ЖАЛАЛ-АБАДСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

РАССМОТРЕНО
Ученым Советом ЖАМУ
протокол №05/25
от 29 декабря 2025 г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
№ 144 от 08.01.2026

ПОЛОЖЕНИЕ

О МЕДИЦИНСКОМ ПУНКТЕ

Индекс документа: **СМК-60-03**

Категория документа: **Локальный нормативный акт ЖАМУ**

Введено в действие: 08.01.2026

Ответственное подразделение: *Медпункт*

Редакция: *2*

г. Манас - 2026

РЕГЛАМЕНТ

управления несоответствиями и корректирующими действиями

в Жалал-Абадском международном университете

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент управления несоответствиями и корректирующими действиями в Жалал-Абадском международном университете определяет единый порядок выявления, регистрации, анализа, устранения несоответствий, а также планирования, реализации и оценки результативности корректирующих действий в университете.

1.2. Настоящий Регламент распространяется на все структурные подразделения, процессы системы менеджмента качества, образовательные программы, виды основной, обеспечивающей, научной, социальной, воспитательной и административной деятельности ЖАМУ.

1.3. Настоящий Регламент является локальным нормативным актом университета и применяется совместно с локальными актами ЖАМУ по внутреннему аудиту, мониторингу качества, управлению рисками, управлению документами, рассмотрению обращений, разработке и реализации планов улучшения, а также иными документами системы менеджмента качества.

1.4. Настоящий Регламент разработан в целях обеспечения системного подхода к устранению выявленных нарушений, предупреждения их повторного возникновения, повышения результативности процессов и обеспечения соответствия требованиям государственной аккредитации медицинских образовательных организаций Кыргызской Республики в части мониторинга, внутреннего контроля, анализа, улучшения и принятия корректирующих мер.

1.5. Требования настоящего Регламента обязательны для исполнения руководителями структурных подразделений, владельцами процессов, должностными лицами, работниками и иными ответственными участниками процессов университета в пределах их полномочий.

2. Цели и задачи

2.1. Целью настоящего Регламента является установление в ЖАМУ единого и документированного порядка управления несоответствиями и корректирующими действиями.

2.2. Основными задачами настоящего Регламента являются:
2.2.1. своевременное выявление несоответствий в деятельности университета;
2.2.2. регистрация и учет несоответствий;

2.2.3. установление причин несоответствий;
2.2.4. определение и реализация корректирующих действий;
2.2.5. контроль сроков исполнения мероприятий;
2.2.6. оценка результативности предпринятых действий;
2.2.7. предупреждение повторного возникновения несоответствий;
2.2.8. использование результатов анализа несоответствий для улучшения процессов, образовательных программ и деятельности университета в целом.

3. Основные понятия

3.1. **Несоответствие** — невыполнение установленного требования внутреннего или внешнего нормативного правового акта, стандарта, положения, регламента, инструкции, процедуры, плана, показателя, критерия качества, лицензионного или аккредитационного требования.

3.2. **Коррекция** — действие, направленное на устранение выявленного факта несоответствия.

3.3. **Корректирующее действие** — действие, направленное на устранение причины выявленного несоответствия с целью предупреждения его повторного возникновения.

3.4. **Предупреждающее действие** — действие, направленное на предотвращение потенциального несоответствия.

3.5. **Владелец процесса** — должностное лицо, ответственное за организацию, функционирование и результативность конкретного процесса системы менеджмента качества.

3.6. **Результативность корректирующего действия** — степень, в которой реализованное действие обеспечило устранение причины несоответствия и предупредило его повторное возникновение.

4. Принципы управления несоответствиями

4.1. Законность и соответствие внутренним и внешним требованиям.

4.2. Объективность и документированность.

4.3. Своевременность реагирования.

4.4. Анализ причин, а не только фиксация последствий.

4.5. Персональная ответственность владельцев процессов и руководителей подразделений.

4.6. Прослеживаемость мероприятий от выявления несоответствия до его закрытия.

