

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ USUL VE ESASLARI

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1- (1) Bu usul ve esasların amacı, Kalite yönetim sistemlerinin geliştirilmesi, devamlılığının sağlanması ile kalite güvence ve değerlendirme ile ilgili çalışmaların yürütülmesini sağlamaktır.

Kapsam

Madde 2- (1) Bu usul ve esaslar, Bezmialem Vakıf Üniversitesi kalite yönetim sistemi çalışma usul, esas ve ilkelerini kapsar.

Dayanak

Madde 3 - (1) Bu usul ve esaslar 23.11.2018 tarih ve 30604 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe konulan “Yükseköğretim Kalite Güvencesi ve Yükseköğretim Kalite Kurulu Yönetmeliği” hükümlerine ve “TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi” standartlarına dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- (1) Bu usul ve esaslarda geçen;

- a. BVU:** Bezmialem Vakıf Üniversitesini,
- b. YGG:** Yönetim Gözden Geçirmeyi,
- c. Fırsat:** Olumlu bir şeylerin olmasını mümkün kılan koşullar, riskin olumlu yanları ve sağlayabileceği olası kazançları,
- d. Gözden Geçirme:** Oluşturulan hedeflere ulaşmak amacıyla ele alınan konunun uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğini tayin etmek için yapılan faaliyetleri,
- e. Kalite:** Paydaşların istek ve beklentilerinin karşılanma kabiliyetini,
- f. Kalite Güvencesi:** Kalite yönetiminin, kalite şartlarının gerçekleştirilmesi için gerekli güvenceyi sağlamasını,
- g. Kalite Politikası:** Bir kuruluşun üst yönetimi tarafından kabul edilen, bağlayıcı olarak yazılı beyan edilen kalite ile ilgili bütün amaçlarını ve yönlendirmelerini

- h. Kalite Yönetimi:** Bir kuruluşun kalite bakımından sevk ve idaresi için koordine edilmiş faaliyetleri,
- i. Kalite Yönetim Sistemi:** Bir kuruluşu kalite açısından yönlendiren ve kontrol eden yönetim sistemini,
- j. Paydaş:** Bir kuruluşun faaliyetlerinden dolayı ve dolaysız etkilenen tüm kişi ve kurumları,
- k. Risk:** Belirsizliğin hedefler üzerindeki etkisini,
- l. Süreç (Proses):** Girdileri çıktılara dönüştüren, birbirleri ile ilgili veya etkileşimde bulunan ardışık faaliyetler dizisini,
- m. Sürekli İyileştirme:** Yetkinliğin artırılması için sürdürülen faaliyeti,
- n. Tetkik:** Kalite yönetim sistemi kapsamında tanımlanan şartların ve düzenlemelerin yerine getirilip getirilmediği ile yerine getirilme derecesinin delillerini elde etmek için bağımsız ve objektif olarak yapılan sistematik bir değerlendirmeyi,
- o. Akademik Birimler:** Bezmialem Vakıf Üniversitesi Rektörlüğüne bağlı fakülteleri, meslek yüksekokulunu, enstitüleri, araştırma merkezlerini ve yabancı diller bölümünü,
- p. İdari Birimler:** Bezmialem Vakıf Üniversitesi Genel Sekreterliğine bağlı direktörlükleri ve müdürlükleri,
- q. Birim Kalite Sorumluları:** Kalite Güvence kapsamındaki tüm iş ve işlemleri yapmak üzere birimlerden belirlenmiş sorumluları, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Doküman Edilmiş Bilgi Yönetimi

Dokümanların Yapısı

Madde 5 - (1) ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Doküman ihtiyacı ve hazırlanması, kodlanması, gözden geçirilmesi ve kontrol edilmesi, onaylanması, kullanım alanına dağıtımı, güncellenmesi, kayıt ve muhafaza işlemleri Kalite Birimi tarafından gerçekleştirilir.

(2) Süreçlerin uygulanmasını açıklayan Kalite El Kitabı, Prosedür, Talimat, Form, İş Akışı, Süreç Planları, Diğer Yardımcı Dokümanlar oluşturulur.

