



اللجنة العليا لتنفيذ التعاون
الاستراتيجي لمكافحة الفساد
HC-ISCCC

مُراجعة دعم القطاع الدوائي

تقارير



الهيئة الوطنية
لمكافحة الفساد



ديوان المحاسبة
الليبي



الملخص التنفيذي

ليبيا احتلت المرتبة 124 من بين 194 دولة في مؤشر التغطية الصحية الشاملة لمنظمة الصحة العالمية عام 2019. وفي العام ذاته، احتلت ليبيا المرتبة 86 من حيث الناتج المحلي الإجمالي للفرد، مما يشير إلى أن قطاعها الصحي كان يؤدي أداءً دون المستوى المطلوب بالنظر إلى مواردها المالية. بين عامي 2022 و2025، أنفقت ليبيا 11.82 مليار دينار ليبي على توريد الأدوية للقطاع العام. غير أن هذه النفقات اتسمت بتقلبات حادة وغير مبررة: فقد شهدت زيادة مفاجئة بلغت 134% في عام 2023، إذ بلغت النفقات 4.15 مليار دينار، تلتها انخفاض حاد بنسبة 49% في عام 2025. إن هذه التقلبات الدراماتيكية توضح مدى انفصال النفقات عن الاحتياجات الصحية الفعلية أو المؤشرات الوبائية المعتمدة.

يقدم هذا التقرير مراجعة رقمية وتحليلية شاملة ومتكاملة للإنفاق في القطاع الدوائي الليبي، وذلك من خلال تحليل سلسلة التوريد الدوائية في ليبيا، بدءاً من تحديد الاحتياجات والبروتوكولات العلاجية، مروراً بعمليات التسجيل والمشتريات، وانتهاءً بتخزين وتوزيع الأدوية الملائمة والصالحة. يكشف التحليل عن فجوات هيكلية محددة ومتزايدة تمتد عبر مختلف حلقات السلسلة، والتي تؤدي مجتمعة إلى إهدار كبير للمال العام، ومخاطر صحية وبيئية ناشئة، وتهديد مباشر للحكومة والسيادة الوطنية المالية والدوائية للدولة في هذا القطاع.

1. أبرز النتائج :-

أولاً: غياب إطار وطني منظم :

يكشف هذا التحليل عن غياب إطار وطني شامل ينظم سلسلة الإمداد الدوائي في ليبيا، وهو خلل جوهري تتبع منه معظم أوجه القصور الأخرى. كما أن عدم وجود بروتوكول وطني موحد للعلاج، نتيجة اعتماد هيئات علمية مختلفة لنهج علاجية متعددة، أدى إلى إعداد قوائم دوائية غير متسقة (القوائم الرسمية للأدوية المعتمدة)، الأمر الذي انعكس سلباً على توحيد الممارسات العلاجية وتخطيط الاحتياجات الدوائية.

وتعتمد عملية تقدير الاحتياجات الدوائية حالياً على منهجية تقديرية افتراضية لا تستند إلى بيانات الاستهلاك الفعلية أو إلى العبء الحقيقي للأمراض. ورغم أن تحديد الاحتياجات الدوائية يُعد حجر الأساس لأي تخطيط صحي سليم، فإن هذه العملية ما تزال تُدار بأساليب تقليدية قائمة على التقدير، دون الاعتماد على بيانات دقيقة أو أنظمة رقمية موحدة. وقد أدى ذلك إلى اختلال واضح بين العرض والطلب، تمثل في وجود فوائض كبيرة لبعض الأدوية بكميات تفوق الاحتياجات الفعلية بمئات الآلاف من الوحدات، مقابل نقص حاد في أدوية حيوية أخرى، مثل أدوية الأمراض العصبية ومستحضرات الحديد.

كما لا تزال بعض الأدوية التي لم تعد مستخدمة، مثل غونادوريلين (Gonadorelin)، مدرجة ضمن قوائم الاحتياجات الرسمية بكميات تتجاوز 10,000 وحدة. وتؤدي هذه الاختلالات إلى هدر مالي كبير، فضلاً عن تأثيرها المباشر على توافر العلاج للمواطنين واستمرارية تقديم الخدمات الصحية.

ويتفاقم هذا القصور نتيجة غياب نظام إلكتروني وطني يربط بين وزارة الصحة، وإدارة الصيدلة، والمؤسسات الصحية، وجهاز الإمداد الطبي، الأمر الذي يحرم الدولة من أدوات فعالة للتخطيط والمتابعة والرقابة والتدقيق، ويحد من قدرتها على إدارة سلسلة الإمداد الدوائي بكفاءة وشفافية.



ثانياً: الانتقال إلى نموذج الشراء المجزأ وارتفاع غير منضبط في الإنفاق :-

على صعيد الإنفاق والتمويل، كشف تحليل برنامج دعم الأدوية للفترة (2022-2025) عن تحول جوهري ومثير للقلق في نظام التوريد الدوائي، حيث انتقل من نموذج مركزي موحد إلى نموذج متعدد الجهات والفاعلين، يفتقر إلى معايير الحوكمة الواضحة وإلى أي ارتباط بين الإنفاق ومؤشرات الأداء أو العبء المرضي الفعلي. ففي عام 2022 كان جهاز الإمداد الطبي الجهة الوحيدة المسؤولة عن توفير الأدوية، إلا أنه بحلول عام 2025 تجاوز عدد الجهات المشاركة في عمليات التوريد 25 جهة، شملت مستشفيات وهيئات ومراكز طبية محلية. وقد أدى هذا التوسع غير المنظم إلى تداخل اختصاصات التوريد، وتضارب الأدوار والمسؤوليات، وإضعاف منظومة الرقابة والتدقيق.

علاوة على ذلك، أظهر تحليل المراسلات المتعلقة بالمشتريات وطلبات تخصيص النقد الأجنبي لأغراض التوريد خلال فترة أربع سنوات ارتفاعات غير اعتيادية ومثيرة للتساؤل في حجم الطلب على العملات الأجنبية. فقد بلغت قيمة طلبات النقد الأجنبي المقدمة من القطاع الخاص نحو 653 مليون دولار أمريكي، في حين فتح القطاع العام اعتمادات مستندية بقيمة 742 مليون يورو. وعند فحص الشركات الموردة والأدوية المستوردة من خلال القطاعين العام والخاص، يتبين وجود تداخل ملحوظ في العديد من الشركات والأصناف الدوائية الموردة عبر القناتين معاً.

ويشير هذا الوضع تساؤلاً رقابياً جوهرياً حول الوجهة الفعلية للكميات المستوردة، ومدى توافقها مع الاحتياجات الحقيقية للسوق المحلية. كما يشير إلى ارتفاع مخاطر ضعف تطبيق متطلبات "اعرف عميلك" (Know Your Customer - KYC) وضوابط الامتثال المصرفي، وما قد يترتب على ذلك من احتمالية حدوث تسربات مالية واسعة النطاق داخل قطاع الدواء، بما يهدد كفاءة الإنفاق العام وسلامة إدارة الموارد المالية المخصصة للصحة.

ثالثاً: ضعف الرقابة على تسجيل الشركات وغياب الضوابط :-

وفي صميم هذه المنظومة التي تفتقر إلى الشفافية، تبرز عملية تسجيل الشركات الدوائية باعتبارها إحدى أهم بؤر الهشاشة والمخاطر. فقد كشف التحليل عن وجود مؤشرات على تضارب المصالح، تمثلت في النمو غير الطبيعي لإيرادات بعض الشركات التي يملك مسؤولون في وزارة الصحة وأعضاء في مجلس النواب حصصاً فيها. وتشير هذه النتائج إلى الحاجة الملحة لتعزيز آليات الحوكمة والرقابة للحد من المعاملة التفضيلية للأشخاص ذوي النفوذ السياسي والاقتصادي.

وفي إحدى الحالات، ارتفعت قيمة الاعتمادات الممنوحة لشركة «تيسير للأدوية» من 2.2 مليون دولار أمريكي عام 2022 إلى 43 مليون دولار عام 2025، بمعدل نمو بلغ 1,834%. كما سجلت شركات أخرى معدلات نمو تجاوزت 1,300%. وتوقع هذه النسب بشكل كبير معدلات النمو الطبيعية لقطاع الأدوية عالمياً، والتي تتراوح عادة بين 5% و20% سنوياً، الأمر الذي يثير شبهات جدية بشأن هيمنة بعض الجهات على السوق وضعف الرقابة والتدقيق المسبق على عمليات التوريد والتمويل.

كما يبين التحليل أن عددًا محدودًا من الشركات الليبية الخاصة أصبح يهيمن بصورة متزايدة على قطاع الدواء، مع وجود تفاوتات واضحة بين مساهماتها الضريبية وحجم تدفقاتها المالية. ويُعزى جزء من هذه الإشكالية إلى قصور نظام التسجيل الحالي، الذي لا يستند إلى تسجيل المنتجات الدوائية وفقاً للمعايير الدولية المعتمدة، بل يعتمد على نظام تسجيل عام يشمل



منتجات متنوعة، من بينها المواد الغذائية وغيرها من السلع ذات الصلة، وهو ما يجعله غير ملائم لطبيعة القطاع الدوائي ومتطلباته الرقابية المتخصصة. ويضم السجل الوطني حالياً 728 شركة دوائية، منها 538 شركة أجنبية، و104 شركات استيراد، و86 شركة توزيع. إلا أن التحليل أظهر وجود تركّز كبير لحقوق توزيع الأدوية في أيدي عدد محدود من الوكلاء المحليين. فعلى سبيل المثال، تستحوذ شركات مثل ALFA وALDAWLI وEKLIL على عدد كبير من تراخيص التوزيع، بما يتجاوز بصورة ملحوظة الحد القانوني المقرر لتراخيص التوزيع، والمحدد بعشرة تراخيص لكل شركة توزيع. وتبرز شركة ALFA بصورة خاصة، إذ تمتلك حق التمثيل الحصري لـ 53 شركة دوائية دولية، وهو ما يمنحها نفوذاً استثنائياً داخل السوق الدوائية الليبية. وتؤدي هذه الممارسات إلى تكريس أوضاع احتكارية بدلاً من تعزيز المنافسة العادلة، حيث تصبح شركات التوزيع المحلية الكبرى والشركات المرتبطة بها قادرة على فرض شروطها التعاقدية والتجارية على الدولة الليبية، بما يضعف من قدرتها على التفاوض ويؤثر سلباً على كفاءة إدارة منظومة الإمداد الدوائي.

رابعاً: تراكم الأدوية المنتهية الصلاحية

حتى الوقت الراهن، لا توجد آلية وطنية معتمدة للتخلص من الأدوية المنتهية الصلاحية. ونتيجة لذلك، ما تزال هذه الأدوية تتراكم في العديد من مواقع التجميع والتخزين، مما يترتب عليه أعباء مالية إضافية مرتبطة بالنقل والتخزين، فضلاً عن المخاطر الصحية الناجمة عن بقائها لفترات طويلة دون معالجة أو إتلاف آمن. وقد أدت هذه الاختلالات إلى تراكم كميات ضخمة من الأدوية الراكدة ومنتهية الصلاحية خلال الفترة الممتدة بين عامي 2001 و2025. وفي أحد الأمثلة الواردة في السجلات الرسمية، تحتفظ ليبيا بأكثر من 200 ألف قرص من دواء نفسي انتهت صلاحيته في عام 2025. كما تشير البيانات إلى وجود 626,124 صنفاً دوائياً منتهي الصلاحية مخزناً في مستشفى الرازي للأمراض النفسية والعصبية وحده. وتكتسب هذه المسألة أهمية خاصة بالنظر إلى أن جزءاً من الأدوية المخزنة في مستشفى الرازي يندرج ضمن فئة الأدوية المستخدمة لعلاج الأمراض الفيروسية، وهو ما يجعلها تشكل خطراً ملموساً على الصحة العامة إذا لم يتم التعامل معها وتخزينها والتخلص منها وفق المعايير الفنية المعتمدة. وقد أظهر التحليل أن هذا التراكم ليس ظاهرة عرضية، بل يمثل نتيجة مباشرة لضعف التخطيط، وقصور أنظمة التتبع والرقابة، وغياب نظام موحد للترميز والتعريف الدوائي عبر مختلف مراحل سلسلة الإمداد. وأدى ذلك إلى إضعاف القدرة على إدارة المخزون الدوائي ومراقبة حركة الأصناف وصلاحيتها بشكل فعال. وتعد هذه الأدوية من أخطر أنواع النفايات الطبية، نظراً لما تسببه من مخاطر صحية وبيئية واقتصادية جسيمة. وتتفاقم هذه المخاطر في ظل عدم الالتزام بإرشادات World Health Organization المتعلقة بالتخزين الآمن، والنقل السليم، والتخلص النهائي من الأدوية المنتهية الصلاحية، الأمر الذي يستدعي تدخلاً عاجلاً لوضع منظومة وطنية فعالة لإدارة النفايات الدوائية والحد من تراكمها مستقبلاً.



2. مؤشرات وشبهات الفساد في سلسلة توريد الأدوية

يكشف تحليل سلسلة توريد الأدوية عن سبعة عوامل هيكلية تتيح الفساد في المنظومة الدوائية الليبية:

أ. تضارب المصالح والهيمنة على القرار (المؤشر الأعلى خطورة):

- يمتلك بعض أعضاء مجلس النواب ومسؤولي وزارة الصحة شركات دوائية. وقد ساهموا بصورة مباشرة في صياغة سياسات وإجراءات الشراء والتوريد التي تصب في مصلحة تلك الشركات، مما يخلق حالة خطيرة من تضارب المصالح تهدد المصلحة العامة وتقوض مبادئ النزاهة والشفافية في إدارة القطاع الصحي.
- إن امتلاك بعض الشخصيات النافذة داخل السلطتين التشريعية والتنفيذية لشركات دوائية، أو ارتباطها المباشر بكيانات عاملة في هذا القطاع، لا يمثل مجرد تضارب مصالح نظري، بل يترجم عملياً إلى قدرة على التأثير في صياغة السياسات العامة، وتوجيه القرارات التنظيمية، والتحكم في مسارات التوريد والمشتريات. ويصل هذا الوضع إلى مستوى الاستحواذ على السياسات العامة (Policy Capture)، حيث تتحول السياسات من أدوات لتنظيم السوق وتحقيق المصلحة العامة إلى وسائل لإعادة توزيع الفرص الاقتصادية لصالح مجموعات محددة ذات نفوذ.
- تتحمل الشركات الدوائية كامل التكاليف المرتبطة بزيارات فرق التفتيش إلى مصانعها، وهو ما يضعف استقلالية عمليات التفتيش والرقابة، ويجعلها عرضة للتأثيرات التجارية وتضارب المصالح، بما قد يؤثر على موضوعية التقييمات الفنية والرقابية.
- استحوذت بعض الشركات الخاصة على دور مؤثر في عملية تحديد الاحتياجات الدوائية، الأمر الذي أدى إلى تحويل المناقصات العامة من آلية لتلبية الاحتياجات الصحية الوطنية إلى أداة قد تُستخدم لخدمة مصالح تجارية خاصة، على حساب الكفاءة والعدالة في تخصيص الموارد.
- كما أن عدم الالتزام بالحد القانوني المقرر لعدد الوكالات الدوائية التي يمكن أن تمتلكها الشركة الواحدة يعزز من مظاهر الاحتكار في السوق، ويؤدي إلى تركّز النفوذ الاقتصادي في أيدي عدد محدود من الجهات، بما يرسخ قدرتها على التأثير في القرارات الإدارية والتنظيمية وحتى السياسية المرتبطة بقطاع الدواء.

ب. الهيمنة السوقية وانعدام المنافسة:

- تشير الزيادات الاستثنائية والمتسارعة في إيرادات عدد محدود من الشركات إلى وجود مؤشرات مقلقة على إساءة استخدام النفوذ واحتمال انتشار ممارسات المحاباة والمحسوبية. فمعدلات النمو التي حققتها بعض الشركات، والتي تجاوزت بشكل كبير المعدلات الطبيعية للنمو في قطاع الأدوية عالمياً، لا يمكن تفسيرها بارتفاع الطلب وحده، بل توحى بوجود تدفقات تجارية موجهة أو مزايا تفضيلية منحت لهذه الجهات دون غيرها.
- إن اعتماد الجهات الرسمية بصورة متكررة على شركات محددة لتوريد الأدوية يؤدي إلى إضعاف المنافسة في السوق بشكل غير مبرر، ويحد من فرص دخول أو توسع



- الموردین الآخرين، الأمر الذي ینعکس سلبيًا على كفاءة الإنفاق العام ويؤدي إلى ارتفاع التكاليف وتقليص الحوافز المرتبطة بتحسين الجودة والأسعار.
- كما أن وجود تفاوتات ملحوظة بين السجلات الضريبية لبعض الشركات وحجم تدفقاتها المالية الفعلية يثير شبهات تتعلق بالتهرب الضريبي أو غسل الأموال. وفي ظل غياب منظومة متكاملة للرقابة المالية تربط بين البيانات الضريبية والمصرفية والعقود الحكومية، يمكن أن تتحول بعض هذه الشركات من كيانات تجارية تمارس نشاطًا اقتصاديًا مشروعًا إلى قنوات لعبور الأموال وتحويلها، بما يزيد من تعقيد المشهد الرقابي ويحد من قدرة الجهات المختصة على تتبع التدفقات المالية والتحقق من مشروعيتها.
- ويؤدي تركيز الحصص السوقية وحقوق التوزيع في أيدي عدد محدود من الشركات إلى تعزيز مخاطر الاحتكار وتقويض مبادئ المنافسة العادلة، بما يمنح تلك الشركات قدرة متزايدة على التأثير في الأسعار وشروط التوريد واتجاهات السوق، على حساب المصلحة العامة وكفاءة النظام الدوائي الوطني.

ت. ضعف الحوكمة والرقابة:

- أدى الانتقال من نموذج إنفاق مركزي إلى نموذج متعدد الجهات يفتقر إلى التنسيق والمعايير الواضحة إلى خلق بيئة أكثر عرضة لمخاطر الفساد المالي والإداري. فقد أصبحت قرارات الشراء والتمويل موزعة بين جهات متعددة دون وجود إطار حوكمة موحد يضمن الاتساق والرقابة الفعالة على استخدام الموارد العامة.
- وفي مثل هذه البيئات المؤسسية المجزأة، تصبح عمليات الرقابة والتدقيق مشتتة، حيث تقتصر رؤية كل جهة على جزء من العملية دون الإحاطة الكاملة بمختلف مراحلها. وينتج عن ذلك ظهور ثغرات رقابية يمكن استغلالها لتحقيق مكاسب غير مشروعة أو لإخفاء أوجه القصور وسوء الإدارة. كما أن غياب أي ارتباط بين التمويل ومؤشرات الأداء، أو بين حجم الإنفاق والنتائج الصحية المحققة، يجعل من الصعب تقييم كفاءة القرارات المتخذة أو مساءلة المسؤولين عنها.
- شهدت منظومة الدعم والتوريد توسعًا غير منضبط في عدد الجهات المستفيدة من التمويل العام، دون اعتماد معايير واضحة تربط تخصيص الموارد بمستوى الأداء المؤسسي أو بالعبء المرضي الفعلي واحتياجات السكان الصحية.
- كما أن ضعف الرقابة على إجراءات المشتريات وعمليات تخصيص واستخدام النقد الأجنبي يفتح المجال أمام ممارسات الاختلاس والتلاعب بالحسابات والبيانات المالية، ويحد من قدرة الجهات المختصة على تتبع الأموال العامة والتحقق من سلامة إنفاقها.
- وقد أدى غياب نظام إلكتروني وطني متكامل لإدارة البيانات وتبادل المعلومات بين الجهات المعنية إلى إضعاف مستويات الشفافية والرقابة المؤسسية، كما حال دون بناء مسارات واضحة للمساءلة، مما يصعب تحديد المسؤوليات ومحاسبة متخذي القرار عن خيارات الشراء والتوريد ونتائجها المالية والفنية.
- ويؤدي هذا الضعف المؤسسي المتراكم إلى تقويض مبادئ الحوكمة الرشيدة، ويحد من قدرة الدولة على التخطيط الفعال وإدارة المخاطر وضمان الاستخدام الأمثل للموارد المخصصة للقطاع الصحي.



ث. الازدواجية وسوء الإدارة:

- تُظهر البيانات نمطًا متكررًا من ازدواجية عمليات الشراء، حيث تقوم جهات متعددة بشراء نفس الأصناف الدوائية في الوقت ذاته أو خلال فترات متقاربة، دون وجود تنسيق مركزي أو تجميع للطلب، ويؤدي هذا السلوك إلى فقدان مزايا الشراء بالجملة (Economies of Scale)، ما يرفع الأسعار المدفوعة فعليًا، ويسبب في الوقت نفسه اختلالًا بين العرض والطلب يتمثل في فائض بعض الأدوية مقابل نقص في أصناف أخرى.
- وعلى الرغم من أن هذا النمط قد يبدو ظاهرًا نتيجة ضعف الإدارة أو غياب التنسيق المؤسسي، فإن تكراره واتساع نطاقه يثير احتمال استخدامه كغطاء لإبرام صفقات متعددة مع نفس الموردين، أو لتوزيع الإنفاق على قنوات مختلفة بهدف تقليل مستويات الرقابة والتدقيق المالي والإداري.
- كما تعكس قوائم الأدوية غير المتسقة، إضافة إلى التقديرات غير الدقيقة للاحتياجات الدوائية، ضعفًا واضحًا في عمليات التخطيط وغياب البيانات العلمية الدقيقة التي يفترض أن تُبنى عليها قرارات الشراء والتوريد.
- ويُعد استمرار تراكم الأدوية منتهية الصلاحية على مدى أكثر من عقدين مؤشرًا واضحًا على فشل منظومة إدارة الموارد، وربما أيضًا على وجود دورة مفرغة يتم فيها التوريد دون ارتباط فعلي بالاستهلاك، وهو ما قد يخفي وراءه ممارسات مالية غير سليمة يصعب تتبعها في ظل ضعف أدوات الرقابة والتتبع.

ج. الاختلال المالي وشبهات الاحتيال:

- يعكس مسار طلبات النقد الأجنبي وجود فجوة واضحة بين حجم التمويل المخصص والاحتياجات الفعلية، حيث تُظهر البيانات تقلبات وارتفاعات غير مبررة لا تتماشى مع مؤشرات الطلب الصحي أو العبء المرضي. وفي هذا السياق، يبرز تساؤل جوهري حول ما إذا كانت جميع الاعتمادات المالية المخصصة تُستخدم فعليًا لاستيراد أدوية موجهة للسوق المحلية، أم أنها تُمنح بناءً على اعتبارات غير موضوعية، بما في ذلك العلاقات أو النفوذ السياسي.
- كما أن التداخل بين قنوات التوريد في القطاعين العام والخاص، من حيث الشركات المتورطة والأصناف الدوائية المستوردة، يخلق بيئة خصبة لازدواجية التمويل أو تضخيم الطلب بشكل غير مبرر. وقد يؤدي ذلك إلى دخول كميات تفوق الاحتياج الفعلي، أو إلى تحويل جزء من الواردات خارج النظام الرسمي للتوزيع والرقابة.
- علاوة على ذلك، فإن ضعف تطبيق قواعد الامتثال المصرفي، بما في ذلك متطلبات اعرف عميلك (Know Your Customer - KYC) وإجراءات مكافحة غسل الأموال، يزيد من احتمالية استخدام القطاع الدوائي كقناة مالية لتحويل الأموال أو إخفاء مصادرها. وفي ظل غياب منظومة تدقيق مالي متكاملة تربط بين الاعتمادات المستندية، والعقود، والتوريد الفعلي، تبقى هذه المخاطر قائمة دون قدرة كافية على اكتشافها أو إثباتها بشكل حاسم، مما يضعف فعالية الرقابة المالية على القطاع ككل.



ج. غياب اللوائح والإطار القانوني:

- يعمل النظام الدوائي في ليبيا ضمن بيئة تشريعية غير مكتملة، حيث تتعدد القوانين واللوائح دون وجود إطار موحد ينظم العلاقة بين عمليات تسجيل الأدوية، والتوريد، والتوزيع، والاستهلاك. ويؤدي هذا التشتت التشريعي إلى خلق مساحة واسعة لاختلاف التفسيرات، كما يفضي إلى تباين واضح في تطبيق القواعد من جهة إلى أخرى.
- ويعني غياب بروتوكول وطني علاجي موحد أن تحديد الاحتياجات الدوائية لا يستند إلى مرجعية علمية مستقرة ومعتمدة، بل قد يتأثر بعوامل غير موضوعية أو اجتهادات مؤسسية متباينة. وبالمثل، فإن غياب نظام ترميز وطني موحد للأصناف الدوائية يفتح المجال أمام إعادة تسجيل نفس المنتج بأسماء مختلفة، أو صعوبة تتبع مساره عبر مختلف مراحل سلسلة الإمداد والتوزيع.
- ومن أخطر تجليات هذا الفراغ التنظيمي غياب آلية وطنية واضحة للتخلص من الأدوية منتهية الصلاحية، مما يخلق مخاطر محتملة تتعلق بإعادة إدخالها إلى السوق عبر قنوات غير مشروعة أو التخلص منها بطرق غير آمنة لا تراعي المعايير الصحية والبيئية. وفي هذا السياق، لا يقتصر القصور على كونه إدارياً فحسب، بل يتحول إلى مخاطر نظامية قابلة للاستغلال لتحقيق مكاسب غير مشروعة، بما يهدد سلامة النظام الصحي ويقوض ثقة الجمهور في المنظومة الدوائية.

خ. المخاطر الصحية والبيئية كامتداد للفساد:

- في هذا السياق، لا يمكن فصل المخاطر الصحية والبيئية عن البيئة الأوسع للفساد الإداري والمالي، بل يمكن اعتبارها امتداداً مباشراً له. فعملية تراكم الأدوية منتهية الصلاحية، وسوء ظروف التخزين، وضعف أنظمة النقل والتوزيع، لا تؤدي فقط إلى خسائر مالية، بل تسهم أيضاً في خلق بيئة قد تتسرب فيها أدوية غير صالحة للاستخدام إلى السوق الدوائية.
- كما أن عدم الالتزام بالمعايير الدولية في مجالات التخزين والتوزيع والتخلص من النفايات الدوائية يفتح المجال أمام ممارسات خطيرة، مثل إعادة تدوير الأدوية أو بيعها عبر قنوات غير رسمية، وهو ما يشكل تهديداً مباشراً لصحة المواطنين وسلامتهم.
- وفي مثل هذه الحالات، لا يعود الفساد مجرد مشكلة مالية أو إدارية فحسب، بل يتحول إلى قضية تمس الصحة العامة والأمن المجتمعي، حيث تصبح سلامة المواطن مرتبطة مباشرة بمدى نزاهة وفعالية منظومة إدارة الدواء والرقابة عليها.

د. التوصيات :-

- أ. إعادة بناء نظام الأدوية كنظام وطني موحد: التسجيل، والتتبع، والشراء، والتوزيع. كل ذلك ضمن نظام إلكتروني مركزي متكامل.
- ب. اعتماد بروتوكول علاجي وطني ملزم كأساس وحيد لإعداد القوائم النمطية ومتطلبات الأدوية.



- ت. إصلاح جذري لنظام تسجيل الشركات والمنتجات: الانتقال إلى تسجيل المنتجات الدوائية وفق المعايير الدولية، ومنع تضارب المصالح.
- ث. توحيد المشتريات والتمويل في مجال الأدوية: ضمان ربط الإنفاق بمؤشرات عبء المرض والاستهلاك الفعلي.
- ج. تعزيز الرقابة على الائتمان والنقد الأجنبي: التطبيق الصارم لمعايير الامتثال المصرفي ومتطلبات "اعرف عميلك" (KYC).
- ح. إنشاء نظام وطني لإدارة النفايات الصيدلانية والتخلص الآمن منها وفق معايير منظمة الصحة العالمية (WHO)، مع جرد شامل للأدوية المتراكمة.
- خ. تمكين الهيئات التنظيمية من مراجعة الأنشطة في سلسلة توريد الأدوية من أجل تحسين المساءلة.





