

**UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA**

**DIPLOMSKO DELO
RAZVOJ TRŽENJSKE STRATEGIJE ZA
KARDIOVASKULARNA ZDRAVILA NA ŠVEDSKEM
TRGU**

Ljubljana, november 2005

IRENA PLAVEC

IZJAVA

Študentka *Irena Plavec* izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom *mag. Monike Lisjak* in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 14. 11. 2005

Podpis:_____

KAZALO

1. UVOD.....	1
2. TRENDI NA SVETOVNEM TRGU ZDRAVIL TER PREDSTAVITEV IZDELČNE SKUPINE	2
2.1. <i>PREDSTAVITEV KARDIOVASKULARNIH ZDRAVIL</i>	<i>4</i>
3. ANALIZA OKOLJA ŠVEDSKE (PEST ANALIZA).....	6
3.1. <i>POLITIČNO-PRAVNO IN SOCIALNO OKOLJE.....</i>	<i>6</i>
3.1.2. Patenti in ostale zaščite v farmacevtski panogi na Švedskem.....	7
3.1.3. Sistem zdravstvenega varstva na švedskem	11
3.1.4. Reforma doplačila zdravil (angl. Reimbursement system) na Švedskem.....	13
3.1.5. »Generična substitucija« (angl. Generic substitution) na Švedskem	14
3.2. <i>EKONOMSKO OKOLJE.....</i>	<i>14</i>
3.2.1. Gospodarstvo na Švedskem	15
3.2.2. Izdatki in financiranje Švedskega sistema zdravstvenega varstva	15
3.3. <i>TEHNOLOŠKO OKOLJE</i>	<i>17</i>
3.4. <i>DEMOGRAFSKO OKOLJE.....</i>	<i>18</i>
3.4.1. Demografski podatki	18
3.4.2. Populacija s srčno-žilno boleznijo na Švedskem	19
3.5. <i>SOCIOKULTURNO OKOLJE</i>	<i>22</i>
3.5.1. Dejavniki življenjskega stila, ki vplivajo na razvoj bolezni srca in ožilja	23
4. ANALIZA PRIVLAČNOSTI FARMACEVTSKE PANOGE NA ŠVEDSKEM	24
4.1. <i>KRATEK PREGLED FARMACEVTSKEGA TRGA NA ŠVEDSKEM.....</i>	<i>24</i>
4.2. <i>ANALIZA ŠVEDSKE FARMACEVTSKE PANOGE S POMOČJO PETIH PORTERJEVIH SILNIC.....</i>	<i>25</i>
4.2.1. Rivalstvo med obstoječimi konkurenti.....	26
4.2.2. Potencialna konkurenca oziroma nevarnost vstopa novih konkurentov	27
4.2.3. Možnosti pojava novih substitutov	27
4.2.4. Pogajalska moč kupcev	28
4.2.5. Pogajalska moč dobaviteljev	28
5. ANALIZA TRŽNEGA POTENCIALA.....	30
5.1. <i>DOSTOP DO TRGA.....</i>	<i>30</i>
5.2. <i>IZDELČNI POTENCIAL.....</i>	<i>30</i>
6. ANALIZA TRŽNIH POTI NA ŠVEDSKEM TRGU ZDRAVIL	33

7. PREDSTAVITEV PODJETJA KRKA, D.D., NOVO MESTO.....	34
7.1. <i>PODJETJE KRKA, D.D., NOVO MESTO NA ŠVEDSKEM FARMACEVTSKEM TRGU....</i>	<i>35</i>
8. SWOT ANALIZA	36
9. PRIPOROČILA ZA TRŽENJSKI SPLET ZA GENERIČNA ZDRAVILA ZA SRCE IN OŽILJE NA RECEPT	37
9.1. <i>IZDELEK</i>	<i>38</i>
9.2. <i>CENA</i>	<i>38</i>
9.3. <i>TRŽNA POT.....</i>	<i>39</i>
9.4. <i>TRŽNO KOMUNICIRANJE.....</i>	<i>39</i>
9.4.1. <i>Tržno komuniciranje na medorganizacijskem trgu.....</i>	<i>40</i>
9.4.2. <i>Tržno komuniciranje na trgu končnih porabnikov.....</i>	<i>41</i>
10. SKLEP	41
LITERATURA	43
VIRI	45
PRILOGE.....	1

1. UVOD

Širitev na tuje trge daje podjetjem možnost povečanja dobičkonosnosti v obsegu, ki bi ga težko dosegli zgolj s poslovanjem na domačem trgu. Če jo podjetje želi doseči, mora čim bolj spoznati lastnosti novega trga, in sicer navade ljudi, njihovo mišljenje, politični sistem, stanje in gibanja v gospodarstvu, jezik in kulturo. Tuji trgi se med seboj razlikujejo po teh dejavnikih, ki vplivajo na povečanje ali zmanjšanje stroškov poslovanja podjetja (Bill, 2005, str. 381). V primerjavi z domačim trgom so podjetja kljub napredku telekomunikacij in informacijske tehnologije bistveno manj seznanjena z dogajanjem na mednarodnih trgih, zato je za podjetja pomembno poznavanje trgov, na katera želijo vstopiti. Podjetja ne morejo uspešno poslovati, če ne poznajo in ne razumejo okolja, v katerem poslujejo (Jaklič, 2004, str.1). Prav tako morajo podjetja, ki se borijo za ohranitev ali povečanje tržnega deleža, vedeti, s kom na trgu tekmujejo, v čem so tekmeci boljši ali slabši ter kako jih lahko najprej dohitijo in nato prehitijo. Poznavanje konkurence je še toliko pomembnejše danes, ko je poslovanje dinamično in globalno. Dobro poznavanje okolja podjetju omogoča, da se na njegove spremembe lahko pravočasno in pravilno odzove ter mu na tak način dovolj hitro sledi, saj le tako morebitne prednosti izvoza oz. investiranja na tujih trgih po določenem času ne usahnejo (Peruško, 2004). Podjetja lahko dobijo jasen vpogled v stanje na mednarodnih trgih s pomočjo mednarodnih tržnih raziskav. Ker je Slovenija zelo majhna država, lahko rečemo, da je tuji trg za slovenskega podjetja izrednega pomena, saj bodo le tako preživela in s tem povečala svojo dobičkonosnost.

Kljub temu, da so nordijske države, kamor spada tudi država Švedska, med najbolj bogatimi in najbolj socialno naravnanimi državami EU, po poteku produktivnih patentov brezpogojno podpirajo nadomestitev originalnih zdravil z enako kakovostnimi, a cenejšimi generičnimi alternativami. Tako se za 6,4 milijard evrov velik trg na letnem nivoju borijo vse vodilne svetovne multinacionalke, kakor tudi veliko število lokalnih in internacionalnih generičnih podjetij, katerim se je pridružilo tudi podjetje Krka, d.d., Novo mesto, saj je v začetku 2005 ustanovilo hčerinsko podjetje Krka Sverige AB z namenom, da bo tržilo in prodajalo svoja zdravila v lastni embalaži v nordijske države, in sicer na Švedskem, Finskem, Danskem in Norveškem. Podjetje Krka, d.d., Novo mesto je prej v teh državah prodajalo zdravila preko svojih partnerjev od konca devetdesetih let prejšnjega stoletja. Največje uspehe na teh severnoevropskih trgih je podjetje dosegalo s prodajo simvastatin, enalapril, amlodipin in karvediol tablet, ki sodijo v skupino zdravil za zdravljenje in preprečevanje srčno-žilnih bolezni.

Namen diplomske naloge je bil razviti trženjsko strategijo za kardiovaskularna zdravila na Švedskem za podjetje Krka, d.d., Novo mesto. Da bi dosegla ta namen, sem najprej preučila značilnosti poslovnega okolja Švedske, nato opredelila priložnosti in nevarnosti, ki jih švedski trg prinaša za podjetje Krka, d.d., Novo mesto ter podala priporočilo za oblikovanje trženjskega spleta za zdravila, ki zdravijo in preprečujejo srčno-žilne bolezni. Zaradi kompleksnosti celotnega farmacevtskega trga in vedno zanimivejšega rastočega segmenta zdravil za zdravljenje srca in ožilja, ki ob naraščanju populacije starostnikov, vedno večji osveščenosti ter obolevnosti

z boleznimi srca in ožilja, postaja vse pomembnejši, se diplomska naloga osredotoča na omenjeno področje. Trg kardiovaskularnih zdravil postaja namreč za farmacevtsko panogo čedalje privlačnejši in zato tudi bolj konkurenčen.

Raziskava temelji na sekundarnih podatkih in na izkušnjah pridobljenih med študijem, kakor tudi med počitniškim delom v podjetju Krka, d.d., Novo mesto. Podatke za oblikovanje diplomske naloge sem pridobila s preučevanjem strokovne literature tujih in domačih avtorjev, ki so že v preteklosti ali pa v novejšem času objavili aktualne knjige, članke in prispevke na temo trženja v širšem pomenu besede, mednarodnega trženja, itd. Poleg strokovne literature sem uporabila tudi informacije iz internetnih strani (EUROSTAT, WHO, IMS, Socialstyrelsen, Swedish Institute, Government Offices of Sweden, LIF (šved. Läkemedelsindustriföreningen), MPA (angl. Medical Product Agency), itd.), uradne statistične podatke, podatke iz javnih medijev in specifično literaturo s področja farmacevtske panoge. Zakoni in pravila poslovanja, omenjeni v diplomski nalogi, so bili veljavni v trenutku izdelave te naloge. Podatke za analizo podjetja pa sem pridobila iz letnih poročil podjetja Krka, d.d., Novo mesto in njegovega glasila, ki se imenuje Utrip. Pri izdelavi diplomske naloge so mi bile v pomoč metode, priporočene v strokovni literaturi, s področja mednarodnega trženja in podjetništva.

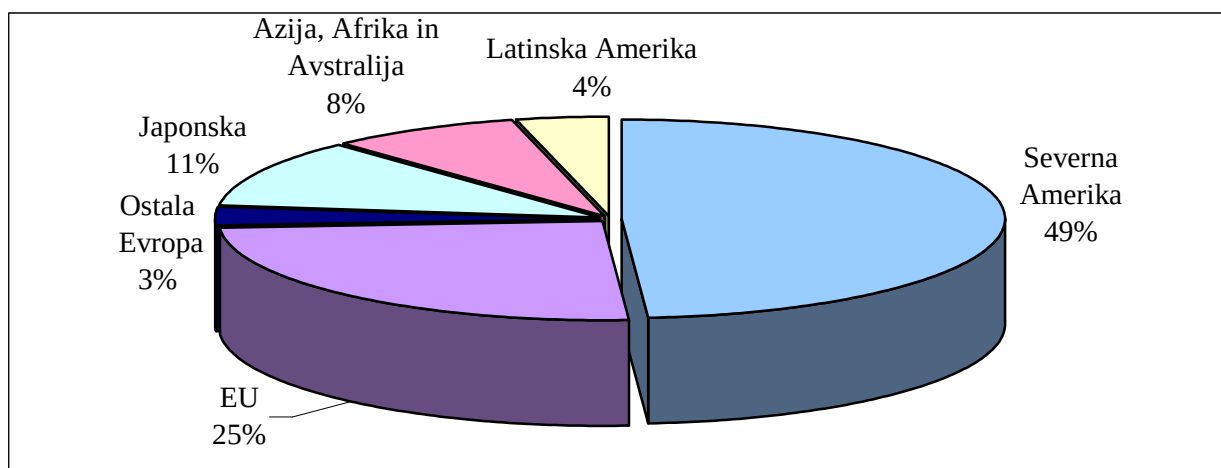
Diplomsko nalogo lahko vsebinsko razdelimo na 3 dele. V prvem delu sem na kratko predstavila stanje na svetovnem in evropskem trgu zdravil ter izdelčno skupino, ki sem jo analizirala. Sledi drugi del, v katerem je natančno predstavljena podrobna analiza švedskega trga, ki vsebuje PEST analizo, analizo privlačnosti trga s pomočjo Porterjevih petih silnic, analizo tržnega potenciala in analizo tržnih poti. Zadnji del diplomske naloge je namenjen predstavitvi potencialnega uporabnika raziskave - Krka, d.d., Novo mesto ter glavnih ugotovitev in predlogov za podjetje na podlagi spoznanj, ugotovljenih z raziskavo.

2. TRENDI NA SVETOVNEM TRGU ZDRAVIL TER PREDSTAVITEV IZDELČNE SKUPINE

Svetovni farmacevtski trg je v letu 2003 rasel po povprečni letni stopnji 9% in dosegel vrednost 466 milijard USD (IMS World Review, 2004, str. 1). Svetovni farmacevtski trg je razdeljen na šest značilnih prodajnih regij:

- Severna Amerika,
- Latinska Amerika,
- Japonska,
- EU,
- ostala Evropa ter
- Azija, Afrika in Avstralija.

Slika 1: Predstavitev svetovnega farmacevtskega trga leta 2003 po regijah



Vir: IMS World Review, 2004.

V svetovnem merilu 88% vrednosti farmacevtskega trga v letu 2003 pripada Severni Ameriki, EU in Japonski (glej Sliko 1). Severna Amerika je v letu 2003 predstavljala skorajšnjo polovico svetovnega farmacevtskega trga (229 milijard USD), njena rast prodaje zdravil pa je bila 11%. Rast prodaje zdravil v EU je bila 8% (115 milijard USD), v ostali Evropi pa 14% (14 milijard USD), podrobnejši opis trendov na evropskem trgu zdravil si lahko ogledate v Prilogi 2. Japonska je zabeležila 3% rasti prodaje zdravil letno oziroma 52 milijard USD. V Latinski Ameriki je vrednost farmacevtskega trga zrasla za 6% (17 milijard USD), ker so se gospodarske razmere izboljšale, saj je v letu 2002 prodaja zdravil upadla za 10% prav zaradi neugodnih gospodarskih gibanj. Prodaja zdravil na področju Azije (vključno z Japonsko), Afrike in Avstralije je znašala 37 milijard USD, njena rast pa 12% letno (IMS World Review, 2004) (glej Prilogo 1).

V prihodnosti se pričakuje, da bo svetovni farmacevtski trg še naprej rasel po ustaljeni stopnji, kljub ekonomskim težavam po svetu in pritisku regulativ, medijev, itd. na farmacevtski trg. Rast bo prav tako značilna za posamezna geografska območja farmacevtskega trga, kot so EU, Severna Amerika in Azija. Za japonski farmacevtski trg pa se napoveduje pospešena rast, medtem ko latinsko-ameriški trg kaže izboljšave gospodarskih razmer. Glavni vzroki za rast pa so staranje prebivalstva, razvoj novih zdravil in vse večje povpraševanje za inovativne terapije¹ (IMS World Review, 2004, str. 2).

Po terapevtskih skupinah (Tabela 2 v Prilogi 1) so v svetu v letu 2003 vodilna zdravila za zniževanje holesterola, ki so prvič po 14 letih prevzela vodstvo z letno prodajo 26 milijard USD in letno rastjo, ki je bila 14%. Za prevzem vodstva pa sta pripomogla Pfizerjev proizvod Lipitor (atorvastatin), ki je najbolj prodan preparat na svetu, in novo zdravilo za zniževanje holesterola od Schering-Plough in Mercka, ki se imenuje Zetia (ezetimibe). Drugo mesto pa so zasedla zdravila za zdravljenje ran na želodcu, ki so bila do leta 2003 vedno v vodstvu. Eden od vzrokov

¹ Inovativne terapije so novi postopki zdravljenja določene bolezni.

za drugo mesto je tudi lansiranje generičnega preparata omeprazole (AstraZeneca's Prilosec) v ZDA v letu 2002 (v letu 2000 pa je bil proizvod Prilosec/Losec med najbolj prodanimi farmacevtskimi proizvodi), kar je vplivalo na zmanjšanje vrednostne prodaje izdelčne skupine. Antidepresanti so ponovno zasedli tretje mesto z letno vrednostjo 19,5 milijard USD in letno rastjo 10%. Antipsihotiki so se premaknili na peto mesto in izrinili kalcijeve antagoniste za hipertenzijo (IMS World Review, 2004, str. 2). Na tak razvoj kažejo tudi podatki o svetovni prodaji posamezni preparatov (Tabela 3 v Prilogi 1). Na prvih dveh mestih in z dvomestno letno rastjo sta namreč Lipitor in Zocor, obe sta zdravili za zniževanje holesterola. Podjetje Krka, d.d., Novo mesto za obe zdravili proizvaja generična ekvivalenta, preparata Atoris in Vasilip.

Zaradi številnih razlogov (reforme zdravstvenega varstva, povečevanje stroškov poslovanja, nižjih cen zdravil, zviševanja stroškov razvoja novega zdravila, zmanjševanja stopenj rasti zahodnih trgov, povečevanja konkurence generičnih proizvajalcev in različnih tržnih protekcionizmov) prihaja v obdobju zadnjih nekaj let do ekspanzije združevanj in strateških povezovanj farmacevtskih podjetij (Tabela 4 v Prilogi 1). S tem si podjetja ohranjajo monopolni tržni položaj ter eliminirajo konkurenco.

2.1. PREDSTAVITEV KARDIOVASKULARNIH ZDRAVIL

V nadaljevanju sledi predstavitev kardiovaskularnih zdravil. Pri pozicioniranju in odločitvah za lansiranje določenega zdravila je še posebej pomembna velikost tržnega potenciala, ki ga predstavlja posamezno indikacijsko področje, ker različna kardiovaskularna zdravila delujejo na vsaj eno ali več indikacijskih področij. Glavna skupina indikacijskih področij, ki nastopajo pri kardiovaskularnih zdravilih, so srčno-žilne bolezni, ki nastanejo kot posledica ateroskleroze (podrobnejši opis v Prilogi 3) in sodijo med bolezni, ki povzročajo dolgotrajne zdravstvene težave in poslabšanje zdravstvenega stanja ljudi, kakor tudi velikokrat prezgodnjo smrt (Socialstyrelsen, 2004, str. 1). V skupino srčno-žilnih bolezni sodijo različni tipi bolezni, ki si jih lahko ogledate v Prilogi 4. Na razvoj teh bolezni vplivajo številni dejavniki tveganja, ki so podrobneje opisani v Prilogi 5.

Največje področje, ki ga ocenjujejo na okoli 88 milijonov USD, predstavlja arterijska hipertenzija, preostala področja pa so glede na velikost tržnega potenciala nekoliko manjšega pomena, vendar so še vedno zanimiva za farmacevtska podjetja. Tako predstavlja angina pectoris 14 milijonski dolarski potencial, področje srčnega popuščanja ocenjujejo na 11 milijonov USD, najmanjše pa je z 2 milijonoma USD indikacijsko področje miokardnega infarkta (World Review, 2000).

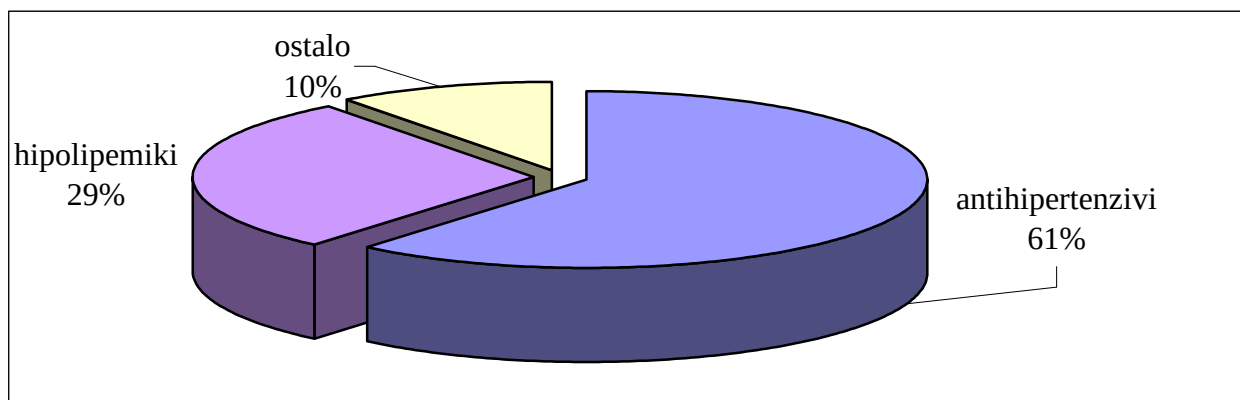
Kardiovaskularna zdravila razdelimo na tri večje skupine glede na indikacijsko področje (glej Sliko 2):

- **Antihipertenzivna zdravila**, ki zmanjšujejo visok krvni tlak in v to skupino sodijo: tradicionalni antihipertenzivi, diuretiki, vazodilatatorji, beta blokatorji, antagonisti kalcija,

ACE inhibitorji (Dickson, Jacobzone, 2003, str. 23). Ta segment v celotnem sortimanu zavzema okoli 61% (Uлага, 2002, str. 60).

- **Hipolipemična zdravila**, ki zmanjšujejo vsebnosti maščobe in holesterola v krvi. V to skupino pa uvrščamo statine, fibrate in ionske izmenjevalce. Danes najpogosteje uporabljajo statine za zmanjševanje holesterola v krvi. Hipolipemiki predstavljajo enega najhitreje rastočih trgov, saj po naraščanju prodaje celo presegajo antihipertenzive. Omenjena skupina zaseda 28,6 % trga zdravil za zdravljenje in preprečevanje srčno-žilnih bolezni (Uлага, 2002, str. 59, 60).
- **Ostala zdravila** za zdravljenje srčno-žilnih bolezni. V to skupino sodijo: vazodilatatorji, vazoprotektivi in terapija srca). Za njih je značilno, da njihova poraba postopoma upada in glede na doktrinarna gibanja je pričakovati, da bo podobno tudi v prihodnosti. Ta segment je v svetovnem merilu že upadel na 10,4% (Uлага, 2002, str. 60).

Slika 2: Razmerje med najpomembnejšimi skupinami kardiovaskularnih zdravil v svetu v letu 2000



Vir: World Review, 2000.

V nadaljevanju bom obravnavala le antihipertenzivna in hipolipemična zdravila, ker je poraba ostalih kardiovaskularnih zdravil minimalna glede na ti dve indikacijski skupini, obenem pa njihova rast pada ter se približuje ničli.

Znotraj posamezne skupine lahko le-te razdelimo na manjše skupine, in sicer na posamezna zdravila. V Prilogi 6 so predstavljena le tista, ki jih bom v nadaljevanju obravnavala.

Zdravnik predpiše ta zdravila takrat, ko ugotovi, da je poleg zdravega načina življenja za zniževanje visokega krvnega tlaka ali za zmanjševanje vsebnosti maščob in holesterola v krvi in s tem zmanjševanje srčno-žilnih ogroženosti bolnika potreben še dodaten ukrep. Zdravniki lahko zdravijo srčno-žilne bolezni na dva načina in sicer: *monoterapija* (ena učinkovina v tableti) in *pravilna kombinacija dveh zdravil v majhnih odmerkih* (kombinacija dveh zdravil, združenih v eni tableti).

3. ANALIZA OKOLJA ŠVEDSKE (PEST ANALIZA)

Za temeljito analizo mednarodnih okolij obstajajo različni pristopi ali možni načini raziskovanja, kot so PEST, SLEPT, analiza C - dejavnikov konkurence (Makovec Brenčič, Hrastelj, 2003, str. 86). Te analize podjetjem omogočajo spoznavanje gospodarskih, socioloških, političnih, pravnih, tehnoloških in ekoloških značilnosti trgov. Kako široko in kako podrobno bo posamezno podjetje analiziralo okolje, v katerega vstopa, je odvisno od načrtov, ki jih ima podjetje na določenem trgu (Philips, Doole, Lowe, 1994, str. 83). Za pregledno predstavitev pomembnih značilnosti švedskega farmacevtskega trga in širšega poslovnega okolja nasploh bom v diplomski nalogi uporabila naslednji postopek raziskovanja mednarodnih trgov, ta pa je PEST² analiza.

S PEST analizo bom predstavila tiste dejavnike, ki vplivajo na švedski farmacevtski trg. Izpostavila bom dejavnike politično-pravnega, ekonomskega in tehnološkega okolja, ker so izredno pomembni za farmacevtsko panogo. Prav tako bom analizirala demografsko in sociokulturno okolje, ker imata vpliv na trženje zdravil oziroma zdravstvenih pripomočkov, ki vključujejo tudi moralne in etične zadržke do uporabe posameznih zdravil.

3.1. POLITIČNO-PRAVNO IN SOCIALNO OKOLJE

Pri ocenjevanju možnosti vstopa ali razširitve že obstoječega delovanja na trgih je politično okolje zelo občutljiv in velikokrat nepredvidljiv del ocenjevanja privlačnosti trgov. Čeprav določen trg izraža velik tržni potencial, je vstop nanj zaradi politične nestabilnosti vprašljiv ali celo nesmiseln (Makovec Brenčič, Hrastelj, 2003, str. 43). Med politično-pravno okolje prištevamo pravni sistem države, porazdelitev moči in vedenje nosilcev oblasti, delovanje uprave in sodstva ter vladne ukrepe in določanje političnih ciljev. To okolje sem dopolnila s socialnim okoljem, ker je farmacevtska panoga v veliki meri odvisna od delovanja sistema zdravstvenega varstva, ki je financiran iz državnega proračuna. V nadaljevanju sledi opis pravnega okolja, ki je z vidika farmacevtskega podjetja zelo pomemben, medtem ko je opis političnega okolja podan v Prilogi 7.

Področje zdravil ureja in spremlja cela serija predpisov, priporočil, zakonov, navodil, standardov, uredb, pravil in komentarjev. Vzporedno so se razvijale tudi zahteve po dokumentiranosti procesov in postopkov v farmacevtski panogi ter pri registraciji zdravil. Med pomembnejše uradno predpisane zahteve, ki jih morajo spoštovati tako originalni kot tudi generični proizvajalci, sodi uporaba farmakopeje³ (Matko, 1999, str. 48, 49). Prav tako se je večal pomen državnih institucij, ki se ukvarjajo s področjem farmacevtske industrije in področjem zdravil. Vsaka država ima organiziran poseben urad, ki skrbi za nadzor nad prodajo, proizvodnjo in registracijo zdravil, ki v zadnjih letih oblikuje vedno strožje zahteve za popolno

² Kratica PEST pomeni P-politično, E-ekonomsko, S-socio-kulturno, T-tehnološko okolje.

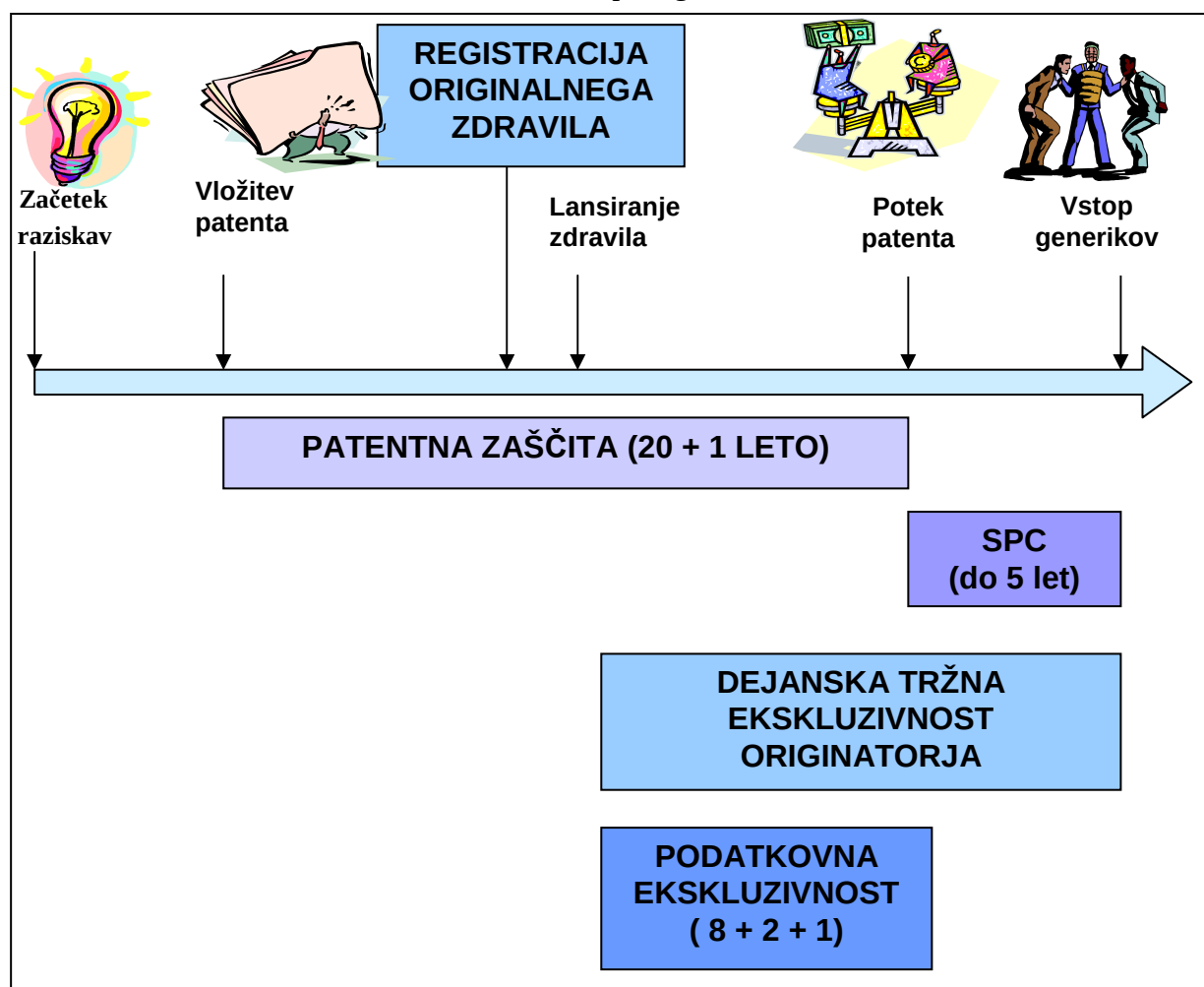
³ To je uradna knjiga o zdravilih, o njihovih specifikacijah kakovosti in analitskih postopkih (Matko, 1999, str. 49).

urejenost vseh aktivnosti, povezanih z zdravlili. Najbolj znana urada sta ameriški FDA (Food and Drug Administration) in evropski EMEA (European Agency for the Evaluation Medical Product) (Matko, 1999, str. 48).

3.1.2. PATENTI IN OSTALE ZAŠČITE V FARMACEVTSKI PANOGI NA ŠVEDSKEM

Slika 3 prikazuje patentno zaščito in ostale omejitve, ki ščitijo originalne proizvajalce pred generičnimi proizvajalci zdravil.

Slika 3: Patenti in ostale zaščite v farmacevtski panogi



Vir: Lastni.

Patentna zaščita

Švedska, ki sodi med članice EU, ima enako zakonodajo glede patentne zaščite kot EU. Farmacevtsko podjetje mora za pridobitev patenta⁴ vložiti patentno prijavo na nacionalni patentni urad na Švedskem ali pa na Evropski patentni urad (angl. European Patent Office –

⁴ Patent kot klasična oblika zaščite intelektualne lastnine daje lastniku ekskluzivno pravico do uporabe inovacije, vendar je vsebinsko, teritorialno in časovno omejen (Suhadolc, 1999, str. 6). Kar pomeni, da daje patent lastniku 20-letno ekskluzivno pravico uporabe snovi ali postopka v državi, kjer je bil patent prijavljen in podeljen. Ko patent zapade, lahko uporabijo predmet patenta tudi drugi proizvajalci zdravil in s tem odprejo vrata generičnim proizvajalcem na farmacevtski trg (Hedberg, 2004, str. 12).

EPO). Če patent podeli Evropski patentni urad, velja za vse članice držav EU, ki jih je lastnik patenta navedel v patentni prijavi, saj je patentna prijava na Evropski patentni urad enakovredna patentni prijavi na nacionalni patentni urad v državah EU. Ta patent imenujemo Evropski patent, ki ga lahko podeli Evropski patentni urad ali nacionalni patentni urad. Prav tako pa si Evropski patentni urad prizadeva za predpisovanje enotnega postopka prijavljanja patentov oziroma za enotno patentno prijavo v vseh državah članicah Evropske unije (Špiler, 2002, str. 47). Če sta prijavljeni dve isti ali zelo podobni ponudbi za inovacijo, je patent dodeljen tistemu, ki je izpolnil prijavo prvi, saj velja pravilo »first-to-file« (Hedberg, 2004, str. 12).

V povezavi z zdravili je možno patentirati (Suhadolc, 1999, str. 6):

- aktivne učinkovine in substance (*produktivni patent ali osnovni patent*);
- izolirano izomerno aktivne učinkovine (*izomerni patent*);
- kemijsko pot njene sinteze (*procesni patent*);
- farmacevtsko obliko (*formulacijski patent*);
- indikacijo (*indikacijski patent*) – npr. uporabo zdravil za zdravljenje psihosomatskih pacientov.

Ker je razvoj novih originalnih zdravil povezan z visokimi stroški ter časovnim trajanjem (od 10 do 15 let), patentna zaščita zagotavlja originalnim proizvajalcem zdravil čas veljavnosti monopolne pravice nad proizvodnjo in trženjem zdravila. To omogoča nadpovprečne dobičke originalnim proizvajalcem zdravil in intenzivno razvojno delo.

Patentna zaščita res traja 20 let od dneva prijave patenta na ustreznem patentnem uradu, toda dejanska ekskluzivnost trženja je krajša. Od patentne prijave do registracije zdravila in njegovega lansiranja lahko poteče tudi do 13 let. Razlog za to je, da proizvajalec zaprosi za podelitev patenta ob razvitju nove učinkovine, vendar pa poteče še najmanj desetletje, preden zdravilo zadosti vsem zahtevam za pridobitev registracijske odločbe. Ta čas je čedalje daljši tako, da se dejansko trajanje patenta posameznega zdravila v povprečju skrajšuje. Zaradi skrajševanja dejanske ekskluzivnosti trženja zdravila zakonodaja EU (The Council Regulation EEC⁵ No. 1768/92) od leta 1992 omogoča lastnikom osnovnega patenta podaljšanje trajanja pravic iz osnovnega patenta za aktivne učinkovine farmacevtskih proizvodov. Za to morajo pridobiti Certifikat o dodatni zaščiti⁶ (angl. SPC – Supplementary Protection Certificate). Pomembno je poudariti, da SPC ne podaljšuje osnovnega patenta, ampak omogoča pridobitelju SPC-ja podaljšanje pravic, ki izhajajo iz osnovnega patenta (Špiler, 2003, str. 74, 76). Na Sliki 5 v Prilogi 8 je prikazan postopek od razvoja zdravila do prenehanja veljavnosti patentne zaščite.

⁵ ECC - Evropska gospodarska skupnost (angl. European Economic Community)

⁶ SPC opredeljuje minimalno trajanje monopola originalnega zdravila, in sicer izgubljen čas od vložitve patentne prijave do pridobitve dovoljenja za promet z zdravilom minus pet let. Tako SPC omogoča največ 15 let dejanskega časa patentno-pravnega varstva oziroma se s SPC-jem lahko podaljša trajanje pravic iz osnovnega patenta za največ pet let od prenehanja trajanja osnovnega patenta, pri čemer to obdobje dodatnega pravnega varstva začne veljati takoj po prenehanju veljavnosti osnovnega patenta (slika 6 v Prilogi 8). Za generično farmacevtsko industrijo pomeni podelitev SPC-ja originalnemu zdravilu kasnejši začetek prodaje in trženja generične različice tega originalnega zdravila (v primeru, da inovativno farmacevtsko podjetje pridobi SPC za svoje originalno zdravilo, generično farmacevtsko podjetje ne more začeti s prodajo in trženjem generičnega zdravila za dobo veljavnosti podeljenega SPC-ja (Špiler, 2002, str. 79, 82).

Regulatorna dejavnost pri registraciji⁷ zdravil

Farmacevtska podjetja, ki želijo prodajati in tržiti zdravila na švedskem trgu, jih morajo najprej registrirati pri Agenciji za zdravila⁸ (angl. Medical Product Agency - Läkemedelsverket), ki jo je Švedska vlada določila za kontroliranje farmacevtskih preparatov. Lahko rečemo, da je njena glavna naloga zagotoviti, tako bolnikom kot tudi švedskemu zdravstvenemu sistemu, učinkovita, varna in kakovostna zdravila. Ko je zdravilo odobreno, Agencija za zdravila nadzoruje njihovo porabo, obvešča javnost o novostih in priporoča predpisovanje tega zdravila na recept v zdravstvenem sistemu. Prav tako pa tudi stalno preverja učinke zdravila (Approval, distribution and subsidies medicinal products, 2004, str.1). V letu 2002 je bilo registriranih približno 6.000 farmacevtskih preparatov (The Health Care System in Sweden, 2003, str. 4).

Ko je Švedska vstopila v Evropsko unijo, je Agencija za zdravila vse aktivnosti povezane s pravili in postopki registracije zdravila prilagodila Evropskemu sistemu za registriranje zdravil. Evropski sistem trenutno ponuja tri modele registracijskega postopka glede na to, da registracija zdravila velja več kot v eni državi EU, in sicer (Overview of Regulatory Procedures, 2003, str. 1):

- **CENTRALIZIRANI registracijski postopek (angl. The Centralised Procedure)**, ki je obvezen za originalna in biotehnoška zdravila. V tem postopku izvede osrednja evropska agencija za zdravila (EMA) vrednotenje novega zdravila. Države članice EU pa so dolžne uveljaviti to dovoljenje oz. registracijo zdravila tudi na svojem ozemlju.
- **Registracijski postopek VZAJEMNEGA PRIZNANJA (angl. Mutual Recognition Procedure - MRP)**, ki je glavna pot za druga zdravila, v katera so vključena tudi generična zdravila. Pri tem postopku pa ena od držav članic preko svoje agencije za zdravila prevzame vlogo vrednotenja novega zdravila na podlagi predložene registracijske dokumentacije. To počne tudi v imenu vseh ostalih. Druge članice so po končanem vrednotenju dolžne upoštevati mnenje države, ki je vodila postopek vrednotenja. V primeru, da se ostale članice z ugotovitvami vrednotenja ne strinjajo, prevzame vlogo arbitraže osrednja evropska agencija za zdravila (EMA).
- **NOVI DECENTRALIZIRANI registracijski postopek (angl. The New Decentralised Procedure)**, ki bo začel veljati konec leta 2005 in se bo uporabljal v primeru, da dovoljenje za registracijo zdravila še ni bilo odobreno v nobeni državi Evropske unije. Dokumenti, potrebni za registracijo zdravila, bodo priloženi v vseh nacionalni uradih držav Evropske

⁷ Registracija zdravil je postopek, v katerem se zdravilu ocenijo kakovost, učinkovitost in varnost. V novejšem času pa se oceni tudi njegova farmakoekonomska evolucija. Farmacevtska podjetja morajo vsako novo zdravilo v fazi razvoja temeljito proučiti in raziskave ustrezno dokumentirati. Iz podatkov, ki jih dobijo pri raziskavah (predklinična in klinična testiranja), sestavijo registracijsko dokumentacijo in jo predložijo ustrezni instituciji v državi, kjer želijo zdravilo tržiti. Na osnovi pozitivne ocene pridobi zdravilo dovoljenje za promet in postane dostopno nacionalnim zdravstvenim sistemom kot registrirano zdravilo (Korent, 2002, str. 37, 38). Postopki in zahteve v zvezi z registracijo so dolgotrajni, komplicirani in povezani z visokimi stroški. Mnogo cenejša in časovno manj dolgotrajna je uvedba aktivnih substanc ali gotovih proizvodov, ki niso popolnoma novega izvora. V takšnih primerih je potrebno izdelati in predložiti bioekvivalentno študijo, ki pokaže, ali je zdravilo glede končnih učinkov pri zdravljenju bolezni enako kot originalno zdravilo. Na osnovi teh postopkov delimo zdravila na originalna in generična zdravila (Kunej, 2003, str. 26).

⁸ MPA spada med najuglednejše državne organe na svetu in je ena izmed prvih agencij, katerim je ameriški FDA (angl. Food and Drug Administration) odobril dovoljenje za klinično testiranje. Obenem pa je v Evropi najbolj uporabljen registracijski organ tako na področju centraliziranega registracijskega postopka kot tudi na področju registracijskega postopka vzajemnega priznanja (Invest in Sweden, 2004, str. 1).

unije, v katerih se bo zdravilo tržiло. Referenčna država članice EU, ki jo izbere vlagatelj registracije zdravila, pripravi osnutek ocenitve dokumentov v roku 120 dni in ga pošlje vsem drugim državam članicam, ki jih je vlagatelj določil. Oneodobrijo to dovoljenje ali pa ga pošljejo v arbitražni postopek. Nov decentralizirani registracijski postopek bo omogočal, da bodo države članice EU sodelovale v zgodnejših fazah registracije zdravila kot v registracijskem postopku vzajemnega priznanja (MRP) in s tem bo zmanjševal nesoglasja med državami ter hkrati omogočil aplikacije za trženjsko avtorizacijo na čim več trgih. Obenem bo naklonjen tudi generičnim proizvajalcem zdravil, kajti ko zaprosijo za registracijo zdravila preko postopka vzajemnega priznanja (MRP), jim ta postopek postavlja velike omejitve (Authorisation, 2004, str. 1).

V EU je v veljavi sicer tudi nacionalni postopek, vendar se ta postopek skoraj ne uporablja več. Za ta postopek je značilno, da je zdravilo sprejeto za uporabo v eni državi članici EU.

Podatkovna ekskluzivnost (angl. Data Exclusivity)

Države EU so uzakonile časovno obdobje, v katerem generičnem farmacevtskem proizvajalcem ni dovoljeno vložiti prošnje za pridobitev dovoljenja za prodajo in trženje generičnega zdravila brez popolne dokumentacije o rezultatih predkliničnih in kliničnih testiranj⁹. Zgoraj navedenemu časovnemu obdobju pravimo podatkovna ekskluzivnost, ki začne veljati od dneva prve registracije originalnega zdravila. Pred letom 2004 je to obdobje trajalo 6 ali 10 let, odvisno do države članice Evropske unije. Temu času pa še prištejemo čas, ki je potreben za ocenitev dokumentacije, potrebne za registracijo generičnega zdravila, in sicer od 1 leta do 3 let (Data Exclusivity, 2005, str. 1). V spodnji tabeli si lahko ogledate, v katerih državah je veljalo pravilo 6 let in v katerih 10 let.

Tabela 1: Obdobje ekskluzivnosti v državah Evropske unije leta 2003

Obdobje	Države Evropske unije
6 let	Avstrija, Danska, Finska, Grčija, Irska, Norveška, Portugalska, Španija
10 let	Belgija, Francija, Nemčija, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Švedska, Velika Britanija

Vir: Atkinson, 2002, str. 12.

Nova Evropska farmacevtska zakonodaja je v letu 2004 sprejela spremembe podatkovne ekskluzivnosti, ki omogočajo skladnost obdobja ekskluzivnosti v vseh državah članicah EU v skladu s »formulo 8+2+1«. To pomeni, da zagotovi originalnemu proizvajalcu zdravil 8 let podatkovne ekskluzivnosti in še 2 leti tržne ekskluzivnosti originatorja (glej Sliko 7 v Prilogi 8) (Hedberg, 2004, str. 28). To obdobje pa lahko podaljšajo še za največ eno leto na različne načine (npr. v primeru, da odkrijejo novo terapevtsko indikacijo, ki prinese pomembne koristi v primerjavi z obstoječimi terapijami) (Data Exclusivity, 2005, str. 1). Iz vsega povedanega lahko

⁹ Za registracijo generičnih zdravil v EU je dovolj, da je registracijski dokumentaciji priložen nedvoumen dokaz o bioekvivalenci generičnega zdravila.

vidimo, da generični proizvajalci zdravil lahko predložijo vso dokumentacijo potrebno za registracijo zdravila po 8 letih, ampak zdravilo lahko prodajajo in tržijo po 10 oziroma 11 letih.

3.1.3. SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA NA ŠVEDSKEM

Sistem zdravstvenega varstva predstavlja eno izmed najpomembnejših področij delovanja vsake države, zato se le-ta vanj aktivno vključuje s svojimi inštrumenti. Farmacevtska panoga, ki prebivalstvo preskrbuje z zdravili, je aktivno vključena v ta sistem in v veliki meri odvisna od njegovega delovanja.

Eden izmed mnogih dejavnikov, ki pogojujejo zdravje prebivalstva, je kakovost in učinkovitost storitev zdravstvenih institucij. Lahko bi rekli, da se švedski sistem zdravstvenega varstva zaveda tega, saj je njena stopnja med kakovostjo in zadovoljstvom zelo visoka v primerjavi z drugimi članicami OECD. Švedska spada med najpomembnejše države na svetu glede na zdravstveno stanje in socialni položaj njenega prebivalstva (Health and medical care, 2004, str.1). To kažejo tudi naslednji kazalci, ki določajo zdravstvene zmogljivosti Švedske, ki zaposluje več človeških virov v zdravstvenem sektorju kot druge države članice OECD. V letu 2002 je bilo na Švedskem zaposlenih 3,3 zdravnikov na 1000 prebivalcev in 10,2 medicinskih sester na 1000 prebivalcev, kar je več kot povprečje držav OECD (2,9 zdravnikov na 1000 prebivalcev in 8,2 medicinskih sester na 1000 prebivalcev), (OECD Health Data, 2005, str. 1), (glej Tabelo 8 v Prilogi 9). Tretji kazalec je število zasedenosti bolniških postelj, ki je na Švedskem znašal je 2,3 postelj na 1000 prebivalcev v letu 2002, medtem ko je povprečje zasedenosti bolniških postelj v državah članice OECD 4,1 postelj na 1000 prebivalcev. V zadnjih časih na Švedskem, kot tudi v drugih državah OECD, pada število zasedenosti bolniških postelj, hkrati s povprečnim obdobjem ležanja v bolnici (OECD Health Data, 2005, str. 1) (glej Tabelo 9 v Prilogi 9).

Švedski sistem zdravstvenega varstva je oblikovan decentralizirano in v veliki meri financiran z javnimi sredstvi (izdatki in financiranje sistema je predstavljeno v točki 3.2.2.). Njegovo glavno pravilo je omogočiti vsem prebivalcem Švedske zdravje in enakopravne pogoje glede storitev sistema zdravstvenega varstva (The health of Swedish population, 2004, str. 1). Švedski sistem zdravstvenega varstva upravljajo regionalne skupnosti in je razdeljen na tri ravni: državno, regionalno in lokalno raven. Na sliki v Prilogi 10 je prikazana struktura sistema zdravstvenega varstva na Švedskem.

Centralna oblast postavlja zakone in pravila. Cilj švedske zdravstvene zakonodaje in zdravstvenega sistema je omogočiti čim večjo dostopnost zdravstvenega varstva, kakor tudi zdravje za vse prebivalce Švedske (The Health Care System in Sweden, 2003, str. 2). Na državno raven spadajo:

- **Ministrstvo za zdravstvo in socialne zadeve (angl. Ministry of Health and Social Affairs)**, ki je odgovorno za zagotavljanje učinkovitega delovanja sistema zdravstvenega

varstva in socialnega zavarovanja. Poleg tega pa tudi rešuje socialne probleme (The Health Care System in Sweden, 2003, str. 2).

- **Nacionalni odbor za zdravstvo in blagostanje (angl. National Board of Health and Welfare)**, ki konstantno izvaja kampanje za zdravo življenje, zdravo prehrano in zdrav življenjski stil. V skladu z miselnostjo, da je bolezen velika sramota (saj pomeni, da si se premalo prizadeval za svoje zdravje), so uveljavili celo vrsto doplačil, s katerimi želijo spodbujati prizadevanje populacije za zdrav način življenja in zmanjševanje povpraševanja po zdravstvenih storitvah (The Health Care System in Sweden, 2003, str. 1-6).
- **Druge nacionalne institucije**, ki so povezane z Ministrstvom za zdravje in socialne zadeve in Nacionalnim odborom za zdravje in blagostanje: *Nacionalni odbor za socialno zavarovanje* (angl. National Social Insurance Board – NSIB), ki jamči enotnost in kakovost v procesu zavarovalnice in podpore; *Agencija za zdravila* (angl. Medical Product Agency – MPA), ki kontrolira in vrednoti porabo, kakovost in stroškovno učinkovitost farmacevtskih preparatov; *Nacionalna Švedska farmacevtska korporacija* (angl. National Corporation of Swedish Pharmacies), ki ima v lasti vse lekarne in vzdržuje celoten distribucijski sistem v državi; *Nacionalni inštitut za javno zdravje* (angl. National Institute of Public Health), ki se zavzema za povečanje zdravja in preprečevanje bolezni (Hjortsberg, Ghatnekar, 2002, str. 2); *Švedski svet za ocenitev tehnologije v sistemu zdravstvenega varstva* (angl. Swedish Council of Technology Assessment in Health Care – SBU), itd.