Dokümanların Hazırlanması ve Onaylanması

Madde 6 – (1) Kurumun ihtiyaç duyduğu dokümanlar Birim Kalite Sorumluları ve Üniversite Kalite Birimi tarafından ilgili mevzuat ve kalite yönetim sistemi standartları çerçevesinde belirlenir.

(2) Doküman ihtiyacı tespit eden çalışan tarafından Kalite Birimi'ne sözlü / mail yoluyla talep iletilir. Kalite Birimi ihtiyacın gerekliliğine karar verir ya da gerek görürse ihtiyacı tespit eden kişiler, bölüm yöneticisi ve dokümanın ilgilendirdiği diğer çalışanlarla bir toplantı yapar. İhtiyacın kabulü halinde dokümanların hazırlanmasına karar verilir.

(3) Hazırlanan dokümanların onaylanması ile ilgili yetki ve sorumluluklar; ilgili mevzuat, kalite yönetim sistemi standartının şartları, birim yöneticilerinin ve üst yönetim görüşü göz önünde bulundurularak Kalite Birimi tarafından belirlenir. Onaylanan dokümanlara intranet sayfasında bulunan Kalite Dokümanları bölümünden ulaşılabilir.

Dokümanların Yayın ve Dağıtımı

Madde 7 – (1) Kalite Yönetim Sistemi içerisindeki tüm dokümanların en güncel hali, intranet üzerinde yayınlanır. Çıktı alınıp el ile doldurulması gereken formlar, ihtiyaç miktarı kadar çıkartılır ve daha sonra kullanılmak üzere boş form saklanmaz. Tüm dokümanlar yayın tarihi itibari ile yürürlüğe girer.

Dokümanların Revizyonu

Madde 8 – (1) Kullanımda olan bir dokümanda birim çalışanları ve / veya yöneticileri tarafından değişiklik, düzeltme, ekleme, düzenleme talepleri birim yöneticisi onayı ile mail ortamında Kalite Birimine bildirilir. Kalite Birimi tarafından revizyon talepleri ilgili birim çalışanları / yöneticileri ile görüşülerek yapılır.

Dokümanların Gözden Geçirilmesi

Madde 9 – (1) Kalite Yönetim Sistemi' nde yer alan tüm dokümanlar her yılın Aralık ayında Kalite Birimi ve birim kalite sorumluları tarafından uygunluk ve güncellik bakımından gözden geçirilir ve revizyon ihtiyacı var ise yapılır. Dokümanda revizyon ihtiyacı yoksa doküman revizyona uğramadan dokümanın yürürlüğü devam eder.

Dokümanların İptali

Madde 10 – (1) Birimlerden mail ya da toplantı kararları ile gelen dokümanların yürürlükten kaldırılma talebi Kalite Birimi tarafından değerlendirilerek, talebinin geldiği bölüm ve kişilerin görüşleri de alınmak suretiyle iptal klasörüne alınarak kullanımdan kaldırılır. Kalite Birimi gerektiğinde buradan istenilen bilgiye ulaşır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Kalite Yönetim Sistemi ve Süreçleri

Madde 11 – (1) TS EN ISO 9001 ve Yükseköğretim konusunda ulusal ve uluslararası standartları, mevzuat ve öğrenci şartlarını esas alarak oluşturduğu kalite yönetim sistemini dokümante eder, uygular, sürekliliğini sağlar ve etkinliğini sürekli iyileştirir.

(2) Süreç yaklaşımımız yönetsel, destek ve akademik / operasyonel süreçler olarak üç ana başlıkta belirlenmiş ve Süreç Listesi’nde gösterilmiştir.

(3) Bu süreçlerin etkin olarak uygulanması ve kontrolünün güvence altına alınması için gereken ölçütler ve metotlar süreçlerin uygulanması ile ilgili atıf yapılan dokümanlarda tanımlanmıştır. Süreçlerin uygulanmasını ve izlenmesini desteklemek için gereken kaynak ve bilgi, üst yönetim ve birim yöneticisi tarafından sağlanır.

