

MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
ANÁLISE DE MERCADO
PROMOTORES
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO

Executado por:

EXERTUS
CONSULTING

Healthy'n
Portugal

Documento de Trabalho da AEP – Divulgação Reservada



Health Cluster Portugal
Pólo de Competitividade da Saúde



QUADRO
DE REFERÊNCIA
ESTRATÉGICO
NACIONAL



UNIAO EUROPEIA
Fundo Europeu
de Desenvolvimento Regional

(página propositadamente deixada em branco)

Índice

Mercado.....	9
<i>A Medicina Física e Reabilitação</i>	9
O que é a medicina física e reabilitação	9
Questões éticas	11
Estado anímico dos incapacitados	11
O que faz a reabilitação	12
Quais são os profissionais responsáveis pela reabilitação?.....	12
Onde é feita a reabilitação.....	12
Tendências na reabilitação	14
Evolução do mercado.....	14
Mercado potencial	15
Reabilitação no desporto	26
O turismo residencial	26
Recursos Humanos	27
Destaque Reino Unido e Alemanha	29
Reino Unido	29
Alemanha	30
A medicina física e a reabilitação no turismo de saúde e bem-estar.....	32
Principais emissores	32
Principais recetores.....	33
Tendências no TSBE	38
Como funciona o mercado.....	39
Operadores europeus de destaque	39
European Spas Association.....	40
Preços	40
Portugal no turismo de saúde e bem-estar - uma breve referência com o enfoque na Medicina Física e de Reabilitação	42
Potencial de mercado e cenarização	44
Conclusões	47
Identificação e Análise da Concorrência.....	50
Seleção da amostra	52
Identificação das Entidades:	53
TECCE	55
Preços	57
Serviços Complementares	58
Línguas	58

Curva de Valor	59
Benchmarking.....	61

Índice de tabelas



Tabela 1 - Mercado potencial ATA e ATJ, várias fontes	19
Tabela 2 - Mercado potencial AVC, várias fontes.....	22
Tabela 3 - Mercado potencial DC, várias fontes	25
Tabela 4 - Pessoas em reabilitação, Alemanha, 2012.....	31
Tabela 5 - Pessoas por tipo de reabilitação, Alemanha, 2012	31
Tabela 6- Alguns preços referenciados para a Hungria	35
Tabela 7 - Links úteis	40
Tabela 8 - Alguns preços obtidos em pesquisa de mercado.....	42
Tabela 9 - Cénarização para ATA	45
Tabela 10 - Cénarização para ATJ	45
Tabela 11 - Cénarização para AVC.....	46
Tabela 12 - Cénarização para DC	46
Tabela 13 - Potencial de mercado total	49
Tabela 14 - Identificação das entidades selecionadas na amostra	53
Tabela 15 - Distribuição geográfica da amostra, por país e tipo de entidade.....	54
Tabela 16 - Conceito de turismo de saúde apresentado pelas diferentes entidades..	55

Índice de figuras

Figura 1 - Média com intervalo de confiança de 95% dos níveis de capacidade e desempenho por condição médica.....	11
Figura 2- Ecossistema da reabilitação.....	11
Figura 3- Contexto de reabilitação no tempo, adaptado	13
Figura 4 Número de artroplastias da anca por 100000 habitantes, 2010, OCDE	16
Figura 5 Número de artroplastias do joelho por 100000 habitantes, OCDE, 2010	16
Figura 6 Tendências para ATA de 2000 a 2010	17
Figura 7 Tendências para ATJ de 2000 a 2010	17

Figura 8 - Tempo médio de estadia no hospital para ATA e ATJ, diferentes países ...	18
Figura 9 - Taxa de mortalidade devida a AVC, Health at a glance 2013, OCDE	21
Figura 10 - Taxa de mortalidade devida a ataques cardíacos em países de referência, Health at a Glance 2013, OCDE	24
Figura 11 - Evolução das taxas de morte por ataque cardíacos e AVC na Europa, OCDE, 2012.....	25
Figura 12 - Número de especialistas medicina física e reabilitação por 100000 habitantes, 2010	28
Figura 13 - Número de especialistas medicina física e reabilitação por 100000 habitantes, países referência, 2010	28
Figura 14 - Tempos médios de espera Reino Unido	30
Figura 15 - Tempos médios de espera Reino Unido	30
Figura 16 - Tratamentos médicos procurados por alemães no estrangeiro, “TK Analysis of EU Cross-Border Healthcare in 2007”	32
Figura 17 - Tipo de tratamentos procurados, 2012, Reino Unido, Treatment Abroad	33
Figura 18 - Países referidos como recetores no Treatment Abroad.....	34
Figura 19 Tempo de estadia médio	42
Figura 20 Preço/dia médio.....	42
Figura 21- Produto alargado	51
Figura 22 - Metodologia análise da concorrência	52
Figura 23 - principais destinos TSBE	52
Figura 24 - Gradação dos níveis de avaliação qualitativo das diferentes dimensões da TECCE.	56
Figura 25 - Resultado global da TECCE das entidades da amostra	57
Figura 26 - Frequência de disponibilidade dos serviços complementares.....	58
Figura 27- Línguas disponibilizadas no website	59
Figura 28 - Curva de valor para a Medicina Física e Reabilitação	59

Lista de acrónimos

ATA - Artroplastia total da anca

ATJ - Artroplastia total do Joelho

AVC - Acidentes vascular cerebral

DC - Doenças coronárias

DCV - Doenças cardiovasculares

DCV - Doenças cardiovasculares

MD - Medicina Desportiva

MFR - Medicina Física e de Reabilitação

OCDE - Organização para a Cooperação e desenvolvimento económico

OMS - Organização Mundial da Saúde

SPA - Salus per Aquam

SPMFR - Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação

TSBE - Turismo de Saúde e Bem-estar

UE - União Europeia

UEMS - Union Européenne des Médecins Spécialistes

Introdução

O objetivo estratégico do projeto Healthy'n Portugal é construir uma parceria para o desenvolvimento, em Portugal, de uma oferta de Turismo de Saúde, competitiva à escala global, assente numa plataforma colaborativa que articule e oriente, estrategicamente, a respetiva cadeia de valor.

Tendo a prestação de cuidados médicos como valência nuclear, a aposta passa por uma oferta abrangente, integrada e com elevados padrões de qualidade, onde tem lugar todo o ciclo assistencial e de reabilitação, o termalismo e a natureza, a atividade cultural, desportiva e de lazer, bem assim como a hotelaria e a gastronomia. O enfoque do Healthy'n Portugal assenta particularmente - à partida - na componente da oferta e da procura de tratamentos médicos e, portanto, dentro da área do turismo médico, ainda que com as naturais ligações às restantes componentes do turismo de saúde.

Pela franca expansão em que se encontra o Turismo de Saúde e Bem-estar é usualmente apresentado como um dos mais interessantes e promissores setores de atividade económica. Desde o final dos anos 90, que se assiste a um crescente número de pessoas que viajam para outros países com o objetivo de aí realizarem os seus tratamentos médicos essenciais, ou seja, procurando resolver um determinado condicionalismo médico, grande parte das vezes complementando com uma série de atividades de lazer e desporto.

O presente documento persegue 5 objetivos principais:

- 1) Enquadrar o mercado;
- 2) Identificar a concorrência;
- 3) Perceber o tipo de informação veiculada e a sua importância para o consumidor, traçando uma curva de valor da informação;
- 4) Desenvolver uma análise comparativa sobre a competitividade em termos de preço; e
- 5) Retirar informações importantes que permitam identificar boas práticas.

O presente documento está dividido em duas partes: uma primeira abordagem ao mercado e uma segunda que compreende um exercício de *benchmarking* em ambiente web. No final do documento são anexadas informações consideradas importantes sobre os fatores que condicionam a evolução do mercado, preços e as boas práticas encontradas.

A pesquisa de mercado procura refletir as dinâmicas e comportamentos do mercado da Medicina Física e de Reabilitação. Procura expressar uma ideia do valor do mercado, do número e fluxo de turistas e a evolução prevista, se possível. Esta pesquisa suportou-se na análise de vários estudos, de fontes diversas, e na recolha de dados primários.

A segunda parte deste documento assenta no exercício de *benchmarking* e procura fazer refletir resultados e conclusões através da aplicação do conceito de curva de valor a uma determinada amostra.

Mercado

“Nas sociedades modernas a melhoria das condições de vida, os avanços médico-cirúrgicos e a promoção e generalização dos cuidados de saúde têm permitido o aumento da longevidade das pessoas, havendo um progressivo crescimento do número de idosos. Em muitos países europeus, as pessoas vivem hoje, em média, cerca de 20 anos mais do que em relação a um passado não muito longínquo. Como é sabido, a esse aumento de esperança de vida tem correspondido um aumento de doenças crónicas, frequentemente incapacitantes.

9

Por outro lado, o crescimento e desenvolvimento tecnológico verificados nas últimas décadas, a par das alterações do ritmo e modo de vida, têm levado ao aparecimento de um elevado número de incapacitados, vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho e de acidentes cardiovasculares em idades cada vez mais jovens e produtivas.

A reabilitação, como processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de uma incapacidade, tendo em vista a sua reintegração social, teve um grande impulso e desenvolvimento no século XX, sobretudo nos períodos subsequentes às grandes catástrofes mundiais, como foram as guerras, tendo sido imputados aos governos os custos económicos, familiares e sociais decorrentes das lesões e sequelas dos seus cidadãos e exigidas medidas de reparação e integração.”

Fonte: Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação, Direcção-Geral da Saúde

A Medicina Física e Reabilitação

O turismo de saúde define-se como a exportação de serviços de saúde dentro de 4 áreas específicas: medicina curativa, preventiva, estética e bem-estar (*Wellness*). A Medicina Física e de Reabilitação (MFR) pode considerar-se como integrante da área da medicina curativa e compreende várias dimensões de incapacidade.

O que é a medicina física e reabilitação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Reabilitação como: “O uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto da condição incapacitante e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração”.

Os Fisiatras veem o Ser Humano como um todo bio-psico-social e têm como principal objetivo a recuperação funcional e o alívio da dor.

“A *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) define a MFR como uma especialidade médica autónoma, cujo objetivo reside na promoção da função física e cognitiva, da atividade (incluindo os comportamentos), da participação (incluindo a qualidade de vida) e na

modificação dos fatores pessoais e ambientais. É responsável pela prevenção, diagnóstico, tratamento e organização do programa de Reabilitação dos indivíduos com patologias médicas incapacitantes e co-morbilidades em todos os grupos etários” (fonte: Livro Branco de MFR).

Depois de uma lesão grave, doença ou cirurgia, existe um período de recuperação, normalmente lento e gradual. Procura-se recuperar a força, reaprender habilidades ou encontrar novas formas de fazer as coisas. Chama-se a este processo de Reabilitação, que muitas vezes se concentra:

10

- Na fisioterapia para ajudar a obter força e mobilidade;
- Na terapia ocupacional;
- Na terapia da fala para ajudar a recuperar ou corrigir a fala, a compreensão semântica, a leitura, a escrita;
- No tratamento da dor.

A reabilitação é, portanto, um processo global e dinâmico orientado para a recuperação, tanto física como psicológica e que pode incidir em funções tão diversas como a mastigação e deglutição, problemas de pensamento ou raciocínio, movimento ou mobilidade, fala ou linguagem.

Com diferentes graus de importância e incidência ao longo da vida, lesões ou condições médicas podem afetar a capacidade funcional do organismo:

- Distúrbios cerebrais, tais como acidente vascular cerebral, esclerose múltipla ou paralisia cerebral;
- Dor crónica, incluindo dores nas costas e pescoço;
- Cirurgias ósseas ou das articulações, queimaduras graves, ou amputação de membros;
- Artrite severa e crónica;
- Fraqueza grave com a recuperação de uma doença grave (como infeção ou insuficiência cardíaca ou respiratória);
- Lesão medular ou cerebral.

Os níveis de incapacidade variam conforme o tipo de lesão ou condição médica, tal como apresentado na figura seguinte.

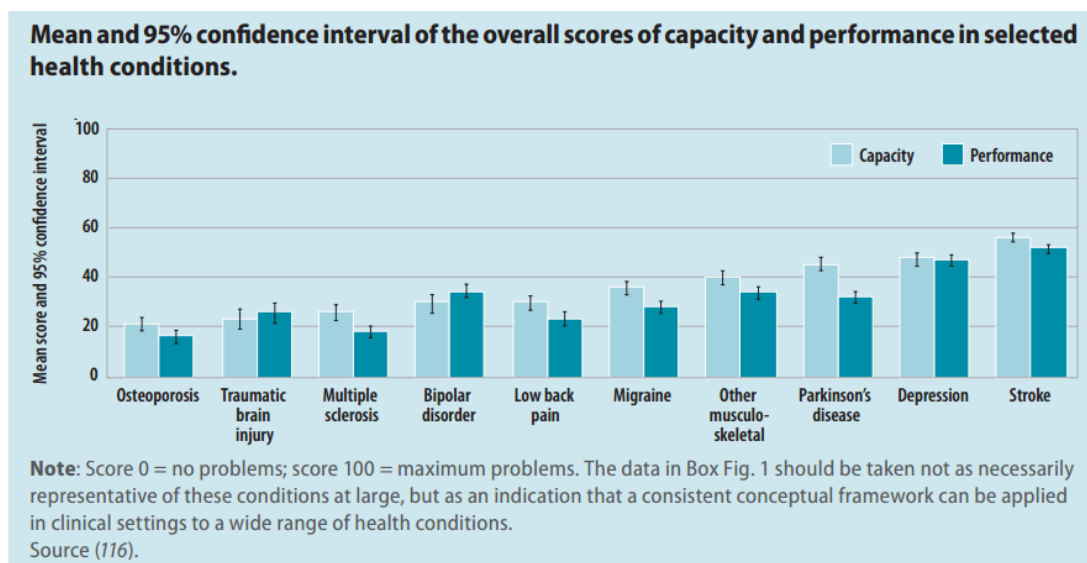


Figura 1 - Média com intervalo de confiança de 95% dos níveis de capacidade e desempenho por condição médica

A Medicina física e Reabilitação também inclui a medicina desportiva e a prevenção de lesões.

Para uma plena realização das ações de reabilitação, as ações devem abranger campos complementares, como a saúde, a educação, a formação, o emprego, a segurança social, o controlo ambiental e o lazer.

11

Partindo da condição de saúde das pessoas e das suas funções afetadas, as atividades a definir para cada processo de reabilitação devem ter em conta fatores pessoais (biográficos e psicográficos), bem como fatores externos (por exemplo, ambientais, geográficos, culturais e sociais) que, no seu conjunto exigem uma participação combinada, onde coexistem os vários profissionais de saúde.

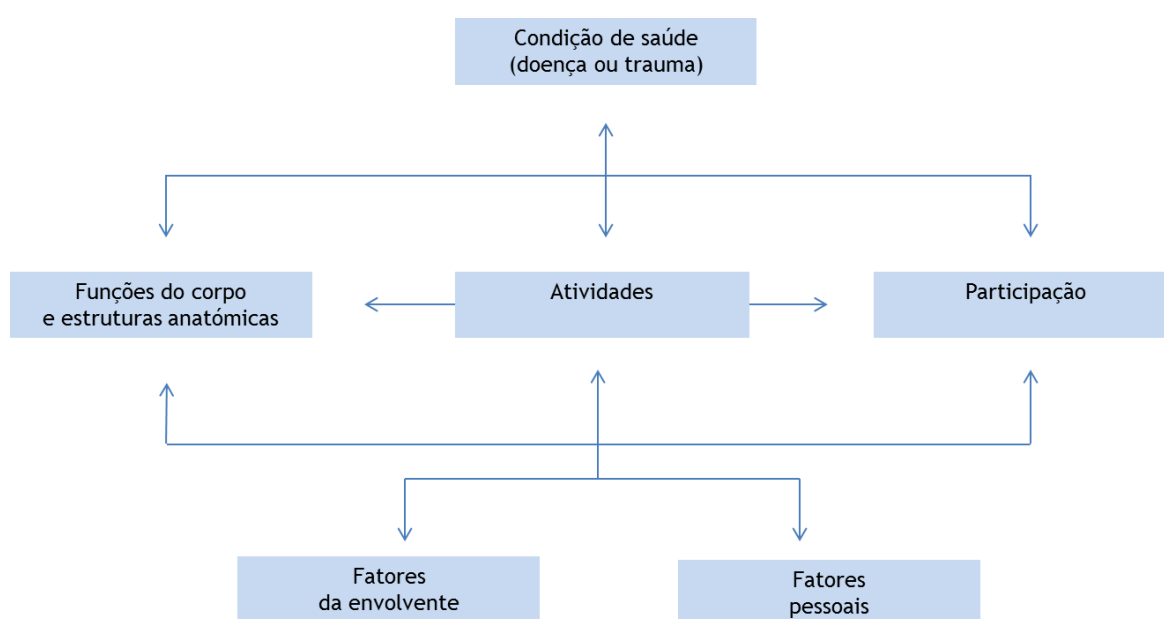


Figura 2- Ecosistema da reabilitação

Questões éticas

A Carta das Nações Unidas (1993), o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência (2003) e a resolução 58^a da Assembleia Mundial da Saúde (2005), em conjunto, declararam que o acesso à reabilitação é um direito humano básico. Além disso, na Europa, muitos Estados têm leis anti discriminação que apoiam as pessoas com deficiência, as suas famílias e os profissionais de saúde.

