



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
STRATEJİ GELİŞTİRME BAŞKANLIĞI
İÇ KONTROL DAİRE BAŞKANLIĞI

2025-2026

Kamu İç Kontrol

Standartlarına

Uyum Eylem Planı

Puanlama

Sistemi Rehberi

İçindekiler

GİRİŞ	5
1. SÖZLEŞMELİ YÖNETİCİ PERFORMANS GÖSTERGE KARTI	6
2. İÇ KONTROL EYLEM PLANI İZLEME VE DEĞERLENDİRME PROGRAMI	8
3. RAPOR EKRANI	9
4. 2025-2026 KAMU İÇ KONTROL STANDARTLARINA UYUM EYLEM PLANI	10
5. EYLEM PLANI PUANLAMA SİSTEMİ	11
5.1 İL SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİ	11
5.2 MERKEZ TEŞKİLATI EYLEMERİ	16
6. PUANLANDIRMA SİSTEMİ GENEL ŞARTLARI	38
7. TABLOLAR	41
8. TANIMLAMALAR	41

GİRİŞ

1999 yılında Helsinki Zirvesi'nde AB adaylık statüsü verilmesi ile mali yönetim faslına da uyumun sağlanması amacıyla 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu 2003 yılında mevzuatımıza girmiştir.

Kanun gereği Mülga Maliye Bakanlığınca yayımlanan Kamu İç Kontrol Standartları Tebliği'nin yol göstericiliği ile Bakanlığımızda iç kontrol sistemi çalışmalarına başlanmış ve daha sonra çıkarılan ikincil mevzuatlar doğrultusunda ise devam edilmiştir.

İç Kontrol Sistemine yönelik Kamu İç Kontrol Standartlarına Uyum Eylem Planı mevzuat gereği ikişer yıllık periyotlarda hazırlanarak uygulamaya konulmuştur. Eylem Planı 2015 yılından itibaren üçer aylık periyotlarda izlenmekte, altışar aylık periyotlarda Üst Yönetime gerçekleşme durumları raporlanmaktadır.

Kamu kurumlarında verimlilik ve tasarrufun sağlanması amacıyla, kamuda e-dönüşüm gibi projelerin öncülüğü ile Bakanlığımızda eylem planı elektronik ortama aktarılmış olup izlenmeye, raporlanmaya ve puanlanmaya başlanmıştır.

Eylem planındaki her bir eyleme önem derecesine göre sayısal değerler verilerek bilimsel bir şekilde değerlendirilebilir, ölçülebilir ve açıklanabilir hale getirilmesi hedeflenmiştir.

Bu rehber harcama birimlerine eylem planının puanlama metodolojisini açıklamak amacıyla hazırlanmıştır.

1. SÖZLEŞMELİ YÖNETİCİ PERFORMANS GÖSTERGE KARTI

11/10/2011 tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 18 ve 32'nci maddesi ile 16/10/2017 tarih ve 2012 sayılı Sağlık Bakanlığı Hizmet Sözleşmesinin 11'inci maddesi gereği, illerde sağlık hizmetini yürüten sözleşmeli yöneticilerin sözleşme süresince yürüttükleri faaliyetlerin Bakanlığın strateji ve hedefleri doğrultusunda, kaynak kullanımı ve hizmet sunumu etkililik ve verimlilik düzeylerini, ölçülebilir verilere dayalı performans göstergeleri kullanarak izlemek, ölçmek ve değerlendirmek gerekmektedir.

Bu amaç doğrultusunda hazırlanan "Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi" Bakanlık Makamının 18.05.2018 tarih ve E.04-362 sayılı onayı ile yürürlüğe girmiş olup il sağlık müdürleri, başkan ve başkan yardımcıları, ilçe sağlık müdürleri, başhekim, başhekim yardımcıları ile hastane müdür ve müdür yardımcıları performansları Yönerge ekinde yer alan kriterlere göre izlenerek değerlendirilmektedir.

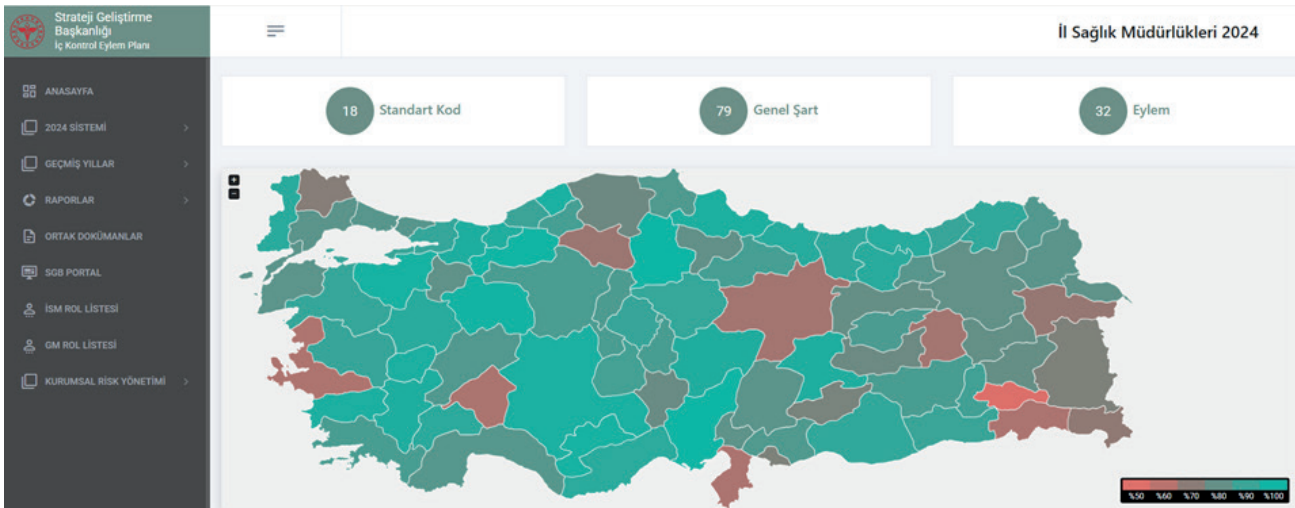
Strateji Geliştirme Başkanlığı İç Kontrol Dairesi Başkanlığımız tarafından İç Kontrol Sistemine yönelik İl Sağlık Müdürlüklerinin çalışmalarına değer katmak, geliştirmek için kaynakların etkili, ekonomik ve verimli kullanımını sağlamak amacıyla gösterge kartlarına "Kamu İç Kontrol Standartları Uyum Eylem Planı Gerçekleşme Oranı Gösterge Kartı" tanımlanmıştır. Bu sayede iç kontrol sisteminin sahiplenilmesi, etkinliğinin artırılması ve standartlara uyumun sağlanması amaçlanmıştır.

Yılda bir defa sözleşmeli yöneticilerin (İl Sağlık Müdürü, Destek Hizmetleri Başkanı, Destek Hizmetleri Başkan Yardımcısı) iç kontrol sistemi çalışmaları değerlendirilerek ilgili yöneticilerin performans kartına esas olmak üzere Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bildirilmektedir.

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI YÖNETİM HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ Yönetim İzleme ve Değerlendirme Dairesi Başkanlığı		
Yayın Tarihi: 12.07.2019	Revizyon Tarihi: 13.04.2021	Revizyon No:03
DESTEK HİZMETLERİ		
TT.DH.6	Kamu İç Kontrol Standartları Eylem Planı Gerçekleşme Oranı	15 PUAN
AMACI	Kamu İç Kontrol Standartlarına uyumun ve iç kontrol sisteminin etkinliğinin artırılmasını sağlamak	
PARAMETRELER	A: Kamu İç Kontrol Standartları Eylem Planı Gerçekleşme Oranı 	
EK PARAMETRELER		
GÖSTERGE DEĞERİ	GD: Kamu İç Kontrol Standartları Eylem Planı Gerçekleşme Oranı	
HESAPLAMA	GD=A $GD \geq \%80$ ise GP=15 $\%65 \leq GD < \%80$ ise GP=10 $\%50 \leq GD < \%65$ ise GP=5 $GD < \%50$ ise GP=0	
HEDEF	Kamu İç Kontrol Standartları Eylem Planı Gerçekleşme Oranının %80 ve üzeri olmasını sağlamak	
AÇIKLAMA	İl Sağlık Müdürü tarafından program üzerinden onaylanan eylemlerin (yapılan açıklamalara ve eklerine göre) değerlendirilmesi ile tespit edilmektedir. Kamu İç Kontrol Standartları Eylem Planı Gerçekleşme Oranı, her bir çeyrek dönemde hesaplanan oranların aritmetik ortalaması ile elde edilir.	
VERİ KAYNAĞI	A Parametresi: İç Kontrol Eylem İzleme ve Değerlendirme Programı 	
VERİ TOPLAMA PERİYODU	1 Yıl	
VERİLERİN TEMİN EDİLDİĞİ GENEL MÜDÜRLÜK VE DAİRE BAŞKANLIĞI		
Strateji Geliştirme Başkanlığı		

2. İÇ KONTROL EYLEM PLANI İZLEME VE DEĞERLENDİRME PROGRAMI

Kamu İç Kontrol Standartlarına Uyum Eylem Planlarının gerçekleşme durumunun daha etkin raporlanabilmesi amacıyla “İç Kontrol Eylem Planı İzleme ve Değerlendirme Programı” kullanılmaktadır. Programın kullanılmasıyla birlikte; yöneticilere zaman ve mekân bağımlılığı olmadan online veri takibine olanak sağlandı, raporlama süresi kısaldı, veri kaybı engellenerek iç kontrol hakkında kurum hafızası oluşmasına katkı sağlandı. Programa 81 İl Sağlık Müdürlüğü ve Genel Müdürlüklerin sorumlu olduğu eylemler ile yetkili personel bilgileri tanımlanmıştır.



3. RAPOR EKRANI

"İç Kontrol Eylem Planı İzleme ve Değerlendirme Programı" karar destek ünitesi ile üst yöneticiye eylem planının gerçekleşme durumu 6'şar aylık periyotlar halinde raporlanmaktadır.

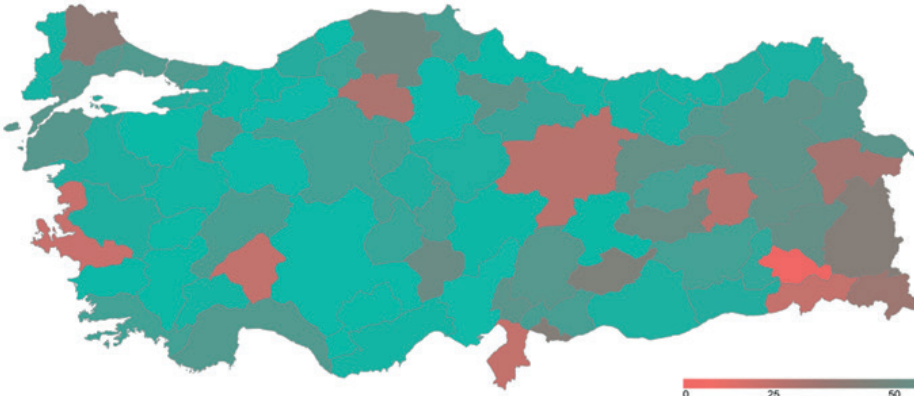


SGB - 2024 İÇ KONTROL DAİRE BAŞKANLIĞI

9 Aylık Oran

2024-12-12 14:43:27

85.06%



% 0-49 % 50-64 % 65-79 % 80-100

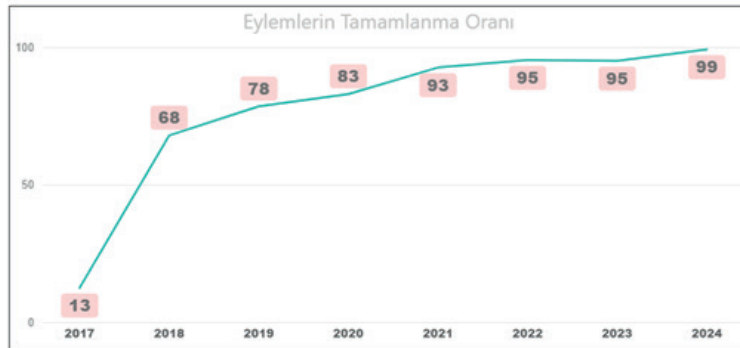
SGB İÇ KONTROL DAİRE BAŞKANLIĞI

İl Sağlık Müdürlüğü	9 Aylık Oran %
Adana İl Sağlık Müdürlüğü	99,13
Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü	74,30
Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü	84,87
Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü	67,17
Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü	88,45
Amasya İl Sağlık Müdürlüğü	80,70
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü	86,33
Antalya İl Sağlık Müdürlüğü	83,57
Ardahan İl Sağlık Müdürlüğü	84,53
Artvin İl Sağlık Müdürlüğü	92,40
Aydın İl Sağlık Müdürlüğü	96,00
Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü	91,33
Bartın İl Sağlık Müdürlüğü	96,50
Batman İl Sağlık Müdürlüğü	89,00
Bayburt İl Sağlık Müdürlüğü	83,30
Bilecik İl Sağlık Müdürlüğü	81,27
Bingöl İl Sağlık Müdürlüğü	64,27
Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü	79,67
Bolu İl Sağlık Müdürlüğü	98,33
Burdur İl Sağlık Müdürlüğü	93,17
Bursa İl Sağlık Müdürlüğü	96,83
Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü	82,43
Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü	66,07
Toplam	85,06

