

تحلیل هزینه اثربخشی تعمیم یافته برای تعیین اولویت‌های بهداشتی در سطح ملی*

ریموند هاتاوسی، دن چی شلم و تسانتورس

ترجمه منصور ظهیری**

چکیده

تحلیل هزینه اثربخشی به‌طور بالقوه برای تصمیم‌گیری در بخش بهداشت کمک فراوانی می‌کند اما در مواردی کاربرد و تأثیر آن در سطح هر کشور به‌طور مجزا دارای محدودیت‌هایی است. برخی از دلایل این امر عبارتند از: نارسایی‌های فنی در زمینه تهیه شواهد و مدارک اقتصادی موجود، مصلحت‌اندیشی سیاسی، ترجیحات اجتماعی و موانع اجرایی.

تحلیل هزینه اثربخشی تعمیم یافته به عنوان شکلی از تحلیل هزینه اثربخشی منطقه‌ای برای تسهیل کاربرد مناسب اطلاعات مربوط به آن در سطح کشور و مناطق مختلف، بر تعدادی از این موانع و محدودیت‌ها غلبه می‌کند. به‌کارگیری این روش با استفاده از پروژه «انتخاب» سازمان جهانی بهداشت مبنای مدارک اقتصادی جدیدی را مهیا می‌کند. به‌علاوه، پیشرفت‌های روش شناختی پایه‌ای مرتبط با این نوع هزینه، بخشی از روش‌های بهداشتی این کار را تسهیل خواهد کرد.

* generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. by Raymond Hutubessy, Dan Chisholm and Tessa Tantorres edejer for World Health Organization - choice. <http://www.resource.com/content/1/1/8>, December 2003.

** عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

هزینه‌ها و تأثیرات مداخلات مختلف در هر زیرگروه (منطقه) که توسط سازمان جهانی بهداشت تهیه شده است، می‌تواند به آسانی با بافت اختصاصی هر کشور تطبیق شود. مثلاً بر اساس تطبیق با مقدار و قیمت واحد هر مداخله (هزینه‌ها) یا پوشش، کارایی و میزانهای وابستگی بین مداخلات (اثربخشی). فایده بالقوه این اطلاعات برای برنامه‌ریزی و سیاستگذاری بهداشتی در این است که مشخص می‌شود آیا استراتژی‌های مداخله بهداشتی کنونی (با ملحوظ داشتن منابع کمیاب) کارایی لازم را دارد یا خیر؟ و همچنین آیا مداخلاتی که هنوز اجرا نشده‌اند و قرار است اجرا شوند دارای اولویت هستند یا نه؟ سیاستگذاران و مدیران برنامه‌ای در حوزه بهداشت و درمان می‌توانند از نتایج پروژه «انتخاب» سازمان جهانی بهداشت به عنوان ورودی ارزشمندی در فرایند برنامه‌ریزی و تعیین اولویت‌ها در سطح ملی استفاده کنند. به علاوه این کاربرد نقطه آغازی است برای تحلیل‌های بیشتر در خصوص مقایسه بین کارایی مداخلات در ایجاد سلامت و تأثیرات آن بر روی نتایج کلیدی دیگر نظیر کاهش نابرابری‌ها و بهبود وضع بهداشت فقرا.

مقدمه

امروزه در ارزیابی بهداشت و مراقبتهای بهداشتی - درمانی بر لحاظ کردن دید اقتصادی به عنوان جزئی از برنامه‌ریزی و سیاستگذاری بهداشتی تأکید می‌شود. تحلیل هزینه اثربخشی به عنوان ابزاری برای دنبال کردن مقوله کارایی در تخصیص منابع کمیاب بخش بهداشت و درمان بوده و همچنین روشی است که به منظور مقایسه هزینه‌های مربوط و همین‌طور منافع مداخلات مختلف بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. تجارب چند کشور نشان داده که اطلاعات حاصل از هزینه اثربخشی در کنار انواع دیگری از اطلاعات در جهت تصمیم‌گیری‌های مختلف بهداشتی کمک شایانی کرده است. به عنوان مثال در استرالیا و چند کشور اروپایی، از این تکنیک برای تصمیم‌گیری در مورد اینکه هزینه کدام یک از اقلام دارویی باید بازپرداخت شود، استفاده شده است. در سطح بین‌المللی نیز، تحلیل هزینه اثربخشی منطقه‌ای برای تعیین اولویت‌های کنترل بیماری در کشورهای در حال توسعه و همچنین نوع خدمات اساسی بهداشتی برای کشورهای دارای سطوح مختلف توسعه، توسط بانک جهانی به کار گرفته شده است.

