
	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 1 из 62

Утверждено
Решением Правления
от 15.04.2024г.
Протокол № 12

Руководство по качеству
НАО «Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова»

Срок действия с 15.04.2024 г. по 15.04.2027 г.	Срок продления до «__» _____ 20__ г.	Статус: Действующий <input checked="" type="checkbox"/> Устаревший <input type="checkbox"/>
Предыдущий устаревший документ: приказ ректора от 17.11.2024г № 602	Подпись ответственного лица за управление документом 	Код № <i>ДСМЖ/08.11-</i> Копия № <i>2024</i> Экземпляр № <i>2024</i>

Алматы – 2024



Лист согласования и подписания

ФИО	Тип действия	Время и дата согласования или подписания	Замечания	Данные по ЭЦП
Датхаев Убайдилла Махамбетович	Согласовано	29.03.2024, 09:54:30	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ДАТХАЕВ УБАЙДИЛЛА, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Давлетов Кайрат Киргизбаевич	Согласовано	27.03.2024, 17:18:54	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ДАВЛЕТОВ КАЙРАТ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Султангазиева Светлана Елеусизовна	Согласовано	28.03.2024, 10:09:57	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), СУЛТАНГАЗИЕВА СВЕТЛАНА, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Искаков Серикжан Сагимжанович	Согласовано	27.03.2024, 18:55:36	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ИСКАКОВ СЕРИКЖАН, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407

Жумадилов Мурат Женисханович	Согласовано	28.03.2024, 18:36:52	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУӘЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ЖУМАДИЛОВ МУРАТ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Нагасбекова Баян Сериккановна	Согласовано	27.03.2024, 16:15:57	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУӘЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), НАГАСБЕКОВА БАЯН, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Алибекова Вильнара Нурдаuletовна	Согласовано	27.03.2024, 09:58:23	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУӘЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), АЛИБЕКОВА ВИЛЬНАРА, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Амержанова Айжан Жакыповна	Согласовано	27.03.2024, 10:13:47	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУӘЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), АМЕРЖАНОВА АЙЖАН, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407

--	--	--	--	--

Салиев Тимур Муйдинович	Согласовано	28.03.2024, 17:32:58	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), САЛИЕВ ТИМУР, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Избенова И.И. (и.о. Степкина Е.Л.)	Согласовано	28.03.2024, 17:41:16	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ИЗБЕНОВА ИНДИРА, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Азимбаев Нугман Кайратович	Согласовано	28.03.2024, 17:51:07	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), АЗИМБАЕВ НУГМАН, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Искакова Сауле Сагынғалиевна	Согласовано	28.03.2024, 16:58:32	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ИСКАКОВА САУЛЕ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Фахрадиев Ильдар Рафисович	Согласовано	27.03.2024, 10:03:14	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ФАХРАДИЕВ ИЛЬДАР, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407

Мамырбекова Салтанат Апбасовна	Согласовано	27.03.2024, 12:26:21	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), МАМЫРБЕКОВА САЛТАНАТ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Талкимбаева Найля Ануаровна	Согласовано	27.03.2024, 10:53:38	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ТАЛКИМБАЕВА НАЙЛЯ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Ташетова Айгуль Балабековна	Согласовано	28.03.2024, 14:57:47	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ТАШЕТОВА АЙГУЛЬ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Альчимбаев Арман Булатович	Согласовано	27.03.2024, 16:43:17	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), АЛЬЧИМБАЕВ АРМАН, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407

--	--	--	--	--

Абылгазина Айгуль Есимжановна	Согласовано	27.03.2024, 11:22:35	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), АБЫЛГАЗИНА АЙГУЛЬ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Тұрғынбаев Мирас Бақытжанұлы	Согласовано	01.04.2024, 11:30:44	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ТҰРҒЫНБАЕВ МИРАС, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Иванченко Нелля Николаевна	Согласовано	27.03.2024, 12:40:47	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ИВАНЧЕНКО НЕЛЛЯ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Абдыкорова Меруерт Турдакыновна	Согласовано	27.03.2024, 09:53:09	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), АБДЫКЕРОВА МЕРУЕРТ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407

--	--	--	--	--


Абдрахманова Зинат Батырхановна	Согласовано	27.03.2024, 09:58:28	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), АБДРАХМАНОВА ЗИНАТ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Бейсенова Самал Айтмухамбетовна	Согласовано	28.03.2024, 15:49:16	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), БЕЙСЕНОВА САМАЛ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Жангирбаев Марат Турсынханович	Согласовано	27.03.2024, 09:38:27	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ЖАНГИРБАЕВ МАРАТ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
Лахов Сергей Владимирович	Согласовано	27.03.2024, 13:21:36	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУЭЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), ЛАХОВ СЕРГЕЙ, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407




Калматаева Жанна Амантаевна	Подписано	01.04.2024, 11:57:17	Без замечаний	Издатель ЭЦП - ҰЛТТЫҚ КУӘЛАНДЫРУШЫ ОРТАЛЫҚ (GOST), КАЛМАТАЕВА ЖАННА, Некоммерческое акционерное общество "Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова", BIN181240006407
--------------------------------	-----------	----------------------	---------------	--

Содержание

1.	Область применения	11
2.	Нормативные ссылки	11
3.	Термины и определения	11
4.	Контекст организации	13
4.1.	Понимание образовательной организации и ее контекста	13
4.2.	Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон	16
4.3.	Определение области применения системы менеджмента качества	18
4.4.	Система менеджмента качества и ее процессы	19
5.	Лидерство	20
5.1.	Лидерство и приверженность	20
5.2.	Политика	22
5.3.	Организационные роли, ответственность и полномочия	23
6.	Планирование	23
6.1.	Действия по реагированию на риски и возможности	23
6.2.	Цели в области качества и планирование их достижения	24
6.3.	Планирование изменений	26
7.	Поддержка	27
7.1.	Ресурсы	27
7.2.	Компетентность	33
7.3.	Осведомленность	33
7.4.	Коммуникация	34
7.5.	Документированная информация	34
8.	Деятельность	34
8.1.	Планирование деятельности и управление ею	34
8.2.	Требования к услугам	34
8.3.	Проектирование и разработка	36
8.4.	Управление внешними поставляемыми процессами, продукцией и услугами	38
8.5.	Предоставление услуг	39
8.6.	Выпуск продукции и предоставление услуг	42
8.7.	Управление несоответствиями (несоответствующими результатами оказываемых услуг).	43
9.	Оценка показателей деятельности	45
9.1.	Мониторинг, измерения, анализ и оценка	45
9.2.	Внутренние аудиты	46
9.3.	Анализ со стороны руководства	47
10.	Улучшение	48

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1
		Страница 10 из 62

10.1.	Общие положения	48
10.2.	Несоответствия и корректирующие действия	48
10.3.	Постоянное улучшение	49
11.	Приложение 1	50
	Приложение 2	56
	Приложение 3	58
12.	Лист регистрации изменений	61
13.	Лист ознакомления	62

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 11 из 62

1. Область применения

1.1 Настоящее Руководство по Качеству (далее – РпК) - документ, в котором изложена Политика руководства НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова» (далее - Университет) в области качества и описаны основные положения и требования к системе менеджмента качества (далее – СМК) Университета.

1.2 РпК содержит организационную структуру университета, процессы и их взаимодействие, необходимые ресурсы для управления, анализ действующей СМК и постоянное ее совершенствование. Содержание РпК соответствует требованиям стандарта ISO 9001:2015 и повторяет его структуру.

1.3 Требования РпК являются обязательными к исполнению для всех работников Университета. РпК предназначено для поддержания СМК Университета в рабочем состоянии, а также для потребителей (заказчиков) услуг Университета в качестве информационного материала о СМК Университета.

1.4 Оригинал и электронная версия РпК хранятся в отделе СМК, сканированные электронные версии имеются во всех структурных подразделениях / кафедрах Университета согласно номенклатуре дел и на сайте Университета (раздел Нормативные документы СМК).

2. Нормативные ссылки

Настоящее РпК разработано в соответствии со следующими нормативными документами:

- 1) МС ИСО 9000:2015 - Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;
- 2) МС ИСО 9001:2015 - Системы менеджмента качества. Требования.

3. Термины и определения

В РпК использованы следующие термины и определения:


Анализ со стороны руководства – систематическая и документированная деятельность высшего руководства организации, предпринимаемая для установления пригодности, адекватности и результативности СМК, а также ее соответствия политике и стратегическим целям в области качества.

Аудит – систематическая, независимая и документированная проверка деятельности организации с целью установления соответствия действующим законам и внутренним критериям.

Верификация – процедура проверки валидности (пригодности) продукта / услуги, процесса / системы на соответствие установленным стандартам.

Валидация – процедура подтверждения посредством представления объективных свидетельств, того, что установленные требования к продукту / услуге, процессу / системе соответствуют всем изначально заданным требованиям.

Документированная информация (документ) - информация любого формата, полученная из любого источника, на любом носителе, с реквизитами, позволяющими ее идентифицировать.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 12 из 62

Запись - документ, содержащий достигнутые результаты / и/или объективные свидетельства осуществленной деятельности и необходимый для гарантии эффективной работы и управления процессами.

Качество – совокупность свойств и характеристик продукта / услуги, удовлетворяющие установленным требованиям.

Контроль – процесс наблюдения и проверки объекта на определение соответствия установленным требованиям.

Коррекция - действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Корректирующее действие – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

Несоответствие - невыполнение установленного требования.

Потребитель - организация / лицо, потребляющие (использующие) продукт / услугу.

Процедура – взаимосвязанная последовательность действий осуществления какого-либо вида деятельности / процесса установленным способом, шаг за шагом.

Процесс - совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы в выходы.

Риск - неопределённое событие / условие, которое может привести к нежелательным последствиям.

Среда организации (контекст деятельности организации) - сочетание внутренних и внешних факторов, которые оказывают влияние на процессы, происходящие в ней.

Структурное подразделение – единица структуры организации (управление, департамент, факультет / школа, отдел, кафедра, лаборатория и т.д.), которая создается для выполнения определенных задач, функций и на которую возлагается ответственность организации в целях реализации конкретного направления ее деятельности.

Управление документацией - общие правила работы с документацией (плановые, систематические и эффективные действия по созданию, использованию, хранению, уничтожению документов, отбору (передаче) документов, управлению архивами и т.д.), обеспечивающие эффективную работу и СМК, и самой организации.

Цели в области качества - конкретные мероприятия по достижению приоритетных направлений развития организации, согласно Программы Развития Университета на 2024-2028 гг., и политики в области качества.

В РпК использованы следующие сокращения:

АУП – административно-управленческий персонал;


ВНД – внутренний нормативный документ;

ВУЗ – высшее учебное заведение;

ВП – вспомогательный персонал;

ГОСО – государственный общеобязательный стандарт образования;

ДИ – должностная инструкция;

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 13 из 62

ДПК – документированная процедура качества;

ИСО – международная организация по стандартизации;

МС – международный стандарт;

МЗ РК – министерство здравоохранения Республики Казахстан;

МНВО РК – министерство науки и высшего образования Республики Казахстан;

НИР – научно-исследовательская работа;

ОП – образовательная программа;

ППС – профессорско-преподавательский состав;

РпК – руководство по качеству;

СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение.

4. Контекст организации

4.1 Понимание образовательной организации и ее контекста

4.1.1 Сведения об Университете.

Решение об открытии медицинского института в Алма-Ате было принято Постановлением СНК РСФСР от 10 июля 1930 года. Приказом Наркомздрава КАССР за № 260 от 30 ноября 1930 года директором медицинского института был назначен Санжар Джафарович Асфендияров, окончивший в 1912 году Военно-медицинскую академию в Петербурге.


Постановлением Совета Министров КазССР № 17 от 11 января 1989 года институту было присвоено имя С.Д. Асфендиярова.

В 1996 году приказом МЗ РпК № 311-л от 22 августа 1996 года институту присвоен статус Казахского Государственного медицинского университета.

Указом Президента РК за № 648 от 5 июля 2001 года «О предоставлении особого статуса отдельным государственным высшим учебным заведениям» вуз получил статус Казахского Национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова.

27 ноября 2019 года приказом КГИП МФ РК №1133 Университет был преобразован в некоммерческое акционерное общество «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».

Образовательная, научно-исследовательская и клиническая деятельность Университета реализуется на базе 6 школ: общей медицины-1, общей медицины-2, Школа общественного здравоохранения им.Х.Досмухамедова, фармации, педиатрии, стоматологии; 2 факультетов: международного и постдипломного образования; отдела магистратуры и докторантуры; института дополнительного и профессионального образования; симуляционного центра; 3 клиник: детский центр "Аксай", центр внутренних болезней, Центр ПМСП и диагностики; 5 ведущих научно-исследовательских институтов: Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней; Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Научный центр педиатрии и детской хирургии, Национальный научный центр

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 14 из 62

хирургии имени А.Н. Сызганова; Научно-технологическом парке в состав которого входят: Бизнес инкубатор и НИИФМ имени Б.А. Атчабарова, при котором действуют 5 лабораторий и 2 центра: лаборатория экспериментальной медицины, научная лаборатория (центр) коллективного пользования, лаборатория Life Science, научно-практическая контрольно-аналитическая лаборатория химии и фармакогнозии, научно-практическая лаборатория по косметологии; Научно-образовательный фармакопейный центр, Учебно-научный центр неврологии и нейронауки; многочисленных клинических баз г.Алматы; 2 филиалов в Уральске и Таразе.