الفهرس

1	الملخص التنفيذي
	1. أبرز النتائج
2	أولاً: غياب إطار وطني منظم
2	ثانياً: الانتقال إلى نموذج الشراء المجزأ وارتفاع غير منضبط في الإنفاق
3	ثالثاً: ضعف الرقابة على تسجيل الشركات وغياب الضوابط
4	رابعاً: تراكم الأدوية المنتهية الصلاحية
5	2. مؤشرات وشبهات الفساد في سلسلة توريد الأدوية
5	أ. تضارب المصالح والهيمنة على القرار
5	ب. الهيمنة السوقية وانعدام المنافسة:
6	ت. ضعف الحوكمة والرقابة:
7	ث. الازدواجية وسوء الإدارة:
7	ج. الاختلال المالي وشبهات الاحتيال:
7	ح. غياب اللوائح والإطار القانوني:
8	خ. المخاطر الصحية والبيئية كامتداد للفساد:
8	3. التوصيات
14	كلمة تمهيدية عن اللجنة العليا
14	نطاق وأهداف ومنهجية التحليل
17	الفصل الأول : الإطار العام للقطاع الدوائي وأساسه التشريعي
18	1. الإطار العام للنظام الدوائي
18	1.1 الهيكل العام لسلسلة الإمداد الدوائي
19	1.2 الهيئات العلمية وبروتوكولات العلاج
19	1.3 قائمة الأدوية والاحتياجات الدوائية
19	1.4 تكامل شركات الأدوية والوكالات ضمن سلسلة الإمداد الدوائي في ليبيا
20	1.5 لجنة العطاءات العامة
20	1.6 جهاز الإمداد الطبي
20	1.7 التخزين والتوزيع
21	2. الأدوار القانونية
21	2.2 توريد الأدوية
21	2.2 الإجراءات القانونية المنظمة لشركات الأدوية.
22	2.3 تحديد الاحتياجات
22	2.4 عمليات التوزيع والتخزين والتخلص من الأدوية المنتهية الصلاحية



الخلاصة:

23

24 **الفصل الثاني: تحليل المخصصات المالية (4 سنوات)**

25 1. الواقع وأرقامه: تحليل المخصصات (4 سنوات) والفجوة بين المعتمد والمنفذ

27 2. تحليل مؤشرات شبهات الفساد

29 3. التحليل والمقارنة مع المعايير الدولية

29 3.1 معايير منظمة الصحة العالمية (WHO)

30 3.2 معايير البنك الدولي (WORLD BANK)

32 **الفصل الثالث: تحليل الاعتمادات المنفذة (4 سنوات)**

33 ملخص تحليل الاعتمادات المستندية المنفذة (4 سنوات)

34 1. الواقع والتحديات: تحليل الاعتمادات، التوريد، وشبهات الفساد

1.1 القيمة الإجمالية لطلبات النقد الأجنبي المقبولة للأدوية البشرية خلال السنوات (2022-

34 2023 - 2024 - 2025):

35 1.2 قيمة وعدد الاعتمادات المفتوحة داخل العطاء العام وخارج العطاء العام

1.3 تبين من خلال عملية التحليل وجود اعتمادات مفتوحة أخرى وفقاً للعطاء 19 حيث تم رفع

35 قيمة الاعتماد 15% لسنة 2025

1.4 عدد الاعتمادات المفتوحة خلال السنوات (2025-2024-2023) بمصرف ليبيا المركزي

36 الخاصة بالعطاء العام و الموقف التنفيذي لها

37 2.1 الاعتمادات المستندية لسنوات (2023 - 2024 - 2025):

2.2 بند التطعيم كمثال لقيمة محاضر الترسية والاعتمادات لعينة من الهيئات التي تورد

37 بشكل منفصل وبيان القيمة الاجمالية لكل شركة بشكل مفصل

37 2.3 ملاحظة ختامية:

38 خارطة طريق الإصلاح: نحو منظومة توريد شفافة وفعالة

38 أولاً: إعادة هيكلة منظومة الحوكمة الدوائية وتوحيد سلطة القرار:

38 ثانياً: ضبط منظومة النقد الأجنبي وربط الاعتمادات بالاحتياج الفعلي:

38 ثالثاً: إصلاح نظام الاعتمادات المستندية وإغلاق الفجوات الرقابية:

39 رابعاً: تنظيم العلاقة بين القطاع العام والخاص ومنع الازدواجية في التوريد:

39 خامساً: ضبط أداء الشركات الموردة وربط النمو بمؤشرات رقابية:

39 سادساً: إعادة تنظيم منظومة الترسية والعقود طويلة الدورة:

40 سابعاً: تعزيز الشفافية والرقابة على دورة المال الدوائي:

40 ثامناً: إصلاح الإطار التشريعي وتوحيد المرجعية القانونية:

41 **الفصل الثالث: الشركات الدوائية (التسجيل، التوريد، والتحقق)**

42 ملخص: الشركات الدوائية (التسجيل، التوريد، والتحقق)

42 1. الواقع الرقمي: تحليل سوق الشركات، الاحتكار، وتضارب المصالح

42 1.1 سجل الشركات في وزارة الصحة:



- 43 1.2 تحليل شبهات الفساد
49 التوصيات الشركات الدوائية (التسجيل، التوريد، والتحقق):

51 **الفصل الرابع: آلية تحديد الاحتياجات والتوريد**

- 52 ملخص آلية تحديد الاحتياجات والتوريد
52 1. الواقع وأرقامه: تحليل الاحتياجات (أدوية- معدات) ومقارنتها بالاحتياج الفعلي
52 1.1 مقارنة الاحتياجات المقدره بالاحتياج الفعلي :
53 2.1 مصفوفة الاحتياج لبعض العينات الراكدة:
53 2.2 مصفوفة لطلبات أكثر من الحاجة:
55 2.3 مصفوفة لطلبات أقل من الاحتياج:
55 2.4 مصفوفة لأدوية لا تستخدم ليس عليها طلب:
56 فجوات التوزيع وسوء التقدير
57 خارطة طريق التصحيح: تطوير منهجية دقيقة لتحديد الاحتياجات

59 **الفصل الخامس: إدارة وإعدام النفايات الطبية**

- 59 الواقع الميداني: تحليل التدفقات ونسبة الأدوية المنتهية الصلاحية
60 1. آلية الإعدام المعتمدة
60 2. جدول كميات النفايات الطبية حسب النوع
60 3. خارطة طريق للجودة: تحسين كفاءة التوزيع وتقليل الفاقد:
61 5. التوصيات وفق المعايير الدولية

63 **الفصل السادس: خارطة المخاطر الشاملة**

67 **الفصل السابع: تحديد المسؤوليات والمساءلة**

- 68 الفشل الأول: التذبذب الحاد في الإنفاق على دعم الأدوية
68 الفشل الثاني: التحول غير المخطط من مركزية الشراء إلى تشتت مؤسسي
69 الفشل الثالث: ازدواجية التوريد وتكرار شراء نفس الأصناف
69 الفشل الرابع: تراكم اعتمادات غير مسددة لسنوات
69 الفشل الخامس: إلغاء اعتمادات بعد الترسية
70 الفشل السادس: رفع قيمة الاعتمادات بعد الترسية
70 الفشل السابع: قبول اختلافات ونواقص في الاعتمادات
70 الفشل الثامن: الفجوة الزمنية بين الترسية والتنفيذ
71 الفشل التاسع: نمو غير طبيعي في اعتمادات شركات محددة
71 الفشل العاشر: تذبذب طلبات النقد الأجنبي
72 الفشل الحادي عشر: تجاوز الحد القانوني للوكالات
72 الفشل الثاني عشر: تسجيل أدوية تخصصية لوكلاء خواص رغم حصرية الدولة
72 الفشل الثالث عشر: تجاوز الحد القانوني للوكالات
73 الفشل الرابع عشر: تسجيل أدوية تخصصية لوكلاء خواص رغم حصرية الدولة



- 73 الفشل الخامس عشر: تسجيل المكملات الغذائية كأدوية
- 73 الفشل السادس عشر: الأخطاء الجسيمة في السجلات
- 74 الفشل السابع عشر: تحليل عينات من محاضر اعتماد الأصناف وشبهات الفساد بها
- 74 الفشل الثامن عشر: تضليل بلد المنشأ (المنشأ المزدوج)
- 74 الفشل التاسع عشر: إدراج أصناف غير مستخدمة في القوائم الرسمية
- 75 الفشل العشرون: فرط توريد أصناف راكدة
- 75 الفشل الحادي والعشرون: توريد أصناف بتركيزات خاطئة
- 75 الفشل الثاني والعشرون: غياب نظام إلكتروني لربط المراكز بالإمداد
- 76 الفشل الثالث والعشرون: تراكم أدوية منتهية الصلاحية منذ 2001
- 76 الفشل الرابع والعشرون: غياب آلية وطنية معتمدة لإعدام النفايات
- 76 الفشل الخامس والعشرون: عدم توحيد الترميز بين مراحل التوريد والإعدام
- 77 الفشل السادس والعشرون: ضعف الحوكمة وتداخل الصلاحيات
- 77 الفشل السابع والعشرون: غياب قانون موحد للدواء
- 77 الفشل الثامن والعشرون: غياب ربط الإنفاق بالنتائج الصحية

78 الفصل الثامن: التوصيات وخارطة الإصلاح

83 الملاحق

- 83 ملحق 1 (جداول الرسوم التوضيحية)
- 83 جداول الفصل الأول
- 84 جداول الفصل الثاني
- 85 ملحق 2 (مصفوفات الإصلاح)



كلمة تمهيدية عن اللجنة العليا

إلى أبناء شعبنا الليبي الكريم وإلى كل المهتمين بمستقبل دولة أكثر نزاهة وكفاءة وشفافية .
تحية تقدير واحترام ،،
تتقدم اللجنة العليا لتنفيذ خطة التعاون الاستراتيجية بين ديوان المحاسبة والهيئة الوطنية لمكافحة الفساد بخالص التقدير لفرق العمل التابعة لها ولكل الجهات والمؤسسات الوطنية التي تعاونت في توفير البيانات والمعلومات كما تعرب عن تقديرها للشركاء الداعمين لجهود تعزيز النزاهة والشفافية إيماناً بأن مكافحة الفساد مسؤولية وطنية مشتركة تتطلب تكامل الأدوار وتضافر الجهود .
في إطار تنفيذ خطة التعاون الاستراتيجية بين ديوان المحاسبة والهيئة الوطنية لمكافحة الفساد أنشئت اللجنة العليا لتكون إطاراً وطنياً مشتركاً لتكامل الأدوار وتوحيد الجهود بين المؤسسات في مواجهة الفساد وتعزيز النزاهة والشفافية من خلال عمل مؤسسي قائم على الأدلة والبيانات والتحليل المهني .
وقد تبنت اللجنة في أداء مهامها نهجاً يتجاوز المعالجة التقليدية للفساد بوصفه وقائع منفصلة أو مخالفات متفرقة إلى مقارنة شاملة تستهدف فهم الأنماط المتكررة وتحليل مواطن الخلل الهيكلي والمؤسسي والكشف عن الفجوات القانونية والتنظيمية والإجرائية والتي قد تسهم في إضعاف الكفاءة وخلق بيئات محفزة وحاضنة للفساد .
وانطلاقاً من هذا النهج باشرت اللجنة أعمالها في الملفات ذات الأولوية عبر مراحل متكاملة شملت مراجعة الإطار القانوني والتنظيمي وجمع وتحليل البيانات وتقييم مخاطر ومؤشرات الفساد وصولاً إلى بناء توصيات وإصلاحات عملية قابلة للتنفيذ، تستهدف تعزيز كفاءة إدارة الموارد العامة وتحقيق أعلى درجات الشفافية والمسائلة .
ويأتي إصدار هذا التقرير في سياق التزام اللجنة بتقديم صورة دقيقة وموضوعية تستند إلى الوقائع والبيانات والتحليل بما يدعم متخذي القرار ويمكن الجهات المختصة من الاضطلاع بأدوارها ويسهم في بناء فهم مجتمعي أوسع للتحديات القائمة وسبل معالجتها .
إن اللجنة العليا تنظر إلى مخرجاتها بوصفها أكثر من مجرد تقارير أو نتائج فنية فهي ترى أنها تمثل أساساً عملياً للإصلاح وأداة لدعم الحوكمة الرشيدة ومنطلقاً لبناء منظومة أكثر كفاءة ونزاهة وشفافية بما يحمي الموارد العامة ويعزز ثقة المواطن ويدعم الاستقرار الاقتصادي ومؤسسات الدولة .

نطاق وأهداف ومنهجية التحليل

نطاق التحليل :-

يشمل هذا التحليل مراجعة شاملة ومتكاملة لكامل سلسلة الإمداد الدوائي في ليبيا خلال الفترة (2022-2025)، مع تركيز تحليلي خاص على الفترة (2023-2025) باعتبارها المرحلة التي



شهدت أعلى مستويات التغيير في أنماط الإنفاق، وتعدد الجهات المنفذة، وتصاعد المؤشرات التنظيمية ذات الدلالة.

ولا يقتصر نطاق التحليل على جانب مالي أو إداري واحد، بل يعتمد على تحليل شامل لسلسلة الإمداد من البداية إلى النهاية (End-to-End Supply Chain Analysis)، حيث يتم تتبع مسار الدواء من مرحلة صياغة السياسات الصحية، مروراً بالتخطيط والتوريد والتمويل، وصولاً إلى التخلص النهائي من النفايات الدوائية. ويهدف هذا النهج إلى فهم الترابط بين مراحل النظام المختلفة بدلاً من تقييم كل مرحلة بمعزل عن الأخرى.

وقد شمل التحليل المراحل الأساسية التالية:

إعداد البروتوكولات العلاجية والقوائم القياسية، باعتبارها المرجع الأساسي الذي يحدد أنواع الأدوية المعتمدة داخل النظام الصحي وتأثيرها على قرارات الشراء والتوريد.

آليات تحديد الاحتياجات الدوائية، بوصفها نقطة الانطلاق في سلسلة الإمداد، مع تقييم مدى اعتمادها على البيانات الفعلية مقابل التقديرات الإدارية.

تسجيل الشركات والمنتجات الدوائية، وتحليل الإطار التنظيمي الذي يحكم دخول الشركات إلى السوق، ومدى ارتباط التسجيل بالاحتياجات الفعلية وبعمليات التدقيق اللاحقة.

إجراءات المناقصات العامة والشراء، بما يشمل تحليل البيانات ذات الصلة، ومستوى المنافسة، وشفافية المواصفات الفنية والتعاقدية.

فتح الاعتمادات المستندية وطلبات النقد الأجنبي، باعتبارها المرحلة المالية الحاسمة التي تتحول فيها القرارات الصحية إلى التزامات مالية فعلية.

عمليات التوريد والتخزين والتوزيع، مع تقييم كفاءة سلاسل الإمداد، وآليات التتبع، ومستوى التنسيق بين الجهات المختلفة.

إدارة المخزون الراكد والأدوية منتهية الصلاحية والتخلص من النفايات الطبية، باعتبارها المرحلة النهائية التي تعكس كفاءة النظام ككل، وتكشف جودة التخطيط والتوزيع وإدارة المخزون.

ويستند هذا النطاق إلى فرضية تحليلية أساسية مفادها أن أي خلل في المراحل المبكرة من السلسلة (التخطيط والتشريع) ينعكس بشكل تراكمي على المراحل اللاحقة (التمويل والتوريد والتوزيع)، وهي فرضية تم اختبارها من خلال ربط المؤشرات عبر الدورة الكاملة للنظام.

أهداف التحليل :-

يهدف هذا التحليل إلى تقديم تقييم تدقيقي متكامل للمنظومة الدوائية، لا يقتصر على وصف الوضع القائم، بل يمتد إلى تفسير أسبابه وقياس آثاره، وذلك من خلال تحقيق الأهداف التالية:

تقييم كفاءة وشفافية نظام الإمداد الدوائي من منظور الحوكمة المالية العامة، مع التركيز على العلاقة بين حجم الإنفاق والنتائج الصحية المحققة.

تحديد نقاط الضعف والاختلالات الهيكلية عبر سلسلة الإمداد، وتحليل ما إذا كانت هذه الاختلالات عشوائية أم نمطاً تشغيلياً متكرراً.

قياس درجة الامتثال للمعايير الدولية المعتمدة في إدارة الدواء، لا سيما تلك الصادرة عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، فيما يتعلق بالتوريد الموحد، والشفافية، وقابلية التتبع.

الكشف عن المخاطر متعددة الأبعاد (المالية والصحية والبيئية) الناجمة عن الممارسات الحالية، وتقييم أثرها على استدامة النظام الصحي.

توفير أساس تدقيقي موضوعي يمكن الاعتماد عليه لتصميم مصفوفة إصلاح شاملة قائمة على الأدلة والبيانات بدلاً من التقديرات.

وينطلق هذا التحليل من فرضية مفادها أن تحسين النظام الدوائي لا يمكن تحقيقه عبر إصلاحات جزئية، بل يتطلب فهماً متكاملًا للعلاقة بين السياسات والتمويل والتنفيذ والنتائج.



المنهجية :-

اعتمد التقرير منهجية تحليلية وتدقيقية متعددة الأدوات، تهدف إلى تمكين دراسة النظام من زوايا مختلفة وربط البيانات المالية بالبيانات التشغيلية والنتائج الفعلية، وذلك من خلال: تحليل الوثائق الرسمية، بما في ذلك محاضر الإحالة، والاعتمادات المستندية، والمراسلات الإدارية، بهدف تتبع مسار اتخاذ القرار من التخطيط إلى التنفيذ. تحليل البيانات المالية وبيانات النقد الأجنبي وبيانات التوريد، لقياس حجم التدفقات المالية وأنماط الإنفاق ومدى توافقها مع الاحتياجات الفعلية. إجراء زيارات ميدانية لعينة من المرافق الصحية والمخازن، للتحقق من الواقع التشغيلي ومطابقة البيانات المكتوبة مع الوضع الفعلي على الأرض. تحليل السلاسل الزمنية، لتتبع تطور الإنفاق والاعتمادات المستندية عبر السنوات ورصد الأنماط غير الطبيعية أو التقلبات الحادة. تحليل الامتثال للأطر القانونية الوطنية والمعايير الدولية، لتقييم مدى التزام النظام بالمتطلبات التنظيمية ومبادئ الحوكمة الرشيدة. ربط النتائج التشغيلية بالأثر النهائي، سواء كان ماليًا (الهدر والتضخم)، أو صحيًا (نقص الأدوية)، أو بيئيًا (تراكم النفايات).

وقد تم اعتماد منهج التحليل السببي-النتائجي (Cause-Effect Analysis) كإطار رئيسي، بحيث لا يقتصر التركيز على وصف الظواهر، بل يمتد إلى تتبع العلاقة بين أوجه القصور التنظيمية أو التشريعية والنتائج السلبية المتجلية داخل النظام، بما يتيح فهم الأسباب الجذرية للمشكلة بدلًا من الاكتفاء برصد أعراضها.



الفصل الأول : الإطار العام للقطاع الدوائي وأساسه التشريعي



يوجد اختلال هيكلي واضح في الإطار التشريعي المنظم للقطاع الدوائي في ليبيا، ويعود ذلك بالدرجة الأولى إلى غياب الموازنة والتكامل بين القوانين الصحية والدوائية النافذة من جهة، واللوائح التنفيذية المالية والإدارية المنظمة لعمليات التنفيذ والإنفاق من جهة أخرى. وقد برز نظام دعم الدواء خلال الفترة (2022-2025) باعتباره أحد أبرز مظاهر هذا الاختلال، في ظل عدم وجود قانون وطني موحد ينظم سلسلة الإمداد الدوائي باعتبارها منظومة متكاملة تجمع بين الأبعاد التنظيمية والمالية والتشغيلية.

وأدى هذا الفراغ التشريعي إلى تعدد المرجعيات القانونية وتداخل الاختصاصات بين الجهات المعنية، مما أضعف القدرة على تحقيق التنسيق الفعال بين مراحل التخطيط والتمويل والتوريد والتوزيع والرقابة. كما أسهم في ظهور تفاوتات في التطبيق العملي للسياسات والإجراءات، وأوجد بيئة تسمح بحدوث ثغرات تنظيمية وإدارية قد تؤثر سلباً على كفاءة إدارة الموارد الدوائية وشفافية استخدامها.

ومن ثم، فإن معالجة الاختلالات القائمة في القطاع الدوائي لا تقتصر على إصلاح الجوانب التشغيلية أو الإدارية فحسب، بل تتطلب مراجعة شاملة للإطار التشريعي بهدف بناء منظومة قانونية متكاملة وواضحة تحدد الأدوار والمسؤوليات، وترتبط بين التخطيط والتمويل والتنفيذ والرقابة ضمن إطار حوكمة موحد يضمن الكفاءة والمساءلة والاستدامة.

الإطار العام للنظام الدوائي :-

الهيكل العام لسلسلة الإمداد الدوائي :-

تُدار منظومة الإمداد الدوائي في ليبيا عبر سلسلة مؤسسية معقدة ومتداخلة، تبدأ بإنتاج المعرفة الطبية وصياغة السياسات العلاجية، وتمتد عبر مراحل التخطيط والمشتريات والتمويل والتنفيذ، وتنتهي بالتوزيع النهائي على المنشآت الصحية وإدارة النفايات الدوائية. تعمل هذه السلسلة ليس كمنظومة موحدة، بل كشبكة من الجهات المتداخلة التي تشارك في الأدوار، من دون مركز تشغيلي أو رقمي موحد يضمن التماسك الكامل بين مراحلها المختلفة.

تبدأ السلسلة بالهيئات العلمية المتخصصة المسؤولة عن وضع بروتوكولات العلاج للأمراض المختلفة، التي تُشكل المرجعية التقنية الأساسية التي يستند إليها تحديد الأدوية المعتمدة ضمن النظام الصحي. بعد ذلك، تنتقل العملية إلى مديرية الصيدلة بوزارة الصحة، التي تحول هذه البروتوكولات إلى قوائم أدوية رسمية، ثم إلى المنشآت الصحية، التي تتحمل مسؤولية تحديد احتياجاتها التشغيلية اليومية، وإدارة المخزون، وصرف الأدوية للمرضى. في مرحلة لاحقة، تتولى لجنة المناقصات العامة التابعة لمجلس الوزراء إدارة عمليات المشتريات والتعاقد، تليها المؤسسة الوطنية للإمداد الطبي كجهة تنفيذية مسؤولة عن تنفيذ محاضر الترسية وإتمام عمليات التوريد. تشارك في هذه المنظومة أجهزة رقابية ومالية عديدة، منها جهاز الرقابة الإدارية، والديوان المحاسبي، والمصرف المركزي الليبي، بالإضافة إلى هيئة الرقابة على الأدوية والأغذية والجهاز الجمركي، وصولاً إلى مرحلة التخزين والتوزيع عبر مستودعات المؤسسة الوطنية للإمداد الطبي وفروعها الإقليمية.

تشير المؤشرات التشغيلية إلى أن الدورة الزمنية الكاملة لوصول الدواء إلى المريض قد تمتد، في الظروف العادية، إلى ما لا يقل عن ستة أشهر، مما يعكس طول السلسلة وتعقيدها وكثرة نقاط التدخل الإداري والمالي فيها.



الهيئات العلمية وبروتوكولات العلاج :-

تمثل الهيئات العلمية التخصصية نقطة الانطلاق الفنية الأولى في سلسلة الإمداد الدوائي، إذ تُكلف بوضع بروتوكولات العلاج التي تحدد الإطار العلمي للعلاج داخل كل تخصص طبي، والتي يُستخلص منها لاحقًا قائمة الأدوية الأساسية المعتمدة. إلا أن هذه المرحلة تعاني من غياب مرجع علاجي وطني موحد، حيث تتكون اللجان العلمية من استشاريين ذوي خلفيات أكاديمية وسريرية متنوعة، مما يؤدي إلى تباين واضح في المدارس الطبية المعتمدة واختلاف في أسس اختيار الأدوية.

إن هذا التعدد في المرجعيات العلمية، في ظل غياب بروتوكول علاجي وطني ملزم، يجعل عملية توحيد المعايير العلاجية غير مكتملة، ويؤدي إلى اختلافات غير معيارية في تحديد أولويات العلاج، وهو ما ينعكس لاحقًا على مرحلتي تقدير الاحتياجات والتوريد، ويؤثر على تماسك النظام بأكمله.

قائمة الأدوية والاحتياجات الدوائية :-

تقوم إدارة الصيدلة بوزارة الصحة بإعداد قائمة الأدوية المعتمدة استنادًا إلى بروتوكولات العلاج المصادق عليها، وتعد هذه القائمة المرجع الرسمي للأدوية داخل القطاع الصحي. إلا أن عملية تحديد الاحتياجات الدوائية السنوية لا تعتمد على نظام بيانات مركزي أو منصة معلومات موحدة، بل تتم عبر مراسلات ورقية وتقديرات إدارية تعتمد بشكل أساسي على بيانات السنة السابقة، مع إضافة نسب تقديرية تتراوح بين 10 و15 في المائة.

إن غياب الربط الإلكتروني بين وزارة الصحة وإدارة الصيدلة والمؤسسات الصحية يؤدي إلى فجوة معلوماتية واضحة، حيث يتم تجميع الاحتياجات دون الاعتماد على بيانات الاستهلاك الفعلي أو مستويات المخزون الحقيقية، مما يضعف دقة التخطيط ويؤدي إلى انحرافات في كميات التوريد.

تكامل شركات الأدوية والوكالات ضمن سلسلة الإمداد الدوائي في ليبيا :-

تمثل شركات الأدوية والوكالات المحلية والأجنبية حلقة محورية ضمن سلسلة الإمداد الدوائي في ليبيا، حيث لا يقتصر دورها على مرحلة الاستيراد والتنفيذ، بل يمتد ليشكل طبقة سوقية وتنظيمية مؤثرة تتداخل مع جميع مراحل السلسلة، بدءًا من تحديد الاحتياجات وصولاً إلى التوزيع النهائي.

تتفاعل هذه الحلقة مع النظام الدوائي على ثلاثة مستويات مترابطة: مستوى التمثيل التجاري للأدوية الدولية، ومستوى الاستيراد المباشر، ومستوى التوزيع المحلي، مما يجعلها عنصرًا حاسمًا في تشكيل ديناميكيات سوق الدواء، وليس مجرد طرف تنفيذي داخله.

ويخضع هذا القطاع لإطار تشريعي مجزأ وغير موحد، يعتمد على مجموعة من القوانين والقرارات المتفرقة، أبرزها قانون الصيدلة رقم (4) لسنة 1983، والقانون رقم (106) لسنة 1973، والقرار رقم (167) لسنة 2006 الذي فتح الباب أمام استيراد القطاع الخاص، والقرار رقم (87) لسنة 2008 الذي حصر بعض الأصناف التخصصية في الشراء المركزي. غير أن هذا الإطار لم يواكبه إنشاء نظام رقابي موحد، مما أدى إلى ضعف تنظيم العلاقة بين التسجيل والاحتياج الفعلي والرقابة اللاحقة.

وقد نتج عن ذلك توسع كبير في عدد الشركات المسجلة (728 شركة)، مع تركّز ملحوظ للوكالات في يد عدد محدود من الشركات، مما أنتج هيكل سوق غير متوازن يميل إلى التركز والهيمنة بدلًا من المنافسة المنظمة. كما أن غياب الضوابط الصارمة على عدد الوكالات،



وتداخل الأدوار بين الاستيراد والتوزيع والتجزئة التجارية، ساهم في خلق تضارب مصالح هيكلية داخل السلسلة.

وتؤثر هذه الحلقة بشكل مباشر على باقي مراحل الإمداد، حيث تمتد إلى مرحلة تحديد الاحتياجات عبر التأثير غير المباشر على قوائم الأدوية، وتتدخل في مرحلة العطاءات العامة عبر تشكيل ديناميكيات المنافسة، وتتحكم جزئياً في مسارات التمويل عبر الاعتمادات المستندية، وصولاً إلى التأثير على توفر الأدوية في السوق المحلي عبر قنوات التوزيع. وبذلك، فإن شركات الأدوية والوكالات ليست مجرد مرحلة ضمن سلسلة الإمداد، بل تمثل نظاماً موازياً داخل السلسلة يعمل كحلقة مهيمنة تتحكم في تدفق الأدوية عبر مستويات متعددة، مما يجعلها أحد أهم المحددات الهيكلية لكفاءة أو اختلال منظومة الإمداد الدوائي ككل.

لجنة العطاء العام:-

تتبع لجنة العطاء العام مباشرة لمجلس الوزراء، وهي الجهة المسؤولة عن إدارة عمليات الشراء العام للأدوية. تبدأ العملية بتلقي الاحتياجات الدوائية من إدارة الصيدلة، يلي ذلك الإعلان عن العطاءات العامة وتحديد شروط المشاركة الفنية والمالية، ثم تقييم العروض المقدمة من الشركات وتحديد الأسعار والمصادر، وصولاً إلى إصدار محاضر الإحالة وفق الفئات العلاجية. تحيل اللجنة هذه المحاضر إلى هيئة الإمداد الطبي باعتبارها الجهة التنفيذية، إلا أن طبيعة تبعيتها المباشرة للسلطة التنفيذية تجعل عملية اتخاذ القرار الشرائي عرضة للتداخل بين الاعتبارات الفنية والسياسية والإدارية.

جهاز الإمداد الطبي :

تتولى جهاز الإمداد الطبي الدور التنفيذي المركزي في سلسلة الإمداد، حيث تقوم بتنفيذ محاضر الإحالة، وإصدار أوامر الشراء، والتعاقد مع الشركات الموردة. إلا أن هذه العملية ترتبط بعدد من المتطلبات الإجرائية المعقدة، من بينها الحصول على الاعتمادات المالية المعتمدة من مجلس الوزراء، واستيفاء الموافقات الرقابية، وفتح الاعتمادات المستندية عبر مصرف ليبيا المركزي. وتتداخل في هذه المرحلة عدة جهات رقابية وتنفيذية، مثل هيئة الرقابة على الأغذية والأدوية ومصصلحة الجمارك، الأمر الذي يزيد من تعقيد دورة التنفيذ ويطيل المدة الزمنية اللازمة لاستكمال عمليات التوريد.

التخزين والتوزيع :

تُنقذ عمليات التخزين والتوزيع من خلال المخازن المركزية التابعة لجهاز الإمداد الطبي وفروعها الإقليمية المنتشرة في مختلف المناطق. وعلى الرغم من وجود هذا الهيكل التنظيمي، فإن الرقابة الفعلية على سلسلة الإمداد تتراجع بشكل ملحوظ بعد مرحلة التوزيع، إذ لا يوجد نظام دقيق لمتابعة مستويات المخزون داخل المستشفيات، أو قياس الاستهلاك الفعلي، أو تتبع معدلات النفاذ والهدر.

ويؤدي هذا القصور في البيانات إلى نشوء فجوة رقابية في نهاية السلسلة، تحول دون تكوين صورة متكاملة عن حركة الأدوية بعد مغادرتها المخازن المركزية.



الأدوار القانونية

تتوزع الأدوار داخل منظومة الإمداد الدوائي بين عدد من الجهات ذات الطبيعة الفنية والرقابية والمالية، إلا أن هذه الأدوار تتسم بوجود تداخل واضح في الاختصاصات وضعف في الحدود التنظيمية الفاصلة بينها.

