

محاسبة تكاليف الجودة وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية:

"دراسة ميدانية على المستشفيات الخاصة بمحافظة حضرموت"

The Impact of Quality Costs Accounting on Improving the Quality of Health Services: A Field Study at Hadhramout Private Hospitals

<https://aif-doi.org/AJHSS/107705>

اعداد

د/ علي أوبكر باوزير⁽¹⁾

الباحث/ محمد خميس علي سالم بن صالح⁽²⁾

(1) عميد كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

جامعة الأواثل الحديثة - حضرموت

(2) باحث

المُلخص

حسب تقديرات عينة الدراسة، كما توصلت الدراسة إلى وجود تأثير لتكاليف الجودة بأبعادها (تكاليف المنع، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي) في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة، واتفقت عينة الدراسة على ما توصلت إليه الدراسة من نتائج. وقدمت الدراسة عدد من التوصيات أهمها: زيادة الاهتمام بتكاليف الجودة في المستشفيات محل الدراسة بجميع أبعادها باعتبارها متغير مهم يؤثر في جودة الخدمات الصحية، وكذلك ضرورة تعزيز مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة، بهدف التحسين المستمر والوصول بجودة الخدمة الصحية إلى مستوى جودة الخدمات الصحية في الدول المتقدمة.

كلمات مفتاحية: تكاليف الجودة،

محاسبة التكاليف، المستشفيات بحضرموت، جودة الخدمات، الخدمات الصحية.

هدفت الدراسة إلى تحديد أثر محاسبة تكاليف الجودة من خلال أبعادها المتمثلة في (تكاليف الوقاية، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي) في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة بمحافظة حضرموت، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها، و شمل مجتمع الدراسة (8) مستشفيات خاصة من المستشفيات العاملة في محافظة حضرموت، ونظراً لصغر حجم مجتمع الدراسة فقد تم اعتماد أسلوب الحصر الشامل لتحديد عينة الدراسة التي شملت (86) موظفاً من العاملين المرتبطين بالإدارة المالية في المستشفيات محل الدراسة. وبعد إجراء التحليل الإحصائي باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: أن تطبيق تكاليف الجودة في المستشفيات محل الدراسة وكذلك مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة كان عالياً

Abstract

The study aimed to determine the impact of quality costs accounting through its dimensions of (prevention costs, evaluation costs, internal failure costs & external failure costs) on the quality of health services at private hospitals in the Hadhramout Governorate. The study used the descriptive analytical method to achieve its objectives and to test its hypotheses. The study community reached (8) private hospitals operating at Hadhramout province, given the small size of the study community, the complete census method was adopted to determine the sample of the study, which included (86) employees associated with financial management in hospitals. Based on the statistical analysis conducted through using the statistical package for social sciences (SPSS), the study findings revealed; There was a high level of the application of quality costs, as well as the quality of health services at the hospitals under

study. The study also revealed a positive impact of quality costs with all of its dimensions (prevention costs, evaluation costs, internal failure costs, external failure costs) on the quality of health services at the hospitals under study. Based on the findings, the study recommended the private hospitals in Hadhramout Governorate to increase the application of quality costs with all of its dimensions due to its impact on improving the quality of health services, as well as the need to strengthen the quality of health services at those hospitals, with a view to continuous improvement of quality of health service to the level of quality exists at developed countries.

Keywords: Quality costs, Quality accounting, Hadhramout Governorate, Quality services, Health Service

أولاً/ الإطار المنهجي Methodological Framework

تمهيد PerFace

تشكل المنافسة تحدياً كبيراً للمنظمات يتطلب الاستجابة له والتغلب عليه انتهاز مجموعة من الاستراتيجيات التي تركز على جودة المنتجات والخدمات (حليجل وسلمان، 2014، 3)، ويؤكد Hossain et al. (2017، 65) أن المنظمات التي تقوم باستخدام الجودة كأداة للحصول على ميزات المنافسة، قد تجاوزت المنافسين لها. وقد أصبحت الجودة مهمة للزبائن عندما يقرروا شراء خدمة أو منتج، كما أن الجودة تعتبر فائدة استراتيجية للمنظمات وذلك لكسب وإبقاء النجاح لها في عالم الأعمال (Johnson & 176، 2013، Yousapronpaiboon).

تبرز أهمية موضوع محاسبة تكاليف الجودة "كونها تُعدّ من الموضوعات التي تشكل تحدياً للباحثين لسببين: الأول أنّ المكون الأهم والجوهري من تكاليف الجودة هي تكاليف مخفية، وهي بالضرورة غير قابلة للقياس الكمي، والتحدي الآخر أنّ نتائج محاسبة تكاليف الجودة لا يمكن تلمسها بالأمد المنظور فهي تكاليف ذات مضامين استراتيجية تؤثر بالمركز التنافسي للمنظمات ويفي قدرتها على النمو والازدهار وتحقيق المزايا الاستراتيجية" (الفضل وغدير، 2012، 2).

تشير الإحصاءات بأن عدد المنشآت الصحية في اليمن وصلت إلى (14598) منشأة في العام 2012م منها: (180) مستشفى خاص، (327) مستوصف، و(597) مركز طبي، و(678) عيادات أطباء عموم، و(1، 097) عيادات تخصصية، و(779) عيادات أسنان، و(129) معامل أسنان، و(1، 321) مختبر، و(105) عيادات أشعة، و(1، 396) عيادات إسعاف أولية، و(61) عيادات قبالة، و(184) مجالات بصريات، و(3، 363) صيدلية، و(4، 381) مخزن أدوية، وكان للقطاع الخاص دور فاعل فيه تمكن معه من تقديم العديد من الخدمات الصحية وفتح أقسام ذات تخصصات مختلفة مما خفف على المستشفيات الحكومية من ضغوط حالات المرضى المتزايدة، إضافة إلى تخفيف عبء السفر إلى الخارج نظراً لتوفير الإمكانيات في هذا القطاع (المركز الوطني للمعلومات، 2013).

نظراً لأهمية الخدمات الصحية كونها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بصحة وحياة الإنسان التي هي أعلى ما يملك في هذه الحياة، ولذلك يعد الدراسة والدراسة لجوانب الخدمات المتعلقة بصحة وحياة الإنسان من أهم المجالات التي يجب استهدافها بالدراسة والدراسة، ولذلك هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر محاسبة تكاليف الجودة في تحسين جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة بمحافظة حضرموت.

مشكلة الدراسة The Research Problem

تتمثل مشكلة الدراسة في عدم وجود نموذج معرفي يتناول موضوع محاسبة تكاليف الجودة وأثرها في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت، بالرغم من وجود الحاجة التطبيقية الماسة لدراسة واستقصاء هذا الموضوع في البيئة اليمنية، ويمكن إبراز مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي ما أثر محاسبة تكاليف الجودة في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت؟ ويتفرع عن هذا السؤال الرئيس أربعة أسئلة فرعية وهي:

1. ما أثر تكاليف الوقاية في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في محافظة حضرموت؟
2. ما أثر تكاليف التقييم في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في محافظة حضرموت؟

3. ما أثر تكاليف الفشل الداخلي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في محافظة حضرموت؟
4. ما أثر تكاليف الفشل الخارجي في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة العاملة في محافظة حضرموت؟

أهمية الدراسة Importance Of The Research

تبرز أهمية هذه الدراسة من أهمية المتغيرات التي تم تناولها والمؤسسات الصحية والمجال الذي تم تطبيقها فيه، حيث ربطت بين تناول مفهوم تكاليف الجودة ومفهوم جودة الخدمة الصحية بوصفهما من أهم المفاهيم المحاسبية والإدارية الحديثة، والتي هي بحاجة إلى مزيد من الدراسة والدراسة وخاصة في بيئة حيوية وهامة كبيئة المؤسسات الصحية اليمنية، كون هذين المفهومين من المفاهيم التي تسعى لها الكثير من المؤسسات الصحية لضمان بقاءها في بيئة تتصف بالتقلبات والمنافسة الشديدة، إذ تُعد جودة الخدمة الصحية من المحددات الأساسية والهامة في بقاء تقدمها واستمرارها بما يلبي حاجات العملاء ورغباتهم، والتي يعتمد تحسينها بشكل كبير على قياس وإدارة تكاليف جودة الخدمات. ويمكن تحديد أهمية الدراسة في تحديد أثر محاسبة تكاليف الجودة في تحسين جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت على النحو الآتي:

- الأهمية النظرية:

1. يمثل هذا الدراسة إضافة معرفية إلى المكتبة الأكاديمية العربية كون موضوع دراسة تكاليف الجودة في المستشفيات الخاصة جدير بالدراسة والتعمق لقلة البحوث والدراسات الحالية التي تناولت هذا الموضوع.
2. تزايد الاهتمام بجودة الخدمات الصحية في أغلب المنظمات الصحية، نظراً لتزايد عددها ومحدودية الفرص فيها، وتأتي هذه الدراسة للإسهام في سد النقص الموجود في هذا المجال.
3. يمثل هذا الدراسة محاولة لتوضيح مزايا وفوائد محاسبة تكاليف الجودة، وكونها وسيلة مثلى تساعد في تخفيض التكاليف من جهة، ومن جهة أخرى تحقق مزيداً من الربحية للمستشفى التي تقوم بتطبيقه.
4. تبرز كذلك الأهمية النظرية لهذا الموضوع كون مفهوم تكاليف الجودة أحد المفاهيم الحديثة في بيئة المحاسبة فكراً وتطبيقاً.

- الأهمية العملية:

1. وجود العديد من الدراسات التي تناولت مفهوم وتطبيق محاسبة تكاليف الجودة وأهميتها في بيئة الأعمال التجارية والصناعية، بينما لم تعط هذه الدراسات القدر الكافي من الاهتمام بتطبيقها على بيئة الخدمات الصحية.

2. تأتي الأهمية العملية لهذا الدراسة كذلك من الدور البارز الذي تلعبه المستشفيات الخاصة اليمنية في دعم الاقتصاد الوطني والاستقرار الاجتماعي، وذلك يتطلب الاهتمام بجودة الخدمة الصحية التي تقدمها تلك المستشفيات، حيث سيساعد ذلك في تعزيز سمعتها على المستوى المحلي، والعربي ومن ثم زيادة حصتها السوقية.
3. تساهم هذه الدراسة في حث المؤسسات الصحية في اليمن على الاهتمام بمفهوم تكاليف الجودة بوصفه أحد المفاهيم الهامة التي تُعدُّ مدخلاً مهماً في جودة الخدمة الصحية المقدمة.
4. المساهمة في إثارة الاهتمام في استخدام محاسبة تكاليف الجودة في المستشفيات الخاصة اليمنية، للاستفادة من دورها البارز في تعزيز مستوى تحقق جودة الخدمة الصحية التي تقدمها.
5. المساهمة في توضيح دور المحاسبين والإدارة المالية ذات العلاقة بمحاسبة تكاليف الجودة في جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الخاصة اليمنية.

أهداف الدراسة Objectives Of Research

تهدف هذه الدراسة إلى:

- 1- التعرف على تكاليف الجودة في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت.
- 2- الوقوف على مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت.
- 3- تحديد أثر محاسبة تكاليف الجودة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة محافظة حضرموت.

فرضيات الدراسة Research Hypotheses

تم صياغة فرضية رئيسية للبحث كالتالي:

➤ الفرضية H1:

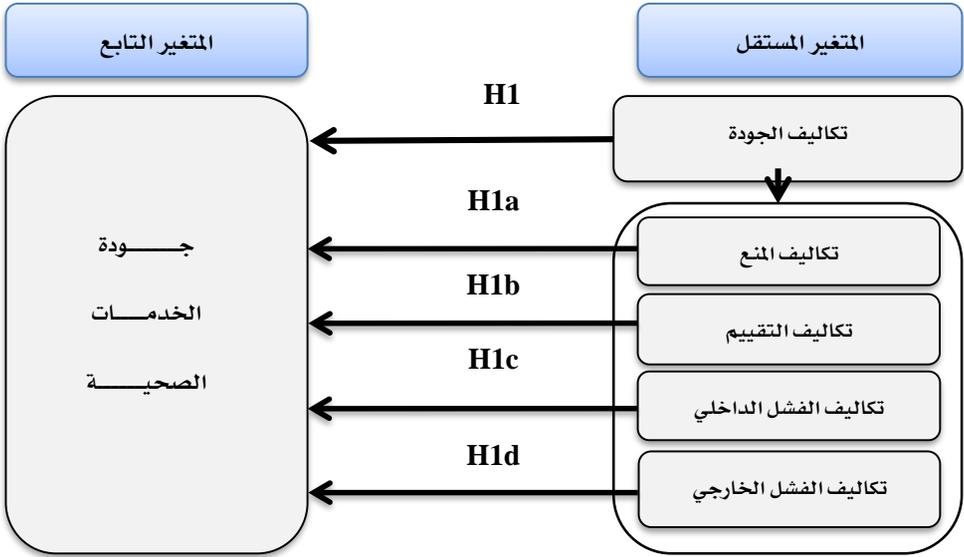
يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.05%) لتكاليف الجودة بأبعادها (تكاليف المنع، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي) في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت. وينبثق عن هذه الفرضية الفرضيات الفرعية الآتية:

1. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.05%) لتكاليف المنع في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت.
2. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.05%) لتكاليف التقييم في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت.

3. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.05%) لتكاليف الفشل الداخلي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت.
4. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.05%) لتكاليف الفشل الخارجي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت.

نموذج الدراسة:

وبناءً على ما سبق تم التوصل إلى تصميم النموذج المعرفي الافتراضي للدراسة بشكله النهائي وفقاً للشكل (1).



شكل (1): النموذج المعرفي للدراسة

المصدر: إعداد الباحثان، 2022.

حدود الدراسة Limitation Research Limitation

اقتصرت هذه الدراسة على الحدود الآتية:

الحدود المكانية:

وتمثلت في مجموعة من المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت.

الحدود البشرية:

تتمثل الحدود البشرية للدراسة في المديرين التنفيذيين والمدراء الماليين والمحاسبين والعاملين الذين يرتبط عملهم ارتباطاً مباشراً بالإدارة المالية في المجموعة المختارة من المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت

الحدود الزمانية:

انجزت الدراسة في سبتمبر 2022م.

الحدود الموضوعية:

تمثلت الحدود الموضوعية للدراسة في المتغير المستقل (محاسبة تكاليف الجودة) بأبعادها (تكاليف المنع، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي)، وفي المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

الحدود المؤسسية

وزعت استبانة الدراسة في المنشآت الصحية الآتية:

جدول رقم (1) المؤسسات الصحية التي أجريت عليها الدراسة

م	اسم المستشفى	المديرية	تاريخ التأسيس	عدد الأقسام	عدد العاملين في المستشفى	عدد العاملين في الإدارة المالية (مجتمع الدراسة)
1	مستشفى هيا لطب وجراحة العيون	المكلا	1999م	22	63	5
2	مستشفى بضة الخيري	دوعن	2002م	16	45	4
3	مستشفى صالح بابكر الخيري	وادي العين	1998م	19	48	6
4	مستشفى حضرموت الحديث	المكلا	2015م	15	316	21
5	مستشفى البرج الاستشاري	المكلا	2013م	13	456	32
6	مستشفى الريان التخصصي	المكلا	2012م	15	273	19
7	مستشفى بن زيلع الحديث	سيئون	2009م	14	82	8
8	مستشفى عبيد الخيري	تريم	2001م	9	38	4
9	مجمع الوادي الطبي	سيئون	1998م	8	64	3
	الإجمالي				1385	102

منهج الدراسة Research Methodology

اتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لكونه الأنسب لمثل هذا النوع من الدراسات.

ثانيا/ الدراسات السابقة Pervious Studies

وقف الباحثان على الدراسات الآتية التي تناولت أحد متغيرات الدراسة من جزئية مختلفة عما تتناوله الدراسة محل الدراسة وهذه الدراسات هي:

الدراسات باللغة العربية:

- 1- دراسة (الوشلي والمسوري، 2020): هدفت الدراسة الى التعرف على المعوقات الإدارية والتي تؤثر على فاعلية أقسام الطوارئ في المستشفيات العامة بصنعاء، وتوصلت الدراسة إلى وجود قصور في إعداد الخطط ومشاركة العاملين في إعدادها، ووجود عدد من المعوقات المتعلقة بوظائف التنسيق والتنظيم والرقابة بأقسام الطوارئ، وأوصت بضرورة إعداد خطة عامة لأقسام الطوارئ، والاهتمام ببرامج التدريب الطبية والإدارية للعاملين بأقسام الطوارئ.
- 2- دراسة (الموسوي، 2016): هدفت إلى دراسة وتحليل تكاليف الجودة الخفية، بغية التوصل إلى نموذج مقترح للاعتراف والمحاسبة عنها وفق المعايير الدولية للمحاسبة، وبما يتوافق مع متطلبات البيئة الاقتصادية العراقية، وتوصلت إلى أن الاعتراف بتكاليف الجودة الخفية يعطي صورة واضحة لإدارة الوحدة الاقتصادية عن مقدار تكاليف الجودة الخفية التي تتحملها، ويمكن اقتراح نموذج محاسبي للاعتراف والمحاسبة عنها وفق المعايير الدولية للمحاسبة ويكون قابل للتطبيق.
- 3- دراسة (بلعفون، 2016): هدفت لتحليل ودراسة أهمية تخفيض تكاليف الجودة في تحقيق الميزة التنافسية بأبعادها المختلفة، وأظهرت النتائج إلى أن وعي الإدارة بأهمية تخفيض تكاليف الجودة بكل أبعادها، تعطي أهمية كبيرة لتمييز المنتجات كمصدر لتفوقها عن بقية المنافسين، وبالتالي فهي تحقق ميزة تنافسية عالية بفضل جودة منتجها وقلة تكاليفها.
- 4- دراسة (حمودة، 2014): هدفت إلى معرفة واقع تكاليف الجودة من حيث إدراك الإدارة بأهمية قياس تكاليف الجودة، ومدى تطبيق أنظمة تكاليف الجودة ومدى اهتمامهم بأنواع ومسببات هذه التكاليف، وتوضيح المفاهيم المتعلقة بتكاليف الجودة ومعرفة الأثر المنعكس على الأداء المالي في شركات صناعة الأغذية الفلسطينية في قطاع غزة وتوصلت إلى إن ما نسبته 69.70% من إدارات الشركات الصناعية الفلسطينية اعتبرت تكاليف ضبط الجودة مجتمعة يمكن اعتبارها تكاليف استثمارية.

الدراسات الأجنبية:

- 1- دراسة (Neyestani & Juanzon، 2017): هدفت إلى زيادة كفاءة المنظمات لإنجاز أهدافها مثل رضا الزبون، والسعي إلى تخفيض المشكلات في الانتاج والتكاليف، وكشفت الدراسة إلى إمكانية أن تقوم الشركات بتحقيق رغبات الزبائن من خلال تخفيض والسيطرة على التكاليف النوعية(المنع والتقييم)، وأكدت الدراسة وجهة النظر التي تشير إلى تخفيض تكاليف الجودة الكلية على مدى الوقت من خلال زيادة تكاليف المنع والتقييم، وأن أغلب الشركات تبنت نظام الجودة ISO 9001 بمثابة دعاية لها في السوق، بدلاً من أن تستخدمها بشكل فعال لحل المشاكل التي تواجهها في الانتاج أو الأداء التنظيمي وفي الحد من تزايد تكاليف الفشل الداخلي والخارجي ولتخفيضها في مستوى أمثل.
- 2- دراسة (Sailaja & Viswanadhan، 2015): هدفت إلى قياس وتحديد تكاليف الجودة الخفية المباشرة وغير المباشرة وتحديد كل عناصرها ومدى تأثيرها على وضع المنظمة المالي، وخلصت إلى حقيقة ظهور عناصر تكاليف الجودة المخفية أو المستترة ثلاثة أضعاف من عناصر تكاليف الجودة المباشرة في التصنيع، ومن الممكن تخفيضها أو التغلب عليها بواسطة التبع الصحيح لها والدراسة عن جذور أسبابها.
- 3- دراسة (Thomasson & Wallin، 2013): هدفت إلى تطوير وتحسين مستمر عبر إيجاد إطار مفاهيمي لقياس ومراقبة تكاليف الجودة الرديئة COPQ في عمليات الانتاج للشركة الصناعية في السويد محل الدراسة، وخلصت إلى عدم وجود تأكيد في تحديد تكاليف الجودة الرديئة في عينة الدراسة، كذلك تقارير التكاليف الموجودة لا تعكس بصورة حقيقية تكاليف الجودة المخفية أو المستترة وبصورة معبرة.

ما يميز الدراسة عن الدراسات السابقة:

تشابه هذه الدراسة مع بعض الدراسات السابقة في كونها ستتناول مجال الخدمات في المؤسسات الطبية مع تركيز هذه الدراسة إلى جانب عمليات التشغيل كقياس ومعالجة تكاليف الجودة محاسبياً. لكن هناك اختلافات جوهرية بين الدراسة الحالية وبين الدراسات السابقة في تحديد مجتمع الدراسة كونها تناولت دراسة وتطبيق تكاليف الجودة على قطاع الصناعة ومدى الاختلاف في طبيعة تكاليف الجودة بين هذين القطاعين، وكذلك الغرض منها دراسة تكاليف الجودة ومعرفة مدى تأثيرها على مستوى الخدمات بالتطبيق على المؤسسات الطبية في اليمن وذلك للحصول على نتائج وصفية لهذا الواقع، وكذلك للمساعدة في فتح المجال أمام دراسات جديدة مبنية على نتائج هذه الدراسة لبحث هذا الموضوع من كل جوانبه.

ثالثا / الإطار النظري

1. جودة الخدمات الصحية

ترى منظمة الصحة العالمية (WHO) أن فاعلية أي نظام صحي إنما تعتمد على توافر مؤسسات طبية قادرة ومؤهلة ومستعدة على الدوام لمساعدة الكادر الطبي في تشخيص حالات المرض، والذي يسهم في جودة حياة الناس بشكل ملموس (WHO، 2017).

عرفت الجمعية الأمريكية لضبط الجودة (American Society for Quality- ASQ) الجودة بأنها "المجموع الكلي للمزايا والخصائص التي تؤثر في فترة المنتج على تلبية حاجات معينة" (ASQ، 2017)، وكذلك عرفت المنظمة الدولية للمواصفات (International Standardization (ISO) Organization بأن الجودة هي تلك "الدرجة التي تشبع فيها الحاجات والتوقعات الظاهرية والضمنية من خلال جملة الخصائص الرئيسة المحدد مسبقاً (Wordpress، 2014).

يشير Lanen et al. (2013، 284) إلى وجهتي نظر في تعريف الجودة هما:

- النظر الداخلي (Internal View (Customer Expectations): ويعني إلى مستوى توقعات الزبون من خصائص المنتج أو الخدمة الملموسة مثل الأداء، الذوق، والوظائف، وخصائصه غير الملموسة التي تتلخص في كيفية قيام رجال البيع أو مقدمي الخدمة للتعامل الأمثل مع الزبون في الوقت المطلوب للتسليم عند الطلب وهي وجهة نظر عالم الجودة جوران (Juran & Godfery)، 1999، (2.1) والعالم ديمنج (Suarez، 1992، 3).

- النظر الخارجي (External View (Conformance to Specifications): وتشير إلى الدرجة التي يكون فيها المنتج أو الخدمة مطابقاً للمواصفات والتصاميم التي وضعت لأجله العالم وهو ما يؤيده عالم الجودة كروسبي (Crosby (1979) (Dale، 2003، 52).

في المجال الصحي هناك العديد من تعريفات الجودة، حيث عرفها المعهد الطبي الأمريكي (The American Institute of Medicine-AIM) على أنها "الأمان، الكفاءة، التركيز على المريض، التوقيت المناسب، الفعالية، والإنصاف). وكما عرفتها أيضا وكالة الرعاية الصحية للمريض الصحيح (Agency for Health Care Research & Quality-AHCRQ) على أنها "فعل الشيء الصحيح للمريض الصحيح، بالطريقة الصحيحة في الوقت الصحيح للحصول على أفضل النتائج المرجوة" (NCQA، 2006، 6).

يرى الباحثان أنه يمكن تعريف الجودة على أنها مجموعة فلسفية من المفاهيم والأفكار ذات أبعاد ومضامين استراتيجية ابتداءً، ويتم تطبيقها بعمل مشترك من الإدارة والعاملين مع الالتزام بالمعايير، وذلك بهدف تحقيق أفضل النتائج المرجوة وتحسين رضا الزبون بأقل التكاليف ووفق التخطيط المسبق لها.

