

عناصر مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش و توصیه‌هایی برای توسعه چهارچوب نظری: مرور حیطه‌ای

ریحانه شریفی^۱، شقایق وحدت^{۲*}، شهرام توفیقی^۳، سمیه حسام^۲ ID

^۱ دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۲ دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۳ دانشیار، گروه آینده نگاری، نظریه‌پردازی و رصد کلان سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسؤؤل: شقایق وحدت

sha_vahdat@iau.ac.ir

هدف: مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش رویکردی نوین برای بهبود ارائه خدمات سلامت با هدف ایجاد بیشترین ارزش برای بیماران است. با وجود توسعه این رویکرد در بسیاری از کشورها، درک مشترکی از مفهوم آن شکل نگرفته است. براین اساس، پژوهش حاضر با هدف شناسایی عناصر مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش و بررسی نحوه اجرای آن‌ها در بیمارستان‌ها و نظام سلامت کشورهای مختلف انجام شد.

منابع اطلاعات و روش‌های انتخابی برای مطالعه: مطالعه با استفاده از مرور حیطه‌ای شش مرحله‌ای آرکسی و اومالی و براساس دستورالعمل PRISMA-ScR صورت گرفت. جستجوی نظام‌مند در ۱۰ پایگاه داده و ۲ وبسایت به زبان‌های فارسی و انگلیسی از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۲۴ انجام شد و با جستجوی دستی تکمیل گردید. پس از مدیریت منابع و غربالگری با نرم‌افزار Endnote 2020، ۷۰ مطالعه انتخاب و با روش تحلیل مضمون شش مرحله‌ای براون و کلارک در نرم‌افزار MaxQDA 2020 کدگذاری و عناصر شناسایی و گروه‌بندی شدند.

یافته‌ها: در مرحله تحلیل مضمون ۱۱۷ کد شناسایی گردید که در قالب ۱۵ عنصر و ۸ گروه شامل تعریف ارزش در سیستم ارائه خدمات؛ ارائه مراقبت بیمارمحور، یکپارچه، جامع و هماهنگ؛ اندازه‌گیری پیامدها و هزینه‌ها؛ ادغام سیستم‌های ارائه مراقبت؛ توسعه جغرافیای مراقبت؛ تغییر نظام بازپرداخت خدمات؛ ایجاد پلتفرم فناوری اطلاعات فعال و ارزیابی و بهبود جامع ارزش گروه‌بندی گردید. در اکثر کشورها اندازه‌گیری پیامدها و هزینه‌ها و سازمان‌دهی واحدهای مراقبت یکپارچه بیش از سایر عناصر، اجرایی شده بودند.

نتیجه‌گیری: کلیه عناصر شش‌گانه پیشنهادی پورتر و تیزبرگ به‌طور یکنواخت در کشورهای مختلف اجرا نشده‌اند و توجه به سایر عناصر کلیدی جهت مفهوم‌سازی جامع‌تر از مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش موردنیاز است. همچنین عناصر توصیه‌شده بر اساس یافته‌های این مطالعه در سه گروه تعریف مفهوم و تعیین نحوه اندازه‌گیری ارزش؛ ارائه مراقبت بیمارمحور، یکپارچه، جامع و هماهنگ؛ و ارزیابی و بهبود جامع ارزش می‌توانند جهت توسعه چهارچوب نظری اولیه کمک‌کننده باشند.

واژه‌های کلیدی: مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش، مراقبت بیمارمحور، کیفیت خدمات سلامت

ارجاع: شریفی ریحانه، وحدت شقایق، توفیقی شهرام، حسام سمیه. عناصر مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش و توصیه‌هایی برای توسعه چهارچوب نظری: مرور حیطه‌ای. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۱۰(۴): ۳۴۱-۵۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۰۵
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۱۲/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۲۸

مقدمه

رشد روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت در سراسر جهان به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران این حوزه تبدیل شده‌است (۱). از سوی دیگر، در قرن بیست و یکم انتظار می‌رود سیستم‌های بهداشت و درمان نقش مؤثری در پاسخگویی به نیازهای متغیر سلامت مردم ایفا کنند (۲). این افزایش جهانی تقاضا برای خدمات سلامت، مدیران و سیاست‌گذاران را به سمت ارائه مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت مطلوب و هزینه‌های پایدار سوق می‌دهد. به منظور تحقق این هدف، رویکردهای متعددی توسعه یافته‌اند که در میان آن‌ها، مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش (Value-based Health Care: VBHC) به عنوان رویکردی امیدوارکننده مطرح شده است (۳).

مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش مفهومی برای بازسازی سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی با هدف کلی ایجاد ارزش برای بیماران است که ارزش را نسبت پیامدهای سلامت به ازای هر واحد هزینه تعریف می‌نماید (۴). این مفهوم اولین بار در سال ۲۰۰۶ توسط مایکل پورتر و الیزابت تیزبرگ معرفی شد (۵). پورتر و همکاران بر این باورند که رقابت میان ارائه‌دهندگان خدمات در نظام‌های سلامت باید از رقابت مبتنی بر حجم خدمات به سمت رقابت مبتنی بر ارزش حرکت کند؛ به گونه‌ای که بهترین پیامدها برای بیماران با کمترین هزینه ممکن حاصل شود (۶). همچنین پیشنهاد کرده‌اند که این تحول بر مبنای شش عنصر به هم پیوسته شامل سازمان‌دهی در واحدهای مراقبت یکپارچه (Integrated Practice Units: IPUs)؛ اندازه‌گیری نتایج و هزینه‌ها برای هر بیمار؛ پرداخت بر اساس بسته خدمات در چرخه‌های مراقبت؛ ادغام سیستم‌های ارائه مراقبت؛ گسترش دسترسی جغرافیایی و ساخت و فعال کردن پلتفرم فناوری اطلاعات، شکل بگیرد (۷).

ایجاد یک سیستم مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش و بهبود مستمر مراقبت و خدمات ارائه‌شده، هدف مشترک بسیاری از کشورها و سازمان‌های بین‌المللی است (۸). با این وجود، ون-استالدوین و همکاران (۲۰۲۲) بر این باورند که ابهام در مورد مفهوم‌سازی و اجرای VBHC وجود دارد و این تنوع تفسیری، اشتراک‌گذاری بهترین شیوه‌ها یا مقایسه بین سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی را دشوار نموده و بنابراین یک مرور کلی جهت مفهوم‌سازی بهتر VBHC مورد نیاز است. همچنین

بیمارستان‌ها آن را به عنوان یک استراتژی یکپارچه اجرا نکرده‌اند (۹). داگلاس و همکاران (۲۰۲۵) پذیرش جهانی ابتکارات مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر ارزش در سیستم‌های بهداشتی مورد بررسی قرار داده و بیان نموده‌اند که اکثر طرح‌های VBHC تاکنون در کشورهای با درآمد بالا اجرا شده‌اند و مطالعات نسبتاً کمی در کشورهای با درآمد متوسط و پایین موجود است (۱۰). در ایران نیز مطالعات بسیار محدودی مرتبط با مفهوم ارزش در نظام سلامت انجام شده است. کریمی (۱۴۰۴) فرصت‌ها و چالش‌های مدل‌های پرداخت مبتنی بر ارزش را بررسی نموده و بیان کرده است که این مدل‌ها نشان‌دهنده تغییر قابل توجه به سمت بهبود نتایج سلامت از طریق مراقبت مبتنی بر ارزش است. با این وجود تعریف ارزش، یکی از چالش‌های اساسی جهت اجرای این مدل‌هاست (۱۱). محمودی و همکاران (۱۴۰۳) نتایج مراقبت ارزش‌محور و شاخص‌های اندازه‌گیری آن در بیماران مبتلابه سرطان را بررسی نموده و بیمارمحوری، سازمان‌دهی، عملکرد نظام‌های اطلاعاتی مراقبت از بیمار و پیامدهای گزارش شده توسط بیمار را در مراقبت بیماری سرطان مؤثر می‌دانند (۱۲). همچنین رادپور و همکاران (۱۴۰۰) الگوی فرآیندی خلق مشترک ارزش در اکوسیستم خدمات سلامت را طراحی نموده و ضمن اشاره به شمار اندک پژوهش‌های انجام گرفته در حوزه موضوعی، بیان می‌نمایند که تبیین نحوه مشارکت بیمار در فرآیندهای خلق مشترک ارزش نیازمند تحقیقات بیشتر است (۱۳).