تتولى الهيئات العلمية التخصصية مسؤولية إعداد البروتوكولات العلاجية وتحديد الأصناف الدوائية، إلا أنها تعمل دون إطار قانوني موحد وملزم، مما يجعل قراراتها عرضة للتباين والتأثيرات غير المباشرة. أما إدارة الصيدلة بوزارة الصحة، فتتولى إعداد قائمة الأدوية وتجميع الاحتياجات الوطنية، لكنها تعتمد على بيانات غير مكتملة وتعاني من ضعف أدوات متابعة الالتزام. وفي المقابل، تتحمل المؤسسات الصحية مسؤولية تحديد الاحتياجات وصرف الأدوية وإدارة المخزون، إلا أنها تفتقر إلى أنظمة معلومات متكاملة.

وتتولى لجنة العطاءات العامة إدارة إجراءات الشراء والإحالة، غير أنها تعمل في ظل تبعية مباشرة للسلطة التنفيذية، الأمر الذي يحد من استقلالية القرار الفني. أما منظمة الإمداد الطبي فتتطلع بالدور التنفيذي الرئيسي، إلا أن محدودية صلاحيتها المالية وتعدد الموافقات المطلوبة يقيدان كفاءتها التشغيلية.

وفيما يتعلق بالجهات الرقابية والمالية، مثل هيئة الرقابة الإدارية وديوان المحاسبة ومصرف ليبيا المركزي، فإنها تمارس أدوار الرقابة السابقة واللاحقة، غير أن تكرار الإجراءات وغياب إطار زمني موحد يقللان من فعالية التدخل الرقابي. أما هيئة الرقابة على الأغذية والأدوية فتؤدي دور التفتيش والمطابقة والإفراج، إلا أن غياب تعريف قانوني دقيق لهذه الوظائف وتداخل صلاحياتها مع جهات أخرى يضعف من موقعها داخل السلسلة.

توريد الأدوية :

ساهم القرار رقم (167) لسنة 2006 في فتح المجال أمام القطاع الخاص لاستيراد الأدوية دون أن يواكبه تعزيز مماثل لأدوات الرقابة وضمان الجودة، مما زاد من مخاطر دخول أدوية مجهولة المصدر أو غير مؤكدة الجودة إلى السوق. ونتيجة لذلك، اتسعت الفجوة بين النصوص القانونية والتطبيق العملي، وتراجعت القدرة على ضبط تدفقات العملة الأجنبية وربطها بالاحتياجات الصحية الفعلية، في ظل غياب إطار تشريعي موحد ينظم العلاقة بين وزارة الصحة ومصرف ليبيا المركزي والجهات المستوردة.

الإجراءات القانونية المنظمة لشركات الأدوية :

يتوزع الإطار القانوني المنظم لعمل شركات الأدوية بين قانون الصيدلة رقم (4) لسنة 1983، والقانون رقم (106) لسنة 1973 بشأن الأدوية والرقابة الدوائية، والقرار رقم (167) لسنة 2006 الذي أتاح للقطاع الخاص استيراد الأدوية، والقرار رقم (87) لسنة 2008 الذي قصر توريد بعض الأصناف التخصصية على الشراء المركزي من خلال الجهات الرسمية، مثل الشركة الوطنية للأدوية.

يكشف الواقع العملي عن توسع غير منضبط في منح الوكالات وتسجيل الشركات، مع تركيز الوكالات في يد عدد محدود من الجهات، وتداخل الأدوار بين الاستيراد والتوزيع والوكالات الأجنبية، دون وجود ضوابط كافية تمنع تضارب المصالح.



تحديد الاحتياجات الدوائية :-

ولنفس الأسباب المذكورة سابقا تدار عملية تحديد الاحتياجات الدوائية عبر ممارسات إدارية غير مؤطرة قانوناً. ورغم اضطلاع إدارة الصيدلة بدور تجميع الاحتياجات، إلا أن:

- هذا الدور غير مستند إلى نص قانوني ملزم يضبط المنهجية.
- توجد تعددية في الجهات المتدخلة دون جهة واحدة مسؤولة قانوناً عن اعتماد الاحتياج النهائي.
- تغيب العلاقة الممنهجة بين الاحتياج، الاستهلاك الفعلي، المخزون، والخطط الصحية.

كما لا يوجد إلزام باستخدام أنظمة معلومات صحية أو منصات رقمية موحدة. ما جعل عملية التخطيط رهينة للتقديرات الورقية غير الدقيقة.

عمليات التوزيع والتخزين والتخلص من الأدوية منتهية الصلاحية :-

أوجه القصور التشريعي تمتد إلى إدارة الأدوية منتهية الصلاحية والنفائات الدوائية

تمتد أوجه القصور التشريعي لتشمل إدارة الأدوية منتهية الصلاحية والنفائات الدوائية. رغم وجود إطار قانوني بيئي قائم ومشاريع تشريعية حديثة تنظم إدارة النفائات الصحية. وتعتمد إدارة النفائات الطبية في ليبيا حالياً على القانون رقم (15) لسنة 2003 بشأن حماية وتحسين البيئة، بالإضافة إلى اللائحة التنفيذية للإدارة المتكاملة للنفائات الطبية، والتي تؤكد الالتزام بالمعايير الدولية مثل اتفاقيات بازل واستكهولم وروتterdam.

كما توجد مشاريع تشريعية حديثة، أبرزها مشروع قانون إدارة النفائات الصحية رقم (2) لسنة 2024، الذي لا يزال قيد المراجعة. ويؤسس هذا المشروع لإطار أكثر شمولاً لتنظيم هذه العملية، من خلال تحديد الجهات المختصة، وعلى رأسها وزارة البيئة، وبمشاركة وزارة الصحة والبلديات والجهات الرقابية ذات العلاقة.

وتنص هذه المشاريع التشريعية على حظر تداول الأدوية المزورة أو غير المطابقة أو غير الصالحة، وتحميل الجهات المسؤولة عن التخلص غير الآمن كامل المسؤولية القانونية والمالية، بما قد يشمل الغرامات أو عقوبات السجن بحسب جسامة المخالفة. كما تنظم بشكل واضح مراحل الفرز والجمع والنقل والمعالجة، بما في ذلك استخدام تقنيات الحرق بدرجات حرارة عالية أو المعالجة الكيميائية أو التعقيم بالأوتوكلاف لضمان التخلص الآمن.

ومع ذلك، لا يزال التطبيق العملي محدوداً بسبب غياب قاعدة بيانات وطنية مركزية، وضعف البنية التحتية، وغياب نظام موحد لترميز الأصناف الدوائية.

وبناءً عليه:

- لا توجد آلية وطنية مستقرة للتخلص من النفائات الدوائية.
- لا يوجد نظام موحد للترميز والتتبع، مما يؤدي إلى فقدان القدرة على تتبع دورة حياة الدواء.

- ضعف في إدارة المخزون وغياب التنبؤ بالاستهلاك.



الخاصة:

تكمّن المشكلة الأساسية ليس في غياب النصوص القانونية، بل في تشتتها وضعف تكاملها وضعف إنفاذها. ويجعل ذلك الإطار التشريعي شرطاً حاسماً لأي إصلاح مالي أو إداري في القطاع الدوائي، إذ يكرّس بيئة تتسم بضعف الشفافية، وسوقاً قابلة للممارسات الاحتكارية، وغياب آلية موحدة لتقييم الشركات واعتمادها ومراجعتها المستمرة.

وهذا يستدعي توحيد السلطة التنظيمية وربط التسجيل بنظام تدقيق مستمر قائم على الاحتياج الصحي والأداء الفعلي. كما أن عملية تحديد الاحتياجات تمثل نقطة ضعف مركزية، أسهمت في خلق مخزون دوائي راكد، وسوء تخصيص الموارد، وارتفاع تكاليف التوريد، وضعف كفاءة الإنفاق العام.

ويبقى التحدي الأهم في منظومة الإمداد الدوائي هو إدارة النفايات الدوائية، والتي تتطلب الانتقال إلى نظام تشغيلي متكامل قائم على التتبع الرقمي، والترميز الموحد، والرقابة المركزية الشاملة الممتدة حتى مرحلة التخلص النهائي.



الفصل الثاني: تحليل المخصصات المالية (4 سنوات)



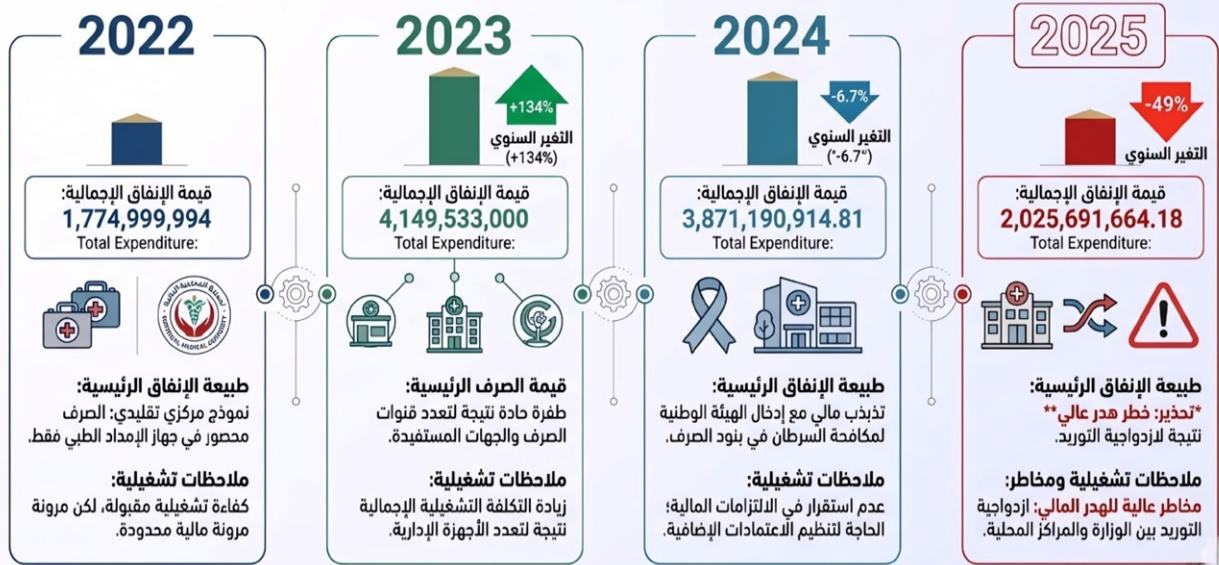
1. الواقع وأرقامه: تحليل المخصصات (4 سنوات) والفجوة بين المعتمد والمنفذ :-

يستعرض هذا البند تطور الإنفاق على دعم الأدوية خلال الفترة (2022-2025)، حيث بلغ إجمالي الإنفاق خلال فترة الدراسة ما يقارب 11.82 مليار دينار لبيي، وهو رقم يعكس حجمًا ماليًا كبيرًا تم توجيهه لدعم الأدوية خلال أربع سنوات، إلا أن هذا الإنفاق لم يكن مستقرًا أو مرتبطًا بشكل واضح بنمط احتياج صحي ثابت أو نمو تدريجي يمكن تبريره، فقد شهد عام 2023 ارتفاعًا حادًا في الإنفاق ليصل إلى حوالي 4.15 مليار دينار مقارنة بـ 1.77 مليار دينار في عام 2022، أي بزيادة تتجاوز 134%، ثم بدأ المسار في التراجع تدريجيًا ليصل إلى 3.87 مليار دينار في عام 2024 قبل أن ينخفض بشكل أكبر في عام 2025 إلى نحو 2.02 مليار دينار، وهو انخفاض حاد يقارب 49% رغم استمرار فتح اعتمادات إضافية عبر الباب الرابع وتوسع الجهات المستفيدة من التمويل. ويعكس هذا المسار المالي غير المستقر تحولًا هيكليًا في نموذج الصرف من نظام مركزي واضح يتمحور حول جهاز الإمداد الطبي إلى نظام متعدد الجهات، شمل هيئات وطنية ومراكز طبية ومستشفيات محلية، وهو ما أدى إلى تجزئة الإنفاق وتعدد قنوات الشراء والتوريد دون وجود آلية موحدة للربط أو التنسيق.

رسم توضيحي 1 تحليل اتجاهات الإنفاق المالي على القطاع الصحي ومؤشرات المخاطر الرقابية (2022-2025)

تحليل اتجاهات الإنفاق المالي على القطاع الصحي ومؤشرات المخاطر الرقابية (2022-2025)

Analysis of Health Sector Spending Trends and Oversight Risk Indicators (2022-2025)



قبل البدء في التحليل التفصيلي وبيان بأهم المؤشرات والثغرات ونقاط الضعف وشبهات الفساد تم تحليل حجم الانفاق بالتفصيل لكل سنة وبيان الجهات المستفيدة من هذه الأموال في الرسم التوضيحي التالي، وهو يوضح السنوات وبيان أوجه الانفاق للمراكز والهيئات المسيل لها من الباب الرابع:



مصروفة باب الدعم للأدوية حسب السنوات (2022 - 2025)

2025	2024	2023	2022	الجهة / السنة
1,192,350,314.89	1,547,363,914.81	3,629,533,000	1,774,999,994	جهاز الإمداد الطبي
640,608,090.29	725,000,000.00	500,000,000	-	المركز الوطني لمكافحة الأمراض
33,000,000.00	35,000,000.00	20,000,000	-	مركز الطب الميداني
12,000,000.00	1,563,827,000.00	-	-	الهيئة الوطنية لمكافحة السرطان
7,500,000.00	-	-	-	المستشفى الجامعي طرابلس
8,500,000.00	-	-	-	مركز مصراتة الطبي
4,000,000.00	-	-	-	مركز زيتن الطبي
3,500,000.00	-	-	-	مستشفى الجلاء للأطفال
6,000,000.00	-	-	-	مستشفى الحوادث أبو سليم
7,000,000.00	-	-	-	مستشفى الهضبة الخضراء
3,000,000.00	-	-	-	مستشفى الخمس التعليمي
3,000,000.00	-	-	-	مستشفى الرازي للأمراض النفسية والعصبية
4,500,000.00	-	-	-	مستشفى الزاوية المركزي
2,500,000.00	-	-	-	مستشفى الزهراء التخصصي العزيزية
1,500,000.00	-	-	-	مستشفى العجيلات العام
2,500,000.00	-	-	-	مستشفى بني وليد
2,500,000.00	-	-	-	مستشفى ترهونة
4,000,000.00	-	-	-	مستشفى صبراتة التعليمي
1,500,000.00	-	-	-	مستشفى صرمان العام
6,000,000.00	-	-	-	مستشفى طرابلس المركزي
2,500,000.00	-	-	-	مستشفى غريان
13,000,000.00	-	-	-	الهيئة الوطنية لخدمات نقل الدم
6,000,000.00	-	-	-	الهيئة الوطنية العامة لزراعة الأعضاء والأنسجة والخلايا
10,000,000.00	-	-	-	الهيئة الوطنية لأمراض الكلى
4,000,000.00	-	-	-	الهيئة الوطنية لمرضى السكري
44,733,259.00	-----	-----	-----	جهاز دعم وتطوير الخدمات العلاجية.
2,025,691,664.18	3,871,190,915	4,149,533,000	1,774,999,994	الإجمالي

- التذبذب الحاد في الإنفاق على دعم الأدوية خلال (2022-2025) يكشف عن خلل هيكلي في التخطيط المالي، حيث انتقل الإنفاق من 1.77 مليار دينار في 2022 إلى 4.14 مليار دينار في 2023 دون أي مبررات صحية أو وبائية



- معلنة، وهو ما يعكس توسعاً مالياً مفاجئاً غير قائم على أسس الاحتياج الفعلي أو التخطيط التدريجي، ويشير مؤشرات على ضعف منهجية اعتماد المخصصات وربطها بالواقع الصحي الفعلي.
- الانخفاض المتتابع بعد 2023 (إلى 3.87 مليار في 2024 ثم 2.025 مليار في 2025) يمثل مساراً غير منطقي في قطاع يفترض فيه الاستقرار أو النمو التدريجي، خاصة مع استمرار فتح اعتمادات إضافية من الباب الرابع وتوسيع الجهات المستفيدة، مما يكشف عن انفصال واضح بين حجم التمويل المخصص من جهة، والاحتياج الصحي الحقيقي وضمان استمرارية الإمداد الدوائي من جهة أخرى.
- مقارنة هذا النمط بالمعايير المالية الصحية تُظهر انحرافاً عن النموذج الطبيعي للإنفاق الدوائي، إذ إن الإنفاق في الدول ذات الأنظمة المستقرة يُبنى عادة على زيادة تدريجية مرتبطة بالنمو السكاني والتضخم وعبء المرض، وليس على قفزات حادة أو انخفاضات مفاجئة، وهو ما يشير إلى ضعف في الاستدامة المالية وغياب سياسة دوائية واضحة طويلة المدى.
- التوسع في فتح اعتمادات من الباب الرابع للمراكز الطبية دون ربط واضح بالاحتياج الفعلي أدى إلى إدارة مالية غير منضبطة، حيث تم توزيع التمويل على جهات متعددة بشكل واسع دون وجود نظام مركزي موحد يضمن التنسيق أو يمنع التكرار، وهو ما أضعف كفاءة الإنفاق وأدى إلى تشتت القرار المالي.
- رغم صدور القرار رقم 12 لسنة 2023 الذي يسمح بتشكيل لجان مشتريات محلية، فإن التطبيق العملي كشف عن آثار عكسية تمس كفاءة المال العام، تمثلت في تكرار شراء نفس الأصناف الدوائية من أكثر من جهة، وتسييل مبالغ إضافية دون دراسات احتياج دقيقة، وغياب التنسيق بين الشراء المحلي والتوريد المركزي، بما يخالف مبادئ الشفافية والكفاءة والقيمة مقابل المال.
- هذا النمط يعكس ضعفاً واضحاً في التخطيط المالي الدوائي وضعفاً في أدوات الرقابة، حيث لا يوجد ربط منهجي بين الاعتمادات والاحتياج الفعلي، مما أدى إلى ارتفاع مخاطر الهدر المالي وسوء توجيه الموارد في قطاع حيوي يرتبط بالأمن الصحي.
- التحليل الهيكلي لتطور الإنفاق يكشف تصاعداً خطيراً في تعقيد المنظومة الرقابية، إذ بدأ النظام في 2022 بإنفاق مركزي واضح أحادي الجهة، ثم توسع في 2023-2024 مع زيادة عدد القنوات، وصولاً إلى 2025 الذي شهد تعدد جهات يتجاوز 25 جهة، وهو ما أدى إلى ضعف شديد في القدرة على التتبع والرقابة المالية. هذا التحول من المركزية إلى التشتت المؤسسي أدى إلى بيئة مالية عالية المخاطر، تتسم بازدواجية الصرف، وتعدد مسارات الشراء، وضعف الشفافية، مما يرفع من احتمالات الهدر والفساد ويضعف فعالية إدارة الإنفاق العام على الأدوية بشكل جوهري.

2. تحليل مؤشرات شبهات الفساد :-

- المسار المالي لجهاز الإمداد الطبي خلال الفترة 2022-2025 غير خطي ويعكس غياب نموذج طلب دوائي مستقر (Demand Planning Model).

السنة	الإنفاق (مليار دينار)	التغير السنوي
2022	1.77	-
2023	3.63	105%
2024	1.55	-57%
2025	1.19	-23%

- التغير الحاد في الإنفاق لا يتوافق مع طبيعة القطاع الصحي الذي يفترض فيه الاستقرار أو النمو التدريجي، مما يشير إلى ضعف في التخطيط المالي وغياب الربط بين المخصصات ومؤشرات الاستهلاك الفعلي.



معيار المقارنة	النموذج الطبيعي	الواقع (ليبيا 2022-2025)
اتجاه الإنفاق	تصاعدي تدريجي	قفزات وانخفاضات حادة
ربط بالطلب	قائم على مؤشرات مرضية	غير واضح / غير موثق
الاستقرار المالي	مرتفع	ضعيف جداً

يعكس التحول من مركزية الشراء إلى التشتت المؤسسي في 2025 ضعفاً هيكلياً في إدارة الإمداد الطبي، حيث أصبحت كل جهة وحدة شراء مستقلة بما اضعف القوة التفاوضية للدولة وزاد التكلفة الإجمالية دون تحقيق زيادة في الخدمة ، بسبب فقدان Economies of Scale وفورات الحجم.

النموذج	عدد الجهات	أثر على الشراء
2022 مركزي	جهة واحدة	شراء موحد وأسعار أقل
2025 مجزأ	25+جهة	تعدد أسعار وموردين

أدى غياب معيار موحد لتوزيع المخصصات إلى وجود تباينات غير مبررة بين المؤسسات الصحية، حيث لا يرتبط حجم التوريد بالخصائص الديموغرافية لمنطقة العلاج. ويشير ذلك إلى أن المخصصات تُحدد بناءً على اعتبارات سياسية أكثر من كونها طبية، كما لا توجد أي علاقة تربط بين عدد الأسرة والمرضى والاستهلاك (الأسرة / المرضى / الاستهلاك) وبين حجم الإنفاق.

نوع الجهة	معيار التخصيص المفترض	الواقع
مستشفى كبير	مرتفع	منخفض أحياناً
مركز متوسط	متوسط	أعلى من مستشفى كبير
هيئة تخصصية	حسب حجم المرضى	غير ثابت

تضارب الأدوار داخل المنظومة (تمويل + شراء + تخزين + توزيع) أدى إلى غياب الفصل الوظيفي، وهو ما يضعف الرقابة الداخلية ويزيد من مخاطر الانحراف المالي.

الوظيفة	الوضع الحالي	المعيار الرقابي
التمويل	نفس الجهة	مفصول
الشراء	نفس الجهة	مستقل
الرقابة	ضعيفة / داخلية	جهة مستقلة

التناقض الحاد في دعم بعض الهيئات التخصصية يعكس غياب الاستقرار في السياسات التمويلية، حيث سجلت هيئة مكافحة السرطان انخفاضاً من 1.56 مليار (2024) إلى 12 مليون (2025).



السنة	الدعم المالي (مليار دينار)	نسبة التغير
2024	1.56	-
2025	0.012	-99%

التوسع المؤسسي في عدد الجهات المستفيدة أدى إلى تضخم رقابي واضح، حيث انتقل النظام من مركزية واضحة في 2022 إلى أكثر من 25 جهة في 2025، ما أدى إلى ضعف القدرة على التتبع وارتفاع مخاطر الفساد.

السنة	عدد الجهات	مستوى الرقابة
2022	3-1 جهات	مرتفع
2023-2024	10-15 جهة	متوسط
2025	25+ جهة	ضعيف

تقييم الكفاءة المالية يظهر ضعفاً بنوياً في الحوكمة المالية للدواء، يتمثل في غياب مركزية الشراء، وضعف التتبع، وتذبذب الإنفاق، مما يرفع احتمالات الهدر وسوء الاستخدام.

مؤشر الكفاءة	التقييم
وضوح الإنفاق	ضعيف
مركزية الشراء	مفقودة
العدالة في التوزيع	غير مثبت
إمكانية التتبع	عالية المخاطر
مخاطر الهدر	مرتفعة

3. التحليل والمقارنة مع المعايير الدولية :-

تحليل مقارنة مع المعايير الدولية (WHO / World Bank)

3.1 معايير منظمة الصحة العالمية (WHO)

منظمة الصحة العالمية (WHO)	
الوضع الحالي	تشرط
<ul style="list-style-type: none">• شراء مجزأ• تعدد موردين• غياب ربط عبء المرض (مدى تأثير المرض على المجتمع أو الفرد) بالتمويل	<ul style="list-style-type: none">• شراء مركزي للأدوية الأساسية.• قوائم وطنية موحدة.• توزيع قائم على عبء المرض (مدى تأثير المرض على المجتمع أو الفرد).



3.2 معايير البنك الدولي (World Bank)

البنك الدولي (World Bank)	
الوضع الحالي	يركز على
<ul style="list-style-type: none">• انخفاض قيمة مقابل المال• صعوبة تتبع الإنفاق• ارتفاع مخاطر الفساد الإداري	<ul style="list-style-type: none">• تحقيق افضل قيمة مقابل المال.• قابلية التتبع.• الشراء المركزي.

خلاصة المقارنة: نمط الإنفاق الحالي لا يتماشى مع أفضل الممارسات الدولية، ويصنّف كنمط عالي المخاطر في إدارة التمويل الصحي ولبيان ذلك بشكل مفصل الجدول التالي يوضح ذلك :

العنصر	معيّار WHO	معيّار World Bank
التخطيط والاحتياج	البيع على أساس قائمة الأدوية الأساسية وربط الكمية باحتياج صحي فعلي (المركز الوطني للتكنولوجيا الحيوية)	إعداد استراتيجيّة الشراء بناءً على تحليل احتياجات مسبق وجدول زمنية واضحة (thedocs.worldbank.org)
الشراء المركزي	تشجيع الشراء الموحد و/أو المشتريات المجمعة (المركز الوطني للتكنولوجيا الحيوية)	توحيد الشراء لتحقيق VfM عبر عقود أكبر فرديًا أو جماعيًا (thedocs.worldbank.org)
الشفافية	توافر وثائق وتقييمات واضحة المنافسة مفتوحة (who.int)	تطبيق معايير تقييم واضحة ومعلنة في وثائق العطاءات (thedocs.worldbank.org)
التتبع	ضمان الجودة ومراقبة توريدات الأدوية (who.int)	أنظمة لتتبع كل خطوة من الشراء إلى التوزيع (ieg.worldbankgroup.org)

4. مخاطر التخطيط المالي الدوائي :

من خلال عملية التحليل المالي للمخصصات المالية وتحديد شبهات الفساد والمقارنة الدولية تم اعداد مصفوفة تبين مخاطر التخطيط المالي والدوائي:

السنة	المخاطر المالية	مؤشرات الهدر	ملاحظات إضافية
2022	مركزي بالكامل، خطر منخفض	لا توجد ازدواجية، لكن الرقابة محدودة	صرف على جهة واحدة فقط (جهاز الإمداد الطبي)
2023	ارتفاع الإنفاق بشكل حاد، تعدد الموردين	ازدواجية محتملة في توريد بعض الأصناف	الجهات المستفيدة: المركز الوطني لمكافحة الأمراض، جهاز الإمداد، مركز الطب الميداني.
2024	استمرار التذبذب، فتح اعتمادات للهيئات الوطنية	خطر تكرار شراء الأدوية ذاتها من جهات مختلفة	مثال: الهيئة الوطنية لمكافحة السرطان تحصل على 1.56 مليار، بينما جهاز الإمداد لا يزال يورد نفس الأدوية.
2025	ازدواجية واضحة بين المشتريات المحلية + توريدات جهاز الإمداد + فتح تفويضات الباب الرابع للمراكز	مركز مصراة الطبي يشتري أدوية محلياً ولديه باب رابع بقيمة 8.5 مليون، بينما الوزارة توزع له أيضاً	ارتفاع خطر الهدر، صعوبة التتبع المالي، تضارب الأدوار



5. الشفافية المالية: خارطة طريق لتعزيز كفاءة الإنفاق والرقابة :-

في ضوء التحليل التشريعي والمالي والتشغيلي لباب دعم الأدوية خلال الفترة (2022-2025)، يتبين أن الأشكال لا يقتصر على الجانب التنفيذي، بل يمتد إلى خلل هيكلي في منظومة الشفافية المالية والحوكمة الدوائية ككل. وبناءً على ذلك، فإن تعزيز الشفافية المالية في هذا القطاع لا يمكن أن يتم من خلال إجراءات جزئية، بل يتطلب إعادة هندسة شاملة لمنظومة الإنفاق الدوائي على أساس حوكمة موحدة، تركز على مركزية القرار المالي، وتوحيد قواعد الشراء، وربط الاعتمادات بالمؤشرات الصحية القابلة للقياس، بما يضمن انتقال الإنفاق من منطوق الصرف الإداري إلى منطوق القيمة الصحية مقابل المال.

وفي هذا الإطار، يمكن رسم خارطة طريق إصلاحية متعددة المستويات، تبدأ:

- أولاً، بتوحيد منظومة الشراء الدوائي ضمن جهة مركزية واحدة مسؤولة عن جميع عمليات التوريد، بما يحد من التشتت المؤسسي ويعيد بناء القوة التفاوضية للدولة، ويعزز القدرة على تحقيق أفضل قيمة مقابل المال. كما يتطلب الأمر إنشاء نظام رقمي موحد لتتبع جميع عمليات الشراء والتوزيع والصرف، يربط بين الجهات المستفيدة وقوائم الأدوية الوطنية، بما يضمن إمكانية المراجعة اللحظية واللاحقة لكافة التدفقات المالية والدوائية.
- ثانياً، إعادة ضبط العلاقة بين التمويل والاحتياج الصحي من خلال اعتماد معايير توزيع موضوعية قائمة على مؤشرات قابلة للقياس، مثل عدد الأسرة، حجم الخدمات، عبء المرض، ومعدلات الاستهلاك الفعلي، بما يضمن العدالة في توزيع الموارد ويحد من احتمالات التقدير غير الموضوعي أو التفاوت غير المبرر بين الجهات.
- ثالثاً، الفصل الوظيفي بين مهام التمويل والشراء والتخزين والتوزيع والرقابة، بما يضمن تقليل تضارب المصالح وتعزيز فعالية الرقابة الداخلية، مع إرساء مبدأ المساءلة المؤسسية الواضحة على كل مستوى من مستويات سلسلة الإمداد الدوائي.
- رابعاً، وضع سقف تمويل سنوية نسبية مستقرة لكل جهة صحية وفق معايير واضحة، بدلاً من الاعتماد على فتح اعتمادات ظرفية غير مرتبطة بخطة إنفاق سنوية، بما يحقق الاستقرار المالي ويمنع التقلبات غير المبررة في مخصصات الدعم.
- خامساً، إلزام جميع الجهات الصحية بالالتزام بالقوائم الوطنية الموحدة للأدوية وأطر الشراء المركزي المعتمدة من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، بما يعزز الشفافية ويرفع كفاءة الإنفاق ويضمن الالتزام بمبدأ القيمة مقابل المال، مع تعزيز آليات التتبع الكامل لكل مرحلة من مراحل دورة الدواء من الشراء إلى التوزيع.
- سادساً وأخيراً، تفعيل منظومة مراجعة لاحقة سنوية إلزامية لكل جهة منفذة، بما يسمح بتقييم الأداء المالي والتشغيلي بشكل دوري، وتصحيح الانحرافات في وقتها، وضمان استمرارية التحسين في كفاءة الإنفاق العام.



