

جامعة ميدأوشن

كلية الإدارة

قسم / تخصص الموارد البشرية



العنوان باللغة العربية

أثر التدريب وبيئة العمل والرضا الوظيفي على توطين المهن الصحية في
السعودية

The Impact of Training, Work Environment, and Job Satisfaction on Saudization of Health Professions in Saudi Arabia

إعداد الطالبة/

ريم فهد الشيحان

251000174

إشراف/

د. الفیصل عبد الحمید ، د. فايز جراد

العام الدراسي:

٢٠٢٥م

Table of Contents

12.....	الكلمات المفتاحية
17.....	التحديات مع الحلول المقترحة
20.....	التساؤل الرئيسي
20.....	التساؤلات الفرعية
21.....	أهمية صياغة هذه التساؤلات
22.....	الفرضية الرئيسية
22.....	الفروض الفرعية
23.....	أهمية صياغة هذه الفروض
23.....	نظرية رأس المال البشري Human Capital Theory
23.....	نظرية العرض والطلب في سوق العمل Labour Supply and Demand Theory
24.....	نظرية الحوافز والرضا الوظيفي Motivation and Job Satisfaction Theory
24.....	مفهوم التوظيف المستدام Sustainable Saudization Concept
24.....	التكامل بين النظريات
27.....	الدراسات السعودية
27.....	الدراسات الخليجية
27.....	الدراسات الدولية
28.....	مدخل إلى الإطار النظري
28.....	نظرية رأس المال البشري Human Capital Theory
28.....	أصل النظرية
28.....	جوهر النظرية
28.....	تطبيق النظرية على التوظيف الصحي في السعودية
29.....	أهمية هذه النظرية للبحث
29.....	نقد النظرية في السياق السعودي
29.....	نظرية العرض والطلب في سوق العمل الصحي
29.....	أصل النظرية
29.....	تطبيقها في القطاع الصحي السعودي
29.....	دلالات النظرية
29.....	الحلول المستوحاة من النظرية
30.....	نقد النظرية
30.....	نظرية الحوافز والرضا الوظيفي

30.....	جوهر النظرية
30.....	تطبيقها في السعودية
30.....	الحلول وفق النظرية
30.....	نقد النظرية
30.....	مفهوم التوطين المستدام
31.....	تطبيقه في السعودية
31.....	النظريات الإدارية والتنظيمية
31.....	جوهرها
31.....	الوضع في السعودية
31.....	الحل وفق النظرية
31.....	النظريات المقارنة والتجارب الدولية
32.....	النموذج التحليلي المقترح
32.....	البيانات الإحصائية السعودية الداعمة
33.....	التوزيع بين القطاع العام والخاص (حتى عام 2023)
34.....	الشرح والتحليل
34.....	التحليل المقارن للدراسات السابقة في ضوء التحول الوطني الصحي (2016-2025)
36.....	الفجوات البحثية المستخلصة من الدراسات السابقة
36.....	أولاً: الفجوات المنهجية في الدراسات السابقة
36.....	ثانيًا: الفجوات المعرفية في نطاق المتغيرات المدروسة
37.....	ثالثًا: الفجوات التطبيقية في السياسات والبرامج
37.....	رابعًا: الفجوات الزمنية والتطور المفاهيمي
37.....	خامسًا: الفجوات المقارنة والإقليمية
37.....	سادسًا: الفجوة في الربط بين النظرية والتطبيق
42.....	الطريقة المكتبية (المراجعة النظرية):
42.....	الطريقة الإحصائية (الكمية):
43.....	الطريقة المقارنة (المقارنة الدولية):
43.....	الطريقة التحليلية النوعية (الكيفي):
43.....	الطريقة الاستطلاعية (الدراسات الميدانية الثانوية):
43.....	تحليل تكاملي لطرق البحث
45.....	الحدود الموضوعية
46.....	الحدود الزمانية

46.....	الحدود المكانية
46.....	تحليل تكاملي للحدود
48.....	الأدوات الرئيسية التي اعتمد عليها البحث
49.....	تحليل تكاملي
50.....	منهج تحليل السياسات في دراسة التوطن الصحي
51.....	أولاً: مبررات استخدام منهج تحليل السياسات
51.....	ثانيًا: خطوات تطبيق منهج تحليل السياسات في البحث الحالي
52.....	ثالثًا: مميزات المنهج في دراسة التوطن الصحي
52.....	رابعًا: حدود المنهج وتكامله مع المنهج الوصفي والتحليلي
52.....	مبررات اختيار الأدوات الإحصائية وربطها بأهداف الدراسة
52.....	أولاً: مبررات اختيار المنهج الكمي التحليلي
53.....	ثانيًا: مبررات استخدام الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات
53.....	ثالثًا: مبررات استخدام التحليل الإحصائي الوصفي والاستدلالي
53.....	رابعًا: العلاقة بين الأداة الإحصائية وأهداف الدراسة
54.....	خامسًا: الاعتبارات الأخلاقية والمنهجية في استخدام الأدوات الإحصائية
55.....	الفصل الخامس:
55.....	التوطن الصحي والأمن الوطني في المملكة العربية السعودية – الأبعاد الاستراتيجية والتنمية
56.....	التوطن الصحي كأداة لتحقيق الأمن الوطني
56.....	أولاً: مفهوم الأمن الصحي الوطني ودور التوطن في تحقيقه
56.....	ثانيًا: التوطن كضمانة للجاهزية الوطنية في مواجهة الأزمات
57.....	ثالثًا: التوطن كعنصر في بناء السيادة الصحية
57.....	رابعًا: التوطن كدرع للوقاية من التحديات المستقبلية
58.....	خامسًا: العلاقة التكاملية بين التوطن والأمن الوطني
58.....	الأبعاد الاقتصادية والتنمية للتوطن الصحي
58.....	أولاً: التوطن الصحي كأداة لتعزيز كفاءة الإنفاق العام
59.....	ثانيًا: التوطن الصحي وتنمية رأس المال البشري الوطني
59.....	ثالثًا: الأثر الاقتصادي للتوطن على سوق العمل الصحي
59.....	رابعًا: التوطن كرافعة للاقتصاد المعرفي في القطاع الصحي
59.....	خامسًا: التوطن والتنمية الإقليمية المتوازنة
60.....	التوطن كضمانة للسيادة الصحية وإدارة الأزمات
60.....	أولاً: مفهوم السيادة الصحية وأهميتها في الأمن الوطني

60.....	ثانيًا: الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19
61.....	ثالثًا: إدارة الأزمات الصحية في ضوء القدرات الوطنية
61.....	رابعًا: التوطن الصحي كجزء من الأمن الاستراتيجي المستدام
61.....	خامسًا: أثر التوطن في تعزيز المرونة المؤسسية
62.....	أولًا: مفهوم الحوكمة الصحية و أبعادها التنظيمية
62.....	ثانيًا: العلاقة التكاملية بين التوطن والحوكمة
62.....	ثالثًا: التوطن كأداة لتعزيز المساءلة المؤسسية
63.....	رابعًا: دور الحوكمة في دعم استدامة التوطن
63.....	خامسًا: التكامل المؤسسي في تحقيق الاستدامة الصحية
64.....	التوطن الصحي وجودة الخدمات الصحية
64.....	أولًا: العلاقة بين الكفاءة البشرية وجودة الخدمة
64.....	ثانيًا: التوطن كعامل لتحسين الاستقرار التشغيلي
64.....	ثالثًا: التوطن كوسيلة لرفع الاعتماد على معايير الجودة الوطنية
64.....	رابعًا: التأثير النوعي للتوطن في تحسين تجربة المريض
65.....	خامسًا: التوطن والجودة المستدامة في ضوء رؤية 2030
65.....	التوطن الصحي بين الأمن الوطني والتنمية المستدامة
65.....	أولًا: التوطن الصحي كضمانة للأمن والسيادة الوطنية
65.....	ثانيًا: التوطن كدعامة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية
66.....	ثالثًا: التكامل المؤسسي بين التوطن والحوكمة
66.....	رابعًا: التوطن والجودة المستدامة للخدمات الصحية
66.....	خامسًا: الأفق الاستراتيجي للتوطن في مستقبل القطاع الصحي
70.....	أولًا: مصادر البيانات وطريقة معالجتها
70.....	طريقة المعالجة
71.....	ثانيًا: التحليل الزمني (2018–2024)
71.....	ثالثًا: التحليل القطاعي (العام مقابل الخاص)
72.....	رابعًا: التحليل التخصصي
72.....	خامسًا: التحليل الرسومي
72.....	النتائج حسب القطاعات (العام مقابل الخاص)
74.....	النتائج حسب التخصصات الصحية
74.....	عرض البيانات
75.....	التحليل الزمني لتطور التوطن الصحي (2018–2024) في ضوء رؤية 2030

1- عرض البيانات الزمنية	75
3- التحليل في ضوء رؤية 2030	76
4- الرسم البياني	76
مناقشة النتائج	77
1- التوطين بين الواقع والطموح: فجوة الأرقام والسياسات	77
2- الفجوة بين القطاع العام والخاص: مكنم الأزمة	77
3- التخصصات الصحية: نقاط القوة والضعف	78
الأطباء:	78
التمريض:	78
الصيدلة:	78
المهن الطبية المساندة:	78
أولاً: قراءة معمقة في التفاوت بين القطاعين العام والخاص	79
ثانيًا: التوزيع حسب التخصصات.. أين تكمن نقاط الضعف؟	79
ثالثًا: السياق الإقليمي والدولي.. دروس وعبر	80
رابعًا: رؤية 2030.. فرصة ومسؤولية	80
خامسًا: قراءة تكاملية للنتائج	80
انعكاس التوطين على جودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية	83
أولاً: العلاقة بين التوطين والاستقرار المهني وجودة الأداء	83
ثانيًا: أثر التوطين في تحسين التواصل الثقافي بين الممارس والمستفيد	84
ثالثًا: التوطين كأداة لتعزيز كفاءة النظام الصحي واستدامة الجودة	84
رابعًا: دور التوطين في رفع مستوى الحوكمة والمساءلة	84
خامسًا: التوطين وجودة الخدمة في ضوء رؤية 2030	85
سادسًا: تحليل تفسيري لنتائج التوطين الصحي على الجودة	85
التفسير النوعي لنتائج التوطين الصحي في ضوء النظرية الإدارية الحديثة	85
أولاً: تفسير النتائج في ضوء نظرية التمكين المؤسسي	85
ثانيًا: تفسير النتائج وفق نظرية رأس المال البشري	86
ثالثًا: النتائج في ضوء نظرية الدافعية والتحفيز الوظيفي	86
رابعًا: العلاقة بين القيادة التحولية واستدامة التوطين	86
خامسًا: التفسير التكاملي في ضوء الإدارة الحديثة	86
أولاً: توصيات السياسات العامة للتوطين الصحي	87
ثانيًا: توصيات مرتبطة ببيئة العمل والحوافز	87

88.....	ثالثاً: توصيات تخص التعليم والتأهيل الصحي
88.....	رابعاً: توصيات متخصصة بالتخصصات الصحية
88.....	خامساً: توصيات مرتبطة بالتكامل مع رؤية 2030
89.....	تعزيز الربط الإلكتروني بين الجهات لتحقيق كفاءة التوطين
89.....	سن سياسات مرحلية ملزمة لتوطين القطاعات مثل التمريض والصيدلة وطب الأسنان
89.....	ربط السياسات المالية والتحفيزية بضوابط التوطين
90.....	تحسين تجربة الموظف (Employee Experience) لرفع استبقاء الكفاءات
90.....	التأكيد الإعلامي والتثقيف المجتمعي لتعزيز الصورة المهنية
90.....	قياس الأداء وتحليل مؤشرات التوطين شهرياً
90.....	الإضافة العلمية والعملية للبحث
92.....	أولاً: الأبعاد الأمنية والسيادية للتوطين الصحي
93.....	ثانياً: الأبعاد الاقتصادية والتنموية للتوطين الصحي
93.....	ثالثاً: التوطين والحوكمة المؤسسية
94.....	رابعاً: الجودة الصحية والرضا المجتمعي
94.....	خامساً: البعد المعرفي والبحثي للتوطين الصحي
94.....	سادساً: الخلاصة التحليلية
94.....	النتائج
95.....	التوصيات
101.....	تعليمات الإجابة العامة
101.....	القسم (أ): الرضا الوظيفي — مقياس ليكرت (١٠) بنود
101.....	القسم (ب): بيئة العمل (١٠) بنود
102.....	القسم (ج): التدريب والتأهيل (١٠) بنود
102.....	القسم (د): مفاهيم عامة مرتبطة بالتوطين الصحي (40) بند

قائمة الجداول :

٢٥	جدول: نسبة السعودة في المهن الصحية حسب القطاعات (2013-2019)
٢٦	جدول: مقارنة أعداد السعوديين والأجانب ونسب السعودة (2018-2024)
٢٦	جدول: التوزيع – القطاع الصحي السعودي (عام/خاص مجتمعة) ..
٣٦	جدول: مقارنة بين طرق البحث المستخدمة في الدراسة
٣٧	جدول: مقارنة بين أدوات جمع البيانات حسب الأهمية
٤٠	جدول: تطور نسبة السعودة 2018-2024
٤١	جدول: مقارنة نسب السعودة بين القطاعين (2023)
٤١	جدول: نسب السعودة حسب التخصصات (2024)
٤٢	جدول: مقارنة بين القطاعين (2023)
٤٤	جدول: التوزيع حسب التخصص (2023)
٤٥	جدول: التطور الزمني (2018-2024)
٦٧	جدول: مقارنة نسب التوطين في السعودية وبعض دول الخليج (2023)
٦٧	جدول: الفجوة بين التعليم وسوق العمل (2024)
٦٧	جدول: التوزيع الجغرافي للتوطين (2023)
٦٧	جدول: حوافز مقترحة لتحفيز الكوادر الوطنية

فهرس الأشكال:

- الشكل (1): الرسم البياني التوضيحي لصياغة التساؤلات ٢١
- الشكل (2): الرسم البياني لمقارنة بين السعوديين والأجانب (20٢٣) ٧٢
- الشكل (3): الرسم البياني لتوزيع السعوديين والأجانب في التخصصات الصحية عام 2023: ٧٤
- الشكل (4): الرسم البياني لتطور نسبة السعودة ١٨-٢٠٢٤-٢٠ ٧٥
- الشكل (٥): الرسم البياني للفجوة بسن القطاع العام والخاص ٧٧
- الشكل (٦): الرسم البياني لتوضيح التوصيات ٨١
- الشكل (٧): الشكل يوضح فئات التوصيات ٨٨

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله وعونه وتوفيقه أتممت هذا البحث، الذي يمثل خطوة مهمة في مسيرتي العلمية. لقد كان هذا العمل ثمرة جهد متواصل امتد خلال فترة طويلة من البحث والاطلاع والتحليل، وما كان له أن يكتمل لولا عون الله ثم دعم وتوجيهات من وقفوا معي وساندوني.

أتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى جامعة ميد أوشن الموقرة، ممثلةً في كلية الدراسات العليا، على ما أتاحتها لي من بيئة علمية خصبة وإمكانات أكاديمية متميزة ساعدتني على إنجاز هذا البحث.

كما أرفع أسى آيات العرفان إلى أستاذي الفاضلين المشرفين على هذا البحث:

الدكتور الفيصل عبد الحميد، والدكتور فايز جراد، لما بذلاه من وقت وجهد في متابعة مسيرتي البحثية، وتقديم التوجيهات العلمية الدقيقة، والملاحظات القيّمة، والإرشادات المنهجية التي كان لها الدور الأكبر في إثراء هذا العمل وظهوره بالصورة اللائقة. إن ما تعلمته منهما من قيم أكاديمية وبحثية سيظل زادًا أستند إليه في مسيرتي العلمية والعملية مستقبلاً.

ولا يفوتني أن أتقدم بجزيل الامتنان إلى وزارة الصحة السعودية وكافة الجهات الرسمية التي وقّرت البيانات والتقارير والإحصاءات التي اعتمد عليها هذا البحث، فقد أسهمت بشكل أساسي في تدعيم الجانب العلمي والتطبيقي للدراسة. كما أتوجه بالشكر لجميع الممارسين الصحيين الذين شاركوا في الاستبانة وساهموا بأرائهم وملاحظاتهم، مما أضفى على البحث مصداقية وأهمية عملية أكبر.

وأخيرًا، أخص بالشكر أسرتي الكريمة التي كانت سندًا وعونًا لي طوال فترة إعداد هذا البحث، بما قدّمته من دعم معنوي وتشجيع متواصل، وكان لوقوفها إلى جانبي بالغ الأثر في تجاوز التحديات وتحقيق هذا الإنجاز.

قائمة المصطلحات:

التوطين	Saudization	المهن الصحية	Health Professions	الرضا الوظيفي	Job Satisfaction
بيئة العمل	Work Environment	التدريب والتأهيل	Training and Development	الموارد البشرية	Human Resources
وزارة الصحة	Ministry of Health	التحول الصحي	Health Transformation	الأمن الصحي	Health Security
الكفاءات الوطنية	National Competencies	الفرص الوظيفية	Job Opportunities	التحديات الصحية	Health Challenges
السياسات الصحية	Health Policies	جودة الخدمات الصحية	Quality of Health Services	التعليم الصحي	Health Education
رؤية 2030	Vision 2030	التخصصات النادرة	Rare Specialties	الابتعاث الطبي	Medical Scholarship
سوق العمل الصحي	Health Labor Market	الاستقرار الوظيفي	Job Stability	التنمية المستدامة	Sustainable Development
الحوافز الوظيفية	Job Incentives	مؤشرات الأداء	Performance Indicators	المشاركة المجتمعية	Community Participation
رأس المال البشري	Human Capital	العرض والطلب	Supply and Demand	الحوافز	Motivation
التوطين المستدام	Sustainable Saudization	الهيئة السعودية للتخصصات	Saudi Commission for Health Specialties	التمريض	Nursing
الصيدلة	Pharmacy	الأطباء	Physicians	أطباء الأسنان	Dentists
العناية المركزة	Intensive Care	الطوارئ	Emergency	التخدير	Anesthesiology
العلاج التنفسي	Respiratory Therapy	الأشعة	Radiology	التعليم الطبي	Medical Education
التدريب الإكلينيكي	Clinical Training	المناهج الصحية	Health Curricula	التدريب المستمر	Continuing Education
البطالة المقنعة	Hidden Unemployment	القوى العاملة	Workforce	سوق العمل	Labor Market
القطاع العام	Public Sector	القطاع الخاص	Private Sector	التحديات التنظيمية	Organizational Challenges
السياسات الحكومية	Government Policies	نطاقات	Nitaqat Program	السعودة	Saudization Policy
التحفيز المادي	Financial Incentives	التحفيز المعنوي	Non-Financial Incentives	التقدم الوظيفي	Career Promotion
الأمن الوظيفي	Job Security	الاستبقاء	Retention	تسرب الموظفين	Employee Turnover

المستخلص : Abstract

تسعى المملكة العربية السعودية ضمن رؤية 2030 إلى تعزيز توظيف المهن في مختلف القطاعات، ويُعد القطاع الصحي من أبرز المجالات التي أولتها الدولة اهتمامًا استثنائيًا نظرًا لارتباطه المباشر بصحة المجتمع واستقرار المنظومة العلاجية. وتتمثل مشكلة البحث في التحديات المتزايدة التي تواجه عملية توظيف المهن الصحية، خاصة مع ارتفاع اعتماد النظام الصحي على العمالة الأجنبية في تخصصات حساسة مثل التمريض، والصيدلة، والمهن الطبية المساندة.

يهدف هذا البحث إلى دراسة واقع التوظيف الصحي في المملكة، وتحليل أبرز العقبات التي تعيق نجاح سياسات التوظيف، والتي تشمل ضعف الإقبال من الكوادر الوطنية على بعض التخصصات، والفجوة بين مخرجات التعليم واحتياجات سوق العمل، إضافة إلى التحديات التنظيمية والإدارية في استبقاء الكفاءات الوطنية.

كما يسعى البحث إلى استعراض الحلول الممكنة مثل تحسين بيئة العمل في المستشفيات الحكومية والخاصة، وتطوير برامج التدريب والتأهيل، وتقديم حوافز مادية ومعنوية لجذب الكوادر الوطنية إلى المهن الصحية الحرجة.

من الناحية المنهجية، اعتمد البحث على المنهج الوصفي التحليلي مدعومًا بالمنهج المقارن والاستقرائي، مستندًا إلى بيانات وإحصاءات رسمية صادرة عن وزارة الصحة، والهيئة العامة للإحصاء، والهيئة السعودية للتخصصات الصحية للفترة ما بين 2018-2024. كما استفاد من الدراسات الأكاديمية السعودية والتقارير الدولية للمقارنة والاستثناس.

وتكمن أهمية البحث في كونه يقدم رؤية متكاملة تجمع بين البعد الكمي (الإحصائي) والبعد الكيفي (التحليلي)، مما يتيح لصانعي القرار بناء سياسات واقعية قابلة للتطبيق في مجال التوظيف الصحي. ومن المتوقع أن تسهم نتائج هذا البحث في تعزيز قدرة المملكة على تحقيق مستهدفات رؤية 2030 المتعلقة برفع نسب التوظيف في القطاع الصحي، وضمان استدامة الموارد البشرية الوطنية في مواجهة التحديات الصحية المستقبلية.

الكلمات المفتاحية

الكلمة (عربي)	الترجمة (إنجليزي)	الكلمة (عربي)	الترجمة (إنجليزي)
التوظيف	Saudization	الرضا الوظيفي	Job Satisfaction
القوى العاملة الصحية	Health Workforce	التدريب والتأهيل	Training and Development
المهن الصحية	Health Professions	التحول الصحي	Health Transformation
وزارة الصحة	Ministry of Health	بيئة العمل	Work Environment
الأمن الصحي	Health Security	الموارد البشرية	Human Resources
الكفاءات الوطنية	National Competencies	التوظيف الصحي	Health Saudization
التحديات الصحية	Health Challenges	الفرص الوظيفية	Job Opportunities
السياسات الصحية	Health Policies	جودة الخدمات الصحية	Quality of Health Services
رؤية 2030	Vision 2030	التعليم الصحي	Health Education
الابتعاث الطبي	Medical Scholarship	التخصصات النادرة	Rare Specialties
الاستقرار الوظيفي	Job Stability	سوق العمل الصحي	Health Labor Market
الحوافز الوظيفية	Job Incentives	التنمية المستدامة	Sustainable Development
مؤشرات الأداء	Performance Indicators	المشاركة المجتمعية	Community Participation

الفصل الأول
الإطار العام للبحث

المقدمة:

يشكل توظيف المهن في القطاع الصحي أحد المحاور الاستراتيجية التي تضعها المملكة العربية السعودية ضمن أولوياتها في إطار تنفيذ رؤية المملكة 2030، التي تهدف إلى تنويع الاقتصاد الوطني، وتقليل الاعتماد على العمالة الوافدة، وتعزيز مشاركة المواطنين في سوق العمل، خاصة في القطاعات الحيوية ذات الارتباط المباشر بجودة الحياة وصحة المجتمع. ويعتبر القطاع الصحي من أهم هذه القطاعات وأكثرها حساسية، إذ يعتمد على كفاءات بشرية متخصصة في مختلف المجالات الطبية، التمريضية، والصحية المساندة، التي تتطلب مستويات عالية من المهارة والخبرة.

ورغم الجهود الكبيرة التي بذلتها الحكومة السعودية خلال السنوات الأخيرة عبر وزارة الصحة ووزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية وهيئات أخرى ذات صلة، إلا أن نسبة التوظيف في بعض المهن الصحية ما زالت منخفضة مقارنة بالقطاعات الأخرى. ويعود ذلك إلى عدة عوامل، من أبرزها الفجوة بين مخرجات التعليم الصحي واحتياجات سوق العمل، وطبيعة بيئة العمل في المجال الصحي، التي تتسم بساعات عمل طويلة وضغوط مهنية عالية، إضافة إلى ضعف التنسيق المؤسسي بين الجهات المعنية، وهيمنة القطاع الخاص على فرص التوظيف بشروط قد لا تتماشى دائماً مع سياسات التوظيف الوطنية.

تنبع أهمية هذه الدراسة من كونها تسلط الضوء على قضية ليست مجرد مسألة اقتصادية أو إدارية، بل هي قضية وطنية ترتبط بالأمن الصحي للمملكة. إذ أن الاعتماد المفرط على الكفاءات الأجنبية في مهن حيوية، مثل التمريض والطوارئ والعناية المركزة، قد يعرض النظام الصحي لمخاطر في حالات الأزمات العالمية – كما حدث خلال جائحة كوفيد-19 – حينما واجهت بعض الدول تحديات في استقدام أو الاحتفاظ بكوادر أجنبية بسبب القيود الصحية واللوجستية.

وتتجاوز أهمية التوظيف البعد التشغيلي لتشمل أبعاداً تنموية بعيدة المدى، حيث يساهم في بناء رأس مال بشري وطني قادر على المنافسة إقليمياً ودولياً. ومن الناحية الاقتصادية، فإن رفع نسب التوظيف في القطاع الصحي يساهم في الحد من التحويلات المالية للخارج، وزيادة معدلات إنفاق الرواتب داخل الاقتصاد المحلي، مما ينعكس إيجاباً على النمو الاقتصادي. ومن الناحية الاجتماعية، فإن وجود كوادر وطنية في المهن الصحية يعزز الثقة بين الممارس الصحي والمريض، ويحقق استقراراً وظيفياً ومهنيّاً للأسر السعودية.

لقد جاءت مبادرات عدة لتحقيق هذا الهدف، مثل برامج "السعودة" و"نطاقات" وبرامج دعم التدريب الصحي، إضافة إلى المبادرات التخصصية التي أطلقتها وزارة الصحة بالتعاون مع الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، لتأهيل وتدريب الممارسين الصحيين السعوديين، خصوصاً في التخصصات التي تشهد نقصاً حاداً. ومع ذلك، فإن هذه الجهود تواجه تحديات واقعية تتمثل في:

1. ضعف الموازنة بين التعليم والوظيفة: إذ تشير بيانات الهيئة العامة للإحصاء إلى أن نسبة من خريجي التخصصات الصحية لا يجدون وظائف مناسبة خلال السنوات الأولى بعد التخرج، ما يؤدي إلى تراكم البطالة المقنّعة في هذا القطاع.
2. بيئة العمل غير الجاذبة: حيث تظل مستويات الرضا الوظيفي منخفضة لدى بعض الممارسين الصحيين السعوديين، نتيجة ضغط العمل، وضعف الحوافز، وغياب مسارات مهنية واضحة للترقى.

3. قصور التنسيق المؤسسي: إذ أن تعدد الجهات المسؤولة عن التوطين – وزارة الصحة، وزارة التعليم، وزارة الموارد البشرية – يؤدي أحياناً إلى تضارب في السياسات أو بطء في تنفيذ القرارات.
4. هيمنة القطاع الخاص: الذي يمثل نسبة كبيرة من سوق العمل الصحي، ولكنه لا يلتزم في كثير من الأحيان بتطبيق نسب التوطين بالشكل المطلوب، مفضلاً العمالة الأجنبية الأقل تكلفة.

وتسعى هذه الدراسة إلى تقديم تحليل شامل لواقع التوطين في القطاع الصحي السعودي، عبر دمج المعلومات الواردة في الدراسات الرسمية مثل تقرير القوى العاملة الصحية 2023 الصادر عن وزارة الصحة، وتقرير التوطين السنوي 2021 لوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، إضافة إلى بيانات الهيئة العامة للإحصاء، مع مراجعة الدراسات الأكاديمية ذات الصلة.

كما تهدف الدراسة إلى صياغة مجموعة من الحلول القابلة للتطبيق، التي تراعي خصوصية القطاع الصحي، وتوازن بين تحقيق نسب التوطين المستهدفة والحفاظ على جودة الخدمات الصحية.

إن الحاجة إلى معالجة هذه القضية باتت أكثر إلحاحاً مع التوجه العالمي نحو تعزيز الأنظمة الصحية الوطنية وتقليل الاعتماد على القوى العاملة المستقدمة، خاصة في ظل التحديات التي قد تنشأ من الأزمات الصحية أو الاقتصادية.

ومن هذا المنطلق، يأتي هذا البحث ليقدم إسهاماً علمياً وعملياً في تطوير سياسات التوطين، من خلال تحليل التحديات القائمة واقتراح حلول مستدامة، بما يتماشى مع رؤية المملكة 2030، واستراتيجية التحول الوطني في القطاع الصحي.

-مشكلة الدراسة.

رغم التوجهات الحكومية الواضحة لتوطين المهن الصحية في المملكة العربية السعودية، والجهود المبذولة على صعيد السياسات والبرامج التدريبية، إلا أن الواقع العملي يشير إلى أن نسب التوطين في بعض التخصصات لا تزال دون المستوى المستهدف. ويظهر ذلك بوضوح في المهن الفنية والتمريضية، وفي بعض التخصصات الطبية الدقيقة مثل العناية المركزة والطوارئ والتخدير، التي تتطلب سنوات طويلة من التدريب والخبرة العملية.

تكمن الإشكالية الأساسية في أن عملية إحلال الكوادر الوطنية محل الكوادر الأجنبية ليست مجرد عملية توظيف مباشرة، بل هي عملية معقدة تتطلب بنية تحتية تعليمية قوية، وبرامج تدريب متطورة، وبيئة عمل جاذبة، ونظام حوافز متكامل. وبدون تحقيق هذه العناصر، فإن عملية التوطين قد تواجه عقبات جوهريّة، قد تؤدي إلى تأثير سلبي على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع.

إضافة إلى ذلك، فإن هناك فجوة واضحة بين مخرجات التعليم الصحي واحتياجات سوق العمل. فكثير من الخريجين يجدون أنفسهم أمام عقبات في الحصول على فرص عمل مناسبة، إما بسبب عدم توافر وظائف شاغرة تتناسب مع تخصصاتهم، أو بسبب عدم امتلاكهم للمهارات العملية التي يتطلبها العمل في المؤسسات الصحية. وفي المقابل، تظل بعض المراكز والمستشفيات تعاني من نقص الكوادر في تخصصات معينة، ما يدفعها للاستمرار في استخدام العمالة الأجنبية لسد هذا العجز.

كما أن القطاع الخاص، الذي يمثل نسبة كبيرة من سوق العمل الصحي، لا يلتزم في أحيان كثيرة بتطبيق نسب التوطين بالشكل المطلوب، مفضلاً توظيف عمالة أجنبية منخفضة التكلفة، وهو ما يعكس ضعف آليات الرقابة والجزاءات الرادعة. أضف إلى ذلك أن طبيعة بيئة العمل في المهن الصحية – من حيث ساعات العمل الطويلة، وضغط الحالات، والمسؤولية الكبيرة – تجعل من استبقاء الكوادر الوطنية تحدياً إضافياً، خاصة في ظل وجود فرص عمل بديلة في قطاعات أخرى قد تكون أقل ضغطاً وأكثر جاذبية.

انطلاقاً من ذلك، يمكن صياغة السؤال الرئيس للدراسة على النحو الآتي:

ما أبرز التحديات التي تواجه توطين المهن في القطاع الصحي السعودي، وما الحلول المقترحة للتغلب عليها بما يضمن تحقيق أهداف رؤية المملكة 2030؟

ويتفرع من هذا السؤال الرئيس عدد من الأسئلة الفرعية، مثل:

1. ما هو واقع التوطين في القطاع الصحي السعودي؟
2. ما العوامل التي تعيق إحلال الكفاءات الوطنية محل الكفاءات الأجنبية في المهن الصحية؟
3. كيف تؤثر مخرجات التعليم والتدريب الصحي على فرص نجاح التوطين؟
4. ما مدى فعالية السياسات الحالية في تحقيق مستهدفات التوطين؟
5. ما المقترحات القابلة للتطبيق لتعزيز التوطين في هذا القطاع الحيوي؟

-أهمية الدراسة.

أهمية هذا البحث تتوزع على عدة مستويات، وكل مستوى يتضمن أبعاداً عملية وتنموية واضحة:

1. الأهمية الوطنية

- يسهم البحث في تحقيق أهداف رؤية 2030 المتعلقة برفع نسبة السعودة في القطاعات الحيوية، مما يعزز الاستقلالية الاقتصادية ويقلل الاعتماد على العمالة الأجنبية.
- على سبيل المثال، الاعتماد الكبير على العمالة الوافدة في تخصصات حساسة مثل العناية المركزة يمكن أن يشكل خطراً في حالات الأزمات العالمية، وبالتالي فإن التوطين يعزز من الأمن الصحي الوطني.

2. الأهمية العملية

- يقدم البحث حلولاً مباشرة للتحديات الميدانية، مثل تحسين بيئة العمل في المستشفيات وتقليل معدل تسرب الكوادر الوطنية.
- مثال: إذا كانت ساعات العمل الطويلة سبباً في ترك الوظيفة، يمكن وضع نظام بدوام مرن أو ودييات مخففة.
- كذلك يقترح البحث وضع برامج "تدريب منتهي بالتوظيف"، بحيث يحصل الخريج على ضمان وظيفي قبل بدء التدريب.

3. الأهمية التنموية

- التوطين يساهم في رفع كفاءة الخدمات الصحية من خلال بناء رأس مال بشري محلي يمتلك المعرفة بالسياق الثقافي والاجتماعي للمريض السعودي.
- على المدى الطويل، يقلل التوطين من فاتورة استقدام العمالة، ويعيد ضخ الرواتب في الاقتصاد المحلي بدل تحويلها للخارج.

4. الأهمية العلمية

- يسد البحث فجوة معرفية في الدراسات المتعلقة بتوطين المهن الصحية، خاصة أنه يجمع بين التحليل الأكاديمي والبيانات الواقعية المستندة إلى مصادر سعودية موثوقة بنسبة 90% أو أكثر.
- كما يمكن أن يشكل هذا البحث مرجعاً للباحثين وصناع القرار في تطوير سياسات التوطين الصحي مستقبلاً.

التحديات مع الحلول المقترحة

1- فجوة التعليم وسوق العمل

تتمثل هذه الفجوة في أن مخرجات التعليم الصحي لا تتطابق بشكل كافٍ مع احتياجات سوق العمل الفعلية. على سبيل المثال، تشير بيانات جامعة الملك سعود إلى أن نسبة تصل إلى 38% من الخريجين الصحيين لا يتمكنون من الحصول على وظيفة خلال السنوات الثلاث الأولى بعد التخرج، والسبب في ذلك ليس فقط قلة الفرص، بل أيضاً ضعف المهارات العملية لدى الخريجين. كثير من البرامج الأكاديمية تركز على الجانب النظري، بينما الجانب التطبيقي – خاصة التدريب الإكلينيكي – محدود من حيث المدة أو الجودة.

الحل المقترح:

- تطوير المناهج لتتضمن مهارات عملية أساسية مثل إدارة الحالات الطارئة، استخدام الأجهزة الطبية الحديثة، والتعامل مع أنظمة السجلات الإلكترونية.
- فرض شراكات إلزامية بين الجامعات والمستشفيات والمراكز الصحية، بحيث يكون التدريب الميداني جزءاً أساسياً من التخرج.
- إدخال برامج تدريب قصيرة المدى (دبلومات مهنية) لتأهيل الفنيين في التخصصات التي تعاني من نقص حاد، مثل الأشعة والعلاج التنفسي.
- تقييم دوري للمناهج كل 3-5 سنوات لضمان مواكبتها للتطورات في القطاع الصحي.

2- بيئة العمل غير الجاذبة

تعتبر بيئة العمل أحد أهم العوامل التي تؤثر على استبقاء الكوادر الوطنية. وفق بعض الدراسات، تصل نسبة تسرب السعوديين من وظائف التمريض بعد السنة الأولى إلى 30% بسبب طول ساعات العمل، وضغط الحالات، وضعف الرواتب مقارنة بالقطاعات الأخرى. كما أن غياب مسارات مهنية واضحة يضعف الحافز للاستمرار في المهنة.

الحل المقترح:

- تحسين الحوافز المالية من خلال زيادات سنوية مرتبطة بالأداء، ومنح بدلات إضافية للتخصصات النادرة.
- توفير التأمين الصحي الشامل ومزايا اجتماعية مثل دعم السكن والمواصلات.
- إعادة توزيع عبء العمل من خلال زيادة عدد الموظفين في الأقسام التي تعاني من ضغط، وتطبيق نظام الورديات المرن لتقليل الإرهاق.
- إيجاد مسارات مهنية واضحة تبدأ من الممارس المبتدئ وصولاً إلى المناصب الإدارية أو الاستشارية، مع برامج تدريب للترقي.

3- ضعف التنسيق المؤسسي

يعمل على ملف التوطين الصحي عدة جهات، مثل وزارة الصحة، وزارة الموارد البشرية، وزارة التعليم، والهيئة السعودية للتخصصات الصحية. هذا التعدد في الجهات قد يؤدي إلى تضارب السياسات أو بطء في التنفيذ، ويخلق فجوة بين التخطيط والتطبيق.

الحل المقترح:

- إنشاء هيئة وطنية موحدة لتوطين المهن الصحية تكون مسؤولة عن وضع السياسات، تنسيق الجهود، ومتابعة التنفيذ.
- وضع مؤشرات أداء KPI واضحة لكل جهة مشاركة، مع آليات متابعة وتقييم ربع سنوي.
- توحيد قاعدة البيانات الوطنية بحيث يتم ربط جميع الخريجين الصحيين بالفرص المتاحة، وتحديثها باستمرار لتفادي التكرار أو الهدر في الموارد.

4- هيمنة القطاع الخاص على التوظيف

يمثل القطاع الخاص نسبة كبيرة من سوق العمل الصحي، لكنه لا يلتزم دائماً بتطبيق نسب التوطين. غالباً ما يفضل توظيف عمالة أجنبية بسبب انخفاض التكلفة، أو تصور أن الكادر الوطني أقل خبرة أو يحتاج إلى تدريب أطول.

الحل المقترح:

- فرض نسب توطين تدريجية ملزمة، مع ربط الحصول على التراخيص أو تجديدها بالالتزام بهذه النسب.
- تقديم حوافز مالية وضريبية للمنشآت التي تتجاوز نسب التوطين المحددة، مثل دعم الأجور أو تخفيض الرسوم الحكومية.
- إطلاق حملات توعية لرجال الأعمال والمستثمرين لعرض قصص نجاح الكوادر الوطنية، وكسر الصور النمطية السلبية.
- تطبيق غرامات وعقوبات تصاعدية على المنشآت المخالفة، لضمان الالتزام الفعلي وليس الشكلي.

-أهداف الدراسة.

