

## الفصل الخامس

استخلاص النتائج والتوصيات العملية ،  
وتحديد الخيارات الإستراتيجية الممكنة  
لبعض القضايا الرئيسية المتعلقة بالتعليم الصحي الجامعي

## مقدمة

مما لا شك فيه أن قطاع التعليم الصحي الجامعي يواجه العديد من التحديات الناتجة عن عوامل متعددة، من أهمها الطلب المتزايد على التعليم الصحي الجامعي، وضعف المخرجات من حيث الحجم والتنوع، وقلة المستشفيات التعليمية وأماكن التدريب العملي، وضعف التمويل وغيرها من العوامل الحاسمة التي ترفع من مستوى الضغوط على كفاءته الداخلية والخارجية.

لقد تقدم في الفصل الأول تحليل الخبراء للوضع الراهن، وتم من خلاله تحديد أهم القضايا التي تحتاج إلى مزيد دراسة وتقص، وهي:

١. حجم مخرجات التعليم الصحي والطاقة الاستيعابية للكليات الصحية.
٢. أماكن التدريب العملي.
٣. تمويل التعليم الجامعي الصحي.
٤. الكفاءة الداخلية للتعليم الصحي.

وسيخصص هذا الفصل لدراسة تلك العوامل الحاسمة من حيث تشخيص الوضع الراهن ودراسة الخيارات الإستراتيجية الممكنة، ومدى قابليتها للتطبيق، واقتراح التوصيات المناسبة.

هذا وقد تم وضع التوصيات التنفيذية في آخر هذا الفصل، حيث عرضت من خلال برنامج مقترح ذو مراحل متعددة حتى يتم تحقيق الأهداف بشكل عملي ومدروس.

## أولاً: حجم مخرجات التعليم الصحي والطاقة الاستيعابية

إن الموارد البشرية هي أساس النظام الصحي ، كما أن مساهمة العاملين في المجال الصحي هي واحدة من أهم المكونات الأساسية لقدرة النظام الصحي على تقديم رعاية ذات جودة نوعية عالية بفعالية وضمن عدالة الحصول على تلك الرعاية لجميع أطراف المجتمع. إن مسألة توفير الموارد البشرية الكافية للمجال الصحي من حيث النوعية والكمية تبقى إحدى التحديات المستمرة في كل من الدول المتقدمة والدول النامية على حدٍ سواء. لقد تركزت الأضواء على ندرة العمالة المؤهلة كواحدة من العقبات الكبرى في طريق تحقيق "أهداف التطوير للألفية الثالثة" لتحسين صحة ورفاهية سكان العالم. وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية ، هناك حاجة لما يقارب (٢٣٦٠٠٠٠٠) مقدم للخدمات الصحية ، و(١٨٩٠٠٠٠٠) موظف إسناد إداري ، أو ما مجموعه (٤٢٥٠٠٠٠٠) موظف صحي لسد هذا النقص ، وبدون مبادرات فاعلة ستتفاقم المشكلة.

كما يظهر توزع العمالة الصحية بشكل غير عادل على مستوى العالم ، فهناك عدم توازن كبير بين الدول المتقدمة والدول النامية. إن هذا النقص في القوى العاملة الصحية على المستوى العالمي يزداد استفحالياً عند النظر لكل دولة على حدة ، فبشكل عام هناك نقص في الطواقم الصحية في المناطق الريفية بالمقارنة مع المدن.

### الوضع الراهن:

تُعد قضية الموازنة والتوافق بين مخرجات نظام التعليم العالي بشكل عام ومتطلبات التنمية الاقتصادية والاجتماعية واحتياجات سوق العمل من أبرز قضايا التنمية في المملكة ، كما تعد قضية توظيف الوظائف قضية وطنية عامة ، لا تقتصر على قطاع الصحة فحسب ، بل تمتد إلى جميع القطاعات الأخرى ، إلا أن انخفاض نسبة القوى العاملة الوطنية في الجهازين الطبي والتمريضي ، يضيف على القضية أبعاداً خاصة ، نظراً لتأثيرها المباشر والمهم على كفاءة تقديم خدمات الرعاية الصحية للمواطنين ؛ إذ يتطلب توفير الخدمة الصحية بكفاءة إماماً

باللغة والقيم الاجتماعية والعادات ، مما يتيح حداً أدنى من التواصل بين الطبيب والمريض من جهة ، ومتلقي الخدمة من جهة أخرى. لذا ينبغي التركيز على زيادة أعداد القوى العاملة الوطنية في جهازى الطب والتمريض بشكل خاص. لقد أدت عملية التنمية في المملكة خلال العقدين الماضيين إلى توسع كبير في الخدمات الصحية تمثل في زيادة المنشآت الصحية وانتشارها في كافة أنحاء المملكة ، وقد واكب ذلك زيادة في الطلب على العمالة الصحية المؤهلة ، ولكون نظام التعليم الصحي في المملكة لم يكن مستعداً لتلبية تلك الاحتياجات تم استقدام تلك العمالة من خارج المملكة ، وعلى الرغم من التقدم في تنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي ، إلا أن الإضافة المتحققة لم تلبى الاحتياجات اللازمة لإدارة وتشغيل جهاز الرعاية الصحية ، مما يعكس غياب التنسيق في إطار التخطيط الاستراتيجي بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي.

من جهة أخرى فإن النمو في خريجي المرحلة الثانوية أدى إلى إقبال متزايد على الكليات الصحية<sup>(١)</sup> بما يفوق طاقاتها الاستيعابية ، فالكليات الصحية في جامعة الملك سعود على سبيل المثال تقبل في الخمس سنوات الأخيرة ثلث عدد المتقدمين تقريباً ممن تنطبق عليهم شروط القبول<sup>(٢)</sup> ، ومن المتوقع زيادة الطلب على التعليم الصحي الجامعي في المستقبل المنظور نتيجة عوامل متعددة أهمها معدلات النمو المرتفعة نسبياً لشرائح صغار السن والشباب من السكان التي يتوقع انخراطها في نظام التعليم العام وتخرجها منه خلال السنوات القادمة ، كما أن العامل الاقتصادي يتمثل في وجود علاقة طردية بين مستوى التحصيل العلمي وتوفر فرص العمل المجزية<sup>(٣)</sup>.

لقد ظهر جلياً من خلال نتائج الفصل الثاني من هذه الدراسة وكذلك من الدراسات التي أجرتها وزارة الصحة ، ومجلس القوى العاملة<sup>(٤)</sup> أن مخرجات التعليم الصحي في المدى القصير والمتوسط غير قادرة على سدّ حاجة سوق العمل في القطاع الصحي ، كما أن

(١) تعني بالكليات الصحية : الكليات التي تمنح درجة البكالوريوس في الطب ، وطب الأسنان ، والصيدلة ، والعلوم الطبية التطبيقية ، والتمريض.

(٢) معلومات عن طريق اتصالات شخصية مع القائمين على تسجيل الكليات الصحية في الجامعة.

(٣) تراجع خطة التنمية الثامنة ، وزارة الاقتصاد والتخطيط ، المملكة العربية السعودية ، ص ٤٢٧.

