



# GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SÜREKLİ İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ



Doküman Kodu: GAÜN-PRD-05

Yürürlük Tarihi: 02.01.2019

Revizyon Tarihi/No: 18.12.2023/05

Sayfa No: 1 / 8

Revizyon Açıklaması	Madde No
Risk analiz periyodu eklenmiştir.	5.7
Düzeltilici Faaliyet maddesinin tamamı revize edilmiştir.	5.8

## 1. AMAÇ:

Bu prosedür, Üniversitemiz etkinliğini arttırmak, bağımsız bakış açısı ile kalite sistemini sürekli olarak iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla tüm birimlerin kalite sistemine yönelik faaliyetlerinin ve performans göstergelerinin incelenmesi için sistematik yöntemle tetkik edilmesidir.

## 2. KAPSAM:

Bu prosedür uygulanmakta olan *Yönetim Sistemleri Standartlarının*, Akreditasyon standart şartlarının uygulandığı analizlerin yapılması, performans gösterge ölçümlerinin planlanması ve takip edilmesini, iyileştirme çalışmalarının takibini kapsar. Ayrıca İç tetkiklerin planlanması, tetkikçilerin seçilmesi, tetkiklerin yapılması, sonuçların rapor edilmesi, varsa tespit edilen uygunsuzluklar için düzeltilici faaliyetlerin başlatılması, öneri ve şikayetlerin alınması ve raporlanması, risk planlamalarının yapılması ve takibi konularını kapsar.

## 3. TANIMLAR:

**Hedef:** Kuruluşun politikasına dayanan ve kuruluş içindeki ilgili fonksiyonlar ve seviyeler için belirlenen ve ulaşılmak istenen amaçlar

**Alt Yapı:** Kurumun çalıştırılması için gerekli olan hizmetler, donanım ve olanaklar takımı

**Çalışma Ortamı:** İşin altında yapıldığı şartlar (sıcaklık, tanıtma şemaları, ergonomik ve atmosferik bileşim gibi fiziksel, sosyal, psikolojik ve çevresel faktörler) takımı

## 4. SORUMLULULAR

- Birim Amirleri (Dekan/Müdür/Daire Başkanı)
- Birim İdari Amiri (Fakülte ve Yüksekokul Sekreteri)
- Birim Kalite Temsilcisi
- Bölüm Başkanları/Şube Müdürleri

## 5. UYGULAMA;

HAZIRLAYAN (.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Kalite Geliştirme Koordinatörü	Genel Sekreter	Yönetim Temsilcisi	Rektör



# GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SÜREKLİ İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ



Doküman Kodu: GAÜN-PRD-05

Yürürlük Tarihi: 02.01.2019

Revizyon Tarihi/No: 18.12.2023/05

Sayfa No: 2 / 8

Üniversitemiz 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 Memnuniyet Anketleri, Personel Memnuniyet Anketleri),
- Öneri ve Şikayet Formları,
- GİMER
- Uygun olmayan hizmet, bakım, düzeltici faaliyetler,
- İç ve dış tetkik raporları,
- Risk analizi,
- Veri Analizleri,
- Performans göstergelerinin takibi.

## 5.1 Memnuniyet Ölçümü

Memnuniyet ölçümü için uygulanan anketler, uygulama zamanı ve sorumlusuna ait bilgiler uygulamaya ilişkin iş akışları ve ilgili formlarda tanımlanmıştır. Üniversitemiz bünyesinde uygulanan anketler Uygulanan Memnuniyet Ölçümleri Listesinde anketlerin sorumluları, terminleri ve analiz yöntemleri belirtilmiştir. Uygulanan anketlerin verileri elektronik ortam üzerinde Anketler klasöründe ilgili kişilerin erişimine açık durumdadır. Yapılan toplantılarda raporlama sorumluları tarafından sunumu yapılır ve ilgili iyileştirmeler planlanır.

Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel yöntemler kullanılmaktadır.

## 5.2 Öneri ve Şikâyetler

Öneri ve şikâyet formu belirlenen formatta her birimin web sitesinde online olarak Birim Kalite Temsilcisinde matbu olarak form üzerinden alınarak dönemsel olarak yılda 3 defa analiz yapılır. İlgili formlar konu başlıklarına göre Kalite birimi tarafından değerlendirilerek YGG toplantısında sunulur.