(4) Her bir süreç için riskler belirlenmiş, Risk Yönetim Tablosunda süreçler esas alınarak dokümante edilmiştir.

(5) Süreçler izlenip ölçülerek istatistiksel teknikler kullanılarak analiz edilir. Süreç planlarında, sürecin uygulanması ve kontrol kriterlerine ait parametreler yer almaktadır. Ayrıca, süreçlerde performans göstergeleri ve izleme/ölçme yöntemleri değerlerine göre, gerekli olan iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Stratejik Yönetim ve Yönetimin Gözden Geçirmesi

Madde 12 – (1) Bezmialem Vakıf Üniversitesinde Stratejik Yönetim, misyon, vizyon, amaçlar, hedefler, kalite yönetim sistemi politika, hedef ve süreçlerdeki değişiklik ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve kalite yönetim sisteminin etkinliğinin gözden geçirilmesi amacıyla stratejik planlama ve yönetimin gözden geçirmesi faaliyetleri yürütülür.

Kalite Politikasının Belirlenmesi, Gözden Geçirilmesi ve Duyurulması

Madde 13 – (1) Bezmialem Vakıf Üniversitesi Kalite Politikası, kurum misyonu ve vizyonu ile uyumlu şekilde Rektör Başkanlığında Üst yöneticiler ve Kalite Komisyonu tarafından belirlenir ve web sitesinde duyurulur.

(2) Bezmialem Vakıf Üniversitesi Kalite Politikası; vizyon ve misyon ifadelerinden hareketle, üniversitenin “öğrenci odaklılık” ve “eğitim öğretim hizmetlerinin kalitesi” konularındaki temel yaklaşımlarını ortaya koyar. Kalite Politikası ayrıca, kalite yönetim sisteminin oluşturulması ve sürdürülmesi için genel politikaları belirler, stratejik hedeflerin belirlenmesi ve yönetimi için bir çerçeve oluşturur.

(3) Kalite Politikası, üst yönetimin YGG toplantılarında yeterlilik, uygunluk ve güncellik açısından gözden geçirilir. Değişiklik ihtiyacı tespit edilmesi durumunda revize edilir.

Stratejik Planın Hazırlanması

Madde 14 – (1) Stratejik plan hazırlık çalışmalarında üst yönetimin desteği alınarak, iç ve dış paydaşların katılımı sağlanıp, görüşleri alınarak stratejik planın katılımcı yöntemlerle hazırlanmasına önem verilir.

(2) Üst Yönetim tarafından Strateji Geliştirme ve Planlama Ekibi belirlenerek Stratejik Plan Hazırlama Süreci planlanır.

(3) Stratejik plan hazırlama süreci, toplantıların organizasyonu, üniversite içi ve dışı iletişim sağlanması, bilgi toplanması, belge yönetimi ve stratejik planın yazılmasının koordinasyonu Kalite Birimi tarafından yürütülür. Strateji Geliştirme ve Planlama Ekibi, stratejik plan için gerekli olan bilgileri toplayarak analiz eder ve raporun yazılmasına katkı sağlar. Ayrıca, Strateji Geliştirme ve Planlama Ekibi iç ve dış paydaş toplantılarına da katılarak görüş bildirir. Strateji Geliştirme ve Planlama Koordinasyon Kurulu ise tüm aşamaların taslak çalışmalarını gözden geçirerek çalışmaların son hallerini onaylar ve Rektörlüğe bildirir.

(4) Kurum kimliğine en uygun olan misyon, vizyon ve temel değerler, Rektör tarafından değerlendirilerek Mütevelli Heyetinin onayına sunulur.