Okrožni sveti na regionalni ravni so razdeljeni na 21 okrožij, vključno z regijami Skåne, Västra Götalandsregionen in občinskem svetom Gotland. Njihov predstavnik pa je Zveza okrožnih svetov (angl. Federation of Country Councils). Populacija posameznega okrožja se giba približno od 133.000 do 1.8 milijona prebivalcev (Hjortsberg, Ghatnekar, 2001, str. 15). Njihova glavna naloga je zagotoviti zdravstveno varstvo in prizadevati se za doseganje visokega standarda pri javnem zdravju. Prav tako pa rešujejo morebitne probleme povezane z izobrazbo, s kulturo, z javnim prevozom in regionalnim razvojem. Poleg tega pa so okrožni sveti lastniki, načrtovalci, upravljalci in skrbniki vseh bolnic in zdravstvenih centrov na svojem območju. Tudi zasebni lastniki opravljajo svojo dejavnost v kapacitetah, ki so last okrožnih svetov in morajo del dejavnosti opravljati tudi za njih. V zadnjih letih so okrožni sveti z uvajanjem novih medicinskih tehnologij drastično zmanjšali število postelj v bolnicah, ustvarili precejšnje prihranke in povečali produktivnost zdravstvenega osebja. Prav tako omogočajo, da se švedski pacienti svobodno odločajo o izbiri družinskega zdravnika in tudi zdravstvene ustanove, ki je lahko izven okrožja, kjer pacient živi ter omogočajo pacientu neposredno pot v bolnico mimo ambulantnega in specialističnega nivoja (The Health Care System in Sweden, 2003, str. 2, 3).

21 okrožnih svetov je združenih v 6 medicinskih specialističnih regij (regija Stockholm, jugovzhodna regija, južna regija, zahodna regija, regija Uppsala-Örebro in severna regija), ki so bile ustanovljene zaradi skupnih interesov glede specialistične zdravstvene oskrbe (Hjortsberg, Ghatnekar, 2001, str. 16). V vsaki regiji je najmanj ena univerzitetna klinika. Švedska ima 9 univerzitetnih klinik, 70 okrožnih oziroma regionalnih bolnic in 1000 zdravstvenih centrov na ambulantni ravni (Organization and Resources of the Health service, 2004, str. 1).

Občinski sveti v 290 lokalnih skupnostih so odgovorni za omogočanje in financiranje storitev socialnega blagostanja, ki vključuje skrb otrok, šolski zdravstveni sistem, skrb za starejšo prebivalstvo in onemogle. Ravno tako so odgovorni za namestitve, oskrbo in zdravljenje vseh duševno bolnih na svojem področju. Občinski sveti upravljajo tudi domove z medicinsko nego (angl. *public nurse home*) in zavode za oskrbo na domu. Občinski sveti so podrejeni Švedski zvezi lokalne skupnosti (šved. Svenska Kommunförbundet), (The Health Care System in Sweden, 2003, str. 3).

3.1.4. REFORMA DOPLAČILA ZDRAVIL (ANGL. REIMBURSEMENT SYSTEM) NA ŠVEDSKEM

V švedskem sistemu zdravstvenega varstva so uvedli reformo doplačila za zdravila (soplačništvo), ki velja za vse prebivalce Švedske. Ta reforma omogoča, da ko pacient plača 1.800 SEK (198 EUR) za zdravilo na recept, se izda svobodna prepustnica (angl. *free pass*), s katero je pacient oproščen vseh nadaljnjih stroškov v dvanajstmesečnem obdobju. Ta prepustnica je veljavna 12 mesecev od prve prodaje zdravila na recept (Medicinal products – an important part of health care, 2004, str. 1).

Porabniki zdravil morajo plačati celotne stroške zdravila do višine 900 SEK (99 EUR). Po tej vrednosti pa se oblikujejo različne vrednosti povračila denarja glede na velikosti stroškov zdravila na recept. Porabnik zdravil dobi povrnjeno (Tabela v Prilogi 11) (Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines, 2004, str. 10):

- 50% stroškov, če so stroški zdravila med 901 SEK (99 EUR) in 1700 (186 EUR);
- 75% stroškov, če so stroški zdravila med 1700 SEK (186 EUR) in 3300 SEK (362 EUR);
- 90 % stroškov, če so med 3301 (362 EUR) in 4300 SEK (471 EUR);
- 100% stroškov, če so ti višji kot 4300 SEK (471 EUR).

Porabnik zdravil plača za zdravila v 12 mesečnem obdobju največ 1.800 SEK. Prav tako je ta znesek največji za družine z otroki in kronične bolnike. Okrožni svet pa plača za vse nastale stroške z zdravili, ki jih uporabljajo bolnice (Pharmaceutical Benefits Board, 2005, str. 4).

Izdatki zdravil so se občutno zmanjšali po uvedbi te reforme. Na podlagi te reforme so se pacienti začeli zavedati cen zdravil oziroma izdatkov za zdravila in za to zahtevajo od zdravnikov, da predpišejo ali od lekarnarjev, da dajo cenejša generična zdravila (Wittner, 2003, str. 110).

Če farmacevtsko podjetje želi vključiti svojo zdravilo v doplačniški sistem (angl. *reimbursement list*), mora dati prošnjo Odboru za ugodnosti zdravil (angl. *Pharmaceutical Benefits Board*), ki je pod vodstvom Nacionalnega odbora socialnega zavarovanja (ang. *National Social Insurance*). Ta odbor pa mora poročati Ministrstvu za zdravstvo in socialne zadeve. Odbor za ugodnosti zdravil je odgovoren za odločanje ali bo določeno zdravilo vključeno v doplačniški sistem (angl. *reimbursement list*) ali ne. V primeru, da je zdravilo vključeno v sistem, je odgovorno tudi za

oblikovanje cen (Approval, distribution and subsidies medicinal products, 2004, str. 1). Za vključitev zdravila v ta sistem se odloča po določenih kriterijih, kot so ekonomska in klinična vrednost zdravila, cena originalnega zdravila v državi, itd. Odločitev o oblikovanju cene je dosežena s pogajanjem med proizvajalci zdravil in tem odborom, obenem ima Okrožni svet tudi možnost pri določanju cene (Atkinson, 2002, str. 69). Proizvajalci lahko enkrat mesečno spremenijo ceno in to sporočijo Odboru za ugodnosti zdravil.

3.1.5. »GENERIČNA SUBSTITUCIJA« (ANGL. GENERIC SUBSTITUTION) NA ŠVEDSKEM

Oktobra 2002 so na Švedskem ukinili sistem referenčnih cen iz leta 1993 in uvedli Generično substitucijo (Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicines, 2004, str. 9). V letu 2003 je generična substitucija obsegala 1.200 farmacevtskih preparatov (Tamro Sweden, 2003, str. 1). Ta reforma pravi, da morajo zamenjati predpisano originalno zdravilo, ki izpolnjuje pogoje za subvencijo, ki jo dodeljuje Odbor za ugodnosti zdravil (ang. Pharmaceutical Benefits Board), za cenejšo zdravilo, ki ima iste terapevtske učinke kot originalno zdravilo. Generična substitucija je pozitivno vplivala na proračun švedskega sistema zdravstvenega varstva, zlasti za državo. S pomočjo zapadlosti patentne zaščite štirih najbolj prodajanih zdravil na Švedskem je prihranila v letu 2003 več kot 1 milijardo SEK (109,6 milijonov EUR)¹⁰.

Švedska verzija o obvezni »generični substituciji« pravi, da morajo lekarne uvrstiti cenejša razpoložljiva zdravila, ki jih je predpisala MPA (angl. Medical Product Agency – Agencija za zdravila), razen, če zdravnik zaradi zdravstveni razlogov nasprotuje substituciji ali če bolnik nasprotuje substituciji. V tem primeru mora bolnik plačati razliko v ceni (Hedberg, 2004, str. 47).

3.2. EKONOMSKO OKOLJE

Ekonomsko okolje je pomembno preučevati zato, ker nam napove, kakšno je makroekonomsko stabilnost in blagostanje države. Najpomembnejši kriteriji so: bruto domači proizvod (BDP), bruto domači proizvod na prebivalca (BDP p.c.), stopnja nezaposlenosti, pariteta kupne moči (PPP – angl. Purchasing power parity), saldo plačilne, trgovinske, storitvene bilance, stopnja inflacije, trdnost valute in drugi makroekonomski kazalniki ekonomskega stanja in razvoja posameznih držav. Današnje ekonomsko okolje se dinamično spreminja, vedno bolj prihaja do globalizacije trgov in rasti dejavnosti (npr. informacijska tehnologija), ki to omogočajo (Makovec Brenčič, Hrastelj, 2004, str. 28–30).

¹⁰ Posledica tega pa je zniževanje cen zdravil, npr. cena simvastatina je padla za približno 90% (100 tablet v farmacevtski obliki 40 mg za manj kot 20 EUR) in cena omeprazole je padla za približno 70% v letu 2003. Dodatna posledica pa je tudi bolj pogosta poraba generičnih zdravil v diskusijah med zdravnikih in obnovljena razprava o dovoljevanju predpisovanja generičnih zdravil pod določenimi pogoji (Hoffmann, 2004, str. 2).

3.2.1. GOSPODARSTVO NA ŠVEDSKEM

Pred stotimi leti je na Švedskem prevladovala kmetijska in gospodarska dejavnost. Danes pa ta panoga v nacionalnem gospodarstvu zavzema le majhen delež. V zadnjih dvajsetih do tridesetih letih je razmah interneta spodbudil hiter razvoj sektorja informacijske tehnologije tako, da je Švedska s številnimi novoustanovljenimi podjetji s to dejavnostjo postala ena od vodilnih lokacij na svetu. Gospodarstvo v glavnem obvladuje nekaj večjih koncernov, ki se uvrščajo med velika multinacionalna podjetja (Volvo, Ericsson, IKEA, H&M). Švedska ima tudi veliko naravnih bogastev, od železne rude in urana do drugih mineralov. Veliko naravno bogastvo predstavljajo tudi gozdovi, ki zagotavljajo surovine za papirno in pohištveno industrijo. Javni sektor predstavlja pomembno vlogo v gospodarstvu na Švedskem, saj zaposluje skoraj 36% vse zaposlene delovne sile. Kot v večini visoko razvitih držav ima storitveni sektor najvišji delež v BDP (63,7%), v zadnjih desetih letih se je ponovno okrepila industrija, vključno z energetiko in vodnim gospodarstvom (24,1%), medtem ko se je prispevek kmetijstva, gozdarstva in ribištva zmanjšal za 1,9% BDP.

Bruto domači proizvod Švedske je v letu 2004 znašal 254 milijard evrov. Gospodarska rast pa se je v tem letu občutno povečala v primerjavi z letom 2003, saj je znašala 3,5%, pri čemer je bilo izvozno povpraševanje 2%, naložbeno 0,8%, zasebno 0,9% in javno 0,1% od rasti celotnega BDP (Sweden's Economy, 2005, str.11-13). Stopnja inflacije se je v letu 2003 zaradi nizkega povpraševanja in krepitve valute zniževala in je znašala 1,9 odstotka¹¹ (2,3 odstotka¹²). V letu 2005 se pričakuje, da se bo brezposelnost zmanjšala na 5% in v letu 2006 na 4,4%. Javne finance še vedno kažejo presežek in se ocenjuje, da bo neto javna poraba znašala 0,7% BDP v letu 2005 (Sweden's Economy, 2005, str. 9). Podrobnejšo analizo makroekonomskih kazalcev Švedske za obdobje 2003-2005 si lahko ogledate v Prilogi 12.

3.2.2. IZDATKI IN FINANCIRANJE ŠVEDSKEGA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

V začetku devetdesetih letih prejšnjega stoletja sta ekonomska recesija in težnja po obvladovanju stroškov povzročila padanje realnih izdatkov za zdravstveno varstvo¹³. Kasneje pa so celotni izdatki za zdravstveno varstvo na prebivalca rasli bolj kot v drugih državah članicah OECD. Povprečna letna rast je bila 5,4 odstotka v realnem obdobju med letom 1998 in 2003, medtem ko je povprečje izdatkov na prebivalca za države OECD znašalo 4,5% letno (OECD Health Data, 2005, str. 1).

Celotni izdatki za zdravstveno varstvo so na Švedskem znašali 9,2% BDP, v vrednosti 2594 USD na prebivalca v letu 2002. Oba kazalca sta višja od povprečja vseh držav OECD (8,6% BDP ali 2307 USD na prebivalca). Največji porabniki z vidika celotnih izdatkov za zdravstveno

¹¹ Inflacija je izračunana po švedski metodologiji.

¹² Inflacija je izračunana po metodologiji EU.

¹³ To je tudi razvidno iz podatkov, da se je iz 8,8 odstotka BDP, namenjenega za izdatke zdravstvenega varstva v letu 1990 znižalo na 8,4 odstotka v letu 1998 (Hjortsberg, Ghatnekar, 2002, str. 5).

varstvo so ZDA (5635 USD na prebivalca v letu 2003), Norveška in Švica (približno 3800 USD) (OECD Health Data, 2005, str. 1). Na Sliki, ki je v Prilogi 13, je prikazan delež celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo glede na BDP Švedske v primerjavi z izbranimi državami v letu 2002.

Na švedskem financirajo sistem zdravstvenega varstva iz treh virov (Hjortsberg, Ghatnekar, 2002, str. 4):

- **davki**, ki jih delimo na centralne, regionalne in lokalne;
- **sredstva nacionalnega socialnega zavarovalniškega sistema**;
- **zasebna sredstva** sestavljajo samoplačništvo in prostovoljno zavarovanje. Okoli 90% delodajalcev plačuje prispevke za prostovoljno zavarovanje, da bi se izognili plačevanju za dolgotrajne bolniške delavca.

Večina izdatkov za zdravstveno varstvo je financiranih iz javnih sredstev in sicer kar 85,9% v letu 2002 (World Health Organization, 2005, str. 1). Velik del javnih sredstev je pridobljen z regionalnimi davki, ki predstavljajo kar 70 % celotnih javnih sredstev in zagotavljajo kritje vseh prebivalcev ne glede na narodnost (Hjortsberg, Ghatnekar, 2002, str. 4).

Eden izmed dejavnikov, ki sodijo med izdatke za zdravstveno varstvo, so zdravila. Celotni izdatki za zdravila so se na Švedskem povečali, ampak z manjšo stopnjo kot v večinah državah OECD, saj so v letu 2003 znašali 13,3 % celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo, ki so nižji od povprečja v vseh državah OECD (17,7 odstotka), (OECD Health Data, 2005, str. 1). Sliki v Prilogi 14 prikazujeta primerjalno analizo izdatkov za zdravila Švedske z izbranimi državami OECD v letu 2002.

V letu 2003 so celotni stroški porabe zdravil vključno z DDV na Švedskem znašali 30,3 milijard SEK (3,3 milijard EUR). V vsoto so tudi vključeni stroški za subvencioniranje zdravil, zdravila uporabljena v bolnicah, stroški zdravil brez receptov in cena pacienta (Medicinal products – an important part of health care, 2004, str. 1).

Na švedskem so zdravila financirana iz treh virov in sicer (Pharmaceutical Benefits Board, 2005, str. 5):

- **javnih virov pridobljenih od okrožnih svetov prek subvencioniranja države** (shema ugodnosti zdravil),
- **javnih virov, izključno od okrožnega sveta** (za bolniško nego),
- **privatnih virov** (soplačništvo).

Okoli 75 % (22,6 milijard SEK¹⁴ v letu 2003) celotnih izdatkov za zdravila je financiranih z javnimi viri, 25 % (7,7 milijard SEK v letu 2003) pa s prispevki pacientov in prodajo zdravil brez receptov (Medicinal products – an important part of health care, 2004, str. 2).

¹⁴ 1 EUR = 9,125 SEK (letu 2003).

3.3. TEHNOLOŠKO OKOLJE

Farmacevtska panoga spada med kapitalno intenzivne in tehnološko najbolj razvite industrijske panoge, saj so tehnološke spremembe in njihovo obvladovanje eden izmed najpomembnejših dejavnikov te panoge in prav tako določajo konkurenčnost v njej. Osnovana je na tehnoloških inovacijah, ki izpolnjujejo nove ali obstoječe potrebe porabnikov. Z visoko tehnologijo farmacevtske panoge so povezane tudi visoke tehnološke vstopne omejitve (Matko, 1999, str. 55):

- potrebna je dokaj visoka minimalna kritična masa sredstev za raziskave in razvoj;
- delež razvojnih stroškov v vrednosti prodaje je visok (med 15% in 20%);
- velika je tehnična negotovost proizvodov in procesov obenem pa je pridobitev tehničnih znanj zamudna, draga in naporna.

Značilnost farmacevtske panoge je, da vsebuje v svoji strukturi široko paleto različnih znanstvenih disciplin in tehnologij (farmacijo, kemijo, biokemijo, medicino, informatiko, fiziko in druge), kar jo razlikuje od drugih industrijskih panog. Ena izmed najpomembnejših aktivnosti farmacevtske panoge na področju tehnološkega okolja so raziskave in razvoj (Kunej, 2003, str. 22). Intenzivnost raziskovalno-razvojnih dejavnosti pa ne nastaja sama po sebi, ampak je posledica konkurenčnega boja farmacevtskih podjetij, prizadevanja za doseg večjih tržnih deležev in prizadevanj pri iskanju trajnejših konkurenčnih prednosti, saj le tako lahko pokrije visoke stroške, ki nastanejo zaradi visokih vlaganj v razvoj in raziskave zdravil. Prav tako lahko v primeru, da farmacevtska podjetja ne uporabljajo novih tehnoloških prijemov in znanj, nastopi ogroženost že doseženih tržnih deležev, zaradi nedoseganja novih kakovostnih zahtev ali pa nedoseganja želene ekonomičnosti poslovanja (Kunej, 2003, str. 29, 30).

Švedska sodi med najbolj inovativne države, saj omogoča podjetjem tako pozitivno klimo za raziskave in razvoj, kakor tudi kakovostne laboratorije. To pa dosega s precejšnjim vlaganjem v raziskave in razvoj okolja, v katerem deluje podjetje. Že v samem začetku je Švedska začela graditi napredek v zdravstvenem varstvu, s katerim je odprla pot novi tehnologiji. Veliko vlaganj tako iz javnih kot tudi privatnih virov v zdravstvene raziskave (predklinično in klinično področje) je omogočilo, da ima Švedska vodilno vlogo v zdravstveni znanosti. Švedska objavi veliko število člankov povezanih z znanostjo na prebivalca v primerjavi z drugimi državami. Prav tako pa to omogoča tudi močna povezava in tesno sodelovanje med univerzami, bolnicami in farmacevtskimi podjetji. Saj so številna glavna zdravila, vključno z Losec (zdravilo podjetja AstraZeneca), nastala kot ideja, ki je bila predstavljena v akademskem svetu in nato so jih razvili v laboratoriju podjetja, v sodelovanju Švedskimi univerzami in bolnicami (Swedish Institute, 2003, str. 5). Številne švedske univerze ponujajo storitve za faze I-III kliničnega testiranja, vključno z oblikovanjem dokumentacije, potrebne za registracijo zdravila pri MPA (Agencija za zdravila), analiziranjem, poročanjem, itd. Prav tako univerze sodelujejo s kliničnimi oddelki v bolnicah, ki imajo v veliki meri svoje lastne klinične raziskovalne centre (Invest in Sweden, 2004, str. 3). Najbolj znani centri pa so Univerziteti Lund, Univerziteti Göteborg (obe

univerziteti sta na severu države), Uppsala in Karolinska Institutet (oba centra v okolici Stockholma). Prav tako k inovativnosti pripomorejo tudi dobro izobraženi prebivalci, saj jih je v znanstvenih podjetjih zaposlenih več kot 45.000, kar predstavlja eno izmed največjih panog na Švedskem (Geens, 2005, str. 2).

Na Švedskem deluje veliko število manjših podjetji, ki so specializirani samo za raziskave. Ta podjetja prodajajo svoje storitve in licence večjim farmacevtskim podjetjem, ki naprej razvijajo in tržijo zdravilo. Prav tako tuja farmacevtska podjetja ustanavljajo svoje raziskovalne centre na Švedskem (npr. japonsko podjetje Sumitomo Pharmaceuticals, ki tesno sodeluje s Karolinskim Institutom), (Swedish Institute, 2003, str. 6).

Švedska je tudi ena izmed vodilnih držav v kliničnem testiranju, saj se odlikuje po visokih znanstvenih standardih in po visoki sposobnosti opazovanja bolnikov skozi čas. Prav tako omogoča kakovostne in hitro dostopne podatke kliničnega testiranja. Naslednja prednost je homogenost sistema zdravstvenega varstva, saj omogoča lažje iskanje primernih bolnikov za določeno klinično testiranje, za kar so odgovorne medicinske sestre (Invest in Sweden, 2005, str. 1, 2). Švedska ima obsežen register z informacijami o obolelosti in umrljivosti prebivalcev zaradi različnih tipov bolezni. Informacije se lahko uporabljajo za dolgotrajno opazovanje bolnikov in za različne analize. Prav tako so se švedski prebivalci pripravljeni udeleževati kliničnega testiranja, predvsem zaradi zavedanja o potencialnih možnostih, ki jih bo prineslo novo zdravljenje. Prav tako pa imajo zaupanje v njihov zdravstveni sistem. Danes več kot 30 farmacevtskih multinacionalk izvaja klinična testiranja na Švedskem. Dejstvo je, da so bila svetovno najbolj prodana zdravila testirana na Švedskih bolnikih med kliničnim testiranjem (Invest in Sweden, 2005, str. 1–3). V Prilogi 15 si lahko ogledate koliko zdravil je bilo odobrenih, koliko novih zdravil je registriranih in katera zdravila so bila klinično testirana na Švedskem.

3.4. DEMOGRAFSKO OKOLJE

Prebivalstvo je prva silnica v okolju, ki jo je potrebno spremljati, saj so trgi sestavljeni iz ljudi (Kotler, 1996, str. 154). Za farmacevtsko panogo je še posebej pomembno zdravstveno stanje prebivalstva, saj je to eden glavnih dejavnikov porabe zdravil.

3.4.1. DEMOGRAFSKI PODATKI

Ob koncu leta 2004 je bilo na Švedskem 9.011.392 prebivalcev, medtem ko je bila glede na leto 2003 rast prebivalcev 0,4 %. Eden izmed dejavnikov, ki vplivajo na rast prebivalcev je tudi neto migracija, ki je bila v letu 2004 pozitivna, njena rast pa je znašala 4,5 odstotkov (Statistics Sweden, 2005). Največ priseljencev je iz drugih nordijskih držav, bivše Jugoslavije, Irana, Iraka in Afrike (Sweden & Swedes, 2004, str. 2). Nekaj več kot povprečje švedskih prebivalcev živi v

mestu. V spodnji tabeli so predstavljeni osnovni demografski dejavniki, ki vplivajo na zdravstvo oziroma na izdatke v sistemu zdravstvenega varstva.

Na Švedskem, kakor tudi v drugih državah EU, je največji problem staranje prebivalstva, saj se delež starega prebivalstva glede na celotno prebivalstvo stalno povečuje. Švedska je imela v letu 2003 17,2% prebivalstva starejšega od 65 let (starostna piramida je prikazana v Prilogi 16). Če primerjamo z drugimi državami EU, ugotovimo, da Švedska spada med države s starejšim prebivalstvom. Le Italija (18,2%), Nemčija (17,5%) in Grčija (17,3%) imajo starejšo strukturo prebivalstva (podatki za ostale države so podani v Prilogi 17). Napoveduje se, da se bo še naprej delež starega prebivalca na Švedskem povečeval, saj se ocenjuje, da bo v letu 2030 znašal 27% (Country highlights on health, 2005, str. 1). Omenjeni demografski kazalec pa vpliva na izdatke zdravil, saj staro prebivalstvo porabi več zdravil kot mlada populacija, kar vodi do povečanja povpraševanja po zdravilih in s tem do povečanja izdatkov za zdravila.

Prav tako je število umrlih na 1000 prebivalcev tudi eden od indikatorjev zdravstvenega stanja prebivalstva. Število umrlih na 1000 prebivalcev na Švedskem je 9,1 in se zmanjšuje. Tretji kazalec pa je pričakovana življenjska doba, ki se v zadnjih časih vedno bolj podaljšuje. V letu 2004 je bila pričakovana življenjska doba moških 78,19 let, žensk pa 82,74 let. Napoveduje se, da bo pričakovana življenjska doba moških 81 let in žensk 84 let v letu 2010.

3.4.2. POPULACIJA S SRČNO-ŽILNO BOLEZNIJO NA ŠVEDSKEM

SRČNO-ŽILNE BOLEZNI (Koronarne in možgansko-žilne bolezni)

V letu 2002 je bilo na Švedskem obolelih kar 14% (12% v letu 1999) prebivalcev zaradi različnih tipov srčno-žilnih bolezni (v Prilogi 18 je primerjava z drugimi državami). Povečanje obolevanja zaradi srčno-žilnih bolezni je močno povezano s starostjo. V spodnji tabeli je predstavljen delež moških in žensk, ki imajo srčno-žilne bolezni, v posamezni starostni skupini (Engström, 2002, str. 192).

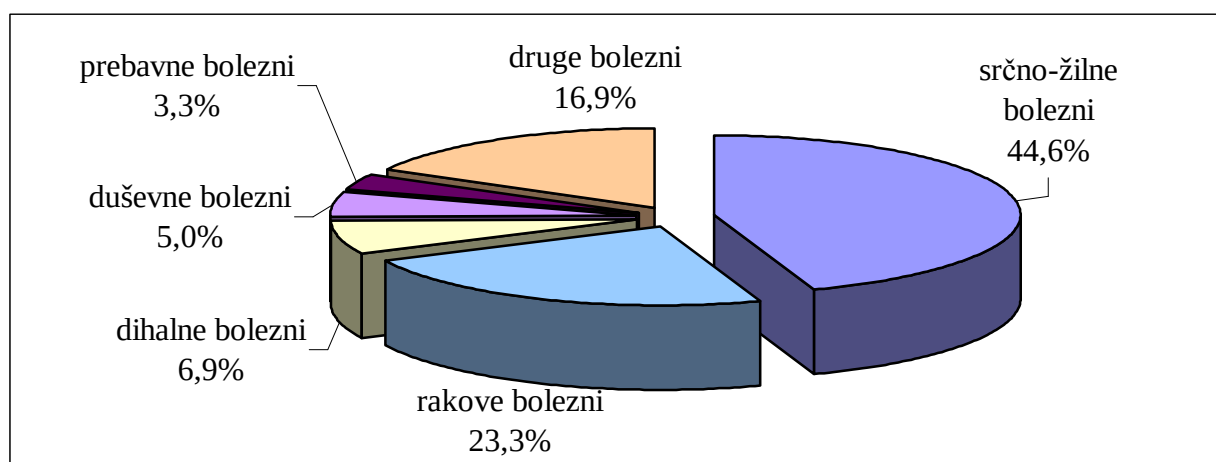
Tabela 2: Delež moških in žensk s srčno-žilnimi boleznimi v letu 2000 in 2002

	MOŠKI		ŽENSKE	
	2000	2002	2000	2002
45 – 64	16 %	17%	12 %	17%
65 – 74	38 %	} 42%	34 %	} 46%
75 – 84	46 %		45 %	

Vir: Engström, 2002, str. 192; Ludin, 2004, str. 21.

Čeprav se je od leta 1980 naprej na Švedskem umrljivost zaradi različnih srčno-žilnih bolezni zmanjšala za kar polovico¹⁵, še vedno srčno-žilne bolezni predstavljajo glavni vzrok za umrljivost na Švedskem, saj povzročajo skoraj polovico umrljivosti ljudi na Švedskem, kar je dvakrat več kot jo povzroča rakava bolezen. V letu 2002 je umrlo 42.417 ljudi (478 na 100.000 prebivalcev) zaradi srčno-žilnih bolezni, od tega je bilo 20.442 moških (466 na 100.000 prebivalcev) in 21.975 žensk (491 na 100.000 prebivalcev), (World Health Organization: Country Profile, 2005). Umrljivost zaradi bolezni srca in ožilja se začne pri moški populaciji po 45. letu in pri ženski populaciji pa po 55. letu ter se dramatično povečuje s starostjo (Hjälms, 2002, str. 29). V Prilogi 19 je predstavljena umrljivost po posameznih skupinah indikacij glede na spol.

Slika 4: Najpogostejši vzroki umrljivosti na Švedskem v letu 2002



Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 31.

HIPERTENZIJA

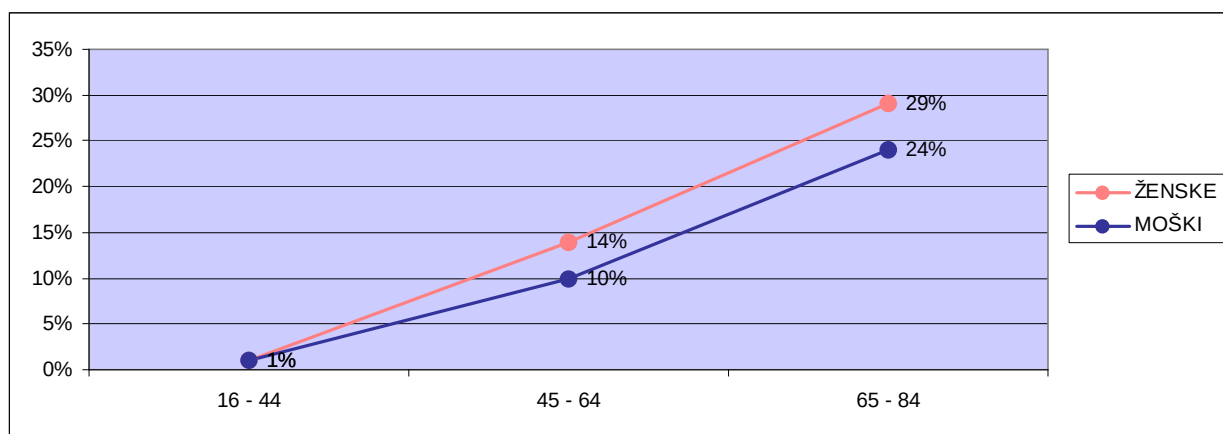
Hipertenzija (krvni tlak, ki je večji od 140/90 mmHg) je bila v letu 2002 glavni razlog za obolenje prebivalcev na Švedskem, saj je znašala 10,5% DALY¹⁶ (»izguba zdravih let v življenju«), (The European Health Report 2005, 2005, str. 116). Na Švedskem, kot tudi v drugih razvitih državah, se delež obolelih zaradi visokega krvnega tlaka poveča s starostjo prebivalca. Med starostno skupino med 45. in 64. letom in 65. in 84. letom se je v letu 2002 delež žensk, obolelih zaradi hipertenzije, povečal za 15 odstotnih točk in delež moških, obolelih zaradi hipertenzije, za 14 odstotnih točk. Povezava med povečano starostjo in povečanim krvnim tlakom je odvisna od kakovosti življenja, ki ga preživijo ljudje. V mislih imam dejavnike življenjskega stila, kot so navade kajenja, porabe alkohola, stres v službi in doma, itd. Prav tako pa na povečanje krvnega tlaka skozi starost vpliva tudi spolnost prebivalcev. Med vsemi starostnimi skupinami je bil v letu 2002 delež žensk obolelih zaradi hipertenzije večji od deleža moških obolelih zaradi hipertenzije, čeprav je v večini držav npr. Veliki Britaniji, delež žensk obolelih zaradi hipertenzije večji od deleža moških obolelih zaradi hipertenzije samo v starostni

¹⁵ V devetdesetih letih prejšnjega stoletja so se tveganja za razvijanje koronarne bolezni in srčnih infarktov zmanjšala za okoli 20 %, medtem ko so se tveganja za umrljivost zaradi koronarne bolezni še bolj zmanjšala. To je pomemben dejavnik, ki je pripomogel k rasti pričakovane življenjske dobe ljudi. Prav tako so se tveganja za umrljivost zaradi možganske kapi zmanjšala.

¹⁶ DALY (angl. Disability Adjusted Life Year).

skupini med 65. in 84. letom. Vzroki za razlike med spolnostjo niso znani in diagnostika je enaka za vse, ne glede na starost. V letu 2002 je umrljivost zaradi hipertenzije znašala 25,5% od celotne umrljivosti na Švedskem (WHO Global Info Base, 2005a, str. 34). Na spodnji sliki si lahko ogledate deleže žensk in moških, ki so zboleli zaradi hipertenzije, v posamezni starostni skupini.

Slika 5: Delež moških in žensk obolelih zaradi hipertenzije v posamezni starostni skupini v letu 2002



Vir: Ludin, 2004, str. 21.

Povprečje zgornjega krvnega tlaka¹⁷ je na Švedskem v letu 2002 znašal 130,8 mmHg pri moških starejših od 15 let in 125,5 mmHg pri ženskah starejših od 15 let (sub-optimalni krvni tlak znaša 115 mmHg, s standardnim odklonom 6 mmHg). Napoveduje se, da bo v prihodnosti ta kazalec padal ali ostal enak glede na leto 2002. Razlogi niso znani, ampak predvidevajo, da je to možno zaradi zdravljenja z antihipertenzivnimi zdravili (WHO Global Info Base, 2005a, str. 35). To velja tudi za Švedsko, saj se ocenjuje, da bo povprečje zgornjega krvnega tlaka v letu 2005 in letu 2010 enak kot v letu 2002 (Statistics Sweden, 2005, str. 1). V Prilogi 20 si lahko ogledate analizo primerjave z drugimi državami EU glede povprečja zgornjega krvnega tlaka.

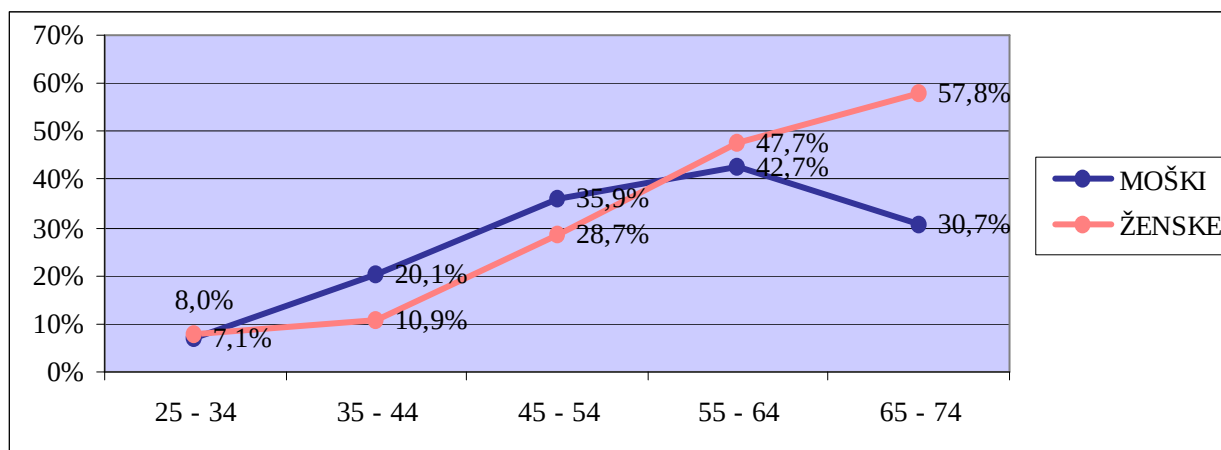
POVIŠAN HOLESTEROL

V letu 2002 je bil povišan holesterol na Švedskem tretji od desetih glavnih dejavnikov, ki povzročajo obolelost prebivalcev, saj je po oceni povzročil 7,1% DALY in 14,5% celotne umrljivosti (The European Health Report 2005, 2005, str. 117).

Na Švedskem so v letu 1999 naredili raziskavo o tem, koliko ljudi ima holesterol oziroma koliko ljudi jemlje zdravila za zniževanje holesterola. Prišli so do ugotovitev, da ima 30,7% moških starejših od 25 let in 31,7% žensk starejših od 25 let povišan holesterol (celotni holesterol $\geq 6,5$ mmol/L (250mg/dl)) oziroma jemljejo zdravila za zniževanje holesterola (WHO Global Info Base, 2005b, str. 10).

¹⁷ Povprečje zgornjega krvnega tlaka dobijo na podlagi vrednosti krvnega tlaka vseh prebivalcev.

Slika 6: Delež moških in žensk, starejših od 25 let, ki imajo celoten holesterol višji ali enak 6,5 mmol/L (250 mg/dl), na Švedskem v letu 1999

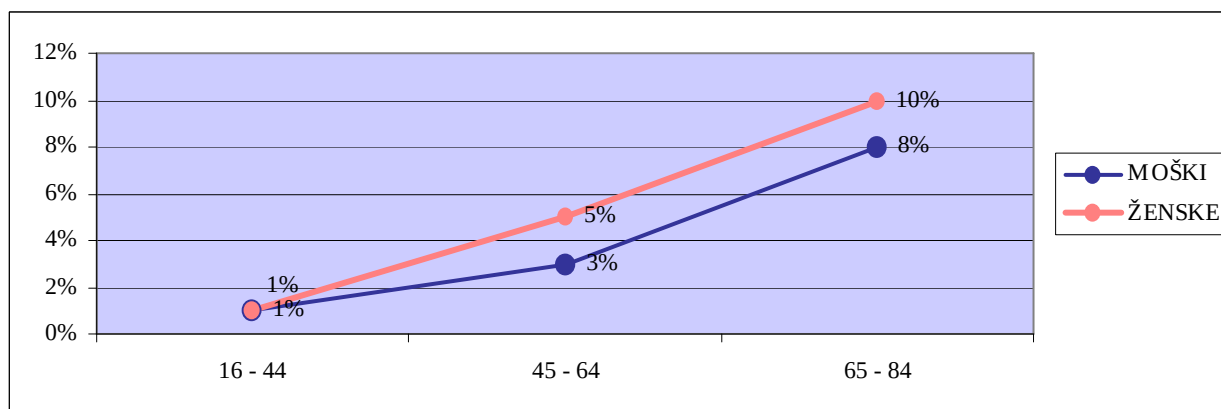


Vir: WHO Global Info Base, 2005b, str. 10.

SLADKORNA BOLEZEN

V letu 2002 je imelo na Švedskem sladkorno bolezen 4,3% prebivalcev starejših od 25 let (Mackay, Mensah, 2005, str. 91). Ugotovimo, da se delež obolelih zaradi sladkorne bolezni poveča s starostjo prebivalca in da ima sladkorno bolezen več žensk kot moških na Švedskem, in sicer za 2 odstotne točke v starostni skupini od 65 do 84 let. Napoveduje se, da se bo delež obolelih zaradi sladkorne bolezni povečeval.

Slika 7: Delež moških in žensk, ki so oboleli zaradi sladkorne bolezni, na Švedskem v letu 2002



Vir: Ludin, 2004, str. 21.

3.5. SOCIOKULTURNO OKOLJE

Sociokulturno okolje predstavlja eno ključnih dimenzij mednarodnega poslovnega okolja. Koncept kulture predstavlja obvladovanje razlik v jeziku, veri, vrednotah, izobrazbi, stališčih, družbeni organiziranosti, navadah, političnem življenju, estetiki, materialni kulturi in kulturoloških razsežnosti razlik med porabniki. Kultura vpliva na vsak vidik trženja (Jain, 2001, str. 218). V nadaljevanju bom navedla samo tiste socio-kulturne dejavnike, ki so po mojem

mnenju pomembni za delovanje podjetja Krka, d.d., Novo mesto na švedskem farmacevtskem trgu. V Prilogi 21 so predstavljeni poslovni običaji, ki so značilni za državo Švedsko.

3.5.1. DEJAVNIKI ŽIVLJENJSKEGA STILA, KI VPLIVAJO NA RAZVOJ BOLEZNI SRCA IN OŽILJA

K zmanjšanju razvoja srčno-žilnih bolezni je na Švedskem pripomoglo izboljšanje življenjskega stila njenih prebivalcev. Pomembni dejavniki življenjskega stila za zdravstvo so prehranjevalne navade, navade pitja alkohola in kajenja cigaret ter telesna aktivnost ljudi. Različne demografske in socialne skupine imajo tako na Švedskem, kot tudi drugod po svetu, svoj življenjski stil (Engström, 1997, str. 211).

Na razvoj srčno-žilne bolezni pa vpliva tudi socialni položaj ljudi. Pri populaciji, ki ima nižji socialni in socio-ekonomski položaj, oziroma pri manj izobraženih, je verjetnost za razvoj srčno-žilnih bolezni dvakrat večja, kakor pri bolj izobraženi populaciji na Švedskem (Hadjnagy, 2005, str. 1). Raziskave so tudi pokazale, da ima v večini Evropskih držav socioekonomski privilegirani srednji sloj najboljše pogoje za zdravo življenje (Highlights on Health in Sweden, 1998, str. 27). Na Švedskem prevladuje srednji sloj, vendar je v povprečju več višjega sloja in manj nižjega (le 6% prebivalstva ima dohodek manjši od polovice povprečnega Švedskega dohodka).

V nadaljevanju bom predstavila prehranjevalne navade, navade pitja alkohola in kajenja cigaret in navade, povezane s telesno aktivnostjo ter stres v službi na Švedskem.

PREHRANJEVALNE NAVADE

Hrana je zelo pomemben dejavnik za zdravstvo. V zadnjih časih so se prehranjevalne navade na Švedskem izboljšale, saj se njena populacija v večji meri prehranjuje s sadjem in zelenjavo ter uporablja hrano z manj maščobe. To velja tako za moško in žensko populacijo kakor tudi za mlade ter starejšo populacijo (Socialstyrelsen, 2004, str. 6). Kljub temu je povprečje prehranjevanja s sadjem in zelenjavo nižje kot v drugih državah EU (znaša 260 g na prebivalca na dan; WHO pa priporoča 400 g na prebivalce na dan) (Highlights on health: Sweden 2004: Burned of Disease, 2005).

Vendar na Švedskem, kakor tudi drugje, predstavljajo predebeli ljudi še vedno velik problem zdravstva, saj je okoli 10% odrasle populacije predebelih. Najbolj zastrašujoče pa je to, da se delež predebelih otrok in mladostnikov stalno povečuje (Lgren, 2003, str. 16). Prav tako se je ta delež povečeval v vseh socioekonomskih skupinah od leta 1980 naprej. Na Švedskem je več predebelih žensk kot moških (Slika v Prilogi 22). Prekomerna teža močno vpliva na visok krvni tlak in srčno-žilne bolezni kakor tudi na druge bolezni (Socialstyrelsen, 2004, str. 6).

NAVADE POVEZANE S TELESNO AKTIVNOSTJO

Telesne aktivnosti vplivajo na številne bolezni, predvsem na bolezni srca in ožilja. Preprečujejo tako tveganje za razvoj koronarne bolezni kot tudi tveganje umrljivosti zaradi srčnega infarkta .

Prav tako preprečujejo zvišan krvni pritisk in opazno znižujejo krvni tlak (Gunnar Ågren, 2003, str. 15). Telesna aktivnost na Švedskem postaja bolj popularna, predvsem v prostem času. Vendar je samo ena petina populacije zadostno aktivna v prostem času, kar pozitivno vpliva na njihovo zdravje (Slika v Prilogi 23), (Socialstyrelsen, 2004, str. 6).

NAVADE PITJA ALKOHOLA

Na Švedskem je povprečna poraba alkoholnih pijač v letu 2003 znašala 6,2 litrov na prebivalca starejšega od 15 let (povprečje je 9,2 litra na prebivalca), (nationmaster.com, 2005). 90% moške populacije in 75% ženske populacije pije alkoholne pijače. 1% odraslih pije alkoholne pijače vsak dan ter 23% enkrat ali dvakrat na teden. 82% populacije, starih več kot 15 let, pije alkohol. 19% fantov in 11,3 % deklet starih več kot 15 let pije alkoholne pijače vsaj enkrat na teden (Bennett, 2003, str. 35). Švedska vlada načrtuje spremembo zakona o alkoholnih pijačah, povečati razpoložljivost in znižati cene alkoholnih pijač, kar naj bi vodilo k povečanju porabe vina in zmanjšalo porabo špirita. S tem hočejo zmanjšati tveganja za umrljivost zaradi bolezni, ki so povezane z alkoholom.

NAVADE KAJENJE CIGARET

Medtem ko kajenje cigaret še vedno predstavlja eno izmed največjih tveganj zdravstva, na Švedskem ta navada pada v vseh socioekonomskih skupinah, kot tudi v kategoriji spola od leta 1980 naprej. Moška populacija, ki je priseljena, pokadi veliko več cigaret kot moška populacija, ki se je rodila na Švedskem. Raziskava je pokazala, da mladi priseljenci iz Čila, Iraka in Turčije pokadijo več cigaret kot starejši priseljenci. Pri moški populaciji, rojeni na Švedskem, je ravno obratno. Po mednarodnih standardih je delež dnevnih moških kadilcev najnižji na Švedskem. Delež ženskih kadilk je začel veliko kasneje padati, kakor delež moških (Socialstyrelsen, 2004, str. 5), (Tabela v Prilogi 24).

4. ANALIZA PRIVLAČNOSTI FARMACEVTSKE PANOGE NA ŠVEDSKEM

4.1. KRATEK PREGLED FARMACEVTSKEGA TRGA NA ŠVEDSKEM

Trg zdravil je glede na druge Skandinavske države (Danska, Finska in Norveška) velik, saj ima dvakrat več prebivalcev kot te države. V prvem polletju 2005 je celotna prodaja zdravil na Švedskem znašala 14 milijard SEK (1 milijard EUR), njena rast je bila 3,9% glede na polletje 2004. Na koncu leta 2004 je celotna prodaja zdravil znašala 24 milijard SEK (2 milijard EUR), njena rast v tem letu pa je bila okoli 2% glede na prejšnje leto. Celotna prodaja zdravil na Švedskem je sestavljena iz 98% zdravil za humano porabo in le 2% za veterinarska zdravila (The Swedish Pharmaceutical Market, 2005, str. 1). V prvem tromesečju v letu 2005 je celotna prodaja generičnih zdravil na Švedskem znašala 793 milijonov SEK (87 milijonov EUR),

njegova rast¹⁸ pa je bila 5,8%. To pomeni, da prodaja generičnih zdravil v tem obdobju predstavlja 13,2% celotne prodaje zdravil za humano uporabo (Läkemedelsmarknaden och hälso-och sjukvården i siffor, 2005, str. 1). Največji proizvajalci generičnih zdravil, ki nastopajo na Švedskem, so Tika (pod vodstvom AstraZeneca), GEA, NM pharma, Alpharma in Ratiopharm (Wittner, 2003, str. 110). V Prilogi 25 si lahko ogledate slike, ki prikazujejo trende rasti farmacevtskega trga, velikost prodaje 15 največjih podjetij in 15 najbolj prodanih zdravil ter vrednosti trgovinske bilance zdravil po letih.

Farmacevtska panoga na Švedskem je močno zrasla od 1980. leta naprej in postala ena izmed najpomembnejših rastočih panog na Švedskem. V njej je bilo v letu 2003 zaposlenih okoli 21.600 prebivalcev (EFPIA, 2005, str. 8), kar predstavlja 2,6% vseh zaposlenih. V letu 2004 je bilo za več kot 90% celotne prodaje švedske farmacevtske panoge izvoženo v druge države in sicer 46 milijard SEK (5 milijard EUR) oziroma okoli 6 % celotnega izvoza Švedske. Uvoz zdravil pa je znašal 14 milijard SEK (1 milijard EUR). S tem je Švedska imela v farmacevtski panogi pozitivno bilanco v vrednosti 32 milijard SEK (3 milijard EUR), (glej Slika 18 v Prilogi 24). Največ izvozi v ZDA (25,9 %), Nemčijo (13,9 %) in Francijo (11,9 %), medtem ko pa največ uvozi iz Danske (18,3 %), Velike Britanije (11,6 %), Švice (11,4 %), Nemčije (10,7 %) in Nizozemske (10,1 %) (Glej Sliko 27 in Sliko 28 v Prilogi 25), (FAKTA 2005, 2005, str. 21-24).

V zadnjih letih v farmacevtski panogi, tako na Švedskem kot tudi drugod po svetu, intenzivno potekajo strateške povezave z namenom stroškovne racionalizacije. Rezultat tega je, da v švedski farmacevtski panogi prevladuje eno podjetje in sicer AstraZeneca. Drugo večje farmacevtsko podjetje je Pharmacia Corporation, ki je pod vodstvom ameriškega farmacevtskega podjetja Pfizer. Poleg njiju obstajajo tudi manjša ali srednja farmacevtska podjetja (Swedish Institute, 2003, str. 4).

4.2. ANALIZA ŠVEDSKE FARMACEVTSKE PANOGE S POMOČJO PETIH PORTERJEVIH SILNIC

Analiza privlačnosti panoge opisuje pet konkurenčnih sil, ki določajo privlačnost panoge in njene vzroke in sicer: rivalstvo med obstoječimi konkurenti, vstop novih konkurentov na trg, nevarnost substitutov, pogajalska moč odjemalcev in pogajalska moč dobaviteljev (Jaklič, 2005, str. 125). Te spremenljivke, ki jih je v začetku osemdesetih let razvil in ponudil Porter, imenujemo 5 Porterjeve silnic. V nadaljevanju bom analizirala panožno okolje, v katerem bo delovalo podjetje Krka, d.d., Novo mesto.

