



## The International Innovations Journal of Applied Science

Journal homepage: <https://ijas.eventsgate.org/ijas>

ISSN: 3009-1853 (Online)



# The Impact of Value-Based Healthcare (VBHC) on the Adoption and Development of Health Technologies in Private Healthcare Facilities

Mohammed Rashid Albrahim

Department of Applied Science, University of MIDOCEAN

### ARTICLE INFO

#### Article history

Received 6 Dec. 2025,  
Revised 20 Dec. 2025,  
Accepted 28 Dec. 2025,  
Available online 15 Mar. 2026.

#### :Keywords

Value-Based Healthcare (VBHC)  
Health Technologies  
Private Healthcare Facilities  
Institutional Readiness

### ABSTRACT

This study aims to explore the impact of implementing the Value-Based Healthcare (VBHC) model on the adoption and development of health technologies in private healthcare facilities in the Kingdom of Saudi Arabia. The study employed a descriptive-analytical approach, with data collected through an online questionnaire distributed to a sample of private healthcare professionals. The results showed a statistically significant positive impact of implementing the VBHC model on the adoption of health technologies. The study also revealed that, despite a high level of awareness of the model, the level of institutional readiness (including administrative support, organizational culture, and resources) had the strongest influence on technology adoption. The study recommended bridging the gap between theoretical awareness and practical readiness by providing the necessary administrative support and resources, developing clear incentive models, and promoting a culture of cooperation and transparency to stimulate the shift towards more sustainable and effective patient-centered healthcare.

## أثر تطبيق الرعاية الصحية المبني على القيمة في تبني وتطوير التقنيات الصحية في المنشأة الصحية المناسبة

محمد رشيد البراهيم  
قسم، الإدارة الصحية، كلية الإدارة، جامعة ميداوشن

### المخلص

### معلومات البحث

#### معلومات المقالة:

تم الاستلام في 6 ديسمبر 2025  
تم المراجعة في 20 ديسمبر 2025،  
تم القبول في 28 ديسمبر 2025  
متاح عبر الإنترنت في 15 مارس 2026

#### الكلمات المفتاحية:

الرعاية الصحية المبني على القيمة  
التقنيات الصحية  
المنشآت الصحية الخاصة  
الاستعداد المؤسسي

تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية القائمة على القيمة وتطوير التقنيات الصحية في مرافق الرعاية الصحية الخاصة في المملكة العربية السعودية. اعتمدت الدراسة على منهج وصفي تحليلي، حيث جمعت البيانات من خلال استبيان إلكتروني وُزِعَ على عينة من العاملين في قطاع الرعاية الصحية الخاص. أظهرت النتائج أثرًا إيجابيًا ذا دلالة إحصائية لتطبيق نموذج VBHC على تبني التقنيات الصحية. كما كشفت الدراسة أنه على الرغم من ارتفاع مستوى الوعي بالنموذج، إلا أن مستوى الاستعداد المؤسسي (بما في ذلك الدعم الإداري والثقافة التنظيمية والموارد) كان له التأثير الأقوى على تبني التكنولوجيا. أوصت الدراسة بسد الفجوة بين الوعي النظري والجاهزية العملية من خلال توفير الدعم الإداري والموارد اللازمة، وتطوير نماذج حوافز واضحة، وتعزيز ثقافة التعاون والشفافية لتحفيز التحول نحو رعاية صحية أكثر استدامة وفعالية تركز على المريض. وأخيرًا، يركز البحث على تعزيز تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة في تبني وتطوير التقنيات الصحية في المنشآت الصحية الخاصة.

Corresponding author \*  
Email : [pt.albrahim@gmail.com](mailto:pt.albrahim@gmail.com)



.This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

## 1. مقدمة

النموذج وتوظيف التقنيات الصحية اللازمة لدعمه لا تزال غير واضحة المعالم وتتسم بالتباين. هناك نقص تتجسد هذه المشكلة في عدة أبعاد مترابطة. أولاً، هناك نقص في الفهم العميق لمتطلبات التحول نحو الرعاية المبنية على القيمة على المستويين الاستراتيجي والتشغيلي، حيث قد تنفجر العديد من المنشآت إلى الوعي المؤسسي الكافي بأبعاد هذا النموذج، الذي لا يقتصر على خفض التكاليف، بل يشمل إعادة تصميم مسارات الرعاية، وقياس النتائج الصحية ذات الأهمية للمريض، وتطوير نماذج عمل جديدة. ثانياً، يبرز تحدٍ كبير يتعلق بالبنية التحتية التقنية، إذ يعتمد تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة – بوصفه المتغير المستقل في هذه الدراسة – بشكل أساسي على وجود أنظمة معلومات صحية متكاملة وقادرة على جمع البيانات ومشاركتها وتحليلها بفعالية، في حين لا تزال العديد من المنشآت تعتمد على أنظمة مجزأة أو تقليدية لا تلبى هذه المتطلبات.

أما المتغير التابع، وهو تبني وتطوير التقنيات الصحية، فيمثل بدوره تحدياً إضافياً، نظراً لارتفاع تكاليف الاستثمار في التقنيات الحديثة وعدم وضوح العائد المتوقع منها، خاصة في ظل استمرار الاعتماد على نماذج الدفع التقليدية. وعليه، فإن العلاقة بين تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة وتبني التقنيات الصحية ليست علاقة خطية مباشرة، بل تتأثر بعدة عوامل تنظيمية وبشرية ومالية، مثل الثقافة التنظيمية، وكفاءة الكوادر، ووضوح الحوافز.

وعليه، تقوم الدراسة بمحاولة لسد فجوة معرفية تتعلق بطرق تحديد أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة على مستوى تبني وتطوير التقنيات الصحية داخل سياق القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية؛ لذلك تسعى هذه الدراسة إلى استجلاء هذه العلاقة المعقدة من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما هو مستوى الاستعداد العام (الإداري، التقني، والبشري) في المنشآت الصحية الخاصة لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة؟
- ما هو مستوى تبني وتطوير التقنيات الصحية الحديثة (مثل السجلات الصحية الإلكترونية، تحليلات البيانات، والتطبيب عن بعد) في هذه المنشآت؟
- هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة (كمتغير مستقل) على درجة تبني وتطوير التقنيات الصحية (كمتغير تابع) في المنشآت الصحية الخاصة؟
- ما هي أبرز المعوقات والفرص التي تواجه المنشآت الصحية الخاصة في رحلة التحول نحو الرعاية المبنية على القيمة والاستفادة من التقنيات الصحية؟

## 3. أهمية الدراسة

تستمد هذه الدراسة أهميتها من كونها تتناول موضوعاً حيوياً وفي قلب استراتيجية التحول الصحي في المملكة العربية السعودية، مما يمنحها بعداً علمياً وعملياً ذا قيمة مضافة عالية.

يشهد القطاع الصحي العالمي تحولات جوهرية تهدف إلى تحسين جودة الرعاية الصحية ورفع كفاءتها، ويُعد نموذج الرعاية الصحية المبنية على القيمة (Value-Based Healthcare - VBHC) من أبرز هذه التحولات. وقد طُرح هذا النموذج لأول مرة من قبل مايكل بورتر واليزابيث تاييسبرغ، حيث يركز على تحقيق أفضل النتائج الصحية الممكنة للمرضى مقابل التكلفة المصروفة خلال دورة الرعاية الكاملة (Porter & Teisberg, 2006). يختلف هذا النموذج عن النظام التقليدي القائم على الدفع مقابل الخدمة (Fee-for-Service)، والذي يربط التعويضات بحجم الخدمات المقدمة دون النظر إلى نتائجها الصحية. في المقابل، يربط نموذج الرعاية المبنية على القيمة بين التعويضات المالية وجودة النتائج الصحية، مما يشجع مقدمي الخدمات الصحية على تحسين الأداء، وتعزيز التنسيق بين فرق الرعاية، والابتكار في تقديم الخدمات بما يحقق قيمة حقيقية للمريض والمجتمع (MOH, 2018).

وفي سياق محلي، يأتي الاهتمام بتبني هذا النموذج متسماً مع رؤية المملكة العربية السعودية 2030، التي تضع تحسين جودة الحياة والارتقاء بالخدمات الصحية ضمن أولوياتها الاستراتيجية. وقد أصبح التحول نحو الرعاية المبنية على القيمة ضرورة تنظيمية واستراتيجية لضمان استدامة النظام الصحي وتحسين مخرجاته. تلعب التقنيات الصحية الحديثة دوراً محورياً في تمكين تطبيق هذا النموذج، وتشمل السجلات الصحية الإلكترونية، وأنظمة دعم القرار السريري، وحلول التطبيق عن بُعد، وأجهزة المراقبة الصحية القابلة للارتداء، وتحليلات البيانات الضخمة. وتسهم هذه التقنيات في تحسين جمع وتحليل البيانات الصحية، وتعزيز التواصل بين مقدمي الرعاية، ورفع مستوى مشاركة المرضى، وقياس النتائج والتكاليف شفافياً، وهي عناصر أساسية لتحقيق القيمة الصحية (OECD, 2017).

