

الجمهورية اللبنانية
مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

الجمهورية اللبنانية
رئاسة مجلس الوزراء
مجلس الخدمة المدنية

دراسة موجزة من اجل ترشيد الانفاق على الخدمات الصحية

تمهيد: من المعلوم ان الدولة تتكبد نفقات ضخمة في الانفاق على الخدمات الصحية.

وكان مجلس المديرين العامين في جلسته التي عقدها بتاريخ ١٧ تموز ١٩٩٥ قد انتهى في جملة ما انتهى اليه في توصياته الى التوصية التالية في مجال ترشيد الانفاق ككل، ومن بينها الانفاق على الخدمات الصحية.

" - ان المجلس يؤكد، انه اذا تحملنا جميعا مسؤولياتنا انطلاقا من مهامنا كمديرين عامين الى كافة المسؤولين على اي صعيد كان ، فان كلفة اي زيادة تطراً على الرواتب يمكن تحقيقها من ضبط الهدر وترشيد الانفاق في مجالات عدة وابرزها على سبيل المثال وليس الحصر ، وقف التوظيف المبني على اعتبارات الشفقة والرحمة والعمل الخيري ، والغاء بضعة الاف وظيفة شاغرة ، وترشيد الانفاق في مجالات الصحة، وضبط صناديق مداخل المدارس الرسمية ، والانفاق على المدارس المجانية الخاصة ، والمفروشات، واللوازم، وتوزيع فائض الاجراء 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 ادى الى تحميلها مخصصات اكثر من خمسة الاف عنصر فيها ، ووضع حد اقصى للتعويضات لا يجوز تجاوزه لاي كان في اي موقع كان . وتقدير مصير اهم قطاعات الانتاج والاستثمار ولاسيما تلك التي انتهت امتيازاتها كمرافق بيروت، وسائر المرافق اللبنانية، وادارة الريجي، والكازينو، وتحديث طرق ادارة مصافي النفط وغيرها ."

ومن المعلوم ايضا ان الانفاق على الخدمات الصحية تتحمله الدولة من جهة، والقطاع الخاص من جهة ثانية، والمواطن من جهة ثالثة .

فالدولة تتحملة من خلال تعاونية موظفي الدولة ، والقوى المسلحة جميعها من جيش، وقوى امن داخلي، وامن عام، وامن 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 والامومة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وبالغلة / ١٢% / من الراتب الشهري للمستخدمين والاجراء .

والمواطن يتحملة من خلال ما يترتب عليه مباشرة من نفقات استشفائية بالاضافة الى ما تدفعه الجهات المبينة اعلاه ، ويتحملة ايضاً من خلال سعي بعض المواطنين الى التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصة .

ومهما حاولنا التقليل من حجم الانفاق الصحي من قبل جميع الجهات المبينة اعلاه، فإنه يتجاوز الخمسمائة مليار ل.ل.، ورغم ذلك فان النقمة قائمة من جميع الاطراف: من جهة المستشفيات الخاصة التي تتولى كليا تقريبا الخدمات الصحية، ومن جانب المريض ايضاً.

ان مجلس الخدمة المدنية ، آخذاً بعين الاعتبار جميع ما تقدم ، وعملاً بالاحكام والقوانين المرعية الاجراء ، رأى لزاماً عليه ان يتقدم بهذه الدراسة التي تهدف الى ترشيد الانفاق على الخدمات الصحية .

أولاً : في تفعيل العمل بالمستشفيات والمستوصفات الحكومية

١ - النص على انشاء المستشفيات الحكومية المركزية والمستوصفات الحكومية

لاول مرة:

بموجب القانون الموضوع موضع التنفيذ بالمرسوم رقم ١٥٣٦ تاريخ ٢٥ / ١١ / ١٩٧٨ انشئ في كل مركز من مراكز المحافظات ، وفي قضاء بعلبك، مؤسسة

عامة تتولى ادارة مستشفيات وزارة الصحة العامة القائمة فيها ، واعطيت المؤسسة الشخصية المعنوية المستقلة، والاستقلال المالي والاداري، وارتبطت بوزارة الصحة العامة التي تمارس عليها سلطة الوصاية، ولم تخضع الا لرقابة ديوان المحاسبة ولرقابة التفيتش المركزي .

