

الفصل الأول

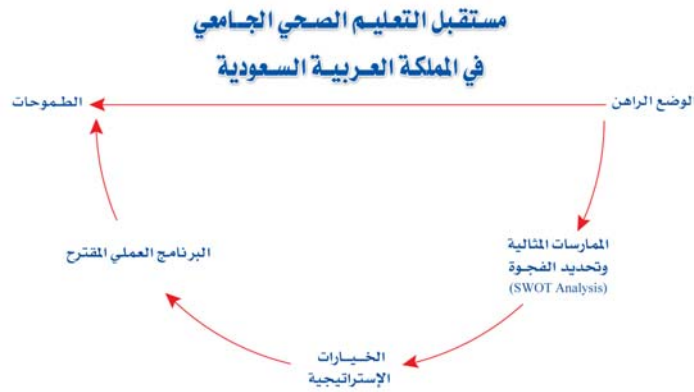
الرؤية والرسالة والأهداف العامة للتعليم الصحي
بالمملكة العربية السعودية

مقدمة

إن وضوح الرؤية والرسالة والأهداف العامة للتعليم الصحي بالمملكة يُعد من أهم الخطوات الأساسية في التخطيط الاستراتيجي بعيد المدى. وهذا يعتمد على التشخيص الدقيق للواقع وتحديد الفجوة بين واقع التعليم الصحي والطموحات المستقبلية، ومن ثم يمكن عرض الخيارات الاستراتيجية والحلول العملية لردم الفجوة والوصول إلى التطلعات. هذا وقد اعتمدت نتائج هذا الفصل على آراء الخبراء المشاركون في ورش العمل التي أقيمت خصيصاً لمناقشة تحليل الوضع الراهن للتعليم الصحي والعوائق أمام تطويره.

أهداف الدراسة:

1. تشخيص الوضع الراهن من خلال تحديد نقاط القوة والضعف والفرص والمخاطر للتعليم الصحي بالمملكة.
 2. تحديد وصياغة الرسالة والرؤية والقيم وأهداف التعليم الصحي للخمس والعشرين سنة القادمة.
 3. تشخيص الفجوة بين الواقع والمأمول بعد خمس وعشرين سنة.
 4. اقتراح الحلول المناسبة لردم الفجوة.
- ويمكن توضيح المهام بالرسم التوضيحي التالي:



اختيار الخبراء المشاركون:

- نظراً لأهمية وحيوية نتائج هذا الفصل ، وأهمية دور الخبراء فيه ، فقد تم بعناية اختيار تسعة عشر خبيراً للمشاركة في دراسة محاور هذا الفصل،^(١) فكان من معايير اختيارهم:
- الخبرة الإدارية في إدارة المؤسسات الصحية ، تعليمية كانت أم خدمية.
- عمداء ووكلاء كليات صحية عريقة وكليات حديثة النشأة.
- تمثيل جميع التخصصات الصحية (الطب وطب الأسنان والصيدلة والعلوم الطبية والتمريض).
- تمثيل أكبر قدر ممكن من جامعات المملكة (جامعة الملك سعود ، جامعة الملك عبد العزيز ، جامعة الملك فيصل ، جامعة الملك خالد ، جامعة طيبة ، جامعة الطائف ، جامعة جازان).
- تمثيل جهات حكومية ذات علاقة (وزارة الصحة ، والهيئة السعودية للتخصصات الصحية ، ومجلس الشورى).
- تمثيل هيئات وجمعيات ذات علاقة (الهيئة الوطنية للتقويم والاعتماد الأكاديمي ، الجمعية السعودية للتعليم الطبي).
- تمثيل القطاعين الحكومي والأهلي.

خطوات العمل:

تم الوصول إلى النتائج من خلال عقد تسع ورش عمل بحضور عدد من المستشارين ، من خلال الخطوات التالية:

^(١) للاطلاع على قائمة الخبراء والمستشارين الذين تم الاستعانة بهم ، يراجع قسم (فريق الدراسة) في آخر هذا التقرير.

١. تقديم عرض عن مفاهيم التخطيط الاستراتيجي للمشاركين.
٢. تحليل الوضع الراهن باستخدام طريقة التحليل الرباعي (SWOT Analysis)، وتحديد نقاط القوة والضعف والمخاطر والفرص، والتصويت عليها من خلال نظام للتصويت السري.
٣. مراجعة نقاط القوة والضعف والمخاطر والفرص.
٤. تحديد الفجوة بين الوضع الراهن والتطلعات والمعايير الدولية باستخدام التخطيط المرئي على برنامج Excel، والتصويت عليها من خلال نظام التصويت السري.
٥. مراجعة نتائج التخطيط المرئي.
٦. قياس حجم وأثر مؤشرات الفجوة باستخدام مقياس Thi.
٧. تحديد الخيارات الإستراتيجية والبرامج العملية لتحقيق الأهداف والتطلعات.
٨. تشكيل لجنة مصغرة لصياغة مسودة الرسالة والرؤية والقيم والأهداف.
٩. إرسال المسودة الأولية للرؤيا والرسالة والقيم والأهداف ومؤشرات الفجوة والحلول المقترحة، للفريق الرئيس والخبراء للمراجعة.
١٠. عقد ورش عمل لمجموعات مركزية في كلية الطب بجامعة الملك عبد العزيز، وجامعة الملك فيصل، وجامعة الملك خالد بأبها، وذلك لمناقشة نقاط القوة والضعف والفرص والمخاطر والتطلعات المستقبلية من وجهة نظر مجموعة من طلاب الكليات الصحية ومجموعة أخرى من أعضاء هيئة التدريس في الكليات الصحية في كل جامعة.

