

بنام هستی بخش

مشارکت عمومی و خصوصی در پروژه های زیر ساخت بررسی مطالعات موردی: بررسی موارد موفق و غیر موفق و مشکلات فراروی آنها

دکتر علی حسن زاده^۱

مقدمه

«مشارکت بخش عمومی و خصوصی» با هدف تامین مالی، طراحی، پیاده سازی، و راه اندازی تسهیلات و خدمات بخش عمومی مورد استفاده قرار می گیرد. ویژگیهای کلیدی این نوع مشارکت عبارتست از:

۱- تدارک دراز مدت خدمات گاهی تا ۳۰ سال

۲- انتقال ریسک به بخش خصوصی

۳- انواع متفاوت از قرارداد بین نهاد های قانونی و مسئولین بخش عمومی

در یک جمله می توان گفت که بخش عمومی با استفاده از روش های ابتکاری قرارداد با بخش خصوصی؛ که سرمایه و توانائی خود را در تدارک پروژه ها در قالب زمان و بودجه تعیین شده بکار می گیرد؛ مسئولیت تامین این خدمات را به عامه مردم حفظ کرده و لذا توسعه اقتصادی و بهبود در کیفیت زندگی را به ارمغان می آورد. معمولاً شرکاء از طریق یک قرارداد الزام آور یا سایر سازوکارها موافقت می کنند تا مسئولیتهای مربوط به پیاده سازی، عملیات، و مدیریت یک پروژه زیر ساخت را به اشتراک بگذارند. این همکاری و مشارکت بر محور مهارت هر شریک قرار می گیرد که در مطابقت با نیازهای شفاف بخش عمومی بوده و از طریق تخصیص مناسب مواردی مانند منابع، ریسک ها، مسئولیت ها، پاداش ها؛ امکانپذیر می گردد. لازم به ذکر است که «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» راه حلی برای مشکلات خدمات زیرساخت نیست بلکه سازوکار پیاده سازی پروژه زنده ای برای یک گزینه حل مشکل ترجیحی است. دولتها برای همکاریهای فزاینده با بخش خصوصی برای توسعه و تامین زیر ساختها دلایل متفاوتی دارند که برخی از آنها عبارتند از:

۱- افزایش کارائی در تدارک، عملیات، و مدیریت پروژه

۲- فراهمی منابع اضافی برای دستیابی به نیازهای رشد یابنده سرمایه گذاری در بخش

۳- دسترسی به فناوری پیشرفته هم در سخت افزار و هم در نرم افزار

مضافاً برنامه ریزی اجرائی و توسعه یک پروژه موجب بهتر شدن غربالگری گزینه ها شده و در تصمیم مناسب برای ساختار پروژه و انتخاب فناوری؛ با در نظر گرفتن هزینه در طول چرخه عمر پروژه؛ کمک کننده است. اگرچه در اغلب موارد فقدان منابع دولتی دلیل اصلی انتخاب گزینه «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» برای یک انجام پروژه است، ولی این پدیده تنها دلیل نیست. غالباً هزینه وام برای بخش خصوصی بالاتر از بخش عمومی است و اجرای پروژه های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» حاوی هزینه های اجرائی نیز هست. هزینه های تراکنش^۲ «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» نیز قابل توجه است و از طرف دیگر می تواند بسیاری از مسئولیتهای تلویحی و تصریحی را نیز بر گردن دولت بگذارد. بنابراین هیچ پروژه «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» نباید اجرائی گردد مگر اینکه دستاوردهای کارائی از منظر بهبود تدارک، عملیات، و مدیریت پروژه و دسترسی به فناوری پیشرفته از هزینه های اجرائی ذکر شده بالاتر باشد به همین دلیل بسیاری از کشورها ارزش در مقابل پول را ویژگی اصلی برای قضاوت در خصوص شایستگی گزینه «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» برای یک پروژه می دانند. این پروژه ها سازوکار خارج بودجه ای برای توسعه زیر ساخت دارند به همین دلیل جذابیت قابل توجهی برای دولتها دارند زیرا:

۱- تدارک خدمات زیر ساختی دارای نیاز بیشتر را تقویت می کند.

۲- نیاز به هزینه کرد نقدی فوری از سوی دولت ندارد.

۳- بار هزینه های طراحی و ساخت را از دوش دولت بر می دارد.

^۱ جراح و متخصص بیماریهای چشم، پژوهشگر حوزه سلامت، رئیس هیات مدیره سازمان بیمه خدمات درمانی کشور

^۲ تدوین یک پروژه نیازمند آنست که بنگاهها و دولتها پروپوزالهایی را تهیه و ارزیابی نموده، مستندات قرارداد و الزامات آنرا تدوین نموده، این الزامات را هدایت و در خصوص معامله چانه زنی کرده و ترتیب تامین مالی را بدهند. هزینه های مترتب بر این فرایندها را هزینه های ارتباطی می گویند و شامل هزینه های پرسنلی، هزینه های کاربایی و سایر هزینه های مالی، هزینه مشاوره، وکیل، و بانکاران سرمایه گذار است. کارشناسان معتقدند که هزینه های تراکنش منحصرأ همراه با آشنائی و ثبات سیاستها و محیط اجرائی است و ارتباطی با سایز یا ویژگیهای فنی پروژه ندارد.

۴- بسیاری از ریسک‌های پروژه را به بخش خصوصی انتقال می‌دهد.
۵- طراحی بهتر پروژه، انتخاب فناوری، ساخت، عملیات و ارائه خدمات را وعده می‌دهد.
یک پروژه «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» با یک پروژه قراردادی و رایج، تفاوت‌هایی دارد که بطور خلاصه به برخی از آنها اشاره می‌کنیم:

- ۱- از منظر تدوین، پیاده‌سازی، و مدیریت پروژه و هم چنین فرایندهای اجرائی و تصویب با هم تفاوت دارند
 - ۲- یک پروژه «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» زمانی لزوماً زنده است که یک مدل تجاری خوش بنیه را تدوین و ارائه نماید
 - ۳- تأکید پروژه «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» نباید بر ارائه یک نوع یا طبقه خاص از دارائی بلکه باید بر ارائه خدمات خاص در سطح و حجم مشخص باشد
 - ۴- ریسک تخصیص بین شرکاء قلب هر گونه طرح قرارداد «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» است و بسیار پیچیده تر از پروژه های ساخت و ساز رایج است. هر دو شریک باید ریسک‌های متعدد طرح را بخوبی درک کرده و بر تخصیص آن بین خودشان توافق نمایند.
 - ۵- یک قرارداد «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» دوره نگهداری^۱ طولانی تری نسبت به قرارداد ساخت و ساز دارد. مدیریت رابطه بین شرکت خصوصی و نهاد پیاده ساز در دوره نگهداری قرارداد برای توفیق پروژه «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» حیاتی است.
- در کنار تفاوت‌هایی که ذکر شد طرح‌های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» با محدودیتهایی نیز مواجه است. در این پروژه‌ها بسیاری از وجوه مهم اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، قانونی، و اجرائی وجود دارد که قبل از تصویب دولت نیاز به ارزیابی دارد. محدودیتهای عمده در این نوع پروژه‌ها عبارتند از:
- ۱- همه پروژه‌ها بدلائل متعددی از جمله: سیاسی، قانونی، زیست پذیری تجاری، ... امکانپذیر نیستند.
 - ۲- بخش خصوصی ممکن است بدلیل تصور ریسک‌های بالا یا فقدان ظرفیت فنی، مالی، یا مدیریتی برای پیاده‌سازی، تمایلی به انجام پروژه نداشته باشد.
 - ۳- اگرچه ممکن است پروژه «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» هزینه بری بالائی (هزینه‌های تامین مالی و تراکنش) داشته باشد ولی باید توجه داشت که هر گونه هزینه اضافی از محل دستاوردهای کارائی جبران گردد
 - ۴- تغییر در عملیات و کنترل یک دارائی زیر ساخت از طریق «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» ممکن است برای بهبود عملکرد اقتصادی کافی نباشد، مگر اینکه شرایطی مانند اصلاحات مناسب بخش و بازار، و تغییر در کارکرد عملیاتی مدیریتی عملیات زیر ساخت فراهم گردد.
 - ۵- در اغلب مواقع توفیق پروژه‌های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» بستگی به کارائی مقررات دارد.
- در جدول ۱ ویژگیهای مهم پروژه‌ها نمایش داده شده است

جدول ۱ - ویژگیهای مهم پروژه‌های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»

| |
|--|
| ۱- وعده طرح و ساختار بهتر پروژه |
| ۲- غربالگری بهتر پروژه‌ها، چرا که پروژه بد، بد است چه توسط بخش خصوصی اجرا شود و چه عمومی |
| ۳- انتخاب بهتر فناوری مبتنی بر هزینه یابی چرخه عمر |
| ۴- ارائه خدمات بهتر به ویژه اگر پرداخت‌های مبتنی بر عملکرد مد نظر قرار گیرد |
| ۵- شانس بهتر تکمیل پروژه از منظر زمان و در محدوده بودجه |
| ۶- ریسک کوتاهی و قصور |
| ۷- ریسک‌های پروژه بسادگی قابلیت تبدیل به ریسک‌های دولتی را دارد |
| ۸- مسئولیتهای متعدد بر دوش دولت (مستقیم یا غیر مستقیم) |
| ۹- نیاز به استقرار نظام مدیریت قرارداد بلند مدت |
| ۱۰- یک سازوکار اجرائی و مهارت‌های ویژه در دولت برای تدوین و پیاده‌سازی پروژه‌های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» ضروری است. |

مدلهای «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»

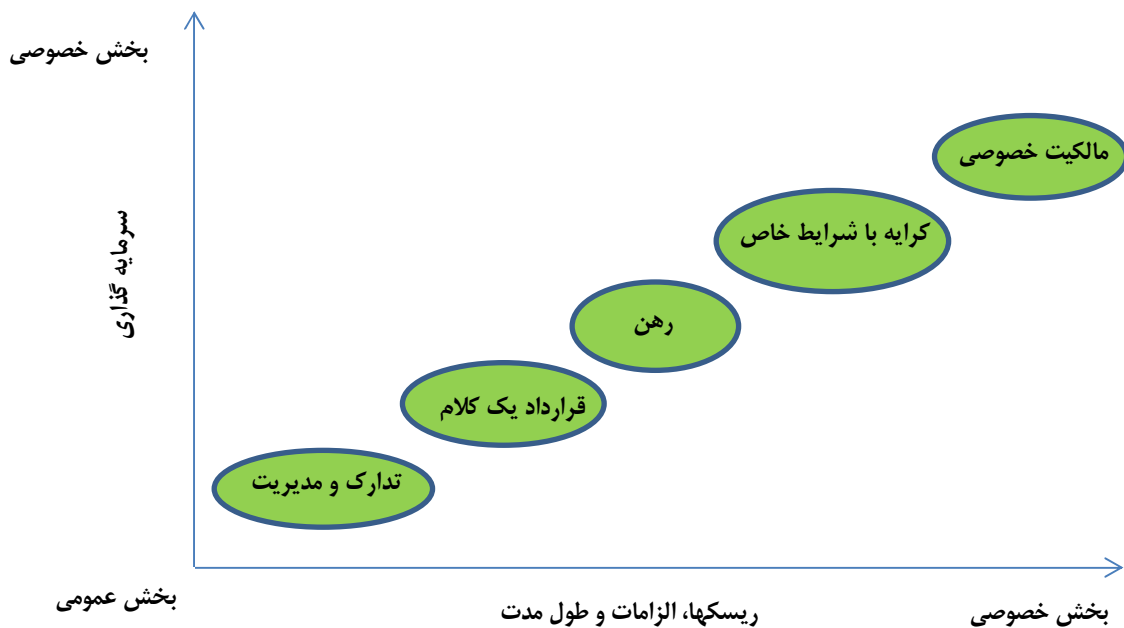
مدلهای متعددی ارائه شده است که تفاوت‌های آنها را در موارد زیر می‌توان خلاصه کرد:

- ۱- مالکیت دارائی‌های سرمایه‌ای
- ۲- مسئولیت برای سرمایه‌گذاری
- ۳- فرض ریسکها
- ۴- مدت قرارداد

مدلهای «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» قابل تقسیم بندی به ۵ طبقه وسیع از منظر درگیر شدن و فرض ریسکها توسط بخش خصوصی است. این انواع عبارتند از:

- ۱- قراردادهای تدارک و مدیریت
 - ۲- قراردادهای یک کلام^۱ (پروژه ای که مالک طی آن در یک کلام کل هزینه زمین، تامین مالی، طراحی، و ساخت و ساز را می‌پردازد)
 - ۳- اجاره (آفرماژ یا لیز^۲)
 - ۴- کرایه با شرایط خاص^۳
 - ۵- انگیزه تامین مالی خصوصی و مالکیت خصوصی^۴
- خصوصیات پایه ۵ مدل فوق در نمودار ۱ نمایش داده شده است.

نمودار ۱ - ویژگیهای پایه مدلهای «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»



هر کدام از انواع متغیرهای زیادی دارند و طبقه بندی مدلهای «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» یا «مشارکت بخش دولتی و خصوصی» همراه با ویژگیهای اصلی شان در جدول ۲ نشان داده شده است. گرچه هر کدام از آنها به تنهایی امکانپذیر هستند، ترکیبی از آنها نیز اتفاق می‌افتد مانند رهن^۵ یا قرارداد خصوصی سازی جزئی برای تسهیلات موجود که تدارک برای گسترش را از طریق انتقالهای

^۱ turnkey

^۲ ترتیبات قراردادی است که طی آن استفاده کننده (lessee) متعهد می‌شود هزینه استفاده از یک دارائی را به مالک (lessor) بپردازد

^۳ Concession - کسب و کاری است که تحت قرارداد و یا پروانه خاص، مقداری انحصار در کسب و کار در یک محدوده خاص جغرافیائی اعمال می‌شود مانند فروشگاههای بزرگی که در آن خرده فروشان اجناس خود را ارائه می‌کنند. این نوع قرارداد ممکن است حق استفاده از یک زیر ساخت موجود را که لازمه اداره کسب و کار است به بهره بردار بدهد.

^۴ Private Finance initiative= PFI
^۵ lease

ساخت-عملیات^۱ ممکن می‌کند. در حقیقت بسیاری از پروژه‌های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» در روزگاران اخیر از نوع ترکیبی است.

