بنام خداوند هستی بخش

ضرورت و اهمیت نظام پایش و ارزشیابی مبتنی بر شاخص‌ها در نظام سلامت: ضرورت‌ها، پیامدهای ناخواسته و راهکارهای پیشگیری از انحراف

یادداشت نهم – دکتر سعید تاملی MD-MPH تاریخ ۱۴۰۵/۸/۲۲

پایش و ارزشیابی از ابزارهای اساسی حکمرانی، مدیریت و بهبود عملکرد نظام سلامت هستند. تصمیم‌گیری درباره تخصیص منابع، شناسایی موانع، سنجش کیفیت خدمات و پاسخگویی ، بدون داده‌های معتبر و نظام پایش و ارزشیابی اثربخش امکان‌پذیر نیست. بااین‌حال، هنگامی که شاخص‌های عملکرد به‌جای ابزار شناخت و بهبود، به هدف نهایی نظام سلامت تبدیل شوند، احتمال بروز رفتارهای ناخواسته، انحراف اولویت‌ها و تضعیف کیفیت واقعی خدمات افزایش می‌یابد.

هدف این یادداشت با هدف تبیین ضرورت و اهمیت پایش و ارزشیابی علمی در نظام سلامت، بررسی پیامدهای ناخواسته استفاده نامناسب از شاخص‌های عملکرد و ارائه راهکارهایی برای طراحی نظام پایش متوازن، یادگیرنده و پاسخگو می باشد.

شواهد نشان می‌دهند که نظام‌های سنجش عملکرد می‌توانند به بهبود خدمات و افزایش پاسخگویی کمک کنند؛ اما طراحی نامناسب یا استفاده تنبیهی و تک‌بعدی از شاخص‌ها ممکن است به تثبیت توجه بر اعداد، غفلت از ابعاد اندازه‌گیری‌نشده، دستکاری یا بازنمایی نادرست داده‌ها، افزایش بار اداری، کاهش انگیزه کارکنان، تشدید نابرابری و انحراف تصمیم‌های بالینی منجر شود. این پیامدها لزوماً در همه نظام‌ها و شرایط رخ نمی‌دهند و به طراحی شاخص‌ها، نظام انگیزشی، فرهنگ سازمانی، کیفیت داده و شیوه استفاده مدیران از نتایج وابسته‌اند.

برای گریز از شاخص محوری ، راه‌حل، حذف شاخص‌ها یا کاهش پاسخگویی نیست؛ بلکه طراحی نظام پایش و ارزشیابی متوازن، چندبعدی، شفاف، متناسب با سطح تصمیم‌گیری و مبتنی بر یادگیری مستمر است. در نظام سلامت، شاخص باید ابزار شناخت واقعیت ، یادگیری و هدایت اصلاحات باشد، نه جایگزین هدف‌های واقعی نظام سلامت.

بخش اول : تعاریف و اهمیت نظارت،پایش و ارزشیابی

۱. چرا پایش و ارزشیابی برای نظام سلامت ضروری است؟:

نظام سلامت یکی از پیچیده‌ترین نظام‌های اجتماعی و خدماتی است. این نظام پیچیده انطباق پذیراز مجموعه‌ای از سازمان‌ها، نیروی انسانی، منابع مالی، زیرساخت‌ها، فناوری‌ها، سیاست‌ها و فرایندهای به‌هم‌پیوسته تشکیل شده است که هدف نهایی آن‌ها حفاظت و ارتقای سلامت جمعیت و جامعه ، پاسخگویی به نیازهای مردم، کاهش نابرابری‌های سلامت و فراهم‌کردن دسترسی عادلانه به خدمات باکیفیت است.

در چنین نظامی، تصمیم‌گیری صرفاً بر اساس تجربه فردی مدیران، گزارش‌های موردی یا برداشت‌های ذهنی نمی‌تواند مبنای مناسبی برای سیاست‌گذاری و مدیریت باشد. مدیر سلامت باید بداند چه اتفاقی در نظام در حال رخدادن است، چرا این اتفاق رخ می‌دهد، کدام بخش عملکرد مطلوب دارد، کدام بخش با مشکل مواجه است و چه مداخله‌ای می‌تواند وضعیت را بهبود دهد. پاسخگویی علمی به این پرسش‌ها مستلزم وجود نظامی منسجم برای جمع‌آوری، تحلیل، تفسیر و استفاده از داده‌هاست.

پایش (Monitoring) امکان مشاهده مستمر اجرای برنامه‌ها، فعالیت‌ها و تغییرات عملکرد را فراهم می‌کند. ارزشیابی (Evaluation) فراتر از مشاهده اعداد و روندهاست و می‌کوشد درباره ارزش، کیفیت، اثربخشی، کارایی، تناسب و پیامدهای یک برنامه یا سیاست قضاوت مستدل ارائه کند.

این دو کارکرد مکمل یکدیگرند: پایش به مدیر نشان می‌دهد چه اتفاقی در حال رخدادن است و ارزشیابی کمک می‌کند بفهمد چرا رخ داده، چه ارزشی دارد و آیا باید مداخله را ادامه دهد، اصلاح کند یا متوقف سازد.

در نظام سلامت، اهمیت این دو کارکرد چند برابر است؛ زیرا بسیاری از پیامدهای مداخلات سلامت در کوتاه‌مدت آشکار نمی‌شوند. برای مثال، افزایش تعداد ویزیت پزشک خانواده ممکن است در گزارش عملکرد به‌عنوان افزایش فعالیت ثبت شود، اما به‌تنهایی نشان نمی‌دهد که آیا مراقبت پیشگیرانه بهبود یافته، نیازهای بیماران پاسخ داده شده، ارجاع‌ها مناسب بوده‌اند یا تداوم مراقبت تقویت شده است.

همچنین افزایش تعداد ارجاع‌ها لزوماً نشانه عملکرد بهتر یا بدتر نیست؛ تفسیر آن به وضعیت جمعیت، الگوی بیماری، دسترسی به خدمات تخصصی، ظرفیت سطح اول و کیفیت تصمیم‌گیری بالینی وابسته است.

از سوی دیگر، نظام پایش و ارزشیابی باید امکان تشخیص زودهنگام مشکلات را فراهم کند. اگر اطلاعات با تأخیر، ناقص یا غیرشفاف به دست مدیران برسد، تصمیم‌ها ممکن است بر پایه تصویری نادرست از واقعیت اتخاذ شوند. در چنین شرایطی، منابع به‌جای حل مسئله واقعی، صرف اصلاح ظاهر گزارش‌ها یا پاسخگویی به مطالبه‌های کوتاه‌مدت می‌شوند. نبود نظام ارزشیابی مستقل و معتبر نیز می‌تواند امکان تشخیص موفقیت واقعی از موفقیت ظاهری را کاهش دهد.