Estado anímico dos incapacitados

Aqueles que adquirem uma incapacidade, bem como as suas famílias, têm enormes adaptações a fazer no seu dia-a-dia. Estas podem ser particularmente difíceis quando a incapacidade surge repentinamente, ou quando os envolvidos são jovens. São frequentes os estados de negação, as dificuldades de adaptação e sentimentos disfuncionais de culpa ou raiva, auto ou hétero dirigidos. Em alguns casos, sobrevêm perturbações psicológicas como a

depressão. Nestes casos, a intervenção tentará promover atitudes mais equilibradas, a aceitação das novas limitações e a adaptação a novas formas de vida e a novos papéis, em casa e na comunidade.

O que faz a reabilitação

O tipo de terapia e os seus objetivos podem ser mais ou menos extensos e ambiciosos e diferentes para cada pessoa. Uma pessoa mais velha que teve um acidente vascular cerebral pode simplesmente requerer reabilitação para ser capaz de se vestir ou tomar banho sem ajuda ou aprender a deslocar-se de uma cadeira de rodas para a cama. Uma pessoa mais jovem que teve um ataque cardíaco pode necessitar de reabilitação cardíaca para tentar voltar ao trabalho e fazer as suas atividades normais. Alguém com uma doença pulmonar pode necessitar apenas de reabilitação pulmonar para respirar melhor e melhorar a sua qualidade de vida.

Outros pacientes podem precisar de um programa de reabilitação completo e de um plano de tratamento para ajudar com problemas médicos, físicos, sociais, emocionais e profissionais. Nestes casos, o foco da reabilitação situa-se além do corpo. O paciente pode precisar de:

- Terapia para problemas médicos específicos;
- Orientação para adequação da sua casa procurando maximizar a sua função e segurança;
- Ajuda com cadeiras de rodas, talas e outros equipamentos médicos;
- Ajuda com problemas financeiros e sociais.

Quais são os profissionais responsáveis pela reabilitação?

Uma vez que os pacientes apresentam frequentemente, uma mistura diversa de necessidades médicas, físicas, sensoriais, cognitivas, psicológicas, comunicativas, problemas sociais e ambientais, a reabilitação exige, também frequentemente, o trabalho de diferentes especialistas, trabalhando em conjunto, como uma equipa coordenada.

Assim, a reabilitação pode envolver uma equipa multidisciplinar composta por:

- Fisiatras;
- Enfermeiros;
- Fisioterapeutas;
- Terapeutas ocupacionais;
- Terapeutas da fala;
- Secretárias clínicas;
- Auxiliares de ação médica;
- Assistentes sociais;
- Psicólogos.

Onde é feita a reabilitação

A reabilitação pode ocorrer em diferentes momentos e contextos:

- Pode iniciar-se em ambiente hospitalar, por exemplo antes ou depois de uma cirurgia.
- Posteriormente, pode ocorrer em centros de reabilitação em regime de internamento (normalmente em casos de problemas ortopédicos significativos, queimaduras, lesões medulares ou lesões cerebrais graves).
- A reabilitação pode também ocorrer em regime de ambulatório, em centros de enfermagem ou centros de reabilitação, ou através de visitas domiciliárias.

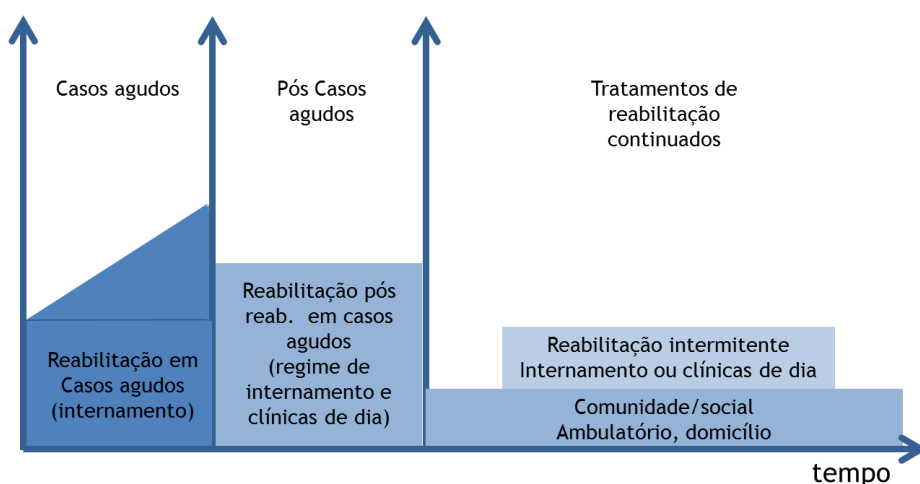


Figura 3- Contexto de reabilitação no tempo, adaptado

Um estudo levado a cabo, nos EUA, a 1.505 adultos não-idosos com incapacidades constatou que:

- 70% contava com a família e amigos para a assistência com as atividades diárias, e apenas 8% tinham utilizado auxiliares de saúde ou assistentes pessoais;
- 42% relataram não se conseguirem mover para fora de uma cama ou de uma cadeira porque não tinham ninguém disponível para ajudar;
- 45% dos participantes no estudo sentiam-se um fardo para a família;
- 23% temiam ter de ir para um asilo ou outro tipo de instalações.

Uma série de pesquisas tem tentado comparar a eficácia e o custo da reabilitação médica realizada em ambiente hospitalar, de internamento (lares de idosos) e em regime de ambulatório. Na União Europeia, existem algumas dificuldades em retirar conclusões gerais a partir dessas pesquisas porque a organização dos serviços médico-sociais difere de um país para outro. Com efeito, as políticas sociais em alguns países encorajam a manutenção dos idosos nas suas próprias casas, enquanto que noutros países, eles são direcionados para outro tipo de instalações e instituições residenciais, potencialmente resultando em perda de alguma da sua autonomia.

Ainda assim, os centros geriátricos de dia obtêm melhores resultados em termos de recuperação da autonomia, sendo, no entanto, um pouco mais caros.

A reabilitação em casa tem a vantagem de ser mais orientada para as necessidades das pessoas, aproximando-se do objetivo de participação e tornando-lhes possível tomarem parte

na vida familiar com a ajuda dos outros. Por outro lado, é mais difícil de empregar uma abordagem multidisciplinar, sendo, por vezes, o meio ambiente demasiado restritivo.

Fonte: Medical rehabilitation for elderly people: human, ethical, and medico-economic challenges; Prospective committee Prof M. Barat, Prof L. Mc Lellan, Prof B. Perrouin -Verbe

Tendências na reabilitação

14

Uma das tendências mais importantes prende-se com o uso da informação, comunicação e de tecnologias relacionadas com a reabilitação enquanto recurso emergente que pode melhorar a capacidade e acessibilidade ao processo de reabilitação através de intervenções remotas. As tecnologias de telereabilitação incluem:

- Vídeo e teleconferência em formatos acessíveis;
- Telemóveis;
- Equipamento de recolha remota de dados e telemonitorização - por exemplo, monitores cardíacos.

A tecnologia pode ser usada por pessoas com deficiência, treinadores, pessoal médico, formadores, supervisores, agentes comunitários e pelas famílias.

Quando a Internet está disponível, a telemedicina e a tele-reabilitação permitem que as pessoas recebam tratamento ou formação específicos ministrados por especialistas localizados noutro lugar. Como exemplo, podemos referir:

- Serviços de reabilitação cardíaca, terapia da fala e linguagem ou reabilitação cognitiva para pessoas com lesões cranioencefálicas;
- Treino e suporte a profissionais de saúde;
- Consulta e troca de informação entre hospitais;
- Partilha de experiência profissional entre profissionais e entre países.

As crescentes evidências sobre a eficácia e eficiência da tele-reabilitação mostram que esta, quando comparada com as intervenções convencionais, produz resultados iguais ou superiores.

Evolução do mercado

"Mais de um bilião de pessoas, cerca de 15% da população do mundo, tem alguma forma de incapacidade. Entre 110 milhões e 190 milhões de pessoas têm dificuldades significativas em algum tipo de função. Este número tende a crescer devido ao envelhecimento da população e ao aumento do número de patologias crónicas. As deficiências associadas com o avançar da idade são múltiplas - físicas, cognitivas, sensoriais e mentais - e a variedade de problemas médicos que marcam o envelhecimento são particularmente vastas e complexas. "

Documento de Trabalho da AEP – Divulgação Reservada

Fonte: WORLD REPORT ON DISABILITY, 2011

O mercado é impulsionado, principalmente devido a 5 fatores principais:

- **Doenças crónicas** - Nas sociedades modernas, a melhoria das condições de vida, os avanços médico-cirúrgicos bem como a promoção e a generalização dos cuidados de saúde levaram ao aumento da longevidade e, como tal, ao progressivo crescimento do número de idosos. Paradoxalmente, ampliou-se, a par do aumento da esperança de vida, o número de doenças crónicas, frequentemente incapacitantes:
 - Patologias ósseas ou das articulações
 - Dor crónica, incluindo dores nas costas e pescoço;
 - Insuficiências cardíacas e respiratórias.
- **Ataques cardíacos e Acidentes vasculares cerebrais (AVC)**
- **Acidentes de trânsito e de trabalho** - A evolução tecnológica e as alterações nos estilos de vida têm levado ao surgimento de um elevado número de deficientes, vítimas de acidentes de trânsito e de trabalho, em idades cada vez mais jovens e produtivas.
 - Lesão medular ou cerebral.
- **Lesões desportivas**
- **Sequelas neurológicas ou lesões derivadas da gestação e do parto** - Os progressos na proteção materna e infantil permitem, hoje em dia, por seu turno, salvar crianças que sobrevivem com graves sequelas neurológicas ou outras lesões.

15

Mercado potencial

Para efeitos de análise do mercado potencial, procurar-se-á recorrer a estatísticas que identifiquem oportunidades dentro das cirurgias em ortopedia e das doenças cardiovasculares (ataques cardíacos e AVC), preterindo, até pela dificuldade de dimensionamento inerente, as que digam respeito a acidentes de trânsito e de trabalho e lesões desportivas, muitas delas inscritas nas acima referidas, e as sequelas neurológicas ou lesões derivadas da gestação e do parto. No entanto, destacam-se, como breves referências, a reabilitação no desporto e o fenómeno do turismo residencial, como oportunidades para a venda de produtos relacionados com a medicina física e reabilitação.

Artroplastias da Anca e do Joelho

A artroplastia total da anca (ATA) e do joelho (ATJ) são duas das áreas com maior potencial de crescimento. Dentro destas, espera-se que o número de ATJ aumente mais rapidamente do que a ATA.

Mundialmente, procederam-se a 2,9 milhões de substituições de articulações ou artroplastias de articulações (AA), sendo 1,4 relativas à artroplastia total de anca (ATA) e 1,1 à artroplastia total de joelho (ATJ). Cerca de 100.000 diziam respeito a ombros. A ATJ representava 1/3 do mercado global, assumindo os EUA 50% deste segmento.

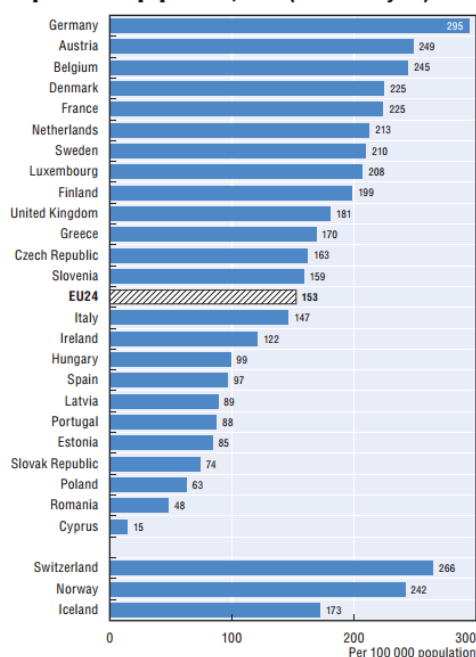
16

Os últimos dados estatísticos divulgados pela OCDE, no relatório *Health at a glance*, relativo a 2010, indicam que a Alemanha é o país onde se realiza um maior número de artroplastias de anca e de joelho por 100.000 habitantes. No caso das ATA, verificam-se 295 procedimentos por cada 100.000 habitantes na Alemanha, seguindo-se um conjunto de países situados em redor deste país, como Suíça, Bélgica, a Áustria, Dinamarca, Noruega, França, Luxemburgo, Suécia, Noruega e Eslovénia. Portugal (88) situa-se abaixo da média da EU24 (153).

Para a ATJ, em primeiro lugar está a Alemanha com 213 por 100.000 habitantes, o mesmo valor que se encontrou para os EUA, ainda que referentes a 2009. O Reino Unido aparece com 142 e Portugal com 62, sendo a média da EU21 de 109 ATJ por 100.000 habitantes.

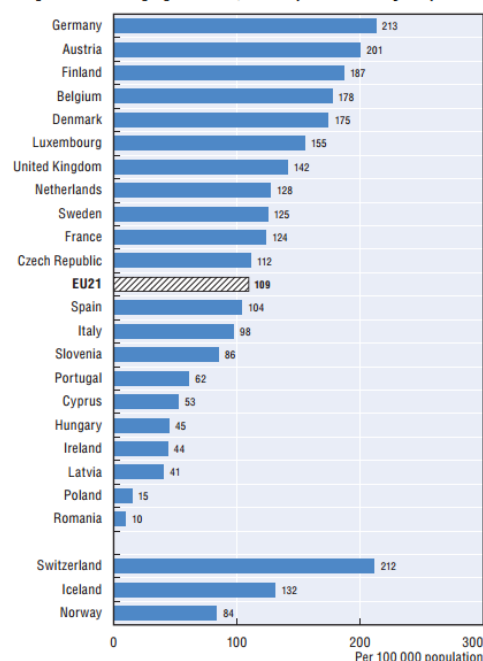
Todos os portadores de uma prótese poderão ter a necessidade de trocá-la, total ou parcialmente. A este procedimento chama-se "Revisão de Prótese" ou "Cirurgia de revisão".

3.10.1. Hip replacement surgery, per 100 000 population, 2010 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932704608>

3.10.2. Knee replacement surgery, per 100 000 population, 2010 (or nearest year)



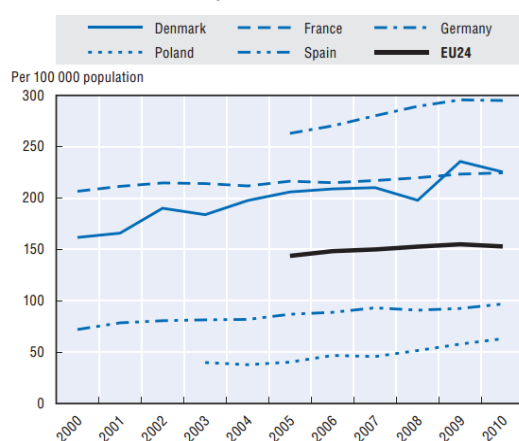
Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932704627>

Figura 4 Número de artroplastias da anca por 100000 habitantes, 2010, OCDE

Figura 5 Número de artroplastias do joelho por 100000 habitantes, OCDE, 2010

As tendências até 2010 são melhor evidenciadas nas figuras seguintes.