(٤) "دراسة الاحتياجات المستقبلية من القوى العاملة الصحية وإمكانية العودة حتى عام ٢٠٤٠م" ، الوكالة المساعدة للتخطيط والبحوث ، وزارة الصحة ، صفر ١٤٢٦هـ ؛ و"إستراتيجية تنمية القوى العاملة في القطاع الصحي" ، الأمانة العامة لمجلس القوى العاملة ، ١٤٢٣هـ ؛ وانظر : "الوضع الراهن للقوى العاملة الصحية في المملكة واتجاهات المستقبل" ، د. عثمان بن عبد العزيز الربيع ، ورقة مقدمة للمؤتمر الرابع للجمعيات الطبية الخليجية ، ٢ - ٤ صفر ١٤٢٦هـ ؛ و"نحو استراتيجيه مستقبلية لتوفير أفضل الخدمات الصحية للأعداد المتزايدة من السكان في المملكة" ، د. عبد الرحمن بن حمد الحمضي ، ورقة مقدمة لندوة الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي حتى عام ١٤٤٠هـ ، ١٣ - ١٧/٨/١٤٢٣هـ.

مؤسسات التعليم الصحي من جهة أخرى غير قادرة على مجاراة زيادة الطلب عليها، فهنا نوعان من التحديات في موضوع الطاقة الاستيعابية للتعليم الصحي الجامعي: نوع نشأ عن زيادة الطلب الاجتماعي عليه، ونوع نشأ عن زيادة الطلب في سوق العمل على الكفاءات الصحية.

## تجارب عالمية:

لقد استجابت العديد من الدول لتحديات النقص في الكوادر الصحية من خلال استراتيجيات متعددة منها:

### ١ - زيادة دخول الطلاب للكليات الصحية القائمة القائمة:

لقد قررت حكومة هولندا زيادة دخول الطلاب في جميع الكليات الصحية بما فيها الطب ما بين ٥٠ - ٩٠٪، وقد وفرت الحكومة لكل هذه الكليات ميزانية تتناسب مع الزيادة في دخول الطلاب إليها، فإذا قامت كلية الطب مثلاً بزيادة الملتحقين بنسبة ٥٠٪، فإن ميزانية الكلية سوف تزداد بنسبة ٥٠٪ أيضاً، وتمت هذه الزيادة دون المساس بالجودة النوعية للتعليم. ومثال ذلك، أن جامعة ماستريخت قد حافظت على جودة برنامجها المبتكر المبني على المشكلات بالرغم من زيادتها لدخول الطلاب إليها بنسبة ٥٠٪. وقد تم إتباع نفس الأسلوب في معظم دول أوروبا الغربية.

### ٢ - افتتاح كليات صحية جديدة:

لقد قررت العديد من دول أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية البدء بكليات طب جديدة خصوصاً في المناطق التي يقل فيها وجود مثل تلك الكليات. فعلى سبيل المثال، تم افتتاح كلية طب جديدة مؤخراً في شمال أونتاريو بكندا بعد ٣٥ عاماً من افتتاح آخر كلية طب في المنطقة. وفي النرويج وفنلندا، تم افتتاح كليات طب جديدة في الأجزاء الشمالية من البلاد والتي تقل فيها مثل تلك الكليات. أما البلاد النامية فقد تم افتتاح العديد من كليات الطب الجديدة خصوصاً في منطقتنا بما في ذلك باكستان، والسودان، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين،

وغيرها. وهناك الكثير من الدلائل التي تشير إلى أن كليات الطب الجديدة هذه قد ساهمت بشكل كبير في زيادة أعداد العاملين في المهن الصحية. وعلاوة على ذلك وخصوصاً في الدول الإسكندنافية، ساهمت في حل مشكلة التوزيع السيئ للكوادر الصحية وذلك عن طريق توفير الكوادر الصحية المدربة والقادرة على العمل في المناطق الريفية.

ولعل التجربة اليابانية تعكس حجم الاعتماد على افتتاح الكليات الجديدة في مواجهة الطلب المتزايد من سوق العمل، فالتعليم العالي في اليابان مر بخطتين من التوسع واحدة في الفترة بين عام ١٩٧٦م وحتى عام ١٩٨٦م والثانية إلى بداية العقد التالي، والإحصاءات التالية تعكس حجم التوسع في افتتاح الجامعات:

- ١٩٦٠م: ٢٤٥ جامعة.
- ١٩٧٥م: ٤٢٠ جامعة.
- ١٩٨٠م: ٤٤٦ جامعة (٩٣ على المستوى الوطني، ٣٤ عامة، ٣١٩ خاصة).
- ١٩٩٥م: ٥٦٥ جامعة (٩٨ على المستوى الوطني، ٥٢ عامة، ٤١٥ خاصة).
- ٢٠٠٤م: ٧٠٩ جامعات (٨٧ على المستوى الوطني، ٨٠ عامة، ٥٤٢ خاصة).

### ٣- تشجيع القطاع الخاص للاستثمار في التعليم الصحي:

إن نسبة مؤسسات التعليم العالي التابعة للقطاع الخاص في كثير من دول العالم تزيد عن (٥٠٪) من جملة مؤسسات التعليم العالي.

تاريخياً، لعب القطاع الخاص في أمريكا الشمالية واليابان دوراً رئيسياً في التعليم العالي بما في ذلك التعليم الصحي. فعلى سبيل المثال، فإن الجامعات المرموقة مثل جامعة هارفارد هي جامعات خاصة. ومع ذلك من ناحية أخرى هناك جامعات خاصة عديدة أنشئت دون تخطيط ومتابعة سليمة عبر أنظمة صارمة. وهذا القصور من شأنه أن يسيئ في تدني الجودة النوعية للتعليم، ومثال ذلك الجامعات الخاصة في الهند، وباكستان، وبعض الجامعات في أمريكا الشمالية.

ولكي تلعب الجامعات الخاصة دوراً مفيداً يجب إنشاؤها ضمن سياسات وطنية

واضحة مع متابعة دقيقة من خلال معايير صارمة لمؤشرات الجودة النوعية، وبالإضافة إلى تشجيع المعاهد التعليمية غير الربحية التي يقوم على أمرها منظمات أو مجموعة من الأفراد.

## الخيارات الإستراتيجية:

إن دراسة الوضع الراهن تجعل من المتعين على وزارة التعليم العالي تعزيز الطاقة الاستيعابية لنظام التعليم الصحي الجامعي لسدّ حاجة السوق على المدى البعيد من الكوادر الصحية الوطنية، مع ضمان عدم التأثير السلبي على أداء النظام وكفاءته، ويجب أن يكون ذلك من أولويات الوزارة، إذ القطاع الصحي من القطاعات الحيوية الهامة، ولكونه يحقق أحد أهداف "إستراتيجية تنمية القوى العاملة في القطاع الصحي"<sup>(١)</sup>.

والخيارات المتوفرة في هذا المجال هي:

- ١- التوسع في افتتاح كليات صحية جامعية جديدة.
- ٢- التوسع في الطاقة الاستيعابية للكليات القائمة.
- ٣- إتاحة المجال بشكل أكبر للقطاع الخاص في التعليم الصحي.

## الخيار الأول: التوسع في افتتاح كليات صحية جامعية جديدة:

لقد اتفق الخبراء المشاركون في تحليل الوضع الراهن للتعليم الصحي الجامعي أن العشوائية في افتتاح الكليات الصحية الجامعية في السنوات الأخيرة هو أحد نقاط الضعف التي يعاني منها التعليم الصحي الجامعي،<sup>(١)</sup> ولا تزال الكليات الجديدة تكتنفها العديد من المخاطر والتهديدات خاصة فيما يخص الموارد المالية والبشرية وتنافسها جميعاً على سوق واحدة لأعضاء هيئة التدريس، مع بعضها البعض من جهة ومع القطاعات الصحية الأخرى غير التعليمية من جهة ثانية، مما يحتم على وزارة التعليم العالي دعمها من أجل تعزيز كفاءتها الداخلية والخارجية، وبالتالي فإن افتتاح كليات جديدة في المرحلة القادمة سيزيد من أعباء الوزارة ويهدد الكفاءة الداخلية والخارجية للتعليم الصحي الجامعي.