Ayrıca; GİMER ve CİMER tarafından gönderilen değerlendirmeler ve dilekçe şeklinde yapılan başvurular konu başlıklarına göre Birim İdari Amirleri tarafından analizleri değerlendirilerek raporlanır ve kalite birimi tarafından YGG toplantısında sunulur.

Yıllık analiz sonuçları Kalite Güvence Birimine üst yazı ile bildirilir.

## 5.3 İç ve Dış Tetkik Raporu

### 5.3.1 İç Tetkik Raporu

Yapılan iç tetkik sonrasında elde edilen bulguların bulunduğu rapordur. Bu raporda yer alan uygunsuzluklar Birim Düzeltici Faaliyet Formuna işlenir ve aksiyonlar planlanarak takip edilir.

### 5.3.2 Dış Tetkik Raporu

HAZIRLAYAN (.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Kalite Geliştirme Koordinatörü	Genel Sekreter	Yönetim Temsilcisi	Rektör



# GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SÜREKLİ İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ



Doküman Kodu: GAÜN-PRD-05

Yürürlük Tarihi: 02.01.2019

Revizyon Tarihi/No: 18.12.2023/05

Sayfa No: 3 / 8

Herhangi bir dış değerlendirme kuruluşu tarafından yapılan değerlendirmeler sonrasında sunulan rapordur. Bu raporda yer alan uygunsuzluk ve iyileştirme önerileri de düzeltici faaliyet başlatılarak izlenir ve aksiyonlar planlanarak takip edilir.

## 5.4 Performans Göstergelerinin takibi

Stratejik planda yer alan amaç ve hedeflere yönelik faaliyetler için ve süreçler için tanımlanmış olan performans göstergeleri belirlendiği izleme periyodu içinde sorumluları ve yapılan akademik, idari ve yönetim kurulu toplantıları ile ve yılda bir kez yapılan YGG toplantısı ile izlenir, sapmalar ve gerçekleşmedeki sorunlar belirlenerek aksiyonlar planlanır ve izlenir. Birimlerden Stratejik Daire Başkanlığı tarafından toplanan yıl başlarında toplanan veriler düzenli takip edilir ve raporlanır. Kurum İç Değerlendirme raporunda belirtilmek üzere Kalite Güvence Birimi tarafından bilgiler analiz edilir.

## 5.5 Bakım

Üniversitemizin sahip olduğu fiziksel ve teknolojik altyapının bakımını ilgilendiren konulardan ortaya çıkan veriler ile aksiyon planları yapılarak takip edilir. Fiziksel (bina, asansör, bahçe ve ekipmanları) ve teknolojik (laboratuvar cihazları, atölye cihazları ve ekipmanları, bilgisayarlar, projeksiyon cihazları ve yazıcılar) altyapıda bakım hususlarında ilk önce ilgili Birim teknik personelleri tarafından bakım ve onarımları yapılır, yapılamadığı durumlarda Rektörlüğe bağlı Yapı İşleri Teknik Daire Başkanlığı, İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı ve Bilgi İşlem Daire Başkanlığının sorumluluğundadır. Planlı bakımlar ilgili daire başkanlıklarınca birimlerin Makine Teçhizat Yıllık Bakım Planları'na göre planlanarak yapılır ve takibi her birimin kendir Birim Kalite Temsilcisi tarafından takip edilir. Arıza durumlarında hazırlanan Bakım Onarım Formu kullanılarak çözüm sağlanır. Arıza iç kaynaklarla giderilemiyorsa dışarıdan hizmet almak için Satın Alma sürecine göre işlem yapılır. Yapılan bakıma ait kayıtlar ilgili birimde tutulur.