4.7. Использование данных о несоответствиях для системного улучшения деятельности университета.

5. Источники выявления несоответствий

5.1. Несоответствия могут быть выявлены по результатам:
5.1.1. внутренних аудитов;
5.1.2. самооценки образовательных программ и деятельности университета;
5.1.3. мониторинга показателей процессов и KPI;
5.1.4. анализа успеваемости, качества знаний, промежуточной и итоговой аттестации;
5.1.5. анализа обращений обучающихся, работников, родителей, выпускников, работодателей и иных заинтересованных сторон;
5.1.6. анализа анкетирования и обратной связи;
5.1.7. проверки локальных нормативных актов, записей, отчетов, журналов, ведомостей и иных документов;
5.1.8. внешних проверок, экспертных оценок, аккредитационных процедур;
5.1.9. инцидентов, нарушений, жалоб, замечаний и служебных сообщений;
5.1.10. контроля исполнения решений ректората, Учёного совета, Совета по качеству и иных коллегиальных органов.

6. Классификация несоответствий

6.1. По степени значимости несоответствия подразделяются на:
6.1.1. **значительные** — оказывающие существенное влияние на качество образовательного процесса, права обучающихся, выполнение лицензионных, аккредитационных и иных обязательных требований;
6.1.2. **малозначительные** — не оказывающие существенного влияния, но требующие устранения;
6.1.3. **повторяющиеся** — ранее выявленные, но не устраненные в должной мере либо возникшие повторно;
6.1.4. **потенциальные** — выявленные риски, способные привести к несоответствию.

6.2. По характеру несоответствия могут относиться к:
6.2.1. документам и записям;
6.2.2. образовательному процессу;
6.2.3. оцениванию и аттестации;
6.2.4. кадровым процедурам;
6.2.5. ресурсному обеспечению;
6.2.6. безопасности образовательной среды;
6.2.7. научной деятельности;
6.2.8. информационной открытости;
6.2.9. исполнению внутренних решений и планов.

7. Полномочия и ответственность

7.1. **Ректор университета**:
7.1.1. осуществляет общее руководство системой управления несоответствиями;
7.1.2. принимает решения по значительным несоответствиям и мерам реагирования;
7.1.3. утверждает корректирующие меры, если это предусмотрено установленным порядком.

7.2. **Проректоры по направлениям деятельности**:
7.2.1. координируют устранение несоответствий в подведомственных направлениях;
7.2.2. контролируют исполнение корректирующих действий в пределах своих полномочий.

7.3. **Отдел внутреннего мониторинга и качества образования**:
7.3.1. координирует процесс управления несоответствиями;
7.3.2. организует регистрацию, учет, обобщение и анализ информации о несоответствиях;
7.3.3. контролирует сроки исполнения корректирующих мероприятий;
7.3.4. участвует в анализе причин несоответствий;
7.3.5. представляет сводную информацию по несоответствиям для управленческого анализа.

7.4. **Владельцы процессов**:
7.4.1. обеспечивают выявление, регистрацию и рассмотрение несоответствий по закрепленным процессам;
7.4.2. организуют разработку и реализацию корректирующих действий;
7.4.3. несут ответственность за устранение причин несоответствий и предупреждение их повторения.

7.5. **Руководители структурных подразделений**:
7.5.1. обеспечивают исполнение мероприятий по устранению несоответствий;
7.5.2. представляют подтверждающие документы об исполнении;
7.5.3. участвуют в оценке результативности корректирующих действий.

7.6. **Работники университета** обязаны:
7.6.1. сообщать о выявленных несоответствиях в пределах своей компетенции;
7.6.2. участвовать в устранении несоответствий и выполнении корректирующих мероприятий по поручению руководства.