На сегодняшний день Университет является старейшим медицинским ВУЗом страны, флагманом медицинской науки и профессионального медицинского образования. В стенах Университета работают известные ученые-педагоги Казахстана, академики Национальной академии наук Республики Казахстан, Российской академии медицинских наук, Академии профилактической медицины Республики Казахстан, Международных академий, заслуженные деятели науки и образования, заслуженные врачи и фармацевты.

В Университете на основании имеющихся государственных лицензий ведется подготовка специалистов по более, чем 80 образовательным программам бакалавриата, интернатуры, резидентуры, магистратуры, докторантуры PhD. Также ведется обучение по совместным образовательным программам с отечественными и зарубежными вузами, осуществляется совместная с ними научно-исследовательская деятельность, академический обмен обучающимися сотрудниками и преподавателями, привлекаются визитинг-профессора. Подготовка, переподготовка и повышение квалификации в Университете осуществляется как для граждан РК, так и для граждан иностранных государств.

4.1.2 Контекст (среда) деятельности Университета.

Руководством Университета определены главные ориентиры деятельности Университета такие как Миссия, Видение, Ценности, Цели и Политика в области качества.

Видение Университета:


Инновационный студент ориентированный университет, непрерывно развивающийся на принципах академической системы здравоохранения и науки, в котором объединяют усилия профессионалы, вдохновленные единой миссией, разделяющие одни ценности, для генерирования, передачи и использования знаний о здоровье и во имя здоровья людей.

Миссия Университета:

Служение обществу через подготовку конкурентоспособных специалистов в здравоохранения на основе интеграции передовых образовательных, научных и медицинских технологий.

Ценности Университета:

- 1) люди (Общество, пациенты, студенты, сотрудники);
- 2) профессионализм (в науке, образовании, лечебном процессе, управлении и т.д.);

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 15 из 62

3) открытость (открытость перед обществом; открытость к новому; открытость процесса принятия решений и т.д.);

4) традиции (бережем старые традиции, на основе опыта формируем новые);

5) командный подход (вовлечение в работу и процесс подготовки решений всех заинтересованных сторон, включая студентов, магистрантов, докторантов, резидентов).

Цель Университета:

Укрепление позиции НАО «КазНМУ» как исследовательского университета через ускоренную трансляцию результатов научно-исследовательской деятельности в клиническую практику и образовательный процесс.

Задачи Университета:

1) повышение качества подготовки специалистов на основе тесной интеграции образования, клиники и науки;

2) создание условий для активного наращивания научно-исследовательского потенциала и развитие на основе его реализации;

3) интеграция в международное академическое и научное сообщество на основе интернационализации деятельности по направлениям: наука, образование, клиника и управление (менеджмент);

4) построение финансово стабильной системы и достижение конкурентоспособности университета на международном рынке как факторы эффективного управления и устойчивого развития.

Политика Университета в области качества (Приложение 3)

1) модернизация образовательной деятельности путем внедрения успешного передового отечественного и зарубежного опыта на основе принципа триединства и передовых технологий;

2) непрерывное развитие научно-исследовательской и клинической деятельности;

3) повышение качества фундаментальных и прикладных научных исследований;

4) усиление международного сотрудничества с зарубежными университетами и научно-исследовательскими организациями;


5) применение современных управленческих, в том числе цифровых технологий;

6) продвижение Университета в международном рейтинге университетов и основных медицинских образовательных центров;

7) свободный обмен информацией и идеями между сотрудниками, поощрение инициативы, стимулирование действий персонала по улучшению качества, обеспечение возможности предлагать и развивать новые идеи и подходы.

8) развитие приверженности сотрудников принципам менеджмента качества;

9) поддержание взаимного соответствия документированных процедур и бизнес-процессов Университета на основе процессного подхода;

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 16 из 62

10) поддержание информационной открытости в отношениях с потребителем, развитие взаимовыгодных отношений с поставщиками и партнерами на принципах честности и взаимного доверия;

11) своевременное обеспечение персонала необходимыми ресурсами для его деятельности

В Университете определены внутренние и внешние факторы, относящиеся к намерениям и стратегическому направлению развития Университета, а также влияющие на способность достигать запланированные результаты.

Внешними факторами для Университета являются:

- 1) законодательные и нормативно-правовые требования РК и их изменения;
- 2) общие тенденции мирового развития и совершенствования системы образования (например, влияние Болонского процесса на национальную систему высшего образования РК и т.д.);
- 3) институциональные изменения в сфере образования РК;
- 4) научно-технологическое развитие РК;
- 5) конкуренция между образовательными организациями на международном, национальном, региональном и местном уровнях;
- 6) прочие (экономические, политические, рыночные, социально-демографические, социально-культурные, природные, экологические и т.д.).

Внутренние факторы для Университета - это:

- 1) политика и цели, организационная культура и знания, финансы, ресурсы и т.д.;
- 2) организационно-штатная структура, персонал, функции, обязанности, взаимосвязи между процессами, подразделениями и должностными лицами и т.д.;
- 3) системы (управления, информационная, финансовая и др.), процессы, технологии и т.д.;
- 4) обмен информацией и порядок принятия решений;
- 5) условия для успешной работы персонала и учебы обучающихся;
- 6) результаты деятельности Университета и его СП;
- 7) документация (стандарты, регламенты, руководства, положения, инструкции, отчеты, журналы, протоколы, акты и т.п.).

Мониторинг изменяющейся среды деятельности Университета и адаптация к её требованиям постоянно осуществляется руководством Университета, проводится анализ (раздел 9.3) и по его результатам разрабатываются мероприятия в рамках годового планирования деятельности СП Университета.

4.2 Понимание потребностей и ожиданий заинтересованных сторон

4.2.1 Кроме внешних и внутренних факторов на деятельность Университета оказывают влияние субъекты экономических и социальных отношений (стейкхолдеры), так называемые заинтересованные стороны. К заинтересованным сторонам относятся общество, государственные организации (надзорные и контролирурующие органы), средства массовой информации, отдельные люди,



группы людей, сообщества, объединения физических и юридических лиц и пр. Понимание потребностей и ожиданий всех заинтересованных сторон является основой для успешного развития Университета.

4.2.2 Основными заинтересованными сторонами и потребителями продукции / услуг Университета являются:

Внешние:

- 1) органы законодательной и исполнительной власти РК (Правительство, МЗ, МНВО, МФ и т.д.);
- 2) абитуриенты, поступающие в университет на соответствующие образовательные программы, и их родители;
- 3) работодатели (принимающие на работу выпускников Университета);
- 4) потребители результатов образовательного, научно-исследовательского и клинического процессов Университета (предприятия и организации, государственные учреждения, посредники на рынке труда, заказчики НИР и медицинских услуг и т.д.);

Внутренние:


- 1) обучающиеся по программам высшего и послевузовского профессионального образования (студенты, интерны, врачи резиденты, магистранты и докторанты PhD), слушатели курсов,;
- 2) работники Университета (ППС, АУП, ВП).

Заинтересованные стороны предъявляют следующие требования:

- 1) на уровне государства и общества к уровню квалификации выпускника, к качеству образования;
- 2) для абитуриентов, обучающихся и их родителей, слушателей курсов, касающиеся гарантий получения образовательных услуг высшего качества и соответствующих условий для получения этих услуг (приемлемая финансовая доступность образования, качественная и комфортная среда для обучения и проживания, доступность информационных ресурсов, возможность для научной и творческой реализации и т.д.);
- 3) работодателей к необходимому уровню знаний и умений выпускников;
- 4) заказчиков и потребителей НИР и медицинских услуг в качественных услугах и их финансовой доступности;
- 5) работников Университета к достойному уровню зарплаты, соблюдении правил и требований трудового законодательства в отношении работников, обеспечении безопасных условий труда, выплаты медицинской страховки, комфортной психологической обстановке на местах работы, возможности самореализации в научной, творческой и профессиональной деятельности, повышении уровня знаний и квалификации и т.д.

4.2.3 Мониторинг и анализ информации о потребностях заинтересованных сторон осуществляется путем:

- 1) оценки конкурентной позиции Университета на рынке образовательных, медицинских и научно-исследовательских услуг (международные, национальные рейтинги и т.д.);

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 18 из 62

2) маркетинговых исследований;

3) отзывов и запросов от организаций и работодателей на выпускников;

4) анкетирования всех групп потребителей (абитуриенты, обучающиеся, работники, заказчики, пациенты и т.д.); опросы, в т.ч. в формате личного интервью (с обучающимися и их родителями о качестве предоставляемых услуг, выпускниками, работодателями);

5) анализа информации, позволяющей получить представление о потребностях и ожиданиях заинтересованных сторон (заявки и документально зафиксированные жалобы потребителей; заявки от заказчиков НИР; договоры, заключенные с организациями; статистические данные и др.)

4.2.4 Итоги мониторинга и анализа потребностей и ожиданий заинтересованных сторон рассматриваются на заседаниях Правления Университета, Ученого совета, Совета по качеству, Академического совета, Клинического совета, Научного совета, Совете по кадрам, Совет по молодежной политике, Совете по цифровизации, кафедр, комитетов образовательных программ (далее – КОП) и т.д. и отражаются в процессах анализа и оценки (раздел 9.1.3), анализа СМК со стороны руководства (раздел 9.3.2). По итогам мониторинга и анализа потребностей и ожиданий заинтересованных сторон разрабатываются мероприятия для обеспечения надлежащего качества предоставляемых образовательных, медицинских услуг и выполнения НИР, планируется работа СП, проводятся улучшения.


4.3 Определение области применения системы менеджмента качества

4.3.1 Конкурентоспособность любой организации определяется несколькими факторами, наиболее значимым из которых является наличие эффективно функционирующей системы управления качеством выпускаемой продукции / услуг.

4.3.2 В Университете успешно внедрена и постоянно совершенствуется СМК, которая направлена на создание и совершенствование механизмов формирования внутренних гарантий обеспечения качества оказываемых образовательных, воспитательных, лечебно-диагностических и научно-исследовательских услуг. Высшее руководство официально принимает внедрение и функционирование СМК как результативное средство для улучшения качества управления Университетом.

4.3.3 Процесс внедрения СМК в Университете был начат в 2005 году по приказу ректора (№191а от 05.09.2005г.) в целях реализации распоряжения Президента Республики Казахстан от 04.03.2005г. №528 «Об общенациональном плане мероприятий по реализации Послания Главы государства народу Казахстана» от 18.02.2005г.: «Казахстан на пути ускоренной экономической, социальной и политической модернизации». Пакет обязательных документов для Университета разработала консалтинговая компания KazRegcon Asia и Университет получил сертификат NQA через NQA Russia.

Казахстан вошел в международное образовательное пространство, подписание Болонской декларации состоялось 12 марта 2010г., продолжилось внедрение СМК, соответствующее требованиям международного стандарта ISO 9001:2008. В июне 2011 года Университет прошел внешний аудит, по итогам которого компанией

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 19 из 62

«SGS», Швейцария, был выдан сертификат международного образца, действующий до 19 июня 2014 года.

В 2012 году СМК Университета была признана лучшей среди университетских СМК всего Каспийского региона и лучшей среди организаций Казахстана, сертифицированных SGS Group по стандарту ISO 9001.

В 2013 году Университету присудили Народный знак качества «Безупречно» Национальной Лиги потребителей Казахстана.

В том же 2013 году за участие в конкурсе на соискание премии Президента Республики Казахстан «Алтын Сапа-2013», в номинации «Лучшее предприятие, оказывающее услуги», Университет получил сертификат благодарности от организаторов мероприятия.

В июне 2014 года компания «SGS» провела ре-сертификационный аудит СМК с выдачей сертификата HU11|5879 (действие с 20 июня 2014г. по 19 июня 2017г.).

В 2017 году Университет стал одним из первых вузов страны, получившим сертификат соответствия СМК по новой версии международного стандарта ISO 9001:2015.

В 2020 году Университет успешно прошел ре-сертификационный аудит на соответствие СМК требованиям международного стандарта ISO 9001:2015, проведенный международным сертификационным органом CERT International. Наш Университет одним из первых среди высших учебных заведений провел дистанционный внешний аудит в условиях пандемии. Номер сертификата QMS-0277/A (действие 19.06.2020-18.06.2023 гг.).

4.3.4 Область применения СМК Университета:

«Образовательная деятельность в сфере высшего и послевузовского образования, медицинские услуги, фундаментальные и прикладные научные исследования в области медицины».

К СМК Университета применимы все требования МС ISO 9001:2015 и область СМК распространяется на все виды деятельности, процессы Университета, СП, персонал, инфраструктуру и т.д.


В 2021 году в Университете был проведен дистанционный наблюдательный аудит 1-го года международным сертификационным органом CERT International с целью подтверждения сертификата соответствия СМК требованиям МС ISO 9001:2015.

В 2022 году проходил наблюдательный аудит 2-го года тем же международным сертификационным органом CERT International с целью подтверждения сертификата соответствия СМК требованиям МС ISO 9001:2015.

4.4 Система менеджмента качества и ее процессы

4.4.1 Руководством Университета с целью постоянного повышения результативности работы и с учетом установленных и ожидаемых требований потребителей и заинтересованных сторон были определены:

1) процессы, необходимые для СМК, входы и выходы для них, применение, последовательность выполнения и взаимодействие этих процессов (приложение 1);

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству	Редакция: 1 Страница 20 из 62

2) владельцев процессов, их ответственность и полномочия в процессах;
3) критерии результативности процессов, мониторинг и методы измерения, позволяющие управлять процессами.

