

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 1 из 56</p>

Утверждено
 Решением Правления
 от 8 октября 2025г.
 Протокол № 18


**Система внутреннего обеспечения качества
 образовательной деятельности
 НАО «Казахский национальный медицинский
 университет имени С.Д.Асфендиярова»**

Срок действия с 8 октября 2025г. по 8 октября 2028г.	Срок продления до «__» _____ 20__ г.	Статус: Действующий <input checked="" type="checkbox"/>  Устаревший <input type="checkbox"/>
Предыдущий устаревший документ: приказ Председателя Правления – Ректора от 12.11.2020 № 483	Подпись ответственного лица за управление документом: Руководитель отдела академического качества	Код № Копия № Экземпляр №


	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Департамент академической работы Отдел академического качества	Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности	Редакция: 1
			Страница 2 из 56

Лист согласования

Наименование	Должность	Ф.И.О.	Тип действия
Разработка	Руководитель отдела академического качества	Сыдыкова С.И. 16.09.2025г.	Согласовано
Согласование	Проректор	Султангазиева С.Е. 16.09.2025г.	Согласовано
	Проректор	Фахрадиев И.Р. 15.09.2025г.	Согласовано
	И.о. руководителя департамента академической работы	Кодекова Г.С. 16.09.2025г.	Согласовано
	Декан школы «Общей медицины» №1	Измайлова С.Х. 15.09.2025	Согласовано
	И.о. декана школы «Общей медицины» №2	Елгондина Г.Б. (и.о. Шопеева Г.А.) 15.09.2025г.	Согласовано
	И.о. декана школы педиатрии	Кегенбаева Г.Б. (и.о. Аипов Р.Р.) 15.09.2025г.	Согласовано
	Декан международного факультета	Джардемалиева Н.Ж. 15.09.2025г.	Согласовано
	Декан факультета постдипломного образования	Баймаханов А.Н. 15.09.2025г.	Согласовано
	Декан школы стоматологии	Есембаева С.С. 16.09.2025г.	Согласовано
	И.о. декана школы фармации	Жуматай Ж.Ж. (и.о. Сакипова З.Б.) 16.09.2025г.	Согласовано
	И.о. декана школы общественного здравоохранения им. Х.Досмухамедова	Авгамбаева Н.Н. (и.о. Нурбакыт А.Н.) 15.09.2025г.	Согласовано
	И.о. директора Института Дополнительного профессионального образования	Утепбергенова Ж.М. (и.о. Мамырбекова С.А.) 15.09.2025г.	Согласовано
	Директор департамента науки	Шамсутдинова А.Г. 16.09.2025	Согласовано
	Директор клинической работы	Даутбаев Е.К. 16.09.2025	Согласовано
	Директор департамента развития человеческих ресурсов	Нагасбекова Б.С. 22.09.2025	Согласовано
	Руководитель департамента по развитию и поддержке обучающихся	Шермет Ш.Р. 16.09.2025	Согласовано
	Исполнительный директор	Лахов С.В. 15.09.2025г.	Согласовано
	Руководитель антикоррупционной комплаенс-службы	Әнуар Ә.Ә. 16.09.2025г.	Согласовано
	И.о. руководителя Юридического департамента	Ахмет А.Н. 16.09.2025г.	Согласовано


	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Департамент академической работы Отдел академического качества	Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности	Редакция: 1
			Страница 3 из 56

	Руководитель управления рисков и системы менеджмента качества	Жангирбаев М.Т. 16.09.2025г.	Согласовано
	Проректор по академическому блоку	Калматаева Ж.А. 22.09.2025г.	Подписано

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 4 из 56</p>

Содержание

1. Общие положения.....	5
2. Стандарты внутреннего обеспечения качества	12
Стандарт 1. Политика в области обеспечения качества	12
Стандарт 2. Разработка и утверждение образовательных программ.....	15
Стандарт 3. Студентоцентрированное обучение, преподавание и оценка	18
Стандарт 4. Прием обучающихся, успеваемость, признание и сертификация.....	22
Стандарт 5. Преподавательский состав	26
Стандарт 6. Учебные ресурсы, клинические базы, симуляционный центр и система поддержки обучающихся.....	29
Стандарт 7. Принципы и организация управления информацией	33
Стандарт 8. Информирование общественности.....	37
Стандарт 9. Постоянный мониторинг и периодическая оценка программ	41
Стандарт 10. Периодическое внешнее обеспечение качества.....	44
Стандарт 11. Непрерывное профессиональное развитие.....	49
3. Заключение.....	53
4. Лист ознакомления	55
5. Лист регистрации изменений	56

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 5 из 56</p>

1. Общие положения

Назначение и область применения

Настоящий документ — **Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности** НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова» (далее — СВОК) — устанавливает принципы, цели, задачи и механизмы функционирования внутренней системы обеспечения качества образовательной деятельности в Университете.

СВОК распространяется на все уровни высшего и послевузовского образования и обязательна для исполнения всеми структурными подразделениями и сотрудниками Университета. Соблюдение положений стандартов обеспечивается через локальные нормативные акты, управленческие решения и контрольные процедуры.

Документ разработан в соответствии с законодательством Республики Казахстан, международными стандартами (ESG, WFME, ISO 9001:2015), национальными образовательными стандартами и внутренними нормативными актами Университета.

Система направлена на формирование и поддержание культуры качества, достижение стратегических целей и удовлетворение потребностей заинтересованных сторон.

Культура качества

В Университете формируется и поддерживается культура качества как совокупность ценностей, норм и практик, обеспечивающих устойчивое развитие качества на всех уровнях деятельности.


Создаётся среда, способствующая не только достижению академических и профессиональных результатов, но и нравственной и личностной самореализации обучающихся и сотрудников. Такая среда основана на партнёрских, взаимоуважительных отношениях, поддерживает корпоративную культуру, исключает дискриминацию и укрепляет чувство принадлежности к университетскому сообществу.

Сотрудники активно участвуют в обеспечении и совершенствовании качества в соответствии с миссией и стратегией Университета. Руководство демонстрирует приверженность качеству через управленческие решения, поддержку персонала и создание условий для участия каждого.

Каждое отклонение от стандартов рассматривается как возможность для совершенствования, а коллективные действия направляются на выявление и устранение его причин.

Академическая репутация

Академическая репутация Университета отражает мнение студентов, преподавателей, выпускников, работодателей и общества о качестве образовательной, научной и клинической деятельности.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 6 из 56</p>

Высокий уровень репутации обеспечивается реальными достижениями, подтверждающими профессионализм, прозрачность, инновационность и приверженность принципам устойчивого развития.

Оценка репутации проводится на основе опросов, национальных и международных рейтингов и аналитических отчётов.

Принципы СВОК

СВОК базируется на следующих принципах:

- 1) Прозрачность и подотчётность — процессы документированы, доступны и контролируемы.
- 2) Соответствие стандартам — соблюдение национальных и международных требований с учётом локального контекста.
- 3) Вовлечение заинтересованных сторон — участие всех ключевых групп на всех этапах.
- 4) Этичность — академическая честность, уважение личности, предотвращение конфликтов интересов.
- 5) Доступность и равенство — равные возможности для всех категорий обучающихся и сотрудников.
- 6) Гибкость — адаптация к национальным требованиям, стратегии и культуре.
- 7) Ориентация на результаты обучения — достижение и верификация компетенций обучающихся.
- 8) Непрерывное совершенствование — регулярный мониторинг и обновление Системы.
- 9) Использование ошибок как ресурса — анализ и устранение несоответствий.
- 10) Устойчивое развитие — минимизация негативного воздействия и поддержка здоровья населения.
- 11) Приверженность руководства и вовлечённость сотрудников.
- 12) Академическая репутация как результат качества.


Взаимосвязь с миссией и стратегией

СВОК разработана с учётом миссии и стратегии развития Университета как исследовательского медицинского университета, обеспечивая интеграцию образовательной, научной и клинической деятельности.

Для обеспечения согласованности между миссией, стратегией и образовательной деятельностью в Университете используются ключевые показатели эффективности (КПИ). Они формируют основу мониторинга реализации Стандартов СВОК и обеспечивают количественную оценку степени достижения стратегических целей.

Показатели разрабатываются и утверждаются в соответствии с приоритетами развития Университета, регулярно пересматриваются и встроены в цикл PDCA, что позволяет принимать решения на всех уровнях и формировать корректирующие и предупреждающие действия (САРА-планы).

Реализация положений СВОК обеспечивается через многоуровневую систему внутренней нормативной документации:

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 7 из 56</p>

1) Стратегический уровень — СВОК, стратегия развития, академическая политика и иные стратегические документы Университета;

2) Регламентирующий уровень — положения, кодексы, регламенты, утверждённые Правлением и коллегиальными органами;

3) Операционный уровень — стандартные операционные процедуры (далее — СОП), методические рекомендации, инструкции и шаблоны, разрабатываемые структурными подразделениями в пределах их компетенции;

4) Мониторинговый уровень — отчёты, анкеты, формы, САРА-планы, ВІ-аналитика и иные документы, фиксирующие результаты мониторинга и обратной связи.

Актуальный перечень внутренних нормативных документов (далее — ВНД), обеспечивающих реализацию СВОК, представлен в Реестре ВНД Университета и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД. Ответственность за разработку, актуализацию и ведение ВНД возлагается на соответствующие структурные подразделения в пределах их функциональной компетенции (департамент академической работы (далее — ДАР), институт дополнительного и профессионального образования (далее — ИДПО), департамент по клинической работе, департамента развития человеческих ресурсов (далее — ДРЧР), IT-служба, школы, факультеты, кафедры и др.), что гарантирует полноту охвата и соответствие миссии, стратегии и требованиям национальных и международных стандартов качества.

Механизм обратной связи

Университет обеспечивает доступность механизмов обратной связи для всех заинтересованных сторон: обучающихся, профессорско-преподавательского состава (далее — ППС), административно-управленческого и вспомогательного персонала, выпускников и работодателей.


Предложения и замечания принимаются через:

- 1) Регулярные анкетирования и опросы удовлетворенности;
- 2) Устные и письменные обращения в профильные подразделения (кафедры, деканаты и другие ответственные подразделения);
- 3) Участие в заседаниях коллегиальных органов (советов, комитетов, комиссий).

Все обращения регистрируются, рассматриваются профильными подразделениями и, при необходимости, выносятся на заседания коллегиальных органов (Академический совет, Ученый совет, Правление).

В рамках Системы внутреннего обеспечения качества обратная связь собирается по утвержденным инструментам (анкеты, интервью, фокус-группы), охватывающим ключевые аспекты образовательного процесса: преподавание, содержание программ, организация учебного процесса, инфраструктура и поддержка обучающихся.

Результаты анализируются количественными и качественными методами, обеспечивая репрезентативность данных и «замыкание петли качества» — через


	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 8 из 56</p>

принятие корректирующих мер и информирование респондентов о реализованных изменениях.

Университет обеспечивает доступность и системность механизмов обратной связи по всем ключевым процессам образовательной деятельности, стратегического развития, аккредитации, рейтингов и постаккредитационного мониторинга (далее — ПАМ). Механизм реализуется через утвержденные инструменты (анкеты, интервью, фокус-группы, отчеты ПАМ, отчеты по аккредитации, экспертные заключения, САРА-планы), по утвержденным регламентам и с периодичностью, предусмотренной Положением о мониторинге и обратной связи, СОП по аккредитации, ПАМ и рейтингам. Все данные фиксируются, анализируются и обсуждаются в профильных подразделениях, после чего результаты и принятые меры публикуются на сайте и доводятся до сведения всех заинтересованных сторон. За организацию и координацию обратной связи отвечает ДАР/ОАК совместно с деканатами, кафедрами и коллегиальными органами.

Нормативные правовые акты Республики Казахстан

1. Закон Республики Казахстан «Об образовании» от 27 июля 2007 года № 319-III;
2. Закон Республики Казахстан «О науке и технологической политике» от 1 июля 2024 года № 103-VIII;
3. Закон Республики Казахстан от 18 ноября 2015 года № 410-V «О противодействии коррупции»;
4. Закон Республики Казахстан от 11 июля 1997 года № 151-I «О языках в Республике Казахстан»;
5. Закон Республики Казахстан от 4 июля 2023 года № 14-VIII ЗРК «О профессиональных квалификациях»;
6. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 13 октября 2018 года № 569 «Об утверждении Классификатора направлений подготовки кадров с высшим и послевузовским образованием»;
7. Приказ Министра науки и высшего образования Республики Казахстан от 5 января 2024 года № 4 «Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых к образовательной деятельности организаций, предоставляющих высшее и (или) послевузовское образование, и перечня документов, подтверждающих соответствие им»;
8. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 30 октября 2018 года № 595 «Об утверждении типовых правил деятельности организаций образования соответствующих типов»;
9. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 20 апреля 2011 года № 152 «Об утверждении Правил организации учебного процесса по кредитной технологии обучения»;
10. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 31 октября 2018 года № 600 «Об утверждении Типовых правил приема на обучение в

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 9 из 56</p>

организации образования, реализующие образовательные программы высшего и послевузовского образования»;

11. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 20 марта 2015 года № 137 «Об утверждении правил организации учебного процесса по дистанционным образовательным технологиям»;

12. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 19 ноября 2008 года № 613 «Об утверждении Правил направления для обучения за рубежом, в том числе в рамках академической мобильности»;

13. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 31 октября 2018 года № 606 «Об утверждении среднего соотношения количества обучающихся к преподавателям для расчета общей численности профессорско-преподавательского состава организаций высшего и (или) послевузовского образования, за исключением Академии правосудия, военных, специальных учебных заведений, организаций образования в области культуры»;

14. Приказ Министра образования и науки РК от 29 ноября 2007 года № 583 «Об утверждении правил организации и осуществления учебно-методической и научно-методической работы в организациях образования»;

15. Приказ Министра науки и высшего образования РК от 12 октября 2022 года № 106 «Об утверждении правил ведения реестра образовательных программ, реализуемых организациями высшего и послевузовского образования, и оснований включения и исключения программ из реестра»;

16. Приказ Министра науки и высшего образования Республики Казахстан от 20 июля 2022 года № 2 «Об утверждении государственных общеобязательных стандартов высшего и послевузовского образования»;


17. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 июля 2022 года № ҚР ДСМ-63 «Об утверждении государственных общеобязательных стандартов по уровням образования в области здравоохранения»;

18. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 января 2023 года № 4 «Об утверждении типовых учебных программ по медицинским и фармацевтическим специальностям»;

19. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 28 января 2015 года № 39 «Об утверждении видов и форм документов об образовании государственного образца и Правил их выдачи»;

20. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-304/2020 «Об утверждении положений о клинической базе, клинике организации образования в области здравоохранения, университетской больнице, базе резидентуры, интегрированном академическом медицинском центре и требований, предъявляемых к ним»;

21. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 сентября 2018 года № ҚР ДСМ-16 «Об утверждении Правил подготовки медицинских кадров в интернатуре»;

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 10 из 56</p>

22. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 мая 2021 года № ҚР ДСМ – 43 «Об утверждении перечня медицинских специальностей программ резидентуры»;

23. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-270/2020 «Об утверждении правил размещения государственного заказа, приема на обучение и подготовки медицинских кадров в резидентуре»;

24. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-249/2020 «Об утверждении правил оценки знаний и навыков обучающихся, оценки профессиональной подготовленности выпускников образовательных программ в области здравоохранения и специалистов в области здравоохранения»;

25. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 января 2024 года № 46 «Об утверждении профессиональных стандартов в области здравоохранения»;

26. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения».