8. Порядок управления несоответствиями

8.1. Выявление несоответствия

8.1.1. Несоответствие считается выявленным с момента его установления в ходе проверки, мониторинга, аудита, анализа, рассмотрения обращения либо иного установленного действия.
8.1.2. Лицо, выявившее несоответствие, обязано сообщить о нем руководителю подразделения, владельцу процесса или в ОВМК.

8.2. Регистрация несоответствия

8.2.1. Каждое несоответствие подлежит регистрации в установленной форме.
8.2.2. Регистрация может осуществляться в журнале, реестре несоответствий, отчете аудита, служебной записке, аналитической справке, акте либо ином документе, утвержденном в университете.
8.2.3. При регистрации указываются:

1. дата выявления;
2. источник выявления;
3. краткое описание несоответствия;
4. подразделение или процесс;
5. ответственное лицо;
6. степень значимости;
7. предварительные меры реагирования.

8.3. Первичный анализ

8.3.1. После регистрации проводится первичный анализ несоответствия.
8.3.2. В ходе анализа устанавливаются:

1. суть нарушения;
2. затронутые процессы, документы, подразделения, образовательные программы;
3. возможные последствия;
4. срочность реагирования;
5. необходимость корректирующих действий.

8.4. Анализ причин несоответствия

8.4.1. Для значительных, повторяющихся и системных несоответствий проводится обязательный анализ причин.
8.4.2. Анализ причин может учитывать организационные, кадровые, методические, ресурсные, управленческие, документарные, технологические и иные факторы.
8.4.3. Результаты анализа причин оформляются в документированной форме.

8.5. Принятие решения

8.5.1. По результатам анализа принимается решение о:

1. выполнении коррекции;
2. разработке корректирующего действия;
3. разработке предупреждающего действия;
4. включении мероприятия в план улучшения или CAPA-план;
5. необходимости пересмотра документа, процедуры, инструкции или порядка действий;

6. проведении дополнительной проверки.

8.6. Планирование корректирующих действий

8.6.1. При необходимости оформляется план корректирующих действий.
8.6.2. В плане корректирующих действий указываются:

1. описание несоответствия;
2. установленная причина;
3. мероприятие по устранению причины;
4. ответственное лицо;
5. срок исполнения;
6. необходимые ресурсы;
7. форма подтверждения исполнения;
8. порядок оценки результативности.

8.7. Исполнение корректирующих действий

8.7.1. Ответственные лица обязаны выполнить мероприятия в установленные сроки.
8.7.2. При невозможности исполнения в установленный срок ответственный обязан представить обоснование продления срока и обновленный план.

8.8. Проверка результативности

8.8.1. После выполнения мероприятий проводится оценка результативности корректирующих действий.
8.8.2. Оценка результативности включает установление:

1. устранен ли факт несоответствия;
2. устранена ли его причина;
3. не возникает ли аналогичное несоответствие повторно;
4. достигнут ли ожидаемый результат.
   8.8.3. При неудовлетворительной результативности назначаются дополнительные меры.

8.9. Закрытие несоответствия

8.9.1. Несоответствие считается закрытым после:

1. выполнения утвержденных мероприятий;
2. документального подтверждения исполнения;
3. положительной оценки результативности.
   8.9.2. Информация о закрытии несоответствия вносится в соответствующий учетный документ.

9. Сроки исполнения

9.1. Сроки устранения несоответствий устанавливаются с учетом их значимости, влияния на деятельность университета, рисков и объема требуемых мероприятий.

9.2. Значительные несоответствия подлежат первоочередному устранению.

9.3. Сроки исполнения контролируются владельцами процессов, руководителями подразделений и ОВМК.

10. Мониторинг и анализ несоответствий

10.1. Информация о выявленных несоответствиях подлежит периодическому анализу.

10.2. Анализ включает:
10.2.1. количество выявленных несоответствий;
10.2.2. распределение по видам процессов и подразделениям;
10.2.3. повторяемость несоответствий;
10.2.4. причины несоответствий;
10.2.5. долю выполненных и закрытых корректирующих мероприятий;
10.2.6. оценку результативности корректирующих действий;
10.2.7. влияние несоответствий на образовательные программы, процессы и результаты деятельности.