در این میان، یک خطر مهم وجود دارد: ممکن است سازمان به‌تدریج به‌جای تمرکز بر هدف اصلی خود، بر بهبود اعداد و امتیازهای قابل گزارش متمرکز شود. در این وضعیت، شاخصی که قرار بود واقعیت را بازنمایی کند، به هدفی مستقل تبدیل می‌شود و رفتار سازمانی را به سمت تولید عملکرد

قابل اندازه‌گیری، نه الزاماً تولید سلامت بهتر، سوق می‌دهد. این پدیده در ادبیات مدیریت عملکرد با مفاهیمی مانند شاخص‌زدگی، تثبیت بر اندازه‌گیری و بازی با شاخص‌ها توصیف شده است.

ازاین‌رو، مسئله اصلی مخالفت با سنجش عملکرد نیست؛ بلکه بررسی این پرسش است که چگونه می‌توان از ظرفیت شاخص‌ها برای بهبود نظام سلامت استفاده کرد، بدون آنکه خودِ نظام سنجش به منبع انحراف، فشار سازمانی و افت کیفیت مراقبت تبدیل شود.

۲. مفاهیم و تعاریف پایه :

۲-۱. پایش (Monitoring):

پایش فرایندی مستمر و منظم برای جمع‌آوری، ثبت، بررسی و تحلیل داده ها، درباره پیشرفت اجرای یک برنامه، فعالیت یا سیاست است. پایش به مدیر کمک می‌کند انحراف از برنامه، تأخیر، کمبود منابع، ضعف اجرا و تغییرات عملکرد را در زمان مناسب شناسایی کند.

پرسش محوری پایش: آیا برنامه مطابق انتظار در حال اجراست و چه تغییری در عملکرد مشاهده می‌شود؟

۲-۲. ارزشیابی (Evaluation):

ارزشیابی فرایندی نظام‌مند برای بررسی ارزش، کیفیت، تناسب، اثربخشی، کارایی و پیامدهای یک برنامه یا سیاست است. ارزشیابی علاوه بر بررسی میزان تحقق اهداف، به دنبال تبیین علل موفقیت یا شکست و ارائه شواهد برای تصمیم‌گیری درباره ادامه، اصلاح، توسعه یا توقف مداخله است.

پرسش محوری ارزشیابی: آیا مداخله مؤثر و ارزشمند بوده است، چرا چنین نتیجه‌ای حاصل شده و چه تصمیمی باید گرفته شود؟

۲-۳. شاخص عملکرد (Performance Indicator):

شاخص، متغیر یا سنجه‌ای تعریف‌شده است که برای توصیف، اندازه‌گیری یا قضاوت درباره یک جنبه مشخص از عملکرد به کار می‌رود.

برای مثال:

* درصد جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده؛

* میانگین زمان انتظار برای دریافت خدمات؛

* درصد ارجاع‌های دارای بازخورد؛

* میزان کنترل عوامل خطر بیماری‌های مزمن؛

* میزان رضایت و تجربه بیماران.

شاخص، خودِ واقعیت نیست؛ بلکه نماینده‌ای محدود از یک واقعیت پیچیده است. هر شاخص تنها بخشی از عملکرد را نشان می‌دهد و تفسیر آن نیازمند توجه به زمینه، کیفیت داده، شاخص‌های مکمل و سایر ابعاد عملکرد است.

۲-۴. تفاوت هدف، شاخص و هدف کمی:

یکی از خطاهای رایج مدیریتی، یکسان تلقی‌کردن این سه مفهوم است:

مفهوم	تعریف	مثال در پزشکی خانواده
هدف	وضعیت مطلوبی که باید تحقق یابد	ارتقای سلامت و تداوم مراقبت
شاخص	سنجه‌ای برای مشاهده میزان تحقق هدف	درصد جمعیت دارای پزشک خانواده مشخص
هدف کمی	مقدار مورد انتظار برای شاخص در یک بازه زمانی	دستیابی به پوشش تعیین‌شده تا پایان سال

هدف، جهت حرکت نظام را مشخص می‌کند؛ شاخص، ابزار مشاهده پیشرفت است؛ و هدف کمی، سطح مورد انتظار عملکرد را تعیین می‌کند. هیچ‌یک از این سه مفهوم نباید جایگزین دیگری شود.

۲-۵. چارچوب ساختار، فرایند ،برونداد و پیامد:

یکی از چارچوب‌های بنیادی ارزیابی کیفیت خدمات سلامت، مدل دونابدیان (Donabedian) است که عملکرد را در چهار بعد مرتبط بررسی می‌کند :

بعد	مفهوم	نمونه در نظام سلامت
ساختار (Structure)	منابع و ظرفیت‌های لازم برای ارائه خدمت	نیروی انسانی، تجهیزات، زیرساخت و منابع مالی
فرایند (Process)	چگونگی ارائه خدمت	غربالگری، تشخیص، درمان، پیگیری و ارجاع
برونداد (Output)	خروجی (محصول) فرایند ها	تعداد بیمار ویزیت شده توسط پزشک خانواده
پیامد (Outcome)	نتایج حاصل از خدمات	وضعیت سلامت، کنترل بیماری، عوارض و تجربه بیمار

مزیت این چارچوب آن است که ارزیابی عملکرد را به شمارش فعالیت‌ها محدود نمی‌کند. افزایش تعداد ویزیت‌ها، بدون بررسی کیفیت فرایند و پیامد مراقبت، نمی‌تواند به‌تنهایی نشانه بهبود کیفیت نظام سلامت باشد.

البته رابطه ساختار، فرایند ،برونداد و پیامد همیشه ساده و خطی نیست. پیامدها ممکن است تحت تأثیر عوامل خارج از کنترل ارائه‌دهنده خدمت، مانند شرایط اجتماعی، ویژگی‌های جمعیت، وضعیت اقتصادی و دسترسی به خدمات دیگر قرار گیرند. بنابراین، تفسیر شاخص‌های پیامدی باید با احتیاط و با توجه به زمینه انجام شود.

۳. شاخص‌زدگی چیست و چگونه شکل می‌گیرد؟:

شاخص‌زدگی(Indicatorism) : وضعیتی است که در آن سازمان یا مدیران به‌تدریج به‌جای تمرکز بر هدف اصلی و کیفیت واقعی عملکرد، بر بهبود اعداد، امتیازها و سنجه‌های انتخاب‌شده متمرکز می‌شوند؛ در نتیجه، شاخص از ابزار اندازه‌گیری به هدفی مستقل تبدیل می‌شود و عملکرد خوب در شاخص‌های رسمی الزاماً به معنای بهبود کیفیت خدمات، سلامت جمعیت یا تجربه مردم نیست.