¹⁸ Rast prodaje generičnih zdravil na Švedskem spodbujajo s številnimi ukrepi, kot npr. sistem soplačevanja pacientov v letu 1997, ki omogoča, da se pacienti zavedajo izdatkov zdravil in za to zahtevajo od doktorjev, da predpišejo ali od lekarnarjev, da dajo cenejša generična zdravila (Wittner, 2003, str. 110).

4.2.1. RIVALSTVO MED OBSTOJEČIMI KONKURENTI

Konkurenčnost na švedskem farmacevtskem trgu se vedno bolj zaostrojuje, čeprav se po drugi strani generičnim proizvajalcem zdravil odpirajo priložnosti na tem trgu. V zadnjem času je bilo v švedski farmacevtski panogi veliko sprememb, ki so nastale zlasti zaradi pravno-političnih ukrepov. Eden izmed ukrepov je bila reforma generične substitucije (podrobnejši opis je v točki 3.1.5.). Prav tako pa je nekaterim najbolj prodajanim zdravilom potekla patentna zaščita. To vse pa omogoča povečanje konkurenčne moči generičnih proizvajalcev zdravil. Po drugi strani pa imajo originalni proizvajalci še vedno veliko konkurenčno moč in s tem skušajo pritiskati na državo, da bi omejila trženje generičnih izdelkov. Na Švedskem farmacevtskem trgu, kot drugod po svetu, intenzivno potekajo procesi združevanj, katerih namen je predvsem stroškovna racionalnost poslovanja. Multinacionalna podjetja tako še vedno povečujejo svoje tržne deleže, generični proizvajalci pa se iz tipično nacionalnih oziroma regionalnih podjetij spreminjajo v močna mednarodna podjetja. V Prilogi 26 je analiza primerjave vrednosti generičnega trga na Švedskem z drugimi državami in kandidatki EU.

Ena izmed značilnosti konkurenčnosti na Švedskem farmacevtskem trgu pa je tudi ta, da so relativne cene zdravil nižje v primerjavi z večino drugih držav EU (Slika v Prilogi 27). Švedska je to dosegla v večini z reformami, ki dajejo prednost generičnim proizvajalcem, in s paralelnimi uvozniki. Proizvajalci zdravil na Švedskem lahko svobodno določajo ceno, med njimi tudi generična podjetja. Pri tem mora biti cena generičnega zdravila nižja od cene originalnega zdravila, ki je registrirano na Švedskem, razen če podjetja želijo svoja zdravila vključiti v doplačniški sistem (Pricing & Reimbursement, 2004, str. 1).

Prodaja zdravil za zdravljenje in preprečevanje srčno-žilnih bolezni je na Švedskem v letu 2003 znašala 3 milijonov SEK, vključno s prodajo paralelnega uvoza in predstavlja kar 13,9% od celotne prodaje zdravil. Gre torej za drugo najbolj prodano skupino zdravil na Švedskem. V letu 2003 sta se največ prodajala naslednji skupini zdravil: ACE inhibitorji (zdravila za zmanjševanje visokega krvnega tlaka) in statini (zdravila za zmanjševanje maščob in holesterola v krvi).

Obstoječa konkurenca za podjetje Krka, d. d. na švedskem trgu kardiovaskularnih zdravil so le tista podjetja, ki imajo registrirana zdravila na Švedskem, saj registracija pomeni dovoljenje za promet zdravil na trgu. Nekatera zdravila, ki sem jih vključila v izdelčno skupino, imajo še patentno ali drugo zaščito. Ta zdravila so: atorvastatin, losartan in indapamidum.

Na trgu atorvastatina, ki spada v skupino statinov (hipolipemiki), prevladuje podjetje Pfizer s svojim zdravilom Lipitor. Poleg njega na ta trg vstopajo tudi paralelni uvozniki¹⁹ in sicer

¹⁹ Paralelni uvozniki (angl. parallel importers) so veletrgovalci na Švedskem, ki kupujejo originalno zdravilo od veletrgovalcev v državah, kjer je cena istega zdravila cenejša kot na Švedskem. Tovrstna trgovina lahko poteka le znotraj EEA (vse države članice EU, Norveška, Liechtenstein in Islandija). Paralelni uvozniki povečujejo cenovno konkurenčnost Švedskega farmacevtskega trga zdravil.

Orifarm AB, Medartuum AB, Paranova Läkemedel AB in Parallell Pharma AB. Temu zdravilu poteče patentna zaščita na koncu leta 2005 (Sweweb Product Database, 2005). V letu 2004 je bilo zdravilo Lipitor drugo najbolj prodano zdravilo na Švedskem in vrednost prodaje tega zdravila je znašala 380 milijonov SEK (41 milijonov EUR) (FAKTA, 2005, str. 13).

Na trgu losartan, ki sodi v skupino antagonist receptorjev angiotenzina II (antihipertenzivna zdravila), prevladuje podjetje Meck Sharp & Dohme BV s svojim zdravilom Cozaar. Prav tako na tem trgu delujejo tudi paralelni uvozniki in sicer Orifarm AB, Paranova Läkemedel AB in Parallell Pharma AB (Sweweb Product Database, 2005). V letu 2004 je vrednost prodaje zdravila Cozaar znašala 254 milijonov SEK (28 milijonov EUR) in je zasedlo sedmo mesto od petnajstih najbolj prodanih zdravil na Švedskem (FAKTA, 2005, str. 13).

Na trgu indapamidum, ki spada v skupino diuretiki (antihipertenzivna zdravila), prevladuje podjetje Les Laboratoires Servier z dvema svojima zdraviloma in sicer Coverly Comp (tabletke) in Natrilix Retard (podaljšane tabletke). Trenutno ima podjetje Les Laboratoires Servier monopol na tem trgu (Sweweb Product Database, 2005).

Na trgih ostalih zdravil, ki sem jih vključila v izdelčno skupino (enalapril, ramipril, simvastatin, karvediol, amlodipin, doksazosin), prevladuje močna konkurenca. Po številu registracije zdravil predvidevam, da je najmočnejša konkurenca na trgu karvediola. Nastopajo tako generična kot tudi originalna podjetja in prav tako tudi paralelni uvozniki. Ti pa so predstavljeni v Prilogi 28 po posameznih skupinah zdravil za zdravljenje srčno-žilnih bolezni, ki jih proizvaja podjetje Krka, d.d., Novo mesto. Potrebno je opozoriti, da ta zdravila med seboj tekmujejo. Izbira zdravila je odvisna od številnih dejavnikov, med katerimi gre omeniti priporočanje zdravnika (zdravnik izbere zdravilo) in stanje bolnika.

4.2.2. POTENCIALNA KONKURENCA OZIROMA NEVARNOST VSTOPA NOVIH KONKURENTOV

Vstop novih proizvajalcev zdravil na švedski farmacevtski trg predvsem onemogočajo pravni predpisi in dokumentacija, ki je potrebna za trženje zdravil na tem področju (podrobnejši opis v točki 3.1.2.). Procesi pregledovanja dokumentacije za registracijo zdravil so lahko zelo dolgotrajni. Prav tako pa obstajajo tudi druge omejitve za vstop na farmacevtski trg, kot so visoki stroški za raziskave in razvoj zdravil, struktura proizvodnje, prodaja in trženje zdravil, odnos vlade do farmacevtske industrije, itd.

4.2.3. MOŽNOSTI POJAVA NOVIH SUBSTITUTOV

Za isto bolezen srca in ožilja obstaja več vrst zdravil, ki lahko zdravijo ali preprečujejo to bolezen. Zato lahko rečemo, da ima originalno zdravilo substitute²⁰, ki so lahko originalna ali generična zdravila.

²⁰ V tabelah v Prilogi 28 so predstavljeni substituti zdravil za zdravljenje in preprečevanje srčno-žilnih bolezni, ki jih proizvaja podjetje Krka na Švedskem farmacevtskem trgu.

Najbližji substituti originalnih zdravil so generična zdravila, ki so ekvivalentna originalnim zdravilom, ki jim je patentna zaščita že potekla. Vsebujejo iste aktivne učinkovine kot originalna, medtem, ko se lahko po neaktivnih, pomožnih snoveh ter po kemijskem in tehnološkem postopku izdelave od njih razlikujejo. Po kakovosti, učinkovitosti in varnosti so enaka originalu, kar v postopku registracije poleg farmacevtsko-kemijske dokumentacije dokazujejo predvsem bioekvivalenčne raziskave (Suhadolc, 1999, str. 7). Zato želi proizvajalec originalnih zdravil s patentno zaščito preprečiti trženje generičnega zdravila. V času patentne zaščite je manjša konkurenca na farmacevtskem trgu, ko pa patentna zaščita poteče, se konkurenca zelo poveča. Zato se originalni proizvajalci zavzemajo za podaljšanje patentnega varstva njihovih izdelkov. Obenem tudi pritiskajo na državne organe, da bi omejili trženje generičnih zdravil. Nekakšne vrste substituti tako originalnih kot tudi generičnih zdravil pa so zdravila brez recepta (OTC) in druge vrste zdravljenja, za katere se v zadnjem času odloča vedno več ljudi.

4.2.4. POGAJALSKA MOČ KUPCEV

Pogajalsko moč kupcev zdravil na recept na Švedskem bom obravnavala iz dveh vidikov:

- **POGAJALSKA MOČ KUPCEV NA MEDORGANIZACIJSKIH TRGIH**

Institucionalni povpraševalci zdravil na Švedskem so v prvi vrsti veletrgovci oziroma prodajalci na debelo (podjetje Tamro in podjetje KD) in prodajalci zdravil na drobno (lekarne), ki so pod vodstvom države. Prav tako pa so povpraševalci tudi bolnice in zdravstvene organizacije. Imajo veliko pogajalsko moč nad proizvajalci zdravil, predvsem zaradi velikega obsega nakupov, pa tudi zato, ker so mnenjski vodje za številne predpisovalce zdravil.

- **POGAJALSKA MOČ KUPCEV NA TRGU KONČNIH PORABNIKOV**

Končni porabniki zdravil na recept so bolniki, katerih vloga v procesu odločanja o določenem zdravilu, ki je primerno za zdravljenje njihovega zdravstvenega stanja, je bila včasih zelo pasivna, saj je bila odločitev o primernem zdravilu v rokah zdravnika. V zadnjih letih pa porabniki postajajo vedno bolj osveščeni in se zavedajo možnosti za izbiro zdravil. Na njihovo odločitev o izbiri zdravila vplivajo tudi številni ukrepi, ki jih je v zadnjem času uvedla Švedska, npr. sistem soplachništva v letu 1997. Na Švedskem ponudi zdravnik bolnikom na izbiro več zdravil glede na cenovno raven, nato pa se bolnik sam odloči, katero zdravilo bo izbral (cenejše ali dražje). Potrebno pa je poudariti, da ima zdravnik še vedno veliko moč pri odločevanju o izbiri zdravil.

4.2.5. POGAJALSKA MOČ DOBAVITELJEV

Dobavitelji za originalne, kot tudi za generične proizvajalce zdravil, so v prvi vrsti dobavitelji surovin, nato jim sledijo dobavitelji tehnične opreme, dobavitelji embalaže, »dobavitelji« različnih kadrov itd. Njihova pogajalska moč je v veliki meri odvisna od tega, kaj ponujajo in

kako intenzivna je konkurenca na njihovem trgu. V nadaljevanju bom dobavitelje razdelila v dve skupini. Ti pa sta dobavitelji surovin in drugi dobavitelji.

DOBAVITELJI SUROVIN

V farmacevtski panogi so surovine osnovne kemikalije, zdravilne učinkovine in farmacevtski polproizvodi, itd. Sinteza in proizvodnja farmacevtskih surovin je povezana z visokimi stroški in majhnimi stopnjami dobička. To pa pomeni, da je svetovni farmacevtsko-kemični trg po vrednosti prodaje relativno majhen v primerjavi s svetovnim trgom zdravil (Hudoklin, 1996, str. 18-21).

Pri razvijanju proizvodne strategije morajo generična podjetja preučiti vse možnosti dostopa do surovin, saj je od tega močno odvisna njihova cenovna konkurenčnost. Generična podjetja se zaradi doseganja nižjih dobičkov od originalnih podjetij nerada odločajo za samostojno proizvodnjo zdravilnih učinkovin, potrebnih za proizvodnjo generičnih zdravil, zato so običajno zelo odvisna od večjega števila dobaviteljev. Pri iskanju čim cenejših dobaviteljev ponekod naletijo na probleme zaradi kršitve procesnih patentov. Izvajanje ukrepov EU oz. Certifikata o dodatnem pravnem varstvu (SPC) bo vodilo do bistvenih sprememb na posameznih farmacevtskih trgih, v smislu premika nakupov v države z nižjo stopnjo patentne zaščite, kot so npr. države Bližnjega Vzhoda ali iskanje lukenj v zakonih (Hudoklin, 1996, str. 18-21).

V današnjem času obstaja povečan trend strateškega povezovanja med originalnimi in generičnimi podjetji. Generična podjetja pridobijo velik delež zdravilnih učinkovin za proizvodnjo generičnih zdravil od podružnic originalnih podjetij. Hkrati jim prinesejo veliko koristi, npr. skupna vlaganja lahko generičnemu partnerju še povečajo stroškovno učinkovitost pri proizvodnji generikov, ker pride do cenejše nabave brez kršitve aktivnih procesnih patentov in izkoriščanje ekonomij obsega. Prav tako pa med seboj sodelujejo tudi generična podjetja, kar jim prinaša naslednje koristi: deljeno tveganje pri sklepanju pogodb o nakupu zdravilnih učinkovin, večjo pogajalsko moč nasproti ponudnikom surovin (doseganje večjih popustov zaradi večjega obsega nakupov), (Hudoklin, 1996, str. 18-21).

Skratka, če povzamem, pogajalska moč ponudnikov farmacevtskih surovin je relativno skromna, čeprav je bistveno večja, kot je bila, zaradi vrste integracijskih procesov v zadnjem času in z njimi povezanega dostopa do ključnih zdravilnih učinkovin.

DRUGI DOBAVITELJI

Drugi dobavitelji na farmacevtskem trgu so dobavitelji tehnične opreme, dobavitelji laboratorijskih izdelkov, dobavitelji embalaže, dobavitelji različnih kadrov, itd. Pogajalska moč med farmacevtskimi podjetji in temi dobavitelji je odvisna predvsem od intenzivnosti konkurence na njihovih trgih. Na večini teh trgov, zlasti na trgu embalaže, prevladuje močna konkurenca. Zato imajo farmacevtska podjetja zelo močno pogajalsko moč pri zniževanju cen in so deležni tudi drugih ugodnosti.

5. ANALIZA TRŽNEGA POTENCIALA

Z analizo tržnega potenciala lahko pridemo do spoznanj, kateri so tisti dejavniki, ki omejujejo dostop do posameznega trga (švedski trg) in kakšen je pravzaprav izdelčni potencial, torej kakšne so sploh potrebe in želje porabnikov na posameznem trgu, koliko znaša trenutna poraba določenega proizvoda (zdravil na recept za zdravljenje kardiovaskularne bolezni), kakšne so ključne posebnosti povpraševanja po proizvodu ter kakšen odnos imajo domači porabniki do generičnih izdelkov (Kotler, 2004, str. 145).

5.1. DOSTOP DO TRGA

Pri zdravilih ne velja prost pretok blaga med državami EU, ampak mora biti vsako zdravilo, ki ga želi farmacevtsko podjetje izvoziti na Švedsko ali katero drugo državo EU, registrirano (podrobnejši opis registracije je pod točko 3.1.2.). Na podlagi pozitivne ocene pridobi zdravilo dovoljenje za promet in postane dostopno sistemu zdravstvenega varstva kot registrirano. Prav tako mora podjetje registrirati vsako farmacevtsko obliko zdravila, pakiranje določenega zdravila (embalažo) in ceno zdravila.

Pri vsakem vstopu zdravil na Švedski trg jih morajo spremljati številni dokumenti, kot so izvozna faktura, specifikacija, certifikata o analizi (tako končnega izdelka kot tudi njegovih surovin), tovorni list ali ladijski konosament, itd. Prav tako morajo biti pravilno označeni in certificirani, in sicer po evropskih standardih. Uvoz zdravil nadzoruje Agencija za zdravila (angl. Medical Product Agency), ki kontrolira njihovo kakovost, učinkovitost in varnost. Na Švedskem je davek na dodatno vrednost za zdravila na recept nič, medtem ko je davek na dodano vrednost za vsa zdravila brez recepta 25% (Wessling, 2003, str. 5).

Po zakonu o zaščiti porabnika mora biti porabnik zdravila redno informiran o lastnostih prodajanega zdravila, o načinu uporabe in oskrbe zdravila ter o nevarnostih, ki jo lahko povzroči nepravilna uporaba, itd. Na embalaži zdravila mora biti jasno označen njegov naziv, proizvajalec, uvoznik ali dobavitelj, teža, količina ali velikost, rok trajanja in drugi podatki, ki so potrebni za njegovo identifikacijo. V vsaki embalaži pa mora biti tudi navodilo, v katerih so potrebne informacije o zdravilu. V primeru, da so navedeni podatki v pisni obliki, morajo biti obvezno v švedskem jeziku.

5.2. IZDELČNI POTENCIAL

Staranje prebivalstva, prepoznani dejavniki tveganja za razvoj srčno-žilnih bolezni, zavedanje velike obolevnosti in smrtnosti zaradi omenjenih vzrokov, učinkovitejše odkrivanje bolezni ter razvoj novih zdravil so poglobitni vzroki hitrega in intenzivnega naraščanja porabe kardiovaskularnih zdravil tako v svetu kot tudi na Švedskem od leta 1990 naprej.

Vrednost prodaje kardiovaskularnih zdravil je na Švedskem v letu 2003 znašala 3,9 milijard SEK (427 milijonov EUR), kar predstavlja okoli 14% celotnih izdatkov zdravil (v Prilogi 29 so prikazane vrednosti prodaje posameznih skupin kardiovaskularnih zdravil v obdobju 2000-2003). 97% je uporabljenih v ambulantni oskrbi in le 3% v institucionalni oskrbi. Prevladujoči skupini zdravil za zdravljenje srčno-žilnih bolezni sta hipolipemiki in ACE inhibitorji, ki predstavljata kar 60% celotne prodaje kardiovaskularnih zdravil. Beta blokerji, antagonisti kalcija in druge skupine kardiovaskularnih zdravil pa predstavljajo 40% celotne prodaje teh zdravil (Engström, 2002, str. 195). V Tabeli 3 si lahko ogledate, koliko prebivalcev jemlje kardiovaskularna zdravila.

Tabela 3: Delež moških in žensk, ki jemljejo kardiovaskularna zdravila, v posamezni starostni skupini na Švedskem v letu 2000

	MOŠKI	ŽENSKE
45 – 64	6%	4%
65 – 74	19%	16%
75 – 84	30%	31%

Vir: Per-Erik Engström, 2002, str. 194, 195.

Za zdravljenje srčno-žilnih bolezni zdravniki na Švedskem predpišejo moški populaciji več hipolipemikov, antagonistov kalcija in ACE inhibitorjev kot ženski populaciji, ki jim predpišejo več diuretikov. Poraba skupine Beta blokarji je približno enaka med moško in žensko populacijo (Engström, 2002, str. 364).

Leta 2000 je prodaja hipolipemikov skokovito narasla zaradi povečane porabe teh zdravil pri moški populaciji. Poraba hipolipemikov je bila pri moški populaciji, mlajši od 65 let, v letu 2000 petkrat večja kot v letu 1994²¹ in pri moški populaciji, starejši od 65 let, pa se je povečala za desetkrat²² (Engström, 2002, str. 362). Ravno tako se je povečala poraba drugih skupin kardiovaskularnih zdravil, ampak v manjši meri kot hipolipemiki (glej Tabelo 4).

Število predpisane dnevne doze hipolipemikov pri moški populaciji mlajši od 65 let (28,9 predpisana dnevna doza na 1000 prebivalcev na dan) je dvakrat večja kot pri ženski populaciji iste starostne skupine (14,9 predpisana dnevna doza na 1000 prebivalcev na dan). Manjše razlike so pojavijo v višji starostni skupini, saj se pri ženski populaciji pojavi tveganje za akutni miokardni infarkt, ko so starejše (Engström, 2002, str. 364). V skupino hipolipemikov spadata zdravilo atorvastatin in zdravilo simvastatin. Simvastatin se bolj predpisuje moški populaciji in njegova poraba pri tej populacije je v letu 2000 znašala 35,6 milijonov predpisanih dnevnih doz ter je bilo četrto najbolj predpisano zdravilo moški populaciji na Švedskem. Izdatki za simvastatin za žensko populacijo²⁴ so v letu 2000 znašali 220 milijonov SEK (2 milijardi EUR),

²¹ iz 5,1 na 28,9 predpisane dnevne doze na prebivalca na dan.

²² iz 12,3 na 123,5 predpisane dnevne doze na prebivalca na dan.

²⁴ Pri ženski populacije zasedajo zdravila za zdravljenje srčno-žilnih bolezni nižja mesta, ker ženske vsakodnevno uporabljajo zdravila s hormoni (predvsem kontracepcijske tabletko).

za moško populacijo 320 milijonov (2,9 milijard EUR). Atorvastatin je relativno novo zdravilo in njegovi izdatki za moško populacijo so v letu 2000 znašali 138 milijonov SEK (1,3 milijarde EUR) (Engström, 2002, str. 369).

Tabela 4: Količinska poraba posameznih skupin zdravil za zdravljenje srčno-žilnih bolezni, izražena v št. predpisanih dnevnih doz (DDD)²³ na 1000 prebivalcev na dan v letu 2000 in 1994

Skupina zdravil	0 let – 64 let				65 let +			
	moški		ženske		Moški		Ženske	
	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000
Hipolipemiki	5,1	28,9	3,0	14,9	12,3	123,5	10,3	82,8
Diuretiki	14,4	17,3	21,8	22,6	286,1	303,9	352,9	371,8
Beta blokarji	18,0	21,9	18,9	20,6	110,0	145,1	109,2	136,3
Antagonisti kalcija	16,2	16,7	12,7	11,3	106,1	105,3	87,1	81,3
ACE inhibitorji	18,5	24,4	12,2	12,6	92,7	188,9	61,7	112,7

Vir: Engström, 2002, str. 363.

ACE inhibitorji se predpisujejo dvakrat več moški kot ženski populaciji mlajši od 65 let²⁵. Razlika med obema populacijama starejših od 65 let je manjša, ampak starejša moška populacija sprejme 70 % predpisanih dnevnih doz te skupine več kot ženska populacija. Predpisovanje ACE inhibitorjev na recept za obe populaciji se je v letu 2000 podvojilo glede na leto 1994. ACE inhibitorji se uporabljajo tako za preprečevanje tveganj za nastanek miokardnega infarkta kot tudi za zdravljenje visokega krvnega pritiska (Engström, 2002, str. 364). V to skupino spadata zdravilo enalapril in zdravilo ramipril. Enalapril je tretjo najbolj prepisano zdravilo na recept glede na vsa zdravila v moški populaciji na Švedskem in njegova poraba je bila 37,3 milijonov predpisanih dnevnih doz na prebivalca. Ramipril pa je zasedel deveto mesto in njegova poraba je znašala 23,6 milijonov predpisanih dnevnih doz (Engström, 2002, str. 369).

Beta blokatorji na Švedskem se najbolj uporabljajo za zdravljenje visokega krvnega pritiska glede na druge skupine. V skupino Beta blokatorji spada zdravilo metoprolol, ki ga zdravniki predpisujejo bolj ženski populaciji. Izdatki za zdravilo metoprolol za žensko populacijo so v letu 2000 znašali 156 milijonov SEK (18 milijonov EUR) in za moško populacijo 153 milijonov SEK (17 milijonov EUR). Njegova poraba se je uvrstila na šesto mesto najbolj uporabljenih

²³ DDD je povprečen odmerek, ki se uporablja dnevno pri odraslem bolniku za glavno indikacijo zdravila. Pri tem je potrebno poudariti, da je DDD le merska enota in skoraj nikoli ne odraža priporočenega ali dejanskega odmerka. Za pravilno odmerjanje zdravil moramo namreč nujno upoštevati karakteristike posameznega bolnika (npr. starost, telesno maso, zdravstveno stanje posameznika) in farmakokinetične parametre zdravila. Podatki o prodaji ali izdaji na recept, podani v DDD, so nam tako podajo le približno oceno o porabi učinkovin v teh zdravilih (Hudoklin, 2004, str. 35).

²⁵ 24, 4 predpisana dnevna doza in 14,9 predpisane dnevne doze na 1000 prebivalcev na dan.

zdravil v moški populaciji in je znašala 28,1 milijonov predpisanih dnevnih doz (Engström, 2002, str. 366-370).

Na Švedskem kot tudi drugod po svetu je v zadnjem času opazen trend rasti koncentracije porabnikov zdravil za zdravljenje in preprečevanje srčno-žilnih bolezni v večini indikacijskih skupinah. Čeprav v nekaterih indikacijskih skupinah, kot sta tradicionalni antihipertenzivi in vasodilatatorji, so na Švedskem zabeležili negativno rast (Slika v Prilogi 30).

6. ANALIZA TRŽNIH POTI NA ŠVEDSKEM TRGU ZDRAVIL

Namen distribucije je kupcu posredovati vrednost, ki jo podjetje ustvari v obliki izdelka ali storitve, podjetjem pa informacijo o kupčevi zaznavi te vrednosti. Tržna pot hkrati omogoča dostavo blaga v spremenljivih stroškovnih okvirih. Ne glede na to, ali je podjetje proizvodno, storitveno ali trgovsko, mora razumeti dinamično strukturo v distribuciji, biti sposobno ustvariti takšno koalicijo med členi, ki bo omogočila maksimizacijo njegovih lastnih koristi in jo seveda tudi voditi. Ravni tržnih poti za izdelke za potrošno porabo lahko razdelimo na več ravni, ki so prikazane na Sliki v Prilogi 31 (Kotler, 2004, str. 508).

Na najpogostejši tržni poti v farmacevtski panogi so štirje udeleženci, ki nastopajo na različnih ravneh: proizvajalec, veletrgovalnik, farmacevt zaposlen v lekarni in končni porabnik (bolnik). Veletrgovalnik opravlja funkcije prodajalca na debelo. Lekarne pa so specializirane prodajalne, ki izpolnjujejo zakonske pogoje za prodajo zdravil na drobno. Večina funkcij tržne poti res opravijo ti udeleženci sami (menjava, fizično oskrbo), medtem ko v primeru zdravil na recept pri opravljanju funkcije informiranja manjka tisti, ki o prodaji sploh odloči, in sicer zdravnik. Zdravnik ne sodeluje v tokovih fizičnega pretoka zdravil, ampak on odloča, ali bo zdravilo porabnik – bolnik sploh dobil oziroma ali bo proizvajalec to zdravilo prodal. Komunikacijski tokovi tečejo od vsake stopnje tržne poti tudi do zdravnika in obratno (Slika v Prilogi 32).

Glavna značilnost distribucije na Švedskem farmacevtskem trgu je sistem enega kanala (single-channel system), (Slika v Prilogi 33), kar pomeni, da distribucijo zdravil na Švedskem lahko izvajajo samo veletrgovalniki oziroma grosisti (Secretary General of the OECD, 2001, str. 305). Proizvajalec zdravil ima lahko le enega grosista, ki izvaja distribucijo njegovega zdravila.

Na švedskem trgu sta trenutno le dva grosista, to sta finsko podjetje Tamro in podjetje KD (Kronans Droghandel), ki ga imata v lasti številna farmacevtska podjetja. V letu 2004 je podjetje Tamro predstavljal približno 52% celotne distribucije zdravil v lekarni, medtem ko pa je bil delež podjetja KD pod 48%. Prav tako imata pravico določiti maržo pri prodajni ceni. S pogajanjem pri proizvajalcih zdravil sta dosegla, da je njuna marža v povprečju 3,8% od nabavne cene. Grosistična prodaja zdravil je pod nadzorom Agencije za zdravila, ki je naložila določene zahteve za grosiste. Ena izmed zahtev je, da morata podjetji zagotoviti, da so zdravila stalno razpoložljiva in da jih lahko v čim krajšem času dostavijo. S predpisom je na Švedskem

določeno, da morajo grosisti dostaviti zdravilo v lekarno v manj kot 24 urah od sprejetja naročila (Secretary General of the OECD, 2001, str. 300–303).

Naslednji člen na poti zdravila od proizvajalca do porabnika so lekarne. Vse lekarne na Švedskem so v lasti državnega podjetja Apoteket AB. Na Švedskem je približno 823 lekarn (približno 1 lekarna na 1000 prebivalcev) in več kot 1000 farmacevtskih agentov. Lekarne so dolžne vzdrževati dobro ponudbo zdravil na Švedskem, kot tudi propagirati racionalnost porabe zdravil. Država drži monopol nad lekarnami predvsem zato, da bi bile prodajne cene enake na vsem območju. Lekarne lahko določajo svojo maržo pri prodaji zdravil. Povprečna maloprodajna marža je 16,8%. Podjetje Apoteket AB (National Corporation of Swedish Pharmacies) oskrbuje z zdravili tudi bolniške lekarne.

Naslednja značilnost distribucije na Švedskem farmacevtskem trgu je paralelni uvoz, ki je dovoljen od leta 1996 naprej. Paralelni uvozniki ponavadi kupujejo originalno zdravilo od veletrgovalcev v državah, kjer je cena istega zdravila cenejša kot na Švedskem. Ta oblika tudi vključuje podjetja, ki kupujejo zdravila na Švedskem in jih prodajo v druge države, kjer je cena višja kot na Švedskem. Tovrstna trgovina lahko poteka le znotraj EEA (vse države članice EU, Norveška, Liechtenstein in Islandija). Prav tako morajo paralelni uvozniki imeti dovoljenje za uvoz zdravil od nacionalnega urada za registracijo zdravil (v tem primeru Agencija za zdravila (MPA)) ali od EMEA (angl. European Medicines Agency). Paralelni uvozniki predstavljajo močno cenovno konkurenco farmacevtskim podjetjem na trgu zdravil, saj so cene paralelnih uvoznikov vedno nižje od cen direktnih uvoznikov, kar pa pomeni prihranek za samoplačnika in davkoplačevalce. Največji paralelni uvozniki na Švedskem so Orifarm AB, Paranova Läkemedel AB in Cross-Pharma AB (Secretary General of the OECD). Podjetje Orifarm AB je zasedlo na Švedskem v letu 2004 četrto mesto od petnajstih največjih podjetji glede na vrednost prodaje zdravil, ki je znašala 10 milijard EUR. Podjetje Paranova Läkemedel AB pa je zasedlo deseto mesto s prodajo, ki je znašala 6,4 milijarde EUR (FAKTA 2005, 2005, str. 14). Prodaja vseh paralelnih uvoznikov je v letu 2003 znašala 230 milijonov EUR, njihov povprečni delež glede na celotno prodajo zdravil pa je znašal 10,4%. V naslednjih letih se napoveduje rast prodaje paralelnih (TAMRO SWEDEN, 2005, str.1).

7. PREDSTAVITEV PODJETJA KRKA, D.D., NOVO MESTO

Krka, d.d., tovarna zdravil, je bila ustanovljena v Novem mestu leta 1954 na pobudo Borisa Andrijaniča, direktorja okrajne lekarne v Novem mestu, in skupine farmacevtov iz Novega mesta, Ljubljane in Zagreba. Tako je iz lekarniškega laboratorija postal majhen proizvodni laboratorij pod imenom »Farmacevtski laboratorij Krka Novo mesto« (Gošnik, 2004, str. 35). V prvih petdesetih letih pa se je to podjetje razvilo v mednarodno farmacevtsko podjetje z najsodobnejšimi tovarnami in raziskovalnimi laboratoriji.

Podjetje Krka, d.d., Novo mesto sodi med vodilna farmacevtska podjetja²⁶ v srednji in vzhodni Evropi. Temelj njegovega poslovanja je farmacevtsko-kemijska dejavnost. Osrednja skupina izdelkov so izdelki za humano uporabo, kamor uvrščamo zdravila na recept in izdelke za samozdravljenje. Izdeluje in trži tudi veterinarske in kozmetične izdelke. Svojo ponudbo dopolnjuje z zdraviliško-turističnimi storitvami (KRKA identiteta podjetja, 2005, str. 2).

Svoje izdelke trži v več kot 70-ih državah na različnih koncih sveta. Petina proizvodnje je usmerjena na domači trg, štiri petine izvozijo in se tako uvrščajo med največje slovenske izvoznike. Za promocijo in prodajo na najpomembnejših trgih skrbi preko tisoč strokovnjakov iz različnih področjih, predvsem s področja medicine in farmacije v 42-ih podjetjih in predstavništvih. Marketinškemu omrežju pa v zadnjem času dodaja tudi proizvodne in distribucijske zmogljivosti na Poljskem, Hrvaškem in v Rusiji (Predstavitev podjetja, 2005).

Proizvodnja poteka v skladu z najstrožjimi mednarodnimi proizvodnimi in farmacevtskimi standardi (GMP-EU, GMP-FDA, GMP-WHO), standardi na področju vodenja kakovosti (ISO 9001) in vodenja sistema ravnanja z okoljem (ISO 14001) ter načeli HACCP (KRKA identiteta podjetja, 2005, str. 1).

Krka usmerja svoje zmogljivosti v razvoj sodobnih, pretežno generičnih zdravil, z dodano vrednostjo, ki so plod lastnega razvoja. Krkina zdravila so visoke kakovosti, varna in učinkovita ter jih tržijo pod lastnimi blagovnimi znamkami. Nekatera zdravila pa so plod sodelovanja z vodilnimi svetovnimi multinacionalnimi farmacevtskimi podjetji. Dejavniki, kot so lasten razvoj, mednarodne povezave, fleksibilnost in učinkovito utrjevanje položaja enega vodilnih farmacevtskih podjetij na trgu srednje in vzhodne Evrope ter širitev na trg EU, pomenijo približevanje njeni viziji. Ob koncu leta 2004 je bilo v podjetju Krka, d.d., Novo mesto zaposlenih 4.500 ljudi.

V Prilogi 34 bom predstavila lastniško in organizacijsko strukturo podjetja, internacionalizacijo, strukturo prodaje po regijah, struktura po programih in struktura izdelkov, razvrščenih po skupinah ATC.

7.1. *PODJETJE KRKA, D.D., NOVO MESTO NA ŠVEDSKEM FARMACEVTSKEM TRGU*

Podjetje Krka, d.d., Novo mesto na Švedskem, kot tudi v drugih nordijskih državah, prodaja generična zdravila preko svojih partnerjev že od konca devetdesetih let. Največje uspehe na teh severnoevropskih trgih dosega s prodajo simvastatina, enalapрила, amlodipina in karvediol tablet (Nilsson, 2005, str. 14).

²⁶ Glede na vrednost prodaje v letu 2003 se podjetje Krka, d.d., Novo mesto uvršča med 25 vodilnih generičnih podjetji na svetu, v Evropi pa je med generiki na 12. mestu (Bajc, 2005, str. 4).

Podkrepljeni z izkušnjami s področja pridobivanja registracij, patentne problematike in prodaje, se je podjetje odločilo, da na ta trg vstopi neposredno, brez posrednika, in sicer tako, da je ustanovilo na Švedskem v začetku leta 2005 hčerinsko podjetje Krka Sverige AB. To podjetje prodaja Krkine zdravila v njeni embalaži v štirih nordijskih državah: na Švedskem, Finskem, Danskem in Norveškem (Nilsson, 2005, str. 14).

Trenutno so zaposleni v tem podjetju trije lokalni delavci pod vodstvom Jana-Christera Tjernströma. Vsi zaposleni imajo dolgoletne izkušnje na različnih področjih in na podlagi tega imajo razdeljene funkcije, ki jih opravljajo za podjetje Krka Sverige AB (Nilsson, 2005, str. 14).

Na Švedskem farmacevtskem trgu ima podjetje Krka, d.d., Novo mesto trenutno registrirani le dve zdravili za bolezni za srca in ožilja, in sicer Enalapril Krka in Simvastatin Krka (Sweweb Product Database, avgust 2005). V naslednjih letih bo podjetje prodajni portfelj Krka Sverige okrepilo s številnimi proizvodi iz skupine humanih zdravil na recept ter jim dodalo še potencialno najboljše proizvode s področja izdelkov za samozdravljenje ter veterine. Kontinuirano povečanje prodaje bo doseglo s kakovostnimi izdelki, zanesljivimi dobavami in nenazadnje s konkurenčnimi cenami (Nilsson, 2005, str. 14).

8. SWOT ANALIZA

SWOT analiza povzema priložnosti in nevarnosti trga ter prednosti in slabosti poslovanja podjetja na določenem trgu. Iz te analize lahko naredimo povzetek, ki nam služijo za naslednje korake za izboljšanje učinkovitosti poslovanja podjetja Krka, d.d., Novo mesto na Švedskem trgu.

Najpomembnejša priložnost za generična farmacevtska podjetja na Švedskem je, da vlada podpira uvajanje sodobnih, kakovostnih in cenejših zdravil (generična zdravila), saj je od leta 1997 sprejela dve reformi, ki sta v prid generikom, in sicer sistem doplačil zdravil in generično substitucijo. Druga priložnost pa se kaže v tem, da bo nekaterim najbolj prodajnim zdravilom (npr. Lipitor) v naslednjih letih potekla patentna zaščita in to omogoči vstop generičnim podjetjem na trg zdravil.

Prednost podjetja Krka, d.d., Novo mesto je, da ima široko paleto zdravil za zdravljenje srčno-žilnih bolezni in da se hitro odzove na potrebe bolnic in lekarn. Obenem ima velik potencial, saj se bo poraba teh zdravil povečevala v prihodnosti, predvsem zaradi staranja prebivalstva. Srčno-žilne bolezni pa so značilne za starejšo populacijo in iz tega lahko sklepamo, da je vedno več ljudi ogroženih zaradi srčno-žilnih bolezni. To pa pomeni, da se bo povečala poraba zdravil za zdravljenje in preprečevanje srčno-žilnih bolezni. Podjetje Krka, d.d., Novo mesto ima glede na tuja farmacevtska podjetja prednost v tem, da ima zaposlene domače prebivalce, ki imajo nekajletne izkušnje na Švedskem trgu na različnih področjih, kot sta trženje in registracija zdravil.

Slabost podjetja Krka, d.d, je predvsem ta, da je korporativna blagovna znamka na Švedskem še neprepoznavna. Druga slabost pa je, da ima trenutno registrirana le dve zdravili za zdravljenje srčno-žilnih bolezni, saj prevladuje na tem področju močna konkurenca.

Tabela 5: SWOT analiza podjetja Krka, d.d., Novo mesto na Švedskem

PRILOŽNOSTI	NEVARNOSTI
• Država spodbuja uporabo sodobnih, kakovostnih in cenejših (generičnih) zdravil. • Rastoči trg kardiovaskularnih zdravil. • Potek patentne zaščite nekaterim originalnim zdravilom. • Staranje prebivalstva, podaljševanje pričakovane življenjske dobe kaže na hitro rast populacije največjih porabnikov zdravil. • Vedno več obolelih prebivalcev zaradi srčno-žilnih bolezni.	• Močna konkurenca na trgu kardiovaskularnih zdravil, v katerega vstopajo tako generična kot tudi originalna podjetja in tudi paralelni uvozniki. • Izboljšanje nekaterih navad prebivalcev Švedske, ki zmanjšujejo razvoj srčno-žilnih bolezni. • Poseganje vlade na področju oblikovanja cen zdravil in na področju distribucije zdravil, večji nadzor nad poslovanjem farmacevtskih podjetij.
PREDNOSTI	SLABOSTI
• Bogata paleta zdravil za zdravljenje srčno-žilnih bolezni. • Zaposleni domači prebivalci, ki imajo dolgoletne izkušnje na različnih področjih, kot sta trženje, in registracija zdravil. • Pred ustanovitvijo podjetja na Švedskem so preko svojih partnerjev dosegali dobre rezultate prodaje predvsem simvastatina, enalapрила, amlolidin in karvediol tablet, ki spadajo v skupino zdravil za zdravljenje srčno-žilnih bolezni. • Močna Krkina trženjska mreža. • Dolgoletne izkušnje pri poslovanju na tujih trgih.	• Trenutno ima registrirani le dve zdravili za zdravljenje srčno-žilnih bolezni (Enalapril (Enap) in simvastatin (Vasilip)). • V primerjavi z originatorji ima majhna sredstva za tržno komunikacijske aktivnosti. • Trenutna neprepoznavnost podjetja Krka, d.d., ker je na švedski trg samostojno vstopila v začetku leta 2005. • Pomanjkanje človeških virov na terenu

Vir: Lastni.

9. PRIPOROČILA ZA TRŽENJSKI SPLET ZA GENERIČNA ZDRAVILA ZA SRCE IN OŽILJE NA RECEPT

Trženjski splet je niz trženjskih instrumentov, ki jih podjetja uporabljajo, da sledijo svojim trženjskim ciljem na trgu. Odločitev podjetja o trženjske spletu zajema odločitve o izdelku, prodajni ceni, prodajni poti in tržnem komuniciranju (Kotler, 1996, str. 98).

Podjetja, ki delujejo na tujih trgih, se morajo odločiti, do kakšne mere bodo svoje strategije trženja prilagodila lokalnim razmeram. Nekatera podjetja uporabljajo standardiziran trženjski splet, druga podjetja izberejo vsakemu trgu posebej prilagojen trženjski splet (Kotler, 1996, str. 419). Poleg teh dveh skrajnosti obstaja še mnogo vmesnih kombinacij.

V nadaljevanju bom oblikovala trženjski splet za podjetje Krka, d.d., Novo mesto, ki temelji na ugotovitvah analize Švedskega farmacevtskega trga. Posebej bom predlagala strategiji izdelka, tržne poti, cenovno politiko in tržno-komunikacijske aktivnosti za Krkina kardiovaskularna zdravila na Švedskem.

9.1. IZDELEK

Podjetja imajo pri oblikovanju strategije izdelka ob vstopu na tuje trge lahko več možnosti. Warren Keegan navaja pet možnih strategij, ki jih lahko podjetje uporabi ob uvedbi svojega izdelka na mednarodni trg (Kotler, 2004, str. 396):

1. *širitev brez sprememb*, pri čemer uvedemo izdelek na tuji trg v nespremenjeni obliki;
2. *prilagoditev izdelka*, kjer spremenimo in prilagodimo izdelek lokalnim razmeram ali preferencam;
3. *izum izdelka*, kjer za nov trg ustvarimo popolnoma nov izdelek;
4. *prilagoditev komuniciranja*, kjer izdelek ostane nespremenjen;
5. *dvojna prilagoditev*, kjer se ustrezno prilagajajo tako izdelek kot tržno komuniciranje.

Na podlagi analize švedskega trga (izdelčnega potenciala) in izdelčnega spleta Krkinih zdravil za zdravljenje in preprečevanje menim, da lahko podjetje Krka, d.d., Novo mesto v veliki meri zadovolji želje in preference tako vmesnih kot tudi končnih porabnikov zdravil. Da bi Krkina kardiovaskularna zdravila postala prepoznavna na Švedskem, predlagam, da podjetje prilagodi dizajn embalaže simboliki, ki predstavlja posamezno zdravilo, kot npr. delfini, ki predstavljajo zdravilo Vasilip. Tako bi lahko vzpostavili zaznavo pri pacientih, saj si ljudje večinoma najprej zapomnimo vizualno podobo, nato šele ime. Prav tako naj bi bila embalaža okolju prijazna, saj se Švedska zelo zavzema za čistost okolje in porabniki so okoljsko ozaveščeni. Seveda pa je potrebno poudariti, da mora biti oblikovanje embalaže usklajeno z evropskimi standardi za embalaže zdravil, saj ta natančno določa, kakšen tip kartona mora imeti embalaža, kaj mora pisati na embalaži zdravil, itd. Obenem pa bi tudi priporočala, da v primeru, ko ima zdravilo velik potencial za prodajo v bolnicah, podjetje naj ponudi v večjem pakiranju, ker je tako cena nižja kot v osnovnem pakiranju, namenjenemu za prodajo v lekarnah.

Z izjemo jezikovne prilagoditve teksta na embalaži, njeno zunanostjo in velikostjo embalaže ter morda razvojem novih zdravil, lahko podjetje Krka, d.d., Novo mesto trži svoja zdravila za zdravljenje in preprečevanje srčno-žilnih bolezni, ne da bi na njih opravila kakršnokoli večjo spremembo. Moj nasvet podjetju je torej izbrati strategijo širitve brez sprememb.

9.2. CENA

Cena je edina prvina trženjskega spleta, ki prinese dohodke. Ostale prvine ustvarijo stroške. Hkrati je najbolj prožna sestavina trženjskega spleta, saj jo je mogoče spremeniti hitreje kot

lastnosti izdelka ali tržne poti. Poleg tega je cena in cenovna konkurenca težava številka ena za tržnike (Kotler, 1996, str. 488).

Pri oblikovanju cenovne politike na mednarodnih trgih se je dosedanja strategija podjetja Krka, d.d., Novo mesto odločala za vsak trg posebej, na podlagi povpraševanja zdravil, na podlagi stroškov izdelka in na podlagi cene in kakovosti konkurenčnih ponudnikov zdravil. Zaradi generične narave Krkinih zdravil je določanje njihove prve cene pri nastopu na trg lažja naloga, saj je v praktično vseh primerih pred prihodom generičnih zdravil na trgu že prisotno originalno zdravilo z določeno ceno. Če so poleg originalnega zdravila na trgu že prisotna tudi druga generična zdravila, je naloga težja. V tem primeru mora podjetje Krka, d.d., svojo ceno uvrstiti med najnižjo ceno generičnega zdravila. Odločitev je vsekakor odvisna od števila, kakovosti konkurentov in obstoječe najnižje cene. Dolgoročno prilagajanje cene zdravil na recept tržnim razmeram je praktično mogoče samo navzdol. Kratkoročno prilagajanje je možno z uporabo popustov.

9.3. TRŽNA POT

Da bi porabnik lahko zadovoljil svoje želje in potrebe s pomočjo nekega izdelka (storitve), ga (jo) mora tudi fizično prejeti. Prenos izdelka od kraja proizvodnje k končnemu porabniku zagotavljajo različni členi, ki skupaj tvorijo tržno pot.

Podjetje Krka Sverige zdravila dobavlja iz matičnega podjetja v Sloveniji. Na Švedskem pa bo uporabljalo oba grosista. Čeprav je tržna pot na Švedskem farmacevtskem trgu določena z zakonom, bi podjetju predlagala, da naj pri začetnem nastopu zdravil kot tudi kasneje, stalno organizira izobraževanje za strokovne sodelavce veledrogerij, saj morajo tudi oni v določeni meri poznati zdravila, ki jih prodajajo. Prav tako naj se strokovni sodelavci podjetja Krka Sverige AB udeležujejo strokovnih srečanj, ki jih organizirajo predstavniki veledrogerij. Priporočala pa bi tudi hitro odzivnost na dobavo naročila, saj je le-ta izrednega pomena na Švedskem.

9.4. TRŽNO KOMUNICIRANJE

Tržno komuniciranje predstavlja splet komunikacijskih strategij, ki jih podjetja uporabljajo, da kupcem oziroma porabnikom prenašajo informacije o izdelkih in jih skušajo prepričati, naj kupijo izdelek. Ta sestavina trženjskega spleta je najbolj izpostavljena spremembam in javnosti.

Tržno komuniciranje bom razdelila na dva dela, in sicer na :

- tržno komuniciranje na medorganizacijskem trgu
- tržno komuniciranje na trgu končnih porabnikov

9.4.1. TRŽNO KOMUNICIRANJE NA MEDORGANIZACIJSKEM TRGU

Tržno komuniciranje farmacevtskih izdelkov se lahko izvaja na različne načine in sicer preko (Lindstone, 1987, str. 89–93):

- **predstavnikov**, ki predstavljajo podjetje in izdelke,
- **razstav, sejmov**,
- **simpozijev**,
- **kongresov**,
- **kliničnih študij**, ki jih opravljajo zdravniki in strokovnjaki proti plačilu določenega podjetja ali avtorja naloge,
- **priporočil raziskav**, ki so ponavadi posledica oziroma rezultati kliničnih študij in so posredni preko strokovnih medijev ali avtorjev nalog.

Preparati, ki se izdajajo na recept, se v evropskih državah, kamor sodi tudi Švedska, po zakonu ne smejo oglaševati laični javnosti. Gre za strogo intelektualno zaščito, omejevanje oglaševanja, predpisovanje in izdajanje zdravil pa je omejeno na specializirane posameznike, torej zdravnike in farmacevte (Smith, 1996, str. 2). Na Švedskem je Agencija za zdravila odgovorna za zakonodajo o oglaševanju farmacevtskih podjetij, kot tudi za etičnost oglaševanja zdravil (Wessling, 2001, str. 9).