10.3. Результаты анализа используются:
10.3.1. при внутреннем аудите;
10.3.2. при самооценке;
10.3.3. при мониторинге качества;
10.3.4. при разработке планов улучшения;
10.3.5. при управленческом анализе системы менеджмента качества.

11. Документы и записи

11.1. В рамках настоящего Регламента применяются следующие документы и записи:

1. журнал / реестр несоответствий;
2. форма регистрации несоответствия;
3. форма плана корректирующих действий;
4. форма отчета о выполнении корректирующих действий;
5. сводный отчет по несоответствиям;
6. аналитическая справка о повторяющихся несоответствиях;
7. документы внутреннего аудита, мониторинга, самооценки, обращений и CAPA.

11.2. Документы и записи по настоящему Регламенту подлежат хранению и учету в установленном в университете порядке.

12. Заключительные положения

12.1. Настоящий Регламент вводится в действие приказом ректора ЖАМУ.

12.2. Изменения и дополнения в настоящий Регламент вносятся в установленном в университете порядке.

12.3. Контроль исполнения настоящего Регламента возлагается на Отдел внутреннего мониторинга и качества образования, владельцев процессов и руководителей структурных подразделений в пределах их полномочий.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ НЕСООТВЕТСТВИЯ

ЖАЛАЛ-АБАДСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Форма регистрации несоответствия

1. **Регистрационный номер несоответствия: _____**
2. **Дата выявления: «_» _____ 20** г.
3. **Источник выявления несоответствия:**
   - ☐ внутренний аудит
   - ☐ мониторинг
   - ☐ самооценка
   - ☐ обращение / жалоба
   - ☐ анализ успеваемости
   - ☐ проверка документации
   - ☐ внешняя проверка / аккредитация
   - ☐ инцидент / нарушение
   - ☐ иное: _____
4. **Наименование процесса / подразделения:**

---

1. **Ответственное подразделение:**

---

1. **Ответственное лицо:**

---

1. **Краткое описание несоответствия:**

---

1. **Нарушенное требование / документ / критерий:**

---

1. **Категория несоответствия:**
   - ☐ значительное
   - ☐ малозначительное

□ повторяющееся
□ потенциальное

2. **Возможные последствия / риски:**

---

1. **Первичные меры реагирования (если приняты):**

---

1. **Необходимость корректирующего действия:**
   □ да
   □ нет
   □ требуется дополнительный анализ
2. **Ответственный за анализ причин:**

---

1. **Срок представления анализа причин:**
   «_» **_____ 20** г.
2. **Ф.И.О. лица, зарегистрировавшего несоответствие:**

---

1. **Подпись:** _____
2. **Дата регистрации:** «_» **_____ 20** г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ФОРМА ПЛАНА КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

ЖАЛАЛ-АБАДСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

План корректирующих действий

Регистрационный номер несоответствия: _____
Дата составления плана: «_» _____ 20 г.

№	Описание несоответствия	Установленная причина	Корректирующее действие	Ответственное лицо	Срок исполнения	Подтверждающий документ / результат	Отметка об исполнении
1							
2							
3							

Оценка необходимых ресурсов

Порядок проверки результативности

Ответственный за контроль исполнения

Срок проверки результативности

«_» _____ 20 г.

Составил: _____
Должность: _____
Подпись: _____

Согласовано: _____
Подпись: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ФОРМА ОТЧЕТА О ВЫПОЛНЕНИИ КОРРЕКТИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

ЖАЛАЛ-АБАДСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Отчет о выполнении корректирующих действий

1. **Регистрационный номер несоответствия: _____**
2. **Дата выявления несоответствия:** «_» **_____ 20** г.
3. **Подразделение / процесс:**

1. **Краткое описание несоответствия:**

1. **Выполненные корректирующие действия:**

1. **Дата завершения выполнения мероприятий:**
   «_» **_____ 20** г.
2. **Подтверждающие документы / доказательства исполнения:**

1. **Оценка результативности:**
   □ несоответствие устранено
   □ причина устранена
   □ повторение не выявлено
   □ требуются дополнительные меры
2. **Заключение по результативности:**

---

1. **Решение:**
   □ несоответствие закрыто
   □ продлить срок исполнения
   □ назначить дополнительные корректирующие действия
2. **Ответственный за проверку результативности:**

---

1. **Подпись: _____**
2. **Дата:** «_» **_____ 20** г.