الفصل الثاني: تحليل الاعتمادات المنفذة (4 سنوات)



ملخص تحليل الاعتمادات المستندية المنفذة (4 سنوات)

يكشف تحليل بيانات طلبات النقد الأجنبي والاعتمادات المستندية الخاصة باستيراد الأدوية خلال الفترة (2022-2025) عن تضخم مالي كبير في منظومة تمويل الدواء بلغ في مجمله مستويات تقارب أو تتجاوز 742 مليون يورو في الاعتمادات المصرفية المباشرة أي بقيمة (3,862,643,510.431 د.ل.). إضافة إلى أكثر من 653 مليون دولار طلبات نقد أجنبي في القطاع الخاص بقيمة (3,137,165,817.654 د.ل.) وهذه عينة خلال سنتي فقط وهما سنتي (2023-2024م) تساوي قيمة 4 سنوات للاعتمادات المستندية للتوريد الأدوية في القطاع العام. يكشف تحليل هذه الاعتمادات المستندية عن قيام نفس الشركات باستيراد نفس السلع الدوائية عبر قنوات عامة وخاصة. إن غياب الضمانات يُصعب تحديد مواقع توزيع هذه السلع. مما يثير احتمال أن تكون السلع الدوائية المشتراة للقطاع العام قد بيعت في القطاع الخاص.

ويُظهر المسار الزمني لطلبات النقد الأجنبي تذبذباً واضحاً وغير مستقر. حيث انخفضت من 490 مليون دولار في 2022 إلى 294 مليون في 2023، ثم ارتفعت مجدداً إلى 359 مليون في 2024، قبل أن تقفز بشكل حاد إلى 581 مليون دولار في 2025، وهو نمط لا يعكس تطوراً طبيعياً في الطلب الدوائي، بل يشير إلى تغيرات غير خطية في سياسات التوريد والتمويل دون مرجع تخطيطي ثابت أو مؤشر احتياج صحي موحد.

وفي موازاة ذلك، يكشف تحليل سلوك الشركات الموردة عن وجود نمو غير طبيعي في الاعتمادات المالية لعدد من الشركات خلال الفترة نفسها، حيث سجلت بعض الكيانات زيادات تجاوزت 1000% إلى 1800% خلال أربع سنوات فقط، مثل شركة تيسير الدوائية التي ارتفعت من 2.2 مليون إلى 43 مليون دولار، وشركة دار قرطبة التي ارتفعت من 2.6 مليون إلى 37 مليون دولار، وهو ما يتجاوز بكثير المعدلات العالمية الطبيعية لنمو قطاع الأدوية التي تتراوح عادة بين 5% و20% سنوياً، مما يضع هذه القفزات ضمن نطاق النمو غير المفسر رقابياً (Red Flags).

ويزداد هذا التعقيد مع تحليل منظومة الاعتمادات المستندية، حيث تم تسجيل ما يقارب 420 مليون يورو اعتمادات مفتوحة للعطاء العام، و321 مليون يورو خارج العطاء العام، مع وجود جزء كبير منها غير مسدد بالكامل أو تم إلغاؤه أو بقي مفتوحاً دون إقفال نهائي، بما يعكس ضعفاً واضحاً في دورة الإقفال المالي (Financial Closure Cycle)، ووجود فجوات في الرقابة على التنفيذ الفعلي للعقود.

كما تُظهر البيانات أن عدداً من الاعتمادات تعرض لتعديلات لاحقة مثل رفع القيمة بنسبة 15% بعد الترسية، أو القبول باختلافات في الفواتير أو نقص في المستندات، أو تأخير في شهادات المنشأ، وهو ما يشير إلى مرونة رقابية غير مبررة في الالتزام التعاقدية قد تضعف مبدأ الثبات في العقود العامة وتفتح المجال لزيادة التكلفة بعد الترسية.

وعلى مستوى البنية السوقية، يكشف الربط بين القطاع العام والخاص أن إجمالي طلبات النقد الأجنبي في القطاع الخاص (653 مليون دولار) يقترب بشكل كبير من إجمالي الاعتمادات المفتوحة في القطاع العام (637 مليون يورو تقريباً)، مع وجود تداخل في نفس الشركات ونفس الأصناف الدوائية عبر القناتين، وهو ما يطرح تساؤلاً رقابياً جوهرياً حول وجهة الكميات المستوردة فعلياً ومدى توافقها مع الاحتياج الفعلي للسوق المحلي.

وتشير المقارنة بين الإنفاق العام والخاص إلى غياب تنسيق مركزي في إدارة النقد الأجنبي الدوائي، حيث تعمل القناتان بشكل شبه متوازٍ دون تكامل أو توحيد بيانات، مما يؤدي إلى ازدواجية محتملة في الاستيراد وتعدد في مصادر التمويل لنفس الأصناف الدوائية، وهو ما يضعف القدرة على ضبط السوق ويزيد من مخاطر التشعب غير المنضبط أو إعادة توجيه غير الرسمي للسلع.

أما على مستوى الحوكمة المالية، فإن تعدد الاعتمادات غير المسددة أو الجزئية أو المغلقة دون استكمال توريد فعلي، إلى جانب الاعتمادات التي تم إلغاؤها بعد الترسية، يعكس ضعفاً في فعالية نظام الاعتماد



المستندي كأداة رقابية على النقد الأجنبي، ويؤشر إلى فجوة بين القرار المالي والتنفيذ الفعلي في سلسلة التوريد.

وفي المجمل، يُظهر التحليل أن منظومة النقد الأجنبي الدوائي خلال الفترة (2025-2022) تعمل ضمن بيئة تتسم بـ:

توسع غير منضبط في الطلب، نمو غير متوازن في الشركات الموردة، تعدد قنوات التوريد، ضعف في الإقفال المالي، وتداخل بين القطاعين العام والخاص دون مرجعية موحدة للطلب الدوائي.

ويؤدي هذا التكوين إلى خلق نظام تمويل دوائي عالي التعقيد وضعيف الشفافية، ترتفع فيه مخاطر تضخم الفواتير، ازدواجية الاستيراد، وضعف القدرة على تتبع حركة النقد الأجنبي وربطه بالاستهلاك الفعلي، بما

يجعل هذه المنظومة من منظور رقابي دولي ضمن نطاق الأنظمة المالية عالية الحساسية التي تتطلب تدقيقاً شاملاً وإعادة هيكلة في آليات الحوكمة والرقابة.

1. الواقع والتحديات: تحليل الاعتمادات، التوريد، وشبهات الفساد :

1.1 القيمة الإجمالية لطلبات النقد الأجنبي المقبولة للأدوية البشرية خلال السنوات (2025-2024 - 2023-2022):

السنة				طلبات النقد الأجنبي
2025	2024	2023	2022	
\$ 581,490,043.000	\$ 359,480,368.000	\$ 294,121,034.000	\$ 490,745,402.000	القيمة الإجمالية

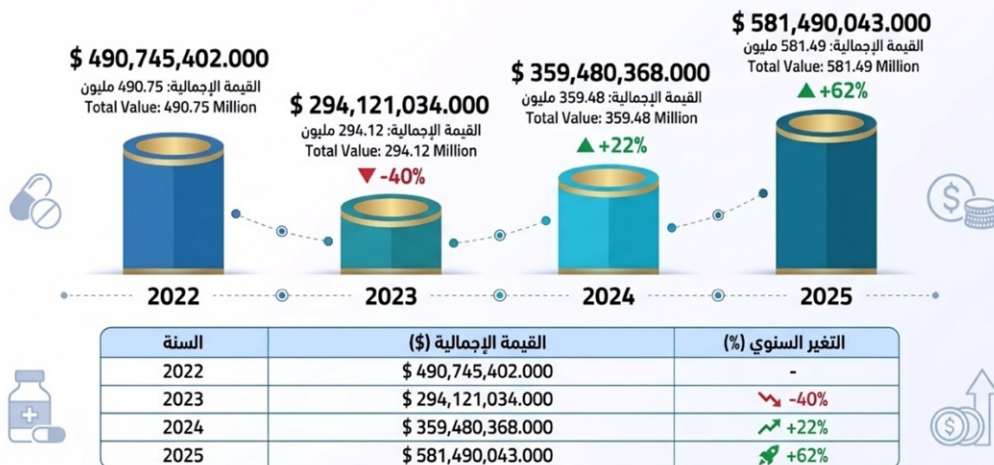
من الجدول (أعلاه) وربطه بتحليل البيانات في المخصصات المالية تتبين أمور أهمها:

- تعدد القنوات: استغلت الشركات الموردة قنوات شراء متنوعة (البيع المحلي والتوريد عبر الاعتمادات المستندية) لتعظيم استفادتها.
- الهيمنة السوقية: تتركز القوة في يد شركات "مهيمنة" تمتلك عدداً كبيراً من الوكالات والأصناف المسجلة لدى وزارة الصحة.

نمو غير طبيعي: كشف التحليل عن زيادة ضخمة وغير منطقية في قيمة الاعتمادات المستندية وطلبات النقد الأجنبي لهذه الشركات مقارنة بغيرها

رسم توضيحي 2 طلبات العملات الأجنبية للأدوية البشرية (2025-2022)

Accepted Foreign Currency Requests for Human Medicines (2022-2025)





هل معدل النمو الطبيعي طبقا للمعايير الدولية (Pharma & Medical Supply Sector)؟

• عالمياً النمو الطبيعي السنوي هو:

1. 5% - 12% (أسواق مستقرة)

2. 15% - 20% (أسواق ناشئة أو أزمات)

• نمو استثنائي جداً:

3. 25% - 30% (مع توسع، اندماج، أو وباء)

4. أي نمو يتجاوز 50% سنوياً لعدة سنوات متتالية = **إنذار رقابي**

وهذا المقياس يقودنا لمقارنة مباشرة مع الشركات العاملة في السوق الليبية:

الشركة	متوسط النمو السنوي	التقييم
الأولى	~68%	غير طبيعي
الثانية	~48%	عالي المخاطر
الثالثة	~134%	خطر جداً
الرابعة	~121%	خطر جداً
الخامسة	سلبى	طبيعي ويتطلب تحقيق اعمق

1.2 قيمة وعدد الاعتمادات المفتوحة داخل العطاء العام وخارج العطاء العام :-

القيم الإجمالية	البيان				السنة
	الاعتمادات خارج العطاء العام		الاعتمادات المفتوحة الخاصة بالعطاء		
	القيمة	العدد	القيمة	العدد	
€393,982,976.48	€ 123,924,048.770	45	€ 270,058,928.550	37	2023
€306,118,706.43	€ 165,545,169.782	44	€ 140,573,536.650	49	2024
€42,316,862.54	€ 32,502,225.000	2	€ 9,814,637.540	3	2025
€ 742,418,546.29	€ 321,971,443.55	91	€ 420,447,102.74	89	الإجمالي

1.3 تبين من خلال عملية التحليل وجود اعتمادات مفتوحة أخرى وفقاً للعطاء 19 حيث تم رفع قيمة الاعتماد

15% لسنة 2025 :-

الموقف التنفيذي للاعتمادات المفتوحة وفقاً للعطاء 19 رفع قيمة الاعتماد 15% لسنة 2025

ر.م	اسم الشركة	رقم فاتورة الرفع	القيمة باليورو	رقم الاعتماد	تاريخ الرفع	ملاحظات
1	HIKMA	فاتورة مبدئية رقم 2,757	1,245,360.00	232180004	17/06/2025	مورد بالكامل
2	SANOFI WINTHROP	فاتورة مبدئية رقم 8086010349	2,285,108.00	232180504	16/06/2025	مستندات

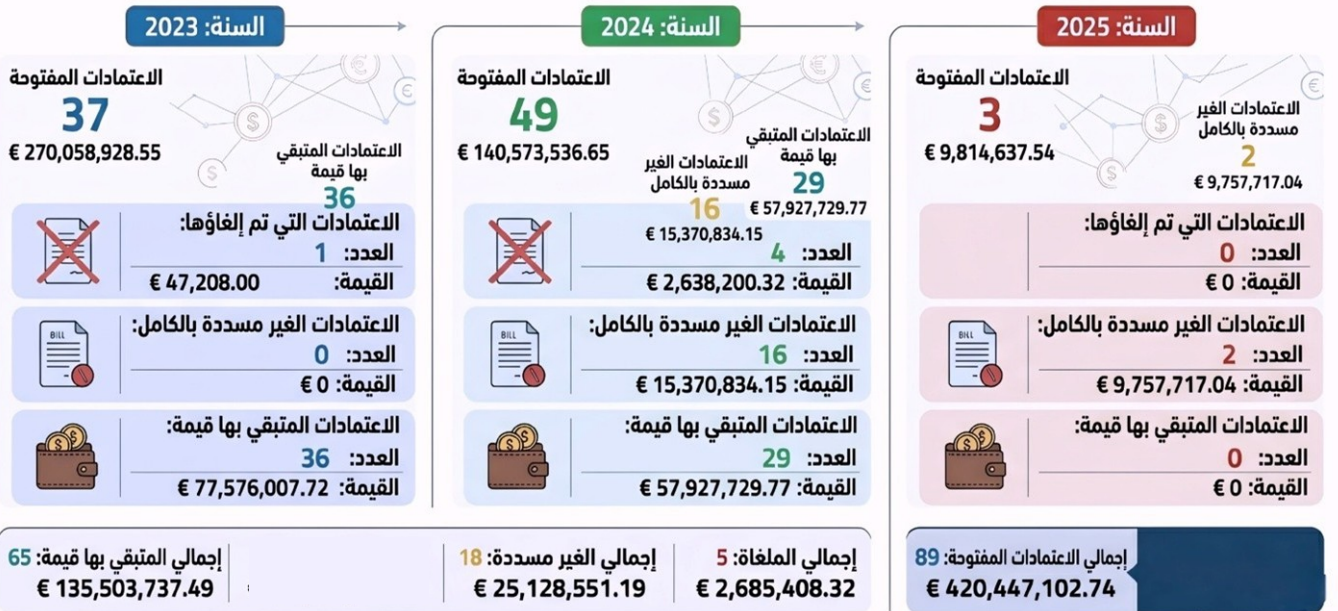


مستندات + استلام	17/06/2025	232570501	2,809,440.00	فاتورة مبدئية رقم 2000390134	NOVONORD ISK	3
اختلافات بها نواقص	16/06/2025	232620001	1,084,965.00	فاتورة مبدئية رقم 989011312	J&J	4
/	17/06/2025	233590004	670,800.00	فاتورة مبدئية رقم 2025020314	KEDRION	5
قبول اختلافات	17/06/2025	233650052	1,071,630.00	فاتورة رقم 31851838	PFIZER	6
€9,167,303.000				القيمة الاجمالية للاعتمادات وهي غير مسددة		

1.4 عدد الاعتمادات المفتوحة خلال السنوات (2025-2024-2023) بمصرف ليبيا المركزي الخاصة بالعبء العام و الموقف التنفيذي لها

رسم توضيحي 3 عدد الاعتمادات المفتوحة خلال السنوات (2025-2024-2023)

V عدد الاعتمادات المفتوحة خلال السنوات (2025-2024-2023) بمصرف ليبيا المركزي الخاصة بالعبء العام و الموقف التنفيذي لها :-





2. نتائج تحليل جداول الاعتمادات :-

2.1 الاعتمادات المستندية لسنوات (2023 - 2024 - 2025):

لوحظ في الاعتمادات المستندية داخل العطاء وخارجه الآتي:

- وجود العديد من الاعتمادات المستندية غيرالمسدة بالكامل دون تفسير واضح على الأسباب.
- وجود اعتمادات مستندية تم الغاؤها وعدم التوريد بالرغم انها خضعت لترسية واخذت الإجراءات بالكامل.
- وجود عدد كبير من الاعتمادات المستندية المتبقي بها قيمة وعند الاستفسار عليها تم رد بانها ترجع لحسابات جهاز الإمداد الطبي والتي كانت بها العديد من الملاحظات منها:
 - ✓ قبول الاختلافات لعدد من الاعتمادات.
 - ✓ نقص اقرارات ليتم القفل.
 - ✓ وقف سداد نقص ختم شهادة المنشاء.
 - ✓ قبول اختلافات بها نواقص+وقف سداد اختلاف بلد المنشاء.
 - ✓ اعتمادات مستندية تم رفع قيمتها.
- بخصوص العطاء العام والترسية كانت في سنة (2019م) وبدأ تنفيذ العطاء العام في سنة (2023م) هذه المدة بين الترسية والتنفيذ خلقت فواقد كبيرة في عدد الأصناف وهذا واضح في قائمة اعتمادات سنة (2023م) حيث نجد اعداد كبيرة من الاعتمادات المقفلة، ولكن متبقي قيمة من قيمة الاعتماد وهذا بسبب أن الشركات اعتذرت إما عن بعض الأصناف أو تخفيض الكمية أو الاعتذار عن التنفيذ نهائياً.

2.2 بند التطعيم كمثال لقيمة محاضر الترسية والاعتمادات لعينة من الهيئات التي تورد بشكل منفصل وبيان القيمة الاجمالية لكل شركة بشكل مفصل

القيمة الاجمالية لكل شركة	القيم المالية الاجمالية باليورو شاملة الشحن والتأمين حتى الوصول للمطارات الليبية لكل شركة عن السنوات			عدد الأصناف التي تورها الشركة	اسم الشركة
	2025	2024	2023		
€89,290,520.000	€30,652,200.000	€29,739,600.000	€28,898,720.000	6	شركة السنا
€79,211,270.000	€30,839,170.000	€29,930,180.000	€18,441,920.000	7	الفا
€72,318,770.000	€24,822,100.000	€24,096,960.000	€23,399,710.000	2	الشذى
€1,997,247.500	€685,287.500	€665,470.000	€646,490.000	5	شمال افريقيا
€242,817,807.500	€86,998,757.500	€84,432,210.000	€71,386,840.000	20	الإجمالي

2.3 ملاحظة ختامية:

نلاحظ من خلال عملية تحليل بيانات الاعتمادات سواء في القطاع الخاص وكذلك العام وفي الهيئات الأخرى القيمة الكبيرة في استخدام النقد الأجنبي وعمليات التوريد حيث لاحظنا ان قيمة طلبات النقد الأجنبي لشراء الأدوية في القطاع الخاص تساوي او تزيد تقريبا قيمة الاعتمادات المفتوحة في جهاز الامداد الطبي واغلبها لنفس الشركات وتورد في نفس الاصناف والسؤال هنا اين تذهب هذه الكميات وهل معدل الزيادة والاحتياج يتطلب هذا الحجم من الانفاق في ظل التوسع والتعدد في قنوات الشراء والتضارب في الاختصاصات والرسم التوضيحي التالي يوضح مقارنة سنتين فيما يتعلق بحجم الانفاق على الادوية على مستوى القطاع الخاص والعام.



رسم توضيحي 4 تساؤلات حول قيمة الإنفاق في استخدام النقد الأجنبي وعمليات التوريد

مهمة ختامية: تحليل بيانات الاعتمادات يظهر تساؤلات حول قيمة الإنفاق في استخدام النقد الأجنبي وعمليات التوريد



3. خارطة طريق الإصلاح: نحو منظومة توريد شفافة وفعالة

معالجة الخلل العميق الناتج عن تضخم الاعتمادات المستندية وتذبذب الإنفاق مع غياب الحوكمة المركزية للنقد الأجنبي، وعجز الإطار التشريعي الحالي عن ضبط تشتت الصلاحيات وازدواجية القرار، وظهور أنماط نمو غير طبيعية لبعض الشركات وضعف في الرقابة والتتبع، تستلزم اعتماد "خارطة إصلاح" كضرورة استراتيجية لإعادة تصميم المنظومة بناءً على نموذج تكاملي يوحد إدارة التمويل ويربط الإنفاق بالاحتياج الفعلي. وأدناه التوصيات في بند الاعتمادات:

أولاً: إعادة هيكلة منظومة الحوكمة الدوائية وتوحيد سلطة القرار:

تكشف النتائج عن تعدد في مسارات القرار بين جهاز الإمداد الطبي، والمراكز العلاجية، والجهات التخصصية، إلى جانب قنوات القطاع الخاص، وهو ما أدى إلى تشظي منظومة الشراء وتعدد مراكز الإنفاق دون مرجعية موحدة. وعليه، توصي الدراسة بضرورة إعادة بناء منظومة حوكمة مركزية موحدة لقطاع الدواء، تكون الجهة المرجعية الوحيدة في التخطيط والشراء والتوزيع، مع إلغاء أو تقليص الصلاحيات الموازية التي تمارسها الجهات الفرعية في التوريد المباشر، بما يضمن توحيد القرار المالي والدوائي وربط الإنفاق بمؤشرات احتياج صحي وطنية معتمدة

ثانياً: ضبط منظومة النقد الأجنبي وربط الاعتمادات بالاحتياج الفعلي:

يُظهر التحليل وجود تذبذب حاد في طلبات النقد الأجنبي (من 294 مليون إلى 581 مليون دولار خلال فترة قصيرة) دون ارتباط واضح بالنمو الصحي أو الاستهلاك الفعلي. وعليه، توصي الدراسة بإنشاء آلية وطنية مشتركة بين وزارة الصحة ومصرف ليبيا المركزي تعتمد على نموذج تخطيط سنوي إلزامي



للاحتياج الدوائي (National Drug Forecasting Model)، بحيث لا يتم فتح أي اعتماد مستندي إلا بعد مطابقة الطلب مع بيانات استهلاك فعلية وقوائم أدوية وطنية معتمدة، مع فرض سقوف تمويل سنوية مرنة مرتبطة بمؤشرات تضخم وسكان وعبء مرضي محدد.

ثالثاً: إصلاح نظام الاعتمادات المستندية وإغلاق الفجوات الرقابية:

يثبت التحليل وجود اعتمادات غير مسددة، وأخرى ملغاة بعد الترسية، واعتمادات معدلة بالقيمة بعد التعاقد، وهو ما يشير إلى ضعف في دورة الإقفال المالي. وعليه، توصي الدراسة بإعادة تصميم منظومة الاعتمادات المستندية بحيث تشمل:

- عدم السماح بأي تعديل مالي بعد الترسية إلا عبر مبرر رقابي مستقل.
- إقفال إلزامي للاعتماد خلال فترة زمنية محددة مرتبطة بالتوريد الفعلي.
- إدخال نظام تتبع رقمي يربط بين الاعتماد، الشحنة، والفاتورة النهائية بما يضمن إغلاق الحلقة المالية ومنع تراكم الاعتمادات غير المكتملة.

رابعاً: تنظيم العلاقة بين القطاع العام والخاص ومنع الازدواجية في التوريد:

يُظهر التحليل وجود تقاطع بين طلبات النقد الأجنبي في القطاع الخاص (653 مليون دولار) والاعتمادات الحكومية (637 مليون يورو)، مع توريد نفس الشركات ونفس الأصناف عبر قنوات متعددة. وعليه، توصي الدراسة بإنشاء قاعدة بيانات وطنية موحدة لحركة الدواء (National Pharma Tracking System) تُلزم جميع الجهات العامة والخاصة بتسجيل عمليات الاستيراد والتوزيع، بما يسمح بتتبع الكميات ومنع الازدواجية في التوريد أو تضخيم الطلب عبر أكثر من قناة تمويلية.

خامساً: ضبط أداء الشركات الموردة وربط النمو بمؤشرات رقابية:

- أظهر التحليل نمواً غير طبيعي في اعتمادات عدد من الشركات تجاوز 1000% خلال فترة قصيرة، وهو ما يشكل مؤشر خطر رقابي (Red Flags). وعليه، توصي الدراسة بتفعيل آلية رقابية صارمة تشمل:
- تطبيق نظام تقييم دوري للموردين (Vendor Performance Scoring).
 - إدراج حد نمو سنوي طبيعي للاعتمادات لا يتجاوز سقوفاً رقابية محددة إلا بموافقة استثنائية معللة.
 - إخضاع الشركات ذات النمو غير الطبيعي لعمليات تدقيق مالي وامتثال (Financial & Compliance Audit) للتحقق من مصادر التوسع ونمط التوريد.

سادساً: إعادة تنظيم منظومة الترسية والعقود طويلة الدورة:

- أثبت التحليل أن الفجوة الزمنية بين الترسية (2019) والتنفيذ (2023) أدت إلى فواقد كبيرة في الأصناف وتغيرات في الالتزامات التعاقدية. وعليه، توصي الدراسة بضرورة:
- تحديد سقف زمني ملزم لتنفيذ أي عطاءات دوائية.
 - إعادة تقييم العقود طويلة الأمد بشكل دوري كل 12 شهر.
 - إدراج بنود مرونة مشروطة بالأسعار والتوريد بدل التثبيت غير المرين للعقود.



سابعاً: تعزيز الشفافية والرقابة على دورة المال الدوائي:

تؤكد النتائج وجود فجوة بين حجم الإنفاق (أكثر من 742 مليون يورو + 653 مليون دولار) وبين أثره الفعلي على توفر الدواء. وعليه، توصي الدراسة بإنشاء منظومة شفافية مالية دوائية تعتمد على:

- نشر تقارير دورية للإنفاق الدوائي وربطه بالتوفر الفعلي.
- إلزام الجهات ببيانات استهلاك شهرية.
- إنشاء وحدة رقابة مستقلة داخل القطاع الصحي متخصصة في تتبع المال الدوائي فقط.

ثامناً: إصلاح الإطار التشريعي وتوحيد المرجعية القانونية:

يثبت التحليل أن أحد الأسباب الجذرية للاختلال هو تشتت التشريعات وضعف تكاملها. وعليه، توصي الدراسة بإصدار قانون موحد للدواء (Pharmaceutical Governance Law) ينظم بشكل شامل:

- الاستيراد والتوزيع والتخزين.
- النقد الأجنبي الدوائي.
- صلاحيات الجهات العامة والخاصة.
- آليات الرقابة والمساءلة.



الفصل الثالث: الشركات الدوائية (التسجيل، التوريد، والتحقق)





ملخص: الشركات الدوائية (التسجيل، التوريد، والتحقق)

ويُظهر واقع سجل الشركات المسجلة بوزارة الصحة (728 شركة) - موزعة بين 538 شركة أجنبية، 104 شركات استيراد، و86 شركة توزيع - وجود توسع كبير وغير منضبط في عدد الكيانات، مع مؤشرات على تجاوز الحد القانوني للوكالات (10 وكالات لكل وكيل)، إضافة إلى تركّز واضح للوكالات لدى عدد محدود من الشركات، مما يخلق بيئة تميل نحو الاحتكار بدل المنافسة. وتؤكد بيانات السوق وجود تشوه في توزيع الوكالات وتركّزها، حيث تسيطر شركات محددة مثل ALFA وALDAWLI وEKLIL على عدد كبير من الوكالات العالمية، مع حالات تمثيل متعدد لشركات دولية مختلفة تحت وكيل واحد، بما يضعف التنافسية ويرفع مخاطر التحكم في السوق والأسعار، ويخالف روح الضوابط التنظيمية التي أقرتها اللائحة رقم 1 لسنة 1961 بشأن تنظيم الوكالات التجارية وهذا يؤدي إلى تأسيس ممارسات احتكارية بدلاً من المنافسة، إذ تستطيع شركات التوزيع المحلية القوية والتابعة لها فرض شروطها على الدولة الليبية. وبناءً عليه، فإن منظومة التشريعات والصلاحيات الخاصة بتسجيل الشركات والوكالات تعاني من:

- تعدد مرجعي غير منسق للتشريعات.
 - ضعف في إنفاذ القوانين القائمة.
 - غياب نظام موحد للتسجيل والتقييم المستمر.
 - توسع غير منضبط في منح الوكالات.
 - تركّز سوقي يميل للاحتكار.
 - تضارب مصالح بين الاستيراد والتوزيع والتمثيل التجاري.
- وعليه، فإن معالجة هذا الخلل تتطلب إعادة هيكلة شاملة للمنظومة التشريعية والتنظيمية عبر توحيد المرجعية القانونية لقطاع الدواء، وتفعيل القيود القانونية على عدد الوكالات، وربط التسجيل بالاحتياج الصحي الفعلي وبنظام رقابي مستمر قائم على الأداء والامتثال، بما يضمن استعادة الشفافية، ومنع الاحتكار، وتعزيز الأمن الدوائي الوطني.

