



Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Kalite Yönetimi Süreci

SÜREÇ KOORDİNATÖRÜ: fyazici@omu.edu.tr

SÜREÇTEN SORUMLU BİRİMLER: KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ

YETKİ VE SORUMLULUKLAR: Görev tanımlarında belirlenmiştir.

SÜRECİN AMACI:

GİRDİLER	KAYNAKLAR	ÇIKTILAR
- Birimler arası yazışma - Kurumlar arası yazışma - Kurum içi ve dışı bilgilendirme ihtiyacı - Stratejik Plan - Kurumsal Değişken Listesi - Kurumsal Değişken Verileri - Proses Planı - Kalite Komisyonu Toplantı Gündemi - Kalite Komisyonu Kararları - Görev tanımları - Organizasyon şemaları - Kalite Hedefleri ve Gerçekleşme Sonuçları - Süreç Yönetimi Güncelleme Formu - KİDR sonuçları - OMÜ İş Takvimi	- Ofis Ortamı - Bilgisayar vb. Teknolojik Altyapı - İnsan Kaynağı - EBYS - KAYSİS-Yasal Mevzuat - E-Bütçe otomasyon Sistemi - KALEM yazılımı - Süreç Yönetim Sistemi - Geri Bildirim Yönetim Sistemi - Web Sayfası	- Stratejik Plan - Performans Göstergeleri Hedefe Ulaşma Oranı Raporu - Süreç Kartı İzleme Raporu (izleme - Kriteri ve Riskler) - İyileştirme Eylem Planı - Eylem Planı İzleme Raporu - KALEM raporları - Birim Öz Değerlendirme Raporları - Birim Geri Bildirim Raporu - KİDR - Komisyon Kararları - Paydaş Etki Düzeyi Sonuçları - Koordinatörlük Faaliyet Raporu (Etkinlik tanıtım broşürleri)

Faaliyetler



Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Kalite Yönetimi Süreci

F5.2.1 Stratejik Yönetimin Koordinasyonu

Faaliyetin Amacı:			
Faaliyetin Yürütüldüğü Birimler:			
Faaliyet Adımları	Görevli	Bilgi/Tarif Dokümanları	Kayıt Ortamı
	Rektör Yardımcısı	PP.5.2.PRS.0001 OMÜ KALİTE GÜVENCE YÖNERGESİ	
İzleme Kriterleri:			
Riskler: Doküman kontrol ve kayıt yönetimi prosedürüne dair bilgisizlik nedeniyle mükerrer doküman talebinde bulunulması-2025 PASİF RİSK Birimlerde kullanılan dokümanların koordinatörlüğe iletilmemesi nedeniyle kontrolsüz doküman kullanılması-2025 PASİF RİSK YGG sonucunda birimler tarafından DİF açılmaması sonucu bulguların iyileştirilememesi -2025 PASİF RİSK Birimlerin risklerini doğru değerlendirememeleri nedeniyle sürecin başarı performansının düşmesi-2025 PASİF RİSK Olasılık/etkilerin doğru belirlenmemesi nedeniyle risk puanının hatalı olması -2025 PASİF RİSK Yüksek risk grubundaki risklere DİF açılmaması nedeniyle riskin düşürülememesi -2025 PASİF RİSK Süreç planının güncellenmemesi nedeniyle yürütülen faaliyetlerin tam kapsamaması Dokümanların ÜNİKYS yazılımından indirilmemesi nedeniyle güncel olmayan dokümanların kullanılması-2025 PASİF RİSK İç tetkik sonucunda birimler tarafından DİF açılmaması sonucu bulguların iyileştirilememesi -2025 PASİF RİSK			