3.10.3. Trend in hip replacement surgery, 2000-10, selected countries




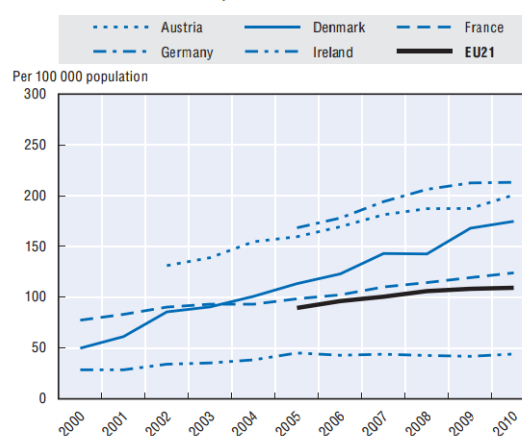
Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932704646>

Figura 6 Tendências para ATA de 2000 a 2010

3.10.4. Trend in knee replacement surgery, 2000-10, selected countries



Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.

Figura 7 Tendências para ATJ de 2000 a 2010

Fonte: www.oecd-ilibrary.org/

Como se vê nas figuras, a tendência de crescimento para os países referenciados tem vindo a ser permanente. Interessa também ressaltar que podem haver algumas oportunidades de negócio em países como a Suíça e a França, principalmente junto das comunidades portuguesas aí residentes, e nos EUA.

Informações mais pormenorizadas podem ser consultadas no documento “Análise de Mercado de Artroplastias da Anca e do Joelho”, elaborado no âmbito do projeto Healthy’n Portugal, onde, entre outra informação, se identifica o tempo de estadia para os dois tipos de procedimentos, tal como evidenciado na figura seguinte.

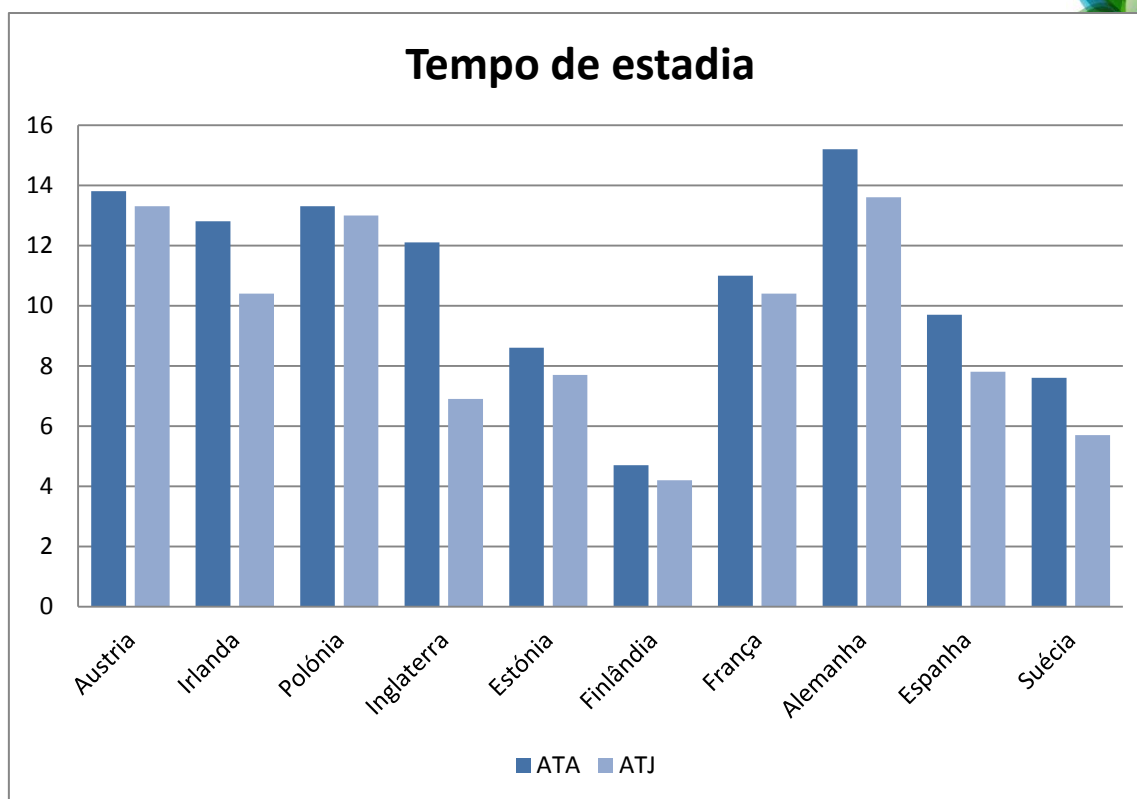


Figura 8 - Tempo médio de estadia no hospital para ATA e ATJ, diferentes países

Na tentativa de estabelecer um valor para o mercado potencial, foi aplicada a seguinte fórmula de cálculo:

$$\text{Mercado potencial} = \frac{\text{incidência} * \text{população}}{100.000 \text{ habitantes}}$$

Assim, estima-se o mercado potencial multiplicando a taxa de incidência por cada 100000 habitantes pela população.

			ATA			ATJ		
	População	Diáspora Portuguesa	Mercado potencial		Mercado potencial diáspora (incidência = Portuguesa)	Mercado potencial		Mercado potencial diáspora (incidência = Portuguesa)
			Incidência (/100.000)	Mercado potencial		Incidência	Mercado potencial	
Alemanha	81.890.000	115.530	295	241.576	102	213	174.426	
Áustria	8.462.000	2.260	249	21.070	2	201	17.009	1
Bélgica	11.140.000	43.484	245	27.293	38	178	19.829	27
Espanha	47.270.000	138.501	97	45.851	122	104	49.161	86
França	65.700.000	1.132.048	225	147.825	996	124	81.468	702
Holanda	16.740.000	15.740	213	35.656	14	128	21.427	10
Luxemburgo	531.000	81.274	208	1.104	72	155	823	50
Reino Unido	63.230.000	105.000	181	114.446	92	142	89.787	65
Suiça	7.997.000	221.641	266	21.384	195	212	16.954	137
			656.205	1.633		470.883	1.079	

Tabela 1 - Mercado potencial ATA e ATJ, várias fontes

Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos que incluem:

- **Doença cardíaca coronária** - doença dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco;
- **Doença cerebrovascular** - doença dos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro;
- **Doença arterial periférica** - doença dos vasos sanguíneos que fornecem os braços e as pernas;
- **Doença reumática do coração** - danos no músculo do coração e válvulas cardíacas causadas pela febre reumática, por bactérias estreptocócicas;
- **Doença cardíaca congénita** - malformações da estrutura do coração existentes no momento do nascimento;
- **Trombose venosa profunda e embolia pulmonar** - coágulos de sangue formados nas veias das pernas e que podem originar complicações de elevado risco que ocorrem quando um coágulo se solta e, através da corrente sanguínea, chega ao coração ou pulmões, onde obstrui um vaso.

Embora a maioria das DCV possa ser prevenida, abordando os seus principais fatores de risco (tabagismo, dieta pouco saudável, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial¹ e diabetes), as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo.

¹ 9,4 Milhões de mortes por ano, ou 16,5 % de todas as mortes podem ser atribuídas à hipertensão arterial. Isto inclui 51 % das mortes devido a AVC e 45% das mortes por doença coronária. Por outro lado, a prevalência de diabetes é

Na Europa, as DCV atingem mais gravemente as mulheres - e constituem-se como a principal causa de morte nas mulheres em cada um dos 27 países da União Europeia (UE). As DCV são a principal causa de morte para os homens em todos os países da UE, exceto na França, nos Países Baixos, na Eslovénia e na Espanha.

Existem grandes diferenças na mortalidade por doenças cardiovasculares na Europa. Por exemplo, para os homens varia entre 60% (Bulgária) e 25% dos casos (França). Nas mulheres, a mortalidade varia entre 70% (Bulgária) e 30% dos casos (França e Holanda). Os números mostram também diferenças regionais significativas. Na Europa Central e Oriental assistiu-se a um grande aumento no número de mortes por DCV até ao final do século XX, mas as taxas de mortalidade estão a diminuir significativamente. Por exemplo, ao longo do período 2003-2009, a taxa de mortalidade causada por doença arterial coronária em homens russos caiu de 251 para 186 (por 100.000 habitantes). No entanto, esses números ainda são enormes em comparação com outras áreas na Europa: por exemplo, o Reino Unido tem uma taxa de mortalidade masculina de 33 por 100.000 habitantes e na Holanda essa taxa é de 16 por 100.000 habitantes (dados de 2012, referentes a 2009).

20

Estima-se que 17,3 milhões de pessoas tenham morrido de doenças cardiovasculares em 2008, representando 30% de todas as mortes globais. Dessas mortes, cerca de 7,3 milhões aconteceram devido a doenças coronárias e 6,2 milhões devido a acidentes vasculares cerebrais (AVC).

Nos dias de hoje, dois terços de todas as pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral vivem em países em desenvolvimento. Os países com rendimentos médios e baixos, onde os sistemas de saúde são já desafiados ao limite, são desproporcionalmente afetados: mais de 80% das mortes por DCV ocorrem em países de rendimentos médios e baixos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVC é a principal causa de morte entre as pessoas acima de 60 anos e a quinta principal causa de morte em pessoas com idade entre os 15 e os 59 anos.

O AVC é a segunda causa isolada de morte mais comum na Europa, responsável por quase 1,1 milhões de mortes a cada ano. Mais de uma em cada sete mulheres (15%) e um em cada dez homens (10%) morrem desta doença.

Há uma estimativa de 30 casos de AVC a cada 60 segundos, em todo o mundo. A maioria é referida como acidentes vasculares cerebrais "silenciosos".

Em pessoas com idade inferior a 75, o AVC é responsável por mais de 370 mil mortes na Europa, ou seja, 8% de todas as mortes entre os homens e 11% de todas as mortes entre as mulheres.

elevada, com mais de 50% de aumento em alguns países, na última década. Considerando o aumento dos níveis de obesidade, a ameaça intensifica-se.

Fontes:

Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011; Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, World Health Organization, 2011; WHO Cardiovascular Diseases Fact Sheet No. 317. Updated March 2013 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>; <http://www.worldstrokecampaign.org/2012/Pages/Home.aspx>; <http://www.europeanstrokenetwork.eu/>; <http://www.escardio.org/about/what/advocacy/EuroHeart/Pages/2012-CVD-statistics.aspx>

Em pessoas com idade inferior a 65, o AVC representa 150 mil mortes na Europa, i.e., 6% de todas as mortes nos homens e 11% de todas as mortes nas mulheres. O AVC custa, à EU, mais de 38 mil M de euros por ano.

A incidência anual de sobreviventes de AVC ronda os 2 por mil da população, por ano. A incidência aumenta acentuadamente com a idade, a partir de cerca de 1,4 por 1.000 adultos, com idades entre 55 e os 59 anos, e para 5,1 por 1.000 na faixa etária 65-69, continuando a aumentar. Atendendo ao referido, não é de estranhar que o AVC seja a principal causa de incapacidade em todo o Mundo.

21

O número de pessoas que morrem de doenças cardiovasculares, principalmente de doenças cardíacas e acidente vascular cerebral, vai continuar a aumentar estimando-se que atinja 23,3 milhões em 2030, permanecendo assim como a principal causa isolada de morte em todo o Mundo.

No que respeita à taxa de mortalidade devido a doenças cardiovasculares, a Suíça e a França partilham a primeira posição com 41/100.000 habitantes. Portugal que cai para uma posição inferior à média da OCDE33 (69/100000) atingindo os 97/100000.

Depois de Portugal, seguem-se os países do leste europeu que mantêm as maiores taxas de mortalidade.

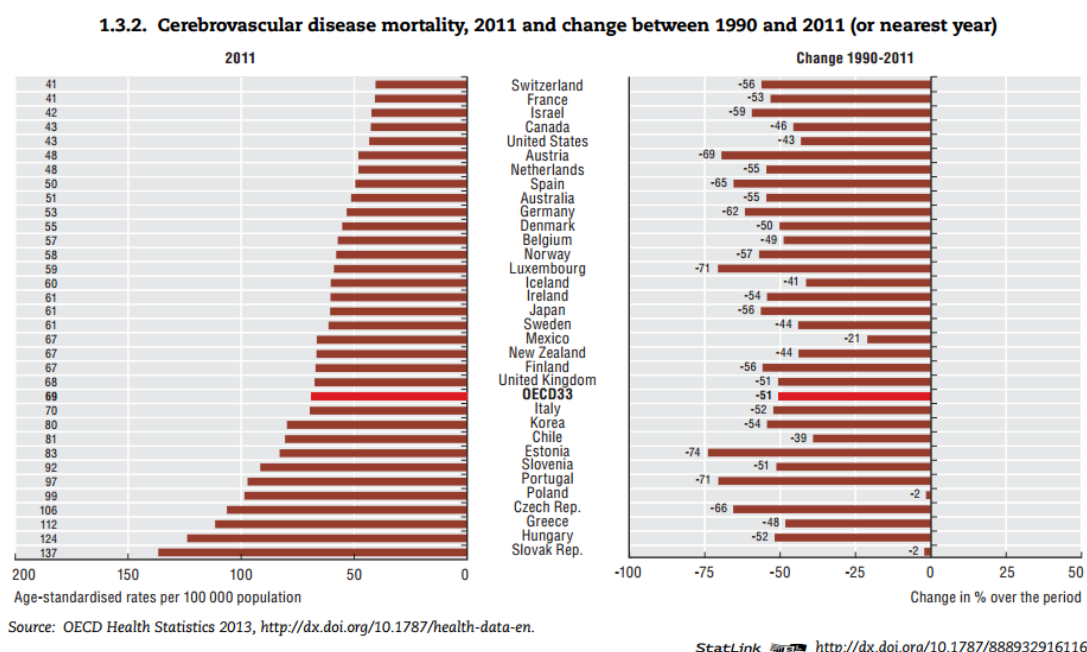


Figura 9 - Taxa de mortalidade devida a AVC, Health at a glance 2013, OCDE

O AVC é uma das principais causas de incapacidade em adultos e provoca uma maior variedade de incapacidades do que qualquer outra condição. Mais de metade de todos os sobreviventes de AVC tornam-se dependentes de outras pessoas para a realização das suas atividades diárias. Das pessoas que sobrevivem a um AVC, aproximadamente:

- 42% será independente
- 22% apresentará deficiência leve
- 14% terá uma deficiência moderada

- 10% terá uma deficiência grave
- 12% apresentará uma deficiência muito grave.

A fórmula a aplicar para estimar o mercado potencial é diferente da utilizada nas artroplastias. Neste caso, estima-se o mercado potencial multiplicando a subtração da taxa de incidência e da taxa de mortalidade por cada 100000 habitantes pela população e, por sua vez, multiplicando pela percentagem considerada elegível², tal como demonstrado na fórmula abaixo:

22

$$\text{Mercado potencial} = \left[\frac{(\text{incidência} - \text{mortalidade}) * \text{população}}{100.000 \text{ habitantes}} \right] * \text{elegíveis}$$

A estimativa para o mercado potencial é apresentada na figura abaixo:

AVC			Mercado Potencial				
	População	Diáspora Portuguesa	Incidência (Total)	TX mortalidade	Elegíveis	Mercado potencial	Mercado Potencial diáspora
Alemanha	81.890.000	115.530	350	53	64%	155.657	72
Áustria	8.462.000	2.260	100	48	64%	2.816	1
Bélgica	11.140.000	43.484	185	57	64%	9.126	27
Espanha	47.270.000	138.501	141	50	64%	27.530	86
França	65.700.000	1.132.048	113	41	64%	30.275	703
Holanda	16.740.000	15.740	220	48	64%	18.427	10
Luxemburgo	531.000	81.274	146	59	64%	296	50
Reino Unido	63.230.000	105.000	161	68	64%	37.634	65
Suiça	7.997.000	221.641	143	41	64%	5.220	138
						286.981	1.152

Tabela 2 - Mercado potencial AVC, várias fontes

Pelo menos um quarto das pessoas com assistência de enfermagem domiciliar teve um acidente vascular cerebral.

Aproximadamente 11% dos pacientes com AVC são internados em lares ou outro tipo de instituições residenciais.

Nos quadros abaixo poderemos encontrar as principais incapacidades resultantes de um AVC, de acordo com o relatório da *Stroke Association* de Janeiro de 2013, referente ao Reino Unido.

² Nota: são dados como elegíveis (64%) aqueles que apresentem nível total de independência (42%) e incapacidade reduzida (22%).

Como se pode observar, o nível de incapacidade relativo à mobilidade, como um todo, é de 80%. A utilização dos braços fica afeta em 70% dos casos e a incapacidade de uso de um dos braços para o resto da vida é de 40%.