هرچند مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش در سال‌های اخیر به طور گسترده توجه سیاست‌گذاران سلامت در کشورهای مختلف را به خود جلب کرده است (۱۴) اما پراکندگی مفهومی، تنوع تفسیری و اجرای جزیره‌ای عناصر آن، مانع از شکل‌گیری یک چارچوب مفهومی جامع شده است. بر این اساس، ضرورت انجام یک مرور حیطه‌ای برای شناسایی و مفهوم‌سازی عناصر VBHC از طریق بررسی تجارب اجرا در سایر کشورها تبیین گردید.

روش پژوهش و مرور

برای انجام این پژوهش از روش مرور حیطه‌ای (scoping review) که در آن جستجوی نظام‌مند شواهد بدون الزام به ارزیابی نقادانه کیفیت مطالعات صورت می‌پذیرد،

اینترنتی و پس از تعیین استراتژی جستجوی اختصاصی در هر یک از پایگاه‌های داده و وبسایت‌های انگلیسی با به‌کارگیری اصطلاحات Mesh و کلیدواژه‌های انگلیسی مرتبط شامل value-based healthcare, value-based care, value in care, value in health, value-based insurance, VBHC, value-based purchasing) و نیز ترکیب این کلمات با استفاده از عملگرهای بولی AND و OR و نیز جستجو در پایگاه‌های داده فارسی با استفاده از کلیدواژه‌های فارسی مرتبط شامل (ارزش، مراقبت، بیمارستان) استخراج گردید.

استفاده شد (۱۵،۱۶). در این مطالعه از پروتکل شش مرحله‌ای آرکسی و اومالی استفاده شد. این پروتکل شامل ۱. شناسایی سؤالات پژوهش، ۲. شناسایی مطالعات مرتبط، ۳. انتخاب مطالعات، ۴. استخراج داده‌ها، ۵. تلخیص و تحلیل یافته‌ها و ۶. گزارش نتایج است (۱۷). سؤالات مطالعه عبارت بودند از «عناصر VBHC کدام‌اند؟»، «شایع‌ترین عناصر اجرا شده VBHC در کشورهای مختلف کدام‌اند؟» و «پیشنهادی جهت توسعه مفهوم VBHC وجود دارد؟». گزارش مطالعه مطابق با دستورالعمل PRISMA-ScR (۱۸) انجام گرفت. مطالعات مرتبط از طریق جستجوی نظام‌مند در منابع

| نام پایگاه | استراتژی جستجو |
|------------|--|
| PubMed | ((((((((((((((Value-Based Health Care[MeSH Major Topic]) OR (Value-Based Health Insurance[MeSH Major Topic])) OR (Value-Based Purchasing[MeSH Major Topic])) OR (Value Based Healthcare[MeSH Terms])) OR (Value Based Health Care[MeSH Terms])) OR (VBHC Value Based Healthcare[MeSH Terms])) OR (Healthcare, Value-Based[MeSH Terms])) OR (Health Care, Value-Based[MeSH Terms])) OR ("VBHC"[Title/Abstract])) OR ("VbHC"[Title/Abstract])) OR ("value in care"[Title/Abstract])) OR ("value in health"[Title/Abstract])) OR ("value-based health"[Title/Abstract])) OR (value based health"[Title/Abstract])) OR ("value based care"[Title/Abstract])) OR ("value-based care"[Title/Abstract])) AND (2006:2023[pdat])) |

آوریل ۲۰۲۴ به مطالعات اضافه گردید. فهرست منابع مطالعات نیز بررسی گردید و مطالعاتی که از روش‌های یادشده به دست نیامده بودند، از طریق جستجوی دستی در گوگل یا گوگل اسکولار استخراج و به مطالعات اولیه اضافه شد. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل مطالعات به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و فارسی، مطالعاتی که به تجربه اجرای VBHC در بیمارستان و یا نظام سلامت مرتبط نبودند، مطالعاتی که VBHC را صرفاً برای یک بیماری مشخص طراحی نموده‌اند، کتاب‌ها، اسلایدها، نامه به سردبیر، یادداشت‌ها، کنفرانس‌ها و پایان‌نامه‌هایی که صرفاً به صورت چکیده منتشر شده‌اند، مطالعه‌ای که بر اساس اجماع پژوهشگران از کیفیت قابل قبول برخوردار نبوده و یا متن کامل آن در دسترس نبود، از پژوهش خارج شدند. پایگاه‌ها و وبسایت‌های انگلیسی و فارسی توسط یکی از پژوهشگران مورد جستجو قرار گرفت و کلیه مطالعات شناسایی شده به نرم‌افزار Endnote 2020 وارد گردید. مدیریت منابع و حذف موارد تکراری با استفاده از نرم‌افزار Endnote 2020 انجام شد. بر اساس معیارهای خروج از پژوهش، مرور هم‌زمان و غربالگری مطالعات در چهار مرحله طبق نمودار

پایگاه‌های داده انگلیسی‌زبان شامل Web of Science، ProQuest، Cochrane، Emerald، PubMed و جستجوی منابع خاکستری و اطمینان از لحاظ شدن کلیه مطالعاتی که ممکن است در پایگاه‌های داده مذکور نمایه نشده باشند، از موتور جستجوی Google Scholar و نیز بررسی وبسایت‌های موسسه استراتژی و رقابت وابسته به مدرسه بازرگانی دانشگاه هاروارد و کنسرسیوم بین‌المللی سنجش پیامدهای سلامت (International Consortium for Health Outcomes Measurement: ICHOM) استفاده شد. همچنین پایگاه‌های داده به زبان فارسی شامل پایگاه پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (ایراندک)، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، پایگاه استنادی و پایش علم و فناوری جهان اسلام (ISC) و پایگاه فراگیر مجلات علمی و تخصصی ایرانی (مگیران) مورد جستجو قرار گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل کلیه مطالعاتی که بر اساس استراتژی جستجو در بازه زمانی اول ژانویه ۲۰۰۶ تا اول مارس ۲۰۲۳ شناسایی شدند. همچنین از طریق فعال‌سازی هشدار در گوگل اسکولار، مقالات جدید ارسالی به ایمیل پژوهشگر تا اول

جهت ارتقاء غنای تحلیل (analytic density)، پژوهشگر دوم در نقش "منتقد همتا" (critical Friend) به بازبینی نقادانه کدها و مضامین پرداخت. هدف از این مشارکت، دستیابی به اجماع آماری نبود، بلکه به چالش کشیدن تفسیرها و دستیابی به درکی عمیق‌تر و لایه‌مند از داده‌ها مدنظر قرار داشت. در نهایت، کدهای ایجاد شده براساس شباهت معنایی در قالب عناصر (مضمون فرعی) دسته‌بندی شدند. این عناصر نیز بر اساس قرابت محتوایی، ذیل مضامین اصلی (گروه) قرار گرفتند. همچنین شایع‌ترین عناصر VBHC بر اساس میزان تکرار در مطالعات، رتبه‌بندی شدند. کلیه ملاحظات اخلاقی پژوهش‌های مروری از جمله رعایت پروتکل‌های استخراج داده برای جلوگیری از سرقت علمی و بی‌طرفی پژوهشگران در مراحل پژوهش، در این مطالعه رعایت شده است.

شرح مقاله

جستجوی اولیه سبب گشت تا مجموعاً ۴۸۰۸ مطالعه شناسایی گردد که تعداد ۱۲۲۸ مطالعه به دلیل تکراری بودن حذف و ۳۵۸۰ مطالعه به مرحله غربالگری وارد گردید. سپس طی ۴ مرحله غربالگری که در نمودار جریان پریزما (شکل ۱) نشان داده شده است، تعداد ۳۵۱۰ مطالعه حذف گردید. در نهایت ۷۰ مطالعه به مرحله تحلیل مضمون وارد شد.