OSEBNA PRODAJA

Ob umeščanju novega zdravila na švedski trg ali način komuniciranja o svojih zdravil bi lahko podjetje Krka, d.d., Novo mesto izkoristilo možnosti predstavitve svojih izdelkov s pomočjo strokovnih delavcev, ki so zaposleni v marketinško-prodajnem podjetju na Švedskem in imajo dolgoletne izkušnje na področju farmacevtskega trga. Strokovni delavci naj organizirajo bolj pogoste predstavitve pri zdravnikih, skupinske predstavitve in se udeležujejo strokovnih kongresov in strokovnih sejmov tako na Švedskem kot tudi v drugih državah Skandinavije. Predlagam, da bi si pri tem strokovni sodelavci pomagali s tiskanimi materiali, brošurami in prospekti, ki vsebujejo potrebne strokovne informacije. Če se strokovni delavci odločijo, da bodo podarili darilo zdravniku, naj se navezuje na določeno zdravilo, kajti tako določa zakon o darilih na Švedskem (MPA, 2005, str.1). Npr. če zdravniku predstavljajo zdravilo Atoris, naj se darilo navezuje na svetilnik, ki ga simbolizira, in ga spominja na izdelek.

TISKANO OGLAŠEVANJE

Kot se že rekla, da se lahko oglaševanje zdravil na recept na Švedskem izvaja samo v medijih, ki so namenjeni strokovni javnosti, torej zdravnikom in farmacevtom. To so večinoma tiskani mediji in oglaševanje na spletnih straneh, ki so dostopne samo strokovni javnosti. Tiskani mediji so večinoma strokovne revije, strokovne knjige, strokovne publikacije in zborniki, še posebej, kadar so izdani pod okriljem določenega kongresa, na katerem podjetje nastopa kot eden od sponzorjev. Za to področje bi predlagala, da na začetku vstopa zdravil agresivno oglašujejo svoja zdravila, saj bi lahko s tem vzpostavili neko zaznavo pri zdravnikih in farmacevth

zaposlenih v lekarnah, da obstaja neko novo zdravilo na trgu. Ko bodo zdravila že uveljavljena, bi predlagala zmerno oglaševanje.

INTERNET

Ne smemo pozabiti na internetne strani, saj postajajo vedno pomembnejši vir informaciji in napovedujejo, da se bo njihov pomen v prihodnosti še povečal tudi zaradi prihajajočih mladih generacij. Na švedskem se tudi povečuje poraba interneta v zvezi zdravljenjem in zdravljenjem. Zato priporočam, da podjetje oglašuje na spletni strani kot je www.lif.se in švedskih medicinskih spletnih portalih, preko katerih lahko zdravniki prihajajo na najhitrejši način do najnovejših, visokih strokovnih informacij. Prav tako predlagam, da podjetje oblikuje svojo stran tudi v švedskem jeziku.

SPONZORSTVO

Sponzoriranje zdravstvenih ustanov je redna praksa farmacevtskih proizvajalcev, ki pripomore k večjemu ugledu podjetja in njegovih izdelkov predvsem v strokovni praksi. Zato predlagam, da podjetje Krka, d.d., Novo mesto sodeluje kot sponzor na pomembnih kongresih, kot tudi pri nakupu novega pomembnega aparata in prav tako naj pomaga zdravnikom, ki se udeležujejo strokovnih srečanj tako doma kot tudi v tujini. Na ta način se lahko utrjujejo odnosi s pomembnimi strokovnjaki, ki lahko podjetju Krka, d.d., po strokovni plati pomagajo ob umeščanju novih zdravil na trg ali pa pri kliničnih raziskavah za že obstoječe izdelke na trgu.

9.4.2. TRŽNO KOMUNICIRANJE NA TRGU KONČNIH PORABNIKOV

Za področje tržnega komuniciranja na trgu končnih porabnikov bi predlagala, da oblikujejo v sodelovanju s švedskimi zdravniki programe za paciente v obliki zloženek, brošur, z namenom večjega zavedanja pomena zdravljenja, saj imajo Švedi poseben pristop do bolezni ter hočejo imeti čim več informaciji o bolezni in o zdravilu, ki mu ga je predpisal zdravnik (Habits Swedes, 2005). Tako so tiskani mediji za takšno populacijo zelo koristni in jih tudi budno spremljajo. Poleg teh zloženek in brošur naj na začetku uvajanja zdravila na trg podarijo praktična darila pacientom, npr. škatlico za zdravila z napisom ali simboliko zdravila, nalepko za dnevno jemanje zdravila, kjer piše »ne pozabi me vzeti«, itd. To bi se izvajalo tako, da bi zdravnik ob predpisovanju zdravila podaril majhno škatlico z brošurami in darilcem.

10. SKLEP

S pisanjem svoje diplomske naloge sem imela možnost bolje spoznati trenutno stanje tako na širšem, svetovnem trgu zdravil, kot na evropskih trgih in še natančneje na švedskem farmacevtskem trgu. Čeprav se konkurenca na farmacevtskih trgih zaostre, se odpirajo vrata generičnim proizvajalcem zdravil na ta trg. To pa omogoča po eni strani potek patentne zaščite za 42 zdravil, po drugi strani pa ukrepi za zmanjševanje stroškov javnih zdravstvenih blagajn,

zaradi česar se predvideva, da se bo povečala poraba generičnih zdravil, ki so cenejša od originalnih.

Ugotovitve lahko globalno gledano strnem v sklepu, da se je umrljivost zaradi različnih bolezni srca in ožilja na Švedskem zmanjšala za kar polovico v zadnjih petindvajsetih letih. Prav tako so se v zadnjih letih zmanjšala tveganja za razvijanje koronarne bolezni, srčnih infarktov in možganske kapi. Temu pa je pripomoglo izboljšanje življenjskega stila prebivalcev na Švedskem (predvsem v skladu s spreminjanjem prehranjevalnih navad ljudi, zmanjševanjem navad kajenja cigaret in izboljševanje navad povezanih s telesno aktivnostjo) in jemanje kardiovaskularnih zdravil. Hkrati pa na Švedskem še vedno predstavljata število predebelih ljudi in navade pitja alkohola velik problem zdravstva. V prihodnosti se pričakuje povečanje srčno-žilnih bolezni, predvsem zaradi staranja prebivalstva.

Čeprav Švedska spada med najbolj bogate in najbolj socialno naravnane države EU, pa tudi na svetu, po poteku produktivnih patentov brezpogojno podpirajo nadomestitev originalnih zdravil z enako kvalitetskimi, a cenejšimi generičnimi alternativami, saj so od leta 1997 sprejeli kar nekaj ukrepov, naklonjenim generičnim proizvajalcem zdravil. Npr. leta 2002 so sprejeli generično substitucijo, ki pomeni zamenjavo originalnega zdravila za generično zdravilo, ki ima iste terapevtske učinke kot originalno zdravilo.

Predloge o oblikovanju potencialnega tržnega spleta za švedski farmacevtski trg sem navedla že v devetem poglavju, kjer so predstavljeni nasveti potencialnemu uporabniku moje diplomske naloge. To je podjetje Krka, d.d., Novo mesto, ki je na začetku leta ustanovila trženjsko-prodajno podjetje na Švedskem z namenom, da bo prodajalo Krkina zdravila tako na Švedskem kot tudi v drugih državah Skandinavije. Trenutno ima na Švedskem registrirani le dve zdravili za zdravljenje in preprečevanje srčno-žilnih bolezni, in sicer Enap in Vasilip. V naslednjih letih bo okrepilo svoj prodajni portfelj tudi z drugimi zdravili za zdravljenje in preprečevanje srčno-žilnih bolezni.

Prepričana sem, da bo potencialni uporabnik moje diplomske naloge lahko z njeno pomočjo našel marsikateri koristen podatek o različnih posebnosti analiziranega trga. Spoznal bo pravno zakonodajo na Švedskem, sistem zdravstvenega varstva, podatke o količinski in vrednostni prodaji različnih skupin zdravil za zdravljenje in preprečevanje srčno-žilnih bolezni, posebnosti tržnih poti na Švedskem farmacevtskem trgu, itd. SWOT analiza potrjuje, da Švedska skriva še mnogo potencialov za podjetje Krka, d.d., in to ne samo v segmentu zdravil za zdravljenje in preprečevanja srčno-žilnih bolezni.

LITERATURA

1. Accetto Rok, Bulc Mateja: Nevarnosti za srce in ožilje. V skrbi za vaše zdravje. Ljubljana : Slovensko zdravniško društvo, 2005. 8 str.
2. Ĺgren Gunnar: Sweden's New Public Health Policy. Stockholm : Swedish National Institute of Public Health, 2003. 24 str.
3. Atkinson Timothy: European Generic Drug Markets. London : Urch Publishing Ltd, 2002. 173 str.
4. Bajc Zvezdana: Dobro poslovanje v letu 2004 je temelj optimističnemu načrtu poslovanja za leto 2005. Utrip, Novo mesto, 2005, 1/2, str. 4.
5. Barbič Žagar Breda, Žle Špela: Srčno-žilne bolezni, ki so posledica ateroskleroze, so glavna grožnja zdravju diabetikov tipa 2. Utrip Zdravja (Priloga glasila Krke, d.d., Novo mesto), Novo mesto, 2005, 5, str. 1-4.
6. Bennett Jan: Investment in Population Health in Five OECD Countries. Paris : OECD, 2003. 54 str.
7. Berus Jože: Ofenzivnost Krkinega poslovanja po sestavinah trženjskega spleta za farmacevtski program na Romunskem tržišču. Specialistično delo. Ljubljana : Ekonomska Fakulteta, 2003. 87 str.
8. Bobnar Irena, Zemljič Gregor: Kaj lahko že danes naredimo za zdrav jutri?. Utrip, Novo mesto, 2004, 4, str. 8-9.
9. Bobnar Irena: Kaj lahko naredimo že danes za zdrav jutri? Utrip zdravja (Priloga glasila Krke, d.d., Novo mesto), Novo mesto, 2005, 5, str. 1-4.
10. Cevc Matija, Bulc Mateja: Ali imate povečan holesterol? V skrbi za vaše zdravje. Ljubljana : Slovensko zdravniško društvo, 2005. 12 str.
11. Dickson Michael, Jacobzone Stéphane: Pharmaceutical Use and Expenditure for Cardiovascular Disease and Stroke: A Study of 12 OECD Countries. Paris : OECD, 2003. 74 str.
12. Doblekar Barbara et al.: Rawel SR – novo Krkino zdravilo iz skupine diuretikov. Utrip, Novo mesto, 2005, 3, str. 7-10.
13. Engström Per-Erik: Sweden's Health Care Report. Stockholm : Swedish National Board of Health and Welfare, 2002. 382 str.
14. Engström Per-Erik: Sweden's Public Health Report 1997. Stockholm : The National Board of Health and Welfare, 1998. 297 str.
15. Innovation in Pharmaceutical Sector. London : Charles River Associates, 2004. 123 str.
16. Geens Stefan: In Sweden, healthy living is a science. Stockholm : Swedish Institute. str. 1, 4 [URL: http://sweden.se/templates/cs/Article____11485.aspx], 2005.
17. Guštin Irena: Poznate vrednost holesterola v vaši krvi? Utrip, Novo mesto, 2004, 1/2, str. 16, 17.
18. Guštin Irena: Holesterol – prijatelj ali sovražnik? Utrip zdravja (Priloga glasila Krke, d.d., Novo mesto), Novo mesto, 2005, 7/8, str. 1-4.

19. Hadnagy Judit: Cardiovascular disease related to class and lifestyle. Newsletter from the National Institute for Working Life, Stockholm, 2005, 1, str. 3.
20. Hedberg Karin: Pharmaceutical Innovation Versus Generic Competition. Lund : Faculty of Law. University of Lund, 2004. 58 str.
21. Highlights on Health in Sweden. Kopenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1998. 40 str.
22. Hill Charles W. L.: International Business: Competing in the Global Marketplace. 5th Edition. International Edition. Boston : McGraw-Hill/irwin, 2005. 720 str.
23. Hjältn Fhebe: Environmental Health Report 2001. Stockholm : The National Board of Health and Welfare, 2002. 31 str.
24. Hjortsberg Catharina, Ghatnekar Ola: Health Care System in Transition. B.k. : European Observatory on Health Care System, 2001. 272 str.
25. Hjortsberg Catharina in Ghatnekar Ola : Health Care System in Transition. Summary. B.k. : European Observatory on Health Care System, 2001. 14 str.
26. Hoffmann Mikael: Drug Reform in Sweden: Major changes for patients, doctors and healthcare managers. B.k. : Official Journal of the European Association of Hospital Managers, 2004. str. 1-5.
27. Hudoklin Magda: Analiza farmacevtske panoge in položaj Krke znotraj nje. Diplomsko delo. Maribor : Poslovno-Ekonomska Fakulteta, 1996. 79 str.
28. Hudokiln Mina: Možganska kap. Diplomsko delo. Ljubljana : Fakulteta farmacije, 2005. 83 str.
29. Jain, Subhash C.: International Marketing. South Western : Thomson Learning, 2001. 432 str.
30. Jaklič Marko: Poslovno Okolje Podjetja. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2002. 347 str.
31. Korent Jure: Približevanje Slovenije Evropski uniji ter vplivi na zdravstvo, trg zdravil in farmacevtsko industrijo. Diplomsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2002.
32. Kotler Philip: Marketing management – Trženjsko upravljanje. Ljubljana : Slovenska knjiga, 1996. 832 str.
33. Kotler Philip: Management trženja. Enajsta izdaja. Ljubljana : Gospodarski vestnik, 2004. 706 str.
34. Krka: Letno poročilo 2004. Novo mesto : Krka, d.d., Novo mesto, 2005. 128 str.
35. Krka: Polletno poročilo 2005. Novo mesto : Krka, d.d., Novo mesto, 2005. 26 str.
36. Kunej Peter: Oblikovanje strategije raziskav in razvoja kot funkcije strategije v generičnem podjetju farmacevtske panoge. Specialistično delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2003.
37. Lindstone John: Marketing Planning for the Pharmaceutical Industry. Brookfield : Gower Publishing Company Limited, 1987. 186 str.
38. Lundin Jan: Women and Men in Sweden. Stockhom : Official Statistics of Sweden, 2004. 48 str.
39. Mackay J., Mensah G.: The Atlas of Heart Disease and Stroke, 2004. Geneva : World Health Organization, 2005. 121 str.
40. Makovec Brenčič Maja, Hrastelj Tone: Mednarodno trženje. Ljubljana : Gospodarski vestnik, 2003. 481 str.

41. Matko Milena: Celovita ocena Krke, tovarne zdravil, d.d. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 1999. 89 str.
42. Nilsson Mangnus, Tjernström Jan-Christer, Kozjan Viktor: Krka Sverige AB. Utrip, Novo mesto, 2005, 6, str. 14.
43. Philip C., Doole I., Lowe R.: International Marketing Strategy. New York : Routledge, 1994. 508 str.
44. Roseveare Deborah, Jorgensen Martin, Goranson Lehnart: Product Market Competition and Economic Performance in Sweden. Economics Department Working Paper, No. 388. Paris : OECD, 2004. 67 str.
45. Secretary General of the OECD: Competition and Regulation Issues in Pharmaceutical Industry. Paris : OECD, 2001. 406 str.
46. Suhadolc Elizabeta: Generična farmacevtska industrija. Krka v medicini in farmaciji, Novo mesto, 1999, str. 5-9.
47. Špiler Jernej: Patentno-pravno varstvo in njegov pomen za farmacevtsko industrijo. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2002. 98 str.
48. Ulaga Natalija: Proces primerjanja alternativnih načinov trženja slovenske generične farmacevtske industrije. Magistrsko delo. Ljubljana : Ekonomska fakulteta, 2002. 116 str.
49. Wittner Peter: The European Generics Outlook: A country-by-country analysis of developing market opportunities and revenue defense strategies. London : Reuters business insight, healthcare, 2003. 317 str.
50. Wessling Anders: Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals in Sweden. Stockholm : National Social Insurance Board, 2001. 33 str.
51. WHO Global Info Base: The SuRF Report 2: Surveillance of chronic disease Risk Factors. Kopenhagen : World Health Organization, 2005. 123 str.

VIRI

1. Approval, distribution and subsidies medicinal products. Stockholm : Ministry of Health and Social Affairs (Government Offices of Sweden), 2004. 2 str.
2. Atorvastatin: Zdravnik vam je predpisal zdravilo za zmanjševanje vsebnosti maščob in holesterola v krvi. V skrbi za vaše zdravje. Novo mesto: Krka, d.d., Novo mesto, 2004. 10 str.
3. Authorisation. Bruselj : European Generic Medicines Association, 1. str, [URL: <http://www.egagenerics.com/gen-authorisation.htm>], 2004.
4. Economic and Legal Framework for Non-Prescription Medicine: Sweden. Bruselj : Association of the European Self-Medication Industry, 2004. 15 str.
5. Data Exclusivity. Bruselj : European Generic Medicines Association, [URL: <http://www.egagenerics.com/gen-dataex.htm>], 2005.
6. Enap. Povzetek glavnih značilnosti zdravila. Novo mesto : Krka, d.d., Novo mesto, 2003. 24 str.

7. FAKTA 2005: Pharmaceutical market and health care, 2005. Stockholm : Läkemedelsindustriföreningen (The Swedish Association of the Pharmaceutical Industry), 2005. 48 str.
8. Generics in Europe. Bruselj : European Generics Medicines Association, 2 str. [URL: http://www.egagenerics.com/doc/fac-GxMktEur_2004.pdf], 2004.
9. Habits Swedes [URL: <http://www.expantsinsweden.se>], 2005.
10. Health and medical care. Stockholm : Ministry of Health and Social Affairs (Government Offices of Sweden), 2004. 2 str.
11. Health in Sweden. Sweden's Public Health Report 2001. Stockholm : Socialstyrelsen. [URL: http://www.sos.se/cgi-bin/MsmGO.exe?grab_id=247&EXTRA_ARG=&CFGNAME], 2002.
12. Highlights on health: Sweden 2004: Burden of Disease. B.k. : World Health Organization. [URL: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHSWE/burden/20050315_3], 2005.
13. Highlights on health: Sweden: Selected demographic information. B.k. : The World Health Organization. [URL: http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhswe/demographic/20050315_1], 2005.
14. IMS World Review. [URL: http://www.ims-global.com/insight/news_story/0403/news_story_040316.htm], 2004.
15. Invest in Sweden: Clinical Trials. Stockholm : Invest in Sweden Agency (ISA), 2004. str. 1-10.
16. Invest in Sweden: Metabolic Disease. Sweden – advancing treatments of lifestyle diseases. Stockholm : Invest in Sweden Agency (ISA), 2005, str. 1-8.
17. Läkemedelsmarknaden och hälso-och sjukvården i siffror. [URL: <http://www.lif.se/statistik.asp>], 2005.
18. KRKA identiteta podjetja. Novo mesto : Krka, d.d., Novo mesto, 2005. 6 str.
19. Map & Graph: Health: Alcohol consumption (top 24 countries). Nationmaster.com, 2005.
20. Medicinal products – an important part of health care. Stockholm : Ministry of Health and Social Affairs (Government Offices of Sweden), 2004. 2 str.
21. OECD Health Data 2005: How Does Sweden Compare. Paris : OECD, 2005. 2 str.
22. Organization and Resources of the Health service. Stockholm : Ministry of Health and Social Affairs (Government Offices of Sweden), 2004. 2 str.
23. Overview of regulatory procedures. Stockholm : Medical Product Agency. [URL: <http://www.mpa.se/eng/regulatory/index.shtml>], 2003.
24. Panos Kanavos: The Pharmaceutical Distribution Chain. Vienna : LSE, 2004. 25 str.
25. Pharmaceuticals: Country profiles: Sweden. B.k. : World Health Organization. [URL: http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/20020414_2], 2002.
26. Predstavitev podjetja. [URL: <http://www.krka.si/si/krka/predstavitev/>], 2005.
27. Pricing & Reimbursement. Bruselj : European Generics Medicines Association. [URL: <http://www.egagenerics.com/fac-pricing.htm>], 2004.

28. Recent Demographic Developments in Europe. 1991. Strasbourg : Council of Europe Press, 1991. 248 str.
29. Recent Demographic Developments in Europe. 2003. Strasbourg : Council of Europe Publishing, 2003. 121 str.
30. Statistics Sweden. [URL: <http://www.scb.se>], 2005.
31. Sweden's Economy, 2004. Stockholm : Swedish Institute, 2004. 85 str.
32. Swedish Industry: Pharmaceutcial in biotehnological industry. Stockholm : Swedish Institute, 2003. 6. str.
33. Sweden & Swedes. [URL: <http://www.sweden.se>], 2005.
34. Sweweb Product Database. Stockholm : Medical Product Agency. [URL: <http://www.sweweb.mpa.se.webpreview/content/Search/Main.asp>], september 2005.
35. TAMRO SWEDEN. [URL: <http://www.tamro.se>], 2005.
36. The European health report 2005: Public healt action for healthier children and populations. Kopenhagen : World Health Organization Regional Ofiice for Europe, 2005. 106 str.
37. The Health Care System in Sweden. Stockholm : Swedish Institute, 2003. 9 str.
38. The health of Swedish population. Stockholm : Ministry of Health and Social Affairs (Government Offices of Sweden), 2004. 3 str.
39. The Parmaceutical Industry in Figures, 2005. Belgija : EFPIA, 2005. 54 str.
40. The Swedish Pharmaceutical Market. [URL: http://www.lif.se/eng/statistk_eng.asp], 2005.
41. The Pharmaceutical Benefits Board. [URL: <http://www.lfn.se>], 2005.
42. Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije – TIPO: Izvozno okno: Švedska. Ministrstvo za ekonomske odnose in razvoj. [URL: <http://www.izvoznookno.si/podatki-ordrzavah>], 2003.
43. Vrenko Peruško Ines, MBA: Povej, koliko več o konkurentih in povem ti, kako uspešen si, Gral-Iteo, e-novice [URL: <http://www.graliteo.si/novice>], november 2004, 36.
44. World Population Prospects: The 2002 revision. New York : United Nations, 2003, Vol. II, 939 str. 18.
45. World Review: the Pharmaceutical market: Country Profile, IMSWORLD Publication, 1998 – 2001.
46. World Health Organization: Country Profile: Sweden, 2005.
47. WHO Global Info Base: National/Subnational Country Profiles. Kobenhagen : WHO European Region, 2005b. 14 str.
48. Zdravnik vam je predpisal zdravilo za zniževanje visokega krvnega tlaka. V skrbi za vaše zdravje. Novo mesto, Krka, d.d., Novo mesto, 2004. 10. str.

PRILOGE

SEZNAM PRILOG

Priloga 1: KRATEK PREGLED SVETOVNEGA TRGA ZDRAVIL.....	1
Priloga 2: KRATEK PREGLED EVROPSKEGA TRGA ZDRAVIL	3
Priloga 3: ATEROSKLEROZA	8
Priloga 4: RAZLIČNI TIPI SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI	9
Priloga 5: DEJAVNIKI TVEGANJA ZA RAZVOJ SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI	10
Priloga 6: ZDRAVILA ZA ZDRAVLJENJE IN PREPREČEVANJE SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI.....	14
Priloga 7: POLITIČNI SISTEM NA ŠVEDSKEM	16
Priloga 8: PATENTNA ZAŠČITA IN DRUGE OMEJITVE V FARMACEVTSKI PANOGL..	16
Priloga 9: ZDRAVSTVENE ZMOGLJIVOSTI ŠVEDSKE	19
Priloga 10: STRUKTURA ŠVEDSKEGA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	20
Priloga 11: REFORMA DOPLAČILA ZDRAVIL (ANGL. REIMBURSEMENT SYSTEM)...	21
Priloga 12: MAKROEKONOMSKI KAZALCI DRŽAVE ŠVEDSKE.....	21
Priloga 13: DELEŽ CELOTNIH IZDATKOV ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO V BDP NA ŠVEDSKEM V PRIMERJAVI Z IZBRANIMI DRŽAVAMI OECD V LETU 2002	24
Priloga 14: IZDATKI ZA ZDRAVILA NA ŠVEDSKEM V PRIMERJAVI Z IZBRANIMI DRŽAVAMI OECD V LETU 2002	25
Priloga 15: TEHNOLOŠKO OKOLJE NA ŠVEDSKEM.....	27
Priloga 16: STAROSTNA PIRAMIDA DRŽAVE ŠVEDSKE V LETU 2004.....	29
Priloga 17: STARANJE PREBIVALSTVA NA ŠVEDSKEM V PRIMERJAVI Z DRUGIMI DRŽAVAMI V LETU 2003	30
Priloga 18: POPULACIJA S SRČNO-ŽILNO BOLEZNIJO.....	31

Priloga 19: UMRLJIVOST ZARADI RAZLIČNIH SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI NA ŠVEDSKEM V LETU 2002	34
Priloga 20: POVPREČJE ZGORNJEGA KRVNEGA TLAKA V LETU 2002	36
Priloga 21: POSLOVNI OBIČAJI NA ŠVEDSKEM.....	38
Priloga 22: DELEŽ PREDEBELE IN NADPOVPREČNO DEBELE POPULACIJE NA ŠVEDSKEM V LETU 2002	39
Priloga 23: TELESNE AKTIVNOSTI NA ŠVEDSKEM V LETU 2002	40
Priloga 24: NAVADE KAJENJE CIGARET NA ŠVEDSKEM.....	41
Priloga 25: ŠVEDSKI FARMACEVTSKI TRG	41
Priloga 26: DELEŽ GENERIČNEGA TRGA NA ŠVEDSKEM V PRIMERJAVI Z DRUGIMI DRŽAVAMI EU	47
Priloga 27: CENA ZDRAVIL NA ŠVEDSKEM	49
Priloga 28: OBSTOJEČA KONKURENCA PODJETIJ NA ŠVEDSKEM TRGU ZDRAVIL NA RECEPT ZA KARDIOVASKULARNE BOLEZNI.....	50
Priloga 29: PRODAJA POSAMEZNIH ZDRAVIL NA ŠVEDSKEM	57
Priloga 30: TREND PORABE ZDRAVIL POSAMEZNIH INDIKACIJSKIH SKUPIN NA ŠVEDSKEM V OBDOBJU 1989 –1999 V PRIMERJAVI Z DRUGIMI IZBRANIMI DRŽAVAMI	61
Priloga 31: RAVNI TRŽNIH POTI IZDELKOV	63
Priloga 32:TRADICIONALNA TRŽNA POT NA FARMACEVTSKEM TRGU.....	64
Priloga 33: TRŽNA POT NA ŠVEDSKEM TRGU ZDRAVIL	65
Priloga 34: PREDSTAVITEV PODJETJA KRKA, D.D., NOVO MESTO	66

Priloga 1: KRATEK PREGLED SVETOVNEGA TRGA ZDRAVIL

Tabela 1: Vrednostna prodaja zdravil leta 2003 v svetu po regijah

Področje	Prodaja (v mrd USD)	Delež svetovne prodaje	Indeks prodaje 2002/2003
Severna Amerika	229,5	49%	111
EU	115,4	25%	108
Ostala Evropa	14,3	3%	114
Japonska	52,4	11%	103
Azija, Afrika in Avstralija	37,3	8%	112
Latinska Amerika	17,4	4%	106
Skupaj	466,3	100%	109

Vir: IMS World Review, 2004.

Tabela 2: Vodilne terapevtske skupine v letu 2003 v skupini prodaji farmacevtike

Rang	Terapevtska skupina	Prodaja 2003 (v mrd USD)	Struktura svetovne prodaje	Indeks prodaje (03/02)
1	Zniževalci holesterola	26,1	6%	114
2	Zdravila proti rani na želodcu	24,3	5%	109
3	Antidepresanti	19,5	4%	110
4	Nesteroidni antirevmatiki	12,4	3%	106
5	Antipsihotiki	12,2	3%	120
6	Kalcijevi antagonisti	10,8	2%	102
7	Erythropoietins	10,1	2%	116
8	Anti-Epileptics	9,4	2%	122
9	Oralni antidiabetiki	9,0	2%	110
10	Cefalosporini in kombinacije	8,3	2%	103
	Skupaj 10 vodilnih skupin	142,0	30%	111

Vir: IMS World Review, 2004.

Tabela 3: Vodilni izdelki v svetovni prodaji zdravil leta 2003

Rang	Izdelek	Prodaja 2003 (v mrd USD)	Indeks prodaje (03/02)
1	Lipitor	10,3	114
2	Zocor	6,1	96
3	Zyprexa	4,8	113
4	Norvasc	4,5	107
5	Erypo (Eprex/Procrit)	4,0	113
6	Ogastro/prevacid	4,0	100
7	Nexium	3,8	162
8	Plavix	3,7	140
9	Seretide/Advair	3,7	140
10	Zoloft	3,4	111
	Skupaj 10 vodilnih zdravil	48,3	114

Vir: IMS World Review, 2004.

Tabela 4: Združitve in prevzemi farmacevtskih podjetij od leta 1990 naprej

Leto	Oblika	Podjetja	Novo ime
2004	Združitev	Sanofi-Synthélabo + Aventis	Sanofi – Aventis
2003	Nakup	Pfizer + Pharmacia	Pfizer
2002	Nakup	Lek + Novartis	Novartis
2001	Nakup	BASF Phrama/Knoll + Abbott	Abbott
2001	Združitev	Glaxo Wellcome + SmithKline Beecham	GlaxoSmithKline
2000	Nakup	Pfizer + Warner Lambert	Pfizer
2000	Združitev	Hoechst Marion Roussel + Rhone-Poulenc Rorer	Aventis
1999	Združitev	Pharmacia & Upjohn + Searle	Pharmacia
1999	Združitev	Astra + Zeneca	AstraZeneca
1997	Združitev	Nycomed + Amersham	Nycomed Amersham
1996	Združitev	Ciba Geigy + Sanoz	Novartis
1995	Nakup	Glaxo Burroughs + Wellcome	Glaxo Wellcome
1995	Nakup	Hoechst Roussel + Marion Merrell Dow	Hoechst Marion Roussel
1995	Združitev	Pharmacia + Upjohn	Pharmacia & Upjohn
1994		Janssen + Cilga	Janssen-Cilag
1991	Nakup	SmithKline+ Beecham	SmithKline Beecham

Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 4.

Priloga 2: KRATEK PREGLED EVROPSKEGA TRGA ZDRAVIL

Evropski farmacevtski trg ponavadi razdelimo na dva dela, in sicer EU in ostala Evropa. Farmacevtski trg v Evropski uniji je v letu 2003 predstavljal 25% svetovnega trga, kar pomeni 115 milijard USD zdravil, medtem ko v ostali Evropi predstavlja le 3% (14 milijard USD zdravil). Največje proizvajalke farmacevtskih izdelkov v Evropi so Francija, Nemčija, Velika Britanija, Italija, Irska in Švica.

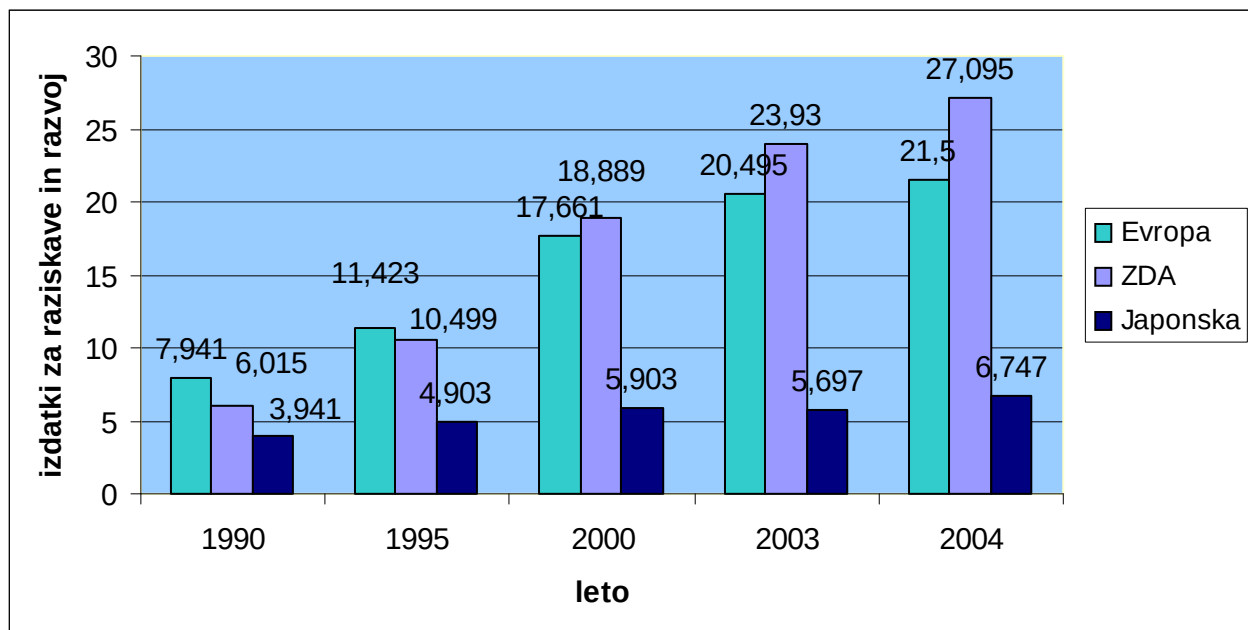
Tabela 5: Farmacevtska proizvodnja in izdatki za razvoj in raziskave v nekaterih državah EU in Švice ter Norveške za leto 2003

Države	Vrednost farmacevtske proizvodnje (v mio EUR)	Izdatki za raziskave in razvoj (v mio EUR)
Avstrija	1,325	125
Belgija	4,245	1,358
Danska	5,985	814
Finska	724	227
Francija	31,296	4,000
Nemčija	21,262	3,820
Grčija	437	36
Irska	14,293	102
Italija	17,989	812
Nizozemska	5,811	455
Norveška	550	125
Portugalska	1,560	Ni podatka
Španija	9,374	610
Švedska	5,758	1,030
Švica	12,338	2,297
Velika Britanija	21,685	4,684
Skupaj	154,632	20,495

Vir: Pharmaceutical Industry in Figure, 2005, str. 6, 19.

Zgornja tabela prikazuje vrednost proizvodnje zdravil v posamezni državi in koliko je posamezna država v letu 2003 namenila za raziskave in razvoj. V letu 2003 so farmacevtska podjetja v EU skupaj investirala okoli 20 milijard EUR v raziskave in razvoj. V primerjavi z ZDA je Evropska unija manj privlačna za raziskave in razvoj z vidika položaja trga in spodbujanja za ustanavljanje novih biotehničnih podjetij. Zadnji razpoložljivi podatki o novih kemičnih in bioloških entitetah za obdobje 2000 –2004 kažejo, da ZDA prevladuje v investiranju novih molekul v svetu. Na naslednji strani si lahko ogledate Slika 1, ki prikazuje, koliko Evropa, ZDA in Japonska namenijo sredstev za razvoj in raziskave v farmacevtski panogi.

Slika 1: Izdatki za raziskave in razvoj v milijonih EUR v farmacevtski panogi v Evropi, ZDA in Japonski za obdobje 1990-2004



Vir: The Pharmaceutical Industry in Figure (EFPIA), 2005, str. 4.

Med farmacevtskimi podjetjih v Evropi najdemo tako velika oziroma multinacionalke kot majhna oziroma lokalna farmacevtska podjetja. Dobičkonosnost med podjetji je različna, v povprečju pa se giblje od 6% do 30% prodaje. Multinacionalna podjetja dosegajo večje, lokalna pa manjše profitne stopnje. Farmacevtska podjetja iz EU proizvedejo manj kot polovico najbolj prodajanih zdravil v svetu, so pa tudi eden glavnih virov novih zdravil. Med desetimi največjimi farmacevtskimi korporacijami najdemo kar štiri evropske, kot so Bayer, Novartis, AstraZeneca in Glaxosmithkline. V zadnjih letih so evropska podjetja v povprečju nekoliko izgubila svoje tržne deleže. To je posledica prevzemanj in povezovanj s strani ameriških korporacij, ki so trenutno močnejše kakor evropske.

Tabela 6: 8 največjih evropskih farmacevtskih podjetij v letu 2004

Podjetje	Država	Prihodki (v mio USD)
GlaxoSmithKline	Velika Britanija	32.800
Sanofi-Aventis	Francija	27.500
Novartis	Švica	22.800
AstraZeneca	Velika Britanija/Švedska	21.600
Roche	Švica	17.700
Bayer	Nemčija	6.147
Schering AG	Nemčija	3.061
Novo Nordisk A/S	Danska	2.070

Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 2.

Druga delitev Evropskega farmacevtskega trga pa je delitev na inovativna in generična podjetja. Evropski generični trg je v letu 2002 predstavljal 14 % od celotnega evropskega farmacevtskega trga. Največji generični proizvajalec je Nemčija, za njo sledi Velika Britanija. Rast generičnega trga pa je bila tudi v Italiji in Španiji (zaradi pritiskov zniževanja stroškov zdravljenja), kot tudi v Skandinaviji (Atkinson, 2002, str. 11) (Tabela 7). V prihodnosti se pričakuje, da bo generični trg predstavljal več kot 75% vseh zdravil na recept, saj trenutno predstavlja le 50%. Kljub temu se bodo generična podjetja srečevala s številnimi ovirami, predvsem pritiskov inovativnih podjetij. Veliko podjetij tožijo proizvajalce generičnih zdravil zaradi izkoriščanja patentov. Čeprav se lahko generična zdravila prodajajo šele po poteku patentnega varstva, so multinacionalna podjetja našla načine za podaljšanja patentnega varstva (SPC), kar ovira razvoj generičnih proizvajalcev.

Tabela 7: Celotna farmacevtska prodaja in delež prodaje generičnih proizvajalcev v nekaterih državah EU, Švici in Norveški v letu 2003

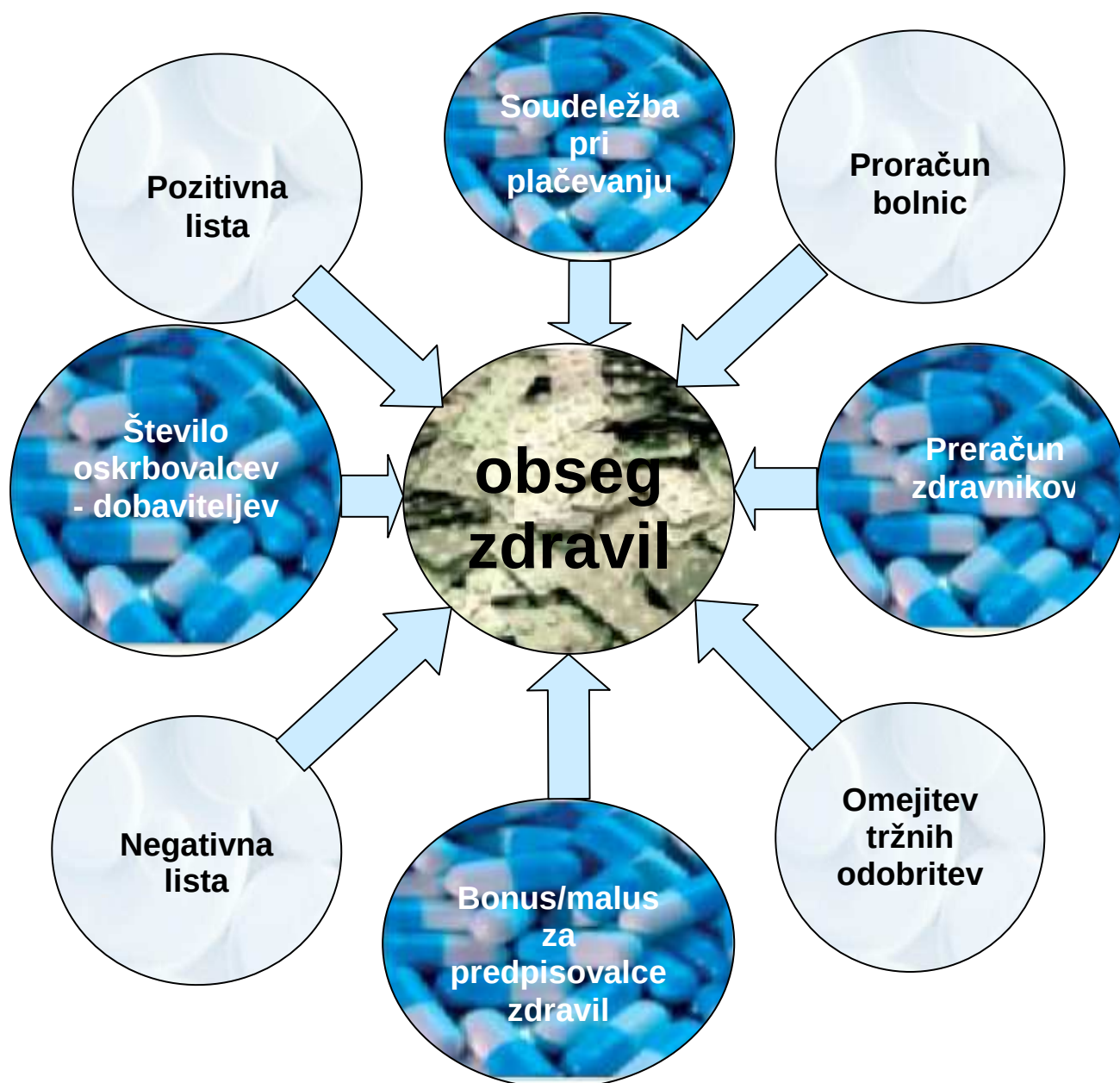
Države	Celotna farmacevtska prodaja (mio EUR)	Delež prodaje generičnih proizvajalcev (v %)
Avstrija	2,148	8,4 %
Belgija	3,291	4,5 %
Danska	1,351	21, 1%
Finska	1,571	ni podatka
Francija	21,320	5,4 %
Grčija	3,020	9,7 %
Irska	1,130	7,1 %
Italija	14,606	21,1 %
Nemčija	22,670	26,8 %
Nizozemska	3,477	21,1 %
Norveška	1,197	12,5 %
Portugalska	2,715	5,8 %
Španija	9,890	4,6 %
Švedska	2,553	12,1 %
Švica	2,549	4,8 %
Velika Britanija	16,713	17,2 %
Skupaj	110,201	

Vir: The Pharmaceutical Industry in Figure (EFPIA), 2005, str. 11, 12.

Lahko rečemo, da vladna regulativa v EU igra dvojno vlogo. Na eni strani skrbi za razvoj in iznajdbo novih zdravil za določene bolezni in izpopolnitev že obstoječih zdravil. Skratka ščiti originalne proizvajalce zdravil, in sicer tako, da s pomočjo stroge zakonodaje in zaščite industrijske lastnine postavlja visoke vstopne omejitve novim potencialnim konkurentom, predvsem generičnim proizvajalcem zdravil. Po drugi strani pa je prisiljena k oblikovanju omejevalne politike porabe proračunskih sredstev za zdravstveno varstvo, saj postajajo njihovi

stroški vedno višji (ponekod celo presegajo stopnjo rasti BDP). Vlada v državah EU uvaja reforme sistemov zdravstvenega varstva s ciljem kontrole in zniževanja stroškov tako, da bi se velik delež stroškov direktno usmeril na porabnike storitev oziroma bolnike (sistem samoplačevanja zdravstvenih storitev), ter da se kontrolirano znižajo cene zdravil na recept (Kunej, 2003, str. 25 in 26). Zadnji način zniževanja stroškov zdravstvenega varstva daje prednost generični proizvodnji zdravil. To je tudi pospešilo rast v generično farmacevtski panogi in pomaga zniževati izdatke za zdravila. Zaradi tega velikokrat nastopi konflikt med državo in originalnimi proizvajalci zdravil, ki jim nižje cene onemogočajo vedno dražje razvojno delo na novih molekulah (Atkinson, 2002, str. 4).

Slika 2: Elementi za količinsko uravnavanje porabe zdravil



Vir: Kendall, 1995, str. 42.

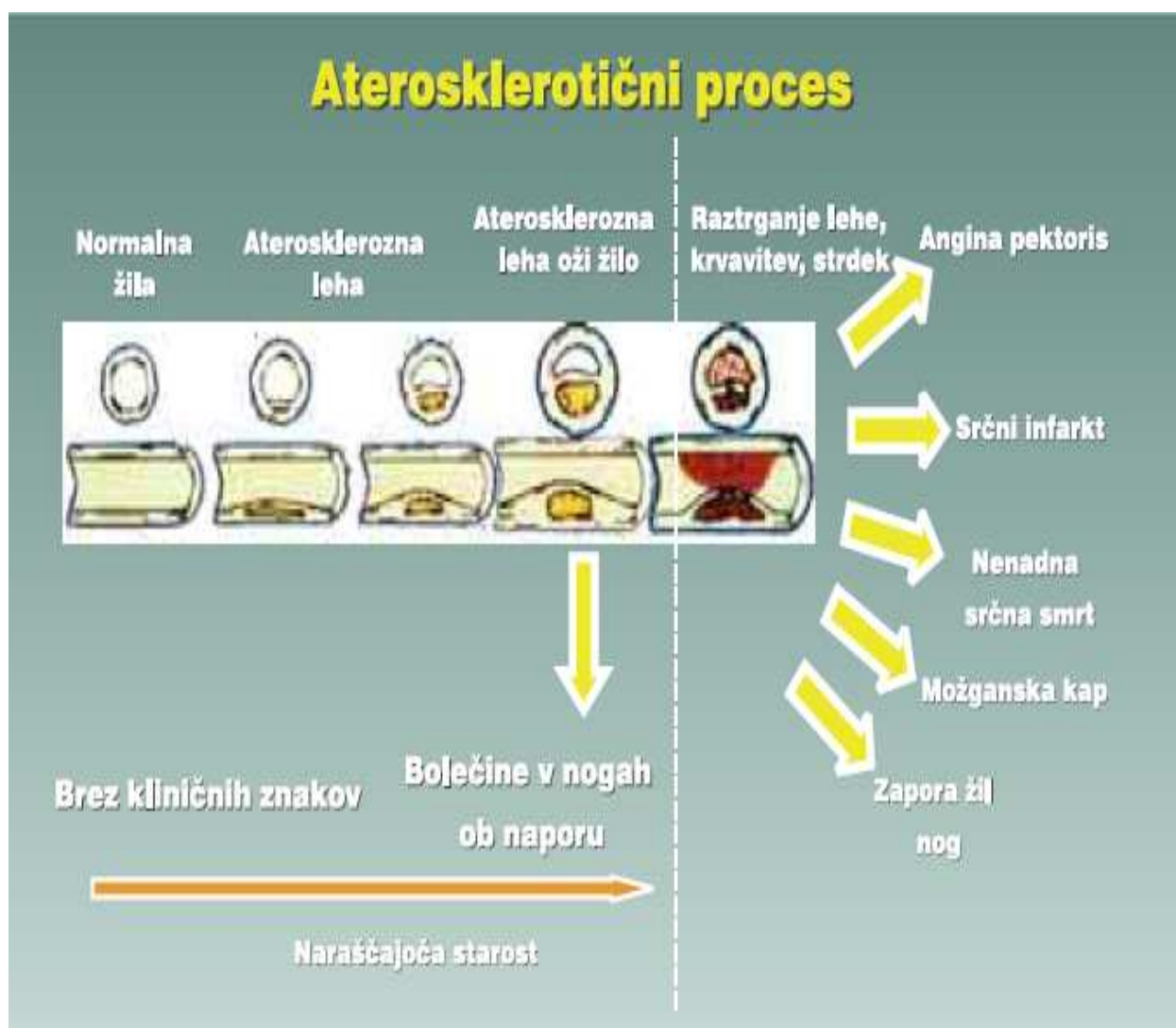
Poleg navedenega države v EU vplivajo in uvajajo neposredno kontrolo nad ostalimi akterji v verigi prodaje zdravil. Uvajajo referenčne cene, zamrzujejo cene, znižujejo cene z odlokom, uravnavajo višine trgovskih marž, kontrolirajo količinsko prodajo zdravil in prilagajajo davek na dodano vrednost. Takšen pristop je razumljiv, tudi manj tvegan, potrebno pa je vedeti, da predstavljajo stroški za zdravila v povprečju manjši delež celotnih stroškov za zdravstveno varstvo (Atkinson, 2002, str. 5). Elementi, ki vplivajo na količinsko uravnavanje porabe zdravil v Evropski uniji, so prikazani na Sliki 2.

Posebnost evropskega farmacevtskega trga je v tem, da je celotna farmacevtska industrija usmerjena k zagotovitvi maksimalne možne zaščite zdravja prebivalstva ter k prostemu pretoku zdravil med državami. Prav zaradi tega skušajo posamezne države članice EU uskladiti posamezne nacionalne smernice in uredbe z evropskimi. To samo po sebi še ne prinaša večjega povpraševanja, je pa dobra spodbuda za svobodno in konkurenčno poslovanje znotraj EU.