ولذا ينصح بأن تركز الوزارة في الخمس سنوات القادمة على دعم الكليات الناشئة

<sup>(١)</sup> إستراتيجية تنمية القوى العاملة في القطاع الصحي: ص ١١.

<sup>(٢)</sup> راجع الفصل الأول.

حديثاً، والنظر في التوسع في افتتاح كليات جديدة في مراحل لاحقة على ضوء استراتيجيات وخطط مدروسة.

### **الخيار الثاني: التوسع في الطاقة الاستيعابية للكليات القائمة:**

تعاني الكليات الصحية القائمة من مشاكل متعددة في السنوات الأخيرة بسبب قبول أعداد من الطلاب تفوق الطاقة الاستيعابية لها، مما شكل تحدياً جدياً أمام كفاءة الكليات الداخلية والخارجية، واتفق الخبراء المشاركون في الدراسة أن ذلك قد أثر فعلاً على كفاءتها الداخلية وعدوه من نقاط الضعف في نظام التعليم الصحي،<sup>(١)</sup> كما تشكو الكليات الصحية القائمة في السنوات الأخيرة من الاختلال الحاصل في التوازن بين البنية التحتية وعدد الهيئة التدريسية من جهة وعدد الطلاب من جهة أخرى، خاصة مع التسرب الكبير لأعضاء هيئة التدريس، فالضغط باتجاه زيادة الاستيعاب سيؤثر سلباً على كفاءة الكليات الداخلية والخارجية، ولا يتأتى رفع مستوى الطاقة الاستيعابية لها إلا من خلال تعزيز الموارد المالية والبشرية، ودعم البنية التحتية، وتطوير وتحسين البيئة الإدارية والأكاديمية.

### **الخيار الثالث: إتاحة المجال بشكل أكبر للقطاع الخاص في التعليم الصحي:**

مع احتمال عدم قدرة نظام التعليم الصحي الحكومي على تلبية حاجة سوق العمل من جهة والطلب الناجم عن ازدياد أعداد خريجي المرحلة الثانوية من جهة أخرى، فإنه يتحتم دخول القطاع الخاص بفاعلية أكبر في قطاع التعليم الصحي الجامعي أسوة بما يوجد في كثير من دول العالم، وهذا متوافق مع توجهات وزارة الاقتصاد والتخطيط في خطة التنمية الثامنة.<sup>(٢)</sup> ولذا على وزارة التعليم العالي التركيز على تطوير دور التعليم الأهلي ودعمه، واعتباره شريكاً للتعليم الحكومي ومكملاً له.

إلا أن هذا الخيار تكتنفه مخاطر متعددة أهمها قدرة الوزارة على السيطرة على هذه المؤسسات، ونوعية وكفاءة مخرجاتها. غير أن صدور الموافقة الملكية بإنشاء الهيئة الوطنية للتقويم والاعتماد الأكاديمي عام (١٤٢٤هـ/٢٠٠٣م)، قد يكون أحد العناصر الداعمة لتبني هذا الخيار؛ حيث إن من مهامها العمل على وضع قواعد التقويم والاعتماد الأكاديمي

<sup>(١)</sup> راجع الفصل الأول.

<sup>(٢)</sup> خطة التنمية الثامنة، وزارة الاقتصاد والتخطيط، المملكة العربية السعودية، ص ٤٤٤.



ومعايير وشروطه ، بالإضافة إلى تقويم البرامج التعليمية من أجل تطويرها ، وتبني التخصصات الملائمة لسوق العمل. وعليه فمن الضروري من أجل تبني هذا الخيار العناية بهذه الهيئة وفرض شروطها على جميع الكليات. ويشمل ذلك تحديد معايير للخطط الدراسية والاستيعاب والوسائل التعليمية وتأهيل وتدريب الهيئة التدريسية والبنية التحتية. كما ينبغي أن تلتزم الهيئة بإعادة التقويم للكليات بشكل دوري وإيقاف القبول في الكليات التي لا تلتزم بالمعايير.

### **خيارات تعزيزية للاستيعاب :**

هناك عدد من الخيارات التي لا ترقى أن تكون حلاً إستراتيجية للمشكلات محل الدراسة ، وإنما قد تعضد الطاقة الاستيعابية لنظام التعليم الصحي الجامعي ، ومنها :

#### **١. زيادة الابتعاث :**

إن برامج الابتعاث إلى الجامعات والمعاهد المرموقة في خارج المملكة قد تساهم في رفع الطاقة الاستيعابية لنظام التعليم الصحي الجامعي ، على أن يكون ذلك باتجاه دول متقدمة في التعليم الصحي ، وسيظل الابتعاث محدوداً ومقيداً بظروف القبول في تلك الجامعات والمعاهد. ونظراً لكون الطالب المبتعث للخارج يكلف ثلاث أضعاف الطالب في مؤسسات التعليم العالي الحكومية ؛ ينصح أن يكون التركيز في الابتعاث على الدراسات العليا لدعم عملية نقل التخصصات الطبية الدقيقة وتوطينها ، وتعزيز الروابط العلمية بين المملكة ودول العالم المتطورة صحياً.

أما الابتعاث لدرجة البكالوريوس فينصح أن يكون داخلياً ؛ للكليات الصحية غير المجانية ، فقد أشارت إحدى الدراسات أن الطالب المبتعث لمؤسسات التعليم العالي الخاص يكلف الدولة نصف تكلفة الطالب في مؤسسات التعليم العالي الحكومية ، هذا فضلاً عما في هذه العملية من دعم مالي ومعنوي للقطاع الخاص.

#### **٢. كليات لتدريس العلوم الطبية الأساسية :**

إن مما تعاني منه الكليات الصحية وبخاصة الجديدة منها النقص الكبير في عدد أعضاء

هيئة التدريس في التخصصات الأساسية كالتشريح وعلم وظائف الأعضاء.. الخ، ومن الحلول التي قد تقلل من المشكلة وتقضي على الازدواجية؛ إنشاء كليات لتدريس العلوم الطبية الأساسية في المدن الكبيرة (الرياض، وجدة، والشرقية)، بحيث تستقبل طلاب الكليات الصحية من شتى أنحاء المملكة، وبعد إكمال الطالب لمتطلبات العلوم الأساسية يعود لاستكمال الدراسة في كليته التي قبلته والتي بدورها ستركز فقط على التدريب السريري. وهذا الحل قد يبدو مناسباً خاصة مع التوسع في إنشاء كليات صحية جديدة. وعلى الرغم من أن هذه الفكرة قد تساعد كثيراً في رفع الطاقة الاستيعابية للكليات الصحية إلا أنها تحتاج إلى دراسة متأنية قبل تطبيقها.