ЖУРНАЛ

регистрации несоответствий

Жалал-Абадского международного университета

Ответственное подразделение: _____
Период ведения журнала: с «**» _____ *20 г. по «*» _____ 20** г.

№	Регистрационный номер	Дата выявления	Источник выявления	Процесс / подразделение	Краткое описание несоответствия	Категория несоответствия	Ответственное лицо	При реш
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Пояснение к графам журнала

Регистрационный номер — уникальный номер несоответствия.
Рекомендуемый формат:
Н/2026/001, **Н/2026/002** и т.д.

Источник выявления — например:

1. внутренний аудит;
2. мониторинг;
3. самооценка;
4. обращение;
5. анализ успеваемости;
6. внешняя проверка;
7. аккредитация;
8. инцидент;
9. проверка документации.

Процесс / подразделение — например:

1. Р2 Организация учебного процесса;
2. Р4 Оценивание результатов обучения;
3. кафедра;
4. деканат;
5. УИО;
6. ОВМК;
7. симуляционный центр.

Категория несоответствия:

1. значительное;
2. малозначительное;
3. повторяющееся;
4. потенциальное.

Принятое решение — например:

1. коррекция;
2. корректирующее действие;
3. включить в CAPA;
4. доработать документ;
5. провести дополнительную проверку.

Статус исполнения:

1. открыто;
2. в работе;
3. выполнено;
4. закрыто;
5. продлен срок.

Пример заполнения

№	Регистрационный номер	Дата выявления	Источник выявления	Процесс / подразделение	Краткое описание несоответствия	Категория несоответствия	Ответственное лицо	Принятое решение	Срок исполнения	Статус исполнения	Дата закрытия	Примечание
1	Н/2026/001	12.03.2026	внутренний аудит	Р4 / кафедра	Отсутствует утвержденный комплект ФОС по дисци	значительное	зав. кафедрой	разработать и утвердить комплект ФОС	25.03.2026	в работе		

					плине							
2	Н/2026/002	15.03.2026	мониторинг	Р2 / УИО	В электронном журнале не заполнены данные по посещаемости за 2 недели	малозначительное	специалист УИО	провести корректировку и контроль заполнения	18.03.2026	закрыто	18.03.2026	исправлено

Журнал ведет: _____ Должность: _____

Подпись: _____ Проверил: _____ Должность: _____

Подпись: _____

СВОДНЫЙ РЕЕСТР

несоответствий и корректирующих действий (CAPA)

Жалал-Абадского международного университета

Ответственное подразделение: _____
Отчетный период: с «**» _____ *20 г. по «*» _____ **20** г.

№	Регистрационный номер	Дата выявления	Источник выявления	Процесс / подразделение	Описание несоответствия	Категория	Установленная причина	Корректирующее действие	Ответственное лицо	Срок исполнения	Подтверждающий результат	Статус	Оценка результативности	Дата закрытия	Примечание
1															
2															

Пояснение к графам

Регистрационный номер
Рекомендуемый формат:
`Н/2026/001, Н/2026/002`

Источник выявления

1. внутренний аудит
2. мониторинг
3. самооценка
4. обращение
5. анализ успеваемости
6. внешняя проверка
7. аккредитация
8. инцидент
9. проверка документации

Категория

1. значительное
2. малозначительное
3. повторяющееся
4. потенциальное

Установленная причина

Кратко фиксируется причина:

1. отсутствие документа;
2. несоблюдение процедуры;
3. кадровый дефицит;
4. технический сбой;
5. недостаточный контроль;
6. несвоевременное исполнение;
7. недостаточная информированность;
8. ресурсный дефицит.