با وجود این، موارد استفاده از اطلاعات هزینه اثربخشی برای هدایت فرایند تعیین اولویت در سطوح ملی نسبتاً محدودیت دارد. دلایل بالقوه این امر عبارتند از: مصالح سیاسی، اولویت‌های

اجتماعی و موانع اجرایی و همچنین کثرت کاستی‌های فنی در خصوص تولید شواهد اقتصادی که قادر به پشتیبانی از اولویت‌گذاری در بهداشت باشد از جمله در دسترس نبودن داده‌ها، ناسازگاری‌های روش‌شناختی در ارزیابی کامل اقتصادی، و محدودیت در تعمیم دادن یا انتقال یافته‌ها به خارج از مکان و موقعیت مطالعه.

در این مقاله تعدادی از مشکلات فنی را که بر سر راه کاربرد مناسب اطلاعات هزینه اثربخشی در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بهداشتی وجود دارد، معرفی و سپس فرایندی را طراحی می‌کنیم که توسط آن، مدیران برنامه و تصمیم‌گیران بهداشتی بتوانند منطقه خود را از نظر هزینه اثربخشی مداخلات، برای کاستن از عوامل تشدیدکننده بار ملی بیماری‌ها - که در اطلاعات هزینه اثربخشی سازمان جهانی بهداشت موسوم به پروژه «انتخاب» آمده است - تحلیل کنند و در انتها نتیجه‌گیری خواهیم کرد که چگونه تحلیل هزینه اثربخشی منطقه‌ای می‌تواند در فعالیت‌های تعیین اولویت در سطح ملی مشارکت کند.

۱. تحلیل هزینه اثربخشی منطقه‌ای

اغلب مطالعات هزینه اثربخشی در صدد پاسخگویی به پرسشهای مربوط به کارایی فنی بوده است. کارایی فنی به استفاده مطلوب از منابع به منظور ارائه خدمات یا تولید محصولات (مداخله بهداشتی) می‌پردازد. بدین معنی که از عدم اتلاف منابع اطمینان حاصل شود. اکثر برنامه‌های کشوری در کارایی فنی بر بهبودهای محلی تمرکز دارند. از طرف دیگر، واژه کارایی تخصیصی که در اقتصاد بهداشت به کار می‌رود، معطوف به توزیع منابع در میان برنامه‌ها یا مداخلات مختلف به منظور دستیابی به حداکثر نتایج مطلوب اجتماعی - بر اساس منابع موجود - است. بر پایه این مفهوم، پیگیری مباحث مربوط به کارایی تخصیصی در بهداشت و درمان، نیاز به رویکرد ناحیه‌ای گسترده‌تری دارد چرا که هزینه‌ها و پیامدهای مربوط به هر مداخله برای تعداد زیادی از بیماری‌ها و عوامل خطر، باید شناسایی شود و این به منظور تعیین ترکیب مطلوب از مداخلاتی است که اهداف کلان نظام بهداشتی را محقق خواهد کرد، نظیر ارتقای سطح بهداشت یا توزیع عادلانه منافع بهداشتی در میان مردم.

با استفاده از تحلیل هزینه اثربخشی منطقه‌ای، نشان می‌دهیم که همه گزینه‌های مداخلاتی که منابعی را مصرف می‌کنند، در شرایط واحد با مشکلات و محدودیت‌های آشکار منابع ارزیابی می‌شوند. قبل از پروژه سازمان جهانی بهداشت، تنها موارد استفاده اندکی از کاربرد گسترده تحلیل هزینه اثربخشی را می‌توان یافت. روشی که در آن دامنه وسیعی از مداخلات پیشگیری، درمانی و توانبخشی - که گروه‌های مختلفی از یک جمعیت را دربر می‌گیرد - مورد مقایسه قرار می‌گیرد. مثال‌ها عبارتند از: فعالیت کمیسیون خدمات بهداشتی اورگون، بررسی اولویت‌های بخش بهداشت بانک جهانی و پروژه بقای عمر هاروارد. در میان اینها فقط بانک جهانی در صدد مقایسه‌های بین‌المللی بود. به این سبب که تعداد زیادی از مشکلات فنی و اجرایی توسط تصمیم‌گیران علاقه‌مند در کاربرد نتایج تحلیل هزینه اثربخشی - به منظور هدایت تصمیمات برای تخصیص منابع در یک بخش - تجربه شده است. این مشکلات عبارتند از:

۱-۱. ناهماهنگی متدولوژیک

ناهمگونی روشها و مقادیر خروجی (پیامد) که در ارزیابی‌های اقتصادی توسط ارزیاب‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد، موجب پیچیده شدن ترکیب و تفسیر نتایج هزینه اثربخشی شده است. به عنوان مثال در سنجش هزینه‌ها ممکن است، مراقبتهای غیررسمی، هزینه‌های مسافرت و زیان‌های بهره‌وری (هزینه‌های فرصت) منظور شود یا نشود و لذا نتایج یک مطالعه با مطالعه دیگر (حتی در همان محل) قابل مقایسه نیست.

۱-۲. در دسترس نبودن اطلاعات

در بانک اطلاعات شواهد و مدارک مربوط به هزینه اثربخشی، خلأهایی به چشم می‌خورد؛ بویژه در مورد خدماتی که از نظر تاریخی مورد کم‌توجهی واقع شده‌اند و گروه‌هایی که هم‌اکنون در حال دریافت خدمات هستند (مثلاً مراقبتهای بهداشت روانی در کشورهای در حال توسعه). این مهم، توانایی سیاستگذاران را برای پیگیری مقوله‌های کارایی تخصیصی در بخش بهداشت و درمان محدود کرده است.

۱-۳. ناتوانی در تعمیم‌دهی

هنوز هیچ کشوری در جهان نتوانسته برای مقایسه هزینه اثربخشی و همه مداخلات بهداشتی ممکن در مناطق مختلف خود بررسی‌های لازم را انجام دهد. آنها باید نتایج مورد نیاز خود را از جاهای دیگر اقتباس کنند. غالباً به دلیل تفاوت در نظام‌های بهداشتی - درمانی، یافته‌های تحلیل هزینه اثربخشی در جای دیگر به کار نمی‌رود. از آنجا که این‌گونه نتایج به طریقی ارائه نشده‌اند که قابلیت کاربرد در مکانهای دیگر را داشته باشند، نمی‌توان استفاده لازم را از آنها به عمل آورد.

۱-۴. ظرفیت اجرایی یافنی محدود

در کشورهای کم‌درآمد نه تنها در زمینه نیروی انسانی متخصص و ماهر برای انجام ارزیابی‌های اقتصادی نارسایی وجود دارد، بلکه در زمینه ظرفیت مدیریت خدمات بهداشتی و تمایل سیاسی برای انتقال و اجرای یافته‌های هزینه اثربخشی در عملکرد روزانه نیز این کمبود مشهود است. علیرغم محدودیت‌های فوق، این نوع تحلیلهای بخشی بالقوه مهم هستند، هرچند واضح است که این مسئله می‌تواند و باید صرفاً گام اول در فرایند تعیین اولویت در نظر گرفته شود.

| اهداف نهایی سیستم بهداشت | | |
|--------------------------|-------|--------|
| | سطح | توزیع |
| سلامت | ✓ | ✓ |
| پاسخگویی | ✓ | ✓ |
| عدالت در تأمین مالی | | ✓ |
| | کیفیت | برابری |

} کارایی

همان‌طور که در بالا نشان داده می‌شود، چارچوب سیستم بهداشت که توسط سازمان جهانی بهداشت طراحی شده نه تنها با تولید خود سلامتی بلکه با سایر اهداف و اولویت‌های کلیدی اجتماعی در ارتباط است، نظیر پاسخگویی به خدمت‌گیرندگان و اطمینان از اینکه بار مالی پرداخت