برای مثال، اگر در یک برنامه پزشکی خانواده فقط تعداد ویزیت‌ها ملاک ارزیابی باشد، ممکن است افزایش تعداد ویزیت‌ها به اولویت نظام سلامت تبدیل شود؛ درحالی‌که زمان کافی برای مراقبت پیشگیرانه، پیگیری بیماران مزمن، آموزش سلامت، مشارکت اجتماعی و هماهنگی مراقبت کاهش یابد.

شاخص‌زدگی معمولاً یک اتفاق ناگهانی نیست؛ بلکه می‌تواند در نتیجه ترکیب چند عامل شکل بگیرد:

* انتخاب تعداد زیادی شاخص بدون اولویت‌بندی روشن؛

* تعیین اهداف کمی غیرواقع‌بینانه یا نامتناسب با منابع؛

* وابسته‌کردن پاداش، تنبیه یا ارزیابی مدیران به چند شاخص محدود؛

* استفاده از داده‌ها بدون بررسی کیفیت و اعتبار آن‌ها؛

* مقایسه واحدهای ناهمگون بدون تعدیل تفاوت‌های جمعیتی و محیطی؛

* تمرکز بر گزارش‌دهی به‌جای تحلیل علل و حل مسئله؛

* نادیده‌گرفتن ابعادی که سنجش آن‌ها دشوارتر است.

۳-۱. قانون گودهارت (Goodhart’s Law):

در ادبیات سیاست‌گذاری و مدیریت عملکرد، اصل مشهور گودهارت به این هشدار اشاره دارد که وقتی یک شاخص به هدفی برای کنترل و تصمیم‌گیری تبدیل می‌شود، ممکن است اعتبار آن به‌عنوان شاخص کاهش یابد.

وقتی شاخصی که قرار بود عملکرد را اندازه‌گیری کند به هدف اصلی تبدیل شود، افراد ممکن است به‌جای بهبود واقعیت، برای بهترشدن عدد شاخص رفتار کنند.

برای مثال، اگر هدف یک مرکز سلامت صرفاً افزایش درصد ارجاع‌های دارای بازخورد باشد، ممکن است تمرکز بر ثبت بازخورد در سامانه قرار گیرد؛ درحالی‌که هنوز معلوم نیست بازخورد از نظر بالینی مفید بوده یا مراقبت بیمار واقعاً بهبود یافته است.

این اصل یک هشدار مدیریتی است، نه یک قانون قطعی که در هر شرایطی و برای هر شاخصی رخ دهد. شدت خطر به نحوه طراحی نظام سنجش، انگیزه‌ها، کیفیت نظارت و فرهنگ سازمانی بستگی دارد.

۳-۲. قانون کمپبل (Campbell’s Law):

کمپبل در مقاله سال ۱۹۷۹ خود درباره ارزیابی تغییرات اجتماعی هشدار داد که هرچه یک شاخص کمی بیشتر برای تصمیم‌گیری اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد، فشار برای تحریف آن بیشتر می‌شود و احتمال دارد فرایندهایی که قرار بوده با آن سنجیده شوند نیز دچار انحراف شوند .

به بیان مدیریتی، وقتی سرنوشت سازمان، مدیر یا کارکنان به یک عدد وابسته شود، ممکن است رفتارها به سمت افزایش همان عدد سوق پیدا کنند؛ حتی اگر این رفتارها با هدف اصلی برنامه همسو نباشند.

تفاوت کاربردی این دو مفهوم: گودهارت بیشتر بر از دست رفتن اعتبار شاخص در اثر تبدیل‌شدن آن به هدف تأکید دارد؛ کمپبل بر فشارهای اجتماعی و سازمانی برای تحریف شاخص و پیامد آن بر فرایند مورد ارزیابی تأکید می‌کند.

۴. شواهد علمی درباره پیامدهای ناخواسته شاخص‌محوری :

۴-۱. مرور Mannion و Braithwaite در نظام سلامت انگلستان:

Mannion و Braithwaite در سال ۲۰۱۲ با مرور شواهد مربوط به نظام سنجش عملکرد خدمات سلامت در انگلستان، ۲۰ پیامد ناکارآمد و ناخواسته را در چهار گروه طبقه‌بندی کردند:

گروه	پیامدهای شناسایی‌شده
ضعف در اندازه‌گیری	تثبیت بر سنجش، محدودشدن میدان توجه، کوتاه‌نگری، سخت‌شدن نظام، کهنه‌شدن سنجه‌ها و ترجیح کمّیت بر کیفیت
مشوق‌ها و تنبیه‌های نامناسب	رضایت کاذب، ایجاد جزیره‌های سازمانی، جبران بیش‌ازحد یا ناکافی، بی‌توجهی به تفاوت شرایط و افزایش نابرابری
آسیب به اعتماد	بازنمایی نادرست عملکرد، بازی با شاخص‌ها، تفسیر نادرست، قلدری سازمانی، کاهش اعتماد و افت روحیه کارکنان
سیاسی‌شدن نظام سنجش	نمایش سیاسی عملکرد و منحرف‌شدن توجه از مسائل واقعی

نکته مهم در این مقاله آن است که نویسندگان، نظام سنجش عملکرد را ذاتاً زیان‌بار نمی‌دانند. آن‌ها به بهبودهای واقعی حاصل از هدف‌گذاری، از جمله کاهش زمان انتظار در خدمات سلامت انگلستان، نیز اشاره می‌کنند؛ اما هشدار می‌دهند که دستاوردهای مورد انتظار می‌توانند همزمان با پیامدهای ناخواسته رخ دهند. ازاین‌رو، اجرای آزمایشی، ارزیابی دقیق و ایجاد توازن در نظام سنجش را توصیه می‌کنند.

۴-۲. مطالعه Li و Evans در سال ۲۰۲۲:

Li و Evans در مطالعه‌ای که در مجله BMC Health Services Research منتشر کردند، یک مرور سریع از ۴۱ مقاله انجام دادند و سپس دیدگاه ۱۴۷ نفر از ذی‌نفعان درگیر با نظام مدیریت عملکرد شبکه‌های ارائه خدمت سرطان و بیماری‌های کلیوی در استان انتاریوی کانادا را بررسی کردند.

آن‌ها در مجموع ۴۸ پیامد ناخواسته مثبت و منفی را شناسایی کردند، مهم‌ترین پیامدهای منفی که در ادبیات مرورشده بیشتر دیده شده بودند عبارت بودند از:

*** تثبیت توجه بر شاخص‌ها (Measure Fixation)؛**

*** محدودشدن میدان توجه (Tunnel Vision)؛**

*** بازنمایی نادرست عملکرد و بازی با شاخص‌ها (Misrepresentation and Gaming).**

در داده‌های کیفی این پژوهش نیز بار اداری، بی‌توجهی به شرایط واقعی، کاهش روحیه کارکنان و اختلال در عملکرد سیستمی از پیامدهای برجسته بودند.