وضعت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization، WHO) ستة أبعاد مهمة يجب أن تتصف بها الخدمة الصحية وذلك لتطوير وتحسين مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية وهي (WHO، 9-10، 2006):

الكفاءة (Effectiveness): بحيث يتم تقديم الخدمة الصحية بأفضل طريقة والتوازن في تخصيص الموارد المتاحة وبين الخدمات المقدمة والمرضى المستفيدين منها دون أن يطغى جانب على آخر وذلك للحصول على أفضل النتائج.

الفعالية (Efficiency): وتعني قدرة تحقيق الفائدة المرجوة من التدخلات الصحية على تحسين صحة المستفيدين من الخدمة وذلك باستخدام التدخلات الصحية التي تقوم على أدلة علمية سواءً على مستوى المريض أو على مستوى المستشفى أو على مستوى المجتمع ككل.

سهولة الوصول (Accessibility): وهي درجة توافر الخدمة لمقابلة الاحتياجات الصحية لأفراد المجتمع دونما وجود أي عائق جغرافي أو اقتصادي أو اجتماعي أو حتى ثقافي وألا تكون مقيدة بحدود زمانية أو مكانية معينة.

القبول (Acceptable): وتعني أن تؤدي خدمة الرعاية الصحية بصورة مقبولة وتحظى بقبول المرضى وذويهم ومقدمي الخدمة أنفسهم من أطباء وممرضين وفنيين وأفراد المجتمع بشكل عام لتلبي جميع التوقعات.

منصف وعادل (Equitable): ويشمل هذا البعد أن يحصل المريض أو المستفيد على الخدمة الصحية بشكل منصف وعادل بعيداً عن انتماءاتهم السياسية أو الاجتماعية أو غيرها وبغض النظر عن مراكزهم الوظيفية أو علاقاتهم الشخصية بالمسؤولين أو بمقدمي الخدمة دون نقص أو تقصير أو إخلال في أداء الخدمات الصحية.

الأمان (Safety): وهي درجة خلو بيئة المؤسسة الصحية من كل المخاطر والأضرار، أي أن هذا البعد يهتم بتقليل المخاطر الناتجة عن تقديم الخدمة الصحية للمستفيدين.

أهداف الجودة

تهدف الجودة بشكل عام إلى تقليل التكاليف، وزيادة الإيرادات، وإسعاد الزبائن (إرضائهم)، وإعطاء صلاحيات للموظفين (Juran & Godfery، 1999، 390)، يرى الباحثان أن هدف إدارة الجودة في الخدمات بشكل عام والخدمات الصحية بشكل خاص هو إرضاء الزبون، من خلال تلبية متطلباته ورغباته وجعل هذا الأمر الهدف الرئيس لكل من يعمل في المنظمة في ظل المنافسة الشديدة بين المنظمات والسباق المحموم إلى إشباع رغبات الزبون من خلال ما يقدم لهم من جودة عالية سواء في السلع أو الخدمات.

2. معايير جودة الخدمات الصحية

في موضوع إطار الدراسة المتمثل في الخدمات الصحية، فقد تم تأسيس ما يُعرف بمنظمة اللجنة الدولية المشتركة (Joint Commission International-JCI) التي تمارس نشاطاتها منذ العام 1994 في أكثر من 80 دولة حول العالم، حيث صدقت واعتمدت ما يزيد عن 20,000 مؤسسة صحية من القطاعين العام والخاص.

معايير اللجنة الدولية المشتركة لجودة الخدمة الصحية (JCI)

تعمل معايير JCI على تحديد وتقييم الوظائف الرئيسية بالمستشفيات ومؤسسات الرعاية الصحية. تتضمن الوظائف الرئيسية تحقيق الأهداف العالمية المتعلقة بسلامة المرضى، توفر الخدمة، عمليات التقييم والرعاية، مكافحة العدوى، التعليم، إدارة المعلومات والموارد البشرية، نُظم إدارة المرافق المختلفة، النظم القيادية والإدارية (السياحة العلاجية، 2017).

3. تكاليف الجودة

يلعب نظام التكاليف دوراً مهماً من خلال توفير البيانات والمعلومات اللازمة والملائمة للاستخدام الداخلي، وبالشكل الذي يساعد الإدارة على أداء وظائفها بأعلى قدر من الكفاءة والفعالية. وقد قُدِّرَت التكاليف الكلية للجودة COQ من قِبَل Kent (2005) ما بين 5%-15% من المبيعات للشركات في بريطانيا، ومن قِبَل Crosby (1984) بحوالي 20%-35% من المبيعات لشركات الخدمات والتصنيع في الولايات المتحدة الأمريكية، ومن قِبَل Feigenbaum (2001) نحو 10% من العائدات أو الإيرادات (Sower et al., 2007، 122).

في ضوء ما سبق، أشار Juran & Godfery (1999، 251) أثناء دراستهما لتكاليف الجودة أن هناك عدة نقاط مهمة فيما يخص تكاليف الجودة قبل البدء في عرض التعريفات جدير بذكرها، وهي:

- ظهرت تكاليف الجودة أكبر مما هو عليه في التقارير المحاسبية لأكثر الشركات، وتبينت هذه التكاليف ما بين 10% - 30% من إجمالي قيمة المبيعات، أو ما بين 25-40% من تكاليف التشغيل وكانت من هذه التكاليف مرئية والبعض الآخر منها مخفية.
- معظم هذه التكاليف كانت نتيجة النوعية الرديئة في ظل غياب المعايير، كان من الممكن تجنبها.
- لم تكن هناك مسؤولية واضحة لدى إدارة تلك الشركات للعمل على تجنب تكاليف الجودة الرديئة.

مفهوم تكاليف الجودة

تُعبّر تكاليف الجودة كما يراها Hansen & Mowen (2003، 442) "عن الفرق بين تكلفة المنتج الفعلية، وتكلفة المنتج المنخفضة التي يمكن أن تحدث إذا لم يكن هناك إمكانية لحدوث خدمات غير مطابقة، وفشل المنتجات، ووحدات معيبة في التصنيع" وأشار Duarte Arenas (2014، 28) إلى تعريف تكاليف الجودة بأنها: تلك التكاليف المرتبطة بمنع (أو التكاليف التي تنشأ كنتيجة) إنتاج منخفض الجودة.

من وجهة نظر Rodchua و Jafari (2014، 3) إن تكاليف الجودة تعني: مجموع تكاليف التوافق (Conformance Costs) وتكاليف عدم التوافق (Non- Conformance Costs) مع المعايير، حيث يشمل حدوث النوع الأول لمنع الجودة الرديئة (Poor of Quality)، بينما يحدث النوع الثاني عدم التوافق عند فشل المنتج أو الخدمة وذلك بسبب الجودة الرديئة.

أهمية قياس تكاليف الجودة

تحتل تكاليف الجودة أهمية كبيرة من خلال الآتي (Rasamanie & Kanapathy، 2011، 244):

- 1- أن بيانات الجودة تكون متوفرة بسهولة أكثر وذلك بسبب وجود بيئة جيدة من فرق العمل الخاصة بجمع وتحليل البيانات.
- 2- إن الجودة مرتبطة بالأداء المالي من خلال توضيح علاقة الجودة بتكلفة المنتج أو الخدمة، إذ أن الجودة العالية تؤدي إلى تخفيض التكاليف وبالتالي إلى تحسين الأداء المالي بالاعتماد على المقاييس المالية في تخفيض تكاليف الفشل وتحسين الإنتاجية.
- 3- توفر تكاليف الجودة الشاملة معلومات ورؤية واضحة عن واقع التنفيذ الفعلي عند تنفيذ إجراءات معالجة الجودة والتعرف على الحلول.
- 4- ينظر إلى الجودة على أنها عنصر مهم في ارتباط الجودة بالاستراتيجية العامة للوحدة الاقتصادية وربطها مع أهدافه قصيرة الأجل وطويلة الأجل.
- 5- أنها تؤدي إلى متابعة تكاليف الجودة لكل نشاط من أنشطة سلسلة القيمة والتعرف على نقاط القوة والضعف في كل نشاط من الأنشطة (سرور وعبدالمجيد، 2015، 217).
- 6- يؤدي الاهتمام بقياس الجودة إلى تحقيق ميزة تنافسية، وهو ما أكده معهد المحاسبين الإداريين الأمريكي (IMA) في دراسة له أن المنظمات التي تهتم بإدارة تكلفة الجودة والمحاسبة عنها لديها ميزة تنافسية عن غيرها من المنظمات (الحديثي، 2010، 30).

في كل التصنيفات، هناك اتفاق على أن هناك أربعة أنواع لتكاليف الجودة حسب تقسيمات الجمعية الأمريكية للجودة. (Sower et al، 2007، ASQ، 122) :

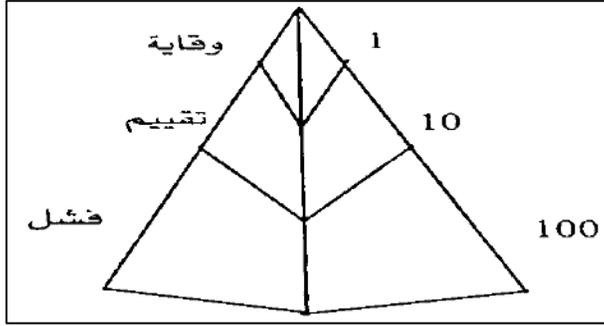
1/ تكاليف الوقاية أو المنع Prevention Costs: وهي التكاليف الخاصة بتخطيط وتنفيذ وصيانة نظام الجودة الذي يؤمن المطابقة للجودة المطلوبة وبمستويات اقتصادية، وذكر (Juran & Godfery، 1999، 256) أمثلة عليها مثل وضع نظم الجودة وتطويرها، هندسة الجودة، التدريب على الجودة في العمل من الموظفين، أنشطة الرقابة الإحصائية، المراجعة العكسية لفعالية نظم الجودة.

2/ تكاليف التقييم Appraisal Costs: وهي التكاليف المتعلقة بتحديد درجة التطابق مع متطلبات الجودة، ومن أمثلتها تكلفة فحص دقة المدخلات والعمليات والمخرجات، تكلفة تفتيش وتجهيز بيانات الاختبار، التحقيق في مشاكل الجودة وتقديم تقارير بذلك، إجراء استطلاع العملاء في تدقيق الجودة (Juran & Godfery، 1999، 256).

3/ تكاليف الفشل الداخلي Internal Failure Costs: وهي التكاليف المتحققة نتيجة فشل المنتجات أو الخدمات أو المواد في تلبية احتياجات الجودة قبل نقل ملكيتها إلى المستهلك (Juran & Godfery، 1999، 253)، وحدد جودة (2014، 167-168) أمثلة لها بوجود العادم أو الخردة بسبب عدم القيام بإصلاحها بطريقة عادية، إعادة العمل لإعادة تصليح المنتج المعيب، إعادة الفحص وتشغيل البيانات، تكلفة تحليل الفشل وعيوب الإنتاج لتجنبه مستقبلاً.

4/ تكاليف الفشل الخارجي External Failure Costs: التكاليف الناتجة عن فشل المنتجات في تلبية متطلبات الجودة بعد نقل ملكيتها إلى المستهلك. "أو التكاليف المرتبطة بوجود معيب في المنتج بعد استلامه من الزبون وتكون هذه التكاليف في الغالب مخفية ومن أمثلتها التي ذكرها (Juran & Godfery، 1999، 255) رسوم الضمان، الخصومات للعميل، العقوبات القانونية بسبب رداءة الصنع". يرى الباحثان أن إجمالي تكاليف الجودة السابقة الذكر يختلف مكوناتها والمتعلقة بالجودة كبيرة جداً، وهذا يؤدي إلى أن يصبح إجمالي التكاليف مرتفع جداً ما لم تعط الإدارة الاهتمام الكافي لهذا الأمر، ويستوجب عليها توفير معلومات دقيقة وشاملة لكل هذه التكاليف، حيث لم تعد تكاليف الجودة خاصة بالإنتاج فقط بل تعدى ذلك لتشمل جميع الأنشطة في المنشأة.