### ٣. جامعة للعلوم الصحية:

إن إحدى مشكلات الكليات الصحية هي في كونها ضمن جامعات تحتوي أطياً مختلفة من التخصصات، وتُسن اللوائح والأنظمة عليها جميعاً دون مراعاة الخصوصية لبعضها، ومتخذي القرار في الجامعات - في الأعم الأغلب - من غير التخصصات الصحية، هذا فضلاً عن أن الميزانيات التي تخصصها الدولة للجامعات تشمل ميزانيات الكليات الصحية والمستشفيات الجامعية التي تحتاج إلى ميزانيات كبيرة، إلا أن توزيع الميزانيات داخل الجامعات قد لا يأخذ تلك الخصوصية في الاعتبار.

إن إنشاء جامعات متخصصة في التعليم الصحي قد يساهم في حل العديد من المشكلات التي تعاني منها الكليات الصحية، ويقوي كفاءتها الداخلية، ويرفع طاقتها الاستيعابية. وهذه الفكرة كسابقتها تحتاج إلى دراسة متأنية قبل تطبيقها، ويمكن أن تخضع للتجربة في إحدى المدن الكبيرة كالرياض مثلاً. وفي حالة تبني هذا المشروع؛ فإن فكرة إنشاء كلية لتدريس العلوم الطبية الأساسية التي عرضت في الفقرة السابقة تصبح ضرورية.

### خيارات تعزيزية لتلبية حاجة سوق العمل:

هناك عدد من الأفكار تدور حول تقليل فترة التدريب وإعداد الممارس الصحي لسوق العمل، والتي ينبغي أن تخضع لدراسة فاحصة، ومنها:

١. تقليص مدة دراسة الطب مع تقوية برامج ما بعد التخرج.
٢. تعدد نقطة بداية الدراسة في الكليات الصحية، فمع وجود مسار طلاب الثانوية، يمكن أن يكون هناك مسار قبول طلاب حاملي البكالوريوس من خلال برنامج خاص تقلل فيه سنوات الدراسة، كما هو شائع في دول أمريكا الشمالية، وتم تطبيقه في كلية طب جامعة الملك سعود بن عبد العزيز التابعة للحرس الوطني في الرياض، وبالتالي يمكن للكليات الصحية أن تستقطب طلاباً ناضجين من حملة البكالوريوس في تخصصات لم يعد يحتاجها سوق العمل. وقد نوقشت هذه الفكرة فيما يخص الطب وطب الأسنان في الفصل الرابع.

## التوصيات:

- من أجل تعزيز الطاقة الاستيعابية لنظام التعليم الصحي الجامعي، مع ضمان عدم التأثير السلبي على أداء النظام وكفاءته، يوصي فريق الدراسة بتبني الاستراتيجيات التالية:
١. دعم الكليات الناشئة حديثاً، مالياً وإدارياً، وتوفير البنية التحتية اللازمة لها حتى تتمكن من تخريج أعداد أكبر.
  ٢. دعم الكليات الصحية القديمة من خلال تعديل أعداد القبول ليكون معدل (أستاذ: طالب) متوافقاً مع المعايير العالمية، وتعزيز الموارد المالية والبشرية، ودعم البنية التحتية، وتطوير وتحسين البيئة الإدارية والأكاديمية، لرفع طاقتها الاستيعابية، ويتعين الاهتمام على أن لا يكون التوسع في الطاقة الاستيعابية للكليات الصحية على حساب كفاءتها وأدائها.
  ٣. التوسع في افتتاح الكليات الصحية من خلال خطة مرسومة تحدد الزمان، والمكان لتحقيق التوازن بين مناطق المملكة، وتخصُّص الكلية، ومن سيقوم بإنشائها (وزارة التعليم العالي أم القطاع الخاص). وأن توضع ضوابط وشروط يجب توافرها قبل افتتاح أي كلية صحية جديدة (حكومية أو أهلية) تكفل نجاحها.
  ٤. إتاحة المجال للقطاع الخاص بافتتاح مزيد من الكليات الصحية ضمن إطار خطة التوسع والشروط والمعايير الأكاديمية سالفة الذكر.

٥. استقلال الهيئة الوطنية للتقويم والاعتماد الأكاديمي في ممارسة صلاحياتها في وضع قواعد التقويم والاعتماد الأكاديمي ، وفرضها على جميع الكليات الصحية، الحكومية والأهلية، وإيقاف القبول في الكليات التي لا تلتزم بالمعايير. وقد غطى الفصلان الثالث والرابع من هذا الدراسة جزءاً كبيراً من معايير التقويم والاعتماد الأكاديمي.
٦. تبني أن يكون الحد الأدنى من التأهيل في التمريض درجة البكالوريوس ، وإعطاء الأولوية لافتتاح كليات للتمريض ، وإكمال تأهيل الحاصلين على مؤهلات أقل من البكالوريوس في التمريض للحصول على درجة البكالوريوس (تجسير).
٧. تعزيز برامج الابتعاث إلى الجامعات والكليات في خارج المملكة وداخلها لدراسة التخصصات الصحية، ويكون الابتعاث الخارجي للدراسات العليا، والداخلي لدرجة البكالوريوس للكليات الصحية الخاصة (غير المجانية).
٨. دراسة الأفكار التي تم ذكرها أعلاه في فقرة تعزيز الاستيعاب وتلبية حاجة السوق.

## ثانياً : أماكن التدريب العملي

### الوضع الراهن :

إن وجود أماكن التدريب العملي اللائقة أمر حاسم للكليات الصحية ، وبنظرة سريعة للكليات الصحية التابعة لوزارة التعليم العالي نجد أن الجامعات التي لديها مستشفيات جامعية هي : جامعة الملك سعود ، وجامعة الملك عبد العزيز ، وجامعة الملك فيصل بالدمام. بينما نجد أن الكليات الصحية في جامعة أم القرى ، وجامعة الملك خالد ، وجامعة جازان ، وجامعة الملك فيصل بالأحساء ، وجامعة القصيم ، وجامعة طيبة ، وجامعة الطائف تعتمد في التدريب العملي على مستشفيات وزارة الصحة أو الجهات الحكومية الأخرى التي تقدم خدمات صحية كوزارة الدفاع والأمن العام. يجدر بالذكر أن الجامعات التي لديها مستشفيات ، لا تزال ترسل طلابها - في فترات معينة ولأغراض متعددة - للتدريب في المؤسسات التابعة للقطاعات الصحية في الوزارات المختلفة. ولا يخفى على الجميع أن مستشفيات وزارة الصحة غير مهيأة لتدريب الطلبة ولا يوجد فيها خدمات طلابية ، هذا فضلاً عن أن المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة تتذمر من تولي عملية تدريب الطلبة إذ ترى في ذلك عبئاً زائداً على ما هو مطلوب منها من تقديم الخدمات الصحية. كما أن وزارة الصحة لديها العديد من المعاهد والكليات الصحية المتوسطة وكلية طب واحدة في الوقت الحالي ، مما أدى إلى ملء منافذ التدريب في مستشفيات وزارة الصحة.

يجدر بالذكر أن الخبراء المشاركون في تحليل الوضع الراهن قد عدوا ضعف التنسيق بين القطاعات الصحية المختلفة في مجال التدريب والتعليم الصحي إحدى نقاط الضعف في نظام التعليم الصحي.

### تجارب عالمية :

#### ١. مستشفيات جامعية تعليمية :

قامت معظم كليات الطب حول العالم بإنشاء مستشفياتها التعليمية الخاصة بها

كمواقع رئيسية لتدريب طلابها، ومع ذلك هناك أوجه قصور عديدة للتدريب في المستشفيات التعليمية منها:

١. أن المشاكل الصحية التي يتم علاجها في المستشفيات التعليمية تمثل نسبة ضئيلة من المشاكل الصحية في المجتمع بأكمله. وهذا من شأنه أن يحد من تدريب الطلاب ليقترص على مشاكل صحية قليلة.