Международные стандарты

1. ESG 2015 — *Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area* (3-е издание, Ереван, 2015 г.) — Европейские стандарты и рекомендации по обеспечению качества в Европейском пространстве высшего образования.

2. WFME Global Standards for Basic Medical Education (2020) — Глобальные стандарты для базового медицинского образования (WFME).

3. WFME Global Standards for Master's Degrees in Medical and Health Professions Education (2016) — Глобальные стандарты WFME для магистерских программ в области медицинского и здравоохранительного образования.

4. WFME Global Standards for Postgraduate Medical Education (2023) — Глобальные стандарты для последипломого медицинского образования (резидентура).


5. WFME Standards for Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors (2024) — Стандарты для непрерывного профессионального развития врачей.

6. WFME Standards for Distributed and Distance Learning in Medical Education (2021) — Стандарты для распределенного и дистанционного обучения в медицине.


7. ISO 9001:2015 — *Quality management systems — Requirements* (Системы менеджмента качества. Требования).

Термины, определения, обозначения и сокращения

Термин / Сокращение	Определение / Расшифровка
САРА-план	План корректирующих и предупреждающих действий (Corrective and Preventive Actions), направленных на устранение несоответствий и

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 11 из 56</p>

Термин / Сокращение	Определение / Расшифровка
	предотвращение их повторения
ESG	European Standards and Guidelines — Европейские стандарты и рекомендации по обеспечению качества в Европейском пространстве высшего образования
ISO	International Organization for Standardization — Международная организация по стандартизации
KPI	Key Performance Indicators — ключевые показатели эффективности
PDCA-цикл	Методология непрерывного улучшения: планирование (Plan), выполнение (Do), проверка (Check), корректирующие действия (Act)
Peer-review преподавания (взаимная экспертная оценка)	Инструмент внутрикафедрального контроля, предусматривающий экспертную оценку преподавательской деятельности коллегами с целью выявления сильных сторон и зон развития, предоставления формативной обратной связи и совершенствования педагогического мастерства.
PGME	Postgraduate Medical Education — последипломное медицинское образование
SDG	Sustainable Development Goals — Цели устойчивого развития
WFME	World Federation for Medical Education — Всемирная федерация медицинского образования
ВКК	Внутрикафедральный контроль качества образовательного процесса
ВНД	Внутренние нормативные документы
ГОСО	Государственный общеобязательный стандарт образования
ДАР	Департамент академической работы
ДРЧР	Департамент развития человеческих ресурсов
ИДПО	Институт дополнительного и профессионального образования
ИС	Информационная система
ИУП	Индивидуальный учебный план
КВТ	Квалификационные требования
КОК	Комиссия по обеспечению качества
КОП	Комитет образовательных программ
КЭД	Каталог элективных дисциплин
НПР	Непрерывное профессиональное развитие
НРК	Национальная рамка квалификаций
ОАК	Отдел академического качества
ОП	Образовательная программа
ОПиКУП	Отдел планирования и контроля учебного процесса
ОР	Офис регистратора
ПАМ	Постаккредитационный мониторинг
ПО	Программа обучения
ППС	Профессорско-преподавательский состав
СВОК	Система внутреннего обеспечения качества
СМИ	Средства массовой информации
СОП	Стандартная операционная процедура
УМО	Учебно-методический отдел
Ученый совет / Академический совет	Коллегиальные органы, принимающие ключевые академические решения

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1 Страница 12 из 56</p>

2. Стандарты внутреннего обеспечения качества

Стандарт 1. Политика в области обеспечения качества

Описание

Стандарт определяет принципы, цели, задачи и требования к политике качества, обеспечивающей стратегическое управление, прозрачность, вовлечение заинтересованных сторон и непрерывное совершенствование образовательной, научной, клинической и административной деятельности Университета. Политика качества охватывает все уровни и формы подготовки и служит основой для функционирования системы внутреннего обеспечения качества. Вовлечение стейкхолдеров в реализацию политики обеспечивается утвержденными механизмами обратной связи, обсуждениями в коллегиальных органах, отчетами ПАМ и САРА-планами.

Соответствие стандартам и нормативам

Международные стандарты: ESG 1.1, WFME (BME 1, PGME 1, Master's 1), ISO 9001:2015.

Национальные стандарты и нормативы.

Цель:

Обеспечить формирование и развитие устойчивой культуры качества и академической честности во всех сферах деятельности Университета через стратегическое управление, прозрачность и вовлечение заинтересованных сторон, гарантируя доверие, академическую репутацию и соответствие национальным и международным стандартам.


Задачи:

- 1) Определить стратегические приоритеты и обязательства Университета в области качества на основе миссии и стратегии развития.
- 2) Установить единые критерии качества образовательной, научной, клинической и административной деятельности.
- 3) Обеспечить подотчетность и доступность политики для всех заинтересованных сторон (обучающихся, сотрудников, работодателей, общества).
- 4) Сформировать и поддерживать устойчивую культуру качества на всех уровнях деятельности.
- 5) Регулярно пересматривать и совершенствовать политику на основе анализа данных, внешних оценок и обратной связи.
- 6) Установить механизм учета и реализации рекомендаций внешних экспертов и результатов внешних оценок в политике качества и стратегическом управлении.

Требования:

Для реализации политики качества Университет должен:

- 1) Утвердить официальную политику качества, согласованную с миссией, стратегией и Уставом.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 13 из 56</p>

2) Обеспечить публикацию политики на сайте и доведение до сведения сотрудников и обучающихся.

3) Интегрировать положения политики во внутренние нормативные документы.

4) Определить и закрепить ответственность и полномочия структурных подразделений.

5) Проводить регулярный мониторинг и корректировку политики на основе анализа данных.

6) Обеспечить учет рекомендаций внешних экспертов и результатов внешних оценок при корректировке политики качества и стратегического плана развития.

7) Проводить пересмотр политики не реже одного раза в 3 года или по мере изменений законодательства и стратегии развития, с обсуждением на Академическом Совете.

Механизмы реализации

№	Этап	Действия
1	Планирование	Подготовка, обсуждение, согласование и утверждение политики на Академическом совете и Правлении
2	Закрепление	Внесение положений политики в стандарты, регламенты, контракты
3	Ознакомление	Публикация на сайте и в информационных системах, проведение обучающих мероприятий, а также через внутренний портал, обучающие сессии, заседания кафедр и советов школ и факультетов
4	Мониторинг	Регулярная оценка реализации, сбор обратной связи, независимая экспертиза. Регулярный сбор данных о реализации политики через утвержденные механизмы обратной связи (анкеты, фокус-группы, отчеты ПАМ), анализ рекомендаций внешних экспертов, подготовка предложений по корректировке политики.
5	Корректировка	Актуализация политики на основе анализа данных, предложений и рекомендаций
6	Отчетность	Публикация ежегодного отчета о реализации политики с указанием достигнутых результатов и планов улучшений

Области оценки

1. Актуальность и доступность политики качества (публикация на сайте, информирование сотрудников и обучающихся).

2. Регулярность обсуждения и пересмотра политики в коллегиальных органах.

3. Уровень удовлетворённости политикой по результатам опросов.

4. Наличие и результаты внешних экспертиз и независимых оценок.

5. Учёт предложений выпускников, работодателей и других заинтересованных сторон.

6. Динамика академической репутации и позиций в национальных и международных рейтингах.

7. Реализация рекомендаций внешних экспертов и корректирующих мер.

Риски и меры по их снижению

№	Риск	Меры по снижению
---	------	------------------

1	Низкая осведомленность сотрудников и обучающихся о политике	Регулярное обучение, информационные кампании
2	Несоответствие политике миссии и стратегии	Аудит и согласование на Ученом совете
3	Низкое вовлечение заинтересованных сторон	Создание каналов обратной связи, учет предложений
4	Недостаточный охват всех уровней подготовки	Разработка процедур для каждого уровня
5	Недофинансирование реализации политики	Планирование бюджета, поиск дополнительных ресурсов

Документальное обеспечение реализации Стандарта 1

Система нормативных документов, поддерживающих реализацию политики качества, структурирована по уровням управления:

1) Стратегический уровень – документы, определяющие миссию, стратегию развития Университета и политику в области качества (программа развития, политика качества, цели и задачи в области качества).

2) Регламентирующий уровень – документы, устанавливающие правила и процедуры функционирования СВОК и системы менеджмента качества (руководство по качеству, регламенты и стандарты СВОК, академическая политика, положения о советах и комиссиях по качеству).

3) Операционный уровень – документы, обеспечивающие практическую реализацию процедур мониторинга и обратной связи, внутрикафедрального контроля, деятельности комиссии по обеспечению качества (далее — КОК), оценки удовлетворённости обучающихся, сотрудников и работодателей.

Актуальный перечень внутренних нормативных документов формируется и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД ДАР.

Ответственность и полномочия

Подразделение / Ответственные лица	Функции / Задачи
Правление	Утверждает политику качества, стратегические цели, контролирует реализацию
Академический совет	Рассматривает результаты мониторинга и предложения по улучшению
ДАР (ОАК)	Организует, координирует реализацию политики, готовит отчеты. координируют сбор данных о реализации политики, мониторинг удовлетворенности заинтересованных сторон, подготовку предложений по корректировке политики на основании анализа внутренних данных, обратной связи и рекомендаций внешних экспертов
Школы / факультеты / КОК	Реализуют политику на уровне программ, анализируют данные обратной связи, формируют рекомендации по совершенствованию
ВКК	Осуществляют педагогические наблюдения, собирают и анализируют данные, координируют peer-review, формируют САРА-планы и передают аналитические материалы в КОК

Студенческое самоуправление / Совет резидентов	Участвуют в обсуждениях политики, вносят предложения
ППС / сотрудники	Соблюдают положения политики, участвуют в самооценке и совершенствовании качества

Стандарт 2. Разработка и утверждение образовательных программ

Описание

Стандарт устанавливает принципы, задачи и требования к разработке, утверждению, пересмотру и совершенствованию образовательных программ (далее — ОП), обеспечивающих их актуальность, результативность, прозрачность и соответствие миссии и стратегии Университета, ожиданиям обучающихся, работодателей и профессиональных сообществ, а также национальным и международным стандартам. Стандарт применяется ко всем уровням и формам подготовки — бакалавриат, интернатура, резидентура, магистратура и докторантура — с учетом их специфики и уровня подготовки обучающихся.

Соответствие стандартам и нормативам

Международные стандарты: ESG 1.2, WFME BME 2, WFME PGME 2, WFME Master's 2

Национальные стандарты и нормативы.

Цель:

Обеспечить качество, актуальность и прозрачность образовательных программ, соответствующих миссии и стратегии Университета, национальным и международным стандартам, профессиональным требованиям и ожиданиям заинтересованных сторон, с ориентацией на подготовку конкурентоспособных выпускников, способных к профессиональной, исследовательской, лидерской и педагогической деятельности в условиях меняющейся образовательной и профессиональной среды.

Задачи:

- 1) Проектирование образовательных программ на основе миссии, стратегии, национальных и международных требований.
- 2) Обеспечение актуальности, гибкости и прозрачности программ с учетом изменений в профессиональной сфере и рынке труда.
- 3) Вовлечение заинтересованных сторон в процесс проектирования и пересмотра ОП.
- 4) Интеграция современных подходов: outcome-based education, междисциплинарность, цифровизация, инклюзия.
- 5) Документирование структуры ОП, включая индивидуальные учебные планы, матрицы компетенций и карты компетенций.

6) Обеспечение доступности информации о программах для обучающихся и внешних пользователей.

7) Поддержка исследовательского, клинического и лидерского компонентов на послевузовском уровне.

8) Учёт потребностей, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями.

9) Установить и поддерживать механизм отслеживания достижения выпускниками заявленных результатов обучения с учётом данных мониторинга, обратной связи и внешних оценок.

Требования:

Для реализации политики разработки и утверждения образовательных программ Университет должен:

1) Наличие утвержденных процедур разработки, обсуждения, утверждения и пересмотра ОП.

2) Внедрение механизмов регулярного пересмотра программ на основе анализа обратной связи, мониторинга рынка труда и рекомендаций внешних экспертов.

3) Определение и закрепление ответственности подразделений и должностных лиц за разработку и актуализацию ОП.

4) Документирование всех этапов проектирования и утверждения программ.

5) Обеспечение публикации и своевременного обновления информации об ОП в открытом доступе.