Stratejik Planın Yönetilmesi

Madde 15 – (1) Stratejik plan faaliyetlerinden sorumlu olarak belirlenen birimler, performans göstergelerini hazırladıkları durum değerlendirme raporları ile sayısal olarak ifade ederek planın ne aşamada olduğunu belirtmektedirler. Bu raporlar, izleme ve değerlendirme süreçlerinin aktif çalışmasını sağlamak için Stratejik Plan İzleme ve Değerlendirme Kurulu tarafından 6 aylık dönemlerde değerlendirilir ve Rektöre sunulur. Rektör başkanlığında yılsonunda yapılan toplantılarda; güncellenmesi, çıkarılması ve eklenmesi gereken hedefler karara bağlanmaktadır. Rektör tarafından hazırlanan Üniversite yıllık faaliyet raporunda stratejik plan hedeflerindeki ilerleme oranları Mütevelli Heyetine de sunulmaktadır.

Yönetimin Gözden Geçirmesi

Madde 16 – (1) Üniversitemizde tüm akademik ve idari birimlerin düzenli ve sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi adına yönetimin gözden geçirme toplantıları düzenlenmektedir. Bilginin niteliğine de bağlı olacak şekilde ilgili toplantılarda değerlendirmeler ve gerekli düzenlemeler yapılmaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Risk Yönetimi

Madde 17 – (1) Kurumsal riskler için aşağıdaki hususlar dikkate alınır;

- Üniversitenin politikasını, vizyonunu, misyonunu etkileyen riskler,
- İlgili taraflar ve kuruluşu etkileyen, iç ve dış çevre analizinden kaynaklanan riskler
- Kalite Yönetim Sisteminin genelini etkileyen ortak riskler.

(2) Operasyonel riskler süreç bazlı olarak belirlenir ve aşağıdaki hususlar dikkate alınır;

- Operasyonun gerçekleşme sürecinde ürün/hizmet kalitesini etkileyebilecek riskler
- Operasyonun devamlılığını etkileyebilecek riskler

(3) Kurumsal ve Operasyonel riskler ayrı Risk Yönetim Tablolarında belirtilir.

(4) Tanımlanan her bir risk için mevcut uygulamada olan kontrol tedbirleri belirlenerek Risk Yönetim Tablosunda dokümante edilir.

(5) Kontrol tedbirleri belirlenirken kontrol tedbirlerinin uygulanmasından kaynaklanan riskler de göz önüne alınarak gerekli kontrol tedbirleri ayrıca tanımlanır.

(6) Risklerin meydana gelme olasılığı ve şiddetinin hesaplanması ile her riskin risk büyüklüğü hesaplanır. Risk büyüklüklerine göre alınacak olan önlemler belirlenir.

(7) Her yıl Kurumsal Risk Yönetim Tablosu Yönetim tarafından, Operasyonel Risk Yönetim Tablosu Birim Kalite Sorumluları tarafından gözden geçirilir.

(8) Gözden geçirme sırasında risklerin etki ve olasılığı o dönem için değerlendirilir ve aynı dönem için yeni risklerin çıkıp çıkmadığı tespit edilir.

(9) Riskin durumundaki değişikliğe göre kontrol faaliyetlerinin durumunu da gözden geçilir. Ortadan kalkan bir riskin gereksiz hale gelen kontrolü kaldırılır.

(10) Risk Yönetim Tablolarında tanımlanan riskler, kontrol tedbirleri ve risk değerlendirmeleri ile risklerdeki değişiklikler Yönetim Gözden Geçirme toplantı girdisi olarak üst yönetime sunulur.

(11) Fırsatlar, Fırsat Değerlendirme Tablosunda dokümante edilmiştir. Fırsatlar için risk değerlendirme yapılmaz ve risk puanı oluşturulmaz. Fırsatlar için mevcut kontrol tedbirlerinin yeterliliği değerlendirilir.

ALTINCI BÖLÜM

Uygunsuzluk Yönetimi ve Düzeltici Faaliyetler Yönetimi

Madde 18 – (1) Bezmialem Vakıf Üniversitesi sürekli iyileştirme anlayışı ile uygunsuzlukları tespit ederek düzeltici faaliyetlerde bulunmayı ve böylece ilgili tarafların memnuniyet düzeyini arttırmayı amaçlar.

