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

РЕГЛАМЕНТ

РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ПЛАНОВ УЛУЧШЕНИЯ (CAPA)

Индекс документа: **СМК-60-04**

Категория документа: **Локальный нормативный акт ЖАМУ**

Введено в действие: 08.01.2026

Ответственное подразделение: *Проректор по качеству и ЛД*

Редакция: *1*

г. Манас - 2026

РЕГЛАМЕНТ

разработки и реализации планов улучшения (CAPA, дорожные карты) в системе менеджмента качества ЖАМУ

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент устанавливает единый порядок разработки, согласования, реализации, мониторинга и закрытия планов улучшения (CAPA, Corrective and Preventive Actions) и дорожных карт в системе менеджмента качества (СМК) ЖАМУ.

1.2. Регламент распространяется на:

1. университет в целом;
2. образовательные программы (в т.ч. ОП «Лечебное дело», «Информатика и вычислительная техника» и др.);
3. структурные подразделения (факультеты, кафедры, отделы, центры, клинические базы и т.п.).

1.3. Регламент является локальным актом СМК и применяется совместно с:

1. Положением о системе менеджмента качества ЖАМУ;
2. Положением о внутреннем мониторинге и качестве;
3. Положением о внутреннем аудите и самооценке ОП и университета;
4. Положением по управлению рисками и возможностями;
5. иными локальными актами, регламентирующими оценку и качество.

1.4. Цель Регламента – обеспечить системный цикл улучшения по принципу:
выявление → анализ причин → планирование → реализация → оценка эффективности → закрепление изменений.

2. Термины и сокращения

2.1. **CAPA (Corrective and Preventive Actions)** – система корректирующих и предупреждающих мероприятий, направленных на устранение выявленных несоответствий и предотвращение их повторного возникновения.

2.2. **План улучшения (CAPA-план)** – документированная совокупность мероприятий с указанием целей, сроков, ответственных, ресурсов и индикаторов эффективности.

2.3. **Дорожная карта** – укрупнённый план улучшений на среднесрочный период (1–3 года) по направлению, ОП или подразделению, с привязкой к этапам и целевым индикаторам.

2.4. **Несоответствие** – невыполнение требования стандарта, нормативного акта, внутреннего положения или заявленного показателя (KPI).

2.5. **Владелец процесса / плана** – ответственное лицо (подразделение) за разработку, реализацию и отчётность по конкретному плану улучшения.

3. Область применения и ответственность

3.1. Основанием для разработки CAPA и дорожных карт являются результаты:

1. внутренних и внешних аудитов;
2. самооценки университета и ОП;
3. аккредитаций (НААР, АОПО и др.);
4. анкет и опросов (студенты, ППС, работодатели, выпускники);
5. анализа успеваемости, аттестации, НИР, кадровой политики;
6. управления рисками и возможностями (реестр рисков ОП и университета);
7. обращений и жалоб обучающихся и ППС.

3.2. Ответственность:

1. **Ректор**:
    1. утверждает крупные дорожные карты и ключевые CAPA-планы университетского уровня.
2. **Совет по качеству ЖАМУ**:
    1. рассматривает результаты мониторинга и аудитов;
    2. инициирует и согласовывает ключевые планы улучшения;
    3. контролирует их выполнение.
3. **Отдел внутреннего мониторинга и качества (ОВМК)**:
    1. координирует процесс CAPA;
    2. ведёт реестр CAPA-планов и дорожных карт;
    3. обеспечивает методическое сопровождение и сводные отчёты.
4. **Руководители ОП, деканы, заведующие кафедрами, руководители подразделений**:

1. инициируют планы улучшения в зоне своей ответственности;
2. назначают ответственных исполнителей;
3. обеспечивают реализацию мероприятий.