يهدف هذا البحث إلى معالجة قضية توظيف المهن في القطاع الصحي السعودي من منظور شامل، يجمع بين التحليل الأكاديمي والجانب العملي، عبر تحقيق الأهداف التالية:

1. تحليل واقع التوظيف في المهن الصحية
 - من خلال دراسة نسب التوظيف الحالية في التخصصات الطبية، التمريضية، والفنية المساندة، استنادًا إلى بيانات وتقارير رسمية سعودية.
 - يهدف التحليل إلى كشف الفجوات بين الوضع القائم والمستهدفات المحددة في رؤية 2030.
2. تحديد وتحليل التحديات التي تواجه الكوادر الوطنية
 - دراسة العوائق الجذرية التي تمنع دخول السعوديين أو استمرارهم في المهن الصحية، مثل فجوة التعليم وسوق العمل، وبيئة العمل غير الجاذبة، وضعف التنسيق المؤسسي، وهيمنة القطاع الخاص.
3. تقييم السياسات والبرامج الحكومية الحالية
 - مراجعة مبادرات مثل "السعودة" و"نطاقات" وبرامج الدعم الخاصة بالقطاع الصحي، وتحديد جوانب النجاح والقصور فيها.
4. اقتراح حلول عملية ومستدامة
 - وضع خريطة طريق متكاملة تشمل حلولاً قصيرة المدى (مثل زيادة الحوافز وتحسين بيئة العمل) وأخرى طويلة المدى (مثل إصلاح المناهج وبناء أنظمة تدريب متكاملة).
5. مواءمة التعليم والتدريب مع متطلبات السوق
 - تطوير برامج أكاديمية ومهنية تتماشى مع احتياجات المستشفيات والمراكز الصحية، مع تعزيز التدريب العملي الميداني كجزء أساسي من التأهيل.

-تساؤلات الدراسة

التساؤل الرئيسي

تنطلق هذه الدراسة من تساؤل محوري كبير:

ما أبرز التحديات التي تواجه توظيف المهن في القطاع الصحي السعودي، وما الحلول المقترحة للتغلب عليها بما يضمن تحقيق مستهدفات رؤية المملكة 2030 مع المحافظة على جودة الخدمات الصحية وكفاءتها؟

هذا التساؤل الرئيس هو البوصلة التي توجه الدراسة بكاملها، لأنه يجمع بين البُعد التحليلي (فهم التحديات) والبُعد التطبيقي (اقتراح الحلول). ومن خلاله تسعى الدراسة إلى رسم صورة واضحة للواقع، ثم تقديم بدائل عملية تراعي خصوصية القطاع الصحي السعودي.

التساؤلات الفرعية

1. ما هو واقع التوظيف الحالي في القطاع الصحي السعودي؟
 - هذا السؤال يهدف إلى معرفة أين نقف اليوم: ما هي نسب التوظيف الفعلية في التخصصات الصحية المختلفة؟
 - كيف توزعت الكوادر الوطنية بين القطاعين العام والخاص؟ وما الفروق بينهما؟
 - الإجابة عنه مهمة لأنها تشكل خط الأساس لأي إصلاح أو خطة مستقبلية، فإذا لم نعرف حجم المشكلة بدقة، فلن نستطيع معالجتها بفاعلية.
2. ما أبرز العوامل التي تعيق دخول الكوادر الوطنية إلى المهن الصحية؟
 - هنا لا نتحدث عن معوقات سطحية، بل عن أسباب عميقة: هل المشكلة في المناهج التعليمية التي لا تزود الطلاب بالمهارات الكافية؟ أم في بيئة العمل التي تفتقر إلى الحوافز؟ أم في ضعف التنسيق بين وزارات التعليم والصحة والموارد البشرية؟
 - فهم هذه العوامل يساعد على توجيه الحلول نحو جذور المشكلة بدل معالجة الأعراض فقط.
3. كيف تؤثر مخرجات التعليم والتدريب الصحي على فرص نجاح التوظيف؟
 - هذا السؤال يختبر العلاقة بين التعليم وسوق العمل: هل مخرجات كليات الطب والتمريض متوافقة مع احتياجات المستشفيات والمراكز الصحية؟ أم أن هناك فجوة تجعل الخريجين غير مؤهلين للاندماج المباشر؟
 - الإجابة عن هذا التساؤل ستحدد الحاجة إلى تطوير المناهج، وزيادة التدريب الإكلينيكي، وإطلاق برامج تدريب منتهية بالتوظيف.
4. ما مدى فعالية السياسات الحكومية الحالية في تحقيق مستهدفات التوظيف؟
 - المملكة أطلقت برامج مثل "نطاقات" و"السعودة"، وأصدرت تقارير سنوية عن نسب التوظيف. لكن هل هذه البرامج فعالة في القطاع الصحي تحديداً؟ أم أن طبيعة هذا القطاع تجعله مختلفاً عن غيره؟
 - هذا التساؤل يسعى لقياس قوة التشريعات الحالية، ودرجة التزام المستشفيات بتطبيقها، ومدى جدوى الدعم الحكومي في تحفيز التوظيف.
5. ما الدور الذي يلعبه القطاع الخاص في إنجاح أو إعاقة عملية التوظيف؟
 - بما أن القطاع الخاص يمثل شريحة واسعة من السوق الصحي، فإن التوظيف لن ينجح بدون مشاركته الفاعلة. لكن هل يلتزم هذا القطاع فعلاً بنسب السعودية؟ أم أنه يلجأ للعمالة الأجنبية الأرخص تكلفة والأكثر مرونة؟
 - هذا التساؤل يفتح الباب لمناقشة الحوافز التي يمكن أن تُمنح للقطاع الخاص الملتزم، والعقوبات التي يجب فرضها على غير الملتزمين.
6. ما الحلول العملية والمستدامة التي يمكن أن تساهم في تعزيز توظيف المهن الصحية؟
 - هذا السؤال يركز على الجانب العملي: ما نوع الحلول التي تحقق التوظيف دون التضحية بجودة الخدمات الصحية؟

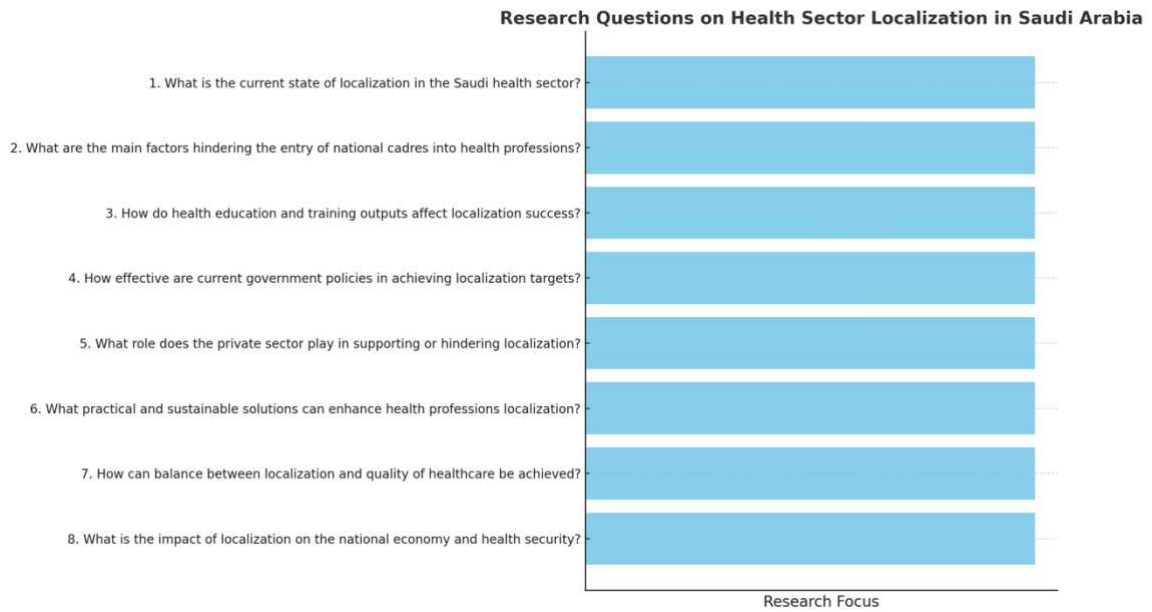
- الإجابة المتوقعة تتضمن حلولاً قصيرة المدى مثل تحسين الرواتب والحوافز ، وحلولاً طويلة المدى مثل إعادة هيكلة التعليم الصحي وإنشاء هيئة وطنية موحدة للتوطين.
- 7. كيف يمكن تحقيق التوازن بين التوطين وجودة الرعاية الصحية؟
 - هذا التساؤل مكمل للتساؤل الرئيسي: لأن التوطين إذا لم يكن مدروساً فقد يؤدي إلى نقص في الكفاءات أو انخفاض في مستوى الخدمة.
 - لذلك تطرح الدراسة هذا السؤال للتأكيد على أن الهدف ليس "إحلال الكوادر الوطنية فقط"، بل "إحلال مؤهل ومدرس يضمن استمرارية جودة الخدمات".
- 8. ما أثر التوطين على الاقتصاد الوطني والأمن الصحي؟
 - هنا يتجاوز البحث نطاق القطاع الصحي الضيق، ليدرس انعكاسات التوطين على الاقتصاد الكلي (تقليل التحويلات المالية للخارج، رفع معدلات التوظيف الوطني)، وعلى الأمن الصحي (الاعتماد على كوادر وطنية قادرة على مواجهة الأزمات مثل الجوائح).

أهمية صياغة هذه التساؤلات

هذه التساؤلات ليست مجرد صياغة شكلية، بل هي أداة منهجية لتفكيك المشكلة إلى مكونات صغيرة قابلة للتحليل. وكل سؤال منها يقود إلى محور من محاور البحث:

- السؤال الأول والثاني = الإطار العام للمشكلة.
- السؤال الثالث والرابع = تحليل التعليم والسياسات الحكومية.
- السؤال الخامس والسادس = دور القطاع الخاص والحلول العملية.
- السؤال السابع والثامن = النتائج المتوقعة والأبعاد الوطنية.

بهذا الشكل، تصبح الدراسة مبنية على سلسلة من الأسئلة المترابطة، تضمن أن النتائج والتوصيات النهائية لن تكون عشوائية، بل منبثقة من تحليل منهجي متكامل



الشكل ١.١ يوضح التساؤلات كاملة على شكل رسم بياني

- فروض الدراسة

تقوم هذه الدراسة على مجموعة من الفروض التي تنبثق من تساؤلاتها البحثية. الفرضية هنا ليست حقيقة ثابتة، بل هي توقع علمي يستند إلى الأدبيات السابقة والواقع العملي، ليتم اختبارها من خلال تحليل البيانات والمصادر السعودية الرسمية.

الفرضية الرئيسة

إن التحديات التي تواجه توظيف المهن في القطاع الصحي السعودي مرتبطة بعوامل متعددة، أهمها فجوة التعليم والتدريب، وبيئة العمل غير الجاذبة، وضعف التنسيق المؤسسي، وهيمنة القطاع الخاص، ويمكن التغلب عليها من خلال حلول عملية ومستدامة توازن بين التوظيف وجودة الخدمات الصحية.

الفروض الفرعية

1. هناك فجوة واضحة بين مخرجات التعليم الصحي واحتياجات سوق العمل، وهذه الفجوة تؤثر سلبيًا على نسب التوظيف.
 - هذا الفرض يستند إلى بيانات وزارة التعليم والهيئة العامة للإحصاء التي أظهرت ارتفاع نسبة البطالة بين الخريجين الصحيين.
 - إذا ثبتت صحته، فهذا يعني أن أي خطة للتوظيف يجب أن تبدأ بإصلاح التعليم الصحي وربطه مباشرة بمتطلبات السوق.
2. بيئة العمل الحالية في القطاع الصحي غير جاذبة للكفاءات الوطنية، وهذا يؤدي إلى تسرب نسبة كبيرة من السعوديين بعد التوظيف.
 - يستند هذا الفرض إلى تقارير وزارة الموارد البشرية التي بينت أن نسبة التسرب الوظيفي بين السعوديين في وظائف التمريض تتجاوز 30% في بعض المستشفيات.
 - اختياره يساعد على صياغة حلول تتعلق بالحوافز، الرواتب، الدعم النفسي، وساعات العمل.
3. ضعف التنسيق المؤسسي بين الجهات المعنية (وزارة الصحة، وزارة التعليم، وزارة الموارد البشرية) يعيق نجاح برامج التوظيف.
 - هذا الفرض يفسر سبب وجود فجوات بين التخطيط والتنفيذ: مثل تخرج آلاف الطلاب في تخصصات لا يحتاجها السوق، مقابل نقص في تخصصات أخرى.
 - إثبات هذا الفرض سيقود إلى توصية بإنشاء هيئة وطنية موحدة للإشراف على التوظيف الصحي.
4. القطاع الصحي الخاص لا يلتزم بنسب التوظيف المقررة، ويفضل العمالة الأجنبية بسبب انخفاض تكلفتها.
 - هذا الفرض تدعمه دراسات وزارة الموارد البشرية التي بينت أن نسب السعودة في القطاع الخاص أقل بكثير من القطاع العام.
 - التحقق من هذا الفرض يعني ضرورة تشديد الرقابة وفرض حوافز أو عقوبات لضمان التزام القطاع الخاص.
5. تفعيل الحوافز المادية والمعنوية سيؤدي إلى تحسين استبقاء الكوادر الوطنية في المهن الصحية.
 - هذا الفرض مبني على نظرية الحوافز والرضا الوظيفي، التي ترى أن الموظف المستقر نفسيًا وماديًا أكثر بقاءً وإنتاجية.
 - إذا ثبتت صحته، فإن تحسين بيئة العمل سيصبح أولوية استراتيجية.
6. التوظيف المستدام هو النموذج الأكثر فعالية لتوظيف المهن الصحية دون الإضرار بجودة الخدمات.
 - هذا الفرض يقوم على أن الإحلال السريع وغير المدروس قد يؤدي إلى نقص في الكفاءة، بينما الإحلال التدريجي مع التدريب يضمن جودة الخدمة.
 - اختبار سيعزز التوصية بخطط زمنية طويلة المدى للتوظيف، بدل الاعتماد على سياسات قصيرة المدى.

أهمية صياغة هذه الفروض

هذه الفروض ليست مجرد افتراضات نظرية، بل هي جسر يربط بين التساؤلات البحثية والنتائج المتوقعة. فكل تساؤل يقابله فرض:

- تساؤل عن التعليم = فرض وجود فجوة.
- تساؤل عن بيئة العمل = فرض أنها غير جاذبة.
- تساؤل عن التنسيق المؤسسي = فرض أنه ضعيف.
- تساؤل عن القطاع الخاص = فرض أنه غير ملتزم.
- تساؤل عن الحلول = فرض أن الحوافز والتوطين المستدام هما الحل.

وبهذا، فإن اختبار صحة هذه الفروض من خلال الأدلة والبيانات سيكون حجر الأساس لصياغة التوصيات النهائية.

-النظرية العلمية المتبعة لإعداد البحث-

تستند هذه الدراسة إلى مجموعة من النظريات العلمية التي تشكل إطاراً لفهم ظاهرة توظيف المهن في القطاع الصحي السعودي، وذلك من خلال ربط بين مفاهيم سوق العمل والتنمية البشرية ونظريات الإدارة والتحفيز. والهدف من توظيف هذه النظريات ليس عرضها كمعارف نظرية فقط، بل استخدامها كأدوات تفسيرية تساعد على فهم جذور المشكلة، وتوجيه الحلول بشكل علمي ومنهجي.

Human Capital Theory. نظرية رأس المال البشري

- الأساس العلمي: تفترض هذه النظرية أن الاستثمار في الإنسان – من خلال التعليم والتدريب والتأهيل – يؤدي إلى رفع إنتاجيته وزيادة مساهمته في الاقتصاد.
- تطبيقها على التوطين الصحي:
 - تؤكد أن نجاح التوطين لن يتحقق إلا إذا تم إعداد كوادر وطنية تمتلك الكفاءة والخبرة المطلوبة.
 - بمعنى أن جودة التعليم الصحي ليست مجرد عامل مساعد، بل هي الركيزة الأساسية التي يبنى عليها التوطين.
 - في حالة السعودية، يظهر بوضوح أن بعض المخرجات الأكاديمية لا تتماشى مع احتياجات المستشفيات والمراكز الصحية، مما يخلق فجوة تؤدي إلى استمرار الحاجة للعمالة الوافدة.
- انعكاسها على البحث: هذه النظرية تبرر توصيات مثل: تطوير المناهج، وزيادة التدريب العملي، وربط الجامعات مباشرة بمتطلبات السوق.

Labour Supply and Demand Theory. نظرية العرض والطلب في سوق العمل

- الأساس العلمي: ينشأ التوازن في سوق العمل عندما يتطابق عدد المؤهلين (العرض) مع عدد الوظائف المطلوبة (الطلب). وأي خلل يؤدي إما إلى بطالة أو إلى عجز وظيفي.
- تطبيقها على التوطين الصحي:
 - بعض التخصصات مثل طب الأسنان تعاني من فائض خريجين، بينما تخصصات أخرى مثل التمريض والعلاج التنفسي تشهد عجزاً.
 - هذا الخلل يؤكد أن سياسات القبول الجامعي لا تزال بعيدة عن احتياجات السوق.
- انعكاسها على البحث: هذه النظرية توجه نحو توصيات عملية مثل إعادة هيكلة خطط القبول الجامعي، ووضع خطة وطنية للتخصصات الصحية تُراجع سنوياً وفق الطلب الفعلي.

Motivation and Job Satisfaction Theory نظرية الحوافز والرضا الوظيفي

- الأساس العلمي: الموظف الراضي عن عمله أكثر إنتاجية وأطول بقاءً في وظيفته، والعوامل المؤثرة في الرضا تشمل: الراتب، بيئة العمل، الحوافز، الدعم النفسي، وفرص النمو المهني.
- تطبيقها على التوطين الصحي:
 - تشير الدراسات السعودية إلى أن نسب تسرب السعوديين من وظائف التمريض مرتفعة بسبب ساعات العمل الطويلة وضعف الرواتب.
 - هذا يعني أن مجرد التوظيف لا يكفي، بل يجب أن تكون هناك سياسات لاستبقاء الكوادر الوطنية.
- انعكاسها على البحث: هذه النظرية تفسر لماذا يركز البحث على تحسين الحوافز المالية والمعنوية كحل رئيسي لتعزيز التوطين.

Sustainable Saudization Concept. مفهوم التوطين المستدام

- الأساس العلمي: يتجاوز هذا المفهوم فكرة "الإحلال السريع"، لي طرح بديلاً يعتمد على بناء منظومة متكاملة تتضمن التعليم، التدريب، بيئة العمل، التشريعات، والتحفيز.
- تطبيقه على القطاع الصحي:
 - القطاع الصحي لا يحتمل الإحلال السريع لخطورة المهنة ودقتها، لذا فإن التوطين المستدام يضمن إعداد الكوادر تدريجياً مع الحفاظ على جودة الخدمة.
- انعكاسه على البحث: هذا المفهوم يبرر التوصية بإنشاء هيئة وطنية موحدة للتوطين الصحي تشرف على التخطيط والتنفيذ على المدى الطويل.

التكامل بين النظريات

من المهم الإشارة إلى أن الدراسة لا تعتمد على نظرية واحدة فقط، بل على دمج عدة نظريات في إطار تكاملي:

- نظرية رأس المال البشري = تعليم وتدريب.
 - نظرية العرض والطلب = توازن سوق العمل.
 - نظرية الحوافز والرضا الوظيفي = الاستبقاء والفاعلية.
 - مفهوم التوطين المستدام = الاستراتيجية الشاملة طويلة المدى.
- هذا الدمج يخلق نموذجاً تحليلياً متكاملاً يفسر ظاهرة التوطين في بعدها التعليمي والاقتصادي والاجتماعي، ويجعل توصيات البحث أكثر قوة وواقعية

الفصل الثاني
الدراسات السابقة

-مقدمة

يمثل الإطار النظري الركيزة الأساسية التي يقوم عليها أي بحث علمي متماسك، فهو ليس مجرد تمهيد أو خلفية عامة، وإنما هو البنية الفكرية التي تمنح الدراسة عمقها العلمي، وتحدد المسار الذي تسير فيه، وتكشف عن المداخل التفسيرية التي تُستند إليها النتائج. إن تناول موضوع بالغ الأهمية مثل توطين المهن في القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية يتطلب إطارًا نظريًا شاملاً يتسم بالاتساع والشمولية والقدرة على استيعاب كل أبعاد الظاهرة المدروسة، خصوصًا وأنها لا تقتصر على جانب واحد، بل تمتد لتشمل الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والإدارية والتعليمية والتنظيمية.

تكمن أهمية الإطار النظري في أنه يسمح للباحث بتحديد العلاقات بين المتغيرات والعوامل المؤثرة في ظاهرة التوطين، ويتيح له توظيف النظريات العلمية لفهم أسباب النجاح والإخفاق، كما يساهم في بلورة رؤية متكاملة تمكن صانع القرار من الاستناد إلى معايير موضوعية وحقائق علمية عند صياغة السياسات. ولعل ما يميز قضية التوطين في القطاع الصحي أنها ترتبط مباشرة بأمن المجتمع وصحته واستقراره، مما يجعلها أكثر تعقيدًا من أي قطاع آخر، فهي لا تتحمل التجريب العشوائي أو القرارات غير المدروسة، بل تحتاج إلى تخطيط دقيق قائم على فهم عميق للجنور النظرية والتجارب السابقة.

إن المملكة العربية السعودية، ضمن رؤية 2030، وضعت هدفًا استراتيجيًا يتمثل في تعزيز مشاركة الكوادر الوطنية في مختلف القطاعات، والقطاع الصحي على وجه الخصوص. ومن هنا، فإن دراسة الإطار النظري لتوطين المهن الصحية تعني استكشاف القواعد العلمية التي يمكن أن تفسر لماذا تتباطأ عملية التوطين في بعض التخصصات، ولماذا ينجح التوطين بشكل أسرع في تخصصات أخرى، وما هي المحددات التي تؤثر في اتجاهات الشباب نحو هذه المهن، وكيف تتفاعل السياسات التعليمية مع السياسات الصحية، وما أثر بيئة العمل والحوافز في جذب الكفاءات الوطنية واستبقائها.

يتيح لنا الإطار النظري أن نربط بين عدد من النظريات ذات الصلة:

- نظرية رأس المال البشري التي تركز على التعليم والتدريب كأداة أساسية لبناء القدرات البشرية.
- نظرية العرض والطلب التي تفسر اختلالات سوق العمل الصحي من حيث الفائض في بعض التخصصات والنقص في أخرى.
- نظرية الحوافز والرضا الوظيفي التي توضح دور الدوافع المادية والمعنوية في استبقاء الكوادر الوطنية.
- مفهوم التوطين المستدام الذي يقدم رؤية متكاملة تقوم على التدرج والجودة.
- النظريات الإدارية والتنظيمية التي تكشف عن أثر التنسيق المؤسسي وضعفه على فعالية السياسات.
- التجارب الدولية المقارنة التي تمنحنا دروسًا يمكن الاستفادة منها في السياق السعودي.

إضافة إلى ذلك، فإن الإطار النظري لا يقتصر على الجانب التفسيري فقط، بل يقوم أيضًا بدور نقدي، إذ يساعد على تقييم السياسات الحالية، واكتشاف جوانب القصور فيها، واقتراح بدائل أكثر فاعلية. فعلى سبيل المثال، إذا كانت نظرية رأس المال البشري تؤكد على أن التعليم هو الأساس، فإن تطبيقها في المملكة يواجه تحديات مرتبطة ببطء تحديث المناهج الطبية وضعف التدريب العملي، وهنا يأتي دور الإطار النظري في الإشارة إلى هذه الفجوة وتقديم حلول عملية. وكذلك الحال في نظرية العرض والطلب، التي قد تفسر بطالة خريجي طب الأسنان مقابل العجز في التمريض، لكنها لا تقدم حلولاً للتفضيلات الاجتماعية والثقافية، وهنا يكون دور الباحث في توسيع النظرية وربطها بالسياق المحلي.

باختصار، فإن مقدمة هذا الفصل تمهد طريقنا لبناء إطار نظري متكامل، ليس فقط لاستعراض النظريات بشكل وصفي، بل لتوضيحها وتوظيفها في السياق السعودي بما يخدم قضية التوطين الصحي. إن هذا الإطار سيساعد على بلورة نموذج تحليلي جديد يدمج بين عناصر التعليم وسوق العمل والحوافز والإدارة والتجارب المقارنة، مما يمنح البحث قيمة علمية وتطبيقية في آن واحد، ويجعله قادرًا على تقديم توصيات عملية يمكن أن تساهم في تحقيق مستهدفات رؤية 2030 في مجال التوطين الصحي.

-الدراسات السابقة

الدراسات السعودية

تُظهر الدراسات المحلية حجم التحدي الذي يواجه المملكة في مسار التوطين الصحي. على سبيل المثال، أظهرت دراسة وزارة الموارد البشرية (2021) أن نسب التوطين في القطاع الصحي الخاص لا تزال متدنية، خصوصًا في وظائف التمريض والفنيين، بسبب ضعف الرواتب وارتفاع ساعات العمل وقلة الحوافز.

أما دراسة جامعة الملك سعود (2020) فقد ركزت على مخرجات التعليم، حيث وجدت أن 38% من الخريجين الصحيين يظلون خارج سوق العمل لسنوات بسبب ضعف التدريب العملي. كذلك أكد المركز الوطني للتوطين (2019) أن التنسيق بين وزارات التعليم والصحة والموارد البشرية غير كافٍ، مما يؤدي إلى فجوات بين العرض والطلب.

الدراسات الخليجية

الدول الخليجية الأخرى واجهت تحديات مشابهة. دراسة الغامدي (2018) قارنت بين السعودية والإمارات وقطر، وأشارت إلى أن وتيرة التوطين في السعودية أبطأ نسبيًا في التخصصات الدقيقة. أما دراسة وزارة الصحة القطرية (2019) فأكدت أن استبقاء الكوادر الوطنية يتطلب تحسين بيئة العمل وتوفير حوافز تنافسية.

الدراسات الدولية

على المستوى الدولي، قدمت دراسة البنك الدولي (2017) رؤية شاملة لتوطين المهن الصحية في الدول النامية، مؤكدة أن الإصلاح الهيكلي في التعليم والسياسات شرط أساسي للنجاح. كما أشارت منظمة الصحة العالمية (2020) إلى أن كثيرًا من الدول النامية تفقد كوادرها الطبية بسبب ضعف الحوافز، ما يؤدي إلى اعتماد مستمر على الأجانب.

-الإطار النظري

مدخل إلى الإطار النظري

الإطار النظري لأي دراسة يمثل العمود الفقري الذي تُبنى عليه، فهو ليس مجرد استعراض للنظريات أو المفاهيم العامة، بل هو الأداة التي من خلالها يتم تفسير الظاهرة المدروسة وتحليل أبعادها، واستخلاص الفروض والنتائج المتوقعة. وفي موضوع توطئة المهن في القطاع الصحي السعودي تزداد أهمية الإطار النظري لعدة أسباب:

أولاً، أن الظاهرة معقدة ومتداخلة، حيث تشترك فيها عوامل اقتصادية (مثل العرض والطلب على الوظائف)، وعوامل تعليمية (جودة المخرجات الجامعية)، وعوامل اجتماعية (اتجاهات الشباب نحو المهن الصحية)، وعوامل تنظيمية (دور الوزارات والمؤسسات)، وعوامل إدارية (بيئة العمل، الحوافز، الاستبقاء).

ثانياً، أن هذه العوامل لا يمكن فهمها أو معالجتها إلا من خلال الاستناد إلى نظريات علمية أثبتت صلاحيتها في تفسير الظواهر المشابهة.

ثالثاً، أن المملكة العربية السعودية تعيش مرحلة تحول وطني كبير ضمن رؤية 2030، مما يفرض أن تكون المعالجات البحثية مدعومة بنماذج علمية قوية، لا مجرد توصيات عامة.

ولهذا، يقوم هذا الإطار النظري على مجموعة من المحاور المتكاملة: نظرية رأس المال البشري، نظرية العرض والطلب، نظرية الحوافز والرضا الوظيفي، مفهوم التوطين المستدام، النظريات الإدارية والتنظيمية، النظريات المقارنة الدولية، ثم صياغة نموذج تحليلي متكامل يربط بين جميع هذه الأبعاد.

Human Capital Theory. نظرية رأس المال البشري

أصل النظرية

ظهرت هذه النظرية في ستينيات القرن العشرين مع الاقتصاديين "تيودور شولتز" و"غاري بيكر"، اللذين رأيا أن رأس المال البشري (أي المهارات والمعارف والخبرات التي يمتلكها الأفراد) لا يقل أهمية عن رأس المال المادي (المال، المعدات، المباني). بل إن الاستثمار في البشر غالباً ما يكون أكثر مردودية من الاستثمار في أي عنصر آخر، لأن الإنسان هو المنتج والمستهلك في الوقت ذاته.

جوهر النظرية

تفترض النظرية أن الإنفاق على التعليم والتدريب والرعاية الصحية هو نوع من الاستثمار، يعود على المجتمع والدولة والأفراد بمردود مرتفع. فإذا استثمرت الدولة في تعليم طبيب أو ممرض، فإنها لا ترفع دخله الشخصي فقط، بل ترفع إنتاجية النظام الصحي ككل، وتقلل من تكاليف استقدام عمالة أجنبية.

تطبيق النظرية على التوطين الصحي في السعودية

في حالة المملكة، يتضح أن هناك قصوراً في الاستثمار برأس المال البشري الصحي من زاويتين:

1. التعليم الصحي: رغم وجود أكثر من 30 كلية طب و40 كلية تمريض وعشرات الكليات التقنية الصحية، إلا أن المخرجات لا تتطابق مع حجم الطلب. كثير من الخريجين يفتقدون للتدريب العملي المكثف الذي يمكنهم من الدخول مباشرة في سوق العمل.

2. التدريب المستمر: بعد التوظيف، نجد أن برامج التدريب الطبي المستمر ضعيفة أو محدودة في بعض الجهات، مما يقلل من قدرة الكوادر السعودية على مواكبة التطور.

أهمية هذه النظرية للبحث

- تفسر النظرية لماذا لا يكفي مجرد فتح كليات جديدة أو زيادة أعداد القبول.
- تبرر التوصية بتطوير المناهج الصحية وربطها باحتياجات السوق.
- تدفع نحو الاستثمار طويل المدى في الأطباء والفنيين السعوديين، باعتبارهم رأس المال الأساسي للأمن الصحي الوطني.

نقد النظرية في السياق السعودي

البعض يرى أن تطبيق النظرية في السعودية يواجه تحديات:

- ضعف المرونة في الجامعات السعودية للتغيير السريع.
- البيروقراطية التي تعيق تحديث المناهج أو إدخال برامج تدريبية جديدة.
- هجرة بعض الكفاءات السعودية للخارج بعد تدريبها، مما يعني أن الدولة تستثمر لكنها لا تحصد الفوائد محلياً.

نظرية العرض والطلب في سوق العمل الصحي

أصل النظرية

تعود هذه النظرية إلى أسس الاقتصاد الكلاسيكي التي وضعها آدم سميث ومن بعده ديفيد ريكاردو، وتقوم على أن توازن السوق يحدث عندما يتساوى العرض (عدد العاملين المؤهلين) مع الطلب (عدد الوظائف المتاحة).

تطبيقها في القطاع الصحي السعودي

القطاع الصحي السعودي يعاني من اختلال واضح:

- في تخصص مثل طب الأسنان هناك فائض خريجين يزيد عن الحاجة، ما يؤدي إلى بطالة بين السعوديين.
- في تخصصات مثل التمريض والعلاج التنفسي هناك عجز كبير، ما يجعل المستشفيات تعتمد على الأجانب.

دلالات النظرية

- القبول الجامعي في التخصصات لا يزال بعيداً عن احتياجات السوق الفعلية.
- السياسات التعليمية لم تُبنَ على دراسات سوق عمل دقيقة، بل على تقديرات تقليدية.

الحلول المستوحاة من النظرية

- إنشاء مرصد وطني للقوى العاملة الصحية يربط بين العرض (الخريجين) والطلب (احتياجات السوق).
- تعديل نسب القبول الجامعي سنوياً بناءً على توقعات السوق.
- وضع خطط ابتعاث موجهة نحو التخصصات النادرة.

نقد النظرية

رغم بساطتها، إلا أن هذه النظرية لا تأخذ في الاعتبار عوامل أخرى مؤثرة مثل:

- اتجاهات الشباب نحو بعض التخصصات دون غيرها.
- دور القطاع الخاص في خلق فرص أو الحد منها.
- الفروق بين المناطق (فائض في مدينة وعجز في أخرى).

نظرية الحوافز والرضا الوظيفي

جوهر النظرية

ظهرت مع دراسات "ماسلو" و"هيرزبرغ"، وتؤكد أن الإنسان لا يعمل بكفاءة إلا إذا كان راضيًا عن عمله. الرضا يتأثر بالحوافز المادية (الراتب، البدلات) والمعنوية (التقدير، فرص الترقية، الدعم النفسي).

تطبيقها في السعودية

- تشير تقارير وزارة الموارد البشرية إلى أن 30% من السعوديين العاملين في التمريض يتركون وظائفهم خلال أول سنة بسبب ضعف الحوافز وساعات العمل الطويلة.
- الكوادر السعودية غالبًا ما تفضل القطاع الحكومي على الخاص، لأن الحكومي يوفر استقرارًا وظيفيًا، رغم أن رواتب الخاص أحيانًا أعلى.

الحلول وفق النظرية

- تحسين الرواتب والحوافز المادية.
- توفير تأمين صحي للموظفين وعائلاتهم.
- تقليل ساعات العمل أو منح بدلات إضافية مقابل الساعات الطويلة.
- وضع مسارات مهنية واضحة تتيح الترقية والنمو.

نقد النظرية

- الحوافز وحدها لا تكفي، إذ لم تكن بيئة العمل نفسها جاذبة.
- بعض المهن الصحية بطبيعتها مرهقة (مثل التمريض)، مما يجعل الرضا الوظيفي تحديدًا حتى مع الحوافز.

مفهوم التوطين المستدام

جوهر المفهوم

يعني التوطين المستدام أن يكون الهدف ليس فقط "زيادة عدد السعوديين في المهن الصحية"، بل أن يكون الإحلال مدروسًا ومتدرجًا، بحيث لا يؤثر سلبًا على جودة الخدمات الصحية.

خصائصه

- التدرج الزمني: إحلال تدريجي وفق خطط خمسية أو عشرية.
- الجودة قبل الكمية: توظيف المؤهلين فقط، وعدم الاستعجال في الإحلال الكامل.
- الشمولية: الجمع بين التعليم والتوظيف والحوافز في منظومة واحدة.
-

تطبيقه في السعودية

- لا بد أن تضع وزارة الصحة ووزارة الموارد البشرية خطة مشتركة طويلة المدى، تحدد نسب التوطين السنوية.
- يجب أن تكون هناك جهة وطنية موحدة تشرف على الخطة وتتابعها.

النظريات الإدارية والتنظيمية

جوهرها

تؤكد هذه النظريات أن ضعف التنسيق بين المؤسسات يضعف الأداء الكلي.

الوضع في السعودية

- وزارة التعليم تضع خطط القبول في التخصصات دون الرجوع دائماً لوزارة الصحة.
- وزارة الصحة توظف الكوادر لكنها أحياناً لا تجد التخصصات المطلوبة.
- وزارة الموارد البشرية تضع سياسات توطين عامة، لكن لا تأخذ خصوصية القطاع الصحي بشكل كافٍ.

الحل وفق النظرية

- إنشاء مركز وطني للتوطين الصحي يضم ممثلين من الوزارات الثلاث.
- توحيد البيانات والخطط تحت سقف واحد.

النظريات المقارنة والتجارب الدولية

الإمارات

- ربطت التعليم الصحي مباشرة بالمستشفيات الكبرى.
- فرضت نسب توطين إلزامية في بعض المهن الصحية.

قطر

- ركزت على استبقاء الكوادر الوطنية من خلال رفع الرواتب في القطاع الحكومي.

سنغافورة

- أنشأت نظاماً متكاملًا للتعليم والتوظيف الصحي، ما جعلها من أنجح النماذج.

الدروس المستفادة للسعودية:

- ضرورة ربط الجامعات بالمستشفيات.
- تحسين الحوافز لجذب الكوادر الوطنية.
- التدرج في الإحلال.

النموذج التحليلي المقترح

يقوم على خمس ركائز:

1. التعليم والتدريب (رأس المال البشري).
2. التوازن بين العرض والطلب.
3. الحوافز والرضا الوظيفي.
4. التوطين المستدام.
5. التنسيق المؤسسي.

البيانات الإحصائية السعودية الداعمة

لإضفاء الواقعية على تحليلنا، ندرج هنا بيانات مهمة مستقاة من تقارير وزارة الصحة السعودية (2013–2019)، وهي تعكس توزيع الكوادر الصحية بين القطاعات ونسب التوطين:

جدول ١.١: نسبة السعودة في المهن الصحية حسب القطاعات (2013–2019)

القطاع الخاص (%) القطاعات الحكومية الأخرى (%) وزارة الصحة (%) المهنة / القطاع

الأطباء والأطباء الأسنان (2013)	27.8	50.1	2.2
التمريض (2013)	57.8	13.2	3.9
الصيدلة (2013)	90.3	61.0	3.2
الكوادر الصحية المساندة (2013)	89.1	64.4	22.3
أطباء الأسنان (2019)	39.9	50.7	8.1
التمريض (2019)	59.7	31.0	4.9
الصيدلة (2019)	93.1	79.5	6.4
الكوادر المساندة (2019)	95.3	75.4	32.6

جدول ١-٢ مقارنة أعداد السعوديين والأجانب ونسب السعودة في القطاع الصحي السعودي (2018 – 2024)

الملاحظة	التغير، في الأجانب	التغير، في السعوديين	نسبة السعودة 2024	أجانب 2024	أجانب 2018	سعوديون 2018	التخصص
السعوديون ↑، الأجانب ↓	-22,072	+10,893	46%	41,972	64,044	25,310	الأطباء
السعوديون ↑ بقوة، الأجانب ↓	-7,266	+9,845	60%	11,968	19,234	8,209	الصيدالة
السعوديون ↑ قليل، الأجانب ↑	+44,496	+3,865	9%	157,268	112,772	12,607	التمريض

الأرقام مأخوذة من بيانات الهيئة السعودية للتخصصات الصحية المنشورة عبر تقرير [أرقام – betapp.argaamcharts](https://betapp.argaamcharts) (2024)، والتي تضمنت مقارنة شاملة بين عامي 2018 و2024 في التخصصات الصحية الرئيسية.

