



Polska Agencja
Inwestycji i Handlu
Grupa PFR

Raport Sektorowy
**Sektor medyczny
w Algierii**



**SEKTOR MEDYCZNY
W ALGERII**

© PAIH S.A.

Niniejsza publikacja ma charakter informacyjny.
Została opracowana na podstawie informacji uznanych za wiarygodne
i nie stanowi wykładni ani opinii prawnej.

PAIH S.A. nie ponosi odpowiedzialności za sposób wykorzystania
zamieszczonych w niniejszej publikacji informacji oraz za możliwe
konsekwencje jakichkolwiek działań podjętych w oparciu o te informacje.

Wydawca: Polska Agencja Inwestycji i Handlu S.A.

Warszawa, październik 2018 r.

Spis treści

I.	Branża medyczna w Algierii. Informacje podstawowe	4
II.	Charakterystyka sektora medycznego w Algierii	5
III.	Import / Eksport	9
IV.	Przedsiębiorstwa działające w branży medycznej i rynek pracy	10
V.	Inwestycje zagraniczne.	12
VI.	Perspektywy sektora	13
VII.	Uwarunkowania prawne	16
VIII.	Źródła	18



I. Branża medyczna w Algierii. Informacje podstawowe

Algieria jest państwem o średnim poziomie zamożności, dysponującym znaczącymi możliwościami technicznymi i finansowymi. Inicjatywa polityczna oraz inwestycje poczynione w sektorze zabezpieczenia socjalnego skutkowały powstaniem stosunkowo dobrze rozwiniętego systemu opieki zdrowotnej. **Plany na przyszłość obejmują pragmatyczny rozwój systemu, tak aby mógł on odpowiedzieć na wyzwania związane ze wzrostem demograficznym oraz sytuacją epidemiologiczną i społeczną, zarówno w wymiarze lokalnym jak i międzynarodowym.** Priorytetem jest stworzenie systemu ochrony zdrowia równego dla wszystkich użytkowników, łatwodostępnego, wydajnego i dobrego jakościowo.

W ciągu ostatnich trzydziestu lat, Algieria poczyniła duże postępy, zarówno w obszarze rozwoju gospodarczego jak i rozwoju społecznego, czego dowodem jest ciągły wzrost wskaźnika rozwoju HDI, z poziomu 0,509 w roku 1980 do poziomu 0,717 w roku 2013.

Najnowsza historia Maghrebu charakteryzuje się szybką ekspansją demograficzną oraz coraz dynamiczniej postępującą urbanizacją. O ile w roku 1970 ludność Algierii wynosiła 13,7 mln, o tyle w roku 2012 było to już 37,1 mln osób, co daje wzrost rzędu 170%. Oznacza to, że algierski system opieki zdrowotnej przeszedł głęboką ewolucję, dostosowując się do rosnących potrzeb ludności. Wzrostowe tendencje demograficzne powinny utrzymać się co najmniej do roku 2050.



II. Charakterystyka sektora medycznego w Algierii

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje system ochrony zdrowia jako zbiór organizacji, instytucji oraz zasobów, których celem jest poprawa sytuacji zdrowotnej ludności.

Algierski system opieki zdrowotnej charakteryzuje się gęstą, ale nierówną dystrybucją terytorialną, przy czym należy mieć na uwadze rozmiar państwowego terytorium oraz gęstość zaludnienia. Poniższy schemat podsumowuje strukturę publicznego systemu ochrony zdrowia.

Publiczne Placówki Lokalnej Ochrony Zdrowia Fr. Établissements Publics de santé de proximité (EPSP)	5 500 sal (1 na 6 700 mieszkańców)
	1 550 poliklinik (1 na 24 000 mieszkańców)
	440 oddziałów położniczych
Szpitale Fr. Établissements hospitaliers	200 szpitali
	65 szpitali specjalistycznych
Szpitale uniwersyteckie Fr. Établissements hospitalo-universitaires (C.H.U.)	18 C.H.U

Do powyższego zestawienia należy dodać 930 placówek farmaceutycznych oraz 620 centrów medyczno-socjalnych zarządzanych bezpośrednio przez podmioty publiczne lub instytucje quasi-publiczne (system zabezpieczenia socjalnego). Ogółem, **na jedno łóżko szpitalne przypada w Algierii 560 mieszkańców.**

Przechodząc do sektora prywatnego, dysponuje on:

- ponad 14 000 gabinetów medycznych,
- ponad 5200 gabinetami dentystycznymi,
- 10 000 placówek farmaceutycznych,
- 481 innymi placówkami o różnych zastosowaniach.