1. الواقع الرقمي: تحليل سوق الشركات، الاحتكار، وتضارب المصالح:

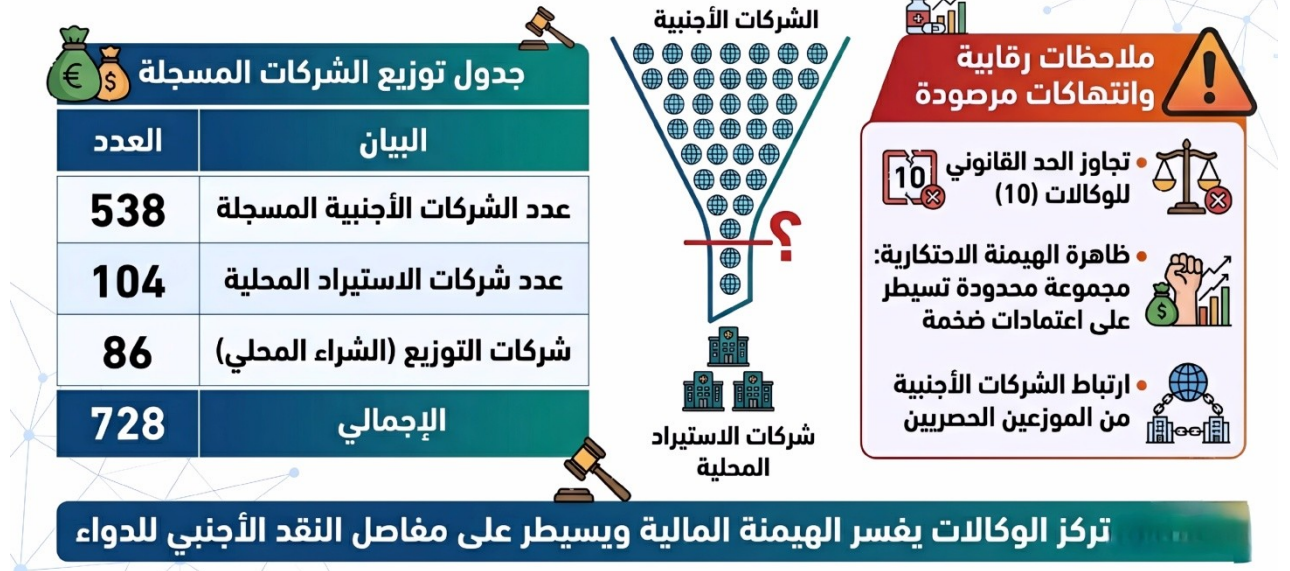
1.1 سجل الشركات في وزارة الصحة:

ان سجل الشركات في وزارة الصحة مقسم الى ثلاثة (شركات الاستيراد) - (الشركات الأجنبية) - (شركات التوزيع (الشراء المحلي)) وجميع الشركات الأجنبية المسجلة مرتبطة ولديها موزع لها وهي احد شركات الاستيراد المسجلة والرسم التوضيحي التالي يوضح عدد الشركات المسجلة، من خلال الأعداد المذكورة من الواضح جدا وجود شركات تتجاوز الحد القانوني من الوكالات وهو (10) كذلك من ضمن الكشوفات وجود شركات مسجلة ولها اعتمادات بقيم كبيرة ومهيمنة على جميع المستويات.



رسم توضيحي 5 سجل الشركات المسجلة

تحليل هيكلية سجل الشركات بوزارة الصحة: مؤشرات الاحتكار وتجاوز القانون

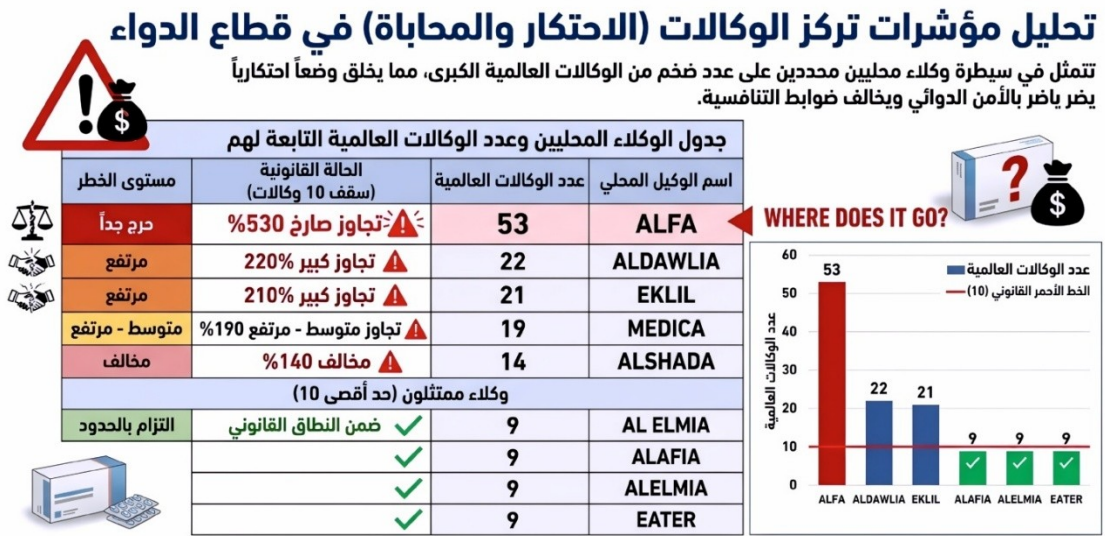


1.2 تحليل شبهات الفساد :

الشبهة الأولى: تركيز الوكالات (الاحتكار والمحاباة)

ويُجسّد ذلك في عدد الشركات الدوائية الدولية الكبرى التي يمثلها عدد قليل من الوكلاء الليبيين، مما يخلق وضعاً احتكاريّاً يُضّر بالأمن الدوائي ويخالف ضوابط المنافسة.

رسم توضيحي 6 الاحتكار والمحاباة



الأرقام تثبت التجاوز الصارخ وتؤكد شبهة المحاباة في منح أذونات الوكالة بما يخالف القانون المعمول به، مما يهدد الأمن الدوائي القومي.



عينة من الشركات التي تحتكرها شركة الفا من أصل 53 وكالة:

ت	الشركة	بلد المنشأ	الوكيل المحلي	رقم المرجع وتاريخ الإصدار	خط الإنتاج
1	LIPTIS FOR PHARMACEUTICALAND MEDICAL PRODUCTS	EGYPT	ALFA	303-105/2021	NON-STERILE SOLID DOSAGE FORM.
2	BOEHRINGER INGELHEIM ELLAS A.E	GREECE	ALFA	313-106/2022	NON STERIL SOLID DOSAGE FORMS
3	GILEAD SCIENCES IRELAND UC	IRELAND	ALFA	331-109/2022	NON STERIL SOLID DOSAGE FORMS. PACKAGING ONELY (CAPSULES,
4	ROTTENDORF PHARMA GMBH.	GERMANY	ALFA	349-111/2022	NON-STERILE SOLID DOSAGE FORM
5	EXCELLA GMBH/ JANSSEN.	GERMANY	ALFA	355-111/2022	NON-STERILE SOLID DOSAGE FORM
6	LILLY FRANCE FEGERSHEIM	FRANCE	ALFA	403-116/2022	STERILE LYOPHILISATES & SMALL VOLUME DOSAGE FORM

لوحظ وجود تركّز تمثيلي لدى وكيل محلي واحد، حيث يمثل عدة شركات دوائية دولية تعمل في خطوط إنتاج مختلفة (NON-STERILE SOLID DOSAGE FORM)، وهو ما قد يؤدي إلى تقليص المنافسة الفعلية، وإضعاف القدرة التفاوضية، ورفع مخاطر تضخيم الاحتياج أو التسعير غير التنافسي، الأمر الذي يستوجب إعادة تقييم سياسات اعتماد الوكلاء وتوزيع خطوط الإنتاج.

المادة القانونية الداعمة: اللائحة رقم 1 لسنة 1961 م في شأن تحديد عدد الوكالات التجارية: لا يجوز لأي شخص أو شركة يعمل في ليبيا كمثل أو وكيل لشركة أجنبية تجارية أو صناعية أو محل تجاري أجنبي أن يسجل وكالات باسمه يزيد عددها على عشر وكالات ويعتبر في حكم الوكيل أو الممثل كل مفوض أو معتمد أو نائب أو وكيل بالعمولة، كما لا يجوز لأي من هؤلاء أن يكون شريكا ظاهرا أو مستترا في عدد من الوكالات يجاوز الحد المقرر في هذه المادة.

الشبهة الثانية: تجاوز حصيرة الدولة في توريد الأدوية التخصصية

تتمثل في تسجيل وكلاء خواص لأصناف دوائية (أورام، كبد وبائي، مناعة) ينص القانون على ضرورة شرائها وتوريدها عبر الشركة الوطنية العامة حصراً. مثال من ملف تسجيل الشركات



اسم الشركة الأجنبية (Company)	بلد المنشأ (Origin)	الوكيل المحلي (Local Agent)	الرقم المرجعي والتاريخ (Reference No.)	خط الإنتاج (Production Line)
LEK PHARMACEUTICALS D.D.	SLOVENIA	ALFA	695-157/2025	STERILE LIQUID DOSAGE FORM AND LYOPHILISATE. (RIXATHON 100mg/ 10ml. & RIXATHON 500mg/ 50ml.)

المادة القانونية الداعمة: المادة (2) الفقرة (9) من قرار رقم 87 لسنة 2008 م بشأن ضوابط شراء الأدوية: اقتصار شراء بنود الأدوية التخصصية من خلال الشركة الوطنية للأدوية والمستلزمات الطبية فقط لا غير... وعن طريق الشركة فقط لا غير.

• وجه الاستدلال :منح وكالات خاصة لهذه الشركات يسمح لها بالتعاقد المباشر مع المستشفيات والمراكز، وهو ما يعد التفاضلاً على اختصاص "الشركة الوطنية للأدوية" المكفول قانوناً، ويفتح باباً لرفع الأسعار وتجارة "العطاءات الموجهة".

الخطورة: توريد أدوية الأورام والكبد من قبل القطاع الخاص يخلق اقتصاداً موازياً يقوم على:

1. استنزاف ميزانية الدولة: يقوم الوكيل ببيع الدواء للمصحات الخاصة، وتضطر الدولة لاحقاً لدفع الفواتير لهذه المصحات بأسعار مضاعفة (علاج بالداخل).

2. خلق الندرة المصطنعة :عندما يسجل وكيل خاص دواء "سيادة"، فإنه يمنع الشركة المصنعة من التعامل مع "الشركة الوطنية العامة" بحجة وجود "وكيل حصري"، مما يضع رقبة الدولة تحت يد التاجر.

الشبهة الثالثة: تضليل المنشأ (المنشأ المزدوج) :

تسجيل شركة واحدة بأكثر من بلد منشأ تحت رقم تسجيل واحد، مما يسمح باستيراد أصناف من دول "أرخص" وتميرها على أنها "أوروبية".

اسم الشركة الأجنبية (Company)	بلد المنشأ (Origin)	الوكيل المحلي (Local Agent)	الرقم المرجعي والتاريخ (Reference No.)	خط الإنتاج (Production Line)
MATEX LAB	SWITZERLAND / ITALY	ALANDULS (الأندلس)	698-157/2025	Sterile Liquid
WAYMADE PLC	UK / INDIA	EKLIL (إكليل)	362-145/2023	Various Forms
NERPHARMA S.R.L	ITALY / GERMANY	ALDAWLIA (الدولية)	313-127/2022	Sterile/Non-Sterile



المادة القانونية الداعمة: المادة (7) من اللائحة المرافقة لقرار رقم 24 لسنة 1969 : ويجب أن يذكر المصنع الذي استوردت منه أو صنعت فيه [المادة الدوائية. وجه الاستدلال :التسجيل المزوج يمنع جهات التفتيش من معرفة "المصنع الفعلي" الذي وردت منه الشحنة في الميناء، مما يسهل عمليات الغش التجاري في بلد المنشأ للحصول على هوامش ربح غير قانونية.

الشبهة الرابعة: تسجيل المكملات الغذائية كأدوية (فساد اعتمادات) :

تسجيل شركات مكملات غذائية في سجلات الأدوية الرسمية لتسهيل الحصول على مخصصات العملة الصعبة المخصصة للدواء.

اسم الشركة الأجنبية (Company)	بلد المنشأ (Origin)	الوكيل المحلي (Local Agent)	الرقم المرجعي والتاريخ (Reference No.)	خط الإنتاج (Production Line)
LABORATORIES SURVEAL SPRL/LABO PHYTOPHAR NV	BELGIUM	AL EHTIMAM (الاهتمام)	700-157/2025	NON-STERILESOLID DOSAGE FORM (FOOD SUPPLEMENTS).

الشبهة الخامسة: البطلان القانوني بسبب الأخطاء الجسيمة

وجود أخطاء مادية فادحة في تواريخ وأرقام المراجع توجي بأن البيانات تم إدخالها دون مراجعة فنية أو تحت ضغط خارجي لتمرير الملفات.

اسم الشركة الأجنبية (Company)	بلد المنشأ (Origin)	الوكيل المحلي (Local Agent)	الرقم المرجعي والتاريخ (Reference No.)	الخطأ المرصود
MEDISEL (K) LTD	KENYA	(ALTAKA)التقى	762-112/2122	التاريخ مسجل بسنة 2122
شركات متعددة	دول مختلفة	وكلاء مختلفون	نفس رقم الدفعة(157)	تكرار أرقام الدفعات لأكثر من 10 شركات

المادة القانونية الداعمة: المادة (9) من قانون رقم 69 لسنة 1972: يقع باطلاً كل تصرف أو عملية أو إجراء... إذا تم بالمخالفة لأحكام".

وجه الاستدلال :تسجيل شركة بتاريخ مستقبلي (2122) أو بتكرار أرقام مرجعية دون تسلسل منطقي يبطل عملية التسجيل من الناحية الإدارية، ويشير إلى وجود "تزوير معنوي" في السجلات الرسمية لإدارة الصيدلة.



الشبهة السادسة: "الدفعة المشبوهة" (المحضر 157 لعام 2025)

هذه الشركات حصلت على الضوء الأخضر في نفس الجلسة، وبدقة متناهية من واقع البيانات:

رقم المرجع (Ref) (No)	الوكيل المحلي (Local Agent)	الشركة الدولية (Company)	بلد المنشأ (Origin)	خطوط الإنتاج والأصناف المسجلة (Production) (Line)
2025/157-695	ALFA (شركة) (ألفا)	LEK PHARMACEUTICALS .D.D	SLOVENIA (سلوفينيا)	Rituximab) RIXATHON & 100mg/10ml - أدوية أورام ومناعة.
2025/157-696	RAWAD ALMUSTAQBIL ALDAWLIA	PRIVATE JOINT STOCK COMPANY "PHARMACEUTICAL FIRM" (DARNYSTIA)	UKRAINE (أوكرانيا)	أشكال صلبة، سائلة، حقن معقمة، قطرات عيون، ومضادات حيوية (Beta)Lactam.
2025/157-697	AL RAYA AL HADITHA	PHARMA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES AND BIOLOGICAL PRODUCT	SAUDI ARABIA (السعودية)	أشكال صلبة غير معقمة Non-Sterile Solid Dosage) (Form).
2025/157-698	ALANDULS (شركة) (الأندلس)	MATEX LAB SWITZERLAND .S.A. / MATEX LAB S.P.A	ITALY (إيطاليا)	سوائل معقمة: Hyaluronic Acid (منتجات NEAUVIA) - حقن تخصصية/تجميلية.
2025/157-699	SAMA ANDALUS	NATURES AID LIMITED	UNITED KINGDOM (بريطانيا)	أشكال صلبة وسائلة غير معقمة (مكملات وأصناف عامة).
2025/157-700	AL EHTIMAM	GRUPPO FARMA IMPRESA	ITALY (إيطاليا)	أشكال صلبة، سائلة، ونصف صلبة غير معقمة.

- تسجيل شركة DARNYSTIA الأوكرانية تحت وكالة RAWAD ALMUSTAQBIL في مطلع 2025.
- الشبهة: أوكرانيا منطقة حرب. فنياً، كيف قامت لجنة التسجيل بإرسال مفتشين للتأكد من سلامة "خطوط الإنتاج (GMP) " في مصنع يقع في قلب منطقة نزاع؟
- الاستنتاج: إذا لم يكن هناك تقرير سفر فعلي للمفتشين في 2025/2024، فإن هذا التسجيل "صوري" وتم بناءً على أوراق مرسلة بالبريد، وهو مخالف للوائح التسجيل التي تشترط التفتيش الميداني.



- التكديس الإداري صدور 6 قرارات كبرى لشركات من 6 دول مختلفة (سلوفينيا، أوكرانيا، السعودية، إيطاليا، بريطانيا) في جلسة واحدة (المحضر 157) يؤكد غياب الفحص الفني المعمق لكل ملف على حدة، مما يشير إلى وجود شبه "اتفاق مسبق" لتمرير هذه الأسماء.
- غموض الأصناف (البند 698): تسجيل شركة Matex Lab لإنتاج حمض الهيال ورونيك (Hyaluronic Acid) لوكيل خاص يثير شبهة استغلال الاعتمادات المستندية المخصصة للأدوية في استيراد مواد "تجميلية" ذات ربحية عالية، بدلاً من الأدوية المنقذة للحياة.
- شبهة التدليس في المنشأ والقيمة المضافة (شركة GLOBALPHARMA نموذجاً).

"بمراجعة البيانات الواردة في محضر التسجيل رقم (2022/115/385)، ومقارنتها بالمعايير الفنية للصناعة الدوائية الإقليمية (بالقياس على شركة جلفار الإماراتية)، تبين وجود قصور رقابي يتمثل في قبول تسجيل شركة GLOBALPHARMA تحت تصنيفات إنتاجية عامة (أشكال صلبة وسائلة غير معقمة) دون تحديد نوعية الأصناف بدقة.

حيث تبرز الشبهة في الآتي:

1. المنشأ الظاهري: وجود مؤشرات على استغلال اسم الشركة ك 'محطة عبور وتغليف ثانوي (Secondary Packaging) ' لأدوية مصنعة بالكامل في دول ذات تصنيف رقابي منخفض (مثل الهند)، لغرض إعادة توسيمها كمنشأ إماراتي للاستفادة من المزايا الجمركية والتسعيرية الممنوحة للدول العربية.
2. ضعف القيمة المضافة: افتقار الشركة لخطوط إنتاج تخصصية (مثل الحيوية أو الهرمونية) المسجلة لنظيراتها من الشركات الإماراتية الكبرى (مثل جلفار)، مما يعزز فرضية استخدامها كغطاء تجاري وليس كمصنع دوائي متكامل.
3. مخالفة معايير الجودة: إن قبول هذا النوع من التسجيل 'المظلي' يفتح الباب أمام الوكيل المحلي (HI-T INTERNATIONAL) لاستيراد أصناف لم تخضع لتدقيق فني منفرد، مما يعد إخلالاً بواجبات لجنة تسجيل الشركات في التحقق من سلامة المادة الفعالة (API) ومصدرها الحقيقي".

2. إصلاح السوق - استراتيجية تنظيم وتعزيز المنافسة العادلة:

كشف تحليل القطاع الدوائي في ليبيا عن اختلالات هيكلية عميقة، تحول بها السوق من إطار تنافسي إلى بيئة احتكارية عالية التركيز تسيطر عليها كيانات محدودة تتحكم في الوكالات، مما يهدد الأمن الدوائي ويضعف الرقابة. تستهدف استراتيجية الإصلاح المقترحة إعادة بناء السوق على أسس المنافسة العادلة والحوكمة الرشيدة عبر تفكيك الاحتكار وضبط سلاسل الإمداد.



التوصيات الشركات الدوائية (التسجيل، التوريد، والتحقق):

أولاً: الإصلاح التشريعي وإعادة الهيكلة القانونية :-

إعداد قانون دواء موحد شامل يلغي حالة التشتت الحالية بين قانون الصيدلة رقم (4) لسنة 1983، والقانون رقم (106) لسنة 1973، وقرارات (167 لسنة 2006) و(87 لسنة 2008)، ويجمعها ضمن إطار قانوني واحد ينظم قطاع الدواء كمنظومة متكاملة .
مراجعة وتحديث اللائحة المنظمة للوكالات التجارية (1961) بما يواكب الواقع الدوائي الحديث، مع تفعيل صارم لسقف الوكالات ومنع أي تجاوز للحد القانوني (10 وكالات).
إعادة تعريف الصلاحيات القانونية بدقة بين الجهات التنظيمية لمنع التداخل والتعارض في الاختصاص .

ثانياً: توحيد المرجعية الرقابية والإدارية:-

إنشاء هيئة وطنية عليا مستقلة للدواء تتولى حصرًا: التسجيل، الاعتماد، الرقابة، والتتبع، بدلاً من التوزيع الحالي بين وزارة الصحة، مركز الرقابة، جهاز الإمداد، والمصرف المركزي .
إلزام جميع الجهات القائمة بالعمل ضمن منصة موحدة للبيانات الدوائية لضمان التكامل والشفافية ومنع الازدواجية .

ثالثاً: إصلاح منظومة تسجيل الشركات والوكالات:-

ربط عملية التسجيل بالاحتياج الصحي الفعلي للدولة وليس بالإجراءات الإدارية فقط .
اعتماد نظام تقييم دوري (Re-Assessment) لكل شركة ووكيل لضمان استمرار الأهلية الفنية والمالية والتنظيمية .
وقف أي تسجيل جديد للوكالات إلا وفق دراسة سوقية وطنية للأمن الدوائي تحدد الحاجة الفعلية .

رابعاً: مكافحة الاحتكار وتركيز السوق:-

تطبيق صارم للحد القانوني لعدد الوكالات، مع مراجعة شاملة للكيانات التي تجاوزت السقف القانوني .
تفكيك حالات التركيز السوقي لدى شركات محددة، ومنع الجمع بين عدد كبير من الوكالات الدولية تحت وكيل واحد .
فرض سياسات منافسة تمنع الاحتكار غير المباشر في سلاسل التوريد الدوائي .

خامساً: ضبط تضارب المصالح وفصل الأدوار

منع الجمع بين أنشطة الاستيراد - التوزيع - التمثيل التجاري داخل الكيان الواحد بشكل مباشر أو غير مباشر .
فرض إلزام قانوني بفصل سلاسل الإمداد لضمان الشفافية ومنع التحكم في السوق .
إنشاء سجل إلزامي للإفصاح عن الملكية الحقيقية للشركات والوكلاء .



سادساً: تعزيز الرقابة الفنية والتتبع الدوائي :-

تفعيل نظام تتبع دوائي إلكتروني (Track & Trace) يغطي كامل السلسلة من المصنع إلى المريض .
إلزام جميع الشركات بتقديم تقارير امتثال دورية تشمل مصدر الدواء الحقيقي وخطوط الإنتاج .
تعزيز آليات التفتيش الميداني واعتماد مبدأ "عدم التسجيل دون تحقق ميداني فعلي" .

سابعاً: معالجة التشوهات في السوق وسجل الشركات :-

إجراء مراجعة وطنية شاملة لسجل (728 شركة) لإعادة تصنيف الشركات وفق معايير امتثال حقيقية .
تعليق أو إلغاء تسجيل أي شركة تتجاوز الحدود القانونية للوكالات أو تثبت مخالفتها للمعايير التنظيمية .
مراجعة شاملة لعقود الوكالات ذات التركيز العالي لضمان إعادة التوازن للسوق .

ثامناً: حماية الأمن الدوائي الوطني :-

ربط سياسة الدواء مباشرة بالأمن الصحي الوطني وليس باعتبارات تجارية فقط .
منع أي تسجيل يؤدي إلى خلق ندرة مصنعة أو احتكار لأدوية حيوية (الأورام، المناعة، الكبد) .
دعم الشركة الوطنية للأدوية كجهة سيادية في التوريد الاستراتيجي للأدوية التخصصية.



الفصل الخامس: آلية تحديد الاحتياجات والتوريد



ملخص آلية تحديد الاحتياجات والتوريد

تُظهر نتائج تحليل منظومة الاحتياجات الدوائية في ليبيا أن الخلل لا يقتصر على جانب التوريد أو التسجيل فقط، بل يمتد إلى مرحلة جوهريّة تُعد نقطة الانطلاق لكل سلسلة الإمداد الدوائي، وهي مرحلة تحديد الاحتياج. فهذه المرحلة، التي يفترض أن تمثل الأساس العلمي والتخطيطي لضبط السوق الدوائي، تعمل فعلياً في فراغ تشريعي وتنظيمي واضح، في ظل غياب إطار قانوني موحد ينظم آلية إعداد الاحتياجات وربطها بالاستهلاك الفعلي والبيانات الوبائية.

ورغم أن المنظومة الإدارية الحالية تعتمد شكلياً على قيام المراكز والمستشفيات برفع احتياجاتها إلى إدارة الصيدلة، إلا أن هذا الاحتياج في الغالب يُعد بشكل تقديري وروتيني ومكرر من سنوات سابقة، دون الاعتماد على بيانات استهلاك حقيقية أو نظم متابعة رقمية دقيقة. ونتيجة لذلك، تتحول عملية التخطيط الدوائي إلى إجراء إداري غير مُنتج، يعيد إنتاج نفس الأخطاء سنوياً، ويؤدي إلى إدراج أصناف لم تعد مستخدمة فعلياً ضمن القوائم الرسمية للاحتياج.

هذا الخلل البنيوي انعكس بشكل مباشر على السوق الدوائي، حيث نتج عنه تضخم في بعض الأصناف وتكدسها داخل المخازن (رواكذ دوائية)، مقابل نقص حاد في أصناف أخرى حيوية، في حين تم تسجيل أصناف غير مستخدمة إطلاقاً مثل (GONADORELIN) ضمن احتياج رسمي يفوق 10,000 وحدة دون وجود طلب فعلي لها. كما أظهرت البيانات حالات فرط توريد خطير لأصناف محددة مثل (Carbidopa, Metronidazole, Iron Sucrose)، مقابل عجز واضح في أصناف أساسية أخرى، مما يعكس غياب التوازن بين التخطيط والاستهلاك الحقيقي.

ويزداد هذا الاختلال عمقاً في ظل غياب نظام إلكتروني وطني موحد يربط بين المراكز الطبية وجهاز الإمداد الطبي ولجنة العطاءات، ما أدى إلى استمرار الاعتماد على التقديرات الجزئية والانطباعات الفردية بدلاً من البيانات الفعلية للاستهلاك. كما ساهم تعدد الجهات الموردة وتشتت مراكز القرار في إنتاج حالة من عدم الاتساق في الكميات والجودة والأنواع، حيث يتم توريد أصناف لا تتطابق أحياناً مع الطلبات الفعلية للمرافق الصحية.

إن هذه الفجوة بين الاحتياج النظري والاحتياج الفعلي لم تعد مجرد إشكالية إدارية، بل أصبحت أحد أهم محركات التشوه في السوق الدوائي، حيث تؤدي إلى سوء توزيع الموارد، وتجميد أموال ضخمة في مخزون غير مستخدم، وخلق بيئة خصبة لعدم الكفاءة وضعف المنافسة العادلة. كما أن استمرار هذا النموذج يعمق الاعتماد على التقديرات غير الدقيقة، ويُضعف قدرة الدولة على توجيه الإنفاق الدوائي بشكل رشيد وشفاف.

وعليه، فإن إصلاح السوق الدوائي لا يمكن أن يتحقق دون إعادة بناء منظومة تحديد الاحتياج من الأساس. عبر الانتقال من نموذج تقديري مشتت إلى نظام موحد قائم على البيانات الفعلية والاستهلاك الحقيقي والتكامل الرقمي بين جميع الجهات الصحية والرقابية، بما يضمن ترشيد التوريد، وتحقيق التوازن في السوق، وتعزيز المنافسة العادلة، وحماية الموارد العامة من الهدر والتشوه.

1. الواقع وأرقامه: تحليل الاحتياجات (أدوية- معدات) ومقارنتها بالاحتياج الفعلي

1.1 مقارنة الاحتياجات المقدرة بالاحتياج الفعلي :

تم رصد أخطاء جوهريّة في تحديد الاحتياجات، لا سيما في غياب نظام إلكتروني يربط جميع المراكز الطبية بالمؤسسة الوطنية للإمداد الطبي. وهذا ضروري لتمكين التتبع وإدخال الاحتياجات مباشرة إلى لجنة المناقصات، التي تحسب وفق معايير واضحة ومعدلات استهلاك دقيقة. وقد لوحظ ما يلي:



- دائماً هناك اختلاف في الكميات من حيث الاحتياج المطلوب والكمية الموردة سواء بالزيادة والنقصان.
- أيضاً اختلاف الجودة والمطلوب بعض المراكز تطلب في أصناف محددة يتم التوريد لها أصناف لم تطلبها ولا تتوافق مع طبيعة وتخصصات المركز الطبي عينة منها:
 - مثال آخر (وجود صنف خاص بمرضى التصلب اللويحي لم يورد منذ فترة طويلة ونجده اليوم قد تم توريده من ضمن العطاء العام والصنف هو (REBIEF 22 MCG VIAL) والاحتياج المعتمد (32816) عبوة واصبح التركيز المعتمد من هذا الصنف منذ فترة طويلة هو (MCG44).
 - مثال آخر (وجود كميات كبيرة من صنف من الادوية النفسية (CARBIDOPA) للتركيزين 50 mg, 150mg في المخازن الرئيسية ومخازن المستشفيات مامجموعه (200,000) قرص ، بسعر (0.3440) سنت من أصل إحتياج 211,000 قرص أي بقيمة (68,774.000) يورو أي مايعادل 550,192.000 دينار لبيي مع العلم ان صلاحية الصنف 2025/9.