4. Основания для разработки планов улучшения

4.1. CAPA-планы разрабатываются в обязательном порядке при:

1. выявлении значимых несоответствий по результатам внутреннего/внешнего аудита;
2. замечаниях и рекомендациях аккредитационных агентств;
3. неудовлетворительных показателях успеваемости, отчислений, задержек освоения ООП;
4. выявлении высоких уровней рисков (по реестру рисков).

4.2. Планы улучшения могут разрабатываться также:

1. по результатам анкетирования и обратной связи;
2. по инициативе руководства, ППС, студентов, работодателей;
3. в рамках стратегических задач развития университета и ОП.

5. Этапы разработки и реализации CAPA-планов

5.1. Инициирование

5.1.1. Инициатором CAPA может быть:

1. Совет по качеству;
2. ОВМК;
3. декан, руководитель ОП, заведующий кафедрой;
4. руководитель структурного подразделения.

5.1.2. Инициатор фиксирует проблему/риск в **Регистрационной форме CAPA** (Приложение 1) с указанием:

1. краткого описания проблемы/рекомендации;
2. источника (аудит, опрос, анализ данных и т.п.);
3. даты, подразделения, ОП;
4. первичного предложения по типу действий (корректирующие / предупреждающие / развивающие).

5.1.3. Регистрационная форма передаётся в ОВМК для постановки на учёт и присвоения кода (напр.: CAPA-24-OPLD-01).

5.2. Анализ причин (root-cause analysis)

5.2.1. Владелец плана (декан, руководитель ОП, заведующий кафедрой и др.) формирует рабочую группу по анализу причин.

5.2.2. Анализ причин может проводиться с использованием методов:

1. «5 почему»;
2. диаграмма Исикавы (рыбья кость);
3. анализ процесса (SIPOC, блок-схемы).

5.2.3. Результаты анализа кратко фиксируются в CAPA-плане:

1. **основная (корневая) причина**;
2. **сопутствующие факторы**.

5.3. Формирование плана улучшения (CAPA-плана)

5.3.1. CAPA-план оформляется по форме (Приложение 2) и должен содержать:

1. формулировку проблемы/рекомендации;
2. цель улучшения (SMART-формат по возможности);
3. перечень мероприятий (корректирующих, предупреждающих, развивающих);
4. тип каждого мероприятия (C – corrective, P – preventive, D – development);
5. ответственных исполнителей;
6. сроки исполнения;
7. необходимые ресурсы (кадровые, финансовые, материальные, цифровые);
8. показатели эффективности (KPI, индикаторы);
9. риски невыполнения и меры по их снижению (при необходимости).

5.3.2. Для ОП (например, «Лечебное дело») CAPA-план обязательно увязывается:

1. с результатами внутренней самооценки ОП;
2. с замечаниями/рекомендациями аккредитационных агентств;
3. с реестром рисков и возможностями ОП;
4. с учебным планом и Положением об ОП.

5.4. Согласование и утверждение

5.4.1. CAPA-план:
1. обсуждается на заседании профильного подразделения (кафедра, факультет, отдел);
2. согласуется с ОВМК (на предмет соответствия СМК);
3. при необходимости – выносится на Совет по качеству.

5.4.2. Планы:
1. **подразделенческого уровня** (кафедра, отдел) утверждаются деканом/руководителем подразделения;
2. **по ОП** – руководителем ОП с визой декана и ОВМК;
3. **университетского уровня** – ректором ЖАМУ по представлению Совета по качеству.

5.4.3. После утверждения CAPA-план получает статус обязательного к реализации документа в рамках СМК.

5.5. Реализация и мониторинг

5.5.1. Ответственные исполнители реализуют мероприятия в установленные сроки.

5.5.2. Владелец плана:
1. ведёт текущий учёт статуса мероприятий (выполнено/частично/не выполнено);
2. при необходимости инициирует корректировку сроков и методов реализации (с согласованием с ОВМК).

5.5.3. ОВМК:
1. организует периодический мониторинг выполнения CAPA (ежеквартально/раз в семестр);
2. формирует сводные отчёты для Совета по качеству и руководства.