2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024

9 Aylık Oran %

99.13%



2024-12-12 14:49:50

4. 2025-2026 KAMU İÇ KONTROL STANDARTLARINA UYUM EYLEM PLANI

2025- 2026 Kamu İç Kontrol Standartları Uyum Eylem Planı toplam 58 eylemden oluşmaktadır. Eylemlerin beş temel bileşene göre dağılımı aşağıdaki gibi, harcama birimlerine göre dağılımı Tablo:1'de gösterildiği gibidir.

Tablo 1: Eylemlerin Harcama Birimlerine Göre Dağılımı

Harcama Birimi	Ortak Eylem	Ek Eylem	Spesifik Eylemler	Kurumsal Risk	Toplam Eylem
İl Sağlık Müdürlükleri	24	7	-	-	31
Strateji Geliştirme Başkanlığı		5	12	3	44
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü			3	3	35
Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü			4	3	36
ASHGM, ABDİGM, HSGM, KHGM, SBSGM			-	3	32
YHGM, SYGM, HHGM, TKB			-	-	29

5. EYLEM PLANI PUANLAMA SİSTEMİ

5.1 İL SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİ

2025- 2026 Kamu İç Kontrol Standartları Uyum Eylem Planı toplam 58 eylemden oluşmaktadır. İl Sağlık Müdürlükleri 31 eylemden sorumlu olup, söz konusu eylemlerin 2025 ve 2026'teki dönemsel puan karşılığı Tablo 2'de gösterildiği gibidir.

Tablo 2: İl Sağlık Müdürlükleri Eylemlerinin Puan Dağılımı

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU						
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026	
EYLEM								
KONTROL ORTAMI STANDARTLARI								
KOS 1	Etik Değerler ve Dürüstlük		Rehberlik; Personel davranışlarını belirleyen kuralların personel tarafından bilinmesi sağlanmalıdır.					
KOS 1.1	İç kontrol sistemi ve işleyişi yönetici ve personel tarafından sahiplenilmeli ve desteklenmelidir.							
E.1.1.1	Harcama Birimi düzeyinde yeni başlayan yönetici ve personelin adaptasyon süresini kısaltmak amacıyla kurum hakkında genel bilgilendirme dosyasının hazırlanması.						6	6
E.1.1.2	Harcama Birimi düzeyinde web sayfasında bulunan iç kontrol sekmesinde yönetici onayı ile iç kontrole yönelik gerçekleştirilen güncel çalışmalara yer verilmesi.						6	6
E.1.1.4	Harcama Birimi düzeyinde iç kontrol sorumluları koordinasyonunda harcama birimlerinde çalışan personele iç kontrol sistemine yönelik eğitimlerin yapılması.						6	6
KOS 1.2	İdarenin yöneticileri iç kontrol sisteminin uygulanmasında personele örnek olmalıdır.							
E.1.2.1	Harcama Birimi düzeyinde yönetici tarafından kurumsallaşma kapsamında personeli ile toplantı düzenlenmesi.						8	8
KOS 1.3	Etik kurallar bilinmeli ve tüm faaliyetlerde bu kurallara uyulmalıdır.							
E.1.3.1	Harcama Birimi düzeyinde Kamu Görevlileri Etik Kurulunca yürürlükte olan "Etik Davranış İlkeleri"nin tüm personele resmi yazı veya e-posta olarak gönderilmesi.						6	6
E.1.3.2	Harcama Birimi düzeyinde Etik Davranış İlkeleri doğrultusunda "Etik Slogan (Mesaj)" belirlenerek tüm personele resmi yazı / e-Posta olarak gönderilmesi.						6	6

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM							
KOS 2	Misyon, organizasyon yapısı ve görevler	İdarelerin misyonu ile birimlerin ve personelin görev tanımları yazılı olarak belirlenmeli, personele duyurulmalı ve idarede uygun bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.					
KOS 2.1	İdarenin misyonu yazılı olarak belirlenmeli, duyurulmalı ve personel tarafından benimsenmesi sağlanmalıdır.						
E.2.1.1	Harcama Birimi düzeyinde Bakanlığımızın misyon ve vizyonunun personelce benimsenmesine yönelik iç kontrol sorumlusu tarafından tüm personele misyon ve vizyonun resmi yazı /e-posta olarak gönderilmesi.					6	6
KOS 2.2	Misyonun gerçekleştirilmesini sağlamak üzere idare birimleri ve alt birimlerince yürütülecek görevler yazılı olarak tanımlanmalı ve duyurulmalıdır.						
KOS 2.3	İdare birimlerinde personelin görevlerini ve bu görevlere ilişkin yetki ve sorumluluklarını kapsayan görev dağılım çizelgesi oluşturulmalı ve personele bildirilmelidir.						
E.2.3.1	Daire Başkanlığı/ Başkanlık düzeyinde görev dağılım formunun hazırlanması/güncellenmesi.					4	4
KOS 2.4	İdarenin ve birimlerinin teşkilat şeması olmalı ve buna bağlı olarak fonksiyonel görev dağılımı belirlenmelidir.						
E.2.4.1	Harcama Birimi düzeyinde teşkilat şemalarının web sayfasında yayınlanması.					4	4
KOS 2.6	İdarenin yöneticileri, faaliyetlerin yürütülmesinde hassas görevlere ilişkin prosedürleri belirlemeli ve personele duyurmalıdır.						
E.2.6.1	Birim düzeyinde iş süreçlerinin hazırlanması/güncellenmesi.					28	28
E.2.6.2	Tüm Hastane/ADSM'lerin mali iş süreçlerinin oluşturulması / güncellenmesi.					18	18
E.2.6.3	Birim düzeyinde iş süreçlerine ait iş akış şemalarının oluşturulması/ güncellenmesi.					16	16
E.2.6.4	Birim düzeyinde görev tanımlarının oluşturulması/güncellenmesi.					6	6
E.2.6.5	Tüm Hastane/ADSM'lerde mali işlerin yürütüldüğü birimlerde (gelir tahakkuk gider tahakkuk, satın alma, mutemetlik vb.) görev tanımlarının oluşturulması.					10	10
E.2.6.6	Harcama Birimi düzeyinde hassas görev envanterinin oluşturulması/güncellenmesi					16	16

STANDART		EYLEM ADI		EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART				1.	2.	3.	4.	2025	2026
EYLEM				Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek		
KOS 2.7	Her düzeydeki yöneticiler verilen görevlerin sonucunu izlemeye yönelik mekanizmalar oluşturmalıdır.								
E.2.7.1	Başkanlık düzeyinde görev alanı ile ilgili üç aylık durum raporunun hazırlanması.					4	4		
KOS 3	Personelin yeterliliği ve performansı	İdareler, personelin yeterliliği ve görevleri arasındaki uyumu sağlamalı, performansın değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik önlemler almalıdır.							
KOS 3.3	Mesleki yeterliliğe önem verilmeli ve her görev için en uygun personel seçilmelidir.								
E.3.3.2	Mevcut görevde olan (2025) ve yeni sözleşme imzalayan (uzman olarak imzalayanlar hariç) tüm Sağlık Yöneticilerinin "İl Sağlık Yöneticiliği Eğitimi"ni USES üzerinden tamamlaması.					20	20		
KOS 3.5	Her görev için gerekli eğitim ihtiyacı belirlenmeli, bu ihtiyacı giderecek eğitim faaliyetleri her yıl planlanarak yürütülmeli ve gerektiğinde güncellenmelidir.								
E.3.5.4	Harcama Birimi düzeyinde Muhasebe Yetkilileri tarafından görev alanı ile ilgili sık karşılaşılan sorunlar hakkında yılda en az bir defa ilgili İl Sağlık Müdürlüğü/Hastane/ADSM personeline eğitim verilmesi.					10	10		
E.3.5.6	Tüm Hastane/ADSM'lerde mali işlerin yürütüldüğü (gelir tahakkuk gider tahakkuk, satın alma, mutemetlik vb.) birim personeline, iş süreçleri ve görev tanımlarına yönelik İl Sağlık Müdürlüklerince yüz yüze veya online eğitim verilmesi.					12	12		
KOS 4	Yetki Devri	İdarelerde yetkiler ve yetki devrinin sınırları açıkça belirlenmeli ve yazılı olarak bildirilmelidir. Devredilen yetkinin önemi ve riski dikkate alınarak yetki devri yapılmalıdır.							
KOS 4.1	İş akış süreçlerindeki imza ve onay mercileri belirlenmeli ve personele duyurulmalıdır.								
E.4.1.1	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde iş akış süreçlerindeki imza ve onay mercilerinin (sorumluluk matrisleri) ilgili mevzuatı doğrultusunda hazırlanması/güncellenmesi.					6	6		
RİSK DEĞERLENDİRME STANDARTLARI									
RDS 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.							

STANDART		EYLEM ADI		EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART				1.	2.	3.	4.	2025	2026
EYLEM				Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek		
RDS 6.1	İdareler, her yıl sistemli bir şekilde amaç ve hedeflerine yönelik riskleri belirlemelidir.								
E.6.1.1	Birim düzeyinde alt süreçlere ilişkin operasyonel risklerin belirlenmesi, ölçümlenmesi. Belirlenen risklere karşı kontrol faaliyetlerinin oluşturulması.					28	28		
RDS 6.2	Risklerin gerçekleşme olasılığı ve muhtemel etkileri yılda en az bir kez analiz edilmelidir.								
E.6.2.1	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen süreç risklerine ilişkin Operasyonel Risk Envanterinin oluşturulması.					16	16		
E.6.2.2	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen risklerin Operasyonel Risk Haritasının oluşturulması.					16	16		
E.6.2.3	Harcama Birimi düzeyinde Operasyonel Risk Değerlendirme Raporunun oluşturulması.					16	16		
KONTROL FAALİYETLERİ STANDARTLARI									
KFS 8	Prosedürlerin Belirlenmesi ve Belgelendirilmesi	İdareler, hedeflerine ulaşmayı amaçlayan ve riskleri karşılamaya uygun kontrol strateji ve yöntemlerini belirlemeli ve uygulamalıdır.							
KFS 8.3	Prosedürler ve ilgili dokümanlar, güncel, kapsamlı, mevzuata uygun ve ilgili personel tarafından anlaşılabilir ve ulaşılabilir olmalıdır.								
E.8.3.3	Harcama Birimi Düzeyinde Strateji Geliştirme Başkanlığının hazırladığı prosedür doğrultusunda organizasyon kitabının güncellenmesi.					20	20		
BİLGİ VE İLETİŞİM STANDARTLARI									
BİS 13	Bilgi ve İletişim	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.							
BİS 13.6	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.								
E.13.6.1	Birim düzeyinde ilgili yıl iş takvimlerinin hazırlanması.					6	6		
E.13.6.2	Birim düzeyinde hazırlanan ilgili yıl iş takvimlerinin sonuç (gerçekleşme) durumlarının bildirilmesi.					4	4		
E.13.6.3	Harcama Birimi düzeyinde ilgili yıl “Yönetim Kararlılık Beyanı”nın hazırlanarak DYS üzerinden tüm personele gönderilmesi.					6	6		

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM							
BİS 14	Raporlama	İdarenin amaç, hedef, gösterge ve faaliyetleri ile sonuçları, saydamlık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda raporlanmalıdır.					