4.4.2 В Университете определены следующие процессы СМК:

1) процессы управления (управления стратегическим развитием, стратегического планирования);

2) основные процессы или, так называемые, процессы жизненного цикла продукции (образовательный (подпроцессы: бакалавриат, интернатура и резидентура, магистратура и phd-докторантура), научно-исследовательский, лечебно-диагностический, воспитательный, повышения квалификации ППС и медицинских работников);

3) вспомогательные процессы или процессы обеспечения ресурсами (управление персоналом, библиотечное обслуживание, редакционно-издательская деятельность, управление образовательной средой (подпроцессы: управление инфраструктурой, организация безопасности жизнедеятельности, управление закупками), ИТ – инфраструктура, управление документацией);

4) процессы, переданные на аутсорсинг (производственные и дипломные практики обучающихся; клининговые услуги; охранные услуги осуществляются другими организациями в рамках договорных отношений).

В Университете имеется следующая документированная информация для поддержания функционирования процессов СМК:

1) документированные процедуры качества (далее – ДПК) (Регламент управления документацией, Внутренний аудит, Анализ со стороны руководства, Оценка удовлетворенности потребителей);

2) РпК;

3) карты бизнес процессов НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова».

4.4.3 Показатели для мониторинга и измерений функционирования процессов есть в Политике и целях Университета в области качества, в Стратегических направлениях Университета.

4.4.4 Критерии и методы оценки результативности процессов в Университете описаны в ДПК: Анализ со стороны руководства.

4.4.5 Ответственность за процесс, за распределение ресурсов для процесса несет владелец процесса - ответственное лицо с четко определенными обязанностями и полномочиями.


4.4.6 Распределение ответственности по процессам и видам деятельности СМК приведено в Приложении 2 Руководства по Качеству.

5. Лидерство

5.1 Лидерство и приверженность

5.1.1. Общие положения

Правление Университета принимает на себя обязательства по разработке и внедрению СМК, а также постоянному улучшению ее результативности посредством:

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 21 из 62

1) обеспечения разработки Политики и целей в области качества по стратегическим направлениям развития Университета в условиях среды функционирования Университета;

2) применения процессного подхода и риск-ориентированного мышления;

3) обеспечения СМК необходимыми ресурсами;

4) пропагандирования в Университете важности результативности СМК и соответствия ее требованиям;

5) обеспечения достижения СМК запланированных результатов;

6) повышения трудовой активности персонала, создания благоприятных условий для максимальной реализации личного трудового потенциала каждого работника в обеспечении результативности СМК;

7) создания атмосферы увлечения/воодушевления качеством и поддержки любых улучшений, связанных с СМК;

8) поддержка руководителей, демонстрирующих приверженность в отношении СМК.

Свидетельствами принятия высшим руководством Университета обязательств по разработке, внедрению СМК и постоянному улучшению ее результативности являются:

1) протоколы заседаний и решения Совета по качеству, посвященные вопросам разработки, внедрения и совершенствования СМК;

2) Описание текущего состояния СМК;

3) Обзор основных компонентов системы менеджмента качества;

4) Оценка степени соответствия СМК требованиям стандартов качества и внутренним стандартам организации;

5) Выявление сильных и слабых сторон;

6) Анализ основных сильных сторон СМК;

7) Выявление слабых сторон и проблемных областей, требующих улучшения;

8) Оценка эффективности системы;

9) Обзор данных о производственных показателях, отзывах клиентов, результаты внутренних аудитов и проверок со стороны регулирующих органов;

10) Оценка уровня удовлетворенности руководства от функционирования и результатов СМК;

11) Разработка стратегии улучшения;

12) Предложение конкретных мероприятий и инициатив для улучшения слабых сторон СМК;


13) Формулирование целей и плана действий для достижения улучшений в системе менеджмента качества;

14) Заключение и рекомендации;

15) Сводные выводы предыдущих и текущего анализа и обоснованные рекомендации по улучшению СМК;

16) Определение ответственных лиц и сроков реализации предложенных мероприятий;

17) приказы Председателя Правления - Ректора, касающиеся управления СМК

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 22 из 62

Университета и обеспечения ее результативного функционирования.

5.1.2 Ориентация на потребителя

5.1.2.1 Правлением Университета запросы и ожидания потребителя определены как требования для достижения его удовлетворенности. При этом учитываются нормы законодательства Республики Казахстан, нормативные документы МНВО РК, МЗ РК. Ведется работа по прогнозированию запросов и ожиданий потребителей. Дополнительные требования потребителей установлены в договорах на выполнение платных образовательных услуг, оказания медицинских услуг, научных исследований и т.д. Нужды и ожидания всех категорий потребителей учитываются при планировании образовательного, научного и клинических процессов Университета.

5.1.2.2 Обратная информация от потребителя – претензии, обращения с предложениями, экспертные оценки и т.д. собираются и обсуждаются в присутствии заинтересованных сторон с принятием, в случае необходимости, корректирующих мер или улучшения.

5.1.2.3 Результатом ориентации Университета на требования и ожидания потребителей могут быть, к примеру: открытие / закрытие направлений и профилей подготовки, разработка новых и модернизация существующих образовательных программ, получение дополнительного финансирования в рамках национальных и международных грантов, расширение перечня и объема договоров на поставку продукции / услуг и т.д. При этом обязательно учитываются риски и возможности, которые могут оказывать влияние на качество продукции / услуг и на способность повышать удовлетворенность потребителей.

5.2 Политика


5.2.1 Разработка политики в области качества

5.2.1.1 Политика Университета в области качества – это главный ориентир, общие намерения и направления деятельности Университета в области качества, официально сформулированные руководством.

5.2.1.2 Политика в области качества является основой для установления целей в области качества.

5.2.1.3 Политика Университета в области качества периодически пересматривается, при этом учитываются:

- 1) стратегические направления развития Университета;
- 2) механизмы, позволяющие достигать поставленных целей;
- 3) результаты анализа удовлетворенности потребителей Университета и других заинтересованных сторон;
- 4) анализ со стороны руководства о результатах функционирования СМК за предыдущие периоды;
- 5) ресурсы, необходимые для реализации Политики в области качества;
- 6) необходимость постоянных улучшений СМК.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству

5.2.2 Доведение политики в области качества

Политика в области качества доводится до сведения всех работников Университета путем рассылки через корпоративную почту. Для потребителей и иных заинтересованных сторон Политика в области качества размещается в свободном доступе на сайте Университета (раздел Нормативные документы СМК).

5.3 Организационные роли, ответственность и полномочия

5.3.1 Наименования СП, должностей и профессий указаны в организационной структуре Университета и определены в его штатном расписании. Ответственность и полномочия СП и работников Университета установлены в положениях о СП и должностных инструкциях, а также в приказах, распоряжениях, указаниях руководства по направлениям деятельности Университета, в нормативных документах: положениях, регламентах, инструкциях и др..

5.3.2 Ответственным лицом за обеспечение качества в целом по Университету является Председатель Правления - Ректор, а в его отсутствие проректор, назначенный исполняющим его обязанности. По приказу Председателя Правления - Ректора из состава Правления Университета назначается председатель Совета по качеству, который осуществляет координацию работы отдела СМК в Университете согласно требованиям в положении о Совете по качеству.

5.3.3 Руководители СП и владельцы процессов Университета выполняют свою работу в соответствии с Политикой в области качества, требованиями настоящего РпК, Уставом и другими нормативными документами СМК Университета, а также несут ответственность за достижение целей в области качества в рамках своих функциональных обязанностей. Каждый работник Университета несет ответственность за реализацию Политики и целей в области качества и выполнение требований СМК в рамках своих должностных обязанностей.


5.3.4 Для понимания работниками своих обязанностей, ответственности и полномочий применяется обратная связь с непосредственными руководителями, а также с Управлением по учету персонала. Как правило, такая обратная связь осуществляется в рабочем порядке устно или письменно посредством рабочих встреч, переговоров, служебных записок по корпоративной почте или через ИС «Salem office».

6. Планирование

6.1 Действия по реагированию на риски и возможности

6.1.1 В Университете на всех уровнях управления постоянно анализируются риски и возможности, планируются действия для предотвращения рисков или снижения их нежелательного влияния, в том числе действия в нештатных ситуациях. Также оцениваются возможности для обеспечения дальнейшего улучшения деятельности Университета. Для этих целей проводятся:

- 1) совещания на различных уровнях управления Университета;
- 2) рабочие заседания или совещания групп на уровне процессов;
- 3) опросы (анкетирование, интервьюирование) и т.д..

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 24 из 62

6.1.2 Факторы риска условно можно разделить на внешние и внутренние. К внешним относятся факторы, не связанные с деятельностью Университета, это могут быть различные политические, экономические процессы, происходящие в мире. Также внешние риски могут быть связаны с неблагоприятными событиями в мире, например, пандемия коронавируса и т.д. Внутри Республики Казахстан тоже могут оказывать влияние экономические, рыночные, социальные (включая демографические) процессы.

6.1.3 Внутренние риски могут быть связаны с внутренними процессами Университета, организационной структурой, человеческими ресурсами и т.д.

6.1.4 Руководители СП осуществляют анализ и оценку рисков в рамках функционирования своих структурных подразделений. Результаты анализа рисков оформляются:

- 1) подтверждающими записями (протоколы совещаний, заседаний рабочих групп, анкеты, бланки опросов и т.п.);
- 2) отчетами внутренних и внешних аудитов;
- 3) записями анализа [СМК](#) со стороны руководства;
- 4) требованиями заинтересованных сторон;
- 5) записями по управлению рисками;
- 6) записями о ранее предпринятых корректирующих и предупреждающих действиях и т.д..

6.1.5 После анализа рисков разрабатываются меры по их устранению и/или снижению негативного воздействия, а также для обеспечения выполнения запланированных показателей результативности работы СП Университета.


6.2 Цели в области качества и планирование их достижения

6.2.1 Цели Университета в области качества сформулированы руководством Университета, утверждены Председателем Правления – Ректором, соответствуют стратегическим целям и задачам Университета, указанным в Программе развития Университета, и оформлены одним документом.

6.2.2 Цели Университета в области качества определяются с учетом:

- 1) анализа состояния внешних и внутренних факторов, оказывающих воздействие на достижение поставленных целей;
- 2) Миссии;
- 3) Политики Университета в области качества;
- 4) оценки удовлетворенности потребителей, их потребностей и ожиданий;
- 5) ресурсов, необходимых для достижения поставленных целей;
- 6) результатов анализа со стороны руководства;
- 7) результативности достигнутых ранее показателей и т.д.

6.2.3 Цели Университета в области качества установлены для всех уровней управления Университета в соответствии со стратегическими направлениями развития деятельности Университета. Условно можно выделить три уровня целей в области качества Университета: корпоративный (стратегические цели,

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 25 из 62

охватывающие весь Университет), тактические (цели на уровне процессов) и оперативные (цели по СП).

6.2.4 Ответственность за разработку и достижение целей в области качества корпоративного уровня лежит на руководстве Университета, тактического уровня, то есть уровня процессов, – на владельцах процессов, оперативного уровня возлагается на руководителей СП.

6.2.5 При планировании достижения целей Университета в области качества определяются мероприятия, ответственные лица, требуемые ресурсы и сроки исполнения. Цели в области качества содержат плановые значения, при этом обязательно учитываются достигнутые ранее показатели деятельности.

6.2.6 Цели Университета в области качества руководством Университета дифференцировано распределяются сверху вниз для всех уровней управления и для соответствующих СП.

6.2.7 Цели в области качества являются конкретными, но при этом и «гибкими». Если в ходе реализации изначальные условия достижения целей могут не подтвердиться, либо оказаться нереальными для выполнения, то цели в области качества после ежегодного анализа могут обновляться. В результате проведенного мониторинга, цели в области качества актуализируются, если обнаруживается, что цели были завышены, занижены или не пригодны, или требуется изменение формулировок целей и/или их показателей.


6.2.8 Цели Университета в области качества измеримы, достижимы и корректируются в соответствии с изменившимися условиями внешней и внутренней среды Университета, с учетом потребностей и предложений потребителей, предложений СП и т.д..

6.2.9 Для целей в области качества корпоративного уровня в основном используются качественные показатели. Для целей на уровне процессов используют те характеристики исполнения процессов, которые необходимо достигнуть, чтобы обеспечить желаемый уровень качества продукции (услуг). Цели по СП имеют измеримые показатели, качественные и количественные где это возможно.

6.2.10 Целевые показатели доводятся до тех структурных СП, которых они касаются, т.е. в достижении которых они принимают участие или ответственны за их достижение. Для этого могут применяться различные средства уведомления: собрания, совещания, рабочие встречи, размещение целей на информационных стендах или в корпоративной информационной системе, передача целей по электронной корпоративной почте, в виде служебных записок по электронному документообороту др..

6.2.11 Цели Университета в области качества на корпоративном уровне отражены в Миссии, Программе развития, на тактическом уровне – в Политике и целях в области качества, на оперативном уровне - в операционных планах работы СП.

6.2.12 Цели корпоративного уровня, то есть стратегические цели Университета, устанавливаются на пять лет и формулируются в Программе развития Университета.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 26 из 62

6.2.13 Цели в области качества по процессам могут варьироваться в зависимости от специфики организации, её стратегических целей и текущих потребностей. Их документирование осуществляется как в отдельных документах, так и в составе существующей управленческой документации Университета.