(2) Mevcut / potansiyel uygunsuzluklar tüm personel tarafından tespit edilebilir. Uygunsuzluğu tespit eden personel, Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyet Formunu doldurarak Kalite Birimi'ne iletir. Düzeltici faaliyet talep eden kişi/birim, Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyet Formunda, uygunsuzluğu tespit eden kişi/birim tarafından doldurulacağı belirtilen bölümü doldurur ve form Kalite Birimi'ne gönderilir.

(3) İtranette yer alan “Bir Fikrim Var” sayfası üzerinden gelen uygunsuzluklar için Kalite Birimi tarafından Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyet Formu doldurulur.

(4) Kalite Birimi tarafından gelen talebin düzeltme ya da düzeltici faaliyet olduğuna karar verilir. Gelen talep düzeltme ise kök neden analizi yapılmaz. Yapılacak faaliyetler belirlenerek takip edilir ve uygunsuzluk kapatılır. Gelen talep düzeltici faaliyet ise kök neden analizinin ve yapılacak faaliyetlerin belirlenmesi için ilgili birime gönderilir.

(5) Düzeltici Faaliyet açılan birimin Birim Kalite Sorumlusu, bildirilen uygunsuzluklar ile ilgili olarak en geç beş iş günü içinde kök neden analizi çalışmasını yapar/yaptırır ve çıkan kök neden ile ilgili faaliyet(ler)i ve faaliyetin sorumlusunu belirleyerek, formu Kalite Birimi'ne iletir. Düzeltici faaliyetin bir ay içinde tamamlanması gerekmektedir. Herhangi bir haklı sebepten dolayı, bir ay süre ile faaliyetin gerçekleştirilemeyeceği tespit edilirse, bu durum Kalite Birimi'ne bildirilir ve ek süre istenir.

(6) Kök neden ve faaliyetleri belirlenen ÜNV-KYB-FRM-002 Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyet Formlarının aslı saklanmak üzere Kalite Birimi'ne iletilir.

(7) Belirlenen iyileştirmeye açık alanlar PUKÖ döngüsüne uygun olarak Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyet Takip Listesi ile takip edilir ve gerekli iyileştirmeler yapılır. Yapılan faaliyetlerin sisteme uyumu ve hatayı ortadan kaldırmaya yönelik olduğu tespit edilirse Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyet, Kalite Birimi tarafından kapatılır.

YEDİNCİ BÖLÜM

PUKÖ (Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al) Yönetimi

Madde 19 – (1) PUKÖ Döngüsü bir değişimi ya da çalışmayı gerçekleştirmek için kullanılan ve dört adımdan oluşan basit bir araçtır. Planlama aşamasında ne yapmak gerektiği ve nasıl yapılacağı belirlenir. Uygula aşamasında planlama aşamasında belirlenen aksiyonlar gerçekleştirilir. Kontrol et aşamasında gerçekleştirilen aksiyonların sonuçları değerlendirilir ve varsa sapma nedenleri ortaya çıkarılır. Önlem Al aşamasında ise sonuçlara uygun olarak mevcut durum korunur ya da ilave iyileştirmeler yapılır. PUKÖ döngüleri Ek-1’de yer almaktadır.

(2) Planlanan iyileştirmeler PUKÖ (Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al) Döngüsü İle Kalite İyileştirme Çalışması Formu ile takip edilir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Değişim Yönetimi

Madde 20 – (1) Kurumumuzun faaliyetleri sırasında istenen çıktıları iyileştirmek, istenmeyen etkileri azaltmak, müşteri memnuniyetini, ürün veya hizmet kalitesini, süreç yapısını etkileyebilecek, kalite yönetim sistem şartlarının iyileştirilmesi amacıyla yapılacak tüm değişikliklerin entegrasyonu ve değişikliğin yönetimi sağlanmaktadır.