BİS 14.4	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.						
E.14.4.1	Harcama Birimi düzeyinde yürütülen faaliyetlere yönelik hangi işlerin, kime ve ne zaman raporlandığının "Rapor Döküm Formu"na işlenmesi.					4	4

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM							
BİS 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.					

BİS 15.6	İdarenin iş ve işlemlerinin kaydı, sınıflandırılması, korunması ve erişimini de kapsayan, belirlenmiş standartlara uygun arşiv ve dokümantasyon sistemi oluşturulmalıdır.						
E.15.6.2	Harcama Birimi düzeyinde ilgili personel tarafından arşiv mevzuatı ve Standart Dosya Planı kodlarına ilişkin eğitim düzenlenmesi.					4	4

İZLEME STANDARTLARI

İS 17	İç Kontrolün Değerlendirilmesi	İdareler iç kontrol sistemini yılda en az bir kez değerlendirmelidir.					
-------	--------------------------------	---	--	--	--	--	--

İS 17.1	İç kontrol sistemi, sürekli izleme veya özel bir değerlendirme yapma veya bu iki yöntem birlikte kullanılarak değerlendirilmelidir.						
E.17.1.2	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde İç Kontrol Sistemi Soru Formunun uygulanarak Strateji Geliştirme Başkanlığına bildirilmesi.					10	10

2025-2026 Eylem Planında İl Sağlık Müdürlüklerinin sorumlu oldukları 31 eylemin dönemlere dağılımı aşağıdaki tabloda belirtildiği gibidir.

Tablo 3: İl Sağlık Müdürlükleri Eylemlerinin Dönemlere Göre Dağılımı

Dönemlik Eylemler	İl Sağlık Müdürlükleri
1. Dönem Eylem Sayısı	11
2. Dönem Eylem Sayısı	10
3. Dönem Eylem Sayısı	6
4. Dönem Eylem Sayısı	10
4 Çeyrek Dönem Eylemlerinin Toplamı	37*

*E. 2.7.1 ve E.3.3.2 eylemleri 4 çeyrek dönemde de yer almaktadır.

5.2. MERKEZ TEŞKİLATI EYLEMERİ

2025- 2026 Kamu İç Kontrol Standartları Uyum Eylem Planı'nı da Merkez Harcama Birimleri toplam 24 ortak eylemden sorumlu olup, 3 genel müdürlüğümüzün spesifik eylemleri, 8 genel müdürlüğümüzün de kurumsal riskle ilgili eylemleri bulunmaktadır. Spesifik eylemleri ile kurumsal riskle alakalı eylemleri olan genel müdürlüklerimizin puanlamaları ayrı değerlendirilmektedir.

Tablo 4: Merkez Harcama Birimleri (YHGM, SYGM, HHGM, TKB) Puan Dağılımı

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU						
GENEL ŞART		1.	2.	3.	4.	2025	2026	
EYLEM		Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek			
KONTROL ORTAMI STANDARTLARI			Dönemli eylem Sayısı					
KOS 1	Etik Değerler ve Dürüstlük		Rehberlik; Personel davranışlarını belirleyen kuralların personel tarafından bilinmesi sağlanmalıdır.					
KOS 1.1	İç kontrol sistemi ve işleyişi yönetici ve personel tarafından sahiplenilmeli ve desteklenmelidir.							
E.1.1.1	Harcama Birimi düzeyinde yeni başlayan yönetici ve personelin adaptasyon süresini kısaltmak amacıyla kurum hakkında genel bilgilendirme dosyasının hazırlanması.					8	8	
E.1.1.2	Harcama Birimi düzeyinde web sayfasında bulunan iç kontrol sekmesinde yönetici onayı ile iç kontrole yönelik gerçekleştirilen güncel çalışmalara yer verilmesi.					8	8	
E.1.1.4	Harcama Birimi düzeyinde iç kontrol sorumluları koordinasyonunda harcama birimlerinde çalışan personele iç kontrol sistemine yönelik eğitimlerin yapılması.					8	8	
KOS 1.2	İdarenin yöneticileri iç kontrol sisteminin uygulanmasında personele örnek olmalıdır.							
E.1.2.1	Harcama Birimi düzeyinde yönetici tarafından kurumsallaşma kapsamında personeli ile toplantı düzenlenmesi.					12	12	
KOS 1.3	Etik kurallar bilinmeli ve tüm faaliyetlerde bu kurallara uyulmalıdır.							
E.1.3.1	Harcama Birimi düzeyinde Kamu Görevlileri Etik Kurulunca yürürlükte olan "Etik Davranış İlkeleri"nin tüm personele resmi yazı veya e-posta olarak gönderilmesi.					8	8	
E.1.3.2	Harcama Birimi düzeyinde Etik Davranış İlkeleri doğrultusunda "Etik Slogan (Mesaj)" belirlenerek tüm personele resmi yazı / e-Posta olarak gönderilmesi.					8	8	
KOS 2	Misyon, organizasyon yapısı ve görevler	İdarelerin misyonu ile birimlerin ve personelin görev tanımları yazılı olarak belirlenmeli, personele duyurulmalı ve idarede uygun bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.						

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1.	2.	3.	4.	2025	2026
EYLEM		Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek		
KOS 2.1	İdarenin misyonu yazılı olarak belirlenmeli, duyurulmalı ve personel tarafından benimsenmesi sağlanmalıdır.						
E.2.1.1	Harcama Birimi düzeyinde Bakanlığımızın misyon ve vizyonunun personelce benimsenmesine yönelik iç kontrol sorumlusu tarafından tüm personele misyon ve vizyonun resmi yazı /e-posta olarak gönderilmesi.					8	8
KOS 2.2	Misyonaın gerçekleştirilmesini sağlamak üzere idare birimleri ve alt birimlerince yürütülecek görevler yazılı olarak tanımlanmalı ve duyurulmalıdır.						
E.2.2.1	Güncel görev çalışma usul ve esaslarının web sayfasında yer alması.					8	8
KOS 2.3	İdare birimlerinde personelin görevlerini ve bu görevlere ilişkin yetki ve sorumluluklarını kapsayan görev dağılım çizelgesi oluşturulmalı ve personele bildirilmelidir.						
E.2.3.1	Daire Başkanlığı/ Başkanlık düzeyinde görev dağılım formunun hazırlanması/güncellenmesi.					8	8
KOS 2.4	İdarenin ve birimlerinin teşkilat şeması olmalı ve buna bağlı olarak fonksiyonel görev dağılımı belirlenmelidir.						
E.2.4.1	Harcama Birimi düzeyinde teşkilat şemalarının web sayfasında yayınlanması.					8	8
KOS 2.6	İdarenin yöneticileri, faaliyetlerin yürütülmesinde hassas görevlere ilişkin prosedürleri belirlemeli ve personele duyurmalıdır.						
E.2.6.1	Birim düzeyinde iş süreçlerinin hazırlanması/güncellenmesi.					28	28
E.2.6.3	Birim düzeyinde iş süreçlerine ait iş akış şemalarının oluşturulması/ güncellenmesi.					18	18
E.2.6.4	Birim düzeyinde görev tanımlarının oluşturulması/güncellenmesi					8	8
E.2.6.6	Harcama Birimi düzeyinde hassas görev envanterinin oluşturulması/güncellenmesi					20	20
KOS 3	Personelin yeterliliği ve performansı	İdareler, personelin yeterliliği ve görevleri arasındaki uyumu sağlamalı, performansın değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik önlemler almalıdır.					
KOS 3.5	Her görev için gerekli eğitim ihtiyacı belirlenmeli, bu ihtiyacı giderecek eğitim faaliyetleri her yıl planlanarak yürütülmeli ve gerektiğinde güncellenmelidir.						
E.3.5.3	İlgili yıl içerisinde planlanan hizmet içi eğitimlerin tamamının gerçekleştirilmesi amacıyla uyum oranı bildirilmesi. (Gerçekleştirilemeyen eğitimlerin gerçekleşmeme sebeplerinin Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne iletilmesi)					8	8
KOS 4	Yetki Devri	İdarelerde yetkiler ve yetki devrinin sınırları açıkça belirlenmeli ve yazılı olarak bildirilmelidir. Devredilen yetkinin önemi ve riski dikkate alınarak yetki devri yapılmalıdır.					
KOS 4.1	İş akış süreçlerindeki imza ve onay mercileri belirlenmeli ve personele duyurulmalıdır.						

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1.	2.	3.	4.	2025	2026
EYLEM		Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek		

E.4.1.1	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde iş akış süreçlerindeki imza ve onay mercilerinin (sorumluluk matrisleri) ilgili mevzuatı doğrultusunda hazırlanması/güncellenmesi.					8	8
---------	---	--	--	--	--	---	---

RİSK DEĞERLENDİRME STANDARTLARI

RDS 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.					
-------	---	--	--	--	--	--	--

RDS 6.1	İdareler, her yıl sistemli bir şekilde amaç ve hedeflerine yönelik riskleri belirlemelidir.						
---------	---	--	--	--	--	--	--

E.6.1.1	Birim düzeyinde alt süreçlere ilişkin operasyonel risklerin belirlenmesi, ölçülmesi. Belirlenen risklere karşı kontrol faaliyetlerinin oluşturulması.					36	36
---------	---	--	--	--	--	----	----

RDS 6.2	Risklerin gerçekleşme olasılığı ve muhtemel etkileri yılda en az bir kez analiz edilmelidir.						
---------	--	--	--	--	--	--	--

E.6.2.1	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen süreç risklerine ilişkin Operasyonel Risk Envanterinin oluşturulması.					20	20
---------	---	--	--	--	--	----	----

E.6.2.2	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen risklerin Operasyonel Risk Haritasının oluşturulması.					20	20
---------	---	--	--	--	--	----	----

E.6.2.3	Harcama Birimi düzeyinde Operasyonel Risk Değerlendirme Raporunun oluşturulması.					40	40
---------	--	--	--	--	--	----	----

E.6.2.10	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen Kurumsal risklerin Risk Haritasının oluşturulması.					28	28
----------	--	--	--	--	--	----	----

KONTROL FAALİYETLERİ STANDARTLARI

KFS 8	Prosedürlerin Belirlenmesi ve Belgelendirilmesi	İdareler, hedeflerine ulaşmayı amaçlayan ve riskleri karşılamaya uygun kontrol strateji ve yöntemlerini belirlemeli ve uygulamalıdır.					
-------	---	---	--	--	--	--	--

KFS 8.3	Prosedürler ve ilgili dokümanlar, güncel, kapsamlı, mevzuata uygun ve ilgili personel tarafından anlaşılabilir ve ulaşılabilir olmalıdır.						
---------	---	--	--	--	--	--	--