5.6. Оценка эффективности

5.6.1. По завершении мероприятий оценивается достижение целей и индикаторов:
1. снижение выявленных несоответствий;
2. улучшение показателей (успеваемость, удовлетворённость, результаты аккредитации, KPI ППС и др.);
3. снижение уровня риска (по реестру рисков).

5.6.2. При оценке эффективности возможны решения:
1. **CAPA эффективна** – мероприятия признаны достаточными, план закрывается;
2. **частично эффективна** – требуется дополнительное или корректирующее мероприятие;
3. **неэффективна** – инициируется новый CAPA-план с пересмотром анализа причин.

5.6.3. Оценка эффективности фиксируется в **Отчёте о выполнении плана улучшения** (Приложение 3).

5.7. Закрытие CAPA и архивирование

5.7.1. CAPA-план считается закрытым при:
1. выполнении всех мероприятий;
2. документально подтверждённой оценке эффективности;
3. отсутствии повторных несоответствий по тому же вопросу (в период наблюдения, как правило не менее 1 семестра/1 года – для аккредитационных замечаний).

5.7.2. О закрытии CAPA делается запись в реестре ОВМК с указанием:
1. даты закрытия;
2. краткого вывода об эффективности.

5.7.3. Документы CAPA (регистрационная форма, план, отчёты, протоколы) хранятся:
1. не менее 5 лет;
2. для CAPA, связанных с аккредитацией – до следующего цикла аккредитации + 1 год.

6. Дорожные карты улучшения

6.1. Дорожная карта – стратегический документ, который:
1. объединяет несколько CAPA и проектов улучшения;
2. задаёт последовательность шагов на период 1–3 лет;
3. привязывается к ключевым направлениям (например: «Цифровизация ОП «Лечебное дело», «Интернационализация ОП», «Развитие симуляционного центра»).

6.2. Дорожные карты разрабатываются:
1. Советом по качеству и ОВМК – для университета;
2. деканатами и руководителями ОП – для конкретных программ (в т.ч. ОП «Лечебное дело»).

6.3. Типовая структура дорожной карты (Приложение 4):
1. направление/цель;

2. ключевые проекты и мероприятия;
3. сроки (по годам/семестрам, кварталам);
4. ответственные подразделения;
5. целевые индикаторы (KPI);
6. ресурсы;
7. контрольные точки (milestones).

6.4. Дорожные карты утверждаются:

1. по университетskому уровню – ректором;
2. по ОП – ректором/проректором по учебной работе по представлению Совета по качеству и декана.

7. Документирование и реестры

7.1. ОВМК ведёт:

1. **Реестр CAPA-планов** (с кодами, статусами, датами начала и закрытия);
2. **Реестр дорожных карт**.

7.2. В системе eBilim/ИС СМК может вестись электронный учёт CAPA и дорожных карт (при наличии функционала).

7.3. Все протоколы Совета по качеству, заседаний деканатов/кафедр, где обсуждаются планы улучшения, являются доказательной базой функционирования CAPA.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящий Регламент вступает в силу с момента утверждения приказом ректора ЖАМУ.

8.2. Изменения и дополнения в Регламент вносятся по представлению ОВМК и Совета по качеству и утверждаются в установленном порядке.

8.3. Руководители всех уровней обязаны обеспечить информирование ППС и сотрудников о порядке разработки и реализации планов улучшения.

Приложение 1

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА CAPA

Код: CAPA-20__-____-__ (заполняет ОВМК)

1. Подразделение / ОП: _____
2. Инициатор (Ф.И.О., должность): _____
3. Дата регистрации: «_» **_____ 20** г.
4. Источник

1. Внутренний аудит
2. Внешний аудит / аккредитация (НААР, АОПО и др.)
3. Самооценка ОП / университета
4. Анкетирование (студенты / ППС / работодатели / выпускники)
5. Анализ успеваемости / отчислений
6. Обращения / жалобы
7. Управление рисками
8. Иное: _____

1. Краткое описание проблемы / замечания / предложения:
1. Категория:

1. Несоответствие
2. Риск высокого уровня
3. Возможность развития
4. Иное: _____

1. Предварительный тип действий:

1. C – корректирующие
2. P – предупреждающие
3. D – развивающие

1. Предлагаемый владелец CAPA (подразделение / ответственный):
1. Решение ОВМК / Совета по качеству (кратко):

Подпись инициатора: _____ Дата: «___»___***20 г.***

Подпись сотрудника ОВМК: _____ Дата: «»_____**20** г.