Placówki prywatne	
Interniści	6865
Specjaliści	7509
Gabinety wielospecjalistyczne	400
Gabinety dentystyczne	5954
Apteki	9579

Wskaźniki dostępności opieki zdrowotnej	
Kategoria	Wskaźnik : Mieszkańcy / Specjalista
Lekarz internista	1270
Specjalista	1780
Dentysta	3000
Aptekarz	3800
Zawody para-medyczne	340

Wysiłki podejmowane od czasu uzyskania niepodległości w celu zapewnienia kształcenia medycznego pozwoliły na utrzymanie **stosunkowo wysokich wskaźników dostępności usług medycznych i para-medycznych we wszystkich obszarach kraju**, pomimo eksodusu specjalistów z branży. Wskaźniki te **nie powinny jednak przesłonić różnic w dystrybucji przestrzennej lekarzy i placówek**, dotyczących w szczególności regionu Wyżyny Szottów oraz prowincji południowych.

Algieria dysponuje stosunkowo dobrze rozwiniętymi systemami informatycznymi, ale jakość danych oraz zdolności analitycznych pozostaje niewystarczająca. Systematyczne wdrażanie nowych technologii informatycznych usprawniłoby system opieki zdrowotnej, zwiększając jego

wydajność oraz udostępniając dane użytkownikom, takim jak kadry zarządzające programami ochrony zdrowia.

Algieria odnotowuje dobre wyniki w walce o obniżenie zarówno wskaźników zachorowalności jak i śmiertelności: wskaźnik obciążenia chorobami zakaźnymi, porodowymi, okołoporodowymi i żywieniowymi pozostaje jednak wciąż wysoki, nawet jeżeli tendencja jest spadkowa (27%), podobnie jak wskaźnik zachorowań na choroby niezakaźne (36%) oraz urazów (9%).

Algieria może pochwalić się długą tradycją w obszarze planowania rozwoju. Pomimo spadku dochodów ze sprzedaży węgłowodorów, władze ogłosiły, że publiczne wsparcie dla rozwoju sektora ochrony zdrowia zostanie utrzymane. Priorytetami rządowego planu działania, zmierzającego do wdrożenia Programu Prezydenta Republiki, są: „jakościowe i ilościowe wzmocnienie opieki zdrowotnej obywateli”, osiągnięcie Milenijnych Celów Rozwoju związanych z ochroną zdrowia i „poprawa sprawiedliwego i solidarnego dostępu do opieki zdrowotnej na terenie całego kraju”. Z organizacyjnego punktu widzenia, plan ten przewiduje zachęty dla inwestycji prywatnych, wzmocnianie komplementarności usług publicznych i prywatnych, zagęszczenie pokrycia obszaru państwa elementami systemu ochrony zdrowia, a także poprawę dostępu do leków.

Prawo do opieki zdrowotnej jest zapisane w algierskiej Konstytucji. Po uzyskaniu niepodległości budowa krajowego systemu opieki zdrowotnej opierała się na dominacji sektora publicznego i **zasadzie nieodpłatności usług opieki zdrowotnej świadczonych przez instytucje publiczne.** Od połowy lat 70. ubiegłego wieku, wraz ze znaczącym wzrostem liczby pracowników służby zdrowia, **pojawił się prywatny sektor ochrony zdrowia, który wciąż się rozwija,** zarówno pod względem liczby lekarzy jak i infrastruktury. Od 1999 r. lekarze specjaliści zatrudnieni w szpitalach uniwersyteckich i publicznych ośrodkach zdrowia mogą, pod pewnymi warunkami i zgodnie z określonymi zasadami, pracować równolegle w sektorze prywatnym.

Od końca lat osiemdziesiątych wiele organizacji społeczeństwa obywatelskiego rozpoczęło działalność w dziedzinie ochrony zdrowia. Dotyczy to stowarzyszeń pacjentów (diabetyków, pacjentów z chorobą nowotwo-

rową, osób niepełnosprawnych itp.), stowarzyszeń tematycznych (planowanie rodziny, HIV / AIDS itp.) oraz profesjonalnych stowarzyszeń naukowych z wieloma specjalnościami.