تحليل الوضع الراهن للتعليم الصحي الجامعي بالمملكة العربية السعودية

أولاً: التحليل الرباعي للتعليم الصحي الجامعي :

إن من أكثر أساليب تحليل الوضع الراهن شيوعاً وأوسعها استخداماً هو التحليل الاستراتيجي الرباعي (SWOT Analysis)، فيجب على القائمين على نظام التعليم الصحي أن يعوا بشكل واضح نقاط قوته وضعفه الداخلي، كما يجب عليهم تفهم الفرص والمخاطر الموجودة في البيئة الخارجية المحيطة به. ويمكن اعتبار هذه العناصر الأربعة أداة مفيدة في فهم وتحليل البيئة الخاصة بنظام التعليم الصحي، وهو ما يتيح أساس قوي لعملية التخطيط. ونتائج التحليل الرباعي اعتمدت بشكل أساس على آراء الخبراء الذين تم اختيارهم بعناية كما تقدم، وقد تم تحديد العناصر من خلال العصف الذهني أولاً، ثم المراجعة، ثم التصويت السري لتحديد نسبة الإجماع وقوة التأثير، كما تم عقد ورش عمل لمجموعات مركزة من أعضاء هيئة تدريس وطلبة الكليات الصحية بجامعة الملك عبد العزيز، وجامعة الملك فيصل، وجامعة الملك خالد بأبها.

وقد جاءت نتائج التحليل الرباعي كالتالي :

(أ) عناصر القوة:

١. السنة التدريبية (الامتياز).
٢. مجانية التعليم.
٣. المكافئة الشهرية للطلاب.
٤. جودة مخرجات التعليم الصحي الجامعي مقارنة بدول الجوار.
٥. تطور نظام القبول.
٦. الابتعاث لمرحلة ما بعد البكالوريوس (الدراسات العليا) للدراسة في الخارج.

٧. التوجه نحو تطوير طرق وأساليب ومناهج التعليم الصحي.
٨. ازدياد الوعي لدى الهيئة التدريسية بضرورة تحسين العملية التعليمية.
٩. إنشاء الهيئة الوطنية للتقويم والاعتماد الأكاديمي.

ب) عناصر الضعف:

١. النقص الشديد في عدد مخرجات التعليم الصحي بالنسبة لحاجة السوق.
٢. ضعف الأجور والحوافز المالية الخاصة بأعضاء هيئة التدريس.
٣. ضعف مهارات المدرسين في طرق وأساليب التدريس والتقويم وتطوير المناهج.
٤. نظام الترقيات يعتمد على الأبحاث في مجال التخصص المهني ويهمل الجوانب الأكاديمية الأخرى.
٥. قلة البحوث المتعلقة بتطوير التعليم الصحي.
٦. صعوبة استقطاب أعضاء هيئة تدريس متميزين بسبب ضعف المزايا المالية.
٧. نقص عدد أعضاء هيئة التدريس في التخصصات الأساسية وبعض التخصصات السريرية وخصوصاً من الكوادر النسائية.
٨. ضعف العلاقة بين الطالب والمدرس ، وعدم اشراك الطالب في تطوير العملية التعليمية.
٩. عدم فعالية برنامج السنة الإعدادية.
١٠. ضعف الإرشاد الأكاديمي الطلابي.
١١. عدم مراعاة خصوصية المرأة في التعليم والتدريب الصحي.
١٢. ضعف البيئة التعليمية والتدريبية مع قلة المستشفيات التعليمية وأماكن التدريب العملي.
١٣. ضعف التنسيق بين القطاعات الصحية المختلفة في مجال التدريب والتعليم الصحي.
١٤. المناهج الدراسية قديمة وغير مرتبطة باحتياجات المجتمع وألوياته الصحية.
١٥. عدم استثمار التقنيات الحديثة في التعليم الصحي.

١٦. ضعف البيئة الإدارية في التعليم إجمالاً (المركزية وعدم المرونة، الضبابية، جمود الأنظمة واللوائح وضعف برامج التدريب والتطوير الإداري).
١٧. تحجيم صلاحيات الجامعات في إدارة شؤون الجامعة.
١٨. العشوائية في افتتاح الكليات الصحية الجامعية.
١٩. التوسع في القبول والاستيعاب مع عدم توافر الدعم المناسب (عدم تناسب عدد الطلاب مع هيئة التدريس والإمكانات التعليمية والتدريبية).

ج) الفرص:

١. الانتعاش والطفرة الاقتصادية.
٢. زيادة المصادر المعلوماتية في مجال التعليم الصحي.
٣. التقدم والتطور التقني.
٤. التطور المتنامي العالمي في مجال التعليم الصحي.
٥. توجه المؤسسات التعليمية العالمية والمحلية لتطبيق الجودة ومعايير الاعتماد الأكاديمي.
٦. زيادة ممارسة واستعداد وقدرة الطلاب على استخدام التقنية.
٧. التغيير الإيجابي في نظرة المجتمع لبعض المهن والتخصصات الصحية.
٨. كثرة المتقدمين للكليات ووجود الأعداد الكافية من الطلاب المتميزين من الثانوية.
٩. زيادة الرغبة في الاستثمار في مجال التعليم الصحي.
١٠. انتشار وزيادة الفرص الوظيفية في الحقل الصحي.
١١. زيادة حاجة المجتمع لمخرجات التعليم الصحي.

د) المخاطر:

١. التفاوت في رواتب أجور العاملين في القطاعات الحكومية مما يؤدي إلى ضعف المعنويات أو التسرب.

٢. ضعف التنسيق وعدم التكامل مع الجهات الصحية الأخرى .
٣. المنافسة على استقطاب الكوادر المتميزة بين القطاعات الصحية المختلفة.
٤. تسرب الكثير من أعضاء هيئة التدريس.
٥. التوسع غير المقنن للابتعاث الخارجي.
٦. ضغط المجتمع لاستيعاب أعداد كبيرة.
٧. السماح لأعضاء هيئة التدريس للعمل بنظام التفرغ الجزئي في القطاعات الصحية الأخرى.
٨. السماح لغير المختصين في التعليم الصحي بفتح كليات صحية.
٩. غياب البرامج الإرشادية المتعلقة بالتخصصات الصحية الجامعية الموجهة لطلاب الثانوية.

ثانياً: المشكلات الحالية للتعليم الصحي الجامعي والفجوة بين الواقع والمأمول بعد ٢٥ سنة:

إنه من الضروري فهم المشكلات التي يعاني منها نظام التعليم الصحي، والتي يمكن أن تقف عائقاً أمام تطويره، ولذا قام الخبراء المشاركون بتحديد مجموعة من المحاور، وتحت كل محور عدد من العناصر، اعتبروها مؤشرات لمشكلات تعيق تطوير نظام التعليم الصحي وينبغي التغلب عليها في المستقبل، وقد تم تحديد المحاور وعناصرها من خلال العصف الذهني أولاً، ثم المراجعة، ثم الإجماع عليها. والمحاور والعناصر التي تم اختيارها موضحة في الجدول (١ - ١).