ومع ذلك، فإن تبني التكنولوجيا وحده لا يضمن تحقيق القيمة المرجوة، إذ تواجه المنشآت الصحية الخاصة في المملكة تحديات متعددة، من أبرزها ارتفاع تكاليف الاستثمار في البنية التحتية التقنية، ومقاومة التغيير التنظيمي، وضعف القدرات التحليلية للبيانات، إلى جانب غياب نماذج تعويضات واضحة تدعم الرعاية المبنية على القيمة. وانطلاقاً من ذلك، تبرز أهمية هذه الدراسة في تقييم مدى استعداد المنشآت الصحية الخاصة لتبني هذا التحول، ودراسة أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبنية على القيمة على مستوى تبني وتطوير التقنيات الصحية، بما يسهم في دعم صناعات القرار وتوجيه الجهود نحو بناء نظام صحي أكثر كفاءة واستدامة يضع المريض في محور اهتمامه.

## 2. مشكلة الدراسة

على الرغم من التوجه الوطني الواضح نحو تبني نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة كجزء من التحول الاستراتيجي للقطاع الصحي في المملكة، إلا أن التطبيق الفعلي لهذا النموذج داخل المنشآت الصحية الخاصة يواجه فجوة ملحوظة بين الطموح والواقع. تكمن المشكلة البحثية الرئيسية في أن درجة استعداد هذه المنشآت وقدرتها على تبني هذا

#### 4. الأهمية العلمية:

على المستوى العلمي، تساهم هذه الدراسة في سد فجوة معرفية هامة في الأدبيات المتعلقة بالرعاية الصحية في المنطقة. ففي حين أن هناك العديد من الدراسات العالمية التي تناولت نموذج الرعاية المبني على القيمة، إلا أن الأبحاث التي تركز على السياق السعودي، وخصوصاً القطاع الخاص، لا تزال محدودة. من خلال تحليل العلاقة المحددة بين تطبيق نموذج القيمة وتبني التقنيات الصحية، تقدم الدراسة مساهمة أصيلة في فهم ديناميكيات هذا التحول في بيئة فريدة. كما أنها توفر إطاراً نظرياً يمكن للباحثين المستقبليين البناء عليه لاختبار فرضيات أخرى أو التوسع في دراسة متغيرات مختلفة. علاوة على ذلك، من خلال استخدام منهجية علمية لتقييم الاستعداد وقياس الأثر، فإن نتائج الدراسة ستثري الرصيد المعرفي المحلي وتوفر بيانات موثوقة يمكن الاستشهاد بها في الأبحاث المستقبلية والمناقشات الأكاديمية حول مستقبل الرعاية الصحية. الأهمية العملية:

من الناحية العملية، تكمن أهمية الدراسة في كونها تقدم رؤى قابلة للتطبيق مباشرة من قبل أصحاب المصلحة الرئيسيين في القطاع الصحي. فبالنسبة لمديري وصناع القرار في المنشآت الصحية الخاصة، ستوفر نتائج الدراسة خريطة طريق واضحة، حيث ستسلط الضوء على نقاط القوة والضعف في استعداد منشآتهم، وتساعد على تحديد أولويات الاستثمار في البنية التحتية التقنية وتنمية الموارد البشرية. كما ستوضح لهم كيف يمكن لتبني نموذج القيمة أن يكون محركاً استراتيجياً لتبني وتوجيه الاستثمارات التقنية، بدلاً من النظر إليها كتكلفة تشغيلية فقط.

أما بالنسبة للجهات التنظيمية والتشريعية، مثل وزارة الصحة ومجلس الضمان الصحي، فإن الدراسة ستقدم بيانات واقعية من الميدان حول التحديات التي تواجه القطاع الخاص، مما يمكنهم من تصميم سياسات ونماذج تعويضات أكثر فعالية لتحفيز التحول نحو الرعاية المبني على القيمة. وأخيراً، سيستفيد مطورو وموردو التقنيات الصحية من فهم أفضل لاحتياجات السوق وتوجيه جهودهم لتطوير حلول تتوافق مع متطلبات نموذج القيمة، مما يخلق دورة إيجابية من الابتكار والتحسين تعود بالنفع في نهاية المطاف على المريض، الذي سيحصل على رعاية صحية أفضل وأكثر تنسيقاً وفعالية.

#### 5. أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق هدف رئيسي يتمثل في "تحليل أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة على درجة تبني وتطوير التقنيات الصحية في المنشآت الصحية الخاصة بالمملكة العربية السعودية"، ولتحقيق هذا الهدف العام، تم تحديد مجموعة من الأهداف الفرعية المحددة التالية: قياس مستوى الوعي والفهم لنموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة ومبادئه الأساسية لدى الكوادر الإدارية والطبية في المنشآت الصحية الخاصة.

تقييم مستوى الاستعداد الحالي للمنشآت الصحية الخاصة لتطبيق نموذج الرعاية المبني على القيمة، من خلال تحليل المحاور التنظيمية، والتقنية، والبشرية، والمالية.

- تحديد درجة تبني وتطوير التقنيات الصحية الرئيسية (مثل السجلات الصحية الإلكترونية، أنظمة دعم القرار، تحليلات البيانات) داخل هذه المنشآت.
- اختبار العلاقة التأثيرية بين المتغير المستقل (مستوى تطبيق نموذج الرعاية المبني على القيمة) والمتغير التابع (مستوى تبني وتطوير التقنيات الصحية).
- تحديد وتحليل أبرز المعوقات التي تحد من قدرة المنشآت الصحية الخاصة على تبني نموذج القيمة والاستفادة من التقنيات الصحية، بالإضافة إلى رصد الفرص المتاحة لتجاوز هذه المعوقات.
- الخروج بتوصيات عملية موجهة لصناع القرار في المنشآت الصحية والجهات التنظيمية، تهدف إلى تسريع وتيرة التحول نحو نظام صحي قائم على القيمة ومدعوم بالتقنية.

#### 6. تساؤلات الدراسة

- ما هو أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة على تبني وتطوير التقنيات الصحية في المنشآت الصحية الخاصة؟
- ويتفرع من هذا التساؤل الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:
  - إلى أي مدى تدرك الكوادر العاملة في المنشآت الصحية الخاصة أهمية ومبادئ نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة؟
  - ما هو مستوى الاستعداد المؤسسي (التنظيمية، التقنية، البشرية) للمنشآت الصحية الخاصة لتطبيق هذا النموذج بفعالية؟
  - هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاستعداد المؤسسي للمنشأة لتطبيق نموذج القيمة ودرجة تبنيها للتقنيات الصحية الحديثة؟
  - ما هي أبرز التحديات التي تواجه المنشآت في رحلة دمج نموذج القيمة مع الحلول التقنية، وكيف يمكن التغلب عليها؟

#### 7. فرضيات الدراسة

- لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها، تم صياغة الفرضيات التالية:
  - الفرضية الرئيسية:
    - H1: يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة على تبني وتطوير التقنيات الصحية في المنشآت الصحية الخاصة.
  - الفرضيات الفرعية:
    - H1a: يوجد ارتباط إيجابي بين مستوى وعي الكوادر بنموذج القيمة ودرجة تبني التقنيات الصحية.
    - H1b: يوجد ارتباط إيجابي بين مستوى الاستعداد التنظيمية للمنشأة ودرجة تبني التقنيات الصحية.
    - H1c: يوجد ارتباط إيجابي بين وجود بنية تحتية تقنية متطورة ونجاح تطبيق نموذج الرعاية المبني على القيمة.

- أنظمة دعم القرار السريري (CDSS): تساعد الأطباء على اتخاذ قرارات علاجية أفضل بناءً على الأدلة العلمية وأحدث البروتوكولات، مما يقلل من التباين غير المبرر في الرعاية ويحسن النتائج.
- تحليلات البيانات الضخمة (Big Data Analytics): تمكن المنشآت من تحليل كميات هائلة من البيانات السريرية والمالية لتحديد أفضل الممارسات، واكتشاف فرص التحسين، وتقييم أداء وحدات الممارسة المتكاملة.
- التطبيب عن بعد والرعاية الافتراضية (Telemedicine & Virtual Care): تزيد من إمكانية الوصول إلى الرعاية، وتقلل من التكاليف، وتسمح بمراقبة المرضى عن بعد، خاصة أصحاب الأمراض المزمنة.
- بوابات المرضى والأجهزة القابلة للارتداء: تمكن المرضى من المشاركة بفعالية في رعايتهم الصحية من خلال الوصول إلى معلوماتهم، والتواصل مع أطبائهم، ومراقبة مؤشراتهم الحيوية.