اهمیت این مطالعه در آن است که نشان می‌دهد پیامدهای ناخواسته ممکن است یکدیگر را تقویت کنند؛ برای مثال، افزایش بار اداری می‌تواند زمان کارکنان را از مراقبت و بهبود کیفیت بگیرد و در ادامه، نارضایتی و کاهش انگیزه را تشدید کند.

*** نظام پایش باید بتواند صدای بیمار، هشدارهای کارکنان و نشانه‌های کیفی را نیز به سطح تصمیم‌گیری منتقل کند؛ نه اینکه تنها به گزارش‌های عددی متکی باشد.**

۵- آسیب‌شناسی شاخص‌زدگی در نظام سلامت:

بر پایه منابع بررسی‌شده و تحلیل مدیریتی، پیامدهای شاخص‌زدگی را می‌توان در چند سطح دسته‌بندی کرد. این پیامدها خطرهای محتمل‌اند و نباید آن‌ها را پیامد قطعی هر نظام پایش تلقی کرد.

۱.۵. انحراف از اهداف اصلی نظام سلامت:

وقتی چند شاخص محدود به محور ارزیابی تبدیل شوند، احتمال دارد سازمان به‌جای تمرکز بر سلامت جمعیت، پیشگیری، عدالت و کیفیت مراقبت، بر فعالیت‌هایی تمرکز کند که اندازه‌گیری و گزارش آن‌ها آسان‌تر است.

برای مثال، افزایش تعداد ویزیت‌ها ممکن است به هدف غالب تبدیل شود، درحالی‌که ارتقای سواد سلامت، مشارکت مردم، پیگیری بیماران مزمن و کاهش عوامل خطر در اولویت پایین‌تری قرار گیرند.

۲.۵. محدودشدن میدان توجه مدیریتی:

مدیران و کارکنان ممکن است وقت و انرژی خود را صرف شاخص‌هایی کنند که در داشبورد رسمی دیده می‌شوند و از مسائل مهم اما اندازه‌گیری‌نشده غافل شوند.

در چنین شرایطی، آنچه اندازه‌گیری نمی‌شود، ممکن است به‌تدریج در تصمیم‌گیری سازمانی نیز اهمیت کمتری پیدا کند.

۳.۵. بازی با شاخص‌ها و دستکاری داده‌ها:

اگر پاداش و تنبیه به‌صورت مستقیم و شدید به چند شاخص وابسته باشد، انگیزه برای تغییر نحوه ثبت، انتخاب موارد قابل گزارش، تأخیر در ثبت مشکلات یا نمایش گزینشی عملکرد افزایش می‌یابد.

این رفتار ممکن است عمدی یا غیرعمدی باشد. بنابراین، هر مغایرت داده‌ای نباید فوراً تخلف تلقی شود؛ ابتدا باید کیفیت سامانه، تعریف شاخص، بار کاری و فرایند ثبت بررسی شود. بااین‌حال، جعل عمدی داده و پنهان‌سازی آگاهانه مشکلات باید موضوع پاسخ‌گویی رسمی باشد.

۴.۵. تضعیف کیفیت مراقبت و تصمیم‌گیری بالینی:

اگر شاخص‌ها بدون توجه به شرایط بیمار و قضاوت حرفه‌ای طراحی شوند، ممکن است تصمیم‌های بالینی تحت تأثیر الزامات گزارش‌دهی قرار گیرند.

برای مثال، تعیین هدف کمی ثابت برای تعداد ارجاع‌ها می‌تواند به افزایش یا کاهش نامناسب ارجاع منجر شود؛ درحالی‌که تصمیم درست درباره ارجاع باید بر اساس وضعیت بالینی بیمار، راهنماهای علمی، ظرفیت سطح اول و دسترسی به سطح تخصصی اتخاذ شود.

۵.۵. افزایش بار اداری و کاهش زمان مراقبت:

افزایش تعداد شاخص‌ها، فرم‌ها، گزارش‌ها و سامانه‌های موازی ممکن است بخش قابل‌توجهی از زمان مدیران و کارکنان را به ثبت و گزارش‌دهی اختصاص دهد.

اگر هزینه زمانی و مالی جمع‌آوری یک شاخص از ارزش اطلاعاتی آن بیشتر شود، ادامه جمع‌آوری آن نیازمند بازنگری است.

۶.۵. کاهش انگیزه و اعتماد کارکنان:

وقتی شاخص‌ها بدون توجه به کمبود منابع، شرایط محیطی، ویژگی‌های جمعیت و موانع ساختاری برای قضاوت تنبیهی درباره کارکنان استفاده شوند، ممکن است احساس بی‌عدالتی، ترس از گزارش مشکلات و کاهش انگیزه حرفه‌ای ایجاد شود.

در چنین فضایی، کارکنان ممکن است به‌جای گزارش صادقانه مشکلات و درخواست حمایت، به سمت پنهان‌سازی ضعف‌ها یا ارائه گزارش‌های مطلوب حرکت کنند.

۷.۵. تشدید نابرابری و مقایسه غیرمنصفانه:

مقایسه عملکرد مراکز یا دانشگاه‌هایی که از نظر جمعیت، محرومیت، بار بیماری، دسترسی، نیروی انسانی و منابع مالی متفاوت‌اند، بدون تعدیل مناسب، می‌تواند تصویری نادرست ایجاد کند.

برای مثال، دو مرکز با پوشش جمعیتی یکسان ممکن است به دلیل تفاوت در پراکندگی جغرافیایی، محرومیت اجتماعی یا دسترسی به خدمات تخصصی، شرایط اجرایی کاملاً متفاوتی داشته باشند.

بنابراین، رتبه‌بندی خام و بدون توجه به زمینه می‌تواند به تصمیم‌های ناعادلانه درباره تخصیص منابع یا ارزیابی مدیران منجر شود.

۸.۵. کوتاه‌نگری و غفلت از پیشگیری :

برخی پیامدهای مهم سلامت، مانند کاهش بروز بیماری‌های مزمن یا کاهش عوارض در سطح جمعیت، در کوتاه‌مدت قابل مشاهده نیستند.

اگر ارزیابی فقط بر شاخص‌های کوتاه‌مدت و فوری متمرکز باشد، ممکن است فعالیت‌های پیشگیرانه، ارتقای سلامت و مداخلات اجتماعی که نتایج بلندمدت دارند، کم‌اهمیت تلقی شوند.