وتجدر الاشارة الى ان جميع النصوص التطبيقية اللازمة لوضع هذا القانون موضع التطبيق الفعلي قد صدرت، وهي :

- تحديد مهام وصلاحيات رئيس واعضاء مجلس الادارة 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 ٤٤٢٣ تاريخ ٢٠ / ١٠ / ١٩٨١).
 - تحديد ملاك كل مؤسسة عامة تتولى ادارة المستشفيات، وفئات ورتب ورواتب مستخدميها وشروط تعيينهم (المرسوم رقم ١٥٨٤ تاريخ ٢٥ / ٤ / ١٩٨٤).
 - نظام العاملين الإداريين والتقنيين والاجراء في المؤسسات العامة التي تتولى ادارة المستشفيات العامة (المرسوم رقم ١٥٨٥ تاريخ ٢٥ / ٤ / ١٩٨٤).
 - نظام التعاقد مع الاطباء، 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 ادارة المستشفيات الحكومية (المرسوم رقم ١٥٨٧ تاريخ ٢٥ / ٤ / ١٩٨٤).
- ومع ذلك، ورغم اصدار جميع النصوص اللازمة لتنفيذ العمل بالمستشفيات الحكومية بطريق المؤسسات العامة، فانها لم توضع على الاطلاق موضع التنفيذ .

٢ - تعديل لاحق للنصوص المتعلقة بالمستشفيات الحكومية :

بموجب القانون رقم ٥٤٤ تاريخ ٢٤ تموز ١٩٩٦ صدر قانون لاحق عدل في بعض

احكام القانون الموضوع موضع التنفيذ بالمرسوم رقم ١٥٣٦ تاريخ ٢٥ / ١١ / ١٩٧٨ بحيث انشأ:

- 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 اصدار مراسيم جديدة تحدد دقائق تطبيق القانون الجديد .

لكن هذه النصوص التطبيقية المشار اليها 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 اصبحت بالنتيجة امكانية انشاء المستشفيات الحكومية قائمة في اي مكان كان على الاراضي اللبنانية دون الالتزام بمراكز المحافظات ، ودون الالتزام بأي ضوابط من اي نوع كان ، متجاهلا كلياً إنشاء المناطق الصحية في جميع الاراضي اللبنانية بموجب المرسوم الاشتراعي رقم ٨٣/١٥٩ وفق ما سيلى الحديث عنه.

ثانياً : في انشاء المناطق الصحية تجدر الاشارة الى ان المرسوم الاشتراعي رقم ١٥٩ تاريخ ١٦ / ٩ / ١٩٨٣ كان قد قضى بإنشاء مناطق صحية ومراكز صحية، وربط انشاء المناطق الصحية بحجم سكاني قدره مائتا الف نسمة تقريباً مع مراعاة التقسيم الاداري الساري المفعول ، وبانشاء مجلس صحي في كل منطقة صحية يضم

ممثلين عن الادارات العامة المعنية بالشؤون الصحية وعن المستفيدين من الخدمات الصحية، وعن المهن الطبية.

كما نص هذا المرسوم الاشتراعي على انشاء مركز صحي لكل مجموعة سكنية يبلغ تعداد افرادها ثلاثين الف نسمة، على ان يراعي في تحديد مكان كل مركز صحي عدد السكان، والمسافة، وطرق المواصلات، ووجود خدمات صحية مماثلة .

ونصّ المرسوم الاشتراعي المذكور على انشاء مستشفى وسطي في كل منطقة صحية يتراوح بين ٧٠ الى ١٠٠ سرير على الاقل للجراحة العامة، وطب الاطفال، والتوليد، والطب الداخلي، والطوارئ، وطب الاسنان، والمعاینات الخارجية .

كما نصّ المرسوم الاشتراعي المذكور على انشاء مستشفى كبير يتسع لاربعمائة سرير، وذلك لكل ثلاث مناطق صحية تُمارس فيه جميع الاختصاصات بالاضافة الى المعاینات الخارجية . وذهب المرسوم الاشتراعي المذكور الى حد تحديد الاهتمامات التي يتولاها المركز الصحي، فقصر نشاطه في حدود ثلاثين الف نسمة على انها :
رعاية الام، والاولاد، وتنظيم صحة الاسرة - العناية الطبية - الدراية والتحصين -
الصحة المدرسية - التربية الصحية - اصحاب البيئة - تعزيز التغذية - الاحصاء -
مختبر واشعة - المتابعة المنزلية وصحة الاسنان .

ولم يغفل المرسوم الاشتراعي رقم ١٥٩ / ٨٣ تحديد ملاك كل مركز صحي فحدده بـ / ٢٦ / عنصراً من اطباء، الى جهاز طبي مساعد، الى جهاز اداري .