Difficulty	Percentage of people affected
General movement ⁵⁶	80%
Arm movement ⁵⁷	70%
Unable to use one arm in the long term ⁵⁸	40%
Spasticity ⁵⁹	19-38%
Altered sensation ⁶⁰	Up to 80%
Swallowing ⁶¹	40%
Aphasia ⁶²	33%
Visual problems ⁶³	Up to 66%
Depression ⁶⁴	29%
Emotionalism in the first six months ⁶⁵	20%
Ongoing emotionalism ⁶⁶	10%
Dementia six months post-stroke ⁶⁷	20%
Central post-stroke pain ⁶⁸	5-20%
Bladder control on being admitted to hospital ⁶⁹	50%
Bowel control on being admitted to hospital ⁷⁰	33%
Incontinence one year post-stroke ⁷¹	15%

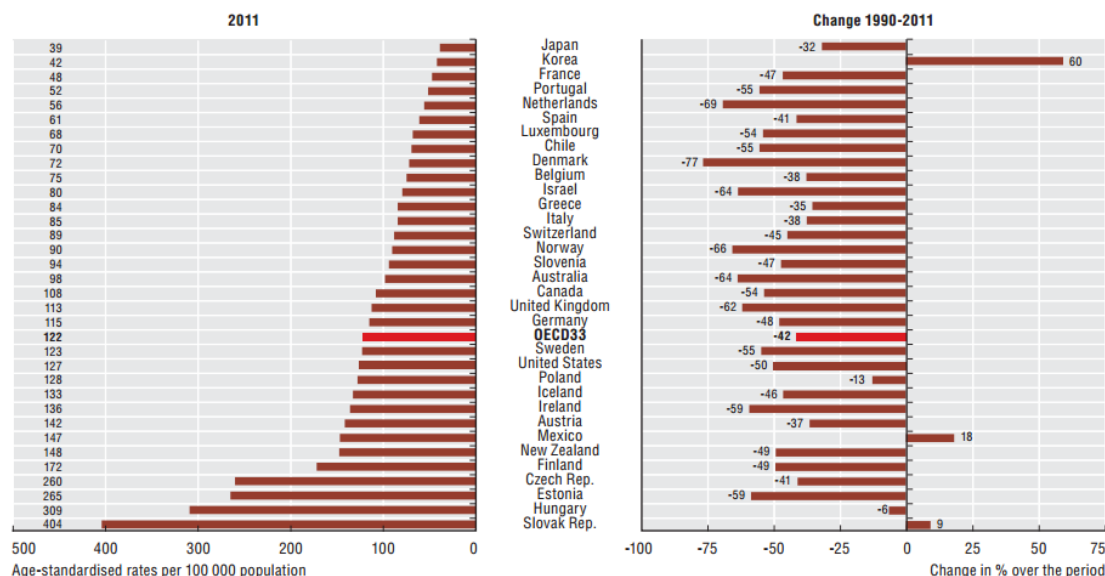
Figura 11 - Principais incapacidades provocadas por AVC, Stroke Association, 2013, Reino Unido

A figura seguinte mostra a taxa de mortalidade³ resultante de ataques cardíacos nos países da OCDE. Como se verifica, o país europeu com menor taxa de mortalidade causada por ataques cardíacos é a França (1º lugar), logo seguido de Portugal e da Holanda. Os países do leste europeu são os que apresentam maiores taxas de morte causada por ataques cardíacos. A média da OCDE33 é de 122 por 100.000 habitantes.

3

Foram selecionados os países europeus com maior número de emigrantes portugueses. Fontes: WHO, OCDE, European Heart Network and European Society of Cardiology e artigos publicados em revistas científicas - Lancet, Journal of Neurology, PUBMED e Hindawi Journals. A mortalidade e a morbilidade causadas por DCV podem ser descritas utilizando uma série de medidas, incluindo altas hospitalares, prevalência, taxas de incidência e taxas de mortalidade. Os dados existentes a nível europeu, para cada uma destas medidas são ainda de baixa comparabilidade (diferentes processos, diferentes critérios, diferentes medidas). Sempre que houve a possibilidade de utilizar valores ou indicadores diferentes, escolheram-se valores e indicadores conducentes a uma estimativa conservadora (menor número de clientes potenciais). Os dados referentes a ataque cardíaco são na verdade dados relativos a Doença Cardíaca Coronária (Coronary Heart Disease), deixando assim de parte outras patologias cardíacas como as cardiomiopatias, miocardites e as insuficiências cardíacas

1.3.1. Ischemic heart disease mortality, 2011 and change between 1990 and 2011 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932916097>

Figura 10 - Taxa de mortalidade devida a ataques cardíacos em países de referência, Health at a Glance 2013, OCDE

Tal como para a ATA e ATJ e AVC, procurou-se estimar o potencial de mercado para as doenças coronárias. À falta de valores que demonstrem a incidência dos eventos, optou-se por considerar o número de altas hospitalares. O mercado potencial foi estimado multiplicando o número de altas hospitalares por cada 100000 habitantes pela população.

$$\text{Mercado potencial} = \frac{\text{Altas hospitalares relacionadas}^* \text{ população}}{100.000 \text{ habitantes}}$$

A estimativa para o mercado potencial é apresentada na figura abaixo:

Doenças coronárias			Mercado potencial		Mercado Potencial Diáspora
			Número de altas 2008-2009/100000	Mercado Potencial	
	População	Diáspora Portuguesa			
Alemanha	81.890.000	115.530	916	750.112	1.058
Áustria	8.462.000	2.260	421	35.625	10
Bélgica	11.140.000	43.484	526	58.596	229
Espanha	47.270.000	138.501	954	450.956	1.321
França	65.700.000	1.132.048	498	327.186	5.638
Holanda	16.740.000	15.740	497	83.198	78
Luxemburgo	531.000	81.274	302	1.604	245
Reino Unido	63.230.000	105.000	606	383.174	636
Suiça	7.997.000	221.641	632	50.541	1.401
				2.140.992	10.616

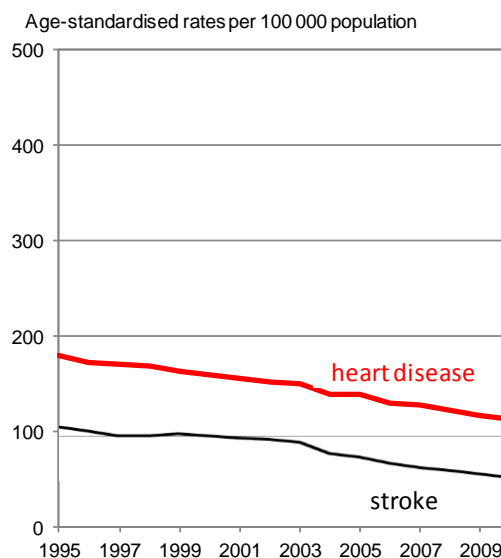
Tabela 3 - Mercado potencial DC, várias fontes

Ainda assim, programas de sensibilização sobre as principais causas das DCV e melhorias na qualidade e rapidez da assistência médica, fazem com que a tendência de descida se mantenha na UE27, tanto para os ataques cardíacos como para os AVC.

A figura abaixo evidencia a evolução dessas taxas entre os anos de 1995 e 2009.

Trends in ischemic heart disease and stroke mortality rates, selected EU member states, 1995–2010

EU



Source: Eurostat Statistics Database. Data are age-standardised to the WHO European standard population.

[Health at a Glance: Europe 2012](#) - © OECD 2012

Figura 11 - Evolução das taxas de morte por ataque cardíacos e AVC na Europa, OCDE, 2012

Reabilitação no desporto

Uma das variantes que integra a Medicina Física e Reabilitação é a reabilitação no desporto.

Um médico especialista em Medicina Desportiva (MD), é um médico com conhecimentos especializados em Medicina Desportiva Geral, Cardiologia, Pneumologia, Fisiologia do Exercício Físico, Fisiatria, Ortopedia, Traumatologia, Patologia Clínica e Toxicologia.

Segundo a Sociedade portuguesa de Medicina Desportiva, A MD atua essencialmente a três níveis:

- Na prevenção primária, caracterizando os fatores individuais e os fatores externos de risco.
- Na prevenção secundária, preconizando medidas de correção aos fatores de risco diagnosticados.
- Na prevenção terciária onde são corrigidas as disfunções e lesões contraídas durante o exercício físico/desporto. Ao nível da prevenção terciária, o foco é colocado no tratamento dos atletas, nomeadamente das lesões dos músculos, ligamentos, tendões e ossos.

Estas lesões podem ocorrer durante as práticas de formação, em exercícios físicos extenuantes, devido à inadequada utilização de instrumentos de treino ou durante a competição.

As lesões que mais tipicamente afetam desportistas e pessoas fisicamente ativas incluem:

- Lesões da Coifa dos Rotadores (Ombro)
- Fraturas
- Deslocamentos
- Entorses e distensões
- Lesões no joelho
- Músculos inchados
- Lesões do tendão de Aquiles
- Dor ao longo do osso da canela

Estas lesões podem ser classificadas como agudas ou crónicas. Agudas, quando ocorrem de repente, fruto de uma atividade pontual (por exemplo: fraturas, dores musculares ou tornozelos torcidos); Crónicas, quando os problemas se devem a desgaste e tensão constantes, provocados por uma atividade regular (ex.: cotovelo de tenista).

A Medicina Desportiva pode também focar-se na melhoria do desempenho dos atletas, tendo em atenção os aspetos nutricionais, fisiológicos e/ou psicológicos de cada atleta específico. Os tratamentos ou intervenções podem ser realizados em regime de internamento, ambulatório ou domiciliário.

O turismo residencial

Concetualmente, a venda de cuidados de saúde a residentes temporários tal como a expatriados, não são considerados dentro do TSBE. Ainda assim, parece importante tecer algumas, breves, considerações sobre este fenómeno.

O turismo residencial espanhol está relacionado com a construção de moradias em áreas turísticas, que são comprados por clientes nacionais e estrangeiros como uma segunda residência, primeira residência ou imóvel para alugar. A importância do turismo residencial reside na sua dupla valência como produto turístico e imobiliário, gerando assim emprego e atividade económica, quer no setor dos serviços, quer no setor da construção.

A propriedade imobiliária fora do país de origem aumentou consideravelmente entre os reformados europeus e americanos, na medida em que estes procuram locais mais baratos e de melhor clima para usufruírem do seu período de reforma. Esta população, atendendo à sua idade, enfrenta frequentemente problemas de saúde específicos. Perante a doença, estas pessoas poderão optar por regressar aos seus países de origem ou permanecer no seu novo país de residência, procurando aí encontrar tratamento. Países como a Espanha e a Costa Rica, que têm uma crescente comunidade residente no exterior, desenvolvem lares residenciais e serviços de cuidados de saúde para a comunidade de expatriados.

Pessoas idosas em reabilitação ou convalescença, que necessitam do apoio de um cuidador, de cuidados de enfermagem ou pessoal médico poderão também recorrer a estes serviços em países onde o seu custo é inferior; nos países escandinavos, por exemplo, é costume enviar pacientes para locais mais quentes do Sul da Europa ou do Norte da África.

Cerca de 4.000.000 de europeus têm um tipo de propriedade em alojamentos situados em zonas turísticas. Uma percentagem crescente destas propriedades situa-se dentro de Resorts Integrados. Desde o ano 2000 que cerca de 1 M de europeus adquiriram uma casa em países estrangeiros, com destaque para os britânicos (60%) e alemães (30%).

Espanha tem uma quota de mercado da ordem dos 45%, seguida da França com 25%, e de Itália com cerca de 15%.

Espanha é 5 vezes superior a Portugal no mercado turístico e 14 vezes no mercado residencial (hóspedes/ residentes estrangeiros).

Portugal detém uma quota da ordem dos 4%, com a venda de 4.000 unidades/ ano e a geração de 1.000 milhões EUR de receitas. Números de 2012 apontam para que em Portugal 33 mil estrangeiros com mais de 65 anos e 462mil em Espanha.

Existe uma vasta oferta de turismo residencial em Portugal, com destaque para o Algarve e para a área de influência de Lisboa.

Recursos Humanos

É facilmente constatáveis que existem na Europa diferenças significativas ao nível da disponibilidade dos serviços de profissionais de saúde adstritos à especialidade de Medicina Física e Reabilitação. A figura abaixo mostra o número de especialistas por cada 100000 habitantes para uma série vasta de países.

Como é evidenciado, o país com maior número de especialistas é a Croácia, seguida da Letónia e da República Checa.

Portugal ocupa uma posição média na primeira parte da tabela com cerca de 3,3 especialistas /1000.000 habitantes. Espanha, Bélgica, Itália, Suíça, Islândia e Eslovénia antecedem-nos.

A média europeia é inferior a 3.

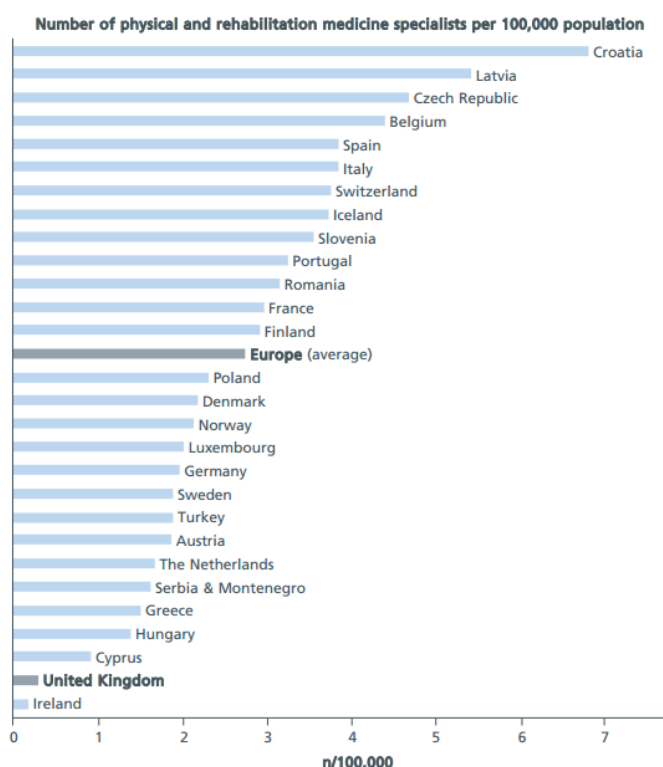


Fig 6.1 Comparison of the UK against other European Union of Medical Specialists (UEMS) states and the European average for PRM physicians.

Fonte: Medical rehabilitation in 2011 and beyond; Report of a joint working party of the Royal College of Physicians and the British Society of Rehabilitation Medicine, 2010

Figura 12 - Número de especialistas medicina física e reabilitação por 100000 habitantes, 2010

A tabela abaixo apresenta, com maior detalhe a constituição da força de trabalho em alguns países e o rácio por cada 100000 habitantes. Dos países assinalados, destaque para a Espanha e Itália, países do Sul da Europa, com 3,85 e 3,73 /100.000 hab., respetivamente. Pela negativa, destaca-se o baixo valor para o Reino Unido (0,26) e para a Suécia (1,88) e Holanda (1,65). A Alemanha apresenta um rácio de 1,96/100.000 hab..

Country	Total number of doctors	Total number of specialists	Number of specialties	Practising RM specialists	Number of RM trainees	Number of RM doctors per 100,000 population	Population
France	183,700	95,000	38	1,760	125	2.87	61,300,000
Germany	394,432	261,437	43	1,571	65	1.96	80,000,000
Greece	60,700	15,200	37	164	33	1.49	11,000,000
Italy	307,600	160,000	45	2,200	350	3.73	59,000,000
Netherlands	39,800	16,500	27	248	78	1.65	15,000,000
Spain	157,900	70,000	51	1,500	292	3.85	39,000,000
Sweden	27,000	17,600	60	160	20	1.88	8,500,000
Switzerland	27,742	22,590	44	267	50	3.76	7,100,000
United Kingdom	150,000	21,000	58	152	65	0.26	58,000,000

Fonte:

Royal College of Physicians

Figura 13 - Número de especialistas medicina física e reabilitação por 100000 habitantes, países referência, 2010

Documento de Trabalho da AEP – Divulgação Reservada

Mesmo em países desenvolvidos, como a Austrália, Canadá ou Estados Unidos, é referida uma escassez de pessoal de reabilitação em áreas rurais e remotas. Os serviços de fisioterapia são, de entre os serviços prestados pelas várias especialidades necessárias à reabilitação, os mais frequentemente acessíveis.