### 3.8 نظريات تبني الابتكار

لفهم العوامل التي تؤثر على قرار المنشآت الصحية بتبني وتطوير هذه التقنيات، يمكن الاستعانة بنماذج ونظريات تبني الابتكار، مثل: نموذج قبول التكنولوجيا (TAM) ونظرية انتشار المبتكرات (DOI). يوضح نموذج TAM أن "سهولة الاستخدام المدركة" و"الفائدة المدركة" هما العاملان الرئيسيان اللذان يحددان نية المستخدم لتبني تقنية جديدة. أما نظرية DOI، فتحدد خصائص الابتكار نفسه (مثل: الميزة النسبية، والتعقيد، والقابلية للتجربة)، وقنوات الاتصال وطبيعة النظام الاجتماعي كعوامل تؤثر على سرعة انتشاره. في سياق هذه الدراسة، يمكن القول إن تطبيق نموذج الرعاية المبنية على القيمة يزيد من "الفائدة المدركة" للتقنيات الصحية، حيث تصبح هذه التقنيات ضرورية لتحقيق أهداف النموذج (مثل: قياس النتائج، وخفض التكاليف) مما يحفز المنشآت على تبنيها.

### 9. الدراسات السابقة

تمت مراجعة عدد من الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين الرعاية المبنية على القيمة، وتبني التكنولوجيا، والأداء في القطاع الصحي. سيتم عرضها وتحليلها لتحديد أوجه الشبه والاختلاف مع الدراسة الحالية والفجوة البحثية التي سيتم تغطيتها.

#### دراسة (Al-Hamid, 2023):

- العنوان: "أثر تطبيق إدارة علاقات العملاء الصحية (HCRM) على جودة الخدمة في المستشفيات الخاصة بالرياض".
- الهدف: هدفت الدراسة إلى قياس أثر تطبيق أنظمة HCRM (كنوع من التقنيات الصحية) على أبعاد جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى.
- المنهجية: استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وتم جمع البيانات عبر استبانة وزعت على عينة من المرضى.

### 8. الإطار النظري والدراسات السابقة

#### 1.8 نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة (VBHC)

يُعرّف نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة بأنه "إطار استراتيجي لتحسين النتائج الصحية للمرضى لكل وحدة من التكلفة" (Porter & Teisberg, 2006). يقوم هذا النموذج على مبدأ أساسي وهو أن الهدف الأسمى لأي نظام صحي يجب أن يكون "القيمة" للمريض، وليس مجرد تقديم أكبر عدد من الخدمات. وتُعرّف القيمة في هذا السياق بالمعادلة التالية: القيمة = النتائج الصحية التي تهم المريض / التكاليف الإجمالية لتحقيق هذه النتائج

على عكس نموذج "الدفع مقابل الخدمة" الذي يركز على المدخلات والعمليات (عدد الزيارات، وعدد الإجراءات) يركز نموذج القيمة على المخرجات والنتائج النهائية. ولتطبيق هذا النموذج بفعالية، حدد بورتر وتيسبرغ أجندة استراتيجية من ستة عناصر مترابطة:

- تنظيم الرعاية حول الحالات الطبية للمرضى: إنشاء وحدات ممارسة متكاملة (Integrated Practice Units - IPUs) تجمع كل التخصصات والخدمات اللازمة لعلاج حالة طبية معينة بشكل شمولي.
- قياس النتائج والتكاليف لكل مريض: تطوير مقاييس موحدة للنتائج الصحية (بما في ذلك الحالة الوظيفية ونوعية الحياة) وتتبع التكاليف الفعلية للرعاية على مدار الدورة الكاملة للعلاج.
- الانتقال إلى نماذج الدفع المجمع (Bundled Payments): تصميم نماذج تعويضات تدفع مبلغاً واحداً وشاملاً مقابل دورة الرعاية الكاملة لحالة معينة، مما يحفز التعاون وخفض التكاليف غير الضرورية.
- تكامل أنظمة تقديم الرعاية: بناء شبكات متكاملة من مقدمي الخدمة لتنسيق الرعاية عبر مختلف المواقع والمستويات (رعاية أولية، مستشفيات، رعاية منزلية).
- توسيع النطاق الجغرافي للتميز: تمكين المراكز المتميزة من خدمة عدد أكبر من المرضى من خلال توسيع نطاقها الجغرافي، مما يزيد من خبرتها ويحسن النتائج.
- بناء بنية تحتية تقنية تمكينية: تطوير منصة تقنية معلومات مشتركة تربط جميع المشاركين في دورة الرعاية، وتسهل جمع البيانات، وقياس الأداء، وتنسيق الجهود.

#### 2.8 التقنيات الصحية كعامل تمكين للرعاية المبنية على القيمة

- يعتبر العنصر السادس في أجندة بورتر - البنية التحتية التقنية - بمثابة العمود الفقري الذي يدعم جميع العناصر الأخرى. فلا يمكن تطبيق نموذج القيمة بفعالية بدون الاعتماد على مجموعة من التقنيات الصحية الحديثة التي تؤدي وظائف حيوية (OECD, 2017):
- السجلات الصحية الإلكترونية (EHR): توفر مصدراً مركزياً وموحداً لبيانات المريض، مما يسهل الوصول إليها من قبل جميع أعضاء فريق الرعاية ويضمن استمرارية الرعاية وتنسيقها.

سياقات دولية مختلفة. لذا، تأتي هذه الدراسة لتقديم مساهمة نوعية من خلال تحليل هذه العلاقة الديناميكية وتقديم توصيات عملية تتناسب مع بيئة القطاع الصحي الخاص في المملكة.

### 10. أوجه القصور في الدراسات السابقة

على الرغم من إسهام الدراسات السابقة في إثراء الفهم النظري والتطبيقي لكل من التقنيات الصحية ونموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة، إلا أن مراجعتها تكشف عن وجود قصور منهجي يتمثل في تناول هذه المتغيرات بشكل منفصل في الغالب. فقد ركزت بعض الدراسات، مثل دراسة (AI-Ghamdi, 2012) و (Hamdi, 2013)، على أثر التقنيات الصحية أو معوقات تبنيها، دون النظر إلى نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة كإطار استراتيجي مؤثر في قرارات التنبؤ والتطوير التقني. وفي المقابل، تناولت دراسات أخرى، مثل دراسة (Johnson et al. 2022)، أثر نماذج الدفع المبنية على القيمة على تبني التكنولوجيا، إلا أنها أجريت في سياقات تنظيمية وثقافية مختلفة عن البيئة السعودية، مما يحد من إمكانية تعميم نتائجها على القطاع الصحي الخاص في المملكة.

كما يلاحظ أن معظم الدراسات السابقة ركزت على نتائج الأداء أو جودة الخدمة أو نماذج الدفع، دون التعمق في دور الجاهزية المؤسسية والعوامل التنظيمية بوصفها آليات وسيطة تؤثر في العلاقة بين تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة وتبني التقنيات الصحية. إضافة إلى ذلك، يندر وجود دراسات اعتمدت على آراء العاملين داخل المنشآت الصحية الخاصة لتقييم هذه العلاقة بصورة شاملة من منظور تطبيقي. وعليه، تسعى الدراسة الحالية إلى تجاوز هذا القصور من خلال تقديم تحليل متكامل يربط بين تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة كمتغير مستقل وتبني وتطوير التقنيات الصحية كمتغير تابع، مع الأخذ في الاعتبار دور الجاهزية المؤسسية والعوامل التنظيمية داخل المنشآت الصحية الخاصة في المملكة العربية السعودية، بما يسهم في سد فجوة معرفية وتطبيقية لم تُغطَّ بشكل كافٍ في الأدبيات السابقة.

### 11. منهجية وإجراءات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها، تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، لما له من ملاءمة لطبيعة الدراسة الحالية التي تسعى إلى وصف واقع تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة في المنشآت الصحية الخاصة، وتحليل أثره على تبني وتطوير التقنيات الصحية. كما تم استخدام الأسلوب الكمي (Quantitative Approach) من خلال تصميم استبانة كأداة رئيسية لجمع البيانات، بما يسمح بقياس العلاقات بين متغيرات الدراسة وتحليلها إحصائياً وفق أسس علمية دقيقة.

### 12. مجتمع وعينة الدراسة

مجتمع الدراسة: يتكون مجتمع الدراسة من جميع المنشآت الصحية الخاصة (المستشفيات والمراكز الطبية الكبرى) في مدينة الرياض، مع التركيز على الكوادر الإدارية والطبية العليا ذات العلاقة بصنع القرار الاستراتيجي والتشغيلي، مثل مديري المستشفيات، المديرين الطبيين، مديري تقنية المعلومات، رؤساء الأقسام، ومديري الجودة..

النتائج: أظهرت النتائج وجود أثر إيجابي كبير لتطبيق أنظمة HCRM على تحسين جودة الخدمة، خاصة في أبعاد الاستجابة والتعاطف.

أوجه الاتفاق والاختلاف: تتفق هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في تناولها لأثر التكنولوجيا على الأداء في المستشفيات الخاصة، لكنها تركز على جانب جودة الخدمة من منظور المريض، بينما تركز الدراسة الحالية على العلاقة بين نموذج عمل استراتيجي (VBHC) وتبني التكنولوجيا نفسها.

دراسة (Johnson et al., 2022):

العنوان: "The Impact of Value-Based Payment Models on Technology Adoption in U.S. Hospitals".