جریان پریزما (شکل ۱) به‌طور مستقل توسط دو پژوهشگر صورت گرفت و نتایج از طریق بحث و تبادل نظر مقایسه و بررسی شد. در صورت وجود اختلاف نظر، موارد مغایرت با نظر پژوهشگر سوم رفع گردید و در نهایت مطالعات جهت ورود به مرحله تحلیل انتخاب شدند.

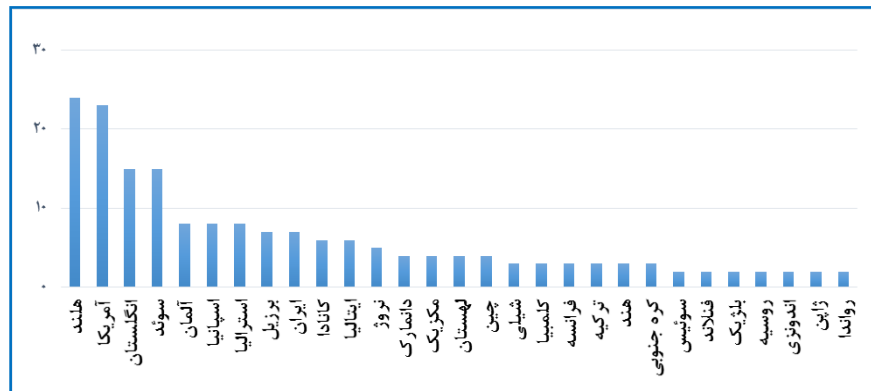
از فرم استخراج داده‌ها شامل مشخصات نویسندگان، کشور محل مطالعه، سال انتشار، نوع پژوهش، محیط اجرای مطالعه، هدف مطالعه، روش جمع‌آوری اطلاعات، عناصر مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش و نتایج مطالعه، جهت استخراج داده‌ها استفاده شد. متن کامل کلیه مطالعات انتخابی جهت تحلیل کیفی و سازمان‌دهی کدها در نرم‌افزار MaxQDA 2020 وارد گردید. به منظور شناسایی عناصر اصلی VBHC، روش تحلیل مضمون تأملی (reflexive thematic analysis) شش مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۱۹) شامل: ۱. آشنایی با داده‌ها، ۲. ایجاد کدهای اولیه، ۳. تولید مضامین اولیه، ۴. بازبینی مضامین، ۵. تعریف و نام‌گذاری مضامین و ۶. نگارش گزارش، به کار گرفته شد (۱۹). در این راستا، متن کامل تمامی مطالعات منتخب بررسی گردید و کدهای مرتبط با عناصر VBHC طی فرآیندی ذهنی و خلاقانه استخراج شد. سپس مضامین مربوطه تولید و مورد بازبینی قرار گرفتند. فرآیند تحلیل به صورت تأملی و به صورت چرخشی (رفت و برگشتی) با مشارکت دو پژوهشگر انجام شد.



شکل ۱: نمودار جریان PRISMA

چندین کشور را شامل شده است. توزیع فراوانی بیشترین تعداد مطالعات بر اساس کشور در نمودار ۱ نشان داده شده است.

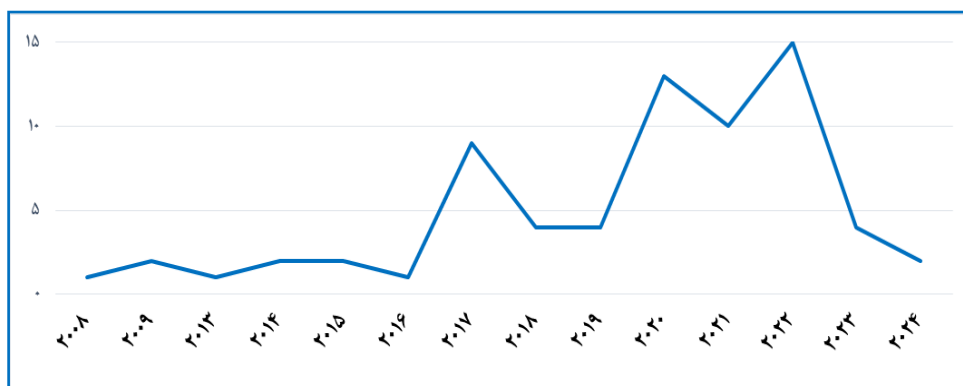
مطالعات وارد شده به مرحله تحلیل کیفی در ۵۰ کشور مختلف انجام شده بود. در ۴ مطالعه، کشور محل انجام پژوهش ذکر نشده بود. همچنین هر یک از مطالعات مرور سیستماتیک،



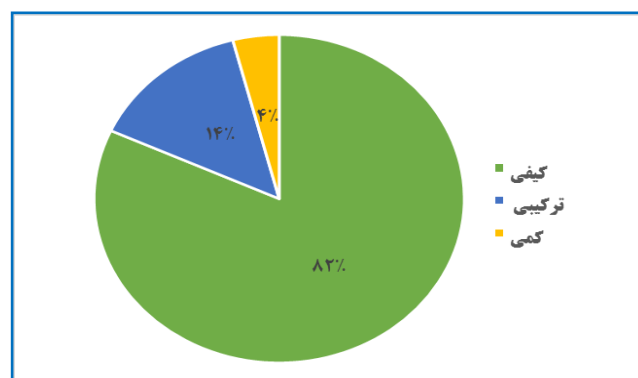
نمودار ۱: توزیع فراوانی بیشترین تعداد مطالعات بر اساس کشور

(۸۶ درصد) از نوع مطالعه اولیه و ۱۰ مطالعه (۱۴ درصد) از نوع مطالعه ثانویه بودند. توزیع فراوانی مطالعات بر اساس سال انتشار و روش پژوهش به ترتیب در نمودارهای ۲ و ۳ نشان داده شده است.

توزیع فراوانی مطالعات بر اساس نوع منبع شامل ۵۷ مقاله منتشر شده در مجلات علمی (۸۱ درصد)، ۶ مورد پایان نامه (۹ درصد) و ۷ مورد گزارش (۱۰ درصد) بود. همچنین ۶۰ مطالعه



نمودار ۲: توزیع فراوانی مطالعات بر اساس سال انتشار



نمودار ۳: درصد مطالعات بر اساس روش پژوهش

شناسایی عناصر مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش

در مرحله تحلیل مضمون تأملی، ۷۰ مطالعه مورد بررسی قرار گرفت و از مجموع ۳۳۰ کد اولیه ایجاد شده، ۱۱۷ کد مرتبط با «عناصر مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش» نهایی شد

که براساس شباهت معنایی در قالب ۱۵ عنصر دسته‌بندی شدند. این عناصر نیز بر اساس قرابت محتوایی، ذیل ۸ گروه قرار گرفتند. یافته‌های مرحله تحلیل مضمون تأملی در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول ۱: عناصر مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش

| گروه | عناصر شناسایی شده | تعداد کد | تعداد مطالعات | درصد مطالعات |
|--|--|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| ۱. تعریف ارزش در سیستم ارائه خدمات سلامت | ۱-۱- تعریف مفهوم و تعیین نحوه اندازه‌گیری ارزش | ۱۱ | ۱۵ | ۲۱ |
| ۲. ارائه مراقبت بیمار محور، یکپارچه، جامع و هماهنگ | ۱-۲- سازمان‌دهی واحدهای مراقبت یکپارچه (IPUs) ۲-۲- رهبری بالینی ۳-۲- ایجاد ارزش برای بیمار در فرآیند ارائه مراقبت ۴-۲- درمان مبتنی بر شواهد ۵-۲- مشارکت بیمار در فرآیند درمان ۶-۲- شناسایی فرآیندهای مراقبت | ۱۰ ۲ ۷ ۳ ۳ ۳ | ۵۰ ۱۰ ۱۱ ۱۲ ۱۵ ۹ | ۷۱ ۱۴ ۱۶ ۱۷ ۲۱ ۱۳ |
| ۳. اندازه‌گیری پیامدها و هزینه‌ها | ۱-۳- اندازه‌گیری پیامدها و هزینه‌ها برای هر بیمار در کل چرخه مراقبت ۲-۳- اندازه‌گیری پیامدهای گزارش شده توسط بیمار و پزشک | ۱۵ ۷ | ۵۵ ۱۹ | ۷۹ ۲۷ |
| ۴. ادغام سیستم‌های ارائه مراقبت | ۱-۴- افزایش تنوع، حجم و تجمع نمودن خدمات ۱-۵- گسترش ارائه خدمات | ۳ ۳ | ۱۱ ۱۲ | ۱۶ ۱۷ |
| ۵. توسعه جغرافیای مراقبت | ۱-۶- پرداخت بر اساس بسته خدمات برای کل چرخه مراقبت ۱-۷- ویژگی‌های سیستم فناوری اطلاعات | ۲۰ ۱۷ | ۴۱ ۴۰ | ۵۹ ۵۷ |
| ۶. تغییر نظام بازپرداخت خدمات | ۱-۸- سیستم ارزیابی عملکرد و موفقیت ۲-۸- چرخه بهبود مستمر کیفیت | ۶ ۷ | ۱۰ ۳۱ | ۱۴ ۴۴ |
| ۷. ایجاد پلتفرم فناوری اطلاعات | | | | |
| ۸. ارزیابی و بهبود جامع ارزش | | | | |
| جمع | | ۱۱۷ | ۷۰ | |

بیمار و پزشک، سیستم ارزیابی عملکرد و موفقیت و چرخه بهبود مستمر کیفیت نیز در اجرای VBHC توسط کشورهای مختلف مورد توجه قرار گرفته است.

یافته‌های برخی از مطالعات نیز بر لزوم توجه به عناصر بیشتری نسبت به چهارچوب پورتر و تیزبرگ تأکید دارند. فرناندز سالدو و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی که با هدف شناسایی عناصر کلیدی و نتایج اجرای VBHC انجام شد، به نتایج مشابهی دست‌یافته‌اند و بیان نمودند که عناصر کلیدی جهت اجرای موفق VBHC متفاوت بوده و بیشتر مطالعات عناصری نظیر حضور رهبری، سازمان‌دهی مراقبت در واحدهای مراقبت یکپارچه، شناسایی و استانداردسازی پیامدهایی که برای بیمار ارزش ایجاد می‌کنند و لحاظ نمودن دیدگاه بیمار را

یافته‌های این پژوهش نشان داد که از مجموعه ۱۵ عنصر شناسایی شده، شش عنصر شامل سازمان‌دهی واحدهای مراقبت یکپارچه (IPUs)، اندازه‌گیری پیامدها و هزینه‌ها برای هر بیمار در کل چرخه مراقبت؛ افزایش تنوع، حجم و تجمع نمودن خدمات؛ گسترش ارائه خدمات؛ پرداخت براساس بسته خدمات برای کل چرخه مراقبت؛ و ویژگی‌های سیستم فناوری اطلاعات سلامت با عناصر شش‌گانه پورتر و تیزبرگ (۲۰)، همخوانی دارند. با این‌وجود علاوه بر این شش عنصر، عناصری دیگر شامل: تعریف مفهوم و تعیین نحوه اندازه‌گیری ارزش، رهبری بالینی، ایجاد ارزش برای بیمار در فرآیند ارائه مراقبت، درمان مبتنی بر شواهد، مشارکت بیمار در فرآیند درمان، شناسایی فرآیندهای مراقبت، اندازه‌گیری پیامدهای گزارش شده توسط



بیانگر آن است که توجه به سایر عناصر تأثیرگذار جهت توسعه چهارچوب نظری VBHC موردنیاز است (۲۵).
 باین وجود در برخی از مطالعات نیز مفهوم VBHC محدود به عناصر شش‌گانه پورتر و تیزبرگ تعریف شده است (۲۶).
 به‌طور مثال گروزدانوا و همکاران (۲۰۲۵) ضمن تأکید بر دستور کار استراتژیک پورتر مشتمل بر شش عنصر، اجرای VBHC را در کشورهای منتخب اروپایی تجزیه و تحلیل نموده و وضعیت فعلی سیستم بهداشتی مقدونیه را جهت اجرای VBHC ارزیابی نموده‌اند (۲۷). همچنین میاست و همکاران (۲۰۲۰) نقاط ضعف و قوت اجرای VBHC در چهار کشور آمریکا، هلند، نروژ و انگلستان را صرفاً بر مبنای چهارچوب نظری پورتر بررسی و مقایسه نموده‌اند (۲۸).

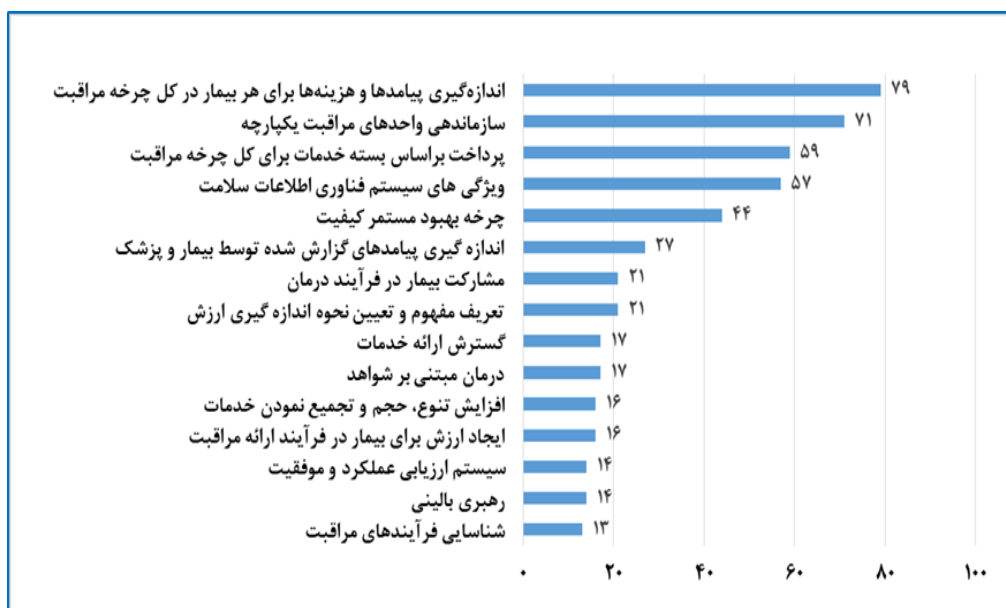
شناسایی شایع‌ترین عناصر مراقبت سلامت مبتنی بر

ارزش

در مرحله تحلیل مضمون تأملی شایع‌ترین عناصر VBHC که در بیمارستان‌ها و نظام سلامت کشورهای مختلف اجرا شده‌اند، براساس درصد فراوانی مطالعاتی که به این عناصر پرداخته‌اند، شناسایی شدند و نتایج آن در نمودار ۴ ذکر شده است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که کلیه عناصر شش‌گانه پورتر و تیزبرگ به‌طور یکسان در بیمارستان‌ها و نظام سلامت کشورهای مختلف اجرایی نشده و چهارعنصر شامل اندازه‌گیری پیامدها و هزینه‌ها به ازای هر بیمار در کل چرخه مراقبت، سازمان‌دهی واحدهای مراقبت یکپارچه (IPUs)، پرداخت بر اساس بسته خدمات برای کل چرخه مراقبت و ایجاد سیستم فناوری اطلاعات سلامت با فراوانی بیشتری نسبت به سایر عناصر در مطالعات کشورهای مختلف موردتوجه قرار گرفته و اجرا شده‌اند. همچنین دو عنصر دیگر مدل پورتر شامل ادغام سیستم‌های ارائه مراقبت و توسعه جغرافیای مراقبت با فراوانی کمتر در بیمارستان‌ها و نظام سلامت کشورهای مختلف اجرایی شده است.