6) Обеспечение равного доступа к обучению для всех категорий обучающихся.

7) Внедрить процедуру внешнего рецензирования ОП и учитывать результаты при утверждении и пересмотре программ.

8) Обеспечить документирование учета мнений обучающихся, работодателей и профессиональных сообществ при проектировании и пересмотре программ, включая рекомендации внешних экспертов и результаты мониторинга.

Механизмы реализации

№	Этап	Действия
1	Планирование	Анализ потребностей, формирование рабочих групп, определение целей программы
2	Проектирование	Разработка структуры программы, определение компетенций, результатов обучения, карты компетенций
3	Обсуждение	Сбор предложений от заинтересованных сторон, внешнее рецензирование. Включить в процесс обсуждения анализ данных мониторинга удовлетворенности, обратной связи от выпускников и работодателей, а также рекомендации внешних экспертов, собранные в рамках ПАМ и аккредитаций
4	Утверждение	Рассмотрение на КОП и утверждение на Академическом совете
5	Документирование	Подготовка и публикация ОП, силлабусов, матриц компетенций, индивидуальных учебных планов
6	Ознакомление	Публикация информации об ОП на сайте и в информационных системах

7	Пересмотр	Мониторинг обратной связи, анализ данных, корректировка ОП не реже одного раза в 3–5 лет
---	-----------	--

Области оценки

1. Актуальность и регулярная актуализация образовательных программ.
2. Своевременность оформления индивидуальных учебных планов.
3. Доступность и актуальность образовательных программ в открытом доступе (на сайте Университета).
4. Удовлетворённость студентов и преподавателей содержанием и качеством образовательных программ.
5. Проведение внешнего рецензирования образовательных программ независимыми экспертами.
6. Наличие и актуальность матриц компетенций по образовательным программам.
7. Достижение выпускниками заявленных результатов обучения.
8. Реализация международных образовательных программ и академической мобильности.
9. Наличие исследовательского компонента в программах послевузовского образования.
10. Учёт и реализация рекомендаций внешних экспертов при пересмотре образовательных программ.
11. Наличие отчётности о мониторинге достижений выпускников (с регулярностью не реже одного раза в 3 года).


Риски и меры по их снижению

№	Риск	Меры по снижению
1	Несоответствие потребностям рынка труда	Регулярный мониторинг рынка, участие работодателей в разработке
2	Низкое вовлечение заинтересованных сторон	Создание консультативных советов, опросы
3	Непрозрачность процедур	Опубликование регламентов и протоколов
4	Недостаточный охват всех уровней подготовки	Специфические процедуры для каждого уровня
5	Недостаточный исследовательский компонент	Включение обязательных исследовательских проектов и методологий
6	Игнорирование результатов внешнего рецензирования и мониторинга выпускников	Внедрение обязательной процедуры анализа данных внешних оценок и мониторинга выпускников при пересмотре программ

Документальное обеспечение реализации Стандарта 2

Система нормативных документов, поддерживающих реализацию разработки и утверждения образовательных программ, структурирована по уровням управления:

1) Регламентирующий уровень – документы, устанавливающие правила и процедуры проектирования, утверждения, пересмотра и признания образовательных программ (академическая политика, положения об образовательных программах,

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
	<p align="right">Страница 18 из 56</p>		

КОП и резидентуре, стандарты и регламенты СВОК, методики и правила признания результатов формального и неформального обучения).

2) Операционный уровень – документы, обеспечивающие практическую реализацию образовательных программ: рабочие учебные планы, силлабусы дисциплин и модулей, каталоги элективных дисциплин, матрицы и карты компетенций, индивидуальные учебные планы, программы практик и итоговой аттестации, протоколы обсуждения и утверждения ОП, а также СОП по формированию, обсуждению и утверждению ОП, силлабусов, каталог элективных дисциплин (далее — КЭД) и других учебных документов.

3) Публикации и отчётность – материалы, подтверждающие прозрачность и системность реализации образовательных программ: отчёты о мониторинге и пересмотре ОП, результаты внешнего рецензирования, отчёты по удовлетворённости обучающихся и выпускников, публикация образовательных программ и рабочих учебных планов в открытом доступе (сайт Университета, Электронная библиотека ВНД).


Актуальный перечень внутренних нормативных документов формируется и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД ДАР.

Ответственность и полномочия

Подразделение / Ответственные лица	Функции / Задачи
Правление	Утверждает стратегические направления разработки и актуализации ОП; обеспечивает ресурсы и контроль выполнения.
Академический совет	Рассматривает и утверждает ОП; обеспечивает соответствие миссии и стратегии; утверждает рекомендации по совершенствованию программ.
Комитет образовательных программ (КОП)	Координирует разработку и пересмотр ОП, учебных планов и КЭД; проводит экспертизу силлабусов и КИС; учитывает требования НПА, профстандартов, работодателей и профессиональных сообществ.
Учебно-методический отдел (УМО) ДАР	Осуществляет методическое сопровождение; контролирует соответствие ОП ГОСО, НРК, ОРК; координирует обновление и закрытие программ; формирует и контролирует РУП, КЭД, справочники дисциплин в ИС; подготавливает аналитические материалы и перечень ОП.
Деканаты школ / факультетов	Организуют обсуждение и согласование программ в КОП.
Кафедры	Формируют УМКД; участвуют в подготовке РУП и КЭД; предлагают изменения с учётом научных и профессиональных обновлений.
Работодатели и профессиональные сообщества	Предоставляют экспертные заключения по структуре и содержанию ОП; консультируют по требованиям рынка труда и профстандартам.
Студенческое самоуправление	Вносит предложения по содержанию и организации ОП; участвует в обсуждениях на кафедрах и КОП; представляет позицию обучающихся при рассмотрении проектов программ.

Стандарт 3. Студентоцентрированное обучение, преподавание и оценка

Описание

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1 Страница 19 из 56</p>

Стандарт определяет принципы, цели, задачи и требования к организации студентоцентрированного обучения, преподавания и оценивания, обеспечивающих академическую свободу, индивидуализацию образовательных траекторий, равный доступ, активное участие обучающихся, справедливость и прозрачность оценки. Подход реализуется на всех уровнях подготовки — базовом (бакалавриат, интернатура) и послевузовском (резидентура, магистратура) — с учётом специфики уровня и зрелости обучающихся.

Соответствие стандартам и нормативам

Международные стандарты: ESG 1.3, WFME BME 2.4, 3, 4.2, WFME PGME 2.5, 3, 4.4, WFME Master's 2.5, 3, 4.

Национальные стандарты и нормативы.

Цель

Обеспечить создание обучающей среды, ориентированной на потребности и ценности обучающихся, с обеспечением академической свободы, гибкости и индивидуализации образовательных траекторий, справедливости и прозрачности оценивания, а также условий для развития профессиональных, лидерских и рефлексивных компетенций и повышения вовлечённости студентов в образовательный процесс и университетское сообщество.

Задачи

- 1) Формирование обучающей среды, ориентированной на потребности, ценности и цели обучающихся.
- 2) Обеспечение гибкости и индивидуализации образовательных траекторий с учетом особенностей обучающихся.
- 3) Гарантирование академической свободы, прозрачности и справедливости оценивания.
- 4) Создание условий для развития профессиональных, лидерских и рефлексивных компетенций обучающихся.
- 5) Повышение вовлеченности, мотивации и академической успеваемости обучающихся.
- 6) Поддержка студенческих инициатив, участия в управлении и деятельности университетского сообщества.
- 7) Интегрировать результаты мониторинга удовлетворенности и обратной связи студентов, выпускников и работодателей в процессы планирования, реализации и оценки студентоцентрированных подходов.

Требования:

- 1) Наличие утвержденной политики и методических рекомендаций по студентоцентрированному обучению.
- 2) Реализация образовательных траекторий, адаптированных к индивидуальным потребностям, включая обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее — ОВЗ) и особых образовательных потребностей (далее — ООП).

- 3) Применение активных, интерактивных и цифровых методов обучения.
- 4) Обеспечение многоуровневой системы оценивания: формирующей, итоговой, самооценки и взаимной оценки.
- 5) Публикация критериев оценивания, доступность процедур апелляции и обратной связи.
- 6) Наличие наставнической и кураторской системы, поддерживающей профессиональное и личностное развитие обучающихся.
- 7) Поддержка студенческих проектов, клубов и инициатив.
- 8) Закрепить процедуру сбора и анализа данных о студентоцентрированности из анкетирования, фокус-групп и обратной связи, с обязательным документированием корректирующих мер.

Механизмы реализации

№	Этап	Действия
1	Проектирование	Включение студентоцентрированных подходов в ОП, syllabus, РУП
2	Преподавание	Применение активных, цифровых и проблемно-ориентированных методов обучения
3	Наставничество	Назначение кураторов и менторов, внедрение peer-to-peer практик
4	Поддержка	Организация консультаций, тренингов, служб академической и психологической поддержки
5	Оценивание	Использование разнообразных методов оценки, обеспечение прозрачности и возможности апелляции
6	Мониторинг	Сбор и анализ обратной связи, регулярный аудит качества обучения и оценивания. Использование данных ежегодного мониторинга удовлетворенности и вовлеченности, а также отчетов ПАМ и аккредитационных рекомендаций для актуализации подходов.

Области оценки

1. Интеграция элементов студентоцентрированного подхода в образовательные программы.
2. Удовлетворённость обучающихся методами преподавания по результатам опросов.
3. Наличие формирующего оценивания в учебных курсах.
4. Участие обучающихся в индивидуальном планировании образовательных траекторий.
5. Применение преподавателями активных и интерактивных методов обучения.
6. Функционирование процедуры апелляции и её результативность.
7. Вовлечённость обучающихся в образовательный процесс и университетскую жизнь.
8. Реализация предложений и рекомендаций студентов, полученных через механизмы обратной связи.
9. Наличие ежегодного отчёта по студентоцентрированности с данными мониторинга и планами улучшений.

Риски и меры по их снижению

№	Риск	Меры по снижению
1	Недостаточная подготовка ППС к активным методам	Обучение, методическое сопровождение, наставничество
2	Формализация индивидуальных траекторий	Регулярный мониторинг реализации ИУП
3	Непрозрачность оценивания	Опубликование критериев, проведение аудита процедур
4	Низкий уровень вовлеченности обучающихся	Развитие студенческих сообществ, консультаций и опросов
5	Перегрузка ППС	Оптимизация нагрузок, привлечение наставников и ассистентов
6	Игнорирование результатов мониторинга и обратной связи	Включение их анализа в обязательные процедуры планирования и пересмотра программ

Документальное обеспечение реализации Стандарта 3

Система нормативных документов, поддерживающих реализацию студентоцентрированного обучения, преподавания и оценки, структурирована по уровням управления:


1) Регламентирующий уровень – документы, определяющие принципы академической политики, академической честности и этики, а также порядок организации ключевых процессов обучения и поддержки студентов: академическая политика, стандарты и регламенты СВОК, кодексы академической честности и профессиональной этики, положения о контроле успеваемости и аттестации, академической мобильности, инклюзивном образовании, клиническом наставничестве, кураторстве, менторстве, индивидуальных учебных траекториях и peer-to-peer наставничестве.

2) Операционный уровень – документы, обеспечивающие практическую реализацию студентоцентрированного подхода и процедур оценивания: методические рекомендации и СОП по управлению качеством тестовых заданий и практико-ориентированных КИС, проведению экзаменов (очной и дистанционной формы), порядку подачи и рассмотрения апелляций, разработке системы оценивания учебных достижений, а также мониторингу студентоцентрированности.

3) Публикации и отчётность – материалы, подтверждающие реализацию студентоцентрированного подхода: результаты мониторинга удовлетворённости обучающихся методами обучения и оценивания, отчёты по реализации академической мобильности, инклюзии, наставничества и кураторства, публикация критериев оценивания и процедур апелляции в открытом доступе (сайт Университета, Электронная библиотека ВНД).

Актуальный перечень внутренних нормативных документов формируется и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД ДАР.

Ответственность и полномочия

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ		
	НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Департамент академической работы Отдел академического качества	Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности	Редакция: 1 Страница 22 из 56

Подразделение / Ответственные лица	Функции / Задачи
Правление	Утверждает политику студентоцентрированного обучения и контролирует её реализацию.
Департамент по развитию и поддержке обучающихся	Обеспечивает социальную поддержку и психологическое сопровождение; развивает студенческое самоуправление; формирует условия для личностного роста, гражданской ответственности и комфортной образовательной среды.
Учебно-методический отдел (УМО) ДАР	Осуществляет методическое сопровождение внедрения студентоцентрированного и инклюзивного обучения.
Отдел планирования и контроля учебного процесса (ОПиКУП) ДАР	Составляет и размещает расписание занятий в ИС <i>Hero Study Space</i> и <i>Summer</i> ; координирует работу модулей; контролирует соответствие учебного процесса утверждённому расписанию.
Офис регистратора (ОР) ДАР	Регистрирует обучающихся на дисциплины; формирует и контролирует ИУП и ведомости в ИС <i>Hero SS</i> ; планирует и организует аттестации; контролирует ликвидацию академической задолженности.
Кафедры	Внедряют студентоцентрированные подходы и активные методы обучения; организуют наставничество и академическую поддержку; обеспечивают объективное оценивание.
Студенческое самоуправление / Совет обучающихся	Представляют интересы студентов; участвуют в опросах, мониторинге и принятии решений; иницируют проекты и вносят предложения на коллегиальных органах.

Стандарт 4. Прием обучающихся, успеваемость, признание и сертификация

Описание

Стандарт устанавливает принципы, задачи и требования к организации справедливого и прозрачного приема обучающихся, контроля успеваемости, признания результатов обучения и сертификации выпускников. Стандарт охватывает все уровни и формы подготовки — бакалавриат, интернатура, резидентура, магистратура и докторантура — и направлен на обеспечение равного доступа, объективной оценки достижений и официального признания квалификаций.