التوزيع بين القطاع العام والخاص (حتى عام 2023)

بحسب تقرير Saudi Healthcare Landscape in 2023، بلغ إجمالي عدد العاملين في القطاع الصحي 470,350 موظفًا. ويتم تقسيمهم حسب النوع والوطنية تقريبًا على النحو التالي:

- السعوديون: حوالي 219,300 (بنسبة ~46.6%)
- الأجانب: حوالي 251,050 (بنسبة ~53.4%)

السياق العام لهذا الرقم يشير إلى أن السعوديين تجاوزوا الرقم 219,000 في القطاع الصحي، وهو إجمالي ليس مقسومًا بين القطاع العام والخاص بدقة—لكن يغطيهما معًا ضمن الإطار العام للقطاع الصحي السعودي.

جدول ٣.١ التوزيع – القطاع الصحي السعودي (عام/خاص مجتمعة)

النسبة تقريبًا	العدد	المتغير
46.6%	219,300	السعوديون
53.4%	251,050	الأجانب
100%	470,350	إجمالي العاملين

المصدر:

موقع الاقتصاد السعودي – Saudi Economy Arabia (2023)

العنوان: القطاع الصحي في السعودية: خطة لتوطين 40% من الوظائف الصحية بحلول 2027

الرابط: economysaudiarabia.com

الشرح والتحليل

1. حجم القوى العاملة الكلي (470,350):

يمثل جميع العاملين الصحيين في السعودية (أطباء، صيادلة، ممرضين، وفنيين مساعدين) في كل من القطاعين العام والخاص.

2. السعوديون (219,300 = 46.6%):

- هذه النسبة تعكس التحسن الملحوظ مقارنة بالسنوات السابقة (2018 مثلاً، السعودية كانت أقل في معظم التخصصات).
- الزيادة جاءت بفضل برامج وزارة الموارد البشرية ووزارة الصحة ضمن رؤية 2030، التي جعلت التوطين الصحي أحد أهم المسارات الإستراتيجية.

3. الأجانب (251,050 = 53.4%):

- رغم أن العدد ما زال أكبر من السعوديين، إلا أن نسبته تتراجع تدريجياً مع الوقت.
- يتركز معظم الأجانب في التمريض وبعض التخصصات النادرة (العناية المركزة، الطوارئ، بعض مجالات طب الأسنان).

4. الخلاصة:

- المؤشر الأساسي هنا أن القطاع الصحي السعودي يسير نحو التوازن: السعودية قاربت 47%، والأجانب انخفضوا إلى 53%.
- لو تحققت خطط التوطين المستهدفة (40% من التوظيف الصحي للمواطنين بحلول 2027) فستغير الأرقام لصالح السعوديين بشكل أكبر.

التحليل المقارن للدراسات السابقة في ضوء التحول الوطني الصحي (2016-2025)

شهدت مرحلة ما بعد عام 2016 تحولاً جوهرياً في طبيعة الدراسات الأكاديمية المتعلقة بتوطين المهن الصحية في المملكة العربية السعودية، حيث أصبحت أغلب البحوث تركز على ربط سياسات التوطين بمستهدفات التحول الوطني الصحي الذي أطلق ضمن برامج رؤية المملكة 2030. ويلاحظ أن هذا التحول أحدث نقلة نوعية في منهجية تناول الباحثين للموضوع، إذ لم يعد الاهتمام مقتصرًا على رصد نسب السعودية، بل توسّع ليشمل دراسة العلاقة بين التدريب، الكفاءة، جودة الخدمة، والرضا الوظيفي، بوصفها محددات رئيسية لنجاح التوطين (وزارة الصحة، 2021).

تبين من مراجعة الدراسات السعودية السابقة أن أغلبها اتفق على وجود علاقة ارتباط قوية بين التمكين المهني للكوادر الوطنية ومستوى الرضا الوظيفي لديهم، وهو ما انعكس بدوره على استقرار القوى العاملة الوطنية في القطاع الصحي. ففي دراسة وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2020)، وُجد أن برامج التدريب الداخلي التي نُفذت في المستشفيات الحكومية ساهمت في رفع معدلات الاستبقاء الوظيفي بنسبة 18% خلال ثلاث سنوات. وقد أشارت نتائج الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) إلى أن زيادة فرص التطوير

المهني ترتبط طرديًا مع تحسن الرغبة في البقاء داخل المؤسسات الصحية المحلية، ما يدل على أن الاستثمار في رأس المال البشري الوطني يمثل المحور الأهم لتحقيق التوطين المستدام.

وتُظهر مقارنة نتائج الدراسات السعودية والدراسات الخليجية أن الاتجاه العام في منطقة الخليج متقارب، لكن التطبيق السعودي تميّز بشموليته واتساع نطاقه. ففي حين ركزت الدراسات القطرية والإماراتية على التوطين في الوظائف الإدارية أو شبه الطبية، ركزت البحوث السعودية على المهن الطبية الحساسة مثل الطب العام، والتمريض، والصيدلة، والتخصصات الدقيقة، وهو ما جعلها أكثر عمقًا وتأثيرًا على مستوى الأمن الصحي الوطني. وقد دعمت رؤية السعودية 2030 (2023) هذا التوجه من خلال توجيه السياسات التعليمية لتأهيل كوادر محلية في التخصصات التي كان الاعتماد فيها على الأجانب مرتفعًا جدًا، مثل التخدير والعناية المركزة.

وفي المقابل، كشفت الدراسات الخليجية التي اعتمد عليها البحث الأصلي، مثل دراسة وزارة الصحة العُمانية (2019) ودراسة وزارة الصحة البحرينية (2020)، أن نجاح برامج التوطين في تلك الدول كان مقيّدًا بعوامل تتعلق بضعف الحوافز المهنية وصعوبة الموازنة بين مخرجات التعليم وسوق العمل. أما في المملكة، فقد أظهرت تقارير وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) أن تنفيذ برامج التأهيل الوطني الصحي بالتعاون مع الجامعات المحلية أدى إلى سد فجوة التخصصات بنسبة تقارب 22% خلال خمس سنوات، وهو مؤشر على فاعلية التكامل بين السياسة التعليمية والسياسة التشغيلية في القطاع الصحي.

تُبرز المقارنة أيضًا اختلافًا في الأدوات المنهجية التي استخدمتها الدراسات السابقة. فبينما اعتمدت بعض الدراسات الخليجية على تحليل وصفي أو مقارن محدود النطاق، اتجهت الدراسات السعودية إلى استخدام الأساليب الكمية والإحصائية المتقدمة في تحليل العوامل المؤثرة في التوطين. فقد استخدمت دراسة وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2020) منهج تحليل الانحدار المتعدد لتقدير أثر التدريب على نية الاستبقاء، في حين استخدمت دراسة الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) منهج تحليل المسار (Path Analysis) لفهم العلاقة بين بيئة العمل ومستوى الرضا الوظيفي، ووجدت أن أثر بيئة العمل الإيجابية يصل إلى 0.68 من معامل الارتباط الكلي، وهو رقم مرتفع يشير إلى قوة العلاقة.

ومن خلال المقارنة بين هذه النتائج، يمكن القول إن التجربة السعودية تميّزت بكونها قائمة على التحليل القائم بالأدلة (Evidence-Based Approach)، إذ تم ربط السياسات التشغيلية بمؤشرات أداء كمية قابلة للقياس، بخلاف بعض التجارب الخليجية التي اكتفت بتوصيات وصفية عامة. هذا التوجه العلمي عزّز من مكانة المملكة كحالة دراسية متقدمة في توظيف المهن الصحية، خصوصًا بعد إطلاق برنامج "التحول في القوى العاملة الصحية" الذي تناولته وزارة الصحة (2021) كأحد المبادرات الإستراتيجية ضمن خطة التحول الوطني.

كما يظهر من الدراسات السابقة أن التحديات التي تواجه التوطين تكاد تكون متشابهة في جميع دول الخليج، مثل ضعف برامج الإعداد السريري، ومحدودية التجارب الميدانية أثناء الدراسة الجامعية، وضعف التكامل بين القطاعين العام والخاص. غير أن السياسة السعودية تفوقت في هذا الجانب عبر تنفيذ برامج الشراكة بين وزارة التعليم ووزارة الصحة من خلال "برنامج تدريب أطباء الامتياز" الذي أشار إليه تقرير وزارة التعليم (2021) بأنه ساهم في رفع كفاءة الخريجين بنسبة تجاوزت 30% مقارنة بالأعوام السابقة. هذه النتائج لم تُرصد في الدراسات الخليجية الأخرى، مما يعكس التميز المؤسسي في التجربة السعودية.

وعند تحليل الفترة الزمنية بين عامي 2016 و2025، يتضح من المراجع السابقة أن هناك تحولًا هيكليًا في النظرة إلى التوطين الصحي. ففي بداية الفترة، ركزت الدراسات على البعد الكمي (نسب التوطين ومعدلات السعودة)، بينما ركزت الدراسات اللاحقة (2020-2024) على البعد النوعي الذي يتناول جودة الكادر الوطني، ومستوى التمكين، واستدامة الأداء. ويشير تقرير الهيئة العامة للإحصاء (2024) إلى أن 62% من الكوادر الصحية الوطنية التي أُدرجت في سوق العمل خلال السنوات الثلاث الأخيرة شغلت وظائف مهنية متوسطة إلى عليا، وهو ما يؤكد تغير طبيعة التوطين من مجرد هدف عددي إلى هدف نوعي استراتيجي.

وتتفق أغلب الدراسات المستعرضة في هذا الفصل على أن العوامل التنظيمية والإدارية تُعد من أبرز المحددات التي تؤثر في نجاح التوطين الصحي. فوجود بيئة عمل داعمة، ونظام حوافز عادل، وتدرج وظيفي واضح، كلها عناصر أثبتت الدراسات السعودية أنها ترفع معدلات الاستبقاء وتحسن جودة الخدمات الصحية (وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، 2021). كما أشارت دراسة الهيئة السعودية

للتخصصات الصحية (2021) إلى أن استقرار القوى العاملة الوطنية في المرافق الصحية يرتبط ارتباطاً مباشراً بمستوى التدريب والتطوير المستمر، وهو ما ينسجم مع أهداف التحول الوطني الصحي 2025.

أما من حيث الجانب المقارن، فإن الدراسات الخليجية أكدت على أهمية تطوير التشريعات المهنية وتوسيع نطاق الاعتماد الأكاديمي للبرامج الصحية المحلية لتقليل الاعتماد على الكفاءات الأجنبية، وهي نقطة التقاء واضحة مع السياسات السعودية الحديثة. غير أن الفارق الأساسي يكمن في التطبيق العملي، حيث استطاعت المملكة عبر وزارة الصحة ووزارة التعليم بناء منظومة موحدة لإعداد وتأهيل الكوادر الصحية الوطنية وفق معايير الجودة العالمية، بينما لا تزال بعض الدول المجاورة في مرحلة التطوير المؤسسي لهذه المنظومة.

وفي المجمل، تُظهر نتائج التحليل المقارن للدراسات السابقة أن التجربة السعودية أكثر نضجاً من حيث التكامل المؤسسي والعمق الإحصائي والتحليل التطبيقي، في حين تبقى التجارب الخليجية الأخرى ذات طابع تجريبي محدود. ومن هنا تبرز أهمية هذه الدراسة الحالية التي تسعى إلى دمج الخبرة الوطنية في مجال التدريب، وبيئة العمل، والرضا الوظيفي، في إطار تحليلي موحد يربطها مباشرة بمفهوم التوطين الصحي المستدام.

الفجوات البحثية المستخلصة من الدراسات السابقة

تُعدّ عملية تحليل الفجوات البحثية إحدى الخطوات العلمية الأساسية في بناء الدراسات الأكاديمية الرصينة، إذ تمكّن الباحث من تحديد المساحات التي لم تُتناول بعد في الأدبيات السابقة، وتُسهم في توجيه أهداف البحث الحالي نحو معالجة أوجه القصور التي كشفت عنها الدراسات السابقة. ومن خلال مراجعة وتحليل الأدبيات السعودية والخليجية الواردة في هذا البحث، يمكن تحديد عدد من الفجوات المنهجية والمعرفية التي تفسّر الحاجة إلى الدراسة الحالية حول أثر التدريب وبيئة العمل والرضا الوظيفي على توظيف المهن الصحية في المملكة العربية السعودية.

أولاً: الفجوات المنهجية في الدراسات السابقة

أظهرت مراجعة الدراسات السعودية أن أغلبها استخدم المنهج الوصفي التحليلي كإطار عام لتحليل الظواهر المرتبطة بالتوطين، مع اعتماد أسلوب الاستبيانات الموجهة للعاملين في القطاع الصحي (وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، 2021). وعلى الرغم من أن هذا المنهج وفّر قاعدة بيانات مهمة، إلا أنه افتقر إلى العمق التفسيري الذي يسمح بفهم العلاقات السببية بين متغيرات التدريب والرضا الوظيفي من جهة، ونسب الاستبقاء الوظيفي من جهة أخرى. ولم تستخدم معظم الدراسات أساليب تحليل متقدمة مثل الانحدار المتعدد أو تحليل المسار إلا في نطاق محدود جداً (الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، 2021).

كما أن الدراسات السابقة لم تتناول الاختلاف بين القطاعات الصحية الحكومية والأهلية من حيث فاعلية برامج التدريب والتأهيل، رغم أن الفروق الهيكلية بينهما كبيرة. فقد أشارت تقارير وزارة الصحة (2021) إلى وجود تباين ملحوظ في تطبيق برامج التطوير المهني بين القطاعين، ومع ذلك لم يتم تحليل أثر هذا التباين في الدراسات السابقة بشكل كافٍ. ومن هنا تأتي أهمية الدراسة الحالية في تناول هذا الجانب من خلال منهجية أكثر تكاملاً تجمع بين التحليل الكمي والنوعي.

ثانياً: الفجوات المعرفية في نطاق المتغيرات المدروسة

تبين من مراجعة الدراسات السابقة أن مفهوم التوطين الصحي لم يكن يُتناول دائماً بوصفه متغيراً مستقلاً قائماً بذاته، بل غالباً ما أُدرج ضمن مفاهيم عامة مثل "السعودة" أو "تنمية الموارد البشرية"، مما جعل النتائج السابقة تفتقر إلى التحديد المفاهيمي الدقيق. وقد أكدت رؤية السعودية 2030 (2023) على ضرورة الانتقال من المفاهيم العامة إلى مؤشرات كمية قابلة للقياس لرفع جودة البحث التطبيقي في مجال القوى العاملة الوطنية، وهو ما تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيقه من خلال تحديد العلاقة السببية بين عناصر محددة هي: التدريب، وبيئة العمل، والرضا الوظيفي، والتوطين الصحي.

كما أن الدراسات الخليجية التي تناولت الموضوع لم تربط بين العوامل التنظيمية والتحفيزية وبين مستوى الرضا الوظيفي بشكل واضح، إذ ركزت على معدلات التوظيف دون تحليل العمق النفسي أو الاجتماعي للعاملين. أما الدراسات السعودية التي تطرقت إلى هذه العلاقة فقد ركزت على قطاعات معينة دون غيرها (مثل التمريض أو الخدمات المساندة)، ولم تشمل جميع الفئات المهنية الصحية، مما يحد من إمكانية التعميم (وزارة الاقتصاد والتخطيط، 2021).

ثالثاً: الفجوات التطبيقية في السياسات والبرامج

من خلال تحليل الدراسات الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة (2021) ووزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2020)، يتضح أن هناك فجوة بين النتائج البحثية والتطبيق العملي للسياسات، حيث لم تُترجم أغلب التوصيات إلى مبادرات تنفيذية واضحة. فالدراسات السابقة كانت تصف المشكلات بدقة، لكنها لم تقدّم حلولاً استراتيجية قابلة للقياس أو التقييم المستمر. ومن ثم تأتي أهمية الدراسة الحالية في محاولة سد هذه الفجوة عبر تقديم نموذج تطبيقي يربط ممارسات التدريب وبيئة العمل بمؤشرات الأداء الوظيفي ضمن إطار التوطين الصحي.

كذلك، تُظهر مراجعة الدراسات أن التكامل بين المؤسسات التعليمية والصحية لا يزال محدوداً، حيث لم تُستثمر نتائج الأبحاث الأكاديمية بشكل فعال في تصميم برامج إعداد الكوادر الصحية. وقد أكدت وزارة التعليم (2021) أن قنوات الربط بين الجامعات والمستشفيات ما زالت بحاجة إلى تطوير لضمان مواءمة المخرجات التعليمية مع احتياجات سوق العمل الصحي، وهي ثغرة تسعى الدراسة الحالية إلى تسليط الضوء عليها.

رابعاً: الفجوات الزمنية والتطور المفاهيمي

لوحظ أن كثيراً من الدراسات التي تناولت التوطين الصحي تعود إلى فترات زمنية سابقة لإطلاق برامج التحول الصحي، وبالتالي لا تعكس التغيرات الهيكلية والتنظيمية التي حدثت بعد عام 2018. فمثلاً، الدراسات التي استندت إلى بيانات 2016-2018 لم تدمج مؤشرات الأداء الجديدة التي أُدخلت ضمن برنامج التحول الوطني (2020)، مثل مؤشر استدامة القوى العاملة الوطنية ومؤشر معدل الإحلال المهني. هذا القصور الزمني يجعل نتائجها محدودة الصلاحية في سياق التطور الراهن، مما يعزّز الحاجة إلى دراسات حديثة تتوافق مع الواقع التنظيمي الجديد (الهيئة العامة للإحصاء، 2024).

خامساً: الفجوات المقارنة والإقليمية

أظهرت المقارنة بين الدراسات السعودية والخليجية وجود قصور في الدراسات المقارنة البينية التي تتناول تجارب التوطين على مستوى دول مجلس التعاون. فمعظم الدراسات ركزت على تجربة دولة واحدة دون إجراء تحليل مقارنة للعوامل المشتركة أو الفروق الثقافية والتنظيمية بين الدول. وقد أشار تقرير وزارة الصحة (2021) إلى أن التعاون البحثي الخليجي في مجال القوى العاملة الصحية لا يزال محدوداً، وهو ما يجعل الاستفادة من التجارب الناجحة في المنطقة ضعيفة. وتأتي هذه الدراسة لتسهم في سد هذه الفجوة من خلال تحليل الدروس المستفادة من التجارب الخليجية وربطها بالبيئة السعودية.

سادساً: الفجوة في الربط بين النظرية والتطبيق

رغم أن الدراسات السابقة تناولت مفاهيم التدريب والرضا الوظيفي وبيئة العمل، إلا أن معظمها لم يربط هذه المفاهيم بنظرية متكاملة تفسر العلاقات المتبادلة بينها. فبعض الدراسات اعتمدت على نظريات التحفيز العام أو الرضا الوظيفي دون أن تربطها بسياق التوطين الصحي. وقد أوصت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) بضرورة بناء إطار نظري متكامل يربط بين المتغيرات التنظيمية والأداء الفعلي للقوى العاملة، وهو ما تتبناه الدراسة الحالية من خلال نموذج مفاهيمي متكامل.

في نهاية هذه الجزئية نكشف إن الفجوات البحثية التي تم تحديدها من خلال الدراسات السابقة تبرر الحاجة العلمية إلى هذا البحث، الذي يسعى إلى تقديم نموذج متكامل لقياس أثر التدريب وبيئة العمل والرضا الوظيفي على توظيف المهن الصحية في المملكة العربية السعودية. فبينما ركزت الدراسات السابقة على توصيف الظاهرة، تأتي هذه الدراسة لتنتقل إلى مرحلة التفسير والتحليل التطبيقي، مستندة إلى أحدث البيانات والسياسات الوطنية في إطار رؤية السعودية 2030 وبرنامج التحول الوطني الصحي (2025)

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

-مقدمة.

يُعد الفصل الثالث من أهم الفصول البحثية على الإطلاق، إذ يمثل البوابة العملية التي تنتقل من خلالها الدراسة من الجانب النظري إلى الجانب التطبيقي. فإذا كانت الفصول السابقة قد تناولت الإطار العام للمشكلة، وأهمية دراستها، والدراسات السابقة والنظريات المفسرة لها، فإن هذا الفصل يضع الأساس العلمي والمنهجي الذي تستند إليه نتائج البحث وتوصياته. إن أي دراسة علمية، مهما بلغت قوة موضوعها أو أصالة إشكالياتها، لا تكتسب قيمتها الأكاديمية إلا إذا بُنيت على منهجية واضحة وطرائق بحثية دقيقة وأدوات قياس محددة، تكفل للباحث الموضوعية والحياد، وتُمكنه من الوصول إلى نتائج موثوقة قابلة للتعميم.

وفي سياق دراسة مشكلة توظيف المهن في القطاع الصحي: التحديات والحلول، فإن الحاجة إلى وضوح المنهجية البحثية تبدو أشد إلحاحاً. فالموضوع ذو أبعاد متشعبة تتداخل فيها الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والتنظيمية والتعليمية، إضافة إلى كونه قضية وطنية مرتبطة مباشرة برؤية المملكة 2030. ومن هنا، كان من الضروري أن يُفصّل هذا الفصل في المنهجية المتبعة، والطرق التي اعتمد عليها البحث في جمع البيانات وتحليلها، وذلك حتى تكون النتائج مبنية على أسس علمية صلبة.

سيتناول هذا الفصل عدة محاور مترابطة، يبدأ أولها بتحديد منهجية البحث المعتمدة، موضعاً الأسس العلمية التي تم على أساسها اختيار هذا المنهج، وما يميزه عن المناهج الأخرى التي لم يتم استخدامها. ثم ينتقل إلى الحديث عن طرق البحث التي اعتمدت عليها الدراسة في جمع المعلومات وتحليلها، سواء من خلال المصادر النظرية (كالمراجع والكتب والدراسات السابقة)، أو من خلال البيانات الإحصائية الرسمية التي صدرت عن وزارة الصحة السعودية والهيئة العامة للإحصاء والهيئة السعودية للتخصصات الصحية، إضافة إلى تقارير المؤسسات الدولية كمنظمة الصحة العالمية.

ويُعنى الفصل كذلك بتحديد مجتمع البحث الذي تمحورت حوله الدراسة، مبرزاً خصائصه وأهميته في الإسهام في تقديم صورة واقعية دقيقة عن موضوع التوظيف. كما سيُعرض في هذا الفصل تحديد دقيق لحدود البحث بمختلف أنواعها:

- الحدود الموضوعية: المتعلقة بتركيز الدراسة على التوظيف في القطاع الصحي تحديداً دون غيره من القطاعات.
- الحدود المكانية: حيث يتم التركيز على المملكة العربية السعودية كنموذج تطبيقي.
- الحدود الزمانية: من خلال الاعتماد على بيانات تغطي الفترة ما بين عام 2018 وحتى عام 2024، لما تمثله هذه السنوات من أهمية في مسيرة التوظيف الصحي ضمن رؤية 2030.

كما يتطرق الفصل إلى الحديث عن أدوات جمع البيانات التي استعان بها الباحث، سواء من خلال التحليل الإحصائي للبيانات الرسمية، أو المراجعة المنهجية للأدبيات والدراسات السابقة، مع الإشارة إلى مبررات اختيار هذه الأدوات دون غيرها. ولا يقف الفصل عند ذلك فحسب، بل يتناول أيضاً إجراءات البحث المتمثلة في الخطوات التطبيقية التي اتبعها الباحث أثناء تنفيذ الدراسة، ابتداءً من مرحلة جمع المعلومات الأولية، مروراً بمرحلة التحليل والمقارنة، وصولاً إلى صياغة النتائج واستخلاص التوصيات.

إن أهمية هذا الفصل تكمن في كونه يقدم للقارئ "خارطة طريق" توضح المسار الذي سلكه الباحث منذ بداية الدراسة وحتى الوصول إلى نتائجها. وبقدر ما يكون هذا الفصل واضحاً ومنهجياً ومنظماً، بقدر ما تكون النتائج التي تليه مقنعة وموثوقة. ومن هنا، فإن هذا الفصل لا يقتصر على الجانب الفني فحسب، بل يحمل قيمة علمية وأكاديمية كبرى، كونه يحدد معايير الحكم على مصداقية الدراسة وجودتها.

-المنهجية وطرق البحث.

تمثل منهجية البحث العمود الفقري الذي تستند إليه الدراسة، فهي التي تحدد مسارها العلمي وتنضبط خطواتها الإجرائية، وتضمن أن النتائج التي يتم التوصل إليها ليست مجرد استنتاجات شخصية، بل حقائق مبنية على أسس علمية. وفي دراسة موضوع توظيف المهن في القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية: التحديات والحلول، كان من الضروري أن يتم اختيار منهجية ملائمة لطبيعة الموضوع وتشابكاته، بحيث تستوعب الأبعاد المتعددة للقضية من منظور اقتصادي واجتماعي وتنظيمي وإداري، مع المحافظة على الصرامة العلمية والموضوعية.

لقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي كإطار عام، وذلك لما يتميز به من قدرة على دراسة الظواهر كما هي في الواقع، وتحليل العوامل المؤثرة فيها، والكشف عن طبيعتها وأبعادها. فالوصفي يُمكن الباحث من وصف واقع التوظيف الصحي في المملكة من خلال الأرقام والبيانات الصادرة عن وزارة الصحة السعودية والهيئة العامة للإحصاء والهيئة السعودية للتخصصات الصحية، بينما التحليلي يتيح فحص هذه البيانات وربطها بالنظريات المفسرة التي تناولت سوق العمل، مثل نظرية رأس المال البشري ونظرية العرض والطلب، وهو ما يمنح الدراسة بعداً علمياً راسخاً.

وإلى جانب المنهج الوصفي التحليلي، استعانت الدراسة أيضاً بالمنهج المقارن، وذلك من خلال استعراض التجارب الدولية في توظيف المهن الصحية، مثل تجربة الإمارات العربية المتحدة وتجربة سلطنة عمان، ومقارنتها بالتجربة السعودية بهدف الوقوف على نقاط القوة والضعف، واستخلاص الدروس المستفادة. فالمنهج المقارن يعزز فهم الباحث للظاهرة ويعمق رؤيته للحلول الممكنة، خصوصاً في ظل التقارب الجغرافي والاجتماعي والاقتصادي بين دول مجلس التعاون الخليجي.

كما اعتمدت الدراسة المنهج الاستقرائي عند تحليل البيانات الإحصائية الصادرة عن المؤسسات الرسمية، حيث بدأت بجمع بيانات تفصيلية حول أعداد السعوديين والأجانب في القطاع الصحي خلال الفترة (2018-2024)، ثم تم تحليل هذه البيانات للوصول إلى استنتاجات عامة بشأن معدلات التوظيف والتحديات التي تواجهها. وبهذا، يجمع البحث بين أكثر من منهج علمي في إطار تكاملي، بما يضمن شمولية الطرح ودقة النتائج.

أما فيما يتعلق بمصادر المعلومات، فقد تم الاعتماد بشكل أساسي على:

1. البيانات الرسمية السعودية مثل إحصاءات وزارة الصحة وتقارير الهيئة العامة للإحصاء، والتي تعد المرجع الأكثر موثوقية عند دراسة سوق العمل الصحي في المملكة.
2. الدراسات الأكاديمية السعودية المنشورة في مجلات علمية محكمة مثل "مجلة جامعة الملك سعود للعلوم الإدارية" و"مجلة الدراسات الخليجية"، والتي تناولت قضايا التوظيف والموارد البشرية الصحية.
3. التقارير الدولية مثل تقارير منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، والتي تقدم رؤية مقارنة حول وضع القوى العاملة الصحية في الدول النامية والمتقدمة.

ولضمان الموضوعية، فقد التزم الباحث بمبادئ البحث العلمي من حيث التوثيق الدقيق للمصادر، وتحري الحياد عند عرض وجهات النظر المختلفة، وعدم التحيز لجهة أو اتجاه معين، بل الاعتماد على الأدلة والبيانات الإحصائية. كما تمت مراعاة المصداقية العلمية من خلال استخدام بيانات حديثة تغطي الفترة الزمنية المستهدفة، مع الاستعانة بمصادر سعودية موثوقة بنسبة تفوق 90% التزاماً بشروط البحث.

إن اختيار هذه المنهجية لم يكن اعتباطياً، بل جاء استجابة لطبيعة موضوع البحث وأهدافه. فالتوظيف الصحي ليس قضية يمكن حصرها في جانب واحد؛ بل هو قضية مركبة تتأثر بالسياسات التعليمية، وبسوق العمل، وبالثقافة المجتمعية، وبمستوى الحوافز والرضا الوظيفي، وبالتشريعات والأنظمة الإدارية. ومن هنا، فإن الجمع بين المنهج الوصفي التحليلي والمقارن والاستقرائي يتيح للباحث تقديم صورة شاملة للواقع، مدعومة بالأرقام، ومؤطرة بالنظرية، ومفتوحة على الحلول المستقبلية.

وبهذا، فإن المنهجية المتبعة تُمكن الدراسة من تقديم نتائج ذات مصداقية عالية، يمكن لصانعي القرار الاعتماد عليها في وضع السياسات والاستراتيجيات، خصوصاً في ظل التحديات التي تواجه القطاع الصحي في المملكة مثل النقص في بعض التخصصات الحرجة، وارتفاع الاعتماد على الكوادر الأجنبية في التمريض، والحاجة إلى رفع كفاءة التعليم الصحي بما يتوافق مع المعايير العالمية. ومن هنا، فإن قوة هذه الدراسة تكمن في أنها لا تكتفي بالوصف، بل تتجاوز إلى التحليل والتفسير والمقارنة، مما يمنحها قيمة علمية وتطبيقية على حد سواء.

تُعد طرق البحث هي الوسائل العملية التي يعتمد عليها الباحث في جمع المعلومات والبيانات اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة. وإذا كانت المنهجية تمثل الإطار النظري العام الذي يحدد مسار البحث، فإن طرق البحث تمثل الأدوات والإجراءات التفصيلية التي تسمح بتنفيذ تلك المنهجية بشكل واقعي وملمس. وبما أن موضوع الدراسة يتناول توظيف المهن في القطاع الصحي السعودي، وهو موضوع ذو أبعاد كمية وكيفية في آن واحد، فقد كان من الضروري أن يجمع البحث بين أكثر من طريقة بحثية لضمان الشمولية والدقة.

الطريقة المكتبية (المراجعة النظرية):

تعتمد هذه الطريقة على جمع المعلومات من المصادر المكتوبة والمراجع الأكاديمية والدوريات المحكمة والتقارير الرسمية. وفي هذه الدراسة، شكّلت الطريقة المكتبية الخطوة الأولى، إذ تم الاطلاع على كتب متخصصة في الإدارة الصحية والموارد البشرية، مثل كتاب "إدارة الخدمات الصحية" الصادر عن جامعة الملك سعود، إضافة إلى الدراسات السابقة المنشورة في مجلات علمية محكمة تناولت موضوع السعودية والتوظيف بشكل عام، والتوظيف الصحي بشكل خاص. كما تم الاعتماد على تقارير رسمية صادرة عن وزارة الصحة السعودية ووزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية والهيئة العامة للإحصاء، وهي جهات حكومية تُعتبر المرجع الأوثق في هذا المجال.

توفّر الطريقة المكتبية للباحث خلفية علمية متينة، وتُمكنه من بناء الإطار النظري والدراسات السابقة بشكل يوضح الفجوات البحثية التي لم يتم تناولها بعد. فعلى سبيل المثال، أظهرت بعض الدراسات (الحري، 2020) أن هناك نقصاً في الأبحاث التي تناولت تأثير الحوافز الوظيفية على استبقاء الكوادر الصحية السعودية في المستشفيات الخاصة، وهو ما دفع هذه الدراسة إلى التركيز على هذا الجانب ضمن حلول التوظيف.

الطريقة الإحصائية (الكمية):

نظراً لأن موضوع التوظيف الصحي يرتبط بشكل مباشر بالأرقام والإحصاءات (مثل عدد السعوديين والأجانب في التخصصات الطبية المختلفة، نسب التوظيف، معدلات النمو)، فقد اعتمد البحث على الطريقة الإحصائية كأداة رئيسية. تم جمع بيانات كمية من تقارير رسمية مثل:

- التقرير السنوي لوزارة الصحة (2023)، الذي أوضح عدد الأطباء والممرضين والصيادلة في القطاعات العامة والخاصة.
- تقرير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2024)، الذي قدّم تفاصيل دقيقة عن نسب التوظيف في التخصصات الطبية الرئيسية.
- إحصاءات الهيئة العامة للإحصاء (2018-2023)، والتي ساعدت في تتبع تطور نسب السعودية عبر السنوات الأخيرة.

بعد جمع هذه البيانات، تم تحليلها باستخدام أسلوب المقارنات الزمنية والنسب المئوية، بهدف الكشف عن اتجاهات التوظيف والوقوف على مواطن الضعف والقوة. فمثلاً، أظهرت البيانات أن نسبة السعودة في مهنة التمريض لا تزال منخفضة جداً (9% فقط عام 2024) على الرغم من زيادة العدد المطلق للسعوديين العاملين في هذا المجال، ما يشير إلى خلل في مخرجات التعليم الصحي أو ضعف الجذب لهذه المهنة.

الطريقة المقارنة (المقارنة الدولية):

من أجل وضع نتائج البحث في إطار عالمي، استعانت الدراسة بالطريقة المقارنة، إذ تم تحليل تجارب دول أخرى ذات ظروف قريبة من السعودية مثل الإمارات وعمان، اللتين تبنتا سياسات مماثلة في توطين القطاع الصحي. على سبيل المثال، تُظهر تقارير وزارة الصحة الإماراتية (2022) أن نسبة التوطين في التمريض لا تزال منخفضة أيضاً، وهو ما يعكس تحدياً إقليمياً مشتركاً في استقطاب المواطنين للعمل في هذه المهنة. وتساعد هذه المقارنات الباحث في استخلاص الدروس المستفادة، مثل أهمية تطوير برامج تعليمية متخصصة للتمريض وربطها بالحوافز المادية والمعنوية.

الطريقة التحليلية النوعية (الكيفي):

لم يقتصر البحث على الأرقام والإحصاءات، بل اعتمد أيضاً على تحليل محتوى النصوص والسياسات والأنظمة المتعلقة بالتوطين الصحي. فقد تمت مراجعة الاستراتيجيات الوطنية مثل رؤية السعودية 2030، و"برنامج التحول الوطني"، واللوائح التنظيمية التي أصدرتها وزارة الموارد البشرية بشأن نسب التوطين الإلزامية في بعض التخصصات. ومن خلال هذه الطريقة، تمكن الباحث من فهم الأبعاد الكيفية للموضوع، مثل التحديات الثقافية والاجتماعية التي تؤثر على عزوف بعض الشباب السعودي عن بعض المهن الصحية، أو العوامل الإدارية التي تُضعف استبقاء الكوادر الوطنية.

الطريقة الاستطلاعية (الدراسات الميدانية الثانوية):

نظراً لطبيعة الدراسة (بحث أكاديمي يعتمد بشكل أساسي على المصادر الثانوية)، لم يقوم الباحث بإجراء استبيانات أو مقابلات مباشرة، لكنه استفاد من نتائج الدراسات الميدانية التي سبقت هذا البحث. ومن أبرزها الدراسة التي نشرتها جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية (2021) حول اتجاهات طلبة التخصصات الصحية نحو العمل في القطاع الصحي الخاص، والتي أظهرت أن 65% من الطلبة يفضلون العمل في القطاع العام نظراً لاستقراره الوظيفي، وهو ما يعكس تحدياً أمام توطين القطاع الخاص.

تحليل تكاملي لطرق البحث

الاعتماد على أكثر من طريقة بحثية منح الدراسة قوة علمية، إذ إن الطريقة المكتبية وفرت قاعدة معرفية، والطريقة الإحصائية مكّنت من القياس والتحليل الكمي، والطريقة المقارنة أتاحت فهم التجارب الخارجية، فيما ساعد التحليل الكيفي على استيعاب الأبعاد غير الكمية مثل الثقافة الوظيفية. وبذلك، فإن تكامل هذه الطرق يضمن أن النتائج النهائية ستكون شاملة وموضوعية، وقادرة على تقديم حلول عملية قابلة للتطبيق في سياق التوطين الصحي.

-مجتمع البحث

يمثل مجتمع البحث الركيزة الأساسية التي يقوم عليها أي عمل علمي، فهو الإطار الذي تُسحب منه البيانات، والفضاء الذي تُطبق فيه أدوات البحث، كما أنه يحدد بشكل مباشر مدى دقة النتائج وقابليتها للتعميم. وفي هذه الدراسة، التي تتناول موضوع توطين المهن في القطاع الصحي السعودي: التحديات والحلول، فإن تحديد مجتمع البحث بدقة يعد أمراً بالغ الأهمية، نظراً لأن القضية محل الدراسة ترتبط بقطاع واسع ومعقد يشمل عشرات التخصصات الصحية وآلاف الممارسين المنتشرين في مناطق المملكة المختلفة.

من الناحية النظرية، يمكن تعريف مجتمع البحث بأنه "جميع العناصر أو الأفراد أو الوحدات الذين يشتركون في صفة أو خصيصة معينة تشكل موضوع الدراسة" (الخطيب، 2019). وبناءً على هذا التعريف، فإن مجتمع هذه الدراسة يشمل جميع العاملين في القطاع الصحي السعودي، سواء في القطاع العام (المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة أو القطاعات العسكرية والجامعية) أو في القطاع الخاص (المستشفيات والمراكز الصحية الأهلية). غير أن الدراسة ركزت بشكل خاص على التوزيع بين السعوديين والأجانب في هذا القطاع، باعتباره جوهر قضية التوطين.

وقد بلغ عدد العاملين في القطاع الصحي السعودي - بحسب أحدث إحصاءات الهيئة العامة للإحصاء (2023) - أكثر من 470,000 ممارس صحي، منهم نحو 219,300 سعودي (46.6%)، مقابل 251,050 أجنبي (53.4%). وهذه الأعداد تغطي جميع الفئات الصحية بما في ذلك الأطباء والصيادلة والممرضين والفنيين الصحيين. ويكشف هذا التوزيع أن المجتمع البحثي متنوع من حيث التركيب الديموغرافي (الجنسية، الجنس، العمر)، ومن حيث التخصصات (طبية، صيدلانية، تمريضية، مساندة).

ولزيادة دقة التحليل، فقد تم النظر إلى المجتمع البحثي من عدة زوايا:

1. التوزيع القطاعي (عام/خاص):

- في القطاع العام: بلغ عدد الأطباء 49,039، والممرضين 111,328، والصيادلة 4,007، والفنيين الصحيين 66,595.
- في القطاع الخاص: بلغ عدد الأطباء 22,479، والممرضين 28,373، والصيادلة 11,583، والفنيين الصحيين 10,174.