## 5.6 Uygun Olmayan Hizmet

Üniversitemizde yapılan faaliyetler sonucunda sunulan hizmetlerin kapsamı yasal mevzuatlar çerçevesinde yapılmasından dolayı, uygun olmayan hizmet tanımı sunulan hizmetlerin geri bildirimlerinin alınmasıyla yapılan tetkikler ile ( iç, dış), şikayetler, bakım faaliyetleri, öneri sistemi ile satın alınan mal ve hizmetin doğrulanması sonucu oluşabildiği gibi verilen hizmetin yapılan planlamaya göre yapılmaması durumunda oluşmaktadır. Oluşan uygunsuzlukların her biri için uygun olmayan hizmet formu doldurularak takip başlatılır. Kalite birimi tarafından takip edilen uygun olmayan hizmet ve düzeltici faaliyet ilgili birim ile koordineli olarak çözülür ve ilgili form sonlandırılır.

Uygun Olmayan Hizmet için birimin uygun olmayan hizmete dair ilgili prosedürüne göre işlem yapılır. Uygun olmayan hizmet formu doldurulur ve takip edilir. Uygun olmayan hizmet formu durumu tespit eden herkes tarafından doldurulabilir.

HAZIRLAYAN (.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Kalite Geliştirme Koordinatörü	Genel Sekreter	Yönetim Temsilcisi	Rektör



# GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SÜREKLİ İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ



Doküman Kodu: GAÜN-PRD-05

Yürürlük Tarihi: 02.01.2019

Revizyon Tarihi/No: 18.12.2023/05

Sayfa No: 4 / 8

## 5.7 Risk Analizi

Risk, yapılan faaliyetlerin gerçekleştirilirken oluşabilecek belirsizliklerdir. Risk olasılığı, belli bir zaman dilimi içinde riskin oluşma sıklığıdır. Şiddeti ise, riskin faaliyetleri etkileme derecesidir. Etki ise, risk meydana geldiğinde ortaya çıkan can, mal, çevreye olan zararı, kurum itibarına olan zararı ve KYS'nin işleyişine verdiği zarar olarak değerlendirilir. Bu değerlendirme, aşağıdaki tabloda kırmızı ve sarı bölüm olup, riskin olasılığı ve etkisi çarpılarak etkinin puanına göre kırmızı ve sarı risk bölümü için aksiyon planı alınır. Aksiyon planı takip sorumluları risk tablolarında tanımlandığı şekildedir. Ayrıca; risk seviyesi 1 ile 6 arası düşük seviye çıktığı durumlarda ana sürecimizi direkt etkileyen bir şiddeti varsa aksiyon plan kararı değiştirilebilir.

Risk yönetimi ve risk belirleme çalışmaları; bölüm kalite temsilcileri ve kalite ekipleri işbirliği ile yapılır. Riskler belirlenirken ilgili birimin kalite temsilcisi, süreç sorumluları ve birim sorumlularının ortak katılımı ile; beyin fırtınası, kurumsal bilgi hafızası, paydaş katılımı gibi yöntemler kullanılarak belirlenir. Risk yönetimi çalışmaları Kalite Güvence Birimi koordinasyonunda ilgili birim çalışmaları için entegre sağlanır. Risk çalışmalarında; ana faaliyeti etkileyen hedeflere erişime dair tüm riskleri, performans kriter risklerini ve genel riskleri kapsar. Risklerin izleme periyodu; gözlem, örnekleme yöntemi gibi izleme metotları birim tarafından belirlenir. Bu kapsamdaki sorumlu Birim Kalite Temsilcisi, Birim Sorumlusu ve ilgili Birim Amiridir.

RİSK OLASILIĞI	TANIM
1 (ÇOK AZ)	Yılda hiç görülmemesi veya en az 1 kez
2 (AZ)	6 ayda en az 1 kez
3 (ORTA)	3 ayda en az 1 kez
4 (YÜKSEK)	Ayda 1 kez
5 (ÇOK YÜKSEK)	Ayda en az 3 kez
ETKİ DÜZEYİ	TANIM
1 (ÇOK HAFİF)	Etkilenme yok veya çok az
2	Sistemin yürümesinde sorun oluşmakta ancak engelleme

HAZIRLAYAN (.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Kalite Geliştirme Koordinatörü	Genel Sekreter	Yönetim Temsilcisi	Rektör



# GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SÜREKLİ İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ



Doküman Kodu: GAÜN-PRD-05

Yürürlük Tarihi: 02.01.2019

Revizyon Tarihi/No: 18.12.2023/05

Sayfa No: 5 / 8

(HAFİF)	durumu oluşmamaktadır.
3 (ORTA)	Sistemin etkilenme düzeyi var
4 (CİDDİ)	Sistemin yürümesinde engel durum mevcut.
5 (ÇOK CİDDİ)	Sistem durma noktasına gelmektedir.