Соответствие стандартам и нормативам

Международные стандарты: ESG 1.4, WFME BME 4, WFME PGME 4, WFME Master's 4.

Национальные стандарты и нормативы

Цель:

Обеспечить равный доступ к обучению и прозрачность процедур приёма, объективную и своевременную оценку достижений, признание квалификаций и результатов обучения, а также сертификацию выпускников, гарантируя доверие, академическую честность и соответствие национальным и международным требованиям.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 23 из 56</p>

Задачи:

- 1) Обеспечить равные условия и прозрачные процедуры приема на все образовательные программы.
- 2) Организовать объективную и своевременную оценку успеваемости и итоговой аттестации.
- 3) Гарантировать признание результатов обучения, в том числе полученных в других организациях или в рамках академической мобильности.
- 4) Выдавать документы государственного образца, подтверждающие квалификации выпускников.
- 5) Поддерживать доверие к результатам образовательного процесса со стороны обучающихся, работодателей и общества.
- 6) Использовать результаты мониторинга удовлетворенности и обратной связи обучающихся и выпускников для совершенствования процедур приема, аттестации и сертификации.

Требования:

- 1) Наличие утвержденных процедур приема, признания результатов и сертификации в соответствии с законодательством.
- 2) Доступность информации о правилах и критериях для всех заинтересованных сторон.
- 3) Определение и закрепление ответственности подразделений за проведение процедур.
- 4) Обеспечение прозрачности, объективности и возможности апелляции по результатам аттестации.
- 5) Регулярное пересмотр процедур с учетом нормативных изменений и обратной связи.
- 6) Обеспечить регулярное документирование и анализ удовлетворенности и обращений, обучающихся с целью выявления и устранения проблем в процедурах приема, признания и сертификации.

Механизмы реализации

№	Этап	Действия
1	Планирование	Разработка и утверждение регламентов приема, признания и сертификации
2	Ознакомление	Публикация правил и инструкций на сайте, консультации
3	Прием	Организация подачи заявлений, конкурсного отбора, оформление договоров
4	Контроль успеваемости	Ведение текущего и итогового контроля с фиксацией результатов
5	Признание результатов	Рассмотрение заявлений, проверка документов, принятие решений
6	Итоговая аттестация	Организация экзаменов, защит выпускных работ
7	Сертификация	Выдача дипломов и сертификатов государственного образца

8	Мониторинг	Сбор и анализ данных по удовлетворенности и эффективности процедур. Включает анализ результатов ежегодного мониторинга удовлетворенности, данных о жалобах и предложениях, а также подготовку корректирующих мероприятий.
---	------------	---

Области оценки

1. Наличие и доступность актуальных правил приёма и сертификации в открытом доступе.
2. Применение конкурсных и прозрачных процедур при зачислении обучающихся.
3. Удовлетворённость обучающихся процедурами приёма и итоговой аттестации.
4. Эффективность процедур признания дисциплин и результатов обучения по заявлениям обучающихся.
5. Своевременность выдачи дипломов и сертификатов выпускникам.
6. Результативность и своевременность рассмотрения апелляций.
7. Учёт и реализация предложений и рекомендаций, полученных через механизмы обратной связи по приёму и сертификации.
8. Наличие отчётности по результатам мониторинга удовлетворённости и мерам улучшения.


Риски и меры по их снижению

№	Риск	Меры по снижению
1	Непрозрачность процедур	Опубликование правил, обучение сотрудников
2	Ошибки в документах или данных	Многоступенчатая проверка и верификация
3	Несоответствие законодательству	Регулярный аудит нормативных актов
4	Жалобы на необъективность решений	Введение апелляционных процедур и контроль
5	Задержки в выдаче документов	Контроль сроков и цифровизация процессов
6	Игнорирование сигналов из обратной связи	Включение анализа результатов мониторинга и жалоб в ежегодные отчеты и планы корректирующих действий

Документальное обеспечение реализации Стандарта 4

Система нормативных документов, поддерживающих реализацию процедур приёма обучающихся, успеваемости, признания и сертификации, структурирована по уровням управления:

1) Регламентирующий уровень – документы, определяющие принципы и правила организации приёма, академической честности, внутреннего распорядка и социальной поддержки: академическая политика, стандарты и регламенты СВОК, кодекс академической честности, правила приёма, правила внутреннего распорядка, положения о предоставлении социальной помощи и распределении мест в общежитиях, правила признания результатов формального и неформального обучения, положения о выдаче документов государственного образца и работе апелляционных комиссий.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	Департамент академической работы Отдел академического качества	Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности	Редакция: 1
			Страница 25 из 56


2) Операционный уровень – документы, обеспечивающие практическую реализацию процедур приёма, аттестации, признания и сертификации: локальные регламенты приёма и сертификации, академический календарь и СОП по его формированию, договоры на обучение и образовательные услуги, инструкции по технике безопасности и действиям в чрезвычайных ситуациях, шаблоны договоров, протоколы заседаний аттестационных комиссий, индивидуальные СОП по приёму, переводу, восстановлению, оформлению и выдаче документов, начислению и выплате стипендий, присуждению государственных и президентских стипендий, а также СОП по учёту личных дел, работе с жалобами и обращениями, анализу итогов аттестации и мониторингу удовлетворённости обучающихся процедурами приёма и сертификации.

3) Публикации и отчётность – материалы, подтверждающие прозрачность процедур и их реализацию: планы работы кураторов и отчёты ППС, отчёты студенческих клубов и peer-to-peer программ, публикация правил приёма и академической политики в открытом доступе (сайт Университета, Электронная библиотека ВНД), а также отчёты о результатах мониторинга удовлетворённости обучающихся процедурами приёма, аттестации и сертификации.

Актуальный перечень внутренних нормативных документов формируется и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД ДАР.

Ответственность и полномочия

Подразделение / Ответственные лица	Функции / Задачи
Правление	Утверждает стратегические принципы равного доступа, прозрачности и объективности; обеспечивает ресурсы и контроль исполнения.
Академический совет	Утверждает процедуры промежуточной и итоговой аттестации.
Приемная комиссия	Организует приём: публикация правил и критериев, приём заявлений, конкурсный отбор; обеспечивает равенство условий; оформляет договоры с обучающимися.
Отдел планирования и контроля учебного процесса (ОПиКУП) ДАР	Разрабатывает академические календари, согласовывает и вносит их в ИС <i>Hero Study Space</i> ; готовит материалы для утверждения на совете.
Офис регистратора (ОР) ДАР	Регистрирует обучающихся на дисциплины; контролирует формирование ИУП и ведомостей в ИС <i>Hero SS</i> ; организует аттестации и ликвидацию задолженности; ведёт учёт кредитов и историю достижений; оформляет переводы на гранты; готовит транскрипты и дубликаты; осуществляет перезачёт кредитов и работу апелляционных комиссий.
Кафедры	Проводят итоговый контроль знаний и навыков.
Юридический отдел	Обеспечивает правовое сопровождение процедур и договоров.
Апелляционные комиссии	Рассматривают жалобы обучающихся; готовят отчётность по системным проблемам и мерам их устранения.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 26 из 56</p>

Стандарт 5. Преподавательский состав

Описание

Стандарт устанавливает принципы, задачи и требования к формированию, развитию и поддержке преподавательского состава и наставников Университета. Стандарт ориентирован на обеспечение высокого качества образовательного процесса за счет привлечения квалифицированных кадров, их профессионального роста и соответствия стратегическим целям и миссии Университета.

Соответствие стандартам и нормативам

Международные стандарты: ESG 1.5, WFME BME 5, WFME PGME 5, WFME Master's 5.

Национальные стандарты и нормативы.

Цель:


Обеспечить формирование и развитие высококвалифицированного, мотивированного и приверженного миссии Университета преподавательского состава и наставников, способных обеспечивать качественный образовательный процесс, профессиональный рост обучающихся и соответствие национальным и международным стандартам через развитие инновационного преподавания, наставничества, научной и клинической деятельности, а также поддержание корпоративной культуры и академической честности.

Задачи:

- 1) Обеспечить качественный подбор и расстановку ППС в соответствии с миссией и стратегией Университета.
- 2) Поддерживать высокий уровень компетенций и профессиональной мотивации сотрудников.
- 3) Формировать корпоративную культуру, академическую честность и приверженность Университету.
- 4) Соответствовать количественным и качественным требованиям к ППС, установленным национальными и международными стандартами.
- 5) Развивать наставничество и преемственность кадров.
- 6) Использовать результаты мониторинга удовлетворенности ППС и наставников для совершенствования условий работы, программ профессионального развития и корпоративной культуры.

Требования:

- 1) Наличие утвержденных процедур подбора, оценки, аттестации и развития ППС.
- 2) Соответствие квалификации ППС профилю дисциплин и целям образовательных программ.
- 3) Планирование и учет педагогической нагрузки с учетом баланса с исследовательской и клинической деятельностью.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 27 из 56</p>

4) Возможность профессионального роста через участие в НПР, стажировках и научной работе.

5) Соблюдение принципов равного доступа, предотвращение дискриминации и конфликтов интересов.

6) Развитие кадрового резерва и системное планирование замещения ключевых позиций.

7) Обеспечить регулярный сбор и анализ обратной связи ППС по ключевым аспектам работы и развития, а также учет предложений в планах кадровой политики.

Механизмы реализации

№	Этап	Действия
1	Планирование	Определение потребностей в ППС, формирование кадровых планов и заявок
2	Подбор и прием	Проведение конкурсных процедур, заключение трудовых договоров
3	Ознакомление	Введение в должность, инструктажи, ознакомление с Кодексом чести
4	Учет нагрузки	Планирование и утверждение педагогической, научной и клинической нагрузки
5	Аттестация и оценка	Проведение регулярной оценки деятельности и аттестации по утвержденным критериям
6	Повышение квалификации	Организация курсов, тренингов, стажировок, поддержка участия в научных мероприятиях
7	Наставничество	Развитие институтов наставников и менторов, поддержка молодых специалистов
8	Мониторинг	Анализ удовлетворенности ППС, аудит кадровых процедур

Области оценки

1. Соответствие профессорско-преподавательского состава установленным квалификационным требованиям.

2. Прохождение аттестации преподавателями в установленные сроки.

3. Участие ППС в программах повышения квалификации и профессионального развития.

4. Удовлетворённость ППС условиями труда, развития и корпоративной культурой.

5. Соответствие штатной численности утверждённому плану и профилю образовательных программ.

6. Развитие наставничества и вовлечённость опытных преподавателей в работу с молодыми коллегами.

7. Наличие отчётности по результатам мониторинга удовлетворённости ППС и мерам по её повышению.

8. Учёт и реализация предложений преподавателей и наставников, полученных через механизмы обратной связи.

Риски и меры по их снижению

№	Риск	Меры по снижению
---	------	------------------

1	Недостаток квалифицированных кадров	Развитие кадрового резерва, активный поиск и конкурсы
2	Непрозрачность процедур подбора и оценки	Опубликование критериев, обучение руководителей
3	Выгорание и демотивация ППС	Поддержка благоприятной среды, профессионального роста
4	Несоблюдение академической этики	Контроль за выполнением Кодекса чести, дисциплинарные меры
5	Перегрузка сотрудников	Оптимизация нагрузки, планирование штатного расписания
6	Игнорирование предложений и замечаний ППС	Включение анализа обратной связи в ежегодные отчеты, учет данных при планировании мероприятий по развитию и мотивации

Документальное обеспечение реализации Стандарта 5

Система нормативных документов, поддерживающих реализацию политики в отношении профессорско-преподавательского состава и наставников, структурирована по уровням управления:


1) Регламентирующий уровень – документы, определяющие кадровую политику, этические и антикоррупционные стандарты, а также порядок подбора, назначения, аттестации и развития сотрудников: кадровая политика, политика противодействия коррупции, кодекс чести ППС и работников, правила подбора и адаптации персонала, конкурсного замещения должностей, аттестации ППС, положения о клинической работе и КРП ППС, правила обучения и профессионального развития персонала, положения о стажировках, о наградах, а также антикоррупционный стандарт.

2) Операционный уровень – документы, обеспечивающие практическую реализацию кадровой политики и сопровождение деятельности ППС: комплаенс-листы, положения о кафедрах, должностные инструкции профессорско-преподавательского состава по уровням должностей, графики и планы повышения квалификации, отчёты об аттестации и нагрузке, СОП по нормированию и учёту педагогической нагрузки, СОП по мониторингу удовлетворённости ППС и наставников условиями труда и развития, СОП по работе с жалобами и предложениями сотрудников, процедуры по наставничеству и менторству, механизмы оценки удовлетворённости условиями труда, а также документы по формированию кадрового резерва и планированию преемственности.

3) Публикации и отчётность – материалы, подтверждающие реализацию кадровой политики: отчёты о профессиональном развитии и аттестации ППС, результаты мониторинга удовлетворённости и реализованных мер, публикации кадровой политики, этических и антикоррупционных документов в открытом доступе (сайт Университета, Электронная библиотека ВНД).

Актуальный перечень внутренних нормативных документов формируется и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД ДРЧР и ДАР.