E.8.3.3	Harcama Birimi Düzeyinde Strateji Geliştirme Başkanlığının hazırladığı prosedür doğrultusunda organizasyon kitabının güncellenmesi.					30	30
---------	---	--	--	--	--	----	----

KFS 12	Bilgi Sistemleri Kontrolleri	İdareler, bilgi sistemlerinin sürekliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için gerekli kontrol mekanizmaları geliştirmelidir.					
--------	------------------------------	---	--	--	--	--	--

KFS 12.2	Bilgi sistemine veri ve bilgi girişi ile bunlara erişim konusunda yetkilendirmeler yapılmalı, hata ve usulsüzlüklerin önlenmesi, tespit edilmesi ve düzeltilmesini sağlayacak mekanizmalar oluşturulmalıdır.						
----------	--	--	--	--	--	--	--

E.12.2.1	Bilgi güvenliği yetkilileri tarafından kendi birimlerindeki tüm personele bilgi güvenliği eğitiminin yapılması.					8	8
----------	---	--	--	--	--	---	---

BİLGİ VE İLETİŞİM STANDARTLARI

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM							
BİS 13	Bilgi ve İletişim	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.					
BİS 13.6	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.						
E.13.6.1	Birim düzeyinde ilgili yıl iş takvimlerinin hazırlanması.					8	8
E.13.6.2	Birim düzeyinde hazırlanan ilgili yıl iş takvimlerinin sonuç (gerçekleşme) durumlarının bildirilmesi.					4	4
E.13.6.3	Harcama Birimi düzeyinde ilgili yıl "Yönetim Kararlılık Beyanı'nın hazırlanarak DYS üzerinden tüm personele gönderilmesi.					8	8
BİS 14	Raporlama	İdarenin amaç, hedef, gösterge ve faaliyetleri ile sonuçları, saydamlık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda raporlanmalıdır.					
BİS 14.4	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.						
E.14.4.1	Harcama Birimi düzeyinde yürütülen faaliyetlere yönelik hangi işlerin, kime ve ne zaman raporlandığının "Rapor Döküm Formu"na işlenmesi.					8	8
BİS 15	Kayıt ve Dosyalama Sistemi	İdareler, gelen ve giden her türlü evrak dahil iş ve işlemlerin kaydedildiği, sınıflandırıldığı ve doslandığı kapsamlı ve güncel bir sisteme sahip olmalıdır.					
BİS 15.6	İdarenin iş ve işlemlerinin kaydı, sınıflandırılması, korunması ve erişimini de kapsayan, belirlenmiş standartlara uygun arşiv ve dokümantasyon sistemi oluşturulmalıdır.						
E.15.6.1	Arşiv mevzuatı ve Standart Dosya Planı kodlarının arşivlenme sistemine göre yazışmalarda etkin bir şekilde kullanılması amacıyla eğitim düzenlenmesi.					4	4
İZLEME STANDARTLARI							
İS 17	İç Kontrolün Değerlendirilmesi	İdareler iç kontrol sistemini yılda en az bir kez değerlendirmelidir.					
İS 17.1	İç kontrol sistemi, sürekli izleme veya özel bir değerlendirme yapma veya bu iki yöntem birlikte kullanılarak değerlendirilmelidir.						
E.17.1.2	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde İç Kontrol Sistemi Soru Formunun uygulanarak Strateji Geliştirme Başkanlığına bildirilmesi.					12	12

Tablo 5: Merkez Harcama Birimleri (ASHGM, ABDİGM, HSGM, KHGM, SBSGM) Puan Dağılımı

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU						
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026	
EYLEM								
KONTROL ORTAMI STANDARTLARI			Dönemlikeylem Sayısı					
KOS 1	Etik Değerler ve Dürüstlük		Rehberlik; Personel davranışlarını belirleyen kuralların personel tarafından bilinmesi sağlanmalıdır.					
KOS 1.1	İç kontrol sistemi ve işleyişi yönetici ve personel tarafından sahiplenilmeli ve desteklenmelidir.							
E.1.1.1	Harcama Birimi düzeyinde yeni başlayan yönetici ve personelin adaptasyon süresini kısaltmak amacıyla kurum hakkında genel bilgilendirme dosyasının hazırlanması.						6	8
E.1.1.2	Harcama Birimi düzeyinde web sayfasında bulunan iç kontrol sekmesinde yönetici onayı ile iç kontrole yönelik gerçekleştirilen güncel çalışmalara yer verilmesi.						6	8
E.1.1.4	Harcama Birimi düzeyinde iç kontrol sorumluları koordinasyonunda harcama birimlerinde çalışan personele iç kontrol sistemine yönelik eğitimlerin yapılması.						6	8
KOS 1.2	İdarenin yöneticileri iç kontrol sisteminin uygulanmasında personele örnek olmalıdır.							
E.1.2.1	Harcama Birimi düzeyinde yönetici tarafından kurumsallaşma kapsamında personeli ile toplantı düzenlenmesi.						12	12
KOS 1.3	Etik kurallar bilinmeli ve tüm faaliyetlerde bu kurallara uyulmalıdır.							
E.1.3.1	Harcama Birimi düzeyinde Kamu Görevlileri Etik Kurulunca yürürlükte olan "Etik Davranış İlkeleri"nin tüm personele resmi yazı veya e-posta olarak gönderilmesi.						6	8
E.1.3.2	Harcama Birimi düzeyinde Etik Davranış İlkeleri doğrultusunda "Etik Slogan (Mesaj)" belirlenerek tüm personele resmi yazı / e-Posta olarak gönderilmesi.						6	8
KOS 2	Misyon, organizasyon yapısı ve görevler		İdarelerin misyonu ile birimlerin ve personelin görev tanımları yazılı olarak belirlenmeli, personele duyurulmalı ve idarede uygun bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.					
KOS 2.1	İdarenin misyonu yazılı olarak belirlenmeli, duyurulmalı ve personel tarafından benimsenmesi sağlanmalıdır.							
E.2.1.1	Harcama Birimi düzeyinde Bakanlığımızın misyon ve vizyonunun personelce benimsenmesine yönelik iç kontrol sorumlusu tarafından tüm personele misyon ve vizyonun resmi yazı /e-posta olarak gönderilmesi.						6	8
KOS 2.2	Misyonun gerçekleştirilmesini sağlamak üzere idare birimleri ve alt birimlerince yürütülecek görevler yazılı olarak tanımlanmalı ve duyurulmalıdır.							
E.2.2.1	Güncel görev çalışma usul ve esaslarının web sayfasında yer alması.						6	8

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1.	2.	3.	4.	2025	2026
EYLEM		Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek		
KOS 2.3	İdare birimlerinde personelin görevlerini ve bu görevlere ilişkin yetki ve sorumluluklarını kapsayan görev dağılım çizelgesi oluşturulmalı ve personele bildirilmelidir.						
E.2.3.1	Daire Başkanlığı/ Başkanlık düzeyinde görev dağılım formunun hazırlanması/güncellenmesi.					8	8
KOS 2.4	İdarenin ve birimlerinin teşkilat şeması olmalı ve buna bağlı olarak fonksiyonel görev dağılımı belirlenmelidir.						
E.2.4.1	Harcama Birimi düzeyinde teşkilat şemalarının web sayfasında yayınlanması.					8	8
KOS 2.6	İdarenin yöneticileri, faaliyetlerin yürütülmesinde hassas görevlere ilişkin prosedürleri belirlemeli ve personele duyurmalıdır.						
E.2.6.1	Birim düzeyinde iş süreçlerinin hazırlanması/güncellenmesi.					18	28
E.2.6.3	Birim düzeyinde iş süreçlerine ait iş akış şemalarının oluşturulması/ güncellenmesi.					18	18
E.2.6.4	Birim düzeyinde görev tanımlarının oluşturulması/güncellenmesi					6	8
E.2.6.6	Harcama Birimi düzeyinde hassas görev envanterinin oluşturulması/güncellenmesi					10	4
KOS 3	Personelin yeterliliği ve performansı	İdareler, personelin yeterliliği ve görevleri arasındaki uyumu sağlamalı, performansın değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik önlemler almalıdır.					
KOS 3.5	Her görev için gerekli eğitim ihtiyacı belirlenmeli, bu ihtiyacı giderecek eğitim faaliyetleri her yıl planlanarak yürütülmeli ve gerektiğinde güncellenmelidir.						
E.3.5.3	İlgili yıl içerisinde planlanan hizmet içi eğitimlerin tamamının gerçekleştirilmesi amacıyla uyum oranı bildirilmesi. (Gerçekleştirilemeyen eğitimlerin gerçekleşmeme sebeplerinin Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne iletilmesi)					8	8
KOS 4	Yetki Devri	İdarelerde yetkiler ve yetki devrinin sınırları açıkça belirlenmeli ve yazılı olarak bildirilmelidir. Devredilen yetkinin önemi ve riski dikkate alınarak yetki devri yapılmalıdır.					
KOS 4.1	İş akış süreçlerindeki imza ve onay mercileri belirlenmeli ve personele duyurulmalıdır.						
E.4.1.1	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde iş akış süreçlerindeki imza ve onay mercilerinin (sorumluluk matrisleri) ilgili mevzuatı doğrultusunda hazırlanması/güncellenmesi.					8	8
RİSK DEĞERLENDİRME STANDARTLARI							
RDS 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.					

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM							
RDS 6.1	İdareler, her yıl sistemli bir şekilde amaç ve hedeflerine yönelik riskleri belirlemelidir.						
E.6.1.1	Birim düzeyinde alt süreçlere ilişkin operasyonel risklerin belirlenmesi, ölçümlenmesi. Belirlenen risklere karşı kontrol faaliyetlerinin oluşturulması.					16	8
RDS 6.2	Risklerin gerçekleşme olasılığı ve muhtemel etkileri yılda en az bir kez analiz edilmelidir.						
E.6.2.1	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen süreç risklerine ilişkin Operasyonel Risk Envanterinin oluşturulması.					12	4
E.6.2.2	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen risklerin Operasyonel Risk Haritasının oluşturulması.					12	4
E.6.2.3	Harcama Birimi düzeyinde Operasyonel Risk Değerlendirme Raporunun oluşturulması.					40	40
E.6.2.7	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş olan mevcut kurumsal risklerin izlenmesi ve değerlendirilmesi.	2025		2026		30	30
E.6.2.8	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş ve /veya yeni belirlenecek kurumsal risklerin izlenmesi ve değerlendirilmesi.					30	30
E.6.2.9	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş kurumsal risklere ilişkin varsa ilave kontrol faaliyetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi.					16	16
E.6.2.10	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen Kurumsal risklerin Risk Haritasının oluşturulması.					28	28
KONTROL FAALİYETLERİ STANDARTLARI							
KFS 8	Prosedürlerin Belirlenmesi ve Belgelendirilmesi	İdareler, hedeflerine ulaşmayı amaçlayan ve riskleri karşılamaya uygun kontrol strateji ve yöntemlerini belirlemeli ve uygulamalıdır.					
KFS 8.3	Prosedürler ve ilgili dokümanlar, güncel, kapsamlı, mevzuata uygun ve ilgili personel tarafından anlaşılabilir ve ulaşılabilir olmalıdır.						
E.8.3.3	Harcama Birimi Düzeyinde Strateji Geliştirme Başkanlığının hazırladığı prosedür doğrultusunda organizasyon kitabının güncellenmesi.					30	30
KFS 12	Bilgi Sistemleri Kontrolleri	İdareler, bilgi sistemlerinin sürekliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için gerekli kontrol mekanizmaları geliştirmelidir.					
KFS 12.2	Bilgi sistemine veri ve bilgi girişi ile bunlara erişim konusunda yetkilendirmeler yapılmalı, hata ve usulsüzlüklerin önlenmesi, tespit edilmesi ve düzeltilmesini sağlayacak mekanizmalar oluşturulmalıdır.						
E.12.2.1	Bilgi güvenliği yetkilileri tarafından kendi birimlerindeki tüm personele bilgi güvenliği eğitiminin yapılması.					8	8