Приложение 2

Форма CAPA-плана (план улучшения)

(лучше в Excel-таблице, одна строка = одно мероприятие)

ПЛАН УЛУЧШЕНИЯ (CAPA-ПЛАН)

Код CAPA: CAPA-20__-__

Подразделение / ОП: _____

Владелец плана (Ф.И.О., должность): _____

Период реализации: с «_» _____ 20 г. по «_» _____ **20** г.

1. Цель улучшения

(формулировка в логике SMART)

2. План мероприятий

№	Мероприятие (что делаем)	Тип (C/P/D)	Корневая причина (что устраняет)	Ответственный	Срок выполнения (дата/период)	Необходимые ресурсы	Индикатор / KPI (как поймём, что сработало)	Статус (план/в работе/выполнено/не выполнено)	Комментарий

Примечание:

В шапке CAPA-плана можно дополнительно прописать: связь с реестром рисков, замечаниями НААР / АОПО, ссылку на внутренний стандарт.

Приложение 3

Отчёт о выполнении плана улучшения и оценке эффективности

ОТЧЁТ О ВЫПОЛНЕНИИ CAPA-ПЛАНА

Код CAPA: CAPA-20__-____-__
Подразделение / ОП: _____
Период реализации: _____

1. Сводное выполнение мероприятий

№	Мероприятие	Плановый срок	Фактический срок	Статус (выполнено / частично / не выполнено)	Причина невыполнения / отклонения	Оценка эффект-ти (да/нет/частично)	Комментарий

2. Динамика ключевых показателей (KPI)

Индикатор	Базовое значение (до CAPA)	Целевое значение	Фактическое значение (после CAPA)	Период измерения	Вывод

3. Вывод об эффективности CAPA

1. CAPA признана **эффективной** (цели достигнуты, несоответствие устранено, риск снижен).
2. CAPA частично эффективна (нужны дополнительные мероприятия).
3. CAPA неэффективна (требуется новый план / пересмотр анализа причин).

Краткое обоснование:
Решение владельца плана:
Подпись владельца плана: _____ «» _____ ***20*** *г.*
Виза ОВМК: _____ «» _____ **20** г.

Приложение 4

Шаблон дорожной карты улучшения

(для университета или конкретной ОП – структура одна и та же)

ДОРОЖНАЯ КАРТА УЛУЧШЕНИЙ

Направление / ОП: _____

Период: 20__ – 20__ гг.

Ответственный за реализацию: _____

Таблица дорожной карты

№	Стратегическое направление / блок	Проект / инициатива	Ключевые мероприятия (этапы)	Сроки (квартал/год)	Ответственные подразделения / лица	Ресурсы (финансы, кадры, ИКТ и др.)	Целевые показатели (KPI)	Статус / отметки о выполнении

Можно группировать строки по блокам (например, «Учебный процесс», «Цифровизация», «Клиническая подготовка», «Кадровый потенциал»).

Пример варианта дорожной карты

для ОП «Лечебное дело» на 2025–2027 гг.

(можно адаптировать под свой период)

ДОРОЖНАЯ КАРТА УЛУЧШЕНИЙ
ОП «Лечебное дело» ЖАМУ
на 2025–2027 гг.