به‌عنوان عناصر کلیدی برای اجرای بهینه VBHC مطرح نموده‌اند (۲۱). همچنین ه و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی با هدف به‌کارگیری VBHC جهت ارزیابی عملکرد بیمارستان، پنج عنصر اصلی شامل هزینه و کارایی، تجربه بیمار، کیفیت و ایمنی، نتایج گزارش‌شده توسط بیمار، صدای کارکنان و تکنولوژی را به‌عنوان معیارهای ارزیابی عملکرد انتخاب کرده‌اند که این معیارها محدود به عناصر چهارچوب پورتر نبوده و در برخی از عناصر با یافته‌های مطالعه حاضر نیز انطباق دارد (۲۲).
 هایجسترز و همکاران (۲۰۲۲) یک رویکرد عملی برای اجرای VBHC با تأکید بر عناصر مراقبت بیمار محور، نتایج بالینی، رهبری بالینی، بهبود مستمر کیفیت، مسیرهای مراقبت یکپارچه و تیم‌های چند رشته‌ای معرفی نموده‌اند (۲۳). کوسیوگیلو و همکاران (۲۰۲۲) نیز از طریق تشکیل یک گروه کاری متشکل از بیمارستان دانشگاهی اروپا تلاش نمودند تا توصیه‌هایی برای اجرای VBHC ارائه دهند. این گروه هشت عنصر اصلی بر اساس مدل پورتر شامل ۱- سازماندهی واحدهای مراقبت یکپارچه و بازطراحی مسیرهای بالینی ۲- اندازه‌گیری پیامدهای بالینی ۳- اندازه‌گیری پیامدهایی که برای بیمار مهم هستند (Patient-Reported Outcome Measures: PROMs) ۳- اندازه‌گیری تجربه بیمار (Patient-Reported Experience Measures: PREMs) ۴- اندازه‌گیری هزینه برای هر بیمار ۵- ایجاد پلتفرم فناوری اطلاعات فعال ۶- ادغام سیستم ارائه مراقبت و ۷- پرداخت برای بسته خدمات و ۳ عنصر دیگر شامل به‌کارگیری پیامدها در تصمیم‌گیری بالینی، ارزیابی تغییرات فرهنگ‌سازمانی و مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری بالینی و سازمانی را برای ارزیابی نحوه اجرای VBHC شناسایی کردند که یافته‌های مطالعه حاضر نیز با این نتایج همخوانی دارد (۲۴).
 استاینمن و همکاران (۲۰۲۱) نیز با هدف نظرسنجی از متخصصان در مورد مهم‌ترین عناصر و شیوه‌های حرکت به سمت VBHC، ابزاری مشتمل بر ۳۹ عنصر را بر پایه ادبیات اولیه VBHC و سایر عناصر حائز اهمیت، طراحی کردند که با نتایج مطالعه حاضر در بسیاری از عناصر همخوانی داشته و



نمودار ۴: شایع‌ترین عناصر مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش بر اساس درصد مطالعات

VBHC، به رویکردهای استانداردتر در سنجش پیامدها، گردآوری بهتر داده‌ها و انجام مطالعات بلندمدت نیاز است تا پایداری و مقیاس‌پذیری آن در نظام‌های سلامت متنوع تضمین شود (۳۲).

عناصر پیشنهادی جهت توسعه چهارچوب نظری مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش

تعریف مفهوم و تعیین نحوه اندازه‌گیری ارزش بیشتر مطالعات در مورد تعریف ارزش توافق دارند و آن را مطابق با تعریف ارائه‌شده توسط پورتر و تیزبرگ به عنوان نتایج سلامتی برای بیماران در رابطه با هزینه‌های کل فرآیند مراقبت تعریف می‌کنند (۳۳). با این وجود نتیجه بررسی مطالعات مختلف در مرور حیطه‌ای حاضر نشان داد که در تعریف ارزش و نحوه اندازه‌گیری آن، باید به ابعاد مختلفی توجه گردد. به‌طور مثال مودیکا و چریل (۲۰۲۰) در پژوهش خود بیان می‌نمایند که ارزش شامل بهبود نتایج سلامت، بهبود تجارب بیمار و کارکنان و نیز کاهش هزینه‌هاست (۳۴). همچنین لوپس (۲۰۲۲) ضمن بیان تعاریفی از نظام سلامت ملی انگلستان (NHS) و مرکز پزشکی مبتنی بر شواهد آکسفورد بیان می‌نماید که ارزش به معنی استفاده عادلانه، پایدار و شفاف از منابع موجود برای دستیابی به نتایج و تجربیات بهتر برای هر فرد در جمعیت است (۳۵). کتل و همکاران (۲۰۲۰) تعاریف

این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات همخوانی داشته و هیچ مطالعه‌ای موفقیت در اجرای تمام عناصر چهارچوب نظری پورتر را توصیف نمی‌کند. کرووینکل و همکاران (۲۰۲۱) نیز شش عنصر VBHC را از دیدگاه علوم مدیریت تحلیل نموده و آن را با سایر چارچوب‌های بهبود کیفیت مقایسه نمودند. طبق یافته‌های این مطالعه هیچ نمونه‌ای از اجرای کلیه مفروضات VBHC وجود ندارد (۲۹).

گونوان و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که VBHC شامل شش عنصر تقویت‌کننده است اما اکثر بیمارستان‌ها تنها یک یا دو عنصر VBHC و عمدتاً اندازه‌گیری نتایج و هزینه‌ها یا واحدهای مراقبت یکپارچه (IPUs) را اجرا کرده‌اند (۳۰). مکدیس و همکاران (۲۰۲۲) نیز با بیان همین نتیجه، عنوان نمودند که در بیشتر موارد ویژگی‌های واحد مراقبت یکپارچه به‌طور کامل توسعه نیافته است و از نتایج شاخص‌ها جهت تعریف پروژه‌های بهبود استفاده نمی‌شود. نتایج این مطالعه نشان داد که تنوع گسترده‌ای در تعریف و سطح اجرای VBHC در بین سازمان‌ها وجود دارد و تحقیقات بیشتر برای شناسایی موارد اجرای موفقیت‌آمیز موردنیاز است (۳۱). پژوهش خلیل و همکاران (۲۰۲۵) در خصوص عناصر کلیدی، پیامدها و چالش‌های VBHC برای نظام‌های سلامت پایدار نیز این نتیجه را تأیید می‌نمایند که برای تحقق کامل ظرفیت‌های



بیمارستان‌ها باید واحدهای مراقبت یکپارچه (IPUs) را با هدف ایجاد هماهنگی در چرخه کامل مراقبت پزشکی برای گروه‌های خاص بیماران سازمان‌دهی نمایند (۳۳). لانزدال و همکاران (۲۰۲۲) نیز ایجاد هماهنگی بین اعضاء تیم مراقبت متشکل از متخصصان چند رشته‌ای و طراحی مجدد مسیرهای مراقبت به صورت یکپارچه را جهت ارتقاء پیامدها ضروری دانسته‌اند (۴۰). لوئیس (۲۰۲۲) ضمن بررسی نقاط قوت و ضعف اجرای VBHC در انگلستان، پزشکی مبتنی بر شواهد را به عنوان یکی از عوامل مؤثر در اجرای موفق VBHC معرفی نموده است (۳۵). رودریگز و همکاران (۲۰۲۲) مشارکت دادن بیمار و خانواده آن‌ها را جهت بهبود تفسیر داده‌ها در فرآیند درمان و ارتقاء نتایج مؤثر می‌دانند (۴۱). همچنین نیلسون و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود بر اهمیت توسعه یک برنامه مراقبت استاندارد برای بیمار، توجه به نظرات و افزایش مشارکت بیمار، نقشه‌برداری و تحلیل فرآیند، مراقبت مبتنی بر تیم و رهبری بالینی تأکید نموده‌اند (۴۲). با این وجود در سایر مطالعات بررسی شده، مجموعه این ۶ عنصر در قالب یک گروه با عنوان «ارائه مراقبت بیمارمحور، یکپارچه، جامع و هماهنگ» تعریف نشده‌اند و پیشنهاد می‌گردد جهت توسعه چهارچوب نظری VBHC مورد توجه قرار گیرد.