جدول (١ - ١): مؤشرات مشكلات التعليم الصحي

العناصر	المحور
الرضا الوظيفي الأجور والحوافز كفاءة وتطوير أعضاء هيئة التدريس	الكوادر التعليمية
التدريب والتطوير المستمر (لغير الإداريين)	الكفاءة الداخلية
توفر أعضاء هيئة التدريس من الجنسين	

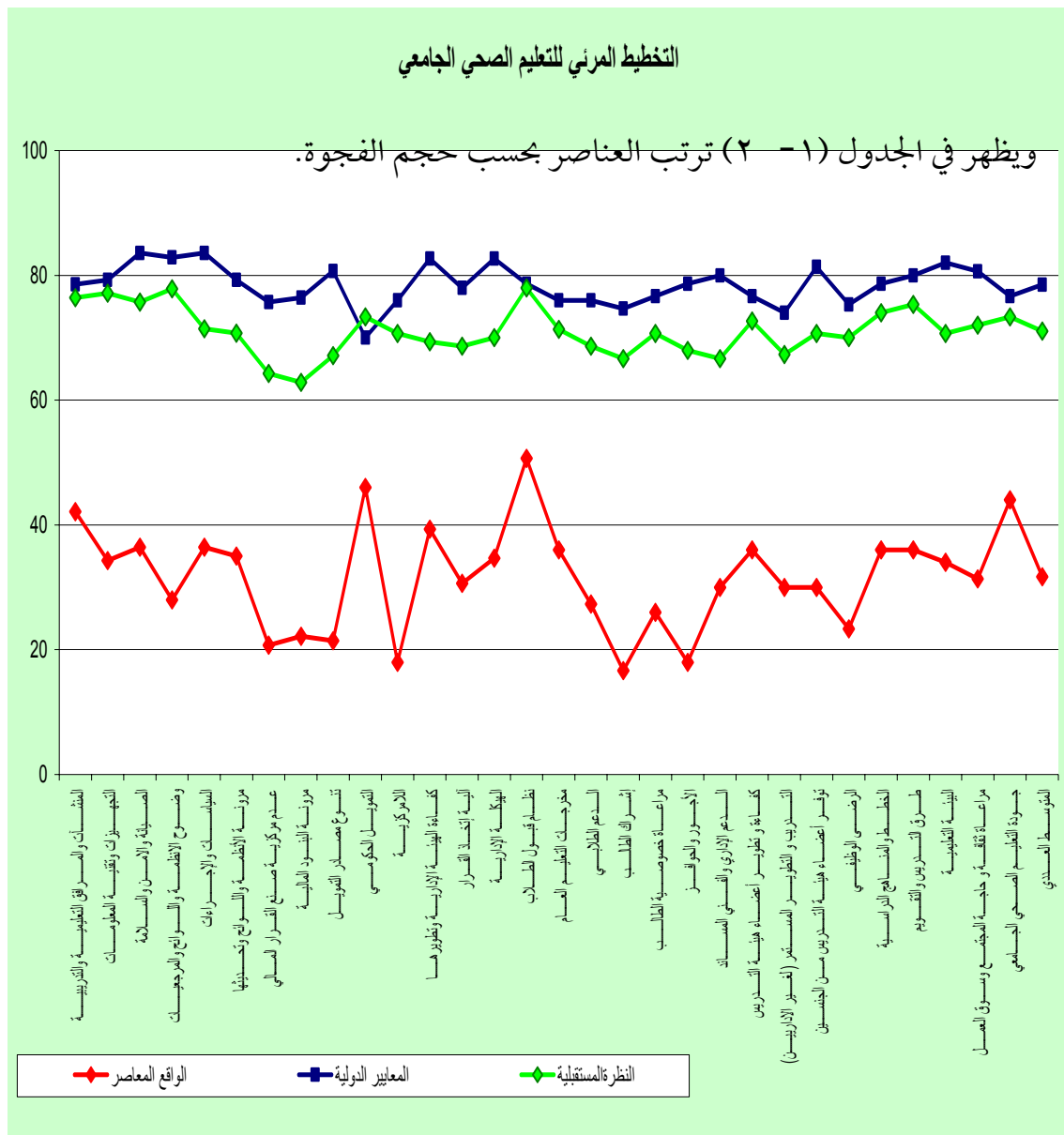
الخطط والمناهج الدراسية طرق التدريس والتقويم البيئة التعليمية الدعم الإداري والفني المساند	
التجهيزات وتقنية المعلومات الصيانة والأمن والسلامة المباني والمرافق التعليمية والتدريبية	المنشآت
نظام قبول الطلاب إشراك الطالب مراعاة خصوصية الطالبة الدعم الطلابي مخرجات التعليم العام	الطالب
التمويل الحكومي مرونة البنود المالية تنوع مصادر التمويل عدم مركزية صنع القرار المالي	الجوانب المالية
اللامركزية آلية اتخاذ القرار وضوح الأنظمة واللوائح والمرجعيات مرونة الأنظمة واللوائح وتحديثها السياسات والإجراءات الهيكلية الإدارية كفاءة الهيئة الإدارية وتطويرها	الجوانب الإدارية
مراعاة ثقافة وحاجة المجتمع وسوق العمل	المجتمع وسوق العمل
جودة التعليم الصحي الجامعي إجمالاً	مؤشر إجمالي

١. مؤشرات التخطيط المرئي:

ونائج التخطيط المرئي اعتمدت بشكل أساس على تقديرات الخبراء الذين تم اختيارهم

بعناية كما تقدم، إذ قاموا من خلال التصويت السري بتحديد الواقع الحالي لكل عنصر من العناصر من خلال تقديره من ١٠٠، ثم قدروا الوضع المأمول بعد خمس وعشرين سنة، ثم قاموا أخيراً بتقدير المعايير الدولية لكل عنصر من العناصر المذكورة. ومن خلال ذلك تم توقع الفجوة بين الواقع والمأمول لكل عناصر من العناصر.