2. نسبة ما يصل للمراكز الصحية من إجمالي التوريد :

2.1 مصفوفة الاحتياج لبعض العينات الراكدة:

الصنف (مطابق/تقريبي)	حالة سابقة	الاحتياج المركزي 2024	ملاحظة مقارنة
Carbidopa 150 Mg + Entacapone 37.5 Mg + Levodopa 200 Mg Tabs.	أكثر من الاحتياج/راكد	44052	خطر تكرار فرط التوريد-يوصى بتخفيض الكمية أو تجزئة الشحنات وربطها بالاستهلاك.
Carbidopa 50 Mg + Entacapone 12.5 Mg + Levodopa 200 Mg Tabs.	أكثر من الاحتياج/راكد	87050	خطر تكرار فرط التوريد-يوصى بتخفيض الكمية أو تجزئة الشحنات وربطها بالاستهلاك.
Etomidate 2 Mg/MI - 10 MI Vials	أكثر من الاحتياج/راكد	1301	خطر تكرار فرط التوريد-يوصى بتخفيض الكمية أو تجزئة الشحنات وربطها بالاستهلاك.
Hydroxyzine 25 Mg Tabs.	أكثر من الاحتياج/راكد	21137	خطر تكرار فرط التوريد-يوصى بتخفيض الكمية أو تجزئة الشحنات وربطها بالاستهلاك.
Iron Sucrose 20 Mg/MI - 5 MI Amps For Iv Injection	أكثر من الاحتياج/راكد	100588	خطر تكرار فرط التوريد-يوصى بتخفيض الكمية أو تجزئة الشحنات وربطها بالاستهلاك.
Metronidazol 500Mg/100MI	أكثر من الاحتياج/راكد	297	خطر تكرار فرط التوريد-يوصى بتخفيض الكمية أو تجزئة الشحنات وربطها بالاستهلاك.



Sodium Valproate 300 Mg/5MI - 200 MI Elixir Botts.	أكثر من الاحتياج/راكد	12814	خطر تكرار فرط التوريد- يوصى بتخفيض الكمية أو تجزئة الشحنت وربطها بالاستهلاك.
Gonadorelin	غير مستخدم	10528	بند غير مستخدم سابقًا- أوقف إدراجه أو احصره على طلبات مبررة/مراكز محددة.
Gonadorelin (Gnrh.Lh-Rh Analogue)100 Mcg/MI-1 MI Amps With Diluent.	غير مستخدم	10528	بند غير مستخدم سابقًا- أوقف إدراجه أو احصره على طلبات مبررة/مراكز محددة.
Terbinafine 250	غير مستخدم	421	بند غير مستخدم سابقًا- أوقف إدراجه أو احصره على طلبات مبررة/مراكز محددة.
Carbamazepine 200 Mg Retard Tabs.	أقل من الاحتياج	4100047	كان أقل من الاحتياج سابقًا- التقدير الحالي ينبغي أن يُحمى بمخزون أمان وخطة توريد.
Carbamazepine 400 Mg Retard Tabs.	أقل من الاحتياج	4300048	كان أقل من الاحتياج سابقًا- التقدير الحالي ينبغي أن يُحمى بمخزون أمان وخطة توريد.
Darbepoetin Alfa 40 Mcg/0.5MI	أقل من الاحتياج	15460	كان أقل من الاحتياج سابقًا- التقدير الحالي ينبغي أن يُحمى بمخزون أمان وخطة توريد.
Digoxin 250 Mcg/MI - 2 MI Amps.	أقل من الاحتياج	478	كان أقل من الاحتياج سابقًا- التقدير الحالي ينبغي أن يُحمى بمخزون أمان وخطة توريد.
Haloperidol 5 Mg Tabs.	أقل من الاحتياج	1119130	كان أقل من الاحتياج سابقًا- التقدير الحالي ينبغي أن يُحمى بمخزون أمان وخطة توريد.
Human Albumin 20% Solution - 50 MI Botts.	أقل من الاحتياج	200535	كان أقل من الاحتياج سابقًا- التقدير الحالي ينبغي أن يُحمى بمخزون أمان وخطة توريد.
Levetiracetam 250 Mg Tabs.	أقل من الاحتياج	387161	كان أقل من الاحتياج سابقًا- التقدير الحالي ينبغي أن يُحمى بمخزون أمان وخطة توريد.
Levetiracetam 500 Mg Tabs.	أقل من الاحتياج	387161	كان أقل من الاحتياج سابقًا- التقدير الحالي ينبغي أن يُحمى بمخزون أمان وخطة توريد.
Rebif 22Mcg Vial	أقل من الاحتياج	96192	كان أقل من الاحتياج سابقًا- التقدير الحالي ينبغي أن يُحمى بمخزون أمان وخطة توريد.
Rebif 44Mcg Vial	أقل من الاحتياج	96192	كان أقل من الاحتياج سابقًا- التقدير الحالي ينبغي أن يُحمى بمخزون أمان وخطة توريد.



2.2 مصفوفة لطلبات أكثر من الحاجة:

الوضع	الصف
"الطلب من أكثر الكمية" أن مذكور	أقراص (50/12.5/200) CARBIDOPA/ENTACAPONE/LEVODOPA
"الطلب من أكثر الكمية" أن مذكور	أقراص (150/37.5/200) CARBIDOPA/ENTACAPONE/LEVODOPA
الطلب من أكثر الكمية	ETOMIDATE 2 mg/ml - 10 ml Vials
احتياج مقابل 100,000 (الطلب من أكثر) 101,000	IRON SUCROSE 20 mg/ml - 5 ml Amps
الطلب من أكثر الكمية	DOPAMINE 2.5 mg/ml - 1 ml Amps
(الاحتياج تفوق) الطلب من أكثر الكمية	RISPERIDONE Depot Vials (2mg, 3.75mg, 25mg)
الطلب من أكثر الكمية	SODIUM VALPROATE 300 mg/5ml Elixir 200 ml
(138,000 مثال) الاحتياج تفوق كميات	GLYCIN FOR Y.U.I + SET
(مبالغ بشكل الاحتياج تفوق) 2,000,000 + 750,000	METRONIDAZOLE 500 mg/100 ml IV
الملاحظات بحسب الاحتياج تفوق	DIGOXIN Amps (شركة ANFARM)
الملاحظات بحسب المراكز احتياج تفوق	HERCEPTIN/MADOPAR/CELCEPT (روشييه توريدات)
الاحتياج تفوق	BETA FERON 250 mcg Vial (BAYER)

2.3 مصفوفة لطلبات أقل من الاحتياج:

الوضع	الصف
أقل من الطلب	HALOPERIDOL 5 mg Tabs
أقل من الطلب	LEVETIRACETAM 250 mg Tabs
أقل من الطلب	LEVETIRACETAM 500 mg Tabs
أقل من الطلب	IREMOFAR 25 mg Tab
أقل من الطلب	DIGOXIN 250 mcg/2 ml Amps
أقل من الطلب	DARBEPOETIN ALFA 40 mcg/0.5 ml
توريد أقل من الاحتياج (147,059) مقابل (210,848)	HUMAN ALBUMIN 20% - 50 ml
توريد أقل من الاحتياج (16,408) مقابل (32,816)	REBIF 22 mcg Vial
توريد أقل من الاحتياج (47,000) مقابل (53,424)	REBIF 44 mcg Vial
مذكور: أقل من الطلب	CARBAMAZEPINE 200/400 mg Retard Tabs

2.4 مصفوفة لأدوية لا تستخدم (ليس عليها طلب):

الوضع	الصف
لم يتم استخدامه رغم اعتماد احتياج 10,000	GONADORELIN 100 mcg/ml Amps
لا يوجد عليه طلب (راكد)	TERBINAFINE 250 mg Tab



3. فجوات التوزيع وسوء التقدير:

تُعد مرحلة التوزيع إحدى أكثر المراحل حساسية في سلسلة الإمداد الدوائي، حيث تمثل الحلقة التنفيذية التي يتم من خلالها تحويل المخزون المركزي إلى خدمة صحية فعلية تصل إلى المريض. ولا يقتصر دورها على نقل الأدوية من المخازن إلى المرافق الصحية، بل يمتد ليشمل إدارة تدفق الدواء بشكل يضمن العدالة في التوزيع والاستجابة للاحتياجات الحقيقية، وهو ما يجعل أي خلل في هذه المرحلة ينعكس مباشرة على جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى.

وفي الواقع العملي، تتسم هذه المرحلة بدرجة عالية من الخطورة الرقابية، إذ تُعد الحلقة الأضعف في سلسلة الإمداد من حيث احتمالات التسريب والتهرب والتلاعب، خاصة في ظل اعتمادها الكبير على دقة البيانات وسلامة إجراءات الصرف. كما أنها تمثل انعكاساً مباشراً لاختلالات المراحل السابقة، لا سيما ضعف دقة تحديد الاحتياجات وسوء التخطيط في التوريد، مما يجعلها نقطة تراكم للأخطاء وليس فقط مرحلة تنفيذية.

تعتمد عملية التوزيع نظرياً على مدخلات تتمثل في مخزون دوائي مطابق للمواصفات الفنية ونتائج الفحص، إلى جانب خطط توزيع مركزية يفترض أن تستند إلى بيانات احتياج دقيقة. غير أن هذه المدخلات في الواقع تعاني من قصور واضح، حيث تُبنى في كثير من الأحيان على تقديرات غير دقيقة، ما يضعف من كفاءة المخرجات المتمثلة في عمليات صرف وتوزيع يفترض أن تكون موثوقة وتخدم المرافق الصحية وفق احتياجاتها الفعلية.

وتتولى جهاز الإمداد الطبي أو الجهات المخولة رسمياً مسؤولية إدارة هذه المرحلة، إلا أن تعدد الجهات وتداخل الصلاحيات في بعض الحالات يؤدي إلى إضعاف الحوكمة وغياب وضوح المسؤولية، كما أن قرارات التوزيع قد تخضع أحياناً لاعتبارات غير فنية، مما يؤثر على موضوعية وكفاءة توزيع الموارد.

ومن أبرز الثغرات الهيكلية التي تعاني منها هذه المرحلة غياب نظام وطني موحد للتبعية الإلكترونية للأدوية، الأمر الذي أدى إلى انعدام القدرة على تتبع مسار الدواء من المخزن المركزي حتى نقطة الاستخدام الفعلي. وقد ترتب على ذلك صعوبة تحديد المصير النهائي للأصناف الموزعة، وارتفاع احتمالية تسريب الأدوية إلى السوق غير النظامي، إضافة إلى ضعف القدرة على إعادة توجيه المخزون أو إدارة الفائض بشكل فعال. كما أن غياب الربط الإلكتروني بين المرافق الصحية وجهاز الإمداد أدى إلى استمرار الاعتماد على بيانات غير محدثة أو تقديرية، مما يفقد عملية التوزيع دقتها وفعاليتها.

وقد أفرز هذا الواقع عدداً من الاختلالات الواضحة، أبرزها وجود فجوة كبيرة بين الكميات المصروفة والكميات المستخدمة فعلياً، وسوء توزيع جغرافي يؤدي إلى تكدس الأدوية في بعض المرافق مقابل نقص حاد في مرافق أخرى، إضافة إلى توريد أصناف لا تتناسب مع طبيعة تخصص بعض الجهات الصحية. كما أدى ذلك إلى تضخم ظاهرة الرواكد الدوائية وانتهاء صلاحية كميات كبيرة من الأدوية دون استخدامها، وهو ما يعكس هدراً مباشراً للموارد المالية.

وتتجلى مؤشرات الخطر الرقابي في هذه المرحلة من خلال صرف كميات كبيرة دون وجود ارتباط بيانات استهلاك فعلية، وعدم تطابق سجلات الصرف مع المخزون الحقيقي داخل المرافق الصحية، وغياب الربط بين الأدوية الموزعة وبيانات التشغيلية وتواريخ الانتهاء، إضافة إلى تكرار طلب أصناف رغم توفرها مسبقاً وعدم وجود تقارير دقيقة تقيس كفاءة التوزيع أو حجم الهدر.

وفي المحصلة، فإن مرحلة التوزيع في وضعها الحالي لا تعاني فقط من اختلالات تشغيلية، بل من غياب منظومة حوكمة متكاملة تربط بين الاحتياج والتوريد والتوزيع والاستهلاك. وقد أدى ذلك إلى إضعاف كفاءة النظام الصحي، واستنزاف الموارد المالية، وخلق بيئة قابلة للتلاعب والفساد، وعليه، فإن إصلاح هذه المرحلة يتطلب إعادة بنائها على أسس مؤسسية ورقمية متكاملة، تضمن الشفافية، وتعزز الرقابة، وتربط التوزيع بالاستهلاك الفعلي بشكل مباشر.



4. خارطة طريق التصحيح: تطوير منهجية دقيقة لتحديد الاحتياجات

- تقتضي معالجة الخلل البنيوي في منظومة تحديد الاحتياجات الدوائية إصدار تشريع وطني ملزم ينظم هذه العملية بشكل صريح، بحيث تتحول من ممارسات إدارية تقديرية إلى منظومة قانونية قائمة على معايير علمية واضحة، تشمل ربط الاحتياجات بمعدلات الاستهلاك الفعلي، والعبء المرضي، والبروتوكولات العلاجية المعتمدة، مع تحديد جهة مركزية واحدة تتحمل المسؤولية القانونية الكاملة عن اعتماد الاحتياج الوطني، بما ينهي حالة التشتت الحالية ويؤسس لمرجعية موحدة تربط بين الاحتياج والتوريد والتوزيع والتمويل ضمن إطار متكامل.
- وفي هذا السياق، يصبح التحول الرقمي ضرورة حتمية، من خلال إنشاء منصة وطنية إلكترونية موحدة تربط جميع عناصر المنظومة الصحية، بما في ذلك المرافق الصحية، والمخازن، وجهاز الإمداد الطبي، ولجان العطاءات، بحيث يتم إدخال الاحتياجات وتتبعها وتحليلها بشكل لحظي، مع تفعيل نظام تتبع دوائي شامل يغطي مسار الدواء من لحظة التوريد وحتى الاستهلاك الفعلي، الأمر الذي يلغي الاعتماد على النماذج الورقية والتقديرات اليدوية، ويوفر قاعدة بيانات دقيقة تدعم اتخاذ القرار.
- كما يتطلب الإصلاح إعادة بناء منهجية تحديد الاحتياج نفسها، عبر الانتقال من نمط التكرار السنوي والتقديرات العامة إلى نموذج تخطيط قائم على البيانات الفعلية، بحيث يتم احتساب الاحتياجات بناءً على مؤشرات الاستهلاك الحقيقي وعدد المرضى والاحتياج العلاجي الفعلي، مع إلغاء إدراج أي أصناف لا تمتلك سجل استخدام واضح أو ثبت عدم استخدامها سابقاً، إلى جانب اعتماد مفهوم المخزون الآمن للأدوية الحيوية فقط، بما يحقق التوازن بين توفر الدواء ومنع التكدس.
- ويجب أن يرتبط التوريد بشكل مباشر بهذه المنهجية، من خلال إلغاء نمط التوريد المفتوح أو غير المرتبط بالطلب، واعتماد التوريد المرحلي الذي يتم تنفيذه على دفعات مرتبطة بمعدلات الاستهلاك الفعلية، مع تجزئة العقود لتقليل مخاطر التكدس وانتهاء الصلاحية، وفرض التزام قانوني يمنع التوريد إلا بناءً على بيانات استهلاك موثقة إلكترونياً، بما يضمن توجيه الموارد نحو الاحتياج الحقيقي فقط.
- ومن الضروري كذلك معالجة التشوهات القائمة في السوق الدوائي من خلال إيقاف إدراج وتوريد الأصناف التي ثبت عدم استخدامها أو تكرار ركوها داخل المخازن، وإعادة توجيه الموارد نحو الأدوية التي تعاني نقصاً فعلياً، مع إنشاء قائمة وطنية ديناميكية للأدوية يتم تحديثها بشكل دوري وفق بيانات الاستهلاك، بما يمنع استمرار إدراج أصناف غير فعالة في المنظومة.



- أما على مستوى التوزيع، فإن الإصلاح يتطلب إعادة هيكلة هذه المرحلة لتعمل وفق نظام قائم على الطلب الفعلي من المرافق الصحية، بدلاً من الدفع المركزي للكميات، مع فرض الربط الإجباري بين بيانات الصرف والمخزون والاستهلاك، ومنع صرف أي كميات لا تستند إلى احتياج حقيقي أو خارج النظام الإلكتروني، بما يضمن وصول الدواء إلى الجهات التي تحتاجه فعلياً ويحد من سوء التوزيع.
- وفي جانب الرقابة، يصبح من الضروري إنشاء نظام رقابي لحظي يعتمد على البيانات، يمكن من خلاله كشف الفائض والنقص والانحرافات بشكل فوري، مع إلزام جميع المرافق الصحية بتقديم تقارير دورية دقيقة حول الاستهلاك والهدر والمخزون، وتفعيل المساءلة القانونية في حالات سوء التقدير أو تضليل الاحتياج أو التسبب في هدر الموارد، بما يعزز الانضباط المؤسسي.
- كما يجب التركيز على الحد من الهدر المالي الناتج عن سوء التخطيط، من خلال ربط الإنفاق الدوائي بالاستهلاك الفعلي، وإجراء مراجعات دورية للمخزون، واعتماد مؤشرات أداء واضحة مثل معدل دوران المخزون ونسبة الهدر وكفاءة التوريد، لضمان الاستخدام الأمثل للموارد المالية وتقليل تجميد الأموال في مخزون غير مستخدم.
- ويتطلب الإصلاح أيضاً إعادة هيكلة الحوكمة المؤسسية للقطاع الدوائي، عبر توحيد الجهات المتدخلة في منظومة الإمداد ضمن إطار مؤسسي واضح الصلاحيات، وإنشاء كيان وطني مركزي يتولى إدارة التخطيط والتوريد والتوزيع والتتبع، بما يضمن وضوح المسؤولية ويعزز كفاءة اتخاذ القرار.
- وفي الإطار الاستراتيجي الأشمل، يجب ربط سياسة الدواء بمفهوم الأمن الصحي الوطني، بحيث يتم إعطاء الأولوية في التوريد للأدوية الحيوية والأمراض المزمنة والحالات الحرجة، مع منع أي ممارسات تؤدي إلى خلق ندرة مصنعة أو فائض غير مبرر، بما يحقق التوازن في السوق ويحمي حق المواطن في الحصول على الدواء.



الفصل السادس: إدارة وإعدام النفايات الطبية



الواقع الميداني: تحليل التدفقات ونسبة الأدوية المنتهية الصلاحية

1. آلية الإعدام المعتمدة:

الى هذه الحظة لا توجد الية معتمدة ولا زالت هذه الكميات من الأدوية المنتهية موجودة ومتراكمة في العديد من أماكن التجميع والتي ترتب عليها امراض وتكاليف نقل وتخزين ولم يتم اتخاذ بها إجراءات حيالها من سنة (2001 - 2025). المشكلة ليست في عدم إعدام الأدوية فقط، بل في غياب منظومة كاملة لإدارة نهاية دورة حياة الدواء وما لم يتم ربط (التوريد -التتبع - الاستخدام - الإعدام) في نظام واحد، فإن النفايات ستستمر في التراكم... حتى لو تم إعدام الكميات الحالية.

2. جدول كميات النفايات الطبية حسب النوع:

تم تحليل الملفات المستلمة من الإدارة المختصة ولكن البيانات بها تشوه كبير خاصة في عدم حصر الكميات بمقاييس واضحة وكذلك تصنيفها أيضا عملية الحصر تتم بأسماء الأصناف وهي تختلف عن اسمائها في عملية التوريد والتوزيع وهذا نتيجة عدم وجود نظام الالكتروني متكامل من عملية التوريد حتى الإعدام والتي من المفترض بأن يكون لكل صنف كود واحد فقط لا يتكرر في كل العمليات ومن عمليات حصرنا لعينة من المراكز وهو مستشفى الرازي للأمراض حيث بلغت كمية الأصناف (626124) صنف.

باقي الكميات والمراكز موجودة وهي في مرحلة التحليل ومقارنة تكاليف الأصناف المنتهية الصالحة بتكلفة توريدها ومقارنة عملية توريد أصناف وهي راكدة وقريبة الانتهاء الصالحة .

3. خارطة طريق للجودة: تحسين كفاءة التوزيع وتقليل الفاقد:

- تقتضي معالجة الخلل الجذري في منظومة إدارة وإعدام النفايات الطبية إصدار تشريع وطني ملزم ينظم هذه العملية بشكل شامل ومفصل، بحيث لا تبقى مسألة إعدام الأدوية المنتهية خاضعة للاجتهادات أو الفراغ التنظيمي، بل تتحول إلى منظومة قانونية واضحة تحدد المسؤوليات والإجراءات والمعايير الفنية لكل مرحلة، بدءاً من اكتشاف الصنف المنتهي داخل المرفق الصحي، مروراً بعمليات الحصر والتجميع، وانتهاءً بالإعدام النهائي، مع تحديد جهة مركزية واحدة تتحمل المسؤولية القانونية الكاملة عن الإشراف والتنفيذ، بما ينهي حالة التراكم الممتدة لسنوات ويؤسس لنظام مستدام يمنع تكرار الأزمة.
- وفي هذا السياق، يصبح إنشاء نظام وطني إلكتروني موحد لإدارة دورة حياة الدواء ضرورة حتمية، بحيث يتم ربط جميع مراحل الدواء ضمن منظومة رقمية واحدة تبدأ من التوريد مروراً بالتخزين والتوزيع والاستهلاك وحتى الإعدام، مع اعتماد نظام ترميز موحد (Barcode/Serialization) لكل



صنف دوائي، يمنع تضارب الأسماء ويضمن تتبع الصنف بدقة، الأمر الذي يعالج الإشكاليات الحالية في الحصر والتصنيف، ويتيح معرفة الكميات المنتهية ومواقعها وقيمتها المالية بشكل لحظي ودقيق.

- كما يتطلب الإصلاح إعادة بناء منهجية حصر وتصنيف الأدوية المنتهية، من خلال اعتماد معايير موحدة لتصنيف النفايات الطبية، بحيث يتم الفصل بين الأدوية الخطرة، والمخدرة، والبيولوجية، والعادية، مع توحيد آليات الجرد باستخدام وحدات قياس دقيقة ومعتمدة، بدلاً من الاعتماد على أسماء الأصناف غير المتطابقة، الأمر الذي يضمن دقة البيانات ويمنع التلاعب أو الخطأ في التقدير.

- ويجب أن يتم تنظيم مرحلة التخزين المؤقت للنفايات الطبية وفق معايير صارمة، من خلال إنشاء مواقع مخصصة وآمنة لتجميع الأدوية المنتهية داخل المرافق الصحية أو المخازن المركزية، بحيث تتوفر فيها شروط السلامة البيئية والصحية، مع منع تخزين هذه المواد لفترات طويلة كما هو قائم حالياً، لما يشكله ذلك من خطر مباشر على العاملين والبيئة، إضافة إلى تكاليف مالية غير مبررة.

- أما على مستوى الإعدام، فإن الإصلاح يتطلب اعتماد آلية وطنية واضحة ومُلزمة للتخلص النهائي من الأدوية المنتهية، من خلال التعاقد مع جهات متخصصة ومعتمدة تستخدم تقنيات آمنة (مثل الحرق وفق المعايير البيئية أو المعالجة الحرارية المتقدمة)، مع توثيق كامل لعملية الإعدام بمحاضر رسمية وأنظمة إلكترونية، بما يضمن الشفافية ويمنع تسرب هذه الأدوية إلى السوق غير النظامي.

- ومن الضروري كذلك معالجة جذور المشكلة من خلال ربط إدارة النفايات مباشرة بأداء منظومة التوريد والتوزيع، بحيث لا يُنظر إلى الأدوية المنتهية كمرحلة منفصلة، بل كنتيجة مباشرة لسوء التخطيط والتقدير، وبالتالي يتم إدخال مؤشرات أداء تلزم الجهات المسؤولة بخفض نسب الهدر والانتها، ومحاسبتها في حال تجاوز الحدود المقبولة، بما يخلق علاقة مباشرة بين الكفاءة التشغيلية وتقليل النفايات.

- وفي جانب الرقابة، يجب إنشاء نظام رقابي متكامل يتيح متابعة النفايات الطبية بشكل لحظي، ويكشف الكميات المتراكمة وأسبابها، مع إلزام جميع الجهات الصحية بإعداد تقارير دورية مفصلة عن الأدوية المنتهية، تشمل الكميات والقيم المالية وأسباب الانتها، وتفعيل المساءلة القانونية في حالات الإهمال أو سوء الإدارة، خاصة في ظل وجود تراكمات تمتد لسنوات دون معالجة.



- كما ينبغي العمل على تقليل الأثر البيئي والصحي لهذه النفايات عبر فرض معايير بيئية صارمة تتماشى مع الإرشادات الدولية، ومنع أي ممارسات عشوائية في التخلص من الأدوية، لما لذلك من آثار خطيرة على التربة والمياه والصحة العامة، مع إدماج البعد البيئي ضمن سياسات إدارة الدواء كجزء من الأمن الصحي الوطني.
- وفي الإطار المالي، يتطلب الإصلاح إجراء مراجعة شاملة للقيمة الاقتصادية للأدوية المنتهية، وربطها بتكلفة التوريد، بهدف قياس حجم الهدر الحقيقي في المنظومة، واتخاذ قرارات تصحيحية تمنع استمرار توريد أصناف قريبة من الانتهاء أو راکدة، بما يساهم في حماية الموارد العامة وتحسين كفاءة الإنفاق.

5. التوصيات وفق المعايير الدولية:

- تطبيق نظام إدارة مخزون FEFO الأقرب انتهاء أولاً.
- إنشاء سجل إلكتروني لتتبع تواريخ الصلاحية والتالف.
- تحسين سلاسل التوريد والتوزيع للحد من الفاقد.
- اتباع طرق التخلص المعتمدة من WHO مثل الحرق بدرجات حرارة عالية.
- تدريب العاملين في المؤسسات الصحية على التعامل مع النفايات الدوائية.
- تنفيذ برامج لجمع الأدوية من المجتمع لمنع التخلص العشوائي.
- التعاون مع الشركات المصنعة لتطبيق برامج الاسترجاع الدوائي. (Reverse Logistics)



الفصل السابع: خارطة المخاطر الشاملة



1. المخاطر التشغيلية: ضعف سلسلة التوريد ونقاط الفشل الحرجة:-

تعاني منظومة الإمداد الدوائي في ليبيا من اختلالات تشغيلية عميقة تمس جميع حلقات سلسلة التوريد، بدءاً من تحديد الاحتياج مروراً بعمليات الشراء والتوريد، وصولاً إلى التوزيع والاستهلاك داخل المرافق الصحية. ويُعد الخلل في هذه السلسلة أحد أبرز مصادر عدم الاستقرار في توفر الدواء، نظراً لغياب الترابط المنهجي بين مكوناتها.

تبدأ هذه المخاطر من مرحلة تحديد الاحتياج، حيث يتم إعداد الاحتياجات الدوائية بشكل تقديري متكرر يعتمد على النماذج السابقة وليس على بيانات استهلاك فعلية أو مؤشرات وبائية دقيقة. هذا النمط التقديري أدى إلى إنتاج احتياجات غير واقعية، تتكرر سنوياً دون مراجعة علمية حقيقية، مما خلق فجوة واضحة بين الاحتياج النظري والطلب الفعلي داخل النظام الصحي.

وفي ظل غياب نظام إلكتروني وطني موحد يربط بين المرافق الصحية وجهاز الإمداد الطبي ولجان العطاءات، فقد أصبحت عملية نقل البيانات بين الأطراف تعتمد على وسائل ورقية أو جزئية، الأمر الذي أدى إلى فقدان الدقة في المعلومات، وإضعاف القدرة على التخطيط المبني على البيانات.

كما أن التوريد يتم في كثير من الأحيان بمعزل عن الاستهلاك الفعلي، ما أدى إلى ظهور اختلالات واضحة في كميات الأدوية الموردة، حيث يتم تسجيل حالات فرط توريد في بعض الأصناف الحيوية، مقابل نقص حاد في أصناف أخرى ذات أهمية علاجية أساسية. وقد نتج عن ذلك تكديس مخزوني كبير داخل المستودعات المركزية والمستشفيات، يقابله في الوقت ذاته نقص في أدوية حيوية في نقاط تقديم الخدمة.

وتزداد خطورة هذه الاختلالات مع ضعف أنظمة التتبع داخل سلسلة الإمداد، حيث لا توجد آلية لحظية تُمكن من مراقبة حركة الدواء من لحظة خروجه من المخزن المركزي حتى وصوله للمريض، مما يجعل النظام عرضة لفقدان الكفاءة التشغيلية، وصعوبة تحديد مواضع الخلل بدقة.

2. المخاطر المالية: الهدر، سوء تخصيص الموارد، وشبهات الفساد الهيكلي :

يمثل الجانب المالي في منظومة الدواء أحد أكثر الجوانب تعرضاً للهدر غير المباشر نتيجة سوء التخطيط وضعف الحوكمة، حيث يتم توجيه اعتمادات مالية ضخمة نحو توريد أدوية لا تعكس الاحتياج الحقيقي للمرافق الصحية.

ويكمن جوهر الخطر المالي في غياب الربط بين الإنفاق الدوائي والاستهلاك الفعلي، مما يؤدي إلى تضخم في كميات المشتريات دون وجود مبرر تشغيلي واضح. وقد أسفر ذلك عن تجميد مبالغ مالية كبيرة داخل مخزون دوائي راكد أو منتهي الصلاحية، وهو ما يمثل خسارة مزدوجة: خسارة مالية مباشرة نتيجة انتهاء الصلاحية، وخسارة غير مباشرة نتيجة تكاليف التخزين والنقل وإعادة التوريد.

وتشير البيانات إلى وجود حالات واضحة لفرط التوريد في عدد من الأصناف الحيوية مثل بعض أدوية الأعصاب والحديد والمضادات الحيوية، مقابل نقص في أدوية أخرى أساسية، مما يعكس خللاً في آليات تخصيص الميزانيات وتوجيهها.