Priloga 3: ATEROSKLEROZA

Ateroskleroza je počasi napredujoč proces kopičenja holesterola iz krvi v stenah žil odvodnic (arterij), ki povzroči, da se žilna svetlina zoži ali celo zamaši. Prve aterosklerotične spremembe se začnejo v otroštvu in z leti postopoma napredujejo. V žilni steni se poleg holesterola kopičijo tudi razne celice iz krvnega obtoka in iz globljih slojev žilne stene. Aterosklerotična sprememba tako postopoma raste in nastane aterosklerotični plak. Med drugimi celicami najdemo v tako spremenjeni žilni steni tudi vnetne celice, ki sproščajo snovi, ki tope vezivo v žilni steni. Tako pride lahko do razpoka aterosklerotičnega plaka in na takem mestu v žilni steni nastane strdek, ki lahko delno ali pa postopoma zamaši žilo. Ateroskleroza se lahko razvije kjerkoli v telesu, najbolj pogosta pa je v koronarnih žilah srca, kjer lahko povzroči srčni infarkt, v arterijah osrednjega živčnega sistema, kjer lahko povzroči možgansko kap, in v arterijah nog, kjer lahko povzroči odmrtnje (gangreno) dela ali celo cele noge. Ker povzroča tudi možgansko kap in odmrtnje nog, je eden od pomembnejših vzrokov za invalidnost, zlasti pri starejših.

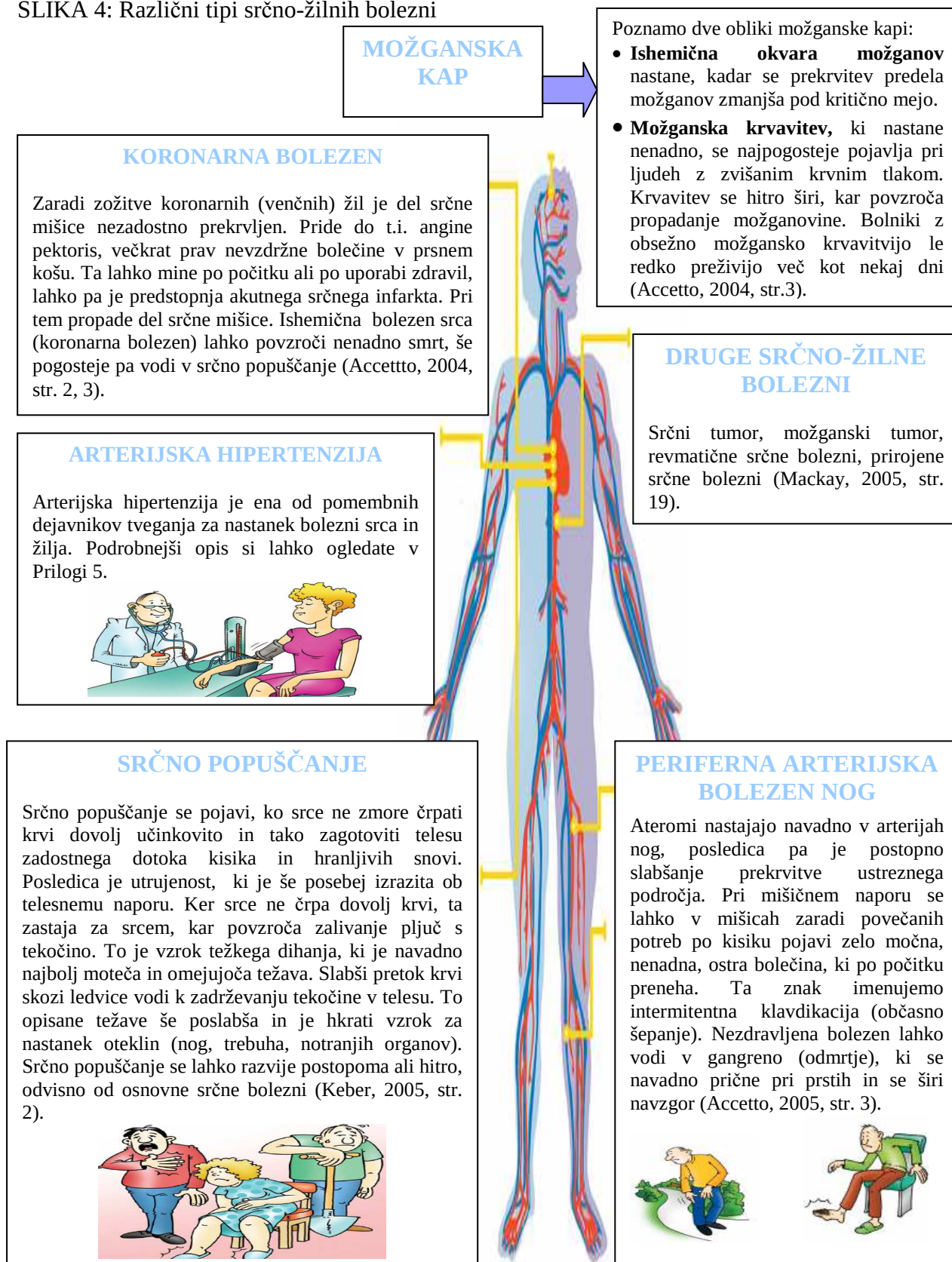
Slika 3: Aterosklerotični proces



Vir: Guštin, 2004, str. 17

Priloga 4: RAZLIČNI TIPI SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI

SLIKA 4: Različni tipi srčno-žilnih bolezni



Vir: Lastni.

Priloga 5: DEJAVNIKI TVEGANJA ZA RAZVOJ SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI

Epidemiološke raziskave so razkrile vrsto dejavnikov, ki sodelujejo pri nastanku in razvoju arterioskleroze. Čeprav so vpliv teh dejavnikov različno pomembni, je od njih odvisna nevarnost za nastanek ishemične bolezni srca, možganske žilne bolezni in periferne arterijske žilne bolezni. Dobro poznavanje, zdravljenje in preprečevanje dejavnikov tveganja je osnova za preprečevanje srčno-žilnih bolezni (Accetto, Brulc, 2005, str. 4).

Dejavniki tveganja za nastanek in razvoja ateroskleroze delimo na:

- dejavnike tveganja, na katere ne moremo vplivati, in
- dejavnike tveganja, na katere lahko vplivamo.

DEJAVNIKI TVEGANJA, NA KATERE NE MOREMO VPLIVATI

Starost, spol in dednost

Tveganja za razvoj srčno-žilnih bolezni se po 55 letu podvoji približno vsakih 10 let. V prihodnosti napovedujejo porast incidence srčno-žilnih bolezni in vzrok je v staranju populacije. Moški so v večji nevarnosti za srčno-žilne bolezni. Pri ženskah je incidenca sicer višja, vendar pa to pripisujejo dejstvu, da ženske v povprečju dočakajo višjo starost. Dovzetnost za nastanek ateroskleroze in zožitve arterij je vsaj delno pogojena tudi dedno (Hudoklin, 2004, str. 10). Bolniki s koronarno boleznijo imajo navadno v družini sorodnike, ki so imeli to bolezen ali so umrli nenadne smrti relativno mladi.

DEJAVNIKI TVEGANJA, NA KATERE LAHKO VPLIVAMO IN PRIMARNA PREVENTIVA SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI:

Hipertenzija



Hipertenzija označuje povišan krvni tlak. O visokem krvnem tlaku govorimo, ko je povprečna vrednost krvnega tlaka višja ali enaka 140/90 mmHg (Bobnar, 2005, str. 2). Visok krvni tlak poveča tveganje za nastanek srčnega infarkta, srčnega popuščanja, možganske kapi in odpovedovanja ledvic ter splošne prizadetosti žilja. Z visokim krvnim tlakom so ljudje izpostavljeni 3-krat do 4-krat večjemu tveganju za nastanek koronarne srčne bolezni in 7-krat večjemu tveganju za možgansko kap (Zdravnik vam je predpisal zdravilo za zniževanje visokega krvnega tlaka, 2004, str. 3).

Osnovni ukrepi v okviru primarne preventive je sprememba življenjskega sloga oziroma zdrav način življenja, ki pomeni (Bobnar, 2005, str. 2):

- zmanjšanje čezmerne uporabe telesne teže,
- omejitev uporabe kuhinjske soli na manj kot 5 g na dan (ena čajna žlička),
- omejitev pitja alkoholnih pijač,
- prenehanje kajenja,
- redno telesno dejavnost.

Večina hipertenzivnih bolnikov pa potrebuje tudi zdravljenje z antihipertenzivi. Izbira zdravil za zniževanje visokega krvnega tlaka je odvisna od ocene tveganja, upoštevajoč višino krvnega tlaka in sočasnost dejavnikov tveganja. Možna je monoterapija, z uporabo diuretikov, blokatorjev receptorjev beta, zaviralcev angiotenzinske konvertaze (ACE inhibitorji), blokatorjev angiotenzinskih receptorjev in kalcijevih antagonistov, ali pa se uvede zdravljenje s kombinacijo vseh zdravil v manjših odmerkih (Hudoklin, 2004, str. 10, 11).

Leta 2000 je imelo visok krvni tlak že 26,4 % odraslih. Znanstveniki ocenjujejo, da bo leta 2025 ta odstotek še višji in bo presegel 29 % prebivalcev sveta (Bobnar, 2005, str. 2).

Sladkorna bolezen



Najpogostejši vzrok prezgodnje smrti diabetikov tipa I in II je bolezenska prizadetost srca zaradi koronarne bolezni (angine pectoris in srčnega infarkta) in oslabelosti srčne mišice (srčnega popuščanja), več pa je tudi možganske kapi in zapor žil na spodnjih okončinah, ki povzročijo gangreno. Za to so odgovorni predvsem motnje v presnovi maščob in visok krvni tlak (več kot polovica sladkornih bolnikov ima visok krvni tlak). To preprečujemo predvsem zdravim načinom življenja, zdravljenje z zdravili za zniževanje krvnega tlaka in zdravila za zmanjševanje vsebnosti maščob in holesterola v krvi – statini (Barbič Žagar, Žle, 2005, str. 3).

Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da ima sladkorna bolezen okoli 4% odraslih. Govorimo lahko že kar o svetovni epidemiji sladkorne bolezni, saj se predvideva, da se bo število oseb s sladkorno boleznijo v naslednjih 25 letih naraslo na 300 milijonov. To pomeni, da bo prizadet eden od 20 odraslih. Pojavnost sladkorne bolezni se povečuje z daljšanjem življenjske dobe in nezdravim načinom življenja, s premalo gibanja in preveč nezdrave hrane.

Motnje v presnovi lipidov



Dejavnik tveganja, ki je tesno povezan z nastajanjem arterioskleroze, je zvišana koncentracija holesterola v serumu (Accetto, Brulc, 2005, str.5). Holesterol je mehka, voskasta snov, ki jo najdemo v krvi in v celicah. Telo ga potrebuje za veliko zelo pomembnih procesov: izgradnjo celične stene, sintezo hormonov in vitamina D ipd. Problematične so previsoke vrednosti holesterola v krvi (hiperholesterolemija), ker se prične kopičiti v žilni steni.

Hiperholesterolemija je eden od najbolj ogrožajočih dejavnikov za hiter nastanek ateroskleroze (Cevc, Brulc, 2005, str. 2).

Holesterol je v krvi več oblikah (Guštin, 2003, str.16):

- **Holesterol LDL:** je tako t.i. imenovan slabi holesterol, saj se pri povečanih vrednostih v krvi začne odlagati v notranjost žilne stene. Skupaj z ostalimi snovmi začne nastajati plak (to je debelejša, trda obloga, ki zoži žilo). To stanje imenujemo ateroskleroza. Prve aterosklerotične spremembe se začnejo že v otroški dobi in ostanejo dalj časa neopazne. Bolezen razkrijejo šele njeni zapleti. Zožitev notranjosti arterij v srcu zmanjša dotok kisika v srčno mišico, kar lahko povzroči bolečino za prsnico. Aterosklerotični plak lahko počni, na razpoko se prilepijo trombociti in nastane krvni strdek, ki že tako zoženo žilo povsem zapre. Posledica je lahko srčni infarkt ali možganska kap. Ateroskleroza arterij nog pa lahko povzroči odmrtje dela nog ali cele noge.
- **Holesterol HDL:** imenujemo tudi dobri holesterol, saj odstranjuje škodljivi holesterol iz žilne stene in ga prenaša v jetra, kjer se razgradi.
- **Trigliceridi:** so še ena oblika maščob v krvi. V kolikor so povečani, prav tako prispevajo k nevarnostim ateroskleroze.
- **Skupni holesterol:** je vsota različnih oblik holesterola v krvi.

Visoke vrednosti holesterola in maščob v krvi lahko zmanjšamo do priporočljivih vrednosti s spremembo načina življenja. Tri temeljna pravila spremembe načina življenja so (Guštin, 2005, str. 3):

- ustrezna prehrana oziroma dieta za zmanjšanje holesterola in maščob v krvi ter čezmerne telesne teže,
- redna aerobna telesna dejavnost,
- opustitev kajenja in čezmernega pitja alkohola.

V koliko kljub temu ukrepom ne dosežemo priporočljivih vrednosti holesterola in maščob v krvi, nam zdravnik predpiše še zdravila za zmanjševanje holesterola in maščob v krvi, ki jih v grobem delimo na tri skupine: statini, fibrati in ionski izmenjevalci (Cevc, Brulc, 2005, str. 11). Najnovejšo in danes najučinkovitejšo skupino zdravil za zmanjševanje holesterola v krvi predstavljajo statini. Uveljavili so se zato, ker so zelo varni in preizkušeni (Guštin, 2005, str. 5)

Povišan holesterol je eno od najpogostejših bolezenskih stanj v svetu. Raziskava je pokazala, da ima v Sloveniji več kot 60 % prebivalcev povišan holesterol (Guštin, 2003, str.16).

Kajenje



Pri kadilcih je koronarna bolezen vsaj dvakrat pogostejša kot pri nekadilcih. Tveganja narašča s številom dnevno pokajenih cigaret (Accetto, Brulc, 2005, str. 5).

Čezmerno pitje alkoholnih pijač



Tisti, ki pijejo velike količine alkohola (več kot 60 g na dan), povečujejo možnost srčno-žilnih bolezni medtem, ko naj bi manjše količine delovale zaščitno (Hudoklin, 2004, str. 11).

Prevelika telesna teža



Sama prekomerna teža sicer ni dejavnik tveganja. Povišano tveganje za kap je povzročeno preko posledičnih motenj, kot so povišanje krvnih maščob, sladkorna bolezen in povišan krvni tlak. Priporočena je načrtovana dieta in športna aktivnost (Hudoklin, 2004, str. 11).

Telesna nedejavnost



Dokazano je, da ljudje, ki so dejavni, manj obolevajo za srčno-žilnimi boleznimi (srčno popuščanje, arterijska hipertenzija, povišan holesterol, itd). Tveganje za možgansko kap ni tesno povezano s telesno dejavnostjo (Accetto, 2004, str. 6).

Priloga 6: ZDRAVILA ZA ZDRAVLJENJE IN PREPREČEVANJE SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI

Kardiovaskularna zdravila, ki jih bom obravnavala, so:

HIPOLIPEMIČNA ZDRAVILA

- **ATORVASTATIN:** sodi med *statine* ter je učinkovito in varno zdravilo za zmanjševanje vsebnosti maščob in holesterola v krvi. Ta učinkovina zavira delovanja encima, ki sodeluje pri tvorbi holesterola v jetrih. Zmanjšuje vsebnost »škodljivega« holesterola in povečuje vsebnost »koristnega« holesterola. Atorvastatin ima še vrsto drugih pozitivnih učinkov, kar vse upočasni napredovanje ateroskleroze in s tem zmanjša nevarnost za nastanek srčnega infarkta, možganske kapi ali zapore žil (arterij) nog (Atorvastatin, 2004, str. 2).
- **SIMVASTATIN:** prav tako sodi med *statine* in enako deluje kot zdravilo atorvastatin.

ANTIHIPERTENZIVNA ZDRAVILA

- **LOSARTAN:** sodi v skupino *antagonist receptorjev angiotenzina II* ter je učinkovito in varno zdravilo za zdravljenje visokega krvnega tlaka. Onemogoči vezavo angiotenzina II na receptorje in tako prepreči njegove škodljive učinke. Posledica je razširitev arterij in s tem zniževanja krvnega tlaka. Losartan ne zniža samo krvnega tlaka, ampak zaščitno deluje tudi na pomembne organe v telesu, še posebej na ledvice (Bobnar, 2005, str. 3).
- **RAMIPRIL:** je učinkovito in varno zdravilo za zdravljenje visokega krvnega tlaka iz skupine *zaviralcev ACE*. Zavira delovanje encima, ki omogoča nastanek škodljivega angiotenzina II. Posledica je razširitev arterij in s tem zniževanje krvnega tlaka (Bobnar, Zemljič, 2004, str. 8).
- **ENALAPRIL:** sodi prav tako med *zaviralce ACE* in zdravi primarne arterijske hipertenzije, sekundarne hipertenzije pri ledvičnih boleznih (tudi pri oslABLjenem delovanju ledvic in okvari ledvic zaradi sladkorne bolezni), zastojnega srčnega popuščanja in asimptomatske disfunkcije levega prekata (Enap, 2003, str. 1).

- **INDAPAMIDUM:** sodi v skupino *diuretikov* ter učinkovito in varno znižuje visok krvni tlak. To zdravilo je še posebej priporočljivo za bolnike s povišanim samo zgornjim krvnim tlakom, za starejše bolnike in za bolnike s preveliko telesno maso. Prednost ima tudi pri možgansko-žilni bolezni (npr. že preboleli možganski kapi), (Doblekar, 2005, str. 8).
- **KARVEDIOL:** sodi v skupino *blokator receptorjev beta* ter je učinkovito in varno zdravilo za zniževanje visokega krvnega tlaka. Karvediol ima neposredno antioksidacijsko delovanje, ki zaustavi poškodbo srčne mišice in obenem preprečuje čezmerno rast mišičnih celic v arterijah in srčni mišici, kar tudi sodi med varovalne učinke.
- **AMLODIPIN:** sodi v skupino *kalcijev antagonist* in je vodilno antihipertenzivno zdravilo v svetu. Ta podatek dokazuje, da je učinkovina preizkušena in da se z njo zdravi že veliko ljudi. Poleg tega je amlodipin edini zaviralec kalcijevih kanalčkov, ki ga ameriška Agencija za hrano in zdravila (FDA) dovoljuje tudi za zdravljenje hipertenzivnih bolnikov s srčnim popuščanjem.

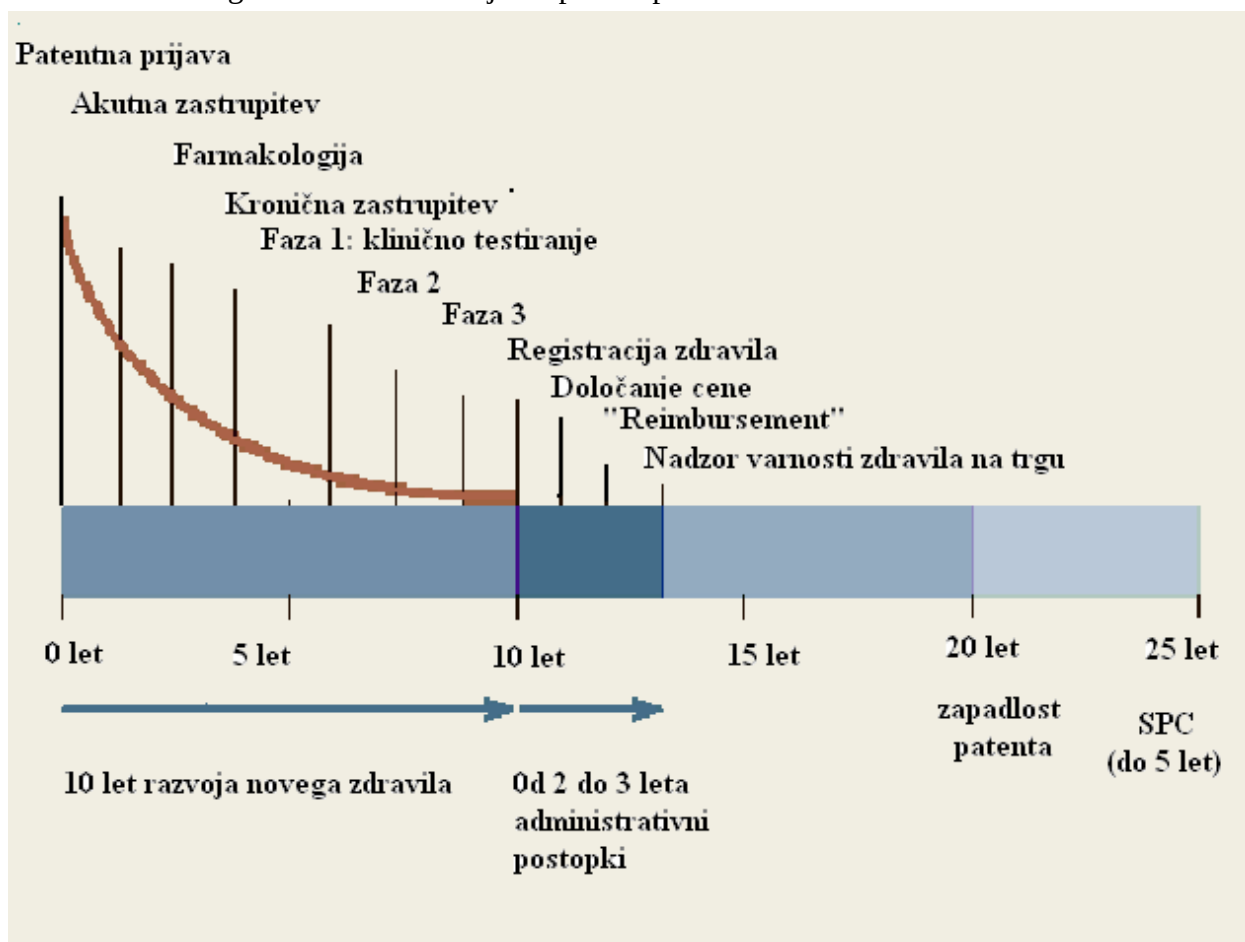
Priloga 7: POLITIČNI SISTEM NA ŠVEDSKEM

Švedska je konstitucionalna monarhija. Na čelu monarhije je kralj Gustaf XVI., vendar je kraljevska funkcija že dolgo omejena le na ceremonijalne zadeve. Državo ima parlament s 349 člani. Parlamentarne volitve so vsake štiri leta. Švedska največja politična stranka so Socialni Demokrati, ki so tudi trenutno na oblasti. Švedi so bili vedno močno udeleženi v političnem odločanju, saj je volilna udeležba na Švedskem preko 80%, čeprav je v zadnjih letih nekoliko.

Do vstopa v EU, leta 1995, je Švedska delovala brez podobnih zavezništev, v času vojn pa je bila nevtralna. Po vstopu je politika postala aktivnejša na področju evropskega sodelovanja. Švedska je tudi zelo aktivna v mednarodnih mirovnih operacijah, predvsem preko Združenih Narodov in pri podpori državi v razvoju. Švedska politika se tudi zavzema za vzpostavitev tekmovalnega ozračja znotraj države, kar pomeni, da ima odprto ekonomijo brez zaščite trgov. To je tudi glavni razlog (k temu teži tudi politika), da je Švedska ena vodilnih držav v prejetju tujih investicij.

Priloga 8: PATENTNA ZAŠČITA IN DRUGE OMEJITVE V FARMACEVTSKI PANOJI

Slika 5: Pot novega zdravila od razvoja do poteka patentne zaščite



Vir: Innovation in Pharmacy sector, 2004, str. 9.

Diagram illustrating the duration of monopoly on the market for different numbers of companies (3, 5, 8, 10, 13). The duration is divided into three periods: blue, purple, and cyan.

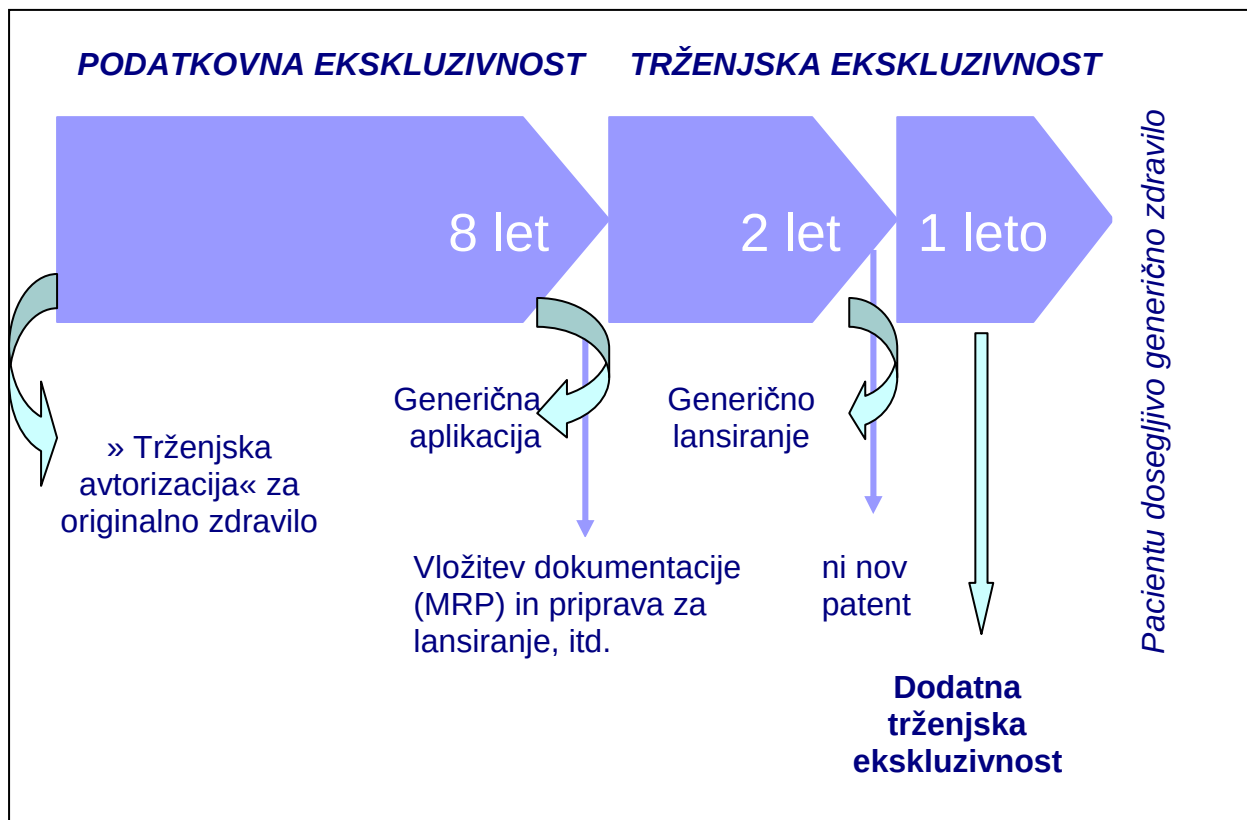
Number of Companies	Blue Period (let)	Purple Period (let)	Cyan Period (leta)
3	3	17	0
5	5	15	0
8	8	12	3
10	10	10	5
13	13	7	5

Obdobje monopola na trgu

- Obdobje od vložitve patentne prijave do pridobitve dovoljenja za promet z zdravili (registracija zdravila).
- Preostanek veljavnosti patenta po pridobitvi dovoljenja za promet z zdravili.
- SPC podaljšanje – največ pet let od preteka veljavnosti patenta.

17

Slika 7: Vpliv spremembe podatkovne ekskluzivnosti na aplikacijo generičnega zdravila



Vir: Data Exclusivity, 2005, str.1.

Priloga 9: ZDRAVSTVENE ZMOGLJIVOSTI ŠVEDSKE

Tabela 8: Zdravstvene zmogljivosti Švedske na 100.000 prebivalcev v primerjavi s nekaterimi članicami EU

DRŽAVE	ZDRAVNIKI	MEDICINSKE SESTRE	ŠT. ZASEDENOSTI BOL. POSTELJ
Avstrija	332,8 (leto 2002)	587,4 (leto 2001)	609,5 (leto 2002)
Belgija	447,8 (leto 2002)	-	582,9 (leto 2001)
Ciper	262,3 (leto 2001)	422,5 (leto 2001)	406,6 (leto 2001)
Češka	350,5 (leto 2002)	971,1 (leto 2002)	631,3 (leto 2002)
Danska	364,6 (leto 2002)	967,2 (leto 2002)	340,2 (leto 2001)
Finska	316,2 (leto 2002)	2166,3 (leto 2002)	229,9 (leto 2002)
Francija	333,0 (leto 2002)	688,6 (leto 2002)	396,7 (leto 2001)
Grčija	453,3 (leto 2001)	-	397,1 (leto 2001)
Irska	238,3 (leto 2001)	1676,2 (leto 2000)	299,5 (leto 2002)
Italija	612,1 (leto 2001)	-	397,9 (leto 2001)
Malta	267,2 (leto 2002)	551,1 8 (leto 2002)	348,8 (leto 2002)
Nemčija	335,6 (leto 2002)	973,1 (leto 2002)	627,0 (leto 2001)
Nizozemska	314,9 (leto 2002)	1328,2 (leto 2001)	307,4 (leto 2001)
Portugalska	322,9 (leto 2001)	384,0 (leto 2001)	-
Slovenija	224,2 (leto 2002)	717,9 (leto 2002)	414,3 (leto 2002)
Španija	324,3 (leto 2000)	367,2 (leto 2000)	-
Švedska	330,0 (leto 2002)	1020,0 (leto 2002)	228,3 (leto 2002)
Velika Britanija	210,0 (leto 2002)	-	390,0 (leto 2002)

Opombe: (-) - zadnje razpoložljivo leto

Vir: World Health Organization, 2004; OECD Health Data, 2005.

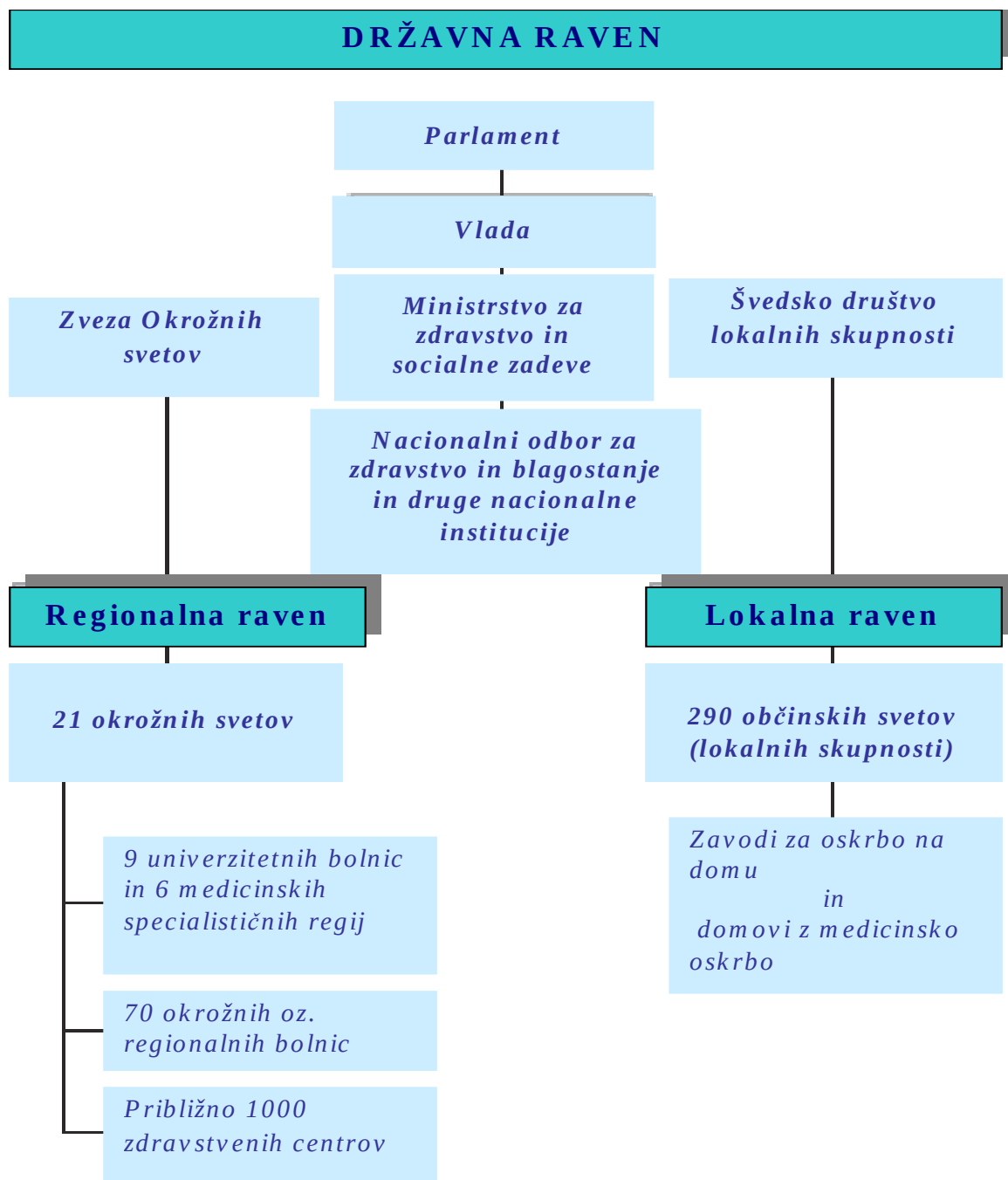
Tabela 9: Število zasedenosti bolniških postelj in povprečno obdobje ležanja v bolnici na Švedskem za obdobje 1999-2002

	1999	2000	2001	20002
Št. zasedenosti bol. Postelj	32.755	31.765	29.122	27.925
Dnevi ležanja v bolnici (povprečje)	6,6	6,4	6,3	6,2

Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 8, 10.

Priloga 10: STRUKTURA ŠVEDSKEGA SISTEMA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Slika 8: Struktura Švedskega sistema zdravstvenega varstva



Vir: Hjortsber, Ghatnekar, 2001, str. 12.

Priloga 11: REFORMA DOPLAČILA ZDRAVIL (ANGL. REIMBURSEMENT SYSTEM)

Tabela 10: Reforma doplačila za zdravila v švedskem sistemu zdravstvenega varstva

Stroški za zdravilo na recept (v SEK)	Strošek prebivalca (v SEK)	Povračilo denarja (v SEK)
0 – 900	maks. 900	0
901 –1700	maks. 1300	Maks. 400
1701 – 3300	maks. 1700	Maks. 1600
3301 – 4300	maks.1800	Maks. 2500
> 4300	maks. 1800	Ostanek

Vir: Economic and Legal Framework for Non/Prescription Medicine, 2004, str. 10.

Priloga 12: MAKROEKONOMSKI KAZALCI DRŽAVE ŠVEDSKE

Bruto domači proizvod Švedske je v letu 2004 znašal 254 milijard evrov in gospodarska rast pa se je v tem letu občutno povečala v primerjavi z letoma 2003 (1,5%), saj je znašala 3,5 %. V letu 2005 se bo zaradi zniževanja obrestnih mer in zmanjševanja planiranih davkov na Švedskem povečala osebna ter investicijska poraba, zlasti na področju storitev in industrije. Kar bo s povečanjem zaposlenosti vodilo v rast švedskega gospodarstva skozi leto 2005 in 2006. Za leto 2005 se ocenjuje, da bo gospodarska rast znašala 3,2% zaradi upočasnenih svetovnih gospodarskih aktivnosti in močnega vpliva Švedske krone (SEK) na izvozno povečanje v primerjavi z letom 2004 (Sweden's Economy, 2005, str.11,12 in 13).

Tabela 11: BDP in njegovi kazalci na švedskem v letih od 2003 do 2005

	2005	2004	2003
BDP	-	346,1 milijard USD	301,8 milijard USD
BDP per capita	-	38.413 USD	33.608 USD
Rast BDP (v %)	3,2	3,5	1,5
Rast zasebne potrošnje (v %)	2,2	1,8	1,5
Rast javne potrošnje (v %)	1,2	0,3	0,8
Rast investicij (v %)	7,1	5,1	-1,5
Letna stopnja rasti izvoza blaga in storitev (v %)	6,9	10,2	5,0
Letna stopnja rasti uvoza blaga in storitev (v %)	7,9	6,7	4,9

Opombe: podatki za leto 2005 so napoved.

Vir: Sweden's Economy, 2005, str.11, 12, 13; Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije - TIPO: Izvozno okno.

V začetku leta 2004 je stopnja brezposelnosti znašala 5,9 % in se je povečala za 0,7 odstotnih točk glede na december leta 2003. Potem pa se je do avgusta 2004 znižala na 5,5%, kljub temu se število zaposlenih ni povečalo (gibalo se je okoli 4,27 milijona oseb). Najbolj se je povečala zaposlenost v gradbeništvu. V industriji in rudarstvu je bila višja za 11%, v financah, zavarovalništvu in poslovanju z nepremičninami pa manjša za 2%. Nižja je bila tudi v sektorju osebnih in kulturnih storitev (Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije – TIPO: Izvozno okno). Upadanje oziroma kasneje počasno naraščanje zaposlenosti je vplivalo tudi na počasno rast plač. V letu 2003 so se povečale za 2,9%, kar je manj od dolgoletnega povprečja, v prvi polovici leta 2004 pa je povečanje še počasnejše. Sredi leta so bile le za 2% višje kot sredi leta 2003. Povprečna urna plača je junija 2004 znašala 125,5 švedske krone (Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije – TIPO: Izvozno okno).

Stopnja inflacije se je v letu 2003 zaradi nizkega povpraševanja in krepitve valute zniževala in je izračunana po švedski metodologiji v povprečju znašala 1,9% (izračunana po metodologiji EU je znašala 2,3%). V letu 2004 se je zmanjševala in v avgustu na letni osnovi znašala le 0,5% (švedska metodologija) oziroma 1,2% (metodologija EU). Na nizko inflacijo so vplivale predvsem nekatere pocenitve, kot so npr. nižja plačila hipotekarnih kreditov (zaradi nižjih obrestnih mer), nižje cene telekomunikacijskih storitev ter nižje cene nekaterih dobrin kot so obleke, čevlji, računalniki in zabavna elektronika. Hitreje od porabniških cen so rasle cene pri proizvajalcih. V avgustu 2004 je njihovo povečanje na letni ravni znašalo 1,9%, še posebno hitro rast pa so beležile cene naftnih derivatov in kovin.

Tabela 12: Stopnja brezposelnosti in stopnja inflacije v letih od 2003 do 2005

	2005	2004	2003
Stopnja brezposelnosti (v %)	5,0	5,5	4,9
Stopnja inflacije (letno povprečje, v %)	0,5	0,4	1,9

Opombe: stopnja inflacije je izračunana po švedski metodologiji; podatki za leto 2005 so napoved.

Vir: Sweden's Economy, 2005, str.11, 40, 53.

Referendum o uvedbi evra v septembru 2003 ni uspel in Švedska ostaja ena izmed treh držav EU, ki niso uvedle skupne valute. Švedska nacionalna valuta je švedska krona (SEK), ki jo ponavadi primerjamo z ameriškim dolarjem (USD) in evrom (EUR). Nacionalna valuta Švedska krona je glede na USD in EUR v letu 2003 dokaj stabilna, vseskozi pa po malem raste. Proti dolarju je aprecirala za dobrih 17 %, napram evru pa za slab odstotek. V letu 2004 je njena rast proti ameriškem dolarju bolj negotova, proti evru pa v posameznih mesecih enkrat malenkostno aprecira, drugič pa deprecira (Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije – TIPO: Izvozno okno).

Tabela 13: Povprečni menjalni tečaji švedske krone (SEK) za evro (EUR) in za ameriški dolar (USD) v letih od 2003 do 2005

	2005	2004	2003
Povprečni menjalni tečaj (domača valuta za USD)	6,50	6,70	7,36
Povprečni menjalni tečaj (domača valuta za EUR)	9,07	9,13	9,12

Opombe: podatki za leto 2005 so napoved.

Vir: Sweden's Economy, 2005, str.31; Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije – TIPO: Izvozno okno; Swedish National Bank.

Švedska je močno odvisna od mednarodne trgovine, da bi uspela obdržati visoko produktivnost in visok življenjski standard prebivalstva. Njena zunanjetrgovinska menjava v letu 2004 je bila ena od najživahnejših med evropskimi državami. Izvoz Švedske je v letu znašal 1176 mrd SEK.

Tabela 14: Izvoz in uvoz blaga in storitev v letih od 2003 do 2005

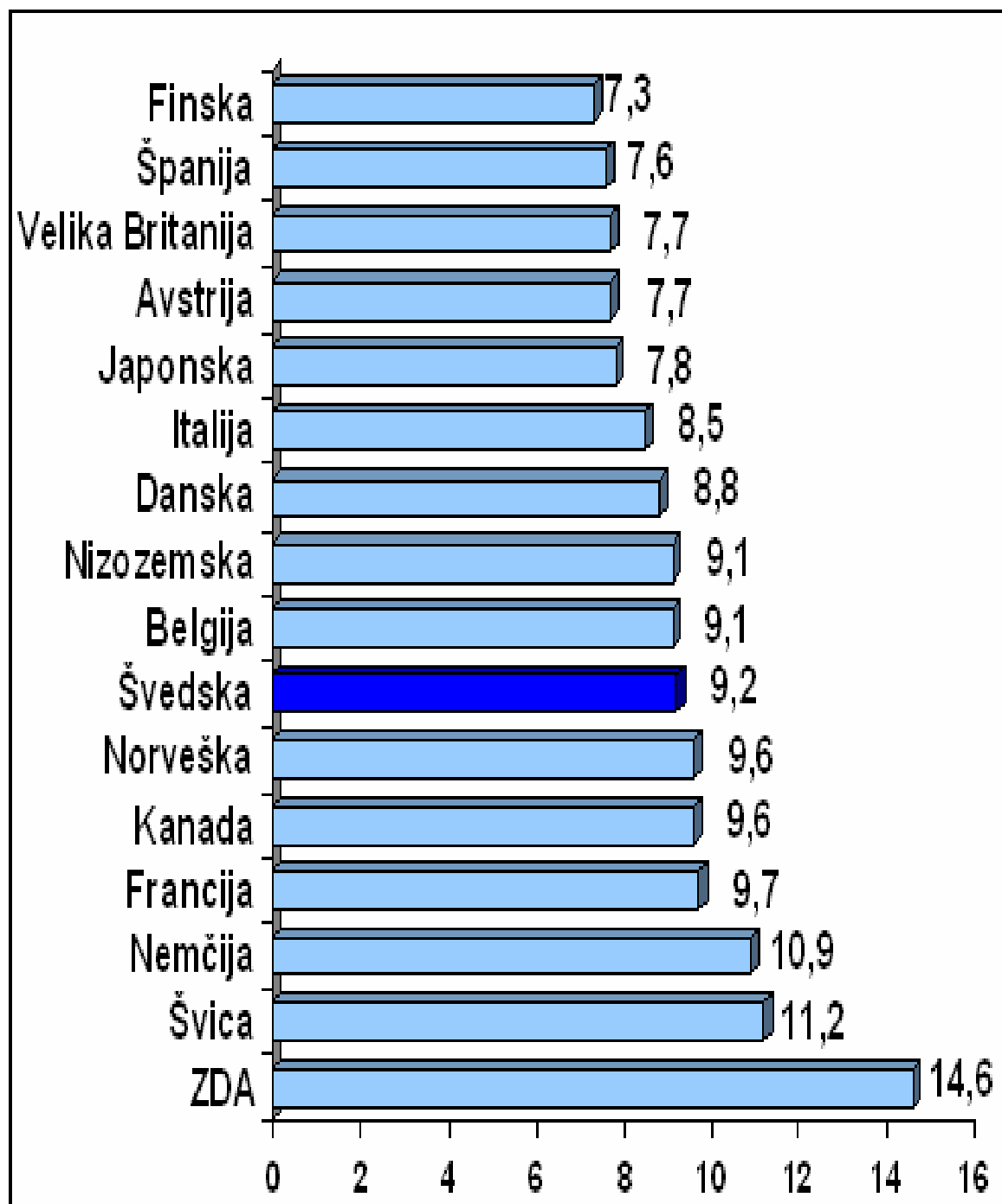
	2004	2005	2004	2003
Izvoz blaga in storitev	10.731 mrd EUR	6,9 %	10,2 %	-
Uvoz blaga in storitev	8.871 mrd SEK	7,9 %	6,7 %	-

Opombe (2005): podatki za leta 2005 so napoved.

Vir: Sweden's Economy, 2005, str.31.

**Priloga 13: DELEŽ CELOTNIH IZDATKOV ZA ZDRAVSTVENO
VARSTVO V BDP NA ŠVEDSKEM V PRIMERJAVI Z
IZBRANIMI DRŽAVAMI OECD V LETU 2002**

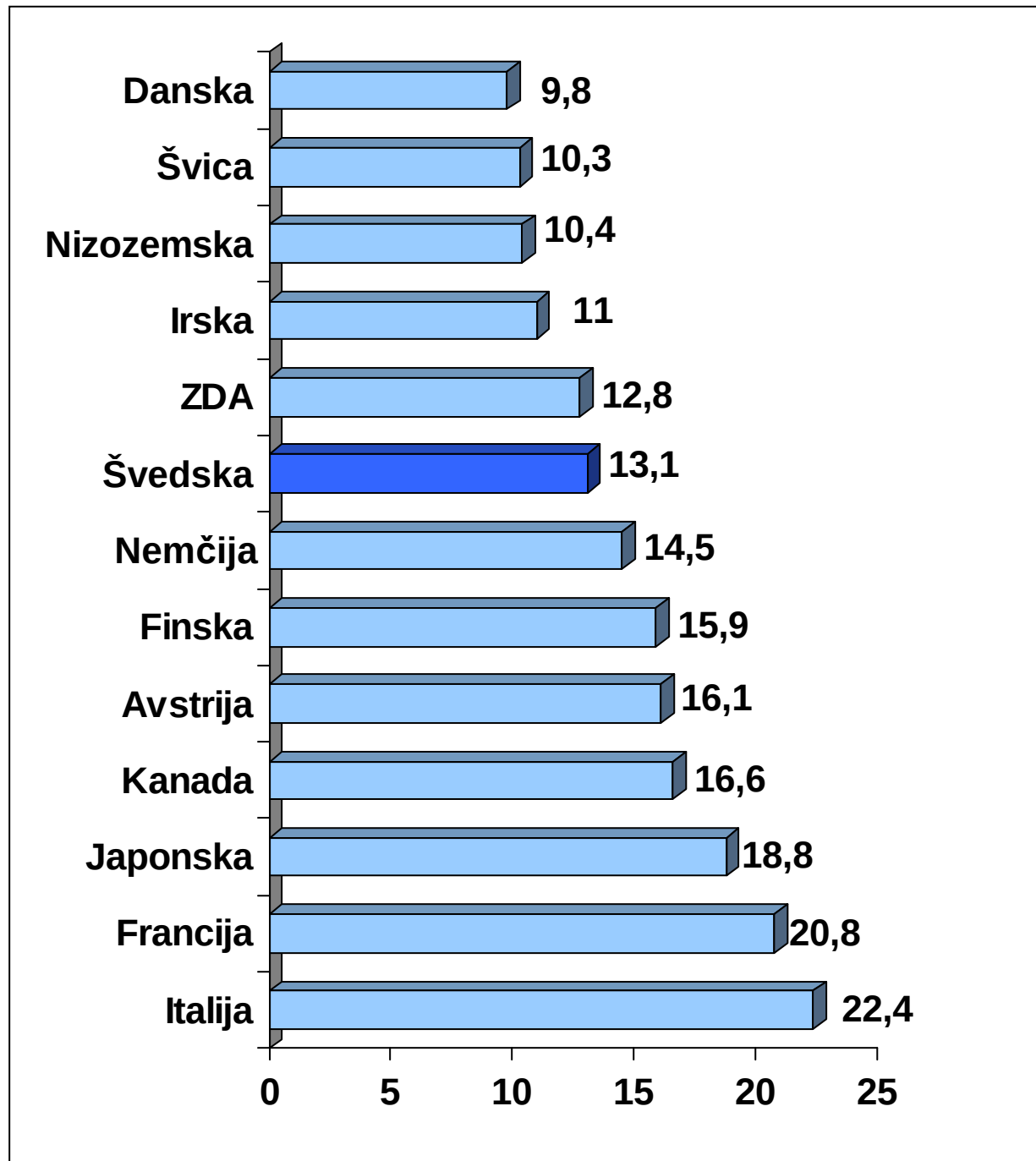
Slika 9: Delež celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo v BDP za izbrane države letu 2002



Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 12.