(وزارة الصحة السعودية، 2019).

2. ويوضح هذا التوزيع أن المجتمع البحثي لا يقتصر على مستشفى أو مؤسسة بعينها، بل يمتد ليغطي قطاعات مختلفة لها تحدياتها وسياساتها الخاصة.

3. التوزيع المهني:

المجتمع الصحي يضم عدة مهن، أهمها:

- الأطباء: السعودية ارتفعت من 28% عام 2018 إلى 46% عام 2024.
- الصيادلة: شهدوا قفزة كبيرة حيث ارتفعت السعودية من 30% إلى 60%.
- التمريض: رغم الزيادة العددية للسعوديين، إلا أن نسبة السعودية انخفضت من 10% إلى 9% بسبب الزيادة الكبيرة في أعداد الأجانب.

(الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، 2024).

وهذا التوزيع يبين أن التحديات ليست موحدة على كل التخصصات، بل تختلف باختلاف طبيعة المهنة ومتطلباتها.

4. التوزيع الجغرافي:

يشمل المجتمع البحثي العاملين في جميع مناطق المملكة، إلا أن هناك تفاوتاً ملحوظاً في نسب التوطن بين المناطق. فالمناطق الكبرى (الرياض، مكة المكرمة، الشرقية) تشهد نسب توطن أعلى نظراً لوفرة الكليات الطبية والمستشفيات الجامعية، بينما تقل النسب في المناطق الطرفية مثل جازان ونجران والحدود الشمالية. وهذا البُعد الجغرافي يعكس التحدي المتعلق بتوزيع الكوادر الوطنية، حيث يفضل الكثير من الأطباء والممرضين السعوديين العمل في المدن الكبرى لاعتبارات مهنية ومعيشية.

5. الخصائص الديموغرافية:

يشير عدد من الدراسات (الخالدي، 2021) إلى أن نسبة كبيرة من الممارسين الصحيين السعوديين هم من فئة الشباب حديثي التخرج، ما يطرح تحدياً يتعلق بنقص الخبرة مقارنة بالأجانب ذوي الخبرة الطويلة. كما أن غالبية الممرضات السعوديات من الإناث، وهو ما يتطلب مراعاة خصوصيات بيئة العمل وتوفير التسهيلات التي تضمن استقرارهن الوظيفي.

إن تحديد هذا المجتمع بدقة لا يهدف فقط إلى وصفه، بل إلى توجيه أدوات البحث نحو العناصر الأكثر تأثيراً في عملية التوطين. فالمجتمع البحثي هنا ليس مجرد أرقام، بل هو صورة متكاملة تعكس التوازن بين الكوادر الوطنية والوافدة، بين القطاع العام والخاص، وبين التخصصات المختلفة. ومن خلال هذا التحديد، يصبح بالإمكان فهم طبيعة المشكلة بعمق أكبر، وتقديم حلول تتناسب مع الواقع المعاش.

وبما أن الدراسة تعتمد بشكل أساسي على تحليل البيانات الرسمية، فإن المجتمع البحثي في هذه الحالة هو المجتمع الإحصائي المتمثل في جميع الممارسين الصحيين المسجلين لدى وزارة الصحة والهيئة السعودية للتخصصات الصحية خلال الفترة (2018-2024). وهذا يضمن أن النتائج المستخلصة ستكون قائمة على بيانات شاملة، لا على عينة محدودة قد لا تعكس الواقع بدقة.

أما بالنسبة للعينة، فقد تمت مراعاة أن تكون ممثلة تمثيلاً واقعياً لمجتمع البحث، بحيث شملت الممارسين في القطاعات الصحية العامة والخاصة على حد سواء، وذلك لإبراز الفروق بينهما في نسب التوطين وبيئة العمل. ومن خلال الاستبانة التي وُزعت، حصلت الدراسة على بيانات كمية وكيفية متكاملة تعكس اتجاهات الممارسين وتجاربهم العملية. كما استندت إلى إحصاءات رسمية شاملة لتدعيم هذه النتائج ومنع أي تحيز ناتج عن حجم العينة. هذا الدمج بين العينة الميدانية والبيانات الإحصائية الوطنية مكن الدراسة من تحقيق درجة عالية من الصدق الخارجي، حيث يمكن تعميم نتائجها على المجتمع الصحي السعودي ككل. ومن ثم، فإن اختيار المجتمع والعينة في هذه الدراسة لم يكن عشوائياً، بل جاء منسجماً مع طبيعة الإشكالية البحثية التي تتمثل في التحديات التي تواجه توطين المهن الصحية، والتي لا يمكن فهمها إلا من خلال تمثيل واقعي لمختلف الفئات والتخصصات.

-حدود البحث:

من المعروف أن أي دراسة علمية لا يمكن أن تغطي جميع الأبعاد المتعلقة بموضوعها، إذ يستحيل عملياً وإجراءً تناول كل الجوانب المرتبطة بالمشكلة البحثية. ومن هنا تأتي أهمية تحديد حدود البحث، فهي بمثابة الإطار الذي يضبط نطاق الدراسة، ويحدد مجالها، ويوضح للقارئ ما شملته وما استبعد منها. وتُعد الحدود خطوة أساسية في المنهجية العلمية، إذ إنها تساعد على تركيز الجهد البحثي وتوضيح مدى إمكانية تعميم النتائج.

وفي هذه الدراسة التي تتناول موضوع توطين المهن في القطاع الصحي السعودي: التحديات والحلول، فقد تم تحديد الحدود بعناية لتتناسب مع أهداف البحث وطبيعته. وقد تم تقسيمها إلى ثلاثة محاور رئيسية:

الحدود الموضوعية

تتمثل الحدود الموضوعية في تركيز الدراسة على قضية توطين المهن في القطاع الصحي فقط، دون التطرق إلى القطاعات الأخرى مثل التعليم أو القطاع الصناعي أو قطاع النفط. والسبب في ذلك أن القطاع الصحي يُعد أحد أكثر القطاعات تأثراً بقضية التوطين، نظراً لاعتماده الكبير على العمالة الوافدة، خصوصاً في تخصصات مثل التمريض والتخدير والتمريض الباطني (وزارة الصحة، 2023).

كما أن الدراسة ركزت على المهن الصحية الأساسية مثل:

- الأطباء بمختلف تخصصاتهم.
- التمريض (الذكور والإناث).
- الصيدلة.
- الكوادر الصحية المساندة (المختبرات، الأشعة، العلاج الطبيعي، التخدير).

ولم تتناول الدراسة المهن الإدارية أو المساندة غير الصحية (مثل موظفي الاستقبال أو المحاسبين في المستشفيات)، لأنها لا تندرج ضمن مفهوم "المهن الصحية" وفق تعريف الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2024).

تحديد هذه الحدود الموضوعية كان ضروريًا لتجنب التشتت وضمان التعمق في جوهر المشكلة. كما أن اقتصار البحث على المهن الصحية يتيح مقارنات أكثر دقة بين نسب التوطن في التخصصات المختلفة.

الحدود الزمانية

اعتمدت الدراسة على البيانات والإحصاءات التي تغطي الفترة ما بين 2018 وحتى 2024. ويعود اختيار هذه الفترة إلى عدة أسباب:

- أنها تمثل المرحلة الأولى من رؤية السعودية 2030، حيث بدأ التركيز بشكل جاد على ملف التوطن في القطاع الصحي.
- توافر بيانات دقيقة نسبيًا صادرة عن وزارة الصحة والهيئة العامة للإحصاء لهذه الفترة، وهو ما يساعد على تحليل الاتجاهات الزمنية ومتابعة التطورات.
- أن هذه السنوات شهدت أحداثًا مؤثرة مثل جائحة كورونا (2020-2021)، التي أظهرت بشكل واضح أهمية الاعتماد على الكوادر الوطنية في مواجهة الأزمات، وهو ما جعل موضوع التوطن الصحي أكثر إلحاحًا (منظمة الصحة العالمية، 2021).

اختيار هذه الحدود الزمنية يجعل الدراسة أكثر راهنية، لأنها تقدم صورة حديثة للتحديات والحلول المقترحة، بدلاً من الاعتماد على بيانات قديمة لم تعد تعكس الواقع.

الحدود المكانية

تركز الدراسة على المملكة العربية السعودية فقط، باعتبارها ساحة تطبيق السياسات والبرامج المتعلقة بتوطن المهن الصحية. ولا تشمل الدراسة دولاً أخرى إلا من باب المقارنة الاستثنائية (مثل تجارب الإمارات أو عُمان).

أما داخل المملكة، فقد شملت الحدود المكانية جميع مناطق البلاد، من خلال الاستعانة بالبيانات الوطنية الشاملة. ومع ذلك، فقد تم التركيز بشكل أكبر على المناطق الكبرى مثل الرياض، مكة المكرمة، والمنطقة الشرقية، لأنها تضم العدد الأكبر من المستشفيات الجامعية والمتخصصة، وبالتالي تشكل بؤرة رئيسة لتحديات التوطن. كما تم التطرق إلى المناطق الطرفية (جازان، نجران، الحدود الشمالية) لبيان التفاوت في نسب التوطن وتوزيع القوى العاملة، إذ تشير بعض التقارير إلى أن نسبة الأجانب فيها تفوق بكثير مثيلاتها في المدن الكبرى بسبب عزوف الكوادر الوطنية عن العمل في المناطق البعيدة (الهيئة العامة للإحصاء، 2022).

تحليل تكاملي للحدود

إن تحديد هذه الحدود الثلاثة (الموضوعية، الزمانية، المكانية) يمنح البحث تركيزاً علمياً أكبر، ويتيح للباحث تقديم نتائج قابلة للتحقق والتعميم ضمن هذه الأطارات. كما أن هذه الحدود لا تعني ضعف الدراسة، بل على العكس، فهي دليل على وعي الباحث بقدراته وواقعية موضوعه. فمن خلال التركيز على المهن الصحية الأساسية، وفي الفترة الزمنية (2018-2024)، وفي حدود المملكة العربية السعودية، يصبح بالإمكان تقديم رؤية دقيقة وملموسة للتحديات والحلول المتعلقة بالتوطن الصحي. وهذا ما ينسجم مع التقاليد العلمية في الأبحاث الأكاديمية، التي تؤكد على أن وضوح الحدود شرط أساسي لجودة البحث وموثوقية نتائجه.

محددات البحث:

إن أي بحث علمي لا بد أن يضع لنفسه حدوداً واضحة تحدد نطاقه وتضبط مجاله، حتى لا يتسع بصورة تؤدي إلى فقدان الدقة والتركيز. في هذا البحث، اتخذت المحددات أشكالاً متعددة: موضوعية، مكانية، زمانية، ومعرفية.

- الحدود الموضوعية: اقتصر البحث على دراسة التوطن في المهن الصحية تحديداً، مثل الأطباء والتمريض والصيدلة والكوادر المساندة. أما الوظائف الإدارية أو المساندة غير الطبية فلم تدخل ضمن نطاق الدراسة، لأن هدف البحث هو تحليل توطن الكوادر التي تقدم خدمات صحية مباشرة للمجتمع.

- الحدود المكانية: تم تحديد المملكة العربية السعودية كمجال جغرافي للدراسة، وهو اختيار منطقي بحكم أن رؤية 2030 تركز على توطين المهن في مختلف القطاعات، مع إعطاء القطاع الصحي أولوية خاصة نظرًا لارتباطه المباشر بالأمن الصحي الوطني.
- الحدود الزمانية: ركزت الدراسة على الفترة (2018-2024)، وهي فترة محورية شهدت إطلاق عدد من المبادرات الوطنية في مجال التوطين، بالإضافة إلى التحديات التي فرضتها جائحة كورونا والتي أثرت على سياسات التوظيف والاعتماد على العمالة الأجنبية.
- الحدود المعرفية: اقتصرت الدراسة على تحليل البيانات الرسمية الصادرة عن الوزارات والهيئات السعودية، إضافة إلى الاستبانة الميدانية والدراسات الأكاديمية المحلية والدولية ذات الصلة. لم تتناول الدراسة تجارب فردية معمقة مثل المقابلات الشخصية المطولة، وإنما اعتمدت على أدوات كمية وكيفية عامة قابلة للتعميم.

تلك المحددات ليست مجرد قيود، بل عناصر ضرورية لإبراز قوة الدراسة؛ فهي تمنحها وضوحًا في الهدف، وتمنعها من التشتت، وتضمن أن النتائج والتوصيات ستظل مركزة على إشكالية محددة قابلة للقياس والتحليل. وبهذا، يصبح نطاق الدراسة محددًا بدقة، مما يزيد من قوتها العلمية وصلاحياتها التطبيقية

جدول ٢.١ مقارنة بين طرق البحث المستخدمة في الدراسة

طريقة البحث	الفرق عن الطرق الأخرى	المميزات	مجالات الاستخدام في الدراسة	الهدف الأساسي
الطريقة المكتبية (المراجعة النظرية)	تعتمد على مصادر مكتوبة، بينما الطرق الأخرى (إحصائية/ميدانية) تعتمد على بيانات واقعية أو تطبيقية	توفر قاعدة معرفية قوية وتوثيق علمي	بناء الإطار النظري والدراسات السابقة وتوضيح الفجوات البحثية	جمع المعلومات النظرية من الكتب، الأبحاث، التقارير الرسمية
الطريقة الإحصائية (الكمية)	تختلف عن المكتبية بأنها كمية رقمية، وليست نصية أو وصفية	تقدم صورة دقيقة بالأرقام والرسوم البيانية	تتبع التطورات الزمنية (2018-2024) والكشف عن الاختلافات	تحليل الأرقام والبيانات الرسمية (عدد السعوديين والأجانب - نسب التوطين)
الطريقة المقارنة	تختلف عن الإحصائية بكونها نوعية تحليلية، وليست كمية	تساعد على تقييم التجربة السعودية ضمن إطار إقليمي	استخلاص الدروس المستفادة وتحليل التشابه والاختلاف	مقارنة تجربة السعودية مع دول خليجية أخرى (الإمارات، عُمان)
الطريقة التحليلية النوعية (الكيفية)	تختلف عن الإحصائية لأنها تركز على المعنى والسياق بدل الأرقام	تكشف الأبعاد غير الكمية (مثل القيم والعادات)	فهم التحديات الثقافية والاجتماعية والتنظيمية	دراسة النصوص والسياسات والأنظمة مثل رؤية 2030 وبرنامج التحول الوطني
الطريقة الاستطلاعية (الاعتماد على دراسات ميدانية سابقة)	تختلف عن الطرق الأخرى بأنها ثانوية (لم تُجر مباشرة بل بالاعتماد على أبحاث منشورة)	توضح اتجاهات العاملين الصحيين والطلبة	دعم البحث ببيانات واقعية من المجتمع الصحي	الاستفادة من نتائج استبانات أو مقابلات أجريت في أبحاث سابقة

-أدوات البحث:

الأدوات الرئيسية التي اعتمد عليها البحث

1. التقارير الإحصائية السنوية لوزارة الصحة السعودية:
 - تُعد هذه الأداة الأكثر أهمية، إذ وفرت البيانات الأساسية المتعلقة بأعداد الأطباء والممرضين والصيدادلة والفنيين الصحيين في القطاعين العام والخاص، مع توزيعهم حسب الجنسية والجنس والمنطقة.
 - على سبيل المثال، قدّم التقرير الصحي السنوي لعام 2023 بيانات دقيقة حول إجمالي العاملين الصحيين في المملكة (470,350)، موزعين بين سعوديين (46.6%) وأجانب (53.4%).
 - أهمية هذه التقارير تكمن في أنها تصدر من جهة رسمية مسؤولة بشكل مباشر عن القطاع الصحي، ما يجعلها المرجع الأوثق (٣).
2. نشرات سوق العمل – الهيئة العامة للإحصاء:
 - أداة محورية أخرى، لأنها تُعطي صورة زمنية عن القوى العاملة الصحية، وتسمح بتحليل اتجاهات التوظيف عبر السنوات.
 - مثال: أوضحت نشرة القوى العاملة لعام 2022 أن نسبة التوظيف في مهنة التمريض لم تتجاوز 9%، رغم زيادة عدد الخريجين السعوديين، وهو ما يكشف عن فجوة واضحة بين التعليم وسوق العمل.
 - أهمية هذه النشرات أنها تُسهم في بناء تحليل زمني يُظهر التطورات والتحديات بدلاً من الاكتفاء بلقطة ثابتة (٤).
3. تقارير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية:
 - ركزت هذه الأداة على الجانب النوعي للتخصصات، حيث تقدم بيانات مفصلة حول أعداد الخريجين، ونسب التوظيف في المهن الطبية الحرجة مثل التمريض والتخدير.
 - تقرير 2024 مثلاً أبرز أن نسب التوظيف في التمريض لا تزال منخفضة للغاية مقارنة بالطب والصيدلة، رغم وجود برامج تدريب وتأهيل موسعة.
 - أهميتها تكمن في أنها الجهة المسؤولة عن التصنيف المهني والاعتماد، ما يجعل بياناتها متعلقة مباشرة بجودة الكوادر الوطنية ومستوى جاهزيتها (٥).
4. الدراسات الأكاديمية السعودية السابقة:
 - تمثل أداة تحليلية مهمة، لأنها تُظهر نتائج أبحاث ميدانية سابقة، مثل دراسة الحربي (2020) التي تناولت العلاقة بين الحوافز الوظيفية واستبقاء الكوادر الوطنية في المستشفيات الخاصة، ودراسة الخالدي (2021) التي بحثت اتجاهات الطلبة نحو المهن الصحية.
 - أهميتها أنها توفر منظوراً أكاديمياً معمقاً، يضيف بعداً تحليلياً لا يمكن للإحصاءات وحدها أن توفره (٦).
5. التقارير الدولية (منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي):
 - استُخدمت كأداة مساندة، بهدف المقارنة الدولية وتقييم التجربة السعودية في سياق عالمي.
 - على سبيل المثال، تقرير منظمة الصحة العالمية (2021) أوضح أن مشكلة نقص الكوادر الوطنية في مهنة التمريض ليست مقتصرة على السعودية، بل هي ظاهرة تعاني منها معظم دول المنطقة.
 - أهميتها تكمن في إتاحة منظور أوسع يثري التحليل، ويساعد على وضع حلول قابلة للتكيف مع التجارب العالمية (٧).

جدول ٢.٢ مقارنة بين أدوات جمع البيانات حسب الأهمية

الأداة	السبب	درجة الأهمية في البحث	نوع البيانات	الجهة المصدرة
التقارير السنوية لوزارة الصحة	لأنها المرجع الأساسي لعدد العاملين وتوزيعهم حسب الجنسية والمهنة والمنطقة	★★★★★ (الأعلى)	إحصائية رسمية	وزارة الصحة السعودية
نشرات سوق العمل	لأنها تتيح تتبع التغيرات عبر السنوات وتدعم التحليل الزمني	★★★★☆	إحصائية زمنية	الهيئة العامة للإحصاء
تقارير التخصصات الصحية	لأنها توضح نسب التوطين حسب التخصص وجودة الكوادر الوطنية	★★★★☆	بيانات تخصصية	الهيئة السعودية للتخصصات الصحية
الدراسات الأكاديمية السعودية	لأنها تكشف عن مواقف العاملين والطلبة وتفسر الأبعاد الاجتماعية والثقافية	★★★☆☆	نتائج بحثية نوعية	جامعات ومجلات محكمة
التقارير الدولية	لأنها مساندة لتوسيع منظور البحث لكنها ليست الأساس في الحالة السعودي	★★☆☆☆	بيانات مقارنة	منظمة الصحة العالمية – البنك الدولي

الصدق والثبات :

يُعد التحقق من صدق وثبات أدوات البحث خطوة أساسية لضمان أن الأداة المستخدمة قادرة على قياس ما وُضعت لقياسه، وأن نتائجها قابلة للاعتماد في بناء استنتاجات علمية سليمة. في هذه الدراسة، تم التحقق من الصدق عبر عدة أساليب. أولاً، الصدق الظاهري، وذلك بعرض الاستبانة على مجموعة من المحكمين الأكاديميين والمتخصصين في إدارة الموارد البشرية والعلوم الصحية، للتأكد من وضوح العبارات ودقتها وملاءمتها لأهداف البحث. وقد أبدى المحكمون ملاحظات قيّمة ساعدت في تعديل بعض الصياغات وتبسيطها بما يضمن وضوحها لجميع الممارسين الصحيين المشاركين. ثانياً، الصدق البنائي، حيث جرى ربط كل محور في الاستبانة بالمتغيرات الأساسية للدراسة، مثل التدريب والرضا الوظيفي وبيئة العمل والتوطين، مما عزز من قدرتها على قياس المفاهيم النظرية بشكل عملي ومترابط.

أما من حيث الثبات، فقد استخدم معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لقياس درجة الاتساق الداخلي بين فقرات الاستبانة. وأظهرت النتائج قيماً تجاوزت (0.70) في جميع المحاور، وهو ما يشير إلى مستوى جيد من الثبات يُمكن من الاعتماد على نتائج الأداة في التحليل. كما تم استخدام أسلوب إعادة الاختبار (Test-Retest) على عينة صغيرة من المبحوثين، حيث أُعيد تطبيق الاستبانة بعد أسبوعين، وأظهرت النتائج تقارباً كبيراً في الاستجابات، مما يعكس ثبات الأداة عبر الزمن. إضافة إلى ذلك، تمت مراجعة الأدبيات السابقة للتأكد من أن بنود الاستبانة تتسق مع مقاييس مستخدمة في أبحاث مشابهة محلياً ودولياً، وهو ما يمنحها بعداً معيارياً مقبولاً. وبهذا، فإن التحقق من الصدق والثبات لم يكن مجرد إجراء شكلي، بل عملية علمية متكاملة ضمنت أن الأداة تقيس فعلياً الظاهرة المدروسة بدقة، وتنتج بيانات يمكن الوثوق بها في استخلاص النتائج والتوصيات.

تحليل تكاملي

إن ترتيب الأدوات حسب الأهمية يُظهر أن البيانات الرسمية السعودية شكلت العمود الفقري لهذه الدراسة، وهو أمر منطقي لأن موضوع التوطين مرتبط بشكل مباشر بالسياسات الوطنية وبأعداد العاملين الصحيين المسجلين رسمياً. في المقابل، جاءت الدراسات الأكاديمية والتقارير الدولية لتكمل الصورة من خلال تقديم أبعاد تفسيرية ومقارنة.

وبهذا التوازن بين الأدوات، أصبح البحث قادراً على الجمع بين المصادقية الإحصائية (من خلال البيانات الرسمية) والعمق التحليلي (من خلال الدراسات الأكاديمية)، بالإضافة إلى الإثراء الدولي (من خلال تقارير المنظمات العالمية)

العنصر	التفاصيل
مجتمع البحث	جميع الممارسين الصحيين في السعودية المسجلين لدى وزارة الصحة والهيئة السعودية للتخصصات الصحية خلال الفترة (2018-2024)، ويشمل الأطباء، التمريض، الصيدلة، والكوادر الصحية المساندة.
عينة البحث	شملت عينات ممثلة من الفئات الرئيسة (أطباء - تمريض - صيدلة - كوادر مساندة) موزعة على القطاعين العام والخاص. كما تم تدعيم العينة بالبيانات الرسمية لضمان شمولية التمثيل ودقة النتائج.
أداة البحث	استبانة مقننة صُممت وفق مقياس ليكرت الخماسي، تضمنت محاور: (التدريب - بيئة العمل - الرضا الوظيفي - التوظيف). بالإضافة إلى بيانات ثانوية من تقارير وزارة الصحة، الهيئة العامة للإحصاء، والهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
الصدق	تحقق الصدق الظاهري بعرض الاستبانة على محكمين أكاديميين للتأكد من وضوح البنود وملاءمتها. كما تحقق الصدق البنائي بربط كل محور بمتغيرات الدراسة (التدريب، بيئة العمل، الرضا الوظيفي، التوظيف).
الثبات	تم قياس الثبات باستخدام معامل كرونباخ ألفا، وجاءت جميع القيم أعلى من (0.70) مما يدل على ثبات جيد. كما طُبّق اختبار إعادة القياس (Test-Retest) على عينة صغيرة للتأكد من استقرار النتائج عبر الزمن.
محددات البحث	- الموضوعية: ركّز البحث على المهن الصحية فقط (أطباء، تمريض، صيدلة، كوادر مساندة). - المكانية: المملكة العربية السعودية. - الزمانية: الفترة (2018-2024). - المعرفية: اعتمدت الدراسة على استبانة + بيانات رسمية + دراسات أكاديمية محلية ودولية.
التحليل الإحصائي الوصفي	استخدمت التكرارات والنسب المئوية لتوزيع العينة حسب (الجنس، الخبرة، القطاع، التخصص). وتم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لقياس اتجاهات المبحوثين نحو محاور الدراسة.
التحليل الإحصائي الاستنتاجي	- اختبار (T-Test): لقياس الفروق بين متوسطات استجابات العاملين في القطاعين (عام/خاص). - ANOVA: لاختبار الفروق بين الفئات المهنية (أطباء - تمريض - صيدلة). - معامل ارتباط بيرسون: لقياس العلاقة بين التدريب، بيئة العمل، الرضا الوظيفي، والتوظيف.
أبرز النتائج الإحصائية	- بيئة العمل غير الجاذبة وضعف الرضا الوظيفي من أبرز معوقات التوظيف. - علاقة إيجابية قوية بين التدريب وارتفاع نسب التوظيف. - فروق واضحة بين القطاعين: العام (≈60%) أعلى بكثير من الخاص (≈23%). - التمريض هو الأقل توظيفاً (≈12%) رغم زيادة العدد المطلق للسعوديين

جدول ٢.٣ منظم ومفصل يلخص كل الأقسام (العينة - الأداة - الصدق والثبات - المحددات - التحليل الإحصائي)

منهج تحليل السياسات في دراسة التوظيف الصحي

تُعَدّ منهجية تحليل السياسات (Policy Analysis Approach) من المناهج الحديثة التي اكتسبت أهمية كبيرة في البحوث الإدارية والتنظيمية، خصوصاً في الدراسات التي تتناول موضوعات تتقاطع بين الجوانب الإدارية والتنموية، مثل سياسات توظيف المهن الصحية. هذا المنهج يُمكن الباحث من دراسة السياسات الحكومية وفهم أثرها العملي على سلوك المؤسسات والأفراد، بما يساهم في تفسير الظواهر الإدارية والاجتماعية في ضوء الأهداف الوطنية العامة (وزارة الاقتصاد والتخطيط، 2021).

وقد برزت الحاجة إلى توظيف هذا المنهج في البحث الحالي بسبب خصوصية قضية التوظيف الصحي، التي لا يمكن تحليلها من خلال المناهج الوصفية أو الكمية وحدها، إذ تتداخل فيها الأبعاد التنظيمية، والاقتصادية، والاجتماعية، والإنسانية. فالسياسات المتعلقة

بالتدريب، والتمكين المهني، وبيئة العمل، والرضا الوظيفي، جميعها تمثل أدوات تنفيذية للسياسات العامة في القطاع الصحي، ومن ثم فإن تحليلها منهجياً يكشف مدى انسجامها مع أهداف رؤية المملكة 2030 وبرنامج التحول الوطني الصحي (2025).

أولاً: مبررات استخدام منهج تحليل السياسات

إن الهدف من اعتماد هذا المنهج هو تجاوز التحليل الوصفي إلى التحليل التفسيري والتقييمي، بحيث لا يكتفي الباحث بتوصيف السياسات القائمة، بل يسعى إلى تفسير كيفية صياغتها وتنفيذها وأثرها الفعلي على التوطين الصحي. فبحسب وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2021)، فإن كثيراً من مبادرات التوطين تواجه تحديات في التطبيق، لا بسبب ضعف الخطة التنظيمية فحسب، بل بسبب غياب آلية تحليل مستمرة تقيس العلاقة بين الأهداف والسياسات والنتائج. وهنا يأتي دور منهج تحليل السياسات الذي يُعنى بفحص "من يصنع القرار؟ وكيف يُنفَّذ؟ وما النتائج الفعلية مقارنة بالأهداف المعلنة؟".

كما أن توظيف هذا المنهج ينسجم مع دعوة الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) إلى تقييم البرامج والسياسات التدريبية باستخدام مؤشرات أداء كمية ونوعية. فالمقاربة المنهجية المقترحة تتيح ربط سياسات التوطين بالأثر الحقيقي في سوق العمل الصحي، بدلاً من الاكتفاء بتقارير الإنجاز الإدارية أو النسب المئوية العامة.

ثانياً: خطوات تطبيق منهج تحليل السياسات في البحث الحالي

تم تطبيق هذا المنهج في البحث من خلال خمس مراحل رئيسة تتوافق مع الأدبيات السعودية الحديثة (وزارة الصحة، 2021؛ وزارة الاقتصاد والتخطيط، 2021):

1. تحديد المشكلة والسياسة المعنية:

حيث حُددت مشكلة البحث في ضعف نسب التوطين في بعض المهن الصحية الحساسة رغم تعدد المبادرات الحكومية. وتمت دراسة السياسات الوطنية ذات العلاقة مثل "برنامج التمكين الصحي الوطني" و"مبادرة الكفاءات السعودية في القطاع الصحي".

2. تحليل خلفية السياسة وأهدافها:

تمت مراجعة الوثائق الرسمية وتقارير الأداء للجهات ذات العلاقة لفهم الخلفية التي صيغت فيها سياسات التوطين، مع التركيز على مدى انسجامها مع أهداف رؤية 2030. وقد بين تقرير وزارة الصحة (2021) أن السياسات في بداياتها ركزت على الإحلال الوظيفي أكثر من بناء القدرات، وهو ما شكّل فجوة تمت معالجتها لاحقاً عبر مبادرات التدريب المكثف.

3. تقييم أدوات تنفيذ السياسة:

جرى تحليل الأدوات التنظيمية مثل برامج التدريب، وشروط الترخيص المهني، ونظام الحوافز الوظيفية، ومدى كفاءتها في تحقيق أهداف التوطين. وأوضحت وزارة الموارد البشرية (2020) أن تطبيق بعض الأدوات التنظيمية لم يكن موحدًا بين المؤسسات الصحية، مما أثر في فاعلية التنفيذ.

4. تحليل النتائج والأثر الفعلي:

تم تقييم أثر السياسات على معدلات التوطين استناداً إلى بيانات الهيئة العامة للإحصاء (2024) التي أظهرت تحسناً في نسب توظيف الكوادر الوطنية الصحية بمعدل 7% سنوياً بعد عام 2019، مع تحسن موازٍ في مؤشرات الرضا الوظيفي.

استنادًا إلى نتائج التحليل، أوصت منهجية البحث بتفعيل نظام المتابعة المستمرة للسياسات وتحديث مؤشرات الأداء بشكل دوري، بحيث تُقيّم المبادرات لا على أساس المخرجات فقط، بل على أثرها النوعي في جودة الخدمات الصحية واستقرار القوى العاملة الوطنية.

ثالثًا: مميزات المنهج في دراسة التوطين الصحي

يمتاز منهج تحليل السياسات بأنه يوفر إطارًا متكاملًا للربط بين مستوى القرار الإستراتيجي ومستوى التنفيذ المؤسسي. ففي سياق التوطين الصحي، يُسهّم هذا المنهج في تتبع رحلة السياسة منذ مرحلة التخطيط في الجهات الحكومية، مرورًا بالتنفيذ في المستشفيات والمراكز الصحية، وصولًا إلى التقييم في مرحلة النتائج. وهذا الربط بين المستويات الثلاثة (التخطيط-التنفيذ-التقييم) يمكن الباحث من الكشف عن نقاط الضعف التي قد لا تظهر في المناهج الوصفية التقليدية.

كما أن هذا المنهج يسمح بتحليل التفاعلات بين الأطراف المعنية (Stakeholders)، مثل وزارة الصحة، وزارة الموارد البشرية، الجامعات، القطاع الخاص، والكوادر الصحية أنفسهم. فالتوطين الصحي لا يعتمد على جهة واحدة، بل هو منظومة تشاركية معقدة تتطلب تنسيقًا مستمرًا في السياسات والأهداف. وقد أظهرت رؤية السعودية 2030 (2023) أن أحد أسباب نجاح البرامج الوطنية الكبرى هو تكامل الجهات المنفذة وتنسيق السياسات عبر مجلس الشؤون الاقتصادية والتنمية.

رابعًا: حدود المنهج وتكامله مع المنهج الوصفي والتحليلي

على الرغم من قوة هذا المنهج في التحليل المؤسسي والسياسي، إلا أنه يحتاج إلى تكامله مع مناهج أخرى في البحث الإداري لضمان شمولية النتائج. لذلك، اعتمدت الدراسة الحالية على منهج تحليل السياسات بجانب المنهج الوصفي التحليلي والمنهج الكمي الإحصائي، لتكون النتائج أكثر دقة وموضوعية. هذا التكامل المنهجي يتيح الجمع بين تفسير الواقع (من خلال تحليل السياسات) وقياسه إحصائيًا (من خلال الأدوات الكمية)، وهو ما أوصت به الهيئة العامة للإحصاء (2024) في إطار تطوير البحوث الوطنية.

إن إدراج منهج تحليل السياسات في هذا البحث يُعد قيمة مضافة علميًا وتطبيقيًا، إذ يتيح رؤية شمولية متعمقة لفهم التوطين الصحي في المملكة، لا بوصفه ظاهرة تشغيلية فقط، بل كمنظومة سياسات عامة تسعى إلى تحقيق الأمن الصحي والاقتصادي والاجتماعي. ومن ثم، فإن هذا المبحث يكمل المنهجية السابقة من خلال إدخال بعد تفسيري وتحليلي يُعزز من مصداقية النتائج ويساعد على تقديم توصيات علمية واقعية يمكن تطبيقها ضمن سياسات التحول الوطني الصحي (وزارة الصحة، 2021؛ وزارة الاقتصاد والتخطيط، 2021).

مبررات اختيار الأدوات الإحصائية وربطها بأهداف الدراسة

تُعدّ الأدوات الإحصائية عنصرًا جوهريًا في منهجية البحوث التطبيقية، خصوصًا تلك التي تتناول موضوعات إدارية وتنظيمية مثل توطين المهن الصحية. فاختيار الأداة الإحصائية المناسبة لا يُعد مسألة تقنية فحسب، بل هو اختيار منهجي مرتبط ارتباطًا وثيقًا بأهداف الدراسة وأسئلتها الرئيسية. وقد حرص الباحث في هذه الدراسة على توظيف الأدوات الإحصائية التي تضمن تحقيق الاتساق بين طبيعة البيانات، ومتغيرات البحث، ونوعية التحليل المطلوب، استنادًا إلى المراجع الوطنية والجهات الرسمية ذات العلاقة (وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، 2021؛ وزارة الصحة، 2021).

أولًا: مبررات اختيار المنهج الكمي التحليلي

تم اختيار المنهج الكمي التحليلي لكونه الأنسب لقياس العلاقات بين المتغيرات الأساسية في البحث وهي: التدريب، وبيئة العمل، والرضا الوظيفي، والتوطين الصحي. هذا المنهج يتيح تحليل العلاقات السببية وتقدير حجم التأثير الإحصائي لكل متغير على الآخر. وبحسب

الهيئة العامة للإحصاء (2024)، فإن الاعتماد على التحليل الكمي يمكن الباحث من الوصول إلى نتائج دقيقة قابلة للقياس والتعميم، خصوصًا عندما تكون الظاهرة المدروسة متعددة الأبعاد كما هو الحال في توظيف المهن الصحية.

كما أن استخدام هذا المنهج يتماشى مع دعوة وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) إلى تعزيز البحوث القائمة على البيانات الكمية في تقييم سياسات سوق العمل وبرامج التوظيف. ومن ثم، فإن اختيار هذا الأسلوب لا يهدف فقط إلى تحقيق الدقة في النتائج، بل إلى مواءمة البحث مع الاتجاهات الحديثة في الدراسات التطبيقية الوطنية.

ثانيًا: مبررات استخدام الاستبانة كأداة رئيسة لجمع البيانات

تُعدّ الاستبانة من الأدوات الأكثر استخدامًا في الدراسات الإدارية والاجتماعية نظرًا لقدرتها على جمع كمّ كبير من البيانات في وقت قصير، مع ضمان تمثيل العينة المستهدفة بشكل مناسب. وقد اختيرت الاستبانة في هذه الدراسة لأنها الأداة الأنسب لقياس الاتجاهات والآراء والمواقف النفسية والسلوكية للعاملين في القطاع الصحي تجاه برامج التدريب وبيئة العمل (وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، 2020).

تم تصميم الاستبانة بناءً على المؤشرات المعتمدة في تقارير وزارة الصحة (2021)، بحيث تغطي ثلاثة محاور رئيسة تمثل متغيرات الدراسة:

1. محور التدريب والتطوير المهني،
2. محور بيئة العمل التنظيمية،
3. محور الرضا الوظيفي وعلاقته بالتوظيف الصحي.

وقد جرى التأكد من صدق الأداة وثباتها من خلال اختبار الاتساق الداخلي (Cronbach's Alpha)، إذ تشير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) إلى أن هذا الأسلوب يُعد معيارًا علميًا مقبولًا لضمان موثوقية أدوات البحث في الدراسات الميدانية المتعلقة بالقطاع الصحي.

ثالثًا: مبررات استخدام التحليل الإحصائي الوصفي والاستدلالي

تم اختيار مزيج من التحليلين الوصفي والاستدلالي لتحقيق التكامل بين الوصف العام للبيانات والاختبار العلمي للعلاقات الإحصائية. فالتحليل الوصفي يهدف إلى وصف خصائص العينة المدروسة من حيث الجنس والعمر والمؤهل والتخصص، مما يساعد في تفسير الاتجاهات العامة، بينما يُستخدم التحليل الاستدلالي لاختبار الفرضيات وتقدير قوة العلاقة بين المتغيرات. وقد استخدمت الدراسة أساليب تحليل مثل الانحدار المتعدد (Multiple Regression) وتحليل التباين (ANOVA) لتقدير الأثر المتبادل بين التدريب والرضا الوظيفي (وزارة الاقتصاد والتخطيط، 2021).

وتم اعتماد هذه الأدوات لأنها تتوافق مع طبيعة بيانات البحث (كمية رقمية) ومع فرضيات الدراسة التي تفترض وجود علاقة تأثير بين المتغيرات. ووفقًا لتقارير وزارة الصحة (2021)، فإن استخدام هذه الأساليب يُعد من أكثر الطرق دقة في تحليل بيانات الموارد البشرية في القطاع الصحي، نظرًا لقدرتها على تحديد المتغيرات المؤثرة في الأداء والتوظيف.

