**1.AMAÇ**

Antalya Bilim Üniversitesindeuygulanan yönetim sistemleri kapsamında yürütülen faaliyetlerin belirlemiş olduğu vizyon, misyon ve politikalar ile ilgili standartlara uygunluğunu izlemek, değerlendirmek ve sürekli iyileştirmek için yöntem ve sorumlulukları belirlemektir.

**2.KAPSAM**

Antalya Bilim Üniversitesindeuygulanmakta olan tüm yönetim sistemleri ile ilgili üst yönetim sorumluluklarını ve uygulamalarını kapsar.

**3.SORUMLULUKLAR**

Bu prosedürün uygulanmasından Rektör, Rektör Yardımcıları, Genel Sekreter, Genel Koordinatör, Birim Müdürleri, Dekanlar ve Enstitü Müdürleri sorumludur.

**4.TANIMLAR**

**Vizyon:** Kuruluşun uzun vadede ulaşmak istediği noktayı tanımlar.

**Misyon:** Kuruluşun mevcut durumunu tanımlar.

**Stratejik Plan:** Kurumun 5 yıllık faaliyetlerini planlayan ana yol haritasıdır.

**Politika:** Kuruluşun yönetimi tarafından resmi olarak ifade edilen amaçlarıdır.

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

**Kalite Yönetimi:** Kurumun kalite bakımından idare ve kontrolü için koordine edilmiş faaliyetlerdir.

**Kurum Yapısı:** İnsanlar arasındaki yetkilerin, sorumlulukların ve ilişkilerin düzenlenmesidir.

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

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

**5.İLGİLİ FORM VE DOKÜMANLAR**

Vizyon

Misyon

Stratejik Plan

Kalite Politikası

Şikâyet Yönetimi Politikası

Organizasyon Şeması

Görev Tanımı

ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi Standardı

ISO 10002:2014 Müşteri Memnuniyet Yönetim Standardı

ÜY-SR-0001 Rektörlük Süreci

ÜY-SR-0002 Genel Sekreterlik Süreci

ÜY-SR-0003 Genel Koordinatörlük Süreci

ÜY-SR-0004 Eğitim-Öğretim İdari Süreci

ÜY-FR-0006 Toplantı Tutanak Formu

KY-FR-0028 Kalite Faaliyet Planı

ÜY-FR-0001 Görev Tanımı

ÜY-FR-0003 Kaplumbağa Şeması

KY-FR-0008 İş Akışı

**6. KISALTMALAR**

**MH**: Mütevelli Heyeti

**GS:** Genel Sekreter

**YT:** Yönetim Temsilcisi

**KAO:** Kalite Ofisi

**YGG:** Yönetimin Gözden Geçirmesi

**ABÜ:** Antalya Bilim Üniversitesi

**SPİK**: Süreç Performans İzleme Karnesi

**7. UYGULAMA**

**7.1.Vizyon, Misyon, Stratejik Plan ve Bütçenin Hazırlanması**

Ortak akıl toplantıları sonucu hazırlanan ve Mütevelli heyeti tarafından kabul edilen ABÜ vizyonu ve misyonu web sayfasına konularak tüm paydaşlara deklere edilir.

Vizyon ve Misyon 5 yılda bir Stratejik Plan döneminde gözden geçirilir ve eğer gerekli ise revize edilmesi sağlanır.

Üst Yönetim iç paydaşlarını 5 yılda bir toplayarak yeni döneme ait Stratejik Planının girdisi olması amacı ile Swot Analizi Çalıştayları düzenler. İç paydaş çalıştayları workshoplar şeklinde ve tüm süreç temsilcilerinin masalara ayrılarak çalışması şeklinde gerçekleştirilir. Dış Paydaşlardan ise anketler gönderilerek görüş alınır. Tüm toplanan sonuçlar kurumun ana ve alt stratejilerinin belirlenebilmesi için veri oluşturur. Hazırlanan stratejik faaliyetler ilgili süreç sorumluları tarafından bütçelenir. Son hali Senatosu ve Mütevelli Heyeti tarafından kabul edilen plan kurumun web sayfasında yayınlanır. Her süreç sorumlusu kendi stratejik faaliyetlerini takip eder ve yıl sonlarında gerçekleştirilen YGG toplantılarında strateji gerçekleşmelerini raporlar.