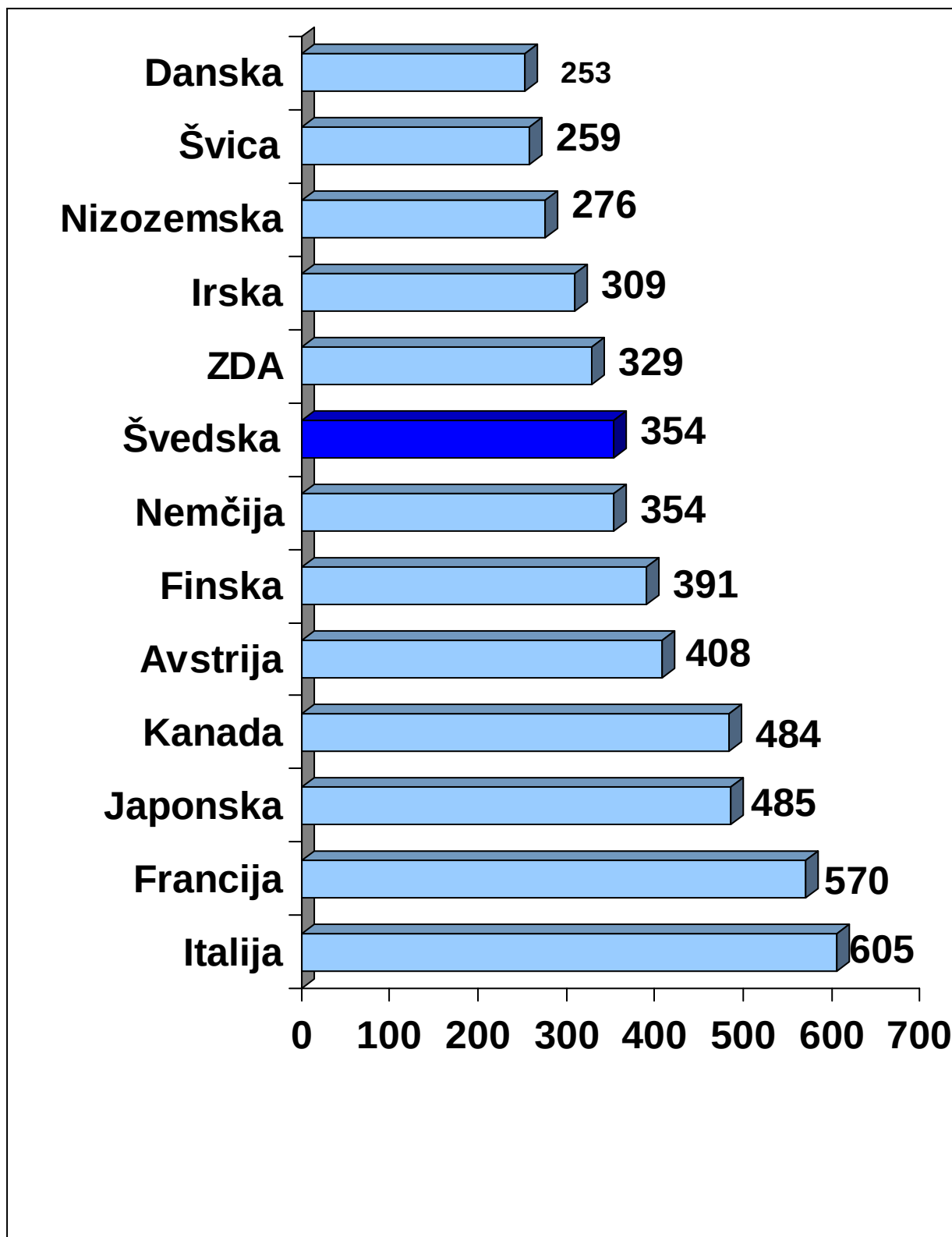
**Priloga 14: IZDATKI ZA ZDRAVILA NA ŠVEDSKEM V PRIMERJAVI Z
IZBRANIMI DRŽAVAMI OECD V LETU 2002**

Slika 10: Delež izdatkov zdravil glede na celotne izdatke za zdravstveno varstvo na Švedskem
in v izbranih državah OECD v letu 2002



Vir: FAKTA 2005, 2005, str.14.

Slika 11: Izdatki za zdravila na prebivalca v USD na Švedskem v primerjavi z izbranimi državami OECD v letu 2002



Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 14.

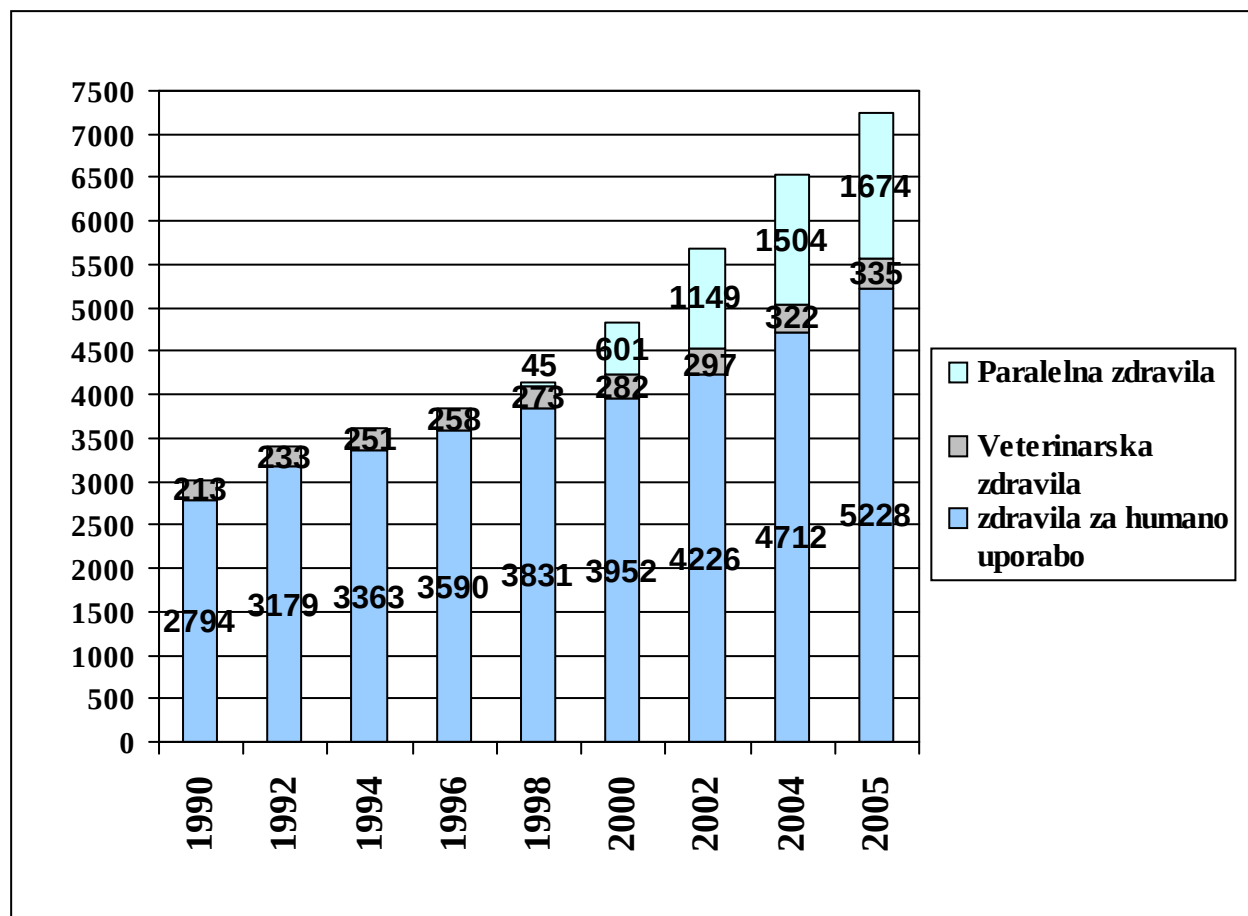
Priloga 15: TEHNOLOŠKO OKOLJE NA ŠVEDSKEM

Tabela 15: Zdravila, na katerih so bila opravljena klinično testiranje na Švedskem

Zdravila	Podjetje
Lipitor	Pfizer
Zocor/ Lipovas	Merck
Losec/ Prilosec/ Omeprazole	AstraZeneca
Zyprexa	Eli Lilly
Norvasc/ Novasc	Pfizer
Erypo	Johnson & Johnson
Ogastro/ Prevacid / Takepron	Abbott
Seroxal / Paxil	GlaxoSmithKline
Celebrex	Pharmacia
Zoloft	Pfizer

Vir: Invest in Sweden: Clinical Trials, 2004, str. 1.

Slika 12: Število odobrenih zdravil na Švedskem 1. januarja v izbranih letih



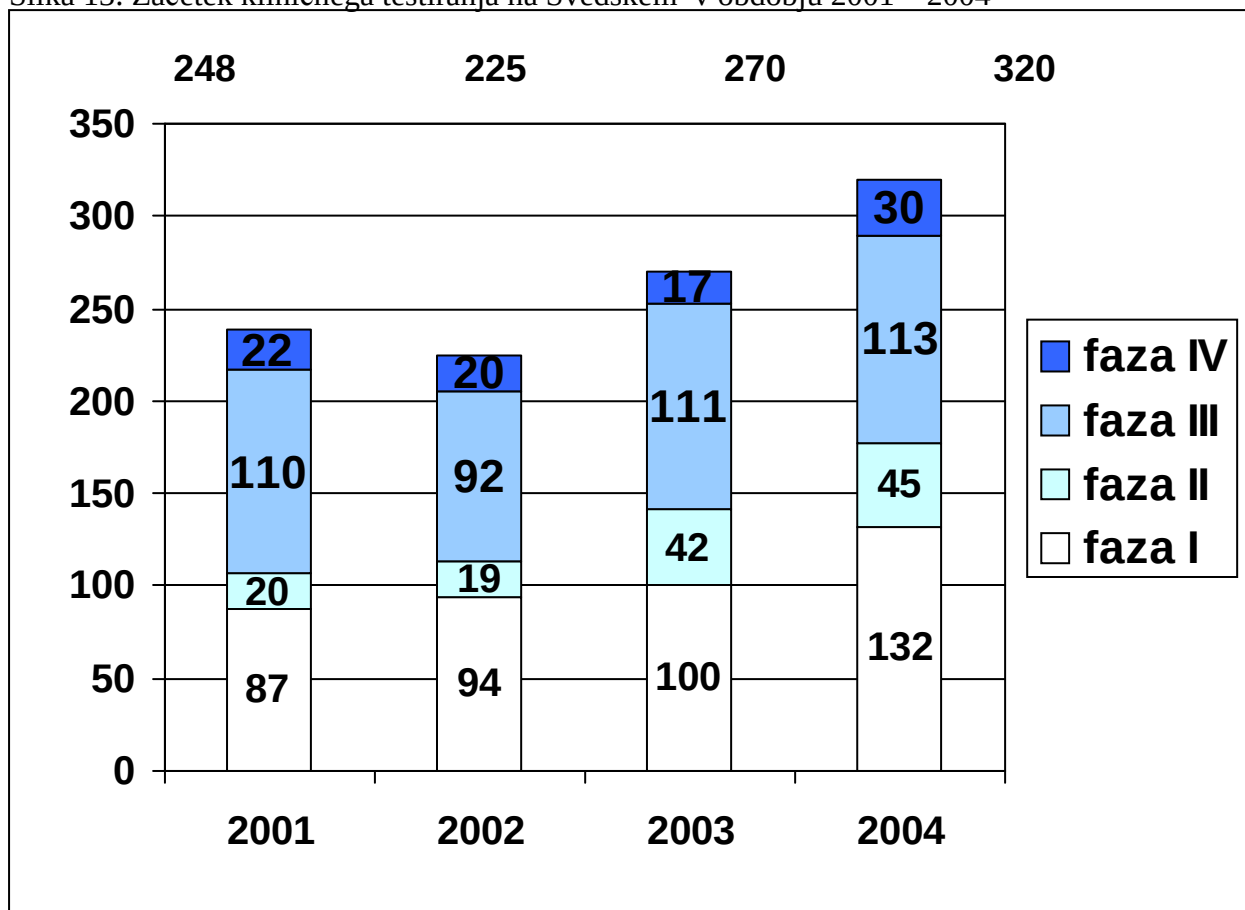
Vir: FAKTA 2005; 2005, str. 17.

Tabela 16: Število novih kemičnih substitucij (NCEs)

LETO	ŠT. NOVIH KEMIČNIH SUBSTITUCIJ
1995	53
1996	35
1997	33
1998	31
1999	35
2000	35
2001	32
2002	29
2003	14
2004	25

Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 18.

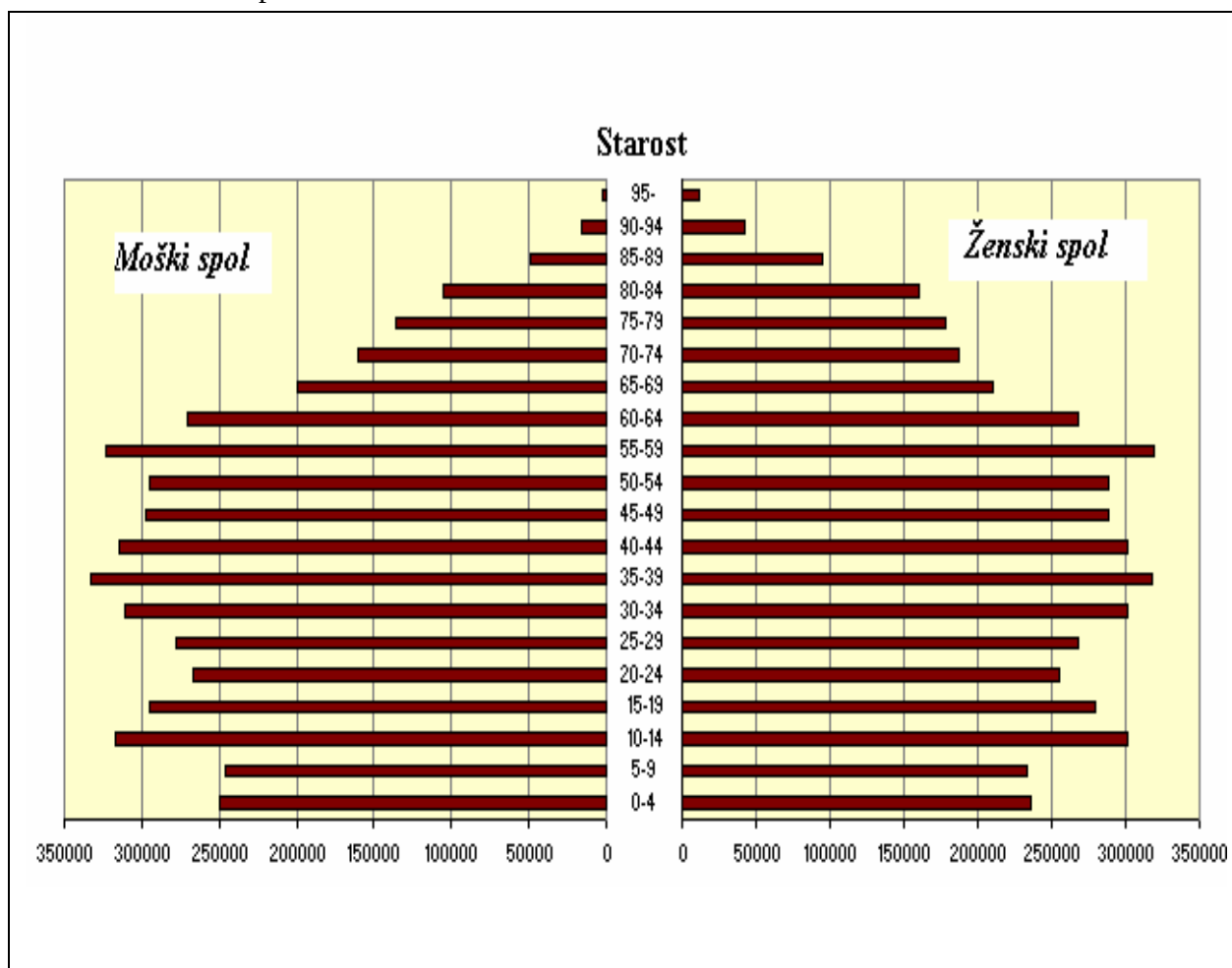
Slika 13: Začetek kliničnega testiranja na Švedskem v obdobju 2001 – 2004



Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 18.

Priloga 16: STAROSTNA PIRAMIDA DRŽAVE ŠVEDSKE V LETU 2004

Slika 14: Starostna piramida Švedske v letu 2004



Vir: Statistics Sweden, 2005.

Priloga 17: STARANJE PREBIVALSTVA NA ŠVEDSKEM V PRIMERJAVI Z DRUGIMI DRŽAVAMI V LETU 2003

Tabela 17: Delež starega prebivalstva nad 65 let v državah EU v obdobju 1991-2003 in projekcije za leto 2050

Država/leto	1991	2003	2050
	% 65 +	% 65 +	% 65 +
Francija	14,2	16,3	26,44
Irska	11,3	11,2	24,04
Danska	15,6	14,8	24,88
Luksemburg	13,4	14,0	21,79
Finska	13,5	15,3	26,43
Nizozemska	12,9	13,7	24,74
Belgija	14,8	17,0	27,18
Velika Britanija	15,6	15,6	23,33
Portugalska	13,1	16,7	29,74
Švedska	17,8	17,2	27,06
Nemčija	14,9	17,5	27,95
Avstrija	15,1	15,5	30,65
Grčija	13,9	17,3	33,20
Italija	14,5	18,2	34,42
Španija	13,5	17,1	34,96
Ciper	10,1	11,8	23,65
Češka	12,8	13,9	32,16
Estonija	11,9	15,9	31,35
Madžarska	13,5	15,4	28,77
Latvija	12,3	15,9	30,73
Litva	11,0	14,7	24,86
Malta	10,5	12,8	26,87
Poljska	10,4	12,8	28,38
Slovaška	10,4	11,6	27,34
Slovenija	11,1	14,8	33,97
EU15	14,27	15,83	28,27
EU10	11,4	13,96	28,88

Viri: RDDE 1991, str.24; RDDE 2003, str.44; World Population Prospects, 2003, str. 110, 889.

Priloga 18: POPULACIJA S SRČNO-ŽILNO BOLEZNIJO

Tabela 18, ki prikazuje analizo prebivalstva s srčno-žilno boleznijo na Švedskem v primerjavi z drugimi državami v letu 2003, je na naslednji strani.

Tabela 18: Prebivalstvo s srčno-žilno boleznijo na Švedskem v primerjavi z drugimi državami EU, Norveške, Švice, Japonske, Kanade in ZDA v letu 2003

DRŽAVE	PREBIVALSTVO	SRČNE BOLEZNI		MOŽGANSKO-ŽILNE BOLEZNI		REVMATIČNO-SRČNE BOLEZNI
		OBOLELOST (DALY na 1000 prebivalcev)	UMRLJIVOST	OBOLELOST (DALY na 1000 prebivalcev)	UMRLJIVOST	UMRLJIVOST
Avstrija	8.111.000	6	15.418	4	7.559	185
Belorusija	9.940.000	28	59.719	14	22.892	550
Belgija	10.296.000	5	14.985	4	9.234	68
Češka	10.246.000	11	25.899	7	15.663	286
Danska	5.351.000	5	10.013	4	4.871	17
Estonija	1.338.000	16	6.235	9	2.964	65
Finska	5.197.000	7	12.488	4	4.875	77
Francija	59.850.000	3	46.132	3	37.750	1.136
Nemčija	82.414.000	6	172.717	4	79.326	2.241
Grčija	10.970.00	7	16.825	6	22.964	10
Madžarska	9.923.000	13	29.502	8	17.148	354
Irska	3.911.000	8	6.527	4	2.650	52
Italija	57.482.000	4	92.928	4	69.075	1.790
Latvija	2.329.000	17	9.928	12	7.278	109
Litva	3.465.000	16	14.662	7	5.089	186
Malta	393.000	9	865	4	338	6
Nizozemska	16.067.000	5	19.045	4	12.459	16

Vir: Mackay in Mensah, 2005, str. 84 , 91.

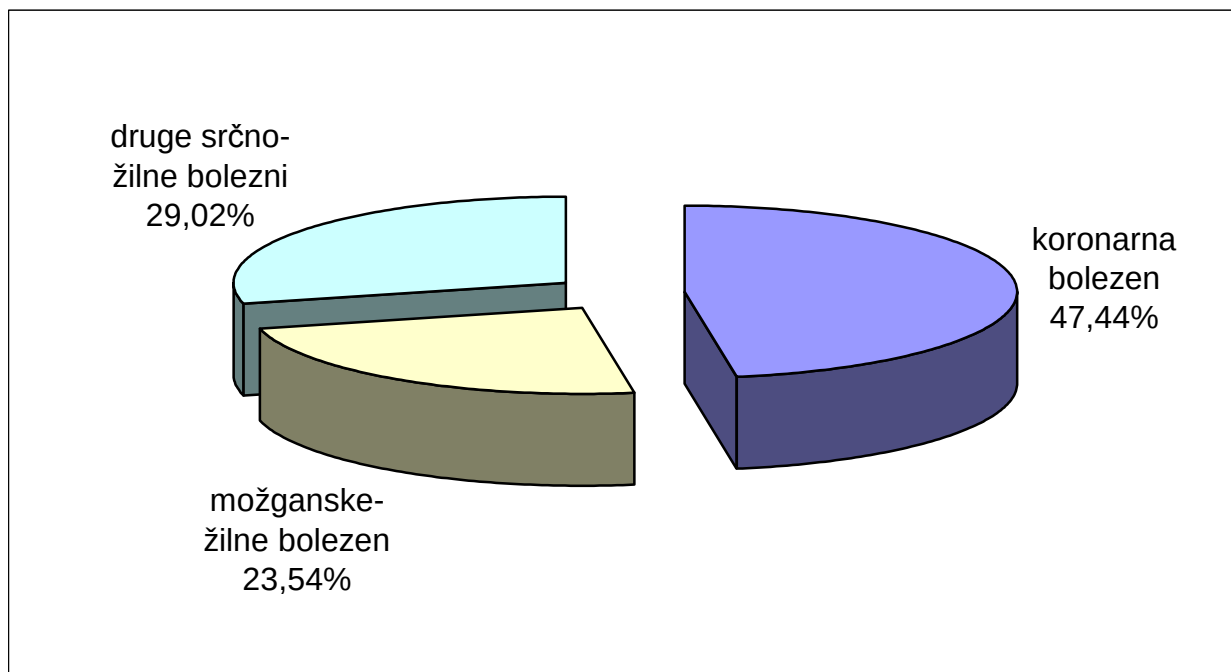
→ nadaljevanje tabele 18 iz prejšnje strani

DRŽAVE	PREBIVALSTVO	SRČNE BOLEZNI		MOŽGANSKO-ŽILNE BOLEZNI		REVMATIČNO-SRČNE BOLEZNI
		OBOLELOST (DALY na 1000 prebivalcev)	UMRLJIVOST	OBOLELOST (DALY na 1000 prebivalcev)	UMRLJIVOST	UMRLJIVOST
Poljska	38.622.000	10	77.151	7	43.032	1.277
Portugalska	10.049.000	5	10.927	9	20.069	189
Slovaška	5.398.000	12	14.609	5	4.445	131
Slovenija	1.986.000	6	2.803	6	2.003	87
Španija	40.971.000	4	45.018	3	34.880	1.738
Švedska	8.867.000	5	20.122	3	9.984	143
Ukrajina	48.902.000	28	335.610	13	126.117	3085
Velika Britanija	59.068.000	7	120.530	4	59.322	1.712
Švica	7.171.000	4	10.746	2	126.6117	3.085
Norveška	4.514.000	5	8.886	3	4.817	103
Ruske Federacije	144.082.000	27	674.881	19	517.424	8.126
ZDA	291.038.000	8	55.693	4	59.322	1.712
Kanada	31.271.000	5	43.246	3	15.621	422
Japonska	127.478.000	3	90.196	5	134.952	2.585

Vir: Mackay in Mensah, 2005, str. 84 , 91.

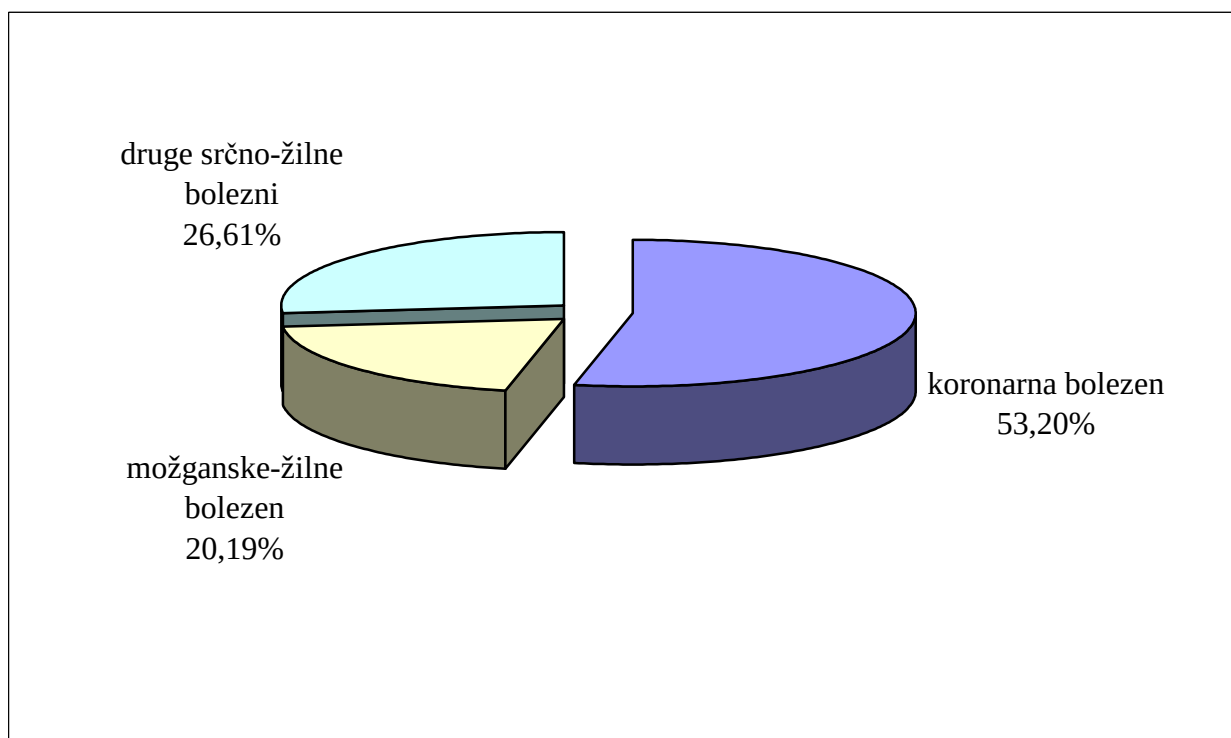
Priloga 19: UMRLJIVOST ZARADI RAZLIČNIH SRČNO-ŽILNIH BOLEZNI NA ŠVEDSKEM V LETU 2002

Slika 15: Umrljivost zaradi različnih srčno-žilnih bolezni na Švedskem v letu 2002



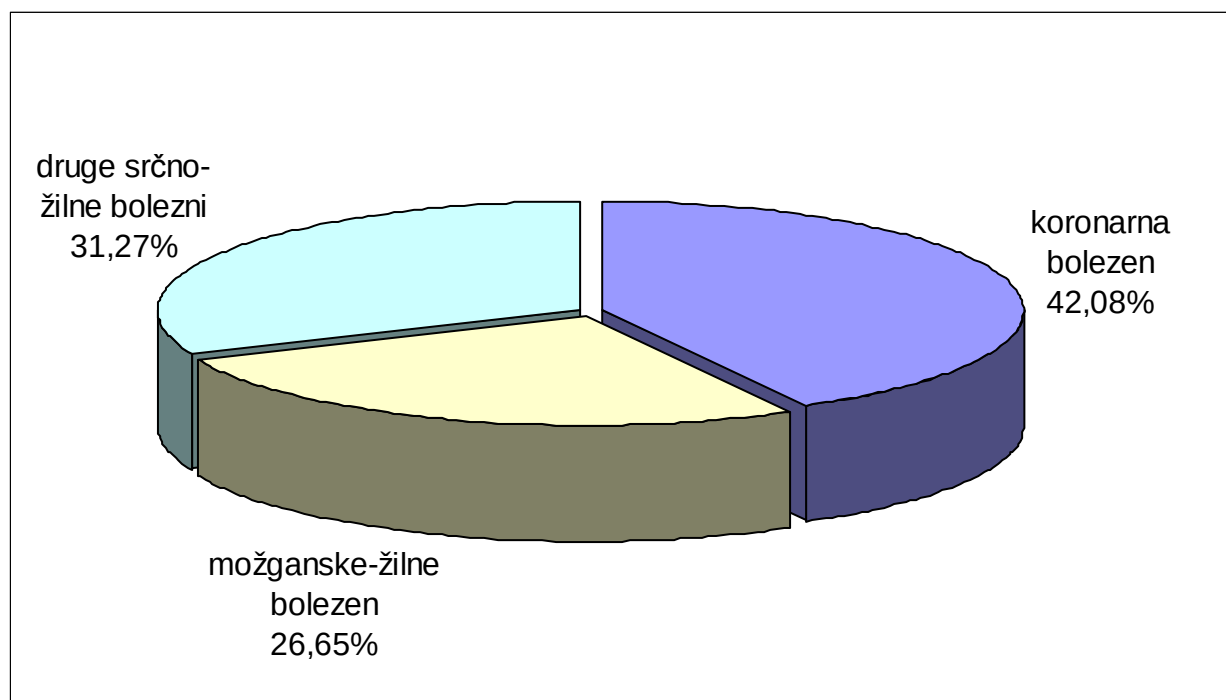
Vir: The World Health Organization: Country Profile, 2005.

Slika 16: Delež umrljivosti moških zaradi različnih srčno-žilnih bolezni na Švedskem v letu 2002



Vir: The World Organization: Country Profile, 2005.

Slika 17: Delež umrljivost žensk zaradi različnih srčno-žilnih bolezni na Švedskem v letu 2002



Vir: The World Health Organization: Country Profile, 2005.

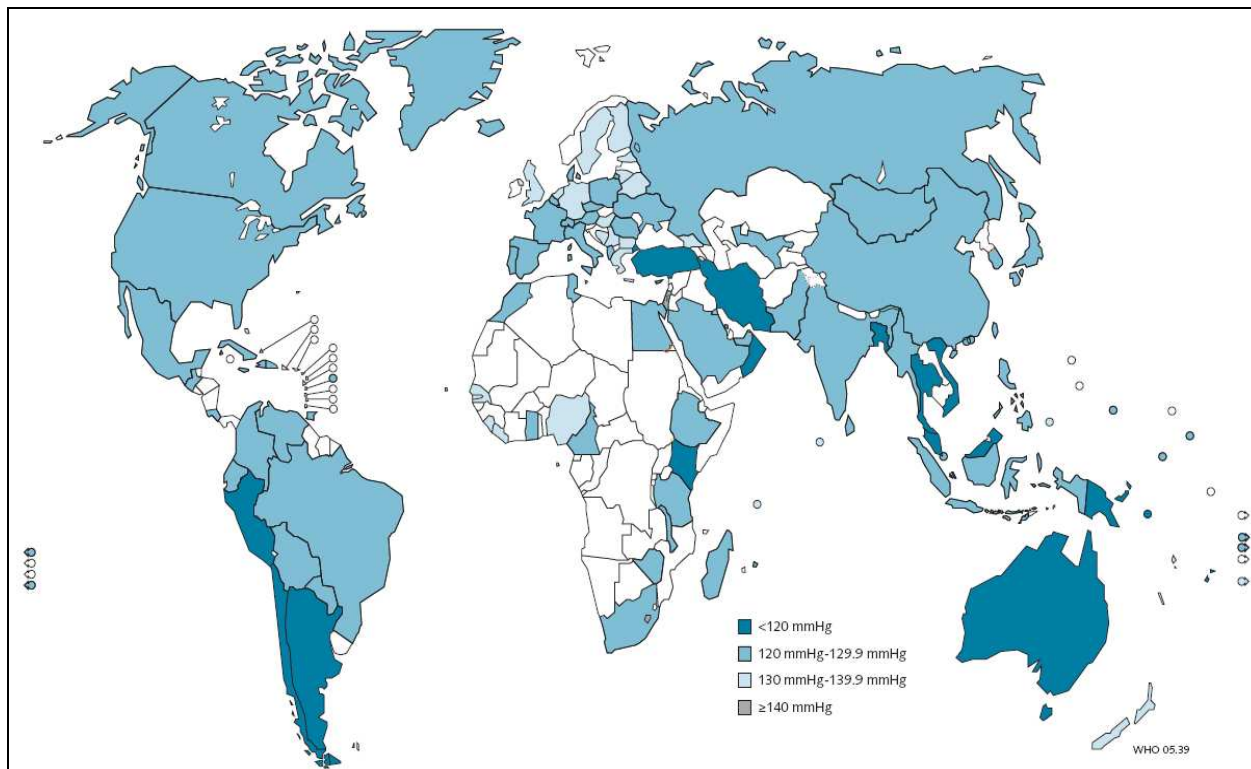
Tabela 19: Umrljivost moških in žensk zaradi različnih srčno-žilnih bolezni na Švedskem v letu 2002

		KORONARNA BOLEZEN	MOŽGANSKE ŽILNE BOLEZNI	DRUGE SRČNO- ŽILNE BOLEZNI
MOŠKI	Celotna umrljivost	10.875	4.127	5.440
	Št. umrlih na 100.000 prebivalcev	248	94	124
ŽENSKE	Celotna umrljivost	9.247	5.857	6.871
	Št. umrlih na 100.000 prebivalcev	207	131	153
SKUPAJ	Celotna umrljivost	20.122	9.984	12.311
	Št. umrlih na 100.000 prebivalcev	227	113	139

Vir: The World Health Organization: Country Profile, 2005.

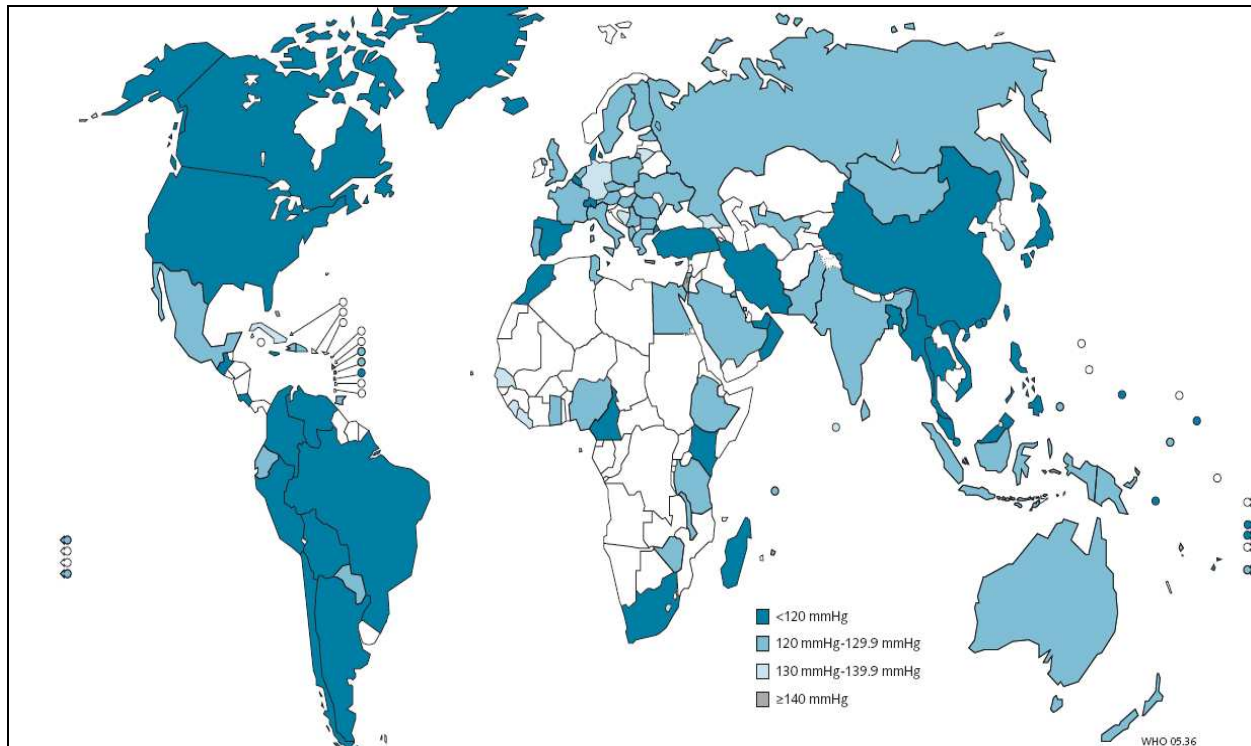
Priloga 20: POVPREČJE ZGORNJEGA KRVNEGA TLAKA V LETU 2002

Slika 18: Ocenitev povprečje zgornjega tlaka pri moških starejših od 15 let v letu 2002



Vir: WHO Global Info Base, 2005, str. 80.

Slika 19: Ocenitev povprečja zgornjega krvnega tlaka pri ženskih starejših od 15 let v letu 2002



Vir: Who Global Info Base, 2005, str.80.

Tabela 20: Povprečje zgornjega krvnega tlaka pri moških in ženskah starejših od 15 let na Švedskem in v drugih državah EU ter ZDA v letu 2002

DRŽAVA	MOŠKI		ŽENSKE	
	2002	2005	2002	2005
Avstrija	128,6	127,9	122,4	121,6
Belgija	127,2	127,2	118,9	118,9
Ciper	127,7	127,7	123,4	123,4
Češka	129,8	129,1	123,1	122,2
Danska	122,2	121,6	114,8	114,1
Estonija	131,4	131,4	121,7	121,7
Finska	131,4	130,3	124,6	123,2
Francija	129,3	127,2	124,6	122,5
Grčija	130,5	129,8	124,1	123,2
Italija	128,8	127,4	121,8	120,3
Litva	136,7	136,7	133,8	133,8
Luksemburg	125,8	125,1	120,8	120,0
Madžarska	133,7	133,7	126,1	126,1
Malta	132,3	131,6	128,1	127,2
Nemčija	134,4	134,4	130,0	130,0
Nizozemska	130,5	129,8	121,6	120,8
Poljska	128,6	128,6	123,3	123,3
Portugalska	126,7	126,1	124,4	123,6
Španija	123,1	122,5	117,6	117,0
Švedska	130,8	130,8	125,0	125,0
Ukrajina	127,2	127,2	125,3	125,3
Velika Britanija	132,2	130,9	126,6	125,3
ZDA	123,3	123,3	118,6	118,6

Vir: WHO Global Info Base, 2005, str. 81, 84.

Priloga 21: POSLOVNI OBIČAJI NA ŠVEDSKEM

Švedski managerji so na splošno praktični in tehnično usposobljeni, ne pa tudi domiselni. Filozofija in abstraktno mišljenje sta jim tuja. Imajo malo smisla za humor in vsako izrečeno besedo jemljejo dobesedno. Več časa porabijo za razlaganje o pomanjkljivostih njihovega izdelke, kot pa o njegovih prednostih (Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije – TIPO: Izvozno okno).

Izogibajo se konfliktom in odlašajo z odločitvijo, dokler ne dosežejo konsenza. Organigrami so ploski in odgovornosti se prenašajo na nižje nivoje. Velikokrat se ne ve, kdo nosi odgovornosti in zakaj (Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije – TIPO: Izvozno okno).

Stil oblačenja ni formalen. Kravata in obleka sta nekaj običajnega samo na najvišjih korporativnih nivojih. Povsem sprejemljivo je, da se na delovnem mestu pojavijo v srajci in kavbojkah (Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije – TIPO: Izvozno okno).

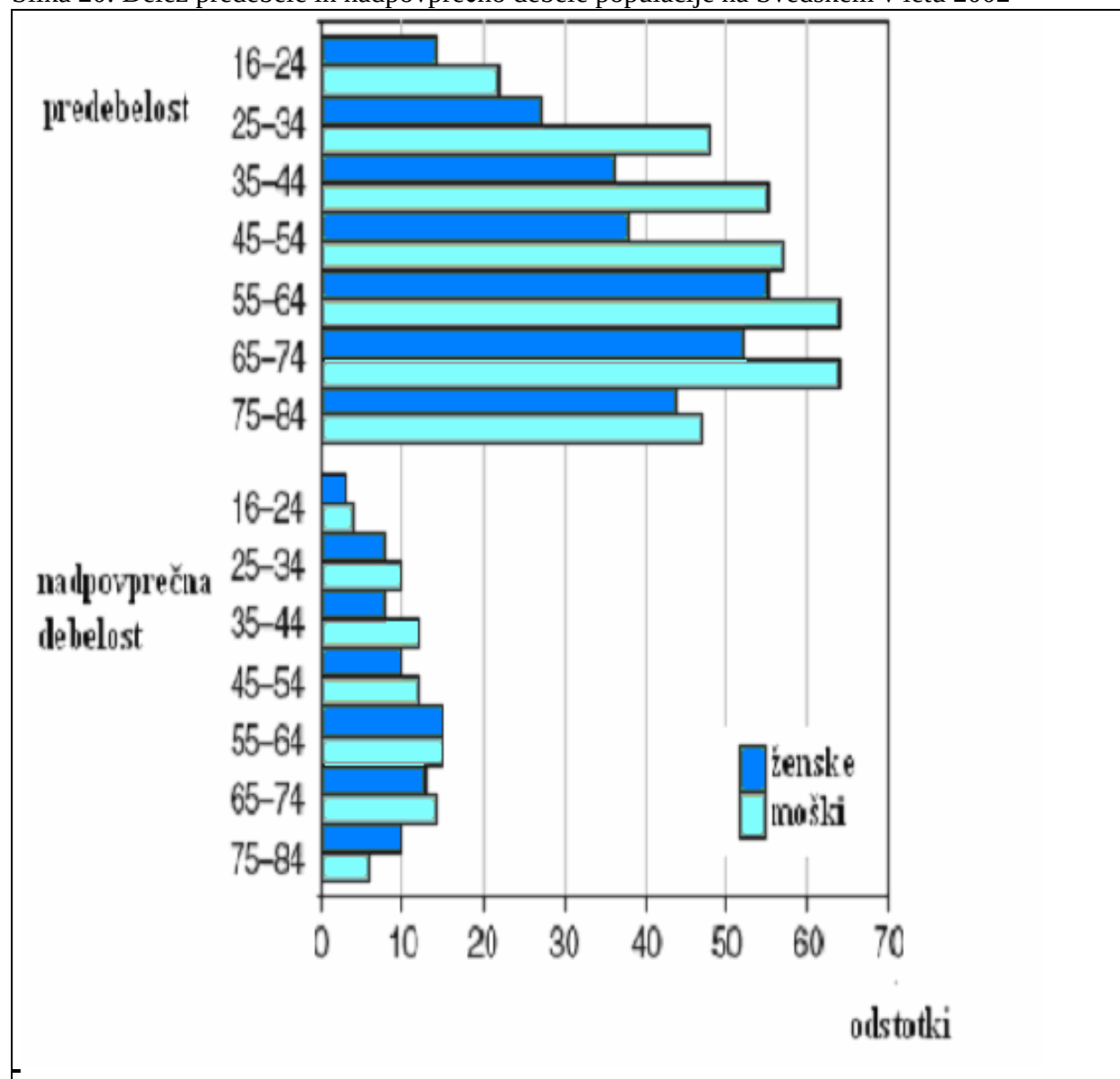
Dogovorjenih časovnih terminov se držijo v celoti, tako za začetek sestanka, kot tudi za trajanje. Njihovi odgovori so kratki in v kolikor ne poznajo pravega odgovora, ne ovinkarijo (Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije – TIPO: Izvozno okno).

Stil vodenja švedskih managerjev je liberalen. Švedi zaradi že tradicionalne enakosti med ljudmi včasih težko razumejo razlikovanja, ki se kažejo v drugih državah in pri drugih kulturah. Po formalnem spoznavanju takoj preidejo na tikanje, ne glede na spol, starost, socialni položaj ali položaj v podjetju. Managerji se le redkokdaj predajo statusnim simbolom. Zaposleni niso nikoli v strahu pred svojim nadrejenem in se ne čutijo v podrejenem položaju. Kljub temu imajo do vodilnih sodelavcev veliko spoštovanja (Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije – TIPO: Izvozno okno).

Švedski managerji so veliki organizatorji in načrtovalci. Spoštujejo agende in vse načrte. Posameznik, ki ne pozna točnosti ima malo možnosti za napredovanje. Večina Švedov jasno loči med službenim in zasebnim življenjem. Poznanstva so nepomembna in pri pridobivanju novega posla ne bodo v pomoč (Urad za gospodarsko promocijo in tuje investicije – TIPO: Izvozno okno).

Priloga 22: DELEŽ PREDEBELE IN NADPOVPREČNO DEBELE **POPULACIJE NA ŠVEDSKEM V LETU 2002**

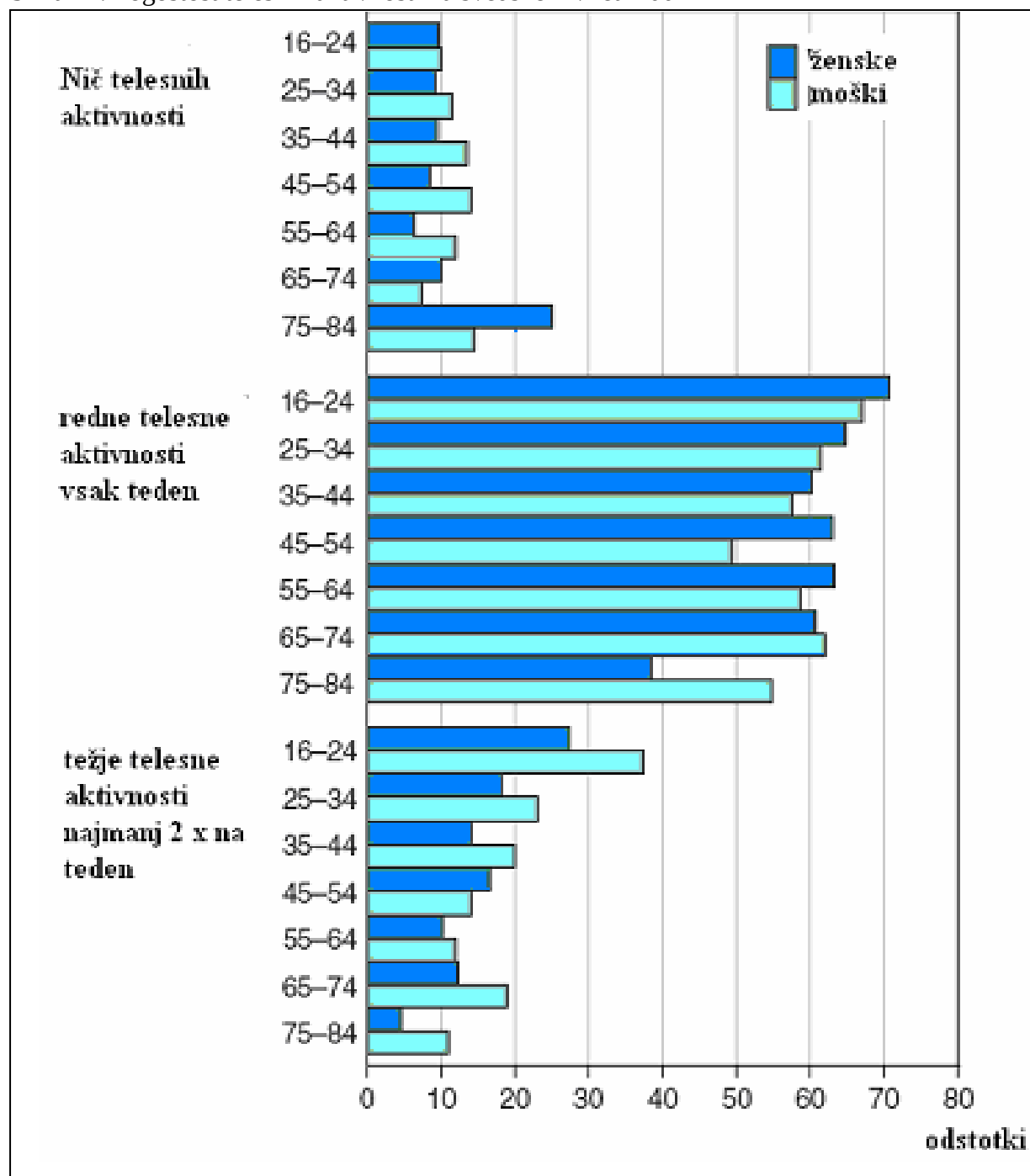
Slika 20: Delež predebele in nadpovprečno debele populacije na Švedskem v letu 2002



Vir: Ludin, 2004, str. 23.

Priloga 23: TELESNE AKTIVNOSTI NA ŠVEDSKEM V LETU 2002

Slika 21: Pogostost telesnih aktivnosti na švedskem v letu 2002



Vir: Lundin, 2004, str. 24.