والرسم البياني التالي يوضح متوسط الفجوة لكل عنصر:



جدول (١ - ٢): مشكلات التعليم الصحي مرتبة بحسب حجم الفجوة بين الواقع والمأمول

المشكلة	م
اللامركزية	١
إشراك الطالب	٢
الأجور والحوافز	٣
وضوح الأنظمة واللوائح والمرجعيات	٤
الرضا الوظيفي	٥
تنوع مصادر التمويل	٦
مراعاة خصوصية الطالب	٧
مركزية صنع القرار المالي	٨
التجهيزات وتقنية المعلومات	٩
الدعم الطلابي	١٠
مرونة البنود المالية	١١
مراعاة ثقافة وحاجة المجتمع وسوق العمل	١٢
توفر أعضاء هيئة التدريس من الجنسين	١٣
طرق التدريس والتقويم	١٤
الصيانة والأمن والسلامة	١٥
مرونة الأنظمة واللوائح وتحديثها	١٦
آلية اتخاذ القرار	١٧
التدريب والتطوير المستمر (لغير الإداريين)	١٨
الخطط والمناهج الدراسية	١٩
الدعم الإداري والفني المساند	٢٠
البيئة التعليمية	٢١
مخرجات التعليم العام	٢٢
كفاءة وتطوير أعضاء هيئة التدريس	٢٣
السياسات والإجراءات	٢٤

الهيكلية الإدارية	٢٥
المنشآت والمرافق التعليمية والتدريبية	٢٦
دعم الطلاب	٢٧
كفاءة الهيئة الإدارية وتطويرها	٢٨
التمويل الحكومي	٢٩
ضعف مخرجات التعليم الصحي كماً ونوعاً	٣٠
نظام قبول الطلاب	٣١

ويلاحظ من خلال التخطيط المرئي السابق أن الفجوة بين الواقع والتطلعات المستقبلية كبيرة جداً. ونظراً لكون اتساع الفجوة لا يعكس بالضرورة أهمية العنصر، فقد تم اللجوء إلى مقياس Thai لإعادة ترتيب المشكلات حسب الأولويات.

٢. مقياس Thai :

مقياس Thai يتكون من خمس قيم أساسية كما يلي :

١. الحجم : حجم انتشار المشكلة.
 ٢. الخطورة : الآثار السلبية المترتبة على عدم وجود هذا العنصر.
 ٣. الأثر : الآثار الإيجابية المترتبة على وجود هذا العنصر، سواء كانت عاجلة أم آجلة، مباشرة أم غير مباشرة.
 ٤. إمكانية : إمكانية تحقيق العنصر.
 ٥. الاهتمام : اهتمام المعنيين من متخذي القرار بالمشكلة والاهتمام بحلها.
- وكل قيمة تم تقديرها بدرجة من ١ إلى ٤ ، والقيمة النهائية هي محصلة عملية الضرب للقيم الخمس.

ونتائج مقياس Thai اعتمدت بشكل أساس على تقديرات الخبراء الذين قاموا بعملية التصويت على كل قيمة من القيم الخمس لكل عنصر، وبعد تحصيل متوسط كل قيمة تم القيام

بعملية الضرب للحصول على القيمة النهائية لكل عنصر من العناصر. والجدول (١ - ٣) يرتب المشكلات بحسب مقياس Thai وبحسب حجم الفجوة بين الواقع والمأمول.

جدول (١ - ٣): مشكلات التعليم الصحي مرتبة بحسب مقياس Thai وبحسب حجم الفجوة بين الواقع والمأمول:

مقياس Thai						المشكلة	الترتيب حسب	
النقاط	الاهتمام	الإمكازية	الأثر	الخطورة	الحجم		Thai	حجم الفجوة
٥٤٥,٠٢	٣,٠٨	٣,٤٦	٤,٠٠	٣,٦٢	٣,٥٤	التجهيزات وتقنية المعلومات	١	٩
٥١٧,٣٣	٢,٤٦	٣,٧٧	٣,٨٥	٣,٨٥	٣,٧٧	الأجور والحوافز	٢	٣
٤٩٩,٩٤	٢,٥٤	٣,٤٦	٣,٨٥	٣,٨٥	٣,٨٥	الرضا الوظيفي	٣	٥
٤٤٦,٥٩	٢,٦٩	٣,٦٢	٣,٨٥	٣,٦٩	٣,٢٣	الخطط والمناهج الدراسية	٤	١٩
٤٤٢,١٦	٢,٨٥	٣,٣٨	٣,٧٧	٣,٧٧	٣,٢٣	كفاءة وتطوير أعضاء هيئة التدريس	٥	٢٣
٣٩٩,٢٥	٢,٧٧	٢,٦٩	٣,٧٧	٣,٧٧	٣,٧٧	توفر أعضاء هيئة التدريس من الجنسين	٦	١٣
٣٩٥,٢٠	٢,٨٥	٣,٢٣	٣,٧٧	٣,٦٢	٣,١٥	جودة التعليم الصحي الجامعي إجمالاً	٧	٣٠
٣٨٢,٨١	٢,٩٢	٣,٣٨	٣,٥٤	٣,٣٨	٣,٢٣	المنشآت والمرافق التعليمية والتدريبية	٨	٢٦
٣٧٣,٣٤	٣,٦٢	٣,٣١	٣,٧٧	٣,٤٦	٣,٣١	البيئة التعليمية	٩	٢١
٣٤٧,٥٧	٢,٥٤	٣,٣١	٣,٦٢	٣,٤٦	٣,٣١	طرق التدريس والتقييم	١٠	١٤
٣٤٦,٧١	٢,٧٧	٣,٣١	٣,٤٦	٣,٣٨	٣,٢٣	التمويل الحكومي	١١	٢٩
٣٢٦,٦٥	٢,٣٨	٣,٢٣	٣,٤٦	٣,٥٤	٣,٤٦	التدريب والتطوير المستمر (لغير الإداريين)	١٢	١٨
٣٢٥,٤١	٢,٣١	٢,٩٢	٣,٦٩	٣,٥٤	٣,٦٩	مرونة البنود المالية	١٣	١١
٣٢٤,٩٢	٢,٣٨	٣,٠٨	٣,٦٢	٣,٥٤	٣,٤٦	كفاءة الهيئة الإدارية وتطويرها	١٤	٢٨
٣٢٤,٢٥	٢,٦٩	٢,٨٥	٣,٦٢	٣,٥٤	٣,٣١	مخرجات التعليم العام	١٥	٢٢
٣١٨,٤٦	٢,٣٨	٣,٣١	٣,٦٩	٣,٣٨	٣,٢٣	الدعم الإداري والفني المساند	١٦	٢٠
٣٠٢,٩٤	٢,٢٣	٣,٠٠	٣,٦٢	٣,٥٤	٣,٥٤	اللامركزية	١٧	١
٣٠٠,٣٤	٢,٧٧	٣,٠٨	٣,٣٨	٣,٣٨	٣,٠٨	مراعاة ثقافة وحاجة المجتمع وسوق	١٨	١٢

