

## دراسة موجزة من أجل ترشيد الإنفاق على الخدمات الصحية

تمهيد



من المعلوم أن الدولة تتكبد نفقات ضخمة في الإنفاق على الخدمات الصحية.

وكان مجلس المديرين العامين في جلسته التي عقدها بتاريخ ١٧ تموز ١٩٩٥ قد انتهى في جملة ما انتهى إليه في توصياته، إلى التوصية التالية في مجال ترشيد الإنفاق ككل، ومن بينها الإنفاق على الخدمات الصحية:

« ان المجلس يؤكد، أنه إذا تحمّلنا جميعاً مسؤولياتنا، انطلاقاً من مهامنا كمديرين عامين، إلى كافة المسؤولين على أي صعيد كان، فإن كلفة أي زيادة تطراً على الرواتب يمكن تحقيقها من ضبط الهدر وترشيد الإنفاق في مجالات عدة وأبرزها على سبيل المثال وليس الحصر، وقف التوظيف المبني على اعتبارات الشفقة والرحمة والعمل الخيري، وإلغاء بضعة آلاف وظيفة شاغرة، وترشيد الإنفاق في مجالات الصحة، وضبط صناديق مداخيل المدارس الرسمية والإنفاق على المدارس المجانية الخاصة، والمفروشات، واللوازم، وتوزيع فائض الأجراء على المدارس والبلديات، مع ما يحققه ذلك من وفورات كبيرة، ولا سيما على صعيد الاشتراكات التي تدفع عنهم للضمان الاجتماعي، ووقف التعاقد العشوائي البالغة كلفته عشرات المليارات، وتفعيل المكتب الوطني للدواء والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لجهة استيراد الأدوية وبيعها من العموم، ووضع حد لتفتيت الجامعة اللبنانية، على الشكل الحاصل حالياً، هذا التفتيت الذي أدى إلى تحميلها مخصصات أكثر من خمسة آلاف عنصر فيها، ووضع حد أقصى للتعويضات لا يجوز تجاوزه لأي كان في أي موقع كان، وتقرير مصير أهم قطاعات الإنتاج والاستثمار ولا سيما تلك التي انتهت امتيازاتها كمرفأ بيروت، وسائر المرفأ اللبنانية، وإدارة الريجي، والكازينو، وتحديث طرق إدارة مصافي النفط وغيرها.»

ومن المعلوم أيضاً أن الإنفاق على الخدمات الصحية تتحمله الدولة من جهة، والقطاع الخاص من جهة ثانية، والمواطن من جهة ثالثة.

فالدولة تتحمّله من خلال تعاونية موظفي الدولة، والقوى المسلحة جميعها من جيش وقوى أمن داخلي، وأمن عام، وأمن دولة، ومن خلال ما تساهم به لفروع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. والقطاع الخاص كما القطاع العام يتحملانه من خلال ما يساهمان به معاً من اشتراكات لفرع ضمان المرض والأمومة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والبالغة ١٢٪ من الراتب الشهري للمستخدمين والأجراء.

والمواطن يتحمّله من خلال ما يترتب عليه مباشرة من نفقات استشفائية بالإضافة إلى ما تدفعه الجهات المبينة أعلاه، ويتحمّله أيضاً من خلال سعي بعض المواطنين إلى التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصة.

ومهما حاولنا التقليل من حجم الإنفاق الصحي من قبل جميع الجهات المبينة أعلاه، فإنه يتجاوز الخمسمائة مليار ل.ل.، ورغم ذلك فإن النقمة قائمة من جميع الأطراف: من جهة المستشفيات الخاصة التي تتولى كلياً تقريباً الخدمات الصحية، ومن جانب المريض أيضاً.

إن مجلس الخدمة المدنية، أخذاً بعين الاعتبار جميع ما تقدم، وعملاً بالأحكام والقوانين المرعية الاجراء، رأى لزاماً عليه أن يتقدم بهذه الدراسة التي تهدف إلى ترشيد الإنفاق على الخدمات الصحية.

### ■ أولاً: في تفعيل العمل بالمستشفيات والمستوصفات الحكومية

#### ١- النص على إنشاء المستشفيات الحكومية المركزية والمستوصفات الحكومية لأول مرة

بموجب القانون الموضوع موضع التنفيذ بالمرسوم رقم ١٥٣٦ تاريخ ٢٥/١١/١٩٧٨ أنشئ في كل مركز من مراكز المحافظات، وفي قضاء بعلبك، مؤسسة عامة تتولى إدارة مستشفيات وزارة الصحة العامة القائمة فيها، وأعطيت المؤسسة الشخصية المعنوية المستقلة، والاستقلال المالي والإداري، وارتبطت بوزارة الصحة العامة التي تمارس عليها سلطة الوصاية، ولم تخضع لإلرقابة ديوان المحاسبة ولرقابة التفتيش المركزي.

