

1.0. AMAÇ VE KAPSAM

Bu prosedürün amacı; Laboratuvara gelen şikâyetlerin incelenmesi, gerektiğinde düzeltici faaliyetlerinin başlatılması, deney sonuçlarının kalitesini gözlemek, hizmet kalitesinin artırılmasını etkin olarak gerçekleştirmek, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarına veri teşkil etmesi için izlenen yöntemler için bir politika ve sistem oluşturmaktır.

2.0. KISALTMALAR VE TANIMLAR**2.1. KISALTMALAR**

Laboratuvar: EUROLAB Laboratuvar A.Ş.

KYS: Kalite Yönetim Sistemi

2.2. TANIMLAR

Müşteri Memnuniyeti Göstergesi: Müşteri isteklerini baz alarak elde edilen veriler ışığında müşteri memnuniyetini arttırmaya yönelik belirlenen kriterlerdir.

Gizlilik: Müşteriye ait her türlü bilgilerin ve sonuçların gizli kalmasının sağlanmasıdır.

Şikâyet: Herhangi bir kişi ya da kuruluşun laboratuvarın faaliyetleri veya sonuçlarıyla ilgili olarak laboratuvara bildirdiği, cevaplandırılması beklenen memnuniyetsizlik.

Proses (süreç): Girdileri alıp kaynak kullanarak bir çıktıya dönüştüren her bir aktivite, faaliyet veya operasyon proses olarak tanımlanır.

3.0. SORUMLULUKLAR

Genel Müdür: Müşterilerin gizliliğine dair her türlü önlemi almaktan ve sağlamaktan, memnuniyeti göstergelerini gözden geçirmekten, yeni hizmetler ile ilgili gelen önerileri incelemekten ve gerekli kararları almaktan,

Laboratuvar Müdürü: Gelen müşteri şikâyetlerinin sebebini kalite yönetim sistem sorumlusu ile birlikte değerlendirmekten, şikâyet sebebini çözümlenebilmesi için gerekli faaliyetleri planlamaktan, teknik çalışmaları veya personeli organize etmekten, laboratuvar birim sorumlusu ile birlikte gerekli çözümleri belirlemekten,

KYS Sorumlusu: Gelen tüm şikâyetlerin kaydedilmesi, toplanmasını ve takip edilmesini, müşteriye bilgi verilmesini sağlamaktan, şikâyet kaynağının tespit edilmesi ve önlenmesi için Laboratuvar Müdürü ve/veya laboratuvar sorumlusuna iletiminden,

Sorumludur.

HAZIRLAYANMerve TOKLU
KYS Sorumlusu**KONTROL EDEN ve ONAYLAYAN**Tuğba YILMAZ
Laboratuvar Müdürü

4.0. UYGULAMA YÖNTEMLERİ**4.1. ŞİKAYETİN ALINMASI**

Herhangi bir kişi ya da kuruluş tarafından, laboratuvara şikâyetler sözlü ya da yazılı olarak yapılabilir.

Laboratuvara gerek müşterilerden gerek personelden, gerek ise özel/resmi kurum/kuruluşlardan gelen şikâyetler kayıt altına alınmak zorundadır. İlgili taraflar için erişilebilir olması adına bu prosedür ve "Şikayet/İstek Kayıt Formu (Ç.01.PR.21)" laboratuvar internet sitesinde yayınlanmaktadır.

Sözlü olarak gelen şikâyetler Müşteri Temsilcisi veya Kalite Yönetim Sistem Sorumlusu tarafından "Şikayet/İstek Kayıt Formu"na yazılır ve kayıt altına alınır.

Laboratuvar personelleri laboratuvarla ilgili şikayetlerini ilgili formu doldurarak mail ile ya da elden Kalite Yönetim Sistem Sorumlusuna iletebilmektedir. KYS Sorumlusu şikayeti olduğunda bunu Laboratuvar Müdürüne iletir.

Laboratuvara yazılı olarak (yazı, mail veya faks) gelen şikayetler, talebin ulaştığı kişi tarafından mutlaka "Şikayet/İstek Kayıt Formu"na eklenir ve KYS Sorumlusu veya Laboratuvar Müdürüne iletilir.