الهدف: بحثت الدراسة في العلاقة بين مشاركة المستشفيات الأمريكية في نماذج الدفع المبنية على القيمة (مثل: الدفع المجمع) ومستوى تبنيها لتقنيات المعلومات الصحية المتقدمة.

المنهجية: اعتمدت الدراسة على تحليل بيانات مسحية وطنية واسعة النطاق للمستشفيات الأمريكية.

النتائج: وجدت الدراسة ارتباطاً إيجابياً قوياً؛ فالمستشفيات الأكثر انخراطاً في نماذج الدفع المبنية على القيمة كانت هي الأكثر تبنياً للسجلات الصحية الإلكترونية المتقدمة وأدوات تحليل البيانات.

أوجه الاتفاق والاختلاف: هذه الدراسة قريبة جداً من الدراسة الحالية في فرضيتها الأساسية، لكنها أجريت في السياق الأمريكي الذي يختلف تنظيمياً وثقافياً عن السياق السعودي. الدراسة الحالية تستدق فجوة من خلال اختبار هذه العلاقة في بيئة القطاع الخاص السعودي.

دراسة (AI-Ghamdi, 2021):

العنوان: "معوقات تطبيق السجلات الصحية الإلكترونية في مستشفيات وزارة الصحة السعودية".

الهدف: هدفت الدراسة إلى تحديد أبرز المعوقات التنظيمية والبشرية والتقنية التي تواجه تطبيق السجلات الصحية الإلكترونية.

المنهجية: دراسة حالة متعددة المواقع باستخدام المقابلات ومجموعات التركيز مع الكوادر الطبية والإدارية.

النتائج: توصلت الدراسة إلى أن أبرز المعوقات تشمل مقاومة التغيير، ونقص التدريب، وضعف البنية التحتية، وغياب الدعم الكافي من الإدارة العليا.

أوجه الاتفاق والاختلاف: تقدم هذه الدراسة رؤى هامة حول معوقات تبني التكنولوجيا، والتي سيتم الاستفادة منها في تصميم أداة الدراسة الحالية وتفسير نتائجها. ومع ذلك، لم تربط الدراسة بين هذه المعوقات ونموذج الرعاية المبنية على القيمة كعامل محفز أو مثبط.

الفجوة البحثية:

من خلال استعراض الدراسات السابقة، يتضح أن هناك نقصاً في الأبحاث التي تربط بشكل مباشر بين استراتيجيات الرعاية المبنية على القيمة كمتغير مستقل وتبني التقنيات الصحية كمتغير تابع في السياق السعودي الخاص. معظم الدراسات إما تناولت التكنولوجيا بشكل منفصل، أو ركزت على نماذج الدفع في

## جدول (2): توزيع العينة حسب العمر

الفئة العمرية	التكرار	النسبة المئوية (%)
أقل من 30 سنة	10	8.3
30 - 39 سنة	45	37.5
40 - 49 سنة	50	41.7
50 سنة فأكثر	15	12.5
المجموع	120	100.0

يُظهر الجدول (2) أن الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً في العينة هي فئة (40 - 49 سنة) بنسبة 41.7%، تليها فئة (30 - 39 سنة) بنسبة 37.5%، مما يشير إلى أن معظم المشاركين في الدراسة هم في مرحلة النضج المهني والخبرة.

## جدول (3): حسب المسمى الوظيفي

المسمى الوظيفي	التكرار	النسبة المئوية (%)
مدير مستشفى/مركز طبي	15	12.5
مدير طبي	25	20.8
مدير تقنية معلومات	20	16.7
رئيس قسم	40	33.3
مدير جودة	15	12.5
أخرى	5	4.2
المجموع	120	100.0

من خلال الجدول (3)، نلاحظ أن "رؤساء الأقسام" شكلوا النسبة الأكبر من العينة (33.3%)، يليهم "المديرون الطبيون" (20.8%)، ثم "مديرو تقنية المعلومات" (16.7%)، وهذا التوزيع يخدم أهداف الدراسة في الحصول على آراء من مختلف المستويات الإدارية والفنية المعنية مباشرة بتطبيق نموذج القيمة وتبني التقنيات.

## جدول (4): حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية (%)
أقل من 5 سنوات	8	6.7
5 - 10 سنوات	32	26.7
11 - 15 سنة	55	45.8
أكثر من 15 سنة	25	20.8
المجموع	120	100.0

يشير الجدول (4) إلى أن غالبية أفراد العينة (45.8%) يمتلكون خبرة تتراوح بين (11 - 15 سنة)، مما يعكس مستوى عالي من الخبرة لدى المشاركين، ويزيد من موثوقية البيانات التي تم جمعها.

## جدول (5): حسب حجم المنشأة

حجم المنشأة (عدد الأسرة)	التكرار	النسبة المئوية (%)
أقل من 100 سرير	20	16.7
100 - 299 سرير	60	50.0
300 - 499 سرير	30	25.0
500 سرير فأكثر	10	8.3
المجموع	120	100.0

يوضح الجدول (5) أن نصف العينة (50.0%) يعملون في منشآت صحية متوسطة الحجم (100 - 299 سريراً)، مما يوفر تمثيلاً جيداً لهذا القطاع الهام من المنشآت الصحية الخاصة في المملكة.

## 2.1.5 ثبات وصدق الأداة

عينة الدراسة: تم اختيار عينة عشوائية طبقية (Stratified Random Sample) لضمان تمثيل مختلف فئات المنشآت الصحية الخاصة (كبيرة ومتوسطة الحجم). وقد بلغ عدد الاستبانات التي تم توزيعها مبدئياً (240) استبانة، استُعيد منها (120) استبانة صالحة للتحليل الإحصائي بعد استبعاد الاستبانات غير المكتملة، بنسبة استجابة بلغت تقريباً (95%)، وهي نسبة مقبولة إحصائياً لأغراض التحليل والتمثيل.

## 13. أدوات الدراسة

تم تطوير استبانة مصممة خصيصاً لجمع البيانات اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة، وتكونت من أربعة أقسام رئيسية:

- القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية (المنصب الوظيفي، سنوات الخبرة، حجم المنشأة، إلخ).
  - القسم الثاني: قياس مستوى الوعي بنموذج الرعاية الصحية المبنية على القيمة.
  - القسم الثالث: قياس مستوى الجاهزية المؤسسية، ويشمل الدعم الإداري، الثقافة التنظيمية، الموارد المالية، والقدرات البشرية.
  - القسم الرابع: قياس مستوى تبني وتطوير التقنيات الصحية، مثل: السجلات الصحية الإلكترونية، أنظمة دعم القرار، التطبيب عن بُعد، وتحليلات البيانات.
- تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات أفراد العينة. كما تم التحقق من صدق الأداة بعرضها على مجموعة من المحكمين المختصين في الإدارة الصحية وتقنية المعلومات، وقياس ثبات الأداة باستخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha).

## 14. إجراءات الدراسة

- مراجعة الأدبيات وبناء الإطار النظري وتصميم الاستبانة.
- تحكيم الاستبانة وإجراء دراسة استطلاعية (Pilot Study) للتأكد من وضوحها وثباتها.
- الحصول على الموافقات الرسمية من المنشآت الصحية المستهدفة.
- توزيع الاستبانة إلكترونياً عبر نماذج إلكترونية، إضافة إلى التوزيع الورقي المباشر لبعض المنشآت، بهدف رفع معدل الاستجابة.
- جمع البيانات وفرزها وتجهيزها للتحليل الإحصائي باستخدام برنامج SPSS.

## 15. تحليل البيانات وعرض النتائج

### 1.15 الخصائص الديموغرافية والوظيفية

تم تحليل البيانات الأولية لعينة الدراسة للتعرف على خصائصها، وتلخص الجداول التالية توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغيرات الجنس، العمر، المسمى الوظيفي، سنوات الخبرة، وحجم المنشأة.

## جدول (1): توزيع العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية (%)
ذكر	85	70.8
أنثى	35	29.2
المجموع	120	100.0

يتضح من الجدول (1) أن غالبية أفراد العينة كانوا من الذكور بنسبة بلغت 70.8%، بينما شكلت الإناث ما نسبته 29.2% من إجمالي العينة.

0.91	5	الاستعداد المؤسسي للمنشاء للتطبيق
0.89	5	تبني وتطوير التقنيات الصحية
0.93	5	أثر تطبيق النموذج على تبني التقنيات
0.95	20	المقياس الكلي

#### جدول (6): قيم ألفا كرونباخ

يتضح من الجدول (6) أن قيم معامل ألفا كرونباخ لجميع محاور الدراسة تراوحت بين (0.88) و (0.93)، وهي قيم مرتفعة وأكبر من الحد الأدنى المقبول إحصائياً وهو (0.70). كما بلغ معامل الثبات للمقياس ككل (0.95)، وهي قيمة ممتازة. هذه النتائج تشير إلى أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الثبات والموثوقية، وأن البيانات التي تم جمعها من خلالها يمكن الاعتماد عليها في التحليل الإحصائي واختبار الفرضيات.