RİSK:(OLASILIK) X (ETKİ)		ETKİ DÜZEYİ				
		5 (ÇOK CİDDİ)	4 (CİDDİ)	3 (ORTA)	2 (HAFİF)	1 (ÇOK HAFİF)
OLASILIK	5 (ÇOK YÜKSEK)	YÜKSEK 25	YÜKSEK 20	YÜKSEK 15	ORTA 10	DÜŞÜK 5
	4 (YÜKSEK)	YÜKSEK 20	YÜKSEK 16	ORTA 12	ORTA 8	DÜŞÜK 4
	3 (ORTA)	YÜKSEK 15	ORTA 12	ORTA 9	DÜŞÜK 6	DÜŞÜK 3
	2 (AZ)	ORTA 10	ORTA 8	DÜŞÜK 6	DÜŞÜK 4	DÜŞÜK 2
	1 (ÇOK AZ)	DÜŞÜK 5	DÜŞÜK 4	DÜŞÜK 3	DÜŞÜK 2	DÜŞÜK 1

RİSK DÜZEYİ	ETKİ	EYLEM PLANI
1-6	DÜŞÜK	Mevcut Durum Devam Eder
8-14	ORTA	-İdari Yöntemlerle Çözülür. Riskleri düşürmek için gerekli faaliyetler kısa zamanda (bir hafta ) başlatılır. - Değeri eşit olan risk düzeylerinde etki düzeyi yüksek olan değerlere

HAZIRLAYAN (.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Kalite Geliştirme Koordinatörü	Genel Sekreter	Yönetim Temsilcisi	Rektör



# GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SÜREKLİ İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ



Doküman Kodu: GAÜN-PRD-05

Yürürlük Tarihi: 02.01.2019

Revizyon Tarihi/No: 18.12.2023/05

Sayfa No: 6 / 8

		<p>göre öncelik düzeyi değişir. Etki düzeyi yüksek olan değer önceliklidir.</p> <p>-Risk, faaliyetin durdurulmasını gerektirecek büyüklükte değilse kontrollü olarak idari sorumlularca yönetilir.</p> <p>- Aksiyom Planı hazırlanır</p>
15-25	YÜKSEK	<p>- Eylem Başlatılır</p> <p>- Aksiyom Planı hazırlanır.</p> <p>- Aksiyom Planına göre hareket edilir.</p>

Riskler, kurumun riskleri olarak SWOT ve PEST analizi kullanılmış, stratejik amaç ve hedefler ile örtüştürülmüş ve bağlam oluşturulmuştur. Kurumun, birbirinden farklı faaliyetleri tanımladığı süreçlere ait riskler, yapılan faaliyetler ve görevlere ilişkin riskler süreç kartlarında veya risk tablolarında tanımlıdır. *Yıllık olarak birimlerden risk analizleri EBYS kanalı ile istenerek Kalite Geliştirme Koordinatörlüğü tarafından incelenerek birimlere geri bildirim yapılır ve son halleri web sayfasında duyurulur.*

Ayrıca birimlerin İş Sağlığı ve Güvenliği şartlarının karşılanması için risk analizleri İş sağlığı birimi ve ihtiyaç durumunda dışardan hizmet alımı ile raporlanmalı gerekli önlemler alınmalıdır.