6.2.14 Цели в области качества для СП могут быть направлены на улучшение производительности, эффективности и качества работы конкретных подразделений. Периодичность установки целей в области качества для СП может зависеть от конкретной ситуации и потребностей организации. Обычно цели устанавливаются на годовой или полугодовой период, чтобы иметь возможность оценить прогресс и внести необходимые коррективы. Однако, в зависимости от конкретных обстоятельств, цели могут устанавливаться и на более короткий или длинный период.

6.3 Планирование изменений

6.3.1 Изменения в СМК Университета осуществляются на плановой основе и могут быть связаны с разработкой новой документированной процедуры, потребностью в актуализации документации СМК, оптимизацией организационно-штатной структуры Университета, то есть перераспределением обязанностей, ответственности и полномочий должностных лиц, определением новых процессов СМК, приобретением нового оборудования и т.д.

6.3.2 Изменения в СМК Университета также могут вноситься на основании изменений требований внешних / внутренних потребителей, результатов мониторинга и оценки удовлетворенности потребителей и работников, рекомендаций внешних наблюдательных аудитов, результатов анализа со стороны руководства и т.д.


6.3.3 Планирование изменений могут быть отражены в:

- 1) планах мероприятий, утвержденных руководством Университета;
- 2) протоколах совещаний;
- 3) приказах и распоряжениях руководства Университета и т.д.

6.3.4 При планировании изменений предварительно рассматривается их целесообразность, то есть, что будет достигнуто этими изменениями. Например, повышение результативности процесса, снижение текучести кадров, обеспечение качества оказываемых образовательных, медицинских услуг Университетом, обеспечение компетентности персонала, улучшение среды для функционирования процессов и т.д.

6.3.5 Необходимо также учитывать потенциальные последствия внесения изменений как положительные, так и отрицательные. Например, для достижения цели по увеличению количества иностранных студентов в Университете, может возникнуть потребность в педагогах, преподающих на английском языке, в дополнительном аудиторном фонде, необходимость в дополнительной литературе на английском языке и т.д.

6.3.6 При планировании изменений должна обеспечиваться, в обязательном порядке, сохранность целостности СМК Университета. Для этого необходимо

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 27 из 62

провести анализ влияния изменений одного элемента СМК на другие. Вносимые изменения не должны отрицательно повлиять на СМК. Например, разрабатывая новый процесс, не должно получиться дублирования функций с другим уже существующим процессом и т.д.

6.3.7 При планировании изменений необходимо обеспечивать требуемые ресурсы и их доступность. Любое вносимое изменение требует затрат ресурсов: финансовых, человеческих, временных, инфраструктурных и т.д. Например, для внесения изменений в документ требуется соответствующий персонал и время. Если, например, изменение планируется в виде плана мероприятий, то в этом документе в соответствующих графах указываются ответственное лицо, участники мероприятия, время для внесения изменения, срок выполнения мероприятия. Доступность ресурсов в данном примере означает наличие требуемого рабочего времени для выполнения мероприятия. В тех случаях, когда требуются финансовые ресурсы, к плану мероприятий необходимо приложить бюджет или бухгалтерский расчет.

6.3.8 Любое вносимое изменение затрагивает деятельность соответствующего персонала, поэтому необходимо определить ответственность соответствующих СП и/или должностных лиц и наделить их обязанностями, полномочиями. Поэтому при внесении изменений в СМК необходимо учесть распределение или перераспределение обязанностей, ответственности и полномочий.

7. Поддержка

7.1. Ресурсы

7.1.1 Общие положения

7.1.1.1 Для внедрения, поддержания в рабочем состоянии СМК и постоянного повышения ее результативности, а также для удовлетворенности потребителей путем выполнения их требований, в Университете имеются необходимые ресурсы.


7.1.1.2 В Университете используются такие ресурсы, как квалифицированный персонал, финансовые, информационные, материально-технические, инфраструктура, среда для функционирования процессов СМК, ресурсы для мониторинга и измерений, знания Университета, так называемые внутрифирменные знания, также ресурсы от внешних поставщиков.

7.1.1.3 В Университете вышеуказанные ресурсы определены следующим образом:

1) квалифицированный персонал (человеческие ресурсы) - в штатном расписании, приказах, протоколах совещаний и др.;

2) финансовые ресурсы - в денежных средствах, ценных бумагах, кредитных средствах и др.;

3) информационные ресурсы - в правовых, нормативных и технических документах, учебно-методической документации, программном обеспечении, инструкциях, технических спецификациях, сметной документации, в электронных документах, электронных образовательных изданиях, в том числе на сайте Университета и т.д.;

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 28 из 62

4) материально-технические - в сырье, материалах, лабораторном оборудовании, измерительной технике, комплектующих изделиях, инженерных сетях, оргтехнике и т.д.;

5) инфраструктура - в зданиях, помещениях, энергоносители, телекоммуникации, транспорт и т.д.)

6) среду для функционирования процессов СМК - в Постановлениях Правительства РК, законах, приказах министерств РК, ГОСТах, СанПиНах, ВНД Университета, в том числе электронных;

7) ресурсы для мониторинга и измерений - в документированных процедурах качества (далее – ДПК), технической документации и др.;

8) знания Университета - в должностных инструкциях, ВНД Университета, материалах повышения квалификации ППС и работников Университета и др.

7.1.1.4 В Университете ресурсы обеспечиваются:

1) выделением средств на обучение, подготовку (переподготовку) и повышение квалификации персонала;

2) обучением, повышением квалификации, стажировками, приобретением нормативной и методической документации, разработкой внутренней документации, участием в конференциях, семинарах, выставках, др.;

3) приобретением, внедрением и поддержанием в рабочем состоянии инфраструктуры (оборудование, техника, транспорт и т.д.);

4) созданием и поддержанием среды для функционирования процессов СМК (обучение и поддержание знаний работников в области СМК, охраны труда, техники безопасности, электробезопасности, пожарной безопасности и др.);


5) закупкой, внедрением и поддержанием в пригодном состоянии ресурсов для мониторинга и измерений (техническое обслуживание, ремонт, поверка, калибровка, тестирование, защита от повреждений и др.).

7.1.1.5 Обеспечение ресурсами СП Университета осуществляется в соответствии с перспективными и текущими потребностями СП и на основе представленных заявок от СП, подписанных руководителями СП. При этом учитываются состояние существующих внутренних ресурсов, возможности и ограничения, к примеру, финансовые возможности и ограничения в финансировании, уровень компетентности персонала, возможности в разработке методической документации, технического состояния оборудования и транспорта, ограничения в получении арендованных производственных площадей и др.

7.1.1.6 В Университете также используются ресурсы, полученные от внешних поставщиков, такие, например, как: арендованные здания городских больниц, услуги по сертификации, внешнему аудиту, информационные услуги, услуги по ремонту, по транспортировке и др.

7.1.2 Человеческие ресурсы

7.1.2.1 Для результативного функционирования процессов СМК в Университете имеются соответствующие должностные лица и определено их взаимодействие в рамках СМК. Должностные лица определены утвержденной организационной структурой и утвержденным штатным расписанием Университета.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 29 из 62

7.1.2.2 Обеспечение наличия должностных лиц, необходимых для результативного внедрения СМК Университета и для функционирования и управления ее процессами, осуществляется посредством:

- 1) подбора и приема на работу персонала в соответствии со штатным расписанием;
- 2) обучения, подготовки, и повышения квалификации персонала;
- 3) стажировки ППС и работников Университета;
- 4) должностной ротацией персонала с целью оптимизации и улучшения системы управления Университетом, включая СМК.

7.1.2.3 В СМК Университета функционирует процесс по управлению персоналом, цель которого - обеспечение потребностей всех выполняемых в Университете процессов в квалифицированном (при необходимости обладающим специальной подготовкой) персонале. Мониторинг выполнения процесса и его результативности ведется путем анализа оценки удовлетворения потребностей и регистрации соответствующих записей.

7.1.2.4 Управление персоналом в Университете осуществляется в соответствии с такими внешними и внутренними нормативными документами как:


- 1) Трудовой кодекс РК;
- 2) Квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и других служащих, утвержденных приказом Министра труда и социальной защиты населения РК и т.д.
- 3) организационная структура Университета;
- 4) штатное расписание Университета;
- 5) Устав Университета;
- 6) Кадровая политика;
- 7) Правила внутреннего трудового распорядка;
- 8) Положение о структурных подразделениях Университета;
- 9) должностные инструкции работников;
- 10) график отпусков работников и т.д.

7.1.2.5 В вышеуказанных документах определены правила комплектования СП Университета кадрами необходимой квалификации, формирования и ведения базы данных о количественном и качественном составе кадров, разработки организационно-правовой документации по персоналу, сопровождению, повышению квалификации и высвобождению персонала.

7.1.2.6 Подбор работников в Университете осуществляется с помощью объявления конкурса на вакантные должности, проведения конкурса и т.д. Прием работников в Университет выполняется на основе приказов в соответствии со штатным расписанием.

7.1.2.7 Работники СП Университета подбираются в соответствии с квалификацией, установленной должностной инструкцией. Ответственность за подбор персонала необходимой квалификации несут руководители СП.

7.1.2.8 Вновь принимаемые на работу преподаватели и сотрудники проходят вводный инструктаж по БиОТ и оформляются в установленном порядке.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 30 из 62

7.1.2.9 Для оценки уровня компетентности персонала периодически, по утвержденному графику, проводится аттестация ППС и работников Университета.

7.1.2.10 Повышение квалификации ППС и работников Университета проводится согласно плану, формируемому путем анализа потребностей в обучении, подготовке и аттестации (переаттестации) работников.

7.1.2.11 Повышение квалификации ППС и работников Университета осуществляется посредством:

- 1) краткосрочного повышения квалификации;
- 2) тематических семинаров и тренингов;
- 3) длительного повышения квалификации.

7.1.3 Инфраструктура

7.1.3.1 В Университете имеется и поддерживается в рабочем состоянии следующая инфраструктура:

- 1) здания и сооружения;
- 2) транспорт;
- 3) медицинское оборудование и средства измерения;
- 4) мебель;
- 5) средства связи (компьютерные сети, телекоммуникации, линии связи и т.д.);
- 6) компьютерная техника и программное обеспечение.


7.1.3.2 Вышеназванная инфраструктура является одним из видов ресурсов, необходимых для функционирования процессов Университета с целью обеспечения качества продукции и оказываемых Университетом услуг. Обслуживание, поддержание в надлежащем состоянии инфраструктуры Университета осуществляется вспомогательным персоналом соответствующих СП Университета.

Здания и сооружения

Учебные аудитории, актовые, спортивные залы, библиотека, столовая и т.д., предназначенные для обслуживания обучающихся Университета, а также кабинеты СП Университета размещены в специальных зданиях. Помещения обеспечены всеми средствами коммунально-бытового обслуживания и оснащены телефонной связью. Здания и помещения Университета обеспечены техническим оборудованием и инвентарем, отвечают требованиям санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, правилам пожарной безопасности, антитеррористической безопасности, охраны труда и защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых социальных услуг (повышенная температура воздуха, влажность воздуха, запыленность, загазованность, шум, вибрация и т.д.), в соответствии с требованиями законов, нормативов и правил РК. Ответственность за поддержание в надлежащем состоянии зданий, помещений возлагается на управляющего директора.

Транспорт

В Университете имеется парк легковых машин, предназначенный для перевозок руководства, других должностных лиц Университета для оперативного решения рабочих вопросов. Также имеются рабочие машины, трактора и т.д. для

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 31 из 62

работ на территории Университета. Ответственность за подготовку к работе и эксплуатацию транспортных средств несут механик, водитель и управляющий директор.

Медицинское оборудование и средства измерения

Университет является медицинской образовательной организацией и для качественного предоставления услуг в Университете имеется специальное медицинское оборудование, аппаратура и приборы, отвечающими требованиям соответствующих стандартов, технических условий, других нормативных документов и обеспечивающими надлежащее качество предоставляемых услуг.

В Университете:

1) оборудование, приборы и аппаратура используются строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, содержатся в технически исправном состоянии, которое систематически проверяется и поверяется на основании графика поверки;

2) неисправное оборудование, приборы и аппаратура, дающие при работе сомнительные результаты, своевременно снимаются с эксплуатации, заменяются или ремонтируются (если они подлежат ремонту), а пригодность отремонтированных подтверждается их проверкой и поверкой;

3) все используемое в Университете оборудование имеет соответствующие сертификаты.

Мебель

Все аудитории, кафедры, кабинеты СП Университета оснащены необходимой для учебы обучающихся и для работы ППС и работников мебелью. Ответственность за поддержание в надлежащем состоянии, ремонт и замену мебели возлагается на управляющего директора.

Средства связи

В Университете используются следующие средства внутренней и внешней связи: телефон, электронная почта, интернет и т.д..

Ответственность за организацию работ по эксплуатации средств связи, оргтехники возлагается на программистов, руководителя департамента цифровизации.

Компьютерная техника и программное обеспечение

Университет оснащен компьютерной и оргтехникой в достаточном количестве. Имеющаяся техника обеспечивает выполнение всех видов деятельности, необходимых СП Университета для работы. Ответственность за поддержание в надлежащем состоянии компьютерной и орг.техники и программного обеспечения возлагается на программистов, руководителя департамента цифровизации.

Состав инфраструктуры и потребность в ней периодически пересматривается и вносятся изменения по мере изменения внешней и внутренней среды Университета.