Ответственный: руководитель ОП «Лечебное дело»

Согласовано: декан мед. факультета, ОВМК, Совет по качеству

№	Стратегическое направление	Проект / инициатива	Ключевые мероприятия	Сроки	Ответственные	Ресурсы	Целевые KPI	Статус

1. Шаблон «Реестр САРА» (для ОВМК / СМК)

Рекомендуется вести в Excel (один файл на университет, фильтры по ОП, подразделениям).

РЕЕСТР САРА-ПЛАНОВ ЖАМУ

№	Код САРА	Подразделение / ОП	Источник (аудит, аккредитация, анкета и др.)	Краткость проблемы / замечания	Тип действий (C/P/D)	Владелец плана (ответственный)	Дата регистрации	Плановый срок завершения	Статус (план / в работе / выполнено / закрыто / отменено)	Дата фактического завершения	Оценка эффективности (эффективно/частично/неэффективно)	Примечание (связь с рисками, НААР/АОПО и др.)

Можно добавить фильтры: по программе, по источнику, по статусу.

2. Дорожная карта по цифровизации ОП «Лечебное дело» (2025–2027)

ДОРОЖНАЯ КАРТА УЛУЧШЕНИЙ
по направлению «Цифровизация ОП «Лечебное дело»
на 2025–2027 гг.

Ответственный: руководитель ОП «Лечебное дело»
Соисполнители: УИО, IT-служба, симуляционный центр, клинические кафедры

№	Стратегический блок	Проект / инициатива	Ключевые мероприятия (этапы)	Сроки	Ответственные	Ресурсы	KPI / целевые результаты

3. Дорожная карта по клиническим базам и клинической успеваемости (2025–2027)

ДОРОЖНАЯ КАРТА УЛУЧШЕНИЙ
по направлению «Клинические базы и клиническая успеваемость»
на 2025–2027 гг.

Ответственный: проректор по лечебной работе / руководитель ОП ЛД
Соисполнители: декан мед. факультета, клинические базы, ОВМК

№	Стратегический блок	Проект / инициатива	Ключевые мероприятия	Сроки	Ответственные	Ресурсы	KPI / целевые результаты

CAPA-ПЛАН

по клиническим базам и успеваемости по клиническим дисциплинам

Код CAPA: CAPA-2025-OPLD-01
Подразделение / ОП: ОП «Лечебное дело», клинические кафедры
Владелец плана: Руководитель ОП «Лечебное дело»
Период реализации: с 01.03.2025 по 31.12.2026

1. Цель улучшения

1. Обеспечить соответствие клинических баз требованиям HAAP / WFME (условия, наставничество, безопасность и учебный процесс).
2. Снизить риск неудовлетворительной успеваемости по ключевым клиническим дисциплинам минимум на 20% за 2 академических года.

2. План мероприятий (таблица)

№	Мероприятие (Что делаем)	Тип (C/P/D)	Корневая причина (что устраняет)	Ответственный	Срок выполнения	Необходимые ресурсы	Индикатор / KPI
	Ввести **логбук/рабочую тетрадь клинических навыков** для 3–6 курсов: перечень обязательных клинических навыков, подписываемых наставниками						
	Внедрить регулярный **анализ клинической успеваемости**: шаблон отчёта по дисциплинам (по клиническим кафедрам и базам, по видам контроля, доле «неудовлетворительно»)						
	Ввести практику **обязательных CAPA по клиническим дисциплинам**, где доля «неудовлетворительно» превышает						

	порог (например, >15%) или высок процент недопуска к экзамену/OSCE						
	Разработать и внедрить минимум 2 цикла **OSCE/мини-OSCE** по ключевым клиническим дисциплинам (3–6 курсы) как блокирующий элемент допуска к итоговому экзамену						

1. Пример заполненного Отчёта по CAPA-2025-OPLD-01

ОТЧЁТ О ВЫПОЛНЕНИИ CAPA-ПЛАНА
Код CAPA: **CAPA-2025-OPLD-01**
Подразделение / ОП: **ОП «Лечебное дело», клинические кафедры**
Период реализации: **01.03.2025 – 31.12.2026**