وتجدر الإشارة إلى أن جميع النصوص التطبيقية اللازمة لوضع هذا القانون موضع التطبيق الفعلي قد صدرت، وهي:

- تحديد مهام وصلاحيات رئيس وأعضاء مجلس الإدارة ومفوض الحكومة وتحديد شروط تعيينهم (المرسوم رقم ٤٤٢٢ تاريخ ٢٠/١٠/١٩٨١).

. شروط تعيين وتحديد تعويضات الهيئة العليا للخدمات الطبية التي نص على وجودها القانون المذكور (المرسوم رقم ٤٤٢٢ تاريخ ٢٠/١٠/١٩٨١).

. تحديد ملاك كل مؤسسة عامة تتولى إدارة المستشفيات، وفئات ورتب ورواتب مستخدميها وشروط تعيينهم (المرسوم رقم ١٥٨٤ تاريخ ٢٥/٤/١٩٨٤).

. نظام العاملين الإداريين والتقنيين والأجراء في المؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات العامة (المرسوم رقم ١٥٨٥ تاريخ ٢٥/٤/١٩٨٤).

. نظام التعاقد مع الأطباء، ومع المهنيين العاملين في الحقل الصحي في المستشفيات التابعة للمؤسسات العامة، وتحديد الشهادات العلمية والشروط الخاصة بالمتعاقدين (المرسوم رقم ١٥٨٦ تاريخ ٢٥/٤/١٩٨٤).

. النظام المالي للمؤسسات العامة التي تتولى إدارة المستشفيات الحكومية (المرسوم رقم ١٥٨٧ تاريخ ٢٥/٤/١٩٨٤).

ومع ذلك، ورغم إصدار جميع النصوص اللازمة لتفعيل العمل بالمستشفيات الحكومية بطريق المؤسسات العامة، فإنها لم توضع على الإطلاق موضع التنفيذ.

## ٢- تعديل لاحق للنصوص المتعلقة بالمستشفيات الحكومية

بموجب القانون رقم ٥٤٤ تاريخ ٢٤ تموز ١٩٩٦، صدر قانون لاحق عدل في بعض أحكام القانون الموضوع موضع التنفيذ بالمرسوم رقم ١٥٢٦ تاريخ ٢٥/١١/١٩٧٨ بحيث أنشأ:

- . مؤسسة عامة لكل مستشفى حكومي جامعي.
- . مؤسسة عامة في كل مركز من مراكز المحافظات.
- . مؤسسة عامة في مدينة بعلبك لقضاءي بعلبك والهرمل.

وألغى هذا القانون الجديد القانون السابق الصادر عام ١٩٧٨ وجميع النصوص الصادرة تطبيقاً له، ونص على وجوب إصدار مراسيم جديدة تحدد دقائق تطبيق القانون الجديد.

لكن هذه النصوص التطبيقية المشار إليها لم تصدر حتى الآن.

## ٣- قانون جديد عام ١٩٩٧ يلغي قانون عام ١٩٩٦

ومن جديد صدر القانون رقم ٦٠٢ تاريخ ٢٨ شباط ١٩٩٧ الذي عدل القانون رقم ٩٦/٥٤٤

ونقض بالنتيجة كلياً كل ما قضى به القانونان السابقان بحيث قضى بإنشاء مؤسسة عامة لكل مستشفى من مستشفيات وزارة الصحة العامة، وبحيث أصبحت بالنتيجة إمكانية إنشاء المستشفيات الحكومية قائمة في أي مكان كان على الأراضي اللبنانية دون الالتزام بمراكز المحافظات، ودون الالتزام بأي ضوابط من أي نوع كان، متجاهلاً كلياً إنشاء المناطق الصحية في جميع الأراضي اللبنانية بموجب المرسوم الاشتراعي رقم ٨٣/١٥٩ وفق ما سيلي الحديث عنه.