(2) Kurumumuzun olası değişiklik ihtiyaçları;

- Düzeltici faaliyet sonuçlarında
- İç veya dış tetkik sonuçlarında
- Kurumsal tecrübe ile
- Çalışan talepleri ile
- Risk aksiyon belirleme sürecinde
- Şikâyetler veya geri bildirimlerde
- Toplantıda alınan kararlarda
- Mevzuatlarda (Dış Kaynaklı Doküman) yapılan zorunlu değişikliklerde
- YGG toplantı kararlarında
- Stratejiye yönelik alınan kararlarda
- Organizasyonda
- İç ve dış paydaş beklentilerinde
- İç ve dış bağlam değerlendirmelerinde
- Üründe, ürün teknik standartlarında ve ürün tasarımında ortaya çıkabilir.

- (3) Değişim Yönetimi Talep Formu ve Aksiyon Listesi, değişim talebinde bulunan kişi tarafından eksiksiz olarak doldurulur.
- (4) Değişime ilişkin aksiyonlar ilgili Kalite Birimi tarafından izlenir ve gerekli durumlarda aksiyon planlarının güncellenmesi talep edilir.
- (5) Aksiyonlar tamamlandıktan sonra değişime ilişkin sonuçlar Üst Yönetim ve Birim Yöneticisi tarafından değerlendirilerek değişimin amacına ulaşp ulaşmadığına dair görüş elde edilir.
- (6) Değişim amacına ulaşmış ise yapılan değişim uygulaması ilgili Kalite Birimi tarafından standartlaştırılır.
- (7) Amacına ulaşmayan değişim uygulamaları ise Üst Yönetim, Kalite Birimi ve Birim Yöneticisi tarafından tekrar gözden geçirilerek iptal edilme ya da yeniden tasarlanma kararı verilir.

DOKUZUNCU BÖLÜM

Paydaş Memnuniyeti

- Madde 21** – (1) Üniversitenin sağladığı her türlü hizmet ve koşullar hakkındaki memnuniyet, paydaşlar için geliştirilmiş olan anket formları uygulanarak ölçülür. İzleme, ölçme ve analiz sonuçları belli aralıklarla değerlendirilir ve üst yönetime sunulur.
- (2) Öğrenci Memnuniyet Anketi, Öğretim Elemanı ve Ders Değerlendirme Anketi, Bir Fikrim Var, Yüz Yüze Görüşmeler, Mezunlar ile Görüşmeler, Çalışan Memnuniyet Anketi, Dış Paydaş Memnuniyet Anketi vb. alınan geri bildirimler ve üst yönetimin değerlendirmesi ışığında düzeltici faaliyetler planlanır ve bu usul esasların madde 19’unda yer alan 5.,6.,7. maddelere göre uygulamaya konulur.

ONUNCU BÖLÜM

İç Tetkik Yönetimi

- Madde 22** – (1) Kalite sisteminin ilgili standart ve yasal şartlara uygun olup olmadığının saptanması, Kalite Yönetim Sistemi’ne uygun çalışılıp çalışılmadığının teyidi, Kalite Yönetim Sistemi’ nin etkinliğinin incelenmesi, Kalite Yönetim Sistemi’ nin sürekli iyileştirilmesi için şartların belirlenmesi, iç tetkiklerin planlanması, gerçekleştirilmesi, raporlanması ve uygunsuzların giderilmesi için planlı iç tetkik faaliyetleri yürütülür.

İç Tetkik Planının Hazırlanması

Madde 23 – (1) İç tetkik planı Kalite Birimi tarafından İç Tetkik Planı formatı doğrultusunda hazırlanır ve intranette ilan edilir.

(2) İç Tetkik Planı hazırlanırken her birimin yıl içinde en az bir kez tetkik edilmesi esası izlenir. Tetkik süresi ve tetkikçi sayısı birim büyüklüklülerine göre değişiklik gösterebilir ve planda belirtilir. İç tetkik ekibi, Kalite Birimi tarafından İç Tetkikçi Listesi'nden faydalanılarak belirlenir.

İç Tetkik Hazırlıkları

Madde 24 – (1) Tetkik edilecek birimin tüm dokümantasyonu incelenir. Bununla birlikte iç tetkik esnasında kontrol etmek üzere önceki tetkiklerde tespit edilen uygunsuzluklar ile ilgili olarak Kalite Birimi'nden bilgi alınmalıdır. İç Tetkik Planı, İç Tetkik Rapor Formu ve İç Tetkik Soru Listesi alınarak iç tetkikte belirtilen tarihte tetkik edilecek birime gidilir. Tetkik için hazırlık yapılırken denetlenecek birim ile ilgili mevzuat tespit edilmelidir.