ثالثاً : في تحليل الوضع القانوني والتنظيمي السائد ونتائجه

يتبين مما عرضناه من نصوص قانونية وتنظيمية ان هذه النصوص كانت وما تزال تمكّن من تحقيق انجازين هامين، في مجال ترشيد ملفت في الانفاق على الخدمات الصحية من جهة ، وفي تنمية صحية شاملة تشمل الاراضي اللبنانية من جهة ثانية .

الانجاز الاول : ففي مجال ترشيد الانفاق تمكّن النصوص القانونية والتنظيمية السائدة

من تحقيق ما يلي :

١ - انشاء سبع مستشفيات حكومية في لبنان حسب القانون الصادر عام ١٩٧٨ ،
واحدة في مركز كل محافظة، وواحدة اضافية في مدينة بعلبك، وان تفعيل العمل بهذه
المستشفيات لم يكن ينقصه اي شيء على الصعيد القانوني او التنظيمي، وانما كان
ينقصه إرادة التطبيق فقط، بدليل ما اوردناه بتفصيل عن صدور جميع النصوص
التنظيمية اللازمة لهذا التطبيق .

٢ - ان التعديل اللاحق الذي تم عام ١٩٩٦ لم يكن من شأنه ان يلغي او يعطل
تطبيق او تفعيل العمل بالمستشفيات الحكومية لو كانت قد فعلت سابقاً، بدليل انه
احتفظ بالمستشفيات المركزية في مركز كل محافظة بالاضافة الى مدينة بعلبك ، انما
اضاف اليها انشاء مستشفيات حكومية جامعية ، وهو امر متعارف عليه عالمياً
وعربياً، بدليل مستشفى القصر العيني في جامعة القاهرة الذي يعتبر من ابرز
المستشفيات الحكومية المصرية ان لم يكن العربية على الاطلاق.

٣ - ان التعديل الذي تم عام ١٩٩٧ بالقانون رقم ٦٠٢ تاريخ ٢٨ / ٢ / ١٩٩٧ لم
يكن له ما يبرره اطلاقاً للأسباب التالية:

أ - لأنه عمم انشاء المستشفيات الحكومية في لبنان دون اية ضوابط من اي نوع
كانت.

ب - لأنه تجاهل كلياً وجود المناطق الصحية التي انشأها المرسوم الاشتراعي رقم
١٥٩ / ٨٣، هذه المناطق التي تُحدث، كما فصلنا اعلاه، في حدود مائتي الف نسمة،
ويديرها مجلس صحي، ويتواجد بها مراكز صحية في حدود مركز واحد لكل ثلاثين
الف نسمة، بالاضافة الى المستشفيات الوسطية، والكبرى.

ج - انه لو طبقنا العمل بنظام المناطق الصحية التي نص عليها المرسوم الاشتراعي
رقم ١٥٩ / ٨٣ لكان أنشئ ما لا يزيد عن (١٥) منطقة صحية في لبنان.
١٥=٢٠٠٠٠٠/٣٠٠٠٠٠ منطقة صحية ، ولكانت حظيت هذه المناطق

الصحية جميعها على كافة الاراضي اللبنانية بحوالي تسعين الى مائة مركز صحي تمارس النشاطات التي اشرفنا اليها اعلاه بكوادر معقولة جداً. ولكانت حظيت المناطق الصحية جميعها ايضاً بخمس مستشفيات كبرى بمعدل مستشفى كبير لكل ثلاث مناطق صحية، بالاضافة الى المستشفيات المركزية الكبرى.

د - انه لو فعلنا ذلك كله، وخصصنا فقط نصف ما ينفق على الخدمات الصحية من اموال عامة قدرناها في حدود اكثر من / ٥٠٠ / مليار ل.ل. سنوياً، لكان الانفاق انخفض الى النصف تقريباً لأسباب هامة تختصر فيما يلي :

- ان اية موازنة لأي مستشفى حكومي مركزي لا يمكن ان تتعدى خمسة وعشرين ملياراً $25 \times 7 = 175$ مليار - ان اية موازنة لأي مستشفى كبير غير مركزي يضم ثلاث مناطق صحية ويلبي خدمات / ٦٠٠ / الف مواطن لا يمكن ان تتعدى خمسة وعشرين ملياراً سنوياً $25 \times 5 = 125$ مليار.