ارزیابی و بهبود جامع ارزش

در مرور حیطه‌ای حاضر «ارزیابی و بهبود جامع ارزش» شامل دو عنصر سیستم ارزیابی عملکرد و موفقیت؛ و چرخه بهبود مستمر کیفیت، به عنوان محوری جدید جهت توسعه چهارچوب نظری VBHC پیشنهاد شده است. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، «سیستم ارزیابی عملکرد و موفقیت» بر مواردی نظیر تعیین ابعاد و معیارهای ارزیابی، طراحی فرآیند انجام ارزیابی، به کارگیری سیستم‌های نظارت و مدیریت عملکرد در سراسر زنجیره ارزش ارائه مراقبت و ارزیابی تأثیر سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی بر نتایج سلامت بیماران و توسعه اقتصادی کشور تأکید دارد (۴۳-۴۵). همچنین تحقق «چرخه بهبود مستمر کیفیت» مستلزم پیش-بینی استراتژی بهبود مستمر کیفیت، تشکیل تیم‌های بهبود کیفیت در کلیه فرآیندها، توسعه و اجرای چرخه‌های بهبود مستمر کیفیت بر اساس ضعف‌های شناسایی شده در نتایج، ارائه بازخورد مداوم در فرآیندها، مدیریت پروژه‌های بهبود، گزارش

مختلف ارزش را در ۵ بعد شامل ۱- مراقبت باکیفیت بالا (ایمن، مؤثر، بیمار محور، به موقع) ۲- به کارگیری منابع به طور مؤثر ۳- ارائه مراقبت یکپارچه و چند رشته‌ای ۴- نوآوری مقرون به صرفه و ۵- پیشگیری مقرون به صرفه خلاصه و تبیین نموده‌اند (۳۶). خامدا و همکاران (۱۳۹۸) تعریف ارزش از دیدگاه بیمار را شامل ابعادی نظیر اثربخشی درمان و مراقبت، هزینه خدمات، دسترسی به خدمات، مدیریت خطا و ریسک دانسته و بیان می‌نمایند که تعادل بین منافع به دست آمده و منابع صرف شده بر رضایت و اعتماد بیمار تأثیر دارد (۳۷). علاوه بر این طباطبایی و سیم فروش (۲۰۲۳) نیز تعریف ارزش را در ۴ بخش شامل ارزش‌های اصلی، ارزش‌های رویه‌ای، ارزش‌های اجرایی و مقادیر مفهومی ارائه نموده‌اند (۳۸)؛ که این مفاهیم به ویژه موارد مطرح شده به عنوان ارزش‌های اصلی نظیر معنویت و خدامحوری، حقوق سلامت، فضائل و تصمیم اخلاقی در تعاریف رایج از مفهوم VBHC در سایر کشورها مغفول مانده است و می‌تواند در تعریف ارزش لحاظ گردد. همچنین با توجه به اهمیت موضوع و تنوع تعاریف ارائه شده در مطالعات پیشنهاد می‌گردد «تعریف مفهوم و تعیین نحوه اندازه‌گیری ارزش» به عناصر چهارچوب نظری VBHC اضافه گردد.

ارائه مراقبت بیمارمحور، یکپارچه، جامع و هماهنگ

وجه تمایز دیگر مرور حیطه‌ای حاضر با سایر مطالعات، تعریف «ارائه مراقبت بیمارمحور، یکپارچه، جامع و هماهنگ» مشتمل بر شش عنصر سازمان‌دهی واحدهای مراقبت یکپارچه (IPUs)؛ رهبری بالینی؛ ایجاد ارزش برای بیمار در فرآیند ارائه مراقبت؛ درمان مبتنی بر شواهد؛ مشارکت بیمار در فرآیند درمان و شناسایی فرآیندهای مراقبت است. یافته‌های برخی از مطالعات با عناصر شناسایی شده همخوانی دارند. پورتر و لی (۲۰۲۱) واحد مراقبت یکپارچه (IPUs) را به عنوان عنصر کلیدی و جدایی‌ناپذیر از دستور کار VBHC دانسته و بر لزوم تعریف یک وضعیت پزشکی یا مجموعه‌ای از شرایط بالینی با هدف توسعه یک برنامه مراقبت استاندارد برای هر بیمار، تعریف نیازهای بیمار در سراسر چرخه مراقبت، نقشه‌برداری از فرآیندهای مرتبط برای برآوردن این نیازها، گردآوری یک تیم چند رشته‌ای توسط رهبران، توسعه مکانیسم‌های یکپارچه-سازی عملکردی و طراحی سیستم‌های تشویقی تأکید دارند (۳۹). استینمن و همکاران (۲۰۲۲) بیان نمودند که

VBHC به‌طور کامل شناسایی نشوند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد کلیه عناصر شش‌گانه پیشنهادی پورتر و تیزبرگ به‌طور یکسان در بیمارستان‌ها و نظام سلامت کشورهای مختلف اجرایی نشده است و چهارعنصر شامل اندازه‌گیری پیامدها و هزینه‌ها به ازای هر بیمار در کل چرخه مراقبت، سازمان‌دهی واحدهای مراقبت یکپارچه (IPUs)، پرداخت بر اساس بسته خدمات برای کل چرخه مراقبت و ایجاد سیستم فناوری اطلاعات سلامت با فراوانی بیشتری نسبت به سایر عناصر در مطالعات کشورهای مختلف موردتوجه قرار گرفته و اجرا شده‌اند.

همچنین تجربه اجرای VBHC در کشورهای مختلف نشان داد که علاوه بر چهارچوب نظری پورتر و تیزبرگ، توجه به سایر عناصر تأثیرگذار جهت مفهوم‌سازی جامع‌تر از VBHC موردنیاز است. درنتیجه بر اساس یافته‌های این پژوهش توصیه می‌گردد تا عناصر کلیدی جدید شامل تعریف «مفهوم و تعیین نحوه اندازه‌گیری ارزش»، «ارائه مراقبت بیمارمحور، یکپارچه، جامع و هماهنگ» مشتمل بر شش عنصر سازمان‌دهی واحدهای مراقبت یکپارچه (IPUs)، رهبری بالینی، ایجاد ارزش برای بیمار در فرآیند ارائه مراقبت؛ درمان مبتنی بر شواهد؛ مشارکت بیمار در فرآیند درمان و شناسایی فرآیندهای مراقبت و «ارزیابی و بهبود جامع ارزش» شامل دو عنصر سیستم ارزیابی عملکرد و موفقیت؛ و چرخه بهبود مستمر کیفیت، جهت توسعه چهارچوب نظری VBHC موردتوجه قرار گیرند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با شناسه IR.IAU.CTB.REC.1402.168 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی تصویب شده است.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدینوسیله از تمام کسانی که در انجام مطالعه و ارتقاء سطح کیفی و غنای علمی این پژوهش ایشان را یاری نموده‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ر. ش.، و. ش.، ت. س. ح.

جمع‌آوری داده‌ها: ر. ش.، و. ش.، ت. س.

دهی اثربخشی اقدامات اصلاحی و به‌کارگیری رویکردهای جدید و نوآورانه است (۷،۴۶،۴۷). این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات نیز همخوانی دارد. دنیلز و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود با هدف شناسایی عوامل موفقیت تیم‌های بهبود کیفیت مبتنی بر ارزش، بیان نمودند که بیمارستان‌های متعددی VBHC را پذیرفته‌اند و در تلاش‌اند تا بهبود کیفیت مبتنی بر ارزش را پیاده‌سازی کنند (۴۸). واندرنات و همکاران (۲۰۲۰) نیز چالش‌ها و عوامل موفقیت اجرای عملی VBHC را بررسی نموده و به این نتیجه رسیدند که بهبود در نتایج مرتبط با بیمار نیازمند تغییر نگرش و شروع پروژه‌های بهبود کیفیت، توسعه ابزارهای مناسب و ایجاد شبکه‌های یادگیری است. همچنین VBHC باید از طریق به‌کارگیری روش‌هایی با هدف تسهیل بهبود کیفیت نتیجه محور، توسعه یابد (۴۹). درنتیجه به نظر می‌رسد توجه به مفهوم ارزیابی عملکرد و بهبود کیفیت به‌عنوان یکی از عناصر VBHC حائز اهمیت است.