### ■ ثانياً: في إنشاء المناطق الصحية

تجدر الإشارة إلى أن المرسوم الاشتراعي رقم ١٥٩ تاريخ ١٦/٩/١٩٨٢ كان قد قضى بإنشاء مناطق صحية ومراكز صحية، وربط إنشاء المناطق الصحية بحجم سكاني قدره مائتا ألف نسمة تقريباً، مع مراعاة التقسيم الإداري الساري المفعول، وإنشاء مجلس صحي في كل منطقة صحية يضم ممثلين عن الإدارات العامة المعنية بالشؤون الصحية، وعن المستفيدين من الخدمات الصحية، وعن المهن الطبية.

كما نص هذا المرسوم الاشتراعي على إنشاء مركز صحي لكل مجموعة سكنية يبلغ تعداد أفرادها ثلاثين ألف نسمة، على أن يراعى في تحديد مكان كل مركز صحي عدد السكان، والمسافة، وطرق المواصلات، ووجود خدمات صحية مماثلة.

ونص المرسوم الاشتراعي المذكور على إنشاء مستشفى وسطي في كل منطقة صحية يتراوح بين ٧٠ إلى ١٠٠ سرير على الأقل للجراحة العامة، وطب الأطفال، والتوليد، والطب الداخلي، والطوارئ، وطب الأسنان، والمعاینات الخارجية.

كما نص المرسوم الاشتراعي المذكور على إنشاء مستشفى كبير يتسع لأربعمئة سرير، وذلك لكل ثلاث مناطق صحية تمارس فيه جميع الاختصاصات بالإضافة إلى المعاینات الخارجية.

وذهب المرسوم الاشتراعي المذكور إلى حد تحديد الاهتمامات التي يتولاها المركز الصحي، فقصر نشاطه في حدود ثلاثين ألف نسمة على: رعاية الأم، والأولاد، وتنظيم صحة الأسرة. العناية الطبية. الداية والتحصين. الصحة المدرسية. التربية الصحية. إصحاح البيئة. تعزيز التغذية. الإحصاء. مختبر وأشعة. المتابعة المنزلية وصحة الأسنان.

ولم يغفل المرسوم الاشتراعي رقم ٨٣/١٥٩ تحديد ملاك كل مركز صحي فحدده بـ ٢٦ عنصراً من أطباء، إلى جهاز طبي مساعد، إلى جهاز إداري.

### ■ ثالثاً: في تحليل الوضع القانوني والتنظيمي السائد ونتائجه

يتبين مما عرضناه من نصوص قانونية وتنظيمية، أن هذه النصوص كانت وما تزال تمكّن من تحقيق إنجازين هامين، في مجال ترشيد مملكت في الإنفاق على الخدمات الصحية من جهة، وفي تنمية صحية شاملة تشمل الأراضي اللبنانية من جهة ثانية.

**الإنجاز الأول:** في مجال ترشيد الإنفاق تمكن النصوص القانونية والتنظيمية السائدة من تحقيق ما يأتي:

١- إنشاء سبع مستشفيات حكومية في لبنان حسب القانون الصادر عام ١٩٧٨، واحدة في مركز كل محافظة، وواحدة إضافية في مدينة بعلبك، وأن تفعيل العمل بهذه المستشفيات لم يكن ينقصه أي شيء على الصعيد القانوني أو التنظيمي، وإنما كان ينقصه إرادة التطبيق فقط، بدليل ما أوردناه بتفصيل عن صدور جميع النصوص التنظيمية اللازمة لهذا التطبيق.

٢- إن التعديل اللاحق الذي تمّ عام ١٩٩٦ لم يكن من شأنه أن يلغي أو يعطل تطبيق أو تفعيل العمل بالمستشفيات الحكومية لو كانت قد فعلت سابقاً، بدليل أنه احتفظ بالمستشفيات المركزية في مركز كل محافظة بالإضافة إلى مدينة بعلبك، إنما أضاف إليها إنشاء مستشفيات حكومية جامعية، وهو أمر متعارف عليه عالمياً وعربياً، بدليل مستشفى القصر العيني في جامعة القاهرة الذي يعتبر من أبرز المستشفيات الحكومية المصرية إن لم يكن العربية على الإطلاق.

٣- إن التعديل الذي تمّ عام ١٩٩٧ بالقانون رقم ٦٠٢ تاريخ ٢٨/٢/١٩٩٧ لم يكن له ما يبرره إطلاقاً للأسباب الآتية:

أ- لأنه عمّم إنشاء المستشفيات الحكومية في لبنان دون أية ضوابط من أي نوع كانت.