Ответственность и полномочия

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ		
	НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Департамент академической работы Отдел академического качества	Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности	Редакция: 1 Страница 29 из 56


Подразделение Ответственные лица	Функции / Задачи
Правление	Утверждает кадровую политику и стратегические приоритеты; обеспечивает ресурсы; контролирует выполнение КРІ.
Академический совет	Утверждает правила аттестации; рассматривает развитие кадрового потенциала; анализирует удовлетворённость ППС и корректирует политику.
Департамент развития человеческих ресурсов (ДРЧР)	Организует поиск, подбор, адаптацию и учёт ППС; проводит конкурсы и аттестации; координирует профессиональное развитие, стажировки, НПР; формирует кадровый резерв.
Отдел планирования и контроля учебного процесса (ОПиКУП) ДАР	Рассчитывает и контролирует педагогическую нагрузку; ведёт данные в ИС <i>Staffing</i> и <i>Hero Study Space</i> ; проверяет акты почасовой оплаты; контролирует дисциплины на почасовой основе.
Офис регистратора (ОР) ДАР	Обеспечивает работу с электронными журналами; контролирует своевременное выставление оценок.
Деканаты школ / факультетов	Координируют работу ППС в программах; поддерживают наставничество; анализируют нагрузку и качество преподавания.
Кафедры	Контролируют работу ППС на уровне дисциплин; обеспечивают качество преподавания и академическую честность; участвуют в кадровом резерве и менторстве.
Наставники / менторы	Поддерживают профессиональное становление молодых преподавателей; передают педагогический и научный опыт.
ППС	Обеспечивают преподавание, клиническую и научную деятельность; соблюдают академическую честность; участвуют в развитии и наставничестве.
Комплаенс-служба / Юридический департамент	Контролируют соблюдение законодательства, Кодекса чести и этических норм; разрешают конфликты интересов и дисциплинарные вопросы.
Институт дополнительного профессионального образования (ИДПО)	Организует и реализует программы повышения квалификации и НПР; признаёт результаты дополнительного и неформального образования; оценивает их эффективность.

Стандарт 6. Учебные ресурсы, клинические базы, симуляционный центр и система поддержки обучающихся

Описание

Стандарт определяет принципы, задачи и требования к обеспечению обучающихся современными и достаточными учебными ресурсами, доступом к клиническим базам и симуляционному обучению, а также организацией систем академической, психологической и социальной поддержки. Стандарт ориентирован на создание безопасной, комфортной и инклюзивной образовательной среды, способствующей достижению результатов обучения и личностному развитию.

Соответствие стандартам и нормативам

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="center">Редакция: 1</p>
	<p align="right">Страница 30 из 56</p>		

Международные стандарты: ESG 1.6, WFME BME 6, WFME PGME 6, WFME DDL 6, WFME Master's 6.

Национальные стандарты и нормативы.

Цель:

Обеспечить обучающихся современными и достаточными учебными, клиническими и симуляционными ресурсами, а также системой академической, психологической и социальной поддержки, создавая безопасную, комфортную и инклюзивную образовательную среду, способствующую достижению заявленных результатов обучения и личностному развитию в соответствии с национальными и международными стандартами.

Задачи:

- 1) Обеспечить обучающихся достаточными и актуальными учебными ресурсами, соответствующими целям и профилю образовательных программ.
- 2) Организовать равный доступ ко всем видам практического обучения на клинических базах и в симуляционном центре.
- 3) Поддерживать и развивать инфраструктуру библиотек, ИТ-ресурсов, симуляционных и клинических площадок.
- 4) Создать систему академической, психологической и социальной поддержки, учитывающую индивидуальные потребности обучающихся.
- 5) Гарантировать инклюзивность образовательной среды для обучающихся с ОВЗ и ООП.
- 6) Внедрить формализованное взаимодействие службы поддержки с образовательными программами для учета индивидуальных потребностей обучающихся и мониторинг эффективности реализуемых мер.

Требования:

- 1) Наличие утвержденных процедур обеспечения доступности и обновления ресурсов.
- 2) Соответствие учебных и клинических ресурсов профилю и уровню образовательных программ.
- 3) Регулярный контроль состояния оборудования, помещений и материалов.
- 4) Равные возможности доступа к клиническим базам и симуляционному обучению для всех обучающихся.
- 5) Наличие служб, оказывающих профессиональную и своевременную помощь обучающимся.
- 6) Формализовать процедуры мониторинга удовлетворенности обучающихся ресурсами и поддержкой с публикацией итогов и планов корректирующих мероприятий.

Механизмы реализации

№	Этап	Действия
---	------	----------


1	Планирование	Определение потребности в ресурсах, формирование бюджета, согласование с программами
2	Заключение договоров	Подписание соглашений о сотрудничестве с клиническими базами
3	Обновление	Закупка оборудования, лицензий, учебных и методических материалов
4	Доступ	Регламентация и контроль порядка использования ресурсов
5	Поддержка	Организация консультаций, тренингов и работы службы поддержки
6	Мониторинг	Сбор обратной связи обучающихся, аудит доступности и качества ресурсов. Проведение опросов и других форм сбора обратной связи обучающихся, аудит состояния ресурсов, формирование отчета и плана действий, информирование обучающихся о принятых мерах
7	Корректировка	Обновление политики и процедур на основе мониторинга и внешних рекомендаций. Взаимодействие — регулярное согласование деятельности службы поддержки и учебных подразделений для индивидуализации помощи обучающимся

Области оценки

1. Обеспеченность образовательных программ современными учебными ресурсами в соответствии с установленными стандартами.
2. Равный доступ обучающихся к клиническим базам для практического обучения.
3. Наличие и достаточность симуляционного обучения в образовательных программах.
4. Удовлетворённость обучающихся качеством учебных, клинических и симуляционных ресурсов.
5. Доступность и востребованность услуг академической, психологической и социальной поддержки.
6. Обновление и развитие материально-технической базы в плановом периоде.
7. Наличие отчётности по результатам мониторинга удовлетворённости обучающихся ресурсами и поддержкой.
8. Учёт и реализация предложений обучающихся, полученных по результатам мониторинга и обратной связи.

Риски и меры по их снижению

№	Риск	Меры по снижению
1	Устаревание или недостаток оборудования и материалов	Регулярные аудиты, планирование обновлений
2	Ограниченность доступа к клиническим базам	Заключение дополнительных соглашений, ротация обучающихся
3	Низкое качество симуляционного обучения	Повышение квалификации инструкторов, обновление сценариев
4	Недостаточная поддержка обучающихся	Расширение возможностей службы поддержки, информирование

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 32 из 56</p>

5	Несоответствие ресурсов профилю программ	Верификация и согласование потребностей с кафедрами
6	Игнорирование обратной связи обучающихся	Введение механизма публикации итогов мониторинга и плана корректирующих мероприятий, закрепление ответственности за их выполнение

Документальное обеспечение реализации Стандарта 6

Система нормативных документов, поддерживающих реализацию обеспечения учебными ресурсами, клиническими базами, симуляционным центром и системой поддержки обучающихся, структурирована по уровням управления:

1) Стратегический уровень – документы, определяющие общую политику в сфере информационной безопасности и инфраструктуры Университета (политика информационной безопасности).

2) Регламентирующий уровень – документы, устанавливающие правила и процедуры организации и эксплуатации ресурсов и систем поддержки: положения о клинических базах, симуляционном центре, библиотечном фонде и ИТ-ресурсах, поддержке обучающихся, клинической работе ППС, библиотеке, кураторстве и менторстве; правила эксплуатации вычислительной техники и информационных ресурсов, обеспечения непрерывности ИТ-сервисов.


3) Операционный уровень – документы, обеспечивающие практическую реализацию доступа и использования ресурсов: договоры с клиническими базами, графики использования симуляционного центра и клинических баз, регламенты доступа к электронным ресурсам и платформам, правила пользования библиотекой; СОП по составлению карт методического обеспечения, приобретению учебной литературы, ведению электронного журнала; механизмы мониторинга удовлетворённости обучающихся ресурсами и поддержкой, корректировки политики и процедур на основе мониторинга и внешних рекомендаций, взаимодействия службы поддержки с образовательными программами, а также плановое обновление оборудования и инфраструктуры.

4) Публикации и отчётность – материалы, подтверждающие реализацию и прозрачность обеспечения учебными ресурсами: отчёты о мониторинге удовлетворённости обучающихся, публикации правил доступа к библиотечным, клиническим и симуляционным ресурсам в открытом доступе (сайт Университета, Электронная библиотека ВНД).

Актуальный перечень внутренних нормативных документов формируется и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД ДАР.

Ответственность и полномочия

Подразделение / Ответственные лица	Функции / Задачи
Правление	Утверждает стратегию развития ресурсной базы, симуляционного центра, ИТ и систем поддержки; утверждает и контролирует бюджет.


	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
	<p align="right">Страница 33 из 56</p>		

Академический совет	Рассматривает эффективность использования ресурсов; утверждает политику доступа; принимает решения по итогам мониторинга удовлетворённости студентов.
Учебно-методический отдел (УМО) ДАР	Контролирует методическое обеспечение дисциплин и обеспеченность литературой; координирует закуп литературы совместно с библиотекой.
Научная библиотека	Обеспечивает доступ к печатным и электронным ресурсам; актуализирует фонд; взаимодействует с кафедрами; участвует в мониторинге удовлетворённости.
Симуляционный центр	Организует симуляционные занятия; обновляет сценарии и оборудование; обучает инструкторов.
Клинические базы / Департамент по клинической работе	Обеспечивают практическое обучение; контролируют равный доступ студентов и резидентов; ведут отчётность; взаимодействуют с кафедрами.
Кафедры	Контролируют качество практического и симуляционного обучения; формируют карты методического обеспечения; участвуют в мониторинге удовлетворённости.
Служба поддержки обучающихся (академическая, психологическая, социальная)	Обеспечивает академическую, психологическую и социальную помощь; участвует в мониторинге удовлетворённости; предлагает меры по улучшению условий обучения.
ИТ-служба / департамент цифровизации	Обеспечивает доступность и безопасность ИТ-ресурсов и платформ; отвечает за резервное копирование и поддержку пользователей.
Юридический отдел	Сопровождает договоры с клиническими базами и партнёрами; обеспечивает соблюдение нормативных требований.
Деканаты школ / факультетов	Координируют использование ресурсов на уровне программ; взаимодействуют с кафедрами, библиотекой, симуляционным центром и службами поддержки; информируют обучающихся.
Студенческое самоуправление / Совет резидентов	Передают предложения по обеспеченности ресурсами; участвуют в опросах; информируют студентов о возможностях службы поддержки.
Внешние партнёры (работодатели, клинические базы)	Предоставляют практические базы; дают обратную связь о подготовке студентов; формируют требования к ресурсам.

Стандарт 7. Принципы и организация управления информацией

Описание

Стандарт устанавливает принципы, задачи и требования к управлению информацией и информационно-технологической инфраструктурой Университета, обеспечивающим сбор, хранение, анализ, защиту и предоставление достоверных данных для принятия управленческих решений и обеспечения прозрачности деятельности. Стандарт охватывает организацию систем управления данными, цифровых сервисов и ИТ-инфраструктуры, поддерживающих образовательные, научные и административные процессы.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p>Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p>Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1 Страница 34 из 56</p>

Соответствие стандартам и нормативам

Международные стандарты: ESG 1.7, WFME BME 7, WFME PGME 7, WFME Master's 7, ISO 9001:2015.

Национальные стандарты и нормативы.

Цель:

Обеспечить эффективное управление информацией и ИТ-инфраструктурой Университета для сбора, хранения, защиты и использования достоверных данных, поддерживающих принятие управленческих решений, прозрачность деятельности и развитие цифровизации, при соблюдении требований информационной безопасности и защиты персональных данных.

Задачи:

- 1) Обеспечить доступность и достоверность информации для всех заинтересованных сторон в пределах их полномочий.
- 2) Организовать сбор, хранение, обработку и использование данных для управления качеством образовательной, научной и клинической деятельности.
- 3) Гарантировать информационную безопасность и защиту персональных данных.
- 4) Поддерживать и развивать цифровизацию процессов университета.
- 5) Повышать компетенции сотрудников и пользователей в работе с информационными системами.
- 6) Организовать формализованный сбор обратной связи от пользователей ИС и использование полученных данных для принятия решений о совершенствовании ИТ инфраструктуры и процедур управления информацией.

Требования:

- 1) Наличие утвержденной политики управления информацией и ИТ-инфраструктурой.
- 2) Поддержание бесперебойной работы информационных систем и регулярное обновление оборудования и программного обеспечения.
- 3) Наличие регламентов по резервному копированию, восстановлению данных и реагированию на инциденты.
- 4) Соблюдение законодательства о защите персональных данных и конфиденциальной информации.
- 5) Предоставление пользователям доступа к данным в пределах их прав и обязанностей.
- 6) Регулярное обучение пользователей работе с системами и стандартам информационной безопасности.
- 7) Внедрить процедуру оценки удовлетворенности пользователей ИС с публикацией итогов и плана улучшений.

Механизмы реализации

№	Этап	Действия
---	------	----------

1	Планирование	Определение потребностей и приоритетов развития ИТ и управления данными
2	Разработка	Подготовка и утверждение регламентов, политик и инструкций
3	Внедрение	Настройка систем, распределение прав доступа, обучение пользователей
4	Мониторинг	Сбор статистики, аудит ИТ и систем управления информацией сбор статистики, аудит ИТ и систем управления информацией, проведение опросов пользователей и анализ полученных предложений
5	Защита	Внедрение технологий защиты, резервное копирование, шифрование
6	Обновление	Плановое обновление аппаратного и программного обеспечения
7	Отчетность	Подготовка аналитических отчетов о работе систем и выявленных рисках. на основе мониторинга и обратной связи пользователей вносить изменения в процедуры, политику и настройки систем


Области оценки

1. Наличие утверждённой политики управления информацией и ИТ-инфраструктурой.
2. Обучение пользователей работе с информационными системами и цифровыми сервисами.
3. Эффективность механизмов резервного копирования и восстановления данных после сбоев.
4. Удовлетворённость пользователей качеством работы информационных систем.
5. Наличие и актуальность резервных копий данных.
6. Состояние информационной безопасности и предотвращение инцидентов.
7. Наличие отчётности по мониторингу удовлетворённости пользователей ИС и результатам анализа.
8. Учёт и реализация предложений пользователей по результатам мониторинга и обратной связи.