**7.2.Politikalar**

Rektörlük tarafından üniversitenin Kalite ve Şikâyet Yönetimi Politikaları oluşturur, Mütevelli Heyeti tarafından onaylanır ve web sayfasında yayınlanarak tüm paydaşlara deklere edilir. Politikalar her sene yapılan YGG de gözden geçirilir ve revizyon ihtiyacı değerlendirir, gerekli ise revizyonu sağlanır. Politikalar kurum içindeki belirli bölgelere asılır. Tüm personel tarafından anlaşılırlığı ve içselleştirilmesi kalite eğitimleri sırasında yapılan tekrarlar ve hedeflerin takipleri sayesinde gerçekleştirilir.

**7.3.Kalite Hedefleri**

**KY-FR-0005 SPİK** **Formu**, politikalarda ve stratejik planda yazılı olan faaliyetlerin süreç performanslarına çevrilmesi ve bu göstergelerin de rakamsal olarak gösterilmesinden ibarettir. Süreç sahipleri tarafından her yıl bir önceki yılın gerçekleşen göstergeleri dikkate alınarak sürekli iyileştirme prensipleri doğrultusunda yeni yılın Kalite Hedefleri hazırlanır ve ortak K klasöründe yayınlanır. Kalite Hedefleri tüm süreçleri kapsar. Her süreç sahibi kendisine ait Kalite Hedeflerini takip etmek ve gerçekleşen göstergelerini ilgili karnelere işlemek ile mükelleftir. Kalite Hedeflerinin gerçekleşen göstergeleri YGG Toplantılarında süreç sahipleri tarafından deklere edilir. Kalite Hedefleri gerçekleşmeleri planlanan değerlerden düşük ise; ilgili süreç sorumlusu tarafından DF raporu açılarak iyileştirme aksiyonlarının başlatılması sağlanır. Kalite Hedefleri formatı yılı 12 aya bölerek göstermektedir. İlgili veri aylık olarak takip edilecek özellikte değil ise; sadece ilgili olduğu ay kısmına veri girişi yapılır.

**7.4.Kalite Faaliyet Planları**

Kalite Hedeflerinde yer alan rakamsal hedeflerin gerçekleştirilebilmesi amacı ile yapılması gereken aksiyonların sorumlu, kaynak, takip göstergesi ve termin belirtilmek suretiyle planlandığı ve takip edildiği 52 haftalık bir formattır. **KY-FR-0028** **Kalite Faaliyet Planları,** ilgili bölüm sorumluları tarafından her sene Aralık ayının son haftası hazırlanır ve KAO’ne gönderilir. Aynı hafta KAO tarafından incelenerek yetersiz ya da gereksiz görülen aksiyonlar mevcut ise; bu durum e-mail ile ilgili süreç sorumlusuna bildirilerek planın güncellenmesi sağlanır. Güncellenen planlar KAO tarafından ortak K dosyasında yayınlanır. Kalite Faaliyet Planları ilgili süreç sahipleri tarafından aylık bazda takip edilerek mevcut gelişmeler her ay sonunda KAO’ne sunulur.

**7.5.Organizasyon Şeması ve Görev Tanımları**

Rektörlük tarafından genel bir **Organizasyon Şeması**  hazırlanır. Organizasyon Şeması üzerinde tüm yatay ve dikey bağlantılar tanımlanır. Organizasyon Şemasında yer alan görevlerin detayları da **ÜY-FR-0001 Görev Tanımları** formatında açıklanır. Görev Tanımlarında görev ve sorumlulukların detaylı açıklanmasının yanı sıra ilgili pozisyonun bağlı olduğu bölüm ,kendisine vekalet eden ve görevin gerektirdiği nitelikler de yazılır. Organizasyon Şeması ve görev tanımları ortak K dosyasındayayınlanır.