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1.	2.	3.	4.	2025	2026
EYLEM		Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek		
BİLGİ VE İLETİŞİM STANDARTLARI							
BİS 13	Bilgi ve İletişim	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.					
BİS 13.6	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.						
E.13.6.1	Birim düzeyinde ilgili yıl iş takvimlerinin hazırlanması.					4	8
E.13.6.2	Birim düzeyinde hazırlanan ilgili yıl iş takvimlerinin sonuç (gerçekleşme) durumlarının bildirilmesi.					4	4
E.13.6.3	Harcama Birimi düzeyinde ilgili yıl "Yönetim Kararlılık Beyanı'nın hazırlanarak DYS üzerinden tüm personele gönderilmesi.					6	8
BİS 14	Raporlama	İdarenin amaç, hedef, gösterge ve faaliyetleri ile sonuçları, saydamlık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda raporlanmalıdır.					
BİS 14.4	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.						
E.14.4.1	Harcama Birimi düzeyinde yürütülen faaliyetlere yönelik hangi işlerin, kime ve ne zaman raporlandığının "Rapor Döküm Formu"na işlenmesi.					8	8
BİS 15	Kayıt ve Dosyalama Sistemi	İdareler, gelen ve giden her türlü evrak dahil iş ve işlemlerin kaydedildiği, sınıflandırıldığı ve doslandığı kapsamlı ve güncel bir sisteme sahip olmalıdır.					
BİS 15.6	İdarenin iş ve işlemlerinin kaydı, sınıflandırılması, korunması ve erişimini de kapsayan, belirlenmiş standartlara uygun arşiv ve dokümantasyon sistemi oluşturulmalıdır.						
E.15.6.1	Arşiv mevzuatı ve Standart Dosya Planı kodlarının arşivlenme sistemine göre yazışmalarda etkin bir şekilde kullanılması amacıyla eğitim düzenlenmesi.					4	4
İZLEME STANDARTLARI							
İS 17	İç Kontrolün Değerlendirilmesi	İdareler iç kontrol sistemini yılda en az bir kez değerlendirmelidir.					
İS 17.1	İç kontrol sistemi, sürekli izleme veya özel bir değerlendirme yapma veya bu iki yöntem birlikte kullanılarak değerlendirilmelidir.						
E.17.1.2	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde İç Kontrol Sistemi Soru Formunun uygulanarak Strateji Geliştirme Başkanlığına bildirilmesi.					12	12

Tablo 6: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Puan Dağılımı

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU						
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026	
EYLEM								
KONTROL ORTAMI STANDARTLARI			Dönemlikeylem Sayısı					
KOS 1	Etik Değerler ve Dürüstlük	Rehberlik; Personel davranışlarını belirleyen kuralların personel tarafından bilinmesi sağlanmalıdır.						
KOS 1.1	İç kontrol sistemi ve işleyişi yönetici ve personel tarafından sahiplenilmeli ve desteklenmelidir.							
E.1.1.1	Harcama Birimi düzeyinde yeni başlayan yönetici ve personelin adaptasyon süresini kısaltmak amacıyla kurum hakkında genel bilgilendirme dosyasının hazırlanması.					6	6	
E.1.1.2	Harcama Birimi düzeyinde web sayfasında bulunan iç kontrol sekmesinde yönetici onayı ile iç kontrole yönelik gerçekleştirilen güncel çalışmalara yer verilmesi.					6	6	
E.1.1.4	Harcama Birimi düzeyinde iç kontrol sorumluları koordinasyonunda harcama birimlerinde çalışan personele iç kontrol sistemine yönelik eğitimlerin yapılması.					6	6	
KOS 1.2	İdarenin yöneticileri iç kontrol sisteminin uygulanmasında personele örnek olmalıdır.							
E.1.2.1	Harcama Birimi düzeyinde yönetici tarafından kurumsallaşma kapsamında personeli ile toplantı düzenlenmesi.					10	10	
KOS 1.3	Etik kurallar bilinmeli ve tüm faaliyetlerde bu kurallara uyulmalıdır.							
E.1.3.1	Harcama Birimi düzeyinde Kamu Görevlileri Etik Kurulunca yürürlükte olan "Etik Davranış İlkeleri"nin tüm personele resmi yazı veya e-posta olarak gönderilmesi.					4	8	
E.1.3.2	Harcama Birimi düzeyinde Etik Davranış İlkeleri doğrultusunda "Etik Slogan (Mesaj)" belirlenerek tüm personele resmi yazı / e-Posta olarak gönderilmesi.					8	8	
KOS 2	Misyon, organizasyon yapısı ve görevler	İdarelerin misyonu ile birimlerin ve personelin görev tanımları yazılı olarak belirlenmeli, personele duyurulmalı ve idarede uygun bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.						
KOS 2.1	İdarenin misyonu yazılı olarak belirlenmeli, duyurulmalı ve personel tarafından benimsenmesi sağlanmalıdır.							
E.2.1.1	Harcama Birimi düzeyinde Bakanlığımızın misyon ve vizyonunun personelce benimsenmesine yönelik iç kontrol sorumlusu tarafından tüm personele misyon ve vizyonun resmi yazı /e-posta olarak gönderilmesi.					4	8	
KOS 2.2	Misyona gerçekleştirilmesini sağlamak üzere idare birimleri ve alt birimlerince yürütülecek görevler yazılı olarak tanımlanmalı ve duyurulmalıdır.							

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1.	2.	3.	4.	2025	2026
EYLEM		Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek		
E.2.2.1	Güncel görev çalışma usul ve esaslarının web sayfasında yer alması.					6	6
KOS 2.3	İdare birimlerinde personelin görevlerini ve bu görevlere ilişkin yetki ve sorumluluklarını kapsayan görev dağılım çizelgesi oluşturulmalı ve personele bildirilmelidir.						
E.2.3.1	Daire Başkanlığı/ Başkanlık düzeyinde görev dağılım formunun hazırlanması/güncellenmesi.					8	8
KOS 2.4	İdarenin ve birimlerinin teşkilat şeması olmalı ve buna bağlı olarak fonksiyonel görev dağılımı belirlenmelidir.						
E.2.4.1	Harcama Birimi düzeyinde teşkilat şemalarının web sayfasında yayınlanması.					8	8
KOS 2.6	İdarenin yöneticileri, faaliyetlerin yürütülmesinde hassas görevlere ilişkin prosedürleri belirlemeli ve personele duyurmalıdır.						
E.2.6.1	Birim düzeyinde iş süreçlerinin hazırlanması/güncellenmesi.					16	24
E.2.6.3	Birim düzeyinde iş süreçlerine ait iş akış şemalarının oluşturulması/ güncellenmesi.					16	16
E.2.6.4	Birim düzeyinde görev tanımlarının oluşturulması/güncellenmesi					6	6
E.2.6.6	Harcama Birimi düzeyinde hassas görev envanterinin oluşturulması/güncellenmesi					10	4
KOS 3	Personelin yeterliliği ve performansı	İdareler, personelin yeterliliği ve görevleri arasındaki uyumu sağlamalı, performansın değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik önlemler almalıdır.					
KOS 3.3	Mesleki yeterliliğe önem verilmeli ve her görev için en uygun personel seçilmelidir.						
E.3.3.1	Mevcut görevde olan (2025) ve yeni sözleşme imzalayan (uzman olarak imzalayanlar hariç) tüm Sağlık Yöneticilerine “İl Sağlık Yöneticiliği Eğitimi” nin USES üzerinden tamamlama durumunun raporlanması. (Eğitim alacak yöneticiler Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Bakanlık ilgili sisteminden alınacaktır.)					10	10
KOS 3.5	Her görev için gerekli eğitim ihtiyacı belirlenmeli, bu ihtiyacı giderecek eğitim faaliyetleri her yıl planlanarak yürütülmeli ve gerektiğinde güncellenmelidir.						
E.3.5.1	Onaylanan Bakanlık ilgili yıl hizmet içi Eğitim Planının bildirilmesi.					6	8
E.3.5.2	İlgili yıl için yapılan hizmet içi eğitim planlamalarının uygulanma durumlarının raporlanması.					8	8
E.3.5.3	İlgili yıl içerisinde planlanan hizmet içi eğitimlerin tamamının gerçekleştirilmesi amacıyla uyum oranı bildirilmesi. (Gerçekleştirilemeyen eğitimlerin gerçekleşmeme sebeplerinin Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne iletilmesi)					8	8

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM							
KOS 4	Yetki Devri	İdarelerde yetkiler ve yetki devrinin sınırları açıkça belirlenmeli ve yazılı olarak bildirilmelidir. Devredilen yetkinin önemi ve riski dikkate alınarak yetki devri yapılmalıdır.					
KOS 4.1	İş akış süreçlerindeki imza ve onay mercileri belirlenmeli ve personele duyurulmalıdır.						
E.4.1.1	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde iş akış süreçlerindeki imza ve onay mercilerinin (sorumluluk matrisleri) ilgili mevzuatı doğrultusunda hazırlanması/güncellenmesi.					8	8
RİSK DEĞERLENDİRME STANDARTLARI							
RDS 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.					
RDS 6.1	İdareler, her yıl sistemli bir şekilde amaç ve hedeflerine yönelik riskleri belirlemelidir.						
E.6.1.1	Birim düzeyinde alt süreçlere ilişkin operasyonel risklerin belirlenmesi, ölçümlenmesi. Belirlenen risklere karşı kontrol faaliyetlerinin oluşturulması.					12	10
RDS 6.2	Risklerin gerçekleşme olasılığı ve muhtemel etkileri yılda en az bir kez analiz edilmelidir.						
E.6.2.1	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen süreç risklerine ilişkin Operasyonel Risk Envanterinin oluşturulması.					8	4
E.6.2.2	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen risklerin Operasyonel Risk Haritasının oluşturulması.					10	4
E.6.2.3	Harcama Birimi düzeyinde Operasyonel Risk Değerlendirme Raporunun oluşturulması.					30	30
E.6.2.7	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş olan mevcut kurumsal risklerin izlenmesi ve değerlendirilmesi.	2025		2026		22	26
E.6.2.8	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş ve /veya yeni belirlenecek kurumsal risklerin izlenmesi ve değerlendirilmesi.					30	26
E.6.2.9	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş kurumsal risklere ilişkin varsa ilave kontrol faaliyetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi.					16	12
E.6.2.10	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen Kurumsal risklerin Risk Haritasının oluşturulması.					20	20

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU						
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026	
EYLEM								
KONTROL FAALİYETLERİ STANDARTLARI								
KFS 8	Prosedürlerin Belirlenmesi ve Belgelendirilmesi		İdareler, hedeflerine ulaşmayı amaçlayan ve riskleri karşılamaya uygun kontrol strateji ve yöntemlerini belirlemeli ve uygulamalıdır.					
KFS 8.3	Prosedürler ve ilgili dokümanlar, güncel, kapsamlı, mevzuata uygun ve ilgili personel tarafından anlaşılabilir ve ulaşılabilir olmalıdır.							
E.8.3.3	Harcama Birimi Düzeyinde Strateji Geliştirme Başkanlığının hazırladığı prosedür doğrultusunda organizasyon kitabının güncellenmesi.						22	22
KFS 12	Bilgi Sistemleri Kontrolleri		İdareler, bilgi sistemlerinin sürekliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için gerekli kontrol mekanizmaları geliştirmelidir.					
KFS 12.2	Bilgi sistemine veri ve bilgi girişi ile bunlara erişim konusunda yetkilendirmeler yapılmalı, hata ve usulsüzlüklerin önlenmesi, tespit edilmesi ve düzeltilmesini sağlayacak mekanizmalar oluşturulmalıdır.							
E.12.2.1	Bilgi güvenliği yetkilileri tarafından kendi birimlerindeki tüm personele bilgi güvenliği eğitiminin yapılması.						8	8
BİLGİ VE İLETİŞİM STANDARTLARI								
BİS 13	Bilgi ve İletişim		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.					
BİS 13.6	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.							
E.13.6.1	Birim düzeyinde ilgili yıl iş takvimlerinin hazırlanması.						4	6
E.13.6.2	Birim düzeyinde hazırlanan ilgili yıl iş takvimlerinin sonuç (gerçekleşme) durumlarının bildirilmesi.						4	4
E.13.6.3	Harcama Birimi düzeyinde ilgili yıl "Yönetim Kararlılık Beyanı'nın hazırlanarak DYS üzerinden tüm personele gönderilmesi.						4	6
BİS 14	Raporlama		İdarenin amaç, hedef, gösterge ve faaliyetleri ile sonuçları, saydamlık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda raporlanmalıdır.					
BİS 14.4	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.							
E.14.4.1	Harcama Birimi düzeyinde yürütülen faaliyetlere yönelik hangi işlerin, kime ve ne zaman raporlandığının "Rapor Döküm Formu"na işlenmesi.						8	8