Priloga 24: NAVADE KAJENJE CIGARET NA ŠVEDSKEM

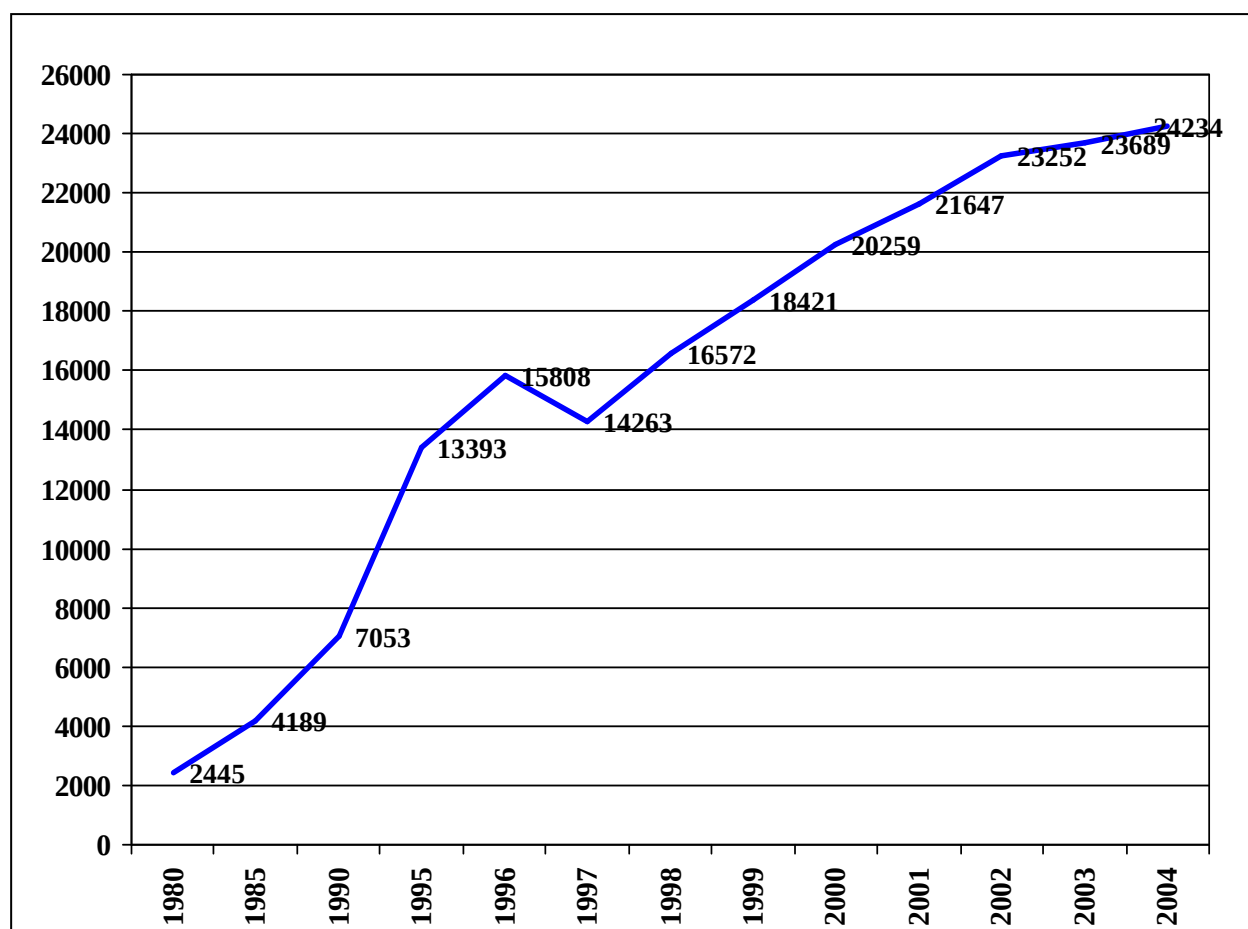
Tabela 21: Delež dnevnih kadilcev na Švedskem v letih 1980, 1985 in 2002

	1980		1985		2002	
	Ženske	Moški	Ženske	Moški	Ženske	Moški
16 – 24	37 %	28 %	30 %	23 %	18 %	10 %
25 – 44	40 %	42 %	37 %	33 %	20 %	14 %
45 – 64	24 %	37 %	27 %	34 %	23 %	23 %
65 – 74	14 %	32 %	13 %	25 %	16 %	14 %
75 – 84	4 %	25 %	6 %	21 %	9 %	11 %
Skupaj	29 %	36 %	27 %	30 %	19 %	16 %

Vir: Lundin, 2004, str. 22.

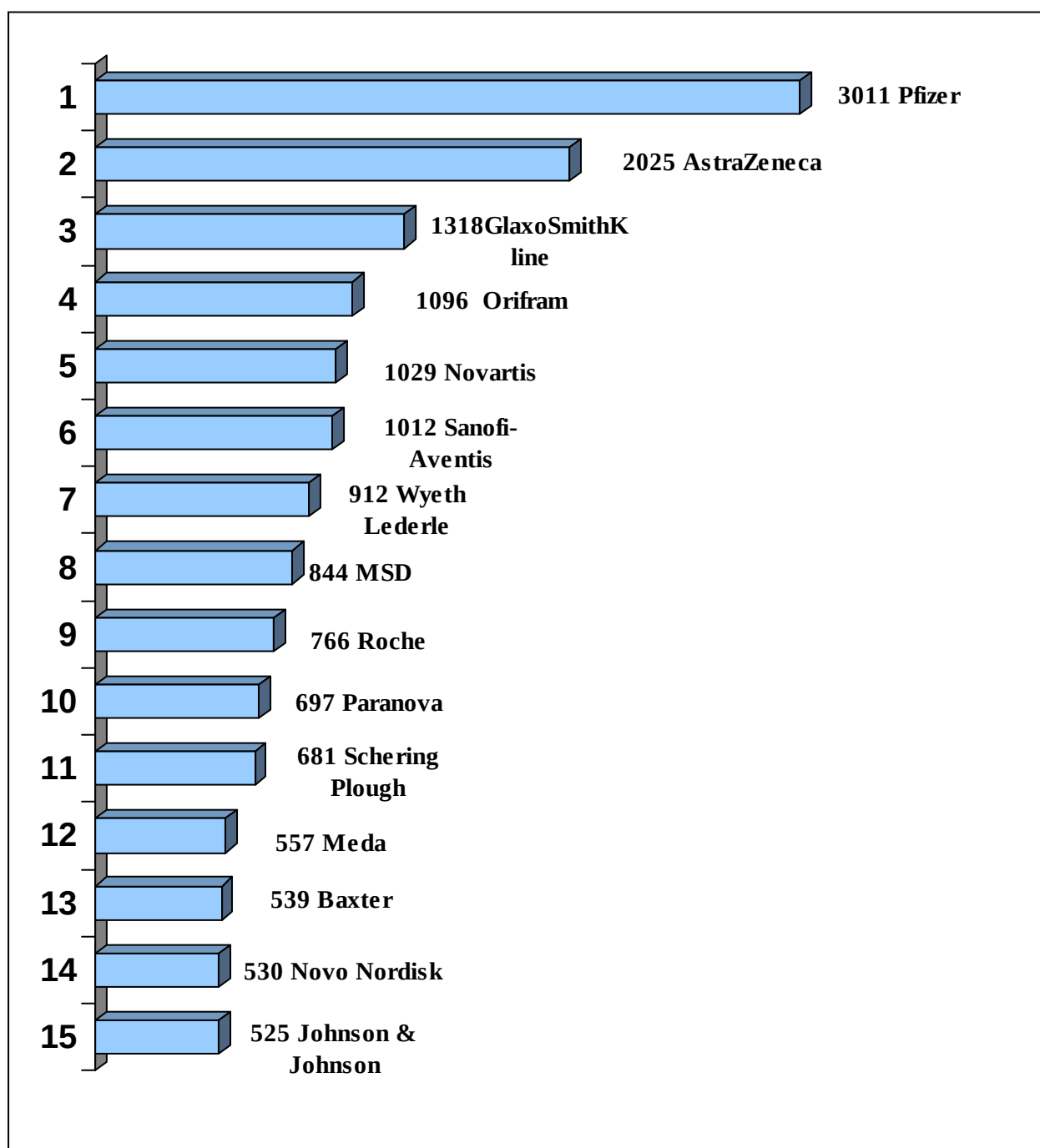
Priloga 25: ŠVEDSKI FARMACEVTSKI TRG

Slika 22: Celotna prodaja zdravil na Švedskem v obdobju 1980-2004



Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 8.

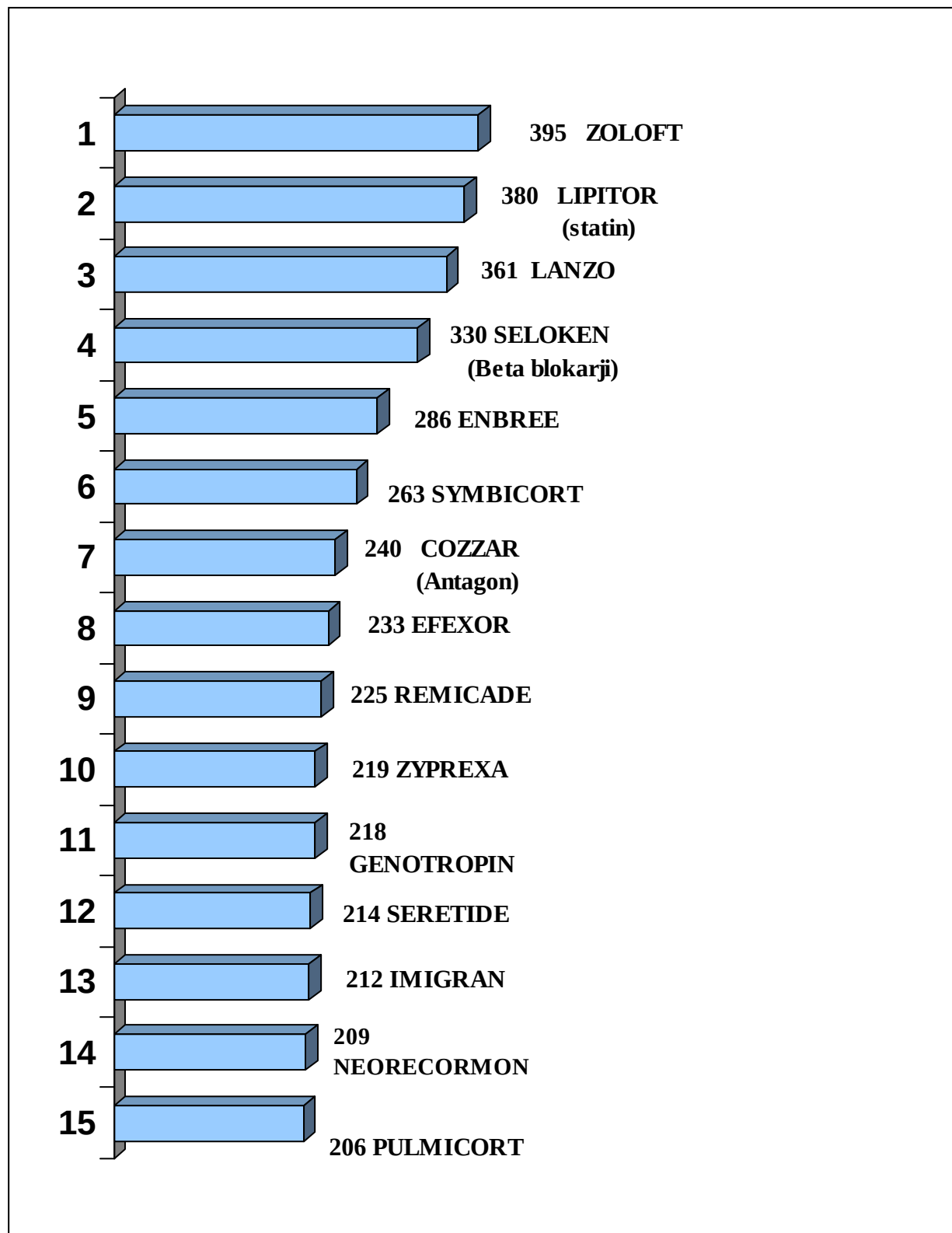
Slika 23: Vrednost prodaje 15 največjih podjetij v mio SEK¹ na Švedskem v letu 2004



Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 14.

¹ 1 EUR = 9,1268 (v letu 2004).

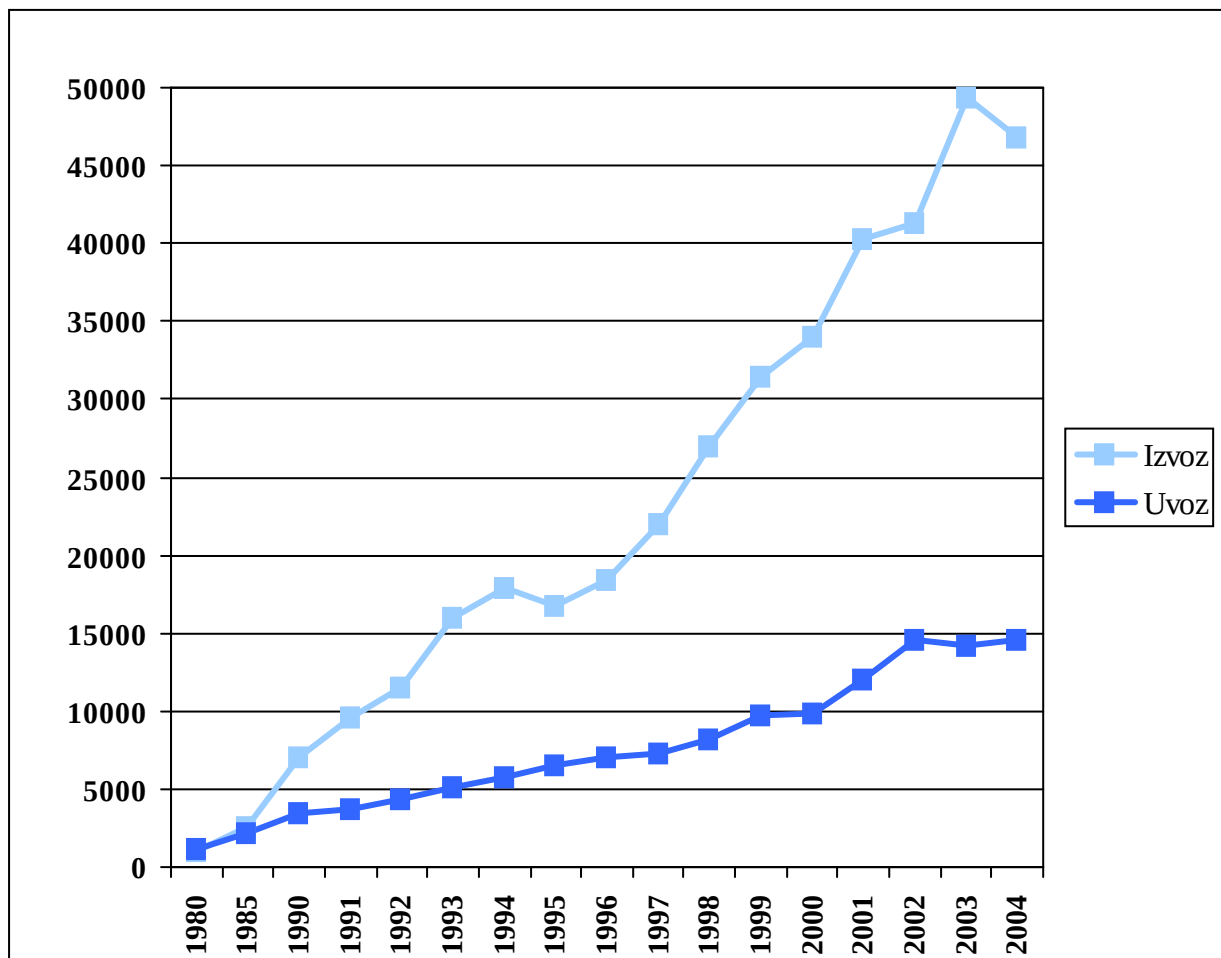
Slika 24: 15 najbolj prodajnih zdravil na Švedskem v mio SEK² v letu 2004



Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 13.

² 1 EUR = 9,1268 (v letu 2004).

Slika 25: Vrednost izvoza in uvoza zdravil v mio SEK³ Švedske za obdobje 1980 –2004



Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 21.

Tabela 22: Vrednosti izvoza in uvoza zdravil v mio SEK⁴ na Švedskem v obdobju 1980-2004

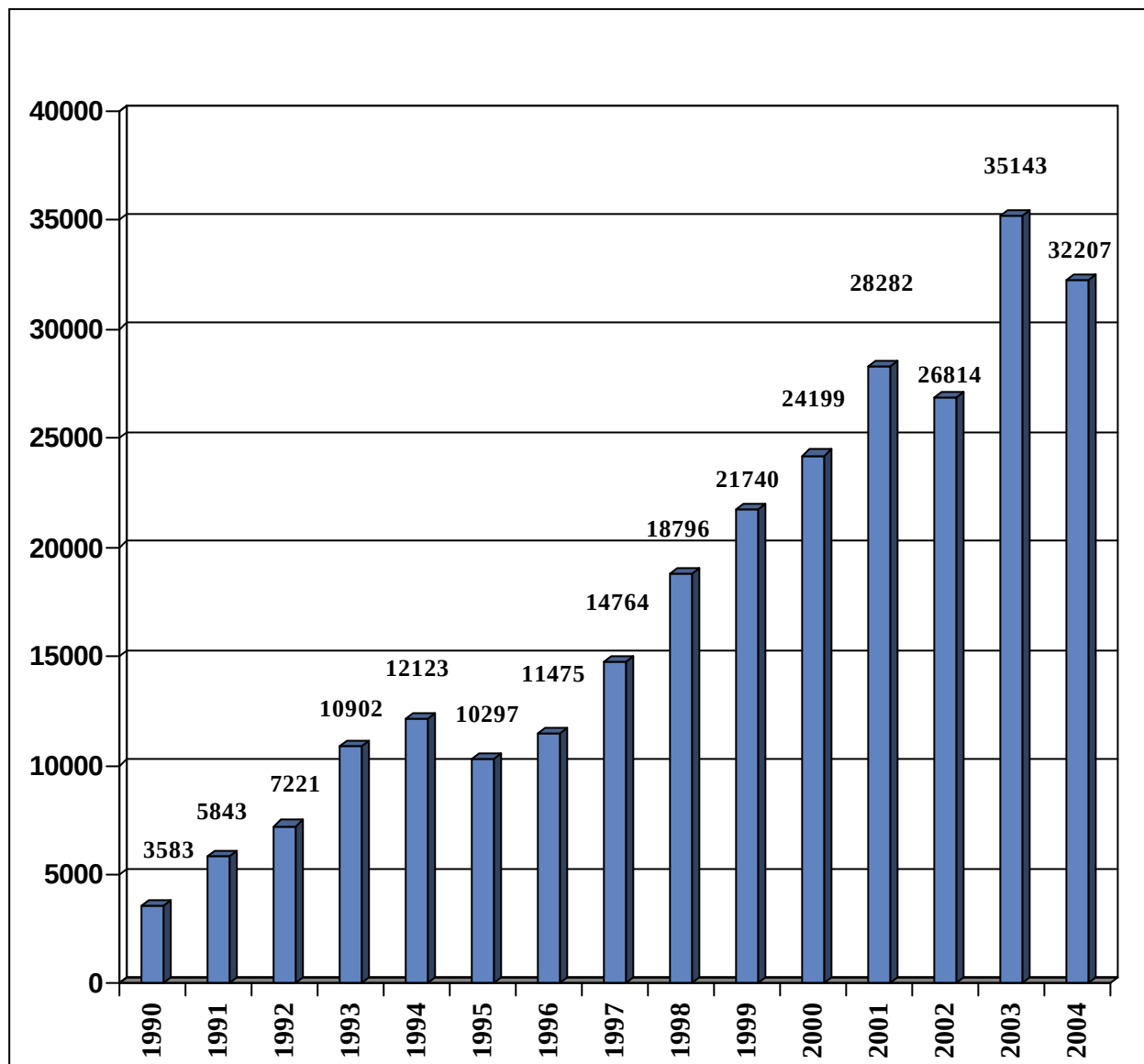
	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994				
Izvoz	1074	2611	7058	9548	11539	15966	17862				
Uvoz	1110	2161	3475	3705	4318	5064	5739				
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Izvoz	16777	18474	22041	26929	31496	33986	40300	41362	49382	46801	
Uvoz	6480	6999	7277	8133	9756	9787	12018	14548	14239	14594	

Vir: FAKTA 2005, 2005, str.21.

³ 1 EUR = 9,1268 SEK (v letu 2004).

⁴ 1 EUR = 9,1268 (v letu 2004).

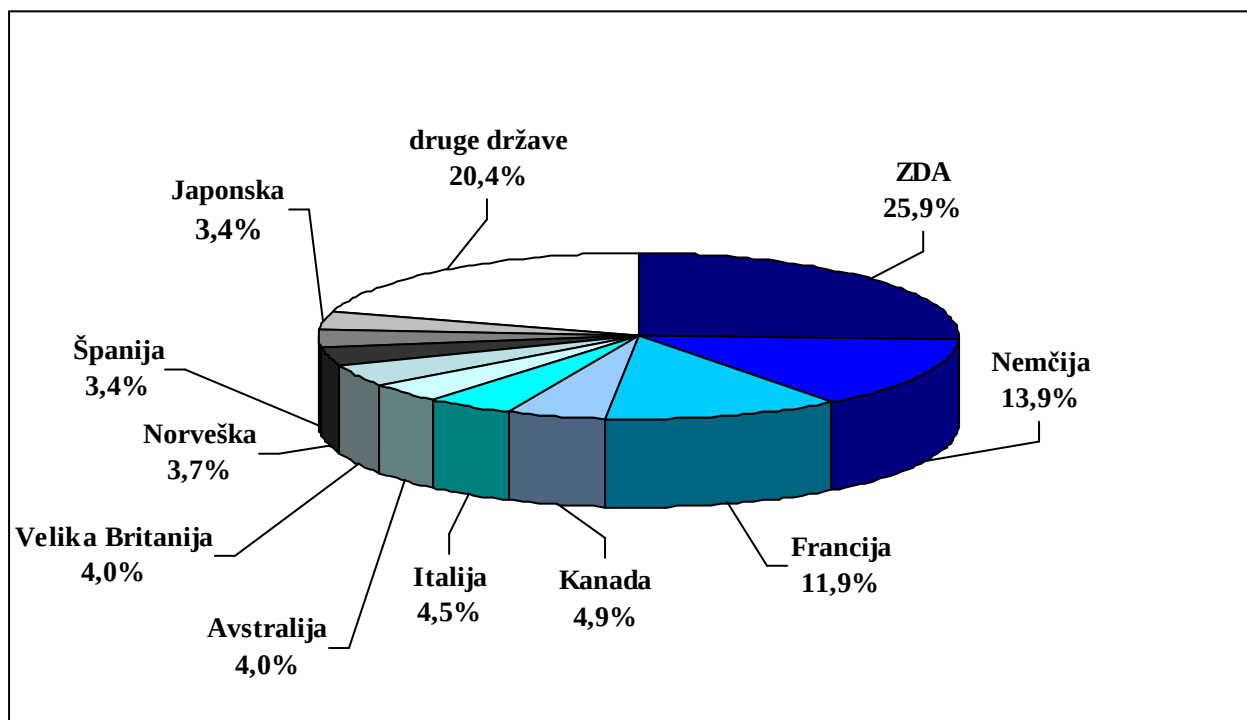
Slika 26: Trgovinska bilanca zdravil v mio SEK⁵ na Švedskem v obdobju 1990 - 2004



Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 20.

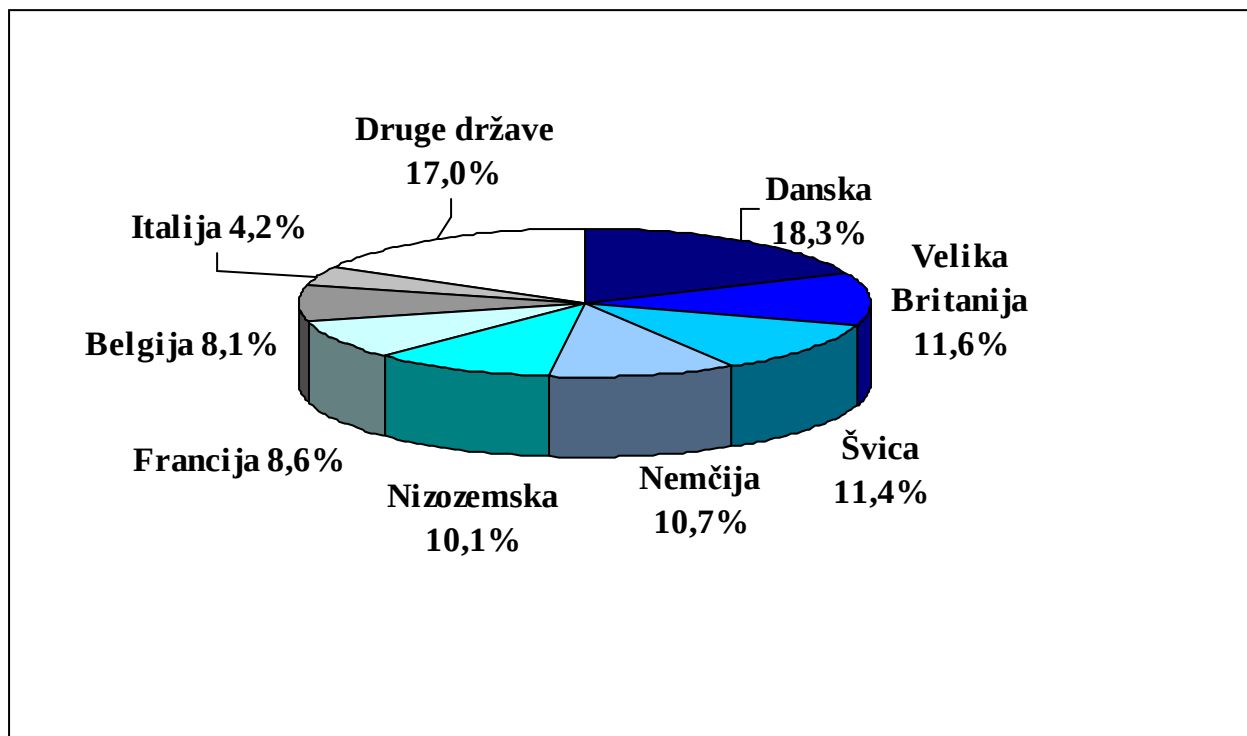
⁵ 1 EUR = 9,1268 SEK (v letu 2004).

Slika 27: Izvoz zdravil Švedske v druge države v letu 2004



Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 20.

Slika 28: Uvoz zdravil Švedske iz drugih držav v letu 2004



Vir: FAKTA 2005, 2005, str. 21.

Priloga 26: DELEŽ GENERIČNEGA TRGA NA ŠVEDSKEM V PRIMERJAVI Z DRUGIMI DRŽAVAMI EU

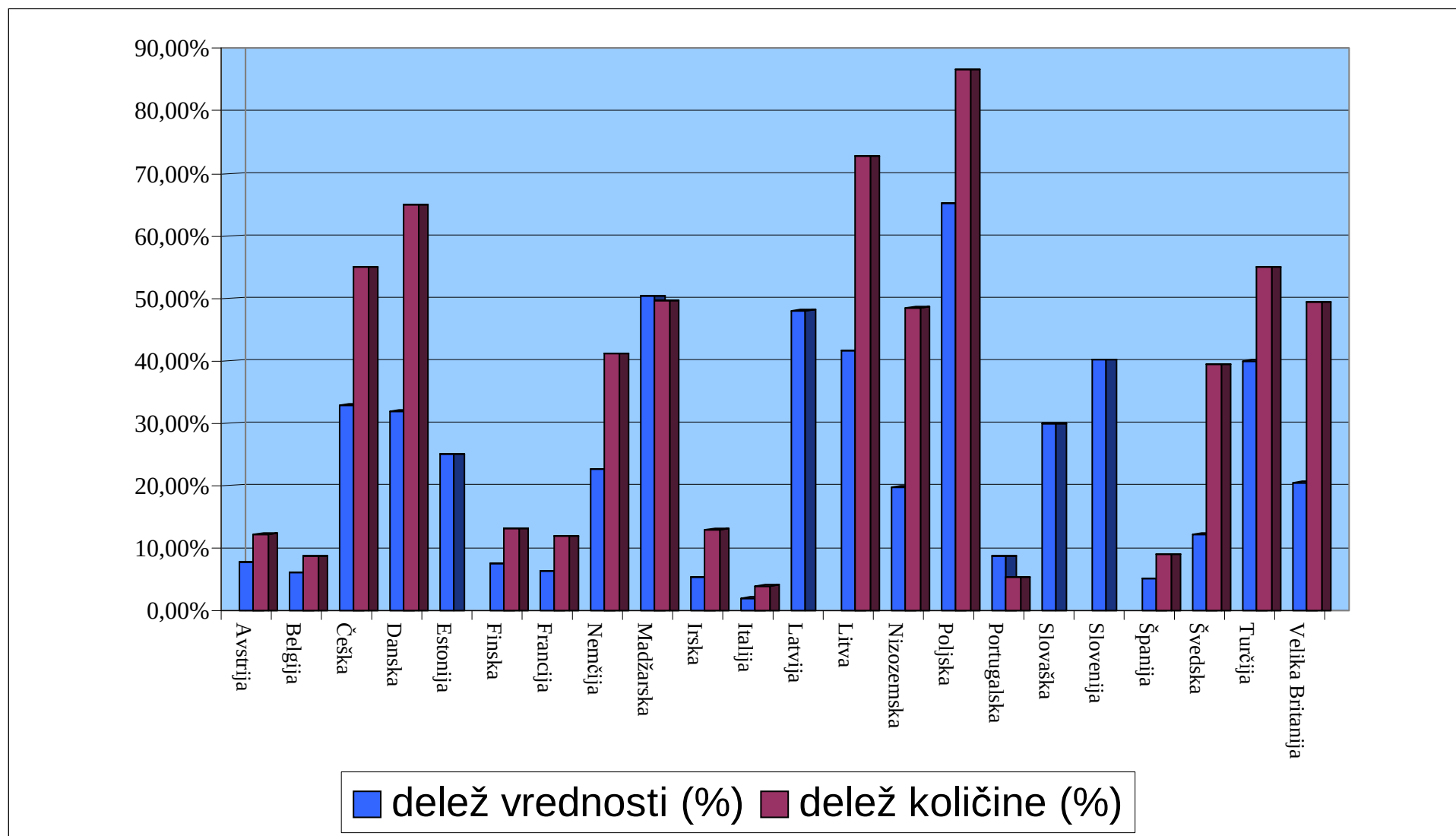
Tabela 23: Delež generičnega trga izraženega v vrednosti in količini v državah EU v letu 2004

Države	delež vrednosti (%)	delež količine (%)
Avstrija	7,80%	12,30%
Belgija	6,10%	8,70%
Češka	33,00%	55,00%
Danska	32,00%	65,00%
Estonija	25,00%	Ni podatka
Finska	7,63%	13,16%
Francija	6,00%	11,99%
Nemčija	22,70%	41,10%
Madžarska	50,38%	49,55%
Irska	5,35%	13,05%
Italija	2,05%	4,00%
Latvija	48,00%	Ni podatka
Litva	41,60%	72,70%
Nizozemska	19,80%	48,50%
Poljska	65,20%	86,50%
Portugalska	8,78%	5,39%
Slovaška	30,00%	Ni podatka
Slovenija	40,20%	Ni podatka
Španija	5,16%	9,10%
Švedska	12,30%	39,40%
Turčija	40,00%	55%
Velika Britanija	20,60%	49,30%

Vir: Generics in Europe, 2005, str. 2.

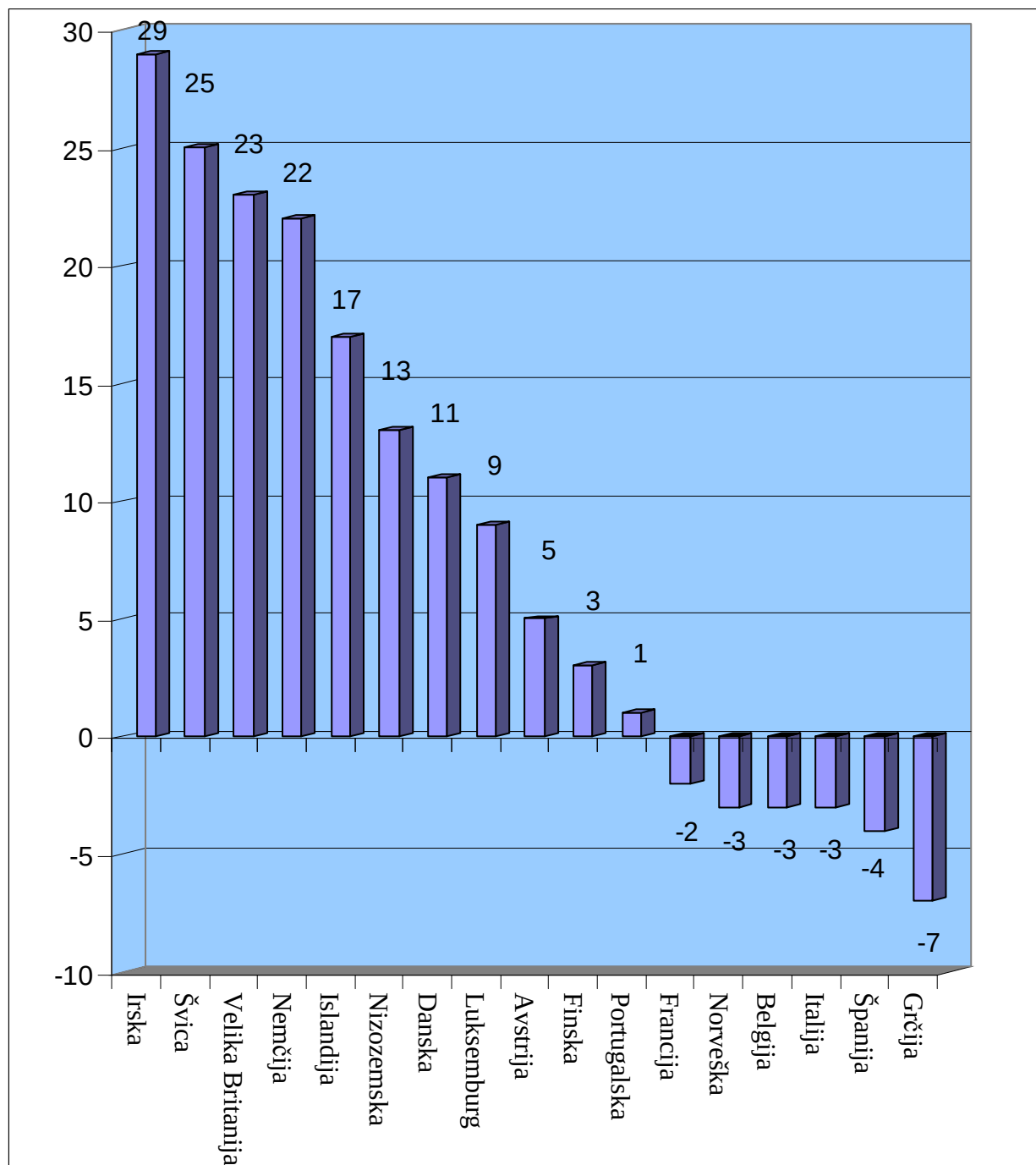
Slika 29: Delež generičnega trga na Švedskem in v drugih državah Evrope v letu 2004

48



Priloga 27: CENA ZDRAVIL NA ŠVEDSKEM

Slika 30: Primerjava relativnih cen zdravil (180 najbolj prodanih zdravil) na Švedskem z drugimi državami EU v odstotkih v letu 2004



Vir: FAKTA, 2005, str. 41.

Priloga 28: OBSTOJEČA KONKURENCA PODJETIJ NA ŠVEDSKEM TRGU ZDRAVIL NA RECEPT ZA KARDIOVASKULARNE BOLEZNI

Konkurenco podjetja Krke, d.d., Novo mesto na švedskem trgu bom razdelila glede na posamezne zdravila na recept za kardiovaskularne bolezni, in sicer:

- **ENAP** (Osnovna učinkovina: enalapril)

Tabela 24: Obstoječi konkurenti zdravila na recept Enap na Švedskem v letu 2005

Ime proizvoda	Oblika zdravika	Proizvajalec zdravil
Enalapril Actavis	Tabletka	ACTAVIS NORDIC A/S
Enalapril Alternova	Tabletka	ALTERNOVA AB
Enalapril comp ratiopharm	Tabletka	RATIOPHARM GMBH
Enalapril Comp Sandoz	Tabletka	SANDOZ GMBH
Enalapril Comp STADA	Tabletka	STADA ARZNEIMITTEL AG
Enalapril Copyfarm	Tabletka	COPYFARM A/S
Enalapril Ivax	Tabletka	IVAX SCANDINAVIA AB
Enalapril Merck NM	Tabletka	MERCK NM AB
Enalapril Mimer	Tabletka	MIMER MEDICAL
Enalapril Ranbaxy	Tabletka	RANBAXY (UK) LTD
Enalapril ratiopharm	Tabletka	RATIOPHARM GMBH
Enalapril Sandoz	Tabletka	SANDOZ GMBH
Enalapril STADA	Tabletka	STADA ARZNEIMITTEL AG
Enacard vet.	Tabletka	MERIAL S.A.S.
Linatil	Tabletka	HEXAL A/S
Renitec	Tabletka	MERCK SHARP & DOHNE BV
Renitec	Tabletka	MERCK SHARP & DOHNE BV
Synerpil	Tabletka	MERCK SHARP & DOHNE BV

Vir: Sweweb Product Database, avgust 2005.

- **AMPRIL** (osnovna učinkovina: ramipril)

Tabela 25: Obstoječi konkurenti zdravila na recept Ampril na Švedskem v letu 2005

Ime zdravila	Oblika	Proizvajalec zdravila
Ramipril Actavis	Tabletka	ACTAVIS NORDIC A/S
Ramipril Alpharma	Tabletka	ALPHARMA AS
Ramipril Copyfarm	Tabletka	COPYFARM A/S
Ramipril HEXAL	Tabletka	HEXAL A/S
Ramipril Nycomed	Tabletka	NYCOMED AB
Ramipril Pharmafile	Trde kapsule	PHARMAFILE LTD
Ramipril Pharmafile	Tabletka	PHARMAFILE LTD
Ramipril ratiopharm	Tabletka	RATIOPHARM GMBH
Ramipril Sandoz	Tabletka	SANDOZ GMBH
Ramipril STADA	Filmsko obložena tabletka	STADA ARZNEIMITTEL AG
Ramipril Winthrop	Tabletka	WINTHROP MÉDICAMENTS
Ramipril/Hidroklortiazid Actavis	Tabletka	ACTAVIS NORDIC A/S
Ramipril/Hidroklortiazid HEXAL	Tabletka	HEXAL A/S
Miratab	Tabletka	PHARMAFILE LTD
Pramace	Tabletka	ORIFARM AB
Pramace	Tabletka	ASTRAZENECA AB
Pramace	Trda kapsula	ASTRAZENECA AB
Prilacaps	Trda kapsula	PHARMAFILE LTD
Ramitab	Tabletka	PHARMAFILE LTD
Raprilix	Tabletka	PHARMAFILE LTD
Sigacaps	Trda kapsula	PHARMAFILE LTD
Tazko	Podaljšana tabletka	AVENTIS PHARMA AB
Tazko mite	Podaljšana tabletka	AVENTIS PHARMA AB
Triatec	Tabletka	ORIFARM AB
Triatec	Tabletka	AVENTIS PHARMA AB
Triatec	Tabletka	PARANOVA LÄKEMEDEL AB
Triatec H. O. P.	Tabletka	AVENTIS PHARMA AB
Triatec Start	Tabletka	AVENTIS PHARMA AB
Triatec Comp	Tabletka	AVENTIS PHARMA AB

Vir: Sweweb Product Database, avgust 2005.

→nadaljevanje Tabele 25

Ime zdravila	Oblika	Proizvajalec zdravila
Triatec Comp mite	Tabletka	AVENTIS PHARMA AB
Triatec Comp	Tabletka	ORIFARM AB
Unimax	Podaljšana tabletka	ASTRAZENECA AB
Unimax mite	Podaljšana tabletka	ASTRAZENECA AB
Vasotop vet.	Tabletka	INTERVET INTERNATIONAL BV

Sweweb Product Database, avgust 2005.

- **VASILIP** (osnovna učinkovina: simvastatin)

Tabela 26: Obstoječi konkurenti zdravila na recept Vasilip na Švedskem v letu 2005

Ime zdravila	Oblika zdravila	Proizvajalec zdravila
Simvastatin Actavis	Filmsko-obložena tabletka	ACTAVIS NORDIC A/S
Simvastatin Alpharma	Filmsko-obložena tabletka	ALPHARMA AS
Simvastatin Alternova	Filmsko-obložena tabletka	ALTERNOVA AB
Simvastatin Arrow	Filmsko-obložena tabletka	RECEPT PHARMA AB
Simvastatin Copyfarm	Filmsko-obložena tabletka	COPYFARM A/S
Simvastatin Gevita	Filmsko-obložena tabletka	GEVITA A/S
Simvastatin HEXAL	Filmsko-obložena tabletka	HEXAL A/S
Simvastatin IVAX	Filmsko-obložena tabletka	IVAX SCANDINAVIA AB
Simvastatin NM Pharma	Filmsko-obložena tabletka	IVOWEN LTD
Simvastatin Nycomed	Filmsko-obložena tabletka	NYCOMED AB
Simvastatin ratiopharm	Filmsko-obložena tabletka	RATIOPHARM GMBH
Simvastatin Sandoz	Filmsko-obložena tabletka	SANDOZ GMBH
Simvastatin Scand Pharm	Filmsko-obložena tabletka	GENERICS (UK) LTD
Simvastatin STADA	Filmsko-obložena tabletka	STADA ARZNEIMITTEL AG
Arteriostad	Filmsko-obložena tabletka	STADA ARZNEIMITTEL AG
Inegy	Tabletka	MSD – SD LTD
Lipcut	Filmsko-obložena tabletka	HEXAL A/S
Lipo	Filmsko-obložena tabletka	ANTULA HEATHCARE AB
Vytorin	Tabletka	MSD – SD LTD
Zocord	Filmsko-obložena tabletka	MERCK SHARD & DOHNE BV

Vir: Sweweb Product Database, avgust 2005.

- **CORYOL** (osnovna učinkovina: karvediol)

Tabela 27: Obstoječi konkurenti zdravila na recept Coryol na Švedskem v letu 2005

Ime zdravila	Oblika zdravila	Proizvajalci zdravil
Blockard	Filmsko-obložena tabletk	RATIOPHARM GMBH
Cardelex	Filmsko-obložena tabletk	RATIOPHARM GMBH
Carveblock	Filmsko-obložena tabletk	RATIOPHARM GMBH
Carvedilat	Filmsko-obložena tabletk	WÖRWAG PHARMA GMBH & CO. KG
Carvediol Alharma	Filmsko-obložena tabletk	ALPHARMA APS
Carvediol Alternova	Tabletk	ALTERNOVA AB
Carvediol HEXAL	Tabletk	HEXAL A/S
Carvediol Orion Pharma	Filmsko obložena tabletk	ORION CORPORATION, FERMION, OULU PLANT
Carvediol STADA	Tabletk	STADA ARZNEIMITTEL AG
Carvediol Sandoz	Tabletk	SANDOZ GMBH
Carvediol Teva	Tabletk	TEVA SWEDEN AB
Carvediol YES	Tabletk	YES PHARMACEUTICAL DEVELOPMENT SERVICES GMBH
Carvediol ratiopharm	Tabletk	RATIOPHARM GMBH
Carvelix	Tabletk	RATIOPHARM GMBH
Carvelone	Tabletk	DURASCAN MEDICAL PRODUCTS A/S
Carvex	Filmsko obložena tabletk	RATIOPHARM GMBH
Crediol	Filmsko obložena tabletk	ALFRED E TIEFENBACHER (GMBH & CO. KG)
Duplikarv	Filmsko obložena tabletk	GENERICON PHARMA GES.M.B.H.
Generokarv	Filmsko obložena tabletk	ALFRED E TIEFENBACHER (GMBH & CO. KG)
Karvediol AWD	Filmsko obložena tabletk	AWD.PHARMA GMBH & CO.KG
Karvediol Actavis	Filmsko obložena tabletk	ACTAVIS NORDIC A/S
Karvediol Arrow	Tabletk	ARROW GENERICS LTD
Karvediol Corax Pharma	Filmsko obložena tabletk	CORAX PHARMA GMBH
Karvedilo Alharma – ISIS	Filmsko obložena tabletk	ALPHARMA APS

Vir: Sweweb Product Database, avgust 2005.

→ Nadaljevanje Tabele 27

Ime zdravila	Oblika zdravila	Proizvajalci zdravil
Karvediol Docpharma	Filmsko obložena tabletk	ALFRED E TIEFENBACHER (GMBH & CO. KG)
Karvediol IVAX	Tabletk	IVAX SCANDINAVIA AB
Karvediol NM Pharma	Filmsko obložena tabletk	GENERICS (UK) LTD
Karvediol Scand Pharma	Filmsko obložena tabletk	GENERICS (UK) LTD
Karvediol Worwag	Filmsko obložena tabletk	WORWAG PHARMA GMBH &CO.KG
Karvediol Worwag Pharma	Filmsko obložena tabletk	WORWAG PHARMA GMBH &CO.KG
Karvediol generics	Filmsko obložena tabletk	GENERICS (UK) LTD
Karvol	Filmsko obložena tabletk	ALPHARMA APS
Kredex	Tabletk	ROCHE AB

Vir: Sweweb Product Database, avgust 2005.

- **LORISTA** (osnovna učinkovina: losartan)

Tabela 28: Obstoječi konkurenti zdravila na recept Lorista na Švedskem v letu 2005

Ime zdravila	Oblika zdravila	Proizvajalec zdravila
Cozaar	Filmsko obložena tabletk	MERCK SHARP & DOHNE BV
Cozaar	Tabletk	ORIFARM AB
Cozaar	Filmsko obložena tabletk	PARANOVA LÄKEMEDEL AB
Cozaar	Filmsko obložena tabletk	MERCK SHARP & DOHNE BV
Cozaar Comp	Filmsko obložena tabletk	ORIFARM AB
Cozaar Comp	Filmsko obložena tabletk	PARALLELL PHARMA AB
Cozaar Comp	Filmsko obložena tabletk	PARANOVA LÄKEMEDEL AB
Cozaar Comp Forte	Filmsko obložena tabletk	PARANOVA LÄKEMEDEL AB
Cozaar Comp Forte	Filmsko obložena tabletk	ORIFARM AB
Cozaar Comp Forte	Filmsko obložena tabletk	MERCK SHARP & DOHNE BV
Cozaar Comp	Filmsko obložena tabletk	MERCK SHARP & DOHNE BV

Vir: Sweweb Product Database, avgust 2005.

- **RAWEL** (osnovna učinkovina: inapadipum)

Tabela 29: Obstoječi konkurenti zdravila na recept Rawel na Švedskem v letu 2005

Ime zdravila	Oblika zdravila	Proizvajalec zdravila
Coversyl Comp	Tablet	LES LABORATOIRES SERVIER
Natrilix Retard	Prolonged-release tablet	LES LABORATOIRES SERVIER

Vir: Sweweb Product Database, avgust 2005.

- **TENOX** (osnovna učinkovina: amlodipin)

Tabela 30: Obstoječi konkurenti zdravila na recept Tenox na Švedskem v letu 2005

Ime zdravila	Oblika zdravila	Proizvajalec zdravila
Aloclon	Tabletka	SANDOZ GMBH
Amlardin	Tabletka	ARROW GENERICS LTD
Amlibon	Tabletka	SANDOZ GMBH
Amlocard	Tabletka	AWD.PHARMA GMBH & CO. KG
AmlodiLich	Tabletka	WINTHROP ARZNEIMITTEL GMBH
Amlodipin Alharma	Tabletka	ALPHARMA APS
Amlodipin Arrow	Tabletka	ARROW GENERICS LTD
Amlodipin Arrow Generics	Tabletka	ARROW GENERICS LTD
Amlodipin Copyfarm	Tabletka	COPYFARM A/S
Amlodipin Heumann	Tabletka	YES PHARMACEUTICAL DEVELOPMENT SERVICES GMBH
Amlodipin Hexal	Tabletka	HEXAL A/S
Amlodipin Ivax	Tabletka	IVAX SCANDINAVIA AB
Amlodipin Merck NM	Tabletka	GENERICS (UK) LTD
Amlodipin PSI supply	Tabletka	ORION CORPORATION, FERMION, OULU PLANT
Amlodipin Pinewood	Tabletka	PINEWOOD LABORATORIES LTD
Amlodipin Pinewood	Tabletka	PINEWOOD LABORATORIES LTD
Amlodipin Ranbaxy	Tabletka	RANBAXY (UK) LTD
Amlodipin Ranbaxy	Tabletka	RANBAXY (UK) LTD
Amlodipin STADA	Tabletka	STADA ARZNEIMITTEL AG
Amlodipin STADA	Tabletka	STADA ARZNEIMITTEL AG
Amlodipin Sandoz	Tabletka	SANDOZ GMBH
Amlodipin Sandoz	Tabletka	SANDOZ GMBH
Amlodipin TAD	Tabletka	TAD PHARMA GMBH
Amlodipin TAD	Tabletka	TAD PHARMA GMBH
Amlodipin Wolff	Tabletka	DR. AUGUST WOLFF GMBH & CO ARZNEIMITTEL
Amlodipin Wolff	Tabletka	DR. AUGUST WOLFF GMBH & CO ARZNEIMITTEL
Amlodipin Wörwag	Tabletka	WÖRWAG PHARMA GMBH & CO. KG
Amlodipin Wörwag	Tabletka	WÖRWAG PHARMA GMBH & CO. KG
Amlodipin ratiopharm	Tabletka	RATIOPHARM GMBH
Amlopin	Tabletka	CT-ARZNEIMITTEL GMBH
Amloreg	Tabletka	RATIOPHARM GMBH

Vir: Sweweb Product Database, avgust 2005.