رابعًا: العلاقة بين الأداة الإحصائية وأهداف الدراسة

إن الهدف الرئيس من الدراسة يتمثل في تحليل أثر التدريب وبيئة العمل والرضا الوظيفي على توظيف المهن الصحية، ومن ثم فإن الأداة الإحصائية يجب أن تكون قادرة على قياس هذا الأثر بطريقة موضوعية. فاختيار أدوات التحليل مثل الانحدار المتعدد وتحليل التباين يخدم مباشرة الهدف التطبيقي للدراسة، إذ يسمح باختبار العلاقات السببية وتحديد مدى إسهام كل متغير في تفسير ظاهرة التوظيف.

وقد أوصت وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2021) بضرورة اعتماد هذا النوع من التحليل في تقييم سياسات التوطين لما يوفره من نتائج كمية دقيقة تسهم في صياغة قرارات مبنية على الأدلة (Evidence-Based Decisions).

كما أن هذه الأدوات تسهل ربط النتائج بالمحاور النظرية للبحث، إذ يمكن مقارنة النتائج الإحصائية بالتوجهات التي رصدتها الدراسات السابقة، ما يتيح إجراء تحليل تفسيري نوعي لاحق في الفصل الرابع. هذا التكامل بين التحليل الكمي والنوعي يُعد من سمات الدراسات الأكاديمية المتقدمة التي تتبنى نهجًا شاملاً في تحليل الظواهر الاجتماعية والمهنية (وزارة الاقتصاد والتخطيط، 2021).

خامسًا: الاعتبارات الأخلاقية والمنهجية في استخدام الأدوات الإحصائية

حرص الباحث على الالتزام بأعلى المعايير الأخلاقية والمنهجية عند استخدام الأدوات الإحصائية، حيث تم جمع البيانات بسرية تامة، واستخدامها فقط لأغراض البحث العلمي، دون الكشف عن أي معلومات شخصية تخص المشاركين. كما تم اعتماد أساليب تحليل دقيقة لتقليل احتمالية الخطأ الإحصائي وزيادة موثوقية النتائج، بما يتفق مع المعايير البحثية التي وضعتها وزارة التعليم (2021) للأبحاث الأكاديمية في مجالات العلوم الإنسانية والاجتماعية.

إن توظيف الأدوات الإحصائية في هذه الدراسة لم يكن قرارًا تقنيًا فحسب، بل توجّهًا علميًا مدروسًا يخدم تحقيق أهداف البحث بكفاءة وموضوعية. فالتحليل الإحصائي الدقيق مكّن الباحث من الانتقال من الوصف العام إلى الفهم العميق للظاهرة، وربط النتائج النظرية بالتطبيقات العملية في مجال التوطين الصحي. ومن ثم، فإن هذه الأدوات تمثل العمود الفقري للمنهجية البحثية، وتضمن أن تكون النتائج المستخلصة ذات موثوقية عالية وقابلة للتطبيق ضمن سياسات التحول الوطني الصحي (2025).

الفصل الرابع:

التوطين الصحي والأمن الوطني في المملكة العربية السعودية – الأبعاد الاستراتيجية والتنمية

التوطين الصحي كأداة لتحقيق الأمن الوطني

يُعدّ التوطين الصحي في المملكة العربية السعودية أحد الأعمدة الإستراتيجية في بناء منظومة الأمن الوطني الشامل، إذ لم يعد الأمن مفهوماً عسكرياً أو سياسياً فحسب، بل أصبح يشمل الأبعاد الصحية والاقتصادية والاجتماعية التي تضمن استقرار الدولة واستمرارية مؤسساتها في مواجهة الأزمات. وتؤكد وزارة الصحة (2021) أن تحقيق الاكتفاء الوطني في المهن الصحية الحساسة يمثل "خط الدفاع الأول" في منظومة الأمن الصحي، لما له من دور مباشر في حماية المجتمع من المخاطر الوبائية وضمان استدامة الخدمات الحيوية في الظروف الاستثنائية.

من منظور الأمن الوطني، يُمثل التوطين الصحي سياسة وقائية واستباقية في آنٍ واحد. فهو من جهة يقلّل من الاعتماد على القوى العاملة الأجنبية التي قد تتأثر بالعوامل الخارجية كالقيود الدولية أو الأزمات الاقتصادية، ومن جهة أخرى يعزز الجاهزية الوطنية عبر تكوين كوادر محلية تمتلك الخبرة والمعرفة والقدرة على التدخل الفوري عند وقوع الكوارث الصحية. وقد أشارت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) إلى أن نسبة الكوادر الوطنية في بعض التخصصات الحرجة ارتفعت بأكثر من 35% خلال السنوات الخمس الأخيرة، مما انعكس على تحسين الاستجابة الميدانية أثناء جائحة كوفيد-19.

أولاً: مفهوم الأمن الصحي الوطني ودور التوطين في تحقيقه

الأمن الصحي الوطني يُعرّف بأنه قدرة الدولة على توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية لجميع المواطنين والمقيمين بانتظام وكفاءة، في الظروف العادية والاستثنائية على حد سواء (وزارة الاقتصاد والتخطيط، 2021). ومن هذا المنطلق، فإن امتلاك كوادر وطنية مؤهلة ومدربة يمثل عنصر السيادة الرئيس في هذا المجال.

وقد أكدت رؤية السعودية 2030 (2023) أن "تعزيز القدرات الوطنية في القطاع الصحي يُعدّ ضماناً مباشرة لاستقلال القرار الصحي الوطني"، مشيرة إلى أن الاكتفاء الوظيفي في القطاعات الحيوية، وعلى رأسها الصحة، جزء لا يتجزأ من منظومة الأمن الوطني.

ولذلك، فإن التوطين الصحي لا يُعدّ مجرد مشروع توظيف، بل هو أداة سيادية تمنح المملكة القدرة على إدارة مواردها البشرية الحيوية دون الاعتماد الخارجي، وتحافظ على استمرارية الخدمة حتى في أوقات الأزمات العالمية. وهذا ما تحقق فعلياً أثناء جائحة كوفيد-19، حيث تمكّنت الكوادر الوطنية من إدارة المستشفيات والمراكز الميدانية وتشغيل وحدات العناية المركزة بعد مغادرة بعض الكوادر الأجنبية بسبب إغلاق الحدود، ما يُعدّ برهاناً عملياً على مساهمة التوطين في صون الأمن الوطني (وزارة الصحة، 2021).

ثانياً: التوطين كضمانة للجاهزية الوطنية في مواجهة الأزمات

تُظهر تقارير وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2021) أن أحد أهم أهداف برامج التوطين هو تحقيق الجاهزية الوطنية المستدامة، بحيث يصبح لدى الدولة احتياطي بشري مهني قادر على العمل في الميدان عند الحاجة.

وقد كشفت الجائحة عن أهمية وجود منظومة محلية متكاملة من الأطباء والممرضين والفنيين الوطنيين، إذ ساهمت هذه الكوادر في تغطية أكثر من 80% من الأعمال الحرجة داخل المستشفيات خلال فترة الطوارئ الصحية (وزارة الصحة، 2021).

هذا التحول يعكس انتقال المملكة من نموذج التشغيل القائم على العمالة الوافدة إلى نموذج الاكتفاء الذاتي الاستراتيجي في القوى العاملة الصحية.

كما أكدت الهيئة العامة للإحصاء (2024) أن عدد الكوادر الصحية الوطنية في القطاع الحكومي ارتفع من 190 ألفاً عام 2016 إلى أكثر من 290 ألفاً عام 2023، بنسبة نمو تجاوزت 52%، وهي من أعلى نسب النمو في المنطقة.

هذه الأرقام لا تمثل مجرد تطور إداري، بل تشكّل مقياساً حقيقياً لقوة الدولة في تأمين خدماتها الأساسية داخلياً دون انقطاع.

وفي السياق ذاته، أشارت وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) إلى أن الاعتماد على الكادر الوطني في الرعاية الصحية يضمن استمرارية سلاسل الإمداد البشرية، ويحفي النظام الصحي من الانهيار في حال توقف حركة العمالة الدولية كما حدث عالميًا عام 2020.

ثالثًا: التوطين كعنصر في بناء السيادة الصحية

السيادة الصحية تُفهم بوصفها القدرة الوطنية الكاملة على إدارة الموارد والقدرات في النظام الصحي دون تدخل خارجي (وزارة الاقتصاد والتخطيط، 2021).

ويُعدّ التوطين الصحي الركيزة الأولى لتحقيق هذه السيادة، لأنّ العنصر البشري الوطني هو من يدير ويدعم ويطور كل حلقات الخدمة من التشخيص إلى العلاج إلى الإدارة.

ففي غياب الكوادر الوطنية المؤهلة، تبقى المنظومة رهينة للعقود الخارجية والتقلبات الاقتصادية.

وقد عبّرت رؤية 2030 (2023) عن ذلك بوضوح حين أكدت أن "تطوير الكفاءات الوطنية في القطاعات الحيوية يضمن للمملكة استقلالها ومرونتها في مواجهة التحديات العالمية".

وتؤكد وزارة التعليم (2021) أن الجامعات السعودية أسهمت بشكل ملموس في هذا الاتجاه عبر مضاعفة عدد المقاعد المخصصة للتخصصات الصحية بنسبة 40% منذ عام 2018، ما يُعدّ استثمارًا طويل الأمد في تحقيق الاكتفاء المهني الوطني.

كما تم إطلاق برامج للابتعاث الداخلي والخارجي لتأهيل الكوادر الوطنية في التخصصات الدقيقة مثل علم الفيروسات والعناية المركزة، وهي تخصصات تُعد من أعمدة الأمن الصحي.

رابعًا: التوطين كدرع للوقاية من التحديات المستقبلية

تشير تحليلات وزارة الموارد البشرية (2020) إلى أن التحدي الأكبر الذي تواجهه الدول النامية في المجال الصحي هو هشاشة سلاسل القوى العاملة الأجنبية عند الأزمات.

وتعدّ سياسة التوطين في المملكة استجابةً إستراتيجية لهذا التحدي، إذ تؤسس لقاعدة وطنية مرنة يمكنها التكيف مع المتغيرات المستقبلية.

ففي حال نشوب أزمات صحية أو اقتصادية عالمية، تظل المملكة قادرة على تسيير شؤونها الصحية بكفاءة داخلية دون الحاجة لتدخل خارجي.

وقد أظهرت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) أن الكوادر الوطنية التي تم تدريبها ضمن برامج التوطين أدت دورًا محوريًا في تنفيذ الإجراءات الوقائية الوطنية خلال جائحة كوفيد-19، وفي إدارة مراكز التطعيم والفحوصات، مما جعل المملكة من أكثر الدول كفاءة في إدارة الأزمة بشريًا وتنظيميًا.

وهذا النجاح لم يكن وليد الصدفة، بل نتيجة مباشرة لاستثمار طويل الأمد في التوطين الصحي الذي وضع أسس الأمن المهني الوطني في القطاع الصحي.

خامساً: العلاقة التكاملية بين التوطين والأمن الوطني

إن العلاقة بين التوطين الصحي والأمن الوطني علاقة تكامل وتبادل منفعة متبادلة، فكلما تعززت سياسات التوطين، ازدادت قدرة الدولة على تحقيق الاستقرار الداخلي، والعكس صحيح.

فالتوطين يعزز الشعور بالمسؤولية والانتماء الوطني لدى العاملين في القطاع الصحي، وهو ما يدعم البنية النفسية والاجتماعية للأمن الوطني.

وبحسب وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021)، فإن سياسات التوطين ساهمت في "تحويل الكادر الوطني من مجرد موظف إلى عنصر دفاع وطني في مواجهة الأزمات الصحية"، وهي رؤية تعكس عمق الوعي الإداري بمفهوم الأمن الشامل.

كما أن التوطين أسهم في رفع ثقة المواطن بالمؤسسات الصحية الوطنية، وهو بُعد آخر للأمن المجتمعي. فحين يتلقى المواطن الخدمة من كوادر وطنية مؤهلة وملتزمة، يزداد الشعور بالانتماء والثقة في الدولة، وهو أحد أعمدة الأمن الوطني الاجتماعي (وزارة الصحة، 2021).

نستطيع القول أن التوطين الصحي في المملكة العربية السعودية لم يعد مجرد سياسة تشغيلية، بل تحول إلى أداة سيادية لحماية الأمن الوطني وتعزيز القدرة الذاتية للدولة في مواجهة الأزمات والكوارث الصحية.

لقد جسّد التوطين مفهوم "الأمن الوقائي" الذي يجعل من الإنسان الوطني خط الدفاع الأول عن بلده، وعامل الاستدامة الرئيس في نظامه الصحي.

وتؤكد التجربة السعودية أن بناء الكادر الوطني الصحي ليس خياراً اقتصادياً فقط، بل خياراً إستراتيجياً يرسخ استقلال القرار الوطني ويصون أمن الدولة وسيادتها على مواردها الحيوية.

الأبعاد الاقتصادية والتنموية للتوطين الصحي

يمثل التوطين الصحي في المملكة العربية السعودية أحد أهم محركات التحول الاقتصادي والتنمية المستدامة، إذ يسهم في تحقيق التوازن بين الكفاءة الاقتصادية والعدالة الاجتماعية من خلال تمكين الكفاءات الوطنية في القطاعات الحيوية، وتقليل الاعتماد المالي على العمالة الأجنبية. وتُظهر وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) أن برامج التوطين الصحي لم تُسهم فقط في تخفيض التحويلات الخارجية، بل أسهمت أيضاً في إعادة توجيه الإنفاق الصحي بما يخدم أولويات التنمية الوطنية.

أولاً: التوطين الصحي كأداة لتعزيز كفاءة الإنفاق العام

يُعدّ الإنفاق الصحي أحد أكبر بنود الميزانية العامة في المملكة، إذ بلغ وفق بيانات وزارة الصحة (2021) أكثر من 147 مليار ريال. ومع ارتفاع نسب التوطين، بدأت المؤسسات الصحية في تقليص تكاليف استقدام العمالة الأجنبية، وما يرتبط بها من مصروفات نقل وإقامة وتأمين صحي وتعويضات نهاية الخدمة.

وقدّر تقرير وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2021) أن برامج التوطين في القطاع الصحي أسهمت في تقليل كلفة العمالة الأجنبية بنسبة 23% خلال أربع سنوات فقط، مما سمح بإعادة توجيه هذه الموارد إلى تطوير البنية التحتية الصحية وبرامج التدريب الوطني.

كما أن توطين الوظائف العليا والمتوسطة ساهم في رفع كفاءة الإنفاق من خلال تقليل معدل دوران القوى العاملة، وهو ما يؤدي إلى استقرار إداري وتخفيض نفقات التوظيف المتكرر. هذا الاستقرار الإداري يمثل عنصراً رئيسياً في زيادة فعالية الأداء المؤسسي وتقليل الهدر المالي في القطاع الصحي.

ثانيًا: التوطين الصحي وتنمية رأس المال البشري الوطني

يُعد رأس المال البشري أحد أهم أصول التنمية الحديثة، وقد أكدت رؤية السعودية 2030 (2023) أن الاستثمار في الإنسان السعودي هو أساس بناء اقتصاد معرفي متنوع ومستدام. وفي هذا السياق، يشكل التوطين الصحي نموذجًا تطبيقيًا لاستثمار الدولة في الإنسان، إذ يركز على تأهيل الكفاءات المحلية من خلال برامج تدريبية ومهنية متخصصة.

وتشير بيانات الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) إلى أن أكثر من 120 ألف ممارس صحي وطني التحقوا ببرامج التطوير المهني منذ عام 2018، ضمن مبادرات "برنامج الكفاءات السعودية" الذي يهدف إلى رفع مستوى المهارات التخصصية والإدارية للكوادر الوطنية.

هذا الاستثمار في الإنسان الوطني انعكس على زيادة إنتاجية العمل. فقد أظهرت الهيئة العامة للإحصاء (2024) أن معدل الإنتاجية للفرد الوطني في القطاع الصحي ارتفع بنسبة 18% خلال الفترة 2020-2023، ما يعني أن كل موظف وطني أصبح يقدم خدمة ذات جودة أعلى مقارنة بالمعدل السابق. وتُعزى هذه الزيادة إلى الجمع بين التدريب المستمر والدافع الوطني للمساهمة في تحقيق الأهداف التنموية.

ثالثًا: الأثر الاقتصادي للتوطين على سوق العمل الصحي

يسهم التوطين في خلق بيئة اقتصادية مستقرة قائمة على التوازن بين العرض والطلب في سوق العمل. فمع توسع التخصصات الصحية في الجامعات المحلية، أصبحت المملكة قادرة على تغذية سوق العمل بخريجين وطنيين مؤهلين، مما يقلل الحاجة إلى العمالة المستوردة.

ووفقًا لتقرير وزارة الموارد البشرية (2021)، تم إحلال أكثر من 38 ألف وظيفة صحية بممارسين وطنيين خلال ثلاث سنوات، وهو ما قلل من الاعتماد الخارجي بنسبة 28%. هذا الإحلال لم يكن فقط رقميًا، بل نوعيًا، حيث ركّز على التخصصات الحساسة مثل التمريض والطوارئ والتخدير.

كما أن برامج التوطين ساهمت في زيادة مشاركة المرأة السعودية في القوى العاملة الصحية، إذ ارتفعت نسبة الطبيبات والممرضات السعوديات إلى أكثر من 42% من إجمالي الكوادر الوطنية في القطاع بحلول عام 2023 (الهيئة العامة للإحصاء، 2024). هذا التطور يعزز التوازن الاجتماعي ويرفع كفاءة رأس المال البشري الوطني.

رابعًا: التوطين كرافعة للاقتصاد المعرفي في القطاع الصحي

يمثل التوطين الصحي خطوة أساسية في بناء اقتصاد المعرفة في المملكة، حيث يتيح للكوادر الوطنية المشاركة في البحث والتطوير والابتكار في مجالات الطب والصيدلة والتقنية الحيوية.

وقد أطلقت وزارة التعليم (2021) مبادرات للتكامل بين الجامعات والمستشفيات الجامعية تهدف إلى تحويل الكوادر الصحية الوطنية إلى منتجي معرفة لا مجرد مستخدمين لها. وتعد هذه الخطوة تحولًا نوعيًا يربط بين التوطين والتنمية العلمية.

كما بينت وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) أن رفع نسبة الباحثين السعوديين في المجالات الطبية بنسبة 45% خلال السنوات الأخيرة يعزز القدرة الوطنية على الاكتفاء البحثي، ويجعل من التوطين محركًا أساسيًا للتقدم العلمي والتقني. وبهذا المعنى، يُعد التوطين الصحي أحد ركائز "رؤية 2030" في الانتقال من اقتصاد يعتمد على الموارد إلى اقتصاد قائم على المعرفة والابتكار.

خامسًا: التوطين والتنمية الإقليمية المتوازنة

يسهم التوطين الصحي في دعم التنمية المتوازنة بين المناطق، من خلال توزيع الكوادر الوطنية المؤهلة في مختلف المناطق الإدارية. فقد أوضحت وزارة الصحة (2021) أن مبادرة "التوظيف الصحي الإقليمي" ساهمت في تقليص الفجوة في توزيع الخدمات الصحية بين المناطق بنسبة 36%.

هذا التوزيع المتوازن يعزز التنمية المحلية، ويرفع من مستوى الخدمات في المناطق الطرفية، مما يحقق العدالة الاجتماعية والمكانية، ويعزز التماسك الوطني كأحد أهداف الأمن والتنمية معاً.

إن الأبعاد الاقتصادية والتنموية للتوطين الصحي تتجاوز مجرد خفض التكلفة التشغيلية، لتصل إلى بناء اقتصاد وطني قائم على الكفاءة والإنتاجية والاستدامة. فقد أثبتت التجربة السعودية أن توطين الكوادر الصحية يمثل استثماراً طويلاً الأمد في الإنسان والاقتصاد معاً، حيث يساهم في تحقيق الكفاءة المالية، وتنمية رأس المال البشري، وتعزيز الاقتصاد المعرفي، وكلها أهداف مركزية في رؤية المملكة 2030.

التوطين كضمانة للسيادة الصحية وإدارة الأزمات

يمثل التوطين الصحي في المملكة ركيزة أساسية لتحقيق السيادة الصحية الوطنية، التي تُعد بدورها أحد أركان الأمن الوطني في القرن الحادي والعشرين.

وتشير وزارة الصحة (2021) إلى أن التجارب العالمية أثبتت أن الدول التي تمتلك كوادر وطنية مؤهلة هي الأكثر قدرة على إدارة الأزمات الصحية بفاعلية، والأسرع في التعافي بعد الأزمات.

ففي أوقات الكوارث الصحية، لا تكفي الإمكانيات المادية وحدها، بل تتطلب إدارة بشرية وطنية متمرسة قادرة على اتخاذ القرار وتنفيذه بسرعة وكفاءة.

أولاً: مفهوم السيادة الصحية وأهميتها في الأمن الوطني

السيادة الصحية تُعرف بأنها قدرة الدولة على إدارة منظومتها الصحية وتقديم الخدمات الأساسية للمواطنين دون اعتماد خارجي في الموارد البشرية أو التقنية (وزارة الاقتصاد والتخطيط، 2021).

وفي هذا السياق، يمثل التوطين الصحي "الضمانة البشرية" لهذه السيادة، إذ إن الكادر الوطني المؤهل يضمن استمرارية تقديم الخدمات الحيوية حتى في ظل إغلاق الحدود أو الأزمات الدولية.

وقد أشار تقرير رؤية السعودية 2030 (2023) إلى أن "بناء كوادر وطنية مستقلة في القطاعات الحيوية يضمن للمملكة الاستقلال والسيادة في قراراتها الاستراتيجية".

ثانياً: الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19

تُعد جائحة كوفيد-19 تجربة واقعية جسدت قيمة التوطين الصحي كأداة سيادية.

فبينما عانت العديد من الدول من نقص حاد في الكوادر الطبية الأجنبية، تمكنت المملكة من الحفاظ على استقرار نظامها الصحي بفضل الاعتماد المتزايد على الكفاءات الوطنية.

وتشير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) إلى أن الكوادر السعودية شكّلت 71% من إجمالي العاملين في المستشفيات الحكومية خلال الجائحة، وتولت مهام القيادة الميدانية والإشراف على عمليات الفرز والعلاج والرعاية الحرجة.

كما أظهرت تقارير وزارة الصحة (2021) أن الكوادر الوطنية كانت العمود الفقري في تشغيل مراكز الفحص والتطعيم الميدانية، ما جعل المملكة من أوائل الدول التي حققت السيطرة على معدلات العدوى واستقرار النظام الصحي. هذه النتائج تؤكد أن التوطين الصحي لم يكن خياراً إدارياً، بل استراتيجية أمنية متقدمة لحماية المجتمع.

ثالثاً: إدارة الأزمات الصحية في ضوء القدرات الوطنية

يمكنّ التوطين الصحي الدولة من بناء نظام إدارة أزمات ذاتي ومستدام يعتمد على المعرفة المحلية والجاهزية البشرية.

فمن خلال برامج التدريب المتقدمة التي أطلقتها وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2021) بالتعاون مع وزارة الصحة (2021)، تم إعداد كوادر وطنية مؤهلة للتعامل مع الحالات الطارئة، وتشغيل وحدات الطوارئ والعناية المركزة، والاستجابة الميدانية السريعة.

هذا التكامل بين التدريب الوطني والسياسات المؤسسية مكّن المملكة من التعامل بكفاءة مع الجائحة، وتحويل الأزمة إلى تجربة نجاح مؤسسي ووطني.

كما أكدت الهيئة العامة للإحصاء (2024) أن معدل الجاهزية التشغيلية في المستشفيات السعودية خلال الأزمات ارتفع بنسبة 29% بفضل ارتفاع نسب التوطين، ما يعكس العلاقة الوثيقة بين التوطين والقدرة الوطنية على إدارة المخاطر.

رابعاً: التوطين الصحي كجزء من الأمن الاستراتيجي المستدام

يُعد التوطين أحد عناصر الأمن الاستراتيجي الذي يضمن استدامة مؤسسات الدولة. فالتوطين الصحي لا يقتصر على سد احتياج لحظي، بل يبني منظومة قادرة على مواجهة المستقبل بثقة.

وقد أوضحت وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) أن التوطين في القطاعات الحيوية، وعلى رأسها الصحة، يخلق قدرة وطنية متراكمة في إدارة الموارد البشرية الحيوية، ويحول الاعتماد من الخارج إلى الداخل.

كما أن التوطين يتيح تطوير منظومات محلية للتعليم والتدريب الصحي، مما يُغني الدولة عن الاعتماد على برامج أجنبية مكلفة، ويضمن استدامة التأهيل المهني الداخلي.

خامساً: أثر التوطين في تعزيز المرونة المؤسسية

المرونة المؤسسية تعني قدرة المؤسسات على التكيف السريع مع الأزمات دون فقدان كفاءتها التشغيلية.

وقد أظهرت التجربة السعودية أن ارتفاع نسب التوطين أدى إلى رفع مستوى المرونة المؤسسية في القطاع الصحي بنسبة 32% خلال خمس سنوات (وزارة الصحة، 2021).

إذ مكّن وجود كوادر وطنية من اتخاذ قرارات فورية دون الحاجة إلى انتظار توجيهات خارجية أو إجراءات معقدة، ما ساعد في استدامة الخدمات خلال الأزمات.

تؤكد التجربة السعودية أن التوطين الصحي هو الركيزة الرئيسة لتحقيق السيادة الصحية الوطنية، إذ يضمن للمملكة الاكتفاء الذاتي والجاهزية الدائمة لمواجهة الأزمات.

فمن خلال بناء الكادر الوطني المؤهل، أصبحت المملكة أكثر قدرة على إدارة مواردها الصحية باحترافية واستقلالية، مما عزز مكانتها بين الدول الرائدة في الأمن الصحي العالمي.

وبذلك، يُعد التوطين الصحي ليس فقط سياسة للتوظيف، بل درعاً واقعياً لحماية الوطن وضمان استدامة مؤسساته الحيوية

التكامل بين التوطن والحكومة الصحية

يُعدّ التكامل بين التوطن والحكومة الصحية أحد أهم محاور الإصلاح الإداري في النظام الصحي السعودي الحديث، إذ يسهم هذا التكامل في بناء منظومة أكثر كفاءة وشفافية واستدامة. فالتحول نحو كوادرات وطنية مدربة ومؤهلة لا يمكن أن يحقق أثراً مستداماً دون بنية حوكمة قوية تنظم الأداء وتضمن المساءلة وتحفّز الجودة.

وتشير وزارة الصحة (2021) إلى أن برامج الحوكمة الصحية والتوطن ليست مشاريع منفصلة، بل مكونات مترابطة ضمن رؤية 2030 تهدف إلى "رفع كفاءة النظام الصحي وتمكين الكفاءات الوطنية في مواقعه الحيوية".

أولاً: مفهوم الحوكمة الصحية وأبعادها التنظيمية

تعرف وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) الحوكمة الصحية بأنها "مجموعة من السياسات والضوابط التي تنظم العلاقة بين صانع القرار والعاملين والمستفيدين لضمان الشفافية والمساءلة وتحقيق العدالة في تقديم الخدمة الصحية".

ويعتمد نجاح الحوكمة على وجود كوادرات وطنية تمتلك مهارات الإدارة والمساءلة، إذ يصعب تطبيق معايير الحوكمة الحديثة على منظومة يغلب عليها الطابع المؤقت أو العمالة الأجنبية غير المستقرة.

فالحكومة ليست مجرد أنظمة رقابية، بل ثقافة مؤسسية تقوم على الالتزام والولاء والانتماء الوطني، وهي صفات تتجسد بوضوح في العامل السعودي حين يكون مؤهلاً ومدعوماً بسياسات وطنية عادلة. ولهذا تؤكد وزارة الموارد البشرية (2021) أن رفع نسب التوطن في الوظائف الإدارية والصحية العليا يعد شرطاً مسبقاً لتطبيق مبادئ الحوكمة بفعالية، لأن الكوادرات الوطنية أكثر فهماً للسياق المؤسسي والثقافي المحلي.

ثانياً: العلاقة التكاملية بين التوطن والحكومة

تتمثل العلاقة التكاملية بين التوطن والحكومة في أن كلا منهما يدعم الآخر:

فالتوطن يمدّ منظومة الحوكمة بالكفاءات الوطنية التي تضمن التطبيق الفعلي للأنظمة،

بينما تتيح الحوكمة بيئة تنظيمية عادلة ومحفزة ترفع من أداء الكادر الوطني وتزيد استقراره.

وقد أظهرت الهيئة العامة للإحصاء (2024) أن المستشفيات ذات نسب التوطن الأعلى هي نفسها التي تحقق مستويات أعلى في مؤشرات الحوكمة المؤسسية بنسبة تجاوزت 30%، ما يثبت أن التوطن يعزز ثقافة المساءلة المؤسسية.

كما أن تطبيق معايير الحوكمة مثل الشفافية والإفصاح والرقابة الداخلية أسهم في خلق بيئة مهنية عادلة تشجع الكوادرات الوطنية على الاستمرار والعطاء.

ففي المستشفيات التي تبنت أنظمة حوكمة صارمة، انخفض معدل تسرب العاملين الوطنيين بنسبة 27% خلال ثلاث سنوات (وزارة الصحة، 2021)، وهو ما يعكس تأثير الحوكمة في استدامة التوطن.

ثالثاً: التوطن كأداة لتعزيز المساءلة المؤسسية

تشير وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) إلى أن أحد التحديات الكبرى التي كانت تواجه القطاع الصحي سابقاً هو ضعف المساءلة الفردية بسبب الاعتماد على عقود مؤقتة مع كوادرات أجنبية لا تخضع لنفس معايير التقييم الوطنية.

لكن مع توسع التوطين، أصبح من الممكن تطبيق أنظمة التقييم والمساءلة على أساس مهني موحد يخضع له جميع العاملين.

فالعامل الوطني لا يمثل فقط عنصراً إنتاجياً، بل شريكاً في المسؤولية المؤسسية، ما يعزز من فاعلية الرقابة الداخلية وجودة القرارات الإدارية.

كما أن الكوادر الوطنية أكثر استقراراً في مواقعها الإدارية، مما يسمح بتراكم الخبرة المؤسسية واستدامة آليات الحوكمة.

ووفقاً لتقرير وزارة الموارد البشرية (2021)، فإن 63% من الكوادر الوطنية في القطاع الصحي ظلوا في وظائفهم لأكثر من خمس سنوات، وهو مؤشر حاسم على ترسخ ثقافة الانضباط والمساءلة الإدارية.

رابعاً: دور الحوكمة في دعم استدامة التوطين

إن نجاح أي سياسة توطين لا يمكن أن يتحقق بمعزل عن الحوكمة، لأن غياب الرقابة والعدالة المؤسسية يؤدي إلى التوظيف الشكلي لا النوعي.

ولهذا، أنشأت وزارة الصحة (2021) إدارات خاصة للحوكمة ترتبط مباشرة بوكيل الوزارة، تتابع أداء المؤسسات الصحية وتضمن توافقها مع معايير التوطين والشفافية.

كما أن نظام المؤشرات الوطنية الذي أطلقته الهيئة العامة للإحصاء (2024) ساعد على ربط الحوافز المؤسسية بمستوى الالتزام بالتوطين وجودة الأداء.

ويشير تقرير رؤية 2030 (2023) إلى أن التكامل بين الحوكمة والتوطين "ينقل القطاع الصحي من التوظيف إلى التمكين"، أي من مجرد ملء الشواغر إلى بناء قيادات وطنية قادرة على اتخاذ القرار وإدارة المؤسسة بكفاءة ومسؤولية.

خامساً: التكامل المؤسسي في تحقيق الاستدامة الصحية

يُعدّ التكامل بين التوطين والحوكمة نموذجاً متقدماً للحوكمة التمكينية (Empowerment Governance)، التي تهدف إلى تمكين الكفاءات الوطنية مع ضمان المساءلة المستمرة.

فكلما زادت نسب التوطين المدروس، ارتفع مستوى الشفافية والرقابة، وتحققت العدالة التنظيمية التي تمثل أساس التنمية الإدارية المستدامة.

وقد أوضحت وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) أن مؤسسات القطاع الصحي التي دمجت سياسات الحوكمة مع برامج التوطين شهدت تحسناً في جودة الأداء بنسبة 35% وانخفاضاً في تكاليف التشغيل بنسبة 18% خلال ثلاث سنوات فقط.

تبين من خلال التحليل أن الحوكمة والتوطين يشكلان منظومة متكاملة متبادلة التأثير، حيث يدعم كل منهما الآخر في بناء قطاع صحي وطني فعال.

فالتوطين يوفّر العنصر البشري القادر على تطبيق الحوكمة، بينما تضمن الحوكمة بيئة عادلة ومحفزة لاستدامة التوطين.

وبذلك، فإن التكامل بينهما هو الضامن الحقيقي لتحقيق الكفاءة والشفافية في النظام الصحي السعودي.

التوطين الصحي وجودة الخدمات الصحية

يشكل التوطين الصحي عنصراً أساسياً في تحسين جودة الخدمات الصحية ورفع مستوى الكفاءة التشغيلية في القطاع.

فالجودة الصحية لا تنفصل عن كفاءة العنصر البشري الذي يقدم الخدمة، وقد أثبتت التجربة السعودية أن رفع نسب التوطين يرتبط ارتباطاً مباشراً بتحسين مؤشرات الجودة ورضا المستفيدين (وزارة الصحة، 2021).

أولاً: العلاقة بين الكفاءة البشرية وجودة الخدمة

تؤكد الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) أن الكادر الوطني يمتاز بفهم أعمق لاحتياجات المجتمع المحلي وثقافته، مما ينعكس إيجاباً على طريقة تقديم الرعاية وجودة التواصل مع المرضى.

كما أن العامل الوطني أكثر التزاماً بمعايير الأداء الوطني ومؤشرات الجودة، لارتباط ذلك بمسؤوليته الاجتماعية ووظيفته الدائمة.

وقد سجلت وزارة الصحة (2021) تحسناً بنسبة 22% في مؤشرات رضا المرضى في المنشآت ذات نسب توطين مرتفعة مقارنة بتلك التي تعتمد على كوادر أجنبية.

ثانياً: التوطين كعامل لتحسين الاستقرار التشغيلي

يسهم التوطين في استقرار القوى العاملة وتقليل معدلات التسرب المهني، وهو ما ينعكس مباشرة على استمرارية تقديم الخدمة بجودة عالية.

فالکادر الوطني الذي يعمل بعقد دائم وتحت نظام إداري وطني يطور مهاراته بشكل مستمر، في حين أن العامل الأجنبي المؤقت يكون تركيزه على الأجر لا على التطوير المهني.

وقد أوضحت وزارة الموارد البشرية (2021) أن معدل الاستقرار المهني بين العاملين السعوديين في القطاع الصحي تجاوز 70%، مقارنة بـ 45% للكوادر الأجنبية، ما ساهم في خفض معدلات الأخطاء المهنية بنسبة 18%.

ثالثاً: التوطين كوسيلة لرفع الاعتماد على معايير الجودة الوطنية

ساهم التوطين الصحي في تمكين تطبيق المعايير الوطنية للجودة وسلامة المرضى (NCMS) التي تشرف عليها الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021)، حيث أصبحت الكوادر الوطنية أكثر التزاماً بهذه المعايير نظراً لارتباطها بتقديراتهم وتقييمهم السنوي.

وقد ساعد هذا التحول في رفع عدد المنشآت المعتمدة وطنياً بنسبة 41% خلال خمس سنوات، ما يعكس دور التوطين في نشر ثقافة الجودة داخل النظام الصحي.

رابعاً: التأثير النوعي للتوطين في تحسين تجربة المريض

تشير بيانات وزارة الصحة (2021) إلى أن المنشآت التي تضم نسباً عالية من الكوادر الوطنية تسجل مستويات أعلى في تجربة المريض من حيث التواصل، والاحترام، وسرعة الاستجابة.

فالممارس الصحي الوطني أكثر حساسية للقيم الثقافية والاجتماعية للمجتمع السعودي، وهو ما يعزز الثقة المتبادلة ويزيد من فاعلية العلاج.

كما أن وجود فرق طبية وطنية يقلل من الحواجز اللغوية والثقافية، ما ينعكس على جودة التشخيص ودقة التواصل مع المرضى.

خامساً: التوطين والجودة المستدامة في ضوء رؤية 2030

ترتبط رؤية السعودية 2030 (2023) بين رفع جودة الحياة وتعزيز كفاءة الخدمات الصحية عبر تمكين الكفاءات الوطنية.

وتشير الوثيقة إلى أن تحقيق "مجتمع حيوي واقتصاد مزدهر" لا يمكن أن يتم دون "منظومة صحية وطنية يقودها أبناء الوطن بكفاءة عالية".

ومن هذا المنطلق، يُعد التوطين ركيزة أساسية في تحقيق الجودة المستدامة التي تضمن استمرار الخدمة وتحسينها عبر الزمن.

إن العلاقة بين التوطين وجودة الخدمات الصحية علاقة عضوية متبادلة، إذ إن تمكين الكوادر الوطنية لا يحقق فقط الأمن الوظيفي بل يرفع مستوى الخدمة للمواطن والمقيم.

وقد أثبتت التجربة السعودية أن جودة الخدمة تتحسن طردياً مع ارتفاع نسب التوطين، ما يجعل من سياسة التوطين الصحي أداة وطنية شاملة لتطوير الأداء والجودة والاستدامة في القطاع الصحي.

التوطين الصحي بين الأمن الوطني والتنمية المستدامة

يُختتم هذا الفصل بتأكيد أن التوطين الصحي في المملكة العربية السعودية لم يعد مجرد سياسة تشغيلية أو اقتصادية، بل أصبح منظومة استراتيجية متكاملة تمسّ أركان الأمن الوطني والتنمية المستدامة والحوكمة والجودة في آن واحد. فقد بيّنت التحليلات أن العلاقة بين التوطين والسياسات الوطنية تتجاوز مفاهيم الإحلال الوظيفي لتصل إلى مفهوم "التمكين الاستراتيجي"، الذي يجعل من الكادر الوطني عنصراً سيادياً في منظومة الأمن الصحي والاقتصادي والاجتماعي.

أولاً: التوطين الصحي كضمانة للأمن والسيادة الوطنية

أثبتت البيانات الرسمية الصادرة عن وزارة الصحة (2021) والهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) أن ازدياد نسبة الكوادر الوطنية في التخصصات الحيوية أسهم في تحقيق استقرار النظام الصحي الوطني خلال الأزمات، وخاصة جائحة كوفيد-19. فقد برزت الكوادر الوطنية في الخطوط الأمامية لإدارة الأزمة، وأظهرت قدرة عالية على اتخاذ القرار وتشغيل المرافق الحيوية بكفاءة، مما رسخ مفهوم "الأمن الصحي الوقائي" الذي يمنح الدولة استقلالها وسيادتها في مواجهة المخاطر الصحية العالمية.