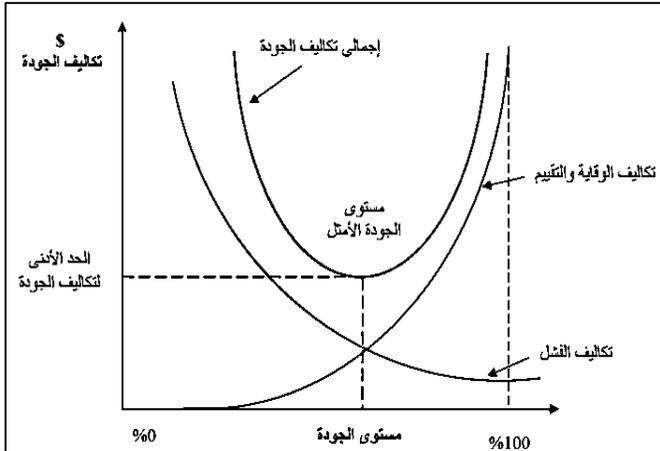
إن العلاقة بين هذه التكاليف تتعكس على قانون "1:10:100" والذي يظهر في الشكل (2) فإنفاق ريال واحد على تكاليف الوقاية سوف يوفر 10 ريالات على تكاليف التقييم و100 ريال على تكاليف الفشل.



شكل (2): يوضح قاعدة 100 : 10 : 1

المصدر: (البكري، 2002، 25).

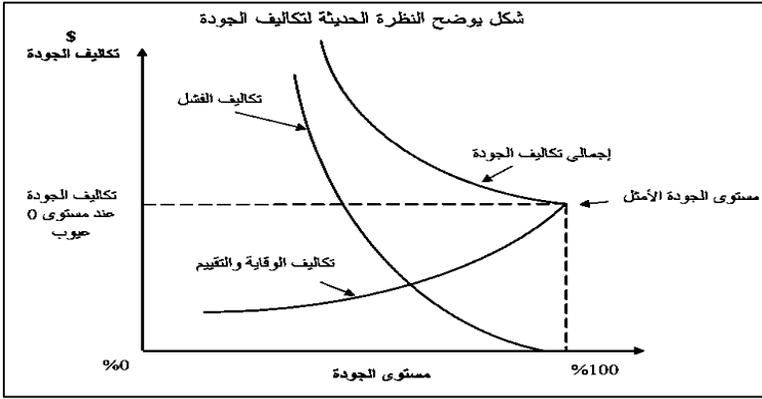
ولتوضيح العلاقة بشكل أكبر بين مكونات تكاليف الجودة الأربعة (الوقاية، التقييم، الفشل الداخلي، الفشل الخارجي) توجد وجهتا نظر لسلوك تكاليف الجودة: وجهة النظر التقليدية لتكاليف الجودة، والتي تفترض بأن تكاليف الفشل الداخلي والخارجي تنخفض بمقدار الزيادة في تكاليف الوقاية والتقييم، كما تفترض بأن المستوى الأمثل للجودة يحدث عندما تصل تكاليف الجودة إلى الحد الأدنى، كما يبين ذلك الشكل (3) بافتراض استحالة مستوى العيوب في التصنيع إلى مستوى الصفر (حمودة، 2014، 36).



شكل (3): يوضح النظرة التقليدية لتكاليف الجودة

المصدر: (حمودة، 2014، 36).

وجهة النظر الحديثة لتكاليف الجودة: أما وجهة النظر الحديثة فتتمثل في أن مستوى الجودة الأمثل يتحقق عند مستوى صفر من العيوب (Zero Defects)، حيث إن التكاليف الكلية تكون عند أقل مستوى لها عند مستوى صفر من العيوب، ويحدث هذا عندما تزداد تكاليف عدم المطابقة (ال فشل الداخلي والخارجي) بنسبة ازدياد المنتجات المعيبة، أما تكاليف المطابقة (الوقاية والتقييم) فتزداد بشكل طفيف في البدء، ثم تتخفف بنسبة انخفاض العيوب إلى ما يقرب الصفر (جاسم، 2008، 32). ويوضح ذلك الشكل (4).



شكل (4): النظرة الحديثة لتكاليف الجودة

المصدر: (جاسم، 2008، 32).

رابعاً/ الدراسة الميدانية للبحث

تستعرض الدراسة وصفاً للمنهج المتبع لتحقيق أهداف الدراسة، وكذلك وصفاً لأفراد مجتمع الدراسة وعينتها، وكذلك توضيح أداة الدراسة المستخدمة، وصدقها وثباتها، كما يتضمن وصفاً للمعالجات الإحصائية التي اعتمد الباحثان عليها في تحليل الدراسة.

1. مجتمع الدراسة

يشمل مجتمع الدراسة جميع العاملين المرتبطين بالإدارة المالية في المستشفيات الخاصة التي تعمل داخل محافظة حضرموت بالجمهورية اليمنية، وقد تم اختيار العاملين المرتبطين بالإدارة المالية في المستشفيات الخاصة كعينة للدراسة.

2. عينة الدراسة

نظراً لصغر حجم مجتمع الدراسة، فقد استخدمت الدراسة أسلوب الحصر الشامل لجميع الموظفين في المستشفيات، وبالتالي فإن عينة الدراسة بلغت (102) موظفاً، موزعين على (8) مستشفيات كما يوضحها الجدول (2).

جدول (2): خلاصة عملية توزيع الاستبيانات على عينة الدراسة ونسبة الاستجابة

النسبة	العدد	البيان
%100	102	عدد أفراد العينة
%107	110	الاستبيانات الموزعة
%90.20	92	الاستبيانات المستردة
%5.88	6	الاستبيانات المستعبدة (يطرح)
%84.31	86	الاستبيانات الخاضعة للتحليل

3. وحدة التحليل

تتمثل وحدة التحليل للدراسة الحالية في المنظمة (المستشفى)، حيث تم قياس آراء عينة الدراسة على مستوى المستشفى.

4. أداة الدراسة

بناء وتطوير أداة الدراسة

صُممت فقرات الاستبانة ذات إجابات مغلقة، وتم بناؤها على غرار مقياس (ليكرت) الخماسي، حيث تم إعطاء بدائل الإجابات التقديرات كما هو موضح بالجدول (3).

جدول (3): مقياس ليكرت الخماسي

الاستجابة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الدرجة	5	4	3	2	1

اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات وأبعاد أداة الدراسة وصدقها

يتضح من الجدول (4) أن جميع قيم الالتواء لجميع المتغيرات تراوحت بين (-1.176) و(0.207)، كما تراوحت جميع قيم التفلطح لجميع الأبعاد بين (-0.974) و(1.256+)، وهذا يشير إلى أن جميع متغيرات وأبعاد الاستبانة تتبع التوزيع الطبيعي، وأن العينة التي تم جمع البيانات الأولية من خلالها تعد ممثلة لمجتمع الدراسة، وأن معاملات الارتباط في محاور الاستبانة دالة إحصائياً عند مستوى (0.00)،

وهذا يبين مدى ارتباط كل محور من محاور الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الاستبانة، وبذلك تعتبر جميع محاور الاستبانة صادقة في قياس ما وضعت لقياسه.

جدول (4): اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات وصدقها بالاعتماد على

معامل الالتواء والتفلطح والارتباط

مستوى الدلالة	معامل ارتباط	معامل التفلطح (Kurtosis)	معامل الالتواء (Skewness)	محاور أداة الدراسة
.000	.906**	-0.866	-0.207	تكاليف الوقاية (المنع)
.000	.825**	-0.974	-0.26	تكاليف التقييم
.000	.850**	-0.735	-0.489	تكاليف الفشل الداخلي
.000	.849**	-0.031	-0.731	تكاليف الفشل الخارجي
.000	.939**	-0.744	-0.414	تكاليف الجودة
.000	.924**	1.256	-1.176	جودة الخدمات الصحية
(**) وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.00$)				

1. نتائج الاتساق الداخلي للمتغير المستقل: تكاليف الجودة:

جدول (5): الاتساق الداخلي لفقرات أبعاد المتغير المستقل تكاليف الجودة

تكاليف التقييم			تكاليف الوقاية (المنع)		
مستوى الدلالة	معامل ارتباط	رقم الفقرة	مستوى الدلالة	معامل ارتباط	رقم الفقرة
.000	.811**	1	.000	.325**	1
.000	.801**	2	.000	.676**	2
.000	.441**	3	.000	.410**	3
.000	.555**	4	.000	.508**	4
.000	.709**	5	.000	.528**	5
.000	.699**	6	.000	.565**	6
.000	.455**	7	.000	.774**	7
.000	.370**	8	.000	.583**	8

رقم الفقرة	معامل ارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل ارتباط	مستوى الدلالة
9	.614**	.000	9	.479**	.000
10	.669**	.000	10	.433**	.000
11	.759**	.000	11	.619**	.000
تكاليف الفشل الداخلي			تكاليف الفشل الخارجي		
رقم الفقرة	معامل ارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل ارتباط	مستوى الدلالة
1	.688**	.000	1	.678**	.000
2	.762**	.000	2	.741**	.000
3	.722**	.000	3	.658**	.000
4	.775**	.000	4	.626**	.000
5	.635**	.000	5	.476**	.000
6	.632**	.000	6	.427**	.000
7	.767**	.000	7	.728**	.000
8	.761**	.000	8	.786**	.000
9	.683**	.000	9	.589**	.000
10	.762**	.000	10	.257*	.022

(**) وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.00$)

يتضح من الجدول (5) أن جميع فقرات المتغير المستقل للاستبانة (تكاليف الجودة) جاءت مرتبطة بأبعادها بدرجات ارتباط موجبة وقوية وذات دلالة إحصائية تتراوح بين (0.257) كحد أدنى و(0.811) كحد أعلى، مما يشير إلى عدم وجود فقرات قد تضعف من المصدقية البنائية للاستبانة، وبالتالي يتم استبعادها.

2. نتائج الاتساق الداخلي للمتغير التابع جودة الخدمات الصحية:

جدول (6): الاتساق الداخلي لفقرات أبعاد المتغير التابع جودة الخدمات الصحية

رقم الفقرة	معامل ارتباط	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل ارتباط	مستوى الدلالة
1	.649**	.000	6	.554**	.000
2	.509**	.000	7	.582**	.000
3	.824**	.000	8	.649**	.000
4	.411**	.000	9	.578**	.000
5	.397**	.000	10	.403**	.000

(**) وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.00$)

يتضح من الجدول (6) أن جميع فقرات المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) جاءت مرتبطة بمحورها بدرجة ارتباط موجبة وقوية وذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.00)، ودرجة الارتباط تتراوح بين (0.397) و(0.824)، ما يشير إلى عدم وجود فقرات قد تضعف المصدقية لهذا المحور، وهذا يشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة وكافية يمكن الوثوق بها في تطبيق الدراسة الحالية، وبذلك تعتبر فقرات المتغير التابع صادقة لما وضعت لقياسه.

3. اختبار ثبات أداة الدراسة

جدول (7): نتائج اختبار ألفا كرونباخ لأداة الدراسة

درجة المصدقية $\sqrt{\text{Alpha}}$	درجة الثبات Alpha	عدد الفقرات	محاور الاستبانة
90.66%	82.20%	11	تكاليف الوقاية (المنع)
91.05%	82.90%	12	تكاليف التقييم
94.60%	89.50%	10	تكاليف الفشل الداخلي
89.94%	80.90%	10	تكاليف الفشل الخارجي
97.52%	95.10%	43	إجمالي تكاليف الجودة
86.08%	74.10%	10	جودة الخدمات الصحية
97.67%	95.40%	53	الاستبانة بشكل عام

يتضح من الجدول (7) أن معامل الثبات لأبعاد المتغير المستقل جاءت بدرجات ثبات تتراوح بين (80.90%) و(89.50%)، وبدرجات مصداقية تتراوح بين (89.94%) و(94.60%)، وهذا يعني أنها جاءت بنسبة ثبات مرتفعة، ودرجة مصداقية مرتفعة أيضاً، وهذا يعني أن العينة متجانسة في الاستجابة على الاستبانة ويمكن الاعتماد على النتائج في تعميمها على مجتمع الدراسة. فيما جاءت قيمة معامل الثبات لأداة جمع البيانات بشكل عام جاءت بنسبة (95.40%) وهذا يعني أنها جاءت بنسبة ثبات مرتفعة جداً، وجاءت نسبة المصدقية لإجابات العينة (97.67%) وهذا يعني أن درجة مصداقية الإجابات مرتفعة جداً، مما يؤهلها لتكون أداة قياس مناسبة وفاعلة لهذه الدراسة، ويمكن الاعتماد على النتائج في تعميمها على مجتمع الدراسة بدرجة كبيرة.

عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها

1. نتائج التحليل الوصفي لأبعاد المتغير المستقل (تكاليف الجودة)

معرفة تكاليف الجودة بأبعادها الأربعة تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، والنتائج مبينة في الجدول (8).

جدول (8): نتائج تحليل تكاليف الجودة

م	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط	مستوى التوفر	المرتبة
1	تكاليف الوقاية (المنع)	3.53	0.60	70.62%	عالية	2
2	تكاليف التقييم	3.38	0.63	67.54%	متوسطة	4
3	تكاليف الفشل الداخلي	3.56	0.74	71.21%	عالية	3
4	تكاليف الفشل الخارجي	3.79	0.59	75.72%	عالية	1
متوسط تكاليف الجودة		3.56	0.58	71.27%	عالية	

يتضح من الجدول (8) أن تكاليف الجودة في المستشفيات محل الدراسة كانت عالية حسب رأي عينة الدراسة، فقد جاء بنسبة (71.27%) وبمتوسط حسابي (3.56)، وانحراف معياري (0.58). كما يتضح من الجدول (8) أن بُعد تكاليف الفشل الخارجي جاء في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.79) ونسبة موافقة (75.72%)، وانحراف معياري (0.59)، وجاء في المرتبة الأخيرة بُعد تكاليف التقييم بمتوسط حسابي (3.38) ونسبة (67.54%)، وانحراف معياري (0.63). وتشير هذه النتائج إلى أن المستشفيات مجتمع الدراسة تعي أهمية إدراك تكاليف الجودة بشكل عام، ولكن هذا الإدراك لا يزال قريب من المتوسط، ويفتقر إلى التطبيق الفعال، كما تشير النتائج إلى أن إدارة هذه المستشفيات تهتم بتكاليف الفشل الخارجي بسبب التكاليف المالية المترتبة عليه والتي يتوجب على هذه المستشفيات دفعها في حال وقوعه، ولكنها في الوقت نفسه لا تهتم بشكل كبير بتكاليف التقييم على الرغم من كونه قد يوفر على هذه المستشفيات تحمل تكاليف الفشل الخارجي لأنه يسهم في منع الخطأ قبل وقوعه.

ولمعرفة واقع تكاليف الجودة في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت بحسب فقرات كل بُعد من أبعادها سوف نوضح ذلك كما يأتي:
تحليل فقرات البعد الأول: تكاليف الوقاية (المنع):
للتعرف على واقع تكاليف الوقاية (المنع) في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، وقد جاءت النتائج كما في الجدول (9).

جدول (9): نتائج تحليل بُعد تكاليف الوقاية (المنع)

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط	مستوى التوفر	الترتيب
3	تكلفة قياس تكاليف الخدمة الصحية الجديدة بدقة تامة.	3.77	1.1	75.35%	عالية	1
4	تكلفة قياس تكاليف استخدام معدات والفحص والاختبار وأدواتها.	3.77	1.04	75.35%	عالية	2
2	تكلفة الترشيد للتكاليف وخاصة التي يتم إنفاقها على ضمان جودة الخدمة.	3.74	0.95	74.88%	عالية	3
8	تكلفة المعايير المحددة من قبل المنشأة لتصنيف الخدمة جيدة أو معيبة.	3.53	0.95	70.70%	عالية	4
6	تكلفة اتخاذ القرارات لرقابة تكاليف الجودة بناءً على تحليل جيد.	3.53	0.9	70.70%	عالية	5
9	تكلفة الرقابة على تكاليف اختبار وتجريب الخدمة قبل تقديمها للعميل.	3.51	0.98	70.23%	عالية	6
7	تكلفة استخدام عمليات الرقابة والإحصاء في قياس تكاليف الجودة لاكتشاف الخدمة المعيبة.	3.49	1.09	69.77%	عالية	7
11	تكلفة استشارة الخبراء لإجراء تحليل التكاليف المرتفعة.	3.37	0.99	67.44%	متوسطة	8
1	تكلفة وضع رؤية وواضحة ومكتوبة المتضمنة أهداف تكاليف الجودة.	3.35	0.94	66.98%	متوسطة	9

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط	مستوى التوفر	رقم الفقرة
10	3.35	0.94	66.98%	متوسطة	10
5	3.12	1.38	62.33%	متوسطة	5
متوسط بعد تكاليف الوقاية (المنع)					
	3.53	0.60	70.62%	عالية	

يتضح من الجدول (9) أن فقرات بُعد تكاليف الوقاية (المنع) حصلت على متوسطات حسابية تتراوح بين (3.77) و(3.12)، ونسب تتراوح بين (75.35%) و (62.33%)، وبشكل إجمالي فقد بلغ المتوسط الحسابي لبُعد تكاليف الوقاية (3.53)، وجاءت نسبة المتوسط (70.62%)، وانحراف معياري (0.60).

كما يتضح من الجدول أن الفقرة رقم (3) التي تنص على (تكلفة قياس تكاليف الخدمة الصحية الجديدة بدقة تامة) جاءت في المرتبة الأولى وبدرجة عالية، وبمتوسط حسابي (3.77) ونسبة (75.35%) وانحراف معياري (1.1)، وهذا يعني أن المستشفيات الخاصة تقوم بقياس تكلفة الخدمة الصحية الجديدة بدقة تامة.

فيما جاءت الفقرة رقم (5) التي تنص على (تكلفة عقد دورات تدريبية للعاملين في مجال قياس وتطبيق تكاليف الجودة) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.12) ونسبة (62.33%)، وانحراف معياري (1.38)، وهذا يعني أن العينة تشير بدرجة متوسطة أنه يتم عقد دورات تدريبية للعاملين في مجال قياس وتطبيق تكاليف الجودة، ما يعني وجود ضعف في اهتمام المستشفيات الخاصة بعقد دورات تدريبية للعاملين في مجال قياس وتطبيق تكاليف الجودة.

بناء على ما سبق يمكن للباحثين القول أن تكلفة قياس تكاليف الوقاية (المنع) للخدمة الصحية الجديدة بدقة تامة كان عالياً، حسب تقديرات عينة الدراسة، فالمستشفيات تقوم بقياس جودة الخدمات المقدمة في هذه المنشأة الصحية، وتأخذ بعين الاعتبار قياس تكاليف استخدام معدات الفحص والاختبار وأدواتها، كما تضع المستشفيات معايير محددة من قبل المنشأة لتصنيف الخدمة جيدة أو معيبة.

لكن اهتمام المستشفيات بتدريب العاملين في مجال قياس وتطبيق تكاليف الجودة ضعيف، كما أنه يوجد ضعف في الاهتمام بحساب تكلفة مراجعة نظام الجودة في المنشأة، لضمان استمرارية ضبط الجودة بشكل دقيق، كما أن رؤية المستشفيات غير واضحة حول أهداف تكاليف الجودة، ويوجد قصور في طلب الاستشارة من الخبراء لإجراء تحليل التكاليف المرتفعة.

تحليل فقرات البعد الثاني: تكاليف التقييم:

للتعرف على واقع تكاليف التقييم للجودة في المستشفيات محل الدراسة تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، وقد جاءت النتائج كما في الجدول (10).

جدول (10): نتائج تحليل بعد تكاليف التقييم

رقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط	مستوى التوفر	رقم
21	تكلفة الأفراد ذوي المؤهل أو الخبرة في مجال قياس تكلفة الجودة.	3.69	1.11	73.72%	عالية	1
20	تكلفة الصلاحية الممنوحة للقسم المختص لتقديم بيانات قياس تكاليف الجودة إلى إدارة المنشأة.	3.50	1.11	70.00%	عالية	2
12	تكلفة عمليات الرقابة والإحصاء في قياس تكاليف الجودة لاكتشاف الخدمة المعيبة.	3.47	1.25	69.30%	عالية	3
15	تكلفة المعدات والأجهزة والبرامج التي تحقق جودة الخدمة.	3.44	1.18	68.84%	عالية	4
13	تكلفة قياس تكاليف اختبار وتجريب الخدمة قبل تقديمها للعميل.	3.40	0.97	67.91%	متوسطة	5
14	تكلفة مراجعة نظام الجودة في المنشأة، لضمان استمرارية ضبط الجودة بشكل دقيق.	3.40	0.91	67.91%	متوسطة	6
16	تكلفة تحليل التكاليف المرتفعة بالاستعانة بالخبراء	3.36	1.15	67.21%	متوسطة	7
18	تكلفة نظام المعلومات الدقيق لمعرفة وقياس تكاليف الجودة للخدمة.	3.28	0.98	65.58%	متوسطة	8

19	تكلفة الاعتماد على الوثائق المستندية في تحديد موضوعية البيانات لتكاليف الجودة.	3.27	0.96	65.35%	متوسطة	9
17	تكلفة الهيكل التنظيمي المتضمن لجهة مختصة تتولى مهام ضبط ومتابعة تكاليف الجودة.	3.20	1.06	63.95%	متوسطة	10
22	تكلفة الإمكانات الحاسوبية والإلكترونية للتوسع في مجال قياس وتحليل تكاليف الجودة.	3.14	1.03	62.79%	متوسطة	11
متوسط بعد تكاليف التقييم		3.38	0.63	67.54%	متوسطة	

يتضح من الجدول (10) أن فقرات بعد تكاليف التقييم حصلت على متوسطات حسابية تتراوح بين (3.69) و(3.14)، وبنسب موافقة تتراوح بين (73.72%) و (62.79%)، وبشكل إجمالي فقد بلغ المتوسط الحسابي لبعد تكاليف التقييم (3.38)، ونسبة (67.54%)، وانحراف معياري (0.63).

كما يتضح من الجدول (10) أن الفقرة رقم (21) التي تنص على (تكلفة الأفراد ذوي المؤهل أو الخبرة في مجال قياس تكلفة الجودة). جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.69) ونسبة (73.72%) وانحراف معياري (1.11)، ما يعني أن العينة تشير بدرجة عالية أنه يوجد الأفراد ذوي المؤهل أو الخبرة في مجال قياس تكلفة الجودة.

فيما جاءت الفقرة رقم (22) التي تنص على (تكلفة الإمكانات الحاسوبية والإلكترونية للتوسع في مجال قياس وتحليل تكاليف الجودة). في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.14) ونسبة (62.79%)، وانحراف معياري (1.03)، وهذا يعني أن العينة تشير بدرجة متوسطة أنه يتم توفير الإمكانات الحاسوبية والإلكترونية للتوسع في مجال قياس وتحليل تكاليف الجودة، ما يعني ضعف اهتمام المستشفيات محل الدراسة بتوفير الإمكانات الحاسوبية والإلكترونية للتوسع في مجال قياس وتحليل تكاليف الجودة.

بناء على ما سبق يمكن للباحث القول أن مستوى الاهتمام بتكاليف التقييم في المستشفيات محل الدراسة كان متوسطاً حسب تقديرات عينة الدراسة، حيث يتم استخدام عمليات الرقابة والإحصاء في قياس تكاليف الجودة لاكتشاف الخدمة المعيبة، يوجد الأفراد ذوي المؤهل أو الخبرة في مجال قياس تكلفة الجودة.

إلا أنه يوجد ضعف في اهتمام المستشفيات محل الدراسة بتوفير الإمكانيات الحاسوبية والإلكترونية للتوسع في مجال قياس وتحليل تكاليف الجودة، كما يوجد قصور في اهتمام المستشفيات وقياس تكاليف اختبار وتجريب الخدمة قبل تقديمها للعميل، ويوجد ضعف في تبويب الهيكل التنظيمي كوجود قسم أو إدارة تتولى مهام ضبط ومتابعة تكاليف الجودة، ويوجد ضعف في الاهتمام بوضع معايير محددة من قبل المنشأة لتصنيف الخدمة جيدة أو معيبة.

تحليل فقرات البعد الثالث: تكاليف الفشل الداخلي:

للتعرف على واقع تكاليف الفشل الداخلي في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، وقد جاءت النتائج كما في الجدول (11).