جدول ۲ - طبقه بندی مدل‌های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»

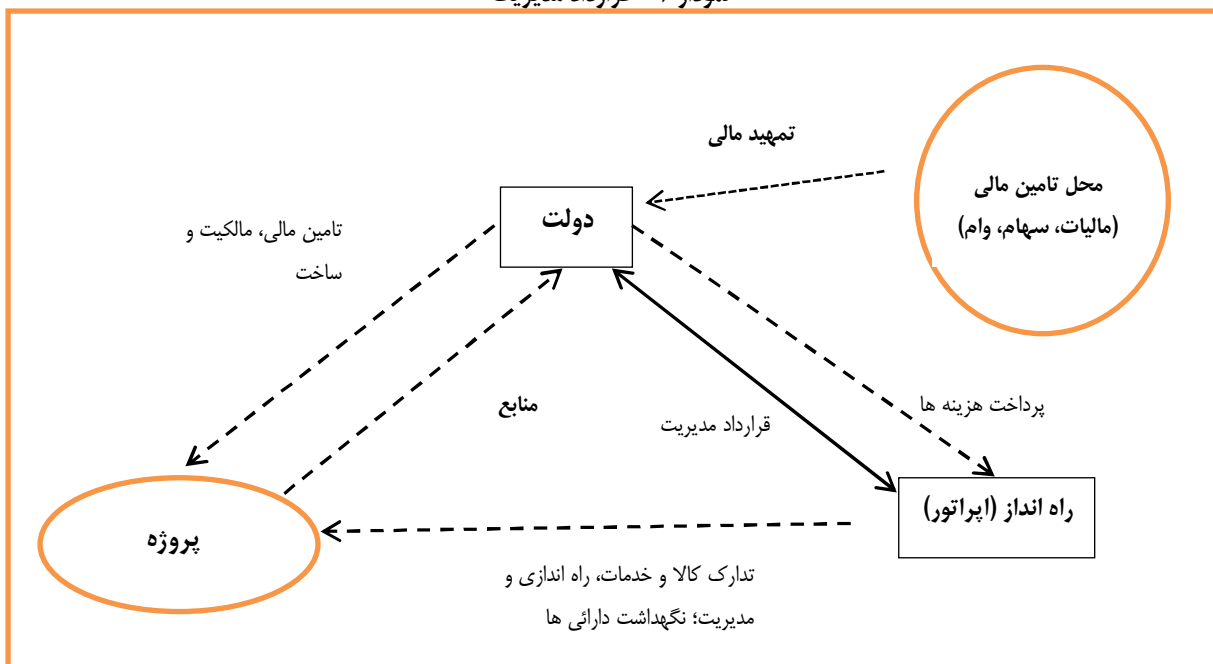
| مدت قرارداد (سال) | فرضیه ریسک | مسئولیت سرمایه گذاری | مالکیت دارائی های سرمایه ای | انواع اصلی | طبقه بندی |
|-------------------|-------------|----------------------|-----------------------------|---|--|
| ۱-۳ | عمومی | عمومی | عمومی | برون سپاری | تدارک و قرارداد مدیریت |
| ۳-۵ | خصوصی/عمومی | عمومی/خصوصی | عمومی | مدیریت نگهداری | |
| ۳-۵ | عمومی | عمومی | عمومی | مدیریت عملیات | |
| ۱-۳ | خصوصی/عمومی | عمومی | عمومی | | قرارداد یک کلام |
| ۵-۲۰ | خصوصی/عمومی | عمومی | عمومی | آفرماژ | اجاره (آفرماژ / لیز) |
| ۵-۲۰ | خصوصی/عمومی | عمومی | عمومی | لیز | |
| ۳-۱۰ | خصوصی/عمومی | خصوصی/عمومی | عمومی/خصوصی | فرانشیز | کرایه با شرایط خاص |
| ۱۵-۳۰ | خصوصی/عمومی | خصوصی/عمومی | عمومی/عمومی | ساخت-راه اندازی-تامین مالی | |
| بی نهایت | خصوصی | خصوصی | خصوصی | ساخت-راه اندازی-مالکیت/طراحی-ساخت-تامین مالی-راه اندازی | مالکیت خصوصی دارائی ها و نوع ابتکار تامین مالی خصوصی |
| ۱۰-۲۰ | خصوصی/عمومی | خصوصی | خصوصی/عمومی | ابتکار تامین مالی خصوصی | |
| بی نهایت | خصوصی | خصوصی | خصوصی | سلب | |

قراردادهای تدارک و مدیریت

پیمان مدیریتی، ترتیباتی قراردادی است که طی آن مدیریت تمام یا بخشی از بنگاه عمومی به بخش خصوصی واگذار می‌شود. این پیمان موجب می‌شود مهارت‌های بخش خصوصی وارد طرح و تدارک خدمت، کنترل عملیات، مدیریت نیروی کار و بکارگیری تجهیزات شود. بخش عمومی کماکان مالکیت تسهیلات و تجهیزات را بر عهده دارد. بخش خصوصی مسئولیتهای معینی را در ارتباط با خدمات عهده دار شده و در خصوص ریسک تجاری ازو سؤال نمی‌شود. بخش خصوصی برای مدیریت و عملیاتی کردن خدمات هزینه دریافت می‌کند و بطور نرمال این پرداخت مبتنی بر عملکرد است. این قراردادها کوتاه مدت و معمولاً ۳ تا ۵ ساله است ولی در تسهیلات پیچیده و بزرگ مانند بندرگاه یا فرودگاه طولانی تر است (نمودار ۲). معایب و مزایای اصلی این مدل عبارتست از:

مزایا: قابلیت پیاده سازی در کوتاه مدت را دارد. پیچیدگی کمتری نسبت به سایر مدلها دارد. در برخی از کشورها بدلائیل اجتماعی اقتصادی قابل قبول ترند مانند پروژه های آبرسانی.

نمودار ۲ - قرارداد مدیریت



معایب: دستاوردهای کارائی محدود بوده و انگیزه کمتری برای سرمایه گذاری توسط بخش خصوصی دارد. تمامی ریسکها به بخش عمومی منتقل می گردد. انحصارا به دارائی های زیر ساختی موجود قابل اطلاق است.

قراردادهای یک کلام^۱:

این قرارداد مدلی سنتی برای تسهیلات زیرساختی در بخش عمومی است. بطور عام یک طرف قرارداد خصوصی از طریق مناقصه انتخاب می شود. پیمانکار خصوصی تسهیلات را در ازای قیمت، نرخ، یا کل هزینه طراحی کرده و می سازد و تمامی ریسکهای موجود در این فازها را بر عهده می گیرد. مقیاس سرمایه گذاری توسط بخش خصوصی معمولا کم و کوتاه مدت است. در این نوع قرارداد عموما انگیزه ای برای تکمیل زودهنگام پروژه وجود ندارد. این نوع قرارداد را طراحی-ساخت نیز می نامند (نمودار ۳).

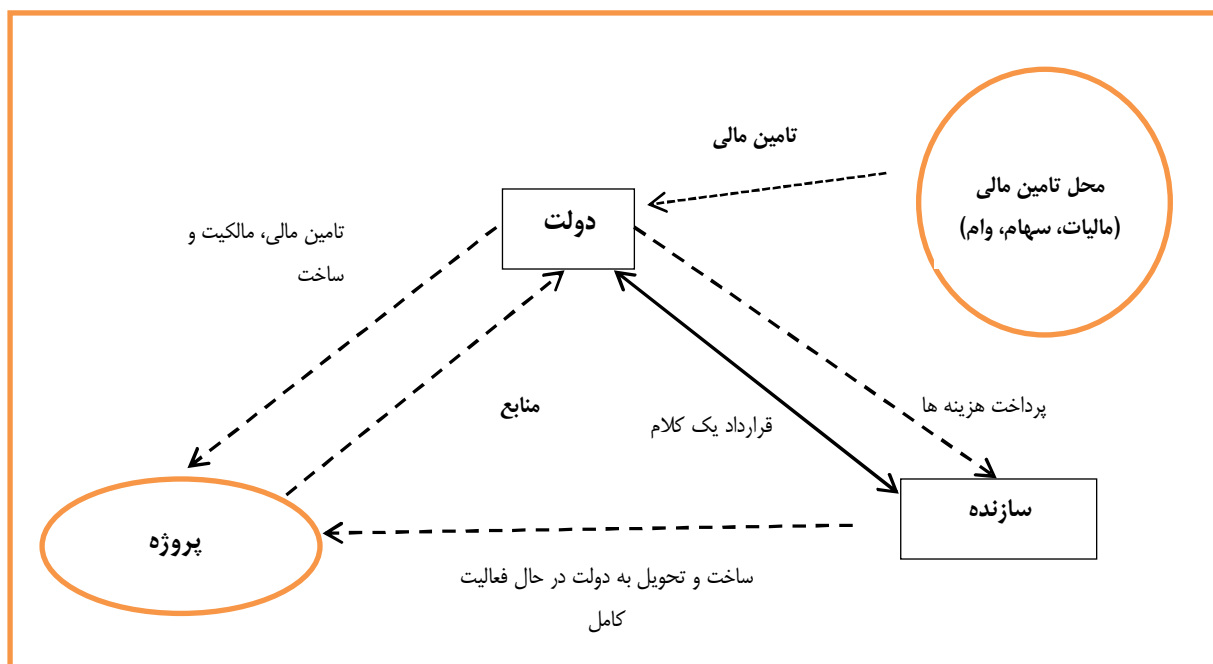
مزایا:

- ۱- مدلی سنتی که بخوبی شناخته شده است.
- ۲- تفاهم نامه قرارداد پیچیده نیست.
- ۳- شرایط فورس مازور موضوعی جدی نیست

معایب:

- ۱- بخش خصوصی انگیزه قوی برای تکمیل زود هنگام پروژه ندارد.
- ۲- کلیه ریسکها بجز آنهایی که در فازهای ساخت و نصب بوجود می آید بر عهده بخش عمومی است.
- ۳- سرمایه گذاری اندک در دوره زمانی محدود است.
- ۴- تنها ابتکاراتی محدود ممکن است.

نمودار ۳ - قرارداد یک کلام



اجاره (آفرماژ / لیز)

در قرارداد اجاره از نوع لیز مستاجر یا پیمانکار^۲ مسئول عملیات و نگهداشت تسهیلات زیرساختی و خدمات است ولی هیچ گونه سرمایه گذاری بزرگ انجام نمی دهد. اغلب همراه با سایر مدلها بصورت ترکیبی مانند انتقال ساخت-بازتوانی- عملیات انجام می شود در چنین مواقعی دوره قرارداد طولانی تر شده و بخش خصوصی ملزم به سرمایه گذاری قابل توجهی می شود. قرارداد اجاره از نوع آفرماژ بسیار

^۱ turnkey
^۲ leaseholder

مشابه نوع لیز است و تنها تفاوتشان فنی است. در قرارداد لیز پیمانکار منابع جمع آوری شده از مشتریان یا کاربران را دریافت کرده و مبلغ مشخصی را به کارفرما می پردازد در صورتی که در آفرماژ پیمانکار و کارفرما در منابع جمع آوری شده از مشتریان و کاربران سهیم هستند. در این نوع از قراردادها پیمانکار زیر ساخت و تجهیزات را برای یک دوره معین و توافقی از دولت دریافت می کند، دولت مسئولیت سرمایه گذاری و لذا ریسکهای آنرا برعهده دارد ولی ریسکهای عملیات بر دوش پیمانکار است. به عنوان بخشی از قرارداد برخی دارائی ها ممکن است بطور دائم و تا زمان عمر اقتصادی آن در اختیار قرار گیرد دارائی های ثابت و املاک دوره طولانی تری از دارائی های غیر ثابت خواهند داشت. زمین ممکن است به مدت ۱۵ تا ۳۰ سال در اختیار پیمانکار قرار گیرد (نمودار ۴).

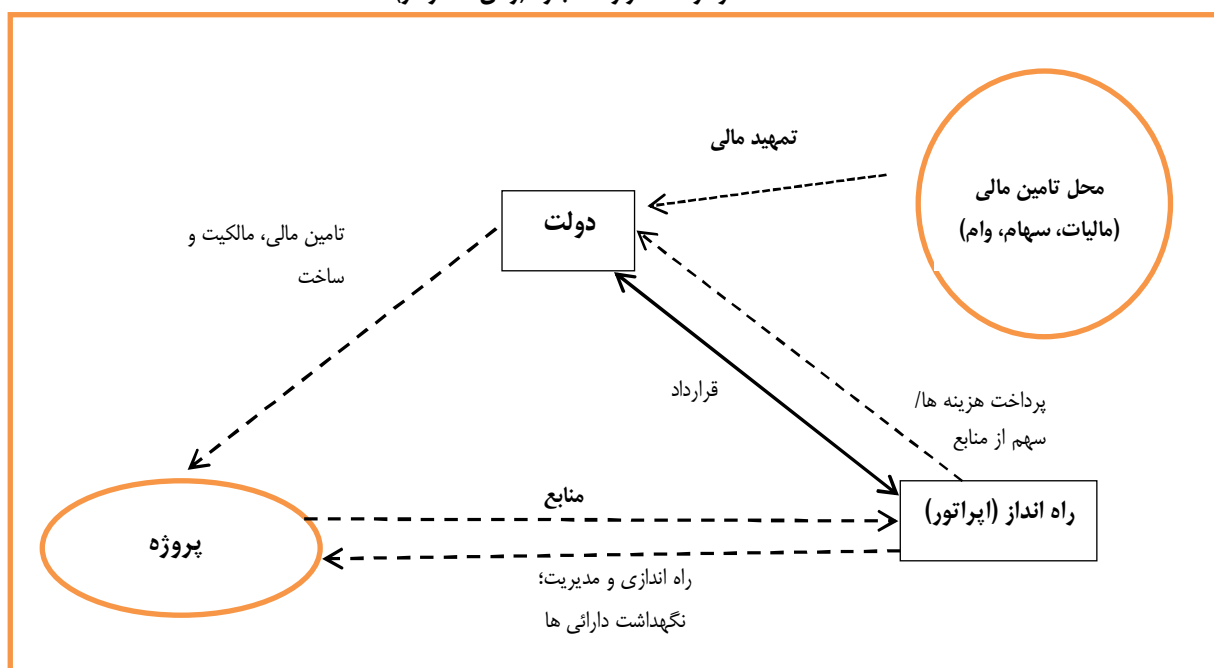
مزایا:

- ۱- قابلیت پیاده سازی در کوتاه مدت را داراست
- ۲- سرمایه گذاری قابل توجه خصوصی در قراردادهای بلند مدت امکانپذیر است
- ۳- در برخی از کشورها از نگاه قانونی و سیاسی در پروژه های راهبردی مانند احداث بندرگاه و فرودگاه قابل پذیرش تر هستند.

معایب:

- ۱- انگیزه کمی برای سرمایه گذاری توسط بخش خصوصی وجود دارد به ویژه اگر دوره قرارداد کوتاه باشد
- ۲- تمامی ریسکها بر عهده بخش عمومی است
- ۳- معمولا برای دارائی های زیر ساختی موجود مورد استفاده قرار می گیرد
- ۴- نیازمند دورنمای مقرراتی قابل توجهی هستند.

نمودار ۴ - قرارداد اجاره (رهن - آفرماژ)



کرایه با شرایط خاص^۱

در این نوع دولت حقوق ویژه ای را به منظور ساخت و اداره یک زیرساخت برای مدت زمان ثابت توصیف کرده و آنرا به یک بنگاه (معمولا شرکت خصوصی) اعطا می کند. دولت ممکن است مالکیت نهائی یا حق تدارک خدمات را برای خود محفوظ نگهدارد. در این قرارداد پرداختها به دو طریق انجام می شود: پیمانکار برای حقوق قرارداد پرداخت به دولت می کند و دولت برای ایفای برخی تعهدات خاص به پیمانکار می پردازد. اینگونه پرداختها اغلب برای زیست پذیری پروژه و کاستن از سطوح ریسک تجاری توسط دولت به ویژه در بازارهای تست نشده «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» ضروری است. دوره این نوع قرارداد از ۵ تا ۵۰ سال متفاوت است (نمودار ۵).