۹.۵. ایجاد جزیره‌های متعدد :

وقتی هر واحد فقط بر شاخص‌های اختصاصی خود متمرکز شود، احتمال دارد هماهنگی بین بخش‌ها کاهش یابد. در این وضعیت، هر واحد می‌کوشد عملکرد خود را بهتر نشان دهد، حتی اگر نتیجه کلی نظام مطلوب نباشد.

برای مثال، افزایش تعداد ارجاع‌های ثبت‌شده در سطح اول ممکن است برای یک واحد موفقیت تلقی شود، درحالی‌که سطح دوم با کمبود ظرفیت مواجه باشد و بیمار در مسیر دریافت خدمت دچار تأخیر شود.

۱۰.۵. سیاسی‌شدن عملکرد و انتقال مسئولیت ساختاری به خط مقدم:

اگر شاخص‌ها بدون تحلیل علل ریشه‌ای به ابزار قضاوت درباره مدیران و کارکنان تبدیل شوند، ممکن است مشکلات ناشی از کمبود بودجه، نیروی انسانی، زیرساخت یا سیاست‌های کلان به‌عنوان ضعف عملکرد فردی تفسیر شوند.

این رویکرد، به‌جای حل مسئله ساختاری، فشار را به سطوح اجرایی منتقل می‌کند.

بخش دوم: راهکارها، کاربرد مدیریتی و نتیجه‌گیری :

۶. چگونه نظام پایش و ارزشیابی را از شاخص‌زدگی مصون کنیم؟:

هدف، حذف شاخص‌ها نیست؛ بلکه باید سازوکاری طراحی شود که شاخص‌ها به شناخت بهتر واقعیت، یادگیری سازمانی و اصلاح عملکرد کمک کنند.

۱.۶. طراحی نظام شاخص‌های متوازن:

هیچ شاخص منفردی نمی‌تواند عملکرد پیچیده نظام سلامت را به‌طور کامل نشان دهد. بنابراین، شاخص‌ها باید در ابعاد مکمل طراحی شوند.

پیشنهاد می‌شود مجموعه شاخص‌های هر برنامه، تا حد امکان این ابعاد را پوشش دهد:

بعد عملکرد	پرسش مدیریتی	نمونه شاخص
دسترسی	آیا مردم به خدمت مورد نیاز دسترسی دارند؟	درصد جمعیت دارای دسترسی مناسب
پوشش	چه میزان از جمعیت هدف خدمت دریافت می‌کنند؟	پوشش مراقبت‌های ضروری
کیفیت	آیا خدمت مطابق استاندارد ارائه می‌شود؟	درصد رعایت راهنمای بالینی
اثربخشی	آیا مداخله نتیجه مورد انتظار را ایجاد کرده است؟	میزان کنترل بیماری
کارایی	آیا منابع به‌درستی مصرف می‌شوند؟	هزینه به ازای خدمت مؤثر
عدالت	آیا گروه‌های مختلف جمعیت به‌طور منصفانه بهره‌مند می‌شوند؟	شکاف پوشش بین گروه‌های جمعیتی
تجربه مردم	آیا خدمت با نیازها و ترجیحات مردم سازگار است؟	تجربه و رضایت بیماران
تداوم و هماهنگی	آیا مراقبت در طول مسیر درمان پیوسته است؟	درصد ارجاع‌های دارای بازخورد و پیگیری

این ابعاد با جهت‌گیری چارچوب‌های جدید ارزیابی عملکرد نظام سلامت، از جمله تأکید بر مردم‌محوری، عدالت، تاب‌آوری و پایداری، هم‌راستا هستند .

۲.۶. ترکیب شاخص‌های ساختار، فرایند ها ،برونداد و پیامد:

برای جلوگیری از قضاوت ناقص، شاخص‌ها باید به‌گونه‌ای انتخاب شوند که هم ظرفیت نظام، هم نحوه ارائه خدمت و هم نتایج آن را نشان دهند.

برای مثال، در ارزیابی یک مرکز پزشکی خانواده:

* ساختار: تعداد پزشک و مراقب سلامت متناسب با جمعیت تحت پوشش؛

* فرایند: درصد بیماران مزمن دارای برنامه مراقبت و پیگیری؛

*برونداد:تعداد بیماران ویزیت شده توسط پزشک خانواده،درصد کودکان زیر پنجسال که واکسن دریافت کرده اند.

* پیامد: میزان کنترل بیماری در جمعیت هدف.

اگر فقط تعداد ویزیت‌ها سنجیده شود، اطلاعات کافی برای قضاوت درباره کیفیت و اثربخشی مراقبت وجود نخواهد داشت.

۳-۶. استفاده از شاخص‌های محافظ یا موازنه‌ای (Balancing Measures):

هرگاه یک شاخص برای بهبود عملکرد انتخاب می‌شود، باید پیامدهای احتمالی آن بر سایر ابعاد نیز بررسی شود.

برای نمونه:

شاخص اصلی	خطر احتمالی	شاخص موازنه‌ای پیشنهادی
افزایش تعداد ویزیت	کاهش زمان هر ویزیت	کیفیت مراقبت و تجربه بیمار
کاهش نرخ ارجاع	ارجاع‌نکردن بیمار نیازمند	ارجاع‌های ضروریِ انجام‌نشده
افزایش تعداد غربالگری	کاهش کیفیت پیگیری نتایج مثبت	درصد موارد مثبتِ پیگیری‌شده
کاهش زمان انتظار	کاهش کیفیت یا تناسب خدمت	ایمنی، کیفیت و تجربه بیمار
افزایش ثبت خدمات	افزایش مستندسازی بدون بهبود واقعی	ممیزی نمونه‌ای پرونده و کیفیت خدمت

شاخص موازنه‌ای کمک می‌کند بهبود یک عدد، به بهای آسیب‌دیدن بخش دیگری از نظام سلامت تمام نشود.

۴-۶. تفکیک پایش برای یادگیری از ارزشیابی برای پاسخ‌گویی:

یکی از اصول مهم مدیریت عملکرد، تفکیک کارکرد یادگیری و بهبود از کارکرد نظارت و پاسخ‌گویی است.

***پایش برای یادگیری:** هدف آن شناسایی مشکل، فهم علل، حمایت از کارکنان و اصلاح فرایندهاست. در این مسیر، گزارش صادقانه **مشکل** باید تسهیل شود.

***ارزشیابی برای پاسخ‌گویی:** هدف آن بررسی میزان تحقق تعهدات، رعایت استانداردها، استفاده از منابع و مسئولیت‌پذیری سازمانی است.