برای نظام بهداشتی عادلانه در میان خانواده‌ها توزیع می‌شود. شکل همچنین نشان می‌دهد که نظام بهداشتی در پی کاستن از نابرابری‌ها در بهداشت و پاسخگویی و همچنین ارتقای سطح دسترسی است. مداخلات بهداشتی غالباً علی‌رغم اثربخش بودن نسبت به هزینه‌ها، همه مردم فقیر را به طور عادلانه دربر نمی‌گیرد. به عنوان مثال یک بررسی تحلیلی در ۴۴ کشور آسیایی، آفریقایی و امریکای لاتین نشان می‌دهد مداخلاتی نظیر کاربرد مایع درمانی خوراکی و ایمن‌سازی (تکنولوژی‌های مناسب بهداشتی توصیه شده برای مردم فقیر) به گروه‌های هدف نمی‌رسد. تنها ۵۰ درصد از همه موارد اسهال در میان کودکان ۲۰ درصد از فقیرترین خانواده‌ها با مایع درمانی خوراکی درمان شده‌اند. در زمینه ایمن‌سازی هم وضع به همین منوال است. به طور متوسط، پوشش واکسیناسیون در ۲۰ درصد فقیرترین افراد یک کشور در حال توسعه، تقریباً ۳۵ درصد تا ۴۰ درصد است، یعنی اندکی بیش از نصف پوشش در ۲۰ درصد ثروتمندترین افراد.

به‌طور خلاصه، تحلیل هزینه اثربخشی می‌تواند ترکیب مناسبی از مداخلاتی را نشان دهد که سطح بهداشت مردم را با توجه به منابع در دسترس به حداکثر می‌رساند. از آنجا که این گام اول برای فرایند تصمیم‌گیری است (هرچند مهمترین است)، اطلاعاتی که تهیه می‌شود باید به منظور تأثیر نهایی ترکیبهای مختلف مداخلات در سایر اهداف کلان اجتماعی نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

۲. تحلیل هزینه اثربخشی تعمیم‌یافته: رویکردی جدید به تحلیل هزینه اثربخشی منطقه‌ای

۲-۱. چارچوب نظری

تحلیل هزینه اثربخشی تعمیم‌یافته برای غلبه بر تعدادی از محدودیت‌های پیش‌گفته که بر سر راه انجام تحلیل هزینه اثربخشی منطقه‌ای است به کار می‌رود. یکی از ویژگیهای مورد انتظار برای تحلیل هزینه اثربخشی منطقه‌ای همانا مشخص کردن عدم کارایی تخصیصی موجود و همچنین فرصتهای مطرح شده مداخلات جدید است. ویژگی مهم دیگر این است که تحلیل مزبور به گونه‌ای ارائه شود که بتواند تاجایی که ممکن است به مناطق دیگر تعمیم یابد به طوری که نتایج حاصله برای تصمیم‌گیران زیادی مفید واقع شود. تحلیل هزینه اثربخشی تعمیم‌یافته به دو طریق این کار را انجام می‌دهد:

- هزینه‌ها و منافع بهداشتی مجموعه‌ای از مداخلات (هم جداگانه و هم ترکیبی) مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. با ملاحظه این واقعیت که هم‌اکنون هیچ مداخله‌ای وجود ندارد.
- نتایج تحلیل هزینه اثربخشی برای طبقه‌بندی مداخلات به کار می‌روند، بدین صورت: مداخلاتی که نسبت به هزینه‌های مصروفه بسیار اثربخش هستند، مداخلاتی که غیر اثربخش هستند و مداخلاتی که در بین این دو هستند.

مزیت استفاده از واقع‌بینی (سناریوی تهی یا فقدان مداخله) به عنوان اساس تحلیل این است که می‌توان به کمک آن عدم کارایی‌های کنونی و همچنین کارایی فرصت‌های ارائه شده از طریق مداخلات جدید را تعیین کرد. وقتی تحلیل با فرض نبود هیچ نوع مداخله صورت پذیرد، هزینه‌ها و اثرهای اجرای یک مداخله به تنهایی (و به صورت ترکیب با سایر مداخلات) می‌تواند تخمین زده شود، تا از این طریق مجموعه کاملی از اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی ترکیب بهینه مداخلات برای هر سطح معین از محدودیت منابع فراهم شود.