1. Сводное выполнение мероприятий

№	Мероприятие	Плановый срок	Фактический срок	Статус	Причина невыполнения / отклонения	Оценка эффективности	Комментарий

2. Динамика ключевых показателей (KPI)

Индикатор	Базовое значение (2024)	Целевое значение (к концу 2026)	Фактическое значение (2026)	Период измерения	Вывод
			88%		
			16,8%		
			73%		
			82%		
			Средний		

3. Вывод об эффективности CAPA

1. **CAPA признана в целом эффективной.**
   Цели по снижению рисков и улучшению клинической подготовки достигнуты частично/в полном объёме:
   1. обновлена договорная база (88% клин. баз);
   2. введены Положение об обучении на рабочем месте, логбуки, регулярный анализ клинической успеваемости;
   3. проведены 2 цикла OSCE, включён блокирующий компонент по клин. навыкам;
   4. охват CPD для клинических наставников превысил целевой показатель.

Ограничения/остаточные проблемы:

1. 3 клинические базы всё ещё работают по временным соглашениям;
2. по одной клинической дисциплине эффект локального CAPA признан частичным (снижение «неудовлетворительно» менее чем на 10%).

Решение владельца плана:

1. Закрыть CAPA-2025-OPLD-01 по состоянию на 31.12.2026 как **эффективную**,
2. Одновременно инициировать новую CAPA-2027-OPLD-02 с фокусом:
   1. доведение обновления договоров до 100%,

2. углубление работы с дисциплиной Х (указать конкретную).

Подпись владельца плана: _____ /Ф.И.О./ «31» декабря 2026 г.
Виза ОВМК: _____ /Ф.И.О./ «31» декабря 2026 г.

2. CAPA-план для ОП «Информатика и вычислительная техника» (ИВТ)

Тема: цифровизация ОП, усиление практико-ориентированного обучения и успеваемости.

CAPA-ПЛАН

по цифровизации и качеству ОП «Информатика и вычислительная техника»

Код CAPA: CAPA-2025-OPIVT-01
Подразделение / ОП: ОП «Информатика и вычислительная техника»
Владелец плана: Руководитель ОП ИВТ
Период реализации: 01.04.2025 – 31.12.2026

1. Цели улучшения

1. Обеспечить полный цикл использования цифровой образовательной среды (LMS eBilim и профильных ИТ-платформ) по всем дисциплинам ОП ИВТ.
2. Повысить долю практико-ориентированных, проектных и командных заданий, связанных с реальными ИТ-задачами и партнёрами.
3. Снизить долю студентов с академическими задолженностями по ключевым дисциплинам программирования, архитектуры компьютера и сетей не менее чем на 20% за 2 года.

2. План мероприятий (таблица)

№	Мероприятие (что делаем)	Тип (C/P/D)	Корневая причина / проблема	Ответственный	Срок выполнения	Ресурсы	Индикатор / KPI
	Разработать и утвердить **стандартизированный шаблон силлабуса / РПД** для ИВТ с обязательными разделами: цифровые платформы, проектные задания, критерии оценивания, связь с компетенциями и SCOS						
	Ввести минимум по 1–2 **проектным/командным заданиям** в семестр на каждом курсе (web, mobile, embedded, data, etc.), с оценкой по рубрикам						

	Настроить систему **анализа успеваемости по ключевым ИТ-дисциплинам** (программирование, алгоритмы, БД, сети): шаблон отчёта + внутренний мониторинг 2 раза в год						
	Запустить программу **партнёрских мини-проектов** с местными ИТ-компаниями / организациями (простые реальные задачи для команд студентов: сайт, небольшой сервис, административные панели и др.)						
	Организовать **серии мастер-классов и тех. митапов**: DevOps, cloud, AI, кибербезопасность, с участием практиков						
	Ввести **обязательную систему версионирования и проверки задач** (Git-репозитории, автоматические тесты, плагиат-контроль по коду) для ключевых курсов программирования						

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.