

1. AMAÇ:

Bu prosedürün amacı, Bursa Uludağ Üniversitesinin kalite yönetim sisteminin işleyişinde (TS EN ISO 9001:2015, TS EN ISO/IEC 17025 ve diğer kullanılan tüm yönetim sistemleri) ortaya çıkmış ve çıkabilecek uygunsuzlukların tespiti, nedenleri, bunların giderilmesi için iyileştirme faaliyetlerinin belirlenmesi ile yöntem ve sorumluları belirlemektir.

2. KAPSAM

2. TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi Standardı, TS EN ISO/IEC 17025 ve diğer tüm yönetim sistemlerinin şartlarının uygulandığı BUÜ'de yürütülen faaliyetlerle ilgili uygunsuzlukların düzeltilmesini, risklerin önlenmesini ve iyileştirilmesini kapsar.

3. SORUMLULAR

- Rektör
- Rektör Yardımcıları
- Genel Sekreter
- Kalite Koordinatörlüğü
- Birim Kalite Komisyonları

4. PROSEDÜR DETAYI

BUÜ bünyesinde, sürekli iyileştirme yapmak üzere farklı kaynaklardan gelen veriler analiz edilir ve önceliklendirilerek aksiyon planları hazırlanır. Buna göre kullanılan veri kaynakları şunlardır: Memnuniyet ölçümü (öğrenci ve çalışan memnuniyet anketleri, strateji ve süreç algı anketi, dış paydaş değerlendirme anketleri), şikâyetler, uygun olmayan hizmet, bakım, düzeltici faaliyetler, iç ve dış tetkik raporları, risk analizi ve performans göstergeleri.

4.1 Memnuniyet Ölçümü

BUÜ’de memnuniyet ölçümü için uygulanan anketler, uygulama zamanı ve sorumlusuna ait bilgiler 5.5.2 Anketlerin Yönetimi Sürecinin altında yer alan iş akışında tanımlanmıştır. Uygulanan anketlerin verileri Ölçme ve Değerlendirme Komisyonu tarafından hazırlanır ve değerlendirilir. Kalite Koordinatörlüğü tarafından uygulanır. Ölçme ve Değerlendirme Komisyonu tarafından yapılan toplantılarda sunumu yapılır. Anket sonuçları ilgili birimler ile paylaşılır ve Birim Kalite Komisyonları tarafından değerlendirilmesi istenir. Yapılan değerlendirmelere göre ilgili iyileştirmeler planlanır ve elde edilen bilgiler üst yönetime sunulur. Bu konuya ilişkin detaylar Ölçme Değerlendirme Komisyonu Yönergesinde yer alır.

(<https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/156070>)

Laboratuvar Kalite Yönetim Sistemine (TS EN ISO/IEC 17025 Deney ve Kalibrasyon Laboratuvarlarının Yetkinliği için Genel Gereklilikler) uygun çalışan birimlerde müşteri memnuniyetinin ölçülmesi, için izlenecek adımlar “PR LKYS 002 Müşteri İlişkileri ve İletişim Prosedürü”nde ele alınmıştır.

4.2 Öneri Sistemi ve Şikayetler

Öneri Sistemi; çalışanların ve öğrencilerin içinde yer aldıkları organizasyonu doğrudan veya dolaylı ilgilendiren konularda, mevcut durumun iyileşmesine yönelik fikirlerini ortaya koymalarını sağlayan, gelen önerileri değerlendiren, uygun olanlarını uygulamaya alan sistemdir.

Öneriler çalışanların, öğrencilerin ve paydaşların bireysel ya da grup halinde, BUÜ web sayfasında bulunan Öneri Merkezi sayfası kullanılarak, varsa ekleri ile birlikte kayıt altına alınır. Genel öneri sistemi üniversitemiz web sayfasında yer almakla birlikte, birimler kendi öneri sistemlerini de uygulayarak geri bildirimleri toplarlar.

Laboratuvar Kalite Yönetim Sistemine (TS EN ISO/IEC 17025 Deney ve Kalibrasyon Laboratuvarlarının Yetkinliği için Genel Gereklilikler) uygun çalışan birimlerde müşteri önerileri, şikayet ve itirazları için izlenecek süreç PR LKYS 002 Müşteri İlişkileri ve İletişim Prosedürü’nde ele alınmıştır.

4.2.1 Önerinin Değerlendirilmesi

Öneriler, mevcut Öneri Sistemi çerçevesinde belirtilen usul ve esaslara uygun olarak Genel Sekreterlik bünyesinde toplanır ve sorumlu Rektör yardımcısı tarafından değerlendirilir.