System zabezpieczenia socjalnego został poddany gruntownej przebudowie po uzyskaniu niepodległości. System obejmuje 8 milionów ubezpieczonych osób. Jeżeli dodać do tej grupy osoby posiadające uprawnienia wtórne (członków rodziny ubezpieczonych etc.), **systemem zabezpieczenia objęte jest około 80% populacji**. Źródłem finansowania są głównie składki od pracodawców (25%) i pracowników (9%). Ze swojej strony, państwo finansuje dodatki rodzinne i przyznaje “dodatek różnicowy” emerytom. Niemniej jednak **42% zatrudnionych nie jest objętych systemem zabezpieczenia społecznego, co daje w sumie 4,8 mln osób**, przy czym liczba ta rośnie od roku 2012. Prawie trzy czwarte pracowników samozatrudnionych nie jest objętych systemem zabezpieczenia społecznego. Problem dotyczy prawie wszystkich osób pracujących jako pomoc domowa, 60% pracowników zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin i 27% pracodawców. Dotyka on w szczególności pewne określone sektory, takie jak rolnictwo (85%) oraz sektor budownictwa i robót publicznych (76%). Jeśli chodzi o profil osób nieobjętych zabezpieczeniem społecznym, są to przeważnie osoby młode i bez kwalifikacji: 88% młodych ludzi w wieku od 15 do 24 lat pracujących w sektorze prywatnym nie jest objętych systemem zabezpieczenia społecznego; wskaźnik ten maleje wraz ze wzrostem wieku, aby osiągnąć 61% wśród pracowników w wieku 55 lat i starszych. W dłuższej perspektywie czasu, sytuacja ta może zaszkodzić równowadze finansowej systemu ubezpieczeń społecznych.



III. Import / Eksport

Całkowite wydatki na ochronę zdrowia wzrosły niemal sześciokrotnie w latach 1995-2012, powodując wzrost wydatków w przeliczeniu na jednego mieszkańca z 53 do 279 dolarów bieżących (+ 425%). Są to głównie wydatki publiczne (84% łącznych wydatków na opiekę zdrowotną), które pochłaniają prawie 10% budżetu państwa (w porównaniu do 8,5% w 1995 r.) i osiągają równowartość 5,2% PKB kraju.

Po gwałtownym wzroście popytu na leki, **import produktów farmaceutycznych do Algierii wzrósł o 30% w latach 2015-2016. W 2016 r. Kraj importował 7 770 ton leków.**

Import produktów para-farmaceutycznych, takich jak środki do pielęgnacji włosów i skóry, osiągnął wartość 25,3 mln euro w pierwszym kwartale 2016 r. (580 ton), w porównaniu do 17,1 mln euro w pierwszym kwartale 2015 r. (440,3 tony). Oznacza to wzrost wartości o 48% i wzrost wolumenu o 32%. Aby zmniejszyć te wartości, **rząd Algierii dąży do wzmocnienia środków ograniczających import.** W latach 2012-2016 państwo zainwestowało ponad 100 milionów euro w fabryki farmaceutyczne.

Ponadto rząd zwrócił się do publicznej grupy farmaceutycznej Saïdal o zwiększenie produkcji do równowartości co najmniej 30% krajowej produkcji. **W sumie na terytorium Algierii znajduje się około 75 zakładów produkujących farmaceutyki.**

Wartość algierskiego rynku farmaceutycznego szacowana jest w 2016 roku na 3,3 miliarda euro. W okresie od 2013 do 2016 r. zrealizowano ponad 140 projektów inwestycyjnych. **Każdego roku powstają średnio 4 jednostki produkcyjne.**



IV. Przedsiębiorstwa działające w branży medycznej i rynek pracy

Algierscy producenci farmaceutyczni nie stanowią licznej grupy. Poniżej zaprezentowano kilku głównych graczy, mających decydującą pozycję na rynku.

Biopharm SPA

Przychody 2017 : 431 mln euro

Biopharm dysponuje jednostką produkcyjną i siecią dystrybucji dla swoich produktów farmaceutycznych.

SARL IMC

Przychody 2014 : 146 mln euro

IMC jest jednym z liderów algierskiego rynku wyrobów medycznych. Firma przyczynia się do rozwoju metod leczenia przewlekłej niewydolności nerek w Algierii, oferując zróżnicowany asortyment sprzętu i dedykowanych urządzeń. I.M.C w 2003 r. zaangażował się w leczenie pacjentów poddawanych hemodializie za pośrednictwem grupy RE-NADIAL. Obecnie ponad 1000 pacjentów leczonych jest w 12 centrach dializ rozmieszczonych na terenie całego kraju.