Риски и меры по их снижению

№	Риск	Меры по снижению
1	Потеря или повреждение данных	Регулярное резервное копирование, тестирование восстановления
2	Неавторизованный доступ к данным	Настройка контроля доступа, двухфакторная аутентификация
3	Сбои в работе систем	Плановое обновление оборудования, мониторинг работоспособности
4	Недостаточная квалификация пользователей	Проведение регулярного обучения и инструктажей
5	Несоблюдение законодательства о защите данных	Внутренний аудит и контроль юридической службы
6	Игнорирование обратной связи пользователей ИС	Закрепление ответственности за анализ и публикацию итогов мониторинга и реализации предложений

Документальное обеспечение реализации Стандарта 7

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 36 из 56</p>

Система нормативных документов, поддерживающих реализацию принципов и организации управления информацией, структурирована по уровням управления:

1) Стратегический уровень – документы, определяющие миссию, стратегию и рамки функционирования Университета: Устав, стратегический план, программа развития.

2) Регламентирующий уровень – документы, устанавливающие правила и процедуры управления информацией и ИТ-инфраструктурой: политика управления информацией и ИТ, положения о защите персональных данных, доступе к информационным системам и официальном сайте Университета, регламент резервного копирования и восстановления данных, руководство по качеству, регламент управления документацией, правила документирования, положения о терминологической комиссии, по трёхязычному обучению и цифровой доступности и инклюзии, СОП по экспорту данных в единую систему управления высшим образованием (далее – ЕСУВО), а также документы по управлению рисками.


3) Операционный уровень – документы, обеспечивающие практическую реализацию управления информацией: руководства пользователей информационных систем, отчёты о мониторинге ИТ и инцидентов, программы регулярного обучения пользователей, регламенты по обновлению оборудования и программы обучения (далее – ПО), формализованные процедуры оценки удовлетворённости пользователей ИС, двухфакторной аутентификации и реагирования на угрозы безопасности, а также СОП по мониторингу удовлетворённости пользователей и корректировке процедур управления информацией.

4) Публикации и отчётность – материалы, подтверждающие прозрачность и реализацию политики управления информацией: отчёты о результатах мониторинга удовлетворённости пользователей и инцидентов, публикация итогов мониторинга и планов корректирующих мероприятий на сайте Университета и в Электронной библиотеке ВНД.

Актуальный перечень внутренних нормативных документов формируется и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД ДАР и департамента цифровизации.

Ответственность и полномочия

Подразделение / Ответственные лица	Функции / Задачи
Правление	Утверждает регламенты работы с академическими данными; контролирует прозрачность и доступность информации для стейкхолдеров.
Академический совет	Управляет ИТ-инфраструктурой и базами данных; администрирует системы; обеспечивает информационную безопасность; проводит резервное копирование и восстановление; внедряет цифровые сервисы; мониторит удовлетворённость пользователей и реализует улучшения.
ИТ-служба / департамент цифровизации	Интегрирует данные в систему качества; разрабатывает регламенты по документации; анализирует риски в сфере ИС; готовит аналитические отчёты для руководства.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	Департамент академической работы Отдел академического качества	Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности	<p align="right">Редакция: 1</p> <p align="right">Страница 37 из 56</p>

Управление рисков и СМК	Ведёт и актуализирует академические данные в ИС (успеваемость, планы, каталоги); контролирует корректность информации; координирует цифровизацию образовательных процессов.
Департамент академической работы (ДАР)	Контролирует соблюдение законодательства о защите персональных данных и авторских прав; проводит правовую экспертизу документов и соглашений.
Юридический отдел	Обеспечивают достоверность и актуальность данных по своим направлениям; формируют отчётность; участвуют в обучении по правилам работы с ИС.
Кафедры и структурные подразделения	Контролируют внесение данных по образовательным программам; собирают обратную связь от студентов и преподавателей; участвуют в обучении пользователей.
Деканаты школ / факультетов	Соблюдают правила работы с ИС и защиты данных; своевременно вносят информацию; участвуют в опросах и обратной связи.
Пользователи (ППС, сотрудники, студенты)	Передают предложения студентов о работе ИС; участвуют в тестировании функций; информируют обучающихся о цифровых сервисах.
Студенческое самоуправление / Совет резидентов	Получают данные в пределах полномочий; дают обратную связь и требования к качеству информационного обеспечения; оценивают прозрачность и доступность данных.
Внешние партнёры (работодатели, аккредитационные агентства, госорганы)	Получают и используют данные Университета в пределах полномочий; предоставляют внешнюю обратную связь и требования к качеству информационного обеспечения; участвуют в оценке прозрачности и доступности данных.

Стандарт 8. Информирование общественности

Описание

Стандарт устанавливает принципы, цели, задачи и требования к информированию общественности о деятельности Университета. Стандарт ориентирован на обеспечение прозрачности, подотчетности, формирование положительного имиджа и поддержание доверия со стороны обучающихся, их родителей, работодателей, профессионального сообщества и общества в целом.

Соответствие стандартам и нормативам


Международные стандарты: ESG 1.8, WFME BME 7, 8, WFME PGME 7, 8, WFME Master's 7, 8.

Национальные стандарты и нормативы.

Цель:

Обеспечить прозрачность и подотчётность деятельности Университета через своевременное и достоверное информирование общества, формирование и поддержание положительного имиджа и академической репутации, привлечение обучающихся, партнёров и инвесторов, а также укрепление доверия внешних аудиторий на основе современных и безопасных коммуникационных практик.

Задачи:

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1 Страница 38 из 56</p>

1) Обеспечить доступность, достоверность и своевременность информации о миссии, стратегических целях, образовательных программах, достижениях и результатах деятельности Университета.

2) Укреплять доверие и поддерживать высокий уровень общественной и профессиональной репутации.

3) Формировать единую редакционную политику и единые стандарты коммуникаций.

4) Организовать взаимодействие с ключевыми внешними аудиториями: средства массовой информации (далее – СМИ), профессиональными ассоциациями, работодателями, органами власти.

5) Поддерживать и развивать современные каналы внешней коммуникации, включая цифровые платформы и социальные сети.

6) Организовать сбор и учет предложений, жалоб и отзывов внешних заинтересованных сторон в целях совершенствования внешних коммуникаций и повышения удовлетворенности.

Требования:

1) Наличие утверждённой политики информирования общественности и регламентов по взаимодействию со СМИ и заинтересованными сторонами.

2) Поддержание полноты, достоверности, доступности и регулярного обновления публикуемой информации.

3) Определение ответственных лиц и подразделений за подготовку, согласование и публикацию информации.

4) Соблюдение законодательства о персональных данных, авторских правах и коммерческой тайне.

5) Плановое формирование и поддержание положительного имиджа Университета.

6) Внедрить формализованную процедуру мониторинга упоминаний Университета в СМИ и социальных сетях с последующим анализом и публикацией итогов.

Механизмы реализации

№	Этап	Действия
1	Планирование	Разработка политики и медиаплана, определение целевых аудиторий
2	Организация каналов	Поддержка сайта, социальных сетей, выпуск печатных и цифровых материалов
3	Подготовка	Сбор, проверка и согласование материалов, единое оформление
4	Публикация	Размещение информации на официальных ресурсах, рассылки, брифинги
5	Взаимодействие	Ответы на запросы СМИ и граждан, участие в мероприятиях, пресс-конференциях
6	Мониторинг	Анализ отклика аудитории, оценка эффективности коммуникаций. анализ отклика аудитории, оценка эффективности коммуникаций, сбор и систематизация обратной

		связи, подготовка отчета о положительных и негативных упоминаниях
7	Корректировка	Улучшение стратегий и контента по итогам анализа и обратной связи
8	Отчетность	Регулярная публикация итогов мониторинга, откликов аудитории и реализованных мероприятий по улучшению коммуникаций.

Области оценки

1. Наличие утверждённой политики управления информацией и ИТ-инфраструктурой.
2. Обучение пользователей работе с информационными системами и цифровыми сервисами.
3. Эффективность механизмов резервного копирования и восстановления данных после сбоев.
4. Удовлетворённость пользователей качеством работы информационных систем.
5. Наличие и актуальность резервных копий данных.
6. Состояние информационной безопасности и предотвращение инцидентов.
7. Наличие отчётности по мониторингу удовлетворённости пользователей ИС и результатам анализа.
8. Учёт и реализация предложений пользователей по результатам мониторинга и обратной связи.


Риски и меры по их снижению

№	Риск	Меры по снижению
1	Недостоверная или неполная информация	Многоступенчатая проверка и согласование материалов
2	Потеря актуальности информации	Определение сроков и ответственных за обновление
3	Низкая вовлеченность аудитории	Адаптация форматов и каналов под целевые группы
4	Нарушение законодательства о персональных данных	Контроль со стороны юридической службы
5	Игнорирование обратной связи внешних аудиторий	Назначение ответственных за учет и реализацию предложений, публикация итогов мониторинга

Документальное обеспечение реализации Стандарта 8

Система нормативных документов, поддерживающих реализацию политики информирования общественности, структурирована по уровням управления:

- 1) Регламентирующий уровень – документы, определяющие общие принципы и правила внешних коммуникаций: политика информирования общественности, положения о работе с обращениями граждан и СМИ, об официальном сайте Университета, редакционная политика с указанием на соблюдение законодательства о персональных данных и авторских правах.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
	<p align="right">Страница 40 из 56</p>		


2) Операционный уровень – документы, обеспечивающие практическую реализацию взаимодействия с внешними аудиториями: медиапланы, планы публикаций и пресс-релизы, регламенты управления кризисными ситуациями и информационными рисками, механизмы сбора и анализа откликов аудитории, мониторинга упоминаний в СМИ и социальных сетях, процедуры регулярного обучения сотрудников корпоративным коммуникациям и работе с медиа, а также СОП по мониторингу упоминаний Университета и СОП по подготовке и публикации отчётов о внешних коммуникациях и реализованных предложениях.

3) Публикации и отчётность – материалы, подтверждающие прозрачность и эффективность внешних коммуникаций: публичные отчёты о реализации политики информирования, пресс-релизы, публикации в СМИ и социальных сетях, отчёты по результатам мониторинга упоминаний и реакции аудитории, размещаемые на официальном сайте Университета и в Электронной библиотеке ВНД.

Актуальный перечень внутренних нормативных документов формируется и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД PR-службы и департамента цифровизации.

Ответственность и полномочия

Подразделение / Ответственные лица	Функции / Задачи
Правление	Утверждает политику информирования и ключевые решения; выделяет ресурсы; контролирует соответствие ESG/WFME.
Академический совет	Утверждает основные информационные материалы об образовательных программах и достижениях; обеспечивает соответствие миссии и академической честности.
PR-служба / пресс-служба	Реализует политику коммуникаций и медиапланы; готовит и публикует материалы; взаимодействует со СМИ; мониторит упоминания в СМИ и соцсетях; анализирует обратную связь.
Департамент цифровизации / ИТ-служба	Поддерживает сайт и цифровые платформы; обеспечивает актуальность материалов и кибербезопасность.
Юридический отдел	Контролирует соблюдение законодательства о данных, авторских правах и тайне; проводит правовую экспертизу контента и договоров.
Канцелярия / Отдел по работе с обращениями	Принимает и регистрирует обращения; обеспечивает их рассмотрение и информирование заявителей; готовит сводные отчёты.
Школы / факультеты / кафедры	Готовят материалы по программам, исследованиям и мероприятиям; согласовывают публикации с PR-службой.
Департамент стратегического развития / управление рисков и СМК	Анализирует имиджевые риски; корректирует медиастратегию; включает данные в отчётность ESG/WFME и KPI.
Студенческое самоуправление / Совет резидентов	Распространяют информацию о студенческой жизни; собирают обратную связь студентов; продвигают позитивный имидж Университета в соцсетях.
Сотрудники Университета (ППС,	Соблюдают правила коммуникации; предоставляют данные для публикаций; участвуют в мониторинге и улучшении коммуникаций.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ		
	НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
	Департамент академической работы Отдел академического качества	Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности	Редакция: 1 Страница 41 из 56

АУП, вспомогательный персонал)	
Внешние аудиторы (работодатели, выпускники, партнёры, СМИ)	Предоставляют обратную связь и отзывы; участвуют в мероприятиях и опросах; формируют внешнюю оценку имиджа Университета.

Стандарт 9. Постоянный мониторинг и периодическая оценка программ

Описание

Стандарт определяет принципы, задачи и требования к организации постоянного мониторинга и периодической оценки образовательных программ, направленных на обеспечение их актуальности, качества и соответствия миссии, стратегии Университета, ожиданиям обучающихся, работодателей и общества. Мониторинг и оценка обеспечивают данные для обоснованного принятия решений о совершенствовании ОП и подготовки к внешней экспертизе.

Соответствие стандартам и нормативам

Международные стандарты: ESG 1.9, WFME BME 7, WFME PGME 7, WFME Master's 7, ISO 9001:2015.

Национальные стандарты и нормативы.

Цель:

Обеспечить постоянный мониторинг и периодическую оценку образовательных программ для поддержания их качества, актуальности и соответствия миссии и стратегии Университета, с использованием объективных данных и обратной связи заинтересованных сторон для совершенствования, стратегического планирования и подготовки к внешним оценкам.

Задачи:

- 1) Обеспечить систематический сбор, анализ и использование данных о реализации ОП.
- 2) Выявлять сильные стороны и зоны развития программ на основе объективных данных и обратной связи.
- 3) Обеспечивать своевременное обновление ОП с учетом изменений в профессиональных стандартах, научных достижениях и запросах рынка труда.
- 4) Учитывать мнения обучающихся, выпускников, преподавателей, работодателей и других заинтересованных сторон.
- 5) Поддерживать готовность ОП к внешним оценкам и аккредитациям.
- 6) Организовать регулярное информирование участников мониторинга о выполнении рекомендаций и достигнутых улучшениях.

Требования:

- 1) Наличие утвержденных процедур мониторинга и оценки ОП, включая показатели, источники данных и периодичность.

2) Определение ответственности за сбор, анализ и представление данных на всех уровнях.

3) Сбор данных из разнообразных источников: опросы, академические показатели, отчеты кафедр, экспертные заключения.

4) Документирование и публикация ключевых результатов мониторинга и самооценки.

5) Использование результатов мониторинга для принятия решений по развитию программ.

