

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

ЖАЛАЛ-АБАДСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Рассмотрено и одобрено
Ученым советом ЖАМУ
№ 01/25
от « 22 » 08 2025г.



УТВЕРЖДАЮ
Ректор ЖАМУ, к.ф.-м.н.
М.Р.Нарбаев
« » 2025г.

**ПОЛОЖЕНИЕ
О СИСТЕМЕ ВНУТРЕННЕГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ
В ЖАЛАЛ-АБАДСКОМ МЕЖДУНАРОДНОМ
УНИВЕРСИТЕТЕ (ЖАМУ)**

Жалал-Абад - 2025 г.

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение определяет цели, задачи, принципы, структуру и основные процедуры **системы внутреннего обеспечения качества образования** (далее – СВОК) в **[Название университета]** (далее – Университет).

1.2. СВОК является неотъемлемой частью системы управления Университетом и охватывает все уровни и направления деятельности, связанные с разработкой, реализацией и развитием образовательных программ (ОП), научной и клинической работой, кадровой и ресурсной политикой.

1.3. Положение разработано в соответствии с:

- Законом Кыргызской Республики «Об образовании»;
- Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования КР;
- нормативными правовыми актами Министерства образования и науки КР;
- требованиями национальных и международных аккредитационных агентств;
- Уставом Университета и локальными нормативными актами.

1.4. Действие настоящего Положения распространяется на все структурные подразделения Университета, реализующие ОП, а также на профессорско-преподавательский состав (ППС), административно-управленческий персонал, клинических наставников и обучающихся.

2. Цели и задачи системы внутреннего обеспечения качества

2.1. **Цель СВОК** – обеспечение и постоянное улучшение качества образовательной деятельности и соответствия ОП требованиям ГОС, потребностям общества, системы здравоохранения и рынка труда.

2.2. Основные задачи СВОК:

- обеспечение разработки и реализации ОП на основе компетентностного подхода;
- мониторинг достижения заявленных результатов обучения и компетенций выпускников;
- оценка качества преподавания, клинической подготовки и методов оценивания (включая OSCE, Mini-CEX, DOPS и др.);
- обеспечение требований к кадровому, ресурсному, информационному и клиническому обеспечению ОП;
- развитие культуры качества, участие ППС, студентов и работодателей в управлении качеством;
- подготовка к внешней оценке и аккредитации ОП и университета в целом.

3. Принципы системы внутреннего обеспечения качества

СВОК Университета строится на следующих принципах:

- **законность** – соответствие законодательству КР и НПА;
- **прозрачность** – открытость критериев, процедур и результатов оценки качества;
- **ответственность** – закрепление полномочий и ответственности за качество на всех уровнях управления;
- **коллегиальность** – участие коллегиальных органов (Учёный совет, Совет по качеству, методические советы) в принятии решений;
- **ориентация на студента** – учёт образовательных потребностей, обратной связи и вовлечённости обучающихся;
- **партнёрство с клиническими базами и работодателями** – участие внешних стейкхолдеров в оценке и развитии ОП;
- **непрерывное улучшение (цикл PDCA)** – планирование, реализация, анализ и совершенствование процессов.

4. Структура управления качеством

4.1. Общее руководство СВОК осуществляет **ректор** Университета.

4.2. Для координации и развития СВОК действует **Совет по качеству образования** Университета, который:

- рассматривает ежегодные отчёты по качеству образования и предложения по улучшению;
 - утверждает ключевые показатели (KPI) по качеству и планы корректирующих мероприятий;
 - координирует подготовку к аккредитации.
- 4.3. Функции оперативного управления СВОК выполняют:
- **структурное подразделение по качеству образования** (или ответственное лицо);
 - **Учебно-информационный отдел (УИО);**
 - **деканаты факультетов;**
 - **руководители ОП;**
 - **заведующие кафедрами.**
- 4.4. В СВОК вовлечены:
- ППС и клинические наставники (качество преподавания и оценивания);
 - студенты (обратная связь, участие в опросах, рабочих группах);
 - работодатели и клинические базы (оценка компетенций выпускников, предложения по обновлению ОП).
- 5. Основные направления внутреннего обеспечения качества**
СВОК охватывает следующие направления:
- 5.1. Качество образовательных программ**
- разработка, экспертиза и периодический пересмотр ОП с учётом ГОС, требований аккредитующих органов, рынка труда и системы здравоохранения;
 - согласование структуры ОП, объёмов и содержания модулей, результатов обучения и методов оценивания.
- 5.2. Качество учебного процесса и оценивания**
- планирование и реализация учебных занятий (лекции, практики, клинические, симуляционные занятия);
 - внедрение современных образовательных технологий и методик оценивания (OSCE, Mini-CEX, DOPS, портфолио и др.);
 - мониторинг результатов текущей, рубежной и итоговой аттестации;
 - анализ валидности и надёжности оценочных средств.
- 5.3. Кадровое обеспечение качества**
- подбор, аттестация и развитие ППС и клинических наставников;
 - планирование и реализация программ повышения квалификации;
 - оценка деятельности ППС с использованием результатов мониторинга качества обучения.
- 5.4. Ресурсное обеспечение качества**
- соответствие материально-технической базы, библиотечных и ИТ-ресурсов требованиям ОП;
 - наличие и развитие симуляционных центров, клинических баз и учебных лабораторий.
- 5.5. Информационное обеспечение и публичность**
- ведение достоверной и актуальной информации об ОП, правилах приёма, результатах деятельности;
 - использование LMS (например, eBilim) и других ИКТ для сопровождения учебного процесса и мониторинга.
- 5.6. Обратная связь и удовлетворённость стейкхолдеров**
- регулярное анкетирование студентов, ППС, выпускников и работодателей;
 - анализ удовлетворённости качеством обучения, клинической подготовки, сервисов Университета;
 - использование результатов опросов для планирования улучшений.
- 5.7. Внутренний аудит и самооценка**
- проведение внутренних аудитов ОП и кафедр;

- подготовка самоотчётов по стандартам аккредитационных агентств;
- разработка и реализация планов корректирующих мероприятий.

6. Процедуры и инструменты СВОК

6.1. Мониторинг реализации ОП

Включает:

- анализ учебных планов, РПД, syllabusов и ФОС;
- мониторинг распределения и выполнения учебной нагрузки;
- анализ результатов аттестации студентов, OSCE/OSPE, Mini-CEX и др.

6.2. Мониторинг деятельности ППС

- оценка качества преподавания по результатам посещений занятий и анкетирования студентов;
- анализ выполнения индивидуальных планов и годовых отчётов ППС;
- связь результатов мониторинга с аттестацией и планами повышения квалификации.

6.3. Анкетирование и опросы

- стандартные анкеты для студентов, ППС, клинических наставников и работодателей;
- регулярность (не реже 1 раза в год по ключевым направлениям);
- публикация агрегированных результатов и планов улучшений.

6.4. Внутренние аудиты и ревизии

- плановые и внеплановые проверки соблюдения нормативных требований, внутренних регламентов, стандартов качества;
- подготовка актов, рекомендаций и контроль выполнения.

6.5. Годовой отчёт о качестве образования

- формируется подразделением по качеству совместно с УИО, деканатами и руководителями ОП;
- включает анализ ключевых показателей: контингент, успеваемость, результаты опросов, кадровое и ресурсное обеспечение;
- рассматривается на Совете по качеству и Учёном совете, по итогам принимаются решения о корректирующих мерах.

7. Документация и информационные системы

7.1. Документами СВОК являются:

- настоящие Положение и связанные локальные акты (Положение об ОП, об аттестации ППС, о ФОС, о практике и др.);
- планы и отчёты по качеству образования;
- протоколы Совета по качеству, методических советов, заседаний кафедр;
- результаты анкетирования, мониторингов, внутренних аудитов;
- планы корректирующих мероприятий.

7.2. Для сбора и анализа данных о качестве используются:

- информационные системы Университета (LMS, электронный деканат, кадровые системы);
- электронные опросники и отчётные формы;
- сводные аналитические отчёты (dashboard) для ректората и руководителей ОП.