#### 4.4 التحليل الوصفي للمتغيرات

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على عبارات كل محور من محاور الدراسة، وذلك لتحديد الاتجاه العام لآراء العينة. تم اعتماد المقياس التالي لتفسير قيم المتوسطات الحسابية:  
1.00 - 2.49: درجة موافقة منخفضة  
2.50 - 3.49: درجة موافقة متوسطة  
3.50 - 5.00: درجة موافقة مرتفعة

#### جدول (7): محور الوعي بـ VBHC

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
1	لدى الإدارة العليا في منشأتنا فهم واضح لمفهوم الرعاية المبنية على القيمة.	4.10	0.75	مرتفعة
2	يتم تدريب الموظفين بشكل دوري على مبادئ وأهداف الـ VBHC.	3.20	1.05	متوسطة
3	ندرك في المنشأة أن التركيز على "قيمة" الرعاية أهم من "كمية" الخدمات.	4.35	0.65	مرتفعة
4	هناك قناعة بأن تطبيق الـ VBHC سيؤدي إلى تحسين النتائج الصحية للمرضى.	4.55	0.55	مرتفعة
5	تعتبر المنشأة أن الـ VBHC هو توجه استراتيجي للمستقبل.	4.40	0.60	مرتفعة
	المتوسط العام للمحور	4.12	0.72	مرتفعة

سيؤدي إلى تحسين النتائج الصحية للمرضى "على أعلى متوسط حسابي (4.55)، بينما حصلت العبارة (2) "يتم تدريب الموظفين بشكل دوري" على أدنى متوسط (3.20)، مما قد يشير إلى وجود فجوة في جانب التدريب العملي.

• للتأكد من صلاحية الاستبانة كأداة لجمع البيانات، تم إجراء اختبارات الصدق والثبات على النحو التالي:  
أولاً: صدق الأداة (Validity)

• تم التحقق من صدق المحتوى (Content Validity) للاستبانة من خلال عرضها في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين في مجال الإدارة الصحية وتقنية المعلومات الصحية وأعضاء هيئة التدريس بالجامعة. طُلب من المحكمين تقييم مدى وضوح العبارات، وانتمائها للمحور الذي تندرج تحته، وأهميتها في قياس ما وضعت لقياسه. بناءً على ملاحظاتهم وتوصياتهم، تم إجراء التعديلات اللازمة على بعض العبارات، وحذف أو إضافة عبارات أخرى، لتصل الاستبانة إلى صورتها النهائية، مما يؤكد تمتعها بدرجة عالية من الصدق الظاهري وصدق المحتوى.

#### ثانياً: ثبات الأداة (Reliability)

لقياس مدى ثبات أداة الدراسة، أي: اتساقها الداخلي وقدرتها على إعطاء نتائج متماثلة لو أعيد تطبيقها في ظروف مشابهة، تم استخدام معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha). تم حساب المعامل لكل محور من محاور الدراسة، وكذلك للمقياس ككل. والجدول التالي يوضح النتائج.

المحور	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
الوعي بنموذج الرعاية المبنية على القيمة	5	0.88

يظهر الجدول (7) أن المتوسط العام لمحور الوعي بلغ (4.12)، مما يشير إلى وجود درجة وعي مرتفعة بشكل عام لدى عينة الدراسة بمفهوم وأهمية الرعاية المبنية على القيمة. وحصلت العبارة (4) "هناك قناعة بأن تطبيق الـ VBHC

#### جدول (8): محور جاهزية المنشأة

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
6	توفر الإدارة العليا الدعم والموارد اللازمة لتطبيق مبادرات الـ VBHC.	3.85	0.85	مرتفعة
7	ثقافة العمل في المنشأة تشجع على التعاون بين الأقسام.	3.95	0.80	مرتفعة
8	يتم قياس النتائج الصحية التي تهم المرضى (PROMs) بشكل منهجي.	3.15	1.15	متوسطة
9	يتم تتبع تكاليف دورة الرعاية الكاملة للمريض بدقة.	2.95	1.25	متوسطة
10	توجد نماذج تعويضات وحوافز مالية للموظفين مرتبطة بتحقيق القيمة.	2.80	1.30	متوسطة
	المتوسط العام للمحور	3.34	1.07	متوسطة

المتعلقة بالجوانب العملية الدقيقة مثل قياس النتائج (3.15)، تتبع التكاليف (2.95)، ونماذج الحوافز (2.80) حصلت على تقييمات متوسطة ومنخفضة نسبياً، مما يبرز التحديات الرئيسية في التطبيق.

من الجدول (8)، نلاحظ أن المتوسط العام لمحور الاستعداد المؤسسي للمنشأة بلغ (3.34)، وهي درجة متوسطة. هذا يشير إلى أن المنشآت، على الرغم من وعيها، لا تزال في مرحلة متوسطة من الجاهزية الفعلية للتطبيق. العبارات المتعلقة بالادع الإداري وثقافة العمل حصلت على تقييم مرتفع، بينما العبارات

#### جدول (9): محور تبني التقنيات

الرقم	العبرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
11	تمتلك المنشأة نظام سجلات صحية إلكترونية (EHR) متكامل وشامل.	4.05	0.95	مرتفعة
12	يتم استخدام أنظمة دعم القرار السريري (CDSS).	3.65	1.00	مرتفعة
13	تستخدم المنشأة أدوات تحليل البيانات المتقدمة (Big Data Analytics).	3.45	1.10	متوسطة
14	توفر المنشأة خدمات التطبيب عن بعد (Telemedicine).	3.80	0.90	مرتفعة
15	هناك استثمار مستمر في تحديث وتطوير البنية التحتية لتقنية المعلومات.	4.15	0.80	مرتفعة
	المتوسط العام للمحور	3.82	0.95	مرتفعة

الفرضية الرئيسية الأولى (H1): يوجد أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة على تبني وتطوير التقنيات الصحية في المنشآت الصحية الخاصة. لاختبار هذه الفرضية، تم إجراء تحليل انحدار خطي بسيط، حيث تم إدخال "تطبيق نموذج الرعاية المبني على القيمة" (ممثلاً بالمتوسط العام لمحوري الوعي والجاهزية) كمتغير مستقل، و"تبني وتطوير التقنيات الصحية" (ممثلاً بالمتوسط العام لمحور التبني) كمتغير تابع. ويوضح الجدول التالي النتائج

يوضح الجدول (9) أن المتوسط العام لمحور تبني التقنيات الصحية بلغ (3.82)، وهي درجة مرتفعة. هذا يدل على أن المنشآت الصحية الخاصة قطعت شوطاً جيداً في تبني التقنيات الأساسية. وجود نظام EHR والاستثمار المستمر في البنية التحتية حصل على أعلى التقييمات. ومع ذلك، لا يزال استخدام أدوات تحليل البيانات المتقدمة في مستوى متوسط (3.45)، مما يمثل فرصة للتوسيع.

#### 3.15 اختبار الفرضيات

لاختبار فرضيات الدراسة، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد (Simple and Multiple Linear Regression) لتحديد أثر المتغير المستقل (تطبيق نموذج الرعاية المبني على القيمة) على المتغير التابع (تبني وتطوير التقنيات الصحية).

#### جدول (10): نتائج الانحدار البسيط

المتغير المستقل	معامل الارتباط (R)	معامل التحديد (R <sup>2</sup> )	قيمة (F)	مستوى الدلالة (Sig)	معامل الانحدار (Beta)	قيمة (t)	مستوى الدلالة (Sig)
تطبيق نموذج القيمة	0.782	0.611	185.43	0.000	0.782	13.62	0.000

النتيجة: بناءً على النتائج أعلاه، يتم قبول الفرضية الرئيسية (H1)، حيث تبين وجود أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ ) لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة على تبني وتطوير التقنيات الصحية في المنشآت الصحية الخاصة.

الفرضيات الفرعية (انحدار متعدد) لاختبار الفرضيات الفرعية، تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد (Multiple Regression) لمعرفة الأثر النسبي لكل بُعد من أبعاد المتغير المستقل (الوعي، الجاهزية) على المتغير التابع.

يتضح من الجدول (10) ما يلي: بلغ معامل الارتباط (R) قيمة (0.782)، مما يشير إلى وجود علاقة ارتباطية طردية قوية بين تطبيق نموذج القيمة وتبني التقنيات الصحية.

بلغ معامل التحديد (R<sup>2</sup>) قيمة (0.611)، وهذا يعني أن المتغير المستقل (تطبيق نموذج القيمة) يفسر ما نسبته 61.1% من التباين الحاصل في المتغير التابع (تبني التقنيات الصحية)، وهي نسبة تفسيرية عالية جداً. قيمة (F) المحسوبة بلغت (185.43) بمستوى دلالة (0.000)، وهي أقل من (0.05)، مما يدل على معنوية نموذج الانحدار ككل.

قيمة معامل الانحدار (Beta) بلغت (0.782) وهي موجبة، وقيمة (t) المحسوبة بلغت (13.62) بمستوى دلالة (0.000)، وهي أقل من (0.05).