						العمل		
٢٩١.٤١	٢.٦٢	٣.٢٣	٣.٣٨	٣.١٥	٣.٢٣	وضوح الأنظمة واللوائح والمرجعيات	١٩	٤
٢٨٢.٠٥	٢.٣١	٣.٣٨	٣.٤٦	٣.١٥	٣.٣١	إشراك الطالب	٢٠	٢
٢٧٨.٠٢	٢.٣٨	٣.٣١	٣.٣٨	٣.٠٨	٣.٣٨	السياسات والإجراءات	٢١	٢٤
٢٧٢.٨٧	٢.١٥	٢.٩٢	٣.٥٤	٣.٤٦	٣.٥٤	مرونة الأنظمة واللوائح وتحديثها	٢٢	١٦
٢٦٩.٨٧	٢.١٥	٢.٧٧	٣.٦٢	٣.٤٦	٣.٦٢	عدم مركزية صنع القرار المالي	٢٣	٨
٢٣٥.٨٩	٢.٠٨	٣.٠٨	٣.٣١	٣.٥٤	٣.١٥	الصيانة والأمن والسلامة	٢٤	١٥
٢٣٥.٣٠	٢.٤٦	٢.٨٥	٣.٣١	٣.٠٠	٣.٣٨	مراعاة خصوصية الطالب	٢٥	٧
٢٢٧.٩٢	٢.٣١	٣.٠٨	٣.٣١	٣.٠٨	٣.١٥	آلية اتخاذ القرار	٢٦	١٧
٢٠٧.٤٦	٢.٣٨	٣.٢٣	٣.١٥	٣.٠٠	٢.٨٥	الدعم الطلابي	٢٧	١٠
١٩٨.٧٠	٢.٢٣	٣.٠٠	٣.٣١	٢.٨٥	٣.١٥	تنوع مصادر التمويل	٢٨	٦
١٥١.٢١	٢.٠٨	٢.٧٧	٣.٠٨	٢.٩٢	٢.٩٢	الهيكلية الإدارية	٣٠	٢٥
١٤٩.٥٩	٢.٩٢	٣.٠٨	٢.٧٧	٢.٦٩	٢.٢٣	نظام قبول الطلاب	٣١	٣١

والمأمل في الجدول السابق يلاحظ أن أبرز عشر مشكلات تواجه التعليم الصحي في المملكة وتحتاج إلى استراتيجيات عملية للتغلب عليها ما يلي :

١. ضعف مخرجات التعليم الصحي الجامعي كماً ونوعاً
٢. التجهيزات وتقنية المعلومات.
٣. الأجور والخوافز.
٤. الرضا الوظيفي.
٥. الخطط والمناهج الدراسية.
٦. كفاءة وتطوير أعضاء هيئة التدريس.
٧. توفر أعضاء هيئة التدريس من الجنسين.
٨. المنشآت والمرافق التعليمية والتدريبية.
٩. البيئة التعليمية.

١٠. طرق التدريس والتقويم.

ثالثاً: مقترحات لردم الفجوة بين الواقع والمأمول:

لقد قام الخبراء باقتراح عدد من الحلول المناسبة لردم الفجوة بين الواقع والمأمول لكل محور من المحاور، وقد تم ذلك من خلال عصف ذهني لعدد من الحول المناسبة، تلا ذلك نقاش ومراجعة، وستخضع بعض هذه الحلول لمزيد من الدراسة الفاحصة في الفصول القادمة إن شاء الله.

١. حاجة المجتمع للمزيد من الكوادر الصحية

١. زيادة الكليات من خلال خطة مرسومة من حيث اختيار الزمان والمكان.
٢. زيادة أعداد القبول بما لا يؤثر على النوعية.
٣. إنشاء كليات طب في مدن صغيرة فيها مستشفيات بحيث يكمل هيئة التدريس وأطباء المستشفى بعضهم بعضاً.
٤. إنشاء كليات لتدريس العلوم الطبية الأساسية، ينتقل بعدها الطلبة إلى كلياتهم الصحية التي قبلتهم لاستكمال الدراسة.
٥. تقليص عدد سنين دراسة الطب وتقوية برامج ما بعد التخرج.

٢. الرضا الوظيفي وضعف الأجور والحوافز

١. أن تكون الأجور والحوافز مبنية على المؤهلات والخبرة والإنجاز والإبداع.
٢. استحداث نظام موضوعي لقياس أداء الهيئة التدريسية وترقيتهم (يأخذ في عين الاعتبار التدريس، عضوية اللجان والمجالس، تقويم الطلاب... الخ).

٣. تعدد مسارات نظام الترقيات للهيئة التدريسية: (أ) عن طريق العمل (التدريس) (ب) عن طريق الأبحاث.
٤. مشاركة الموظف في صنع القرار، والعمل على وجود الشفافية فيه.
٥. أن تكون الأجور عادلة بين العاملين في الكليات الصحية وأمثالهم من العاملين في مرافق الدولة الصحية المختلفة.
٦. أن تكون الأجور منافسة مع دول الخليج.
٧. توسيع صلاحيات العمداء المالية والإدارية بحيث يمكن للعميد تحديد الحوافز المالية لعضو هيئة التدريس... الخ.
٨. رفع الحوافز مقابل الأداء الإداري.
٩. إيجاد حوافز غير مالية لأعضاء هيئة التدريس (اجتماعية، خدمية... الخ).

٣. توافر الكفاءات المتميزة من أعضاء هيئة التدريس من الجنسين وتطويرها.