4.2. ŞİKAYETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Laboratuvara gelen şikayetlerin değerlendirilmesi için bir şikayet değerlendirme komitesi kurulur. Komiteye KYS Sorumlusu başkanlık eder. Şikayet eden veya şikayetin konusu KYS Sorumlusu ile ilgili olduğu durumlarda Laboratuvar Müdürü başkanlık eder. Komitede şikayeti değerlendirmek adına şikayete konu birim sorumlusu ve komite başkanının gerekli gördüğü kişiler bulunur.

Komite tarafından ilgili talep için ön değerlendirme yapılarak şikayetin laboratuvar faaliyetleri ile ilgili olup olmadığı tespit edilir.

İlgili talep laboratuvar faaliyetleri ile ilgili değilse durum komite başkanı tarafından şikayetçiye gerekçeleri ile birlikte bildirilir ve kayıtlar saklanır.

İlgili talep laboratuvar faaliyetleri ile ilgili ise şikayetin kabul edilerek ele alındığı komite başkanı tarafından şikayetçiye bildirilir. Şikayetçinin talebi halinde şikayete ilgili tüm aşamalardan da ayrıca haberdar edilir.

Kabul edilen şikayetler ile ilgili olarak Şikayet ve İsteklerle ilgili tüm gerçekleştirilen faaliyetlere ait sonuçlar, şikayet ve talebin kaynaklandığı birim sorumlusu tarafından "Şikayet/İstek Kayıt Formu" yardımı ile dokümante edilir. Bu sonuçlar komite başkanı tarafından incelenerek değerlendirilir.

4.3. ŞİKAYETİN GİDERİLMESİ

Kabul edilerek değerlendirmeye alınan tüm şikayetler "Uygun Olmayan Deney İşleminin Kontrolü Prosedürü (PR.06)"ne göre işlem görür.

HAZIRLAYAN Merve TOKLU KYS Sorumlusu	KONTROL EDEN ve ONAYLAYAN Tuğba YILMAZ Laboratuvar Müdürü
---	--

Şikayet için uygulanması planlanan faaliyetler, şikayete konu laboratuvar faaliyetlerinde yer almayan kişi/kişiler tarafından hazırlanır, gözden geçirilir ve onaylanır.

Şikayet analiz raporu ile ilgili ise söz konusu rapor incelenir ve değerlendirilir. Laboratuvar personeli kaynaklı hata olup olmadığı kontrol edilir. Hata var ise, "Sonuçların Rapor Haline Getirilmesi (PR.20)"ne göre rapor yeniden düzenlenir.

Sekretarya hatası yok ise analiz/cihaz sorumlusu personel ile birlikte analiz için uygulanan yöntemi baştan sona incelenir. Bunun için aşağıdaki işlemler yapılır:

- Analiz çıktılarının hesap işlemleri kontrol edilir.
- Yöntem uygulanırken kullanılan cihaz ve çözeltiler gözden geçirilir.
- Yöntemi uygulayan kişiden kaynaklanabilecek hatalar incelenir.
- Analiz ile ilgili kayıtlardaki bulgular gözden geçirilir, olabilecek aksaklıklar belirlenir.
- Gerekli görüldüğünde "Tarafsızlık ve Gizlilik Prosedürü (PR.05)"ne göre analiz yapılabilecek özellikte numune kalanı varsa veya ikincil numune alındıysa analiz tekrarlanır. Deney sonuçları ile ilgili olarak yapılan itirazlar "Talep, Teklif ve Sözleşme Prosedürü (PR.03)" ve müşteri ile yapılan teklif/ sözleşme şartlarına uygun olarak değerlendirilir.

Şikayet konusu olan rapor/analizin incelenmesi sonucunda bir değişiklik saptanmazsa; şikayetçiye, raporun/analiz bulgularının doğruluğu, analiz yönteminin güvenilirliği gibi bilgileri içeren bir yazı ile bilgilendirme yapılır.

Analizlerin tekrarlanması ile farklı sonuçlar elde edilmesi halinde ikinci bir değerlendirme yapılarak sebepleri (numune özelliklerinin değişmesi, personel kaynaklı hata, cihaz kaynaklı hata vb.) araştırılır. Sonuçlar ile ilgili şikayetçi itirazının devam etmesi durumunda karşılıklı mutabakat yolu ile yeni numunede analizler yapılabilir. Yeni numunede analiz yapılması yeniden ücrete tabidir, ilk numunede laboratuvar kaynaklı hatalı sonuç elde edilmesi durumunda yeniden ücretlendirme yapılmayabilir.