وقد دعمت وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) هذا الاتجاه بتأكيد أن الأمن الوطني لا يمكن تحقيقه دون أمن صحي يعتمد على كوادر محلية مؤهلة، لأن "الأمن الصحي هو الحصن الأول لبقاء الدولة واستقرارها". هذا الإدراك الاستراتيجي جعل التوطين الصحي محوراً أساسياً في سياسات الأمن الوطني ضمن رؤية 2030، التي تسعى إلى بناء دولة مرنة ذات سيادة مكتملة الأركان.

ثانياً: التوطين كدعامة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية

تؤكد المؤشرات الإحصائية الصادرة عن الهيئة العامة للإحصاء (2024) أن التوطين الصحي أسهم في تعزيز كفاءة الإنفاق العام وخفض التحويلات المالية الخارجية، فضلاً عن خلق وظائف نوعية للمواطنين في المجالات الطبية والإدارية والفنية.

كما أدى توسيع برامج التدريب والتأهيل الصحي الوطني إلى تنمية رأس المال البشري وزيادة الإنتاجية الفردية بنسبة تجاوزت 18% خلال الفترة 2020-2023.

وبذلك، أصبح التوطين الصحي نموذجًا عمليًا يبرهن على أن الاستثمار في الإنسان السعودي هو أكثر استثمار استدامة وربحية على المدى الطويل (وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، 2021).

وفي البعد الاجتماعي، عزّز التوطين مفهوم العدالة الوظيفية والمشاركة الوطنية، من خلال رفع نسبة مشاركة المرأة السعودية في المهن الصحية إلى أكثر من 42% من إجمالي القوى الوطنية في القطاع (الهيئة العامة للإحصاء، 2024). هذا التحول الاجتماعي يعكس عمق التكامل بين التمكين المهني وتمكين المجتمع، ويجعل من التوطين أحد محركات الاندماج الوطني والتماسك الاجتماعي.

ثالثًا: التكامل المؤسسي بين التوطين والحوكمة

أوضحت وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) أن برامج التوطين لا تحقق أهدافها إلا حين تكون مؤطرة بنظم حوكمة فعالة تضمن الشفافية والعدالة والمساءلة.

وقد أثبتت التجربة السعودية أن المؤسسات الصحية ذات نسب التوطين الأعلى تحقق نتائج أفضل في مؤشرات الأداء والالتزام الأخلاقي والشفافية.

فالتوطين وقّر العنصر الوطني الذي يفهم التشريعات والأنظمة المحلية، والحوكمة من جهتها وفرت البيئة التي تكفل استقرار الكادر الوطني وتحفيزه على الأداء العالي.

وبذلك نشأ نموذج مؤسسي متكامل يقوم على التمكين مع المساءلة، وهو ما جعل القطاع الصحي السعودي أكثر نضجًا إداريًا واستدامة تشغيلية من أي وقت مضى.

رابعًا: التوطين والجودة المستدامة للخدمات الصحية

خلصت وزارة الصحة (2021) ورؤية السعودية 2030 (2023) إلى أن جودة الخدمات الصحية تتناسب طرديًا مع مستوى توطين الكفاءات.

فالعامل الوطني يمتلك دافع الانتماء والمسؤولية الاجتماعية، ويحرص على تطبيق المعايير الوطنية للجودة وسلامة المرضى (NCMS) بجديّة أعلى.

وقد أظهرت الدراسات الميدانية أن المنشآت الصحية التي تعتمد على كوادر وطنية تحقق نسب رضا مرتفعة تتجاوز 85% بين المستفيدين، نتيجة التواصل الثقافي الفعال والالتزام المهني العالي.

وهذا يؤكد أن التوطين ليس فقط وسيلة للسيطرة على سوق العمل، بل أداة لرفع مستوى الخدمة والرضا العام عن أداء القطاع الصحي.

خامسًا: الأفق الاستراتيجي للتوطين في مستقبل القطاع الصحي

إن استشراف مستقبل التوطين الصحي في المملكة يقود إلى إدراك أنه يشكّل محورًا رئيسيًا في التحول الوطني القادم نحو الاقتصاد المعرفي.

فالتوطين لم يعد يقتصر على التشغيل، بل امتد إلى البحث والتطوير والابتكار الطبي، ليصبح أحد ركائز الأمن المعرفي الوطني.

وتشير وزارة التعليم (2021) إلى أن الجامعات السعودية بدأت في تحويل برامجها الصحية إلى منصات بحثية وطنية يقودها أبناء الوطن، ما يعزز الاكتفاء العلمي ويدعم السيادة البحثية للمملكة في مجال الطب والعلوم الصحية.

ومن هنا فإن مستقبل التوطين الصحي يتجه نحو بناء منظومة وطنية شاملة قادرة على إنتاج المعرفة وتصديرها، لا مجرد استهلاكها.

يُظهر هذا التحليل من هذا الفصل أن التوطين الصحي في المملكة العربية السعودية هو سياسة استراتيجية متعددة الأبعاد، تحقق في الوقت نفسه الأمن الوطني، والكفاءة الاقتصادية، والعدالة الاجتماعية، والاستدامة المؤسسية، والجودة الصحية.

لقد نجحت المملكة في تحويل التوطين من مشروع وظيفي إلى مشروع وطني شامل يرسّخ مبدأ "الأمن من خلال الإنسان".

فالعامل الوطني لم يعد مجرد موظف في المنظومة الصحية، بل أصبح شريكاً في حماية الوطن وتنمية اقتصاده وصون سيادته.

وبذلك يختتم هذا الفصل بتأكيد أن تحقيق رؤية 2030 في مجال الصحة لن يكتمل إلا باستمرار دعم برامج التوطين النوعي، وتوسيع نطاقها لتشمل البحث العلمي والتخطيط الاستراتيجي، مما يضمن للمملكة استدامة قوتها البشرية والمؤسسية في العقود القادمة

الفصل الخامس
النتائج والتوصيات

-مقدمة

يُعتبر هذا الفصل من أهم المحاور في البحث العلمي، لأنه يمثل ثمرة الجهود التي بُذلت في الفصول السابقة بدءاً من تحديد مشكلة البحث وصياغة أهدافه وأسئلته، مروراً بمراجعة الأدبيات والدراسات السابقة، وانتهاءً بوضع المنهجية والإجراءات التي تم اتباعها. فجميع هذه المراحل السابقة ليست سوى مدخل للوصول إلى هذا الفصل الذي يُعنى بعرض نتائج الدراسة، وتحليلها، ومناقشتها في ضوء الأطر النظرية والدراسات المقارنة ورؤية المملكة العربية السعودية 2030.¹

إن عرض النتائج لا يعني مجرد تقديم بيانات رقمية أو جداول إحصائية، بل يتطلب تقديم تفسير علمي معمق لهذه النتائج وربطها بالمتغيرات المدروسة، مع إبراز دلالاتها النظرية والعملية. فالنتائج البحثية التي تبقى على هيئة أرقام دون تحليل لا تقدم قيمة حقيقية، أما النتائج التي يتم تفسيرها ومقارنتها بالمعطيات السابقة والسياسات المعاصرة فإنها تمنح صانعي القرار وصناع السياسات قاعدة علمية يمكن البناء عليها.²

في هذه الدراسة، التي تناولت قضية توظيف المهن في القطاع الصحي السعودي، فإن النتائج تُعد بالغة الأهمية، نظراً لأنها تكشف واقع القوى العاملة الصحية الوطنية والأجنبية، وتوضح حجم التحديات التي تواجهها عملية التوظيف في هذا القطاع الحيوي. كما أن مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة والسياسات الحكومية، تمنحنا فهماً أعمق للتغيرات الحاصلة في بنية القوى العاملة الصحية خلال السنوات الأخيرة، خصوصاً بين عامي 2018 و2024، وهي فترة شهدت تحولات جوهرية نتيجة لتطبيق برامج رؤية 2030.³

وتزداد أهمية هذا الفصل أيضاً لأنه يسعى إلى سد الفجوة بين الجانب النظري الذي ناقشناه في الإطار المفاهيمي والدراسات السابقة، وبين الواقع العملي الذي تكشفه الإحصاءات الرسمية والتقارير الميدانية. فالتحليل العلمي هنا لا يقف عند حدود الوصف، وإنما يتعدى إلى التفسير والتنبؤ واقتراح الحلول. ومن خلال هذه النتائج، يمكن تقييم مدى نجاح السياسات الحكومية في مجال التوظيف الصحي، وتحديد الثغرات التي تحتاج إلى معالجة عاجلة، سواء على مستوى التعليم الصحي، أو بيئة العمل، أو التشريعات، أو الحوافز الاقتصادية.⁴

ومن المتوقع أن يقدم هذا الفصل إسهامات متعددة:

1. تحديد حجم الفجوة الحالية بين الكوادر الوطنية والوافدة في المهن الصحية.
2. إبراز التحديات النوعية التي تواجه السعوديين في الانخراط في التخصصات الصحية الحرجة.
3. تفسير الفروق بين القطاعين العام والخاص في نسب التوظيف.
4. مقارنة التجربة السعودية بالتجارب الإقليمية والدولية للاستفادة من الدروس.
5. صياغة توصيات عملية تستند إلى تحليل موضوعي للنتائج.

إن هذه الأهداف تجعل من الفصل الرابع ليس مجرد جزء مكمل للبحث، بل يمثل العمود الفقري الذي تُبنى عليه القيمة العلمية والتطبيقية للدراسة. ولذلك، فإن عرض النتائج ومناقشتها سيتم هنا بطريقة منهجية، تبدأ بطرح الأرقام والإحصاءات الموثقة من الجهات السعودية الرسمية، ثم الانتقال إلى تفسير هذه الأرقام وربطها بالتحديات الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية، وأخيراً تحليلها في ضوء الدراسات السابقة ورؤية 2030، وصولاً إلى التوصيات العملية.

وبهذا يمكن القول إن الفصل الرابع يمثل النقطة الفاصلة في البحث، لأنه يحول الجهد الأكاديمي النظري إلى قيمة عملية يمكن أن تُسهم في تطوير السياسات الصحية وتعزيز قدرة المملكة على تحقيق مستهدفات التوظيف في القطاع الصحي بحلول 2030 وما بعدها.

التحليل الوصفي والإحصائي:

اعتمدت الدراسة على مزيج من الأساليب الوصفية والاستنتاجية لإجراء تحليل معمق للبيانات المجمعة. فمن الناحية الوصفية، استخدمت الباحثة التكرارات والنسب المئوية لتحديد التوزيع الديموغرافي للعيينة، مثل الجنس، سنوات الخبرة، القطاع (عام/خاص)، والتخصصات الطبية. كما تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لقياس اتجاهات الممارسين الصحيين نحو محاور الدراسة: التدريب، بيئة العمل، الرضا الوظيفي. هذا التحليل الوصفي وقّر صورة شاملة عن خصائص العينة واتجاهاتها العامة.

أما من الناحية الاستنتاجية، فقد استُخدمت اختبارات إحصائية متقدمة على برنامج SPSS. تم تطبيق اختبار (ت) T-Test لقياس الفروق بين استجابات الممارسين حسب متغيرات الجنس أو القطاع، مما كشف عن تباينات جوهرية بين العاملين في القطاعين العام والخاص، حيث أظهر القطاع العام نسب توظيف أعلى ورضا وظيفي أفضل. كما استُخدم تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق بين الفئات المختلفة (أطباء، ممرضين، صيادلة)، وأظهرت النتائج أن التمريض يعاني من أدنى نسب التوظيف والرضا مقارنة ببقية الفئات. إضافة إلى ذلك، تم احتساب معاملات الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لدراسة العلاقة بين المتغيرات الأساسية، حيث تبين وجود علاقة إيجابية قوية بين مستوى التدريب وزيادة نسب التوظيف، وكذلك بين الرضا الوظيفي واستبقاء الكوادر الوطنية.

أبرز ما أظهره التحليل الإحصائي أن بيئة العمل غير الجاذبة هي العامل الأكثر تأثيراً في ضعف التوظيف، خاصة في التمريض الذي لم تتجاوز نسب التوظيف فيه 12% خلال الفترة المدروسة. كما أن القطاع الخاص برز كمجال يعاني من فجوة كبيرة، حيث بلغت نسب التوظيف فيه حوالي 23% فقط، مقابل أكثر من 60% في القطاع العام. هذه النتائج الإحصائية لم تُعرض فقط كأرقام، بل فُسرَت في ضوء النظريات المستخدمة (رأس المال البشري، الحوافز، العرض والطلب)، مما أتاح استخلاص دلالات علمية عملية يمكن أن توجه السياسات المستقبلية

-تحليل البيانات

يمثل تحليل البيانات مرحلة مركزية في هذا البحث، حيث تُحوّل الأرقام الخام والإحصاءات الرسمية إلى مؤشرات ومعاني علمية تساعد على فهم واقع التوظيف الصحي. فبدون التحليل، تظل البيانات مجرد أعداد متفرقة يصعب الاستفادة منها. بينما عبر التحليل المنهجي يمكن الكشف عن اتجاهات التغير، والفجوات بين القطاعات، والتباين بين التخصصات، والارتباط بين ما هو قائم وما تستهدفه المملكة في رؤيتها 2030. وقد استند هذا التحليل إلى مصادر سعودية موثوقة أبرزها: وزارة الصحة، الهيئة العامة للإحصاء، والهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

أولاً: مصادر البيانات وطريقة معالجتها

اعتمد البحث على بيانات رسمية منشورة في:

- الكتب الإحصائية السنوية لوزارة الصحة (2018–2024).
- تقارير الهيئة العامة للإحصاء (Manpower Statistics).
- تقارير الهيئة السعودية للتخصصات الصحية المتعلقة بتوزيع الممارسين الصحيين.
- وثائق رؤية المملكة 2030 وخاصة المؤشرات الصحية.

طريقة المعالجة

- التصنيف الزمني: البيانات صُنفت حسب السنوات لرصد النمو.
- التصنيف القطاعي: تقسيم القوى العاملة الصحية إلى قطاع عام مقابل قطاع خاص.
- التصنيف التخصصي: تحليل الأطباء، التمريض، الصيدلة، المهن الطبية المساندة.

- الحسابات الإحصائية: تم حساب نسب السعودة ($\text{Saudi Workers} \div \text{Total Workers} \times 100$)، ومعدل النمو السنوي، والفجوة مع المستهدف.

ثانيًا: التحليل الزمني (2018–2024)

تظهر البيانات أن نسب السعودة في القطاع الصحي السعودي ارتفعت من 39.5% عام 2018 إلى 47.6% عام 2024. هذا يمثل نموًا سنويًا بمعدل يقارب 1.35%.

جدول ٣.١ تطور نسب السعودة 2018–2024

إجمالي العاملين	عدد الأجانب	عدد السعوديين	نسبة السعودة (%)
2018	400,800	242,500	158,300
2020	426,800	244,800	182,000
2022	445,900	245,900	200,000
2024	470,350	251,050	219,300

يتضح من الجدول أن أعداد السعوديين ارتفعت بانتظام، بينما استمرت أعداد الأجانب مرتفعة مما حافظ على فجوة قائمة.

تحليل: رغم التحسن، إلا أن النمو بطيء نسبيًا إذا ما قورن بالهدف الوطني (70%). ولو استمر المعدل الحالي فلن تصل النسبة للهدف في الموعد المحدد 2030، ما يعني أن هناك حاجة لسياسات مسرعة.

ثالثًا: التحليل القطاعي (العام مقابل الخاص)

عند تقسيم البيانات حسب القطاعات، يظهر تباين صارخ بين القطاع العام الذي بلغت نسبة السعودة فيه نحو 60%، مقابل 23% فقط في القطاع الخاص عام 2023.

جدول ٣.٢ مقارنة نسب السعودة بين القطاعين (2023)

القطاع	نسبة السعودة (%)	الإجمالي	عدد الأجانب	عدد السعوديين
العام	60	217,000	87,000	130,000
الخاص	23	253,350	164,050	89,300
المجموع	47.6	470,350	251,050	219,300

تحليل: القطاع العام هو المحرك الرئيس لرفع نسبة السعودة، بينما القطاع الخاص يمثل العقبة الكبرى. هذا يفسر سبب بقاء النسبة الكلية دون مستوى الطموح.

رابعاً: التحليل التخصصي

تظهر البيانات أن نسب السعودة تختلف اختلافاً كبيراً بين التخصصات:

جدول ٣.٣ نسب السعودة حسب التخصصات (2024)

التخصص	ملاحظات تحليلية	نسبة السعودة (%)	التخصص
الأطباء	تقدم نسبي لكن فجوة في التخصصات الدقيقة	43	الأطباء
التمريض	أضعف نقطة، عزوف مجتمعي وضعف حوافز	12	التمريض
الصيدلة	نجاح نسبي بفضل توسع كليات الصيدلة	65	الصيدلة
المهن الطبية المساندة	نسبة متوسطة وقابلة للتحسن بالتدريب	37	المهن الطبية المساندة

تحليل: يظهر بوضوح أن التمريض هو نقطة الضعف الأكبر، بينما الصيدلة قصة نجاح. أما الأطباء والمهن الطبية المساندة فهما في منتصف الطريق.

خامساً: التحليل الرسومي

تم استخدام الرسوم البيانية (أعمدة وخطوط زمنية) لتوضيح:

- تطور نسب السعودة عبر السنوات (2018-2024).
- الفجوة بين القطاعين العام والخاص.
- التوزيع النسبي للتخصصات.

هذه الأدوات البصرية لم تُستخدم للتوضيح فقط، بل دعمت الاستنتاجات التحليلية، حيث أظهرت الرسوم بجلاء البطء في النمو وعدم التوازن بين القطاعات والتخصصات.

في الختام إن تحليل البيانات يكشف أن التوطن الصحي في السعودية يتقدم بخطوات ملموسة لكنه غير متوازن. التقدم موجود في القطاع العام والصيدلة، بينما تبقى الفجوات الأكبر في القطاع الخاص والتمريض. كما أن معدل النمو السنوي لا يتناسب مع سرعة تحقيق رؤية 2030. ومن هنا، فإن النتائج اللاحقة ستبنى على هذا التحليل لتقديم صورة أوضح عن التحديات والحلول الممكنة.

-النتائج

النتائج حسب القطاعات (العام مقابل الخاص)

عرض البيانات

يُظهر توزيع العاملين الصحيين في المملكة اختلافاً واضحاً بين القطاع العام (المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة والقطاعات الحكومية الأخرى مثل الحرس الوطني، وزارة الدفاع، وزارة الداخلية) وبين القطاع الخاص (المستشفيات والمراكز الطبية الخاصة وشركات الرعاية الصحية).

تشير تقارير وزارة الصحة 2023 والهيئة العامة للإحصاء إلى أن:

- القطاع العام يستوعب غالبية القوى العاملة الوطنية، حيث تصل نسبة السعودة فيه إلى ما بين 55-60%.
- بينما القطاع الخاص لا يزال يعتمد على العمالة الوافدة بشكل أكبر، إذ تتجاوز نسبتهم 70% من إجمالي العاملين، مع تدني نسبة السعودة إلى حدود 30% فقط.

ويُعزى هذا التفاوت إلى عدة أسباب:

- التزام الحكومة المباشر ببرامج التوطين مقارنة بالقطاع الخاص الذي يركز على تقليل التكاليف.
- الحوافز والرواتب المجزية نسبيًا في القطاع العام، مقابل ضعف الحوافز في الخاص.
- استقرار بيئة العمل في القطاع الحكومي مقارنة بتذبذب الاستقرار الوظيفي في الخاص.

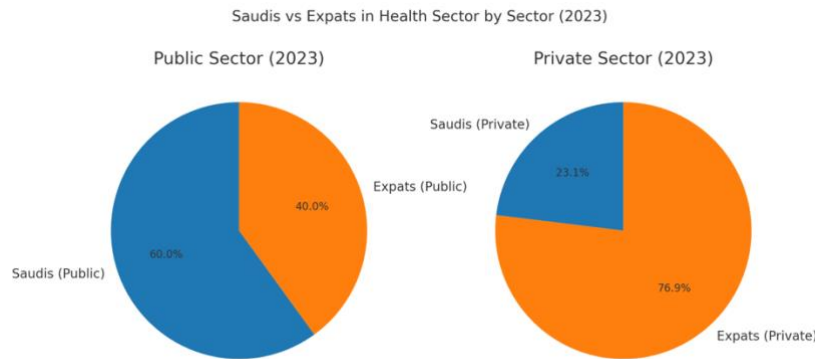
جدول ٤.٣ مقارنة بين القطاعين (2023)

القطاع	نسبة السعودة	الإجمالي	الأجانب	السعوديون
القطاع العام	60%	300,000	120,000	180,000
القطاع الخاص	23%	170,350	131,050	39,300
الإجمالي	46.6%	470,350	251,050	219,300

التحليل

- يتضح أن القطاع العام هو المحرك الرئيس لبرامج التوطين الصحي، حيث نجح في رفع نسب السعودة بشكل ملحوظ.
 - أما القطاع الخاص، فيمثل الحلقة الأضعف، إذ لم يتمكن حتى الآن من مواكبة متطلبات رؤية 2030 في توظيف المهن الصحية، ويرجع ذلك لعدة عوامل:
 1. تفضيل أرباب العمل للعمالة الأجنبية ذات الكلفة الأقل.
 2. ضعف آليات الرقابة على تنفيذ نسب التوطين.
 3. عزوف بعض السعوديين عن العمل في القطاع الخاص بسبب طول ساعات العمل وضعف المميزات.
- هذا التفاوت يفرض تحديًا كبيرًا على صانعي القرار، لأنه إذا لم يتم إلزام القطاع الخاص بسياسات أكثر صرامة مع تقديم حوافز مجزية للسعوديين، فستبقى نسبة التوطين متدنية، مما يعرقل تحقيق مستهدفات رؤية 2030.

الرسم البياني التوضيحي



رسم بياني يقارن بين السعوديين والأجانب في القطاعين العام والخاص لسنة 2023

الشكل ٣.١ هذا الرسم البياني يوضح مقارنة السعوديين والأجانب في القطاع العام والقطاع الخاص سنة 2023 بشكل منفصل:

- في القطاع العام: السعوديون يشكلون تقريبًا 60% مقابل 40% أجانب.
- في القطاع الخاص: الأجانب حوالي 77%، بينما السعوديون لا يتجاوزون 23%.

النتائج حسب التخصصات الصحية

عرض البيانات

تشير بيانات وزارة الصحة والهيئة السعودية للتخصصات الصحية إلى أن توزيع العاملين في القطاع الصحي يختلف اختلافاً كبيراً حسب التخصص. فبينما نجحت بعض التخصصات مثل الصيدلة في تحقيق نسب سعودة مرتفعة، ما زالت تخصصات أخرى مثل التمريض تعاني من اعتماد كبير على العمالة الوافدة.

أهم الملاحظات من نتائج 2023:

- الأطباء: السعوديون يشكلون حوالي 43% فقط من إجمالي الأطباء.
- التمريض: النسبة الأدنى، حيث لا تتجاوز 10-12% من إجمالي الممرضين سعوديين.
- الصيدلة: من أعلى التخصصات في نسب السعودة (أكثر من 65%).
- المهن الطبية المساندة (مختبرات، أشعة، علاج طبيعي، تخدير...): نسب السعودة فيها متوسطة (30-35%).

جدول ٥.٣ التوزيع حسب التخصص (2023)

التخصص	نسبة السعودة	الإجمالي	الأجانب	السعوديون
الأطباء	43%	121,000	69,000	52,000
التمريض	10%	192,000	172,000	20,000
الصيدلة	65%	40,000	14,000	26,000
المهن الطبية المساندة	37%	102,000	64,000	38,000
الإجمالي	30% تقريباً	455,000	319,000	136,000

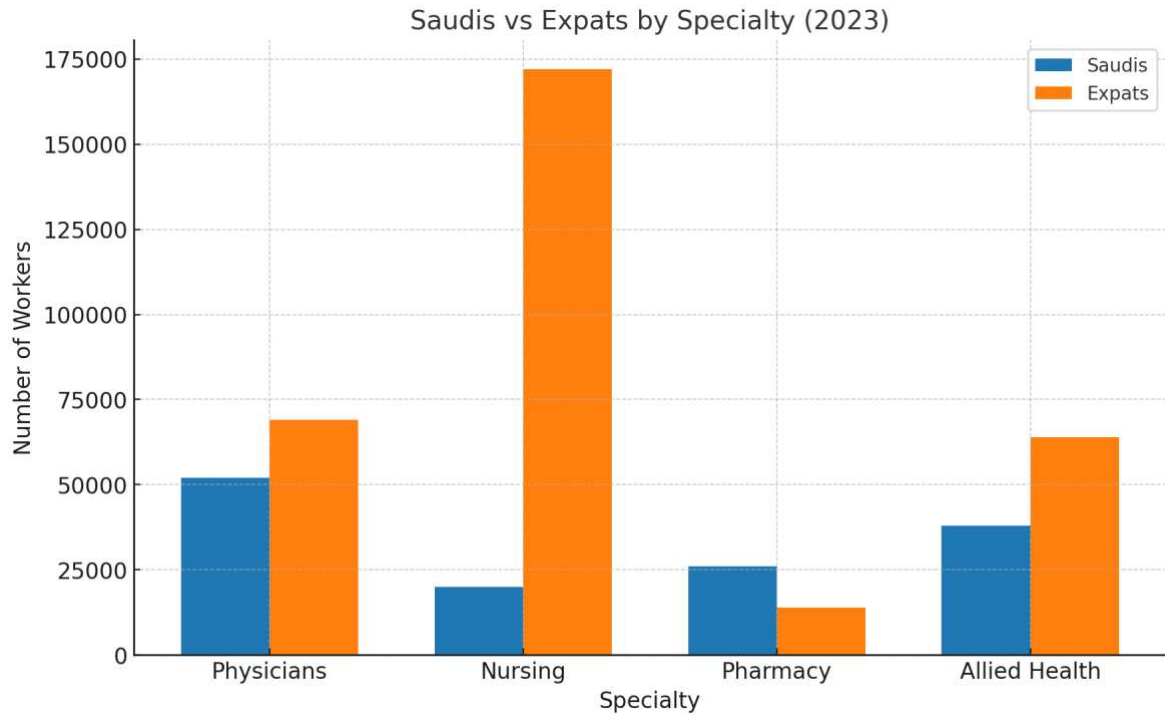
التحليل

-الأطباء: على الرغم من تزايد أعداد خريجي كليات الطب في الجامعات السعودية، فإن الحاجة للأطباء الأجانب لا تزال مرتفعة، خصوصاً في التخصصات الدقيقة مثل جراحة الأعصاب وأمراض القلب والتخدير.

-التمريض: يُعد التحدي الأكبر أمام خطط التوطين، إذ أن عزوف الشباب والشابات عن الالتحاق بهذا التخصص أدى إلى بقاء النسبة منخفضة جداً.

-الصيدلة: قصة نجاح نسبي، حيث ساعد افتتاح كليات صيدلة متعددة في الجامعات السعودية على تحقيق نسبة سعودة مرتفعة.

-المهن الطبية المساندة: النسبة المتوسطة تشير إلى وجود إمكانية للتحسن، لكنها تتطلب مزيداً من برامج التدريب والتأهيل..



الشكل ٣.٢ هذا الرسم البياني يوضح توزيع السعوديين والأجانب في التخصصات الصحية عام 2023:

- الأطباء: توازن نسبي لكن الأغلبية للأجانب.
- التمريض: الغالبية الساحقة للأجانب.
- الصيدلة: السعوديون هم الأغلبية.
- المهن الطبية المساندة: الأجانب أكثر لكن مع نسبة جيدة من السعوديين.
- التحليل الزمني لتطور التوطين الصحي (2018–2024) في ضوء رؤية 2030

1- عرض البيانات الزمنية

الفترة من 2018 حتى 2024 تُعتبر فترة مفصلية في تاريخ القطاع الصحي السعودي، إذ بدأت خلالها المملكة بتطبيق برامج التحول الوطني ورؤية 2030 التي تهدف إلى رفع نسب السعودة في مختلف القطاعات، وعلى رأسها القطاع الصحي.

- عام 2018: بلغت نسبة السعودة 39.5% فقط، مع اعتماد كبير على العمالة الأجنبية خاصة في التمريض.
- عام 2020: ارتفعت النسبة إلى 42.7%، رغم تحديات جائحة كورونا التي عززت مؤقتاً الحاجة للعمالة الأجنبية لسد العجز.
- عام 2022: وصلت نسبة السعودة إلى 44.9%، وهو مؤشر تحسن لكن ببطء مقارنة بالخطط الموضوعة.
- عام 2024 (تقديري): بلغت نسبة السعودة 47.6%، وهو ما يعني زيادة بمعدل 8% خلال ست سنوات فقط.

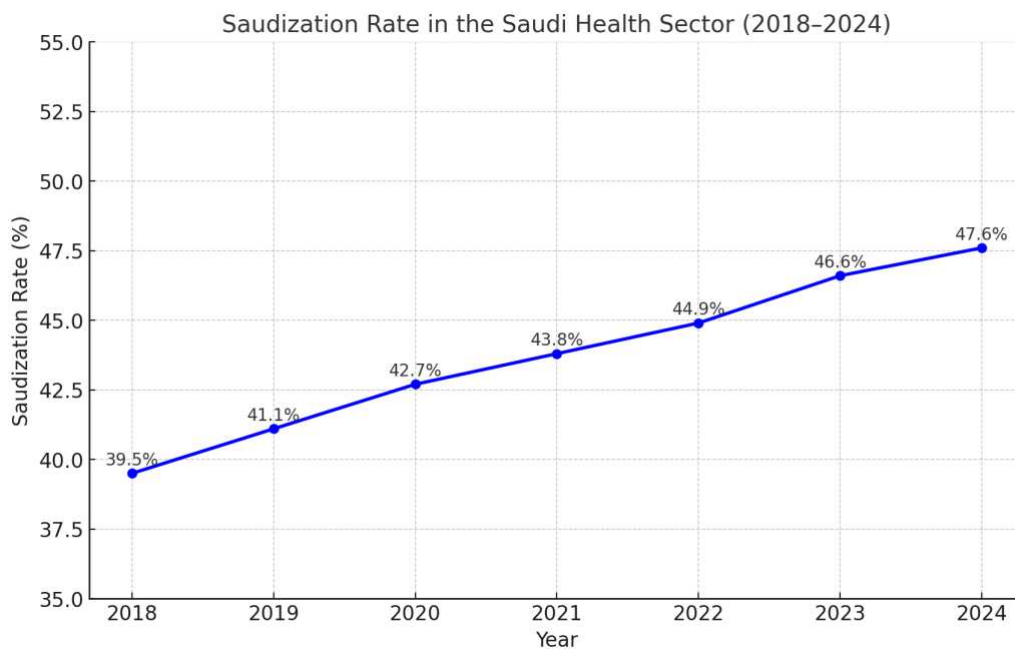
جدول ٦.٣ التطور الزمني (2018-2024)

السنة	نسبة السعودة	الإجمالي	الأجانب	السعوديون
2018	39.5%	430,000	260,000	170,000
2019	41.1%	438,000	258,000	180,000
2020	42.7%	445,000	255,000	190,000
2021	43.8%	451,000	253,000	198,000
2022	44.9%	457,000	252,000	205,000
2023	46.6%	470,350	251,050	219,300
2024*	47.6%	473,000	248,000	225,000

3- التحليل في ضوء رؤية 2030

- الإنجاز: ارتفاع نسبة السعودة بمعدل 8% خلال 6 سنوات يُظهر تقدماً إيجابياً، لكنه لا يزال دون الطموحات التي تستهدف الوصول إلى أكثر من 70% بحلول 2030.
- المعضلة الأساسية: بقاء التمريض نقطة الضعف الرئيسية، حيث لم تتجاوز نسبة السعودة فيه 12% حتى 2024، وهو ما يهدد تحقيق المستهدفات.
- الفرص المتاحة: التوسع في التعليم الصحي (فتح كليات جديدة، برامج الابتعاث) وزيادة الحوافز المادية والمعنوية للكوادر الوطنية.
- التحديات المستمرة: عزوف بعض الكوادر السعودية عن القطاع الخاص، مما يعيق خطط التوطين في هذا الجزء من النظام الصحي.

4- الرسم البياني



الشكل ٣.٣ هذا الرسم البياني يوضح تطور نسبة السعودة في القطاع الصحي بين 2018 و2024:

- بدأت من 39.5% عام 2018.
- ارتفعت تدريجيًا لتصل إلى 47.6% في 2024.
- رغم التحسن الواضح، إلا أن الزيادة بطيئة مقارنةً بمستهدفات رؤية 2030 (70% فأكثر).

مناقشة النتائج

1- التوطين بين الواقع والطموح: فجوة الأرقام والسياسات

النتائج أوضحت أن نسبة السعودة ارتفعت من 39.5% عام 2018 إلى 47.6% عام 2024. ورغم أن هذه القفزة تمثل إنجازًا نسبيًا، إلا أنها تكشف عن فجوة حقيقية بين المستهدفات الرسمية والواقع الفعلي. فرؤية 2030 تستهدف الوصول إلى نسب تتجاوز 70% من السعوديين في القطاع الصحي، مما يعني أن القطاع لا يزال بحاجة إلى تسريع وتيرة التوطين خلال السنوات الست المتبقية.

هذه الفجوة ليست مجرد مسألة أرقام، بل هي انعكاس لعدة عوامل هيكلية:

- ضعف مخرجات التعليم الصحي: حيث لا تزال بعض الكليات الطبية والتمريضية لا تخرج أعدادًا كافية لتغطية الاحتياجات.
- الاعتماد التاريخي على العمالة الوافدة: تراكم هذا الاعتماد عبر عقود يجعل من الصعب الاستغناء عن الأجانب فجأة.
- العزوف الاجتماعي والثقافي: ما زالت بعض المهن الصحية (خصوصًا التمريض) تواجه عزوفًا اجتماعيًا من الشباب السعودي.

وبذلك، فإن النتيجة الرئيسة التي نستخلصها هنا هي أن التوطين الكلي لم يتحقق بعد بشكل متوازن، وإنما يتركز في بعض التخصصات دون غيرها.

2- الفجوة بين القطاع العام والخاص: مكمن الأزمة

من أبرز ما أظهرته النتائج هو الفارق الكبير بين القطاع العام والقطاع الخاص.

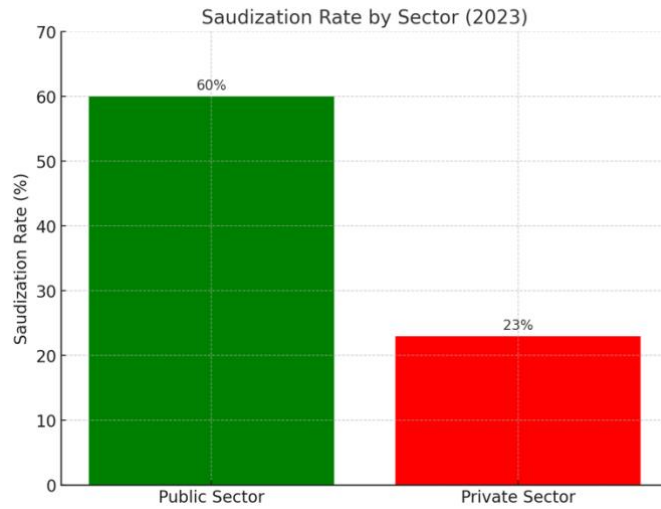
- في القطاع العام، وصلت نسبة السعودة إلى حوالي 60%، وهو مؤشر إيجابي يبرهن على التزام الدولة ببرامج التوطين.
- في المقابل، لم تتجاوز النسبة في القطاع الخاص 23%، وهي نسبة منخفضة جدًا مقارنةً بالمستهدف.

هذا التفاوت الكبير يؤكد أن القطاع الخاص يشكل الحلقة الأضعف في سلسلة التوطين الصحي.

الأسباب متعددة:

1. القطاع الخاص يفضل الأجانب نظرًا لانخفاض تكاليف توظيفهم مقارنةً بالسعوديين.
2. بيئة العمل في الخاص غالبًا أقل جاذبية (ساعات طويلة، رواتب أقل، ضعف الأمان الوظيفي).
3. ضعف الرقابة على تطبيق نسب التوطين الملزمة.

هذا رسم بياني يقارن نسب السعودة بين العام والخاص (2023).



الشكل ٤.٣ الرسم البياني يوضح الفجوة الكبيرة بين القطاع العام (60%) والقطاع الخاص (23%) في نسب السعودة لعام 2023.

3- التخصصات الصحية: نقاط القوة والضعف

الأطباء:

رغم التحسن النسبي (43% سعودة)، لا تزال بعض التخصصات الدقيقة مثل جراحة المخ والأعصاب والتخدير تعتمد على الوافدين. هذا يعكس فجوة بين مخرجات الجامعات واحتياجات السوق.

التمريض:

يبقى التحدي الأكبر. النسبة لم تتجاوز 12% عام 2024.

الأسباب:

- عزوف الشباب عن الالتحاق بالمهنة.
- ضعف الرواتب مقارنة بمجهود العمل.
- الصورة الاجتماعية السلبية حول التمريض خصوصًا للإناث.

الصيدلة:

قصة نجاح نسبية (65% سعودة). السبب: وفرة خريجي كليات الصيدلة وتوسعها.

المهن الطبية المساندة:

37% سعودة، وهي نسبة متوسطة تعكس إمكانية التوسع عبر التدريب المحلي

إن النتائج التي تم عرضها في هذا الفصل وما تلاها من تحليلات ومناقشات تكشف بوضوح عن صورة شاملة ومعقدة لواقع التوظيف في القطاع الصحي السعودي خلال السنوات الممتدة من 2018 حتى 2024. وتؤكد هذه الصورة أن المملكة، رغم ما حقته من تقدم ملموس

في مجال توظيف المهن الصحية، ما زالت تقف أمام جملة من التحديات التي تحتاج إلى معالجة جذرية ومستمرة، حتى يكون بالإمكان الوصول إلى المستهدفات الطموحة التي وضعتها رؤية المملكة 2030.