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM							
BİS 15	Kayıt ve Dosyalama Sistemi	İdareler, gelen ve giden her türlü evrak dahil iş ve işlemlerin kaydedildiği, sınıflandırıldığı ve doslandığı kapsamlı ve güncel bir sisteme sahip olmalıdır.					
BİS 15.6	İdarenin iş ve işlemlerinin kaydı, sınıflandırılması, korunması ve erişimini de kapsayan, belirlenmiş standartlara uygun arşiv ve dokümantasyon sistemi oluşturulmalıdır.						
E.15.6.1	Arşiv mevzuatı ve Standart Dosya Planı kodlarının arşivlenme sistemine göre yazışmalarda etkin bir şekilde kullanılması amacıyla eğitim düzenlenmesi.					4	4
İZLEME STANDARTLARI							
İS 17	İç Kontrolün Değerlendirilmesi	İdareler iç kontrol sistemini yılda en az bir kez değerlendirmelidir.					
İS 17.1	İç kontrol sistemi, sürekli izleme veya özel bir değerlendirme yapma veya bu iki yöntem birlikte kullanılarak değerlendirilmelidir.						
E.17.1.2	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde İç Kontrol Sistemi Soru Formunun uygulanarak Strateji Geliştirme Başkanlığına bildirilmesi.					12	12

Tablo 7: Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Puan Dağılımı

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU						
GENEL ŞART		1.	2.	3.	4.	2025	2026	
EYLEM		Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek			
KONTROL ORTAMI STANDARTLARI			Dönemlikeylem Sayısı					
KOS 1	Etik Değerler ve Dürüstlük		Rehberlik; Personel davranışlarını belirleyen kuralların personel tarafından bilinmesi sağlanmalıdır.					
KOS 1.1	İç kontrol sistemi ve işleyişi yönetici ve personel tarafından sahiplenilmeli ve desteklenmelidir.							
E.1.1.1	Harcama Birimi düzeyinde yeni başlayan yönetici ve personelin adaptasyon süresini kısaltmak amacıyla kurum hakkında genel bilgilendirme dosyasının hazırlanması.					4	6	
E.1.1.2	Harcama Birimi düzeyinde web sayfasında bulunan iç kontrol sekmesinde yönetici onayı ile iç kontrole yönelik gerçekleştirilen güncel çalışmalara yer verilmesi.					4	6	
E.1.1.4	Harcama Birimi düzeyinde iç kontrol sorumluları koordinasyonunda harcama birimlerinde çalışan personele iç kontrol sistemine yönelik eğitimlerin yapılması.					4	6	
KOS 1.2	İdarenin yöneticileri iç kontrol sisteminin uygulanmasında personele örnek olmalıdır.							
E.1.2.1	Harcama Birimi düzeyinde yönetici tarafından kurumsallaşma kapsamında personeli ile toplantı düzenlenmesi.					10	10	

STANDART		EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART	EYLEM ADI	1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM							
KOS 1.3	Etik kurallar bilinmeli ve tüm faaliyetlerde bu kurallara uyulmalıdır.						
E.1.3.1	Harcama Birimi düzeyinde Kamu Görevlileri Etik Kurulunca yürürlükte olan "Etik Davranış İlkeleri"nin tüm personele resmi yazı veya e-posta olarak gönderilmesi.					4	6
E.1.3.2	Harcama Birimi düzeyinde Etik Davranış İlkeleri doğrultusunda "Etik Slogan (Mesaj)" belirlenerek tüm personele resmi yazı / e-Posta olarak gönderilmesi.					6	6
KOS 2	Misyon, organizasyon yapısı ve görevler	İdarelerin misyonu ile birimlerin ve personelin görev tanımları yazılı olarak belirlenmeli, personele duyurulmalı ve idarede uygun bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.					
KOS 2.1	İdarenin misyonu yazılı olarak belirlenmeli, duyurulmalı ve personel tarafından benimsenmesi sağlanmalıdır.						
E.2.1.1	Harcama Birimi düzeyinde Bakanlığımızın misyon ve vizyonunun personelce benimsenmesine yönelik iç kontrol sorumlusu tarafından tüm personele misyon ve vizyonun resmi yazı /e-posta olarak gönderilmesi.					4	6
KOS 2.2	Misyonun gerçekleştirilmesini sağlamak üzere idare birimleri ve alt birimlerince yürütülecek görevler yazılı olarak tanımlanmalı ve duyurulmalıdır.						
E.2.2.1	Güncel görev çalışma usül ve esaslarının web sayfasında yer alması.					4	6
KOS 2.3	İdare birimlerinde personelin görevlerini ve bu görevlere ilişkin yetki ve sorumluluklarını kapsayan görev dağılım çizelgesi oluşturulmalı ve personele bildirilmelidir.						
E.2.3.1	Daire Başkanlığı/ Başkanlık düzeyinde görev dağılım formunun hazırlanması/güncellenmesi.					6	6
KOS 2.4	İdarenin ve birimlerinin teşkilat şeması olmalı ve buna bağlı olarak fonksiyonel görev dağılımı belirlenmelidir.						
E.2.4.1	Harcama Birimi düzeyinde teşkilat şemalarının web sayfasında yayınlanması.					6	6
KOS 2.6	İdarenin yöneticileri, faaliyetlerin yürütülmesinde hassas görevlere ilişkin prosedürleri belirlemeli ve personele duyurmalıdır.						
E.2.6.1	Birim düzeyinde iş süreçlerinin hazırlanması/güncellenmesi.					18	26
E.2.6.3	Birim düzeyinde iş süreçlerine ait iş akış şemalarının oluşturulması/ güncellenmesi.					14	14
E.2.6.4	Birim düzeyinde görev tanımlarının oluşturulması/güncellenmesi					4	6
E.2.6.6	Harcama Birimi düzeyinde hassas görev envanterinin oluşturulması/güncellenmesi					10	4
KOS 3	Personelin yeterliliği ve performansı	İdareler, personelin yeterliliği ve görevleri arasındaki uyumu sağlamalı, performansın değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik önlemler almalıdır.					
KOS 3.5	Her görev için gerekli eğitim ihtiyacı belirlenmeli, bu ihtiyacı giderecek eğitim faaliyetleri her yıl planlanarak yürütülmeli ve gerektiğinde güncellenmelidir.						

STANDART		EYLEM ADI		EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART				1.	2.	3.	4.	2025	2026
EYLEM				Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek		
E.3.5.3	İlgili yıl içerisinde planlanan hizmet içi eğitimlerin tamamının gerçekleştirilmesi amacıyla uyum oranı bildirilmesi. (Gerçekleştirilemeyen eğitimlerin gerçekleşmeme sebeplerinin Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne iletilmesi)						8	8	
KOS 4	Yetki Devri		İdarelerde yetkiler ve yetki devrinin sınırları açıkça belirlenmeli ve yazılı olarak bildirilmelidir. Devredilen yetkinin önemi ve riski dikkate alınarak yetki devri yapılmalıdır.						
KOS 4.1	İş akış süreçlerindeki imza ve onay mercileri belirlenmeli ve personele duyurulmalıdır.								
E.4.1.1	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde iş akış süreçlerindeki imza ve onay mercilerinin (sorumluluk matrisleri) ilgili mevzuatı doğrultusunda hazırlanması/güncellenmesi.						6	6	
RİSK DEĞERLENDİRME STANDARTLARI									
RDS 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.						
RDS 6.1	İdareler, her yıl sistemli bir şekilde amaç ve hedeflerine yönelik riskleri belirlemelidir.								
E.6.1.1	Birim düzeyinde alt süreçlere ilişkin operasyonel risklerin belirlenmesi, ölçülmesi. Belirlenen risklere karşı kontrol faaliyetlerinin oluşturulması.						16	8	
RDS 6.2	Risklerin gerçekleşme olasılığı ve muhtemel etkileri yılda en az bir kez analiz edilmelidir.								
E.6.2.1	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen süreç risklerine ilişkin Operasyonel Risk Envanterinin oluşturulması.						12	4	
E.6.2.2	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen risklerin Operasyonel Risk Haritasının oluşturulması.						12	4	
E.6.2.3	Harcama Birimi düzeyinde Operasyonel Risk Değerlendirme Raporunun oluşturulması.						30	30	
E.6.2.7	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş olan mevcut kurumsal risklerin izlenmesi ve değerlendirilmesi.		2025		2026		30	30	
E.6.2.8	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş ve /veya yeni belirlenecek kurumsal risklerin izlenmesi ve değerlendirilmesi.						30	30	
E.6.2.9	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş kurumsal risklere ilişkin varsa ilave kontrol faaliyetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi.						16	16	
E.6.2.10	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen Kurumsal risklerin Risk Haritasının oluşturulması.						20	20	

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM							
KONTROL FAALİYETLERİ STANDARTLARI							
KFS 8	Prosedürlerin Belirlenmesi ve Belgelendirilmesi	İdareler, hedeflerine ulaşmayı amaçlayan ve riskleri karşılamaya uygun kontrol strateji ve yöntemlerini belirlemeli ve uygulamalıdır.					
KFS 8.3	Prosedürler ve ilgili dokümanlar, güncel, kapsamlı, mevzuata uygun ve ilgili personel tarafından anlaşılabilir ve ulaşılabilir olmalıdır.						
E.8.3.3	Harcama Birimi Düzeyinde Strateji Geliştirme Başkanlığının hazırladığı prosedür doğrultusunda organizasyon kitabının güncellenmesi.					22	22
KFS 12	Bilgi Sistemleri Kontrolleri	İdareler, bilgi sistemlerinin sürekliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için gerekli kontrol mekanizmaları geliştirmelidir.					
KFS 12.2	Bilgi sistemine veri ve bilgi girişi ile bunlara erişim konusunda yetkilendirmeler yapılmalı, hata ve usulsüzlüklerin önlenmesi, tespit edilmesi ve düzeltilmesini sağlayacak mekanizmalar oluşturulmalıdır.						
E.12.2.1	Bilgi güvenliği yetkilileri tarafından kendi birimlerindeki tüm personele bilgi güvenliği eğitiminin yapılması.					6	6
BİLGİ VE İLETİŞİM STANDARTLARI							
BİS 13	Bilgi ve İletişim	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.					
BİS 13.6	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.						
E.13.6.1	Birim düzeyinde ilgili yıl iş takvimlerinin hazırlanması.					4	6
E.13.6.2	Birim düzeyinde hazırlanan ilgili yıl iş takvimlerinin sonuç (gerçekleşme) durumlarının bildirilmesi.					4	4
E.13.6.3	Harcama Birimi düzeyinde ilgili yıl "Yönetim Kararlılık Beyanı'nın hazırlanarak DYS üzerinden tüm personele gönderilmesi.					4	6
BİS 13.7	İdarenin yatay ve dikey iletişim sistemi personelin değerlendirme, öneri ve sorunlarını iletebilmelerini sağlamalıdır.						
E.13.7.1	Merkez Teşkilatı çalışanlarına yönelik memnuniyet araştırması yapılması, sonuçların değerlendirilerek raporlanması.					18	18