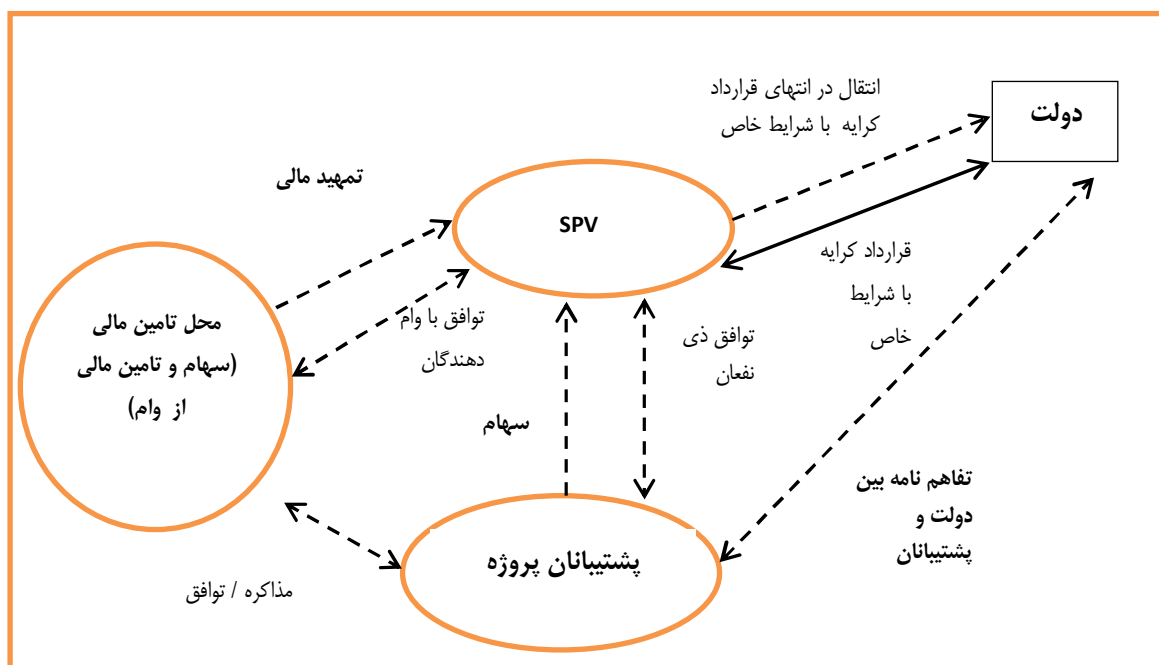
مزایا:

- ۱- بخش خصوصی سهم قابل توجهی از ریسک را بر عهده دارد
- ۲- سطح بالایی از سرمایه گذاری خصوصی وجود دارد
- ۳- پتانسیل برای دستاوردهای کارائی در تمامی فازهای توسعه و پیاده سازی و ابتکارات فنی آن بالاست

معایب:

- ۱- از منظر پیاده سازی و اجرا بسیار پیچیده هستند
- ۲- پیاده سازی آن در یک بازار تست نشده مشکل است.
- ۳- ممکن است هزینه های مالی اساسی برای دولت داشته باشد
- ۴- مذاکره بین طرفین و در نهایت تعهد یک پروژه ممکن است زمان زیادی طول بکشد
- ۵- ممکن است نیازمند یک دورنمای مقرراتی بسیار دقیقی باشد
- ۶- مسئولیتهای محتمل الوقوع در میان مدت و بلند مدت برای دولت امکان دارد.

نمودار ۵ - قرارداد کرایه با شرایط خاص



ابتکار تامین مالی خصوصی

در این مدل بخش خصوصی مسئول طراحی، ساخت و عملیات یک تسهیلات زیرساختی است در برخی از موارد بخش عمومی ممکن است از حق مالکیت دارائی ها به بخش خصوصی صرف نظر نماید. در این مدل بخش عمومی خدمات زیرساختی را طی قرارداد بلند مدت از بخش خصوصی می خرد بنابراین در هر حال الزامات مستقیم مالی بر دوش دولت گذاشته می شود علاوه بر آن مسئولیتهای تلویحی و تصریحی محتمل الوقوع نیز بدلیل تضمین وام ها بر گرده دولت گذاشته می شود. این نوع پروژه بر پایه حداقل پرداخت توسط دولت در طی یک بازه ثابت از قرارداد و یا حداقل بازه زمانی آن برای پرداخت ثابت سالانه یا ترکیبی از پرداخت و دوره نگهداری استوار می شود. در این مدل مالکیت دارائی در انتهای دوره قرارداد به بخش عمومی واگذار می شود. این مدل خود دارای انواع مختلفی است. در این پروژه یک بنگاه ساخت و ارائه خدمات را عهده دار می شود و به ازای تدارک موفق خدمات در یک سطح استاندارد از قبل تعیین شده، هزینه دریافت می کند و لذا هیچ تمایلی به کم کردن کمیت یا کیفیت خدمات ندارد. این قرارداد ریسک هزینه های سرریز به هنگام فازهای طراحی و ساخت یا استفاده از فناوری ناکارآمد را کاهش می دهد زیرا درآمد آینده پیمانکار بستگی به کنترل هزینه ها دارد. مهمترین مزیت برای بخش عمومی رها شدن از هزینه های طراحی و ساخت، انتقال ریسکهای خاص به بخش خصوصی و تعهد بهتر طرح پروژه، ساخت و عملیات است (نمودار ۶).

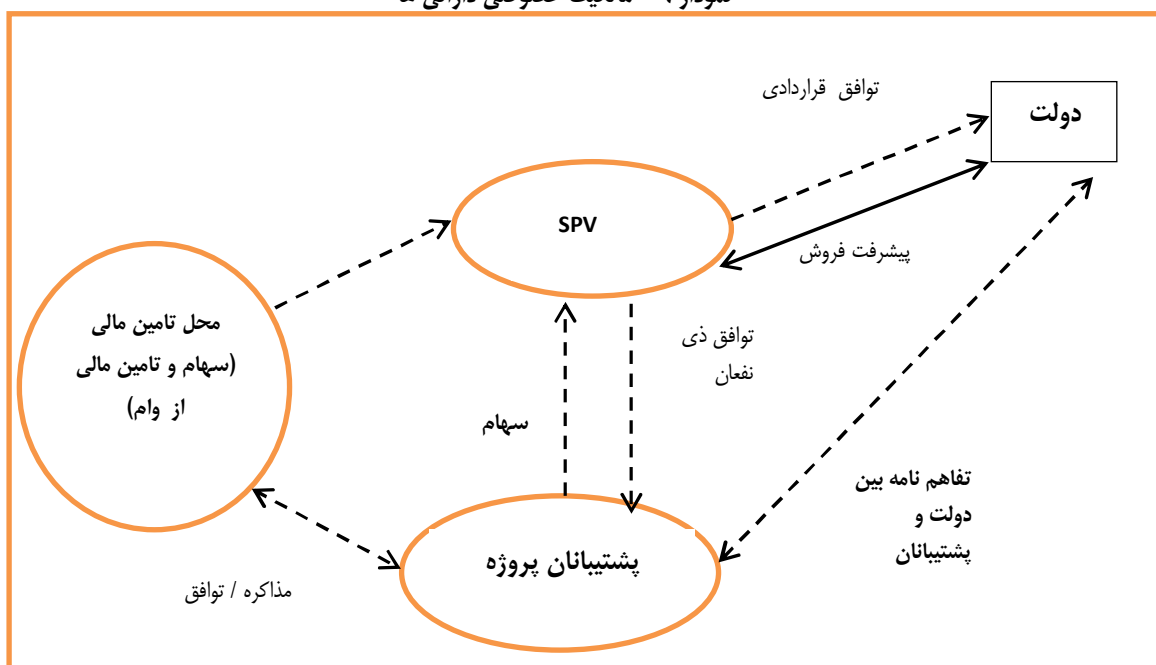
مزایا:

- ۱- بخش خصوصی سهم قابل ملاحظه ای از ریسک را بر عهده می گیرد
- ۲- سطوح بالاتری از سرمایه گذاری بخش خصوصی
- ۳- بالا بودن امکان دستاوردها و ابتکارات کارائی
- ۴- جذابیت برای سرمایه گذاران بخش خصوصی در بازارهای تست نشده یا در حال توسعه «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»
- ۵- مناسب ترین گزینه برای پروژه های زیرساخت اجتماعی (مدارس، خوابگاههای دانشجویی، بیمارستانها، تسهیلات و اماکن عمومی،...)

معایب:

- ۱- پیچیده بودن پیاده سازی و مدیریت رژیم های قراردادی
- ۲- مسئولیت مستقیم مالی دولت
- ۳- مذاکره بین طرفین ممکن است زمان زیادی لازم داشته باشد
- ۴- کارائی مقرراتی اهمیت زیادی دارد
- ۵- مسئولیتهای محتمل الوقوع دولت در میان مدت و بلند مدت.

نمودار ۶ - مالکیت خصوصی دارائی ها



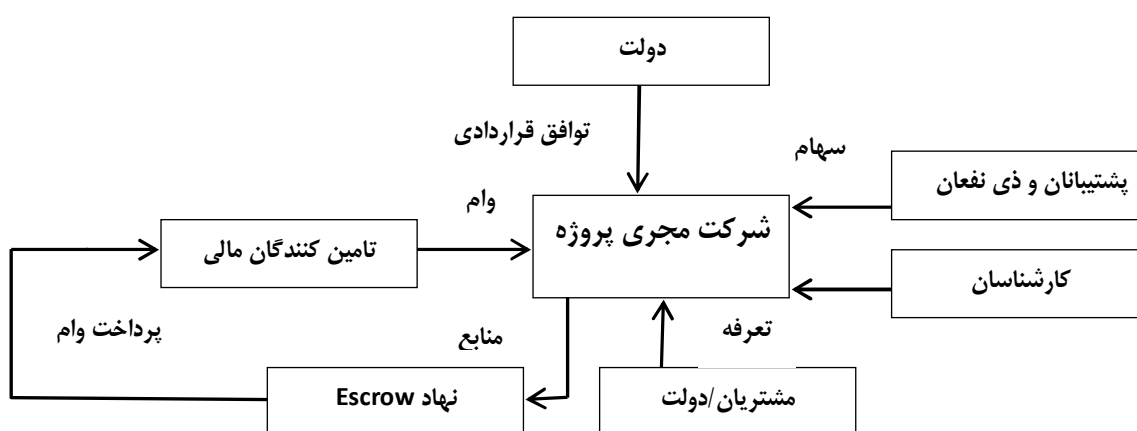
کدام مدل را باید انتخاب کرد؟

پاسخ به این سوال نیازمند ارزیابی دقیقی بسیاری از چیزهاست. هر مدل مزایا و معایب خود را داشته و برای دستیابی به اهداف عمده در طرح های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» و به درجات متفاوتی مناسب است. ویژگیهای خاص بعضی از بخش ها و توسعه فناوریشان، رژیم های قوانین و مقررات، و درک عمومی و سیاسی خدمت در بخش نیز از عوامل مؤثر در انتخاب نوع مدل می باشد. یک مدل منفردی وجود ندارد که کلیه شرایط مربوط به ویژگیهای مالی، فنی و موقعیت محلی پروژه را تامین نماید. مناسب ترین مدل باید با در نظر گرفتن موقعیت سیاسی، فرهنگی اجتماعی و قانونی کشور، بلوغ بازار «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» و مشخصات مالی و فنی پروژه ها و بخش های درگیر اتخاذ گردد. بطور مثال برای یک پروژه جدید مدل ساخت- راه اندازی- انتقال در یک بازار بالغ از «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» مناسب است، در حالی که مدل های ابتکار تامین مالی خصوصی و ساخت- راه اندازی- مالکیت در بازارهای تست نشده و در حال توسعه مناسب ترند.

فهم ساختار اساسی یک قرارداد «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»

ساختار تیبیک «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» که عبارتست از قرارداد بین تعدادی از طرفین می تواند بسیار پیچیده باشد که شامل دولت، پشتیبان پروژه، پیمانکار پروژه، تامین کنندگان مالی، تدارک کنندگان، مهندسين، نهادهای شخص ثالث، ... است. ایجاد یک شرکت تجاری مجزا^۱ با نام «موتور هدف خاص پروژه^۲» ویژگی کلیدی بیشتر «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» هاست. این پدیده نهادی قانونی است که پروژه را انجام داده و برای تفاهم قراردادی با طرفین، از جمله دولت مذاکره می کند و روش ترجیحی پیاده سازی پروژه در وضعیت های محدود و غیر قابل برگشتی است که طی آن وام دهندگان پروژه بر جریان وجوه نقد و سهام دارائی ها به عنوان تنها روش بازپرداخت وام اتکا می کنند. در نمودار ۷ ساختار خلاصه شده «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» نمایش داده شده است. ساختار واقعی بستگی به نوع مدل شراکت داشته و می تواند بسیار پیچیده باشد که شامل تفاهم قراردادی بین طرفین معامله شامل دولت، پشتیبان پروژه، پیمانکار پروژه، تامین کنندگان مالی، تدارک کنندگان، مهندسين، نهادهای شخص ثالث (مانند نهاد escrow^۳)، و مشتریان باشد.

نمودار ۷ - ساختار تیبیک پروژه «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»



بسته به انواع مختلف قرارداد و انتقال ریسک، طیف مختلفی از مدل‌های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» وجود دارد که مسئولیتها و ریسک بین شرکای عمومی و خصوصی را به روش های متفاوتی تخصیص می دهد. این انواع عبارتند از:
خرید-ساخت-راه اندازی: انتقال دارائی عمومی به یک نهاد خصوصی یا شبه عمومی در قالب قرارداد به گونه ای که این دارائی ها ارتقاء داده شده و در مدت زمان معینی راه اندازی شود. کنترل بخش عمومی از طریق قرارداد در دوره انتقال اعمال می شود.
ساخت-مالکیت-راه اندازی: بخش خصوصی تامین مالی، ساخت، مالکیت، و راه اندازی خدمات یا تسهیلات را الی الابد عهده دار است. محدودیت‌های بخش عمومی در تفاهم نامه اولیه قید شده و و نظارت از طریق نهاد قانونی بطور پیوسته اعمال می شود.

^۱ separate commercial venture

^۲ (Special Purpose/Project Vehicle (SPV) = شرکتی تجاری است که به موجب قانون مرتبط و طی تفاهم نامه ای بین سهام داران یا پشتیبانان آن در یک کشور ایجاد می شود (از آن با نام یادداشت تفاهم اتحادیه نیز نام برده می شود). تفاهم سهام داران مبنای شرکت را در خصوص جزئیاتی مانند نام، ساختار مالکیت، کنترل مدیریتی و موضوعات شرکتی، سهم سرمایه تعیین شده و محدوده مسئولیت اعضا، تعیین می کند. سهام سرمایه تعیین شده حداکثر مقدار سرمایه ای است که بسته به ارزش سهمی شرکت، اجازه صدور سهام را به سهام داران موجود یا بالقوه می دهد. سهام داران شرکت ممکن است حقوق ویژه ای مانند انتخاب هیات مدیره، حق تقدم خرید سهام جدید و مشارکت در توزیع درآمد شرکت داشته باشند. قابل ذکر است که در هنگام انحلال، حقوق سهامداران نسبت به دارائی های آن در مقام پائین تری نسبت به وام دهندگان شرکت قرار دارد. شرکت «موتور هدف خاص پروژه» روش ترجیحی در پیاده سازی پروژه های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» در شرایط محدود یا غیر قابل برگشت است که طی آن وام دهندگان بر گردش وجوه نقد و سهام مربوط به دارائی ها به عنوان تنها منبع بازپرداخت دیون اتکا می کنند.