ب- لأنه تجاهل كلياً وجود المناطق الصحية التي أنشأها المرسوم الاشتراعي رقم ٨٣/١٥٩، هذه المناطق التي تُحدث، كما فصلنا أعلاه، في حدود مائتي ألف نسمة، ويديرها مجلس صحي، ويتواجد بها مراكز صحية في حدود مركز واحد لكل ثلاثين ألف نسمة، بالإضافة إلى المستشفيات الوسطية، والكبرى.

ج- لأنه لو طبّقنا العمل بنظام المناطق الصحية التي نص عليها المرسوم الاشتراعي رقم ٨٣/١٥٩ لكان أنشئ ما لا يزيد عن ١٥ منطقة صحية في لبنان.

٣,٠٠٠,٠٠٠ ÷ ٢٠٠,٠٠٠ = ١٥ منطقة صحية، وكانت حظيت هذه المناطق الصحية جميعها

على كافة الأراضي اللبنانية بحوالي تسعين الى مائة مركز صحي تمارس النشاطات التي أشرنا إليها أعلاه بكوادر معقولة جداً. وكانت حظيت المناطق الصحية جميعها أيضاً بخمس مستشفيات كبرى بمعدل مستشفى كبير لكل ثلاث مناطق صحية، بالإضافة الى المستشفيات المركزية الكبرى.

د. لأنه لو فعلنا ذلك كله، وخصصنا فقط نصف ما ينفق على الخدمات الصحية من أموال عامة قدرناها في حدود أكثر من ٥٠٠ مليار ل.ل. سنوياً، لكان الإنفاق انخفض الى النصف تقريباً لأسباب هامة تختصر في ما يأتي:

١. إن أية موازنة لأي مستشفى حكومي مركزي لا يمكن أن تتعدى خمسة وعشرين ملياراً (٢٥ × ٧ = ١٧٥ ملياراً).

٢. إن أية موازنة لأي مستشفى كبير غير مركزي يضم ثلاث مناطق صحية ويلبي خدمات ٦٠٠ ألف مواطن لا يمكن أن تتعدى خمسة وعشرين ملياراً سنوياً (٢٥ ملياراً × ٥ = ١٢٥ ملياراً).

٣. إن أية موازنة لأي مستشفى وسطي في كل منطقة صحية لا يمكن أن تتعدى ٨ مليار ل.ل. سنوياً. (٨ × ١٥ = ١٢٠ مليار ل.ل. سنوياً).

٤. إن أية موازنة لأي مركز صحي يلبي حاجة ثلاثين ألف نسمة لا يمكن أن تتعدى ٢٥٠ مليون ل.ل. سنوياً (١٠٠ مركز × ٢٥٠ مليون ل.ل. = ٢٥٠ ملياراً).

وعليه تكون حصيلة مجموع ما يستوجبه تفعيل العمل بالمستشفيات المركزية السبع، وبالمستشفيات الكبرى الخمس، وبالمستشفيات الوسطية الخمس عشرة، وبالمراكز الصحية المائة، على كافة الأراضي اللبنانية: ١٧٥ + ١٢٥ + ١٢٠ + ٢٥ (أربعمائة وخمسة وأربعين مليار ليرة لبنانية سنوياً فقط) وذلك بالمقارنة مع مبلغ الـ ٥٠٠ مليار ل.ل. الذي ينفق حالياً في أقل تقدير.

هـ. فإذا أخذنا بعين الاعتبار أن هذه الدراسة هي نظرية وليست ميدانية وبأن الدراسات الميدانية اللاحقة من جانب الأجهزة المختصة قد تؤدي حتماً إلى اختصار عدد المراكز الصحية لصالح المستشفيات الوسطى واختصار عدد هذه الأخيرة لصالح المستشفيات الكبرى الخمس، واختصار عدد هذه الأخيرة لصالح المستشفيات الكبرى السبع، فإن المبلغ المقدّر أعلاه سينخفض إلى أكثر من ذلك بكثير.

و. وإذا أخذنا بعين الاعتبار وجوب مساهمة المريض في كلفة الاستشفاء. كما هو سائد عالمياً بنسبة ١٠٪ من كلفة الاستشفاء. فإن مبلغ الأربعمائة وخمسة وأربعين ملياراً سينخفض إلى

أربعمائة مليار ونصف المليار ل.ل. سنوياً.