١. عقد دورات دورية مكثفة تربوية وأكاديمية للهيئة التدريسية في الكليات الصحية.
٢. تفعيل الموارد البشرية بين الجامعات (الاشترك في أعضاء هيئة التدريس).
٣. الاستعانة بهيئة تدريس على أساس التفرغ الجزئي وإيجاد نظام مناسب لذلك فيه تفعيل وتحفيز مع تحديد لنسبة المتعاونين.
٤. إيجاد برامج لتأهيل وتطوير أعضاء هيئة التدريس والمتعاونين.
٥. استخدام المرافق غير الجامعية بما فيها من كوادر بشرية (مستشفيات وزارة الصحة) على أن تقوم وزارة التعليم العالي بدفع مقابل مادي لذلك.
٦. وضع خطة لبرامج الدراسات العليا والابتعاث.
٧. الاستعانة بدور الخبرة ومراكز التدريب في تطوير أعضاء هيئة التدريس.

٨. اشتراط التدريب في طرق التدريس قبل الالتحاق بالجامعات ، أو إعطاء الحاصل عليه ميزة مالية أو إدارية.
٩. نظام متابعة أو مراقبة لكفاءة المدرسين ، ومكافأة المحسنين وتوجيه من يحتاج إلى توجيه.
١٠. تهيئة برامج لإعداد المؤهلين في العلوم الأساسية الصحية.
١١. توجيه طلاب الدراسات العليا إلى التخصصات التي لا يوجد بها اكتفاء.

٤. المناهج والخطط الدراسية

١. استخدام التقنية الحديثة في العملية التعليمية.
٢. تعدد المسارات الدراسية في كليات الطب بما يوافق سوق العمل.
٣. المرونة في إقرار الخطط الدراسية وتعديلها.
٤. المراجعة المستمرة وتحديث المناهج.
٥. تعدد مسارات القبول في الكليات الصحية : (١) ثانوي (٢) بكالوريوس (٣) عدد من الساعات في الجامعة.
٦. إنشاء وحدة للتعليم الصحي في كل كلية صحية تكون مهمتها العناية بالتعليم الصحي تطويراً ومراجعة وبحثاً.

٥. المنشآت والمرافق التعليمية والتدريبية

١. ربط الجامعة بشبكة إلكترونية e-government & e-learning.
٢. أن تكون العلوم الأساسية في مكان واحد (كلية مخصصة لذلك) وبعد ذلك يذهب الطالب إلى كليته التي قبلته.
٣. إنشاء بنك للمقررات تستفيد منه الجامعات وكذلك بنك للاختبارات يتم تحديثه ومراجعته كل سنتين.

٤. تفعيل الموارد بين الجامعات (الاستفادة من المعامل والمتاحف وأعضاء هيئة التدريس).
٥. إنشاء جامعة صحية في المدن الكبيرة (الرياض و جدة والشرقية).
٦. البدء بإنشاء مستشفى جامعي مع بدء القبول في الكلية حتى تكون جاهزة مع وصول الطلبة إلى المرحلة السريرية.

٦. زيادة التمويل الحكومي وتنوع مصادر التمويل ومرونة صنع القرار المالي.

١. فصل ميزانية الكليات الصحية عن الكليات الأخرى في الجامعات.
٢. إيجاد نظام لتنوع الموارد المالية.
٣. تفعيل الابتعاث الداخلي وتبني منح في الجامعات الخاصة في المملكة.
٤. زيادة نسبة التمويل المخصص في الميزانية للتعليم الصحي بما يتوافق مع المعايير العالمية.
٥. إعطاء صلاحيات للكليات الصحية فيما يخص الصرف المالي.
٦. جعل الجامعات مؤسسات اعتبارية لها ذمة مالية وإدارية مستقلة.

٧. المركزية الإدارية وآلية اتخاذ القرار

١. تعديل الصلاحيات والأنظمة الإدارية بما يحقق اللامركزية في اتخاذ القرار.
٢. تطوير قدرات مدراء الإدارة الوسطى ، ورفع مهارة السكرتارية في الكليات الصحية.
٣. وضع وتطوير الأسس والمعايير وتفعيلها لتفويض الصلاحيات من الأعلى للأدنى.
٤. إيجاد وكالة في كل جامعة للكليات الصحية.
٥. توسيع صلاحيات الكليات والمستشفيات التعليمية إدارياً ومالياً.
٦. مراجعة الإجراءات في كل عملية إدارية من أجل تبسيطها وإعطائها المرونة.
٧. تحديث وتوضيح آلية صنع القرار على كافة المستويات الإدارية.

٨. إيجاد هيكل إداري واضح لجميع الوظائف الإدارية مع توصيف وظيفي لجميع الوظائف الأكاديمية والإدارية.
٩. إعطاء الفرصة لأعضاء هيئة التدريس والموظفين في المشاركة في اتخاذ القرار كل فيما يخصه.
١٠. إعطاء الإدارات الوسطى المزيد من الصلاحيات في الشؤون الإدارية والمالية.
١١. التركيز على الأقسام الأكاديمية كمسئول أول عن القرارات الأكاديمية.

٨. مخرجات التعليم العام

١. توعية الطلاب في المرحلة الثانوية عن التعليم الصحي بشكل عام بما يساعدهم في اختيار الكلية والتخصص المناسب.
٢. استخدام التقنيات والطرق الحديثة في التعليم العام بما يحقق انتقال سلس للطلاب إلى المرحلة الجامعية وخاصة التعليم الذاتي والتعليم عن طريق حل المشكلات.
٣. فتح تخصص حيوي في الثانوية العامة.
٤. تقوية الصلة بين متخذي القرارات في قطاعي التعليم العالي والعام.
٥. تفعيل دور المركز الوطني للتقويم والقياس.
٦. تطوير نظام القبول بما يخدم اختيار الطالب المناسب للكلية الصحية المناسبة وبشكل منصف.
٧. إعطاء الرغبة في التخصص وزن أكبر في القبول.
٨. العناية بتطوير السنة الإعدادية في تأهيل الطلاب للتعليم الصحي.