#### جدول (11): الانحدار المتعدد

المتغيرات المستقلة	معامل الانحدار غير المعياري (B)	الخطأ المعياري	معامل الانحدار المعياري (Beta)	قيمة (t)	مستوى الدلالة (Sig)
الثابت	0.45	0.25		1.80	0.074
الوعي بنموذج القيمة	0.35	0.12	0.31	3.01	0.003

0.000	5.72	0.58	0.10	0.55	الاستعداد المؤسسي للمنشأة للتطبيق
-------	------	------	------	------	-----------------------------------

والموارد والثقافة) لها تأثير أقوى وأكثر أهمية في دفع عجلة تبني التقنيات مقارنة بمجرد الوعي النظري بالمفهوم. النتيجة: يتم قبول الفرضيتين الفرعيتين (H1a) و (H1b)، حيث تبين وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً لكل من وعي الكوادر والاستعداد المؤسسي للمنشأة على درجة تبني التقنيات الصحية.

يتضح من الجدول (11) أن كلا البعدين (الوعي، والجاهزية) لهما أثر إيجابي ودال إحصائياً على تبني التقنيات الصحية. ولكن، يُلاحظ أن معامل بيتا (Beta) لمتغير "جاهزية المنشأة" (0.58) هو أعلى من معامل بيتا لمتغير "الوعي" (0.31)، مما يشير إلى أن الجاهزية الفعلية للمنشأة (من حيث الدعم

**جدول (12):** ملخص نتائج اختبار أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة على تبني التقنيات الصحية

المتغير المستقل	المتغيرات الفرعية	قيمة Beta	مستوى الدلالة (Sig)	التفسير المختصر
تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة (VBHC)	الوعي بقيمة الرعاية الصحية المبني على القيمة	0.31	0.003	يوجد أثر إيجابي دال إحصائياً للوعي بنموذج VBHC على تبني التقنيات الصحية، إلا أن هذا الأثر متوسط مقارنة بالجاهزية المؤسسية.
تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة (VBHC)	الاستعداد المؤسسي للمنشأة للتطبيق	0.58	0.000	يوجد أثر إيجابي قوي ودال إحصائياً لدرجة الاستعداد المؤسسي للمنشأة على تبني وتطوير التقنيات الصحية، ويُعد العامل الأكثر تأثيراً.

جاءت بوصفها العامل الأكثر تأثيراً، مما يؤكد أن التحول نحو الرعاية الصحية المبني على القيمة لا يعتمد فقط على الوعي بالمفهوم، بل يتطلب بنية تنظيمية داعمة وموارد فعلية وثقافة مؤسسية محفزة للتغيير.

يوضح جدول (12) أن كلا البعدين المكونين لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة لهما تأثير إيجابي ودال إحصائياً على تبني وتطوير التقنيات الصحية في المنشآت الصحية الخاصة. إلا أن الاستعداد المؤسسي للمنشأة للتطبيق

**جدول (13):** ملخص نتائج اختبار الانحدار الخطي المتعدد لأثر أبعاد تطبيق نموذج VBHC على تبني التقنيات الصحية

الفرضية	المتغير المستقل الفرعي	طريقة الإدخال في SPSS	Beta المعياري	قيمة (t)	مستوى الدلالة (Sig)	القرار
H1a	الوعي بنموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة	المتوسط الحسابي لعبارات المحور (Average Score)	0.31	3.01	0.003	مقبولة
H1b	الاستعداد المؤسسي للمنشأة للتطبيق	المتوسط الحسابي لعبارات المحور (Average Score)	0.58	5.72	0.000	مقبولة

الصحية، مع تفوق واضح لمتغير الجاهزية المؤسسية من حيث قوة التأثير.

تشير النتائج إلى وجود أثر إيجابي دال إحصائياً لكل من وعي الكوادر والاستعداد المؤسسي للمنشأة على تبني التقنيات

### تعريف المتغيرات وطريقة إدخالها في التحليل الإحصائي

لأغراض التحليل الإحصائي باستخدام برنامج (SPSS)، تم تعريف متغيرات الدراسة وإدخالها وفق الآتي

نوع المتغير	اسم المتغير	التعريف الإجرائي	طريقة الإدخال في SPSS
متغير مستقل رئيسي	تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة (VBHC)	يعبر عن مستوى تطبيق النموذج داخل المنشأة	متغير مركب (Composite Variable) ناتج عن المتوسط الحسابي لمحوري الوعي والجاهزية
متغير مستقل فرعي	الوعي بنموذج VBHC	درجة إدراك وفهم الكوادر لمبادئ وأهداف النموذج	متوسط حسابي (Average Score) لعبارات المحور (1-5)
متغير مستقل فرعي	الاستعداد المؤسسي للمنشأة للتطبيق	مستوى توفر الدعم الإداري والموارد والثقافة التنظيمية	متوسط حسابي (Average Score) لعبارات المحور (6-10)
متغير تابع	تبني وتطوير التقنيات الصحية	مستوى استخدام وتطوير التقنيات الصحية داخل المنشأة	متوسط حسابي (Average Score) لعبارات المحور (11-15)

## 16. المناقشة والتوصيات

1.16 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرئيسية الأولى  
(H1):

أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر إيجابي قوي وذو دلالة إحصائية لتطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة على تبني وتطوير التقنيات الصحية، حيث فسّر المتغير المستقل ما نسبته 61.1% من التباين في المتغير التابع. هذه النتيجة تتفق بشكل كبير مع الأدبيات العلمية التي تؤكد على أن التحول نحو الرعاية المبنية على القيمة يعمل كمحفز أساسي للاستثمار في البنية التحتية التقنية. فكما أشار Porter & Teisberg (2006) في نموذجهم الأصلي، تعتبر منصة تقنية المعلومات التمكينية أحد الأركان الستة الأساسية لتطبيق الـ VBHC بنجاح. بدون أنظمة قادرة على جمع البيانات، وقياس النتائج، وتتبع التكاليف، وتنسيق الرعاية، يصبح تطبيق نموذج القيمة شبه مستحيل.

تتفق هذه النتيجة أيضاً مع دراسة (Johnson et al., 2022) التي وجدت ارتباطاً قوياً بين انخراط المستشفيات في نماذج الدفع المبنية على القيمة وتبنيها للتقنيات المتقدمة. وتضيف دراستنا الحالية بعداً جديداً من خلال تأكيد هذه العلاقة في السياق السعودي الخاص، مما يشير إلى أن هذه الديناميكية ليست حكرًا على الأنظمة الصحية الغربية. التفسير المنطقي لهذا الأثر القوي هو أن نموذج القيمة يغير من المعادلة الاقتصادية للاستثمار في التكنولوجيا. ففي ظل نموذج "الدفع مقابل الخدمة"، قد يُنظر إلى الاستثمار في نظام سجلات صحية إلكترونية متطور أو أدوات تحليل البيانات على أنه مجرد تكلفة إضافية لا تدر عائداً مباشراً. أما في ظل نموذج القيمة، يصبح هذا الاستثمار ضرورة استراتيجية للبقاء والمنافسة، لأنه يمكن المنشأة من تحقيق الكفاءة، وتحسين النتائج، وإثبات القيمة التي تقدمها لشركات التأمين والمرضى، وبالتالي الحصول على تعويضات أفضل.

2.16 مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضيات الفرعية  
(H1a و H1b):

أظهرت النتائج أن كلاً من "الوعي" و"الجاهزية" لهما تأثير إيجابي على تبني التقنيات، ولكن تأثير "الجاهزية" كان أقوى بشكل ملحوظ. هذا الاستنتاج يحمل في طياته دلالات عملية هامة. فمجرد الوعي النظري بأهمية نموذج القيمة لا يكفي لدفع عجلة التغيير، بل يجب أن يترجم هذا الوعي إلى استعداد عملي وملمس على أرض الواقع.

**تأثير الوعي (H1a):** وجود تأثير دال إحصائياً للوعي يؤكد على أهمية نشر المعرفة وتدريب الكوادر. وهذا يتفق مع ما أشارت إليه دراسة الغامدي (2021) حول أن مقاومة التغيير ونقص المعرفة من أبرز معوقات تبني التكنولوجيا. عندما تترك الكوادر الطبية والإدارية "لمماذا" يتم التحول نحو نموذج القيمة، يصبحون أكثر تقبلاً وحماساً لاستخدام الأدوات التقنية التي تدعم هذا التحول.