جدول (11): نتائج تحليل بعد تكاليف الفشل الداخلي

الرقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط	مستوى التوفر	الترتيب
32	تكاليف صيانة الأعطال في الأجهزة والمعدات الصحية.	3.79	1.14	75.81%	عالية	1
27	تكلفة قياس جودة الخدمة الغير مطابقة المبنية على معايير محددة ودقيقة.	3.77	0.86	75.35%	عالية	2
33	تكاليف تقدير كلفة الوقت الضائع نتيجة مشكلات الجودة.	3.72	1.17	74.42%	عالية	3
30	تكلفة رفع تقارير مفصلة عن الأخطاء والمنتجات المعيبة الى الإدارة للاستفادة منها في عملية اتخاذ القرارات.	3.70	0.96	73.95%	عالية	4
31	تكلفة تقييم قدرات ومهارات العاملين وذلك لتجنب إهدار الوقت وزيادة التكاليف.	3.51	1.05	70.23%	عالية	5
34	تكاليف المراجعة الدورية لنظام الجودة في المستشفى.	3.51	1.03	70.23%	عالية	6
28	تكلفة المواد المهذورة.	3.51	0.93	70.23%	عالية	7
26	تكلفة احصاء الأخطاء والعمليات المعيبة لتفاديها في المستقبل.	3.49	1.05	69.77%	عالية	8

الترتيب	مستوى التوفر	نسبة المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الفقرة	الترتيب
9	متوسطة	66.51%	0.94	3.33	تكلفة الرقابة والاختبار لجودة الخدمة في ميدان العمل وتصحيح الانحرافات إن وجدت.	29
10	متوسطة	65.58%	1.11	3.28	التكاليف الناتجة عن ضعف جودة الخدمات	25
عالية		71.21%	0.74	3.56	متوسط بعد تكاليف الفشل الداخلي	

يتضح من الجدول (11) أن فقرات بعد تكاليف الفشل الداخلي حصلت على متوسطات حسابية تتراوح بين (3.79) و(3.28)، ونسب موافقة تتراوح بين (75.81%) و(65.58%)، وبشكل إجمالي بلغ المتوسط الحسابي لبعده تكاليف الفشل الداخلي (3.56)، ونسبة (71.21%)، وانحراف معياري (0.74).

كما يتضح من الجدول (11) أن الفقرة رقم (32) التي تنص على (تكاليف صيانة الأعطال في الأجهزة والمعدات الصحية) جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط (3.79) ونسبة (75.81%) وانحراف معياري (1.14)، وهذا يعني أن العينة تشير بدرجة عالية أن المستشفى يهتم بتقدير تكاليف صيانة الأعطال في الأجهزة والمعدات الصحية.

فيما جاءت الفقرة رقم (25) التي تنص على (التكاليف الناتجة عن ضعف جودة الخدمات) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.28) ونسبة موافقة (65.58%)، وانحراف معياري (1.11)، وهذا يعني أن العينة تشير بدرجة متوسطة أن إدارة المستشفى تتحمل التكاليف الناتجة عن ضعف جودة الخدمات.

بناء على ما سبق يمكن القول أن مستوى الاهتمام بتكاليف الفشل الداخلي في المستشفيات محل الدراسة كان عالياً حسب تقديرات عينة الدراسة، أي أن المستشفيات تهتم بتقدير تكاليف صيانة الأعطال في الأجهزة والمعدات الصحية، وتهتم بتقدير تكاليف الوقت الضائع نتيجة مشكلات الجودة، ويتم رفع تقارير مفصلة عن الأخطاء والمنتجات المعيبة إلى الإدارة للاستفادة منها في عملية اتخاذ القرارات، وتعمل على تقدير تكلفة المواد المهدورة.

كما تؤكد النتائج أن اهتمام المستشفيات محل الدراسة بتكاليف الفشل الداخلي أمر طبيعي حيث ان الاهتمام بهذا النوع من التكاليف يمكنها من تشخيص العيوب في الخدمات أو المعدات أو الأدوية وهو ما ينعكس بالنتيجة النهائية على رضا العملاء ممن يتعاملون مع هذه المستشفيات وبالتالي التأثير على الأداء المالي.

تحليل فقرات البعد الرابع: تكاليف الفشل الخارجي:

للتعرف على واقع تكاليف الفشل الخارجي في المستشفيات محل الدراسة تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، وقد جاءت النتائج كما في الجدول (12).

جدول (12): نتائج تحليل بعد تكاليف الفشل الخارجي

رقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط	مستوى التوفر	رقم
44	تكاليف التعويضات والتخفيضات التي يمنحها للعملاء.	4.44	0.82	88.84%	عالية جداً	1
40	تكلفة انخفاض الإيرادات مقارنة بالفترات الماضية.	4.37	0.75	87.44%	عالية جداً	2
37	تكلفة تقليل الخدمات الناتج عن تقديم خدمات معيبة ذات جودة متدنية.	3.95	1.15	79.07%	عالية	3
39	تكاليف استبدال العاملين والأطباء لتحسين جودة الخدمات.	3.95	0.84	79.07%	عالية	4
43	تكاليف تجنب الخسارة الناشئة عن عدم رضا المرضى عن جودة الخدمات وفقد الثقة نتيجة عدم مطابقة المواصفات.	3.79	0.83	75.81%	عالية	5
35	تكاليف الشكاوى بسبب وجود عيوب في المنتجات أو الخدمات التي يقدمها للعملاء.	3.65	0.97	73.02%	عالية	6
36	التكاليف أو الخسائر الناتجة عن عدم المطابقة للجودة.	3.53	0.98	70.70%	عالية	7
42	تؤخذ حالات الفشل السابقة في الاعتبار قبل اتخاذ القرار.	3.49	1.13	69.77%	عالية	8

رقم	الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط	مستوى التوفر	رقم
41	تكاليف العمليات الفاشلة والأخطاء الصحية.	3.37	1.02	67.44%	متوسطة	9
38	تكاليف إرضاء المرضى الذين يطلبون الخدمة في المستشفى.	3.30	1.12	66.05%	متوسطة	10
متوسط تكاليف الفشل الخارجي		3.79	0.59	75.72%	عالية	

يتضح من الجدول (12) أن فقرات بُعد تكاليف الفشل الخارجي حصلت على متوسطات حسابية تتراوح بين (4.44) و(3.30)، وبنسب موافقة تتراوح بين (88.84%) و(66.05%)، وبشكل إجمالي فقد بلغ المتوسط الحسابي لبعد تكاليف الفشل الخارجي (3.79)، ونسبة (75.72%)، وانحراف معياري (0.59).

كما يتضح من الجدول أن الفقرة رقم (44) التي تنص على (تكاليف التعويضات والتخفيضات التي يمنحها للعملاء) جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (4.44) ونسبة موافقة (88.84%) وانحراف معياري (0.82)، وهذا يعني أن العينة تشير بدرجة عالية أن المستشفى يتحمل تكاليف التعويضات والتخفيضات التي يمنحها للعملاء.

بينما جاءت الفقرة رقم (38) التي تنص على (تكاليف إرضاء المرضى الذين يطلبون الخدمة في المستشفى) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.30) ونسبة (66.05%)، وانحراف معياري (1.12)، وهذا يعني أن العينة تشير بدرجة متوسطة أن المستشفى يتحمل تكاليف إرضاء المرضى الذين يطلبون الخدمة في المستشفى، ما يعني وجود ضعف في الاهتمام بتحمل تكاليف إرضاء المرضى الذين يطلبون الخدمة في المستشفيات الخاصة.

بناء على ما سبق يمكن القول أن مستوى الاهتمام بتكاليف الفشل الخارجي في المستشفيات محل الدراسة كان عالياً حسب تقديرات عينة الدراسة، أي أن المستشفيات الخاصة تتحمل تكاليف التعويضات والتخفيضات التي يمنحها للعملاء، ويتم قياس فروق انخفاض أو زيادة الإيرادات مقارنة بالفترات الماضية، تعمل الإدارة على تقليل الخدمات المعيبة ذات الجودة الأقل، وتتحمل الإدارة تكاليف استبدال العاملين والأطباء لتحسين جودة الخدمات، تتبع المستشفيات سياسة تجنب الخسارة الناشئة

عن عدم رضا المرضى عن جودة الخدمات وفقد الثقة نتيجة عدم مطابقة المواصفات، تتحمل تكاليف الشكاوى بسبب وجود عيوب في الخدمات التي تقدمها للعملاء.

لكن يوجد ضعف في تحمل المستشفيات تكاليف العمليات الفاشلة والأخطاء الصحية، تحمل تكاليف إرضاء المرضى الذين يطلبون الخدمة في المستشفى.

نتائج التحليل الوصفي لفقرات المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية):

جدول (13): نتائج تحليل جودة الخدمات الصحية

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط	مستوى التوفر	الفقرة	رقم الفقرة		
47	4.53	0.88	90.70%	عالية جداً	وجود المرضى المؤهلين.	47		
45	4.49	0.76	89.77%	عالية جداً	السمعة الجيدة الناتجة عن جودة الخدمات التي يقدمها.	45		
46	4.37	1.02	87.44%	عالية جداً	الأطباء والإخصائيين المهرة.	46		
48	4.35	0.99	86.98%	عالية جداً	الإداريين والعاملين ذوو الخبرات العالية.	48		
53	4.05	0.92	80.93%	عالية	التطوير والتحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية.	53		
50	4.02	0.93	80.47%	عالية	تحديث الأجهزة والمعدات الصحية الموجودة لتحسين جودة الخدمة.	50		
52	3.65	0.94	73.02%	عالية	رضا العملاء عن جودة الخدمة.	52		
51	3.56	1.11	71.16%	عالية	تحسين مستوى الخدمة الغير مقيد بخفض التكلفة.	51		
54	3.45	0.93	69.07%	عالية	توفير أحدث المعدات والأجهزة والبرامج التي تحقق جودة الخدمة.	54		
49	3.26	1.02	65.12%	متوسطة	وجود أحدث المعدات والأجهزة الحديثة التي تساهم في تحسين وتطوير جودة الخدمة.	49		
متوسط جودة الخدمات الصحية					3.97	0.52	79.47%	عالية

يتضح من الجدول (13) أن فقرات محور جودة الخدمات الصحية حصلت على متوسطات حسابية تتراوح بين (4.53) و(3.26)، وينسب موافقة تتراوح بين (90.70%) و (65.12%)، وبشكل إجمالي فقد بلغ المتوسط الحسابي لبعده جودة الخدمات الصحية (3.97)، وجاءت نسبة المتوسط (79.47%)، وانحراف معياري (0.52)، كما يتضح أن الفقرة رقم (47) جاءت في المرتبة الأولى، وهذا يعني أن العينة تشير بدرجة عالية أنه يتوفر لدى المستشفيات محل الدراسة المرضيين المؤهلين، فيما جاءت الفقرة رقم (49) في المرتبة الأخيرة، وهذا يعني أن العينة تشير بدرجة متوسطة إلى أن المستشفى يوفر أحدث المعدات والأجهزة التي تساهم في تحسين وتطوير جودة الخدمة، ما يعني وجود ضعف في الاهتمام من قبل المستشفيات الخاصة بتوفير أحدث المعدات والأجهزة التي تساهم في تحسين وتطوير جودة الخدمة.

بناء على ما سبق يمكن القول أن مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة كان عالياً حسب تقديرات عينة الدراسة، لكن يوجد قصور في قيام المستشفيات الخاصة بتوفير أحدث المعدات والأجهزة التي تساهم في تحسين وتطوير جودة الخدمة.

اختبار الفرضيات

1. اختبار الفرضية الرئيسية

تنص هذه الفرضية على أنه: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.05%) لتكاليف الجودة بأبعادها (تكاليف الوقاية (المنع)، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي) في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت.

اختبار التوزيع الطبيعي:

تم التحقق من هذا الشرط بالنسبة لجميع متغيرات الدراسة في مقدمة التحليل، أما فيما يتعلق بأخطاء القياس فتم التأكد منها حيث جاءت قيمة الالتواء (0.260) والتفطح (0.514) وكلا القيمتين أقل من (1.96) بالموجب أو السالب.

التأكد من أن البيانات يمكن تمثيلها خطياً:

حيث اتضح أن جميع أبعاد تكاليف الجودة يمكن تمثيلها خطياً بدرجة ارتباط موجبة وذات دلالة إحصائية تراوحت بين (0.598) و(0.733).