8. Взаимодействие с внешней системой обеспечения качества

8.1. СВОК обеспечивает готовность Университета к внешним процедурам аккредитации и оценивания, проводимым уполномоченными национальными и международными агентствами.

8.2. Результаты внешней оценки (отчёты экспертов, замечания и рекомендации) анализируются Советом по качеству и используются для:

- обновления ОП и локальных нормативных актов;
- корректировки процессов СВОК;
- планирования развития кадрового и ресурсного обеспечения.

9. Ответственность и контроль выполнения

9.1. Руководители структурных подразделений несут ответственность за внедрение и соблюдение процедур СВОК в подведомственных подразделениях.

9.2. Совет по качеству и ответственное подразделение по качеству осуществляют контроль за своевременностью и полнотой выполнения мероприятий СВОК, подготовкой отчётности и реализацией корректирующих мер.

10. Заключительные положения

10.1. Настоящее Положение утверждается приказом ректора Университета и вступает в силу с момента утверждения.

10.2. Изменения и дополнения в Положение вносятся по решению Учёного совета Университета и оформляются отдельным приказом.

10.3. Положение подлежит размещению на официальном сайте Университета и в внутренней нормативной базе, доступной ППС и студентам.

**Схема системы внутреннего обеспечения качества образования
в ЖАМУ**

Уровень 1. Стратегическое управление качеством

- 1. Ректор**
 - Общая ответственность за качество образования и функционирование СВОК.
 - Утверждение Положений, планов и годовых отчётов по качеству.
- 2. Учёный совет**
 - Утверждение образовательных программ, ключевых локальных актов, отчётов по качеству.
 - Принятие решений по развитию ОП и кадровой политике.
- 3. Совет по качеству образования**
 - Координация всей СВОК.
 - Рассмотрение годового отчёта о качестве, результатов внутренних и внешних оценок.
 - Утверждение КРІ по качеству и планов корректирующих мероприятий.

Уровень 2. Операционное управление качеством

- 4. Подразделение (отдел) по качеству образования**
 - Разработка и сопровождение нормативной базы СВОК.
 - Организация внутренних аудитов, самооценки, подготовка к аккредитации.
 - Подготовка сводных аналитических отчётов по качеству.
- 5. Учебно-информационный отдел (УИО)**
 - Ведение учебных планов, ОП, РПД, ФОС.
 - Мониторинг успеваемости, результатов текущей, рубежной и итоговой аттестации.
 - Подготовка сводных отчётов по дисциплинам и ОП.
- 6. Деканаты / факультеты**
 - Организация учебного процесса на уровне факультета.
 - Контроль за выполнением учебной нагрузки, расписания, экзаменационных сессий.
 - Анализ показателей успеваемости и контингента, подготовка факультетских отчётов.
- 7. Отдел кадров**
 - Кадровое обеспечение ОП, аттестация ППС.
 - Ведение данных о квалификации, повышении квалификации и стажировках ППС.
- 8. Симуляционный центр / клинический отдел**
 - Организация OSCE/OSPE, тренинговых станций, симуляционного обучения.
 - Сбор и анализ данных по клиническим формам оценивания (OSCE, Mini-CEX, DOPS).

Уровень 3. Уровень ОП и кафедр

- 9. Руководители образовательных программ (ОП)**

- Операционная ответственность за качество конкретной ОП («Лечебное дело» и др.).
- Координация разработки и пересмотра ОП, матрицы компетенций, учебного плана.
- Анализ показателей качества по ОП (успеваемость, OSCE, удовлетворённость, трудоустройство).
- Подготовка ежегодного отчёта по ОП.

10. Методические советы факультетов / ОП

- Экспертиза РПД, силлабусов, ФОС, учебных и методических материалов.
- Рекомендации по улучшению методического обеспечения и оценивания.

11. Кафедры

- Разработка и реализация дисциплин в составе ОП.
- Ведение РПД, силлабусов, ФОС, анализ результатов экзаменов и текущего контроля.
- Обсуждение результатов анкетирования студентов и мониторинга качества преподавания.
- Подготовка кафедральных отчётов по качеству и планов улучшений.