7.1.4 Среда для функционирования процессов

7.1.4.1 Руководство поддерживает в рабочем состоянии инфраструктуру, отвечающую требованиям нормативных правовых актов РК, в том числе производственную среду, формирующую условия, в которых выполняется трудовая

деятельность сотрудников (осуществляется учебный процесс), включая физические, экологические и др. факторы. Управление инфраструктурой осуществляется в соответствии с внутренними нормативными документами университета и требованиями законодательства РК, в том числе:

1) Приказ Министра по чрезвычайным ситуациям РК от 9 июня 2014 года № 276 «Об утверждении Правил обучения работников организаций и населения мерам пожарной безопасности и требования к содержанию учебных программ по обучению мерам пожарной безопасности».

7.1.4.2 Поддержание в надлежащем состоянии помещений, имущества, оборудования, транспорта и т.д. осуществляется персоналом обслуживающих структурных подразделений.

7.1.4.3 Управление оборудованием (ресурсами) для измерений и мониторинга в рамках процессов СМК осуществляется в соответствии с требованиями технической документации на соответствующее оборудование.

7.1.4.4 Управление устройствами для мониторинга и измерений в образовательном процессе заключается в управлении средствами проведения контрольных мероприятий.

7.1.5 Ресурсы для мониторинга измерений. Прослеживаемость измерений

Образовательные услуги высшего образования предоставляются университетом в соответствии:

1) с требованиями государственных общеобразовательных стандартов высшего образования и других нормативных и нормативно-правовых документов, регламентирующих образовательную;

2) с дополнительными требованиями потребителей;

3) измерение соответствия образовательных услуг осуществляется университетом в процессе проведения контрольных мероприятий, а именно:

4) экзаменов (текущих, промежуточных, итоговых);

5) ситуационных задач;

6) защиты курсовых работ и проектов;

7) защиты отчетов о практике;

8) государственных экзаменов;

9) защиты выпускных квалификационных работ.

Средствами измерения (контроля соответствия) качества образовательных услуг высшего образования являются:

1) экзаменационные билеты;

2) тесты, включая средства электронного тестирования.


Процесс управления устройствами для мониторинга и измерения образовательных услуг высшего образования состоит из сети процессов управления:

3) экзаменационными билетами;

4) тестами, в т.ч. электронными средствами тестирования.

7.1.6 Внутрифирменные знания

7.1.6.1 Требования к базовым знаниям функционирования процессов Университета и достижение соответствия оказываемых услуг законодательным

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 33 из 62

требованиям и требованиям потребителей установлены в положениях о структурных подразделениях и должностных инструкциях сотрудников, правилах организации учебного процесса и других ВНД, регламентирующих деятельность Университета.

7.1.6.2 Внутрифирменные знания в университете имеют определенную специфику, формируются в результате многолетнего накопленного опыта функционирования Университета в соответствующей образовательной среде, направлены на достижение целей в области качества и образуются в процессах проведения НИР, научно-практических конференций, семинаров, круглых столов, участия в международных проектах и др., а также соответствующие знания основываются на различных внешних источниках, представленных в нормативной и методической базе в области образования, науки и здравоохранения. Фиксирование этих знаний важно для сохранения их ценности и передачи их другим сотрудникам.

7.2 Компетентность

7.2.1 Управление персоналом осуществляется с целью обеспечения Университета специалистами, обладающими необходимым профессионализмом и компетентностью для качественного осуществления образовательной, научной и других видов деятельности университета. Для обеспечения необходимой компетентностью персонала в Университете осуществляются следующие мероприятия:

1) руководители СП при разработке положения о структурном подразделении и должностных инструкций сотрудников обязательно описывают пункт «Требование к квалификации»;

2) СП разрабатываются планы повышения квалификации, согласно которым обеспечивается компетентность сотрудников на основе соответствующего образования, подготовки и опыта;

3) проведение корпоративного обучения;

4) аттестация персонала.


7.2.2 В Управлении по развитию персонала по предоставлению информации от сотрудников регистрируется и сохраняется соответствующая документированная информация как свидетельство компетентности.

7.3 Осведомленность

В Университете используются различные способы осведомления сотрудников, включая высшее руководство, обмен информацией (в том числе ознакомление с ней) осуществляется следующими способами:

1) регулярными совещаниями на различных уровнях, проведение которых, может протоколироваться по решению руководства;

2) в рамках системы общего делопроизводства (приказы, распоряжения, извещения, служебные записки);

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству	Редакция: 1 Страница 34 из 62

- 3) периодическим оформлением и доведением до работников Университета отчетов по различным видам деятельности;
- 4) размещением информации на сайте и социальных сетях университета;
- 5) посредством проведения внутреннего аудита СМК и др.

7.4 Коммуникация

Коммуникация с внешней средой организации (заказчиками, потребителями и др.) осуществляется соответствующими должностными лицами и/или структурными подразделениями, что закреплено в соответствующих внутренних нормативных документах Университета.

7.5 Документированная информация

Управление документированной информацией Университета осуществляется в соответствии с ДПК «Регламент управления документацией».

8. Деятельность

8.1. Планирование деятельности и управление ею

8.1.1 Университет предоставляет услуги в области высшего, послевузовского и дополнительного профессионального образования согласно перечню основных направлений подготовки (специальностей) в соответствии с лицензией, а также проводит прикладные исследования в области медицинских наук, оказание медицинской помощи населению.

8.1.2 Ответственность за планирование процессов для обеспечения жизненного цикла продукции несут руководители соответствующих процессов, определенные в ДПК, ДИ, Положениях о структурных подразделениях и других внутренних нормативных документах Университета.


8.1.3 Планирование включает:

- 1) установление целей и требований, предъявляемых к качеству предоставляемых образовательных и иных услуг;
- 2) определение потребности в разработке документов, регламентирующих порядок функционирования процессов и видов деятельности;
- 3) установление порядка обеспечения ресурсами;
- 4) определение необходимой деятельности по верификации и валидации оказываемых услуг;
- 5) наличие системы мониторинга и измерения процессов;
- 6) определение показателей измерения процессов, которые согласуются с политикой и целями в области качества.

8.1.4 Записи по результатам планирования процессов жизненного цикла продукции (протоколы совещаний, планы работ и т.д.) поддерживаются в рабочем состоянии в соответствии с ДПК «Регламент управления документацией».

8.2 Требования к услугам

8.2.1 Требования к оказываемым услугам включают:

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству	Редакция: 1 Страница 35 из 62

1) законодательные требования;
2) требования различных групп потребителей (внутренних и внешних), основанные на анализе рынка образовательных и др. услуг, оказываемых Университетом.

8.2.2 Ответственность за анализ требований потребителей несут руководители соответствующих структурных подразделений Университета.

8.2.3 С потребителями услуг (абитуриентами, обучающими, работодателями) в Университете устанавливаются постоянные контакты с использованием различных способов связи (телефон, почта, в том числе электронная), анкетирования, опросов, встреч, бесед и т.д.

8.2.4 Университет систематически анализирует требования потребителей совместно с дополнительными требованиями внутреннего характера, таких как наличие персонала необходимой квалификации, ресурсных возможностей, элементов инфраструктуры и т.д.

8.2.5 Обмену информацией с потребителями подлежат данные:

1) об оказанных услугах (как положительные, так и отрицательные результаты);

2) о выполнении договоров, внесении в них изменений;

3) о претензиях потребителей.

8.2.6 Данный анализ проводится до объявления принятых университетом обязательств по предоставлению соответствующих образовательных и иных услуг потребителям и гарантирует следующее:

1) уровень выполнения требований к качеству предоставляемых услуг в университете соответствует ГОСО и другим нормативным правовым актам РК;

2) в случае отсутствия от потребителей документально подтвержденных заявлений, предъявляемых к качеству предоставляемых услуг, университет оставляет за собой право определять их самостоятельно.

8.2.7 Записи результатов анализа требований потребителей и последующие действия регистрируются и поддерживаются в установленном порядке.


8.2.8 В Университете осуществляется связь с потребителями, касающаяся:

1) информирования об оказываемых услугах;

2) взаимодействия с предприятиями-работодателями и выпускниками Университета;

3) рассмотрения претензий к качеству предоставляемых услуг.

8.2.9 Университет осуществляет обратную связь с потребителями с целью выявления и устранения претензий, касающихся качества предоставляемых услуг. Обратная связь с потребителями осуществляется по всем имеющимся каналам связи. Рассмотрение жалоб, претензий всех групп потребителей осуществляется в установленном порядке соответствующими структурными подразделениями Университета. При изменении требований к оказываемым услугам в законодательстве РК, Университетом вносятся соответствующие изменения во внутреннюю документацию, которая доводится до сотрудников и потребителей.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 36 из 62

8.3 Проектирование и разработка

8.3.1 Подготовка специалистов в Университете ведется по образовательным программам (далее ОП). ОП разрабатываются по направлениям подготовки, в соответствии с Национальной рамкой квалификации, отраслевыми рамками квалификации и при наличии, профессиональными стандартами на основании Дублинских дескрипторов.

В образовательных программах раскрывается структура, объем и содержание обучения, усвоение которой дает возможность получения уровня образования и определенной специальности. ОП создается, обновляется и реализуется в соответствии с государственным общеобразовательным стандартом образования (далее – [ГОСО](#)) с учетом особенностей целевой аудитории обучающихся, требований рынка труда и профессиональных стандартов.


[Положение об образовательных программах](#) (далее Положение) определяет порядок и принципы разработки, утверждения, порядок реализации образовательных программ уровней высшего и послевузовского образования по направлениям подготовки «Здравоохранение», «Бизнес и управление», «Производственные и обрабатывающие отрасли», их основные виды, а также принципы управления ими. Положение предназначено для обеспечения единого подхода при разработке образовательных программ и реализации принципов Болонского процесса и стандартов по обеспечению качества высшего и послевузовского образования.

В КазНМУ могут разрабатываться образовательные программы: основные (Major) и дополнительные (Minor); совместные образовательные программы (Joint Programme), программы двойного диплома (Double/Multiple Degree Programme), программы совместного диплома (Joint Degree Programme), новые и инновационные ОП.

8.3.2 При проектировании образовательных программ всех уровней обучения вуз руководствуется основными принципами построения образовательных программ:

- 1) компетентностный и результат-ориентированный подход;
- 2) модульная структура образовательных программ с «горизонтальной» или «вертикальной» интеграцией дисциплин;
- 3) принцип спирального (вертикального) построения учебных планов и программ, основанный на клинических случаях и задачах;
- 4) студент-ориентированный подход;
- 5) научно-ориентированное обучение;
- 6) междисциплинарный подход;

Требования к разработке и проектированию, а также к условиям реализации ОП регламентированы в [Положении об образовательных программах](#). Ответственными по разработке и условиям реализации ОП являются Школы/факультеты университета, с этой целью при школах формируются коллегиальные органы ([Комитеты образовательных программ](#), [Комиссии по обеспечению качества](#)), которые функционируют в соответствии с утвержденными Положениями.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 37 из 62

Управление образовательными программами Университета возлагается на Департамент по академической работе. Алгоритм разработки, утверждение и внедрение новых образовательных программ в образовательный процесс регламентирован в «Положении об образовательных программах».

8.3.3 Управление изменениями проекта и разработки. С целью улучшения ОП проводится систематический анализ эффективности реализации ОП. Система оценки ОП включает в себя внутренний и внешний мониторинг. Во внутренний мониторинг вовлечены обучающиеся (путем членства во всех коллегиальных и совещательных органах по специальностям и направлениям, группового интервью, методом фокус-групп, ежегодного анкетирования обучающихся, анкетирования и интервьюирования студентов в конце каждого академического периода, высказывания своих пожеланий на блог ректора КазНМУ, использования телефонов «горячей линии») и ППС (путем анализа успеваемости студентов, анкетирования, предложений по улучшению деятельности университета).

С целью обратной связи ежегодно [Центром Карьеры выпускников](#) проводится анкетирование работодателей на предмет удовлетворенности качеством выпускников, ярмарки вакансии, визиты работодателей с целью привлечения молодых специалистов в регионы. Результаты анкетирования позволяют вносить изменения в программу обучения и учитывать мнение работодателей по качеству подготовки обучающихся.


Внешний мониторинг осуществляется через развитие социального партнерства университета с общественными организациями (как например: заключение [меморандума о сотрудничестве с Филиалом г.Алматы РГП «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК](#)), членством работодателей в КОП и других совещательных органах.

Периодическая оценка академической деятельности университета по достижению конечных результатов обучения по ОП осуществляется путем проведения [внутреннего аудита](#) и самооценки, а также внешней экспертной оценки (аккредитация).

Модернизация реализуемой образовательной программы подразумевает более значительное изменение в ее содержании (более 50%) и условиях реализации, чем при плановом обновлении, и может затрагивать также цели, миссию, планируемые образовательные результаты образовательной программы. Изменение вида образовательной программы также относится к модернизации. Особым случаем модернизации образовательной программы является включение в нее новых траекторий обучения.

К модернизации образовательных программ привлекаются представители работодателей (как из профессионального сообщества Университета, так и независимых).

Модернизированная образовательная программа проходит все этапы согласования и утверждения, как и при разработке новой ОП.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству	Редакция: 1 Страница 38 из 62

8.3.4 Валидация образовательных процессов в Университете обеспечивается наличием лицензии на право ведения [образовательной деятельности](#) и приложений к лицензии по направления подготовки, лицензии на [медицинскую деятельность](#), на научную деятельность, [свидетельства об аккредитации](#). В лечебно-диагностической деятельности – дипломы врачей, свидетельства/сертификаты/удостоверения, в научно – исследовательской деятельности - дипломы о присвоении ученой степени, аттестаты о присвоении ученого звания, журналы контроля клинической работы ППС клинических кафедр и прочее.