Статус

1. открыто
2. в работе
3. выполнено
4. закрыто
5. продлен срок

Оценка результативности

1. результативно
2. частично результативно
3. нерезультативно
4. требуется повторное действие

Пример заполнения

№	Реги	Да	Ис	Про	Опи	Кате	Уст	Корр	Отв	Ср	Подт	Ст	Оцен	Да	Пр

	страционный номер	та выявления	точник выявления	цесс / подразделение	сание несоответствия	гория	ановленная причина	ектирующее действие	етственное лицо	окис полнения	верждающий результат	атус	ка результативности	та закрытия	имечание
1	Н/2026/001	12.03.2026	внутренний аудит	Р4 / кафедра	Отсутствует утвержденный комплект ФОС по дисциплине	значительное	не завершена разработка кафедрой	разработать, согласовать и утвердить комплект ФОС	зав. кафедрой	25.03.2026	утвержденный комплект ФОС, приказ	закрыто	результативно	24.03.2026	
2	Н/2026/002	15.03.2026	мониторинг	Р2 / УИО	Не заполнены данные по посещаемости в eBilim	малозначительное	недостаточный контроль ввода данных	провести корректировку, инструктаж, повторный контроль	специалист УИО	18.03.2026	журнал заполнен, скриншот из системы	закрыто	результативно	18.03.2026	
3	Н/2026/003	20.03.2026	обращение	С1 / деканат	Несвоевременное рассмотрение обращения студента	повторяющееся	отсутствие контрольного срока и ответственного	установить срок, назначить ответственного, вести журнал контроля	методист деканата	27.03.2026	журнал обращений, письменный ответ	в работе			

Краткий служебный блок

Составил: _____
Должность: _____
Подпись: _____

Проверил: _____
Должность: _____
Подпись: _____

Утвердил: _____
Должность: _____
Подпись: _____

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

документа СМК ЖАМУ

№	Должность	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1	Разработал			
2	Согласовано: руководитель ответственного подразделения			
3	Согласовано: начальник Учебно-информационного отдела			
4	Согласовано: начальник отдела по правовой работе и человеческим ресурсам / юрист			
5	Согласовано: проректор по учебной работе			
6	Утверждено / рассмотрено в установленном порядке			

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

документа СМК ЖАМУ

№ изменения	Основание внесения изменения	Листы (страницы)	Краткое содержание изменения	Редакция	Подпись	Дата
1						
2						
3						
4						
5						

Редакция: ___
Дата введения в действие: «_» _____ 20 г

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ

№ изменения	Основание внесения изменения	Листы (страницы)	Краткое содержание изменения	Редакция	Подпись	Дата
1						
2						
3						

Редакция: ___
Дата введения в действие: «_» _____ 20 г.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Положение
О Научной И Инновационной Деятельности
Жалал-Абадского Международного Университета (Жаму)

№	Должность	Ф.И.О.	Подпись	Дата
1	Разработал	Канетова Д.Э.		29.12.25
2	Согласовано: руководитель ответственного подразделения	Канетова Д.Э.		29.12.25
3	Согласовано: начальник Учебно-информационного отдела	Канетова Д.Э.		29.12.25
4	Согласовано: ведущий специалист по качеству	Калмуратова А.		29.12.25
4	Согласовано: начальник отдела по правовой работе и человеческим ресурсам / юрист	Сыдыкова Б.Ж.		29.12.25
5	Согласовано: проректор по учебной работе	Садырова Н.А.		29.12.25
6	Согласовано: проректор по науке, СР и ГЯ	Асилова З.А.		29.12.25
7	Утверждено / рассмотрено в установленном порядке	Ученый Совет ЖАМУ		29.12.25.