- ان اية موازنة لأي مستشفى وسطي في كل منطقة صحية لا يمكن ان تتعدى / ٨ / مليار ل.ل. $8 \times 15 = 120$ سنوياً مليار ل.ل. سنوياً .

- ان اية موازنة لأي مركز صحي يلبي حاجة ثلاثين الف نسمة لا يمكن ان يتعدى / ٢٥٠ / مليون ل.ل. $100 \times 250 = 500$ مليار.

وعليه تكون حصيلة مجموع ما يستوجبه تفعيل العمل بالمستشفيات المركزية السبع، وبالمستشفيات الكبرى الخمس وبالمستشفيات الوسطية الخمس عشرة، وبالمراكز الصحية المائة، على كافة الاراضي اللبنانية: $175 + 125 + 120 + 25 = 440$ اربعمائة وخمسة واربعون مليار ليرة لبنانية سنوياً فقط. وذلك بالمقارنة مع مبلغ ال : / ٥٠٠ / مليار ل.ل. الذي ينفق حالياً في اقل تقدير .

هـ - فاذا اخذنا بعين الاعتبار ان هذه الدراسة هي نظرية وليست ميدانية وبأن الدراسات الميدانية اللاحقة من جانب الاجهزة المختصة قد تؤدي حتماً الى اختصار عدد المراكز الصحية لصالح المستشفيات الوسطى واختصار عدد هذه الاخيرة لصالح

المستشفيات الكبرى الخمس ، واختصار عدد هذه الاخيرة لصالح المستشفيات الكبرى السبع ، فان المبلغ المقدر اعلاه سينخفض الى اكثر من ذلك بكثير .

و- واذا اخذنا بعين الاعتبار وجوب مساهمة المريض في كلفة الاستشفاء - كما هو سائد عالمياً بنسبة ١٠ % من كلفة الاستشفاء- فان مبلغ الاربعمائة وخمسة واربعين ملياراً سينخفض الى اربعمائة مليار ونصف المليار ل.ل سنوياً.

ز- واذا اضفنا الى ذلك كله ان واردات هذه المؤسسات العامة، تشمل كما نص قانون انشائها بالاضافة الى مساهمات الدولة، والى الواردات الذاتية التي تستوفيها لقاء الخدمات الطبية التي تقدمها والى مساهمات ملحوظة من البلديات نظراً للخدمات التي تؤديها لحساب أبنائها ، تشمل حكماً اية واردات اخرى تلاحظها 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 ام اجنبية ، وبصورة اخص من جانب مؤسسات الامم المتحدة التي بدأت تولي الشأن الصحي اهتماما خاصا منذ بدء السبعينات ، فان المبلغ الذي قدرناه اعلاه بحوالي /٤٠٠/ مليار ليرة لبنانية سنويا سينخفض الى اكثر من ذلك بكثير انطلاقاً من ان التبرعات التي تأتي من المراجع المبينة اعلاه تكون اغزر واضخم اذا ما تولت الخدمات الصحية مؤسسات عامة او مؤسسات تتوخى النفع العام، اكثر مما لو تولتها مؤسسات خاصة.

اما الانجاز الثاني: وهو الابرز والاهم - وبصرف النظر عما اذا كان تفعيل العمل بالمستشفيات الحكومية والمناطق الصحية سيحقق وفراً او لا يحقق - فهو ان تفعيل العمل بالنصوص القانونية والتنظيمية القائمة يؤدي الى انماء مناطقي صحي شامل ، ذلك ان حجم ما ينفق حالياً وهو انفاق وهمي وينفق بدون اية رقابة على الاطلاق من خلال الاطلاع على نشاط بعض الوزارات والارقام 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 بينا بالارقام اعلاه، وانما سيحقق انجازا يضمن انتشار الخدمات الصحية على كافة الاراضي اللبنانية، ويكفي في هذا الانتشار ولا سيما في المناطق البعيدة ، والنائية، والمحرومة، انه يحقق بالتالي ايجابية تتكفل بتحقيق انماء مناطقي متوازن هام ترجّح اهمية الوفر الذي اشرنا الى اهمية تحقيقه اعلاه ، هذا الانماء 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 التالي : " الانماء المتوازن للمناطق ثقافياً واجتماعياً واقتصادياً ركن اساسي من اركان وحدة الدولة واستقرار النظام " .

ومن المسلم به ان الرعاية الصحية هي من اهم ركائز الانماء الاجتماعي.

رابعاً: في تفعيل المكتب الوطني للدواء

كل اللبنانيين يعرفون الظروف التي ادت الى انشاء المكتب الوطني للدواء واهمها استقالة وزير صحة من اهم وزراء الصحة الذين عرفهم لبنان .