Destaque Reino Unido e Alemanha

29

Reino Unido

De acordo com o *Royal College of Physicians* existem 150 equivalentes consultores em tempo integral tendo a Medicina Física e Reabilitação como a sua principal especialidade, e mais 21 com uma especialidade principal diferente mas que também praticam em RM.

Um estudo recente realizado num hospital de Londres demonstrou que 25% dos dias de cama perdidos foram provocados por atrasos nas altas clínicas devido à espera por colocação em serviços de reabilitação. Nestas condições, os pacientes correm o risco de desenvolver infeções hospitalares e de perderem uma janela de oportunidade para uma reabilitação mais eficaz.

Atualmente, não existem números precisos sobre o número de pacientes que necessitam de reabilitação especializada no Reino Unido. Neste contexto, a incidência dos vários diagnósticos que mais frequentemente produzem incapacidade, funcionam como indicadores, imprecisos, das "necessidades de reabilitação". Embora o NHS esteja a trabalhar para estabelecer um conjunto homogéneo de dados e processos de registo para quantificar e qualificar as pessoas com incapacidade (*complex needs*) decorrentes de uma condição neurológica a longo prazo, não existem ainda dados disponíveis.

Sabe-se, no entanto, que aproximadamente 10 milhões de pessoas em todo o Reino Unido apresentam uma condição médica de tipo neurológico. As causas neurológicas são responsáveis por 10% dos casos de internamento hospitalar agudo e são o terceiro motivo mais comum para procurar um médico de família. Estima-se que 350 mil pessoas em todo o Reino Unido necessitam de ajuda diária nas suas atividades quotidianas devido a causas neurológicas.

Calcula-se, também, que 38% dos pacientes que ocupam vagas em unidades de neurocirurgia deveriam ser transferidos para serviços de reabilitação.

A prestação de serviços de reabilitação aparenta assim ser irregular, subsistindo ainda necessidades não atendidas.

Fonte: *WORLD REPORT ON DISABILITY, 2011*

O *Referral to treatment* que considera os dados sobre as listas de espera não destaca a Medicina Física e Reabilitação pelo que se torna impossível deter informação sobre o número de casos em espera e tempos médios de espera.

Contudo, dados publicados no artigo "Effect of Triage on Waiting Time for Community Rehabilitation: A Prospective Cohort Study" de Katherine E. Harding, MPH, Nicholas F. Taylor, PhD, Sandra G. Leggat, PhD, Maree Stafford, MPH, (Arch Phys Med Rehabil Vol 93, March 2012) mostram os tempos de espera para reabilitação no Reino Unido, por grupos de triagem que, mais abaixo, são identificados.

Percebe-se que a categoria 2 e 3 apresentam 19,6 e 26,4 dias de espera e que a média do número de dias para dar entrada num centro de reabilitação é de 18,6. Quanto à reabilitação após uma cirurgia ortopédica, os tempos médios de espera são de 16,1 dias.

Table 2: Waiting Time in Days According to Triage Category, Diagnostic Group, and Treatment Location

Factor	n (%)	Mean \pm SD	Range
Triage category*			
Category 1 (most urgent)	16 (4)	4.8 \pm 4.0	0–15
Category 2	307 (81)	19.6 \pm 10.5	1–58
Category 3	51 (14)	26.4 \pm 13.5	1–54
Category 4 (least urgent)	5 (1)	19.4 \pm 10.5	7–31
Diagnostic group†			
Rehabilitation postelective orthopedic surgery	57 (15)	16.1 \pm 8.4	1–37
Other diagnostic groups	322 (85)	20.6 \pm 11.7	0–58
Requested treatment location†			
Patient's home	170 (45)	21.6 \pm 11.9	0–58
Rehabilitation center	209 (55)	18.6 \pm 10.8	1–56

*Significant differences in waiting time between category 1 and each of categories 2, 3, and 4 ($P<.01$), and also between categories 2 and 3 ($P<.01$).

†Significant differences in mean waiting time ($P<.05$).

Figura 14 - Tempos médios de espera Reino Unido

A figura seguinte procura desagregar a categoria de triagem pelo tipo de causa para reabilitação.

TRIAGE FOR COMMUNITY REHABILITATION, Harding

443

Table 1: Characteristics of Patients in Each Triage Category

Characteristics	Triage Category				Total
	1	2	3	4	
n (% of sample)	16 (4)	307 (81)	51 (14)	5 (1)	379
Men in each category (%)	25	40	33	20	39
Mean age \pm SD	72.3 \pm 12.3	73.0 \pm 13.3	72.6 \pm 12.3	71.6 \pm 20.7	72.9 \pm 13.1
Diagnosis (% of triage category)					
Stroke	6	11	2	0	10
Elective orthopedic	38	15	12	0	15
Other orthopedic	19	36	26	40	34
Other neurologic	13	8	6	20	8
Other (includes cancer, cardiac, falls, respiratory)	25	31	55	40	34

Figura 15 - Tempos médios de espera Reino Unido

Alemanha

Dados do Sistema de informação sobre Saúde alemão (Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes) mostram alguns números referentes a reabilitação para o ano de 2012.

A tabela abaixo mostra a existência de 769.941 pessoas em reabilitação, das quais 679,213 internadas e 82,759 em regime ambulatorio.

Rehabilitation measures	2012
All rehabilitation measures	769,941
All inpatient rehabilitation measures	687,182
Inpatient rehabilitation	679,213
Including: with co-payments	383,234
Including: follow-up therapeutic treatments ("Anschlussrehabilitation")	558,394
Medical rehabilitation for mothers and fathers	7,969
All outpatient rehabilitation measures	82,759
Outpatient rehabilitation	28,541
Outpatient follow-up therapeutic treatment	54,218

Tabela 4 - Pessoas em reabilitação, Alemanha, 2012

A tabela seguinte procura mostrar o número de pacientes em reabilitação por tipologia. Destacam-se as doenças músculo-esqueléticas com 263,872 pessoas em tratamento. As doenças respiratórias obtêm 20,955 e as cerebrovasculares 19,447. Por fim, outras doenças do coração têm 9599 pessoas em tratamento, à data.

Number of inpatient services in medical rehabilitation and other measures to ensure participation for adults within the statutory pension insurance (SPI) - resume	
I26-I28 Pulmonary heart disease and diseases of pulmonary circulation	1,951
I30-I52 Other forms of heart disease	9,599
I60-I69 Cerebrovascular diseases	19,447
J00-J99 Diseases of the respiratory system	20,955
M00-M99 Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	263,872
S00-T98 Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	18,829
S70-S79 Injuries to the hip and thigh	2,787
S80-S89 Injuries to the knee and lower leg	2,864
S90-S99 Injuries to the ankle and foot	477
T00-T07 Injuries involving multiple body regions	744

Tabela 5 - Pessoas por tipo de reabilitação, Alemanha, 2012

Fonte: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_108/8/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_136/D.946/14360

A medicina física e a reabilitação no turismo de saúde e bem-estar

Com a crescente aceitação de "turismo médico", as pessoas que precisam de tratamento de reabilitação especializada após doença ou cirurgia, começam a considerar o tratamento no exterior, como uma opção de baixo custo. Vários tipos de tratamento estão disponíveis, incluindo a reabilitação de lesão cerebral, acidente vascular cerebral e a reabilitação ortopédica. Os preços para fisioterapia e serviços de reabilitação podem ser altamente competitivos.

32

Principais emissores

Não existem dados concretos sobre quais poderão ser os países emissores de turistas que procurem especificamente produtos relacionados com a Medicina Física e Reabilitação fora do seu país de origem.

Sendo a Alemanha e Reino Unido considerados como os principais mercados emissores de turistas de SBE, atente-se sobre alguns dados existentes.

Alemanha

Do lado da Alemanha, estima-se que haja cerca de 196000 turistas de saúde e bem-estar e que se distribuem da forma como a figura seguinte demonstra. A TK divulgou estudos de onde se consegue perceber o tipo de tratamentos procurados pelos seus segurados no estrangeiro. Uma pequena nota para a normalidade em desenvolver uma extrapolação a partir daqui, tal como feito pela própria EU, conforme foi divulgado em documentos de base à "European Health Care Conference 2011".

Considerando-se a figura abaixo, percebe-se que os problemas de costas e articulações são os mais referenciados, seguidos de perto por lesões provocadas por acidentes. A leitura desta figura não permite, contudo, perceber qual é a parte relativa a reabilitação nas áreas médicas enunciadas, nomeadamente a ortopédica, pulmonar ou cardíaca.

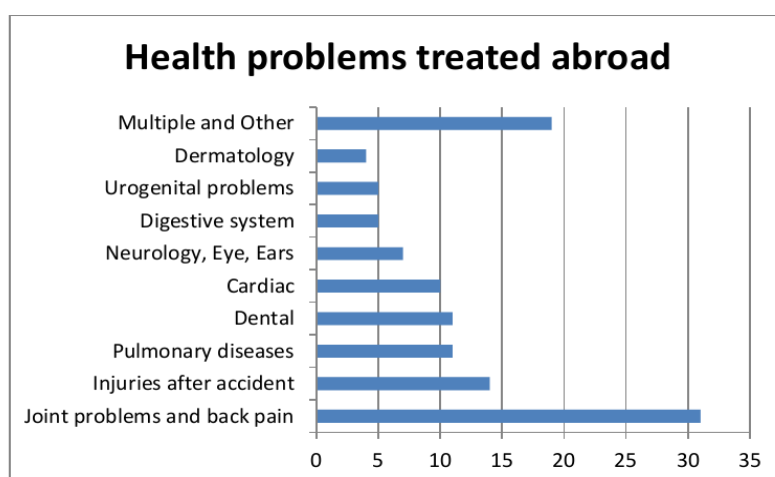


Figura 16 - Tratamentos médicos procurados por alemães no estrangeiro, "TK Analysis of EU Cross-Border Healthcare in 2007"

De acordo com a World Travel Monitor, o turismo médico alemão diminuiu em 2011. Durante esse período, o número de tratamentos de reabilitação e de hospitalização no exterior caiu 18%.

Reino Unido

Relativamente ao Reino Unido, uma pesquisa da *Treatment Abroad*, realizada em 2010 por entrevista a 575 turistas médicos britânicos, demonstra que a ortopedia representava, nesse ano, cerca de 4% do total dos turistas médicos britânicos. Sabendo que o número de turistas de saúde britânicos é de 60.000/ano, concluímos que apenas na ortopedia, ter-se-á um potencial mercado de 2.400/ano.⁴ Contudo, não existem dados que permitam saber quais dizem respeito a medicina física e reabilitação.

33

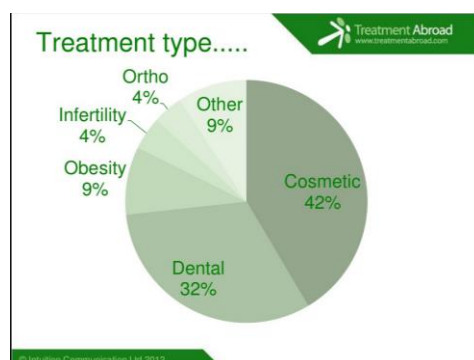


Figura 17 - Tipo de tratamentos procurados, 2012, Reino Unido, Treatment Abroad

Principais recetores

A *Treatment Abroad* destaca 4 países para a oferta europeia: Hungria, Irlanda, Eslováquia e Espanha

A *medical-tourism.com* destaca uma série mais alargada de países, uma vez que tem uma maior abrangência geográfica.

Europa	América	Ásia	Outros
 Alemanha	 Brasil	 Coreia do Sul	 Jordânia
 França	 Colômbia	 Malásia	 Austrália
 Grécia	 México	 Índia	 Dubai
 Hungria	 Panamá	 Filipinas	
 Roménia	 Costa Rica	 Singapura	

⁴ Which Survey aponta para 8% na área da ortopedia.

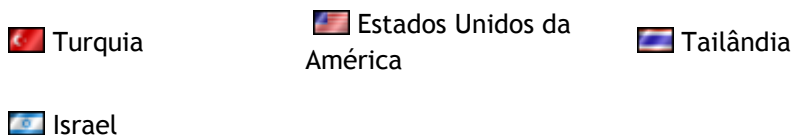


Figura 18 - Países referidos como recetores no Treatment Abroad

Curiosamente, Bulgária, Polónia e Croácia não são referidas por nenhuma destas entidades, ainda que estes países se estejam a posicionar como opções para o mercado europeu.

34

De seguida, apresentam-se alguns *highlights* sobre determinados países europeus.

Espanha

Os benefícios do clima na reabilitação de determinadas doenças foram certificados, há quase 40 anos, pela segurança social da Dinamarca que, em 1974, abriu em Benalmádena (Málaga) a clínica Montebello, uma espécie de embaixada na Costa del sol. Adstrita aos hospitalais Nordsjaellands (Frederikssund), a este centro chegavam cidadãos dinamarqueses que sofreram um problema neurológico ou sofriam de uma doença que aconselhava uma reabilitação intensiva. Nenhum indivíduo ou paciente dinamarquês de férias por Espanha e a precisam de cuidados de saúde era aceite. Apenas pacientes do hospital Dinamarquês com prescrições médicas de três semanas de tratamento. A experiência deste centro é um exemplo para o setor.

Em Espanha, o turismo residencial tem-se vindo a desenvolver maioritariamente nas áreas onde a temperatura média anual é de 18 ° C e apresentam mais de 3.000 horas de sol/ano: Costa Mediterrânica, Costa Branca, Costa del sol, Baleares e nas Ilhas Canárias.

O mercado espanhol oferece também residências assistidas com serviços de saúde, como hidroterapia (spa, talassoterapia), assistência médica, fisioterapia, reabilitação e serviços sociais. Só uma dessas urbanizações de residências assistidas, a Juvigolf, na região de Málaga, oferece mais de 1.000 residências assistidas.

Fatores destacados no turismo médico em Espanha

- Qualidade do serviço prestado;
- Equipamento e tecnologia;
- Destino turístico de referência (arquitetura, arte, cultura, animação, gastronomia, clima)

Hungria

Graças às suas características geológicas, a Hungria possui um incomparável património de águas termais e medicinais. Segundo o registo da Direcção-Geral de Spas (OGYFI), o país tinha, em 2010, 1.372 balneários termais, 385 spas operacionais, 70 banhos termais certificados, 13 *resorts* de saúde qualificados, 207 águas medicinais e 224 águas minerais reconhecidas, 2 centros terapêuticos com dióxido de carbono, 5 explorações de lamas medicinais, 53 hotéis-spa e 90 hotéis de bem-estar (*wellness*).

Em Mátraderecske, a 30 km de Eger, o dióxido de carbono que se eleva a partir de 1.000 metros de profundidade é usado na reabilitação de doenças cardíacas e é recomendado para o tratamento da pressão arterial alta, doenças do aparelho circulatório, doenças motoras, doenças ginecológicas e problemas de pele.

A fisioterapia "Phy-si-o-thera-py" desempenha um papel significativo na reabilitação de lesões ortopédicas e músculo-esqueléticas.

Através de uma série de movimentos (em água térmica em seco), a fisioterapia promove uma postura correta, uma maior mobilidade e o aumento da capacidade funcional. Regra geral, a eficácia dos planos de reabilitação estão associados à sua intensidade (número de horas/dia) e duração (número de dias), sendo tanto mais eficazes quanto mais intensos e de maior duração.

35

Os fisioterapeutas húngaros são formados em universidades húngaras durante quatro anos.

No catálogo nacional da oferta de turismo de saúde e bem-estar encontram-se destacadas as seguintes entidades:

- Danubius Health Spa Resort
- Kastelyszanatorium
- Fónix Medical Resort

O mesmo catálogo dá conta da oferta de alguns produtos relacionados:

Tipo de produto	Número de noites	Preço
Reabilitação cardíaca	14	2000,00 EUR
Artroplastia total da anca + prótese + reabilitação	20	4000,00 EUR
Artroplastia total do joelho + prótese + reabilitação	20	5000,00 EUR
Programas de mudanças de comportamento	21	2800,00 EUR

Tabela 6- Alguns preços referenciados para a Hungria

Fatores destacados no turismo médico da Hungria

- Internacionalização das universidades de medicina na Hungria: cerca de um quarto dos estudantes são estrangeiros;
- Experiência internacional do sector do turismo médico (que remonta aos anos 80)
- Custo dos tratamentos entre 40% e 70% do custo no Reino Unido, Estados Unidos e países escandinavos;
- Tratamentos mais procurados: medicina dentária, ortopedia, reabilitação cardíaca, tratamento de fertilidade, dermatologia, tratamento anti envelhecimento, tratamento de obesidade, desintoxicação de substâncias e cirurgia de oftalmologia;
- Rede de voos *low cost* a partir de toda a Europa;

- Frequência de clínicas com pacotes de turismo médico, incluindo organização da viagem, voos, *transfers*, alojamento e tratamentos;

- Importância do histórico sector dos *spas* médicos nos países, incluindo os famosos banhos turcos. A Hungria tem o maior número de *spas* na Europa, e condições termais e climáticas favoráveis.