8.4 Управление внешними поставляемыми процессами, продукцией и услугами.

В Университете закуп необходимых товаров, работ, услуг осуществляется в соответствии с Законом РК №434-V от 04.12.2015 года «О государственных закупках» (далее – Закон) и Постановлением Правительства Республики Казахстан от 4 июня 2021 года № 375 «Об утверждении Правил организации и проведения закупа лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи для лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, фармацевтических услуг и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан» (далее – Правила).

Управление государственных закупок осуществляет процесс закупок на основании соответствующего утвержденного бюджета (плана развития) на соответствующий финансовый год.

8.4.3 Государственные закупки осуществляются на принципах:

- 1) оптимального и эффективного расходования денег, используемых для государственных закупок;
- 2) предоставления потенциальным поставщикам равных возможностей для участия в процедуре проведения государственных закупок, кроме случаев, предусмотренных Законом;
- 3) добросовестной конкуренции среди потенциальных поставщиков;
- 4) открытости и прозрачности процесса государственных закупок;
- 5) оказания поддержки отечественным производителям товаров, а также отечественным поставщикам работ и услуг в той мере, в которой это не противоречит международным договорам, ратифицированным Республикой Казахстан;
- 6) ответственности участников государственных закупок;
- 7) недопущения коррупционных проявлений;
- 8) приобретения инновационных и высокотехнологичных товаров, работ, услуг;
- 9) соблюдения прав на объекты интеллектуальной собственности, содержащиеся в закупаемых товарах.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 39 из 62

8.4.4 Основным критерием выбора и оценки поставщиков является цена и квалификация потенциальных поставщиков.

1) Выбор поставщика товаров, работ, услуг осуществляется в порядке, определенном Законом и правилами.

2) Требования к товарам, работам и услугам указываются в отдельном приложении к Договору (техническая спецификация), являющемся неотъемлемой частью Договора.

8.4.5 В технической спецификации указываются национальные стандарты, а в случае их отсутствия межгосударственные стандарты на закупаемые товары, работы, услуги. При отсутствии национальных и межгосударственных стандартов указываются требуемые функциональные, технические, качественные и эксплуатационные характеристики закупаемых товаров, работ, услуг с учетом нормирования государственных закупок.

8.4.6 Поставка товаров, оказание услуг и выполнение работ осуществляется в соответствии с содержанием наименования, количества, качества, технической спецификации, стоимость, место и сроки поставки товаров (выполнения работ, оказания услуг) в заключенном договоре о государственных закупках.

8.4.7 Договоры оформляются в установленном порядке и подписываются только уполномоченным лицом Университета.

Заключенные договоры регистрируются в Управлении государственных закупок и оригиналы передаются в бухгалтерию.


Поступающая в Университет продукция подвергается количественной и качественной приемке, которую осуществляет персонал непосредственно подавшие заявку и отдел материального снабжения. При входном контроле продукции участвуют сотрудники, ответственные за закупку определенных групп продукции. Во всех случаях приемку товаров осуществляют материально ответственные лица, на которых возлагается материальная ответственность за поступившие ценности. В качестве представителей для участия в приемке продукции должны выделяться лица, компетентные в вопросах определения количества и качества подлежащей приемке продукции. В вопросах определения качества и комплектности подлежащей приемке продукции для участия в приемке продукции должны выделяться лица, компетентные по роду и опыту своей деятельности работы, по образованию. Лица, которые привлекаются организацией-получателем для участия в приемке продукции, должны быть ознакомлены с соответствующим законодательством, нормативно-правовыми актами, стандартами, техническими условиями, образцами (эталоны), основными и особыми условиями поставки и договором, на основании которого произведена поставка данной продукции.

Контроль результатов субподрядных работ, проведенных внешними организациями, осуществляет квалифицированный персонал.

8.5 Предоставление услуг

Управление предоставлением услуг

В Университете процессами производства являются следующие процессы:

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 40 из 62

- 1) «Реализация основных образовательных программ»;
- 2) «Подготовка научно-педагогических и научных кадров»;
- 3) «Научные исследования и разработки»;
- 4) «Оказание медицинских услуг»;
- 5) «Социально-воспитательная работа»

Данные процессы имеют связи со всеми основными и обеспечивающими процессами и видами деятельности СМК Университета.

Взаимодействие между процессами и видами деятельности СМК Университета представлено в Приложении 2.

Управление образовательным процессом предполагает: наличие требований на всех стадиях образовательного процесса, наличие учебно-методической литературы, определение контрольных точек учебного процесса (текущий, промежуточный и итоговый контроль знаний студентов).

Ответственность за планирование, контроль и улучшения качества процессов, а также взаимодействие между процессами и видами деятельности определены во внутренних нормативных документах Университета.

Управляемые условия при оказании образовательных услуг включают:


- 1) измеримые цели (показатели) в области качества;
- 2) управление документацией СМК;
- 3) наличие необходимой документации в структурных подразделениях, относящейся к реализации образовательного, клинического, воспитательного и научного процессов;
- 4) наличие персонала, имеющего соответствующие образование, навыки и опыт;
- 5) создание инфраструктуры и производственной среды, необходимой для осуществления образовательного, научного, клинического и воспитательного процессов.

Идентификация и прослеживаемость

Идентификация и прослеживаемость основных процессов (уровня знаний, навыков и умений студентов и выпускников, научных разработок, медицинских вмешательств) в Университете осуществляется с целью выявления причин возникающих несоответствий в ходе образовательно–воспитательной и научно-исследовательской деятельности, лечебно - диагностической деятельности и повышения квалификации преподавателей и медицинских работников. Процесс управления выявленными несоответствиями описан в ДПК.

Объектами идентификации и прослеживаемости являются:

- 1) обучающиеся;
- 2) результаты образовательной деятельности (уровень знаний, умений и навыков);
- 3) результаты научной деятельности;
- 4) результаты лечебно-диагностической деятельности;

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 41 из 62

5) результаты повышения квалификации преподавателей медвуза и медицинских работников.

Обеспечение сохранности результатов оказания услуг и соблюдение установленных правил их идентификации осуществляют ответственные исполнители.

Необходимые условия сохранности (если применимо) отражаются в договоре.

Документация, содержащая информацию о результатах оказания услуг (выполнение НИР), проведенных на основе договоров и контрактов с заказчиком, не подлежит разглашению (если иное не определено).

Персонал университета инструктируется о необходимости не разглашать информацию, полученную в результате проведенных работ, и об ответственности за ее разглашение.

Опубликование результатов НИР или их отдельных частей допускается только по согласованию с заказчиком.

С целью предотвращения несанкционированного доступа к документации по результатам выполненных работ по их корректировке, ее хранение производится в структурных подразделениях, на руководителей которых возлагается ответственность за обеспечение сохранности соответствующих документов.

8.5.3.1 По окончании оказания образовательных услуг по реализуемым университетом программам выпускникам, магистрантам и докторантам выдается диплом в соответствии с требованиями законодательства РК.

8.5.3.2 Требования к итоговым результатам НИР (отчетам, продукции и др.) определяются Заказчиком.

8.5.3.3 Результаты (документы и записи) оказания образовательных и иных услуг фиксируются и сохраняются в соответствии с требованиями «Регламент управления документацией».

8.5.4 Собственность потребителей или внешних поставщиков


Университет несет ответственность за сохранность любых материалов, предоставленных потребителями. К таким материалам относятся документы:

- 1) Подлинники документов обучающегося об образовании, принятые при поступлении, личные документы (хранятся в студенческой канцелярии);
- 2) Медицинские данные, исследования или справки обучающегося;
- 3) Результаты экзаменов, тестов или письменные работы обучающихся.

Собственность внешних поставщиков включает такие предметы, как учебники, рабочие журналы, учебные пособия, компьютеры, программное обеспечение или иные технические средства. При необходимости могут быть установлены стандарты и технические условия на поставляемые материалы, гарантирующие пригодность для обучения. Вся передаваемая собственность внешних поставщиков оформляется актами приема-передачи.

8.5.5 Сохранение

Университет гарантирует потребителям (обучающимся) и сотрудникам Университета соблюдения законодательства РК в части обеспечения

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 42 из 62

конфиденциальности предоставленных персональных данных и обеспечение их безопасности при обработке информационными системами персональных данных университета. Подтверждение принятия на хранение и гарантия защиты собственности потребителя в Университете осуществляются с помощью соответствующих документов:

- 1) расписки о принятии документов на хранение;
- 2) договора об аренде;
- 3) договора об использовании учебного и научного оборудования, программного обеспечения.

В случае повреждения либо утери собственности потребителя, последний ставится в известность. Спорные вопросы, связанные с собственностью потребителей, решаются в законодательном порядке.

Деятельность после поставки

В Университете Центр карьеры выпускников регулярно проводит мониторинг текущей и перспективной потребности в квалифицированных кадрах в разрезе профессий и специальностей. Ежегодно проводится «Ярмарка вакансий», на которую приглашаются представители всех медицинских организаций республики - потенциальных работодателей для выпускников вуза. Университет тесно сотрудничает с городскими и республиканскими средствами массовой информации, регулярно освещая деятельность университета.

Университет содействует трудоустройству студентов и выпускников развивает взаимоотношения с государственными органами, организациями и предприятиями-работодателями по вопросам трудоустройства, организует и проводит мероприятия направленные на развитие сотрудничества между университетом и предприятиями-работодателями (заключение договоров о сотрудничестве).

При выполнении НИР деятельность после поставки регламентируется договором, заключаемым между заказчиком и университетом.


Результаты (документы и записи) оказания услуг после поставки фиксируются и сохраняются.

8.5.6 Управление изменениями

Университет постоянно отслеживает изменения законодательных и иных требований к оказываемым услугам, при их наличии вносит требуемые изменения в процесс оказания образовательных услуг, что отражается в соответствующих внутренних документах и другой документации Университета.

8.6 Выпуск продукции и предоставление услуг

В Университете внедрены запланированные мероприятия на соответствующих этапах обучения в целях верификации выполнения требований к образовательной деятельности. Верификация проводится путем промежуточного контроля и итоговой аттестации в соответствии с требованиями внутренних нормативных документов.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 43 из 62

Выпуск обучающегося не в полном объеме освоившего образовательную программу, невозможен до тех пор, пока не завершена реализация всех запланированных мероприятий с удовлетворительными результатами.

В Университете ответственность за достоверность результатов процесса обучения несут ППС, проводящие мониторинг успеваемости и аттестацию по дисциплине.

В качестве документированной информации, содержащей свидетельства демонстрирующие соответствие уровня компетентности выпускника университета установленным требованиям, выступают записи в зачетной ведомости, а при окончательном выпуске – подлинник диплома с приложением и печатями, подписанные Председателем правления – Ректором Университета.

В Университете ведется строгий учет документов об образовании, выданных по окончании обучения.

8.7. Управление несоответствиями (несоответствующими результатами оказываемых услуг).

Управление несоответствиями осуществляется для предотвращения непреднамеренного или ошибочного доступа обучаемых на последующие стадии образовательных процессов и/или трудоустройства к работодателю, а также непреднамеренной или ошибочной передачи результатов НИР.


В контексте оказываемых услуг, несоответствием обычно считается любое отклонение от установленных стандартов, требований или ожиданий клиента, которое может негативно сказаться на качестве или результате предоставляемой услуги. Это может включать в себя следующие аспекты:

1) **Невыполнение требований клиента:** Если услуга не соответствует ожиданиям или требованиям клиента, это может рассматриваться как несоответствие. Например, если клиент ожидал получить определенный результат или уровень сервиса, а этот ожидаемый результат не был достигнут.

2) **Отклонение от стандартов качества:** Если оказываемая услуга не соответствует установленным стандартам качества или регулирующим нормам, это также может быть рассмотрено как несоответствие. Например, если услуга не отвечает определенным техническим или безопасностным стандартам.

3) **Ошибка в выполнении:** Любая ошибка, допущенная в процессе предоставления услуги, которая приводит к недостаточному или неправильному выполнению задачи, может быть рассмотрена как несоответствие. Например, неправильная интерпретация инструкций, неправильное выполнение процедур или упущение сроков.

4) **Нарушение договорных обязательств:** Если услуга не соответствует условиям, оговоренным в договоре между клиентом и поставщиком услуг, это также может быть рассмотрено как несоответствие. Например, несоблюдение сроков выполнения работ или неисполнение обязательств по качеству услуги.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 44 из 62

В целом, несоответствие в контексте оказываемых услуг означает любое отклонение от требований или ожиданий, которые могут негативно повлиять на удовлетворенность клиента и качество услуги.

8.7.1. Примеры несоответствий, которые могут возникать в процессе обучения и научно-исследовательской работы, включают в себя следующие ситуации:

1) **Неправильная интерпретация учебных материалов:** Студенты могут неправильно понимать или интерпретировать учебные материалы, что может привести к ошибкам в выполнении заданий или проектов.

2) **Недостаточное понимание преподаваемого материала:** Несоответствие может возникнуть, если студенты не освоили необходимые знания или навыки из-за непонимания преподаваемого материала или недостаточной его освоенности.

3) **Неэффективные методы преподавания:** Если преподаватель использует неэффективные методы обучения или не уделяет достаточного внимания потребностям студентов, это может привести к несоответствию между ожиданиями студентов и предоставляемым им образовательным опытом.