İç Tetkikin Uygulanması

Madde 25 – (1) Belirlenen tarih ve saatte iç tetkik ekibi denetlenecek birimi ziyaret ederek iç tetkik faaliyetini gerçekleştirir.

(2) İç Tetkik, ÜNV-KYB-LST-005 İç Tetkik Soru Listesindeki ölçütlere göre masa başı tetkiki ve saha tetkiki şeklinde yapılır. Masa başı tetkikinde dokümantasyon şartlarının yerine getirilip getirilmediği tetkik edilir. Saha tetkikinde ekibi, ilgili süreçleri inceleyebileceği yerde, ilgili birimden bir rehber karşılar ve tetkik sırasında onlara eşlik eder. Ekip, altyapı ve çalışma ortamını inceleyerek iş performansını gözlemler.

(3) Yapılan tetkike ilişkin bulgular İç Tetkik Soru Listesinde bulunan Açıklamalar sütununa kaydedilir. İncelemeler sırasında tespit edilen her uygunsuzluk, denetlenen birim sorumlusu ile teyitleşilerek Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyet Formuna işlenir. Form takip numarası verilmek üzere mutlaka Kalite Birimi'ne iletilir.

(4) İç tetkik tamamlandığında bir kapanış toplantısı yapılır. Baş tetkikçi tespit edilen bulgular ve uygunsuzluklar ile düzeltici faaliyet süreleri hakkında bilgi verir.

İç Tetkikin Raporlanması

Madde 26 – (1) İç tetkik tamamlandıktan sonra tetkikçiler tarafından İç Tetkik Rapor Formu hazırlanır. Raporun bir kopyası denetlenen Birim Kalite Sorumlusuna gönderilir.

İç Tetkik Sonuçlarının Takibi

Madde 27 – (1) İç tetkikte tespit edilen uygunsuzluklar Birim Kalite Sorumlusu tarafından gözden geçirilir, ilgililerle görüşülerek bu uygunsuzlukların giderilmesi ve tekrarının engellenmesi için gerçekleştirilecek faaliyetler belirlenir ve uygulanır.

(2) Düzeltici faaliyetlerin 5 iş günü içerisinde planlanması esastır. Faaliyetin gerçekleştirilmesi için belirtilecek termin uygunsuzluğun türüne göre belirlenir. Planlanan faaliyetlerin kontrolü tetkik ekibinin sorumluluğundadır. Düzeltici faaliyetlerin metodolojisinde Uygunsuzluk Yönetimi ve Düzeltici Faaliyetler Prosedürü esastır.

(3) Baş tetkikçi, gerçekleştirilen düzeltici faaliyetleri ve bunlara ilişkin kanıtları inceleyerek, yapılan düzeltici faaliyetlerin etkinliğini ve yeterliliğini değerlendirir; gerçekleştirilen düzeltici faaliyetlerin yetersiz olması durumunda, Kalite Birimi ile temasa geçerek, ek düzeltici faaliyetler yapılmasını talep edebilir.

(4) Tüm birimlere ait iç tetkiklerin tamamlanmasından sonra iç tetkik sonuçları YGG toplantılarında değerlendirilir.

ON BİRİNCİ BÖLÜM

Yürürlük ve Yürütme

Yürürlük

Madde 28 - (1) Bu usul ve esaslar, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Senatosunun 21.12.2022 tarihli, 24 sayılı toplantısında kabul edilerek yürürlüğe girmiştir.

(2) Bu usul ve esaslarda yer almayan hususlarda Rektör yetkilidir.

Yürütme

Madde 29 - (1) Bu usul ve esaslar hükümleri Bezmialem Vakıf Üniversitesi Rektörü tarafından yürütülür.

Ek-1: PUKÖ Döngüleri