^۳ Escrow - موسسه ای مالی است که توسط شرکت مجری پروژه و وام دهندگان به منظور مدیریت حسابداری که حساب escrow نامیده می شود ایجاد می شود. این حساب برای نگهداری وجوه از جمله منابع پروژه که به شرکت مجری پروژه افزوده می شود بر پا می گردد. هزینه کرد وجوه توسط این نهاد در مطابقت با شرایط قرارداد به پارتی های مختلف صورت می گیرد. هم چنین از این حساب برای نگهداشتن تضمین بانکی استفاده می شود تا زمانیکه بعضی شروط قرارداد عملیاتی گردد

^۴ (Buy-Build-Operate (BBO)

ساخت-مالکیت-راه اندازی-انتقال^۲: نهاد خصوصی در تامین مالی، طراحی، ساخت، و راه اندازی و دریافت هزینه از مصرف کننده برای یک دوره زمانی از فرانشیز (یارانه) برخوردار شده و پس از یک دوره زمانی مشخص مالکیت به بخش عمومی باز می گردد.

ساخت-راه اندازی-انتقال^۳: بخش خصوصی طراحی، تامین مالی، و ساخت یک تسهیلات را در قالب قرارداد بلند مدت کرایه با شرایط خاص^۴ عهده دار شده و آنرا راه اندازی می کند. بعد از اتمام قرارداد مالکیت دوباره به بخش عمومی باز می گردد. در واقع این نوع از قرارداد مجموعه «ساخت-رهن- راه اندازی- انتقال» و «ساخت- راه اندازی- مالکیت- انتقال» است که تنها تفاوت آن در نوع مالکیت تسهیلات است.

ساخت-رهن- راه اندازی- انتقال^۵: نهاد خصوصی در تامین مالی، طراحی، ساخت، و راه اندازی یک تسهیلات رهنی در دوره رهن در مقابل مقابل دریافت اجاره از فرانشیز (یارانه) برخوردار می شود.

طراحی-ساخت-تامین مالی-راه اندازی^۶: بخش خصوصی طراحی، تامین مالی، و ساخت یک تسهیلات را در قالب قرارداد رهنی بلند مدت انجام داده و آنرا در دوره رهن راه اندازی می کند و در انتهای قرارداد آنرا به بخش عمومی انتقال می دهد.

تامین مالی تنها^۷: نهادی خصوصی که اغلب یک شرکت خدمات مالی است مستقیماً پروژه را تامین مالی کرده یا از سازوکارهای متفاوتی مانند رهن بلند مدت یا صدور سهام^۸ استفاده می کند.

قرارداد راه اندازی و نگهداری^۹: بخش خصوصی در قالب قرارداد، دارائی تحت مالکیت بخش عمومی را با شرایط معین راه اندازی کرده ولی مالکیت کماکان در اختیار بخش عمومی است. برخی این نوع را از انواع «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» قبول ندارند زیرا عملاً قرارداد ارائه خدمات است.

طراحی - ساخت^{۱۰}: بخش خصوصی طراحی و ساخت یک زیر ساخت را با ویژگیهای عملکردی بخش عمومی در قالب قیمت معین و بر اساس قرارداد «یک کلام»^{۱۱} عهده دار شده و لذا ریسک هزینه های سرریز به آن بخش منتقل می گردد. برخی این نوع را در قالب «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» تلقی نمی کنند زیرا قرارداد خدمات عمومی است

پروانه راه اندازی^{۱۲}: بخش خصوصی پروانه یا حق راه اندازی یک خدمت عمومی را برای مدت معینی عهده دار می شود که این نوع قرارداد معمولاً در پروژه های فناوری اطلاعات کاربرد دارد.

«مشارکت بخش عمومی و خصوصی» بر اساس میزان درگیر شدن بخش عمومی و خصوصی و درجه تخصیص ریسک قابل طبقه بندی است (نمودار ۸)

«مشارکت بخش عمومی و خصوصی» خصوصی سازی نیست. در این نظام تدارک یک خدمت عمومی در اختیار بخش عمومی است در حالیکه در خصوصی سازی پاسخگوئی بر عهده بخش خصوصی بوده و بخش عمومی بخشی از تدوین مقررات را عهده دار است مانند کنترل قیمت ها. در «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» انتقال مالکیت وجود ندارد و بخش عمومی پاسخگوی آنست و رابطه آنها مبتنی بر قرارداد است نه تنظیم کننده عمومی. «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» از خرید بخش عمومی نیز متفاوت است. واسط خرید^{۱۳} بخش عمومی عبارتست از: خرید، رهن، یا کرایه یک کالا یا خدمت توسط دولت یا دولت محلی. واسط خرید به دلیل سادگی کالا و خدمات مورد نظر، امکان انتخاب از بین فراهم کنندگان متعدد، و با هدف کاستن از هزینه ها انتخاب می شود در صورتیکه «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» پیچیده تر بوده، الزامات گسترده تامین مالی دارد، و پروژه ای بلند مدت است و در آن تهیه کننده ای وجود دارد که حق راه اندازی پروژه را در دوره طولانی عهده دار بوده از مراجعه کنندگان فرانشیز دریافت می کند و دارای مسئولیتهای کلیدی مانند

^۱ (Build-Own-Operate (BOO)

^۲ (Build-Own-Operate-Transfer (BOOT)

^۳ (Build-Operate-Transfer (BOT)

^۴ Concession

^۵ (Build-Lease-Operate-Transfer (BLOT)

^۶ (Design-Build-Finance-Operate (DBFO)

^۷ Finance Only

^۸ bond issue

^۹ (Operation & Maintenance Contract (O & M)

^{۱۰} (Design-Build (DB)

^{۱۱} turnkey

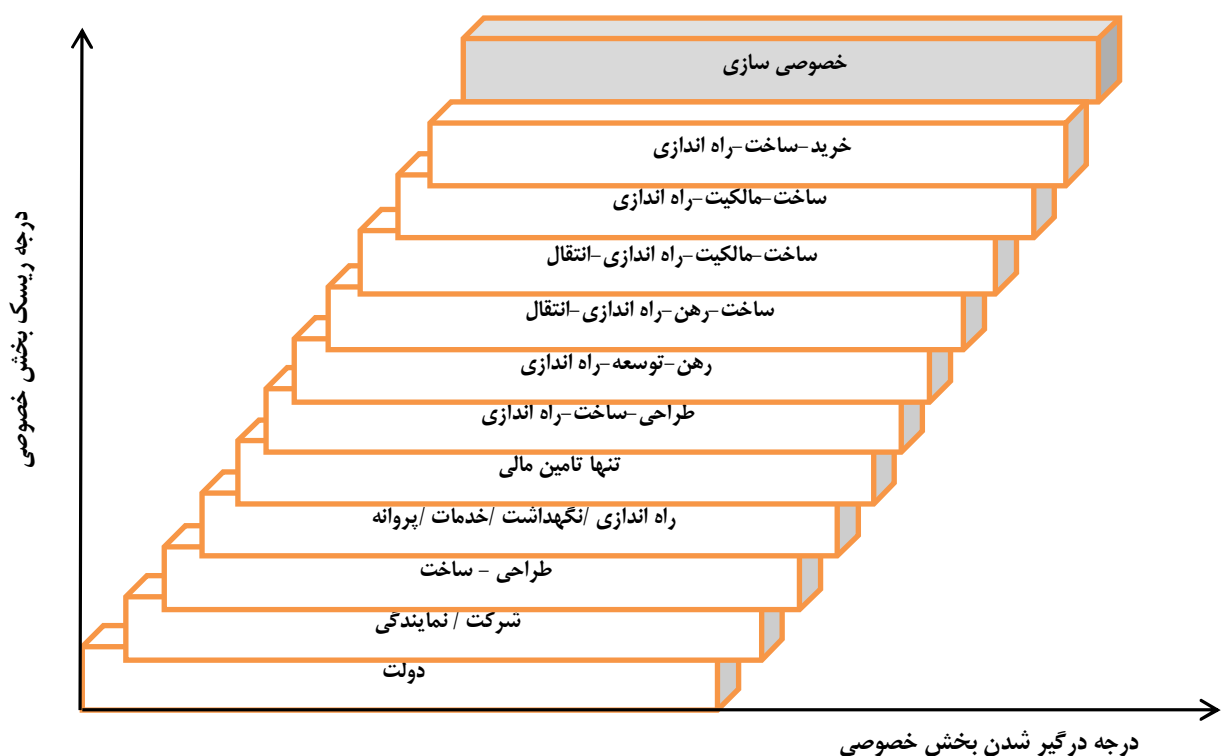
^{۱۲} (Operation License)

^{۱۳} Procurement

طراحی، ساخت، تامین مالی، عملیات فنی و تجاری، نگهداشت، ... است. «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» می تواند مزایای خاصی را برای عامه داشته باشد:

- ارزش بالاتر از منظور: هزینه پائین تر، سطوح بالاتر خدمت، ریسک پائین تر
- دسترسی به سرمایه: منابع جایگزین از سرمایه را در پروژه های اضطراری برای دولت پدید می آورد که در غیر این صورت به این سادگی امکانپذیر نیست.
- قطعیت پیامدها: از منظر زمان و مطابقت با بودجه
- استقراری که در تراز مالی دیده نمی شود به گونه ای دست دولت را برای پایتین ماندن دیون باز می گذارد.
- رویکردهای ابتکاری از طریق فرایندی رقابتی برای تدارک زیر ساخت

نمودار ۸ - درجه درگیر شدن و ریسک بخش خصوصی



تامین مالی پروژه در «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» دارای ویژگیهای زیر است:

- تامین مالی فقط برای یک پروژه است^۱
- یک نهاد قانونی مستقل مسئول پدید آوردن منابع برای پروژه است^۲
- نسبت بالای دیون به سهام: شرکت ایجاد جدید معمولاً حداقل سهام را لازم دارد به گونه ای که بین ۱۰ تا ۳۰ درصد از کل سرمایه برای پروژه های زیر ساخت مورد نیاز است.
- اخذ وام مبتنی است بر جریان وجوه نقد نه تراز مالی شرکت - وام دهندگان به جریان منابع آینده که توسط پروژه تولید می شود و دارائی های شرکت برای باز پرداخت وام ها نگاه می کنند.
- تضمین های مالی: دولت هیچ گونه تضمینی برای وام دهندگان نمی دهد. تامین کننده مالی پرداخت های خود را از درآمد ایجاد از پروژه یا دولت فراهم می کند.

^۱ Stand-alone' project

^۲ Special purpose Project Company as the borrower

کشورها قبل از اینکه برنامه های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» را بطور کامل عملیاتی کنند، از چند فاز مشخص باید عبور کنند. اغلب کشورها در گام نخست بوده و تعداد پروژه های آنها اندک است. تنها در فاز سوم است که برنامه ها قابل توجه می شوند ولی تعداد کشورها اندک است (نمودار ۹).

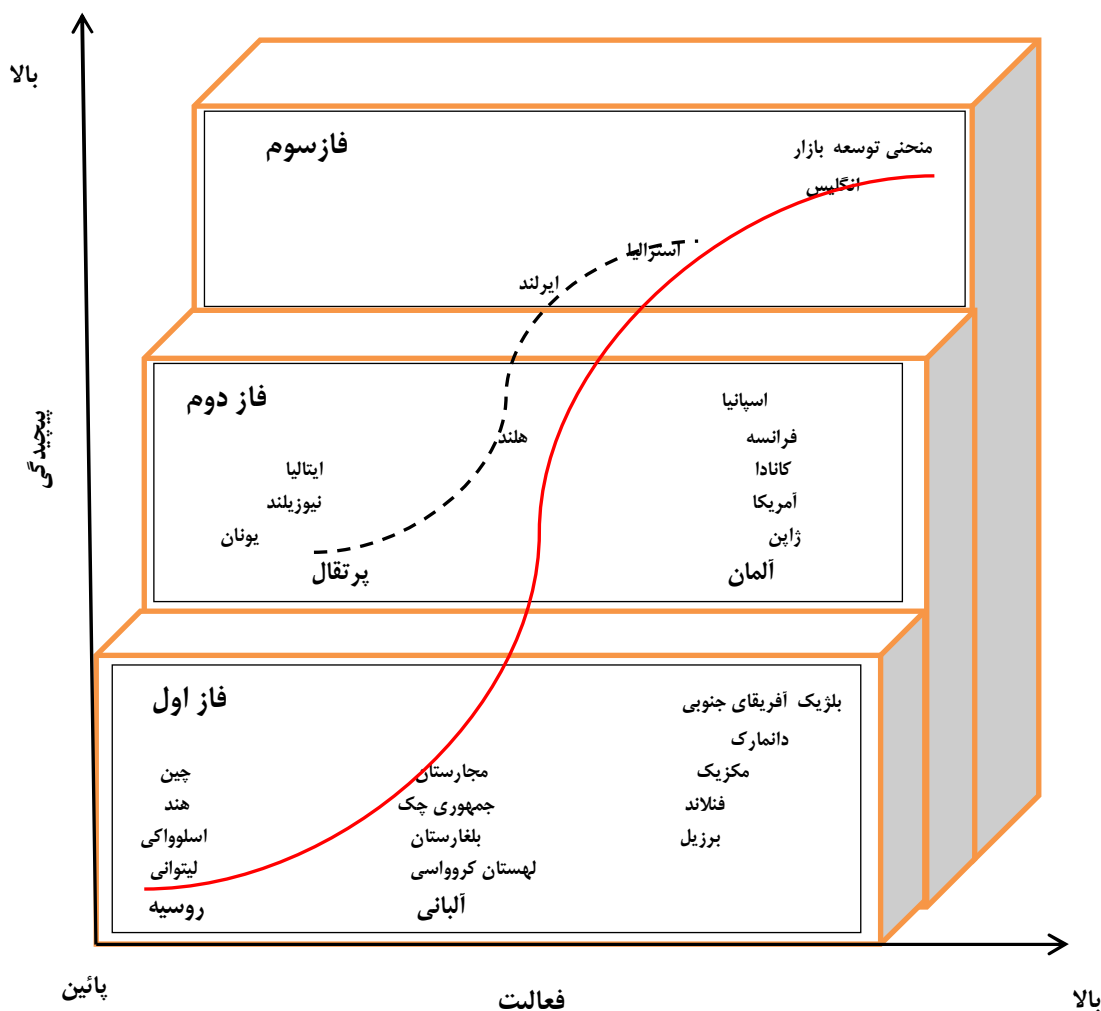
فاز نخست:

- تعریف چارچوب سیاستی
- آزمون زیست پذیری قانونی
- شناسائی شیر حیاتی پروژه
- تدوین فرضیه های نهادی
- استفاده از درسهای که معامله کنندگان در سایر بخش ها داشته اند
- آغاز ورود به بازار

فاز دوم:

- اعلام اصلاحات قانونی
- انتشار خطوط راهنمای سیاستی و عملیاتی
- تاسیس واحدهای مشخص «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»
- تعدیل و تصفیه مدل های تدارک «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»
- استمرار فعالیت برای ورود به بازار
- گسترش شیرهای حیاتی پروژه و توسعه آن به سایر بخش ها
- اعمال نفوذ برای منابع جدیدی از تامین مالی

نمودار ۹ - منحنی بلوغ بازار «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»



فاز سوم:

- استقرار نظامی جامع و کاملاً تعریف شده
- رفع موانع قانونی
- تصفیه و بازسازی مدل‌های «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»
- تخصیص ظرفیت ریسک
- التزام به جریان معامله
- اجماع سیاسی بلند مدت
- استفاده از طیف وسیعی از منابع تامین مالی
- رونق بازار سرمایه گذاری زیر ساخت از جمله صندوق های مستمری و صندوق های سهام خصوصی
- خدمات شهری کارآموده از تجارب «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» بهره می برند.