٢. تحول المشاكل الصحية إلى أمراض مزمنة ومشاكل صحية عقلية يتم مواجهتها ويمكن التعامل معها بشكل سليم على مستوى الرعاية الصحية الأولية.

٣. التوجه نحو إبقاء المرضى في المستشفى لمدة قصيرة، ورعاية اليوم الواحد يقلل عدد المرضى المتاحين لتدريب الطلاب.

٤. إن نوعية المشاكل الصحية والتي تتمثل بشكل رئيس في المرضى في مراحلهم الأخيرة أو المرضى شديدي المرض ليست مناسبة لتدريب الطلاب.

لذلك اعتنت عدد من الكليات بتدريب بديل.

## ٢- التعليم المرتكز على المجتمع:

يتكون التعلم المرتكز على المجتمع من أنشطة تعليمية تقوم باستغلال المجتمع بشكل مكثف بما في ذلك معاهد الرعاية الصحية الأولية والثانوية، والمنظمات الصحية المجتمعية، والمجتمع ككل كبيئة تعليمية ينخرط فيها ليس الطلاب فقط بل أيضاً المعلمين وأفراد المجتمع وممثلي القطاعات الأخرى في اكتساب الخبرة التعليمية (منظمة الصحة العالمية - ١٩٧٨).

إن العديد من معاهد التعليم المهني الصحي حول العالم منخرطة بشكل فاعل في التعليم المرتكز على المجتمع بتخصيص جزءاً كبيراً من مناهجها الدراسية للطلاب الذين يتدربون في المجتمع.

ومثال ذلك:

الكلية	نسبة الوقت المخصص لتدريب الطالب في المجتمع
جامعة هارفارد (الولايات المتحدة)	٦٠
المنهاج الدراسي للرعاية الأولية نيومكسيكو - ألبوكيركي (الولايات المتحدة)	٥٠
جامعة سانز (ماليزيا)	٢٠
الرعاية الأولية المتمحورة حول المجتمع جامعة نورث كارولينا (الولايات المتحدة)	١٥
جامعة نيوكاسل - كلية الطب (أستراليا)	١٥
كلية العلوم الصحية، جامعة لينكو بنغ (السويد)	١٥

وهناك أدلة كثيرة على أن تدريب الطلاب في مؤسسات المجتمع الصحية كان له أثر عظيم على الجودة النوعية للتدريب بتوفيره لمهنيين صحيين مستعدين بشكل جيد لاختبار تخصص عام مناسب يحتاجه النظام الصحي، ومستعدين للعمل في المناطق التي تحظى بخدمات صحية ضعيفة، بالإضافة إلى أنه يمنح الكليات المشاركة مزايا عديدة متمثلة في الاعتراف المحلي والدولي بها، فضلاً عن الشراكة القوية مع النظام الصحي والمجتمع. بريطانيا: تخصيص ميزانية إضافية لكل مؤسسة صحية، مقابل التعاون مع الكليات الصحية في تدريب الطلبة.

بريطانيا وأمريكا: إعطاء حوافز مادية ومعنوية للكوادر الصحية التابعة للمستشفيات في حال شاركوا في تدريب الطلبة، وفي المقابل تعطى الهيئة التدريسية مكافأة إضافية عند تقديم خدمات علاجية في المستشفيات.

### ٣- تدريب الصحة الريفية :

للإستجابة لمشكلة النقص الشديد في المهنيين الصحيين في المناطق الريفية ، استجابت العديد من الدول لذلك بتدريب الطلاب في المناطق الريفية ، ومثال ذلك في أستراليا ، حيث طلب المجلس الطبي الأسترالي من كل كلية طب إنشاء كلية ريفية. وعلى كل طالب أن يقضي ستة أشهر في هذا الموقع الريفي. وتوفر الحكومة ميزانية مقدارها خمسة ملايين دولار أسترالي على الأقل لكل كلية طب تقوم بإنشاء كليتها الريفية. كما بدأت بعض الجامعات الكندية والأمريكية الشمالية في طرح مقررات للإقامة التدريبية الريفية.

### الخيارات الإستراتيجية :

إن دراسة الوضع الراهن تجعل من المتعين على وزارة التعليم العالي السعي إلى توفير منافذ وفرص تدريبية مناسبة للكليات الصحية.

والخيارات المتوفرة في هذا المجال هي :

١. إنشاء مستشفى جامعي لكل جامعة تضم كليات صحية.
٢. الاستفادة من مستشفيات وزارة الصحة والقطاعات الأخرى.

### الخيار الأول : إنشاء مستشفى جامعي لكل جامعة تضم كليات صحية :

لا شك أن من أهم إيجابيات هذا الخيار هو السيطرة الكاملة على المستشفيات التعليمية وتذليل أي معوقات تعيق العملية التعليمية ، إلا أن المتطلبات المالية الإنشائية والتشغيلية لهذا الخيار تجعل من الصعب اعتماده كحل إستراتيجي لمشكلة آنية يعاني منها التعليم الصحي بشكل شبه يومي ، ومع ذلك يبقى هذا الخيار قائماً على المدى الطويل وتبقى دراسة جدوى الإنفاق على هذه المشاريع ضرورية.

ويمكن شراء بعض المستشفيات الخاصة المناسبة ليكون مستشفى جامعياً للكليات الجديدة. ويتميز هذا الحل بسرعة التنفيذ إلا أنه قد يكون مكلفاً من الناحية المادية، حيث يوجد في أغلب المدن المتوسطة الحجم والكبيرة مستشفيات خاصة تصلح لهذا الغرض ولو بصورة



مؤقتة حتى تقوم الوزارة ببناء المستشفى الجامعي المناسب. وفي حالة الكليات المستقبلية فيشرع في إنشاء المستشفى منذ إقرار الكلية حتى يكون جاهزاً مع وصول الطلبة إلى المرحلة السريرية.

تبقى الإشارة إلى أن الأعباء الإدارية والتشغيلية للمستشفيات الجامعية تأخذ وقتاً وجهداً كبيرين من الهيئة التدريسية، ويمكن التخلص من الأعباء الإدارية والتشغيلية من خلال إسناد هذه المهام إلى شركات تشغيل المستشفيات، على أن تكون الرسالة الأولى لهذه المستشفيات هي دعم العملية التعليمية في جميع الكليات الصحية في الجامعة، وأن يضم مجلس إدارته عمداء الكليات الصحية بالجامعة.

### **الخيار الثاني: الاستفادة من مستشفيات وزارة الصحة والقطاعات الأخرى:**

إن استخدام مستشفيات وزارة الصحة بشكل رئيس ومستشفيات الجهات الحكومية الأخرى التي تقدم خدمات صحية كوزارة الدفاع ووزارة الداخلية والحرس الوطني يبدو عملياً أكثر من إنشاء مستشفيات جامعية وأقل كلفة، إلا أن وزارة الصحة لن تكون متحمسة له، كونه يلقي عليها أعباء إضافية هي في غنى عنها، هذا فضلاً عن أن هذه المستشفيات غير مهيأة لتدريب الطلبة ولا يوجد فيها خدمات طلابية، يضاف إلى ذلك الصعوبات التي تكتنفها عملية التنسيق.