٩. إيجاد مسارات متعددة لقبول الطلاب في الكليات الصحية، مثل قبول خريجي العلوم أو طلبة الجامعة الذين أمضوا أكثر من سنتين في برنامج معتمد في الجامعة، أو قبول بعض مخرجات التعليم الجامعي التي ليس عليها طلب من السوق في الوقت الحالي.
١٠. إيجاد آلية لتوجيه الطلبة للتخصصات المختلفة.
١١. إعادة النظر في المقررات الدراسية للتعليم العام بما يتناسب مع التعليم الجامعي (منهج الحاسب الآلي، واللغة الإنجليزية... الخ).
١٢. احترام الطالب وتقديره وتعويده على المناقشة والحوار.
١٣. وضع معلومات في مواقع وزارة التعليم العالي والجامعات يشرح طريقة اختيار التخصص.
١٤. غرس حب التخصص في نفوس الطلاب.
١٥. استحداث دليل الطالب بحيث يشمل جميع المعلومات التي قد يحتاج الطالب إليها أثناء دراسته، وحل المشكلات التي قد تواجهه.
١٦. استحداث نظام موحد للقبول في الكليات الصحية على مستوى المملكة، لمنع الازدواجية في القبول وضياع الفرص على الطلبة.

٩. الدعم الإداري والفني المساند

١. توفير احتياجات الكليات الصحية من الكوادر الإدارية والفنية من ذوي الخبرة والتأهيل المناسبين.
٢. تطوير مهارات الإداريين الفنية واللغوية وإعطاءهم الحوافز التي تتناسب مع إنتاجيتهم.
٣. تخصص سكرتير لكل عضو هيئة تدريس أو مجموعة من هيئة التدريس لا يزيدون عن ٥ مثلاً.

٤. الاستفادة من الشبكة الالكترونية الداخلية ، بحيث يكون الاتصال وإنهاء الإجراءات عبرها.
٥. استقطاب الكفاءات الإدارية والفنية المتميزة.
٦. تشجيع الكفاءات الوطنية والعناية بتطويرها.
٧. الاستعانة بدور الخبرة ومراكز التدريب في تطوير الكوادر الإدارية.
٨. توفير وتدريب فنيين متخصصين في الأجهزة التعليمية الالكترونية والتقنية الحديثة لمساعدة هيئة التدريس.

١٠. وضوح الأنظمة واللوائح والمرجعيات.

١. تطوير اللوائح والأنظمة بما يضمن المرونة وتقليل المركزية والإبداع في الممارسة الإدارية.
٢. إشاعة ثقافة تبسيط الإجراءات (مثل إجراءات التعيين والابتعاث... الخ).
٣. استقبال اقتراحات التعديل على اللوائح والأنظمة عبر الانترنت ، وتحديث الأنظمة أول بأول.
٤. تطوير نظام إداري خاص بالكليات الصحية يراعي احتياجاتها المختلفة.
٥. تدريب وتأهيل الكفاءات الصحية لتولي المهام الإدارية.
٦. مراجعة الأنظمة واللوائح في الجامعات من خلال ورش عمل وعصف ذهني يشترك فيها هيئة التدريس المعنيين.
٧. إيجاد إدارة لتحديث الأنظمة واللوائح على ضوء المستجدات.
٨. أن يكون التعرف على الأنظمة الأساسية واللوائح إجبارياً.

١١. مراعاة خصوصية المرأة

١. تطوير المناهج لتناسب وخصوصية المرأة في مجتمعنا مثل تحديد مسار خاص بالنساء والتوليد والأطفال.

٢. اختصار الوقت على الطالبات بحيث تتخصص في تخصص معين دون المرور على باقي التخصصات.
٣. مراجعة الخطط الدراسية وإلغاء كل ما يتعارض مع خصوصية المرأة.
٤. افتتاح كليات صحية خاصة بالطالبات.
٥. توفير بيئة مناسبة للطالب بما يتماشى مع ديننا الحنيف.
٦. الحرص على توفير عضوات هيئة تدريس في جميع التخصصات.

١٢. إشراك الطالب والدعم الطلابي.

١. إيجاد لجان طلابية فاعلة تدافع عن حقوق الطلاب.
٢. مشاركة ممثلين عن الطلاب في اللجان الأساسية مثل الخطط الدراسية، والمناهج، والأنشطة... الخ.
٣. حضور مندوبين عن الطلاب في مجالس الأقسام والكليات عند مناقشة قضايا تسهم.
٤. دعم الطلاب المحتاجين مادياً واجتماعياً.
٥. تفعيل دور صندوق الطلاب.
٦. تفعيل دور المرشد الطلابي والأخصائي الاجتماعي لدراسة أحوال الطلاب الأكاديمية والاجتماعية والمساهمة في حل المشاكل التي قد يتعرض لها.
٧. استطلاع آراء الطلاب عن مدى رضاهم عن المقررات... الخ.
٨. إشراك الطالب في عمليات تقييم أعضاء هيئة التدريس.
٩. تشجيع الطلاب على الانخراط في النشاطات اللاصفية لما لها من فائدة في صقل الشخصيات.
١٠. تقدير الطالب واحترامه وعدم التقليل من قدره.
١١. مجلس للطلبة يناقش أمورهم ومتطلباتهم.

١٢. إيجاد آليات لسد الفجوة بين الطالب وهيئة التدريس.
١٣. إشراك الطلبة مع أعضاء هيئة التدريس في إجراء البحوث الطبية.
١٤. تخفيف الجدول الدراسي على الطالب حتى يتمكن من المشاركة في الأنشطة اللاصفية، والاعتماد على نفسه في التحصيل العلمي بالبحث في الانترنت والمراجع، والابتعاد قدر المستطاع عن التلقين المباشر.

١٣. إشراك المجتمع في تطوير التعليم الصحي

١. مشاركة عضو ممثل للمجتمع في مجلس الكلية ولجان القبول ولجان التأديب وغيرها من اللجان ذات العلاقة.
٢. استطلاع آراء المجتمع في المهارات والتخصصات المرجوة من الكلية الصحية.
٣. إشراك الإعلاميين وإشراك المجتمع في ورش عمل عن الخطط الدراسية... الخ.
٤. الضغط على الإعلام بإبراز دور التعليم الصحي في نهضة المجتمع.
٥. استحداث إدارة تعني بشؤون البيئة والمجتمع.
٧. توعية المجتمع وتشجيعه على مساندة العملية التعليمية.
٨. إنشاء جمعيات تعليمية خيرية.
٩. الاستماع لما يدور في المجتمع والإعلام وإعطائه أهمية، والأخذ بما يمكن أن يفيد.
١٠. انفتاح التعليم الصحي على الإعلام وتوضيح تخصصاته وطبيعة الدراسة وطبيعة العمل.
١١. اختيار نخبة من المجتمع والإعلاميين لدعم قضايا التعليم العالي.
١٢. إيجاد آلية للحد من نشر وسائل الإعلام للقضايا المثيرة غير الموضوعية.
١٣. إقناع صاحب القرار بخطورة الرضوخ للضغوط غير المبنية على البراهين.