## 5.8 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. Düzeltici faaliyet başlatılmasına neden olan; öneri, şikayet, uygun olmayan hizmet bildirim, bakım, müşteri memnuniyet ölçümleri, veri analizleri ve yapılan tetkikler sonucu bulunan verilere göre *Kalite Yönetim Sistemi otomasyonu üzerinden* düzeltici faaliyet başlatılır. *Başlatılan düzeltici faaliyetin kaynağı, kök sebebi, konusu, düzeltmeye yönelik yapılması planlanan faaliyet düzeltici faaliyeti bildiren personel tarafından belirtilir. İlgili kanıt dosyası sisteme yüklenir. Kalite Geliştirme Koordinatörlüğü tarafından düzeltici faaliyetin konusuna ve içeriğine göre termin süresi otomasyon üzerinden belirlenir. Belirlenen termin süresinde düzeltici faaliyet ilgili kanıt dosyaları yüklenerek kapanış onayına sunulur. İlgili kanıt dosyası ve yapılan faaliyet kapsamında düzeltici faaliyet sonuçlandırılarak kapatılır veya iptal edilerek düzeltici faaliyetin tekrarlanması sağlanır.* Düzeltici faaliyetlerden elde edilen bilgiler YGG' ye veri sağlar ve sürekli iyileştirmenin sağlanması ve takibine yarar. Düzeltici faaliyet talepleri tüm çalışanlar tarafından yapılabilir, yapılan talepler Birim Kalite Temsilcisine iletilir.

### 5.8.1. Düzeltici Faaliyet Adımları

Yapılan değerlendirme sonucu, uygunsuzluğun veya oluşabilecek potansiyel uygunsuzluğun ortadan kaldırılması için gerçekleştirilecek faaliyet, ilgili bölüm sorumlusu tarafından planlanır. Planlanan faaliyet, İlgili Bölüm Sorumlusu tarafından belirlenen süre içerisinde yerine getirilir.

HAZIRLAYAN (.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Kalite Geliştirme Koordinatörü	Genel Sekreter	Yönetim Temsilcisi	Rektör



# GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SÜREKLİ İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ



Doküman Kodu: GAÜN-PRD-05

Yürürlük Tarihi: 02.01.2019

Revizyon Tarihi/No: 18.12.2023/05

Sayfa No: 7 / 8

Planlanan Düzeltici faaliyetler, öngörülen süre sonunda Birim Kalite Temsilcisi ve/veya faaliyeti talep eden tarafından sonucu ve etkinliğinin tespiti amacıyla kontrol edilir. Birim Kalite Temsilcisi tarafından, planlanan düzeltici faaliyetler kaydedilir ve *Kalite Yönetim Sistemi otomasyonu üzerinden güncelliği* izlenir. Düzeltici faaliyet talebinde yapılan uygunsuzluk ve sebebi, ilgili Bölüm Sorumlusu ve/veya Birim Kalite Temsilcisi tarafından değerlendirilir ve kanıtları neticesinde kapatılabilir. Tetkik neticesinde açılan düzeltici faaliyetler bir sonraki tetkik de kontrol edilir ve uygun görülmezse izleme verilir. Düzeltici faaliyetlerin sonuçları, Yönetimin Gözden Geçirme toplantılarında görüşülür.

## 5.9 Verilerin Analizi

Veri analizine tabi konular; memnuniyet anketleri, eğitim değerlendirmeleri, öneri ve şikayet oranları, düzeltici faaliyetler ve kapatılma oranlarını, tedarikçi değerlendirmeleri şeklindedir. Analiz sonuçları; birim kalite temsilcisi tarafından ilgili birimin yönetimin gözden geçirme toplantılarında raporlanarak sunulur. Analiz sonuçlarına göre; gerekli durumlarda düzeltici faaliyet açılabilir, hedefler ve performans kriterleri için iyileştirme önerileri değerlendirilir veya yenilenir. Hazırlanan Rapor; Kalite Geliştirme Koordinatörlüğüne mail olarak gönderilir. Veri analizi hususunda ihtiyaç durumunda Kalite Geliştirme Koordinatörlüğü tarafından destek sağlanır. Veri analizine tabi tutulan konular ve yöntemleri aşağıdaki tabloda belirtildiği gibidir;