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

ومن اجل تفعيله بصورة فاعلة تكوّن المكتب من مجلس تنفيذي ، وهيئة علمية. ورغم صدور المرسوم رقم ٥٧٧٩ تاريخ ١١ / ١٠ / ١٩٩٤ الذي يحدد مهام وصلاحيات مفوض الحكومة لدى هذا المكتب، وبالتالي رغم امكانية وضع جميع

النصوص التطبيقية لضمان تطبيق العمل بهذا المكتب وتفعيله، فان هذا المكتب لم يُفَعَّل حتى الان .

ورغم ان المكتب لا يجوز له ان يبيع الادوية والمستحضرات الطبية من العموم مباشرة ، الا في الحالات الطارئة التي يعود امر تقديرها الى مجلس الوزراء، رغم ذلك فان تفعيل هذا المكتب كان سيؤدي فعلا الى ثلاث نتائج هامة :

اولها: تخفيض كلفة الاستشفاء في المؤسسات الحكومية الاستشفائية حيث يسد هذا المكتب حاجة هذه المستشفيات الحكومية بالادوية وذلك بسعر الكلفة فقط، خاصة اذا اخذنا بعين الاعتبار ان كلفة الاستشفاء تتكوّن من نسبة قدرها / ٤٠ الى ٥٠% كنفقات على الادوية والمستحضرات الطبية فقط .

ثانيها: انه يستطيع ان يتعامل مع الدول المصدرة للادوية في العالم مباشرة وبدون اية وساطة، ويحقق بالتالي وفرا ملحوظا في استحضار الادوية على اختلافها ، وبالتالي في الانفاق على الرعاية الصحية .

ثالثها: انه يمكن من تلبية حاجة بعض المواطنين في ظروف يعود تقديرها لمجلس الوزراء مع ما يحققه ذلك من تخفيف عبء تحميل العموم نفقات باهظة لشراء الأدوية.

والخلاصة : ان مجلس الخدمة المدنية : - بما اعطي من صلاحية بموجب المرسوم رقم ١٩٣ تاريخ ٦ / ١٢ / ١٩٥٨ للاطلاع الدائم على سير الادارة بغية اقتراح ما يؤول الى تحسينه.

- وبما أعطي من صلاحية بموجب قانون انشائه (المرسوم الاشتراعي رقم ١١٤ تاريخ ١٢/٦/١٩٥٩) من صلاحية " تقديم الاقتراحات الى مجلس الوزراء في تعديل

الجمهورية اللبنانية

مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

القوانين والانظمة المتعلقة بتنظيم الادارات العامة والمؤسسات العامة واساليب عملها وتحديد عدد الوظائف فيها .

وتقديراً منه لضرورة ترشيد الانفاق على الخدمات الصحية التي تعتبر الاعم على الاطلاق بين سائر الخدمات لان الصحة هي فوق اي اعتبار .

وادراكاً منه ان حجم الانفاق على الخدمات الصحية وحدها قد تخطى الـ 9% من مجموع ارقام الموازنة العامة البالغة / ٦٤٣٠/ ملياراً دون الموازنات الملحقة.

واقتراناً منه بأن الاصلاح الاداري لا يقتصر فقط على مجرد وضع النصوص التشريعية كانت او تنظيمية ، وتحديثها بين يوم وآخر ، وانما على تفعيل هذه النصوص وتطبيقها ، ذلك ان احدي ابرز معضلات الاصلاح الاداري تكمن في تعطيل النصوص القانونية والتنظيمية او اساءة تطبيقها ، من عدم تطبيق قانون الاثراء غير المشروع، الى تعطيل جدول الترفيع ، وجدول الترقية ، واعادة تنظيم الدوائر، والغاء الوظائف الفائضة ، وتعطيل الحد من الية التدرج وحكميته ، الى سوء تطبيق استخدام الاجراء والمتعاقدين، و اساءة تطبيق الحد الاقصى للتعويضات، وكذلك الاعمال الاضافية وغيرها .

واخيراً ، التزاماً بنظرية الطريقة التجريبية او التطبيقية في مجال علم الادارة ومؤسس هذه النظرية (CHARLES DEBBASCH) في مؤلفه Méthodes Administrative modernes de la Reforme حيث يقول (Il faut rôder la reforme avant de la généraliser) "يجب ان يُجرب الاصلاح قبل ان يعمم".

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