Hikma Pharma Algérie

Przychody 2014 : 111 mln euro

Hikma to jordańska grupa farmaceutyczna z dwoma zakładami produkcyjnymi w Algierii, która zainwestowała w tym kraju już ponad 200 milionów euro.

Inni mniejsi gracze rynkowi również wprowadzają w Algierii swoje innowacje. Należy do nich m.in. projekt “mobilnej kliniki”, uruchomiony przez **Ooredoo** i **Red Crescent** w 2016 roku. Celem tych mobilnych klinik jest zapewnienie opieki zdrowotnej i zwiększenie świadomości w obszarze zdrowia w odległych obszarach kraju.



V. Inwestycje zagraniczne

Algierski przemysł farmaceutyczny przejdzie istotną modernizację wraz z otwarciem w 2020 r. centrum biotechnologicznego Sidi Abdellah. Ten projekt ma, zgodnie z założeniami, przyciągnąć 10 miliardów euro zagranicznych inwestycji w lokalny przemysł farmaceutyczny. Wynika to w szczególności z partnerstwa między Algierią a Stanami Zjednoczonymi: amerykańskie firmy farmaceutyczne planują w Algierii 9 projektów inwestycyjnych.

Wśród najbardziej znaczących graczy na rynku znajdujemy podmioty zagraniczne, takie jak grupa **Sanofi**.

Grupa zainwestowała w budowę dwóch jednostek produkcyjnych w Algierii i ogłosiła plan inwestycyjny w wysokości 70 milionów euro w trzecim zakładzie.

Fabryka w Ain Benian produkuje wyroby płynne, a kolejna fabryka w Oued Smar, realizowana we współpracy z Saïdal w ramach joint venture Winthrop Pharma Saïdal, produkuje wyroby suche. Moc produkcyjna zostanie zwiększona do 80 milionów jednostek gdy nowy zakład Sidi Abdellah zostanie oddany do użytku. Sanofi Aventis Algeria zatrudnia ponad 700 osób, a jej portfolio w Algierii obejmuje 162 leki (2012 r.), z czego 52 są produkowane lokalnie (43 oryginalne i 9 leków generycznych) we własnych zakładach spółki, a 8 w zakładach lokalnych partnerów.

Oprócz wytwarzania i dostarczania leków, Sanofi wspiera rozwój profesjonalizacji sektora farmaceutycznego w Algierii poprzez aktywne zaangażowanie w rozwój partnerstwa z towarzystwami naukowymi, ekspertami ze szpitali uniwersyteckich i instytucjami opieki zdrowotnej. Współpraca z tymi ostatnimi ma na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej i rozwój programów informacji medycznej. Moduły edukacyjne dla lekarzy i pacjentów opracowano we współpracy z ekspertami szpitalnymi i uniwersyteckimi.



VI. Perspektywy sektora

Kształcenie

Chociaż Algieria zainwestowała dużo w infrastrukturę zdrowotną, rozwój kadr nie jest w stanie dotrzymać tempa inwestycjom. Według Khaleda Mohabeddine'a, dyrektora prywatnej kliniki Diar Saada: "Nie mamy wystarczająco dużo ludzi wykwalifikowanych do zarządzania szpitalami. **Zrobiono niewiele, aby powiązać przedsięwzięcia infrastrukturalne z kształceniem większej liczby lekarzy.**"

Oferowane wykształcenie może być wysokiej jakości, dzięki dostępowi do najnowszych technologii i dobremu wyposażeniu uniwersytetów publicznych, ale duża część absolwentów kończy studia w Europie.

Szczepienia

Zgodnie z zaleceniami WHO, rozszerzony program szczepień (EPI) jest obowiązkowy i bezpłatny. Wskaźnik pokrycia krajowego przekracza 90%. Proces certyfikacji WHO w zakresie eliminacji noworodkowego tężca i polio jest w toku. **Podczas gdy praktyczne zaniknięcie chorób obiętych EPI jest dowodem skuteczności tego programu, zapewnienie trwałości tych osiągnięć jest prawdziwym wyzwaniem.**

Choroby zakaźne

Według Ministerstwa Zdrowia, choroby zakaźne są odpowiedzialne za mniej niż 5% zachorowań i mniej niż 1% zgonów w Algierii.