Birimlerin kendi öneri sistemlerinde toplanan öneriler de, birim yönetimleri tarafından değerlendirilir. Değerlendirme sonrasında uygulanabilirliği olan öneriler uygulanır.

4.2.2 Şikayetler

Şikâyetler, yazılı ve sözlü bildirimler (dilekçe, e posta vb.) ile memnuniyet anketleri üzerinden toplanır. Gelen şikayetler, birim tarafından FR 5.4.3_02 Sürekli İyileştirme Formu kullanılarak kayıt altına alınır. Anketler ile gelen şikayetler Kalite Koordinatörlüğü tarafından yönetime sunulur.

4.3 İç ve Dış Tetkik Raporu

4.3.1 İç Tetkik Raporu

BUÜ’de yapılan iç tetkik sonrasında elde edilen bulguların bulunduğu rapordur. Bu raporda yer alan uygunsuzluklar FR 5.4.3_02 Sürekli İyileştirme Formu’na işlenir ve uygunsuzlukların giderilmesi amacıyla aksiyonlar planlanarak takip edilir.

4.3.2 Dış Tetkik Raporu

Herhangi bir dış değerlendirme kuruluşu tarafından yapılan değerlendirmeler sonrasında sunulan rapordur. Bu raporda yer alan uygunsuzluk ve iyileştirme önerileri de FR 5.4.3_02 Sürekli İyileştirme Formuna işlenir ve aksiyonlar planlanarak takip edilir.

4.4 Performans Göstergelerinin takibi

Stratejik planda tanımlı performans göstergeleri, YÖKAK Performans Göstergeleri ve Araştırma Üniversitesi Kriterleri ve uygulanmakta olan diğer KYS’lere ait kalite hedefleri belirlenen izleme periyodu içinde Ölçme ve Değerlendirme Komisyonu, Kalite Komisyonu toplantıları ve yılda bir kere yapılan YGG toplantısı ile izlenir; gerçekleşmiş sapmalara ve sorunlara yönelik aksiyonlar planlanır; uygulaması yapılır ve durum izlenir.

4.5 Bakım

BUÜ’nün sahip olduğu fiziksel ve teknolojik altyapının bakımını ilgilendiren konulardan ortaya çıkan veriler aksiyon planlarıyla takip edilir. Fiziksel (altyapı, bina, asansör, açık alanlar ve makine-ekipmanları) ve teknolojik (sunucular, laboratuvar cihazları, bilgisayarlar, projeksiyon cihazları, wireless bağlantı cihazları, yazıcılar vb.) hususlar için bakım, Yapı İşleri ve Teknik Daire Başkanlığının ve Bilgi İşlem Daire Başkanlığının sorumluluğundadır. Planlı bakımlar ilgili Daire Başkanlıklarınca planlanarak yapılır ya da yaptırılır. Arıza talepleri, arıza talep formu ile alınır. Arızalar ilgili Daire Başkanlığı teknik ekibi tarafından ya da duruma göre hizmet

alımı yöntemiyle bütçenin müsaitlik durumuna göre giderilir. Arıza durumlarında bildirim yapıldıktan sonra eğer arızanın çözümü birimi kendisi tarafından yaptırılabilir ise piyasa araştırması sonucu bakım birim bütçesinden de yaptırılabilir. Bakım-Onarıma ait işleyiş 3.2. Fiziki Altyapı Yönetimi ana süreci içinde yer almaktadır. Ayrıca birimlerde kullanılmakta olan cihazlara ait bakım, kalibrasyon vb durumlarda ortaya çıkabilecek iyileştirmeler de sürekli iyileştirme kapsamında yürütülür.

4.6 Uygun Olmayan Hizmet

Gerçekleşen faaliyetler sonucunda üretilen hizmetlerin kapsamı mevzuat ile belirlenmiştir. Uygun olmayan hizmetler, sunulan hizmetlerden alınan geri bildirimlerden, yapılan tetkiklerden, gelen şikayetlerden, bakım faaliyetlerinden, öneri sisteminden, satın alınan mal ve hizmetin doğrulanmasından, yapılan test/deney ve ölçümlerden belirlenir. Uygun olmayan hizmet gerçekleşmesi durumunda FR 5.4.3_03 Uygun Olmayan Hizmet ve Ürün Tespit Formu üzerinden düzeltici faaliyet başlatılır.

Laboratuvar Kalite Yönetim Sistemine (TS EN ISO/IEC 17025 Deney ve Kalibrasyon Laboratuvarlarının Yetkinliği için Genel Gereklilikler) uygun çalışan birimlerde uygun olmayan deney işi ve ilişkili uygunsuzluklar PR LKYS 009 Uygun Olmayan Deneyin Kontrolü Prosedürü'nde ele alınmıştır.