این دو کارکرد نباید کاملاً از یکدیگر جدا و بی‌ارتباط شوند؛ اما اگر هر گزارش نقص یا خطا فوراً به تنبیه منجر شود، احتمال پنهان‌کاری افزایش می‌یابد. در مقابل، تخلف عمدی، جعل داده و نقض آگاهانه استانداردها باید از مسیر پاسخ‌گویی رسمی بررسی شوند.

۵-۶. تعدیل شاخص‌ها بر اساس تفاوت شرایط:

برای مقایسه منصفانه عملکرد مراکز و دانشگاه‌ها باید عوامل زمینه‌ای مانند ویژگی‌های جمعیت، محرومیت، بار بیماری، پراکندگی جغرافیایی، دسترسی به خدمات و منابع در دسترس در نظر گرفته شوند.

در غیر این صورت، رتبه‌بندی ممکن است بیش از آنکه کیفیت مدیریت را نشان دهد، تفاوت شرایط محیطی و ساختاری را منعکس کند.

۶-۶. توجه به روندها به‌جای قضاوت بر اساس یک عدد :

یک مقدار منفرد از شاخص، تصویر محدودی از عملکرد ارائه می‌دهد. بهتر است تغییرات شاخص در طول زمان، الگوی نوسان، تفاوت‌های فصلی و پایداری بهبود بررسی شود.

برای مثال، افزایش پوشش مراقبت در یک ماه ممکن است ناشی از ثبت با تأخیر خدمات ماه‌های قبل باشد؛ بنابراین، تفسیر آن بدون بررسی روند و کیفیت داده می‌تواند گمراه‌کننده باشد.

۷-۶. مشارکت کارکنان و دریافت بازخورد مردم :

کارکنان خط مقدم می‌توانند محدودیت‌های عملی شاخص‌ها و موانع ارائه خدمت را شناسایی کنند. همچنین تجربه بیماران و مردم، اطلاعاتی درباره ابعادی فراهم می‌کند که در داده‌های اداری به‌خوبی منعکس نمی‌شوند.

***بنابراین، طراحی شاخص‌ها نباید صرفاً در سطح ستاد و بدون مشارکت ارائه‌دهندگان خدمت و دریافت‌کنندگان خدمات انجام شود.**

۸-۶. ممیزی کیفیت داده و اعتبارسنجی شاخص‌ها:

هر شاخص باید از نظر کامل‌بودن، صحت، به‌هنگام‌بودن، سازگاری، قابلیت مقایسه و اعتبار اندازه‌گیری بررسی شود.

برای این منظور، لازم است:

* تعاریف شاخص‌ها در تمام سطوح یکسان باشد؛

* منبع داده مشخص و قابل ردیابی باشد؛

* نمونه‌ای از داده‌های ثبت‌شده با اسناد و پرونده‌های واقعی تطبیق داده شود؛

* تغییرات ناگهانی و غیرعادی بررسی شوند؛

* مسئولیت ثبت، تأیید و تحلیل داده مشخص باشد؛

* محدودیت‌های هر شاخص در گزارش مدیریتی ذکر شود.

۹-۶. بازنگری و حذف شاخص‌های کم‌ارزش:

شاخص‌ها نباید برای همیشه ثابت بمانند. با تغییر اهداف، سیاست‌ها، فناوری‌ها و نیازهای جمعیت، برخی شاخص‌ها اهمیت خود را از دست می‌دهند و شاخص‌های جدیدی مورد نیاز می‌شوند.

شاخصی که تعریف روشن ندارد، داده معتبر برای آن موجود نیست، هزینه جمع‌آوری آن بالاست یا اطلاعات مفیدی برای تصمیم‌گیری فراهم نمی‌کند، باید اصلاح یا حذف شود.

۱۰-۶. طراحی شناسنامه استاندارد برای هر شاخص :

پیشنهاد می‌شود برای هر شاخص، شناسنامه‌ای شامل موارد زیر تدوین شود:

* عنوان شاخص؛ / * هدف و منطق انتخاب؛ / * تعریف مفهومی؛ /* تعریف عملیاتی؛ / * صورت و مخرج؛ / * واحد اندازه‌گیری؛ /* منبع داده؛/ * تناوب جمع‌آوری و گزارش‌دهی؛ / * مسئول ثبت و تأیید؛ /* مسئول تحلیل و استفاده از نتایج؛ /* مقدار پایه و هدف کمی؛ /* محدودیت‌های تفسیر؛ /* شاخص‌های مکمل یا موازنه‌ای؛ /* خطرهای احتمالی بازی با شاخص؛ /* روش ممیزی و اعتبارسنجی؛ /* تاریخ بازنگری و اعتبار شناسنامه./

این شناسنامه از تفاوت برداشت واحدها، تغییر تعریف شاخص در طول زمان و مقایسه‌های نادرست جلوگیری می‌کند.

۷. کاربرد یافته‌ها در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع ایران:

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، یک برنامه ساده ارائه خدمت نیست؛ بلکه مداخله‌ای برای تغییر سازمان‌دهی خدمات، نقش‌ها، روابط بین سطوح، مسیر دسترسی مردم، تأمین مالی و پاسخ‌گویی نظام سلامت است. بنابراین، ارزیابی آن نیز نباید به شمارش فعالیت‌های روزانه یا تعداد ارجاع‌ها محدود شود.

۱-۷. خطر ارزیابی پزشکی خانواده با شاخص‌های محدود:

فرض کنیم در نظام پایش برنامه، شاخص‌های زیر اهمیت اصلی را پیدا کنند:

* تعداد ویزیت پزشک خانواده؛

* درصد ارجاع به سطح دوم؛

* تعداد نسخه‌های ثبت‌شده؛

* تعداد درخواست‌های آزمایش و تصویربرداری؛

* درصد ارجاع‌های دارای نوبت؛

* درصد ارجاع‌های دارای بازخورد.

این شاخص‌ها می‌توانند اطلاعات مفیدی فراهم کنند، اما به‌تنهایی نمی‌توانند نشان دهند که آیا پزشکی خانواده به اهداف اصلی خود رسیده است یا خیر.

برای مثال، بالا بودن نرخ ارجاع ممکن است ناشی از افزایش نیاز واقعی جمعیت، ضعف ظرفیت سطح اول، نبود امکانات تشخیصی یا تصمیم‌گیری نامناسب باشد. پایین بودن نرخ ارجاع نیز ممکن است حاصل مراقبت مؤثر در سطح اول باشد یا ناشی از ارجاع‌نکردن بیماران نیازمند.

بنابراین، نرخ ارجاع به‌تنهایی نه شاخص موفقیت است و نه شاخص شکست.