Analiz Konusu	İlgili Doküman	Yöntem	Periyot	Sorumlu
Öğrenci Memnuniyet Anketleri	Öğrenci Memnuniyet Anketleri	Betimsel Analiz-İçerik Analizi	Dönemlik (Birim içinde en az yılda iki kere olmak üzere yeniden belirlenebilir)	Öğrenci İşleri Personeli Birim Kalite Temsilcisi
Personel Memnuniyet Anketi	Personel Memnuniyet Anketi	Betimsel Analiz- İçerik Analizi	Yılda En az 1 Kez	İdari Amir Birim Kalite Tem.
Dış Paydaş Memnuniyet Anketi	Dış Paydaş Memnuniyet Anketi	Betimsel Analiz- İçerik Analizi	Yılda En az 1 Kez	İlgili Amir Birim Kalite Tem.
Stratejik plan hedefleri ve performans göstergelerinin gerçekleşme oranlarının değerlendirilmesi	Stratejik Hedefler	Dağılım – Frekans Tabloları	Yılda En az 2 kez	İdari Amir Birim Kalite Tem.
Süreç performans ölçümlerinin değerlendirilmesi	Süreç Performans Kriterleri Tanımlama ve İzleme Çizelgesi	Dağılım- Frekans Tabloları	Yılda En az 2 kez	İdari Amir Birim Kalite Tem.
Öneri ve Şikâyet oranlarının	-GİMER oranları -CİMER Oranları	Betimsel Analiz- İçerik	Yılda En az 2 Kez	İdari Amir Birim Kalite Tem.

HAZIRLAYAN (.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Kalite Geliştirme Koordinatörü	Genel Sekreter	Yönetim Temsilcisi	Rektör



# GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SÜREKLİ İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ



Doküman Kodu: GAÜN-PRD-05

Yürürlük Tarihi: 02.01.2019

Revizyon Tarihi/No: 18.12.2023/05

Sayfa No: 8 / 8

giderilme değeri	-Öneri-Şikâyet formları -Dilekçeler	Analizi		
Düzeltilici faaliyetlerin kapatılma oranı	Düzeltilici faaliyet formları	Frekans Çetelesi	Yılda En az 2 Kez	İdari Amir Birim Kalite Tem.
Tedarikçi Değerlendirmesi	Tedarikçi Değerlendirme Formu, Listesi	Tanımlayıcı Analizler	Yılda En az 2 Kez	İdari Amir Birim Kalite Tem.
Eğitim Değerlendirmeleri	-Eğitimci değerlendirme Formu -Eğitim Değerlendirme Formu -Eğitim Katılımcı listesi -Eğitim Planı	-Betimsel Analiz -Frekans Çetelesi	Her Eğitim için Yılda En az 1 Kez	İdari Amir Birim Kalite Tem.

## 5.10. Birim Özdeğerlendirme Raporları

Birimlerden yıllık olarak Kalite Geliştirme Koordinatörlüğü tarafından belirlenen kılavuza göre hazırlanlar ve Kalite Geliştirme Koordinatörlüğü tarafından incelenir. Kurum İç Değerlendirme Raporunun temelini oluşturan bu raporlar kurumlara eksikliklerini görme imkanı verir. Yılda bir kere koordinatörlük tarafından yapılan planlar doğrultusunda özdeğerlendirme raporuna göre değerlendirmeleri yapılır ve rapor edilir.

**6. SÜREKLİ İYİLEŞTİRME:** Mevzuat değişiklikleri ve ihtiyaç durumlarına karşılık yıllık olarak değerlendirme yapılmakta ve gerekli durumlarda iyileştirmeler yapılmaktadır.

Bu prosedürde tanımlanan faaliyetlerin sonuçları, YGG prosedürüne göre üst yönetim tarafından değerlendirilip, gerekli kaynak ihtiyacı oluşturulan KYS' nin amaç, hedef ve kapsamına uygun olması için gerekli olan düzenlemeler yapılır. Böylece, KYS' nin sürekli iyileştirilmesi sağlanmış olur.

**7. VERİLERİN SAKLANMASI:** Kalite yönetim birimi tarafından gerekli dokümanlar Arşiv Yönetmeliği kapsamında saklanmaktadır.

## 8. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 8.1. Düzeltilici Faaliyet izleme Listesi
- 8.2. Düzeltilici Faaliyet Formu
- 8.3. Makine Teçhizat Yıllık Bakım Planı
- 8.4. Bakım Onarım Formu

HAZIRLAYAN (.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
Kalite Geliştirme Koordinatörü	Genel Sekreter	Yönetim Temsilcisi	Rektör