4) **Нарушения этических норм в научных исследованиях:** Несоответствия могут возникнуть в результате нарушений этических норм или стандартов в проведении научных исследований, таких как неправильное использование данных, нарушение правил конфиденциальности или несоблюдение принципов этического поведения.

5) **Неправильная интерпретация результатов исследований:** Если результаты научного исследования неправильно интерпретируются или представляются, это может привести к искажению выводов и ошибочным заключениям.

6) **Недостаточное оборудование и ресурсы для исследований:** Несоответствие может возникнуть, если исследователям не предоставлены достаточные ресурсы или оборудование для проведения исследований, что может сказаться на качестве и достоверности результатов.


7) **Несоблюдение академической честности:** Несоответствие может возникнуть в результате плагиата или других форм нарушения академической честности, что противоречит нормам и принципам научной деятельности.

Эти примеры показывают разнообразие ситуаций, которые могут привести к несоответствиям в процессе обучения и научно-исследовательской работы, и подчеркивают важность эффективного управления этими несоответствиями для обеспечения качества образования и научных исследований.

8.7.2. Для выявления несоответствий в процессе оказания услуг могут использоваться различные методы и инструменты. Вот некоторые из них:

1) **Обратная связь от клиентов:** Получение обратной связи от клиентов является одним из наиболее эффективных способов выявления несоответствий. Это может быть осуществлено через опросы, анкетирование, интервью, устные обсуждения или онлайн-формы обратной связи.

2) **Мониторинг процессов:** Регулярный мониторинг ключевых процессов

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 45 из 62

оказания услуг позволяет выявлять несоответствия и проблемы на ранних стадиях их возникновения. Это может включать в себя использование системы управления процессами, наблюдение за выполнением задач и контрольные точки в процессе. (Hero Study)

3) **Аудиты и проверки:** Проведение систематических аудитов и проверок соответствия стандартам и требованиям позволяет выявлять несоответствия и потенциальные проблемы. Это могут быть внутренние аудиты или аудиты со стороны независимых экспертов.

4) **Анализ данных и статистика:** Использование аналитических методов и статистических данных позволяет выявлять тренды, аномалии и несоответствия в процессе оказания услуг. Это может включать в себя анализ данных о времени выполнения задач, качестве работы или удовлетворенности клиентов.

5) **Контроль качества и инспекции:** Регулярные контрольные точки и инспекции в процессе оказания услуг позволяют выявлять несоответствия и проблемы на месте их возникновения. Это может включать в себя проверку оборудования, материалов, исполнения работ и т.д.

Университет хранит всю документированную информацию, содержащую данные по несоответствиям.

9. Оценка показателей деятельности


9.1 Мониторинг, измерения, анализ и оценка

9.1.1 В Университете осуществляется деятельность по мониторингу, измерению, контролю, анализу и улучшению процессов и видов деятельности СМК. Принимаемые решения основываются на результатах измерений и их анализе.

9.1.2 В Университете разработана «Документированная процедура оценки удовлетворенности потребителей», регламентирующая процесс оценки удовлетворенности внешних и внутренних потребителей качеством предоставляемых услуг. Мониторинг оценки удовлетворенности потребителей - это систематическая и регулярная комплексная процедура, ориентированная на отслеживание решения основной задачи Университета по обеспечению и повышению качества образовательных услуг посредством системы взаимодействия вуза с различными группами потребителей.

9.1.3 Университет определяет, собирает и анализирует следующие данные:

- 1) результаты внутренних и внешних аудитов;
- 2) информацию, получаемую при проведении социологических исследований;
- 3) сведения об удовлетворенности различных групп потребителей;
- 4) степень достижения целей (показателей) в области качества.
- 5) анализ проводится для демонстрации пригодности и результативности СМК университета, а также оценивания, в какой области возможно повышение результативности и улучшения СМК.
- 6) оценка удовлетворенности потребителей осуществляется по результатам:
- 7) социологических исследований;

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 46 из 62

8) анализа жалоб, претензий и поступающих благодарственных писем, грамот и т.д.

Процессы СМК имеют измеримые результаты (цели и показатели процесса), контроль выполнения которых осуществляют руководители процессов (руководители структурных подразделений). Мониторинг функционирования процессов проводится при проведении внутреннего аудита в соответствии с ДПК «Внутренний аудит».

Мониторинг и измерения в системе высшего и послевузовского образования включают проведение текущей, промежуточной и итоговой аттестации, содержание и порядок проведения которых закреплены во внутренних нормативных документах Университета.

9.2 Внутренний аудит

Внутренний аудит представляет собой систематическое и независимое оценивание деятельности организации с целью выявления сильных и слабых сторон, а также оценки соответствия установленным стандартам, процедурам и требованиям. Основные цели и задачи внутреннего аудита включают в себя следующее:

Цели внутреннего аудита:

Проверка соответствия: Определение степени соответствия деятельности Университета установленным внутренним и внешним стандартам, политикам, процедурам и требованиям законодательства.

Оценка эффективности: Определение эффективности и результативности деятельности Университета в достижении поставленных целей и задач.

Выявление рисков: Идентификация и оценка рисков, связанных с бизнес-процессами и операциями Университета, и разработка рекомендаций по их управлению и снижению.


Повышение качества: Выявление возможностей для улучшения бизнес-процессов, систем управления и операционной деятельности Университета с целью повышения качества продукции или услуг.

Поддержка управления: Предоставление руководству и управленческим органам независимой оценки эффективности и качества работы Университета, а также рекомендаций по улучшению.

Задачи внутреннего аудита:

Планирование аудита: Разработка программы аудита, включающей выбор аудируемых областей, определение целей и методов аудита, а также распределение ресурсов.

Проведение проверки: Осуществление проверки бизнес-процессов, операций и систем управления с использованием методов и инструментов аудита, таких как анализ документации, интервью с персоналом, наблюдение за работой и т. д.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 47 из 62

Сбор и анализ информации: Сбор, систематизация и анализ информации, полученной в результате проверки, с целью выявления несоответствий, рисков и возможностей для улучшения.

Формирование отчетов: Подготовка отчетов об аудите, включающих описание выявленных несоответствий, рекомендации по улучшению и оценку эффективности систем управления.

Следующие шаги: Предоставление руководству и управленческим органам рекомендаций по дальнейшим действиям и управлению выявленными рисками и несоответствиями.

В целом, внутренний аудит играет важную роль в обеспечении эффективности и качества работы Университета, а также помогает снизить риски и повысить уровень управляемости.

Внутренние аудиты проводятся согласно Плана проведения внутренних аудитов, утвержденного протоколом Правления. Внутренние аудиты осуществляются в соответствии с ДПК «Внутренний аудит».

9.3 Анализ со стороны руководства

9.3.1 Высшее руководство анализирует систему менеджмента качества вуза через запланированные интервалы времени, чтобы гарантировать ее постоянную пригодность, соответствие и результативность, развитие культуры качества, а также согласованность со стратегическими направлениями развития Университета.


9.3.2 Анализ системы менеджмента качества планируется и осуществляется с учетом:

- 1) статуса действий по результатам предыдущих анализов со стороны руководства;
- 2) изменений во внешних и внутренних факторах, касающихся системы менеджмента качества.

9.3.3 При проведении анализа:

- 1) оценивается выполнение мероприятий, запланированных по итогам предыдущего анализа;
- 2) анализируется информация, поступающая от потребителей (заказчиков) услуг Университета;
- 3) оцениваются результаты внутренних и внешних проверок СМК, управление рисками, мониторинг проведения корректирующих действий;
- 4) оценивается выполнение политики в области качества и достижение целей в области качества (выполнение планов работы структурных подразделений);
- 5) анализируется соответствие предоставляемых услуг требованиям законодательства и потребителей (заказчиков).

Руководитель отдела СМК докладывает о результатах проведенного анализа на Совете по качеству. По результатам обсуждения доклада разрабатываются мероприятия по совершенствованию СМК, фиксируемые в решении Совета по качеству и/или других внутренних нормативных документах Университета.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 48 из 62

10. Улучшение

10.1 Общие положения

В Университете определены возможности для улучшения и осуществления необходимых действий для выполнения требований потребителей и повышения их удовлетворенности, которые включают в себя:

- 1) улучшение образовательной деятельности в целях выполнения требований, а также учета будущих потребностей и ожиданий;
- 2) нейтрализацию, предотвращение или снижение влияния нежелательных воздействий;
- 3) улучшение результатов деятельности и результативности системы менеджмента качества;
- 4) принятие инноваций;
- 5) проведение реорганизации.

10.2 Несоответствия и корректирующие действия

Управление несоответствиями и проведение корректирующих действий - это важные аспекты системы управления качеством, которые направлены на обеспечение соответствия продукции, услуг или процессов установленным требованиям и стандартам. Ниже представлен порядок проведения корректирующих действий:

1) **Выявление несоответствия:** Первый шаг - это выявление несоответствия. Это может быть обнаружено в результате внутренних аудитов, проверок качества, жалоб клиентов или других источников.

2) **Регистрация и документирование:** Несоответствие должно быть документировано в соответствии с установленными процедурами. Это включает в себя описание несоответствия, его характеристики, место и время обнаружения, а также ответственные лица.


3) **Анализ причин:** Проведение анализа причин возникновения несоответствия. Это важный шаг, поскольку он поможет определить корневые причины проблемы и предотвратить ее повторное возникновение.

4) **Разработка плана корректирующих действий:** На основе результатов анализа причин разрабатывается план корректирующих действий. В этом плане определяются конкретные шаги, необходимые для устранения несоответствия.

5) **Реализация корректирующих действий:** Проведение действий, предусмотренных планом корректирующих мероприятий. Это может включать в себя исправление ошибок, обучение персонала, изменение процессов или процедур и т. д.

6) **Проверка эффективности:** После реализации корректирующих действий необходимо провести проверку эффективности. Это позволит убедиться, что несоответствие было успешно устранено, и проблема больше не повторится.

7) **Документирование результатов:** Результаты проведенных корректирующих действий также должны быть документированы. Это позволит в будущем провести анализ эффективности предпринятых мер и использовать

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 49 из 62

полученный опыт для улучшения системы управления качеством.

8) **Предотвращение повторения:** Важно принять меры для предотвращения повторного возникновения подобного несоответствия в будущем. Это может включать в себя изменение процессов, обучение персонала, внесение изменений в стандарты и т. д.

Эффективное управление несоответствиями и проведение корректирующих действий позволяет организации улучшить свои процессы, повысить качество продукции или услуг и удовлетворить потребности клиентов.

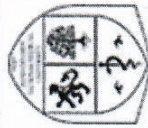
Управление несоответствиями и порядок проведения корректирующих действий осуществляется в соответствии с требованиями, описанными в ДПК «Внутренний аудит».

10.3 Постоянное улучшение

Университет повышает результативность СМК посредством установления политики и целей в области качества, анализа данных, проведения внутренних аудитов и корректирующих действий. Университет стремится постоянно улучшать пригодность, адекватность и результативность СМК и ее процессы. Руководство Университета рассматривает постоянное улучшение как свою стратегическую цель, направленную на обеспечение удовлетворенности потребителей.

Механизм постоянного улучшения предусматривает планирование улучшения, выполнение запланированных мероприятий, контроль и оценку выполненных мероприятий, а в случае необходимости разработку и реализацию корректирующих действий.

Мероприятия по совершенствованию СМК фиксируются в соответствующей внутренней документации университета: приказы/распоряжения ректора/проректоров по направлениям, решения университетского совета Университета, планы структурных подразделений университета и др.