F5.2.2 Süreçlerin izlenmesi

Faaliyetin Amacı:			
Faaliyetin Yürütüldüğü Birimler:			
Faaliyet Adımları	Görevli	Bilgi/Tarif Dokümanları	Kayıt Ortamı
	Rektör Yardımcısı	Kalite El Kitabı PP.5.2.PRS.0007 OMÜ İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	
İzleme Kriterleri:			
Riskler: Dokümanların ÜNİKYS yazılımından indirilmemesi nedeniyle güncel olmayan dokümanların kullanılması Doküman kontrol ve kayıt yönetimi prosedürüne dair bilgisizlik nedeniyle mükerrer doküman talebinde bulunulması Birimlerde kullanılan dokümanların koordinatörlüğe iletilmemesi nedeniyle kontrolsüz doküman kullanılması			



Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Kalite Yönetimi Süreci

F5.2.3 Kalite Güvence ve Kalite Yönetim Sisteminin İzlenmesi

Faaliyetin Amacı:			
Faaliyetin Yürütüldüğü Birimler:			
Faaliyet Adımları	Görevli	Bilgi/Tarif Dokümanları	Kayıt Ortamı
	Rektör Yardımcısı	PP.5.2.PRS.0007 OMÜ İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ Kalite El Kitabı	
İzleme Kriterleri:			
Riskler: Birimlerin risklerini doğru değerlendirememeleri nedeniyle sürecin başarı performansının düşmesi Olasılık/etkilerin doğru belirlenememesi nedeniyle risk puanının hatalı olması			

F5.2.4 Kalite Geliştirme

Faaliyetin Amacı:			
Faaliyetin Yürütüldüğü Birimler:			
Faaliyet Adımları	Görevli	Bilgi/Tarif Dokümanları	Kayıt Ortamı
	Rektör Yardımcısı	PP.5.2.PRS.0001 OMÜ KALİTE GÜVENCE YÖNERGESİ	
İzleme Kriterleri:			
Riskler: İç tetkik sonucunda birimler tarafından DİF açılmaması sonucu bulguların iyileştirilememesi ÜNİKYS sistemindeki aksaklıklar nedeni ile iç tetkik işlemlerinin yürütülememesi			



Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Kalite Yönetimi Süreci

F5.2.5 Kurumsal veri toplama ve izleme

Faaliyetin Amacı:			
Faaliyetin Yürütüldüğü Birimler:			
Faaliyet Adımları	Görevli	Bilgi/Tarif Dokümanları	Kayıt Ortamı
	Rektör Yardımcısı	PP.5.2.PRS.0001 OMÜ KALİTE GÜVENCE YÖNERGESİ	
İzleme Kriterleri:			
Riskler: YGG sonucunda birimler tarafından DİF açılmaması sonucu bulguların iyileştirilememesi			

F5.2.6 Kurumsal Performansın Değerlendirilmesi

Faaliyetin Amacı:			
Faaliyetin Yürütüldüğü Birimler:			
Faaliyet Adımları	Görevli	Bilgi/Tarif Dokümanları	Kayıt Ortamı
		PP.5.2.PRS.0001 OMÜ KALİTE GÜVENCE YÖNERGESİ	
İzleme Kriterleri:			
Riskler: Dış tetkik sonucunda majör(büyük) bulgu olarak belgenin yenilenmemesi			

F5.2.7 Geri Bildirim İzleme ve Değerlendirme

Faaliyetin Amacı:			
Faaliyetin Yürütüldüğü Birimler:			
Faaliyet Adımları	Görevli	Bilgi/Tarif Dokümanları	Kayıt Ortamı
	Rektör Yardımcısı	PP.5.2.PRS.0001 OMÜ KALİTE GÜVENCE YÖNERGESİ	
İzleme Kriterleri:			
Riskler: Kalite Komisyonu toplantısına yeterli katılım sağlanamaması nedeniyle karar alınamaması			



Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Kalite Yönetimi Süreci

F5.2.8 Doküman Kontrolü

Faaliyetin Amacı:			
Faaliyetin Yürütüldüğü Birimler:			
Faaliyet Adımları	Görevli	Bilgi/Tarif Dokümanları	Kayıt Ortamı
		PP.5.2.PRS.0002 OMÜ DOKÜMAN KONTROLÜ VE KAYIT YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ	
İzleme Kriterleri:			
Riskler: Kurum iç değerlendirme sonucunda birimler tarafından DİF açılmaması sonucu bulguların iyileştirilememesi			