4.7 Risk ve Fırsatların Analizi

Risk, hedeflere yönelik istenemeyen bir olayın ya da sonucun (pozitif ve/veya negatif sapma) oluşma ihtimalinin bileşkesi olarak tanımlanabilmektedir.

Üniversitede İç Kontrol Sistemi (İKS) gereği oluşturulan ve KYS'ye entegre edilen bir risk tabanlı süreç yapısı bulunmaktadır. Süreçlerdeki risklerin yönetimi, BUÜ tarafından oluşturulmuş "BUÜ Kurumsal Risk Strateji Belgesi" ne göre yönetilir. Birbirinden farklı faaliyetlerin tanımlandığı süreçlere ait riskler, İç Kontrol Otomasyonunda yer alan Süreç Kartlarında tanımlanır ve takibi yapılır. Birimler gerekli gördükleri takdirde kendilerine ait süreçler için risk yönetimi faaliyetini gerçekleştirebilirler. Bu risklerin yönetimi de BUÜ süreç yapısında yer alan risk yönetimi esaslarına göre yapılır.

Laboratuvar Kalite Yönetim Sistemine (TS EN ISO/IEC 17025 Deney ve Kalibrasyon Laboratuvarlarının Yetkinliği için Genel Gereklilikler) uygun çalışan birimlerde risklerin ve fırsatların yönetimi “BUÜ Kurumsal Risk Strateji Belgesi” ne uygun olarak hazırlanan “PR LKYS 011 Risk ve Fırsatların Yönetimi Prosedürü”nde ele alınmıştır.

İş Sağlığı ve Güvenliği ile ilgili riskler ise “PR ISG 03 İş Sağlığı ve Güvenliği Prosedürü” kapsamında ele alınarak değerlendirilir.

4.8 Düzeltici Faaliyet

Düzeltici faaliyet, yapılan faaliyetlerin belirlenen şartlara uygun yerine getirilmemesi sonucu oluşan olumsuzlukların giderilmesi ile ilgili faaliyetlerin yazılı bilgi olarak oluşturulması, analiz edilmesi, değerlendirilmesi ve muhafaza edilmesi faaliyetlerini kapsayan düzenlemeleri içerir.

Öneriler, şikayetler, uygun olmayan hizmet bildirimleri, bakım raporları, müşteri memnuniyet ölçümleri, veri analizleri ve yapılan tetkikler sonucunda düzeltici faaliyet başlatılır. Başlatılan faaliyeti, ilgili kişi ya da birim verilen termin içerisinde sonuçlandırır ve düzeltici faaliyet kapatılır. Düzeltici faaliyetlerden elde edilen bilgiler YGG’ye veri sağlar ve sürekli iyileştirmenin sağlanmasında ve takibinde kullanılır.

4.8.1 Sürekli İyileştirme Formu

Düzeltici faaliyet FR 5.4.3_02 Sürekli İyileştirme Formu ile başlatılır. Formda uygunsuzluğun tanımı, kaynağı, uygunsuzluk kapsamında yapılacak faaliyet, termin, gerçekleştirme sorumlusu, takip sorumlusu ve açıklama bölümünden oluşur. Hazırlanan sürekli iyileştirme formlarının takibi FR 5.4.3_05 Sürekli İyileştirme Takip Formu ile yapılır.

Bu prosedürde tanımlanan faaliyetlerin sonuçları, YGG prosedürüne göre üst yönetim tarafından değerlendirilir; gerekli kaynak ihtiyacı oluşturulur. KYS’nin amaç, hedef ve kapsamına uygun olarak gerekli düzenlemeler yapılır ve KYS’nin sürekli iyileştirilmesi sağlanmış olur.

5. REFERANSLAR, İLGİLİ DOKÜMANLAR VE KAYITLAR

Sürekli İyileştirme Formu (FR 5.4.3_02)

Sürekli İyileştirme Takip Formu (FR 5.4.3_05)

İç Tetkik Raporları

Anket Değerlendirme Raporları

Öneri ve şikayetler



Toplantı Tutanakları

Dış Değerlendirme Raporları

İç Kontrol Uyum Eylem Planı

PR LKYS 002 Müşteri İlişkileri ve İletişim Prosedürü

PR LKYS 009 Uygun Olmayan Deneyin Kontrolü Prosedürü

PR LKYS 011 Risk ve Fırsatların Yönetimi Prosedürü

PR ISG 03 İş Sağlığı ve Güvenliği Prosedürü

Kontrollü Kopya