جدول (14): قيم الارتباط بين متغيرات الدراسة

العلاقة الخطية الإحصائية		درجة الارتباط بالمتغير التابع تحسين جودة الخدمات الصحية		أبعاد تكاليف الجودة (المتغيرات المستقلة)
VIF معامل تضخم التباين	Tolerance نسبة التفاوت	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
5.742	.174	*0.000	.731**	تكاليف الوقاية (المنع)
4.982	.201	*0.000	.598**	تكاليف التقييم
4.824	.207	*0.000	.639**	تكاليف الفشل الداخلي
2.850	.351	*0.000	.733**	تكاليف الفشل الخارجي

اختبار العلاقة الخطية المتعددة (التباين المشترك):

جدول (15): نتائج اختبار التباين المشترك المتعدد لمتغيرات الدراسة

العلاقة الخطية الإحصائية		المتغيرات المستقلة في نموذج الدراسة
VIF معامل تضخم التباين	Tolerance نسبة التفاوت	
5.742	.174	تكاليف الوقاية (المنع)
4.982	.201	تكاليف التقييم
4.824	.207	تكاليف الفشل الداخلي
2.850	.351	تكاليف الفشل الخارجي

يتضح من الجدول (15) عدم وجود مشكلة التباين المشترك المتعدد، حيث جاءت أقل قيمة لنسبة التفاوت تساوي (0.174) وهي أكبر من (0.10)، كما يتضح أن أكبر قيمة لمعامل تضخم التباين (VIF) تساوي (5.742) وهي أقل من القيمة الافتراضية لوجود مشكلة التباين المشترك المتعدد

(10) وبالتالي يثبت الباحثان فرض خلو المتغيرات المستقلة في نموذج الدراسة من مشكلة التباين المشترك المتعدد، وبالتالي يمكن استخدام اختبار الانحدار المتعدد.

أن يكون هناك تأثير ذو دلالة إحصائية لواحد أو أكثر من المتغيرات المستقلة على المتغير التابع:
تم اختبار الفرضية الرئيسية الأولى باستخدام تحليل الانحدار المتعدد كما في الجدول (16):

جدول (16): اختبار الفرضية الرئيسية الأولى باستخدام تحليل الانحدار المتعدد

Sig.	T. Test	β	Sig.	F. Test	MR ²	MR	متغيرات النموذج
			*0.000	30.534	.601	.775	مؤشرات جودة النموذج
*.043	2.057	.346					تكاليف الوقاية (المنع)
.454	-.753	-.118					تكاليف التقييم
.223	1.227	.189					تكاليف الفشل الداخلي
*.001	3.432	.407					تكاليف الفشل الخارجي

* تأثير ذو دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 فأقل.

يتضح من الجدول (16) وجود علاقة ارتباط إيجابية وقوية بين جميع أبعاد تكاليف الجودة وبين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت، حيث بلغت درجة الارتباط المتعدد (0.775) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.00)، وجاءت قيمة معامل التحديد (0.601)، وهذا يعني أن أبعاد تكاليف الجودة قادرة على تفسير (60.10%) من جودة الخدمات الصحية، ويؤكد معنوية ودلالة هذه النتيجة قيمة (F) التي بلغت (30.534)، وهذا يعني وجود أثر لتكاليف الجودة بأبعادها (تكاليف المنع، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي) في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة، وبالتالي يثبت صحة الفرضية الرئيسية التي تنص على أنه: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.00%) لتكاليف الجودة بأبعادها (تكاليف الوقاية (المنع)، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي) في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت.

وبالنظر لتفاصيل أبعاد تكاليف الجودة، وجد أن تأثير كل متغير من المتغيرات المستقلة (تكاليف الوقاية (المنع)، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي) في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) عندما كانت المتغيرات المستقلة مجتمعة، حيث يتضح من الجدول (16) أنه يوجد متغيرين من المتغيرات المستقلة هي (تكاليف الوقاية (المنع)، تكاليف الفشل الخارجي) لها تأثير في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت، حيث بلغت قيمة درجة التأثير β (0.346، 0.407) على التوالي لتكاليف الوقاية، وتكاليف الفشل الخارجي.

كما وجد أن البعدين (تكاليف التقييم، وتكاليف الفشل الداخلي) عندما كانت مجتمعة انعدم تأثيرها في المتغير التابع.

وطالما أنه يوجد عناصر تؤثر في المتغير التابع حسب شرط تطبيق الانحدار بالتالي تؤكد صحة الفرضية الرئيسية الأولى.

2. اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الرئيسية

اختبار الفرضية الفرعية الأولى:

تنص هذه الفرضية الفرعية الأولى على أنه: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.00%) لتكاليف المنع في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت. وتهدف هذه الفرضية إلى معرفة أثر تكاليف الوقاية (المنع) في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط والجدول (17) يوضح ذلك.

جدول (17): نتائج اختبار الفرضية الفرعية الأولى

Sig.T مستوى الدلالة	اختبار T	الانحدار B	Sig.F مستوى الدلالة	اختبار F	R ² معامل التحديد	R معامل الارتباط
0.000	9.82	0.731	0.000	96.44	0.534	0.731

يوضح الجدول (17) أن هناك تأثيراً ذا دلالة إحصائية لتكاليف الوقاية (المنع) في جودة الخدمات الصحية، وأن تكاليف الوقاية (المنع) تفسر (53.4%) من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) وذلك عند مستوى دلالة (0.00)، وهذا يشير إلى أن (0.534) من جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة ناتجة عن تكاليف الوقاية (المنع)، وان قيمة معامل الانحدار (β) أو درجة التأثير (0.731)، وهذا يعني أنه بافتراض تحييد بقية المتغيرات فعندما تكون الزيادة بدرجة واحدة في تكاليف الوقاية (المنع) قد يؤدي إلى زيادة جودة الخدمات الصحية بدرجة (0.731)، ويؤكد هذا الأثر قيمة (F) المحسوبة والتي بلغت (96.44)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.00)، وهذا يؤكد قبول الفرضية الفرعية الأولى والتي تنص على: "وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتكاليف الوقاية (المنع) في جودة الخدمات الصحية". وبالتالي فقد ثبتت صحة هذه الفرضية.

اختبار الفرضية الفرعية الثانية:

تنص هذه الفرضية على أنه: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.00%) لتكاليف التقييم في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت. وتهدف هذه الفرضية إلى معرفة أثر تكاليف التقييم في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط والجدول (18) يوضح ذلك.

جدول (18): نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثانية

Sig.T مستوى الدلالة	اختبار T	الانحدار B	Sig.F مستوى الدلالة	اختبار F	R ² معامل التحديد	R معامل الارتباط
0.000	7.105	0.598	0.000	46.675	0.357	0.598

يوضح الجدول (18) أن هناك تأثيراً ذا دلالة إحصائية لتكاليف التقييم في جودة الخدمات الصحية، حيث كان معامل الارتباط ($R=0.598$)، وقد بلغ معامل التحديد ($R^2=0.357$)، ويعني ذلك أن تكاليف التقييم تفسر (35.7%) من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) وذلك عند مستوى دلالة (0.00)، وهذا يشير إلى أن (0.357) من جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة محل الدراسة هو ناتج عن تكاليف التقييم.

كما يتضح من الجدول (18) أن قيمة معامل الانحدار (β) أو درجة التأثير (0.598)، وهذا يعني أنه بافتراض تحييد بقية المتغيرات فعندما تكون الزيادة بدرجة واحدة في (تكاليف التقييم) قد يؤدي إلى زيادة جودة الخدمات الصحية بدرجة (0.598)، ويؤكد هذا الأثر قيمة (F) المحسوبة والتي بلغت (46.675)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.00)، وهذا يؤكد قبول الفرضية الفرعية الثانية والتي تنص على: "وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتكاليف التقييم في جودة الخدمات الصحية". وبالتالي فقد ثبتت صحة هذه الفرضية.

اختبار الفرضية الفرعية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على أنه: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.05%) لتكاليف الفشل الداخلي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت. وتهدف هذه الفرضية إلى معرفة أثر تكاليف الفشل الداخلي في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط، والجدول (19) يوضح ذلك.

جدول (19): نتائج اختبار الفرضية الفرعية الثالثة

Sig.T مستوى الدلالة	اختبار T	الانحدار B	Sig.F مستوى الدلالة	اختبار F	R ² معامل التحديد	R معامل الارتباط
0.000	7.616	0.639	0.000	58.005	0.408	0.639

يوضح الجدول (19) أن هناك تأثيراً ذا دلالة إحصائية لتكاليف الفشل الداخلي في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث كان معامل الارتباط ($R=0.639$)، وقد بلغ معامل التحديد ($R^2=0.408$)، ويعني ذلك أن تكاليف الفشل الداخلي تفسر (40.8%) من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) وذلك عند مستوى دلالة (0.00)، وهذا يشير إلى أن (0.408) من جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة محل الدراسة هو ناتج عن تكاليف الفشل الداخلي.

كذلك أن قيمة معامل الانحدار (β) أو درجة التأثير (0.639)، وهذا يعني أنه بافتراض تحييد بقية المتغيرات فعندما تكون الزيادة بدرجة واحدة في (تكاليف الفشل الداخلي) قد يؤدي إلى زيادة جودة الخدمات الصحية بدرجة (0.639)، ويؤكد هذا الأثر قيمة (F) المحسوبة والتي بلغت (58.005)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.00)، وهذا يؤكد قبول الفرضية الفرعية الثالثة والتي تنص على: "وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتكاليف الفشل الداخلي في جودة الخدمات الصحية". وبالتالي فقد ثبتت صحة هذه الفرضية.

اختبار الفرضية الفرعية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على أنه: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى (0.00%) لتكاليف الفشل الخارجي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت. وتهدف هذه الفرضية إلى معرفة أثر تكاليف الفشل الخارجي في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط والجدول (20) يوضح ذلك.

جدول (20): نتائج اختبار الفرضية الفرعية الرابعة

Sig.T مستوى الدلالة	اختبار T	الانحدار B	Sig.F مستوى الدلالة	اختبار F	R ² معامل التحديد	R معامل الارتباط
0.000	9.876	0.733	0.000	97.54	0.537	0.733

يوضح الجدول (20) أن هناك تأثيراً ذا دلالة إحصائية لتكاليف الفشل الخارجي في جودة الخدمات الصحية، حيث كان معامل الارتباط ($R=0.733$)، وقد بلغ معامل التحديد ($R^2=0.537$)، ويعني ذلك أن تكاليف الفشل الخارجي تفسر (53.7%) من التباين في المتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) وذلك عند مستوى دلالة (0.00)، وهذا يشير إلى أن (0.537) من جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة محل الدراسة هو ناتج عن تكاليف الفشل الخارجي.

كما يتضح من الجدول (20) أن قيمة معامل الانحدار (β) أو درجة التأثير (0.733)، وهذا يعني أنه بافتراض تحييد بقية المتغيرات فعندما تكون الزيادة بدرجة واحدة في (تكاليف الفشل الخارجي) قد يؤدي إلى زيادة جودة الخدمات الصحية بدرجة (0.733)، ويؤكد هذا الأثر قيمة (F) المحسوبة والتي بلغت (97.54)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.00)، وهذا يؤكد قبول الفرضية الفرعية الرابعة والتي تنص على: "وجود أثر ذو دلالة إحصائية لتكاليف الفشل الخارجي في جودة الخدمات الصحية". وبالتالي فقد ثبتت صحة هذه الفرضية.

ولتحديد ترتيب تأثير أبعاد تكاليف الجودة (تكاليف الوقاية (المنع)، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي) في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت تم توضيحه في الجدول (21) كما يلي:

جدول (21): ترتيب تأثير أبعاد تكاليف الجودة في تحسين جودة الخدمات الصحية.

الترتيب	R^2 معامل التحديد	البعد
2	0.534	تكاليف الوقاية (المنع)
4	0.357	تكاليف التقييم
3	0.408	تكاليف الفشل الداخلي
1	0.537	تكاليف الفشل الخارجي

يتضح من الجدول (21) أن تأثير أبعاد تكاليف الجودة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الخاصة في محافظة حضرموت متفاوت فقد جاء بعد تكاليف الفشل الخارجي الأعلى تأثيراً في جودة الخدمات الصحية، يليه بعد تكاليف الوقاية (المنع)، يليه بعد تكاليف الفشل الداخلي، وجاء في المرتبة الأخيرة بعد تكاليف التقييم، وهذا التأثير حسب الانحدار البسيط. لكن عندما تم استخدام الانحدار المتعدد كما هو موضح في اختبار الفرضية الرئيسية الأولى، تأثر بعض المتغيرات المستقلة (تكاليف الوقاية (المنع)، تكاليف الفشل الخارجي)، وانعدم تأثير (تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي).