۲-۷. پیشنهاد مجموعه شاخص‌های مکمل برای نظام ارجاع:

شاخص اصلی	شاخص مکمل ضروری
درصد ارجاع به سطح دوم	تناسب بالینی ارجاع‌ها
درصد ارجاع‌های دارای نوبت	زمان واقعی انتظار تا دریافت خدمت
درصد ارجاع‌های دارای بازخورد	کیفیت و کفایت بازخورد تخصصی
تعداد ویزیت پزشک خانواده	کیفیت مراقبت و تجربه بیمار
تعداد خدمات پیشگیرانه	پیگیری نتایج غیرطبیعی و پوشش جمعیت هدف
تعداد بیماران تحت مراقبت	درصد بیماران دارای مراقبت پیوسته و مؤثر
هزینه خدمات سطح اول	هزینه کل مسیر مراقبت و پیامدهای آن
درصد جمعیت دارای پزشک خانواده	دسترسی واقعی و امکان استفاده از پزشک خانواده

این مجموعه کمک می‌کند عملکرد نظام ارجاع در قالب یک زنجیره کامل دیده شود: شناسایی نیاز، ارائه خدمت در سطح اول، تصمیم مناسب برای ارجاع، دسترسی به سطح تخصصی، دریافت بازخورد و تداوم مراقبت.

۳-۷. طراحی سه سطح داشبورد مدیریتی:

پیشنهاد می‌شود نظام پایش پزشکی خانواده و نظام ارجاع دارای سه سطح مکمل باشد:

الف) داشبورد راهبردی ملی:

مخاطب: وزیر بهداشت، شورای معاونین و مدیران ارشد.

هدف: پاسخ به این پرسش که آیا برنامه در مسیر تحقق اهداف کلان خود قرار دارد؟:

این داشبورد باید محدود، روشن و مبتنی بر شاخص‌های مادر باشد. حدود ۲۰ تا ۲۵ شاخص راهبردی می‌تواند نقطه شروع طراحی باشد؛ اما تعداد نهایی باید پس از تعیین اهداف، بررسی امکان‌پذیری داده و آزمون کاربرد مدیریتی مشخص شود. این تعداد یک پیشنهاد طراحی است، نه استاندارد علمی ثابت.

ب) داشبورد مدیریتی دانشگاه و شبکه:

مخاطب: رؤسای دانشگاه‌ها، معاونان بهداشت، مدیران شبکه و مدیران اجرایی.

هدف: شناسایی موانع، بررسی تفاوت عملکرد مناطق، تحلیل علل و تخصیص منابع.

در این سطح، شاخص‌ها باید جزئی‌تر باشند و امکان تحلیل بر حسب شهرستان، منطقه، مرکز و گروه جمعیتی را فراهم کنند.

ج) داشبورد عملیاتی:

مخاطب: پزشک خانواده، مراقب سلامت، مرکز خدمات جامع سلامت و تیم اجرایی.

هدف: مدیریت روزانه یا هفتگی خدمات، پیگیری بیماران، شناسایی موارد ازدست‌رفته و اصلاح فرایندها.

در این سطح، شاخص‌های عملیاتی می‌توانند بیشتر باشند؛ اما نباید تمام آن‌ها به ابزار رتبه‌بندی یا تنبیه کارکنان تبدیل شوند.

۴-۷. ضرورت کمیته مستقل پایش و ارزشیابی:

برای برنامه‌ای ملی و چندسطحی مانند پزشکی خانواده و نظام ارجاع، پیشنهاد می‌شود کارکرد ارزشیابی راهبردی از مدیریت اجرایی برنامه استقلال نسبی داشته باشد.

این کمیته باید بتواند:

* کیفیت داده‌ها را به‌صورت مستقل بررسی کند؛

* عملکرد واقعی را از عملکرد صرفاً گزارش‌شده تفکیک کند؛

* علل ساختاری و اجرایی انحراف از اهداف را تحلیل کند؛

* پیامدهای ناخواسته سیاست‌ها و شاخص‌ها را شناسایی کند؛

* یافته‌ها را بدون مداخله واحدهای اجرایی گزارش دهد؛

* پیشنهادهای اصلاحی را برای تصمیم‌گیری به مقام مسئول ارائه کند.

استقلال ارزشیابی به معنای قطع ارتباط با واحدهای اجرایی نیست؛ بلکه به معنای استقلال در قضاوت، روش تحلیل و گزارش نتایج است.

۸. پیشنهاد چارچوب اجرایی برای اصلاح نظام پایش و ارزشیابی:

برای تبدیل اصول فوق به اقدام مدیریتی، یک برنامه با مرحله بندی مشخص پیشنهاد می‌شود.

اقدام اصلی	خروجی مورد انتظار
بازبینی اهداف برنامه و فهرست شاخص‌های موجود	نقشه اهداف و شاخص‌ها
بررسی تعریف، منبع، اعتبار و هزینه جمع‌آوری شاخص‌ها	شناسنامه شاخص‌ها و گزارش کیفیت داده
شناسایی شاخص‌های تکراری، کم‌ارزش و پرخطر	فهرست اصلاح، ادغام یا حذف شاخص‌ها
طراحی شاخص‌های موازنه‌ای و شاخص‌های عدالت، کیفیت و پیامد	مجموعه شاخص‌های متوازن
اجرای آزمایشی در چند واحد با شرایط متفاوت	گزارش امکان‌پذیری و پیامدهای ناخواسته
اصلاح نهایی و تصویب نظام پایش و ارزشیابی	چارچوب نهایی، مسئولیت‌ها و داشبوردها

۸-۱. اصول حاکم بر اجرای برنامه :

* هیچ شاخصی بدون ارتباط روشن با یک هدف مصوب وارد داشبورد راهبردی نشود.

* هر شاخص باید تعریف عملیاتی و منبع داده مشخص داشته باشد.

* برای شاخص‌های پرخطر، شاخص موازنه‌ای تعریف شود.

* مقایسه عملکرد مراکز و دانشگاه‌ها با توجه به تفاوت شرایط انجام شود.

* گزارش مشکلات و انحرافات برای یادگیری و اصلاح تسهیل شود.

* داده‌های غیرعادی یا مشکوک، پیش از قضاوت مدیریتی اعتبارسنجی شوند.

* نتایج ارزشیابی به تصمیم مشخص درباره اصلاح برنامه، منابع یا فرایندها منجر شوند.

* شاخص‌ها در دوره‌های مشخص بازنگری شوند.

بنابراین، مدیران نظام سلامت باید پیش از هرگونه قضاوت درباره عملکرد، سه پرسش را مطرح کنند:

۱- آیا شاخص مناسبی برای سنجش هدف مورد نظر انتخاب شده است؟

۲- آیا داده‌های به‌دست‌آمده معتبر، کامل و قابل اعتماد هستند؟

۳- آیا تغییر مشاهده‌شده در شاخص واقعاً نشان‌دهنده بهبود عملکرد و پیامد مورد انتظار است؟

اگر پاسخ این پرسش‌ها روشن نباشد، رتبه‌بندی، تشویق، تنبیه یا تصمیم‌گیری درباره تخصیص منابع بر اساس آن شاخص می‌تواند نادرست باشد.