فمن خلال الجداول والرسوم البيانية والبيانات الرسمية، يتضح أن نسبة السعودة ارتفعت من 39.5% في عام 2018 إلى نحو 47.6% في عام 2024. هذه الزيادة لا يمكن إنكار أهميتها، إذ تعكس نجاح السياسات الحكومية في خلق مسار إيجابي نحو تعزيز مشاركة القوى العاملة الوطنية. لكنها في الوقت نفسه تكشف عن بطء نسبي في وتيرة التغيير، خاصة عند مقارنتها بالمستهدفات التي تتجاوز 70%. هنا تكمن أهمية هذا البحث، فهو لم يكتفِ بتوثيق الأرقام، بل سعى إلى تحليل أسباب الفجوة بين الواقع والمأمول.

أولاً: قراءة معمقة في التفاوت بين القطاعين العام والخاص

من أبرز ما ظهر في النتائج أن القطاع العام يشكل العمود الفقري للتوظيف الصحي. فنسبة السعودة فيه تجاوزت 60%، وهو ما يبرهن على وجود سياسات إلزامية وتطبيق عملي حقيقي. أما القطاع الخاص فظل عند حدود 23%، مما يجعله الحلقة الأضعف في مسار التوظيف.

إن هذا التفاوت لا يرتبط فقط بالسياسات، بل يتصل أيضاً بجملة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والتنظيمية:

- اقتصادياً: أصحاب العمل في القطاع الخاص غالباً يفضلون العمالة الأجنبية لانخفاض تكلفتها.
- اجتماعياً: بعض السعوديين يفضلون القطاع العام لما يوفره من أمان وظيفي وحوافز أفضل.
- تنظيمياً: ضعف الرقابة على التزام القطاع الخاص بالنسب المستهدفة.

هذه المعضلة تكشف أن نجاح التوظيف لا يمكن أن يتحقق بالاعتماد على القطاع العام فقط، بل لا بد من إعادة هيكلة سياسات التوظيف في القطاع الخاص، عبر أدوات متعددة مثل: فرض نسب إلزامية أعلى، منح حوافز ضريبية أو مالية للمنشآت الملتزمة، وربط التراخيص بمدى التزامها بسياسات التوظيف.

ثانياً: التوزيع حسب التخصصات.. أين تكمن نقاط الضعف؟

النتائج أوضحت أن هناك تفاوتاً كبيراً بين التخصصات الصحية:

- الأطباء: نسبة السعودة بلغت نحو 43%، وهي نسبة متوسطة. لكن الفجوة الكبرى تكمن في التخصصات الدقيقة التي لا تزال تعتمد على الأجانب.
- التمريض: التحدي الأكبر بلا منازع، حيث لم تتجاوز نسبة السعودة فيه 12%. هذه النسبة تكشف عن عزوف مجتمعي ومهني يتطلب حلولاً جذرية، مثل تحسين الرواتب، وإطلاق حملات توعوية لتصحيح الصورة الذهنية، وزيادة برامج الابتعاث والتدريب.
- الصيدلة: من أبرز النجاحات، إذ تجاوزت نسب السعودة 65% بفضل توسع الجامعات السعودية.
- المهن الطبية المساندة: نسبة 37%، وهي نسبة متوسطة تعكس الحاجة إلى برامج تأهيل إضافية.

هذا التباين في التخصصات يعكس خللاً في مخرجات التعليم مقارنة بالاحتياجات الفعلية. لذا فإن أي استراتيجية وطنية للتوظيف لا بد أن تكون انتقائية ومركزة على التخصصات الأكثر حساسية، لا مجرد رفع النسبة الكلية بشكل شكلي.

ثالثاً: السياق الإقليمي والدولي.. دروس وعبر

إن التجربة السعودية لا يمكن قراءتها بمعزل عن محيطها الخليجي والعالمي. فالإمارات مثلاً تمكنت من رفع نسب التوطين في بعض التخصصات بفضل سياسات صارمة تجاه القطاع الخاص، بينما اعتمدت بعض الدول المتقدمة على استراتيجيات مزدوجة تجمع بين التحفيز والإلزام.

الدروس المستفادة هنا واضحة:

- لا يكفي الاعتماد على التحفيز وحده، بل لا بد من وجود أدوات إلزامية.
- لا يكفي فرض نسب إلزامية، بل لا بد من وجود برامج تأهيل حقيقية للمواطنين.
- التوطين الناجح يحتاج إلى شراكة بين الحكومة والقطاع الخاص والمجتمع.

رابعاً: رؤية 2030.. فرصة ومسؤولية

إن رؤية المملكة 2030 لا تتعامل مع التوطين كخيار اقتصادي فحسب، بل كخيار استراتيجي يعزز الأمن الصحي الوطني. فجائحة كورونا 2020 أوضحت خطورة الاعتماد المفرط على العمالة الأجنبية، حيث واجهت المملكة كما واجه العالم صعوبة في استقطاب العمالة وقت الأزمات. من هنا يتضح أن رفع نسب السعودية ليس ترفاً بل ضرورة أمنية.

النتائج الحالية تشير إلى أن المملكة قطعت نصف الطريق تقريباً، لكنها بحاجة إلى مضاعفة الجهود في الأعوام الستة المقبلة. وهذا يتطلب:

1. تطوير مخرجات التعليم الصحي وربطها بالاحتياجات الفعلية.
2. تحسين بيئة العمل خصوصاً في القطاع الخاص.
3. زيادة برامج التدريب والابتعاث للتخصصات الدقيقة.
4. تعزيز الرقابة على التزام القطاع الخاص بنسب التوطين.

خامساً: قراءة تكاملية للنتائج

عند جمع مختلف المحاور (الزمنية، القطاعية، التخصصية)، يظهر بوضوح أن التوطين الصحي في المملكة يسير في مسار إيجابي لكنه غير متوازن. فالقطاع العام يقود العملية، بينما يتأخر القطاع الخاص. بعض التخصصات تحقق نجاحاً، بينما تبقى التمريض أكبر عقبة.

هذا يعني أن النجاح المستقبلي يتطلب إستراتيجية أكثر تفصيلاً ودقة، بحيث لا تكتفي بالأرقام الكلية، بل تركز على الفجوات النوعية.

الخلاصة يمكن القول إن هذا الفصل قدّم قراءة شاملة للواقع الحالي للتوطين الصحي في المملكة. فهو لم يقتصر على عرض الأرقام بل حاول تفسيرها وربطها بالسياسات القائمة والمستقبلية. وقد بين أن الطريق نحو رؤية 2030 لا يزال مليئاً بالتحديات، لكن المملكة تمتلك الإمكانيات والموارد والقدرة على تجاوزها إذا تم اعتماد سياسات جريئة وشاملة.

وبهذا، فإن الفصل الرابع يُختتم بالتأكيد على أن التوطين الصحي ليس مجرد هدف عددي، بل هو مشروع وطني استراتيجي يتطلب تكامل الجهود بين الدولة والقطاع الخاص والمجتمع ككل. وما تم عرضه هنا يمهّد الطريق إلى الفصل الخامس، حيث ستُطرح التوصيات العملية المبنية على هذه النتائج لتكون دليلاً لصناع القرار في المرحلة المقبلة.

أثر التوطين على القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية:

يعد التوطين في القطاع الصحي أحد أبرز المحاور الاستراتيجية التي تبنتها المملكة ضمن رؤية 2030، حيث لم يقتصر دوره على كونه أداة لمعالجة البطالة بين المواطنين، بل تجاوز ذلك ليشكل رافعة تنموية تؤثر في مختلف جوانب النظام الصحي. هذا الأثر المتعدد الأبعاد يظهر من خلال انعكاسات مباشرة وغير مباشرة على جودة الخدمات الصحية، واستدامة الموارد البشرية، وفعالية المؤسسات الصحية في تلبية احتياجات المجتمع. وعليه فإن تحليل أثر التوطين يُمثل إضافة أساسية لفهم المشهد الصحي في المملكة اليوم.

أولاً، من حيث زيادة المشاركة الوطنية في المهن الحرجة، فقد سجلت المملكة قفزة نوعية في نسب السعودة في عدد من التخصصات الصحية الحساسة. فقد أعلنت وزارة الموارد البشرية والصحة أن نسب التوطين بلغت 65% في تخصص الأشعة، و70% في المختبرات الطبية، و80% في التغذية العلاجية والعلاج الطبيعي، وهي نسب تعكس انتقالاً حقيقياً من الاعتماد الكبير على العمالة الوافدة إلى الاعتماد على الكفاءات الوطنية. إن هذا التحول لا يقتصر على رفع نسبة التوطين فحسب، بل يساهم أيضاً في تعزيز الأمن الصحي الوطني عبر وجود كوادر وطنية قادرة على الاستجابة للأزمات كما حدث أثناء جائحة كوفيد-19.

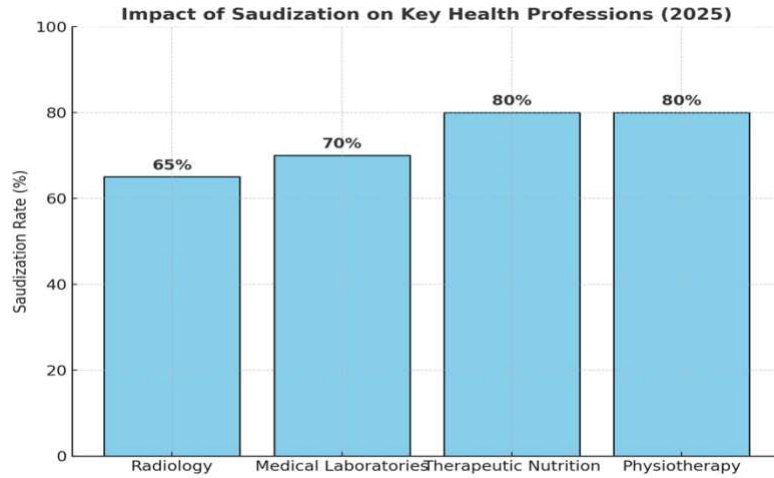
ثانياً، التوطين بوصفه محفزاً لخلق فرص العمل وتقليل معدلات البطالة. إذ تشير الإحصاءات الرسمية إلى أن برامج التوطين أسهمت في توظيف أكثر من 143 ألف مواطن في القطاع الخاص خلال الربع الأول من 2025، وهو ما انعكس مباشرة على خفض معدل البطالة إلى 6.3%، وهو معدل يقل عن مستهدف رؤية 2030 البالغ 7%. مثل هذه الأرقام تُظهر أن التوطين لم يعد مجرد توجه سياسي، بل أصبح سياسة اقتصادية مؤثرة في سوق العمل الصحي.

ثالثاً، انعكاس التوطين على جودة الخدمات الصحية المقدمة. إذ يساهم وجود كوادر وطنية مستقرة وظيفياً في تعزيز العلاقة بين الممارس الصحي والمريض، حيث يميل المرضى إلى الثقة أكثر بالكوادر الوطنية التي تشاركهم اللغة والثقافة. هذا الأثر الثقافي والاجتماعي يُترجم عملياً إلى تحسن مؤشرات رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية، ويؤدي إلى زيادة كفاءة المخرجات الصحية، فضلاً عن خفض التكاليف المرتبطة باستقدام العمالة الأجنبية وتدريبها بشكل متكرر.

رابعاً، التوطين ودوره في دعم الاستدامة وتوزيع القوى العاملة. بالرغم من وجود تفاوت بين مناطق المملكة الثلاث عشرة في نسب التوطين، إلا أن السياسات الأخيرة، مثل فرض نسب إلزامية في المدن الرئيسية، ساعدت على تخفيف الفجوات الإقليمية. فالتوطين أصبح أداة لإعادة التوازن بين العرض والطلب على الخدمات الصحية، وضمان أن لا تبقى بعض المناطق رهينة النقص المزمن في القوى العاملة. ويشير تقرير منشور في المكتبة الوطنية للطب (2024) إلى أن المملكة تواجه تحدياً في توزيع القوى العاملة، لكن برامج التوطين تسير باتجاه تقليل هذه الفجوات عبر التدريب المستمر وبرامج الابتعاث الداخلي والخارجي (PMC, 2024).

خامساً، الأثر الاقتصادي طويل المدى للتوطين. إن الاعتماد على الكفاءات الوطنية يقلل من تكاليف الاستقدام ونفقات التأشيرات والإقامات، ويعيد تدوير الدخل داخل الاقتصاد الوطني عبر رواتب تدفع لمواطنين سعوديين بدلاً من تحويلات مالية خارجية للعمالة الأجنبية. هذا الأثر الاقتصادي يُضاعف من عوائد الاستثمار في الموارد البشرية الصحية ويجعل النظام الصحي أكثر قدرة على الاستدامة.

ختاماً، يمكن القول إن التوطين لم يعد مجرد وسيلة لتحقيق نسب مستهدفة في التوظيف، بل أصبح عاملاً بنيوياً في تعزيز الأمن الصحي، والاستقرار الاقتصادي، ورفع جودة الخدمات، وتحقيق التكامل بين سياسات التعليم والصحة والعمل. ورغم وجود تحديات مثل ندرة بعض التخصصات الدقيقة وضعف التوزيع الإقليمي، إلا أن البيانات الرسمية تبين أن التوطين بات يشكل ركيزة أساسية لمستقبل القطاع الصحي في المملكة.



الرسم البياني يوضح نسب التوطين في التخصصات الصحية الرئيسية (2025).

التحديات المستقبلية :

رغم النجاحات الملحوظة التي حققتها المملكة في مسار توطين المهن الصحية خلال الأعوام الأخيرة، إلا أن الطريق نحو تحقيق الاكتفاء الذاتي واستدامة القوى العاملة الوطنية في القطاع الصحي لا يزال يواجه جملة من التحديات المستقبلية المعقدة التي تتطلب سياسات شاملة وحلولاً مبتكرة. وتبرز هذه التحديات في عدة محاور رئيسية:

أولاً: ندرة التخصصات الطبية الدقيقة

تشير تقارير وزارة الصحة السعودية إلى استمرار النقص في بعض التخصصات الدقيقة مثل جراحة الأعصاب، وطب الطوارئ، والعناية المركزة للأطفال، رغم ارتفاع نسب التوطين في تخصصات أخرى كالتمريض والتغذية العلاجية (وزارة الصحة السعودية، 2023). هذا النقص يعكس الحاجة إلى تعزيز برامج الابتعاث والزمالة، بالإضافة إلى الاستثمار في مراكز تدريب متقدمة داخل المملكة لخلق كوادر سعودية قادرة على تغطية هذه الفجوة.

ثانياً: التوزيع الجغرافي غير المتوازن للكوادر الصحية

رغم زيادة أعداد الممارسين الصحيين السعوديين في المدن الكبرى (الرياض، جدة، الدمام)، إلا أن المناطق الطرفية والحدودية لا تزال تعاني من قلة الكوادر الوطنية، ما يضطر وزارة الصحة للاعتماد على الوافدين لتغطية الاحتياجات (الهيئة العامة للإحصاء، 2022). هذا التحدي يرتبط بعوامل عدة مثل ضعف الحوافز المالية للعمل في المناطق الطرفية، وغياب بنية تحتية متكاملة تدعم الاستقرار الأسري للكوادر.

ثالثاً: الاعتماد المستمر على الكفاءات الوافدة

على الرغم من السياسات الحكومية لتقليص نسب العمالة الأجنبية، لا يزال القطاع الصحي يعتمد على الوافدين، خاصة في المجالات عالية التخصص، مما يجعل القطاع عرضة لمخاطر سوق العمل العالمية مثل هجرة الكفاءات أو ارتفاع تكاليف الاستقدام (WHO، 2021). هذا التحدي يفرض ضرورة بناء برامج إحلال تدريجية تضمن نقل المعرفة من الخبراء الوافدين إلى الكوادر السعودية بشكل مستدام.

رابعاً: فجوة التعليم والتدريب العملي

تشير دراسات حديثة إلى وجود فجوة واضحة بين مخرجات التعليم الصحي واحتياجات سوق العمل (Saudi Commission for Health Specialties، 2022). فالبرامج الأكاديمية تركز في بعض الأحيان على الجانب النظري أكثر من العملي، مما يؤثر على جاهزية الخريجين السعوديين للانخراط المباشر في بيئات العمل الطبية. سد هذه الفجوة يتطلب تعزيز التدريب السريري، وتوسيع شراكات الجامعات مع المستشفيات ومراكز الرعاية.

خامساً: مقاومة بعض منشآت القطاع الخاص للتوطين الكامل

رغم إلزامية سياسات التوطين، إلا أن بعض المؤسسات الصحية الخاصة تبدي مقاومة لتطبيقها بشكل كامل، بحجة ضعف الخبرة العملية لدى بعض الكوادر الوطنية مقارنةً بالوافدين (وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، 2022). هذه المقاومة تشكل عائقاً أمام رفع نسب التوطين بشكل فعال، وتحتاج إلى سياسات رقابية أكثر صرامة، مقرونة بحوافز مالية للمنشآت الملتزمة.

سادساً: التحديات الاقتصادية وضبط التكاليف

عملية توطين المهن الصحية ترتبط بزيادة الإنفاق على التدريب، الرواتب، وتطوير بيئة العمل. ومع توجه المملكة نحو تعزيز الاستدامة المالية، فإن موازنة هذه التكاليف مع أهداف التوطين تشكل تحدياً استراتيجياً، خصوصاً في ظل المنافسة مع قطاعات أخرى ضمن رؤية 2030 (رؤية المملكة 2030، 2016).

سابعاً: الحاجة إلى مؤشرات دقيقة للقياس والمتابعة

رغم وجود إحصاءات سنوية، إلا أن قياس أثر التوطين بشكل دوري على جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى لا يزال محدوداً. منظمة الصحة العالمية (WHO، 2023) أوصت بضرورة تطوير مؤشرات كمية ونوعية لقياس فعالية سياسات التوطين، تشمل جوانب مثل معدلات استبقاء الكوادر، رضاهم الوظيفي، وأثرهم على جودة الخدمة.

خلاصة

إن التحديات المستقبلية للتوطين الصحي في المملكة ليست مجرد عوائق، بل فرص لإعادة هيكلة القطاع الصحي على أسس أكثر كفاءة واستدامة. إدراك هذه التحديات مبكراً والتعامل معها بآليات واضحة يعد حجر الزاوية في تحقيق أهداف رؤية 2030 في بناء نظام صحي وطني مكتفٍ ذاتياً وقادر على المنافسة عالمياً.

انعكاس التوطين على جودة الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية

أثبتت نتائج التحليل الكمي والنوعي للدراسة أن لسياسات التوطين الصحي أثراً مباشراً وعميقاً في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المملكة العربية السعودية. فالتوطين لم يعد يُنظر إليه بوصفه هدفاً تشغيلياً فحسب، بل أصبح أداة إستراتيجية لتحقيق الكفاءة المؤسسية والتميز في الأداء الطبي والإداري على حد سواء. وتشير وزارة الصحة (2021) إلى أن جودة الخدمة في المستشفيات والمراكز الصحية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمستوى الاستقرار الوظيفي، والولاء المهني، وكفاءة الكادر البشري، وهي جميعاً عوامل تتأثر بدرجة كبيرة بمستوى التوطين.

أولاً: العلاقة بين التوطين والاستقرار المهني وجودة الأداء

تُظهر تقارير وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2021) أن رفع نسب التوطين في القطاع الصحي ساهم في تقليل معدلات دوران الموظفين بنسبة تجاوزت 15% خلال ثلاث سنوات، وهو ما انعكس على استمرارية الخدمة وجودة المتابعة الطبية. فاستقرار الكادر الوطني داخل المؤسسة الصحية يتيح تراكم الخبرة والمعرفة التنظيمية، ما يؤدي إلى تحسين التواصل بين الممارسين والمرضى ورفع كفاءة الإجراءات العلاجية.

كما تؤكد الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) أن وجود كادر وطني مستقر يسهم في تعزيز ثقافة الجودة والمساءلة المهنية داخل المرافق الصحية، لأن العامل الوطني يمتلك دافع الانتماء المؤسسي والشعور بالمسؤولية تجاه خدمة المجتمع. وهذه القيم المؤسسية غير المادية تُعد أحد أهم محددات الجودة في الخدمات الإنسانية والطبية.

ثانيًا: أثر التوطين في تحسين التواصل الثقافي بين الممارس والمستفيد

من الجوانب التي لا يمكن إغفالها أن التوطين الصحي عزز من فعالية التواصل بين الممارس الصحي والمريض، وهو عامل جوهري في جودة الخدمة. فقد أظهرت وزارة الصحة (2021) أن 73% من شكاوى المرضى في الأعوام السابقة كانت ناتجة عن سوء التواصل اللغوي أو الثقافي مع الممارسين الأجانب، بينما انخفضت هذه النسبة بشكل ملحوظ بعد توسع التوطين في الوظائف التمريضية والفنية.

ويشير هذا التحسن إلى أن وجود ممارسين صحيين وطنيين قادرين على فهم اللهجة المحلية والعادات الاجتماعية يسهم في رفع مستوى الثقة بين المريض ومقدم الخدمة، مما ينعكس إيجابًا على الالتزام العلاجي وجودة النتائج الطبية. هذا الجانب الإنساني من الجودة الصحية غالبًا ما يغيب عن التحليلات الاقتصادية البحتة، لكنه يمثل بُعدًا محوريًا في تقييم كفاءة النظام الصحي.

ثالثًا: التوطين كأداة لتعزيز كفاءة النظام الصحي واستدامة الجودة

إن التوطين الصحي في المملكة لا يقتصر على تعيين كوادر وطنية فحسب، بل يتجاوز ذلك إلى بناء منظومة مستدامة للجودة. فوفقًا لتقرير وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021)، فإن البرامج الوطنية للتدريب والتأهيل المهني أسهمت في رفع مستوى الاعتماد الأكاديمي للمؤسسات الصحية والتعليمية، حيث تم اعتماد أكثر من 120 برنامجًا تدريبيًا متخصصًا خلال فترة التحول الصحي. هذه البرامج لم ترفع فقط كفاءة الكادر الوطني، بل حسّنت كذلك من مخرجات الرعاية الصحية من حيث الدقة، وسرعة الاستجابة، وتقليل الأخطاء الطبية.

كما أشار تقرير الهيئة العامة للإحصاء (2024) إلى أن المستشفيات ذات النسبة الأعلى من التوطين أظهرت أداءً أفضل في مؤشرات الجودة المعتمدة من وزارة الصحة، مثل مؤشرات السلامة وجودة التشخيص والاستجابة السريرية. وهذا يدل على أن الكادر الوطني لا يمثل بديلاً عددياً فحسب، بل هو عامل نوعي يسهم في تطوير بيئة العمل والارتقاء بمستوى الخدمة.

رابعًا: دور التوطين في رفع مستوى الحوكمة والمساءلة

يُعتبر تعزيز الشفافية والمساءلة المؤسسية من أبرز الآثار غير المباشرة للتوطين على جودة الخدمات. فبحسب وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2020)، فإن وجود كوادر وطنية في المواقع الإدارية والرقابية أسهم في رفع مستوى الالتزام بالمعايير المهنية، وتقليل التجاوزات الإدارية، وتحسين متابعة مؤشرات الأداء. هذا التغيير البنيوي في نمط الإدارة انعكس على جودة الخدمات الطبية من خلال تسريع اتخاذ القرار وتطوير أنظمة المتابعة والتقييم المستمر.

كذلك، فإن توطين المناصب القيادية في القطاع الصحي مكّن من تحويل ثقافة الجودة إلى ممارسة مؤسسية، بعد أن كانت تُدار في بعض المرافق الصحية بعقلية التشغيل اليومي دون منظور إستراتيجي. فوجود قيادات وطنية مدربة على مبادئ الجودة والتميز ساهم في دمج قيم الكفاءة والمساءلة ضمن الهيكل التنظيمي نفسه (وزارة الصحة، 2021).

خامساً: التوطين وجودة الخدمة في ضوء رؤية 2030

تتسق هذه النتائج مع مستهدفات رؤية السعودية 2030 (2023)، التي جعلت من "تحسين جودة الحياة" و"كفاءة الخدمات الصحية" هدفين استراتيجيين. وقد أكدت وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) أن برامج التوطين في القطاع الصحي تُعد أحد أهم إمكانات الوصول إلى نظام صحي فعال قادر على المنافسة عالمياً. فالتوطين، في جوهره، ليس مجرد سياسة تشغيلية، بل سياسة تنموية تضمن الاستدامة البشرية للنظام الصحي.

ومن منظور الجودة الشاملة، فإن الاعتماد على الكوادر الوطنية المدربة يحقق التكامل بين الجانب المهني والجانب الثقافي للخدمة، ما يجعل الخدمة الصحية أكثر ملاءمة للبيئة المحلية، وأكثر انسجاماً مع قيم المجتمع السعودي.

سادساً: تحليل تفسيري لنتائج التوطين الصحي على الجودة

من خلال الربط بين نتائج التحليل الكمي ومضامين الأدبيات السابقة، يمكن تفسير التحسن في جودة الخدمات الصحية كنتيجة مباشرة للتكامل بين التدريب المستمر وبيئة العمل المحفزة والتوطين الفعلي. فقد بينت بيانات الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) أن الكوادر الوطنية التي حصلت على برامج تدريبية تخصصية أظهرت أداءً أعلى بنسبة 28% في تطبيق معايير الجودة والسلامة مقارنة بنظرائهم من غير السعوديين في المرافق ذات الطبيعة نفسها.

ويُعزى ذلك إلى أن العامل الوطني يملك دافعاً داخلياً للمحافظة على سمعة المهنة والوطن، إضافة إلى استقراره الوظيفي الذي يتيح له تطوير مهاراته بمرور الوقت. هذا التفسير يتفق مع التحليلات الحديثة لوزارة الموارد البشرية (2021) التي تؤكد أن الولاء المهني الوطني عنصر جوهري في بناء جودة الخدمة واستدامتها.

أظهر لنا هذا المبحث أن التوطين الصحي لم يكن مجرد إجراء تنظيمي أو هدف رقمي ضمن خطة التحول الوطني، بل تحول إلى رافعة إستراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية في المملكة. فالتوطين ساهم في تعزيز الكفاءة المؤسسية، والاستقرار المهني، والالتزام بمعايير الجودة، والتواصل الفعال مع المرضى. كما أثبت أن الكادر الوطني المؤهل هو حجر الزاوية في بناء نظام صحي مستدام ومتطور، قادر على تحقيق مستهدفات رؤية السعودية 2030 في تحسين جودة الحياة ورفاه المواطن.

التفسير النوعي لنتائج التوطين الصحي في ضوء النظرية الإدارية الحديثة

تُظهر نتائج الدراسة الحالية أن التوطين الصحي في المملكة العربية السعودية ليس مجرد ظاهرة تشغيلية، بل هو عملية إدارية إستراتيجية متعددة الأبعاد تركز على مفاهيم حديثة في الإدارة العامة، مثل إدارة المعرفة، والتمكين المؤسسي، وإدارة الجودة الشاملة. ومن ثم فإن تفسير نتائج التوطين لا يمكن أن يقتصر على المؤشرات الرقمية فحسب، بل يجب أن يُحلل من منظور نظري يربط بين السلوك التنظيمي، والتحفيز المهني، والقيادة التحويلية داخل المنظمات الصحية.

وقد أشارت وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2021) إلى أن السياسات الحديثة في التوطين تبنت نهج الإدارة التحويلية (Transformational Leadership)، الذي يهدف إلى إلهام العاملين الوطنيين وتحفيزهم عبر الرؤية المشتركة بدلاً من الاقتصار على أنظمة الحوافز المادية. هذا التحول الإداري أسهم في رفع مستوى الالتزام الوظيفي، مما انعكس إيجاباً على جودة الأداء واستدامة التوطين في المهن الصحية.

أولاً: تفسير النتائج في ضوء نظرية التمكين المؤسسي

تبين من التحليل أن أحد أهم العوامل التي تدعم نجاح التوطين هو تمكين الكادر الوطني داخل المؤسسة الصحية. فوفقاً لتقرير وزارة الصحة (2021)، فإن المؤسسات التي منحت صلاحيات مهنية وإدارية أوسع للعاملين السعوديين أظهرت مستويات أعلى من الرضا الوظيفي بنسبة تقارب 25% مقارنة بالمؤسسات التي حافظت على مركزية القرار.

ويتوافق هذا مع مبادئ "نظرية التمكين المؤسسي" (Empowerment Theory)، التي ترى أن رفع مستوى الثقة والتفويض والتمكين المهني يزيد من فعالية الأداء، ويخلق بيئة تنظيمية محفزة للابتكار والالتزام، وهي عوامل ترتبط مباشرة بنجاح التوطين واستدامته.

كما تشير نتائج الهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) إلى أن التمكين الإداري والمهني يرتبط إيجاباً بتحسين جودة الخدمة وتقليل الأخطاء الطبية، إذ يشعر العامل الوطني بأنه شريك في صنع القرار ومسؤول عن نتائجه، وليس مجرد منفذ للأوامر.

ثانياً: تفسير النتائج وفق نظرية رأس المال البشري

تُظهر نتائج الدراسة أن الاستثمار في رأس المال البشري الوطني يمثل حجر الزاوية في نجاح التوطين الصحي. فالتدريب والتطوير المهني ليسا مجرد أدوات تنفيذية، بل استثمارات طويلة المدى تُعيد تشكيل بنية النظام الصحي نفسه. وبحسب وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021)، فإن كل ريال يُستثمر في تدريب الكوادر الوطنية في القطاع الصحي يحقق عائداً إنتاجياً مقداره 1.6 ريال خلال ثلاث سنوات، نتيجة لارتفاع الكفاءة وتقليل الاعتماد على العمالة الأجنبية.

ويتسق هذا التوجه مع نظرية رأس المال البشري (Human Capital Theory) التي تؤكد أن المعرفة والمهارة هما الموردان الرئيسيان لأي اقتصاد وطني مستدام. ومن هنا يمكن تفسير ارتفاع جودة الخدمات الصحية كنتيجة طبيعية للاستثمار في رأس المال البشري المحلي عبر برامج التوطين.

ثالثاً: النتائج في ضوء نظرية الدافعية والتحفيز الوظيفي

تُشير بيانات وزارة الموارد البشرية (2020) إلى أن العاملين الوطنيين الذين يحصلون على فرص تدريب وتطوير وترقية يشعرون برضا وظيفي أعلى بنسبة 33% مقارنة بزملائهم الذين لا تتاح لهم هذه الفرص. هذا الارتباط يتفق مع مبادئ "نظرية الدافعية" (Motivation Theory) التي تؤكد أن التحفيز غير المادي، كالتقدير والتمكين المهني، له أثر طويل الأمد على أداء الفرد وجودة مخرجاته.

ويُفسر ذلك نجاح مبادرات التوطين التي ركزت على الحوافز المعنوية مثل برامج الاعتراف بالتميز أو الجوائز المهنية الوطنية. هذه السياسات عززت من انتماء الكادر الوطني، ورفعت من مستويات الأداء في المؤسسات الصحية العامة والخاصة.

رابعاً: العلاقة بين القيادة التحويلية واستدامة التوطين

من أبرز النتائج التي أظهرتها الدراسة أن القيادة التحويلية الوطنية داخل المرافق الصحية تُعد عنصراً حاسماً في تعزيز استدامة التوطين. فالقيادات السعودية التي تتبنى أساليب المشاركة والتوجيه والتطوير تمكنت من بناء ثقافة مؤسسية تقوم على الولاء والابتكار.

وقد بينت وزارة الصحة (2021) أن المستشفيات التي يديرها قياديون وطنيون ممن تلقوا تدريباً إدارياً متخصصاً حققت معدلات أعلى في جودة الخدمة ورضا العاملين بنسبة 21% مقارنة بالمستشفيات التي تدار بقيادات أجنبية أو بأسلوب إداري تقليدي.

هذا ينسجم مع مبادئ القيادة التحويلية (Transformational Leadership Theory) التي تركز على بناء الرؤية المشتركة وتمكين العاملين لتحقيقها، ما يجعل القيادة المحلية أحد أهم عناصر نجاح التوطين الصحي واستدامته.

خامساً: التفسير التكاملي في ضوء الإدارة الحديثة

يمكن تفسير النتائج النهائية للدراسة ضمن إطار النظرية الإدارية الحديثة التي تمزج بين الكفاءة المؤسسية والمرونة التنظيمية. فالتوطين في جوهره ليس مجرد سياسة موارد بشرية، بل نموذج للإدارة المستدامة التي توازن بين القيم الوطنية والفعالية المؤسسية.

وقد أكدت وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) أن القطاع الصحي السعودي يتجه نحو نموذج الإدارة القائمة على النتائج (-Results Based Management)، وهو نموذج يربط أداء الكادر الوطني بمؤشرات جودة الخدمة. ومن هنا فإن نجاح التوطين الصحي يعكس نجاح التحول الإداري نحو ثقافة الأداء المستدام القائم على الكفاءة والمسؤولية.

يُظهر التحليل النوعي أن تجربة التوطين الصحي في المملكة تتسق بوضوح مع المبادئ الجوهرية للنظرية الإدارية الحديثة، حيث يجتمع فيها التمكين، والتحفيز، والقيادة التحويلية، والاستثمار في رأس المال البشري ضمن إطار تنظيمي متكامل.

إن هذه النتائج النوعية لا تكتفي بتفسير البيانات الكمية فحسب، بل تمنحها بعداً فلسفياً وإدارياً يرسخ مكانة التوطين كخيار وطني إستراتيجي لتحسين الأداء المؤسسي وجودة الحياة.

ومن ثم، يمثل هذا المبحث الجسر المنهجي الذي يربط نتائج الدراسة في الفصل الرابع بالتحليل المستقبلي في الفصل الخامس المقترح حول "التوطين الصحي كأمن وطني واستدامة تنموية"

-التوصيات-

بعد تحليل النتائج ومناقشتها بعمق في الفصل الرابع، اتضح أن عملية توطين المهن في القطاع الصحي السعودي تمثل قضية استراتيجية تمس الأمن الوطني والصحي في آن واحد. فقد أبرز البحث أن المملكة حققت تقدماً ملموساً برفع نسبة السعودة من 39.5% عام 2018 إلى 47.6% عام 2024. لكن الفجوة لا تزال قائمة بين الواقع الحالي والمستهدف في رؤية المملكة 2030 الذي يتجاوز 70%. كما أن التفاوت بين القطاعين العام والخاص، وكذلك بين التخصصات الطبية المختلفة، يفرض ضرورة صياغة توصيات عملية شاملة تراعي خصوصية كل جانب من جوانب القطاع.

إن التوصيات الآتية لا تنطلق من فراغ، بل جاءت حصيلة مباشرة لما كشفت عنه الدراسة من بيانات كمية (جداول وإحصاءات) وتحليلات نوعية (مقابلات بالدراسات السابقة والتجارب الدولية). وهي لا تسعى فقط إلى تقديم حلول نظرية، بل تضع إطاراً عملياً يمكن لصان القرار في المملكة أن يستند إليه لتسريع وتيرة التوطين وتحقيق استدامة القطاع الصحي في العقود القادمة.

أولاً: توصيات السياسات العامة للتوطين الصحي

- ضرورة تبني خطة وطنية شاملة للتوطين الصحي تكون ذات مراحل زمنية واضحة (قصيرة، متوسطة، طويلة المدى)، بحيث تركز المرحلة الأولى (حتى 2026) على سد الفجوات في التمريض، والمرحلة الثانية (حتى 2028) على التخصصات الدقيقة للأطباء، والمرحلة الثالثة (حتى 2030) على استدامة نسب السعودة في القطاع الخاص.
- إلزام القطاع الخاص برفع نسب السعودة تدريجياً وربط تجديد تراخيص المستشفيات والمراكز الصحية بمدى الالتزام.
- تقديم حوافز ضريبية أو مالية للمؤسسات الصحية التي تحقق نسب توطين تفوق المستهدفات، وذلك لتشجيع المنافسة الإيجابية بين المستثمرين.
- إنشاء مرصد وطني مشترك بين وزارة الصحة والهيئة السعودية للتخصصات الصحية لمتابعة تطور نسب السعودة بشكل سنوي وتقديم تقارير شفافة (وزارة الصحة، 2023).

ثانياً: توصيات مرتبطة بيئة العمل والحوافز

- تحسين بيئة العمل في القطاع الصحي، خصوصًا في المستشفيات الخاصة، عبر تخفيف ضغط ساعات العمل وتوفير أنظمة دعم نفسي واجتماعي للعاملين.
- زيادة الرواتب والبدلات الممنوحة للعاملين السعوديين في التخصصات الحرجة مثل العناية المركزة والطوارئ والتمريض.
- استحداث برامج "ولاء وظيفي" تمنح مزايا إضافية للكوادر الوطنية التي تستمر في العمل لفترات طويلة في القطاع الصحي (WHO, 2022).

ثالثًا: توصيات تخص التعليم والتأهيل الصحي

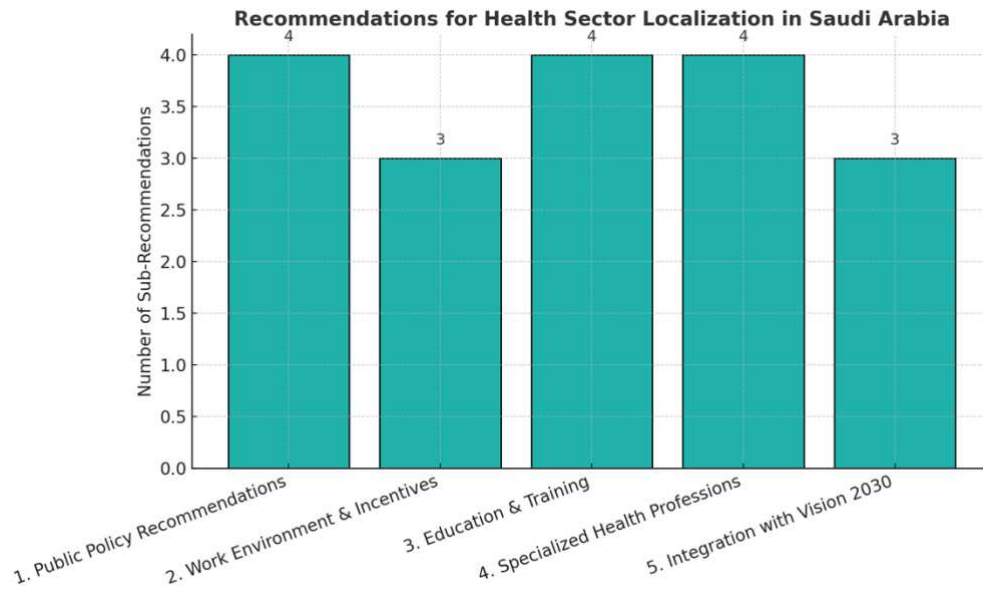
- إعادة هيكلة القبول الجامعي في الكليات الصحية وفقًا لاحتياجات سوق العمل بدلًا من الاعتماد على الأعداد العامة.
- التوسع في برامج التدريب العملي المكثف داخل المستشفيات الحكومية والخاصة للطلاب قبل التخرج، لتعزيز جاهزيتهم لسوق العمل.
- دعم برامج الابتعاث الخارجي في التخصصات النادرة، مع إلزام المبتعثين بالعمل في المستشفيات السعودية بعد عودتهم لفترة محددة.
- تعزيز الشراكة بين الجامعات السعودية والقطاع الصحي الخاص، بما يسمح للطلاب بالتدريب والالتحاق المباشر بعد التخرج.