ز. وإذا أضفنا إلى ذلك كله أن واردات هذه المؤسسات العامة، تشمل كما نص قانون إنشائها بالإضافة إلى مساهمات الدولة، وإلى الواردات الذاتية التي تستوفيتها لقاء الخدمات الطبية التي تقدمها، وإلى مساهمات ملحوظة من البلديات نظراً إلى الخدمات التي تؤدي لحساب أبنائها، تشمل حكماً أية واردات أخرى تلحظها نصوص خاصة، وكذلك قبول التبرعات والهبات من جانب المؤسسات الخاصة اللبنانية ولا سيما لجان الدعم التي تقوم حالياً بدعم ملحوظ للمستشفيات الحكومية، وكذلك من خلال الهبات المقدمة من الدول عربية كانت أم أجنبية، وبصورة أخص من جانب مؤسسات الأمم المتحدة التي بدأت تولي الشأن الصحي اهتماماً خاصاً منذ بدء السبعينيات، فإن المبلغ الذي قدرناه أعلاه بحوالي ٤٠٠ مليار ليرة لبنانية سنوياً سينخفض إلى أكثر من ذلك بكثير انطلاقاً من أن التبرعات التي تأتي من المراجع المبيّنة أعلاه تكون أغزر وأضخم، إذا ما تولت الخدمات الصحية مؤسسات عامة أو مؤسسات تتوخى النفع العام، أكثر مما لو تولتها مؤسسات خاصة.

أما الإنجاز الثاني: وهو الأبرز والأهم. وبصرف النظر عما إذا كان تفعيل العمل بالمستشفيات الحكومية والمناطق الصحية سيحقق وفراً أو لا يحقق. فهو أن تفعيل العمل بالنصوص القانونية والتنظيمية القائمة يؤدي إلى إنماء مناطقي صحي شامل، ذلك أن حجم ما ينفق حالياً وهو إنفاق وهمي وينفق بدون أية رقابة على الإطلاق من خلال الاطلاع على نشاط بعض الوزارات والأرقام الملحوظة لها في الموازنة العامة، يتكفل وحده بتفعيل العمل بالمستشفيات الحكومية المركزية، والكبرى، والوسطى، والمراكز الصحية، وتفعيل العمل بالمناطق الصحية، هذا التفعيل الذي لا تقتصر مفاعيله فقط على تخفيض كلفة الاستشفاء كما بيّنا بالأرقام أعلاه، وإنما سيحقق إنجازاً يضمن انتشار الخدمات الصحية على كافة الأراضي اللبنانية، ويكفي في هذا الانتشار ولاسيما في المناطق البعيدة، والنائية، والمحرومة، أنه يحقق بالتالي إيجابية تتكفل بتحقيق إنماء مناطقي متوازن هام، ترجح أهمية الوفر الذي أشرنا إلى أهميته تحقيقه أعلاه، هذا الإنماء الذي حرصت وثيقة الوفاق الوطني، على ضرورة تحقيقه، والذي تكرر فعلاً من خلال النص عليه في الفقرة (ز) من مقدمة الدستور حيث ورد حرفياً النص الآتي: «الإنماء المتوازن للمناطق ثقافياً واجتماعياً واقتصادياً ركن أساسي من أركان وحدة الدولة واستقرار النظام».

ومن المسلّم به أن الرعاية الصحية هي من أهم ركائز الإنماء الاجتماعي.

### ■ رابعاً: في تفعيل المكتب الوطني للدواء

كل اللبنانيين يعرفون الظروف التي أدت إلى إنشاء المكتب الوطني للدواء وأهمها استقالة وزير صحة من أهم وزراء الصحة الذين عرفهم لبنان.

ومعلوم أن المكتب الوطني للدواء أعيد إحداثة بالقانون رقم ٨٣/٥ تاريخ ١٩٨٣/١/٥، وأعطى وصف المؤسسة العامة، وبالتالي الشخصية المعنوية والاستقلال المالي والإداري، واستثنى من الخضوع للنظام العام للمؤسسات العامة، وأخضع فقط لوصاية وزارة الصحة العامة ورقابة ديوان المحاسبة المؤخرة، والتفتيش المركزي، واستثنى صراحة من رقابة مجلس الخدمة المدنية. وأعطيت له صراحة مهمة استيراد وشراء وبيع وتصنيع الأدوية الواردة بيانها في قانون مزاولة مهنة الصيدلة.

ومن أجل تفعيله بصورة فاعلة تكوّن المكتب من مجلس تنفيذي، وهيئة علمية.