→ nadaljevanje Tabele 30

Ime zdravila	Oblika zdravila	Proizvajalec zdravila
Amlodipin corax	Tabletka	CORAX PHARMA GMBH
Amlosig	Tabletka	DR. REGENOLD GMBH
Amlotaksin	Tabletka	STADA ARZNEIMITTEL AG
Amlovita	Tabletka	STADA ARZNEIMITTEL AG
Amlox	Tabletka	RATIOPHARM GMBH
Ladipon	Tabletka	STADA ARZNEIMITTEL AG
Lodipamol	Tabletka	RATIOPHARM GMBH
Norvas	Tabletka	MEDARTUUM AB
Norvasc	Tabletka	ORIFARM AB
Norvasc	Tabletka	CROSS PHARMA AB
Norvasc	Tabletka	MEDARTUUM AB
Norvasc	Tabletka	PARANOVA LÄKEMEDEL AB
Norvasc	Tabletka	PFIZER AB
Norvasc	Tabletka	CROSS PHARMA AB
Norvasc	Tabletka	MEDARTUUM AB
Pidolma	Tabletka	CT-ARZNEIMITTEL GMBH
Talam	Tabletka	RATIOPHARM GMBH

Vir: Sweweb Product Database, avgust 2005.

- **ATORIS** (osnovna učinkovina: atorvastatin)

Tabela 31: Obstoječi konkurenti zdravila na recept Atorisa na Švedskem v letu 2005

Ime zdravila	Oblika zdravila	Proizvajalec zdravila
Lipitor	Filmsko obložena tabletka	MEDARTUUM AB
Lipitor	Filmsko obložena tabletka	ORIFARM AB
Lipitor	Filmsko obložena tabletka	PFIZER AB
Lipitor	Filmsko obložena tabletka	PARANOVA LÄKEMEDEL AB
Lipitor	Filmsko obložena tabletka	PARALLELL PHARMA AB
Lipitor ()	Filmsko obložena tabletka	PFIZER AB
Lipitor	Filmsko obložena tabletka	PFIZER

Vir: Sweweb Product Database, avgust 2005.

Priloga 29: PRODAJA POSAMEZNIH ZDRAVIL NA ŠVEDSKEM

Tabela 32, ki prikazuje vrednosti prodaje posameznih skupin kardiovaskularnih zdravil na Švedskem v izbranih letih, je na naslednji strani.

Tabela 32: Vrednosti prodaje posameznih skupin kardiovaskularnih zdravil na Švedskem izraženo v SEK⁶ in tDDD v obdobju 2000 – 2003

ZDRAVILA	2000		2001		2002		2003	
	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD
TRADICIONALNI ANTIHIPERTENZIVI	33.942	3.690	37.381	4.272	41.845	5.129	62.591	5.980
DIURETIKI	230.339	263.561	234.180	265.905	244.147	269.185	244.411	275.919
Sulfonamidi enokomponenti pripravki	710	271	593	220	354	109	794	5
(C03CA) Sulfonamidi enokomponenti pripravki	138.228	175.482	140.200	175.939	143.541	175.540	136.491	172.671
Aldosteronovi antagonist	30.896	14.536	32.743	15.327	33.847	15.730	32.765	15.662
Diuretiki dilucijskega segmenta in varčevalnih s kalijem	20.288	34.006	21.252	35.600	22.776	36.728	24.319	39.399
BETA BLOKARJI	543.138	142.529	554.397	151.840	590.497	160.873	612.996	170.963
Beta-1-z beta-2-receptor blokarji	69.231	26.357	66.994	25.720	66.189	24.517	59.772	22.882
Selektivni beta-1-receptor blokarji	394.557	106.168	405.686	115.738	441.661	125.816	472.038	137.607

Vir: Apotekets försäljningsstatistik, 2004, str. 1, 6, 7.

⁶ 1 EUR = 9,125 SEK (v letu 2003).

→ Nadaljevanje Tabele 32

ZDRAVILA	2000		2001		2002		2003	
	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD
Selektivni beta-receptorblokarji	40.141	5.240	40038	5.347	39.975	5.386	38.267	5.305
Beta-receptor blokarji	1	0	1	0	1	0	0	0
Alfa-1-z beta-receptor blokarji	39.207	4.761	41.678	5.035	42.671	5.154	42.918	5.169
KALCIJEVI ANTAGONISTI	543.685	109.630	550.757	114.311	581.073	120.972	541.878	126.907
Dihidropiridinovi derivati	444.308	69.804	457.632	95.874	493.007	103.761	459.243	110.873
Derivati fenilalkilamina	33.074	10.261	31.485	9.603	30.179	8.958	28.370	8.278
Benzotiazepinovi derivati	66.304	9.565	61.641	8.834	57.887	8.253	54.266	7.757
ZAVIRALCI ANGIOTENZINSKE KONVERTAZE	822.805	176.820	882.630	201.221	927.683	231.321	996.757	145
ACE inhibitorji	517.968	133.230	483.927	201.221	408.241	156.888	362.412	166.207
ACE inhibitorji z diuretiki	49.054	6.719	53.706	7.223	55.426	7.588	53.711	8.018
ACE inhibitorji s kalcijem	1.836	-	2.468	-	2.223	-	1.877	-
Antagonisti angiotenzina II	208.960	30.781	268.371	39.680	352.457	52.449	419.307	63.467
Antagonisti angiotenzina II z diuretiki	44.975	6.090	74.136	9.889	109.313	14.396	159.431	20.084
Druga zdravila	12	-	23	-	23	-	20	-

Vir: Apotekets försäljningsstatistik, 2004, str. 6, 7.

→ Nadaljevanje Tabele 32

ZDRAVILA	2000		2001		2002		2003	
	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD	Vrednost PRODAJE (v 000 SEK)	tDDD
HIPOPLEMIKI	969.565	116.096	1.181.487	145.294	1.424.036	178.389	1.127.139	213.529
statini	912.407	110.385	1.125.413	139.713	1.369.147	172.951	1.075.791	207.928
Fibrati	41.185	4.688	38.564	4.597	36.573	4.443	28.935	4.341
druga zdravila	15.973	1.023	17.510	984	18.316	894	18.873	957
KARDIOVASKULARNA ZDRAVILA	3.475.171	927.256	3.778.183	995.098	4.147.065	1.073.226	3.886.839	1.153.579

Opombe: t- tisoč

Legenda:

 Indapamid	 Ramipril
 Karvediol	 Losartan
 Amlodipin	 Atorvastatin
 Enalapril	 Simvastatin

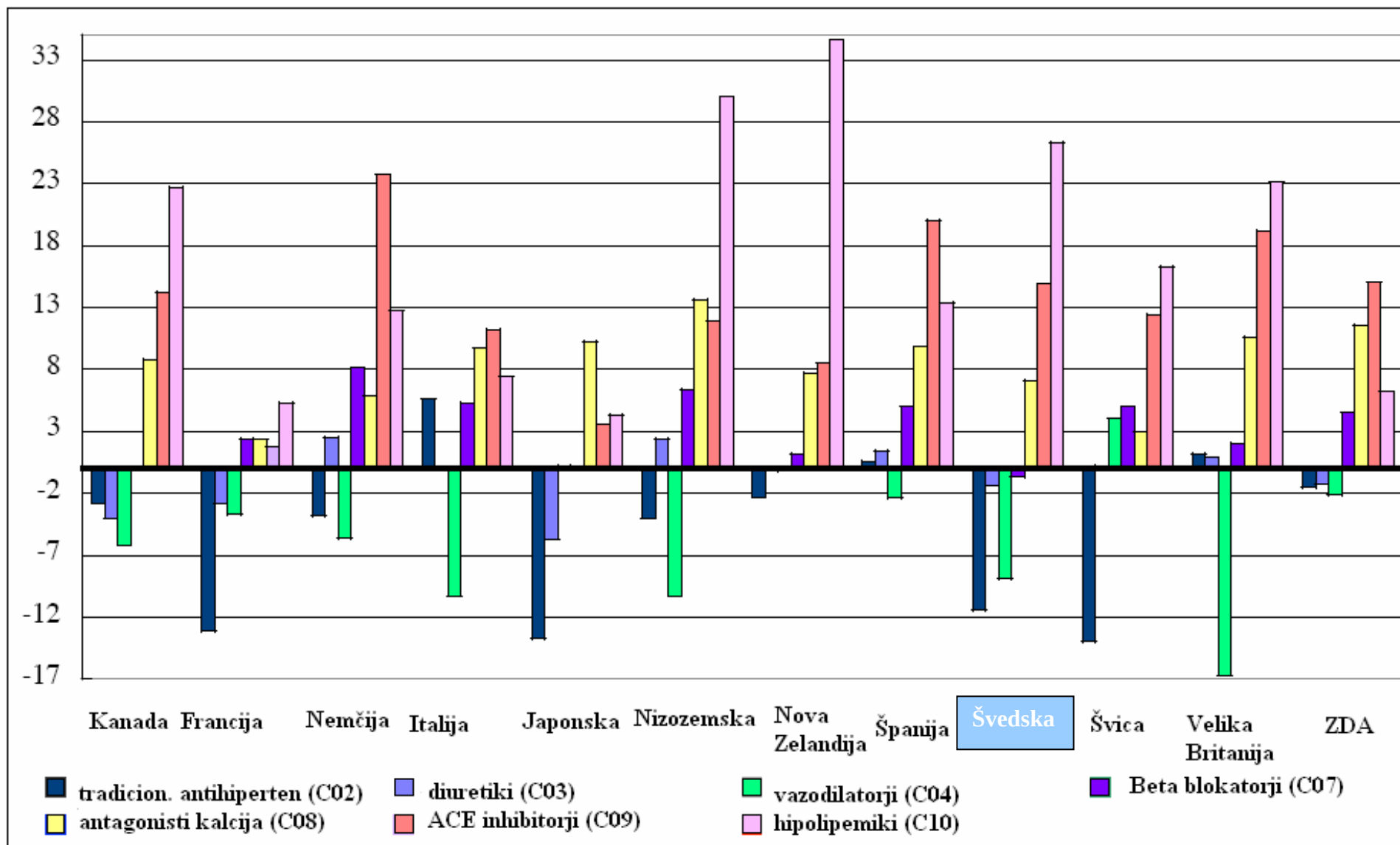
Vir: Apotekets försäljningsstatistik, 2004, str. 6, 7.

**Priloga 30: TREND PORABE ZDRAVIL POSAMEZNIH INDIKACIJSKIH
SKUPIN NA ŠVEDSKEM V OBDOBJU 1989 –1999 V
PRIMERJAVI Z DRUGIMI IZBRANIMI DRŽAVAMI**

Slika 31, ki prikazuje trende porabe posameznih skupin kardiovaskularnih zdravil na Švedskem in v drugih državah v obdobju 1989 – 1999, je na naslednji strani.

Slika 31: Trend porabe posameznih skupin kardiovaskularnih zdravil na Švedskem in v drugih državah v obdobju 1989 - 1999

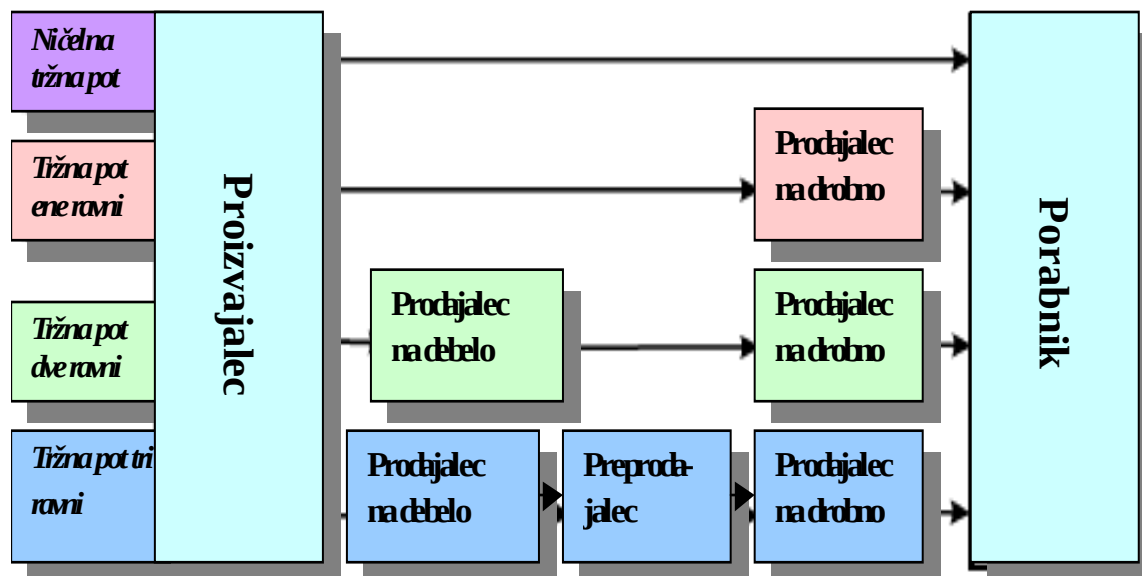
62



Vir: Dickson , Jacobzone, 2003, str. 61.

Priloga 31: RAVNI TRŽNIH POTI IZDELKOV

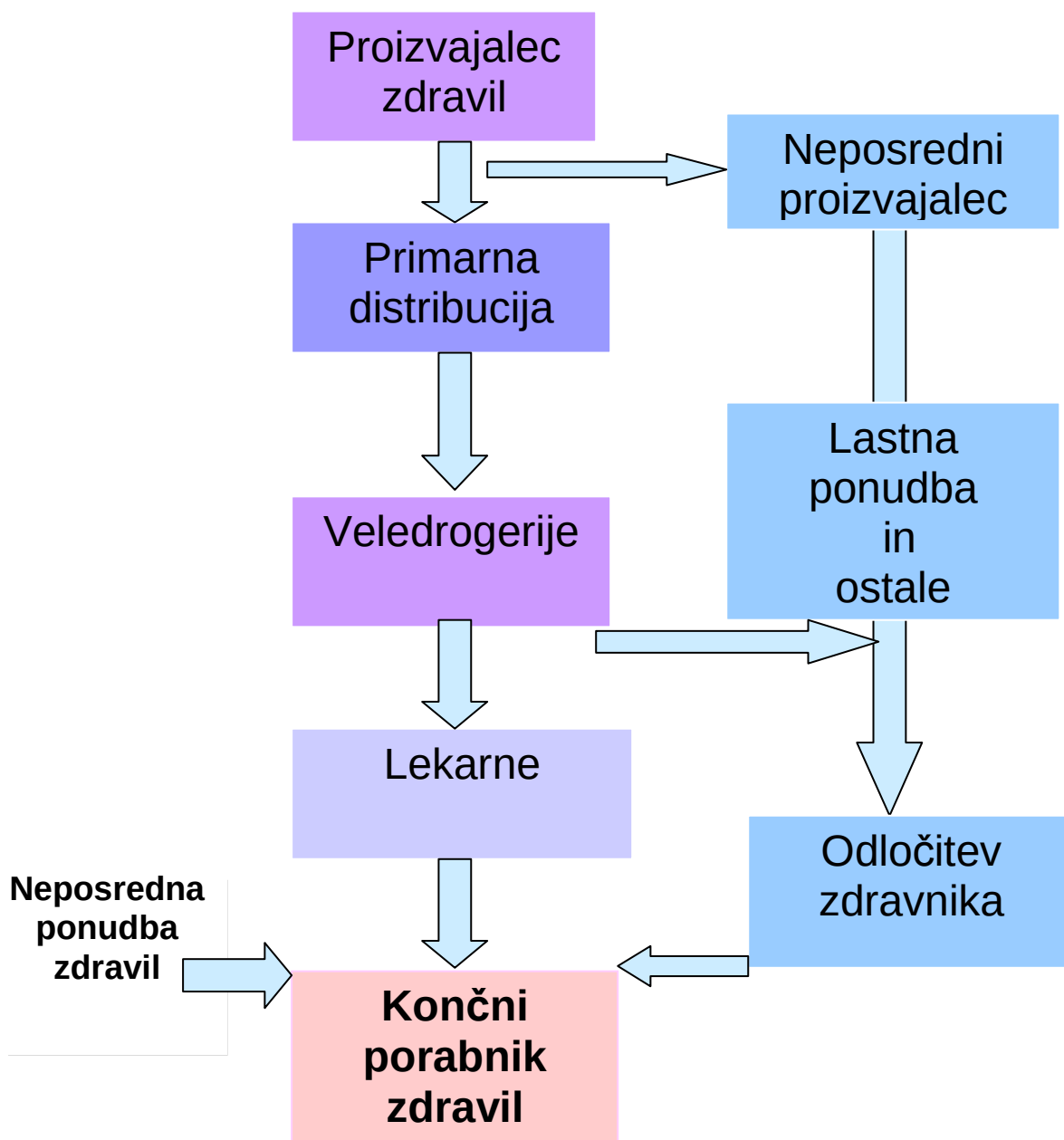
Slika 32: Ravni tržnih poti izdelkov



Vir: Kotler, 2004, str. 508.

Priloga 32: TRADICIONALNA TRŽNA POT NA FARMACEVTSKEM TRGU

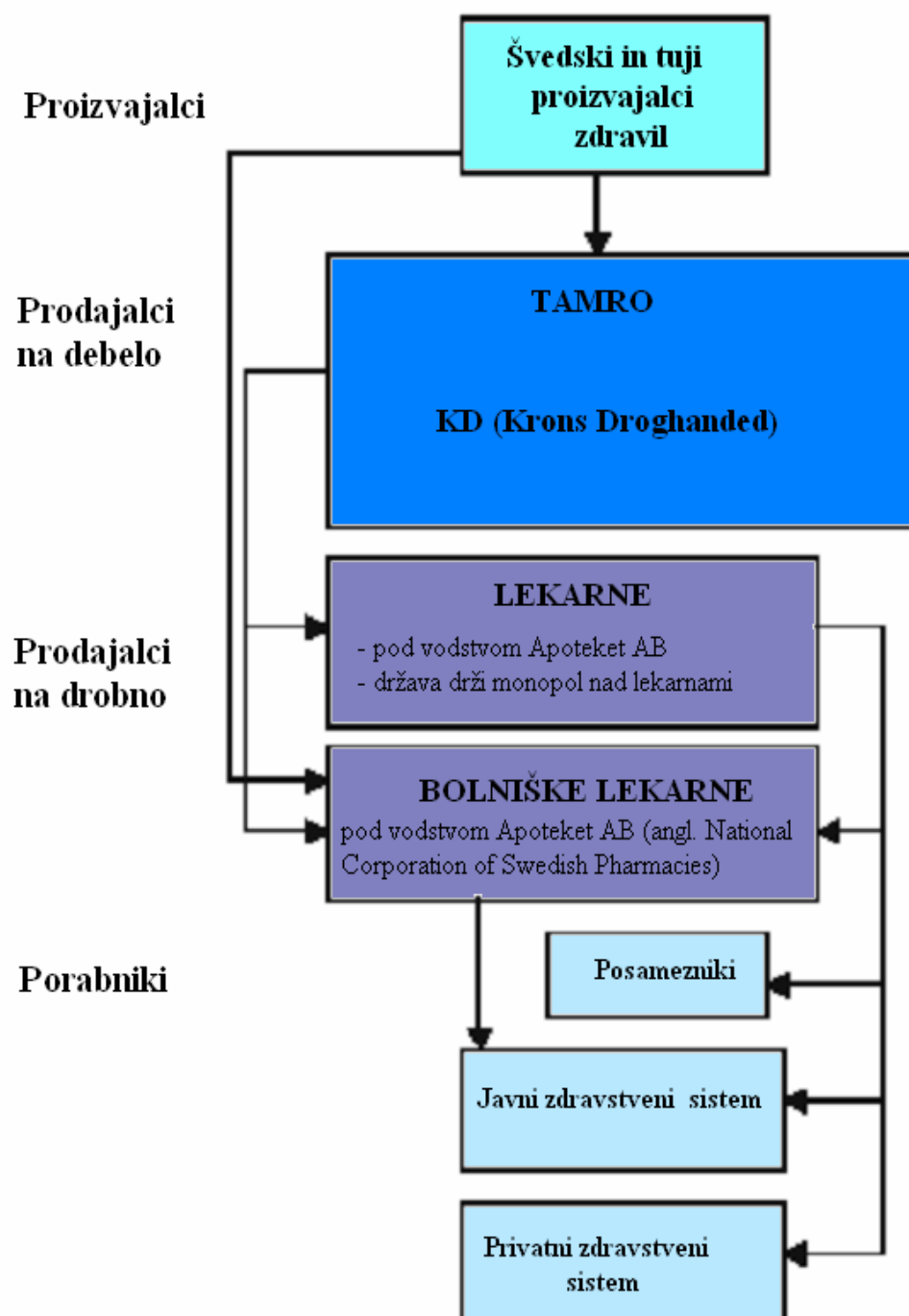
Slika 33: Tradicionalna tržna pot na farmacevtskem trgu



Vir: Panos Kanavos, 2005, str. 4.

Priloga 33: TRŽNA POT NA ŠVEDSKEM TRGU ZDRAVIL

Slika 34: Tržna pot na Švedskem trgu zdravil

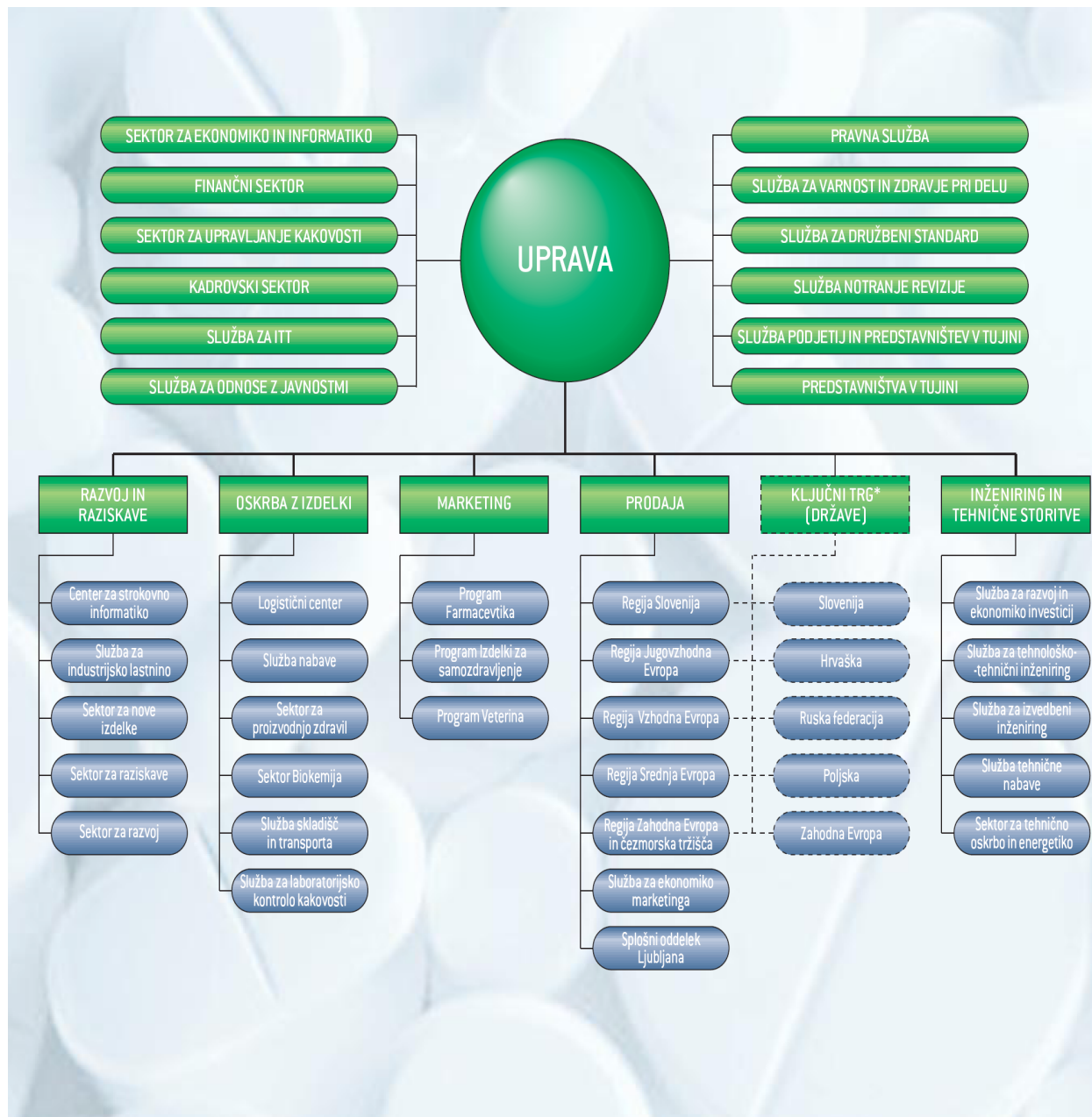


Vir: Pharmaceuticals: Country profiles: Sweden, 2002.

Priloga 34: PREDSTAVITEV PODJETJA KRKA, D.D., NOVO MESTO

• ORGANIZACIJSKA STRUKTURA

Slika 35: Organizacijska struktura podjetja Krka, d.d., Novo mesto



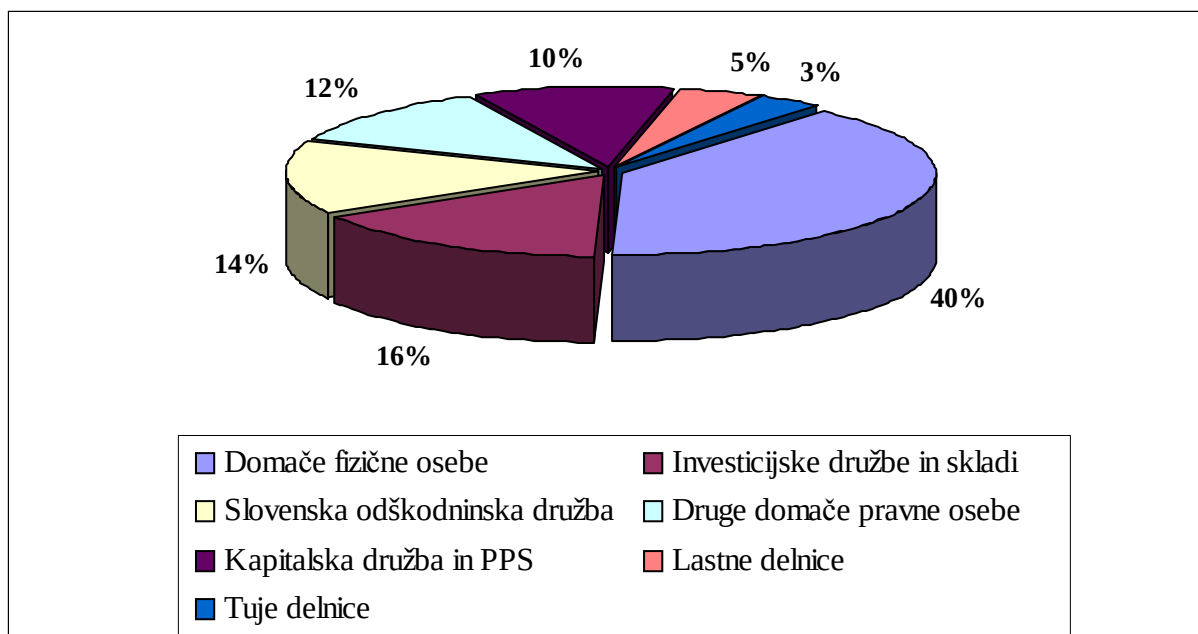
Vir: Letno poročilo, 2005, str. 23.

• LASTNIŠKA STRUKTURA

V prvem polletju leta 2005 se je trend razpršitve lastništva družbe, ki so ga beležili v zadnjih dveh letih obrnil. Družba je imela 30. junija 2005 54.286 delničarjev, medtem ko jih je imela konec leta 2004 blizu 55.000. Število delničarjev se je zmanjšalo predvsem na račun domačih

fizičnih oseb. V prvem polletju 2005 se je lastniški delež domačih fizičnih oseb zmanjšal za pol odstotne točke in je znašal 39,4%. Lastniški deleži ostalih domačih fizičnih oseb se niso bistveno spremenili, tuji delničarji pa so povečali svoj delež za pol odstotne točke in imajo 3,3–odstotni delež (Polletno poročilo, 2005, str. 17).

Slika 36: Lastniška struktura podjetja Krka, d.d., Novo mesto 30.6.2005



Vir: Polletno poročilo, 2005, str.17.

• **INTERNACIONALIZACIJA PODJETJA**

Iz Tabele 33 je razvidno, da podjetje Krka, d.d., Novo mesto večino aktivnosti koncentrira v domači državi. Trg torej servisira iz domače baze v čvrsti koordinaciji s pomočjo standardizacije tistih aktivnosti, ki jih je treba izvajati v bližini kupca (Berus, 2003, str. 26).

Na izbranih trgih ima podjetje ustanovljene svoje standardne enote (predstavništva ali podjetja), ki opravljajo predvsem operativne naloge: promocijske dejavnosti, asistenco komercialne dejavnosti, vzdržujejo stike z zdravstvenimi institucijami, opravljajo poprodajne storitve. Aktivnosti proizvodnje pa podjetje opravlja tudi na treh ključnih tujih trgih: na Poljskem, Hrvaškem in v Ruski federaciji. Z njihovo pomočjo želi podjetje še povečati konkurenčnost svojih izdelkov: skrajšati odzivni čas, izboljšati oskrbo in hkrati pridobiti status domačega proizvajalca (Berus, 2003, str. 26).

Temeljna značilnost Krkine internacionalizacije je postopnost. Podjetje Krka, d.d., Novo mesto postopno prevzema, integrira in uporablja znanja o tujih trgih (Berus, 2003, str. 27).

Tabela 33: Konfiguracija in koordinacija aktivnosti za podjetje Krka, d.d., Novo mesto

AKTIVNOST	VPRAŠANJE KONFIGURACIJA	VPRAŠANJE KOORDINACIJA
PROIZVODNJA	• Lokacija: - v matični državi, - na treh ključnih tujih trgih ima proizvodno-distribucijske centre: v Ruski federaciji, na Poljskem in Hrvaškem.	• Vodenje iz centra.
TRŽENJE IN PRODAJA	• Izbor izdelkov : opravi se v matični državi, glede na posebnosti posameznih trgov. • Izbor trgov: domači trg, Evropa (vzhodna, zahodna, srednja, jugovzhodna). • Različne lokacije končne priprave komuniciranja.	• Splošnost blagovne znamke. • Podobnost prodajnih poti in načina pozicioniranja izdelkov v svetu. • Usklajevanje politike cen v različnih državah.
POPRODAJNE STORITVE	• Različne lokacije servisa.	• Podobnost servisnih standardov in postopkov, koordinacija iz domače države.
RAZVOJ TEHNOLOGIJE	• Lokacija R&R centra: le v matični državi	
PRESKRBA	• Nabavna funkcija locirana v več državah.	• Prenos spoznanj. • Usklajevanje nabav skupnih delov. • Upravljanje preskrbe: iz centra.

Vir: Berus, 2003, str. 27.

• STRUKTURA PRODAJA PO REGIJAH

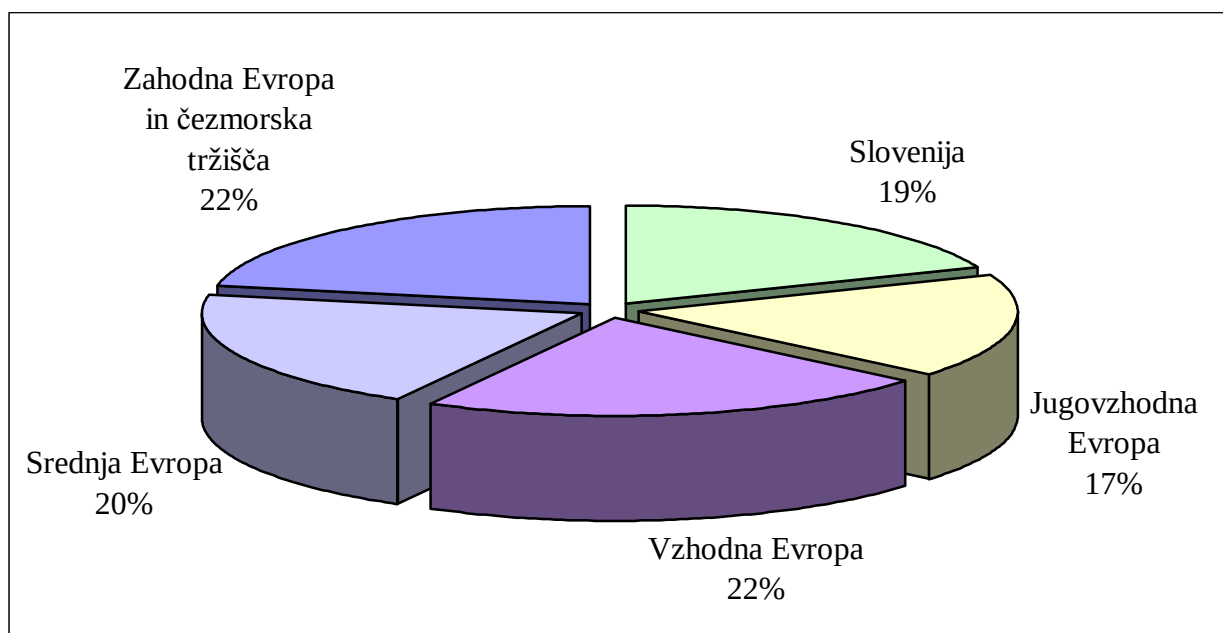
Strateški cilj podjetja Krka,d.d., Novo mesto je uravnotežena prodaja na petih različnih območij in oziroma regijah, in sicer:

- **Slovenija,**
- **Jugovzhodna Evropa** (Hrvaška, Srbija in Črna Gora, Makedonija, BiH, Albanija, Bolgarija, Romunija),
- **Vzhodna Evropa** (Ruska federacija in 14 drugih držav nekdanje Sovjetske zveze),

- **Srednja Evropa** (Poljska, Češka, Slovaška in Madžarska),
- **Zahodna Evropa in čezmorska tržišča.**

Z enakomerno prodajo na vsaki od njih se zmanjšujejo tveganja zaradi morebitnih ekonomskih in političnih težav, s tem pa se povečujeta stabilnost in uspešnost.

Slika 37: Zastopanost posameznih regij v prodaji podjetja Krka, d.d., Novo mesto v letu 2004



Vir: Letno poročilo Krka, 2005, str. 37.

V letu 2004 je podjetje Krka, d.d., Novo mesto doseglo prodajno rast v vseh regijah, največjo rast pa v regiji Zahodna Evropa in čezmorska tržišča (+ 56%) in v regiji Vzhodna Evropa (+ 13%). Regija Zahodna Evropa in čezmorska tržišča je v letu 2004 prvič presegla petinski delež v skupni prodaji.

Tabela 34: Vrednosti prodaje podjetja Krka, d.d., Novo mesto po regijah v letih 2003 in 2004 (v milijonih SIT)

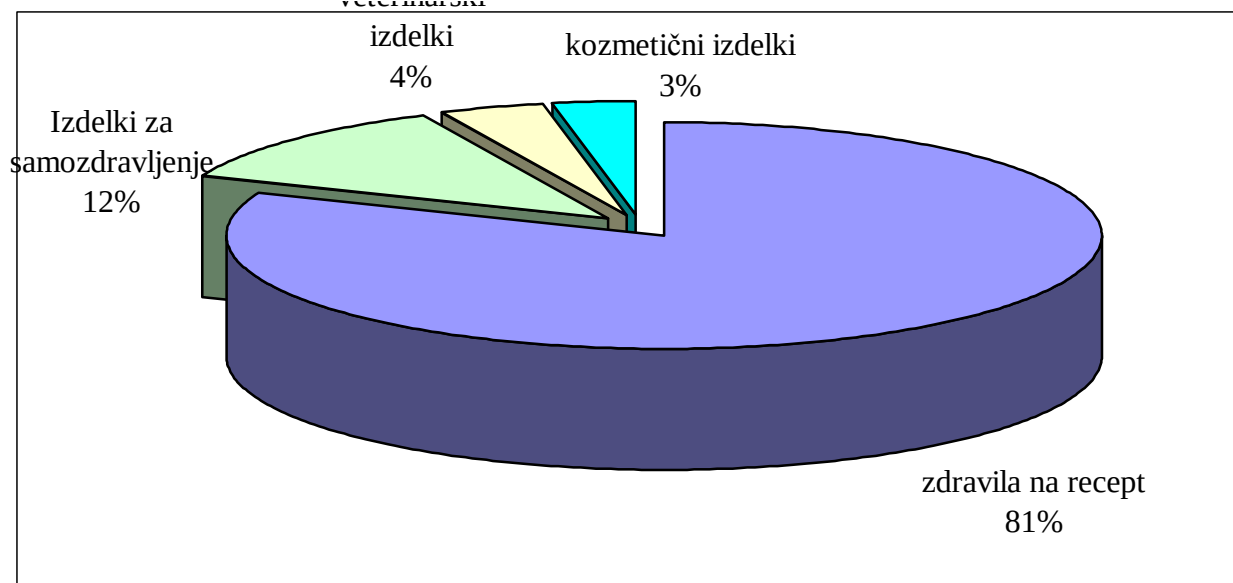
	2004	2003	Indeks 2004/2003
Slovenija	18.475	17.830	104
Jugovzhodna Evropa	16.798	16.194	104
Vzhodna Evropa	22.135	19.672	113
Srednja Evropa	19.380	18.109	107
Zahodna Evropa in čezmorska tržišča	21.190	13.583	156
Skupaj	97.978	85.388	115

Vir: Letno poročilo Krka, 2005, str. 37.

- **STRUKTURA PRODAJE PO DEJAVNOSTI PODJETJA KRKA, D.D., NOVO MESTO**

Največji delež v strukturi prodaje podjetja Krka, d.d., Novo mesto po dejavnosti predstavljajo farmacevtski izdelki. Znotraj te skupine pa predstavljajo večino zdravila na recept za humano uporabo (79,8 milijard SIT), sledijo izdelki za samozdravljenje (11,4 milijard SIT) in veterinarski izdelki (3,9 milijard SIT). V letu 2004 je podjetje Krka, d.d., Novo mesto v skladu s strategijo znatno skrčilo paleto kozmetičnih izdelkov in njena prodaja je bila v tem letu znašala 2,8 milijard SIT (Letno poročilo, 2005, str. 42).

Slika 38: Prodaja podjetja Krka, d.d., Novo mesto po skupinah izdelkov v letu 2004



Vir: Letno poročilo Krka, 2005, str. 43.

Tabela 35: Vrednost prodaje skupin podjetja Krka, d.d., Novo mesto po skupinah izdelkov v letih 2003 in 2004 (v milijonih SIT)

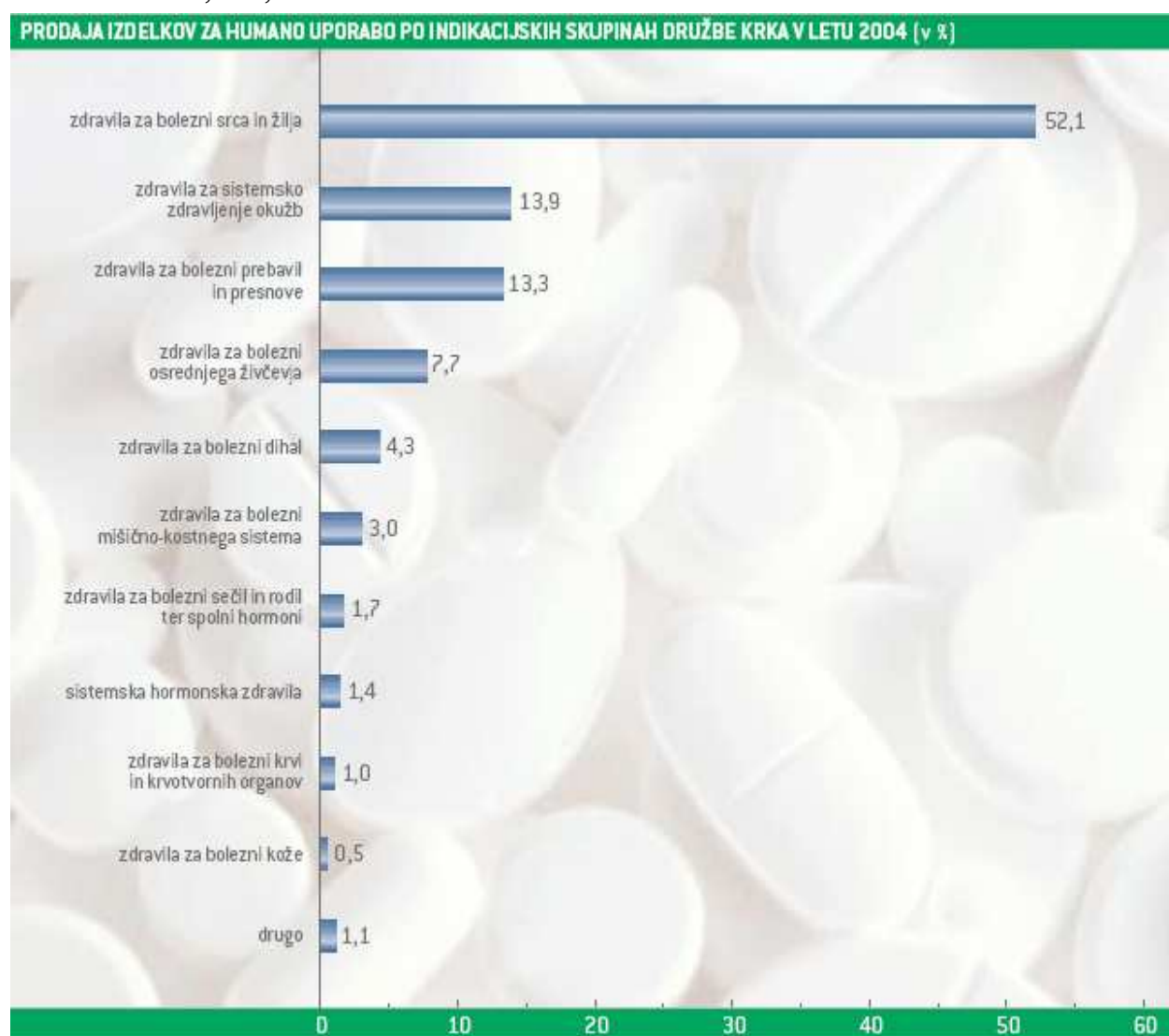
	2004	2003	Indeks 2004/2003
Izdelki za humano uporabo	100.155	82.911	121
<i>Zdravila na recept</i>	87.704	72.043	122
<i>Izdelki za samozdravljenje</i>	12.451	10.868	115
Veterinarski izdelki	4.133	4.082	101
Kozmetični izdelki	2.884	4.111	70
Zdravilišča	5.966	5.317	112
Ostalo	178	328	54
Skupaj	113.317	85.388	115

Vir: Letno poročilo Krka, 2005, str. 43.

- **STRUKTURA IZDELKOV ZA HUMANO UPORABO, RAZVRŠČENA PO SKUPINAH ATC (INDIKACIJSKIH SKUPINAH)**

Podjetje Krka, d.d., Novo mesto proizvaja številne izdelke za humano uporabo, za zdravljenje bolezni iz najpomembnejših indikacijskih skupin. V letu 2004 se je ponovno povečal delež zdravil za zdravljenje srčno-žilnih bolezni, ki je presegel 50%. V primerjavi s letom 2003 se je zmanjšal delež zdravil za sistemsko zdravljenje okužb in zdravil za zdravljenje bolezni prebavil in presnove, v skladu s strategijo pa se je v skupni prodaji povečal delež zdravil za zdravljenje bolezni osrednjega živčevja (Letno poročilo Krka, 2005, str. 44).

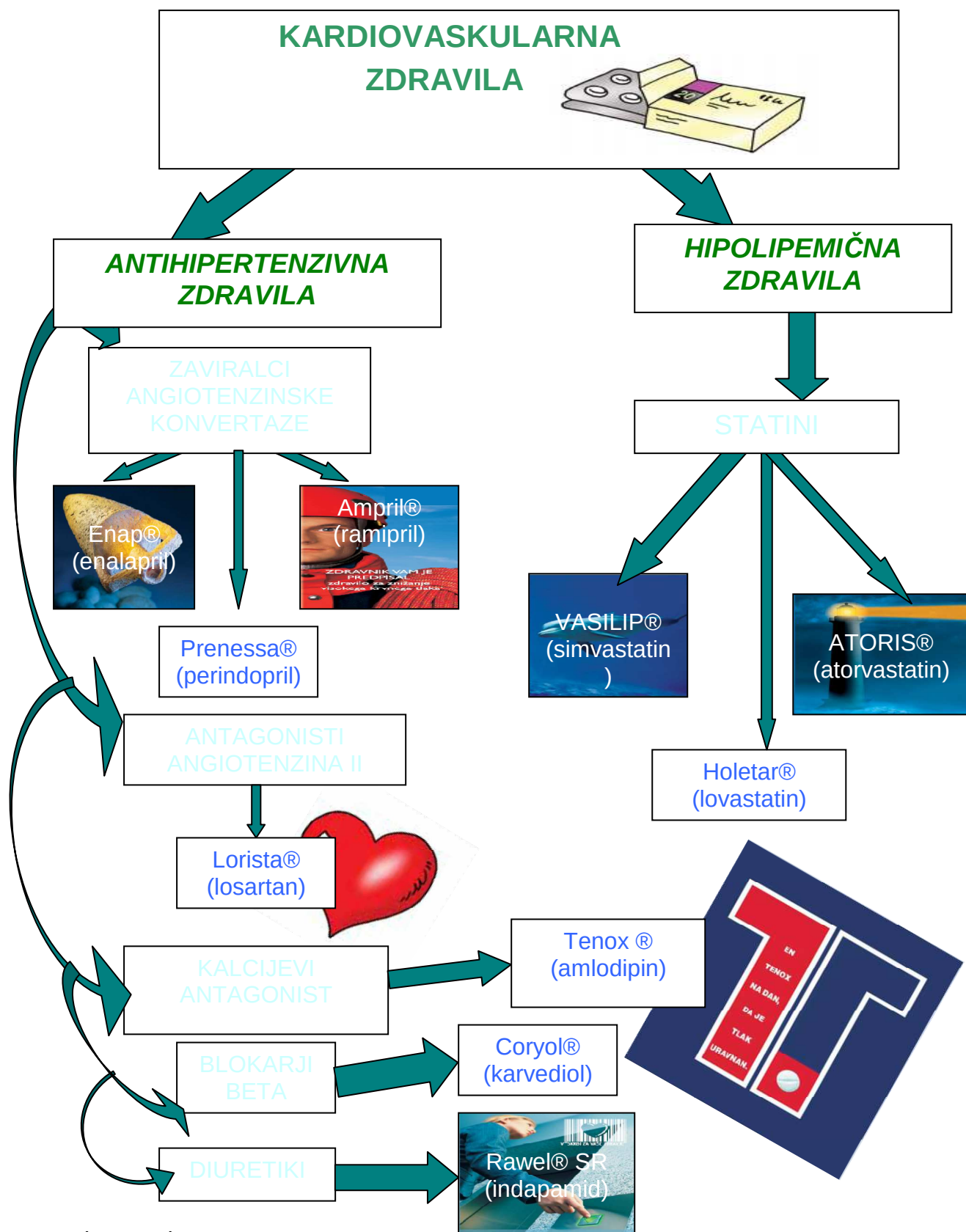
Slika 39: Vrednost prodaje izdelkov za humano uporabo po indikacijskih skupinah podjetja Krka, d.d., Novo mesto v letu 2004



Vir: Letno poročilo, 2005, str. 44.

- IZDELČNI SPLET KRKINIH KARDIOVASKULARNIH ZDRAVIL (monoterapija)

Slika 40: Izdelčni splet Krkinih kardiovaskularnih zdravil v letu 2005



Vir: Lastni.