كما أن غياب نظام رقابي مالي مرتبط ببيانات الاستهلاك الفعلي يخلق بيئة تنظيمية ضعيفة من حيث الشفافية، حيث لا يمكن تتبع العلاقة بين ما يتم شراؤه فعلياً وما يتم استخدامه، وهو ما يفتح المجال أمام:

• تضخيم غير مبرر في طلبات الاحتياج

• ضعف الرقابة على قرارات التوريد

• تكرار شراء نفس الأصناف رغم توفرها

• غياب مؤشرات أداء مالية دقيقة لقياس الكفاءة

وفي المحصلة، فإن الهدر المالي لا يقتصر على سوء الإدارة، بل يمتد ليشكل تشوهاً هيكلياً في منظومة الإنفاق الصحي ككل.

3. المخاطر الصحية والسيادية: تهديد الأمن الدوائي واستقرار النظام الصحي:

يمثل الخلل في منظومة الإمداد الدوائي تهديداً مباشراً للأمن الصحي الوطني، نظراً لاعتماد النظام الصحي بشكل كامل على استمرارية توفر الأدوية الحيوية دون انقطاع. وتتمثل أبرز المخاطر الصحية في حالات النقص المتكرر في أدوية الأمراض المزمنة والحالات الحرجة، ما يؤدي إلى انقطاع العلاج لدى المرضى أو تأخير حصولهم على الدواء في الوقت المناسب، وهو ما ينعكس مباشرة على معدلات المرض والوفيات وجودة الرعاية الصحية. وفي المقابل، يؤدي التوريد غير المتوازن إلى توفر أدوية غير مطلوبة أو غير مستخدمة فعلياً داخل النظام الصحي، ما يزيد من تعقيد إدارة المخزون ويؤدي إلى تراكم أصناف راکدة تنتهي صلاحيتها دون استفادة علاجية منها. كما أن وجود كميات كبيرة من الأدوية غير المستخدمة أو المنتهية داخل المخازن يشكل خطراً إضافياً يتمثل في احتمالية تسربها إلى السوق غير النظامي، أو سوء تخزينها بما قد يؤدي إلى فقدان فعاليتها أو تحولها إلى مصدر خطر صحي. أما على المستوى السيادي، فإن غياب منظومة دقيقة لإدارة الإمداد الدوائي يقلل من قدرة الدولة على التحكم في أمنها الدوائي، ويجعلها عرضة للتقلبات في سلاسل الإمداد، خاصة في حالات الأزمات أو الطوارئ الصحية، مما يضعف من استقلالية القرار الصحي الوطني.

4. المخاطر المؤسسية: ضعف الحوكمة وتداخل الصلاحيات وانعدام مركزية القرار:

تعد المخاطر المؤسسية من أخطر التحديات البنيوية التي تواجه منظومة الدواء، إذ تعكس حالة من التشتت الإداري وتداخل الصلاحيات بين عدة جهات دون وجود إطار حوكمة موحد ينظم عملية اتخاذ القرار. حيث تتداخل مسؤوليات إدارة الصيدلة، وجهاز الإمداد الطبي، ولجان العطاءات، والجهات الرقابية، دون وجود جهة واحدة تمتلك الصلاحية الكاملة لاعتماد الاحتياج النهائي أو الإشراف على دورة الإمداد الدوائي بشكل متكامل. وقد أدى هذا التعدد في مراكز القرار إلى:



• غياب وضوح المسؤولية القانونية عن قرارات التوريد.

• تضارب في القرارات بين الجهات المختلفة

• ضعف التنسيق بين مراحل الاحتياج والتوريد والتوزيع

• فقدان المرجعية الموحدة للسياسات الدوائية

كما أن غياب منظومة حوكمة قائمة على البيانات أدى إلى استمرار الاعتماد على الاجتهادات الفردية والتقديرات غير المعيارية، بدلاً من أن تكون القرارات مبنية على مؤشرات أداء دقيقة وتحليل علمي للاستهلاك.

ويضاف إلى ذلك ضعف التكامل بين الأنظمة الإدارية والمالية والفنية داخل القطاع الصحي، مما خلق منظومة مجزأة تفتقر إلى الترابط الأفقي والعمودي، الأمر الذي انعكس سلباً على كفاءة اتخاذ القرار وعلى استدامة الإمداد الدوائي.

وفي النهاية، فإن هذا الضعف المؤسسي لا يمثل مجرد خلل تنظيمي، بل هو العامل الجذري الذي يغذي كافة أنواع المخاطر الأخرى التشغيلية والمالية والصحية داخل المنظومة.

5. الخلاصة العامة لخارطة المخاطر:

تُظهر هذه الخارطة أن منظومة الإمداد الدوائي لا تعاني من اختلالات جزئية، بل من أزمة هيكلية شاملة تمتد عبر المستويات التشغيلية والمالية والصحية والمؤسسية في آن واحد. إن استمرار الفصل بين هذه المستويات، وغياب النظام الرقمي الموحد، وتعدد مراكز القرار، يؤدي إلى إعادة إنتاج نفس المخاطر بشكل دوري، مما يجعل الإصلاح الجزئي غير كافٍ دون إعادة بناء المنظومة على أساس الحوكمة الموحدة والبيانات اللحظية والتكامل المؤسسي.



الفصل الثامن: تحديد المسؤوليات والمساءلة



الفصل الأول: الفشل في التخطيط المالي والمخصصات (2022-2025)

الفشل الأول: التذبذب الحاد في الإنفاق على دعم الأدوية

المسؤولية الإدارية: تقع المسؤولية الإدارية الأولى على وزارة الصحة ممثلة في مكتب الوزير والإدارة المالية، لإهمالها في استقرار التخطيط السنوي واتخاذ قرارات مالية ظرفية غير مبررة. كما تتحمل وزارة التخطيط مسؤولية إدارية ثانوية لسماحها باعتماد مخصصات دون دراسات احتياج دقيقة. يضاف إلى ذلك مسؤولية مجلس الوزراء في الموافقة على هذا التوسع المالي غير المدروس.

المسؤولية المالية: تتحمل وزارة التخطيط المسؤولية المالية الرئيسية عن اعتماد زيادة 2.38 مليار دينار في عام 2023 دون مبررات صحية أو وبائية معلنة، مما يمثل سوء تقدير مالي جسيماً. كما تتحمل وزارة الصحة مسؤولية مالية ثانوية لتبريرها هذا الإنفاق غير المستقر.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في طبيعة القرارات المالية الظرفية التي لا تخضع لمنهج تخطيطي مستقر، حيث يمكن أن تشير إلى تدخلات سياسية أو إدارية غير مبررة تستدعي التحقيق في احتمال وجود إخلال بالواجبات الوظيفية أو استغلال للنفوذ وفق أحكام قانون العقوبات الليبي.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة في هذا البند، لكن التذبذب المالي أضعف القدرة التعاقدية للدولة على التخطيط طويل المدى مع الموردين.
الجهة المسؤولة عن الفشل: وزارة الصحة (الدرجة الأولى)، ووزارة التخطيط (الدرجة الثانية)، مجلس الوزراء (الدرجة الثالثة).

الفشل الثاني: التحول غير المخطط من مركزية الشراء إلى تشتت مؤسسي :

المسؤولية الإدارية: تتحمل مجلس الوزراء المسؤولية الإدارية الرئيسية للموافقة على هذا التوسع غير المدروس في قراره رقم 12 لسنة 2023 بتشكيل لجان مشتريات محلية، دون دراسة تأثير على كفاءة الإنفاق. كما تتحمل وزارة الصحة مسؤولية إدارية ثانوية لتنفيذ هذا القرار دون إنشاء إطار حوكمة شامل يضمن التنسيق.

المسؤولية المالية: تتحمل اللجان المحلية للمشتريات والمراكز الطبية المحلية مسؤولية مالية عن إحداث ازدواجية في الشراء وشراء نفس الأصناف التي توردها الوزارة مركزياً، مما أدى إلى تجزئة الإنفاق وضياع وفورات الحجم التي تقدر بنسبة 15-25% من إجمالي الإنفاق.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في حالات الشراء المحلي رغم توفر التوريد المركزي، حيث يمكن أن يشير ذلك إلى محاباة أو رشوة أو تضارب مصالح بين المسؤولين المحليين والموردين.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة، لكن التشتت المؤسسي أضعف القدرة التفاوضية للدولة في عقودها مع الموردين الدوليين.

الجهة المسؤولة عن الفشل: مجلس الوزراء (الدرجة الأولى)، ووزارة الصحة (الدرجة الثانية)، اللجان المحلية للمشتريات والمراكز الطبية (الدرجة الثالثة).



الفشل الثالث: ازدواجية التوريد وتكرار شراء نفس الأصناف:-

المسؤولية الإدارية: تتحمل جهاز الإمداد الطبي المسؤولية الإدارية لعدم تنسيق التوريد المركزي مع المشتريات المحلية وعدم منع التكرار. كما تتحمل اللجان المحلية للمشتريات مسؤولية إدارية لتجاوزها في الشراء المحلي رغم علمها بالتوريد المركزي.

المسؤولية المالية: تتحمل المراكز الطبية المحلية والهيئات التخصصية مسؤولية مالية مباشرة عن صرف مبالغ إضافية دون دراسات احتياج دقيقة، مما أدى إلى تسييل مبالغ من الباب الرابع دون مبرر.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في حالات الشراء رغم توفر المخزون، حيث يمكن أن يشير ذلك إلى اختلاس مقنع أو صرف مال عام دون وجه حق.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة في هذا البند.

الجهة المسؤولة عن الفشل: اللجان المحلية للمشتريات والمراكز الطبية (الدرجة الأولى)، جهاز الإمداد الطبي (الدرجة الثانية).

الفصل الثاني: الفشل في إدارة الاعتمادات المستندية والنقد الأجنبي

الفشل الرابع: تراكم اعتمادات غير مسددة لسنوات

المسؤولية الإدارية: تتحمل جهاز الإمداد الطبي المسؤولية الإدارية الرئيسية لإهماله في متابعة التعاقدات وترك اعتمادات مفتوحة لسنوات دون إقفال. كما تتحمل إدارة العقود داخل الجهاز مسؤولية إدارية مباشرة.

المسؤولية المالية: تتحمل جهاز الإمداد الطبي ومصرف ليبيا المركزي مسؤولية مالية مشتركة عن تجميد مبالغ مالية كبيرة دون استرداد، مما يمثل خسارة مالية مباشرة للدولة.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في عدم الإقفال المالي، حيث يمكن أن يشير ذلك إلى إضرار بالمال العام أو تقصير في حفظ المال العام وفق أحكام قانون العقوبات.

المسؤولية التعاقدية: تتحمل جهاز الإمداد الطبي مسؤولية تعاقدية تجاه الموردين لتعثرها في إقفال الاعتمادات في الآجال المحددة، مما يضعف الثقة في الإدارة الليبية.

الجهة المسؤولة عن الفشل: جهاز الإمداد الطبي (الدرجة الأولى)، مصرف ليبيا المركزي (الدرجة الثانية).

الفشل الخامس: إلغاء اعتمادات بعد الترسية

المسؤولية الإدارية: تتحمل لجنة العطاءات المسؤولية الإدارية الرئيسية لعدم ربط الترسية بقدرة توريد مثبتة للشركات قبل الترسية. كما تتحمل جهاز الإمداد الطبي مسؤولية إدارية ثانوية لعدم مراجعة جدية الشركات قبل الترسية.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة (ممثلة في لجنة العطاءات) مسؤولية مالية عن الهدر الإجرائي الناتج عن إلغاء اعتمادات بعد إتمام إجراءات الترسية.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في حالات الإلغاء المتكرر، حيث يمكن أن يشير ذلك إلى إخلال بالواجبات الوظيفية أو محاباة لشركات معينة في مرحلة الترسية ثم إلغاء التعاقد لاحقاً.



المسؤولية التعاقدية: تتحمل الدولة مسؤولية تعاقدية تجاه الشركات المترساة لإلغاء الاعتمادات بعد الترسية دون مبررات قانونية واضحة، مما يفتح الباب للتعويضات.
الجهة المسؤولة عن الفشل: لجنة العطاءات (الدرجة الأولى)، جهاز الإمداد الطبي (الدرجة الثانية).

الفشل السادس: رفع قيمة الاعتمادات بعد الترسية :

المسؤولية الإدارية: تتحمل لجنة العطاءات المسؤولية الإدارية لقبولها تعديل العقود بعد الترسية. كما تتحمل إدارة العقود في جهاز الإمداد مسؤولية إدارية لتنفيذ هذا التعديل.
المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن الزيادة غير المبررة في التكلفة بنسبة 15%، مما يمثل زيادة تكلفة غير مشروعة تقدر بملايين اليوروهات.
المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في قبول رفع القيمة بعد الترسية، حيث يمكن أن يشير ذلك إلى رشوة أو محاباة أو تضارب مصالح بين مسؤولي اللجنة والشركات الموردة.
المسؤولية التعاقدية: تتحمل الدولة مسؤولية تعاقدية جسيمة لعدم التزامها بمبدأ الثبات في العقود العامة، حيث تم تعديل العقد أحادي الجانب لصالح المورد دون مبرر قانوني.
الجهة المسؤولة عن الفشل: لجنة العطاءات (الدرجة الأولى)، جهاز الإمداد الطبي (الدرجة الثانية).

الفشل السابع: قبول اختلافات ونواقص في الاعتمادات

المسؤولية الإدارية: تتحمل جهاز الإمداد الطبي (إدارة الجودة) المسؤولية الإدارية لقبولها استلام بضائع غير مطابقة للمواصفات. كما تتحمل الجمارك مسؤولية إدارية لسماحها بدخول بضائع بمستندات ناقصة.
المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن دفع قيم غير مستحقة لبضائع غير مطابقة للمواصفات المتعاقد عليها.
المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في قبول الاختلافات، حيث يمكن أن يشير ذلك إلى رشوة أو إخلال بالواجبات الوظيفية أو تزوير في محاضر الاستلام.
المسؤولية التعاقدية: تتحمل الدولة مسؤولية تعاقدية لقبولها اختلافات في العقود دون تطبيق شروط الجزاءات، مما يضعف من قيمة العقود المستقبلية.
الجهة المسؤولة عن الفشل: جهاز الإمداد الطبي (الدرجة الأولى)، الجمارك (الدرجة الثانية)، مصرف ليبيا المركزي (الدرجة الثالثة).

الفشل الثامن: الفجوة الزمنية بين الترسية والتنفيذ

المسؤولية الإدارية: تتحمل لجنة العطاءات المسؤولية الإدارية لعدم تحديد سقف زمني للتنفيذ. كما تتحمل جهاز الإمداد الطبي مسؤولية إدارية لعدم متابعة تنفيذ العقود في الآجال المعقولة.
المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن الفوائد الناتجة عن تغير الأسعار وتغير احتياجات السوق خلال 4 سنوات، مما أدى إلى خسارة مالية غير مباشرة.



المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في تأخير التنفيذ، حيث يمكن أن يشير ذلك إلى إخلال بالواجبات الوظيفية أو تعمد إفشال العطاء لصالح جهات أخرى.

المسؤولية التعاقدية: تتحمل الدولة مسؤولية تعاقدية جسيمة لعدم تنفيذ العقود في الآجال المعقولة، مما يفتح الباب للتعويضات أو فسخ العقود من قبل الموردين.
الجهة المسؤولة عن الفشل: لجنة العطاءات (الدرجة الأولى)، جهاز الإمداد الطبي (الدرجة الثانية).

الفشل التاسع: نمو غير طبيعي في اعتمادات شركات محددة

المسؤولية الإدارية: تتحمل مصرف ليبيا المركزي المسؤولية الإدارية لعدم تطبيق نظام تقييم دوري للموردين (Vendor Performance Scoring). كما تتحمل جهاز الإمداد الطبي المسؤولية الإدارية للترسية المتكررة لهذه الشركات دون التحقق من مبررات النمو.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن السماح بزيادات غير مبررة في الاعتمادات تقدر بعشرات الملايين من الدولارات دون دراسة جدوى.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية خطيرة في النمو غير الطبيعي، حيث يمكن أن يشير ذلك إلى رشوة أو محاباة أو تضارب مصالح أو اختلاس مقنع. يستدعي هذا فتح تحقيق جنائي فوري.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة، لكن النمو غير المبرر يضعف من شفافية العقود الحكومية.

الجهة المسؤولة عن الفشل: مصرف ليبيا المركزي (الدرجة الأولى)، جهاز الإمداد الطبي (الدرجة الثانية)، الجهات الرقابية (الدرجة الثالثة).

الفشل العاشر: تذبذب طلبات النقد الأجنبي

المسؤولية الإدارية: تتحمل مصرف ليبيا المركزي المسؤولية الإدارية لعدم إنشاء آلية وطنية مشتركة مع وزارة الصحة للتخطيط الدوائي. كما تتحمل وزارة الصحة مسؤولية إدارية لعدم تقديم بيانات استهلاك دقيقة للمركزي.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن عدم ضبط تدفق النقد الأجنبي وربطه بالاستهلاك الفعلي، مما يفتح الباب لاستنزاف العملة الصعبة.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في القفزة الحادة لعام 2025، حيث يمكن أن تشير إلى تضخيم طلبات أو تزوير في بيانات الاحتياج.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: مصرف ليبيا المركزي (الدرجة الأولى)، وزارة الصحة (الدرجة الثانية).



الفصل الثالث: الفشل في تسجيل الشركات والوكالات

الفشل الحادي عشر: تجاوز الحد القانوني للوكالات

المسؤولية الإدارية: تتحمل إدارة الصيدلة (وزارة الصحة) المسؤولية الإدارية الرئيسية للسماح بتجاوز الحد القانوني بشكل ممنهج. كما تتحمل لجنة تسجيل الشركات مسؤولية إدارية مباشرة. **المسؤولية المالية:** تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن فقدان القدرة التفاوضية وارتفاع الأسعار نتيجة التركيز السوقي.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية خطيرة في السماح بالتجاوز، حيث يمكن أن يشير ذلك إلى رشوة أو محاباة أو استغلال للنفوذ أو إخلال بالواجبات الوظيفية وفق المادة 225 من قانون العقوبات.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: إدارة الصيدلة (الدرجة الأولى)، وزارة الاقتصاد (الدرجة الثانية).

الفشل الثاني عشر: تسجيل أدوية تخصصية لوكلاء خاص رغم حصريّة الدولة

المسؤولية الإدارية: تتحمل لجنة تسجيل الشركات (إدارة الصيدلة) المسؤولية الإدارية الرئيسية للسماح بالتسجيل الخاص للأدوية السيادية. كما تتحمل إدارة الصيدلة مسؤولية إدارية للإشراف. **المسؤولية المالية:** تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن خلق اقتصاد مواز يستنزف ميزانية الدولة. **المسؤولية الجنائية:** تتحمل أعضاء لجنة التسجيل مسؤولية جنائية مباشرة عن مخالفة التشريع.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: لجنة تسجيل الشركات (الدرجة الأولى)، إدارة الصيدلة (الدرجة الثانية).

الفصل الرابع: الفشل في تسجيل الشركات والوكالات

الفشل الثالث عشر: تجاوز الحد القانوني للوكالات

المسؤولية الإدارية: تتحمل إدارة الصيدلة (وزارة الصحة) المسؤولية الإدارية الرئيسية للسماح بتجاوز الحد القانوني بشكل ممنهج. كما تتحمل لجنة تسجيل الشركات مسؤولية إدارية مباشرة. **المسؤولية المالية:** تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن فقدان القدرة التفاوضية وارتفاع الأسعار نتيجة التركيز السوقي.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية خطيرة في السماح بالتجاوز، حيث يمكن أن يشير ذلك إلى رشوة أو محاباة أو استغلال للنفوذ أو إخلال بالواجبات الوظيفية وفق المادة 225 من قانون العقوبات.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: إدارة الصيدلة (الدرجة الأولى)، وزارة الاقتصاد (الدرجة الثانية)



الفشل الرابع عشر: تسجيل أدوية تخصصية لوكلاء خواص رغم حصصية الدولة

المسؤولية الإدارية: تتحمل لجنة تسجيل الشركات (إدارة الصيدلة) المسؤولية الإدارية الرئيسية للسماح بالتسجيل الخاص لأدوية سيادية. كما تتحمل إدارة الصيدلة مسؤولية إدارية للإشراف.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن خلق اقتصاد مواز يستنزف ميزانية الدولة. حيث يقوم الوكيل ببيع الدواء للمصحات الخاصة وتضطر الدولة لاحقاً لدفع الفواتير بأسعار مضاعفة.

المسؤولية الجنائية: تتحمل أعضاء لجنة التسجيل مسؤولية جنائية مباشرة عن مخالفة صريحة للتشريع والإضرار بالمال العام وتهديد الأمن الدوائي.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: لجنة تسجيل الشركات (الدرجة الأولى)، إدارة الصيدلة (الدرجة الثانية)

الفشل الخامس عشر: تسجيل المكملات الغذائية كأدوية:

المسؤولية الإدارية: تتحمل إدارة الصيدلة المسؤولية الإدارية للسماح بتسجيل المكملات كأدوية. كما تتحمل لجنة التسجيل مسؤولية إدارية.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن استنزاف مخصصات الدواء في المكملات الغذائية.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في الإهمال الجسيم والإضرار بالمال العام وتهديد الأمن الدوائي.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: إدارة الصيدلة (الدرجة الأولى)، مصرف ليبيا المركزي (للموافقة على الاعتمادات - الدرجة الثانية).

الفشل السادس عشر: الأخطاء الجسيمة في السجلات:

المسؤولية الإدارية: تتحمل قسم التسجيل (إدارة الصيدلة) المسؤولية الإدارية لإدخال بيانات دون مراجعة. كما تتحمل إدارة الصيدلة مسؤولية إدارية للإشراف.

المسؤولية المالية: لا توجد خسارة مالية مباشرة، لكن الأخطاء تضعف من مصداقية النظام الرقابي.

المسؤولية الجنائية: تتحمل الموظفون المدخلون مسؤولية جنائية عن التزوير في السجلات الرسمية وفق المادة 256 من قانون العقوبات. كما تتحمل المسؤولون الإداريون مسؤولية جنائية عن الإهمال في الإشراف.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: قسم التسجيل (الدرجة الأولى)، إدارة الصيدلة (الدرجة الثانية)



الفشل السابع عشر: تحليل عينات من محاضر اعتماد الأصناف وشبهات الفساد بها المسؤولية الإدارية: تتحمل رئيس لجنة التسجيل المسؤولية الإدارية الرئيسية لتنظيمه جلسة تسجيل مشبوهة. كما تتحمل أعضاء اللجنة مسؤولية إدارية للمشاركة.

المسؤولية المالية: لا توجد خسارة مالية مباشرة بعد، لكن التسجيلات المشبوهة تفتح الباب لفساد مالي لاحق.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية خطيرة في الاختلاس أو الغدر بالثقة أو الرشوة أو تزوير محاضر رسمية. يستدعي هذا فتح تحقيق جنائي فوري وعاجل.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: رئيس لجنة التسجيل (الدرجة الأولى)، أعضاء اللجنة (الدرجة الثانية)

الفشل الثامن عشر: تضليل بلد المنشأ (المنشأ المزدوج)

المسؤولية الإدارية: تتحمل لجنة التسجيل المسؤولية الإدارية لقبولها تسجيلات مزدوجة. كما تتحمل إدارة الصيدلة مسؤولية إدارية.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن خسارة المزايا الجمركية والتسعيرية.

المسؤولية الجنائية: تتحمل الشركات الموردة (الوكلاء) مسؤولية جنائية عن التدليس في المنشأ وفق المادة 256 مكرر من قانون العقوبات. كما تتحمل أعضاء اللجنة مسؤولية جنائية عن المشاركة في التدليس.

المسؤولية التعاقدية: تتحمل الشركات الموردة مسؤولية تعاقدية عن تقديم بيانات غير صحيحة في عقود التسجيل.

الجهة المسؤولة عن الفشل: الشركات الموردة (الوكلاء - الدرجة الأولى)، لجنة التسجيل (الدرجة الثانية)، الجمارك (الدرجة الثالثة).

الفصل الخامس: الفشل في تحديد الاحتياجات والتوريد

الفشل التاسع عشر: إدراج أصناف غير مستخدمة في القوائم الرسمية

المسؤولية الإدارية: تتحمل لجنة القوائم (إدارة الصيدلة) المسؤولية الإدارية لإدراجها صنفاً غير مستخدم. كما تتحمل المراكز الطبية مسؤولية إدارية لرفعها احتياجاً غير مبرر.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن توريد صنف غير مطلوب يقدر بالآلاف الدنانير.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في الإهمال أو التضليل في رفع الاحتياجات.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: لجنة القائمة النمطية (الدرجة الأولى)، المراكز الطبية (الدرجة الثانية)



الفشل العشرون: فرط توريد أصناف راکدة

وصف الفشل: توريد أدوية راکدة (لم تعد مستخدمة أو ليس عليها طلب)

المسؤولية الإدارية: تتحمل جهاز الإمداد الطبي المسؤولية الإدارية للتوريد بدون ربط بالاستهلاك. كما تتحمل لجنة العطاءات مسؤولية إدارية إدارة الصيدلة بوزارة الصحة المختصة بإعداد الاحتياج .

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن تجميد مئات الملايين من الدنانير في مخزون راکد، بالإضافة إلى تكاليف التخزين والنقل والإعدام لاحقاً.

المسؤولية الجنائية: تبرز شبهات جنائية في الإضرار بالمال العام أو التسبب في الهدر.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة، لكن الفرط في التوريد يضعف من جدية العقود الحكومية.

الجهة المسؤولة عن الفشل: إدارة الصيدلة بوزارة الصحة (**الدرجة الأولى**) جهاز الإمداد الطبي (الدرجة الثانية)، لجنة العطاءات (الدرجة الثالثة)، . المراكز الصحية (لقبول الاستلام - الدرجة الثالثة)

الفشل الحادي و العشرون: توريد أصناف بتركيزات خاطئة

المسؤولية الإدارية: تتحمل جهاز الإمداد الطبي (إدارة المشتريات) المسؤولية الإدارية لعدم التحقق من التركيزات المطلوبة.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن دفع ثمن صنف غير مطلوب.

المسؤولية الجنائية: لا توجد شبهات جنائية واضحة، لكن الخطأ يمكن أن يشير إلى إهمال.

المسؤولية التعاقدية: تتحمل الشركة المورد (روش/الوكيل) مسؤولية تعاقدية عن توريد صنف بتركيز خاطئ مخالف للمواصفات المتعاقد عليها.

الجهة المسؤولة عن الفشل: الشركة المورد (الدرجة الأولى)، جهاز الإمداد الطبي (الدرجة الثانية)

الفشل الثاني و العشرون: غياب نظام إلكتروني لربط المراكز بالإمداد

المسؤولية الإدارية: تتحمل وزارة الصحة (إدارة المعلومات) المسؤولية الإدارية لعدم إنشاء النظام. كما تتحمل جهاز الإمداد الطبي مسؤولية إدارية.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن استمرار الهدر الناتج عن عدم الدقة في البيانات.

المسؤولية الجنائية: لا توجد شبهات جنائية، لكن الفشل يمثل إهمالاً إدارياً ممتداً.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: وزارة الصحة (الدرجة الأولى)، جهاز الإمداد الطبي (الدرجة الثانية).



الفصل السادس: الفشل في إدارة النفايات الطبية

الفشل الثالث و العشرون: تراكم أدوية منتهية الصلاحية منذ 2001

المسؤولية الإدارية: تتحمل جميع وزراء الصحة المتعاقبين منذ 2001 مسؤولية إدارية ممتدة لعدم اتخاذهم قرارات حاسمة بإعدام النفايات. كما تتحمل وزارة البيئة مسؤولية إدارية ثانوية. **المسؤولية المالية:** تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن خسارة تقدر بمليارات الدنانير (تكاليف توريد + تخزين + نقل + إعدام).

المسؤولية الجنائية: تتحمل المسؤولون المتعاقبون مسؤولية جنائية عن الإهمال الجسيم المؤدي إلى خطر صحي وبيئي، والإضرار بالمال العام على مدى عقود. **المسؤولية التعاقدية:** لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة. **الجهة المسؤولة عن الفشل:** جميع وزراء الصحة المتعاقبين (الدرجة الأولى)، وزارة البيئة (الدرجة الثانية)، الجهات الرقابية (الدرجة الثالثة).

الفشل الرابع والعشرون: غياب آلية وطنية معتمدة لإعدام النفايات

المسؤولية الإدارية: تتحمل وزارة الصحة ووزارة البيئة مسؤولية إدارية مشتركة لعدم إصدار آلية تنفيذية فعالة. كما تتحمل مجلس الوزراء مسؤولية إدارية للتأخير في إقرار التشريعات. **المسؤولية المالية:** تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن استمرار تكاليف التخزين والنقل للنفايات المتراكمة. **المسؤولية الجنائية:** لا توجد شبهات جنائية واضحة، لكن التأخير يمثل إهمالاً إدارياً. **المسؤولية التعاقدية:** لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة. **الجهة المسؤولة عن الفشل:** وزارة الصحة ووزارة البيئة (الدرجة الأولى)، مجلس الوزراء (الدرجة الثانية).