İzleme Kriterleri

Kod	İzleme Kriteri	İzleme Sıklığı	İlgili Birimler	Gerçekleşen Değer
İK5.2.1.1	Performans göstergesi hedefi veri girişini yapmayan birim sayısı	12		0
İK5.2.1.2	Eksik/hatalı veri girişi yapan birim sayısı	12		0
İK5.2.1.3	Stratejik hedefine ulaşamamış birim sayısı	12		0
İK5.2.2.1	Kriterlere uygun olmayan işlem sayısı	12		0
İK5.2.2.2	Yeni tanımlanan risk sayısı	12		0
İK5.2.2.3	Meydana gelme olasılığı veya etkisi azalan risk sayısı	12		0
İK5.2.2.4	Tanımlanan fırsat sayısı	12		0
İK5.2.3.1	Tamamlanamayan eylem sayısı (adet/yıl)	12		0
İK5.2.3.2	İç tetkik gerçekleştirilemeyen birim sayısı	12		0
İK5.2.3.3	Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısına mazeretsiz katılmama sayısı	12		0
İK5.2.3.4	Eylem planlarını iletmeyen birim sayısı	12		0
İK5.2.3.5	Eylem planlarını uygulamayan birim sayısı	12		0
İK5.2.3.6	Dış paydaşlarla birlikte yapılan kalite komisyonu toplantısı sayısı	12		0
İK5.2.4.1	Akredite laboratuvar sayısı	12		0
İK5.2.4.2	Akredite program sayısı	12		0
İK5.2.4.3	Kalite kültürünü artırmak için yapılan etkinlik sayısı	12		0
İK5.2.5.1	Kalite elçisi değişen birim sayısı	12		0
İK5.2.5.2	Yanlış tanımlanan kurumsal değişken sayısı	12		0



Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Kalite Yönetimi Süreci

İK5.2.5.3	Eksik/hatalı giriş yapan birim sayısı	12	0
İK5.2.5.4	Verilen sürede girişlerini tamamlamayan birim sayısı	12	0
İK5.2.6.1	Ortalama performansın altında kalan birim sayısı	12	0
İK5.2.6.2	URAP Dünya Sıralaması	12	0
İK5.2.6.3	Webometrics sıralaması	12	0
İK5.2.6.4	SCOPUS (SCIMAGO) sıralaması	12	0
İK5.2.6.5	USNEWS sıralaması	12	0
İK5.2.6.6	Times Higher Education (THE) sıralaması	12	0
İK5.2.6.7	LEIDEN sıralaması	12	0
İK5.2.6.8	Web Of Sciences (RUR) sıralaması	12	0
İK5.2.6.9	QS sıralaması	12	0
İK5.2.6.10	NTU sıralaması	12	0
İK5.2.6.11	CWUR sıralaması	12	0
İK5.2.6.12	ARWU sıralaması	12	0
İK5.2.6.13	Program ortalamasından daha düşük eğitim öğretim performansına sahip öğretim elemanı	12	0
İK5.2.7.1	Uygunsuzluk/uygun olmayan iş ve hizmet sayısı	12	0
İK5.2.7.2	Etkin olmayan düzeltici/iyileştirici faaliyet sayısı	12	0
İK5.2.7.3	Şikayet sayısı	12	0
İK5.2.7.5	İstek/Öneri sayısı	12	0
İK5.2.7.6	Memnuniyet belirten geri bildirim sayısı	12	0
İK5.2.8.1	Revize edilen doküman sayısı	12	0
İK5.2.8.2	Yeni eklenen doküman sayısı	12	0
İK5.2.8.3	İptal edilen doküman sayısı	12	0