

الاجابة النموذجية

-السؤال الاول (4ن)

1. **عدم الملموسية (0.5ن)**
 - **المشكل:** المرضى لا يستطيعون رؤية "جودة" الفحص مقدماً، فيحكمون عبر فوضى قاعة الانتظار، الإضاءة، غياب اللافتات، وسلوك الاستقبال. (0.25ن)
 - **القرار:** تحسين البيئة المادية والخدمات التكميلية (تنظيم القاعة، نظافة، إضاءة مريحة، لافتات واضحة)، مع حملة تواصل تشرح المسارات وتقوي "الأدلة الملموسة" على الجودة. (0.25ن)
2. **التلازم بين الإنتاج والاستهلاك (عدم القابلية للفصل)**
 - **المشكل:** لحظة تقديم الخدمة نفسها (الاستقبال، الفحص) هي ما يبني الانطباع، وأي توتر أو سوء تعامل في الواجهة يضر الصورة الذهنية رغم جودة التشخيص.
 - **القرار:** تدريب الطاقم الأمامي (استقبال، تمريض، أطباء) على مهارات التعامل والاتصال مع المرضى، ووضع معايير سلوك خدمة واضحة ومراقبة تطبيقها.
3. **التذبذب/عدم التجانس في الجودة**
 - **المشكل:** تجربة المريض تختلف بحسب وقت القدوم (ذروة/غير ذروة)، والموظف الذي يتعامل معه، ما يخلق شكوى من طول الانتظار وفوضى متكررة.
 - **القرار:** وضع إجراءات عمل موحدة (بروتوكولات استقبال وفرز ومعلومات)، وتوزيع عادل للموارد البشرية حسب أوقات الذروة، مع متابعة دورية لمؤشرات الأداء (زمن الانتظار، عدد الشكاوى).
4. **الزواجية/عدم إمكانية التخزين**
 - **المشكل:** طاقة الاستعجالات تضيق في أوقات الفراغ، وفي أوقات الذروة لا يمكن "سحب" خدمات من المخزون، فيظهر اكتظاظ وطوابير طويلة.
 - **القرار:** تنظيم الطلب عبر الحجز المسبق للخدمات غير الاستعجالية، وفصل مسارات الحالات العادية عن الحرجة، وإعادة جدولة الموارد لتتوافق مع أوقات الذروة (مناوبات إضافية، فتح شبابيك أكثر).
- **السؤال الثاني: (2ن)**
 - **الخدمة في مصلحة الاستعجالات تُصنّف ضمن خدمات معالجة الناس (0.5ن) ذات اتصال شخصي عال**
 - **((0.5ن) ومباشر (0.5ن))** لأنها تتعلق مباشرة بجسم المريض وحالته الصحية (فحص، تشخيص، علاج في حالة حضور جسدي للمريض داخل المستشفى)
 - **التبرير من السند:** السند يذكر أن المرضى يحضرون إلى مصلحة الاستعجالات، ينتظرون في قاعة الاستقبال، ثم يتوجهون إلى الشبابيك والأطباء للحصول على التشخيص والعلاج، أي أن موضوع المعالجة هو الشخص نفسه وليس ممتلكاته أو بياناته فقط. (0.5ن)
- **السؤال الثالث:**
 - **أولاً: نظام خدمة (3ن)**
 - 1. **المدخلات ((2 × 0.5)ن):**
 - المرضى الوافدون إلى المستشفى بحالات استعجالية مختلفة.
 - الموارد الطبية: أطباء، ممرضون، تجهيزات، أدوية، أسرة.
 - 2. **العمليات ((2 × 0.5)ن):**
 - استقبال المريض، فتح ملفه، فرز حسب درجة الاستعجال، توجيهه للطبيب.
 - فحص وتشخيص الحالة، إجراء الفحوص (تحاليل، أشعة)، ثم تقديم العلاج أو التوجيه للإقامة/الخروج.
 - 3. **المخرجات ((2 × 0.5)ن):**
 - مرضى عولجوا أو استقرت حالتهم أو تم توجيههم لأقسام أخرى أو الخروج.
 - معلومات وتقارير طبية محدثة حول حالة المريض (ملف طبي).
 - **ثانياً: الأمامية/الخلفية والإخفاق (1.5ن)**
 - 1. **المرحلة الأمامية:** قاعة الاستقبال والانتظار، شبابيك التسجيل، تفاعل المريض مع موظفي الاستقبال والأطباء والمرضى داخل قاعات الفحص والعلاج. (0.5ن)
 - 2. **المرحلة الخلفية:**