اصول حکمرانی خوب^۱ در «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»

- حکمرانی به فرایندهای مربوط به فعالیتهای دولت اطلاق شده و به معنی آنست که کارها چگونه انجام می شود نه فقط اینکه انجام می شود و کیفیت نهادها و اثربخشی آنها را در ترجمه سیاست به پیاده سازی موفق در بر می گیرد.
- حکمرانی خوب در بر گیرنده چند اصل اساسی است که ۶ اصل آن بطور فراگیر پذیرفته شده است:
- مشارکت^۲: میزان درگیر شدن تمامی ذی نفعان
 - مطابقت^۳: میزانی که مقررات تولیتی و ساختاری موجب صدمه زدن به مردم یا شکایت آنان نشود
 - شفافیت^۴: درجه شفافیت و باز بودن چگونگی اتخاذ تصمیمات
 - پاسخگوئی^۵: میزانی که سیاستون در قبال جامعه برای آنچه که می گویند و انجام می دهند مسئول و پاسخگو هستند.
 - تناسب^۶: میزانی که قوانین بطور یکسان برای احاد جامعه اعمال می شود
 - کارائی: میزانی که منابع محدود مالی و انسانی بدون هر گونه ضرر، تاخیر یا فساد مالی یا در مخاطره انداختن نسل های آینده بکار گرفته می شود.

در بخشی از قلمرو حکمرانی موارد فوق نقش تمام کننده دارند از جمله:

- دولت: تولیت اجرائی یک نظام در کل
 - اداره عمومی: جایی که سیاستها پیاده سازی می شوند
 - قضائی: جایی که مشاجرات مورد قضاوت قرار می گیرد
 - جامعه اقتصادی: اشاره به بازار دولتی، بخش های عمومی و خصوصی
 - جامعه سیاسی: جایی که تمایلات اجتماعی تجمع پیدا می کنند
 - جامعه مدنی: جایی که شهروندان از موضوعات سیاسی آگاه شده و آنرا هدف قرار می دهند.
 - توسعه پایدار: جایی که تمایلات زیست محیطی لحاظ می شود.
- با توجه به موارد فوق می توان گفت که اهداف حکمرانی خوب در «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» عبارتند از:
- فرایند خوب مناسب و شفافیتی که دولت از طریق آن مشارکت را توسعه می دهد
 - اطمینان از اینکه ارزش لازم برای پولی که خرج شده بدست آمده است
 - بهبود در خدمات اساسی عمومی به ویژه برای اقشار محروم اجتماعی، و آموزش برای کسانی که به تازگی درگیر در مشارکت شده اند
 - انگیزه های مناسب برای کلیه شرکا و نرخ برگشت مناسب برای ریسک پذیرندگان همراه با دستیابی به موفقیت‌های تجاری

^۱ Good Governance
^۲ Participation
^۳ Decency
^۴ Transparency
^۵ Accountability
^۶ Fairness

- چانه زنی در خصوص موارد اختلاف که استمرار خدمات را تضمین کرده و از خواب پروژه و هدر رفتن منابع عمومی جلوگیری می کند
- تقویت امنیت در مقابله با تهدیدات جدید برای بهبود در ایمنی خدماتی که تحت لوای «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» ارائه می شود.
- دستیابی به این اهداف منجر به مزایای اقتصادی خواهد شد:
- یک خرید مؤثر به این معنی است که نهادهای دولتی می توانند کالا و خدمات با کیفیت را با قیمتی پائین تر خریداری نمایند
- سازوکارهایی که یک پروژه خوب اداره شده را تضمین نمایند، پشتیبانی اجتماعی از «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» را بالا برده و به سیاستگذاران اطمینان می دهد که حمایت سیاسی لازم را برای فرایندهای «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» بعمل آورند.
- پروژه هایی که بخوبی طراحی شده و با توافق کلیه شرکا انجام می شود شانس کمتری برای توقف داشته و از هزینه های اضافی پرهیز می کند.
- نهادی عمومی که خرید را در یک روندی باز انجام می دهد اطمینان اجتماعی را در میان کنندگان بالاتر می برد.
- حکمرانی خوب و نهادهای مؤثر قویا رقابت و تسریع رشد اقتصادی و توسعه را بدنبال دارد.

اصول حکمرانی خوب در «مشارکت بخش عمومی و خصوصی»

در سطح سیاست دولت: اهداف، پروژه ها و ارتباطات

اصل اول- فرایند «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» نیازمند سیاستهای منطقی است که اهداف و اصولی شفاف را بدنبال داشته باشد، پروژه ها را شناسائی، اهداف واقع گرایانه را تنظیم و راههای دستیابی به آن را با هدف برنده شدن حمایت از مردم برای رویکرد «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» مشخص نماید .

ظرفیت سازی درون اداره کرد عمومی: مهارتها، نهادسازی و آموزش

اصل دوم- دولتها می توانند مهارتهای لازم در یک رویکرد ترکیبی، ساخت مهارتها، ایجاد نهادهای جدید و آموزش مسئولین دولتی را از درون ساخته و بطور همزمان بکارگیری فرایند مهارت را از بیرون بسازند.

درون نظام قانونی قضائی: معدودتر، بهتر، ساده تر

اصل سوم- فرایندهای قانونی در بسیاری از دادگاهها ناکافی و پیچیده بوده و امنیت و انگیزه کافی را برای سرمایه گذاران در «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» فراهم نمی کند.

مشارکت در ریسک جامعه اقتصادی: مشارکت تعاونی و حمایت دوجانبه

اصل چهارم- «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» موجب می شود ریسک به بخش خصوصی انتقال پیدا کند که توان بیشتری برای مدیریت آن دارند اگرچه دولتها نیز باید سهم خود را برعهده گرفته و کمک کنند تا در فرایندی دوجانبه موارد تخصیصی به بخش خصوصی سبک شود.

خرید «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» با لحاظ جامعه سیاسی: حمل و نقل، انتخاب خنثی و بدون تبعیض

اصل پنجم- انتخاب طرف مناقصه باید در فرایندی شفاف، خنثی و بدون تبعیض انجام شود تا رقابت را ارتقاء بخشیده و تراز بین نیاز به کاستن از زمان و هزینه فرایند معامله و دستیابی به بهترین پیشنهاد را پدید آورد. همزمان باید ارتشاء مورد نکوهش قرار گرفته و با آن برخورد شود.

درون جامعه مدنی مردم باید در اولویت باشند: مشارکت، پاسخگوئی و حمایت

اصل ششم- در فرایند «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» با افزایش پاسخگوئی و شفافیت در پروژه ها از طریق بهبود زندگی مردم، آنان باید در اولویت قرار گیرند به ویژه افراد آسیب پذیر اجتماعی و اقتصادی.

در نظر گرفتن توسعه پایدار در محیط زیست: مورد سبز، نقش دولت و تدارک مزایا

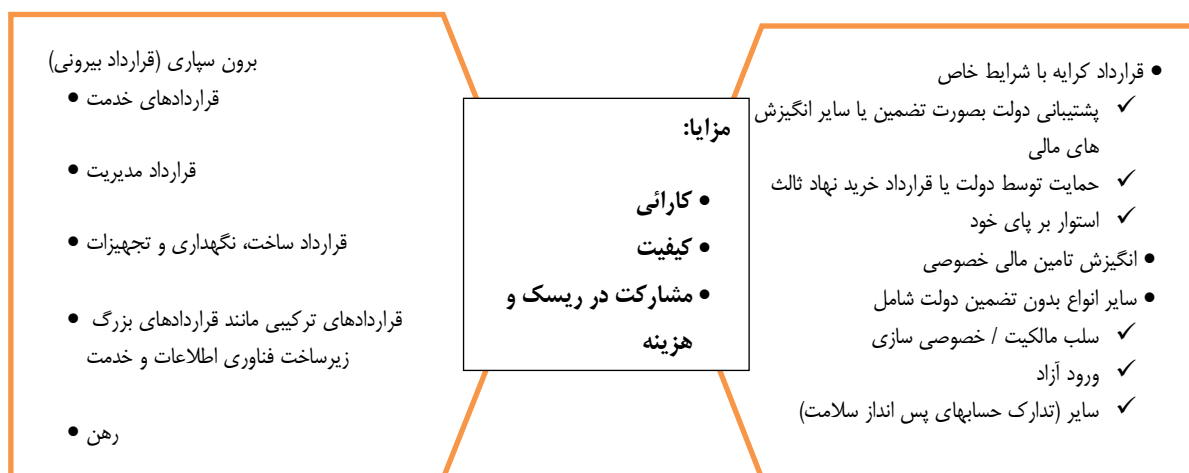
اصل هفتم- در فرایند «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» باید اصول توسعه پایدار را از طریق انعکاس ملاحظات توسعه پایدار در اهداف پروژه لحاظ نمود و به پیمانکارانی که این ویژگیها را رعایت می کنند جایزه داد.

«مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» در بخش سلامت

بحث «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی»^۱ در بخش سلامت در موضوعاتی مانند تامین مالی، مدیریت و تدارک خدمات که بخش عمومی مواجه با چالش‌هایی است، بسیار مهم است. بسیاری از دولت‌ها در اولویت بندی و محدودیت مصارف عمومی مواجه با تنگناهای مالی هستند. مضافاً بسیاری از نظام‌های عمومی سلامت مواجه با فشارهای مالی مانند نیاز به تامین مراقبت برای جمعیت در حال سالمند شدن، بهبود کیفیت، یا سرمایه‌گذاری در پیشرفتهای فناوری و درمان‌های گران قیمت هستند. برای دولتهایی که می‌خواهند این رویکردها را کشف کنند گرایش به سمت بخش خصوصی در صورت ساختار و اجرای مناسب می‌تواند به چالش‌های هزینه و سرمایه‌گذاری، بهبود در کارایی (مانند بهبود تدارک خدمات و مدیریت با هزینه‌های کمتر) و تقویت کیفیت خدمات (مانند افزایش مهارت، سرمایه‌گذاری قابل توجه و سریع در زیر ساختها و فناوریهای جدید پزشکی، توانائی برای جلب و نگهداشت کارکنانی که عملکرد بهتری دارند) پاسخ دهد.

«مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» در بخش سلامت اشکال مختلفی داشته و درجات متفاوتی از مسئولیت بین بخش عمومی و خصوصی را می‌تواند بخود بگیرد که با ویژگی مشارکت در اهداف مشترک و هم‌چنین ریسکها و مزایا مشخص شده و ممکن است در قرارداد تعریف شده و بطور مؤثری خدمات یا تسهیلات را برای عموم ارائه دهد. شریک خصوصی ممکن است مسئول تمام یا قسمتی از عملیات پروژه بوده و منابع مالی ممکن است از بخش عمومی یا خصوصی یا هر دو بدست آید. در عمل چند نوع کلیدی از «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» در بخش سلامت استفاده می‌شود که در نمودار ۱۰ به نمایش درآمده است.

نمودار ۱۰ - انواع کلیدی مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی در بخش سلامت



قرارداد بیرونی^۲ عبارتست از سرمایه‌گذاری از محل منابع عمومی با هدف بهبود کارایی یا کیفیت از طریق قرارداد خدمت، پیمان مدیریت، قرارداد ساخت، نگهداری و تجهیزات یا انواع ترکیبی از قراردادها برای ارائه خدمات برای یک نیاز یا وضعیت خاص و یا اجاره آن به یک شریک خصوصی است.

قراردادهای خرید خدمات عمدتاً برای تدارک خدمات تعریف شده (مانند خدمات آزمایشگاهی یا طبخ و توزیع غذا) و با هدف استفاده از اصل رقابت در بخش خصوصی طراحی شده است. این امر در فناوری پیشرفته، بهبود کارایی یا کیفیت خدمات نیز استفاده می‌شود. پیمان مدیریت عبارتست از انتقال مسئولیت از بخش عمومی به بخش خصوصی برای مدیریت تسهیلات عمومی و تدارک خدمات از جمله مسئولیت کامل مدیریت تمامی فعالیتهای و کارکنان (بکارگیری و مدیریت کارکنان، خرید دارو و تجهیزات) که با هدف مدیریت کاراً انجام می‌شود. قراردادهای ساخت، نگهداشت، و تجهیزات برای توسعه، بازسازی و نگهداشت تسهیلات مراقبتی سلامت بکار می‌رود. قراردادهای ترکیبی ممکن است بسیاری از عناصر مذکور در سطور بالا را برای تدارک یک خدمت مانند قرارداد فناوری اطلاعاتی که

ساخت و راه اندازی زیرساخت را بدنبال دارد، بکار بگیرد، یا یک قرارداد مدیریت تسهیلات سلامت نیازمند راه اندازِ خصوصی و هم چنین نوسازی و ارتقاء یک تسهیلات است.

رهن^۱ عبارتست از شریکی خصوصی که مبلغی را برای راه اندازی و مدیریت یک تسهیلات عمومی در ازای منابع حاصل از کارگرد آن به بخش عمومی می پردازد که در واقع با هدف بهبود شرایط مالی تسهیلات از طریق معرفی مدیریت کارا صورت می گیرد. در قرار داد رهن دولت کماکان مسئول سرمایه گذارهای جدید در سلامت است.

در قرارداد کرایه با شرایط خاص^۲ مالکیت دارائی در اختیار بخش عمومی می ماند ولی شریک خصوصی مسئول سرمایه گذارهای جدید، راه اندازی و نگهداشت دارائی های موجود است. از این نوع قرارداد در تسهیلات جدید که در آن بخش خصوصی مسئول طراحی، ساخت و راه اندازی است، استفاده می شود. انواع مختلفی از قرارداد مانند قراردادهای مدیریت مبتنی بر عملکرد، رهن، انتقالهای ساخت- راه اندازی با درجات متفاوتی از ریسک برای هر دو شریک خصوصی و عمومی را نیز می توان استفاده کرد. مثال مشخص از کرایه با شرایط خاص می تواند شامل تامین مالی ساخت یک تسهیلات توسط بخش خصوصی و بازپرداخت آن در طول زمان از طریق دریافت هزینه خدمات از شریک عمومی، منابع حاصل از کارکرد تسهیلات و یا ترکیبی از هر دو باشد. در قرارداد کرایه با شرایط خاص بخش قابل توجهی از ریسک به بخش خصوص منتقل می شود اگرچه دولت اغلب تضمین تلویحی یا تصریحی را در قبال ریسکهای فورس ماژور به بخش خصوصی می دهد.