۹. نتیجه‌گیری :

- مرور شواهد نشان می‌دهد که سنجش عملکرد در نظام سلامت نه‌تنها ضروری است، بلکه در صورت طراحی و استفاده مناسب می‌تواند به شفافیت، پاسخ‌گویی، بهبود کیفیت و تخصیص بهتر منابع کمک کند. بااین‌حال، سنجش عملکرد به‌خودی‌خود تضمین‌کننده بهبود نیست.

-چارچوب ارزیابی عملکرد نظام سلامت سازمان جهانی بهداشت، بر ارتباط میان کارکردهای نظام سلامت، از جمله حکمرانی، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات، با اهداف نهایی نظام سلامت تأکید می‌کند ، این نگاه نشان می‌دهد که عملکرد نظام سلامت را نمی‌توان با مجموعه‌ای از شاخص‌های منفرد و جدا از یکدیگر ارزیابی کرد.

-همچنین چارچوب بازنگری‌شده سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) در سال ۲۰۲۴، مردم‌محوری، تاب‌آوری، پایداری محیطی و عدالت را در ارزیابی عملکرد نظام سلامت برجسته کرده است ، این رویکردها نشان می‌دهند که نظام سنجش عملکرد باید متناسب با پیچیدگی و تحولات نظام سلامت توسعه یابد.

-مطالعات پیامدهای ناخواسته شاخص‌محوری نشان می‌دهند که آثار منفی، به‌ویژه در صورت بی‌توجهی به زمینه، استفاده تنبیهی، نبود مشارکت کارکنان و فقدان شاخص‌های موازنه‌ای، محتمل‌تر می‌شوند.

-ضعف عملکرد با ضعف نظام سنجش یکسان نیست. گاهی سازمان واقعاً عملکرد نامطلوبی دارد؛ گاهی شاخص انتخاب‌شده تصویر درستی از عملکرد ارائه نمی‌دهد؛ و گاهی نیز داده‌ها به دلیل نقص سامانه یا فرایند ثبت، قابل اعتماد نیستند. این سه وضعیت به مداخلات متفاوت نیاز دارند و نباید با یک نوع واکنش مدیریتی پاسخ داده شوند.

-پایش و ارزشیابی از ارکان اصلی مدیریت علمی و حکمرانی اثربخش در نظام سلامت هستند. هیچ نظام سلامت پیچیده‌ای بدون اطلاعات معتبر، تحلیل مستمر و ارزیابی پیامدها نمی‌تواند به‌طور پایدار عملکرد خود را بهبود دهد.

-بااین‌حال، شاخص‌ها تنها ابزارهایی برای شناخت بخشی از واقعیت هستند و نباید جایگزین اهداف اصلی نظام سلامت شوند. تمرکز افراطی بر شاخص‌های محدود، به‌ویژه هنگامی که با نظام تنبیهی و پاداشی نامتناسب همراه شود، ممکن است رفتار سازمانی را منحرف کند و به کاهش کیفیت مراقبت، افزایش بار اداری، تضعیف اعتماد، بازی با شاخص‌ها و غفلت از ابعاد مهم سلامت منجر شود.

-ازاین‌رو، رویکرد مطلوب نه حذف شاخص‌هاست و نه افزایش بی‌رویه تعداد آن‌ها؛ بلکه طراحی نظامی متوازن، چندبعدی، معتبر، شفاف و یادگیرنده است که بتواند عملکرد واقعی را از عملکرد ظاهری تفکیک کند.

-در برنامه‌های تحول‌آفرین مانند پزشکی خانواده و نظام ارجاع، این ضرورت اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا موفقیت برنامه تنها با افزایش تعداد ویزیت‌ها، ارجاع‌ها یا ثبت خدمات قابل اثبات نیست. معیار نهایی باید بهبود دسترسی، کیفیت، تداوم مراقبت، عدالت، اثربخشی، پاسخگویی و پیامدهای سلامت جمعیت باشد.

۱۰. پیشنهادهای سیاستی : شاخص باید در خدمت هدف باشد، نه هدف در خدمت شاخص:

۱- نظام پایش و ارزشیابی باید بر اساس اهداف مصوب و اولویت‌های واقعی نظام سلامت طراحی شود، نه بر اساس سهولت دسترسی به داده‌ها.

۲-. تعداد شاخص‌های راهبردی باید محدود، اولویت‌بندی‌شده و متناسب با سطح تصمیم‌گیری باشد.

۳- شاخص‌های ساختار، فرایند،برونداد و پیامد باید به‌صورت مکمل استفاده شوند.

٤-. برای شاخص‌های حساس و مستعد انحراف، شاخص‌های موازنه‌ای تعریف شود.

٥-. شناسنامه استاندارد و یکسان برای تمام شاخص‌های ملی تدوین شود.

٦-. کیفیت داده‌ها به‌طور مستقل و دوره‌ای اعتبارسنجی شود.

۷-. تفاوت شرایط جمعیتی، جغرافیایی، اجتماعی و منابع در ارزیابی و مقایسه عملکرد لحاظ شود.

۸- پایش برای یادگیری و بهبود از ارزشیابی برای پاسخگویی تفکیک کارکردی داشته باشد.

۹- تجربه و نظر مردم و کارکنان در کنار داده‌های کمی وارد فرایند ارزشیابی شود.

۱۰. شاخص‌ها در دوره‌های مشخص بازنگری و شاخص‌های کم‌ارزش، تکراری یا گمراه‌کننده حذف یا اصلاح شوند.

۱۱- برای برنامه‌های ملی، سازوکار ارزشیابی مستقل با اختیار دسترسی به داده‌ها و امکان گزارش مستقیم به مقام مسئول پیش‌بینی شود.

۱۲- در سیستمهای پیچیده انطباق پذیر، نتایج پایش و ارزشیابی باید به تصمیم‌های مشخص درباره اصلاح سیاست‌ها، تخصیص منابع، بهبود فرایندها و ارتقای کیفیت خدمات ومنجربه یادگیری شوند.

نهایتا :

استفاده حداکثری و متناسب با امکانات سخت افزاری و نرم افزاری کشور، ضروری است که از فن آوریهای نوین ، هوش مصنوعی و ....در تمام مراحل و فرآیندها در نظارت ،پایش و ارزشیابی و نیز شاخصها، استفاده بهینه به عمل آید.