جمع‌بندی توصیه‌های این پژوهش جهت توسعه چهارچوب نظری VBHC با یافته‌های مطالعه تیم دفتر سازمان جهانی بهداشت برای هند همخوانی دارد. آچونگورا و همکاران (۲۰۲۵) در یک بررسی جهانی در خصوص مراقبت مبتنی بر ارزش به بررسی نظریه، اجرا و درس‌های آموخته‌شده از کشورهای مختلف پرداختند و بیان نمودند علاوه بر عناصر بسیار ارزشمند پیشنهادی پورتر و تیزبرگ، عناصری جدید شامل ارزیابی سیستم سلامت در سطح کل سیستم؛ اقتصاد سیاسی و رهبری؛ حکومت و مقررات؛ سیستم ارزش؛ قیمت‌گذاری مبتنی بر ارزش برای داروها؛ مدیریت تغییر؛ نظارت و ارزیابی؛ و مشارکت بخش دولتی و خصوصی به‌منظور تغییر چارچوب مراقبت مبتنی بر ارزش (VBC) و با تأکید بر موضوع رفاه پیشنهاد شده است که می‌تواند چارچوبی مفید برای اصلاحات VBC ارائه دهد (۵۰).

محدودیت‌های پژوهش

در این پژوهش، بر اساس معیارهای خروج از پژوهش، مطالعاتی که به زبان انگلیسی یا فارسی نبودند حذف شدند (سه مورد). همچنین، عدم دسترسی به متن کامل برخی مطالعات (۱۴ مورد) و حذف مطالعاتی که مراقبت سلامت مبتنی بر ارزش را صرفاً بر اساس یک بیماری خاص اجرا کرده بودند (۱۰ مورد)، ممکن است سبب شده باشد تا عناصر اصلی

جنوب بوده و از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تحلیل داده‌ها: ر. ش.، و. ش.، ت.

نگارش و اصلاح مقاله: ر. ش.، و. ش.، ت.، س. ح.

سازمان حمایت‌کننده

این پژوهش بخشی از رساله دکتری در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران

References

- 1) Reinhardt R, Oliver WJ. The cost problem in health care. In: Challenges and opportunities in health care management. Germany: Springer, Inc.; 2014: 1-3. doi: 10.1007/978-3-319-12178-9_1.
- 2) Shams L, Sari AA, Yazdani S, Nasiri T. Model for value-based policy-making in health systems. International Journal of Preventive Medicine 2021; 12(1): 13. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_325_19.
- 3) Pennestri F, Banfi G. Value-based healthcare: the role of laboratory medicine. Clin Chem Lab Med 2019; 57(6): 798-801. doi: 10.1515/cclm-2018-1245.
- 4) Porter ME. What is value in health care?. The New England Journal of Medicine 2010; 363(26): 2477-81. doi: 10.1056/NEJMp1011024.
- 5) Steinmann G, van de Bovenkamp H, de Bont A, Delnoij D. Redefining value: a discourse analysis on value-based health care. BMC Health Services Research 2020; 20(1): 862. doi: 10.1186/s12913-020-05614-7.
- 6) Monazamet El, Seha El, Alamia St. Health and well-being profile of the Eastern Mediterranean region: an overview of the health situation in the region and its countries in 2019. World Health Organization: Egypt, Cairo. 2020: 1-121.
- 7) Andersson AE, Bååthe F, Wikström E, Nilsson K. Understanding value-based healthcare—an interview study with project team members at a Swedish university hospital. Journal of Hospital Administration 2015; 4(4): 64-72. doi: 10.5430/jha.v4n4p64.
- 8) The Economist Intelligence Unit. Value-based healthcare: a global assessment. The Economist Intelligence Unit: United States, New York. 2016:1-31.
- 9) van Staalduinen DJ, van den Bekerom P, Groeneveld S, Kidanemariam M, Stiggelbout AM, van den Akker-van Marle ME. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. BMC Health Services Research 2022; 22(1): 270. doi: 10.1186/s12913-022-07489-2.
- 10) Douglas AO, Senkaiyahliyan S, Bulstra CA, Mita C, Reddy CL, Atun R. Global adoption of value-based health care initiatives within health systems: a scoping review. JAMA Health Forum 2025; 6(5): e250746. doi:10.1001/jamahealthforum.2025.0746.
- 11) Karimi F. Value-based payment models in healthcare: challenges and opportunities. Evidence Based Health Policy, Management and Economics 2025; 9(1): 1-4. doi: 10.18502/jebhpme.v9i1.19413. [Persian]
- 12) Mahmoudi G, Taviana M, Dabaghi F, Jahani MA. Results of value-based care and its measurement indicators in cancer patients: a systematic approach. Journal of Health Promotion Management 2024; 13(4): 27-39. doi: 10.22034/JHPM.13.4.27. [Persian]
- 13) Radpour M, HatamiNasab SH, Nayebzadeh S. The process pattern of value co-creation in healthcare service ecosystem. Management Strategies in Health System 2022; 6(4): 317-28. doi:10.18502/mshsj.v6i4.8983. [Persian]
- 14) Smith PC, Sagan A, Siciliani L, Figueras J, Panteli D, McKee M, et al. Building on value-based health care: towards a health system perspective. WHO: Europe, Denmark. 2020: 1-31.
- 15) Heyrani A, Karimi S, Hormozi F. Scoping reviews: do we apply it appropriately?. Hakim 2023; 25(4): 273-6. [Persian]
- 16) Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, Mcinerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. JBI Evidence Implementation 2015; 13(3): 141-6. doi: 10.1097/XEB.0000000000000050.
- 17) Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology 2005; 8(1): 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616.
- 18) Evans C, Hassanein ZM, Bains M, Bennett C, Bjerrum M, Edgley A, et al. Addressing equity, diversity, and inclusion in JBI qualitative systematic reviews: a methodological scoping review. JBI Evidence Synthesis 2025; 23(3): 454-79. doi: 10.11124/JBIES-24-00025.
- 19) Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health 2019; 11(4):589-97. doi: 10.1080/2159676X.2019.1628806.
- 20) Porter ME. Value-based health care delivery. Annals of Surgery 2008; 248(4): 144-50. doi: 10.1097/SLA.0b013e318a43af.
- 21) Fernández-Salido M, Alhambra-Borrás T, Casanova G, Garcés-Ferrer J. Value-based healthcare