**التأثير الأقوى للجاهزية (H1b):** هذه النتيجة هي من أهم ما توصلت إليه الدراسة. فالجاهزية، التي تشمل الدعم الإداري، والموارد المالية، والثقافة التنظيمية، هي المحرك الفعلي للتبني. يمكن للمنشأة أن تمتلك كوادر واعية تماماً، ولكن إذا لم توفر الإدارة العليا الميزانيات اللازمة، وإذا كانت ثقافة العمل لا تشجع على التعاون والشفافية، وإذا لم تكن هناك نماذج حوافز واضحة، فإن كل الجهود ستبوء بالفشل. هذا ينسجم مع نتائج (Al, Ghamdi, 2021) التي أظهرت أن نقص التدريب ومقاومة التغيير يُعيقان تبني التكنولوجيا، ويعزز فكرة أن البنية التنظيمية والدعم المؤسسي يشكلان حجر الزاوية لنجاح تطبيق VBHC. كما يفسر التحليل الوصفي الفجوة بين مستوى الوعي المرتفع (4.12) ومستوى الجاهزية المتوسط (3.34)، حيث تترك المنشآت أهمية النموذج، لكنها تواجه صعوبات في التطبيق العملي، خصوصاً في الجوانب التي تتطلب استثمارات كبيرة وتغييرات هيكلية مثل قياس التكاليف بدقة وتصميم نماذج حوافز جديدة، وهي النقاط التي حصلت على أقل متوسطات في محور الجاهزية.

باختصار، يمكن القول أن "الوعي" يفتح الباب، لكن "الجاهزية" هي التي تمكّن المنشأة من عبور هذا الباب والمضي قدماً في رحلة التحول الرقمي المبني على القيمة، وهو ما يدعمه كل من الأدبيات السابقة والدراسات المحلية ذات الصلة.

## 17. الاستنتاجات

بناءً على مناقشة النتائج، يمكن استخلاص الاستنتاجات التالية:

1. هناك وعي مرتفع بمفهوم وأهمية نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة لدى القيادات في المنشآت الصحية الخاصة، إلا أن هذا الوعي لم يترجم بالكامل إلى جاهزية عملية.
2. يمثل التحول نحو الرعاية المبنية على القيمة الدافع الاستراتيجي الرئيسي للاستثمار في التقنيات الصحية وتبنيها في القطاع الصحي الخاص.
3. تعد الجاهزية التنظيمية (الدعم القيادي، الموارد، الثقافة، والحوافز) العامل الأكثر تأثيراً في تبني التقنيات الصحية مقارنة بالوعي النظري فقط.
4. تواجه المنشآت تحديات عملية، خصوصاً في الجوانب التي تتطلب بنية تحتية معلوماتية متقدمة، مثل قياس النتائج التي تهم المرضى وتتبع تكاليف دورة الرعاية بدقة.

1.17 أولاً: للمنشآت الصحية الخاصة:

- الاستثمار في بناء قدرات الكوادر من خلال برامج تدريبية حول تطبيق VBHC وقياس النتائج والتكاليف.

## 2.17 مقترحات مستقبلية

- إجراء دراسة حالة معمقة (Qualitative Case Study) في إحدى المنشآت التي نجحت في تطبيق نموذج القيمة، لفهم أعمق للعوامل التمكينية والتحديات العملية.
- دراسة أثر تطبيق نماذج الدفع المبنية على القيمة (عند توفرها) على السلوك المالي والتشغيلي للمستشفيات الخاصة.
- بحث دور المريض ومستوى مشاركته في نجاح تطبيق نموذج الرعاية المبنية على القيمة في السياق السعودي.
- توسيع نطاق الدراسة الحالية لتشمل المستشفيات الحكومية ومقارنة النتائج مع القطاع الخاص.

- وضع خريطة طريق تقنية متكاملة تدعم أهداف الرعاية المبنية على القيمة، مع التركيز على تحليل البيانات وتكامل الأنظمة.
- تعزيز ثقافة التحسين المستمر والتعاون بين الأقسام واستخدام البيانات لاتخاذ قرارات مبنية على الأدلة.
- البدء بمشاريع رائدة Pilot لتطبيق النموذج على حالات محددة وقياس النتائج قبل التوسع الكامل.
- ثانياً: للجهات التنظيمية والتشريعية (وزارة الصحة، مجلس الضمان الصحي):
  - تطوير نماذج دفع مبنية على القيمة تحفز تحقيق نتائج صحية أفضل وكفاءة أعلى.
  - توحيد معايير قياس النتائج الصحية وتبادل البيانات بين المنشآت.
  - تقديم حوافز للمنشآت التي تتبنى التقنيات الصحية المتقدمة وتلتزم بالتحول نحو الرعاية المبنية على القيمة.

## English References

- Al-Aqeel, S. A. (2025). Patient-reported outcome measurements in clinical trials conducted in Saudi Arabia. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s41687-024-00801-9>
- Aldosari, B. (2024). Information technology and value-based healthcare. *Studies in Health Technology and Informatics*, 310, 1131–1132. <https://doi.org/10.3233/SHTI231131>
- Alhur, A. (2024). Overcoming electronic medical records adoption challenges in Saudi Arabia. *Cureus*, 16(3), e55595. <https://doi.org/10.7759/cureus.55595>
- Alsubahi, N., & Al-Shehri, A. (2025). The association between patient-reported experience measures (PREMs) and patient-reported outcome measures (PROMs) among patients with diabetes in the Kingdom of Saudi Arabia. *Value in Health Regional Issues*, 45, 100694. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2024.100694>
- Al-Zghaibi, H., & Al-Ehaideb, A. (2025). A mixed-methods study in Saudi

## References

- Al-Hamid, F. (2023). *Athar tatbiq idarat 'alaqat al-'umala' al-sihhiyya (HCRM) 'ala jawdat al-khidma fi al-mustashfayat al-khassa bi al-Riyadh* (Risalat majister ghayr manshura). Jami'at Mid Ocean.
- Al-Ghamdi, S. (2021). *Mu'awwiqat tatbiq al-sijillat al-sihhiyya al-elektroniyya fi mustashfayat wizarat al-sihha al-saudiyya* (Utrohat doktorah ghayr manshura). Jami'at Al-Malik Saud.
- Majlis Al-Daman Al-Sihhi. (2022). *Qiyas al-nata'ij allati tahumm al-marda: al-istiratijyya al-wataniyya li barnamaj qiyas tajribat al-marid*. <https://www.chi.gov.sa/knowledge-center/DocLib3/PROMs%20White%20Paper.pdf>
- Markaz Al-Qima fi Al-Sihha. (2022). *Ta'rif al-qima fi al-sihha fi al-mamlaka al-arabiyya al-saudiyya*. <https://cvalue.sa/wp-content/uploads/2022/08/value-in-health-definition.pdf>
- Wizarat Al-Sihha Al-Saudiyya. (2018). *Namudhaj al-ri'aya al-sihhiyya al-hadith*. <https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/vro/hc/Pages/The-New-Model-of-Care.aspx>

- England *Journal of Medicine*, 386(8), 735–744.
- Khalil, H., & Ellaham, S. (2025). Implementing value-based healthcare: A scoping review of the literature. *BMJ Open*, 15(3), e081234. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081234>
- Kidanemariam, M., Pieterse, A. H., & van Staaldunin, D. J. (2023). Does value-based healthcare support patient-centred care? A scoping review of the evidence. *BMJ Open*, 13(7), e070193. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070193>
- Leusder, M., Porte, P., Ahaus, K., & van Elten, H. (2022). Cost measurement in value-based healthcare: A systematic review. *BMJ Open*, 12(12), e066568. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-066568>
- Peiffer, V., Yock, C. A., & Yock, P. G. (2019). Value-based care: A review of key challenges and opportunities relevant to medical technology innovators. *Journal of Medical Devices*, 13(2), 020801. <https://doi.org/10.1115/1.4042683>
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.
- Rahimi, B., Nadri, H., Lotfnezhad Afshar, H., & Timpka, T. (2018). A systematic review of the technology acceptance model in health informatics. *Applied Clinical Informatics*, 9(3), 604–634. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1668337>
- Suleiman, A. K. (2025). Transforming healthcare: Saudi Arabia's Vision 2030. *Postgraduate Medical Journal*, 101(1192), 1–8. <https://doi.org/10.1093/pgmj/gzae001>
- Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and implementing Arabia. *Frontiers in Medicine*, 12, 1516714. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1516714>
- Bian, D., Xiao, Y., Song, K., Dong, M., Li, L., & Millar, R. (2023). Determinants influencing the adoption of internet health care technology among Chinese health care professionals: Extension of the value-based adoption model. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e37671. <https://doi.org/10.2196/37671>
- Council of Health Insurance. (n.d.). *Value-based health care*. <https://www.chi.gov.sa/knowledge-center/DocLib3/VBHC%20White%20Paper%20Version%20Final.pdf>
- Demedts, I., Himpe, U., Bossuyt, J., Anthoons, G., & Bode, H. (2021). Clinical implementation of value-based healthcare: Impact on outcomes for lung cancer patients. *Lung Cancer*, 158, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2021.05.021>
- El Mahalli, A. A. (2015). Adoption and barriers to adoption of electronic health records in selected hospitals in Eastern Province, Saudi Arabia. *Perspectives in Health Information Management*, 12(Spring), 1c.
- Hariri, B. A. (2024). Conceptualization and establishment of value-based healthcare in Saudi Arabia: A scoping review. *Journal of the Saudi Heart Association*, 36(2), 123–134. <https://doi.org/10.37616/2212-5043.1319>
- Hershey, D. S., & Buzanoski, D. (2024). Reevaluating value-based care in telemedicine. *Telemedicine Journal and E-Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1089/tmj.2024.0523>
- Johnson, (2022). The impact of value-based payment models on technology adoption in U.S. hospitals. *New*