ابتکارات تامین مالی خصوصی^۳ که بطور عادی شامل یک قرارداد کرایه با شرایط خاص است و در عمل به عنوان یک روش خاص از تامین مالی سرمایه گذارهای سرمایه ای عمده در بخش سلامت از طریق تامین مالی توسط شرکای خصوصی تحول پیدا کرده است. در انگلیس؛ که از بهترین مثالهای این نوع قرار داد است؛ کنسرسیوم خصوصی وارد قراردادهای بلند مدت با دولت برای تامین مالی، ساخت، و با درجاتی کمتر مدیریت پروژه های جدید می شود (این کنسرسیوم ممکن است ساخت تسهیلات سلامت را تامین مالی کرده و سپس به رهن شرکای عمومی داده می شود). «ابتکار تامین مالی خصوصی» موضوع مباحث جاری هزینه فایده بوده و کاربرد آنها باید بدقت از منظر سیاستی و مبنای مورد به مورد ارزیابی شود (مثلا با ارزیابی نیاز به پروژه در کل، و با استفاده از متدهای روزآمد عمومی).

سلب مالکیت^۴ یا خصوصی سازی عبارتست از فروش یک تسهیلات عمومی و انتقال مالکیت از جمله ریسک تجاری به بخش خصوصی. ورود آزاد موجب می شود مشارکت شرکای خصوصی بدون عقد قرارداد با بخش عمومی یا دولت در یک پروژه انجام شود. در چنین حالتی ریسکهای سرمایه گذاری و عملیاتی بر عهده بخش خصوصی گذاشته می شود. در حالی که دولت معمولا هیچگونه تضمینی را ارائه نمی دهد و با تعدیل چارچوب مقررات یا پیشنهاد انگیزه های مالی (مانند معافیت مالیاتی) ممکن است بر رفتار شرکای خصوصی اثر بگذارد. چارچوب «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» در هر شرایطی بستگی به چارچوب ضوابط و مقررات دارد که باید برای سازگاری با انواع جدید شراکت و همکاری تعدیل شوند. این چارچوب نقش حیاتی در تضمین و تقویت کیفیت خدمات مراقبتی دارد که مستقیم یا غیر مستقیم از چنین ترتیباتی حاصل می شود و ممکن است تدوین یا بازنگری در سیاستها و نماگرهای اطمینان از کیفیت باشد که سازوکارهای پایش، و تقویت، اعتبار بخشی و نظام صدور پروانه، چارچوب حقوق بیمار و هم چنین مقررات مرتبط را در بر بگیرد.

مزایای بالقوه و ریسکهای که باید مدیریت شوند

مشارکت با بخش خصوصی واجد مزایای معنی دار و بالقوه ای برای شریک عمومی و بخش سلامت است که عبارتند از: کاهش مصارف دولت (مانند حذف سرمایه گذاری های بزرگ از منابع اندک عمومی)، کارائی بزرگتر (بدلیل کارائی عملیاتی بخش خصوصی)، و مدیریت بهتر مراقبتهای سلامت (در بخش بیمارستانی و زیر ساخت). در بخش سلامت مشارکت به عنوان روشی قدرتمند برای مهارت فنی و مدیریت (مانند انگیزه و پایش مبتنی بر عملکرد)، و سرعت در انتقال فناوری بسیار ارزشمند است که می تواند منجر به بهبود کیفیت گردد. مشارکت ریسکها را کاهش داده و تخصیص آنرا بهتر می کند زیرا بخش خصوصی در مدیریت هزینه و جلوگیری از هزینه های مازاد توان بیشتری دارد. پوشش مناسب تمایلات و مهارت در «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» موجب مدیریت اجرائی بهتر پروژه می شود. در نهایت شریک خصوصی می تواند گام هائی را برای اطمینان از مزایای ذکر شده برداشته، ریسک را به حداقل رسانده و منابع عمومی در مطابقت با اهدافی باشد که عملکرد را بهتر کرده و برون داد را بهبود بخشد.

^۱ Lease

^۲ Concession

^۳ Private Finance Initiative

^۴ Divestiture

ریسک‌های مهمی هم وجود دارند که باید مدیریت شوند و برنامه ریزی برای «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» مؤثر شامل بازنگری دقیق در تخصیص ریسک‌های مالی و پاداش ها، سازوکارهای تصمیم سازی و مسئولیتها، و چارچوب کاربردی قرارداد و مقررات است. بر همین اساس ارزیابی صحیح مزایا و مصالحه بین مزایا و معایب نقطه ای کلیدی در طراحی مناسب و مدیریت پیش فعال پروژه است. این نوع ارزیابی ریسک‌های ناشی از مقررات ناکافی یا ظرفیت پائین نهادی را متظاهر کرده که باید از طریق تمهیدات خاص در قرارداد و اصلاحات جداگانه دولت از قبیل تقویت نظام های ارزشیابی، به روز سازی سیاستهای حقوق بیمار، شفافیت در عملکرد فراهم کنندگان پوشش داده شود.

سایر ریسک‌های ویژه شرایط خاص نیاز به توجه دارد مانند ریسک مربوط به ظرفیت مازاد یا ظرفیت جدید در مکانی نامناسب در نظام سلامت. چنین ریسک‌هایی را می توان از طریق برنامه ریزی مؤثر و نظام صدور پروانه برطرف کرد که موجب توزیع مبتنی بر نیاز خدمات می شود. در بسیاری از مواقع نظام مکفی صدور پروانه نه تنها پروانه ها را بطور انتخابی مبتنی بر ویژگیهای از قبل تعیین شده برای کارکرد تسهیلات سلامت صادر می کند، بلکه گزینه ای از مقررات خاص مربوط به مداخلات پر ریسک مانند گواهی عملیات نیاز را نیز شامل می شود.

اطمینان از مسئولیت مالی و مدیریت ریسک‌های مالی برای شریک عمومی نیز حیاتی است. تحلیل پروژه های ناموفق اغلب آشکار کننده طراحی عجولانه یا نامناسبی است که موجب صرف بودجه، هزینه های مالی بالا، هزینه های بالای تامین مالی خصوصی یا شیفت هزینه بسوی بخش عمومی است. برخی از اقدامات کاهنده ریسک مالی در جدول ۳ خلاصه شده است

جدول ۳ - مثالی از اهداف و معیارهای کاهش ریسک مالی

| هدف | اقدامات نمونه برای کاهش ریسک مالی |
|---|--|
| آگاهی از ریسک | - جمع آوری و تمرکز اطلاعات مربوط به قرارداد مشارکت عمومی خصوصی - بحث در خصوص هزینه ها و ریسک‌های مالی بلند مدت - تحلیل و ارزیابی ریسکها و الزامات |
| افشای ریسک | - افشای قراردادهای و هزینه های مالی پروژه های موجود مشارکت خصوصی و عمومی - انجام تحلیل های مالی و برآورد هزینه ای - تشدید گزارش دهی مالی و الزام به افشای ریسک‌های مالی |
| حسابداری، بودجه بندی، و برنامه ریزی بهتر مالی | - انعکاس ارزش خالص فعلی هزینه های مالی دولت در کسری یا دیون دولت و اثرات احتمالی برنامه ریزی مالی بر آن - تنظیم سقف کلی در مواجهه دولت از طریق اعمال سقف یا صندوق دیون مشکوک الوصول - تقویت استانداردهای بودجه بندی و حسابداری - الزام به شفافیت مالی و حسابداری بین شرکاء (مانند افشای صورتهای مالی شریک خصوصی در پایان سال مالی و انجام حسابرسی سالانه) |
| مدیریت پیش فعال ریسک | - همبستگی در مسئولین یا کارشناسی پذیرش ریسک در دولت - تقویت تحلیل ریسک و ظرفیت مدیریت ریسک - پایش و مدیریت الزامات و تماس با ریسک دولت - تدوین چارچوب گسترده مدیریت دارائی ها و بدهی ها |

ریسک‌های قرارداد را از طریق تفکیک شفاف نقش ها و مسئولیتها می توان به بهترین شیوه مدیریت نمود. برای اطمینان از دستاورد کارائی ناشی از مشارکت عمومی و خصوصی، قرارداد باید شامل سطوح متغیر پرداخت باشد تا موجب دستیابی به مزایای مناسب توسط بخش عمومی شود شفافیت در فرایند مناقصه و قرارداد همراه با ضوابط آن انگیزه برای هر گونه تلاش رانت جویانه را از بین می برد. در عین حال شراکت در ریسک و سود، محرک کلیدی برای کیفیت شریک خصوصی است که می خواهد وارد مشارکت و همکاری شود در همان حال شریک عمومی باید اطمینان حاصل نماید که قرارداد مبتنی بر ارزیابی واقع گرایانه از شرایط بوده و ریسک غیر قابل مدیریت را به بخش خصوصی منتقل نمی کند.

انتخاب شریک خصوصی باید با دارا بودن ویژگیهای مربوط به وضعیت یا نیاز خاص (مانند ثبات مالی، تجربه و مهارت ثابت شده در کارهای عملیاتی) باشد و از تجارب ارزشمند بین المللی در برگزاری مناقصه و قرارداد استفاده نماید. علاوه بر استفاده از بهترین تجارب، تمهیدات قرارداد بایستی به گونه ای باشد که ابتکار عمل از دست بخش عمومی خارج نشود. بطور مثال اگر قرار است «مشارکت بخش عمومی و خصوصی» لیست انتظار را کاهش دهد قرارداد نه تنها این موضوع را باید برجسته کند بلکه ضمن اشاره به اهداف فرایند، ویژگیهای مدیریت لیست انتظار را نیز مشخص نماید.

پایش مناسب و مدیریت کیفیت و عملکرد در «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» از اهمیت برخوردار است سازوکارهای ارزشیابی و پایش، اهداف و ستاده ها، نماگرهای عملیات و چگونگی پرداخت پاداش در قرارداد مشخص گردد. مهم اینست که بخش عمومی توانائی نظارت و انجام تعدیلات بهنگام را داشته باشد. روش های نظارت خارجی نیز مورد استفاده قرار می گیرد. برای اطمینان از استمرار پایش و مدیریت کیفیت و عملکرد لازم است یک کارگروه، هیات مشاوران و یا دفتر مدیریت پروژه در طول اجرای آن معین گردد.

کمک به تضمین موفقیت

«مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» در صورت خوب تنظیم شدن، منطقی بودن، آمادگی، پیاده سازی، و پایش همراه با تعدیلات مناسب و به هنگام برای بخش سلامت می تواند مفید واقع گردد. در شکل زیر عوامل کلیدی موفقیت ذکر شده است:

جدول ۴ - عوامل کلیدی موفقیت در پروژه های «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی»

| آماده سازی | پیاده سازی | پایش و تعدیل |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - تضمین توانمندی کافی مالی و قانونی (مانند چارچوب، ظرفیت، مقررات) - ارزیابی شرایط در روندی واقعی برای تضمین مطلوبیت پروژه پیشنهادی در مقابل گزینه های جایگزین (مانند مدل مقایسه گر عمومی) - ایجاد کارگروه، گروه مشاوران، یا دفتر مدیریت پروژه نزدیک به نهاد تصمیم گیری (مانند وزارت بهداشت و وزارت مالیه) - شناسائی و مرور گزینه ها از منظر گروهی شفاف از اهداف پروژه و استانداردهای کیفیت - ارزیابی ریسکها و تدوین برنامه کاهش ریسک - آماده کردن فرایند مناقصه شفاف و مؤثر - برقراری یک چارچوب پایش و ارزشیابی مؤثر | <ul style="list-style-type: none"> - انتخاب شرکاء - تدوین قرارداد و مشخص نمودن ریسکها - بازنگری در ظرفیت قضائی و ممیزی و تعدیل قرارداد بر اساس نتایج بدست آمده (مانند قابلیت اتکاء و طول عملیات، اقامه دعوی، نهاد ممیزی) - تدوین جزئیات کیفیت و اهداف و استانداردهای عملکردی - تضمین همکاری و ارتباط جاری بین کلیه ذی نفعان کلیدی در طول پروژه - پیاده سازی مدیریت تغییر و راهبرد ارتباطی - انجام پروژه پایلوت در مراحل که امکان استقرار آن وجود دارد تا بتوان تعدیلهای لازم و به موقع را انجام داد | <ul style="list-style-type: none"> - تضمین پایش جاری مبتنی بر اهداف و ویژگیهای از قبل توافق شده - داخلی (توسط شریک عمومی و از طریق گزارش دهی و پایش سایت هدایت می گردد) - بیرونی (توسط یک نهاد بیرونی هدایت می شود مانند نهادهای صادر کننده گواهی، ممیزین) - تعدیل هر عنصر پروژه در صورت نیاز، از جمله جزء پایشی که مبتنی بر درسهای است که از مذاکره با کلیه شرکاء و ذی نفعان کلیدی آموخته شده است - بکارگیری درسهای که آموخته شده در بدنه مهارت های مربوط به مشارکت و همکاری عمومی - خصوصی (مانند مرکز تعالی دولت) |

پروژه باید اهداف مشخص، تفکیک شفاف نقش ها و مسئولیتها، تخصیص ریسک، و سایر عناصر تراکنش را دارا بوده و طرفین از قبل روی آن توافق کرده باشند. در اینصورت کیفیت قرارداد بین بخش عمومی و خصوصی و در برخی موارد بین شرکا و نهاد ثالث، در توفیق طرح بسیار حیاتی است. در جدول ۵ برخی از عناصر مهم قرارداد نمایش داده شده است.

لازم است تمامی شرکای «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» دارای تجربه و مهارت کافی در فرایند قرارداد باشند. متن قرارداد و سایر ترتیبات بایستی بطور مناسب و پس از مباحثات شفاف تنظیم گردد، تمامی وجوه و مراحل پروژه را در بر گرفته، هزینه و مزایا را بطور کامل ارزیابی نموده کیفیت و عملکرد را پایش و انعطاف پذیری برای انجام تعدیلات را در زمان و مکان مناسب داشته باشد. در عمل گزینه های استفاده از «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» در قرارداد برای تسهیلات بیمارستانی و خدمات با خدمات جانبی متفاوت است. نوع اولی بسیار پیچیده بوده ولی دومی راحت تر و مشخص تر است لذا قرارداد خدمات و تسهیلات بیمارستانی برای بخش عمومی نسبت به سایر شرکاء چالش برانگیزتر بوده و نیازمند ملاحظات کلیدی است که در زیر به آن اشاره می شود.

مشارکت بخش خصوصی در خدمات و تسهیلات بیمارستانی اشکال متفاوتی دارد که بسته به نیاز شناسائی شده و اهداف، اولویت های سیاستی دولت در بخش سلامت، و ظرفیت کنترل دسترسی و کیفیت مراقبت، فراهمی و نیاز به تامین مالی و هم چنین عناصر کلیدی حوزه عمومی (مانند ضوابط و مقررات، اجماع عمومی) مشخص می گردد.