6) Внедрение формализованного механизма учета и контроля за выполнением рекомендаций по результатам мониторинга с фиксированными сроками исполнения и ответственными лицами.

Механизмы реализации

№	Этап	Действия
1	Планирование	Определение целей, показателей, сроков и источников данных
2	Сбор данных	Проведение опросов, анализ учебной и методической документации, отчеты кафедр
3	Анализ данных	Сравнение фактических результатов с плановыми показателями и стандартами
4	Отчетность	Подготовка и представление отчетов о результатах мониторинга и самооценок. подготовка и представление отчетов о результатах мониторинга и самооценок, публикация сводных результатов на сайте, информирование участников о статусе реализации рекомендаций.
5	Корректировка	Внесение изменений в ОП на основе данных мониторинга и рекомендаций
6	Публикация	Ознакомление заинтересованных сторон с ключевыми результатами и планами улучшений
7	Контроль выполнения	Организация мониторинга реализации рекомендаций и публикация итогов

Области оценки

1. Наличие утверждённой процедуры мониторинга и оценки образовательных программ.

2. Полнота охвата образовательных программ плановым мониторингом.

3. Реализация рекомендаций, выработанных по итогам мониторинга и оценки.


4. Удовлетворённость участников процессом мониторинга и оценки (обучающихся, ППС, работодателей).

5. Проведение внешних рецензий и экспертных заключений по образовательным программам.

6. Наличие отчётности о выполнении рекомендаций по итогам мониторинга и оценочных процедур.

7. Своевременность выполнения рекомендаций и корректирующих мероприятий.

8. Уровень удовлетворённости обучающихся ключевыми аспектами обучения.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 43 из 56</p>

9. Уровень удовлетворённости профессорско-преподавательского состава условиями реализации программ.

10. Уровень удовлетворённости работодателей качеством подготовки выпускников.

Достижение и поддержание этих показателей контролируется в рамках ежегодного мониторинга и анализа качества.

Риски и меры по их снижению

№	Риск	Меры по снижению
1	Недостаточность или недостоверность данных	Разнообразие источников, верификация данных
2	Низкая вовлеченность стейкхолдеров	Информирование, включение в рабочие группы
3	Отсутствие своевременной реакции на результаты	Установление контроля за выполнением рекомендаций
4	Формальность процедуры	Вовлечение внешних и независимых экспертов, публичное обсуждение
5	Отсутствие контроля за выполнением рекомендаций	Назначение ответственных, установление сроков и регулярный отчет о прогрессе

Документальное обеспечение реализации Стандарта 9


Система нормативных документов, поддерживающих реализацию постоянного мониторинга и периодической оценки образовательных программ, структурирована по уровням управления:

1) Стратегический уровень – документы, определяющие общие принципы добросовестности и прозрачности мониторинга: политика Университета в области противодействия коррупции.

2) Регламентирующий уровень – документы, закрепляющие правила и порядок проведения мониторинга и самооценки: положение о мониторинге и самооценке ОП, руководство по самооценке, положение о комиссиях по самооценке, шаблоны отчётов о мониторинге.

3) Операционный уровень – документы, обеспечивающие практическую реализацию мониторинга и оценки программ: СОП по оценке и анализу образовательных программ, планы мониторинга, протоколы заседаний комиссий, положение о советах работодателей, механизмы сбора внешних экспертных заключений и рецензий, процедуры анализа удовлетворённости участников мониторинга, документы по оценке удовлетворённости обучающихся, ППС, выпускников и работодателей, планы контроля выполнения рекомендаций, а также СОП по контролю за выполнением рекомендаций, публикации результатов мониторинга, сбору и использованию обратной связи студентов и мониторингу их удовлетворённости и вовлечённости.

4) Публикации и отчётность – материалы, подтверждающие прозрачность и использование данных мониторинга: регулярное публичное информирование о ключевых результатах на сайте Университета, отчёты о выполнении рекомендаций, публикации результатов анализа удовлетворённости и вовлечённости.

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
Департамент академической работы Отдел академического качества		Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности	Редакция: 1 Страница 44 из 56

Актуальный перечень внутренних нормативных документов формируется и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД ДАР (ОАК).

Ответственность и полномочия


Подразделение / Ответственные лица	Функции / Задачи
Правление	Утверждает стратегию мониторинга и оценки; принимает решения по совершенствованию программ; контролирует выполнение рекомендаций и САРА.
Академический совет	Утверждает результаты мониторинга и самооценки; обеспечивает соответствие миссии, стратегии и стандартам; принимает корректирующие меры.
Отдел академического качества (ОАК) ДАР	Организует и методически сопровождает мониторинг; разрабатывает индикаторы и шаблоны; анализирует данные и готовит отчёты; координирует выполнение рекомендаций.
Комитет образовательных программ (КОП)	Рассматривает результаты по программам; инициирует пересмотр и обновление ОП; организует внешние рецензии; учитывает обратную связь студентов, выпускников и работодателей.
Комиссия по обеспечению качества (КОК)	Анализирует результаты по факультетам/школам; ведет мониторинг реализации рекомендаций; формирует предложения по корректировке политики и процедур.
Деканаты школ / факультетов	Обеспечивают сбор и анализ данных по программам; организуют обсуждение результатов с ППС и студентами; представляют отчёты в КОП и ДАР.
Кафедры	Осуществляют мониторинг дисциплин; собирают данные по успеваемости и методобеспечению; готовят отчёты для деканатов и КОК.
Совет работодателей / внешние эксперты	Проводят независимые рецензии; оценивают соответствие подготовки рынку труда; формируют рекомендации.
Обучающиеся	Участвуют в опросах и фокус-группах; дают обратную связь по содержанию и организации программ; информируются о результатах и мерах.
Выпускники	Оценивают актуальность полученных компетенций; участвуют в опросах и интервью для анализа результатов обучения.
Работодатели и профессиональные сообщества	Дают обратную связь о качестве подготовки выпускников; предлагают обновление компетенций и содержания программ.

Стандарт 10. Периодическое внешнее обеспечение качества

Описание

Стандарт определяет принципы, задачи и требования к организации периодического внешнего обеспечения качества образовательных программ, процессов и внутренней системы качества Университета. Внешняя оценка проводится независимыми профессиональными организациями и экспертами для подтверждения соответствия установленным стандартам качества, повышения доверия и устойчивого развития Университета.

Соответствие стандартам и нормативам

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 45 из 56</p>

Международные стандарты: ESG 1.10, WFME BME 7, 8, WFME PGME 7, 8, WFME Master's 7, 8, ISO 9001:2015.

Национальные стандарты и нормативы.

Цель:

Обеспечить регулярное внешнее подтверждение качества образовательных программ, процессов и внутренней системы качества Университета в соответствии с национальными и международными стандартами, через независимую экспертную оценку, системный постаккредитационный мониторинг и использование рекомендаций внешних экспертов для укрепления доверия, конкурентоспособности и устойчивого развития Университета.

Задачи:

- 1) Подтвердить соответствие деятельности Университета национальным и международным стандартам качества.
- 2) Получить независимую экспертную оценку сильных и слабых сторон образовательных программ и процессов.
- 3) Использовать рекомендации экспертов для непрерывного совершенствования.
- 4) Повысить доверие со стороны обучающихся, партнёров, работодателей и общества.
- 5) Укрепить позиции Университета в профессиональных рейтингах и сообществах.
- 6) Организация постаккредитационного мониторинга в установленные сроки и подготовка отчетности для аккредитационного агентства

Требования:

- 1) Наличие утвержденных процедур подготовки и проведения внешней оценки.
- 2) Определение ответственности подразделений и лиц за подготовку данных, взаимодействие с экспертами и сопровождение процедур.
- 3) Своевременное, полное и достоверное предоставление доказательных материалов.
- 4) Документирование и публикация ключевых результатов внешней оценки и плана по реализации рекомендаций.
- 5) Планирование внешней оценки в стратегическом цикле развития Университета.
- 6) Ведение базы данных аккредитованных программ с указанием сроков действия и контроль своевременности повторной аккредитации.
- 7) Планирование бюджета на аккредитацию и мониторинг заранее, с учетом всех процедур.
- 8) Установить минимальную периодичность внешних процедур: аккредитация программ — не реже одного раза в 5 лет, постаккредитационный мониторинг — ежегодно, пересмотр процедур — не реже одного раза в 3 года.

9) Обеспечить ведение единой базы данных аккредитованных программ и ПАМ с определением ответственных, формата данных и порядка обновления, с периодичностью обновления базы — не реже одного раза в квартал.

Механизмы реализации

№	Этап	Действия
1	Планирование	Определение сроков, форматов и агентств для проведения внешней оценки. Включение аккредитаций, ПАМ и рейтингов в стратегический цикл развития. Планирование и резервирование бюджета на аккредитацию и ПАМ. Резервирование времени в календарном плане университета. Планирование обучения и инструктажей сотрудников, вовлечённых в подготовку.
2	Подготовка	Формирование рабочих групп. Сбор, верификация и систематизация доказательных материалов. Обеспечение качества и полноты документации.
3	Взаимодействие	Организация визитов, встреч, интервью и сопровождение экспертов. Обеспечение открытости и доступности данных для экспертов. Разъяснительная работа с участниками о целях и задачах внешней оценки.
4	Анализ	Изучение отчётов внешних экспертов. Выделение сильных сторон и зон развития. Подготовка предложений по корректировке образовательных программ и процессов.
5	Реализация	Разработка и выполнение плана корректирующих и развивающих мероприятий. Включение мер по мотивации сотрудников, ППС и студентов к участию. Контроль сроков и качества реализации мероприятий.
6	Отчётность	Обязательное размещение итогов внешней оценки и планов действий во внутреннем портале и на официальном сайте (в формате и сроки, согласованные с PR-службой). Ведение единой базы данных аккредитованных программ и ПАМ с регулярным обновлением не реже одного раза в квартал. Подготовка сводных отчётов о выполнении рекомендаций и информирование стейкхолдеров о достигнутых результатах.

Области оценки

1. Наличие актуальной процедуры внешней оценки образовательных программ и процессов.
2. Полнота охвата образовательных программ внешними оценками и аккредитациями в соответствии с планом.
3. Реализация рекомендаций внешних экспертов и аккредитационных агентств.
4. Проведение внешних экспертиз и аккредитаций в установленный период (например, за 5 лет).
5. Качество взаимодействия Университета с внешними экспертами и уровень их удовлетворённости.
6. Позиции Университета в национальных и международных рейтингах в соответствии со стратегическим планом.
7. Динамика позиций в приоритетных рейтингах (QS, THE, NAAP и др.).

8. Своевременность и корректность предоставления данных для внешних оценок и рейтингов.

9. Наличие и актуальность базы данных аккредитованных программ и планов повторной аккредитации.

10. Своевременность выполнения отчётности по постаккредитационному мониторингу.

11. Документирование методик расчёта и инструментов обратной связи (анкеты, фокус-группы и др.) для оценки удовлетворённости экспертов.

12. Своевременное информирование стейкхолдеров о результатах внешних оценок и публикация отчётности.

Риски и меры по их снижению


№	Риск	Меры по снижению
1	Недостаточная подготовка к внешней оценке	Формирование рабочих групп, обучение участников
2	Недостоверность или неполнота представленных данных	Верификация и многоступенчатая проверка доказательств
3	Низкая вовлеченность персонала	Разъяснительная работа, мотивация и включение сотрудников
4	Несвоевременное выполнение рекомендаций	Контроль за реализацией плана действий с назначением ответственных
5	Пропуск срока повторной аккредитации	Ведение базы данных, автоматическое напоминание, включение в планы подразделений
6	Несвоевременность или неполнота ПАМ	Контроль графика ОАК, регулярные отчеты рабочих групп
7	Недостаточная мотивация и информированность участников	Проведение разъяснительной работы, публикация положительных практик, привлечение студентов, ППС и сотрудников к подготовке через стимулирующие меры

Документальное обеспечение реализации Стандарта 10

Система нормативных документов, поддерживающих реализацию периодического внешнего обеспечения качества, структурирована по уровням управления:

1) Регламентирующий уровень – документы, закрепляющие порядок проведения внешних оценок и взаимодействия с аккредитационными агентствами: положение о внешнем обеспечении качества, порядок взаимодействия с аккредитационными агентствами, руководство по подготовке к аккредитации, шаблоны самооценочных отчётов, положения о мониторинге и обратной связи, положение о постаккредитационном мониторинге.

2) Операционный уровень – документы, обеспечивающие практическую реализацию процедур аккредитации, экспертизы и постаккредитационного мониторинга: планы-графики аккредитаций и внешних экспертиз, протоколы заседаний рабочих групп, отчёты внешних экспертных комиссий, формализованные процедуры обучения сотрудников подготовке к аккредитации и взаимодействию с

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1 Страница 48 из 56</p>

экспертами, механизмы мониторинга выполнения рекомендаций, процедуры сбора обратной связи от экспертов, планы публикации результатов, СОП по подготовке к национальным рейтингам и аккредитациям, база данных аккредитованных программ и планы-графики ПАМ, отчёты ПАМ, СОП по контролю обновления базы аккредитованных программ и ПАМ, СОП по публикации итогов внешних оценок и плана действий, а также СОП по информированию и мотивации участников внешних оценок.

3) Публикации и отчётность – материалы, подтверждающие прозрачность процедур внешнего обеспечения качества: публикация ключевых результатов внешней оценки и постаккредитационного мониторинга, отчёты о выполнении рекомендаций экспертов, обновление базы аккредитованных программ и ПАМ, открытый доступ к итогам аккредитаций на сайте Университета и в Электронной библиотеке ВНД.

Актуальный перечень внутренних нормативных документов формируется и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД ДАР (ОАК).