إن من الحلول الإستراتيجية لهذه المشكلة بالتحديد هو إيجاد جهة عليا تنظم عملية التعليم الصحي، ولنطلق عليها (الهيئة الوطنية للتعليم الصحي)، أعضاؤها الوزراء ذوو العلاقة بالتعليم الصحي وترتبط مباشرة بالمقام السامي، لتكون قراراتها قوية وملزمة. ويكون من مهامها إعداد الأنظمة واللوائح المناسبة لإيجاد الارتباط المؤسسي الوثيق بين القطاعات الصحية (الحكومية والخاصة) من جهة ومؤسسات التعليم الصحي الجامعي من جهة أخرى للاستفادة من المرافق والطاقت المؤهلة في هاتين الجهتين. ومن الحلول التي يمكن أن تتبناها هذه الهيئة التنسيق مع وزارة المالية لتخصيص ميزانية إضافية لكل مؤسسة صحية مقابل التعاون في مجال التعليم وذلك على غرار النظام في بريطانيا. كما يمكن أن يسند لها تحديد احتياجات البلد من التخصصات الصحية، بحيث تلزم مؤسسات التعليم الصحي الجامعي الحكومية والأهلية بفتح التخصصات التي تحتاجها البلد وإغلاق أو تقليص التخصصات التي

تحقق فيها الاكتفاء. كما يمكن أن يسند لها أيضاً مهام التقويم والاعتماد الأكاديمي الاعتماد للكليات الصحية.

وإذا دمجنا فكرة الاستفادة من مستشفيات وزارة الصحة مع فكرة إنشاء كليات لتدريس العلوم الطبية الأساسية التي سبق مناقشتها في المحور السابق نجد أن العوائق أمام افتتاح كليات طب جديدة قد قلت بشكل كبير.

## التوصيات:

من أجل توفير منافذ وفرص تدريبية مناسبة للكليات الصحية، يوصي فريق الدراسة بتبني الاستراتيجيات التالية:

١. إنشاء (الهيئة الوطنية للتعليم الصحي) لتنسق التعليم الصحي بين الجهات ذات العلاقة. من أجل إيجاد ارتباط مؤسسي وثيق بين وزارة التعليم العالي والقطاعات الصحية المختلفة لتحقيق الاستفادة القصوى من مستشفياتها في العملية التعليمية.
٢. تخصيص ميزانية إضافية لكل مؤسسة صحية مقابل التعاون في مجال التعليم والتدريب، تقررها (الهيئة الوطنية للتعليم الصحي).
٣. إنشاء المستشفيات الجامعية بشكل مرحلي.
٤. إسناد المهام الإدارية والتشغيلية للمستشفيات الجامعية إلى شركات تشغيل المستشفيات، على أن تكون الرسالة الأولى لهذه المستشفيات هو دعم العملية التعليمية في جميع الكليات الصحية في الجامعة، وأن يضم مجلس إدارته عمداء الكليات الصحية بالجامعة.

## تمويل التعليم الجامعي الصحي

على الرغم من أن هناك محور مخصص للتمويل الجامعي في مشروع آفاق، إلا أننا سنستعرض ويايجاز بعض الجوانب التي تشغل القارئ على التعليم الصحي. تعتمد الجامعات السعودية على التمويل الحكومي بشكل أساس، وقد اتفق الخبراء المشاركون في هذه الدراسة على اعتبار الدعم الحكومي للكليات الصحية أحد الفجوات التي لا بد من ردمها في المستقبل. إن الاعتمادات الحكومية في الوقت الراهن لا تتماشى مع فلسفة التعليم الصحي على المستويين الكمي والنوعي، وبخاصة للكليات الصحية حديثة الإنشاء، وهو ما يؤثر بشكل كبير على مدى وفاء هذه الكليات بالتزاماتها تجاه الأهداف المناطة بها. ونصت المادة الثالثة والخمسون من نظام مجلس التعليم العالي على أن إيرادات الجامعات تتكون من:

- ١ - الإعتمادات التي تخصص لها في ميزانية الدولة.
- ٢ - التبرعات والمنح والوصايا والأوقاف.
- ٣ - ريع أملاكها وما ينتج عن التصرف فيها.
- ٤ - أي إيرادات تنتج عن القيام بمشاريع البحوث أو الدراسات أو الخدمات العلمية للآخرين.

ويتضح من ذلك أن الدولة لا تؤيد بأن يصبح الدعم الحكومي هو المصدر المالي الوحيد للجامعات، إلا أن الموارد الأخرى التي سمح بها النظام لا يمكن أن تشكل في الوقت الراهن دخلاً مجزياً يساعد الجامعات على الوفاء بالتزاماتها، وخاصة تجاه التعليم الصحي المكلف بطبيعته.

إن الإقبال المتزايد على الكليات الصحية وارتفاع تكلفة الطالب فيها يشكل عبئاً كبيراً على موازنة الدولة مما يجعل هناك حاجة إلى إيجاد مصادر جديدة لتمويل التعليم الصحي الجامعي لتسهم في الارتقاء به وبكفاءته ولتخفف العبء على ميزانية الدولة.

تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن النظم المالية والإدارية الحالية بالغة التعقيد، وقد اتفق الخبراء المشاركون في هذه الدراسة على اعتبار "مركزية صنع القرار المالي" و"عدم مرونة البنود

المالية" فجوتان لا بد من ردمهما في المستقبل.

فمن المتعين على وزارة التعليم العالي السعي إلى زيادة التمويل للكليات الصحية.  
والخيارات المتوفرة في هذا المجال هي :

١. زيادة التمويل الحكومي.

٢. التمويل الذاتي.

٣. التمويل المجتمعي.

### **التمويل الحكومي:**

لا يزال التمويل الحكومي للجامعات يشكل الدخل الرئيس في المملكة ، مثلها مثل العديد من الدول الآسيوية والأوروبية ، والانتعاش الاقتصادي الذي تمر به المملكة يُعد أحد الفرص الكبيرة أمام تطوير التعليم العالي ، وكون متخذ القرار ممثلاً بوزير التعليم العالي مقتنع من رسم خطة مستقبلية لتطوير التعليم العالي بشكل عام والتعليم الصحي بشكل خاص ، فإنه من الضروري دعم المشروع مالياً وبخاصة في مراحله الأولى. ولا بد من التذكير هنا بأهمية إعادة النظر في الأنظمة المالية والإدارية لتتسم بالمرونة واللامركزية لمساندة العملية التعليمية ودعمها.

يبقى أن نذكر هنا أن التمويل الحكومي يعتمد بشكل كبير على الإيرادات النفطية التي كانت ولا تزال عرضة لتقلبات السوق النفطية مما يجعل تمويل التعليم هو الآخر عرضة لمثل هذه التقلبات.

### **التمويل الذاتي:**

إن التمويل الذاتي قد يكون أحد الروافد المهمة للتمويل الحكومي لتغطية التزامات الكليات الصحية ، إلا أنه لا يمكن أن يكون مصدراً أساساً ، فضلاً عن أن يكون بديلاً عنه ، حيث تكفلت الدولة بالتعليم والعلاج المجاني. إن تطور الكليات الصحية في الخمس وعشرين سنة القادمة يعتمد بشكل كبير على قدرتها على تنمية مواردها الذاتية. ومن الأفكار في هذا الصدد فرض بعض الرسوم المعقولة على الطلاب ، والمنتفعين من برامج الدبلوم والتدريب

والتعليم المستمر، فرض بعض الرسوم على الخدمات التي تقدمها مرافق الكليات الصحية كالمستشفيات وعيادات الأسنان والمختبرات، تقديم الخدمات الصحية للمشمولين بنظام التأمين الصحي، استثمار الأنشطة الإنتاجية المبنية على أفكار وابتكارات أساتذة الكليات الصحية في المجالات الطبية والاستكشافات الدوائية والتقنية الحيوية ذات المردود الاستثماري والعائد التجاري... الخ.

