



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

1.AMAÇ

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Başhekimliği, İlçe Sağlık Müdürlükleri bünyesinde yürütülen TS ISO/IEC 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi Standardı uygunluğunun ve etkinliğinin periyodik olarak doğrulanması, uygunsuzluklar için düzeltici ve önleyici faaliyetlerin belirlenmesi ve iyileştirme alanlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

2.KAPSAM

Bu prosedürün uygulamaları Bilgi Güvenliği Yönetim Sisteminin uygulandığı tüm fonksiyonları kapsar.

3.TANIMLAR VE KISALTMALAR

BGYS: TS ISO/IEC 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi Standardı

4. UYGULAMA

4.1.Yıllık Denetim Programı

- 4.1.1. Her yıl en az bir kez BGYS Birimi tarafından yıllık İç Tetkik Programı hazırlanır.
- 4.1.2. Hangi bölümlerin ne zaman denetleneceği Yönetimin Gözden Geçirmesi Prosedürüne uygun olarak Üst Yönetimin onayından sonra bölümlere dağıtılır.
- 4.1.3. İl Sağlık Müdürlüğünün şubelerin denetlenmesi
- 4.1.4. İl Ambulans Servisi Başhekimliğinin (Başhekimlik ve bağlı İstasyonların) denetlenmesi
- 4.1.5. İlçe Sağlık Müdürlüklerinin denetlenmesi

1/2

4.2.Denetçilerin Seçimi

- 4.2.1.Denetim, dış kaynaklı iç tetkikçiler veya bir eğitim kuruluşundan İç Tetkik sertifikası almış denetçiler tarafından uygulanır.
- 4.2.2. Bilgi güvenliği komisyonun uygun göreceği sorumlu personel
- 4.2.3. Kalite biriminde çalışan personel
- 4.2.4.Yapılacak denetim, tarih saat ve departman bazında İç Denetim Programına işlenir. Programda ayrıca denetimi kimlerin yapacağı bilgisi yer almalıdır. Yapılacak denetimlerin secimi ve planlamanın yapılması ve ilgili yerlere bildirimini yapılması

4.3.Denetimlerin Programı

- 4.3.1.BGYS Birimi, denetlenecek bölüme ve denetim görevlilerine denetim tarihini en az 7 gün önceden e-posta veya resmi yazı ile bildirir.
- 4.3.2. BGYS Birimi denetlenecek bölümler için tetkik personelini belirleyerek İç Tetkik Raporuna işler.
- 4.3.3.Denetçiler, denetim öncesinde denetimin gerçekleştirileceği bölüm ile ilgili İç Denetim Soru Listesinin altına varsa ilave soruları işlerler.

4.4. Denetimin Yürütülmesi

- 4.4.1. Denetimler programa uygun yürütülerek varsa uygunsuzluklar Düzeltici ve Önleyici Faaliyet İstek Formu işlenir ve DÖF Prosedürüne uygun olarak işlemler gerçekleştirilir.





4.4.2. Denetimden sonra bulgular denetçiler tarafından İç Tetkik Raporuna işlenir. Raporun aslı Bilgi Güvenliği Yönetim Temsilcisine, kopyası ise denetimin yapıldığı bölüm yöneticisine iletilir.

4.4.3. BGYS kapsamında ki tüm fonksiyonlar yılda en az 1 defa olmak üzere iç denetimden geçirilir.

4.4.4. İlgili DÖF' ün bitiş tarihine de makul sebeplerle kapatılmaması durumunda, İl Sağlık Müdürünün onayı ile ilave bir süre daha verilebilir. Ek sürede de kapanmaması durumunda, Entegre Yönetimin Temsilcisi koordinasyonunda, sorun incelemeye alınarak Sağlık Bilgi Sistemleri Komisyonuna götürülür.

4.4.5. DÖF' ler, DÖF Takip Listesinden elektronik ortamda izlenebilir.

4.4.6. Tüm iç denetim bulguları Yönetimi Gözden Geçirme Toplantıları'nda prosedüre uygun olarak gündemde yer alır.

5.SÜREÇ SAHİBİ

5.1. BİLGİ GÜVENLİĞİ YÖNETİM TEMSİLCİSİ BGYS BİRİMİ

6.KULLANILAN FORMLAR

6.1. İÇ TETKİK PROGRAM, RAPOR, SORU LİSTESİ FORMU

6.2. HİSM DÖF FORMU

6.3. HİSM DÖF TAKİP LİSTESİ