STANDART		EYLEM ADI		EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART				1.	2.	3.	4.	2025	2026
EYLEM				Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek		
E.13.7.2	81 İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarına yönelik memnuniyet araştırması yapılması, sonuçların değerlendirilerek raporlanması.						12	12	
E.13.7.3	Taşra Teşkilatı çalışanlarına yönelik kadro bazlı memnuniyet araştırması yapılması, sonuçların değerlendirilerek raporlanması.						16	20	
E.13.7.4	Taşra Teşkilatında (Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Tesisleri ayrı ayrı) mali konularda yaşanabilecek sorunlara yönelik araştırma yapılması, sonuçların değerlendirilerek raporlanması.						12	12	
BİS 14	Raporlama		İdarenin amaç, hedef, gösterge ve faaliyetleri ile sonuçları, saydamlık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda raporlanmalıdır.						
BİS 14.4	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.								
E.14.4.1	Harcama Birimi düzeyinde yürütülen faaliyetlere yönelik hangi işlerin, kime ve ne zaman raporlandığının "Rapor Döküm Formu"na işlenmesi.						8	8	
BİS 15	Kayıt ve Dosyalama Sistemi		İdareler, gelen ve giden her türlü evrak dahil iş ve işlemlerin kaydedildiği, sınıflandırıldığı ve doslandığı kapsamlı ve güncel bir sisteme sahip olmalıdır.						
BİS 15.6	İdarenin iş ve işlemlerinin kaydı, sınıflandırılması, korunması ve erişimini de kapsayan, belirlenmiş standartlara uygun arşiv ve dokümantasyon sistemi oluşturulmalıdır.								
E.15.6.1	Arşiv mevzuatı ve Standart Dosya Planı kodlarının arşivlenme sistemine göre yazışmalarda etkin bir şekilde kullanılması amacıyla eğitim düzenlenmesi.						4	4	
İZLEME STANDARTLARI									
İS 17	İç Kontrolün Değerlendirilmesi		İdareler iç kontrol sistemini yılda en az bir kez değerlendirmelidir.						
İS 17.1	İç kontrol sistemi, sürekli izleme veya özel bir değerlendirme yapma veya bu iki yöntem birlikte kullanılarak değerlendirilmelidir.								
E.17.1.2	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde İç Kontrol Sistemi Soru Formunun uygulanarak Strateji Geliştirme Başkanlığına bildirilmesi.						12	12	

Tablo 8: Strateji Geliştirme Başkanlığı Puan Dağılımı

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU						
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026	
EYLEM								
KONTROL ORTAMI STANDARTLARI		Dönemlikeylem Sayısı						
KOS 1	Etik Değerler ve Dürüstlük	Rehberlik; Personel davranışlarını belirleyen kuralların personel tarafından bilinmesi sağlanmalıdır.						
KOS 1.1	İç kontrol sistemi ve işleyişi yönetici ve personel tarafından sahiplenilmeli ve desteklenmelidir.							
E.1.1.1	Harcama Birimi düzeyinde yeni başlayan yönetici ve personelin adaptasyon süresini kısaltmak amacıyla kurum hakkında genel bilgilendirme dosyasının hazırlanması.						4	4
E.1.1.2	Harcama Birimi düzeyinde web sayfasında bulunan iç kontrol sekmesinde yönetici onayı ile iç kontrole yönelik gerçekleştirilen güncel çalışmalara yer verilmesi.						4	4
E.1.1.3	İç kontrol sistemine yönelik eğitici eğitimlerinin yapılması.						4	4
E.1.1.4	Harcama Birimi düzeyinde iç kontrol sorumluları koordinasyonunda harcama birimlerinde çalışan personele iç kontrol sistemine yönelik eğitimlerin yapılması.						4	4
KOS 1.2	İdarenin yöneticileri iç kontrol sisteminin uygulanmasında personele örnek olmalıdır.							
E.1.2.1	Harcama Birimi düzeyinde yönetici tarafından kurumsallaşma kapsamında personeli ile toplantı düzenlenmesi.						12	12
E.1.2.2	Bakanlık düzeyinde Üst Yönetici (Bakan/Bakan Yardımcısı) başkanlığında harcama yetkililerinin katılımıyla gerçekleştirilen haftalık Birim Amirleri Toplantılarının altı ayda bir Üst Yöneticiye özet olarak raporlanması.						8	8
KOS 1.3	Etik kurallar bilinmeli ve tüm faaliyetlerde bu kurallara uyulmalıdır.							
E.1.3.1	Harcama Birimi düzeyinde Kamu Görevlileri Etik Kurulunca yürürlükte olan "Etik Davranış İlkeleri"nin tüm personele resmi yazı veya e-posta olarak gönderilmesi.						4	4
E.1.3.2	Harcama Birimi düzeyinde Etik Davranış İlkeleri doğrultusunda "Etik Slogan (Mesaj)" belirlenerek tüm personele resmi yazı / e-Posta olarak gönderilmesi.						8	8
KOS 2	Misyon, organizasyon yapısı ve görevler	İdarelerin misyonu ile birimlerin ve personelin görev tanımları yazılı olarak belirlenmeli, personele duyurulmalı ve idarede uygun bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.						
KOS 2.1	İdarenin misyonu yazılı olarak belirlenmeli, duyurulmalı ve personel tarafından benimsenmesi sağlanmalıdır.							
E.2.1.1	Harcama Birimi düzeyinde Bakanlığımızın misyon ve vizyonunun personelce benimsenmesine yönelik iç kontrol sorumlusu tarafından tüm personele misyon ve vizyonun resmi yazı /e-posta olarak gönderilmesi.						4	4

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM							
KOS 2.2	Misyonaın gerçekleştirilmesini sağlamak üzere idare birimleri ve alt birimlerince yürütülecek görevler yazılı olarak tanımlanmalı ve duyurulmalıdır.						
E.2.2.1	Güncel görev çalışma usl ve esaslarının web sayfasında yer alması.					6	6
KOS 2.3	İdare birimlerinde personelin görevlerini ve bu görevlere ilişkin yetki ve sorumluluklarını kapsayan görev dağılım izelgesi oluşturulmalı ve personele bildirilmelidir.						
E.2.3.1	Daire Başkanlığı/ Başkanlık düzeyinde görev dağılım formunun hazırlanması/güncellenmesi.					8	8
KOS 2.4	İdarenin ve birimlerinin teşkilat şeması olmalı ve buna bağlı olarak fonksiyonel görev dağılımı belirlenmelidir.						
E.2.4.1	Harcama Birimi düzeyinde teşkilat şemalarının web sayfasında yayınlanması.					8	8
KOS 2.6	İdarenin yöneticileri, faaliyetlerin yürütülmesinde hassas görevlere ilişkin prosedürleri belirlemeli ve personele duyurmalıdır.						
E.2.6.1	Birim düzeyinde iş süreçlerinin hazırlanması/ güncellenmesi.					14	14
E.2.6.3	Birim düzeyinde iş süreçlerine ait iş akış şemalarının oluşturulması/ güncellenmesi.					10	10
E.2.6.4	Birim düzeyinde görev tanımlarının oluşturulması/güncellenmesi					4	4
E.2.6.6	Harcama Birimi düzeyinde hassas görev envanterinin oluşturulması/güncellenmesi					10	8
E.2.6.7	Bakanlık düzeyinde Sağlık Bakanlığı Organizasyon Rehberinin güncellenmesi.					8	8
KOS 3	Personelin yeterliliği ve performansı	İdareler, personelin yeterliliği ve görevleri arasındaki uyumu sağlamalı, performansın değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik önlemler almalıdır.					
KOS 3.5	Her görev için gerekli eğitim ihtiyaı belirlenmeli, bu ihtiyaı giderecek eğitim faaliyetleri her yıl planlanarak yürütülmeli ve gerektiğinde güncellenmelidir.						
E.3.5.3	İlgili yıl içerisinde planlanan hizmet içi eğitimlerin tamamının gerçekleştirilmesi amacıyla uyum oranı bildirilmesi. (Gerçekleştirilemeyen eğitimlerin gerçekleşmeme sebeplerinin Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne iletilmesi)					8	8
E.3.5.5	Muhasebe Yetkilileri tarafından görev alanı ile ilgili sık karşılaşılan sorunlar hakkında yılda en az bir defa ilgili personeline eğitim verilmesi.					4	4
KOS 4	Yetki Devri	İdarelerde yetkiler ve yetki devrinin sınırları açıkça belirlenmeli ve yazılı olarak bildirilmelidir. Devredilen yetkinin önemi ve riski dikkate alınarak yetki devri yapılmalıdır.					
KOS 4.1	İş akış süreçlerindeki imza ve onay mercileri belirlenmeli ve personele duyurulmalıdır.						

STANDART		EYLEM ADI		EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART				1.	2.	3.	4.	2025	2026
EYLEM				Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek	Çeyrek		
E.4.1.1	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde iş akış süreçlerindeki imza ve onay mercilerinin (sorumluluk matrisleri) ilgili mevzuatı doğrultusunda hazırlanması/güncellenmesi.						8	8	
RİSK DEĞERLENDİRME STANDARTLARI									
RDS 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.						
RDS 6.1	İdareler, her yıl sistemli bir şekilde amaç ve hedeflerine yönelik riskleri belirlemelidir.								
E.6.1.1	Birim düzeyinde alt süreçlere ilişkin operasyonel risklerin belirlenmesi, ölçülmesi. Belirlenen risklere karşı kontrol faaliyetlerinin oluşturulması.						16	14	
RDS 6.2	Risklerin gerçekleşme olasılığı ve muhtemel etkileri yılda en az bir kez analiz edilmelidir.								
E.6.2.1	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen süreç risklerine ilişkin Operasyonel Risk Envanterinin oluşturulması.						12	10	
E.6.2.2	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen risklerin Operasyonel Risk Haritasının oluşturulması.						12	8	
E.6.2.3	Harcama Birimi düzeyinde Operasyonel Risk Değerlendirme Raporunun oluşturulması.						10	10	
E.6.2.4	Bakanlık düzeyinde Sağlık Bakanlığı Risk Strateji Belgesinin oluşturulması.						6	6	
E.6.2.5	Bakanlık düzeyinde Sağlık Bakanlığı Kurumsal Risk Yönetimi Uygulama Rehberinin yayımlanması.						6	6	
E.6.2.6	Bakanlık düzeyinde kurumsal risk yönetimine ilişkin Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından çalıştay düzenlenmesi.						4	8	
E.6.2.7	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş olan mevcut kurumsal risklerin izlenmesi ve değerlendirilmesi.		2025		2026		20	24	
E.6.2.8	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş ve /veya yeni belirlenecek kurumsal risklerin izlenmesi ve değerlendirilmesi.						30	24	
E.6.2.9	Harcama Birimi düzeyinde 2024-2028 Stratejik Planında yer alan amaç ve hedefler doğrultusunda belirlenmiş kurumsal risklere ilişkin varsa ilave kontrol faaliyetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi.						16	14	
E.6.2.10	Harcama Birimi düzeyinde belirlenen Kurumsal risklerin Risk Haritasının oluşturulması.						20	16	
E.6.2.11	Bakanlık düzeyinde Sağlık Bakanlığı Kurumsal Risk Değerlendirme Raporunun hazırlanması.						24	24	