Anlaşmazlığın devamı halinde konu olan analiz metodunda faturasını hatalı olan tarafın ödemesi şartı ile iki tarafında mutabık kaldığı ve eğer mümkün ise aynı metot ile ISO/IEC 17025 standardından akredite 3. taraf olarak kamu ya da referans laboratuvarında yapılan analiz sonucu kabul edilir.

4.4. ŞİKAYET KAPATILMASI VE SONUCUNUN BİLDİRİLMESİ

Şikayetin çözüme kavuşturulması ve şikayetçiye geri bildirim için termin tarihi 10 iş gününü geçmemelidir. Ancak bu süre içinde çözüme kavuşturulması mümkün olmayan şikayetler için gerekçeleri ve termin tarihi ile birlikte yazılı olarak şikayetçiye bilgilendirme sağlanır.

Şikayetçiye bildirilecek sonuçlar, şikayete konu laboratuvar faaliyetlerinde yer almayan kişi/kişiler tarafından hazırlanır, gözden geçirilir, onaylanır ve şikayetçiye geri bildirim yapılır.

Şikayet ile ilgili olarak sonuçlar iletildikten sonra şikayetçiden olumlu / olumsuz geri dönüş talep edilir. Geri dönüş uygun ise şikayet kapatılır ve ilgili tüm kayıtlar saklanır. Geri dönüş uygunsuz ise süreç yenilenir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN ve ONAYLAYAN
Merve TOKLU KYS Sorumlusu	Tuğba YILMAZ Laboratuvar Müdürü

*Kaşesiz ve imzasız kopyalar elektronik ortamdan alındığında kontrolsüz kopya olarak işlem görür.

4.5. ŞİKAYETİN TEKRARININ ENGELLENMESİ

Müşteri şikayetlerinin tekrarlanmaması için, diğer müşterilerin sonuçlarını şüpheye düşüren bir durum söz konusu olduğunda “Uygun Olmayan Deney İşleminin Kontrolü Prosedürü (PR.06)”ne göre geriye dönük soruşturma yapılarak ve etkilenmiş olabilecek diğer müşteriler de bilgilendirilerek saptanan hataların giderilmesine çalışılır.

Uygun bir araştırma sonrasında şikayete yol açan sorunların tekrarlanmasını, düzeltilmesi ve bunların sebeplerini ortadan kaldırarak gelecekte olmasının önlenmesi gibi alınacak tedbirler ilgili birim sorumlusu tarafından belirlenir.