Polónia

A Polónia tem uma ampla divulgação dos seus produtos de turismo médico. Foram identificados três *websites* de divulgação e informação do sector no país. Além disso, tem dois operadores que lidam com o produto Medicina Física e Reabilitação, através do desenvolvimento de redes de parceiros. Foi ainda selecionado um prestador de referência no turismo médico para este produto *core*.

Fatores destacados no turismo médico da Polónia

- Competência e profissionalismo do pessoal médico
- Inovação nos tratamentos
- Boa relação qualidade - preço
- Atendimento integral
- Equipamento médico moderno
- Oferta turística atrativa
- Experiência de atendimento de milhares de turistas médicos
- Experiência de coordenação
- Curtas listas de espera
- Recursos naturais

Croácia

Fatores destacados no turismo médico da Croácia:

- Preços inferiores aos praticados na generalidade dos países da Europa Ocidental;
- Qualidade dos serviços médicos prestados
- Formação e competência dos médicos e especialistas;
- Reconhecimento internacional nas áreas de medicina dentária, ortopedia, dermatologia, medicina física e reabilitação;
- Curtas listas de espera

- Instituições equipadas com as mais recentes tecnologias de diagnóstico e equipamentos para procedimentos cirúrgicos;
- Características naturais propícias à recuperação da saúde (ervas medicinais, águas termais, ambiente de tranquilidade proporcionado pela qualidade do ar, rios, lagos, montanhas, ilhas, mar, clima);
- Localização e recursos turísticos (clima, temperatura mar, praias, paisagens naturais, história e herança cultural, gastronomia, vinhos, hospitalidade).

Estónia

Fatores destacados no turismo médico na Estónia:

- Sector médico com uma rede privada de estabelecimentos médicos desenvolvida
- Qualidade da infraestrutura médica
- Preços inferiores aos praticados na generalidade dos países da Europa ocidental, sendo o custo total incluindo viagens e alojamento muito competitivo, relativamente aos países de origem dos turistas médicos;
- Infraestrutura logística de transporte

República Checa

Fatores destacados no turismo médico da República Checa

- Preço
- Excelência da medicina
- Qualidade da educação e formação dos especialistas
- Qualidade do alojamento
- Experiência no turismo de saúde
- Beleza do país
- Hospitalidade
- Herança cultural única

Bulgária

No catálogo de oferta nacional são destacados os principais pontos fortes da oferta búlgara, com especial enfoque para férias em família, aproveitando a montanha, muitos monumentos históricos e culturais e a natureza.

A Bulgária, ainda a dar os primeiros passos no mercado, aposta firmemente nas oportunidades que a Directiva da UE sobre cuidados de saúde transfronteiriços lhe pode trazer, principalmente porque se posiciona com um nível de preços mais baixos do que em outros países europeus.

A National Complex "Specialized hospitals in Rehabilitation" JSC destaca alguns hospitais em <http://www.rehabilitation.bg/bg-filiali-banite.php>:

- Balneological complex MEDICA - Narechen
- SPA Hotel PERSENK - Devin - Rhodopes
- SPA center Zdravetz-Kamchia, Avren, Varna
- STAYKOV & FAMILY Specialized Hospital for Extended Recovery - Nessebar, Sunny Beach resort
- Specialized Hospital for Rehabilitation TUZLATA - Balchik
- Specialized Hospital For Rehabilitation - Bankya

38

Tendências no TSBE

Foram notadas algumas tendências dignas de relevo, uma relativa uma técnica que não se pode deixar de mencionar e outras referentes às infra estruturas e tipologia de oferta.

A primeira, tem a ver com a proliferação de terapias com células estaminais para tratamento de AVCs - um procedimento médico de ponta que envolve o uso de células estaminais do próprio indivíduo, eliminando assim qualquer risco de rejeição das células pelo organismo.

<http://www.medicaltourismco.com/stem-cells/stem-cell-therapy-stroke-rehabilitation.php>

Quanto à tipologia de oferta, as tendências vão no sentido da especialização em nichos de mercado.

SPA

Nos últimos 60 anos, os spas e *resorts* de saúde na Europa Central sofreram grandes alterações. A maioria deles são agora verdadeiros centros de turismo de saúde e oferecem uma ampla gama de serviços de alta qualidade, fazendo uso dos recursos naturais locais (água, terra, ar e mar). Para além dos serviços tradicionais, oferecem também serviços de fisioterapia e terapias complementares como terapias somáticas do movimento ou terapias de relaxamento. Além disso, é dada especial atenção às dietas saudáveis e adaptadas a cada cliente.

Estes serviços são disponibilizados a visitantes e pacientes, para fins de prevenção e reabilitação, incluindo o tratamento de doenças crónicas. São frequentemente parte integrante dos sistemas nacionais de saúde.

SPA Médicos

Um spa médico opera a tempo inteiro sob a supervisão presencial de um profissional de saúde licenciado. Os spas médicos oferecem, em ambiente de spa, serviços tão variados quanto a formação dos seus profissionais, podendo oferecer práticas e tratamentos, quer de tipo convencional, quer oriundos das medicinas complementares e alternativas

Alguns spas, especializam-se em procedimentos de hidroterapia e tratamentos de reabilitação. Outros spas, particularmente os spas húngaros, são conhecidos pelos seus tratamentos de pele.

SPAs adaptados a grupos etários específicos

Spas de nova geração, adaptados às necessidades de grupos etários específicos. Os spas dirigidas aos grupos mais jovens concentram-se nos aspectos preventivos do envelhecimento saudável, enquanto os spas dirigidos a pessoas com mais de 55 anos fornecerão tratamentos de reabilitação, prevenção e tratamentos de doenças relacionadas com a idade.

39

Como funciona o mercado

A venda do produto de Medicina física e reabilitação enquadrado do TSBE funciona como todos os restantes. Funciona assente na atividade de operadores de TSBE e bem-estar, normalmente sediados no país emissor, em particular no Reino Unido. Estas operadoras, encaminham os pacientes para clínicas ou centros no exterior, procurando facilitar todo o tipo de informações sobre as infraestruturas, as equipas médicas, a técnica, o custo e a envolvente (hotelaria e lazer).

Por questões deontológicas e de autorregulação da atividade, as seguradoras alemãs apenas referenciam as parcerias que desenvolvem com clínicas no exterior, escusando-se a uma prescrição efetiva e direta.

Operadores europeus de destaque

Os operadores encontrados são transversais a todos os produtos vendidos no mercado. Destacam-se os operadores britânicos:

- www.whatclinic.com
- <http://www.medbeaver.com/en>

Abaixo, enunciam-se alguns links úteis:

-
- [American Academy of Physical Medicine & Rehabilitation](#)
-
- [American Board of Physical Medicine & Rehabilitation](#)
-
- [British Society of Rehabilitation Medicine](#)
-
- [European Academy of Rehabilitation Medicine](#)
-
- [European Federation for Research in Rehabilitation](#)
-

- [European Section & Board of Physical & Rehabilitation Medicine](#)
- [European Society of Physical & Rehabilitation Medicine](#)
- [Hellenic Society of Physical & Rehabilitation Medicine](#)
- [International Spinal Cord Society](#)
- [ISPRM](#) International Society of Physical and Rehabilitation Medicine
- [Mediterranean Forum of PRM](#)
- [American Congress of Rehabilitation Medicine](#)
- [18th Congress of European Society of PRM](#)

Tabela 7 - Links úteis

European Spas Association

Pelo facto dos SPA médicos serem, cada vez mais uma tendência, interessa destacar a ESPA - uma associação não-governamental, sem fins lucrativos, baseada na lei belga. Foi fundada em 1995, em Bruxelas, como uma associação guarda-chuva para as associações nacionais de spa na Europa. Atualmente representa 24 membros de 22 países europeus.

Na Europa existem mais de 1200 spas e *resorts* de saúde, que se constituem como centros de saúde socialmente respeitados e formam um poderoso grupo económico, gerando proporções significativas do produto interno bruto dos países membros da Comunidade Europeia.

A Associação Europeia Spas estabeleceu os seguintes objetivos:

- 1) Produzir e desenvolver produtos dirigidos para a saúde e o bem-estar
- 2) Promover estratégias de prevenção e reabilitação para todos os que vivem na Europa.

<http://richardkrasner.wordpress.com/2013/02/14/what-role-can-medical-tourism-play-in-physical-therapy-and-rehabilitation-for-workers-compensation/>

Preços

Os gastos com os serviços de reabilitação são de difícil determinação uma vez que, em termos de análise, não são separados de outras despesas com cuidados de saúde. Regra geral, a maiores taxas de incapacidade correspondem maiores necessidades potenciais de reabilitação.

O pagamento dos serviços relacionados com a Medicina Física e de Reabilitação são, normalmente, cobertos pelos sistemas nacionais de saúde, financiados através da tributação,

de seguros sociais ou por seguros voluntários privados. Cada um dos modelos pode exigir contribuições financeiras às pessoas que usam os serviços ("taxas de utilização" ou "copagamentos"). Outra forma de pagamento dos serviços é o denominado *out-of-pocket* ou desembolsos particulares.

Muitos dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos dão cobertura total. Outros utilizam estratégias para conter as despesas do governo com serviços de medicina física e de reabilitação:

- Encargos para os utilizadores;
- Restrições ao acesso;
- Gestão de casos para limitar a utilização dos serviços e
- Programas limitados ao orçamento.

41

Foi desenvolvida uma pesquisa direta que permitisse recolher dados primários sobre os preços praticados no mercado europeu e que permitisse inferir sobre os níveis de competitividade de Portugal.

Neste sentido, foram considerados preços em *websites* de operadores, prestadores, países e entidades ligadas ao turismo de saúde e bem-estar.

Na pesquisa efetuada exclusivamente sobre a reabilitação, foram poucas as entidades com oferta considerada.

Nos EUA, por exemplo, foram estabelecidos os limites para tratamentos em regime de ambatório para 2014:

- \$ 1.920 para a fisioterapia e terapia da fala
- \$ 1.920 para serviços de terapia ocupacional.

O paciente norte-americano, paga uma franquia anual à Medicare (Seguro de Assistência Médica), a Medicare paga 80% do tratamento e 20% do custo dos serviços de terapia. A franquia é \$ 147, para 2014.

fonte: medicare, 2014

Na tabela abaixo são referidos os preços, mínimos e máximos, número de dias do pacote e o preço médio diário.

País	Preço Máx.	Preço Mín.	Dias	Preços / dia (EUR)	Fonte:
Lituânia	950		10	95	http://www.nordorthopaedics.com/en/rehabilitation-lithuania#Prices
República Checa 1	970	882	14	63	http://www.spa-bohdanec.eu/tep
Croácia	1400		14	100	http://www.croatianmedicaltourism.com/treatments/orthopedic-treatments/hip-replacement-surgery/
República Checa 2	1.000		7	143	http://www.medicalservicesprague.com/medical-treatments/orthopaedic-surgery
Média			11,25	100,2143	
República Checa	2.780				http://www.royalmedical.cz/24741-pricelist

Documento de Trabalho da AEP – Divulgação Reservada

Tabela 8 - Alguns preços obtidos em pesquisa de mercado

Pode-se, também, caracterizar a oferta encontrada considerando a diferença existente entre os preços e a duração média da estadia, face à média encontrada para cada um deles.

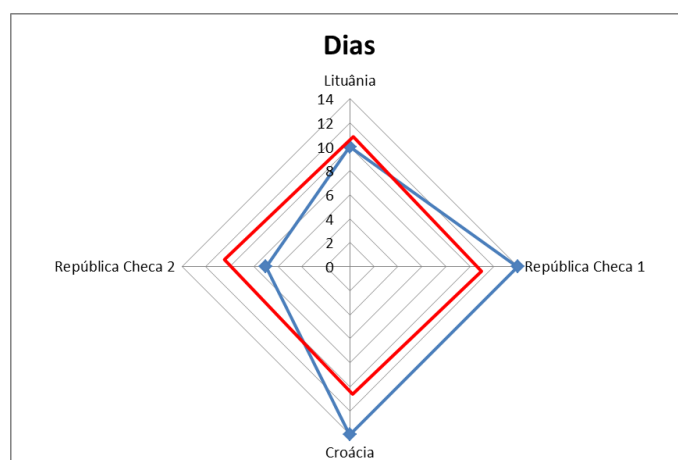


Figura 19 Tempo de estadia médio

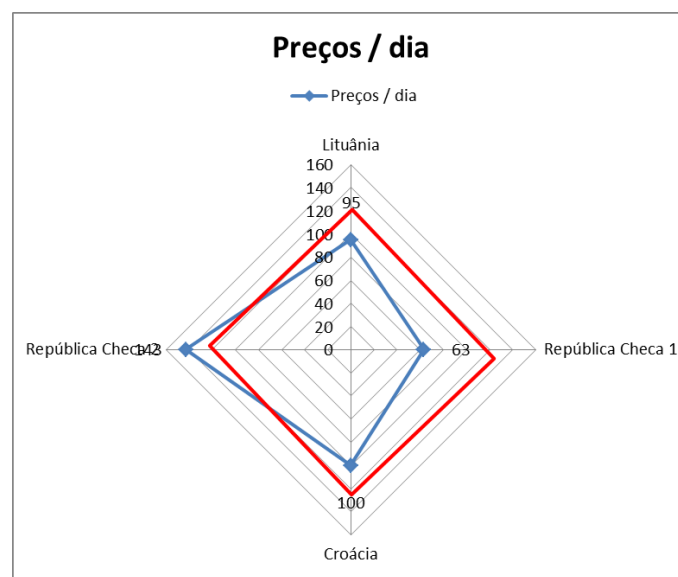


Figura 20 Preço/dia médio

Portugal no turismo de saúde e bem-estar - uma breve referência com o enfoque na Medicina Física e de Reabilitação

Ao nível do turismo residencial, um estudo do Turismo de Portugal, realizado pela THR, concluiu que:

- Cerca de 4.000.000 de europeus detêm casa em países estrangeiros e que esta tendência cresce, na altura, a um ritmo de 8%/ano
- Anualmente são compradas cerca de 120.000 propriedades no estrangeiro, 50% das quais em Espanha.
- Os principais países de origem dos compradores são o Reino Unido e a Alemanha, 45 e 20% respetivamente.

Portugal está bem posicionado e tem margem para crescer. A evolução demográfica e a melhoria das condições laborais, a crescente mobilidade de pessoas e bens, a facilidade na transferência de capitais, são fatores impulsionadores de um Turismo Residencial em expansão. Pelas suas características geográficas, climáticas e indicadores de desenvolvimento, Portugal poderá a este nível, constituir-se como alternativa ao mercado Espanhol.

Já ao nível da Medicina Desportiva, Portugal tem alguns especialistas em Ortopedia reconhecidos internacionalmente pelo seu trabalho com futebolistas de renome mundial. Ainda em Janeiro de 2014 o futebolista colombiano Radamel Falcao foi operado no Porto, na Ordem da Trindade. Podemos ainda referir como entidade já a operar neste mercado, associada à imagem do FCP, a *Porto Surgical Tourism*.

43

Foi efetuada uma pesquisa com o objetivo de identificar entidades portuguesas que estivessem a operar já no mercado do turismo de saúde, tendo surgido:

Google:

- <http://www.medicalport.org/>
- <http://www.portosurgicaltourism.com/>

What clinic (<http://www.whatclinic.com/physiotherapy/portugal>)

- [Hospital Particular do Algarve](#)
- [Clinica Pacifico Albufeira](#)
- [Hospital de Loulé](#)

Foram ainda referidas:

- Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais:
<http://www.alert-online.com/news/company/alert-in-a-physical-medicine-and-rehabilitation-center-in-portugal> ;
- <http://www.novavidarecovery.com/> (Dependências Químicas)

Ao nível das instituições, destaque para a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação (SPMFR) é uma instituição com 60 anos de idade e que conta com cerca de 500 membros.