در روش تحلیل هزینه اثربخشی سنتی، کارایی ترکیب مداخلات ارزیابی نمی‌شود، بلکه تنها کارایی مربوط به تغییرات جزئی (معمولاً افزایش‌ها) بررسی می‌شود. یعنی نقطه آغازین تحلیل وضعیت کنونی مراقبت معمولی است. این امر نشان می‌دهد که آیا رویه جدیدی نسبت به رویه فعلی، اثربخشی بیشتری در برابر هزینه آن دارد یا نه؟ اما این پرسش را مطرح نمی‌کند که آیا رویه کنونی ارزش اجرا داشته است یا خیر؟ از آنجا که ترکیب کنونی مداخلات در کشورهای مختلف متفاوت است، هزینه‌ها و تأثیرات تغییرات جزئی در به کارگیری منابع نیز متفاوت است؛ همان چیزی که عاملی محدودکننده در کاربرد نتایج در مناطق مختلف است. حذف این محدودیت از طریق ملاحظه فقدان مداخله کنونی، بدین معنی است که نتایج، نه تنها سنجش کارایی کاربرد منابع فعلی را ممکن می‌کند، بلکه بیشتر قابل تعمیم به جوامعی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اپیدمیولوژیکی مشابه است.

یکی از معایب در نظر گرفتن موقعیت حقیقی به عنوان نقطه شروع تحلیل، این است که تصمیم‌گیران عادت دارند از دانسته‌ها (موقعیت کنونی) کار را آغاز کنند. در هر حال، تحلیل هزینه اثربخشی تعمیم یافته نباید به عنوان جانشینی برای کسب شواهد بیشتر اقتصادی در منطقه در زمینه

کارایی افزودن تکنولوژی‌های جدید به ترکیب مداخلات فعلی نگریسته شود. هر دو نوع تحلیل در واقع مکمل یکدیگرند. تحلیل هزینه اثربخشی تعمیم یافته اغلب برای تصمیم‌گیران برای تعیین اولویت گسترده در یک چارچوب سنجش منطقه‌ای مفید است. بنابراین به‌عنوان گام اول در تحلیل، ابتدا مداخلات گروه‌هایی که بر حسب هزینه‌ها و تأثیرات با هم تعامل دارند، طبقه‌بندی می‌شوند. در داخل هر گروه و در سطوح مختلف پوشش، مداخلات، هم جداگانه و هم به صورت ترکیب با بقیه ارزیابی می‌شوند تا امکان تعاملات غیرخطی بر حسب اثربخشی و همین‌طور هزینه‌ها فراهم شود. در نتیجه کاراترین ترکیب با ملاحظه محدودیت منابع تعیین می‌شود. ترکیب مداخلات کارآمد در گروه‌های دو به دو ناسازگار و در یک جدول مقیاسی مجزا با هم مقایسه شده و بر اساس هزینه واحد سلامتی به دست آمده، رتبه‌بندی می‌شوند. در نتیجه مقادیر آستانه‌ای برای طبقه‌بندی مداخلات تعیین می‌شود.

۲-۲. کاربرد عملی

پروژه «انتخاب» سازمان جهانی بهداشت با استفاده از تحلیل هزینه اثربخشی تعمیم یافته، اطلاعات کلیدی و مهمی برای تصمیم‌گیران بهداشتی که قصد به کارگیری تحلیل‌های منطقه‌ای دارند، طراحی کرده است. این پروژه اطلاعات منطقه‌ای پایه‌ای را در زمینه هزینه اثربخشی تعداد زیادی از مداخلات جمع‌آوری کرده است.

به کارگیری مجموعه مشترکی از ابزارهای تحلیلی در پروژه «انتخاب»، مشکل مربوط به ترکیب بررسی‌هایی را که از مقیاسهای مختلفی استفاده کرده‌اند مرتفع کرده است. به منظور گردآوری، ترکیب، تحلیل و گزارش هزینه‌ها و تأثیرات با یک روش استاندارد، ابزارهای زیر طراحی شده‌اند:

• الگودهی جمعیتی^۱

این نرم‌افزار الگودهی کمک می‌کند تحلیلگر تأثیرات بهداشتی را از طریق ردیابی گروه‌های مختلف سنی و جنسی در دوره‌ای ۱۰۰ ساله تخمین بزند (با و بدون هر مداخله).