Zgodnie z Raportem z działań podjętych w ramach krajowej odpowiedzi na zagrożenie HIV / AIDS (2014), **epidemiologiczna sytuacja w zakresie HIV w Algierii charakteryzuje się epidemią o niskiej intensywności, z niską częstością występowania na poziomie poniżej 0,1% ludności w ciągu roku, dotyczącą w szczególności osoby z grupy ryzyka HIV / AIDS.** W 2014 r. zdiagnozowano 845 przypadków zakażenia wirusem

HIV, w tym 435 dla mężczyzn i 410 dla kobiet. Najbardziej dotknięta grupa wiekowa to osoby w wieku 25-29 lat, odpowiednio 13,2% i 16,3% nowych przypadków. **Badanie, opieka i leczenie pacjentów z HIV są całkowicie bezpłatne.**

Choroby niezakaźne

W 2005 r. krajowe badanie zdrowia gospodarstw domowych, przeprowadzone na reprezentatywnej próbie populacji, sprawdzało zachorowalność wśród osób w wieku od 35 do 70 lat. **U osób dorosłych wysokie ciśnienie krwi odpowiada za 26% chorób przewlekłych**, następnie cukrzyca (13%), astma (8%), reumatyzm (8%) i inne choroby sercowo-naczyniowe (7%). Choroby psychiczne, występujące u 5% badanych, stanowią u dorosłych problem, którego nie można pominąć.

Rozkład chorób przewlekłych u dzieci jest zupełnie inny. **Dwie najczęstsze patologie dotyczą układu oddechowego, w szczególności astmy (22%), a także alergicznego nieżytu nosa (11%).**

Niepełnosprawność sensoryczna jest trzecią najczęstszą przyczyną chorób przewlekłych (10%). Choroby psychiczne stanowią grupę przewlekłych patologii które nie są bez znaczenia, ponieważ zajmują 4. pozycję (8%).

Kardiologia

Kardiologia jest jedną z dwóch dziedzin leczenia, które w pełni korzystają z ubezpieczenia społecznego. Choroby sercowo-naczyniowe stanowią główną przyczynę śmierci w Algierii. Według badania Światowej Organizacji Zdrowia, choroby układu krążenia odpowiadały za 41% zgonów innych niż naturalne w 2014 r. Problem dotyczy zarówno mężczyzn jak i kobiet, z podwyższonym o 20% ryzykiem śmierci dla osób pomiędzy 30 a 70 rokiem życia.

Leczenie chorób sercowo-naczyniowych jest w całości refundowane przez państwo, co stanowi znaczny koszt. Operacja umieszczenia sztucznej zastawki serca kosztuje około 5,380 €.

Onkologia

Nowotwory stanowiły w roku 2014 w Algierii przyczynę 10% zgonów osób w wieku od 30 do 70 lat. Ryzyko zgonu z powodu raka znajduje się na trzecim miejscu, po chorobach układu krążenia i innych chorobach niezakaźnych (z wyłączeniem cukrzycy).

Rządowy plan inwestycji publicznych na lata 2015-2019 przewiduje przeznaczenie ponad 800 milionów euro na onkologię i ośrodki leczenia nowotworów. W tym tempie planuje się ukończenie 15 nowych ośrodków specjalizujących się w onkologii, które uzupełnią sieć 6 już istniejących.

Pojawiają się również nowe metody leczenia. Algieria stopniowo wdrażała leczenie chemioterapią od czasu pojawienia się tej metody w latach 40. Immunoterapia również wkroczyła już do Algierii, stawiając kraj na tym samym poziomie co państwa rozwinięte, które zaczęły stosować to leczenie. Algieria ma obecnie 34 ośrodki leczenia onkologicznego w Algierze i 53 w kraju.