١٤ . تخصيص مساحة في إحدى الصحف المحلية لمناقشة المقترحات والهموم والمشكلات المتعلقة بالتعليم الصحي في المملكة.

الرؤية والرسالة والقيم والأهداف العامة للتعليم الصحي الجامعي بالمملكة

بعد تحليل الوضع الراهن لنظام التعليم الصحي ، لابد من معرفة إلى أين يجب أن يسير؟ وما هي الطموحات والأهداف؟ ولذا تم تشكيل لجنة مصغرة لصياغة الرؤية والرسالة والقيم والأهداف العامة للتعليم الصحي الجامعي في المملكة العربية السعودية ، ثم عرضها على الخبراء عن طريق المراسلة وورش العمل ، وتم التوصل إلى التالي :

الرؤية (Vision) :

السعي لجعل الكليات الصحية التابعة لوزارة التعليم العالي في طليعة الكليات العالمية وذلك بإيجاد نظام تعليم صحي جامعي شامل ذي جودة فائقة ، وقادر على تخريج كوادر صحية وطنية ذات كفاءة عالية ، لسد حاجة القطاعات الصحية من التخصصات المختلفة.

الرسالة (Mission) :

توفير تعليم صحي جامعي ذي كفاءة عالية ، ملبياً لاحتياجات المجتمع السعودي والقطاعات الصحية الحكومية والخاصة من الكوادر الصحية الوطنية المؤهلة ، المتحلية بالأمانة والمهنية ، والقادرة على مواصلة الدراسات العليا والتطوير الصحي المستمر ، وأن يكون التعليم الصحي متوافقاً مع الاتجاهات العالمية ، ومراعياً لاحتياجات الطلاب المختلفة ، ومحققاً لمتطلبات الاعتماد الأكاديمي .

القيم (Values) :

١. المهنية.
٢. الإخلاص والأمانة.
٣. مراعاة الضوابط الشرعية.
٤. الجودة.
٥. الإبداع.
٦. الشمولية والتنوع.
٧. التطوير المستمر.

الأهداف العامة للتعليم الصحي الجامعي :

١. إعداد كوادر صحية مؤهلة تلبي حاجات المجتمع ومتطلبات التنمية.
٢. تحسين الكفاءة الداخلية للتعليم الصحي الجامعي ومواءمة لمتطلبات المجتمع والمعايير العالمية، من خلال وضع معايير وأسس للاعتماد الأكاديمي وضبط الجودة تُطبق على مؤسسات التعليم الصحي الجامعي كافة.
٣. مراجعة برامج التعليم الصحي وخططه الدراسية لتبقى فاعلة وثابتة ومواكبة لاحتياجات المجتمع، وحثه على التعليم الذاتي والتعلم مدى الحياة.
٤. إيجاد أنظمة تجعل مؤسسات التعليم الصحي الحالي جاذبة للكوادر والقيادات المتميزة، وتحفز أعضاء هيئة التدريس على التطوير والإبداع.
٥. إيجاد بيئة تعليمية وتدريبية تراعي خصوصية الفتاة مع توفير الهيئة التدريسية النسائية الكافية.
٦. توفير البنية التحتية اللازمة وتحديثها بشكل مستمر لتكون بيئة مناسبة للخمسة وعشرون سنة القادمة.
٧. مواكبة التطورات في تقنية المعلومات والاتصالات وتوظيفها في إدارة مؤسسات التعليم

- الصحي الجامعي والبرامج الأكاديمية من حيث المحتوى وأساليب وطرق التدريس والتقييم.
٨. تشجيع نشاطات البحث العلمي وزيادته ودعمه ورفع مستواه، وبخاصة الأبحاث الموجه لتحسين العملية التعليمية وخدمة المجتمع.
٩. إيجاد ارتباط مؤسسي وثيق بين القطاعات الصحية (الحكومية والخاصة) من جهة ومؤسسات التعليم الصحي الجامعي من جهة أخرى للاستفادة من المرافق والطاقات المؤهلة في هذه المؤسسات.
١٠. مراعاة اقتصاديات التعليم الصحي الجامعي بما يضمن تأمين التمويل اللازم من خلال الدعم الحكومي ومصادر الدخل الأخرى ووضع الآليات المناسبة لتوزيع الموارد المالية المتاحة واستخدامها بكفاءة وفاعلية وفق الأوليات.
١١. إيجاد نظام إداري ومالي حديث يعتمد المرونة واللامركزية لمساندة العملية التعليمية ودعمها.
١٢. تحقيق معدل (أستاذ: طالب) متوافق مع المعايير العالمية.
١٣. إشراك الطالب والمجتمع ومراعاة احتياجاتهما في عملية التعليم الصحي والنشاطات المتعلقة بهما.

الختامة

لقد حدد الخبراء الطموحات للتعليم الصحي الجامعي ، وشخصوا الوضع الراهن له ، ودرسوا العوائق أمام تحسينه ، ويمكننا بعد ذلك كله أن نحدد أهم القضايا التي تحتاج إلى دراسة وتقص ، وهي :

١. حجم مخرجات التعليم الصحي والطاقة الاستيعابية للكليات الصحية.
 ٢. الكفاءة الداخلية للتعليم الصحي وما يؤثر عليها من عوامل مثل مستوى المناهج الخطط والبرامج الدراسية ، وكفاءة أعضاء هيئة التدريس ، وفاعلية الجهاز الإداري ..الخ.
 ٣. أماكن التدريب العملي.
 ٤. تمويل التعليم الصحي الجامعي.
- وهذا ما ستغطيه الفصول القادمة من هذه الدراسة إن شاء الله.