O Congresso anual da SPMFR é um evento científico importante e que conta com a participação de outras especialidades como reumatologia e ortopedia. O Jornal da SPMFR, tem publicação bianual e é candidato para indexação Medline. A SPMFR tem protocolos de cooperação com as outras associações de especialidades médicas portuguesas, bem como com instituições internacionais da área da reabilitação.

<http://www.esprm.net/society-details/GsOE/portuguese-society-prm-spmfr>

Ao nível académico obteve-se uma referência da ACADEMIE EUROPEENNE DE MEDECINE DE READAPTATION NNUAIRE 2013, sobre:

João Páscoa Pinheiro

Potencial de mercado e cenarização

44

O potencial de mercado significa tomar como ponto de partida a estimativa sobre o mercado potencial feita em capítulo anterior corrigindo-o para o setor do TSBE, aplicando a taxa correspondente à percentagem de cidadãos que efetivamente receberam tratamentos de saúde e bem estar no exterior, conforme Eurobarometer 2007⁵.

Potencial de mercado = Mercado potencial * Taxa de saída com motivação SBE

Assumindo os pressupostos enunciados, pode-se estimar o tamanho do potencial de mercado e definir cenários com objetivos de captação para os cidadãos de cada país e para a diáspora portuguesa aí residente. Para os cidadãos de cada país, definiram-se 3 tipos de percentagens (2%, 4% e 6%, conforme uma cenarização conservadora, base ou ambiciosa). Quanto à diáspora portuguesa, definem-se, igualmente, 3 tipos de percentagens: uma igual à taxa de saída com motivação SBE de cada país (como mais conservadora) e outras duas iguais a 10% (perspetiva normal) e 20% (mais ambiciosa).

A título de exemplo:

Alemanha:

- Um cenário de 4% significaria captar 483 pacientes de ATA. De ATJ significaria 349;
- Um cenário de 10% para a diáspora portuguesa na Alemanha significaria: ATA: 10; ATJ:0;

Reino Unido

- Um cenário de 4% significaria captar 229 pacientes de ATA. De ATJ significaria 108;
- Um cenário de 10% para a diáspora portuguesa significaria: de ATA: 9; de ATJ:7;

⁵ Dada a inexistência de dados para a Suíça (6%), optou-se pela média de todas as outras enunciadas.

ATA			Mercado potencial		Potencial de Mercado		Market share			Mercado potencial diáspora (incidência = Portuguesa)	Market share diáspora		
País	População	Diáspora Portuguesa	Incidência (/100.000)	Mercado potencial	Viajam efetivamente (TSBE)	Potencial de mercado	2%	4%	6%		Potencial de mercado diáspora igual taxa saída	Potencial de mercado diáspora 10%	Potencial de mercado diáspora 20%
Alemanha	81.890.000	115.530	295	241.576	5%	12.079	242	483	725	102	5	10	20
Áustria	8.462.000	2.260	249	21.070	4%	1.054	21	42	63	2	0	0	0
Bélgica	11.140.000	43.484	245	27.293	6%	1.365	27	55	82	38	2	4	8
Espanha	47.270.000	138.501	97	45.851	3%	2.293	46	92	138	122	6	12	24
França	65.700.000	1.132.048	225	147.825	4%	7.391	148	296	443	996	50	100	199
Holanda	16.740.000	15.740	213	35.656	4%	1.783	36	71	107	14	1	1	3
Luxemburgo	531.000	81.274	208	1.104	20%	55	1	2	3	72	4	7	14
Reino Unido	63.230.000	105.000	181	114.446	3%	5.722	114	229	343	92	5	9	18
Suiça	7.997.000	221.641	266	21.384	6%	1.069	21	43	64	195	10	20	39
			656.205			32.810	656	1.312	1.969	1.633	82	163	327

Tabela 9 - Cenarização para ATA

ATJ			Mercado potencial		Potencial de Mercado		Market share			Mercado potencial diáspora (incidência = Portuguesa)	Market share diáspora		
País	População	Diáspora Portuguesa	Incidência	Mercado potencial	Viajam efetivamente (TSBE)	Potencial de mercado	2%	4%	6%		Potencial de mercado diáspora igual taxa saída	Potencial de mercado diáspora 10%	Potencial de mercado diáspora 20%
Alemanha	81.890.000	115.530	213	174.426	5%	8.721	174	349	523		0	0	0
Áustria	8.462.000	2.260	201	17.009	4%	680	14	27	41	1	0	0	0
Bélgica	11.140.000	43.484	178	19.829	6%	1.190	24	48	71	27	1	3	5
Espanha	47.270.000	138.501	104	49.161	3%	1.475	29	59	88	86	4	9	17
França	65.700.000	1.132.048	124	81.468	4%	3.259	65	130	196	702	35	70	140
Holanda	16.740.000	15.740	128	21.427	4%	857	17	34	51	10	0	1	2
Luxemburgo	531.000	81.274	155	823	20%	165	3	7	10	50	3	5	10
Reino Unido	63.230.000	105.000	142	89.787	3%	2.694	54	108	162	65	3	7	13
Suiça	7.997.000	221.641	212	16.954	6%	1.038	21	42	62	137	7	14	27
			470.883			20.079	402	803	1.205	1.079	54	108	216

Tabela 10 - Cenarização para ATJ

Para os AVC e doenças coronárias, foi feito o mesmo exercício.

A título de exemplo:

Alemanha:

- Um cenário de 4% significaria captar 311 vítimas de AVC. Para DC significaria 1500;
- Um cenário de 10% para a diáspora portuguesa significaria 7 de AVC e 106 de DC;

Reino Unido

- Um cenário de 4% significaria captar 45 vítimas de AVC. Para DC significaria 460;
- Um cenário de 10% para a diáspora portuguesa significaria 7 de AVC e 64 de DC;

AVC			Mercado Potencial				Potencial de Mercado		Market share				Market share diáspora		
			Incidência (Total)	TX mortalidade	Elegíveis	Mercado potencial	Viajam efetivamente (TSBE)	Potencial de mercado	2%	4%	6%	Mercado Potencial diáspora	Potencial de mercado diáspora igual taxa saída	Potencial de mercado diáspora 10%	Potencial de mercado diáspora 20%
População	Diáspora Portuguesa														
Alemanha	81.890.000	115.530	350	53	64%	155.657	5%	7.783	156	311	467	72	23	7	14
Áustria	8.462.000	2.260	100	48	64%	2.816	4%	113	2	5	7	1	0	0	0
Bélgica	11.140.000	43.484	185	57	64%	9.126	6%	548	11	22	33	27	2	3	5
Espanha	47.270.000	138.501	141	50	64%	27.530	3%	826	17	33	50	86	2	9	17
França	65.700.000	1.132.048	113	41	64%	30.275	4%	1.211	24	48	73	703	4	70	141
Holanda	16.740.000	15.740	220	48	64%	18.427	4%	737	15	29	44	10	2	1	2
Luxemburgo	531.000	81.274	146	59	64%	296	20%	59	1	2	4	50	0	5	10
Reino Unido	63.230.000	105.000	161	68	64%	37.634	3%	1.129	23	45	68	65	3	7	13
Suiça	7.997.000	221.641	143	41	64%	5.220	6%	320	6	13	19	138	1	14	28
			286.981					12.725	255	509	764	1.152	38	115	230

Tabela 11 - Cenarização para AVC

Doenças coronárias			Mercado potencial		Potencial de mercado		Market share			Mercado Potencial Diáspora	Market share diáspora		
			Número de altas 2008-2009/100000	Mercado Potencial	Viajam efetivamente (TSBE)	Potencial de mercado	2%	4%	6%		Potencial de mercado diáspora igual taxa saída	Potencial de mercado diáspora 10%	Potencial de mercado diáspora 20%
População		Diáspora Portuguesa											
Alemanha	81.890.000	115.530	916	750.112	5%	37.506	750	1.500	2.250	1.058	53	106	212
Áustria	8.462.000	2.260	421	35.625	4%	1.425	29	57	86	10	0	1	2
Bélgica	11.140.000	43.484	526	58.596	6%	3.516	70	141	211	229	11	23	46
Espanha	47.270.000	138.501	954	450.956	3%	13.529	271	541	812	1.321	66	132	264
França	65.700.000	1.132.048	498	327.186	4%	13.087	262	523	785	5.638	282	564	1.128
Holanda	16.740.000	15.740	497	83.198	4%	3.328	67	133	200	78	4	8	16
Luxemburgo	531.000	81.274	302	1.604	20%	321	6	13	19	245	12	25	49
Reino Unido	63.230.000	105.000	606	383.174	3%	11.495	230	460	690	636	32	64	127
Suiça	7.997.000	221.641	632	50.541	6%	3.096	62	124	186	1.401	70	140	280
			2.140.992			87.302	1.746	3.492	5.238	10.616	531	1.062	2.123

Tabela 12 - Cenarização para DC

Conclusões

No decorrer da análise de mercado e da concorrência desenvolvida para os 3 subprodutos da área da Medicina Física e Reabilitação, surgiram algumas questões que levantaram, à equipa técnica do projeto, algumas dúvidas sobre o interesse e a exequibilidade da criação de alguns desses subprodutos, nomeadamente os que incidem sobre as Lesões Encefálicas e as Lesões Vertebro-medulares. Estas questões exigem uma reflexão estratégica face ao tempo útil disponível para a concretização das ações piloto e dos objetivos que perseguem.

47

Estas questões podem ser resumidas em 3 grandes grupos:

- 1) Logística de transporte e riscos inerentes;
- 2) Estado anímico e psicológico do paciente;
- 3) Fatores e procedimentos integrantes do tratamento.

Logística de transporte e riscos inerentes

A partir do momento em que o paciente se encontre estável do ponto de vista hemodinâmico e estando as lesões associadas normalizadas, subsiste, na ótica do Turismo de Saúde e Bem-Estar, a necessidade de movimentar o paciente desde o país de origem até à unidade hospitalar portuguesa (e no que com esta se relaciona), o que exige uma logística de transporte extensa, cuidada e que preveja, entre outras,:

- Os vários processos de transferência em cadeira de rodas (no aeroporto, no avião, no aeroporto, no *transfer*, no hotel/hospital)
- O eventual acompanhamento de um médico ou enfermeiro durante a viagem;
- O tratamento preferencial no *check-in* e na alfândega;
- A viagem acompanhada até ao avião;
- Lugares específicos para doente, acompanhante e/ou pessoal médico;
- O tratamento específico a bordo;
- A viagem acompanhada do avião até à gare de saída;
- O tratamento preferencial na alfândega;
- O acompanhamento até ao *transfer* e até à unidade hospitalar;
- A eliminação vesical e intestinal;
- O cumprimento das considerações médicas sobre a ingestão de líquidos e alimentos;
- O cumprimento de recomendações médicas específicas:
 - Posicionamentos preventivos de complicações (escaras);
 - Prevenção da aspiração alimentar (tetraplegia);
 - Prevenção de quedas;

A somar a esta multiplicidade de considerações, há um conjunto de riscos inerentes ao estado do paciente a que acrescem outros associados à viagem, tais como:

- Tromboembolismo venoso dos MI;
- Quedas;
- Prevenção de fenómenos tromboembólicos pelo uso de medicação e meias de contenção elástica;
- Prevenção de fenómenos de disreflexia autonómica secundários.

Estado anímico e psicológico do paciente

As alterações psicológicas nos pacientes vítimas de TVM e /ou AVC assumem uma vertente, se não igual, muitas vezes superior à lesão física na fase hospitalar.

Para enfrentar esta nova situação, a pessoa desenvolve mecanismos de defesa que a protegem da realidade e lhe dão tempo para se adaptar. Algumas reações psicológicas possíveis de serem encontradas são: negação, ansiedade, tristeza, depressão, luto, frustração, raiva, choro, regressão, culpabilização, desespero, agitação psicomotora.

48

O sentimento de choque e negação, na fase do diagnóstico, e por vezes no momento da alta e no tratamento de reabilitação, pode aumentar o risco de suicídio. Não menos importantes são os comportamentos de autodestruição, com recurso frequente ao consumo de álcool e fármacos.

Fatores e procedimentos integrantes do tratamento

O trabalho com estas pessoas exige um envolvimento a longo prazo, pelo que é muito importante questionar e prever o que acontece antes e depois do período de reabilitação no CRN - SCMP.

O apoio psicológico e a informação - verdadeira - sobre as perspetivas futuras não podem, em momento algum, ser negligenciados. A informação deve ser clara e objetiva, tendo em conta os aspetos culturais de cada pessoa.

É ainda comum existirem, como parte integrante do tratamento de reabilitação, Técnicas de Terapia Ocupacional e Técnicas de Terapia da Fala. O não domínio da língua por todo o quadro médico é um fator de maior isolamento e confusão, baixando consideravelmente o grau de esperança e confiança no sucesso da reabilitação.

Resumindo

As considerações enunciadas acima parecem colocar uma pressão excessiva sobre a necessidade de estruturação dos serviços logísticos adequados. Os riscos inerentes à viagem acrescem maiores dificuldades para a concretização de todo o processo logístico.

O estado anímico e psicológico do paciente, que se verifica não só na viagem mas em todo o processo de reabilitação, obrigaria a SCMP a debruçar-se, rapidamente, sobre a forma como as equipas - médicas, técnicas, administrativas e auxiliares - se devem formar e posicionar no relacionamento com os pacientes. O domínio da língua do paciente assume-se como um fator de enorme importância para o sucesso do tratamento de reabilitação, não só pela facilidade de comunicação bidirecional necessária, como pelo facto de haver procedimentos específicos onde a língua assume um papel central - terapia da fala.

Estas considerações podem ter ainda outro tipo de implicações para a SCMP pelo risco que encerram. Podem fazer perigar o sucesso da sua entrada no mercado internacional, tanto devido à dispersão de recursos (humanos e financeiros) como devido às consequências que podem surgir com a responsabilidade pelo sucesso do tratamento.

O facto da SCMP receber pacientes de outras unidades hospitalares - internacionais - com cirurgias à anca e/ou ao joelho executadas por equipas médicas desconhecidas, com a

utilização de técnicas e materiais que podem não ser os preconizados e prescritos pelas equipas internas, dificultaria a definição dos níveis de responsabilidade e do cumprimento das taxas de sucesso que a SCMP defende. Poderia, inclusive, colocar a SCMP numa posição de fragilidade, com a necessidade de se defender, até litigiosamente, por situações e resultados que a ela não devem ser atribuídos, estejam relacionados com a cirurgia e/ou com a viagem. Isto poderia significar um grave problema reputacional com consequências graves na imagem da unidade hospitalar, em particular, e na imagem da SCMP, em geral. Por outro lado, poderia levar a SCMP a ter de provisionar recursos financeiros necessários para a defesa litigiosa, seguros e pagamento de indemnizações.

No que respeita às Lesões Encefálicas e as Lesões Vertebro-medulares as questões da responsabilidade tem igual importância e impacto.

Oportunidades

Não obstante, é possível desenhar algumas oportunidades para Portugal. Assim, o potencial de mercado para um cenário de 4% sobre cada país referido e 10% sobre a diáspora portuguesa nesses países representaria um total de 7565 turistas, dos quais 1448 seriam expatriados portugueses.

Em termos de potencial de produtos, destacam-se as doenças coronárias⁶ seguidas das ATA.

	ATA	ATJ	AVC	DC	total
Países referidos	1.312	803	509	3.492	6.117
Diáspora	163	108	115	1.062	1.448
Total	1.476	911	624	4.554	7.565

Tabela 13 - Potencial de mercado total

Contudo, não é líquido que as taxas de disponibilidade para sair sejam idênticas para um problema resultante de um AVC ou de uma artroplastia da anca. Deve-se ainda atentar para o facto de haver um tipo de reabilitação pós evento ou pós cirúrgico e outro como parte integrante de um processo longo e gradual. As oportunidades parecem aumentar considerando este segundo tipo de reabilitação, assumindo-a como uma atividade de suporte ao turismo, eventualmente inscrito no Turismo acessível.

Do lado da diáspora portuguesa, pode-se inferir que haverá, à partida, mais propensão a realizarem algum tipo de reabilitação em Portugal, dada a familiaridade com a língua e costumes e com o facto de estarem mais próximos da família e amigos, logo, como uma rede emocional superior.

Por outro lado, as oportunidades que estes mercados podem apresentar para Portugal devem, ainda, ter em consideração o nível de recursos humanos adstritos à reabilitação, manifestamente baixos no Reino Unido (0,26), na Suécia (1,88) e na Holanda (1,65). A Alemanha apresenta um rácio de 1,96/100.000 habitantes. Portugal ocupa uma posição média com cerca de 3,3 especialistas /1000.000 habitantes atrás da Espanha, da Bélgica, da Itália, da Suíça, da Islândia e da Eslovénia e muito próximo da média europeia (3).