خامسا/ الاستنتاجات

- في ضوء مشكلة الدراسة وفرضياتها وأهدافها، ومن خلال تحليل النتائج ومناقشتها فقد تم التوصل إلى مجموعة من الاستنتاجات وذلك على النحو الآتي:
1. وجود اختلاف في الاهتمام بأبعاد تكاليف الجودة في المستشفيات محل الدراسة، وقد كان أكثر الأبعاد أهمية هو بُعد (تكاليف الفشل الخارجي) يليه بُعد (تكاليف الفشل الداخلي) يليه بُعد تكاليف الوقاية (المنع))، وكان أقل الأبعاد أهمية هو بُعد (تكاليف التقييم).
 2. وجود إدراك من قبل المستشفيات محل الدراسة بأهمية جودة الخدمات المقدمة، لذا تأخذ بعين الاعتبار قياس تكاليف استخدام معدات الفحص والاختبار وأدواتها، كما تضع المستشفيات معايير محددة من قبل المستشفى لتصنيف الخدمة جيدة أو معيبة.
 3. وجود ضعف لدى المستشفيات محل الدراسة في تدريب العاملين في مجال قياس وتطبيق تكاليف الجودة مع ضعف في الاهتمام بحساب تكلفة مراجعة نظام الجودة في المستشفيات محل الدراسة، لضمان استمرارية ضبط الجودة بشكل دقيق.
 4. ويوجد ضعف في الاهتمام بوضع معايير محددة من قبل المستشفيات محل الدراسة لتصنيف الخدمة إلى جيدة أو معيبة.
 5. تعمل المستشفيات محل الدراسة على تقدير تكاليف صيانة الأعطال في الأجهزة والمعدات الصحية، وتقوم بتقدير تكاليف الوقت الضائع نتيجة مشكلات الجودة.
 6. يوجد ضعف في قيام الإدارة في المستشفيات محل الدراسة بالرقابة والاختبار لجودة الخدمة عملياً وتصحيح الانحرافات إن وجدت.
 7. تتبع المستشفيات محل الدراسة سياسة تجنب الخسارة الناشئة عن عدم رضا المرضى عن جودة الخدمات وفقد الثقة نتيجة عدم مطابقة المواصفات، وتحمل تكاليف الشكاوى بسبب وجود عيوب في الخدمات التي تقدمها للعملاء.
 8. يوجد قصور في تحمل المستشفيات محل الدراسة لتكاليف العمليات الفاشلة والأخطاء الصحية، وتحمل تكاليف إرضاء المرضى الذين يطلبون الخدمة في المستشفى.
 9. جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة كان عالياً حسب تقديرات عينة الدراسة.
 10. تتمتع المستشفيات محل الدراسة بسمعة جيدة ناتجة عن جودة الخدمات التي تقدمها، ويتوفر لديها الأطباء والإخصائيين المهرة والإداريين والعاملين ذوو الخبرات العالية.
 11. لا تعطي المستشفيات محل الدراسة الأولوية لتوفير أحدث المعدات والأجهزة التي تساهم في تحسين وتطوير جودة الخدمة.

12. هناك تأثير لتكاليف الجودة بأبعادها (تكاليف المنع، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي) في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة.
13. هناك تأثير لجميع أبعاد تكاليف الجودة في جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة، وقد جاء بعد تكاليف الفشل الخارجي الأعلى تأثيراً في جودة الخدمات الصحية.
14. كان بعد تكاليف التقييم الأقل تأثيراً في تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة.
15. هناك تقارب شديد لأثر بُعدي تكاليف الوقاية (المنع)، وبعد تكاليف الفشل الداخلي.
16. لا يوجد تأثير لمتغير عمر المستشفى في تكاليف الجودة وأبعادها (تكاليف الوقاية (المنع)، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي)، ومستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة.
17. لا يوجد تأثير لمتغير حجم المستشفى في تكاليف الجودة وأبعادها (تكاليف الوقاية (المنع)، تكاليف التقييم، تكاليف الفشل الداخلي، تكاليف الفشل الخارجي)، ومستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة.

سادسا/ التوصيات

1. في ضوء الاستنتاجات السابقة التي توصلت إليها الدراسة الحالية، يمكن تقديم التوصيات الآتية:
 1. زيادة الاهتمام بتكاليف الجودة في المستشفيات محل الدراسة بجميع أبعادها باعتبارها متغير مهم يؤثر في جودة الخدمات الصحية.
 2. ضرورة تعزيز مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات محل الدراسة، بهدف التحسين المستمر والوصول بجودة الخدمة الصحية إلى مستوى جودة الخدمات الصحية في الدول المتقدمة.
 3. ضرورة تطوير مهارات وقدرات المدراء والعاملين من خلال عقد دورات تدريبية للعاملين في مجال قياس وتطبيق تكاليف الجودة.
 4. العمل على تحديث رؤية المستشفيات بحيث تكون واضحة ومكتوبة وتتضمن أهداف تكاليف الجودة.
 5. زيادة الاهتمام من قبل المستشفيات بحساب تكلفة مراجعة نظام الجودة، لضمان استمرارية ضبط الجودة بشكل دقيق.
 6. ضرورة استخدام التقنيات والتطبيقات الحديثة وتوفير الإمكانيات الحاسوبية والإلكترونية للتوسع في مجال قياس وتحليل تكاليف الجودة.
 7. يجب زيادة الاهتمام بقياس تكاليف اختبار وتجريب الخدمة قبل تقديمها للعميل، ووضع معايير محددة من قبل المستشفيات لتصنيف الخدمة جيدة أو معيبة.
 8. العمل على تقييم جودة الخدمة الصحية بشكل مستمر من خلال القيام بإجراء استقصاء دوري لمعرفة وتحديد جوانب القصور فيها والعمل على التغلب عليها.
 9. زيادة الاهتمام بالتمتيش الدوري والرقابة والاختبار لجودة الخدمة في ميدان العمل وتصحيح الانحرافات إن وجدت.
 10. ضرورة العمل على مواكبة التطورات التكنولوجية والاهتمام بالتحديث المستمر للأجهزة والمعدات، وتوفير أحدث المعدات والأجهزة التي تساهم في تحسين وتطوير جودة الخدمة الصحية، وبما يلبي تطلعات العملاء، ولمواجهة المنافسين.
 11. اعتبار جودة الخدمات الصحية سلاح تنافسي تتمكن من خلاله المستشفيات من التنافس وتحقيق الكلفة الأدنى.
 12. ضرورة الاهتمام بالعملاء أكثر وقياس مستوى رضاهم ومحاولة الاستجابة لطلباتهم، من خلال تحمل تكاليف العمليات الفاشلة والأخطاء الصحية، وتحمل تكاليف إرضاء المرضى الذين يطلبون الخدمة في المستشفى.
 13. تعزيز ثقافة التحسين المستمر في جودة الخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفيات.
 14. العمل على الاستفادة من الأخطاء السابقة من خلال إيجاد سجل بالأخطاء والعمليات المعيبة من أجل تفاديها مستقبلاً.

ثامنا/ المراجع

المراجع باللغة العربية:

1. الكتب:

- البكري، سونيا محمد (2002). إدارة الجودة الكلية، الإسكندرية، مصر: الدار الجامعية.
- 2. الأبحاث والدوريات المنشورة:
 - الموسوي، عباس نوار كحيط، والزيدي، صادق ظاهر، (2016)، الاعتراف بتكاليف الجودة الخفية على وفق المعايير الدولية للمحاسبة، مجلة الكوت للعلوم الاقتصادية والادارية، العدد 23، جامعة واسط، العراق.
 - الوشلي، محمد عبدالله، والمسوري، صلاح الدين علي، (2020)، المعوقات الإدارية المؤثرة على فاعلية أقسام الطوارئ بالمستشفيات العامة بأمانة العاصمة صنعاء، مجلة الأندلس للعلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 34، المجلد 7، 19-167.
 - حليجل، جلييلة عيدان، وسلمان، محمد عبدالرحمن (2014). أثر قياس تكاليف الجودة في زيادة الارباح وتحقيق الميزة التنافسية، بحث غير منشور، استرجع بتاريخ 2020/ 10/ 04م من موقع: <https://www.researchgate.net/publication/348296874>
 - سرور، منال جبار، وعبدالمجيد، غادة طارق (2015). دور تكاليف الجودة بتقويم الأداء الجامعي - دراسة تطبيقية-، رسالة ماجستير، مجلة الإدارة والاقتصاد، 38(103)، 215-230.
 - الفضل، مؤيد محمد علي، وغدير، إنعام محسن (2012). تأثير محاسبة تكاليف الجودة في تحقيق الميزة التنافسية-دراسة تحليلية-، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والادارية، 8(23)، 231-252.
- 3. الرسائل والأطروحات العلمية:
 - بلعفون، كوثر (2016). أهمية تخفيض تكاليف الجودة في تحقيق الميزة التنافسية بالمؤسسة الاقتصادية- دراسة حالة شركة روائح الورد (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
 - الحديثي، سُرَى كريم (2010). دور الرقابة على تكاليف جودة التصنيع في تحسين الأداء المالي لشركات الأدوية الأردنية- دراسة ميدانية (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، الأردن.
 - حمودة، خالد سامي (2014). واقع تكاليف الجودة في الشركات الصناعية الفلسطينية -دراسة تطبيقية (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.

4. المواقع الإلكترونية:

- السياحة العلاجية (2017). إحصائيات وحقائق. معلومات عن الرعاية الصحية بالخارج، استرجع بتاريخ 2017/09/06م من الموقع الإلكتروني: <https://ar.health-tourism.com>، 6/9/2017
- المركز الوطني للمعلومات (2013). لمحة تعريفية عن القطاع الصحي في اليمن، استرجع بتاريخ 2017/04/20م، من الموقع الإلكتروني: <https://yemen-nic.info/sectors/health/#5.com>
- منظمة الصحة العالمية موقع الكتروني www.WHO.int، 4/4/2017.

المراجع باللغة الإنجليزية:

1. Dale، B. G.، (2003). *Managing Quality*، 4th Edition، Blackwell Publishing Ltd، UK.
2. Juran، J. M.، Godfrey، A. B.، Hoogstoel، R. E.، & Schilling، E. G. (1999). *Juran's quality handbook* (5th ed.). McGraw-Hill، New York.
3. National Committee for Quality Assurance (NCQA) ، (2006). *The essential guide to health care quality*، Washington، DC، USA.
4. Neyestani، B.، & Juanzon، J. B. (2017). Impact of ISO 9001 standard on the quality cost of construction projects in the Philippines. In *Proceedings of 2017 Manila International Conference on "Trends in Engineering and Technology" (MTET-17) Jan* (pp. 23-24).
5. Rasamanie، M.، & Kanapathy، K. (2011). The implementation of cost of quality (COQ) reporting system in Malaysian manufacturing companies: difficulties encountered and benefits acquired. *International Journal of Business and Social Science*، 2(6) ، 243-247.
6. Sailaja، A.، Basak، P. C.، & Viswanadhan، K. G. (2015). Hidden costs of quality: Measurement & analysis. *International Journal of Managing Value and Supply Chains*، 6(2) ، 13-25.
7. Sower، V. E.، Quarles، R.، & Broussard، E. (2007). Cost of quality usage and its relationship to quality system maturity. *International Journal of Quality & Reliability Management*، 24(2) ، 21-140.
8. Suarez، J. G. (1992). *Three Experts on Quality Management*: Philip B. Crosby، W. Edwards Deming، Joseph M. Juran، Total Quality Leadership Office Publication، no. 92-02.
9. Thomasson، Marcus ، Wallin &، Johanna، (2013) ، *Cost of Poor Quality: definition and development of a process- based Framework* ، Chalmers University of Technology، Sweden.
10. Wordpress (2014). *What is the Quality of a Quality Management System*، Retrieved on February 4th 2017 from: <https://oqrmmodel.wordpress.com/>
11. Yousapronpaiboon، K.، & Johnson، W. C. (2013). A comparison of service quality between private and public hospitals in Thailand. *International Journal of Business and Social Science*، 4(11) ، 176-184.