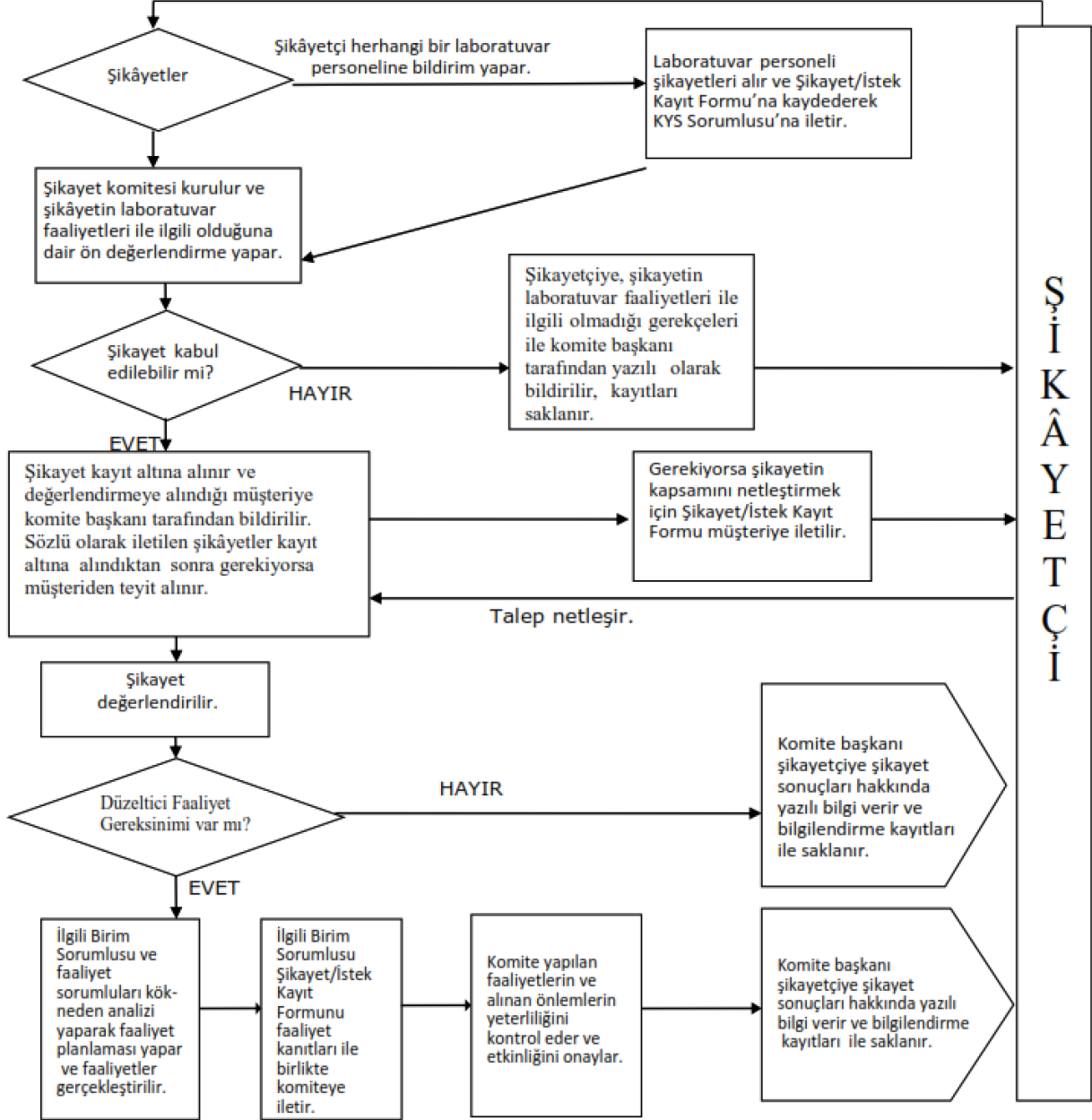
Bu tedbirler personel eğitimi, metot kalite parametrelerinin artırılması, yeni metotların/formların devreye alınması veya personel sayısının artırılması vb. gibi tedbirler olabilir. Alınan tedbirler İstek / Öneri Şikayet Değerlendirme Formuna ilgili sorumlu tarafından kaydedilir.

5.0. DEĞERLENDİRME

KYS Sorumlusu, Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısı öncesinde ya da olası toplantıların gündeminde konuşulmak üzere şikayetlerle ilgili departmanlarında görevli personelden aldığı verilerin analizini eder ve Laboratuvar Müdürü / Genel Müdür’e iletir. Toplantıda konu ile ilgili iyileştirme kararları alınabilir. Şikayetler, Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantısında gündem konularından birini teşkil eder.

HAZIRLAYANMerve TOKLU
KYS Sorumlusu**KONTROL EDEN ve ONAYLAYAN**Tuğba YILMAZ
Laboratuvar Müdürü

Şema 1. Şikayetlerin Ele Alınması Prosesi



HAZIRLAYAN

Merve TOKLU
KYS Sorumlusu

KONTROL EDEN ve ONAYLAYAN

Tuğba YILMAZ
Laboratuvar Müdürü

6.0. İLGİLİ DOKÜMANLAR/KAYNAKLAR VE EKLER

Ç.01.PR.21	<u>Şikayet/İstek Kayıt Formu</u>
<u>Ç.02.PR.21</u>	<u>Şikayet/İstek Takip Formu</u>
PR.06	Uygun Olmayan Deney İşleminin Kontrolü Prosedürü
PR.20	Sonuçların Rapor Haline Getirilmesi
PR.05	Tarafsızlık ve Gizlilik Prosedürü
PR.03	Talep, Teklif ve Sözleşme Prosedürü

7.0. REVİZYON

Revizyon Sayısı	Tarih	Revizyon Yapılan Madde	Revizyon Nedeni	Revizyonu Yapan
1	19.11.2024	Tüm	Tüm süreç yeniden değerlendirilerek revize edilmiştir.	Merve BOLAT

HAZIRLAYANMerve TOKLU
KYS Sorumlusu**KONTROL EDEN ve ONAYLAYAN**Tuğba YILMAZ
Laboratuvar Müdürü