- delivery: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2024; 21(2): 134. doi:10.3390/ijerph21020134.
- 22) He W, Li M, Cao L, Liu R, You J, Jing F, et al. Introducing value-based healthcare perspectives into hospital performance assessment: a scoping review. *Journal of Evidence-Based Medicine* 2023; 16: 200-15. doi: 10.1111/jebm.12534.
- 23) Heijsters FA, van Breda FG, van Nassau F, van der Steen MK, Ter Wee PM, Mullender MG, et al. A pragmatic approach for implementation of value-based healthcare in Amsterdam UMC, the Netherlands. *BMC Health Services Research* 2022; 22(1): 550. doi: 10.1186/s12913-022-07919-1.
- 24) Cossio-Gil Y, Omara M, Watson C, Casey J, Chakhunashvili A, Gutiérrez-San Miguel M, et al. The roadmap for implementing value-based healthcare in European university hospitals—consensus report and recommendations. *Value Health* 2022; 25(7): 1148-56. doi: 10.1016/j.jval.2021.11.1355.
- 25) Steinmann G, Delnoij D, van de Bovenkamp H, Groote R, Ahaus K. Expert consensus on moving towards a value-based healthcare system in the Netherlands: a Delphi study. *BMJ Open* 2021; 11(4): e043367. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043367.
- 26) Salvatore FP, Fanelli S, Donelli CC, Milone M. Value-based health-care principles in health-care organizations. *International Journal of Organizational Analysis* 2021; 29(6): 1443-54. doi:10.1108/IJOA-07-2020-2322.
- 27) Grozdanova A, Mihajloska E, Naumovska Z, Staninova Stojovska M, Sterjev Z, Dimkovski A, et al. Toward value in healthcare: opportunities and challenges for implementing Value-based healthcare in North Macedonia. *Frontiers in Public Health* 2025; 13: 1646870. doi:10.3389/fpubh.2025.1646870.
- 28) Mjåset C, Ikram U, Nagra NS, Feeley TW. Value-based health care in four different health care systems. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* 2020; 1(6): 1-23. doi: 10.1056/CAT.20.0530.
- 29) Krohwinkel A, Mannerheim U, Rognes J, Winberg H. Value-based healthcare in theory and practice—What have we learned? lessons from the Swedish experience. *Leading Health Care: Swedish*. 2021: 8-10.
- 30) Gunawan E, Nadjib M, Soraya S. Key success in the transformation from volume-based to value-based healthcare: a scoping review. *Journal of Social Science* 2022; 3(5): 986-1002. doi:10.46799/jss.v3i5.414.
- 31) Makdisse M, Ramos P, Malheiro D, Katz M, Novoa L, Neto MC, et al. Value-based healthcare in Latin America: a survey of 70 healthcare provider organisations from Argentina, Brazil, Chile, Colombia and Mexico. *BMJ Open* 2022; 12(6): e058198. doi: doi:10.1136/bmjopen-2021-058198.
- 32) Khalil H, Ameen M, Davies C, Liu C. Implementing value-based healthcare: a scoping review of key elements, outcomes, and challenges for sustainable healthcare systems. *Frontiers in Public Health* 2025; 13: 1514098. doi:10.3389/fpubh.2025.1514098.
- 33) Steinmann G, Daniels K, Mieris F, Delnoij D, van de Bovenkamp H, van der Nat P. Redesigning value-based hospital structures: a qualitative study on value-based health care in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 2022; 22(1): 1193. doi: 10.1186/s12913-022-08564-4.
- 34) Modica C. The value transformation framework: an approach to value-based care in federally qualified health centers. *Journal for Healthcare Quality* 2020; 42(2): 106-12. doi: 10.1097/JHQ.000000000000239.
- 35) Lewis S. Value-based healthcare: is it the way forward?. *Future Healthcare Journal* 2022; 9(3): 211-5. doi:10.7861/fhj.2022-0099.
- 36) Cattel D, Eijkenaar F, Schut FT. Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design. *Health Economics, Policy and Law* 2020; 15(1): 94-112. doi:10.1017/S1744133118000397.
- 37) Khamda J, Jafari P, Tabibi SJ, Rostami M. Patient value: a qualitative study in Qazvin social security organization's hospitals. *Journal of Healthcare Management* 2020; 10(4): 7-21. [Persian]
- 38) Tabatabai S, Simforoosh N. A conceptual framework to incorporate fundamental values in the health and medical education system in Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean health journal* 2023; 29(8): 46-57. doi: 10.26719/emhj.23.089.
- 39) Porter ME, Lee TH. Integrated practice units: a playbook for health care leaders. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* 2021; 2(1): 1-17. doi: 10.1056/CAT.20.0237.
- 40) Lansdaal D, van Nassau F, van der Steen M, de Bruijne M, Smeulers M. Lessons learned on the experienced facilitators and barriers of implementing a tailored VBHC model in a Dutch university hospital from a perspective of physicians and nurses. *BMJ Open* 2022; 12: e051764. doi: 10.1136/bmjopen-2021-051764.
- 41) Varela-Rodríguez C, García-Casanovas A, Baselga-Penalva B, Ruiz-López PM. Value-based healthcare project implementation in a hierarchical tertiary hospital: lessons learned. *Frontiers in Public Health* 2022; 9: 755166. doi: 10.3389/fpubh.2021.755166.
- 42) Nilsson K, Bååthe F, Erichsen Andersson A, Sandoff M. Value-based healthcare as a trigger for improvement initiatives. *Leadersh Health Services* 2017; 30(4): 364-77. doi: 10.1108/LHS-09-2016-0045.

- 43) Kim JY, Farmer P, Porter ME. Redefining global health-care delivery. *The Lancet* 2013; 382: 1060-69. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61047-8.
- 44) van Elten HJ, Howard SW, De Loo I, Schaepkens F. Reflections on managing the performance of value-based healthcare: a scoping review. *International Journal of Health Policy and Management* 2023; 12: 7366. doi: 10.34172/ijhpm.2023.7366.
- 45) Colldén C, Hellström A. Value-based healthcare translated: a complementary view of implementation. *BMC Health Services Research* 2018; 18: 681. doi: 10.1186/s12913-018-3488-9.
- 46) Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and implementing value-based health care: a strategic framework. *Academic Medicine* 2020; 95(5): 682-5. doi: 10.1097/ACM.0000000000003122.
- 47) Ramos P, Savage C, Thor J, Atun R, Carlsson KS, Makdisse M, et al. It takes two to dance the VBHC tango: a multiple case study of the adoption of value-based strategies in Sweden and Brazil. *Social Science & Medicine* 2021; 282: 114145. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114145.
- 48) Daniels K, Rouppe van der Voort MB, Biesma DH, van der Nat PB. Five years' experience with value-based quality improvement teams: the key factors to a successful implementation in hospital care. *BMC Health Services Research* 2022; 22(1): 1271. doi:10.1186/s12913-022-08563-5.
- 49) van der Nat PB, van Veghel D, Daeter E, Crijns HJ, Koolen J, Houterman S, et al. Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care. *International Journal of Healthcare Management* 2020; 13(3): 189-92. doi: 10.1080/20479700.2017.1397307.
- 50) Achungura G, Singh Anand J, Peepre S, Srivastava A, Pandit P. A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned. WHO: India, New Delhi. 2025: 1-7.

Review Article

Elements of Value-Based Health Care and Recommendations for Developing a Theoretical Framework: A Scoping Review

Reyhaneh Sharifi ¹ , Shaghayegh Vahdat ^{2*} , Shahram Tofghi ³ ,
Somayah Hessem ² 

¹ Ph.D. student of Health Services Management, Department of Health Services Management, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Health Services Management, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Department of Foresight, Theorizing and Macro-Health Monitoring, Academy of Medical Sciences of Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Shaghayegh Vahdat
sha_vahdat@iau.ac.ir

ABSTRACT

Citation: Sharifi R, Vahdat S, Tofghi S, Hessem S. Elements of Value-Based Healthcare and Recommendations for Developing a Theoretical Framework: A Scoping Review. *Manage Strat Health Syst* 2026; 10(4): 341-54.

Received: September 27, 2025

Revised: March 17, 2026

Accepted: March 19, 2026

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

Objective: Value-Based Health Care (VBHC) is an innovative approach to improving the delivery of health services, designed to maximize value for patients. Despite its development in several countries, a shared and comprehensive understanding of the concept has yet to emerge. Accordingly, this study was conducted to identify the key elements of Value-based healthcare and to examine how these elements are implemented in hospitals and health systems across different countries.

Information sources and selected methods for study: The study was conducted following Arksey and O'Malley's six-stage framework for scoping reviews and in accordance with the PRISMA-ScR guidelines. A systematic search of ten databases and two websites was performed in English and Persian for the period 2006 to 2024 and was supplemented by a manual search. Reference management and study screening were carried out using Endnote 2020, resulting in the selection of 70 studies. These studies were subsequently coded in MaxQDA 2020, and the relevant elements were identified and categorized using Braun and Clarke's six-phase thematic analysis approach.

Results: During the thematic analysis phase, 117 codes were identified and organized into 15 elements within eight groups, including defining value in the healthcare delivery system; delivering patient-centered, integrated, comprehensive, and coordinated care; measuring outcomes and costs; integrating care delivery systems; expanding the geographic scope of care; reforming service reimbursement systems; establishing an active health information technology platform; and conducting comprehensive evaluations to improve value. In most countries, greater emphasis had been placed on measuring outcomes and costs and on organizing integrated practice units compared with the other identified elements.

Conclusion: Not all of the six elements proposed by Porter and Tizberg have been implemented uniformly in different countries, and attention to other key elements is needed for a more comprehensive conceptualization of Value-Based Health Care. Also, the elements recommended based on the findings of this study in the following three groups can be helpful in developing a theoretical framework for value-based healthcare: defining the concept and determining how to measure value; providing patient-centered, integrated, comprehensive, and coordinated care; and comprehensive evaluation and improvement of value.

Keywords: Value-Based Health Care (VBHC), Patient-centered care, Quality of health care