12. Клинические базы и клинические наставники

- Реализация клинической части ОП (практика, ротации, клинические навыки).
- Проведение Mini-CEX, DOPS, OSCE-элементов в клинике.
- Предоставление обратной связи по уровню подготовки студентов.

Уровень 4. Участие обучающихся и внешних стейкхолдеров

13. Студенты

- Участие в анкетировании, фокус-группах, органах самоуправления.
- Обратная связь по качеству преподавания, клинической практики, сервиса.

14. Работодатели и партнёры

- Участие в обсуждении ОП (советы работодателей, экспертные группы).
- Оценка готовности выпускников, формулировка предложений по корректировке ОП.

Приложение 2

Ключевые показатели (KPI) системы внутреннего обеспечения качества для ОП «Лечебное дело»

Таблица. KPI по качеству ОП «Лечебное дело»

№	Направлен ие качества	Показатель (KPI)	Целевое значение	Источник данных	Периодичнос ть	Ответственн ый
1	Контингент и успеваемост ь	Доля студентов, завершивших курс без академической задолженности	$\geq 90 \%$	Ведомости, отчёт деканата	2 раза в год	Декан, УИО
2	Контингент и успеваемост ь	Средний балл итоговой аттестации по ключевым дисциплинам (анатомия, физиология, внутр. болезни)	$\geq 75/100$	Сводные ведомости, аналитика УИО	1 раз в год	УИО, руководитель ОП
3	Качество знаний	Качество знаний (доля оценок ≥ 75 баллов) по основным дисциплинам	$\geq 55 \%$	Ведомости, отчёты кафедр	1 раз в год	Зав. кафедрами
4	Клиническа я подготовка	Доля студентов, успешно прошедших OSCE с первого предъявления	$\geq 85 \%$	Протоколы OSCE, симуляционн ый центр	Ежегодно	Руководитель ОП, зав. симуляц. центром
5	Клиническа я подготовка	Средний балл по Mini-CEX по основным клиническим модулям	$\geq 4,0/5$	Формы Mini- CEX, логбуки	1 раз в год	Кафедры клинических дисциплин
6	Качество преподаван ия	Средний показатель удовлетворённости студентов преподаванием (по анкетам, шкала 1–5)	$\geq 4,2/5$	Анкеты студентов	Ежесеместров о	Отдел качества, УИО
7	Качество преподаван ия	Доля ППС с результатом анкетирования $< 3,5/5$	$\leq 10 \%$	Анкеты студентов	Ежесеместров о	Отдел качества, деканат
8	Кадровый потенциал	Доля ППС с учёной степенью, задействованных в ОП	$\geq 50 \%$	Кадровая служба	1 раз в год	Отдел кадров
9	Кадровый потенциал	Доля клинических преподавателей с действующим сертификатом специалиста и категорий	$\geq 80 \%$	Кадровая служба, клин. базы	1 раз в год	Отдел кадров, зам. по клинике
10	Повышение квалификац ии	Доля ППС, прошедших ПК ≥ 36 часов за последние 3 года	$\geq 80 \%$	Удостоверени я, база ПК	1 раз в год	Отдел кадров, УИО
11	Ресурсное обеспечение	Обеспеченность ОП клиническими базами по профилю (наличие договоров, коек, потоков пациентов)	100 % по требовани ям ГОС	Договоры, акты	1 раз в год	Проректор по клинике

1 2	Ресурсное обеспечение	Обеспеченность ключевых дисциплин УМК и электронными ресурсами (силлабусы, ФОС, УМК в LMS)	100 %	УИО, LMS	Ежесеместрово	УИО, зав. кафедрами
1 3	Обратная связь	Участие студентов в анкетировании по качеству обучения	≥ 60 % от контингента	Опросы	Ежесеместрово	Отдел качества, деканат
1 4	Обратная связь	Удовлетворённость работодателей уровнем подготовки выпускников (по анкетам, шкала 1–5)	$\geq 4,0/5$	Анкеты работодателей	1 раз в 2 года	Руководитель ОП, отдел качества
1 5	Внешняя оценка	Наличие действующей аккредитации ОП в национальном/международ. агентстве	Да	Сертификаты, решения агентств	По циклу аккредитации	Ректор, проректор по качеству