ورغم صدور المرسوم رقم ٥٧٧٩ تاريخ ١٠/١١/١٩٩٤ الذي يحدد مهام وصلاحيات مفوض الحكومة لدى هذا المكتب، وبالتالي رغم إمكانية وضع جميع النصوص التطبيقية لضمان تطبيق العمل بهذا المكتب وتفعيله، فإن هذا المكتب لم يُفَعَّل حتى الآن.

ورغم أن المكتب لا يجوز له أن يبيع الأدوية والمستحضرات الطبية من العموم مباشرة، إلا في الحالات الطارئة التي يعود أمر تقديرها إلى مجلس الوزراء، رغم ذلك فإن تفعيل هذا المكتب كان سيؤدي فعلاً إلى ثلاث نتائج هامة:

**أولها:** تخفيض كلفة الاستشفاء في المؤسسات الحكومية الاستشفائية حيث يسد هذا المكتب حاجة هذه المستشفيات الحكومية إلى الأدوية وذلك بسعر الكلفة فقط، خاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار أن كلفة الاستشفاء تتكوّن من نسبة قدرها ٤٠ إلى ٥٠٪ كنفقات على الأدوية والمستحضرات الطبية فقط.

**ثانيها:** أنه يستطيع أن يتعامل مع الدول المصدّرة للأدوية في العالم مباشرة وبدون أية وساطة، ويحقق بالتالي وفراً ملحوظاً في استحضار الأدوية على اختلافها، وبالتالي في الإنفاق على الرعاية الصحية.

**ثالثها:** أنه يمكن من تلبية حاجة بعض المواطنين في ظروف يعود تقديرها لمجلس الوزراء مع ما



بحققة ذلك من تخفيف عبء تحميل العموم نفقات باهظة لشراء الأدوية.

### الخلاصة

ان مجلس الخدمة المدنية بما اعطي من صلاحية بموجب المرسوم رقم ١٩٣ تاريخ ١٩٥٨/١٢/٦ للاطلاع الدائم على سير الإدارة بغية اقتراح ما يؤول إلى تحسينه. -وبما اعطي من صلاحية بموجب قانون إنشائه (المرسوم الاشتراعي رقم ١١٤ تاريخ ١٩٥٩/٦/١٢) من صلاحية «تقديم الاقتراحات إلى مجلس الوزراء في تعديل القوانين والأنظمة المتعلقة بتنظيم الإدارات العامة والمؤسسات العامة وأساليب عملها وتحديد عدد الوظائف فيها».

وتقديرأ منه لضرورة ترشيد الإنفاق على الخدمات الصحية التي تعتبر الأهم على الإطلاق بين سائر الخدمات لأن الصحة هي فوق أي اعتبار. وإدراكاً منه أن حجم الإنفاق على الخدمات الصحية وحدها قد تخطى الـ ٩٪ من مجموع أرقام الموازنة العامة البالغة ٦٤٣٠ ملياراً دون الموازنات الملحقة.

واقتناعاً منه بأن الإصلاح الإداري لا يقتصر فقط على مجرد وضع النصوص تشريعية كانت أو تنظيمية، وتحديثها بين يوم وآخر، وإنما على تفعيل هذه النصوص وتطبيقها، ذلك ان إحدى أبرز معضلات الإصلاح الإداري تكمن في تعطيل النصوص القانونية والتنظيمية أو إساءة تطبيقها، من عدم تطبيق قانون الإثراء غير المشروع، إلى تعطيل جدول الترفيع، وجدول الترقية، وإعادة تنظيم الدوائر، وإلغاء الوظائف الفائضة، وتعطيل الحد من آلية التدرج وحكيمته، إلى سوء تطبيق استخدام الأجراء والمتعاقدين، وإساءة تطبيق الحد الأقصى للتعويضات، وكذلك الأعمال الإضافية وغيرها. وأخيراً، التزاماً بنظرية الطريقة التجريبية أو التطبيقية في مجال علم الإدارة ومؤسس هذه النظرية (CHARLES DEBBASCH) في مؤلفه:

Méthodes modernes de la Réforme Administrative حيث يقول:

(Il faut rôder la réforme avant de la généraliser) «يجب أن يُجرب الإصلاح قبل أن يعمم».

التزاماً بذلك كله يتمنى مجلس الخدمة المدنية من المسؤولين الاطلاع على هذه الدراسة وتقرير ما يروونه مناسباً بشأن ما احتوته.

هيئة مجلس الخدمة المدنية