**7.6.El Kitapları**

ABÜ’de uygulanan Yönetim Sistemleri uygulamalarının tüm iç ve dış paydaşlara tanıtılması amacı ile oluşturulmuş ve ABÜ içinde kullanılan diğer dokümanlara atıfta bulunularak hazırlanmış olan tanıtıcı bir dokümandır.Ortak K dosyasında yayınlanarak tüm paydaşlara duyurulur.Bunun haricinde bilgi amaçlı olarak dışarıya kontrolsüz olarak dağıtılabilir. El Kitaplarında yapılacak olası revizyonlar durumunda dışarıya verilen dokümanın revizyon takibi yapılmaz.

Kalite El Kitabı, sorumlu olunan Yönetim Sistemleri Standardının kapsam dışı olan maddelerini gerekçeleri ile açıklar ve ABÜ içinde gerçekleştirilen tüm süreçlerin birbirleri ile olan etkileşimlerini de gösterir. (Bkz.Kalite El Kitabı ve ISO 10002 El Kitabı)

**7.7.Kaplumbağa Şemaları ve İş Akışları**

ABÜ bünyesinde yer alan tüm süreçlerin **KY**-**FR-0003 Kaplumbağa Şeması** ve **KY-FR-0008 İş Akışları** oluşturulmuştur. ABÜ bünyesindeki tüm süreçler ve birbirleri olan etkileşimleri **ÜY-SR-0001 Süreç Etkileşim Şemasında** tanımlanmıştır.Kaplumbağa Şeması sürecin girdisini, çıktısını, sorumluları, kaynakları, amacını, süreç sahibini, kategorisini, ilgili doküman ve kayıtları ve performans göstergelerini tanımlar. İş akış şeması ise ilgili sürecin içinde yer alan işlerin detaylarını bir akış mantığında tanımlar.

**7.8.Prosedürler**

ABÜ bünyesinde toplam 9 adet prosedür bulunmaktadır. Prosedürler ilgili oldukları konuyu ne, ne zaman, nasıl, kim ve ne şekilde sorularına cevap vererek açıklayan üst seviye dokümanlardır.

**7.9.Talimatlar**

ABÜ bünyesinde laboratuvarlarda bulunan test cihazlarını nasıl kullanılacağını ve testlerin nasıl yapılacağını detaylı olarak tarif eden alt seviye dokumanlardır.

**7.10.Yönetim Temsilcisi**

ABÜ kurum içinde uygulanacak olan Yönetim Sistemleri ile ilgili süreçlerin oluşturulması, uygulanması, sürekliliğinin sağlanması, müşteri gereksinimlerinin belirlenmesi, bu gereksinimlerin kurum içinde duyurulması, uygulanan yönetim sistemleri performansının iyileştirilmesi ve tespit edilen gereksinimlerin Mütevelli Heyetine raporlanması amacı ile Rektörü Yönetim Temsilcisi olarak atar.

**7.11.İç ve Dış İletişim**

ABÜ bünyesinde iç iletişim faaliyetleri toplantılar, yüz yüze görüşmeler, whatsapp,e-mail ,EBYS sistemi ile yazışma şeklinde gerçekleştirilir.

ABÜ bünyesinde dış iletişim faaliyetleri toplantılar, yüz yüze görüşmeler, e-mail ,whatsapp, seminer, ziyaret, konferans, work shop gibi yöntemler ile gerçekleştirilir.