**«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»**

Отдел Системы менеджмента качества

Руководство по качеству

Редакция: 1

Страница 50 из 62

Приложение 1

План менеджмента процессов СМК в КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

Наименование процесса	Поставщик процесса	Входная продукция (данные)	Критерий пригодности входной продукции	Документ на процесс	Руководитель процесса	Выходная продукция (данные)	Критерий пригодности выходной продукции	Потребитель процесса
ПРОЦЕССЫ УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ								
I. Разработка Политики и целей в области качества	Председатель Правления - Ректор	Потребности, ожидания, требования потребителей	Достоверность и реализуемость требований	РпК, Стратегия ВУЗа	Председатель Правления - Ректор	Политика и цели в области качества	Удовлетворенность потребителей, Удовлетворительные финансово-экономические показатели деятельности университета	Весь персонал университета, обучающиеся, внешние потребители
II. Анализ со стороны руководства	Руководители СП / кафедр	Данные о результативности и эффективности процессов, рекомендации по улучшению	Достоверность, своевременность, полнота данных	РпК, ДПК «Анализ со стороны руководства»	Председатель Правления - Ректор	1. Стратегия по повышению удовлетворенности потребителей 2. Требования к качеству процессов СМК, рекомендации по улучшению	1. Постоянная пригодность СМК 2. Результативность СМК	Председатель Правления - Ректор
III. Внутренние аудиты	Руководители процессов и СП	Требования к процессам, к продукции СМК	Достоверность информации, полнота данных	РпК, ДПК «Внутренний аудит»	Руководитель ОСМК	1. Данные о процессах результ-ти СМК 2. Данные о несо-ях в СМК	1. Отсутствие повторяемости несоответствий	Руководители процессов и СП
IV. Корректирующие действия	СП	Выявленные несоответствия	Достоверность, полнота	РпК, ДПК «Внутренний аудит»	Руководитель ОСМК	Корректирующие мероприятия по устранению причин	1. Устранение причины, вызвавшие несоответствие 2. Отсутствие	СП



«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»

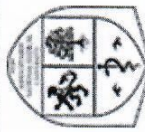
Отдел Системы менеджмента качества

Руководство по качеству

Редакция: 1

Страница 51 из 62

	СП	Возможные риски	данных	Политика управления рисками, методология рисков, регламент рисков	Руководитель группы управления рисками	Мероприятия по предупреждению рисков	повторяемости несоответствий	
V. Управление рисками	СП	Возможные риски	Достоверность, своевременность, полнота данных	Политика управления рисками, методология рисков, регламент рисков	Руководитель группы управления рисками	Мероприятия по предупреждению рисков	1. Устранение причин, факторов рисков, доведение рисков до приемлемого уровня 2. Отсутствие критических рисков	СП
ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕССЫ								
VI. Учебная и методическая работа	ДАР	Требования ГОСО, Типовые учебные планы, типовые программы	Достоверность и реализуемость требований	РпК, внутренние документы по учебной работе	Проректор по курации	Рабочие учебные планы, рабочие программы, учебно-методическая литература вуза, реализованный учебный процесс	1. Количество учебно-мет. изданий вуза, одобренных УМО РУМС, качественный показатель успеваемости абсолютной успеваемости.	Обучающиеся, количество выпускников
VII. Научно-исследовательская работа сотрудников	НИИФПМ,	Планы НИР	Достоверность и реализуемость требований	РпК, Внутренние регламенты по НИР	Проректор	Диссертации, патенты, монографии, научные публикации	1. Кол-во защищенных работ, утвержденных ККСОН 2. Количество научных разработок, внедренных в практику 4. Количество НИР, внедренных в учебный процесс 5. Количество публикаций 6. Увеличение количества обучающихся, привлеченных к НИР	СП, Учреждения практического здравоохранения, НЦ, НИИ



«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»

Отдел Системы менеджмента качества

Руководство по качеству

Редакция: 1

Страница 52 из 62

VIII. Научно-исследовательская работа студентов	НИИФПМ	Планы НИРС	Достоверность и реализуемость требований	РпК, внутренние документы по НИРС	Проректор	НИРС, публикации	7. Индекс цитирования 1. Количество работ, отмеченных наградами	Деканаты, департамент науки
IX. Воспитательная и социальная работа	Департамент социально-воспитательной работы	Планы и мероприятия	Достоверность и реализуемость требований	РпК, внутренние документы регламентирующие ДСВР	Проректор	Проведенные мероприятия	1. Выполнение плана мероприятий ДСВР 2. Удовлетворенность внутренних потребителей 3. Уменьшение количества правонарушений	Студенты, ППС, сотрудники
X. Медицинские услуги	Директор Университетской клиники, клинические базы	Нормативы лечебной нагрузки	Нормативы представленные в полном объеме или наличие перечня нормативов лечебной нагрузки	РпК	Проректор	1. План лечебной нагрузки выполненных в полном объеме	1. Увеличение удовлетворенности населения качеством предоставления медицинской помощи 2. Увеличение обращаемости пациентов в университетские клиники 3. Количество прикрепленных людей в рамках ГОБМП 2. Снижение дефектов оказания медицинской помощи (ед.) 3. Отсутствие жалоб со стороны	Пациенты, лечебно-профилактическое учреждение



**«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
 НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»**

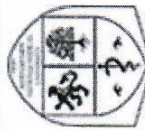
Отдел Системы менеджмента качества

Руководство по качеству

Редакция: 1

Страница 53 из 62

<p>XI. Повышение потенциала ППС</p>	<p>КазНМУ, медузы, мед. учреждения</p>	<p>Требования ГОСО, Планы ФПО, заявки</p>	<p>Достоверность и реализуемость требований</p>	<p>РпК, НД</p>	<p>Руководит ель Института дополните льного и профессио нального образова ния</p>	<p>Слушатели, повысившие квалификацию</p>	<p>клинических баз 1.Повышение потенциала ППС согласно «модели компетенций преподавателя КазНМУ» 2.Участие ППС и научных сотрудников в программе академической мобильности(внутре нней и внешней) 3. Увеличение уровня участия сотрудников вуза в международных конференциях и форумах – с выездом за рубеж – территории РПК</p>	<p>ППС, медработник</p>
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ								
<p>XII. Управление информацией в инфор мационной среде</p>	<p>Научная библиотека, департамент цифровизации, Прессе-служба</p>	<p>Потребность в информации</p>	<p>Достоверность информации</p>	<p>РпК, внутренние документы по управлению инф. средой</p>	<p>Руководит ель НБ, руководи тель ДЦ, руководи тель ПС</p>	<p>Доступ к информации</p>	<p>Своевременность, полнота и достоверность информации</p>	<p>СП</p>
<p>XIII. Внутренний обмен информацией по СМК</p>	<p>Руководитель отдела СМК</p>	<p>Политика и цели в области качества, требования, достижения</p>	<p>Достаточность, простота, доступность, наглядность</p>	<p>РпК, планы, программы</p>	<p>руководит ель ОСМК</p>	<p>Вовлечение персонала в достижение целей в области качества</p>	<p>Улучшение деятельности университета</p>	<p>Весь персонал</p>



«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»

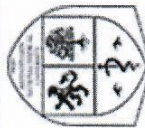
Отдел Системы менеджмента качества

Руководство по качеству

Редакция: 1

Страница 54 из 62

XIV. Управление персоналом	Департамент развития человеческих ресурсов, Руководители процессов, СП	Квалификационные требования, кадровая политика, положения о СП, ДИ	Ссылка на документ(ы), в котором (ых) установлены требования к квалификации.	РпК, ВНД по управлению персоналом	Руководитель ДРЧР	Верифицированный уровень квалификации компетентности	1.Соответствие оценки имеющегося уровня квалификации компетентности установленным требованиям 2.Повышение результативности и эффективности деятельности организации (через процессы)	Руководители СП/процессов
XV. Производственные здания и сооружения	Руководители процессов/СП	Требования к функциональности и эксплуатационным характеристикам	Нормативные документ(ы), в котором (ых) установлены требования	РпК, техническая поддержка функционирования зданий и сооружений	Управляющий директор	Функциональность и эксплуатационные характеристики	Уровень соответствия установленным требованиям	Руководители процессов/СП
XVI. Оборудования для процессов	Управление госзакупок, ДЦ, Руководители процессов/СП	Требования к составу, текущее техническое состояние	Нормативные документ(ы), в котором(ых) установлены требования, графики ТО	РпК, Техническая НД по управлению оборудованием	Управляющий директор, Руководитель ДЦ	Наличие оборудования и его верифицированное состояние	Идентификация статуса технического состояния	Руководители процессов/СП
XVII. Транспорт	Гараж	Требования к составу, текущее техническое состояние	Расчетное количество транспортных средств	НД по управлению транспортными средствами	Управляющий директор	Наличие транспортных средств и их техническое состояние	Уровень соответствия установленным требованиям	Руководители процессов/СП
XVIII. Производственная среда	ДЭР, Руководители процессов	Требования к параметрам и их	Нормативные документ(ы), в которых установлены	НД по управлению производственной	Управляющий директор	Параметры производственной среды	Уровень соответствия установленным требованиям	Руководители процессов (СП)




«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»

Редакция: 1
 Страница 55 из 62

Руководство по качеству

Отдел Системы менеджмента качества


	текущие значения	требования	средой	Финансовый директор	Выделенные финансовые ресурсы	Поддержание результативности и эффективности СМК	Руководители процессов/СП
XX. Финансовые ресурсы	Распоряжения, заявки	Санкция руководства	НД по менеджменту ресурсов	Финансовый директор	Наличие устройств и действующий статус поверки, калибровки, аттестации	Идентификация статуса поверки, калибровки, аттестации	Руководители процессов/СП
XX. Руководители процессов/СП связанных с испытаниями и измерениями	Требования к составу, текущее техническое состояние	Ссылки на документы, в которых установлены требования, графики поверки и калибровки	НД по управлению устройствами и для мониторинга и измерений	Управляющий директор	Управление устройством и для мониторинга и измерений	Идентификация статуса поверки, калибровки, аттестации	Руководители процессов/СП, связанных с испытаниями и измерениями
XXI. Издательская деятельность	Заявки на издание	Реализуемость требований	РпК, внутренние документы по издательской деятельности	Управляющий директор	Изданные информационно-методические материалы	1. Обеспеченность СП информационно-методическими материалами 2. Выполнение заявок на издание	СП

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 56 из 62


Приложение 2

Распределение ответственности по основным и обеспечивающим процессам и видам деятельности СМК


Наименование процесса/вида деятельности	Руководитель процесса/вида деятельности
Деятельность руководства в системе менеджмента качества	
Разработка миссии, политики и целей в области качества. Планирование и развитие системы менеджмента качества. Управление рисками	Председатель Правления - Ректор
Распределение ответственности и полномочий	Председатель Правления - Ректор
Анализ системы менеджмента качества со стороны руководства	Правление, Ученый Совет
Информирование общества о деятельности университета	Руководитель пресс-службы
Основные процессы/виды деятельности системы менеджмента качества	
Проектирование и разработка основных образовательных программ	Проректор, руководитель ДАР
Прием студентов	Руководитель управления по приему студентов
Реализация основных образовательных программ	Проректор, Руководитель ДАР
Научные исследования и разработки	Проректор, руководитель ДН
Социально-воспитательная и внеучебная работа	Проректор, руководитель ДСВР
Разработка и реализация программ повышения квалификации персонала	Исполнительный директор
Обеспечивающие процессы/виды деятельности системы менеджмента качества	
Управление персоналом	Руководитель ДРЧР
Библиотечное обслуживание	Руководитель НБ
Редакционно - издательская деятельность	Проректор
Управление инфраструктурой	Управляющий директор
Организация безопасности жизнедеятельности	Управляющий директор
Управление закупками	Руководитель управления государственных закупок

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 57 из 62

IT – инфраструктура	Руководитель департамента цифровизации
Внутренние аудиты	Руководитель отдела СМК



	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 58 из 62

Приложение 3


	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Система менеджмента качества	Политика в области качества
		Редакция: 8 Страница 1 из 3


Утверждена
Решением Правления
от "02" ноября 2023 года
Протокол № 24

**Политика
Казахского национального медицинского
Университета имени С. Д. Асфендиярова
в области качества**

Срок действия с «02» ноября 2023 г. по «02» ноября 2028 г.	Срок продления до «_» _____ 20__ г.	Статус: Действующий <input checked="" type="checkbox"/> Устаревший <input type="checkbox"/>
Предыдущий устаревший документ: Приказ ректора от 28 августа 2018 г. № 11	Подпись ответственного лица за управление документом 	Код № <i>АҚС/09.11-2023</i> Копия № _____ Экземпляр № _____ 

Алматы – 2023

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству
		Редакция: 1 Страница 59 из 62

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»	
	Система менеджмента качества	Политика в области качества
		Редакция: 8 Страница 2 из 3


Политика в области качества


НАО «Каззахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова» (далее – Университет) имеет статус научно-исследовательского учебного заведения.

Настоящая политика ориентирована на совершенствование и усиление конкурентоспособности казахстанского образования в области медицины и науки, воспитания и обучения личности нравственно-профессиональным ценностям.

Политика применяется в отношении:

1. Всех структурных подразделений;
2. Всех лиц, действующих по поручению или от имени КазНМУ, включая подрядные организации и посетителей, и предназначена для реализации следующих приоритетных направлений:
 - 1) модернизация образовательной деятельности путем внедрения успешного передового отечественного и зарубежного опыта на основе принципа триединства и передовых технологий;
 - 2) непрерывное развитие научно-исследовательской и клинической деятельности;
 - 3) повышение качества фундаментальных и прикладных научных исследований;
 - 4) усиление международного сотрудничества с зарубежными университетами и научно-исследовательскими организациями;
 - 5) применение современных управленческих, в том числе цифровых технологий;
 - 6) продвижение Университета в международном рейтинге университетов и основных медицинских образовательных центров;
 - 7) свободный обмен информацией и идеями между сотрудниками, поощрение инициативы, стимулирование действий персонала по улучшению качества, обеспечение возможности предлагать и развивать новые идеи и подходы.
 - 8) развитие приверженности сотрудников принципам менеджмента качества;
 - 9) поддержание взаимного соответствия документированных процедур и бизнес-процессов Университета на основе процессного подхода;
 - 10) поддержание информационной открытости в отношениях с потребителем, развитие взаимовыгодных отношений с поставщиками и партнерами на принципах честности и взаимного доверия;
 - 11) своевременное обеспечение персонала необходимыми ресурсами для его деятельности.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Отдел Системы менеджмента качества	Руководство по качеству	Редакция: 1
			Страница 60 из 62

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Система менеджмента качества	Политика в области качества	Редакция: 8
			Страница 2 из 3

Обязательства ответственных лиц НАО «КазНМУ имени С. Д. Асфендиярова» в области качества:

Обеспечение и улучшение качества услуг и процессов входит в сферу деятельности членов Правления Университета, руководителей всех подразделений и исполнителей, участвующих в бизнес-процессах. Каждый из них несет ответственность за качество в пределах, установленных документацией системы менеджмента качества и функциональных обязанностей.

Правление Университета несет ответственность за реализацию политики в области качества и обязуется создавать необходимые для функционирования системы менеджмента качества условия, выделять для этих целей соответствующие финансовые, технические, кадровые и иные ресурсы, обеспечивать их эффективное использование.