2. مخبر التحاليل والأشعة، الصيدلية الداخلية، إدارة الملفات والمعلومات، صيانة الأجهزة، تنظيم الموارد البشرية واللوجستية. (0.5ن)

3. **إخفاق الخلفية وكيف يظهر في الواجهة** مثال: تأخر مخبر التحاليل أو عطل جهاز الأشعة يؤدي إلى طول انتظار المريض في قاعة الاستقبال، في تصور الزبون المشكلة على أنها سوء خدمة في الواجهة؛ أو نقص الأدوية في المخزون الخلفي يظهر للمريض كرفض أو تأخر في العلاج. (0.5ن)

السؤال الرابع: (6 ن)

أنماط الطلب الأربعة ونتائجها (2ن)

- الطلب المفرط جداً: الطلب أكبر بكثير من الطاقة القصوى؛ النتيجة: فقدان فرص خدمية، عدم تلبية كل المرضى، انطباع سلبي، تهديد الاستدامة.
- الطلب المرتفع فوق المستوى الأمثل: أكبر من الطاقة المثلى وأقل من القصوى؛ النتيجة: خدمة تُقدّم للجميع لكن مع ضغط، أخطاء، تأخر، انخفاض رضا، ضرر بصورة المستشفى.
- الطلب المتوازن (الأمثل): (مساواة تقريبية بين الطلب والطاقة المثلى؛ النتيجة: كفاءة تشغيلية عالية، رضا مرتفع، استغلال جيد للموارد دون إنهاك.
- الطلب المنخفض/المنعدم: أقل من الطاقة المثلى أو شبه غائب؛ النتيجة: طاقة معطّلة، ارتفاع التكاليف للوحدة، ضعف الإيرادات، ملل الموظفين، خسائر تشغيلية وتسويقية.

العوامل التي تفسّر تغيير أنماط الطلب (2ن)

- نفسية/سلوكية وصورة ذهنية: تجربة سيئة (انتظار، فوضى، سوء استقبال) تخفّض الطلب لاحقاً رغم جودة التشخيص؛ التسويق بالعلاقات ضروري لاستقرار الطلب.
- زمنية: أوقات اليوم/الأسبوع/المواسم المرضية تخلق ذروة وركوداً (مثلاً صباحاً اكتظاظ، منتصف اليوم طلب أقل).
- اجتماعية/ثقافية: عادات ومناسبات (دينية، وطنية) تغيّر توقيت الإقبال على المستشفى.
- اقتصادية: الأزمات أو تحسّن الدخل تؤثر في لجوء الناس للمستشفى الجامعي بدل خاص أو بالعكس.
- تكنولوجية: رقمنة حجز المواعيد قد تخفّض الضغط في الشباك وتغيّر شكل الطلب.
- طبيعية/بيئية وتنظيمية/حكومية: موجات حرّ، أوبئة، قرارات تنظيمية (حملات تلقيح، تنظيم جديد للاستعجال) ترفع أو تخفض الطلب.

إجراءات تنظيمية وتسويقية لكل نمط (2ن)

4. عند الطلب المفرط جداً. (0.5ن)

- تنظيمي: فرز أولي صارم، نظام حجز أو تحويل بعض الحالات غير المستعجلة لأوقات أخرى، تعزيز الطاقم مؤقتاً، أنظمة انتظار عادلة.
- تسويقي: توعية المرضى بما هو "استعجالي حقيقي"، توجيه عبر حملات وملصقات، إعلام بوجود بدائل أو أوقات أقل ازدحاماً.