الفشل الخامس والعشرون: عدم توحيد الترميز بين مراحل التوريد والإعدام

المسؤولية الإدارية: تتحمل إدارة الصيدلة وجهاز الإمداد الطبي مسؤولية إدارية لعدم اعتماد نظام ترميز موحد (Master Drug Code). **المسؤولية المالية:** تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن عدم القدرة على حصر القيمة الحقيقية للنفايات. **المسؤولية الجنائية:** لا توجد شبهات جنائية. **المسؤولية التعاقدية:** لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة. **الجهة المسؤولة عن الفشل:** إدارة الصيدلة (الدرجة الأولى)، جهاز الإمداد الطبي (الدرجة الثانية).



الفصل السادس: الفشل الهيكلي والمؤسسي

الفشل السابع والعشرون: ضعف الحوكمة وتداخل الصلاحيات

المسؤولية الإدارية: تتحمل مجلس الوزراء المسؤولية الإدارية الرئيسية لعدم إعادة هيكلة القطاع الدوائي. كما تتحمل وزارة الصحة مسؤولية إدارية.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن جميع الخسائر الناتجة عن هذا التداخل.

المسؤولية الجنائية: لا توجد شبهات جنائية مباشرة، لكن الفشل الهيكلي يغذي الفساد.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: مجلس الوزراء (الدرجة الأولى)، وزارة الصحة (الدرجة الثانية)، جميع الجهات الفرعية (الدرجة الثالثة).

الفشل الثامن والعشرون: غياب قانون موحد للدواء

المسؤولية الإدارية: يتحمل مجلس النواب المسؤولية الإدارية (التشريعية) لعدم إصدار القانون الموحد. كما تتحمل مجلس الوزراء مسؤولية إدارية لعدم اقتراح مشروع القانون.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن جميع الخسائر الناتجة عن الفراغ التشريعي.

المسؤولية الجنائية: لا توجد مسؤولية جنائية.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية.

الجهة المسؤولة عن الفشل: مجلس النواب (الدرجة الأولى)، مجلس الوزراء (الدرجة الثانية)، وزارة الصحة (الدرجة الثالثة).

الفشل التاسع والعشرون: غياب ربط الإنفاق بالنتائج الصحية

المسؤولية الإدارية: تتحمل وزارة الصحة المسؤولية الإدارية الرئيسية. كما تتحمل وزارة المالية والجهاز المركزي للمحاسبات مسؤولية إدارية للرقابة.

المسؤولية المالية: تتحمل الدولة مسؤولية مالية عن إنفاق مرتفع دون نتائج ملموسة.

المسؤولية الجنائية: لا توجد شبهات جنائية واضحة، لكن الفشل يمكن أن يشير إلى إهمال أو تقصير.

المسؤولية التعاقدية: لا توجد مسؤولية تعاقدية مباشرة.

الجهة المسؤولة عن الفشل: وزارة الصحة (الدرجة الأولى)، وزارة المالية (الدرجة الثانية)، الأجهزة الرقابية (الدرجة الثالثة).



الفصل التاسع: التوصيات وخارطة الإصلاح



التوصيات وخارطة الإصلاح

أولاً: التوصيات العاجلة (0-6 أشهر):

- تهدف هذه الحزمة من الإجراءات إلى وقف النزيف المالي الفوري، وضبط الأوضاع الرقابية المتفلتة، ومنع تفاقم الأزمة في القطاع الدوائي.
- في مقدمة هذه الإجراءات، يتم تجميد فتح أي اعتمادات جديدة للجهات المستفيدة من الباب الرابع، وذلك إلى حين اعتماد إطار حوكمة شامل يحدد بدقة معايير الصرف والاحتياج، ويكون التنفيذ تحت مسؤولية مجلس الوزراء ووزارة المالية، مع مؤشر أداء يتمثل في تحقيق صفر اعتمادات جديدة غير مبررة.
- كما يتم تشكيل لجنة تحقيق فورية في الشركات التي أظهرت نمواً غير طبيعي يتجاوز 50% سنوياً، وتشمل: تيسير الدوائية، دار قرطبة، قصرين الدواء، والفا، على أن تكون المسؤولية مشتركة بين وزارة الصحة وجهاز الرقابة الإدارية والنيابة العامة، بهدف إنجاز التحقيق خلال 90 يوماً.
- وفي السياق ذاته، يتم إيقاف إدراج الأصناف غير المستخدمة في قوائم الاحتياجات مثل مادة Gonadorelin، مع إلغاء توريداتها بشكل فوري، تحت إشراف إدارة الصيدلة وجهاز الإمداد الطبي، على أن يكون المؤشر صفر أصناف غير مستخدمة في قوائم 2026.
- كما يتم تعليق تسجيل أي شركة دوائية جديدة إلى حين إعادة هيكلة سجل الشركات ومراجعة الوكالات المتراكمة، وذلك عبر لجنة تسجيل الشركات بوزارة الصحة، مع وقف كامل للتسجيل لمدة 6 أشهر.
- وتشمل الإجراءات أيضاً تنفيذ خطة طوارئ لإعدام المخزون المتراكم من الأدوية المنتهية منذ عام 2001 عبر التعاقد مع جهات متخصصة، تحت إشراف وزارة الصحة ووزارة البيئة، بهدف إعدام 30% من المخزون خلال 6 أشهر.
- كما يتم إلزام جميع الجهات بوقف الشراء المحلي المستقل والعودة إلى التوريد المركزي عبر جهاز الإمداد الطبي، بحيث يصبح المؤشر صفراً لأي مشتريات خارج الإطار المركزي.
- ويتم كذلك تفعيل نظام FEFO في جميع المخازن الدوائية لضمان صرف الأدوية حسب الأقرب انتهاء أولاً، مع تحقيق نسبة تطبيق 100% في المخازن الرئيسية.



- وأخيراً، يتم إلزام وزارة الصحة بنشر بيانات الإنفاق الدوائي بشكل ربع سنوي عبر موقعها الرسمي، على أن يتم إصدار أول تقرير خلال 60 يوماً.

ثانياً: التوصيات المتوسطة (6-18 شهراً)

- تهدف هذه المرحلة إلى إعادة بناء الهيكل المؤسسي للقطاع الدوائي، وتفعيل الأنظمة الرقمية، وضبط السوق بشكل أكثر استدامة.
- في هذه المرحلة، يتم إصدار قانون موحد للدواء يلغي التشتت القائم بين القوانين الصادرة في 1973 و1983 وقرارات 2006 و2008، ويحدد الصلاحيات بشكل واضح، على أن يكون تحت إشراف مجلس النواب ولجنة الصحة، ويتم إقراره خلال 12 شهراً.
- كما يتم إنشاء هيئة وطنية عليا مستقلة للدواء تتولى مهام التخطيط والشراء المركزي والرقابة والتتبع، بدلاً من التشتت الحالي بين أكثر من 4 جهات، ويكون تشكيلها وتفعيلها خلال 9 أشهر.
- ويتم بناء نظام رقمي وطني موحد (National Pharma Tracking System) يربط جميع مراحل السلسلة الدوائية من التوريد إلى المخزون ثم التوزيع والاستهلاك والإعدام، تحت إشراف وزارة الصحة ووزارة الاتصالات، على أن يتم تشغيله في 50% من المرافق خلال 12 شهراً.
- كما يتم توحيد الشراء الدوائي عبر جهة مركزية واحدة، مع تقليص عدد الجهات المشتريّة من أكثر من 25 جهة إلى 3 جهات فقط، تحت إشراف الهيئة الوطنية للدواء.
- وتشمل الإجراءات أيضاً إعادة هيكلة سجل الشركات الذي يضم 728 شركة، مع مراجعة الوكالات وتفعيل الحد القانوني البالغ 10 وكالات فقط، وإلغاء الزيادة، بهدف تقليص التركيز بنسبة 40%.
- ويتم كذلك ربط فتح الاعتمادات المستندية بنموذج تنبؤ صحي سنوي يعتمد على الاستهلاك الفعلي، بالتنسيق بين مصرف ليبيا المركزي ووزارة الصحة، بحيث يتم منع أي اعتماد لا يتوافق مع التنبؤ.



- كما يتم إصلاح دورة الإقفال المالي للاعتمادات من خلال وضع سقف زمني إلزامي ومنع التعديل بعد الترسية وربط الإقفال بالتوريد الفعلي، بهدف تقليص الاعتمادات غير المسددة بنسبة 70%.
- ويتم إنشاء صندوق وطني للدواء مستقل عن الميزانية العامة، ممول من رسوم التسجيل والوكالات، لضمان استدامة التمويل، تحت إشراف وزارة المالية ومجلس الوزراء، مع إقرار هيكله خلال 12 شهراً.
- كما يتم تفعيل نظام تقييم الموردين وربط تجديد التراخيص بالأداء، مع تطبيقه على 100% من الموردين الرئيسيين.
- وأخيراً، يتم فصل الأدوار بين الاستيراد والتوزيع والوكالات قانونياً لمنع تضارب المصالح، على أن تصدر اللائحة التنفيذية خلال 9 أشهر.

ثالثاً: التوصيات الاستراتيجية (18 شهراً - 3 سنوات)

- تهدف هذه المرحلة إلى تحقيق الاستدامة وبناء الأمن الدوائي الوطني والاندماج مع المعايير الدولية.
- في هذه المرحلة، يتم بناء مخزون استراتيجي وطني للأدوية الحيوية يغطي 100% من الاحتياجات الأساسية ويضمن الحماية من الصدمات.
- كما يتم إنشاء مختبر وطني مرجعي للجودة الدوائية يخضع لاعتماد دولي ISO 17025 خلال 24 شهراً.
- ويتم تطوير صناعة دوائية وطنية عبر تشجيع الاستثمار المحلي لرفع نسبة التصنيع إلى 15%.
- كما يتم الانضمام إلى نظام GS1 العالمي وربطه بنظام تتبع وطني، بحيث يتم تطبيقه على 100% من الأصناف.
- ويتم كذلك توقيع اتفاقيات شراء جماعي إقليمية مع دول الجوار مثل تونس ومصر والجزائر، بهدف تخفيض التكاليف بنسبة 20%.
- كما يتم بناء منظومة بيانات صحية وطنية تربط المستشفيات والتأمين الصحي والصيديات والمخازن، لتغطية 80% من المرافق.
- ويتم إنشاء أكاديمية وطنية لتدريب كوادر الإمداد الدوائي بمعدل 200 متخصص سنوياً.
- كما يتم تطوير برنامج وطني للأدوية الجينية لرفع نسبة استخدامها إلى 60%.



- ويتم إنشاء صندوق تأمين دوائي للأمراض المزمنة والحالات الحرجة لتغطية 100% من المرضى.
- وأخيراً، يتم إعداد استراتيجية وطنية للأمن الدوائي وربطها بالأمن القومي، واعتمادها من مجلس الوزراء.



الملاحق



ملحق 1 (جداول الرسوم التوضيحية)



جداول الفصل الأول

تحليل اتجاهات الإنفاق المالي على القطاع الصحي ومؤشرات المخاطر الرقابية (2022-2025) تابع للرسم التوضيحي 1

السنة	قيمة الانفاق	الملاحظات
2022	1,774,999,994	صرف مركزي على جهاز الإمداد الطبي فقط. نموذج تقليدي مركزي.
2023	4,149,533,000	زيادة حادة (+134%) عن 2022. تعدد الجهات المستفيدة: المركز الوطني لمكافحة الأمراض، جهاز الإمداد الطبي، مركز الطب الميداني.
2024	3,871,190,914.81	انخفاض عن 2023، مع فتح اعتمادات إضافية للهيئة الوطنية لمكافحة السرطان. استمرار التذبذب المالي.
2025	2,025,691,664.18	انخفاض كبير عن 2024 (-49%). فتح باب رابع لمراكز محلية طبية متعددة، ارتفاع خطر الهدر المالي بسبب ازدواجية التوريد (الوزارة + المراكز المحلية).



جداول الفصل الثاني

طلبات العملات الأجنبية للأدوية البشرية (2025-2022) تابع للرسم التوضيحي 2

قيمة الاعتمادات المقبولة للشركات من 2022م الى 2025							اسم الشركة
معدل النمو	شرح المؤشر	نسبة مقدار الزيادة من سنة 2022 الى سنة 2025	2025	2024	2023	2022	
68%	يعني قيمة الاعتمادات في 2025 أصبح أكثر من 18 ضعف قيمتها في 2022	1834%	\$43,010,394.000	\$14,068,498.000	\$0.000	\$2,223,750.000	شركة تيسير الدوائية لاستيراد المعدات الطبية و الأدوية و المستحضرات الطبية ومستلزمات الام و الطفل
48%	يعني قيمة الاعتمادات في 2025 أصبحت أكثر من 3.3 اضعاف قيمتها في 2022	226%	\$42,031,206.000	\$59,183,779.000	\$26,754,491.000	\$12,891,330.000	شركة الفا لاستيراد الادوية والمعدات الطبية و المستحضرات الطبية و مستلزمات الام و الطفل
134%	يعني قيمة الاعتمادات في 2025 أصبحت أكثر من 14 اضعاف قيمتها في 2022	1304%	\$37,855,732.000	\$5,047,551.000	\$0.000	\$2,694,850.000	شركة دار قرطبة لإستيراد المعدات الطبية والأدوية والمستحضرات الطبية ومستلزمات الأم والطفل المحدود
121%	يعني قيمة الاعتمادات في 2025 أصبحت أكثر من 10 اضعاف قيمتها في 2022	979%	\$31,450,448.000	\$14,211,527.000	\$0.000	\$2,915,575.000	شركة قصرين الدواء لاستيراد المعدات الطبية والأدوية والمستحضرات الطبية
*	صحيح انخفضت ولكن في سنة 2024 مرتفعة ولكن هنا يتم التأكد كيف للشركة يكون اول اعتمادتها تفتح بهذه القيمة لابد من معرفة (KYC) ومصدر الأموال وتقارير STR	-8%	\$23,520,396.000	\$35,114,279.000	\$29,893,332.000	\$25,423,618.000	شركة لمسة الحياة لاستيراد المعدات الطبية و الأدوية والمستحضرات الطبية ومستلزمات الام و الطفل
48%	يعني قيمة الاعتمادات في 2025 أصبحت أكثر من 3.3 اضعاف قيمتها في 2022	228%	\$23,310,870.000	\$19,801,325.000	\$13,309,728.000	\$7,104,575.000	شركة العلمية لإستيراد الادوية والمستحضرات الطبية ومستلزمات الام و الطفل
		بدأت بقيمة 8 مليون دولار	\$8,363,738.000	\$0.000	\$0.000	\$0.000	شركة سيفاكس لاستيراد ادوية ومعدات طبية ومستلزمات الام و الطفل



عدد الاعتمادات المفتوحة خلال السنوات (2023-2024-2025) بمصرف ليبيا المركزي خارج العطاء العام و الموقف التنفيذي لها تابع للرسم التوضيحي 3

البيان								السنة
الاعتمادات المتبقي بها قيمة		الاعتمادات الغير مسددة بالكامل		الاعتمادات التي تم الغائها		الاعتمادات المفتوحة		
القيمة	العدد	القيمة	العدد	القيمة	العدد	القيمة	العدد	
€ 77,576,007.720	36	0	0	€ 47,208.000	1	€ 270,058,928.550	37	2023
€57,927,729.770	29	15,370,834.150 €	16	€ 2,638,200.320	4	€ 140,573,536.650	49	2024
0	0	€ 9,757,717.040	2	0	0	€ 9,814,637.540	3	2025
€135,503,737.49	65	€25,128,551.19	18	€2,685,408.32	5	€ 420,447,102.74	89	الإجمالي

تساؤلات حول قيمة الإنفاق في استخدام النقد الأجنبي والتوريد تابع للرسم التوضيحي 4

التصنيف		السنة
قيمة الاعتمادات المفتوحة والمورد لجهاز الامداد الطبي	طلبات النقد الأجنبي لشراء الأدوية للقطاع الخاص	
€331,487,091.48	\$ 294,121,034.000	2023
€306,118,706.43	\$ 359,480,368.000	2024
€637,605,797.91	\$ 653,601,402.00	الإجمالي

سجل الشركات المسجلة تابع للرسم التوضيحي 5

العدد	البيان
538	عدد الشركات الأجنبية المسجلة
104	عدد شركات الاستيراد
86	شركات التوزيع
728	الإجمالي

الاحتكار والمحابة تابع للرسم التوضيحي 6

عدد الوكالات التابعة له	اسم الوكيل
53	ALFA
22	ALDAWLIA
21	EKLIL
19	MEDICA
14	ALSHADA
9	AL ELMIA
9	ALAFIA
9	ALELMIA
9	EATER



ملحق 2 (مصفوفات الإصلاح)



مصفوفة الإصلاح في بند الشركات الدوائية

مؤشر الأداء (KPI)	الإطار الزمني	الجهة المسؤولة	إجراء الإصلاح المقترح	السبب الجذري	الوصف الرقابي	الخلل الجوهرى
CTD % الأصناف المسجلة بنظام	6-12 شهر	وزارة الصحة - إدارة الصيدلة	التحول الإجباري إلى تسجيل الصنف الدوائي (-Product based Registration) وربطه بـ (المصنع + خط الإنتاج + الشكل الصيدلاني + API)	غياب منظومة تسجيل دوائي معيارية (SIAMED / CTD)	تسجيل مصانع/خطوط دون ربط بالصنف الدوائي	تسجيل الشركة بدل الصنف
بعثات 0% ممولة من الشركات	3 أشهر	وزارة الصحة - وزارة المالية	إنشاء صندوق تفتيش مستقل تموله الرسوم الحكومية لـ الشركات	غياب فصل التمويل عن القرار	تمويل الشركات لبعثات التفتيش	تضارب المصالح في التفتيش
خفض التركز السوقي (HHI)	6 أشهر	وزارة الاقتصاد + الصحة	مراجعة شاملة للوكالات وإلغاء الزائد عن الحد القانوني	تعطيل تطبيق القانون 2004/6	سيطرة وكلاء بعثات الوكالات	الاحتكار وتجاوز 10 وكالات
توريد 100% تخصصي عبر الوطنية	فوري	وزارة الصحة	قفل التسجيل الخاص للأدوية السيادية (أورام - مناعة- كبد)	تلاعب في تصنيف الأصناف	تسجيل أدوية تخصصية لوكلاء خواص	تجاوز حصرية الدولة
0 حالات منشأ مزدوج	3 أشهر	الجمارك + الصحة	إلزام منشأ واحد + مصنع واحد لكل صنف وربطه بالدفعة	غياب التتبع والتفتيش المينائي	منشأ مزدوج تحت رقم واحد	تضليل بلد المنشأ
وقف اعتمادات المكملات	فوري	وزارة الصحة + مصرف ليبيا	إنشاء سجل مستقل للمكملات خارج مخصصات الدواء	ضعف الفصل التشريعي	استنزاف العملة	تسجيل المكملات كأدوية
0 أخطاء مرجعية	6 أشهر	وزارة الصحة	أتمتة السجل + تدقيق لاحق (Post-Audit)	إدخال يدوي غير مدقق	تواريخ مستقبلية وتكرار أرقام	أخطاء جسيمة بالسجلات
100% تقارير تفتيش فعالية	فوري	لجنة التسجيل	تعليق تسجيل أي مصنع بدول نزاع	تجاوز شرط التفتيش الميداني	عدم واقعية التفتيش	التسجيل الصوري (دول نزاع)



مصفوفة الإصلاح آلية تحديد الاحتياجات والتوريد

البند/المرحلة	الواقِع (حسب البيانات)	المشاكل	الحلول التقنية (معايير دولية)	توصيات سياسة دوائية
خوكمة تحديد الاحتياج	الاحتياج يُعد تقديرًا ويتكرر سنويًا دون ربط بالاستهلاك الفعلي.	تضخيم/نقص تقديري؛ إدراج أصناف غير مستخدمة.	اتباع منهجية التنبؤ المعتمدة (استهلاك/مراضة/خدمة) مع مراجعة نصف سنوية وإدماج مهلة التوريد ومخزون الأمان.	قرار وزاري باعتماد منهجية وطنية للتقدير وفرض مذكرات تبرير على أي تغييرات بالقائمة.
مصادر بيانات الاحتياج	غياب LMIS وربط حيّ بالمخازن والمرافق.	بيانات غير مكتملة تؤدي لرواكد أو نقص.	نظام معلومات لوجستي وطني وربط فوري للمخازن؛ توحيد نماذج الاستهلاك والاستلام.	إلزام المرافق بتقارير شهرية رقمية وربط التمويل بالالتزام البياني.
القائمة النمطية وال EML	إدراج/استبعاد غير منضبط لبعض الأصناف.	اختلاف البروتوكولات وتأثير جهات خارجية.	الاستناد إلى قائمة الأدوية الأساسية وتحديثها دوريًا وربطها بروتوكولات موّدة.	لجنة وطنية مستقلة تحديث القائمة كل سنتين وتعلن قراراتها وأسبابها.
التقدير حسب المراضة/الخدمة	أصناف تخصصية دخلت بلا طلب حقيقي.	توريد لأصناف منخفضة المراضة/الاستخدام.	استخدام طريقة المراجعة عندما تنعدم بيانات الاستهلاك، مع سيناريوهات نمو الخدمة.	اشتراط دراسة عبء المرض لكل إضافة تخصصية.
تخطيط الإمداد والمخزون	توريد دفعة واحدة لكامل الكمية.	رواكد/انتهاء صلاحية.	تجزئة الشحنات، احتساب مخزون أمان وخط أنابيب وتعديل الكميات حسب الاستهلاك.	تضمين التجزئة وسقوف المخزون في العقود والإحالات.
إدارة الرواكد والهدر	وجود كميات راكدة ومنتھية الصلاحية.	هدر مالي ومخاطر جودة.	تحليل ABC/VEN وتدوير بين الأقاليم، وخطة إعدام مُحكمة.	سياسة وطنية لتداول الرواكد وتبويب الأولويات Vital/Essential/Non- (essential).
مطابقة الترسية للاحتياج	توريد بأكثر/أقل من الاحتياج في عدة بنود.	اختلال التوازن وعدم عدالة التوزيع.	تحقق قبل الشحن: آلية تعديل أوامر الشراء حسب الاستهلاك.	إطار مساءلة تعاقدية مع غرامات/تعويض فوري.
جودة المواصفات والمصدر	شبهات مصدر/مخالفة مواصفات لبعض البنود.	ضعف ثقة وتوقف الاستخدام.	اشتراط GMP وملفات جودة ومطابقة قبل الشحن.	سياسة شراء من المُصنِّع أو وكيل حصري مُعتمد بوضوح.
متابعة ما بعد الصرف	لا تتبع دقيق لصرف المريض.	صعوبة تقدير الطلب الحقيقي.	أنظمة صرف إلكترونية وربط مع ملف الأسرة.	تضمين مؤشرات أداء للصرف والالتزام العلاجي ضمن التمويل.



مصفوفة الإصلاح في ملف إدارة النفايات الطبية (الأدوية المنتهية الصلاحية)

مؤشر الأداء (KPI)	الإطار الزمني	الجهة المسؤولة	إجراء الإصلاح المقترح	السبب الجذري	الوصف الرقابي	الخلل الجوهرى
اعتماد السياسة رسمياً	فوري (3 أشهر)	وزارة الصحة	اعتماد سياسة وطنية لإعدام الأدوية وفق WHO	عدم وجود سياسة أو إجراء معتمد	تراكم أدوية منتهية منذ 2001-2025	غياب آلية وطنية لإعدام الأدوية
من المخزون التخلص %	6 أشهر	وزارة الصحة + البيئة	تنفيذ خطة طوارئ لإعدام المخزون المتراكم	توقف الإعدام كلياً	مخاطر صحية وبيئية وتكاليف إضافية	تراكم الأدوية في المخازن
أصناف مرمزة 100%	6-12 شهر	وزارة الصحة	إنشاء نظام إلكتروني موحد لتتبع الدواء حتى الإعدام	إدارة يدوية ومجزأة	عدم تطابق أسماء الأصناف	غياب نظام إلكتروني للتتبع
كود واحد/صنف	6 أشهر	إدارة الصيدلة	اعتماد كود وطني موحد لكل صنف	غياب Master Drug Code	تكرار الأسماء واختلافها	عدم وجود ترميز موحد
انخفاض المنتهي ≤50%	فوري	الإمداد الطبي	إلزام جميع المخازن بتطبيق FEFO	عدم تطبيق FEFO	أدوية تنتهي قبل الاستخدام	سوء إدارة المخزون
تقارير مطابقة	3-6 أشهر	جهاز الإمداد	تحديث معايير التخزين والنقل	عدم الالتزام بشروط التخزين	تلف مبكر للأدوية	ضعف التخزين والنقل
دقة الحصر ≤95%	فوري	إدارة النفايات	اعتماد الحصر بالوحدات والوزن	حصر بالأسماء لا بالكميات	بيانات مشوهة وغير قابلة للتحليل	غياب حصر كمي دقيق
تصنيف 100%	3 أشهر	وزارة الصحة	تصنيف النفايات حسب الخطورة	ضعف التدريب	خلط أدوية خطيرة بغيرها	عدم تصنيف النفايات
تشغيل محرقة معتمدة	6-12 شهر	الصحة + البيئة	التعاقد مع محارق عالية الحرارة	نقص البنية التحتية	لا يوجد حرق آمن	غياب منشآت إعدام معتمدة
الموظفين المدربين %	مستمر	وزارة الصحة	برامج تدريب إلزامية سنوية	غياب برامج تدريب	مخاطر عدوى وحوادث	ضعف تدريب العاملين
تقارير مساءلة	فوري	الجهات الرقابية	تحميل المسؤولية الإدارية والمالية	فراغ تشريعي	تراكم دون محاسبة	غياب المساءلة
مسترجعة أدوية %	6 أشهر	وزارة الصحة	تفعيل Reverse Logistics	عدم إشراك المصنعين	فقد مالي كبير	غياب الاسترجاع الدوائي



مصفوفة الإصلاح الشاملة باب دعم الأدوية

المشكلة	الخطر المالي / الرقابي	الإجراء الإصلاحي المقترح	الجهة المسؤولة	الأثر المتوقع
مركزية ضعيفة وتعدد جهات الشراء	تضخيم أسعار - تكرار توريد	توحيد شراء الأدوية مركزياً عبر جهة وطنية واحدة	وزارة الصحة / الإمداد الطبي	خفض التكاليف + ضبط الجودة
ضعف التتبع بين باب الدعم الرابع والثاني	صعوبة المراجعة والتدقيق	إنشاء نظام رقمي موحد لتسجيل كل عملية شراء وتوزيع وربطها بالقوائم الوطنية للأدوية	وزارة الصحة	شفافية كاملة تسهيل الرقابة اللاحقة
تضارب الأدوار (طلب/شراء/تخزين/توزيع)	فساد إداري محتمل	فصل مهام الطلب والشراء والتوزيع والمراجعة بين وحدات مختلفة	وزارة الصحة / مجلس الوزراء	تعزيز الحوكمة وتقليل المخاطر
غياب معايير توزيع واضحة	محاباة - عدم عدالة - عدم ارتباط التمويل بحجم الخدمة	اعتماد معايير توزيع (عدد المرضى، الأسرة، عبء المرض، الاستهلاك الفعلي)	وزارة الصحة	عدالة وشفافية توجيه التمويل حسب الحاجة



مصفوفة الإصلاح في بند الاعتمادات

مؤشر القياس (KPI)	الإطار الزمني	الجهة المسؤولة	إجراء الإصلاح المقترح	السبب الجذري	الوصف الرقابي	الخلل الجوهري
30% نمو سنوي	3-6 أشهر	مصرف ليبيا + الصحة	ربط فتح الاعتماد بـ Forecast صحي + بيانات صرف	غياب ربط الاعتمادات بالاستهلاك الفعلي	زيادات 68%-134% لشركات توريد فقط	نمو غير طبيعي في طلبات النقد الأجنبي
انخفاض التركيز السوقي	6 أشهر	مجلس وزراء	توحيد الشراء الدوائي السيادي	تعدد قنوات الشراء بلا تنسيق	نفس الشركات (خاص/عام/هيئات)	هيمنة شركات بعينها عبر كل القنوات
100% ملفات محدثة	فوري	المصارف + المركزي	إعادة فحص KYC + تقارير STR إلزامية	قصور امتثال مصرفي	سجلات ضريبية لا تعكس حركة الأموال	ضعف KYC و AML
صفر اعتمادات متقدمة	3 أشهر	جهاز الإمداد	سقف زمني إلزامي لإقفال الاعتماد	ضعف المتابعة التعاقدية	بواقي مالية كبيرة دون مبرر	اعتمادات غير مسددة لسنوات
0% إلغاء بعد الترسية	فوري	لجنة العطاء	ربط الترسية بقدرة توريد مثبتة	فجوة بين العطاء والتنفيذ	هدر وقت وموارد	إلغاء اعتمادات بعد الترسية
0 اختلاف مقبول	فوري	المصارف + الصحة	سياسة Zero Tolerance للاختلافات	غياب عقوبات	تجاوزات (منشأ، مستندات)	قبول اختلافات ونواقص
0 رفع غير مبرر	فوري	المركزي	منع أي رفع إلا بموافقة سيادية	ضعف ضبط التكاليف	تعديل بعد الفتح	رفع قيمة الاعتماد 15%
انتهاء الترسية تلقائياً	تشريعي	لجنة العطاء	صلاحية زمنية للترسية (12 شهر)	عطاءات غير محدثة	ترسية 2019 وتنفيذ 2023	فجوة زمنية بين الترسية والتنفيذ
خفض ازدواج الشراء	6-12 شهر	وزارة الصحة	خطة وطنية موحدة للاحتياج	غياب تخطيط وطني	نفس الأصناف مرتين	تضارب القنوات (خاص/عام)
تتبع 100%	12 شهر	الصحة + الجمارك	نظام Trace & Track وطني	غياب تتبع	إنفاق ضخم دون أثر صحي واضح	غموض مصير الكميات