● قالب‌های هزینه‌ای مداخلات^۱

این نرم‌افزار به منظور گردآوری ارقام هزینه‌های برنامه‌های مداخلات (نظیر هزینه‌های اداری، آموزشی و رسانه‌ای) و ارقام هزینه بیماران (نظیر معاینات اولیه، آزمایش‌های تشخیصی و داروها) طراحی شده است.

● اتحاد مونت‌کارلو^۲

این نرم‌افزار به منظور تحلیل احتمالات در برآوردهای نقطه‌ای طراحی شده است. برای اینکه مقایسه‌ها در سطح مناطق مختلف معنی‌دار شود، هزینه‌ها بر حسب دلار امریکا محاسبه و بیان می‌شود. اثربخشی، بر حسب تعداد سالهای عمر با ناتوانی جلوگیری شده، اندازه‌گیری می‌شود.

۳. نتایج

بیشتر اطلاعات در دسترس هزینه اثربخشی مربوط به کشورهای ثروتمند امریکای شمالی، اروپای غربی و استرالیا است. برای برخی مناطق بیماری (بویژه برای بیماریهای غیر واگیر) اطلاعاتی از امریکای لاتین، آفریقا و آسیا که اکثریت مردم فقیر در این نواحی ساکن هستند موجود نیست. راههایی که بتوان این کمبود را برطرف کرد عبارتند از:

- نتایج مطالعات هزینه اثربخشی در کشورهای توسعه یافته می‌تواند براحتی برای کشورهای در حال توسعه اقتباس شود، این روش ساده و سریع است ولی نتایج گمراه کننده دارد و می‌تواند منجر به تصمیم‌گیریهای فاقد کارایی شود.
- بررسی‌های هزینه اثربخشی می‌تواند دوباره در هر کشوری که نیاز به تصمیم‌گیری در همان ارتباط و برای یک ناحیه مشخص بیماری باشد تکرار شود. این کار بهترین راهی است که می‌توان پیش گرفت. با وجود این ممکن است کند و پرهزینه باشد. این راه همچنین می‌تواند منابع محدود تحقیقاتی را از مسیر ملاحظات مهم سیاسی (از قبیل ساز و کارهای مناسب برای

ارائه خدمات بهداشتی) منحرف کند. این رویکرد حتی در ثروتمندترین کشورها هنوز به طور کامل اجرا نشده است.

- سومین نوع بررسی که در اینجا پیشنهاد می شود عبارت است از به کارگیری تکنیک های مدل سازی (الگودهی) بیماری و جمعیت. این مدل ها با بافت هر کشور تطبیق داده می شود (از طریق استفاده از داده های ملی) و در نتیجه سیاستگذاران را در زمینه تعیین اولویت در محل راهنمایی می کند. پروژه «انتخاب»، نخستین کوشش سیستماتیک برای مهیا کردن این اطلاعات است تا تحلیلگران و برنامه ریزان قادر باشند نتایج را به منطقه خود تطبیق دهند.

باید تأکید کرد که نتایج این نوع هزینه اثربخشی منطقه ای تطبیق شده، نباید به صورت کلیشه ای (قالبی) به کار رود. برای شروع این کار، برآوردهای مربوط به هزینه اثربخشی با منظور کردن میزان احتمالی لحاظ می شود. بدین معنی که هر روش تخصیص منابع که بر اساس برآوردهای نقطه ای هزینه اثربخشی است، این واقعیت را نادیده می گیرد که فواصل اطمینان بسیاری از مداخلات هم پوشانی داشته به طوری که رجحان کارایی یکی بر دیگری میسر نیست. بر این اساس، پروژه «انتخاب» سازمان جهانی بهداشت از طبقه بندی گسترده نتایج بر پایه برآورد نقطه ای و فواصل اطمینان - به صورت مداخلاتی که اثربخشی زیادی نسبت به هزینه ها دارد، مداخلاتی که اثربخشی ندارد و مداخلات بین این دو - دفاع می کند. به علاوه همان طور که قبلاً بیان شد، کارایی تنها یکی از معیارهای تأثیرگذار در تصمیم گیری های بهداشت عمومی است. از این رو باید میان کارایی و معیارهای دیگری نظیر تأثیر مداخلات بر فقر، عدالت، ظرفیت اجرایی و امکان اجرا تعادل برقرار شود.