VII. Uwarunkowania prawne

Narodowe Centrum Nadzoru nad Bezpieczeństwem Wyrobów Farmaceutycznych i Sprzętu (CNPM) jest ośrodkiem zajmującym się monitorowaniem niepożądanych skutków farmaceutyków i urządzeń medycznych, a także edukacją mającą za cel promowanie prawidłowego stosowania leków, przy czym przestrzeganie zaleceń przez lekarzy pozostawia wiele do życzenia. **Instytut Pasteura w Algierii przeprowadza kontrolę jakości szczepionek wprowadzanych na rynek.** Ta architektura kontroli leków i produktów biologicznych przeznaczonych do ochrony ludzkiego zdrowia jest oparta na znaczącym arsenale prawnym i regulacyjnym. W odniesieniu do produkcji obowiązują przepisy i dobre praktyki produkcyjne, a także mechanizm akredytacji i obowiązek uzyskania stosownych pozwoleń. Wszyscy producenci mają własne laboratoria przeznaczone do autokontroli produkowanych wyrobów. Regulowany jest również zawód dystrybutora. Przepisy są bardzo szeroko stosowane i przestrzegane. Nie wyklucza to jednak ryzyka wystąpienia nieuczciwych lub nieetycznych praktyk handlowych, ściganych przez prawo. Szpitale publiczne są zaopatrywane w leki przez **Centralną Aptekę Szpitalną**. Instytucja ta podlega regulacjom z zakresu zamówień publicznych. Oprócz pewnej liczby badań klinicznych, najczęściej inicjowanych przez laboratoria produkcyjne, badania i innowacje w zakresie produktów medycznych pozostają skromne.

Krajowe Laboratorium Kontroli Produktów Farmaceutycznych (LNCPP) również odgrywa ważną rolę: każda rejestracja produktu podlega kontroli jakości przez LNCPP. **Wszystkie partie leków wprowadzanych do obrotu podlegają kontroli.** LNCPP uzyskał status centrum współpracującego z WHO w 2003 roku. Oprócz misji związanych z kontrolą, LNCPP zajmuje się kształceniem kadr zarówno krajowych jak i pochodzących z innych państw afrykańskich, a także wspieraniem operatorów rynkowych we wdrażaniu dobrych praktyk.

Inwestycje sektora publicznego

Rząd intensywnie inwestuje w budowę i remonty ośrodków zdrowia, aby sprostać zmieniającym się i rosnącym potrzebom ludności. Po 5 latach w remoncie, szpital Didouche Mourad, niedaleko Konstantyny, został ponownie otwarty w 2016 r. Kilka wydziałów zostało wyremontowanych, w tym oddziały pediatryczny i ratunkowy, a także sale operacyjne. Całość prac zamknęła się w kwocie 3,3 miliona euro.

Od 2013 r. istnieje agencja zajmująca się zarządzaniem projektami i wyposażeniem obiektów służby zdrowia (AREES). Odpowiada za modernizację istniejących struktur i zarządzanie nowymi projektami (10 CHU, 1 krajowy instytut onkologiczny i 19 ośrodków przeciwdziałania nowotworom). **Dwa szpitale zostały również oddane do użytku w Algierze** w 2016 r., a dwa kolejne są w budowie w regionie Tamanrasset.

Poza działaniami zmierzającymi do rozwoju infrastruktury, rząd wspiera rozwój ośrodków finansowo, w drodze subwencji. Pod koniec 2015 r. rząd zaprezentował **nowe przepisy dotyczące reformy sektora zdrowia.** Obecnie **większość placówek opieki zdrowotnej jest w 100% dofinansowywana ze środków publicznych.** Stało się to problematyczne, ponieważ subwencje te nie zależą od efektywności działań szpitala. W praktyce występują duże różnice w jakości świadczonej opieki. Aby poradzić sobie z tym problemem, rząd chce wprowadzić system, w którym pokrywane będą tylko podstawowe wydatki (płace, podstawowe zakupy itp.). W pozostałym zakresie, szpitale będą zmuszone znaleźć własne źródła finansowania. Reforma ta prowadzi więc do zatarcia granic między szpitalami publicznymi i prywatnymi.

Dodatkowy system zabezpieczeń planowany jest dla instytucji położonych w bardziej odległych obszarach, dla których znalezienie funduszy może być trudniejsze.



VIII. Źródła

Światowa Organizacja Zdrowia

Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie 2016-2020, 2016

United-States National Institute of Health

The dairy chains in North Africa : from self sufficiency options to food dependency ,
2013

Medicines Regulation in Africa : Current State and Opportunities, 2017

Oxford Business Group

New surgical methods piloted as health sector looks to adapt in Algeria, 2014

African Health Observatory

World Health Organization

Factsheets of Health Statistics, 2016

Immunization and vaccines development, 2008

Risk Factors for Health, 2006

The Maghreb Times

Pharmaceuticals : the Algerian market estimated at 3.3 billion euros, 2017

Huffpost

Projet de loi sur la santé : « des millions d'Algériens renonceront aux soins », 2018

Sanofi

Sanofi Aventis Algérie, Dossier de presse, 2012



I Forum Wsparcia
Polskiego Biznesu za Granicą

www.paih.gov.pl