5. عند الطلب المرتفع فوق المستوى الأمثل. (0.5ن)

- تنظيمي: تحسين كفاءة العمليات (إعادة جدولة العمل، إعادة توزيع الموظفين بين الفترات/المصالح، استئجار تجهيزات أو عمال مؤقتين في الذروة).
- تسويقي: توجيه جزء من الطلب إلى "الفترات خارج أوقات الذروة" عبر رسائل وتوقيت خدمات.

6. عند الطلب المتوازن (الأمثل). (0.5ن)

- تنظيمي: تثبيت نمط العمل الحالي والمحافظة على الطاقة المثلى، تحسينات مستمرة صغيرة دون توسّع مفرط.
- تسويقي: دعم الصورة الجيدة، تعزيز الثقة، تشجيع احترام المواعيد والمسارات القائمة حتى لا ينزلق الوضع إلى مفرط أو منخفض.

7. عند الطلب المنخفض أو المنعدم. (0.5ن)

- تنظيمي: إعادة تصميم الخدمة أو دمجها، تخفيض الموارد المخصصة دون المساس بالخدمات الأساسية، استغلال الموظفين في مهام أخرى.
- تسويقي: حملات توعية وتعريف بالخدمة، عروض تحفيزية (إن كانت خدمة مدفوعة)، استهداف شرائح جديدة، دراسة أسباب الرفض أو الجهل بالخدمة ثم تعديل خصائصها أو طريقة تقديمها.

• - السؤال الخامس: 1.5ن

8. طريقة التسعير الأنسب: التسعير الحكومي (التسعير بالتعريف الرسمية). (0.5ن) مع هامش بسيط للخدمات الاختيارية. (0.5ن)
- التعليق: لأن المستشفى الجامعي العمومي يخضع لتعريفية صحية رسمية تضبطها الدولة، فلا يمكنه التسعير الحر، بل يلتزم بالتسعيرة العمومية للخدمات الأساسية، ويضيف فقط رسوماً رمزية على خدمات اختيارية لا تمس مبدأ المساواة في الولوج إلى العلاج. (0.5ن)

• هدفين رئيسيين لهذا التسعير في الخدمات الصحية: (0.5ن)

- ضمان عدالة الولوج إلى العلاج الضروري لكل المرضى بغض النظر عن القدرة الشرائية.
- التحكم في تكاليف الرعاية الصحية والحد من ارتفاع الأسعار لحماية الأسر والنظام الصحي.
- تحسين تغطية التكاليف/جودة الخدمة: الرسوم الرمزية على الخدمات المريحة تساعد في تمويل جزء من التكاليف دون تحويل المستشفى إلى منطق ربحي، وتسمح بتطوير بعض الجوانب (تقارير، راحة، تجهيزات) دون المساس بالحقوق الأساسية في العلاج.

• السؤال السادس: 2ن

- يعتمد المستشفى الجامعي العمومي نمط توزيع مباشر؛ إذ تُقدّم الخدمة الصحية داخل المستشفى نفسه دون وسطاء أو قنوات توزيع تسويقية. (0.5ن)
- ومن حيث كثافة التوزيع، فهو أقرب إلى التوزيع المحصور لأن منفذ تقديم الخدمة الرئيسي هو مؤسسة واحدة متخصصة (المستشفى الجامعي) وليست هناك فروع أو شبكة وكلاء تقدّم نفس الخدمة الجامعية المتخصصة. (0.5ن)
- هذا النمط مناسب لطبيعة المستشفى الجامعي التعليمي لسببين رئيسيين:
 - تركّز المرضى وطلبة الطب والأساتذة في نقطة تقديم واحدة يسهّل الإشراف العلمي والتطبيقي ويدعم الوظيفة التعليمية والبحثية للمستشفى. (0.5ن)
 - حصر الخدمات الجامعية المعقّدة في مؤسسة واحدة يسهّل ضبط الجودة والسلامة واستغلال التجهيزات العالية التقنية بكفاءة، بدل تشتيتها بين عدة منافذ توزيع. (0.5ن)