Ответственность и полномочия

Подразделение / Ответственные лица	Функции / Задачи
Правление	Утверждает политику и стратегию внешних оценок, бюджет аккредитаций и ПАМ; контролирует выполнение САРА и периодичность процедур.
Академический совет	Рассматривает итоги внешних оценок и ПАМ; утверждает планы действий; интегрирует выводы в регламенты, ОП и КРІ.
Отдел академического качества (ОАК) ДАР	Координирует все этапы внешних оценок; ведёт базу аккредитованных программ и ПАМ; разрабатывает СОП и шаблоны; организует обучение; взаимодействует с агентствами; контролирует сроки аккредитаций и ПАМ; готовит и публикует сводные отчёты.
Рабочие группы по аккредитации (межфункциональные)	Формируют доказательную базу; готовят самооценки; сопровождают визиты экспертов; разрабатывают и реализуют САРА; участвуют в ПАМ.
Деканаты школ / факультетов	Обеспечивают достоверность данных по программам; координируют кафедры; реализуют планы улучшений; готовят к аккредитации и ПАМ; информируют студентов и ППС.
Кафедры	Формируют локальные данные и доказательства; участвуют в интервью; выполняют корректирующие меры; отчитываются о прогрессе.
Финансовая служба	Планирует и резервирует бюджет; сопровождает договоры с агентствами; контролирует использование средств.
Юридический отдел	Проводит экспертизу договоров и отчётов; обеспечивает соответствие законодательству и защите персональных данных.
PR-служба / пресс-служба	Публикует итоги и планы действий на сайте и портале; разрабатывает формат публикаций; проводит разъяснительную работу; поддерживает имидж.
Департамент цифровизации / ИТ-служба	Обеспечивает работу реестра аккредитаций и ПАМ; техническую поддержку и безопасность данных; доступ к цифровым сервисам для экспертов.

Обучающиеся, выпускники, работодатели (внешние стейкхолдеры)	Участвуют в опросах, интервью и фокус-группах; предоставляют независимую обратную связь; участвуют в обсуждении итогов.
ППС и сотрудники	Участвуют в подготовке и визитах ВЭК; предоставляют доказательства; выполняют корректирующие мероприятия; проходят обучение по аккредитациям.

Стандарт 11. Непрерывное профессиональное развитие

Описание

Стандарт определяет принципы, задачи и требования к организации непрерывного профессионального развития (Continuing Professional Development — CPD) преподавателей и врачей Университета. Стандарт направлен на поддержание, обновление и расширение профессиональных компетенций, повышение качества образовательной и клинической деятельности, а также укрепление корпоративной культуры и устойчивого развития.

Соответствие стандартам и нормативам

Международные стандарты: WFME Standards for Continuing Professional Development of Medical Doctors (2024), ESG 1.1, 1.5, 1.6, 1.7, ISO 9001:2015.

Национальные стандарты и нормативы.

Цель:

Обеспечить системную организацию непрерывного профессионального развития сотрудников Университета для поддержания и обновления их компетенций, формирования культуры постоянного обучения, инноваций и профессиональной этики, повышения качества образовательной, клинической и научной деятельности, а также признания результатов дополнительного и неформального образования в соответствии с национальными и международными стандартами и целями устойчивого развития.

Задачи:


1) Поддерживать и развивать профессиональные компетенции сотрудников на высоком уровне в соответствии с требованиями образовательных программ и клинической практики.

2) Формировать культуру непрерывного обучения, внедрения инноваций и соблюдения профессиональной этики.

3) Учитывать индивидуальные потребности и карьерные цели сотрудников при планировании развития.

4) Обеспечивать конкурентоспособность Университета за счет повышения квалификации и развития персонала.

5) Вносить вклад в достижение целей устойчивого развития (SDG) через развитие человеческого капитала.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 50 из 56</p>

6) Реализовывать программы дополнительного и неформального образования в соответствии с утвержденными квалификационными требованиями и нормативными актами.

7) Организовывать процедуры признания и учета результатов дополнительного и неформального образования в индивидуальных планах развития сотрудников и при их аттестации.

8) Собирать и анализировать обратную связь от слушателей программ непрерывного профессионального развития для оценки их эффективности и соответствия индивидуальным потребностям.

9) Учитывать квалификационный уровень профессорско-преподавательского состава при планировании и реализации мероприятий по их профессиональному развитию.

Требования:

1) Наличие утверждённой политики и процедур по организации, учёту и контролю мероприятий непрерывного профессионального развития.

2) Определение ответственных подразделений и должностных лиц за планирование, реализацию и учёт мероприятий НПР.

3) Разработка индивидуальных планов развития сотрудников с учётом уровня должности, профиля деятельности и компетенций.

4) Обеспечение доступа сотрудников ко всем формам НПР: формальным, неформальным и самостоятельным.

5) Документирование участия в программах НПР и учёт их результатов при аттестации и карьерном продвижении.

6) Контроль качества программ НПР и их соответствия целям Университета, профессиональным стандартам и ожиданиям заинтересованных сторон.

7) Наличие системы признания результатов обучения, полученных в рамках дополнительного и неформального образования, в соответствии с Приказом № ҚР ДСМ-303/2020.


8) Учет квалификационного уровня профессорско-преподавательского состава при планировании, реализации и учёте мероприятий НПР.

9) Сбор, анализ и использование обратной связи от сотрудников о качестве, доступности и эффективности программ НПР для их дальнейшего совершенствования.

10) Соответствие реализуемых программ НПР установленным квалификационным требованиям для организаций, осуществляющих дополнительное и неформальное образование в области здравоохранения.

11) Обеспечить регулярную верификацию квалификационного уровня ППС и соотнесение его с профилем дисциплин и программ.

12) Включить требования к формализованной процедуре анализа удовлетворенности слушателей НПР и использования этих данных для актуализации программ.

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 51 из 56</p>

13) Установить минимальную периодичность пересмотра и обновления программ НПП — не реже 1 раза в 3 года.

14) Предусмотреть обязательное документирование вклада НПП в достижение целей устойчивого развития (SDG).

Механизмы реализации

№	Этап	Действия
1	Планирование	Определение потребностей, формирование годовых и индивидуальных планов НПП с учетом КВТ и обратной связи. Учет квалификационного уровня ППС при формировании годовых и индивидуальных планов НПП. Включение целей устойчивого развития (SDG) в планы и программы НПП.
2	Реализация	Организация курсов, тренингов, мастер-классов, стажировок, конференций
3	Учет	Ведение реестра участия сотрудников, документирование результатов, признание результатов НПП
4	Поддержка	Финансирование или субсидирование участия, обеспечение доступа к ресурсам, сопровождение процедур признание результатов обучения
5	Мониторинг	Оценка эффективности программ и уровня удовлетворенности участников, регулярный сбор обратной связи от слушателей. Проведение регулярного анкетирования участников и анализ удовлетворенности качеством программ с использованием стандартных инструментов (анкеты, фокус-группы). Включение результатов мониторинга в отчеты и планы по совершенствованию программ.
6	Корректировка	Актуализация планов и программ по результатам мониторинга и обратной связи и анализ квалификационного уровня
7	Отчетность	Подготовка аналитических отчетов о выполнении планов НПП и достижениях, признании результатов НПП и удовлетворенности слушателей. Отражение вклада реализованных мероприятий НПП в достижение целей устойчивого развития и в повышение квалификационного уровня ППС.

Области оценки

1. Наличие утверждённой политики и процедур организации НПП.
2. Участие сотрудников Университета в программах НПП в течение года.
3. Проведение мероприятий по повышению квалификации и развитию компетенций.
4. Удовлетворённость сотрудников качеством программ НПП.
5. Реализация индивидуальных планов профессионального развития.
6. Признание результатов дополнительного и неформального образования в соответствии с действующими нормативными актами (в т.ч. приказ № ҚР ДСМ-303/2020).
7. Учёт и актуализация квалификационного уровня профессорско-преподавательского состава.
8. Наличие системы сбора и анализа обратной связи по программам НПП и использование её результатов.

9. Регулярный пересмотр и обновление программ ННР.

10. Соотнесение программ ННР с целями устойчивого развития (SDG).

11. Подтверждение квалификационного уровня ППС в соответствии с профилем образовательных программ.

Риски и меры по их снижению

№	Риск	Меры по снижению
1	Низкая вовлеченность сотрудников	Разъяснительная работа, мотивация, учет ННР в аттестации
2	Низкое качество программ	Вовлечение внешних экспертов, регулярная оценка содержания
3	Несоответствие программ потребностям	Проведение опросов и диагностики компетенций сотрудников
4	Ограниченность времени и ресурсов	Оптимизация расписания, привлечение внешнего финансирования
5	Отсутствие признания результатов дополнительного и неформального образования	Внедрение процедур признания в соответствии с приказом № ҚР ДСМ-303/2020
6	Несоответствие квалификационного уровня ППС установленным требованиям	Мониторинг соответствия ППС квалификационным требованиям, корректировка планов ННР
7	Отсутствие актуальной обратной связи	Внедрение регулярных опросов и анкетирования участников программ ННР
8	Несоответствие квалификационного уровня ППС профилю дисциплин	Регулярная верификация и корректировка индивидуальных планов развития
9	Отсутствие системного учета вклада ННР в устойчивое развитие	Включение соответствующих индикаторов и отчетности в программу ННР


Документальное обеспечение реализации Стандарта 11

Система нормативных документов, поддерживающих реализацию непрерывного профессионального развития, структурирована по уровням управления:

1. Стратегический уровень – документы, определяющие принципы и цели качества в системе ННР: политика качества в ННР.

2. Регламентирующий уровень – документы, закрепляющие порядок планирования, реализации, учёта и признания результатов непрерывного профессионального развития: политика ННР, положения о планировании и учёте ННР, о стажировках и повышении квалификации, о ННР в целом, шаблоны индивидуальных планов развития, положения о признании результатов дополнительного и неформального образования в соответствии с приказом № ҚР ДСМ-303/2020, а также положение об организации и реализации программ дополнительного и неформального образования.

3. Операционный уровень – документы, обеспечивающие практическую реализацию ННР: программы ННР, каталоги программ дополнительного и неформального образования, графики и планы обучения, реестры участия, отчёты о выполнении индивидуальных и коллективных планов ННР, анкеты и формы обратной связи, формализованная методика анализа удовлетворённости, а также

	«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»		
Департамент академической работы Отдел академического качества		Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности	Редакция: 1 Страница 53 из 56

порядок учёта вклада программ НПП в достижение целей устойчивого развития (SDG).

4. Публикации и отчётность – материалы, подтверждающие реализацию и прозрачность системы НПП: отчёты о результатах программ, публикация каталогов и планов программ НПП, результаты анализа удовлетворённости и реализованных мер, доступные в открытом доступе (сайт Университета, Электронная библиотека ВНД). Актуальный перечень внутренних нормативных документов формируется и поддерживается в Электронной библиотеке ВНД ИДПО.

Ответственность и полномочия


Подразделение / Ответственные лица	Функции / Задачи
Правление	Утверждает стратегию и бюджет НПП, контроль соответствия внутренним и внешним требованиям
ДРЧР	Организация, планирование, учет и контроль качества мероприятий НПП, ведение реестров, признание результатов дополнительного и неформального образования, учет квалификационного уровня ППС
Отдел академического качества	Контроль соответствия программ НПП стандартам, мониторинг квалификационного уровня ППС, организация сбора и анализа обратной связи, контроль соблюдения требований приказа № ҚР ДСМ-303/2020, а также контроль учета вклада программ НПП в цели устойчивого развития, верификация квалификационного уровня ППС и анализ удовлетворенности слушателей программ
Институт дополнительного и профессионального образования (ИДПО)	Организация и реализация программ дополнительного и неформального образования в области здравоохранения в соответствии с приказом № ҚР ДСМ-303/2020, методическое сопровождение и контроль качества реализуемых программ НПП
Кафедры	Определение потребностей сотрудников, участие в планировании и мониторинге
Школы / факультеты	Контроль выполнения планов НПП на уровне программ
Сотрудники	Участие в мероприятиях НПП, составление и выполнение индивидуальных планов, предоставление обратной связи
Внешние партнеры	Организация обучающих мероприятий, предоставление стажировок и экспертиз, участие в признании квалификаций, в предоставлении обратной связи

3. Заключение

3.1. Порядок внесения изменений и дополнений.

Изменения и дополнения в настоящий документ — Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова» вносятся по инициативе структурных подразделений Университета, а также при изменении законодательства Республики Казахстан, международных стандартов или внутренних нормативных документов Университета.

Проект изменений подлежит обязательному согласованию с Юридическим отделом и другими заинтересованными структурными подразделениями

	<p align="center">«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»</p>		
	<p align="center">Департамент академической работы Отдел академического качества</p>	<p align="center">Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности</p>	<p align="right">Редакция: 1</p>
			<p align="right">Страница 54 из 56</p>

Университета в зависимости от сферы регулирования документа, после чего утверждается решением Правления Университета.

3.2. Срок действия документа.

СВОК вступает в силу с момента утверждения на заседании Правления Университета и действует до его официальной отмены или замены новой редакцией.

Пересмотр документа осуществляется не реже одного раза в три года или ранее — при изменении нормативной базы, структуры Университета.

3.3. Порядок ознакомления и публикации.

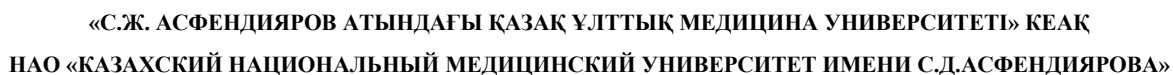
Актуальная редакция СВОК размещается на официальном сайте Университета.

Архивные версии документа хранятся в соответствии с номенклатурой дел и сроками архивного хранения.

Все работники, на которых распространяется действие СВОК, обязаны ознакомиться с его актуальной редакцией в течение 10 рабочих дней с момента утверждения.

3.4. Контроль за исполнением

Контроль за соблюдением настоящего документа осуществляет ответственный Отдел академического качества.



Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности

Редакция: 1

Страница 55 из 56

[illegible]



Система внутреннего обеспечения качества образовательной деятельности

Редакция: 1

Страница 56 из 56

[illegible]