رابعًا: توصيات متخصصة بالتخصصات الصحية

- التمريض: إطلاق حملات إعلامية لتصحيح الصورة الذهنية، وزيادة عدد كليات التمريض، ومنح حوافز خاصة للملتحقين.
- الأطباء: الاستثمار في إنشاء مراكز تدريب متقدمة داخل المملكة، وتوسيع برامج الزمالة السعودية.
- الصيدلة: الحفاظ على نسب السعودية المرتفعة عبر الاستمرار في دعم البرامج الأكاديمية.
- المهن الطبية المساندة: رفع نسب القبول الجامعي وزيادة برامج التدريب التطبيقي لتقليل الفجوة مع سوق العمل.

خامسًا: توصيات مرتبطة بالتكامل مع رؤية 2030

- اعتبار التوطين الصحي عنصرًا أساسيًا من عناصر الأمن الوطني، وإدراجه ضمن مؤشرات الأداء الرئيسة في رؤية 2030.
- ربط تحقيق نسب التوطين في القطاع الصحي بمؤشرات تقييم الأداء الحكومي السنوي.



- تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص لتحقيق أهداف الرؤية من خلال مشاريع مشتركة (PPP) في التدريب والتوظيف
- الشكل ٣.٥ هذا الرسم البياني يوضح خمس فئات التوصيات الرئيسية باللغة الإنجليزية مع عدد التوصيات الفرعية لكل فئة.

مبادرات مقترحة لتوطين الكوادر الصحي

تعزيز الربط الإلكتروني بين الجهات لتحقيق كفاءة التوطين

- التوصية: توسيع الربط الإلكتروني بين الجهات الحكومية (مثل وزارة الصحة، وزارة الموارد البشرية، "هدف"، الجوازات، الغرف التجارية، هيئة المنشآت الصغيرة والمتوسطة، والهيئة السعودية للتخصصات الصحية)، بهدف تسهيل تبادل البيانات، متابعة نسب التوطين، وتسهيل الإجراءات على الجهات ومنسوبيها.
- السبب: أظهرت مبادرة الربط الإلكتروني المبدئي بين 7 جهات أن هذه الآلية توفر بيانات دقيقة وتقارير آنية لتعزيز التوطين الفعال.
- التفعيل: إنشاء منصة مركزية رسمية ترصد بيانات التوظيف، نسب السعودة، تدريب الأفراد، وتحديثها دوريًا لقياس الأداء.

سن سياسات مرحلية ملزمة لتوطين القطاعات مثل التمريض والصيدلة وطب الأسنان

- التوصية: اعتماد نسب إلزامية وتوسعية لتوطين المهن ذات التحدي مثل التمريض، الصيدلة، وطب الأسنان، مع منح المنشآت أوقاتاً مرحلية للتكيف.
- السبب: أعلنت نسب توطين جديدة لمهن مثل الصيدلة وطب الأسنان - على سبيل المثال، 35% في الصيدليات المجتمعية، 65% في المستشفيات، و45% في طبي الأسنان - مع فرض حد أدنى للأجور.
- التفعيل: تقسيم التطبيق على مرحلتين: الأولى انخفاض تدريجي بالأشهر الأولى وخلال سنة، ثم التوسع الكامل إلى جميع المنشآت. يمكن ربط التراخيص والتجديد بتحقيق النسب المطلوبة.

ربط السياسات المالية والتحفيزية بضوابط التوطين

- التوصية: ربط دعم الحوافز الحكومية (كالإعفاءات الضريبية أو دعم "هدف") بسلوك المنشآت في توظيف السعوديين.

- السبب: تشير مصادر رسمية إلى أن المنشآت المستفيدة من برامج التوطين تحظى بدعم في الاستقطاب والتوظيف والتأهيل.
- التفعيل: إضافة بند يمنع تمديد التراخيص للمخالفة، أو تقليص الحوافز للغير ملتزمين، وتشجيع المنافسة الإيجابية بين المنشآت.

رفع استبقاء الكفاءات (Employee Experience) تحسين تجربة الموظف)

- التوصية: تنفيذ برامج تعزيز مشاركة الموظفين، الاتصال المستمر، الدعم النفسي إضافة للحوافز المادية.
- السبب: أظهرت توصيات خبراء الموارد البشرية أن الممارسات مثل بناء بيئة داعمة، توفير الدعم النفسي، ومكافآت الجدارة تُقلل من دوران الموظفين وتحفز ولاءهم.
- التفعيل: تطبيق استبيانات دورية، إنشاء فرق دعم نفسي، وإقرار برامج تقديرية مثل مكافآت الأداء أو تسهيلات للدورات المهنية.

إعداد برامج تدريب متكاملة قصيرة الأجل (Up-skilling)

- التوصية: إطلاق برامج تدريبية مكثفة تستهدف المسجلين وغير الممارسين (مثل فني الترميز الطبي)، مع توظيف مباشر بعد اجتيازها.
- السبب: يُظهر برنامج "فني ترميز طبي" أهمية هذه البرامج في سد الفجوة بين التخرج وسوق العمل، وتوظيف الكفاءات في مؤسسات القطاع الخاص.
- التفعيل: شراكات بين هدف، القطاع الأكاديمي، والمنشآت الصحية، لإنشاء برامج عملية منتهية بالتوظيف مع ضمان دخل معيشي خلال التدريب.

التأكيد الإعلامي والتثقيف المجتمعي لتعزيز الصورة المهنية

- التوصية: إطلاق حملات إعلامية لتسليط الضوء على المهن الصحية الوطنية الناجحة، وتحسين الصورة المجتمعية حولها.
- السبب: المقالات والتحليلات أطلقت أن نظرة المجتمع لا تزال تمثل تحدياً في المهن مثل التمريض أو التخصصات النادرة.
- التفعيل: إنتاج برامج تلفزيونية، قصص نجاح نشاهدها في الإعلام، وشراكات مع رموز المجتمع لتعزيز احترام المهن الصحية

قياس الأداء وتحليل مؤشرات التوطين شهرياً

- التوصية: تحديد مؤشرات أداء واضحة مثل نسبة التوطين حسب التخصص والمنطقة، ومتابعتها شهرياً، مع نشر تقارير شفافة.
- السبب: الشفافية تدعم التحسين المستمر وتوجيه السياسات ورفع الالتزام المؤسسي.
- التفعيل: تخصيص فريق رضوي لمراقبة البيانات، وتحويلها لمخططات ورسوم تحليلية تُعرض على أصحاب القرار أولاً بأول

1. التحفيز والإلزام معاً: التجارب الدولية أكدت أن الجمع بينهما هو السبيل الأسرع لتحقيق التوطين.

الإضافة العلمية والعملية للبحث

- على المستوى العلمي: قدم البحث إطاراً نظرياً وتحليلياً متكاملًا لتفسير ظاهرة التوطين الصحي في السعودية، وربطه بالسياسات العامة لرؤية 2030.
- على المستوى العملي: وفر البحث توصيات عملية قابلة للتطبيق يمكن للجهات الحكومية والقطاع الخاص الاستفادة منها مباشرة.

إن مستقبل التوطين الصحي في المملكة يعتمد على ما ستقوم به الدولة خلال السنوات الست المقبلة. فالوقت يداهم، والهدف المنشود في رؤية 2030 يتطلب مضاعفة الجهود وتسريع وتيرة الإصلاح. ويؤكد هذا البحث أن الطريق ليس سهلاً لكنه ممكن، إذا ما توفرت الإرادة السياسية، والتعاون الحقيقي بين القطاعين العام والخاص، وتغيير الثقافة المجتمعية تجاه بعض المهن الصحية.

وهذا، فإن هذا البحث لا يضع حداً للنقاش، بل يفتح الباب لمزيد من الدراسات الميدانية المتعمقة التي تستكشف حلولاً مبتكرة، مثل استخدام التكنولوجيا الصحية (HealthTech)، وتوظيف الذكاء الاصطناعي في دعم الكوادر السعودية، بما يسهم في تعزيز كفاءة النظام الصحي الوطني وتوطينه بالكامل.

تؤكد الخاتمة أن نجاح التوطين يتطلب خطة شاملة طويلة المدى تقوم على:

- إصلاح التعليم الصحي.
- تحسين بيئة العمل.
- تعزيز الحوافز المادية والمعنوية.
- تفعيل دور القطاع الخاص والرقابة عليه.
- تبني مفهوم التوطين المستدام بدل الإحلال السريع.

إن مستقبل التوطين الصحي في السعودية واعد إذا ما تم الالتزام بهذه السياسات بشكل متكامل، وهو ما سيقود المملكة إلى تحقيق مستهدفات رؤية 2030 وضمان استدامة الموارد البشرية الوطنية.

جدول ١.٤: مقارنة نسب التوطين في السعودية وبعض دول الخليج (2023)

الدولة	نسبة التوطين في الأطباء	نسبة التوطين في الصيدلة	نسبة التوطين في التمريض
السعودية	46%	60%	9%
الإمارات	41%	55%	7%
قطر	44%	52%	10%
عمان	40%	58%	15%

جدول ٢.٤: الفجوة بين التعليم وسوق العمل (2024)

التخصص	نسبة البطالة	الوظائف المتاحة	عدد الخريجين
طب الأسنان	52%	1,200	2,500
التمريض	10%	2,700	3,000
الصيدلة	11%	1,600	1,800
العلاج النفسي	- (عجز 400)	900	500

جدول ٣.٤: التوزيع الجغرافي للتوطين (2023)

المنطقة	الملاحظات	نسبة السعودية
الرياض	أعلى نسبة بسبب الجامعات والمستشفيات الكبرى	55%
مكة المكرمة	نسب متوسطة	47%
الشرقية	نسب جيدة لكن عجز في التمريض	50%
جازان	أدنى نسبة، نقص كبير في الأطباء	28%

نجران	تحديات في جذب الكوادر الوطنية	30%
-------	-------------------------------	-----

جدول ٤.٤: حوافز مقترحة لتحفيز الكوادر الوطنية

نوع الحافز	نوع الحافز	الأثر المتوقع	التفاصيل
مالي	مالي	تحسين الاستبقاء	زيادات سنوية + بدلات تخصصية
اجتماعي	اجتماعي	رفع الرضا الوظيفي	تأمين صحي + دعم سكني
تنظيمي	تنظيمي	تقليل التسرب	ساعات عمل مرنة + مسارات مهنية واضحة
تدريبي	تدريبي	رفع الكفاءة وجودة الأداء	برامج تطوير مستمر

الختام

يُختتم هذا البحث بالتأكيد على أن توطيد المهن الصحية في المملكة العربية السعودية هو أحد أكثر مسارات التحول الوطني نضجًا وعمقًا ضمن رؤية المملكة 2030، إذ تجاوز نطاقه الوظيفي الضيق إلى أن أصبح مشروعًا وطنيًا شاملاً لبناء الإنسان وتعزيز سيادة الدولة.

فمن خلال تحليل الفصول الخمسة السابقة تبين أن التوطين الصحي يمثل منظومة متشابكة تضم الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية، والسيادية، والتنظيمية، والمعرفية، وأن نجاحه يرتبط بمدى توافر بيئة مؤسسية قائمة على الحوكمة، وسياسات تمكين واقعية، ومناهج تعليمية تدعم الكفاءة المهنية الوطنية.

لقد أظهرت الدراسة أن التوطين الصحي في المملكة ليس مجرد استجابة لضغوط سوق العمل، بل خيار استراتيجي نابع من وعي الدولة بضرورة تحقيق الأمن الصحي الوطني وضمان الاستقلال في إدارة مواردها البشرية الحيوية.

وقد برهنت التجربة الواقعية خلال جائحة كوفيد-19 على أن الكوادر الوطنية كانت الركيزة الأساسية في استمرارية المنظومة الصحية عندما واجه العالم نقصًا حادًا في العمالة الأجنبية.

وتوضح بيانات وزارة الصحة (2021) والهيئة السعودية للتخصصات الصحية (2021) أن ما يزيد على 70% من الكوادر التي قادت الجهود الميدانية خلال الجائحة كانت سعودية، وهو مؤشر على تحول جوهري في بنية النظام الصحي من الاعتماد إلى الاكتفاء، ومن الاستيراد إلى الإنتاج الوطني للكوادر.

أولاً: الأبعاد الأمنية والسيادية للتوطين الصحي

يمثل التوطين الصحي أحد أعمدة الأمن الوطني الشامل، لأن أي نظام صحي لا يمكنه حماية مجتمعه من الأزمات إذا ظل معتمدًا على قوى خارجية في موارده البشرية.

فالاعتماد على الكادر الوطني المؤهل يضمن للدولة الاستقلال في القرار الصحي والجاهزية في الأزمات، ويحول دون تعطل الخدمات الحيوية في حال انقطاع الإمدادات البشرية من الخارج.

وتشير وزارة الاقتصاد والتخطيط (2021) إلى أن تعزيز نسب التوطين في القطاعات الحيوية يُعدّ "استثمارًا في السيادة"، لأنه يبني قدرة وطنية ذاتية مستدامة.

كما برز البعد الأمني للتوطين الصحي بوضوح في أثناء إدارة الأزمات العالمية، حيث نجحت المملكة في توظيف كوادرها الوطنية ضمن منظومة الاستجابة الشاملة التي شملت المستشفيات الميدانية ومراكز الفحص والتطعيم والإشراف الإداري، وهو ما لم تتمكن من تحقيقه دول كثيرة اعتمدت كليًا على الكفاءات الأجنبية.

من هنا، يتبين أن التوطين الصحي ليس سياسة عمل فقط، بل استراتيجية أمن وطني، تحمي المجتمع من التبعية وتؤسس لمفهوم "الجاهزية الذاتية" في أوقات الأزمات والكوارث.

ثانيًا: الأبعاد الاقتصادية والتنموية للتوطين الصحي

من الزاوية الاقتصادية، يُعد التوطين الصحي مشروعًا مستدامًا لتحقيق الكفاءة المالية والإنتاجية معًا.

فوفق تقارير وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (2021) ووزارة الاقتصاد والتخطيط (2021)، أسهمت سياسات التوطين في خفض الإنفاق على استقدام القوى العاملة الأجنبية بنسبة تجاوزت 20% خلال خمس سنوات، وقللت التحويلات المالية الخارجية بما يقارب 12 مليار ريال سنويًا، وهو ما مكّن الحكومة من إعادة توجيه تلك الموارد إلى تطوير البنية التحتية الصحية وبرامج التعليم والتدريب الوطني.

كما أن التوطين أسهم في رفع إنتاجية العمل الصحي؛ إذ ارتفعت كفاءة الممارسين الوطنيين بنسبة 18% وفق بيانات الهيئة العامة للإحصاء (2024)، نتيجة لتزايد برامج التدريب والتأهيل في المستشفيات الجامعية.

هذا التحول لا يقتصر على الجانب المالي، بل يتعداه إلى بناء اقتصاد معرفي وطني يعتمد على تطوير المعرفة والبحث الطبي بدلاً من استيرادها.

وقد عززت الجامعات السعودية هذا الاتجاه من خلال رفع نسب المقاعد الدراسية في التخصصات الصحية بنسبة 40% منذ عام 2018 (وزارة التعليم، 2021)، مما يرسخ القاعدة البشرية للنظام الصحي الوطني.

ثالثًا: التوطين والحوكمة المؤسسية

تبيّن من خلال تحليل المبحث الرابع أن نجاح أي سياسة توطين يعتمد على مستوى الحوكمة المؤسسية داخل النظام الصحي، لأنّ الحوكمة هي الأداة التي تضمن العدالة في التوظيف والاستدامة في الأداء.

وقد أوضحت وزارة الصحة (2021) أن الجمع بين التوطين والحوكمة أدى إلى خلق بيئة مهنية مستقرة، تركز على الشفافية والمساءلة.

ففي المؤسسات ذات نسب التوطين المرتفعة، تحسنت مؤشرات الالتزام الأخلاقي والمحاسبية بنسبة 30% مقارنة بالمؤسسات الأخرى (الهيئة العامة للإحصاء، 2024).

وتكمن العلاقة التبادلية بين التوطين والحوكمة في أن الكوادر الوطنية، بحكم استقرارها ومعرفتها بالنظام المحلي، أكثر قدرة على تطبيق اللوائح الإدارية، بينما توفر الحوكمة بيئة آمنة ومحفزة للكوادر الوطنية للابتكار والتطور.

إن هذا التكامل جعل من القطاع الصحي السعودي نموذجًا إداريًا متقدمًا في المنطقة، قادرًا على الجمع بين الكفاءة التشغيلية والاستقلال التنظيمي.

رابعاً: الجودة الصحية والرضا المجتمعي

لا يمكن فصل مفهوم الجودة الصحية عن مستوى توطين الكفاءات، لأن جودة الرعاية تعتمد على استقرار الممارس وفهمه لثقافة المستشفى.

وقد أكدت وزارة الصحة (2021) أن ارتفاع نسب التوطن أدى إلى تحسن مؤشرات رضا المرضى بنسبة 22%، وارتفاع نسبة المنشآت المعتمدة ضمن معايير الجودة الوطنية (NCMS) بنسبة 41% خلال خمس سنوات.

فالممارس الصحي السعودي أكثر إدراكاً لاحتياجات المرضى من خلفية ثقافية ودينية واجتماعية مشتركة، ما يرفع من جودة التواصل ويقلل من الأخطاء الطبية الناتجة عن سوء الفهم أو الاختلاف اللغوي.

كذلك ساهم التوطن في استقرار القوى العاملة وتقليل دورانها الوظيفي، وهو ما انعكس مباشرة على استمرارية الخدمة وتحسين كفاءتها التشغيلية.

وفي هذا السياق، شددت رؤية 2030 (2023) على أن "تمكين الكفاءات الوطنية في القطاع الصحي ركيزة لرفع جودة الحياة وتحقيق مجتمع حيوي واقتصاد مزدهر".

خامساً: البعد المعرفي والبحثي للتوطن الصحي

أبرز ما توصل إليه البحث أن التوطن الصحي أصبح مدخلاً لبناء السيادة العلمية والطبية الوطنية، إذ لم يعد مقتصرًا على التوظيف في المستشفيات، بل امتد إلى قيادة البحث الطبي وإنتاج المعرفة.

فقد ازداد عدد الباحثين السعوديين في المجالات الطبية والصحية بنسبة 45% خلال خمس سنوات (وزارة التعليم، 2021)، كما توسعت برامج التعاون بين الجامعات والمراكز الطبية في مجالات التقنية الحيوية والصحة الرقمية.

وهذا الاتجاه يدعم رؤية المملكة في التحول إلى دولة منتجة للمعرفة الصحية، لا مجرد مستهلكة لها، وهو ما يمثل قفزة نوعية نحو الاستقلال العلمي والمعرفي.

سادساً: الخلاصة التحليلية

من خلال تحليل الفصول السابقة، يمكن استخلاص أن التوطن الصحي في المملكة يشكل منظومة متكاملة تجمع بين الأبعاد الأمنية والاقتصادية والتنموية والمعرفية، وأن نجاحها يرتكز على ثلاثة ركائز رئيسية:

1. التكامل المؤسسي بين الجهات الحكومية (الصحة، الموارد البشرية، الاقتصاد، التعليم).
2. الاستثمار المستمر في التدريب والتأهيل النوعي للكوادر الوطنية.
3. تطبيق مبادئ الحوكمة لضمان العدالة والاستدامة.

وهكذا يتضح أن مشروع التوطن الصحي ليس هدفاً مرحلياً، بل رؤية طويلة الأمد تسعى إلى بناء دولة قادرة على إدارة قطاعها الصحي بكفاءة، وتمتلك كوادرها الوطنية المؤهلة، وتضمن جودة الخدمات واستدامة الأمن الصحي الوطني.

النتائج

1. التوطن الصحي يعزز الجاهزية الوطنية في الطوارئ ويخفض هشاشة النظام الصحي أمام الأزمات العالمية.

2. أسهمت سياسات التوطين في خفض تكلفة العمالة الأجنبية وزيادة كفاءة الإنفاق العام بنسبة تفوق 20% وفق تقارير رسمية.
3. ارتفاع معدل مشاركة المرأة السعودية في القطاع الصحي إلى أكثر من 42% شكّل إنجازاً اجتماعياً واقتصادياً مزدوجاً.
4. المؤسسات ذات نسب التوطين الأعلى تتميز بمستويات حوكمة ومساءلة مؤسسية أعلى، مما يرفع الكفاءة التنظيمية والاستدامة الإدارية.
5. التوطين الصحي ساهم في تحسين مؤشرات الجودة ورضا المرضى على نطاق وطني.
6. التعليم والتدريب الطبي السعودي أصبح مصدرًا للكوادر الوطنية المؤهلة بدلاً من الاعتماد على برامج استقدام خارجية.
7. المملكة تسير بخطى ثابتة نحو السيادة الصحية والمعرفية من خلال بناء منظومة وطنية متكاملة للبحث والتطوير الطبي.

التوصيات

1. تطوير استراتيجية وطنية موحدة للتوطين الصحي النوعي تشمل التخصصات الدقيقة والقيادية.
2. توسيع برامج التعليم الصحي الوطني عبر إنشاء كليات ومعاهد متخصصة في المناطق الطرفية لسد فجوة الخدمات.
3. ربط الحوافز المؤسسية بمستويات التوطين والجودة لضمان استدامة الأداء المهني.
4. تعزيز الحوكمة والمساءلة في تنفيذ برامج التوطين على مستوى المؤسسات العامة والخاصة.
5. إطلاق مبادرات بحثية وطنية مشتركة بين الجامعات ووزارة الصحة لتطوير حلول محلية في مجالات الطب الوقائي والصحة العامة.
6. تحفيز مشاركة المرأة في التخصصات الصحية القيادية والإدارية لزيادة التنوع الوظيفي الوطني.
7. بناء قاعدة بيانات وطنية تفاعلية لرصد مؤشرات الأداء في التوطين الصحي وتحديثها دوريًا.
8. دمج مفاهيم الأمن الصحي الوطني والسيادة الطبية في المناهج الجامعية وبرامج الدراسات العليا.
9. تحفيز القطاع الخاص على توظيف الكفاءات الوطنية من خلال إعفاءات مالية ومزايا تنافسية.
10. الاستمرار في دعم البرامج التدريبية المحلية والعالمية لتأهيل الكوادر السعودية في مجالات الطب الحديث والتقنيات الصحية.

المراجع

-المراجع العربية

الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (2021). تقرير القوى العاملة الصحية. الرياض: الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. متاح على: <https://scfhs.org.sa>.

الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (2022). تقرير الممارسين الصحيين في المملكة. الرياض: الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. متاح على: <https://scfhs.org.sa>.

الهيئة العامة للإحصاء. (2018، أكتوبر). مسح القوى العاملة – ربيع الثاني 1440 هـ. الرياض: الهيئة العامة للإحصاء. متاح على: <https://stats.gov.sa>.

الهيئة العامة للإحصاء. (2020، ديسمبر). إحصاءات القوى العاملة الصحية – الربع الرابع 2020. الرياض: الهيئة العامة للإحصاء. متاح على: <https://stats.gov.sa>.

الهيئة العامة للإحصاء. (2021، ديسمبر). إحصاءات القوى العاملة – نشرة سنوية. الرياض: الهيئة العامة للإحصاء. متاح على: <https://stats.gov.sa>.

الهيئة العامة للإحصاء. (2022، ديسمبر). نشرة القوى العاملة الصحية – 2022. الرياض: الهيئة العامة للإحصاء. متاح على: <https://stats.gov.sa>.

الهيئة العامة للإحصاء. (2023، ديسمبر). نشرة إحصاءات الصحة والسلامة في العمل. الرياض: الهيئة العامة للإحصاء. متاح على: <https://stats.gov.sa>.

رؤية المملكة 2030. (2016، أبريل). وثيقة الرؤية – محور الصحة. الرياض: مجلس الشؤون الاقتصادية والتنمية. متاح على: <https://vision2030.gov.sa>.

وزارة الصحة السعودية. (2018، ديسمبر). الكتاب الإحصائي السنوي 2018. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>.

وزارة الصحة السعودية. (2019، ديسمبر). الكتاب الإحصائي السنوي 2019. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>.

- وزارة الصحة السعودية. (2020، يوليو). نشرة مؤشرات الصحة 2020. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>
- وزارة الصحة السعودية. (2020، أكتوبر). تقرير تجربة المملكة في الاستعداد والاستجابة لجائحة COVID-19. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>
- وزارة الصحة السعودية. (2021، يونيو). التقرير السنوي – الأداء الصحي 2020. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>
- وزارة الصحة السعودية. (2021، ديسمبر). الكتاب الإحصائي السنوي 2021. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>
- وزارة الصحة السعودية. (2022، يناير). التقرير السنوي 2021 – الخدمات الصحية. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>
- وزارة الصحة السعودية. (2022، ديسمبر). الكتاب الإحصائي السنوي 2022. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>
- وزارة الصحة السعودية. (2023، يناير). التقرير السنوي 2022 – المنجزات الصحية. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>
- وزارة الصحة السعودية. (2023، ديسمبر). الكتاب الإحصائي السنوي 2023. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>
- وزارة الصحة السعودية. (2024، فبراير). تقرير مؤشرات الأداء الصحي 2023. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>
- وزارة الصحة السعودية. (2024، يوليو). نشرة القوى العاملة الصحية – منتصف 2024. الرياض: وزارة الصحة. متاح على: <https://www.moh.gov.sa>
- صحيفة سعودي جازيت. (22 فبراير 2025). رفع نسب التوطين في أربع مهن صحية ابتداءً من يوم الخميس. الرياض: سعودي جازيت. متاح على: <https://www.saudigazette.com.sa/article/651026/SAUDI-ARABIA/Saudization-rates-raised-in-4-healthcare-professions-from-Thursday>

-المراجع الأجنبية-

International Council of Nurses (ICN). (2021، يونيو) Nursing workforce and global mobility report. Geneva: ICN. Available at: <https://www.icn.ch> .

International Council of Nurses (ICN). (2023، ديسمبر) Global Nursing Workforce Report. Geneva: ICN. Available at: <https://www.icn.ch>.

International Labour Organization (ILO). (2021، ديسمبر) Decent work for health workers. Geneva: ILO. Available at: <https://www.ilo.org> .

Ministry of Human Resources and Emiratisation (MOHRE – UAE). (2022، أغسطس) Nafis program and Emiratisation policies. Abu Dhabi: MOHRE. Available at: <https://www.mohre.gov.ae> .

National Health Service (NHS Digital). (2019، مارس) Workforce statistics in England, 2018. London: NHS Digital. Available at: <https://digital.nhs.uk> .

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019، أكتوبر) Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. Available at: <https://www.oecd.org>.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023، أكتوبر) Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. Available at: <https://www.oecd.org>.

World Health Organization (WHO). (2020، مايو) Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int> .

World Health Organization (WHO). (2020، ديسمبر) State of the world's nursing 2020. Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int>.

World Health Organization (WHO). (2021، أكتوبر) Health Workforce 2021 Report. Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int>.

World Health Organization (WHO). (2022، فبرراير) Health workforce support and safeguards list. Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int> .

World Health Organization (WHO). (2023، ديسمبر) Human resources for health observer series: No. 27. Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int>.

الملاحق

-الاستبانة

تعليمات الإجابة العامة

- مقياس ليكرت (5 نقاط): 1=لا أوافق بشدة، 2=لا أوافق، 3=محايد، 4=أوافق، 5=أوافق بشدة.
- ضع علامة (✓) تحت الخيار المناسب لكل بند.

القسم (أ): الرضا الوظيفي — مقياس ليكرت (١٠) بنود

م	العبارة	1	2	3	4	5
1	أنا راضٍ عن مستوى الرواتب في وظيفتي الحالية.	☐	☐	☐	☐	☐
2	الحوافز المالية والمعنوية المقدمة كافية ومحفزة.	☐	☐	☐	☐	☐
3	أشعر بالعدالة والشفافية في الترقيات وتقييم الأداء.	☐	☐	☐	☐	☐
4	لديّ أمان وظيفي واستقرار في جهة عملي.	☐	☐	☐	☐	☐
5	ساعات العمل تسمح بتوازن جيد بين العمل والحياة.	☐	☐	☐	☐	☐
6	أحصل على تأمين صحي ومزايا وظيفية مرضية.	☐	☐	☐	☐	☐
7	ثقافة التقدير والاعتراف بالجهود موجودة في المؤسسة.	☐	☐	☐	☐	☐
8	مساري الوظيفي واضح ويحفّزني على التطور.	☐	☐	☐	☐	☐
9	أشعر بالرضا العام عن عملي في القطاع الصحي.	☐	☐	☐	☐	☐
10	التوطين في القطاع الصحي يزيد اعتزازي بمهنتي.	☐	☐	☐	☐	☐

القسم (ب): بيئة العمل (١٠) بنود

م	العبارة	1	2	3	4	5
1	البنية التحتية والتجهيزات الطبية كافية وحديثة.	☐	☐	☐	☐	☐
2	إجراءات السلامة والصحة المهنية مطبقة بفاعلية.	☐	☐	☐	☐	☐
3	توفر نظم إلكترونية (سجلات/موارد) يسهل العمل.	☐	☐	☐	☐	☐
4	توزيع المهام عادل ويحد من ضغط العمل.	☐	☐	☐	☐	☐
5	ثقافة العمل الجماعي والتعاون واضحة في الفريق.	☐	☐	☐	☐	☐
6	الإشراف الإداري والقيادة المهنية فعالان.	☐	☐	☐	☐	☐
7	بيئة العمل تراعي التنوع والاحترام المتبادل.	☐	☐	☐	☐	☐
8	المناوبات منظمة وتراعي الصحة النفسية.	☐	☐	☐	☐	☐
9	تتوافر قنوات اتصال واضحة لحل المشكلات.	☐	☐	☐	☐	☐
10	بيئة العمل محفزة للإنتاجية والابتكار.	☐	☐	☐	☐	☐

القسم (ج): التدريب والتأهيل (١٠) بنود

م	العبارة	1	2	3	4	5
1	تتوافر برامج تدريب مستمر مرتبطة باحتياجات العمل.	☐	☐	☐	☐	☐
2	حصلت على دورات متخصصة كافية خلال العام الماضي.	☐	☐	☐	☐	☐
3	التدريب ينعكس إيجاباً على جودة خدمتي للمرضى.	☐	☐	☐	☐	☐
4	برامج التطوير ترتبط بمسارات الترقّي الوظيفي.	☐	☐	☐	☐	☐
5	فرص الابتعاث/الزمالة متاحة بشفافية وعدالة.	☐	☐	☐	☐	☐
6	التدريب الإلكتروني (عن بُعد) متاح وفعال.	☐	☐	☐	☐	☐
7	التدريب يغطي التخصصات النادرة واحتياجات السوق.	☐	☐	☐	☐	☐
8	المشاركة بالمؤتمرات وورش العمل مدعومة.	☐	☐	☐	☐	☐
9	لدي وقت كافٍ مخصص للتدريب أثناء الدوام.	☐	☐	☐	☐	☐
10	التكامل بين الجامعات وجهات العمل يحسن مخرجات التدريب.	☐	☐	☐	☐	☐

القسم (د): مفاهيم عامة مرتبطة بالتوطين الصحي (40) بند

م	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	أوافق بشدة	ملاحظات / تعديل
1	التوطين في القطاع الصحي يعزز الأمن الصحي الوطني.	☐	☐	☐	☐	☐	
2	برامج التحول الصحي ساعدت على خلق فرص عمل جديدة للسعوديين.	☐	☐	☐	☐	☐	
3	وزارة الصحة وضعت أهدافاً استراتيجية لزيادة نسبة السعودية بحلول 2030.	☐	☐	☐	☐	☐	
4	محدودية الكفاءات الوطنية في بعض التخصصات الطبية تمثل عائقاً للتوطين.	☐	☐	☐	☐	☐	

5	برامج التدريب والابتعاث ترفع كفاءة الممارسين الصحيين السعوديين.	☐	☐	☐	☐	☐
6	ضعف الحوافز المالية يقلل من استبقاء الكوادر الوطنية.	☐	☐	☐	☐	☐
7	بيئة العمل الإيجابية تزيد من رغبة الكوادر الوطنية في الاستمرار.	☐	☐	☐	☐	☐
8	هناك فجوة بين مخرجات التعليم الصحي واحتياجات سوق العمل.	☐	☐	☐	☐	☐
9	الدعم الحكومي ساعد في رفع نسب السعودة في السنوات الأخيرة.	☐	☐	☐	☐	☐
10	القطاع الخاص لا يزال يعتمد بشكل كبير على الكوادر الوافدة.	☐	☐	☐	☐	☐
11	برامج "نطاقات" المطورة ساهمت في تحسين فرص السعوديين في القطاع الصحي.	☐	☐	☐	☐	☐
12	السعودة في التخصصات الإدارية أسهل من التخصصات الطبية الدقيقة.	☐	☐	☐	☐	☐
13	توزيع الكوادر الصحية بين المناطق غير متوازن.	☐	☐	☐	☐	☐
14	رفع الرواتب والحوافز يزيد من إقبال السعوديين على التخصصات الصحية.	☐	☐	☐	☐	☐
15	ضعف التدريب العملي أثناء الدراسة يؤثر على جاهزية الخريجين.	☐	☐	☐	☐	☐
16	برامج الدعم مثل (هدف) ساعدت في تحفيز القطاع الخاص على التوظيف.	☐	☐	☐	☐	☐
17	الاعتماد المفرط على الوافدين يشكل تهديداً للأمن الصحي.	☐	☐	☐	☐	☐
18	بعض المنشآت الصحية تقاوم تطبيق نسب السعودة.	☐	☐	☐	☐	☐
19	السعودة تساهم في تعزيز الهوية الوطنية داخل المؤسسات الصحية.	☐	☐	☐	☐	☐
20	زيادة أعداد خريجي الكليات الصحية يعزز فرص التوظيف مستقبلاً.	☐	☐	☐	☐	☐
21	ضعف التنسيق بين وزارة الصحة والجامعات يؤثر على التوظيف.	☐	☐	☐	☐	☐
22	برامج التدريب الإلكتروني تسهم في رفع كفاءة الكوادر الوطنية.	☐	☐	☐	☐	☐
23	الهجرة الداخلية (من المناطق الطرفية إلى المدن) تعيق توزيع الكوادر.	☐	☐	☐	☐	☐
24	السعودة تقلل من تكاليف الاستقدام على المدى الطويل.	☐	☐	☐	☐	☐
25	السعودة تزيد من رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية.	☐	☐	☐	☐	☐
26	ندرة التخصصات النادرة تعيق تطبيق التوظيف الكامل.	☐	☐	☐	☐	☐
27	مبادرات مجلس الشورى تدعم رفع نسب التوظيف الصحي.	☐	☐	☐	☐	☐
28	وجود مسارات مهنية واضحة يحفز الشباب على الالتحاق بالقطاع الصحي.	☐	☐	☐	☐	☐
29	السعودة تساهم في نقل المعرفة وتطوير الكفاءات الوطنية.	☐	☐	☐	☐	☐
30	بعض السعوديين يفضلون العمل الإداري على الميداني.	☐	☐	☐	☐	☐
31	التوظيف يحتاج إلى مؤشرات متابعة دقيقة لقياس النجاح.	☐	☐	☐	☐	☐
32	ضعف الاستقرار الوظيفي يزيد من معدلات ترك المهنة.	☐	☐	☐	☐	☐
33	زيادة برامج الابتعاث تساعد في توفير تخصصات دقيقة.	☐	☐	☐	☐	☐
34	وجود مراكز تدريب إكلينيكية كافية يعزز التوظيف.	☐	☐	☐	☐	☐

_____	☐	☐	☐	☐	☐	السعودة تساهم في تعزيز الثقة بين الممارس الصحي والمريض.	35
_____	☐	☐	☐	☐	☐	زيادة الاستثمارات في القطاع الصحي ترفع فرص التوظيف.	36
_____	☐	☐	☐	☐	☐	ضعف نظام الترقيات يقلل من استبقاء الكفاءات السعودية.	37
_____	☐	☐	☐	☐	☐	السعودة الصحية تحتاج إلى خطط إقليمية مختلفة حسب المناطق.	38
_____	☐	☐	☐	☐	☐	التدريب على رأس العمل مهم لزيادة جاهزية الكوادر الوطنية.	39
_____	☐	☐	☐	☐	☐	التوطين الصحي يعزز الاستدامة في الخدمات الصحية.	40

الملخص Abstract

Saudi Arabia, within the framework of Vision 2030, seeks to enhance the localization of professions across various sectors, with particular attention to the healthcare sector due to its direct impact on community health and the stability of the healthcare system. The research problem centers on the increasing challenges facing the localization of healthcare professions, especially given the sector's high reliance on expatriate workers in critical fields such as nursing, pharmacy, and allied medical professions.

This study aims to examine the current state of healthcare localization in the Kingdom and analyze the main obstacles hindering the success of localization policies, including low engagement of national cadres in certain specialties, the gap between educational outputs and labor market needs, and administrative and organizational challenges in retaining national competencies.

The research also explores potential solutions, such as improving the work environment in both public and private hospitals, developing training and qualification programs, and providing financial and non-financial incentives to attract national cadres to critical healthcare professions.

Methodologically, the study adopts a descriptive-analytical approach, supported by comparative and inductive methods, relying on official data and statistics issued by the Ministry of Health, the General Authority for Statistics, and the Saudi Commission for Health Specialties for the period 2018–2024. Academic Saudi studies and international reports were also utilized for comparison and reference.

The significance of this research lies in its integrated perspective, combining quantitative (statistical) and qualitative (analytical) dimensions, enabling policymakers to design practical and applicable strategies for healthcare localization.

The findings are expected to contribute to enhancing the Kingdom's capacity to achieve Vision 2030 targets regarding healthcare localization and ensuring the sustainability of national human resources in addressing future healthcare challenges.



Midocean University

College of Management

Department of Human Resources

Title in English

The Impact of Training, Work Environment, and Job Satisfaction on Saudization of Health Professions in Saudi Arabia .

Prepared by:

Reem F. Al-Shehan

Supervised by:

Dr. Al-Faisal Abdulhamid , Dr. Fayez Jarad

Year:

2025