### **التمويل المجتمعي:**

لا يمكن أن يكون التمويل المجتمعي مصدراً أساساً للكليات الصحية، وإنما قد يكون أحد الروافد المهمة للتمويل الحكومي. ومن الأفكار في هذا الصدد تبادل الخبرات مع القطاع الخاص، إسهام القطاع الخاص في تمويل مراكز البحث العلمي والبرامج والمنشآت والأجهزة الصحية مقابل مردود معنوي. تبني أسلوب المنح التعليمية في الجامعات التي يربحها أفراد أو مؤسسات المجتمع. إنشاء الصناديق الوطنية لدعم التعليم الصحي. التنسيق مع وزارة الأوقاف للاستفادة من الإمكانيات المتاحة في ريع الأوقاف، أو قبول الأوقاف من المتبرعين من أصحاب رؤوس الأموال... الخ.

### **التوصيات:**

١. زيادة التمويل الحكومي لتغطية ميزانيات الكليات الصحية وبخاصة في المراحل الأولى من تطبيق الخطة. وإعداد التنظيم المناسب الذي يضمن التعامل السريع والفعال.
٢. إيجاد نظام إداري ومالي حديث يعتمد المرونة واللامركزية لمساندة العملية التعليمية ودعمها. ومن ذلك توسيع صلاحيات الكليات الصحية والمستشفيات التعليمية إدارياً ومالياً.
٣. دراسة إيجاد موارد مالية أخرى للمؤسسات التعليمية الحكومية، ووضع اللوائح التي تتيح للجامعات فرصة البحث عن مصادر تمويل متنوعة لتغطية التزاماتها.

## الكفاءة الداخلية

إن كفاءة أعضاء هيئة التدريس ، ومستوى الخطط والبرامج الدراسية ، وفاعلية الجهاز الإداري للجامعات والكليات الصحية ، تُعد من أبرز العوامل المؤثرة على الكفاءة الداخلية للكليات الصحية ، كما يعتبر تحميل الكليات الصحية فوق طاقتها المعيارية سيكون من الأسباب المباشرة لانخفاض هذه الكفاءة.

لقد غطى الفصل الأول والثالث والرابع جوانب مهمة في سبر الوضع الراهن والاتجاهات العالمية والخيارات الممكنة لتطوير الكفاءة الداخلية للكليات الصحية. وسنطرح هنا مجموعة من التوصيات التي تصب في هذا الصدد.

### التوصيات:

1. ينبغي على الكليات الصحية متابعة أداء خريجها في المرحلة التالية للتخرج من حيث مستواهم العلمي ، وتأهيلهم المهني ، ومواطن القوة والضعف ، والاستفادة من ذلك في تصحيح وتطوير المناهج والخطط الدراسية.
2. تعديل الأنظمة واللوائح المنظمة لشؤون أعضاء هيئة التدريس ، بما في ذلك الحوافز والأجور ، بما يجعل مؤسسات التعليم الصحي جاذبة للكوادر والقيادات المتميزة ، وتحفز على التطوير والإبداع ، مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية الكليات الصحية.<sup>(١)</sup>
3. توفير أعضاء هيئة التدريس من الجنسين للطلاب والطالبات لتحقيق معدل (أستاذ: طالب) المتوافقة مع المعايير العالمية.
4. ينبغي على الكليات الصحية أن تركز على ضمان كفاءة هيئة التدريس من خلال توفير سبل تطوير القدرات والمعارف من جهة ، وإخضاعها للتقويم والمتابعة المستمرة من جهة أخرى. (تراجع التوصيات في الفصل الثالث والرابع)
5. العمل على إيجاد البيئة الأكاديمية الداعمة للتميز والإبداع والابتكار لأعضاء هيئة

<sup>(١)</sup> عد الخبراء المشاركون في تحليل الوضع الراهن ، ضعف الأجور والحوافز المالية الخاصة بأعضاء هيئة التدريس ، من أكبر نقاط الضعف في نظام التعليم الصحي الجامعي ، كما عدوا تسرب أعضاء هيئة التدريس من المخاطر الكبيرة التي تهدد التعليم الصحي. (يراجع التحليل الرباعي في الفصل الأول)

- التدريس ، ووضع الأسس اللازمة لذلك ضمن معايير الاعتماد الأكاديمي.
٦. العمل على إيجاد بيئة تعليمية وتدريبية داعمة ومشجعة للطلاب والطالبات ، ووضع الأسس اللازمة لذلك ضمن معايير الاعتماد الأكاديمي ، مع مراعاة الاحتياجات الخاصة للطالبات وظروفهن الاجتماعية. (تراجع التوصيات في الفصل الأول والثالث)
٧. تحديث البنية التحتية للمؤسسات التعليمية الجامعية القائمة لتكون مواكبة للتطورات في تقنية المعلومات والاتصالات وتوظيفها في إدارة مؤسسات التعليم الصحي الجامعي والبرامج الأكاديمية من حيث المحتوى وأساليب وطرق التدريس والتقويم. (تراجع التوصيات في الفصل الثالث والرابع)
٨. إشراك الطالب والمجتمع ومراعاة احتياجاتهما في عملية التعليم الصحي والنشاطات المتعلقة بهما. (تراجع التوصيات في الفصل الأول والثالث والرابع)
٩. تهيئة ظروف العمل المناسبة لعضوات هيئة التدريس ، حتى يتمكن من التوفيق بين المهنة والتزاماتهن الأسرية. وذلك للتقليل من تسربهن. وأن تقوم وزارة الخدمة المدنية بمراجعة اللوائح الخاصة بعمل المرأة في المجال الصحي ، بما يمكنها من التوفيق بين قيامها بعملها وعدم التفريط في واجباتها الأسرية.

## التوصيات التنفيذية

إن فريق الدراسة يوصي بأن يتم تطبيق الخطة المستقبلية للتعليم الصحي الجامعي من خلال برنامج بمراحل متعددة حتى يتم تحقيق الأهداف بشكل عملي ومدروس. وتشكل المرحلة الأولى والثانية مرحلتان رئيستان في التنفيذ، ويقترح أن تكون المراحل على النحو الآتي:

### المرحلة الأولى (مرتكزات أساسية لتنفيذ الخطة المستقبلية):

مدتها ثلاث سنوات ويتم خلالها:

١. إنشاء وكالة في وزارة التعليم العالي، لإدارة وتنفيذ الخطة الإستراتيجية، تتبعها إدارات تنفيذية، تكون أحدها متخصصة في شؤون التعليم الصحي. وتقوم كل جامعة (حكومية أو أهلية) بإنشاء مكتب للتنسيق مع هذه الوكالة فيما يتعلق بالمتابعة ورفع التقارير عن مدى سير وتقديم خطوات التطوير والمعوقات التي تواجهها على أرض الواقع.
٢. تقوم الهيئة الوطنية للاعتماد الأكاديمي بتحديد معايير الاعتماد للكليات الصحية فيما يخص الخطط الدراسية، والاستيعاب، والبيئة التعليمية، وتأهيل وتدريب الهيئة التدريسية، والبنية التحتية. (تراجع التوصيات في الفصل الأول والثالث والرابع)
٣. إنشاء الهيئة الوطنية للتعليم الصحي ترتبط مباشرة بالمقام السامي. (تراجع التوصيات المقترحات في هذا الفصل)
٤. تتطلب عملية التخطيط والتنسيق والمتابعة للتعليم الصحي إنشاء نظام متكامل للمعلومات في الهيئة الوطنية للتعليم الصحي، وإنشاء شبكة تربط جميع القطاعات والمرافق الصحية الجامعية وغير الجامعية بما يحقق توفير المعلومات ودقتها وتبادلها بسرعة وسهولة، وتوفير قاعدة شاملة ومتكاملة للبيانات. ويمكن أن يكون ذلك مهمة وزارة التعليم العالي.