جدول ۵ - عناصر کلیدی قرارداد

| | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - حقوق مالکیت معنوی - طول پروژه و خاتمه آن - راهبردهای خروج • محرکهای شروع کننده • بازپرداخت • دعوی شدت پذیری - شرایط کاربردی قوانین و دعاوی • مهارت منصفانه • نظام قضائی • اقامه دعوی | <ul style="list-style-type: none"> - تامین مالی (سهام، دیون، سرمایه، تضامین) - سازوکارهای تعدیل (خدمات، بازپرداخت) • محرکهای شروع کننده • تعدیلهای خودکار • الزامات برای مذاکرات - الزامات قانونی برای اطلاعات منظم و ممیزی ها - سازماندهی • کمیته یا گروه مشاوران • دفتر مدیریت پروژه • حقوق و وظایف • تواتر جلسات | <ul style="list-style-type: none"> - تعریف مراحل پروژه • ساخت • راه اندازی • انتقال - جدول زمانی - ویژگیهای خدمات • سطح • کیفیت - بازپرداخت • بازپرداخت ثابت • بازپرداخت (مانند هزینه ها، هزینه مدیریت، پاداش عملکرد، مشارکت مصرف کننده) |
|---|---|---|

زمانی که مناسبت مشارکت خصوصی بر اساس حقایق مشخص شد، شریک عمومی می تواند بهترین رویکرد (مانند اجرای آزمایشی در مقابل استقرار کل برنامه، انتفاعی در مقابل غیر انتفاعی، خدمات خاص در مقابل گروهی از خدمات، ترکیبی از بیماران در مقابل فقط بیمار خصوصی یا فقط بیمار عمومی) را انتخاب و از گزینه های متنوع برای مشارکت و همکاری استفاده نماید. در جدول ۶ برخی از این گزینه ها ذکر شده است.

جدول ۶ - گزینه های مشارکت و همکاری

| گزینه نمایشی | مسئولیت بخش خصوصی | مسئولیت بخش عمومی |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - جمع اوری تسهیلات خصوصی درون یا در مجاورت بیمارستان عمومی - برون سپاری خدمات بالینی پشتیبان - هسته برون سپاری و خدمات بالینی تخصصی - مدیریت خصوصی بیمارستان عمومی | <ul style="list-style-type: none"> - راه اندازی تسهیلات یا بال خصوصی از جمله هتلینگ و یا خدمات بالینی - تامین خدمات بالینی پشتیبان (مانند رادیولوژی و آزمایشگاه) - تامین خدمات هسته ای یا تخصصی بالینی (مانند رادیولوژی و آزمایشگاه) - مدیریت بیمارستان عمومی تحت قرارداد با دولت یا صندوق بیمه عمومی، تامین خدمات بالینی و غیر بالینی، ممکن است مسئول بکارگیری کارکنان یا سرمایه گذاری جدید سرمایه ای - تامین مالی، ساخت و مالکیت بیمارستان عمومی جدید و رهن آن به دولت - تامین مالی، ساخت، و راه اندازی یک بیمارستان عمومی جدید و فراهم کردن خدمات بیمارستانی - خرید تسهیلات و استمرار راه اندازی بصورت بیمارستان عمومی تحت قرارداد - خرید تسهیلات و تبدیل آن برای استفاده جایگزین بصورت قراردادی | <ul style="list-style-type: none"> - مدیریت بیمارستان عمومی و قرارداد با تسهیلات خصوصی برای هزینه های مشترک، کارکنان، و تجهیزات - مدیریت بیمارستان و تامین خدمات بالینی - مدیریت بیمارستان و فراهم کردن سایر خدمات بالینی - قرارداد با شریک خصوصی برای تمهید خدمات بیمارستان عمومی، پرداخت برای خدمات فراهم شده، و پایش و تنظیم خدمات و ظرفیت قرارداد - مدیریت بیمارستان و پرداخت فازبندی شده موارد رهن - بازپرداخت به اپراتور برای هزینه های سرمایه ای و هزینه های تکراری خدمات فراهم شده - پرداخت به اپراتور برای خدمات بیمارستانی، پایش و تنظیم خدمات و ظرفیت قرارداد - پایش تبدیل به منظور تضمین ظرفیت قرارداد |
| <ul style="list-style-type: none"> - فروش بیمارستان عمومی بصورت تمایل جاری - فروش بیمارستان عمومی برای استفاده به عنوان جایگزین | | |

پس از مشخص شدن گزینه ها، انتخابی که بسیار پیچیده و توافق قراردادی آن چالش برانگیز است، باید مبتنی بر پیامدهای مورد انتظار و احتمالی بوده و انگیزه کافی برای دستیابی به آنها مشخص گردد.

مروری بر تجارب ایران قرار داد اجاره بیمارستان صدر به گروه پزشکی حکمت

حقایق:

- در سال ۱۳۷۴ سازمان تامین اجتماعی با هدف برون سپاری خدمات تصمیم گرفت طرح آزمایشی اداره بیمارستان کودکان خود واقع در جنب بیمارستان فیروزگر را با مشارکت بخش خصوصی به اجرا درآورد که تا کنون ادامه دارد در این طرح شرکتی تاسیس می گردد تا بیمارستان را به صورت اجاره اداره کرده و کلیه مسئولیتهای قانونی و حقوقی ناشی از مقررات قانون کار و تامین اجتماعی (شامل مسایل پرسنلی) بر عهده شرکت به عنوان مستاجر بوده و سازمان تامین اجتماعی به عنوان موجر مسئولیتی در تامین هزینه های اداری عمومی و سایر هزینه ها نخواهد داشت

ویژگیهای کلیدی طرح:

- تشکیل شرکت با سرمایه اولیه یکصد میلیون ریال منقسم به ۱۰۰ سهم یک میلیون ریالی است ک کلیه سهام به دو طبقه تقسیم می شود: سهام طبقه الف متعلق به سازمان تامین اجتماعی شامل ۴۰٪ کل سهام و سهام طبقه ب شامل ۶۰٪ کل سهام متعلق به گروه پزشکان شاغل در بیمارستان در تاریخ ۱۳۷۱/۱۲/۲۵

- اجاره بیمارستان ۷۵ تختخوابی تامین اجتماعی صدر (به آفرین) در قبال سالانه ۱۸۰ میلیون ریال به شرکت پزشکی حکمت به مدت ۳ سال که در صورت توافق طرفین قابل تمدید خواهد بود و دارای الزامات زیر است:

- مبلغ ۲/۴ میلیارد ریال بابت تسریع در عملیات نوسازی و تعمیرات بیمارستان در اختیار مستاجر قرار می گیرد

- موجر متعهد می گردد در ابتدای هر سه ماه یکبار متوسط هزینه برآوردی درمان بیمه شدگان تامین اجتماعی را به عنوان تنخواه گردان در اختیار مستاجر قرار داده و اسناد هزینه مزبور هر سه ماه یکبار تسویه گردد.

- خدمات به بیمه شدگان تامین اجتماعی با تعرفه مصوب هیات وزیران و عدم دریافت هر گونه وجهی از بیمه شده تامین اجتماعی خواهد بود. پزشکانی که خارج از مقررات از بیماران هزینه دریافت می کنند حق کار کردن در بیمارستان را نخواهند داشت.

- سود حاصل از ارائه خدمات صرف خرید تجهیزات برای بیمارستان خواهد شد. تقسیم سود بین سهامداران را مجمع عمومی تصویب خواهد کرد.

- این گروه دارای تعدادی سهامدار بوده و در ازای ارائه خدمات به بیمه شدگان صد در صد K متعلق به خدمات را برابر تعرفه هیات وزیران در بخش دولتی دریافت خواهند کرد. پزشکان میهمان نیز در بیمارستان ارائه خدمت داده و مطابق مصوبات هیات مدیره شرکت حق الزحمه دریافت خواهند نمود.

اثرات:

- عملکرد طبق جدول زیر:

مبالغ به میلیون ریال

| سال | ۱۳۷۹ | ۱۳۸۰ | ۱۳۸۱ | ۱۳۸۲ | ۱۳۸۳ | ۱۳۸۴ | ۱۳۸۵ | ۱۳۸۶ | ۱۳۸۷ | ۱۳۸۸ | ۱۳۸۹ |
|-----------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| درآمد | ۶۷۷۷ | ۸۱۷۸ | ۱۰۲۲۳ | ۱۲۹۲۶ | ۱۷۷۰۸ | ۲۴۰۷۸ | ۲۹۰۲۲ | ۲۸۸۲۶ | ۳۸۹۳۹ | ۴۹۵۹۳ | ۵۷۸۹۳ |
| هزینه | ۴۲۷۹ | ۵۱۹۰ | ۷۵۵۶ | ۹۶۵۳ | ۱۲۷۰۳ | ۱۶۱۱۳ | ۱۸۶۹۶ | ۱۸۹۶۷ | ۲۵۶۶۹ | ۳۱۸۰۱ | ۳۶۱۹۱ |
| سود (زیان) | ۱۲۴ | ۲۴ | ۶۴۳ | ۷۲۵ | ۱۲۰۴ | ۲۰۰۱ | ۲۳۵۱ | ۳۰۲۳ | ۴۹۱۹ | ۶۰۴۱ | ۶۱۶۲ |
| هزینه های اداری عمومی | ۲۳۷۴ | ۲۹۶۴ | ۲۰۲۴ | ۲۷۴۷ | ۳۸۰۲ | ۵۹۶۳ | ۶۹۷۴ | ۶۸۳۶ | ۸۵۵۱ | ۱۱۷۵۱ | ۱۵۵۴۰ |

- از آنجائیکه هزینه ارائه خدمات درمانی در بیمارستانهای تحت مالکیت تامین اجتماعی ۲/۵ برابر بیمارستانهای طرف قرارداد است بنابراین در طول سالهای ۱۳۷۹-۱۳۸۹ نه تنها هزینه اضافی نکرده است بلکه سود حاصل از عملکرد بیمارستان نیز صرف خرید تجهیزات پزشکی بر ای بیمارستان شده است. جمع سود در جدول زیر نمایش داده شده است:

مبالغ به میلیون ریال

| سال | ۱۳۸۹ | ۱۳۸۸ | ۱۳۸۷ | ۱۳۸۶ | ۱۳۸۵ | ۱۳۸۴ | ۱۳۸۳ | ۱۳۸۲ | ۱۳۸۱ | ۱۳۸۰ | ۱۳۷۹ |
|---------------------------------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| هزینه خدمات در صورت ملکی بودن | ۱۴۴۷۳۲ | ۱۲۳۹۸۲ | ۹۳۳۴۷ | ۷۲۰۶۵ | ۷۲۵۵۵ | ۶۰۱۹۵ | ۴۴۲۷۰ | ۳۳۳۱۵ | ۲۵۵۵۷ | ۲۰۴۴۵ | ۱۶۹۴۲ |
| صرفه جوئی (سود) حاصل از واگذاری | ۸۶۸۳۹ | ۷۸۰۲۹ | ۵۸۴۰۸ | ۴۳۳۳۹ | ۴۳۵۳۳ | ۳۶۱۱۷ | ۲۶۵۶۲ | ۱۹۳۸۹ | ۱۵۲۳۴ | ۱۲۲۶۷ | ۱۰۱۶۵ |
| سود (زیان) | ۶۱۶۲ | ۶۰۴۱ | ۴۹۱۹ | ۳۰۲۳ | ۲۳۵۱ | ۲۰۰۱ | ۱۲۰۴ | ۷۲۵ | ۶۴۳ | ۲۴ | ۱۲۴ |
| جمع سود | ۹۳۰۰۱ | ۸۴۰۷۰ | ۶۳۳۲۷ | ۴۶۲۶۲ | ۴۵۸۸۴ | ۳۸۱۱۸ | ۲۷۷۶۶ | ۲۰۱۱۴ | ۱۵۹۷۷ | ۱۲۲۹۱ | ۳۳۸۸ |

طرح ارائه خدمات به بیماران بیمارستان شهید هاشمی نژاد با استفاده از اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیائی در بیمارستان غیر انتفاعی محب

مرکز فوق تخصصی شهید هاشمی نژاد مرکزی آموزشی- درمانی بود که در سال ۱۳۸۱، کارشناسان وقت وزارت بهداشت با نسخه «عدمش به ز وجود» خواستار تعطیلی آن بودند. شرایط تا جایی پیش رفته بود که به علت بدهی، برق مرکز در حال قطع شدن و کل مجموعه در شرف تعطیلی بود. در آن زمان بیمارانی به این مرکز مراجعه می کردند که چاره و گزینه های دیگر نداشته و با اجبار حضور یافته و با نارضایتی آنجا را ترک می گفتند.

فعالیت این مرکز در طی آن سالها با تغییرات و افت و خیزهایی همراه شد که سبب رکود و شرایط نابسامان در آن شد. مقدار زیادی از فضاهای بیمارستان به واحدهای اداری اختصاص داشت و فضای کافی و مناسب برای راه اندازی واحدهای ضروری و مورد نیاز مرکز وجود نداشت. به طور کلی بیمارستان به دلیل بدهی به پرسنل و شرکت های مختلف و عدم توازن بین درآمد و هزینه در شرایط نابسامانی قرار داشت و رو به انحلال بود.

کسری بودجه زیاد، عدم توسعه بیمارستان، توزیع نامناسب فضای موجود، نارضایتی شدید بیماران و کارکنان، کمبود تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی، ضوابط دست و پاگیر و محدودیت های قانونی و فقدان مدیریت تحول به روش نوین در بیمارستان از مشکلات عمده بیمارستان قبل از تغییر و تحول (۱۳۸۱) بود.

این مرکز از پاییز سال ۸۱ با توکل و تلاش و تعامل گروه های پزشکی- مهندسی و خیرین و مشاوران، مسیر تغییر و تحول خود را آغاز کرد و امکان به کارگیری تمام ظرفیت ها را در خدمت رسانی بهتر به بیماران فراهم نمود. فعالیت در راستای حرکت به سمت بهبود و رشد مستمر در چهار محور اصلی انجام شد: اصلاح فضاهای فیزیکی، اصلاح سیستم مدیریت، اصلاح سیستم های مراقبتی، درمانی، آموزشی و نهایتاً اصلاح مدل مالی سازمان و طراحی مجدد مدل کسب و کار.

پس از اصلاح امور و حرکت رو به رشد بیمارستان، سوالات جدی تری برای مسوولین، خیرین و هیات امنای بیمارستان پیش آمد: چگونه می توان بیمارستان های دولتی را احیا کرد؟ اقشار کم درآمد چه سهمی از خدمات باکیفیت در بهداشت و درمان دارند؟ راهکار دولت با توجه به رشد دائمی هزینه ها، رشد سریع تکنولوژی، هزینه سنگین داروها، افزایش نرخ دستمزد نیروی انسانی تحصیل کرده، ساختمان های قدیمی و ... برای ارائه خدمات مطلوب چیست؟

برای پاسخ به این سوالات مطالعات جدی انجام شد و مشارکت بخش دولتی و غیردولتی (Public Private Partnership) با استفاده موسع از قوانین موضوعه، به عنوان یکی از راهکارهای تجربه شده جهت حل این مشکلات پیشنهاد شد. با استفاده از بند ج ماده ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه، «اداره بیمارستان های پیشنهادی دانشگاه های علوم پزشکی، به صورت هیات امنایی و یا شرکتی و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به کارگیری نیروی انسانی و اداری- مالی به آنها در چارچوب تعرفه های مصوب»، اداره مرکز به صورت هیات امنایی درآمد، گام هایی به سوی توسعه برداشته شد.