STANDART	EYLEM ADI	EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART		1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM							
KONTROL FAALİYETLERİ STANDARTLARI							
KFS 8	Prosedürlerin Belirlenmesi ve Belgelendirilmesi	İdareler, hedeflerine ulaşmayı amaçlayan ve riskleri karşılamaya uygun kontrol strateji ve yöntemlerini belirlemeli ve uygulamalıdır.					
KFS 8.3	Prosedürler ve ilgili dokümanlar, güncel, kapsamlı, mevzuata uygun ve ilgili personel tarafından anlaşılabilir ve ulaşılabilir olmalıdır.						
E.8.3.1	Bakanlık düzeyinde Sağlık Bakanlığı Mali Uygulamalar Rehberinin güncellenmesi.					4	16
E.8.3.2	Bakanlık düzeyinde Sağlık Bakanlığı Yönergeler ve Genelgeler Kitabının güncellenmesi.					4	8
E.8.3.3	Harcama Birimi Düzeyinde Strateji Geliştirme Başkanlığının hazırladığı prosedür doğrultusunda organizasyon kitabının güncellenmesi.					22	22
KFS 12	Bilgi Sistemleri Kontrolleri	İdareler, bilgi sistemlerinin sürekliliğini ve güvenilirliğini sağlamak için gerekli kontrol mekanizmaları geliştirmelidir.					
KFS 12.2	Bilgi sistemine veri ve bilgi girişi ile bunlara erişim konusunda yetkilendirmeler yapılmalı, hata ve usulsüzlüklerin önlenmesi, tespit edilmesi ve düzeltilmesini sağlayacak mekanizmalar oluşturulmalıdır.						
E.12.2.1	Bilgi güvenliği yetkilileri tarafından kendi birimlerindeki tüm personele bilgi güvenliği eğitiminin yapılması.					8	6
BİLGİ VE İLETİŞİM STANDARTLARI							
BİS 13	Bilgi ve İletişim	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.					
BİS 13.6	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.						
E.13.6.1	Birim düzeyinde ilgili yıl iş takvimlerinin hazırlanması.					4	6
E.13.6.2	Birim düzeyinde hazırlanan ilgili yıl iş takvimlerinin sonuç (gerçekleşme) durumlarının bildirilmesi.					4	4
E.13.6.3	Harcama Birimi düzeyinde ilgili yıl "Yönetim Kararlılık Beyanı"nın hazırlanarak DYS üzerinden tüm personele gönderilmesi.					4	6
BİS 14	Raporlama	İdarenin amaç, hedef, gösterge ve faaliyetleri ile sonuçları, saydamlık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda raporlanmalıdır.					
BİS 14.4	Yöneticiler, idarenin misyon, vizyon ve amaçları çerçevesinde beklentilerini görev ve sorumlulukları kapsamında personele bildirmelidir.						

STANDART		EYLEM ADI		EYLEM DEVAMLILIK DURUMU					
GENEL ŞART				1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek	2025	2026
EYLEM									
E.14.4.1	Harcama Birimi düzeyinde yürütülen faaliyetlere yönelik hangi işlerin, kime ve ne zaman raporlandığının "Rapor Döküm Formu"na işlenmesi.						8	8	
BİS 15	Kayıt ve Dosyalama Sistemi		İdareler, gelen ve giden her türlü evrak dahil iş ve işlemlerin kaydedildiği, sınıflandırıldığı ve doslandığı kapsamlı ve güncel bir sisteme sahip olmalıdır.						
BİS 15.6	İdarenin iş ve işlemlerinin kaydı, sınıflandırılması, korunması ve erişimini de kapsayan, belirlenmiş standartlara uygun arşiv ve dokümantasyon sistemi oluşturulmalıdır.								
E.15.6.1	Arşiv mevzuatı ve Standart Dosya Planı kodlarının arşivlenme sistemine göre yazışmalarda etkin bir şekilde kullanılması amacıyla eğitim düzenlenmesi.						4	4	
İZLEME STANDARTLARI									
İS 17	İç Kontrolün Değerlendirilmesi		İdareler iç kontrol sistemini yılda en az bir kez değerlendirmelidir.						
İS 17.1	İç kontrol sistemi, sürekli izleme veya özel bir değerlendirme yapma veya bu iki yöntem birlikte kullanılarak değerlendirilmelidir.								
E.17.1.1	İç Kontrol Sistemi Soru Formunun hazırlanması ve uygulama metodolojisinin belirlenmesi.						0	0	
E.17.1.2	Daire Başkanlığı/Başkanlık düzeyinde İç Kontrol Sistemi Soru Formunun uygulanarak Strateji Geliştirme Başkanlığına bildirilmesi.						12	12	

6. PUANLANDIRMA SİSTEMİ GENEL ŞARTLARI

Eylemlerin değerlendirmeye alınabilmesi için iç kontrol sorumluları tarafından ilgili dönem bitişini takip eden ayın ikinci haftasının son iş gününe kadar İç Kontrol Eylem Planı İzleme ve Değerlendirme Programına ekleri ile birlikte girişleri yapılmalıdır. Girişler yapıldıktan sonra İl Sağlık Müdürlüklerinde önce Destek Hizmetleri Başkanı daha sonra İl Sağlık Müdürü, Merkez Teşkilatta ise önce bağlı bulunduğu Daire Başkanı daha sonra Genel Müdür/Başkan tarafından onaylanması gerekmektedir.

İlgili çeyrek dönemde 81 İl Sağlık Müdürlüğü ve 12 Merkez Harcama Birimi tarafından İç Kontrol Eylem Planı İzleme ve Değerlendirme Programına veri girişi yapıp harcamaya yetkilisi tarafından onaylandıktan sonra sistem otomatik kapanmaktadır. İç Kontrol Dairesi Başkanlığı tarafından ilgili çeyrek döneme ait tüm eylemlere yönelik sisteme yüklenen eklerin ve açıklamaların belirlenen standartlar doğrultusunda olup olmadığı değerlendirilerek puanlandırılmaktadır.

Bu kapsamda;

1. Eylemler üçer aylık periyotlarda izlenmektedir.
2. Hiç bir eylem sorumlu dönemi dışında puanlamaya etki etmemektedir.
3. Eylemlerden tam paun alınabilmesi için eylemlerin ilgili döneminde gerçekleştirilmesi, istenen çıktıların ise nitelik ve nicelik bakımından eksiksiz olması gerekmektedir.
4. Söz konusu eylem sorumlu olduğu dönem dışında yapıldığında ise dönemine göre ilgili eyleme verilecek puanın sırasıyla 1 dönem sonra yapıldığında %75, 2 dönem sonra yapıldığında %50 ve 3 dönem sonra yapıldığında %25'i oranında ilgili olduğu döneme eklenecektir. Yıl içinde tamamlanmadığı takdirde ise eyleme 0 puan verilecektir. Eylemlerin sonradan tamamlanabilmesi için eylemle ilgili hiç bir işlem yapılmamış olması ve onaya gönderilmiş olması gerekmektedir.
5. 4 dönemde de sorumlu olunan eylemler kendi dönemlerinde tamamlanırsa tam puan, tamamlanmassa 0 puan olarak değerlendirilecektir.
6. 1. Dönem eylemlerin toplam puanı "1. Dönem Puanı" olarak hesaplanır ve yayımlanır.
7. 2. Dönem eylemlerin toplam puanı "2. Dönem Puanı" olarak hesaplanır. Elde edilen 1. Dönem puanı ve 2. Dönem puanının aritmetik ortalaması "İlk Altı Aylık Dönem Puanı" olarak yayımlanır.
8. 3. Dönem eylemlerin toplam puanı "3. Dönem Puanı" olarak hesaplanır. Elde edilen 1. Dönem puanı, 2. Dönem puanı ve 3. Dönem puanının aritmetik ortalaması "İlk Dokuz Aylık Dönem Puanı" olarak yayımlanır.
9. 4. Dönem eylemlerin toplam puanı "4. Dönem Puanı" olarak hesaplanır. Elde edilen 1. Dönem puanı, 2. Dönem puanı, 3. Dönem puanı ve 4. Dönem puanının aritmetik ortalaması "Yıl Sonu Puanı" olarak

yayımlanır. Başka bir ifade ile elde edilen 1, 2, 3 ve 4. dönem puanlarının aritmetik ortalaması "Yıl Sonu Puanı" olarak yayımlanır.

10. Yayımlanan yıl sonu puanı, "Kamu İç Kontrol Standartlarına Eylem Planı Gerçekleşme Oranı" gösterge kartı "Gösterge Değeri"ne esas alınır.

Sorumlu olduğu dönem 1. Dönem olan bir eylemin puanının hesaplanması aşağıdaki gibidir.

1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek
%100			
%75	<<<<<		
%50		<<<<<	
%25			<<<<<
0			
	Eylemin tamamlanması gereken dönemi ifade eder.		
	Eylemin gerçekleştirildiği dönemi ifade eder.		
%..	Eylemin gerçekleşme dönemine göre o eyleme verilen puanın çarpılacağı yüzdeyi ifade eder		

Sorumlu olduğu dönem 2. Dönem olan bir eylemin puanının hesaplanması aşağıdaki gibidir.

Sorumlu olduğu dönem 3. Dönem olan bir eylemin puanının hesaplanması aşağıdaki gibidir.

1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek
		%100	
		%75	<<<<<
		0	
	Eylemin tamamlanması gereken dönemi ifade eder.		
	Eylemin gerçekleştirildiği dönemi ifade eder.		
%..	Eylemin gerçekleşme dönemine göre o eyleme verilen puanın çarpılacağı yüzdeyi ifade eder		

Sorumlu olduğu dönem 4. Dönem olan bir eylemin puanının hesaplanması aşağıdaki gibidir.

1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek
			%100
			0
	Eylemin tamamlanması gereken dönemi ifade eder.		
	Eylemin gerçekleştirildiği dönemi ifade eder.		
%..	Eylemin gerçekleşme dönemine göre o eyleme verilen puanın çarpılacağı yüzdeyi ifade eder		

Dört Dönemlik eylem olan E.2.7.1 eylemi her bir dönem için kendi döneminde tamamlandığı takdirde tam puan, tamamlanmadığı takdirde ise 0 puan olarak hesaplanacaktır.

1. Çeyrek	2. Çeyrek	3. Çeyrek	4. Çeyrek
%100	%100	%100	%100
0	0	0	0

	Eylemin tamamlanması gereken dönemi ifade eder.
	Eylemin gerçekleştirildiği dönemi ifade eder.
%..	Eylemin gerçekleşme dönemine göre o eyleme verilen puanın çarpılacağı yüzdeyi ifade eder

7. TABLOLAR

Tablo 1: Tablo 1: Eylemlerin Harcama Birimlerine Göre Dağılımı

Tablo 2: İl Sağlık Müdürlükleri Eylemlerinin Puan Dağılımı

Tablo 3: İl Sağlık Müdürlükleri Eylemlerinin Dönemlere Göre Dağılımı

Tablo 4: Merkez Harcama Birimleri (YHGM, SYGM, HHGM, TKB) Puan Dağılımı

Tablo 5: Merkez Harcama Birimleri (ASHGM, ABDİGM, HSGM, KHGM, SBSGM) Puan Dağılımı

Tablo 6: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Puan Dağılımı

Tablo 7: Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Puan Dağılımı

Tablo 8: Strateji Geliştirme Başkanlığı Puan Dağılımı

8. TANIMLAMALAR

Çeyrek Dönem

Her bir üç aylık zaman dilimini kapsar

2025 yılı 1. çeyrek dönem 11.04.2025 2026 yılı 1. çeyrek dönem 10.04.2026

2025 yılı 2. çeyrek dönem 11.07.2025 2026 yılı 2. çeyrek dönem 10.07.2026

2025 yılı 3. çeyrek dönem 10.10.2025 2026 yılı 3. çeyrek dönem 09.10.2026

2025 yılı 4. çeyrek dönem 09.01.2026 2026 yılı 4. çeyrek dönem 08.01.2027