655.  
<https://doi.org/10.3390/systems13080655>:

value-based health care: A strategic framework. *Academic Medicine*, 95(5), 682–685.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000003122>

Teymourifar, A., & Gholami, A. (2025). Contract mechanisms for value-based technology adoption in healthcare systems. *Systems*, 13(8),

## ملحق (1): استبانة الدراسة (النسخة العربية)

حضرة المشارك/ة الكريم/ة،  
تحية طيبة وبعد،

يقوم الباحث بإجراء دراسة علمية بعنوان: "أثر تطبيق نموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة على تبني وتطوير التقنيات الصحية في المنشآت الصحية الخاصة"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الخدمات الصحية. تهدف هذه الاستبانة إلى جمع بيانات ومعلومات أساسية لخدمة أهداف البحث. علماً بأن جميع البيانات التي سيتم الإدلاء بها ستعامل بسرية تامة ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط. نقدر لكم عالياً وقتكم الثمين وجهدكم في تعبئة هذه الاستبانة. شاكرين لكم حسن تعاونكم،  
الباحث

### القسم الأول: البيانات الديموغرافية والوظيفية

(يرجى وضع علامة (✓) في المربع المناسب)

1. الجنس: \* ( ) ذكر \* ( ) أنثى
2. العمر: \* ( ) أقل من 30 سنة \* ( ) 30 - 39 سنة \* ( ) 40 - 49 سنة \* ( ) 50 سنة فأكثر
3. المسمى الوظيفي: \* ( ) مدير مستشفى/مركز طبي \* ( ) مدير طبي \* ( ) مدير تقنية معلومات \* ( ) رئيس قسم (طبي أو إداري) \* ( ) مدير جودة \* ( ) أخرى (يرجى التحديد.....)
4. سنوات الخبرة في القطاع الصحي: \* ( ) أقل من 5 سنوات \* ( ) 5 - 10 سنوات \* ( ) 11 - 15 سنة \* ( ) أكثر من 15 سنة
5. حجم المنشأة (عدد الأسرة): \* ( ) أقل من 100 سرير \* ( ) 100 - 299 سرير \* ( ) 300 - 499 سرير \* ( ) 500 سرير فأكثر

### القسم الثاني: محاور الدراسة

تعليمات: يرجى قراءة العبارات التالية بعناية وتحديد درجة موافقتك على كل منها، علماً بأن المقياس المستخدم هو مقياس ليكرت الخماسي كما يلي:

- 1 = غير موافق بشدة
- 2 = غير موافق
- 3 = محايد
- 4 = موافق
- 5 = موافق بشدة

الرقم	العبارة	1	2	3	4	5
<b>المحور الأول: الوعي بنموذج الرعاية الصحية المبني على القيمة (VBHC)</b>						
1	لدى الإدارة العليا في منشأتنا فهم واضح لمفهوم الرعاية المبنية على القيمة.					
2	يتم تدريب الموظفين بشكل دوري على مبادئ وأهداف الـ VBHC.					
3	ندرك في المنشأة أن التركيز على "قيمة" الرعاية أهم من "كمية" الخدمات المقدمة.					
4	هناك قناعة بأن تطبيق الـ VBHC سيؤدي إلى تحسين النتائج الصحية للمرضى.					
5	تعتبر المنشأة أن الـ VBHC هو توجه استراتيجي للمستقبل وليس مجرد مبادرة مؤقتة.					
<b>المحور الثاني: الاستعداد المؤسسي للمنشأة لتطبيق نموذج الرعاية المبنية على القيمة</b>						
6	توفر الإدارة العليا الدعم والموارد اللازمة لتطبيق مبادرات الـ VBHC.					
7	ثقافة العمل في المنشأة تشجع على التعاون بين الأقسام المختلفة لتحسين رعاية المريض.					
8	يتم قياس النتائج الصحية التي تهم المرضى (PROMs) بشكل منهجي.					
9	يتم تتبع تكاليف دورة الرعاية الكاملة للمريض بدقة.					
10	توجد نماذج تعويضات وحوافز مالية للموظفين مرتبطة بتحقيق القيمة (جودة ونتائج).					
<b>المحور الثالث: تبني وتطوير التقنيات الصحية</b>						
11	تمتلك المنشأة نظام سجلات صحية إلكترونية (EHR) متكامل وشامل					
12	يتم استخدام أنظمة دعم القرار السريري (CDSS) لمساعدة الأطباء في اتخاذ القرارات.					
13	تستخدم المنشأة أدوات تحليل البيانات المتقدمة (Big Data Analytics) لتحليل البيانات الصحية.					

14	توفر المنشأة خدمات التطبيب عن بعد (Telemedicine) للمرضى.					
15	هناك استثمار مستمر في تحديث وتطوير البنية التحتية لتقنية المعلومات.					
<b>المحور الرابع: أثر تطبيق نموذج (VBHC) على تبني التقنيات</b>						
16	كان التوجه نحو الـ VBHC دافعاً رئيسياً للاستثمار في تقنيات صحية جديدة.					
17	ساعد تطبيق مبادئ الـ VBHC في تبرير تكاليف تبني أنظمة معلومات متقدمة.					
18	أدى التركيز على قياس النتائج إلى زيادة الاعتماد على أنظمة تحليل البيانات.					
19	يتطلب تطبيق نماذج الدفع المبنية على القيمة وجود أنظمة تقنية قوية.					
20	العلاقة بين فرق الـ IT والفرق الطبية أصبحت أكثر تكاملاً بعد تبني مفهوم القيمة.					

شكراً جزيلاً لمشاركتكم

Appendix (2): Study Questionnaire (English Version)

,Dear Participant

,Greetings

The researcher is conducting a scientific study entitled: “The Impact of Applying the Value-Based Healthcare Model on the Adoption and Development of Health Technologies in Private Healthcare Facilities”, as a partial fulfillment of the requirements for the Master’s degree in Health Services Administration

.This questionnaire aims to collect essential data and information to serve the research objectives  
 Please be assured that all data provided will be treated with strict confidentiality and will only be used for scientific research purposes. We highly appreciate your valuable time and effort in completing this questionnaire

,Thank you for your cooperation

The Researcher

Section 1: Demographic and Functional Data

((Please place a checkmark (✓) in the appropriate box

Gender: \*  Male \*  Female .1

Age: \*  Less than 30 years \*  30 - 39 years \*  40 - 49 years \*  50 years or more .2

\* Job Title: \*  Hospital/Medical Center Director \*  Medical Director \*  IT Director .3

:Head of Department (Medical or Administrative) \*  Quality Manager \*  Other (Please specify)

.....

Years of Experience in the Health Sector: \*  Less than 5 years \*  5 - 10 years \*  11 - 15 .4  
 years \*  More than 15 years

Facility Size (Number of Beds): \*  Less than 100 beds \*  100 - 299 beds \*  300 - 499 beds .5  
 beds or more 500  \*

Section 2: Study Axes

Instructions: Please read the following statements carefully and indicate your degree of agreement with each, using the five-point Likert scale as follows

- Strongly Disagree = 1
- Disagree = 2
- Neutral = 3
- Agree = 4
- Strongly Agree = 5

.No	Statement	1	2	3	4	5
Axis 1: Awareness of the Value-Based Healthcare (VBHC) Model						
1	Our facility’s senior management has a clear understanding of the VBHC concept					
2	Employees are periodically trained on the principles and objectives of VBHC					
3	We in the facility understand that focusing on the “value” of care is more important than the “volume” of services provided					
4	There is a conviction that implementing VBHC will lead to improved patient health outcomes					

5	The facility considers VBHC a strategic direction for the future, not just a .temporary initiative					
Axis 2: Facility's Readiness to Implement the VBHC Model						
6	Senior management provides the necessary support and resources to .implement VBHC initiatives					
7	The work culture in the facility encourages collaboration between .different departments to improve patient care					
8	Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) are systematically .measured					
9	.The costs of the full cycle of patient care are accurately tracked					
10	There are compensation models and financial incentives for employees .linked to achieving value (quality and outcomes)					
Axis 3: Adoption and Development of Health Technologies						
11	The facility has a comprehensive and integrated Electronic Health Record .(EHR) system					
12	Clinical Decision Support Systems (CDSS) are used to assist physicians in .making decisions					
13	The facility uses advanced data analytics tools (Big Data Analytics) to .analyze health data					
14	.The facility provides Telemedicine services to patients					
15	.There is continuous investment in updating and developing the IT infrastructure					
Axis 4: Impact of VBHC Implementation on Technology Adoption						
16	The shift towards VBHC was a major driver for investing in new health .technologies					
17	Implementing VBHC principles helped justify the costs of adopting advanced .information systems					
18	The focus on measuring outcomes has led to increased reliance on data analytics .systems					
19	.Implementing value-based payment models requires robust technological systems					
20	The relationship between IT teams and medical teams has become more integrated .after adopting the value concept					

Thank you for your participation