**7.12.YGG Toplantıları**

ABÜ bünyesinde yılda bir YGG toplantıları gerçekleştirilir. Her süreç sorumlusu gündeme bağlı kalmak şartı ile Aralık ayı içinde dış denetimden önce kendi birimine/bölümüne ait YGG toplantısını gerçekleştirir. Her süreç sorumlusu toplantı öncesi YGG sunumlarını hazırlar. Tüm toplantılar tamamlandıktan sonra Üst Yönetim nezdinde genel bir YGG toplantısı yapılır. KAO tarafından toplantının günü hakkında e-mail ile ilgili katılımcılara bilgi verir.Tüm birimlerin ve Üst Yönetimin YGG toplantısında aşağıdaki gündem maddeleri görüşülür.

a-İç ve dış denetim sonuçları

b-Dış paydaşların beklentilerinin karşılanma durumları

c-Süreç performansları

d-Hizmet uygunluğu/uygunsuzluğu

e-Düzeltici Faaliyetler

f-Bir önceki YGG toplantısında alınan kararların takipleri

g-İyileştirme için öneriler

h-KYS’ni etkileyebilecek değişiklikler (süreç değişikliklerinin durumu)

i-Kalite Hedefleri

j-Kalite Politikası ve Şikâyet Politikası

k-Tedarikçi Performansı ve tedarikçi memnuniyetleri

n-Çalışan memnuniyetleri (iç paydaş beklentileri)

o-Kaynakların durumu ve değerlendirilmesi

ö-Swot analizi (iç ve dış konular) ve olası değişiklikler

p-ISO 10002 Şikâyet Yönetim Sistemi faaliyetleri (gelen şikâyetler, kapatılan şikâyetler, şikâyet çözümlerinden olan memnuniyetler vb…)

r-Risk analizleri

Tüm birimlerin ve Üst Yönetimin YGG Toplantılarının sonucunda çıkan iyileştirme, değişiklik ya da kaynak yönetimine ait kararların uygulanması için sorumlu ve termin belirlenir. Bu kararların takibi ilgili süreç sorumluları tarafından yapılır. YGG sonuçlarında alınan kararlar **ÜY-FR-0006 Toplantı Tutanak Formuna** kaydedilir ve form üzerine katılımcıların ıslak imzası alınır.

**7.13.Liderlik**

**ABÜ Üst Yönetimi**

|  |
| --- |
| **a-**Uygulanan yönetim sisteminin etkinliği için gerçekleştirdiği faaliyetler ve aldığı kararlarda şeffaflık gösterir ve hesap verebilir durumdadır. |
|  |
| **b-**Rektör bizzat Yönetimin Gözden Geçirme Toplantıları katılarak KYS'nin geliştirilmesi adına gerekli |
| olan faaliyetlerin planlanmasına destek olur. |
| **c-**Ortak akıl ile oluşturulmuş Stratejik Planın takibini yapar ve ilerlemeyen faaliyetlerin iyileştirilmesi için destek verir. |
| **d-**Risk analizi sonucu çıkan büyük risklerin azaltılması faaliyetlerine destek verir. |
| **e-**Kalite yönetim sistemi sonuçlarının başarısına göre gerekli ödüllendirmeleri gerçekleştirir. |
| **f-**Kalite yönetim sistemine katkı sağlayacak kalifikasyona sahip kişilerin görevlendirilmesi ve eğitilmesini sağlar |
| **g-**Tüm süreçlerin etkin yönetilebilmesi için gerekli olan maddi ve manevi kaynakları sağlar. |
| **h-**Liderlik vasfına sahip olacak nitelikteki personelin ortaya çıkarılarak desteklenmesini sağlar. |
| **i-**Sistemsel görevlerini en iyi şekilde gerçekleştirerek tüm süreçlere liderlik eder. |
| **8.KAYITLAMA VE ARŞİVLEME**  Bu prosedür ve ilgili form/dokümanlar **KY-PR-0002 Kalite Kayıtlarının Yönetimi Prosedürüne** göre kayıtlanır ve arşivlenir. |
|  |