از این رو موسسه غیرانتفاعی محب بر اساس فرصت‌های قانونی در سال ۱۳۸۳ تاسیس شد. هدف این موسسه «ارایه خدمات درجه یک به اقشار کم درآمد با تعرفه دولتی» است. این موسسه با استفاده از مواد ۸۷ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه مشارکت خود با بیمارستان هاشمی‌نژاد را آغاز نمود. شروع به کار این موسسه با اجاره دو بخش از بیمارستان هاشمی‌نژاد و تاسیس و سرمایه‌گذاری در آن آغاز شد. دو بخش محب (۱۶ تخت) و بخش مهر (۱۶ تخت) نتایج اولیه مشارکت بیمارستان دولتی هاشمی‌نژاد با بیمارستان غیرانتفاعی محب بود. موسسه محب با استفاده از فضاهای اداری مازاد، اقدام به سرمایه‌گذاری و تجهیز این دو بخش نمود تا بتواند به افراد تحت پوشش بیمه‌های مختلف با هزینه اقامت (هزینه غیر از درمانی) بسیار پایین و کیفیت مطابق با استانداردهای جهانی ارائه خدمت دهد. همچنین در سال ۱۳۸۷ فاز دوم مشارکت، با اجاره بلندمدت فضای پارکینگ بیمارستان هاشمی‌نژاد و احداث بیمارستان محب آغاز شد. فضای پارکینگ زمینی بالغ بر ۱۳۰۰۰ متر مربع بود که موسسه محب با اجاره این فضا، ظرف ۱۴ ماه بیمارستان محب را ساخته و همچنین امکانات لازم را برای استفاده بیش از ۱۴۰ اتومبیل در زیرزمین آن فضا فراهم آورد. این بیمارستان کاملاً غیرانتفاعی بوده و با استفاده از تسهیلات بانک ساخته شده و اعیانی آن به‌طور کامل وقف شد.

هم اکنون بیمارستان محب با ۱۲۶۶۰ متر مربع مساحت کل ساختمان و در ۱۱ طبقه و با ۱۲۲ واحد پارکینگ، تعداد ۶۴ تخت بستری عادی و ۲۹ تخت بستری ویژه و ۶ اتاق عمل عادی و قلب، به صورت مقاوم در مقابل زلزله و وقف اعیان از ابتدای دوره مشارکت احداث شده و مدل کسب و کار جدیدی را ارائه داده است.

مشارکت بین بیمارستان هاشمی‌نژاد (بخش دولتی) و موسسه غیرانتفاعی محب (بخش غیردولتی) مزایای بسیاری را برای بخش دولتی، مردم و بخش بهداشت و درمان به ارمغان آورد. بخشی از نتایج این مشارکت در بیمارستان هاشمی‌نژاد عبارتند از:

- ۱- راه اندازی چرخه کامل خدمات درمان سنگ و قلب و عروق
- ۲- افزایش بهره‌وری، کاهش متوسط اقامت، افزایش ضریب اشغال تخت و کاهش فضاهای اداری
- ۳- تامین مالی بخشی از هزینه‌های با استفاده از فضاهای بلا استفاده و پتانسیل بخش خصوصی در سرمایه‌گذاری
- ۴- تجهیز بهتر بیمارستان، بازسازی و مقاوم‌سازی آن و بالا رفتن کیفیت خدمات از طریق مساعدت بخش خصوصی
- ۵- افزایش رضایتمندی بیماران
- ۶- افزایش قابل ملاحظه در تعداد اعمال جراحی و تعداد مراجعین و خدمات بدون افزایش در تعداد پرسنل
- ۷- ورود سرمایه و مدیریت بخش خصوصی و ارائه خدمات با کیفیت به اقشار ضعیف و متوسط جامعه
- ۸- استفاده حداکثری از منابع و افزایش قابلیت‌ها و توانمندیهای خدمت‌رسانی.

حقایق:

- بیمارستان غیر انتفاعی محب در سال ۱۳۸۳ با هدف «ارائه خدمات کیفی به اقشار کم درآمد با تعرفه مصوب هیات وزیران» با استفاده از مواد ۸۷ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه آغاز و با اجاره دو بخش از بیمارستان هاشمی‌نژاد بخش‌های محب و مهر را با هر کدام ۱۶ تخت راه اندازی نمود.

- در سال ۱۳۸۷ فاز دوم مشارکت از طریق اجاره بلند مدت فضای پارکینگ بیمارستان هاشمی‌نژاد آغاز شد و بیمارستان محب در مدت ۱۴ ماه در زمینی بالغ بر ۱۰۰۰۰ متر مربع احداث گردید. این بیمارستان در ۱۱ طبقه و ۱۲۶۶۰ متر مربع ساختمان و ۱۴۰ واحد پارکینگ، دارای ۶۴ تخت بستری عادی و ۲۹ تخت ویژه، ۶ اتاق عمل است.

ویژگیهای کلیدی طرح:

- طبق ماده ۲ اساسنامه کلیه منافع حاصل از ارائه خدمات صرف توسعه و تجهیز بیمارستانهای تحت پوشش شده و موسسین حق انتفاع را ندارند

- ارائه خدمات به بیماران دارای بیمه مکمل مربوط به اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیائی بیمارستان شهید هاشمی نژاد
 - بیمارستان وقف است و بصورت غیر انتفاعی اداره شده و در صورت انحلال در اختیار بیمارستان شهید هاشمی نژاد قرار خواهد گرفت
 اثرات:

- بیمارستان هاشمی نژاد از محل اجاره فضا به بیمارستان محب مبلغ ۱۷۰ میلیون ریال درآمد کسب نموده است، و این در حالی است که ماهانه مبلغ ۶۸۷ میلیون ریال نیز هزینه های مربوط به بخش های مختلف بیمارستان هاشمی نژاد توسط بیمارستان محب پرداخت شده و هاشمی نژاد از ۴۰ تا ۶۰ درصد در بخش های مذکور کاهش هزینه داشته است (جدول زیر)

- میزان پرداخت از جیب بیماران بدلیل استفاده همزمان از بیمه های پایه و مکمل بطور میانگین از ۵۰٪ به ۳۰٪ کاهش یافته است

- افزایش سرعت و ارتقای کیفیت بدلیل حضور تمام وقت پزشکان و کاهش زمان انتظار بیماران بستری و افزایش تعداد مراجعین

- با استفاده از تجربه بیمارستان محب بیمارستانهای مشابهی در جوار بیمارستانهای دانشگاهی مانند بیمارستان حضرت علی اصغر و بیمارستان امام خمینی در حال احداث است.

| واحد | درصد کاهش | سهم پرداختی ماهانه محب |
|---------------------|-----------|------------------------|
| لنژری | ۵۰ | ۶۴ |
| سی اس آر | ۶۰ | ۸۸ |
| تاسیسات | ۵۰ | ۱۷۹ |
| درآمد | - | ۲۳ |
| کارگزینی | ۴۰ | ۲۷ |
| اکسیژن ساز | ۴۰ | ۸ |
| تجهیزات پزشکی | ۴۰ | ۱۰ |
| زیاله سوز | ۵۰ | ۴۹ |
| نگهبانی و حراست | ۳۰ | ۵۸ |
| مدارک پزشکی | ۵۰ | ۴۲ |
| هزینه های برق مصرفی | ۵۰ | ۸۰ |
| هزینه های گاز مصرفی | ۵۰ | ۶۰ |
| جمع | - | ۶۸۷ |

اداره مرکز بهداشتی درمانی شهرستان تبریز توسط تعاونی پزشکان

حقایق

روش ایجاد تعاونی بهداشتی درمانی بدنبال توافق بین وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون در دی ماه ۱۳۷۶ صورت گرفت . در سال ۱۳۷۷ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز با همکاری اداره کل تعاون استان، تعاونی های بهداشتی درمانی را در سطح استان راه اندازی نمود.

ویژگیهای کلیدی طرح

- در این طرح ارائه کلیه خدمات اولیه بهداشتی (از جمله: واکسیناسیون، بهداشت مادر و کودک،....؟) به عهده بخش خصوصی (تعاون های بهداشتی درمانی با جمعیت بین ۹ تا ۱۷ هزار نفر) و تامین مالی و نظارت و ارزشیابی در اختیار بخش دولتی قرار گرفت

- رعایت الزامات و استانداردهای مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و هم چنین دانشگاه علوم پزشکی تبریز در ارائه خدمات

- عدم دریافت وجه از مردم در قبال ارائه خدمات و دریافت هزینه ها به صورت سرانه (per capita) از دولت به گونه ای که مخارج جاری مراکز به غیر از فرم های آماری، واکسن و تعدادی از اقلام و داروهای به عهده خود تعاونی بوده و اگر محل خدمات نیز به آنها واگذار شود مبلغ اجاره از پرداختی دولت کم می شد. خدمات خارج از قرارداد طبق تعرفه دولتی از بیمه ها یا مردم دریافت می شد.

اثرات:

مطالعه نشان داد که استفاده از مدل مشارکت خصوصی عمومی تاثیر مثبتی روی مدیریت واحدها و رضایت کارکنان داشته است. نسبت جمعیت معاینه شده در دوره مطالعه در تعاونی ها ۵۳/۸٪، بیماریابی در جمعیت معاینه شده ۱۰/۳٪ و میانگین مراقبت از بیماران دیابتی ۶/۵ بار در سال بود که در مراکز دولتی به ترتیب ۱۳/۲٪، ۱۵/۹٪ و ۶/۸ بود و در عین حال سطح رضایت گیرندگان خدمات نیز بالاتر از مراکز دولتی است که نشان از اثربخشی خدمات در تعاونی ها دارد. پوشش کلی مراقبتهای سلامت مانند مراقبت از کودکان زیر ۶ سال، کیفیت خدمات، و سطح رشد کودک در مراکز دولتی و تعاونی یکسان بود ولی در مواردی مانند تنظیم خانواده، مراقبتهای قبل از زایمان، و جمعیت تحت مراقبت نتایج بهتری در تعاونی ها در مقایسه با مراکز دولتی مشاهده شد.

نتیجه گیری

تجارب زیادی توسط کشورهای مختلف بدست آمده است که هر کدام ویژگیهای خاصی دارد. هر طرحی مواجه با چالش ها و مشکلاتی است. تجارب خاص هر کشور بدلیل تفاوت در نظام سلامت، سطح مهارت و ظرفیت، نظام قضائی، سطوح کلی توسعه و سایر عوامل مرتبط، قابل انتقال به کشور دیگر نیست. آنچه از این موارد و تجاربی که در ایران بدست آمده است می توان آموخت عبارتند از:

- ۱- «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» نیازمند مقررات شفاف و کارشناسی در هر دو طرف است که موجب برنامه ریزی شفاف می شود.
- ۲- مهارتهای لازم برای فرایند مناقصه و قرارداد بالا بوده و برای تعریف ریسکها و مسئولیتهای هر شریک، مشخص نمودن اسناد از قبل، و توصیف انتظارات در تفاهم نامه سطح خدمت بسیار مهم است.
- ۳- زمان کافی برای شرکا به منظور ایفای نقش ها در «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» باید اختصاص یابد.
- ۴- شرکای خصوصی باید مهارت کافی در موضوع را داشته و دارای تجربه کافی در این زمینه باشند.
- ۵- اطمینان از کیفیت و پایش عملکرد باید جاری بوده و وارد در فرایند بهبود مدیریت گردد.
- ۶- طرح مشخص پیاده سازی از جمله توصیف جزئیات مربوط به فرایند تجاری و فعالیتهای مدیریتی حیاتی است.
- ۷- در صورت امکان و اجرای آزمایشی فرضیه و ساختار «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» در کل می تواند در زمان صرفه جوئی کرده و موفقیت را تضمین نماید.
- ۸- تضمین مالی پروژه پایلوت و شروع پیاده سازی در تداوم پروژه بسیار مهم است.
- ۹- تمامی ذی نفعان کلیدی باید از روزهای آغازین پروژه در فرایند توسعه پروژه و مشاوره برای آن درگیر شوند.
- ۱۰- در پروژه های «مشارکت و همکاری بخش عمومی و خصوصی» که دارای شریک و ذی نفع متعددی هستند ارتباطات بخوبی تعریف شده و راهبرد خرید و مدیریت تغییر از اهمیت بسیار بالائی برخوردار است.
- ۱۱- به منظور مدیریت مؤثر پروژه درسهای کلیدی عبارتند از: اهمیت استمرار در تیم طراحی، شفافیت و ارتباط بین شرکاء، تعریف دقیق اهداف و محدودیتهای بودجه ای برای هر فاز پروژه، و اهمیت هماهنگی و مراحل برجسته در طول پیاده سازی.

References:

- 1- PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS IN INFRASTRUCTURE DEVELOPMENT, A Primer, Transport Division United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific , UNESCAP Bangkok, June 2008
- 2- A GUIDEBOOK ON PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP IN INFRASTRUCTURE, developed by Mr. Abdul Quium of the Transport, Division of ESCAP Copyright © United Nations 2011, UNESCAP Bangkok, January 2011
- 3- United Nations Economic Commission for Europe, A Guide to Promoting Good Governance in Public Private Partnerships, UNITED NATIONS, New York and Geneva, 2008, ISBN: 978-92-1-116979-9
- 4- <http://rru.worldbank.org/PublicPolicyJournal>
- 5- PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS AND COLLABORATION IN THE HEALTH SECTOR, HNP DISCUSSION PAPER, Irina A. Nikolic and Harald Maikisch, October 2006, the world bank
- 6- PPP-Readiness Self-Assessment, Transport and Tourism Division UNESCAP, November 2005
- 7- Maternity & child health care services delivered by public health centers compared to health cooperatives: Iran's experience, Dr A. Nikniaz & etal . Journal of Medical Science 6(3): 403-409 May-June 2006
- 8- <http://www.salamatiran.com/NSite/FullStory/Id=48027>
- 9- <http://www.hamshahrionline.ir/print-162762.aspx>

۱۰ - اساسنامه شرکت سهامی خاص خدمات پزشکی «گروه پزشکی حکمت» به شماره ثبت ۹۶۲۰۵ مورخ ۲۶/۱۲/۷۱ در اداره ثبت شرکتها و موسسات غیر تجاری

۱۱ - قرارداد اجاره شماره ۱۴۴۵۴/ق/۴۳ مورخ ۲۹/۱۱/۱۳۷۴ بین سازمان تامین اجتماعی به مدیریت مهدی کرباسیان و شرکت «گروه پزشکی حکمت» به مدیریت دکتر هاشم معزی و عبدالرضا قاسمی

۱۲ - مقایسه الگوی مدیریت و رضایت شغلی در تعاونیهای بهداشتی درمانی و مراکز بهداشتی درمانی دولتی، دکتر علیرضا نیک نیاز و همکاران؛ مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز دوره ۲۹ شماره ۲ تابستان ۱۳۸۶ ص ۱۴۶-۱۳۹

۱۳ - مقایسه تعاونی های بهداشتی بخش خصوصی و مراکز بهداشتی درمانی دولتی در زمینه مراقبت از بیماریهای غیر واگیر و رضایت بیماران تبریز ۱۳۸۱، فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت سلامت دوره ۹ شماره ۲۳ بهار ۱۳۸۵ تاریخ چاپ ۱۳۸۷

۱۴ - نوآوری در صنعت خدمات درمانی، رضا حسنوی، آناهیتا جهانگیری، مجله مدیریت فردا، پائیز و زمستان ۱۳۸۶ شماره ۱۸ ص ۱۰۳-۹۳