٥. تقوم الهيئة الوطنية للتعليم الصحي بإعداد الأنظمة واللوائح المناسبة لإيجاد ارتباط مؤسسي وثيق بين القطاعات الصحية (الحكومية والخاصة) من جهة ومؤسسات التعليم الصحي الجامعي من جهة أخرى للاستفادة من المرافق والطاقات المؤهلة في هاتين الجهتين.
٦. تعديل الأنظمة واللوائح المنظمة لشؤون أعضاء هيئة التدريس، بما في ذلك الحوافز والأجور، بما يجعل مؤسسات التعليم الصحي جاذبة للكوادر والقيادات المتميزة، وتحفز على التطوير والإبداع، مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية الكليات الصحية.
٧. إيجاد نظام إداري ومالي حديث يعتمد المرونة واللامركزية لمساندة العملية التعليمية ودعمها.
٨. زيادة التمويل الحكومي لتغطية الميزانيات لهذه المرحلة والمرحلة التالية، وإعداد التنظيم المناسب الذي يضمن التعامل السريع والفعال.
٩. دعم الكليات الناشئة حديثاً، مالياً وإدارياً وتوفير البنية التحتية اللازمة لها.
١٠. وضع خطة مفصلة للتوسع في افتتاح الكليات الصحية يحدد فيها الزمان، والمكان لتحقيق التوازن بين مناطق المملكة، وتخصيص الكلية، ومن سيقوم بإنشائها (وزارة التعليم العالي أم القطاع الخاص). ووضع الضوابط والشروط التي تكفل نجاح أي كلية صحية قبل افتتاحها، على أن لا تفتتح كليات حكومية في المرحلة الأولى والثانية.

### **المرحلة الثانية (تطوير البيئة التعليمية والخطط الدراسية):**

مدتها خمس سنوات، ويمكن البدء ببعض بنود المرحلة قبل انتهاء المرحلة الأولى، ويتم خلالها:

١. تفرض الهيئة الوطنية للاعتماد الأكاديمي شروطها على جميع الكليات الصحية، الحكومية والأهلية، وتلتزم الكليات الصحية في هذه المرحلة بمراجعة برامجها التعليمية وخططها الدراسية حسب المعايير التي أقرتها الهيئة. وتقوم الهيئة بإعادة التقويم للكليات الصحية في نهاية هذه المرحلة ثم بشكل دوري، وإيقاف القبول في الكليات التي لم تلتزم بالمعايير.

٢. العمل على إيجاد البيئة الأكاديمية الداعمة للتميز والإبداع والابتكار لأعضاء هيئة التدريس ، ووضع الأسس اللازمة لذلك ضمن معايير الاعتماد الأكاديمي. (تراجع التوصيات في الفصل الأول والثالث)
٣. العمل على إيجاد بيئة تعليمية وتدريبية داعمة ومشجعة للطلاب والطالبات ، ووضع الأسس اللازمة لذلك ضمن معايير الاعتماد الأكاديمي ، مع مراعاة الاحتياجات الخاصة للطالبات وظروفهن الاجتماعية. (تراجع التوصيات في الفصل الأول والثالث)
٤. تحديث البنية التحتية للمؤسسات التعليمية الجامعية القائمة لتكون مواكبة للتطورات في تقنية المعلومات والاتصالات وتوظيفها في إدارة مؤسسات التعليم الصحي الجامعي والبرامج الأكاديمية من حيث المحتوى وأساليب وطرق التدريس والتقويم. (تراجع التوصيات في الفصل الأول والثالث والرابع)
٥. إشراك الطالب والمجتمع ومراعاة احتياجاتهما في عملية التعليم الصحي والنشاطات المتعلقة بهما. (تراجع التوصيات في الفصل الأول والثالث والرابع)
٦. التركيز على ضمان كفاءة هيئة التدريس ، وإخضاعها للتقويم المستمر. (تراجع التوصيات في الفصل الأول والثالث والرابع)
٧. إنشاء وحدة تعليم صحي في كل كلية صحية تكون مهمتها العناية بالتعليم الصحي تطويراً ومراجعة وبحثاً.
٨. توفير أعضاء هيئة التدريس من الجنسين للطلاب والطالبات لتحقيق معدل (أستاذ : طالب) المتوافقة مع المعايير العالمية.
٩. تعديل أعداد القبول في الكليات بناء على المعايير المقترحة. (تراجع المقترحات في الفصل الثالث)
١٠. وضع اللوائح اللازمة لتشجيع نشاطات البحث العلمي وزيادته ودعمه ورفع مستواه.
١١. دراسة إيجاد موارد مالية أخرى للمؤسسات التعليمية الحكومية ، ووضع اللوائح المنظمة لذلك.

١٢. إتاحة المجال للقطاع الخاص بافتتاح مزيد من الكليات الصحية ضمن إطار خطة التوسع المعدة في المرحلة الأولى.

### المرحلة أو المراحل اللاحقة :

ويتم خلالها :

١. التوسع في إنشاء الكليات الجديدة بناء على الخطة المقترحة.
٢. تتولى الجامعات والهيئة الوطنية للاعتماد الأكاديمي مراقبة مستجدات التعليم الصحي الناجحة في تجارب الدول الأخرى.
٣. مواكبة التطورات في تقنية المعلومات والاتصالات وتوظيفها في إدارة مؤسسات التعليم الصحي الجامعي والبرامج الأكاديمية.
٤. توسيع وتنوع مصادر الموارد المالية غير الحكومية للمؤسسات التعليمية.
٥. متابعة حاجة سوق العمل في القطاع الحكومي والخاص وتحديد احتياجات البلد من التخصصات الصحية والتعامل مع الموارد في الجامعات بناء على ذلك. ويمكن إسناد هذه المهمة إلى (الهيئة الوطنية للتعليم الصحي)، بالتنسيق مع مجلس الخدمات الصحية والجهات الأخرى ذات العلاقة، بحيث تلزم مؤسسات التعليم الصحي الجامعي الحكومية والأهلية بفتح التخصصات التي يحتاجها السوق وإغلاق أو تقليص التخصصات التي تحقق فيها الاكتفاء.
٦. تواصل وزارة التعليم العالي الخطوات اللازمة لجعل الجامعات السعودية في طليعة الجامعات العالمية في التعليم الصحي.



١١. ندوة "الرؤية المستقبلية للاقتصاد السعودي حتى عام ١٤٤٠هـ (٢٠٢٠م)"، نظمتها وزارة التخطيط في ١٣ - ١٧/٨/١٤٢٣هـ (١٩ - ٢٣/١٠/٢٠٢٠م)، التعليم العالي: منظور مستقبلي.