⁶ É importante considerar a forma de cálculo do mercado potencial descrito.

Focando nos potenciais concorrentes, a Espanha e Itália, países do Sul da Europa, têm 3,85 e 3,73 especialistas/100.000 habitantes, respetivamente.

Por fim, uma nota sobre o turismo residencial pelo potencial que Portugal pode apresentar, ainda que possa estar constringido aos efeitos da crise financeira global que se vive na Europa, não obstante não se considerar como parte integrante do setor do TSBE mas com importância para o produto em estudo.

Identificação e Análise da Concorrência

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Identificar os concorrentes poderá ser uma tarefa mais complicada do que possa, eventualmente, parecer no início.

São possíveis duas abordagens que, na metodologia implementada, convivem em simultâneo:

- Pelo lado da procura - consideramos aquele grupo de organizações que satisfazem o mesmo conjunto de necessidades dos clientes. O grupo de consumidores a ser atingido é a dimensão chave nesta abordagem;
- Pelo lado da oferta - identificando as empresas cujas base de recursos, de tecnologia e de operações são semelhantes à rede nacional que se pretende estabelecer.

A análise das conclusões consagradas nos Atlas de Oportunidades, em particular no que respeita às tendências e dinâmicas do mercado, identifica os países emissores de turistas de saúde e bem estar, os produtos desejados e procurados, os fluxos, e a dimensão e características dos vários segmentos.

A partir destas conclusões, importa identificar os critérios de referência para a classificação das organizações enquanto concorrentes e para a sua identificação e caracterização.

Esta classificação obedece a 2 critérios fundamentais.

- 1) A definição dos segmentos alvo a servir no âmbito de cada projeto piloto, procurando identificar e relacionar os multicritérios utilizados na sua identificação, tanto ao nível geográfico como sociográfico e comportamental.
- 2) Com a seleção dos segmentos alvo, a identificação dos produtos *core* para cada projeto piloto, que pressupõe uma análise aprofundada da oferta atual, enquanto ponto de partida. Nesta análise foi elaborada a TECCE (Técnica, Equipa, Custo, Condições e Envolvente), enquanto documento de sistematização do produto atual, e descrita a forma como os produtos são vendidos, as redes que estão constituídas, os canais que são utilizados, os preços praticados e as políticas e ferramentas de promoção e comunicação em uso. O produto atual é visto numa perspetiva alargada, procurando identificar, a partir do “core”, as componentes que lhe estão associadas (viagens, serviços complementares, estadia, produtos turísticos, entre outros).

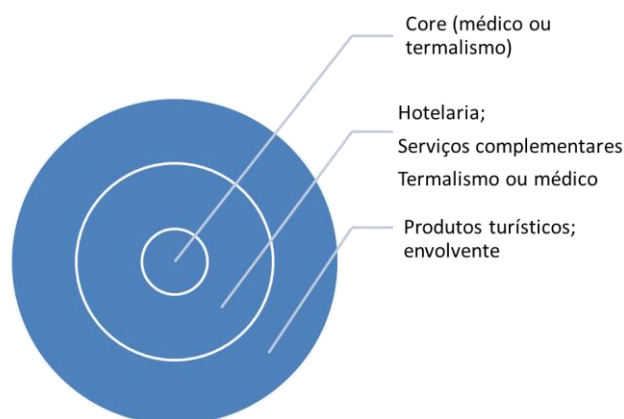


Figura 21- Produto alargado

Critério Segmentos alvo:

- a. Geográficos:
 - i. Alemanha
 - ii. Reino Unido
- b. Sociográficos:
 - i. Mais de 55 anos
 - i. Classes B e C

Critério Produto Core

- c. Medicina Física e Reabilitação
- Reabilitação de Artroplastias da anca ou joelho; Lesões Encefálicas (AVC); Lesões Vertebro-medulares

São consideradas concorrentes as organizações que oferecem o mesmo produto core aos mesmos segmentos alvo. Estas entidades podem ser os países que recebem os turistas de saúde que Portugal procura captar, numa perspetiva aglutinadora, e os prestadores instalados nesses países, que oferecem um produto - mais ou menos - composto, segundo a ótica de produto alargado.

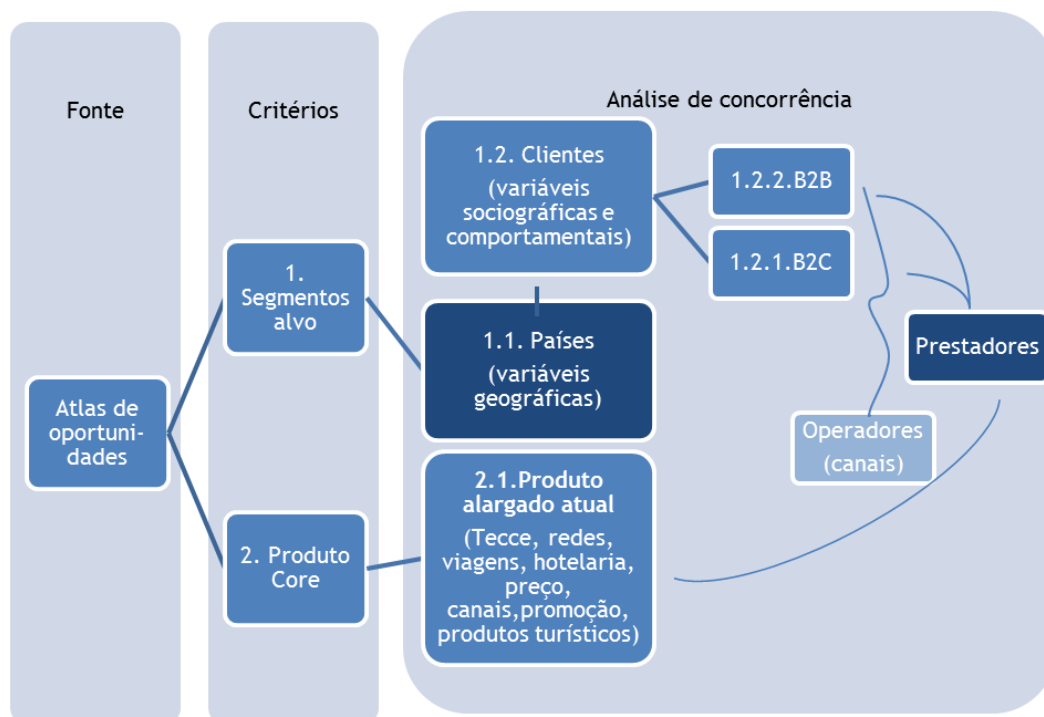


Figura 22 - Metodologia análise da concorrência

Seleção da amostra

Foi utilizado o conhecimento adquirido do Atlas de Oportunidades como ponto de partida. Foram identificados como principais destinos de saúde e bem-estar a Espanha, Itália e Áustria. Sabe-se também que os países de leste são os eleitos quando se trata de destinos com objetivo de tratamentos médicos mais específicos.



Figura 23 - principais destinos TSBE

O segundo passo foi a realização de uma pesquisa *online* e apontamento de todos os prestadores que se enquadram como possíveis concorrentes.

Depois, passou-se para a redução desta lista, e assim foram excluídos aqueles que não alargavam o seu produto *core* aos parâmetros do turismo médico, sobretudo no que diz respeito à componente Envolvente da TECCE.

Por fim encontramos uma lista de catorze entidades que se apresentam como referência para o produto a criar. Procederemos então à sua análise.

Identificação das Entidades:

No quadro seguinte são apresentadas as entidades identificadas de acordo com os critérios descritos. É apresentada a informação do país e do tipo de entidade.

Os prestadores correspondem a clínicas ou hospitais que prestam efetivamente o produto *core* através dos seus meios próprios. Simultaneamente oferecem um produto alargado de turismo médico. Os operadores são entidades intermediárias que, não prestando o produto *core*, oferecem um produto alargado de turismo médico através de parcerias com um ou diversos prestadores.

As entidades do tipo País são as que se dedicam à promoção do turismo médico num determinado país, recorrendo aos diversos atores que nele operam e às potencialidades da envolvente.

Entidade	País	Tipo	Web Site
Terme Selce	Croácia	Prestador	www.terme-selce.hr
Croatia Medical Travel	Croácia	Operador	www.croatia-medical-travel.com
Croatian Medical Tourism	Croácia	Operador	www.croatianmedicaltourism.com
Centro Médico Teknon	Espanha	Prestador	www.teknonbarcelona.com
Medical Tourism To Estonia	Estónia	Operador	www.medicaltourismtoestonia.co.uk
Kastelyszanatorium	Hungria	Prestador	www.kastelyszanatorium.hu/en/
Equilibrium	Polónia	Operador	www.equilibrium-med.com/
Carolina	Polónia	Prestador	www.english.carolina.pl/
Medical Travel Europe	Polónia	Operador	www.medicaltraveleurope.com/
Medical Tourism	Polónia	País	poland.medicaltourism.pl/
Poland medical tourism	Polónia	País	polandmedicaltourism.com
Medical Tourism Poland	Polónia	País	www.medical-tourism-poland.com/
Intmedtourism	Reino Unido	Operador	www.intmedtourism.com/
Medical Spa Bohdanec	República Checa	Prestador	www.spa-bohdanec.eu/

Tabela 14 - Identificação das entidades selecionadas na amostra

No mapa seguinte é possível visualizar a localização das entidades identificadas por país e tipo de operador. A Polónia destaca-se quer pela existência de três portais de promoção do turismo médico no país, quer pela quantidade de entidades que estão no mercado do turismo médico e que prestam o produto de medicina física e reabilitação.

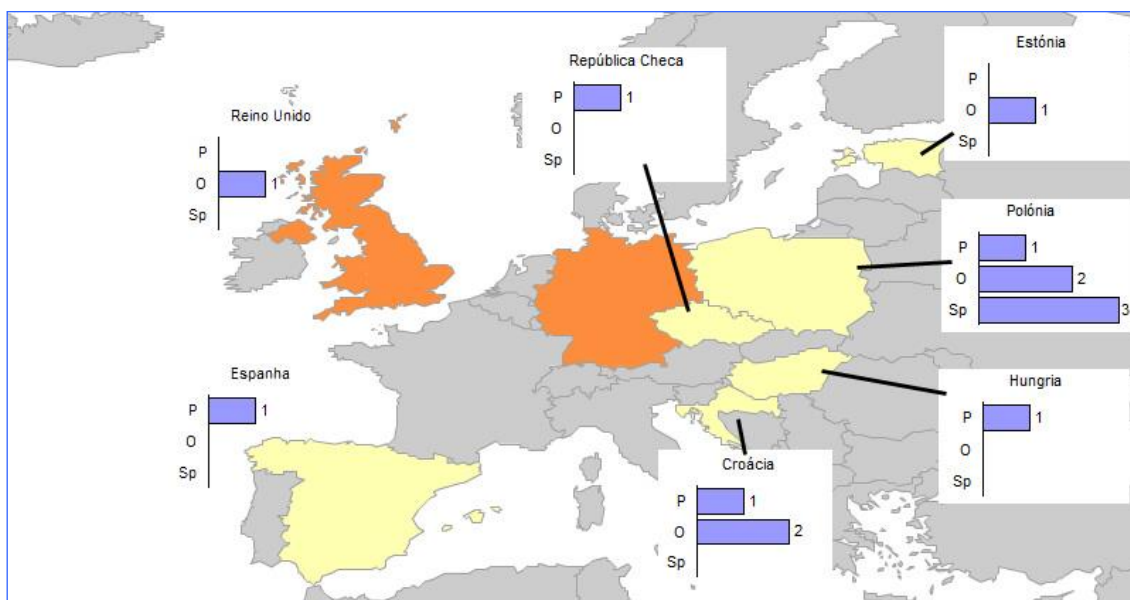


Tabela 15 - Distribuição geográfica da amostra, por país e tipo de entidade

Legenda: P - Prestadores; O - Operadores; Sp - Website de país
Laranja - País emissor; Amarelo - País recetor

Além da distinção de tipologia (prestador, operador e *website* de país), cada entidade apresentava também um conceito de produto, com enfoques diferentes. Naturalmente que o produto *core*, a medicina física e reabilitação, é comum a todos. No entanto quando partimos para o produto alargado, verificamos algumas variações significativas quanto à proposta de valor apresentada:

Cirurgia: o produto *core*, medicina física e reabilitação, está muitas vezes associado a uma intervenção cirúrgica lhe que antecede ou mesmo decorre simultaneamente a este. Este facto ocorre por exemplo nas cirurgias de ortopedia (artroplastias de anca joelho). A capacidade de conjugar a cirurgia com a reabilitação associada poderá constituir um fator distintivo.

Alojamento: no produto alargado do turismo médico, o alojamento é uma das componentes principais. No entanto a sua integração no produto oferecido nem sempre estava presente.

Logística: Esta componente compreende um conjunto de serviços associados à gestão de todo o produto alargado. Um conjunto de entidades proporciona este serviço de logística, organizando todo o processo desde a marcação das viagens até ao regresso a casa do cliente.

SPA: Este serviço reforça a componente de bem-estar associada ao produto alargado. Complementando o produto de reabilitação para o cliente ou para a respetiva companhia.

Turismo: A componente de promoção da envolvente turística nem sempre está presente. Algumas entidades promovem programas turísticos diretamente e incluem-nos nas opções do pacote oferecido.

Entidade	Cirurgia	Alojamento	Logística	SPA	Turismo
Terme Selce		X		X	
Croatia Medical Travel	X	X		X	X
Croatian Medical Tourism	X	X	X		
Centro Médico Teknon	X				
Medical Tourism To Estonia					X
Kastelyszanatorium	X	X	X	X	X
Equilibrium	X	X	X	X	X
Carolina					
Medical Travel Europe		X	X	X	X
Medical Tourism	X	X		X	X
Poland medical tourism	X	X		X	X
Medical Tourism Poland	X	X		X	X
Intmedtourism	X	X	X	X	X
Medical Spa Bohdanec		X		X	X

Tabela 16 - Conceito de turismo de saúde apresentado pelas diferentes entidades

TECCE

A TECCE, constitui-se como a base da análise de cada um dos projetos piloto. É o acrónimo de Técnica, Equipa médica, Custo, Condições, e Envolvente. Estes correspondem às principais dimensões que foram identificadas como a base de um produto de turismo médico.

Nesta análise foi elaborada uma TECCE para cada uma das entidades da amostra, tendo como base a informação apresentada no respetivo *website*, considerado por defeito, o primeiro veículo de comunicação para com os potenciais clientes do turismo médico. Cada dimensão foi avaliada numa escala qualitativa consoante a importância com que era apresentada no *website*: insuficientes; suficientes; completas; muito completas.

A cada um dos níveis da escala é associado um parâmetro comum às diferentes dimensões da TECCE, sendo que os primeiros níveis referem-se à qualidade e profundidade da informação prestada e o último nível à perceção da excelência e fatores distintivos apresentados, como é representado na figura seguinte.

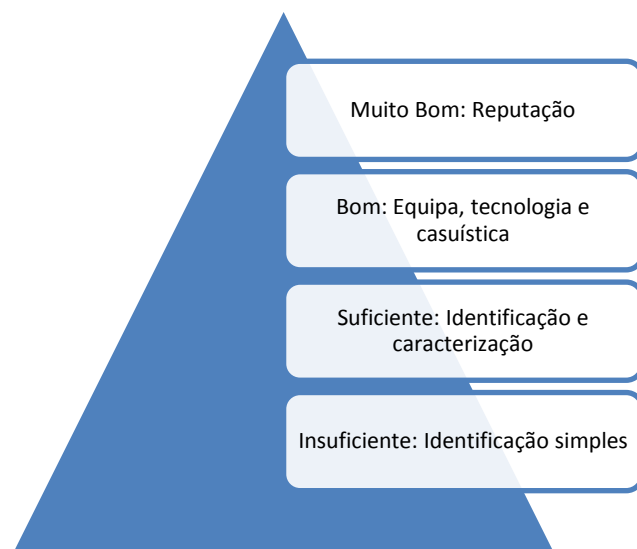


Figura 24 - Gradação dos níveis de avaliação qualitativo das diferentes dimensões da TECCE.

Assim sendo, foram utilizados os seguintes critérios específicos para as diferentes dimensões da TECCE:

Técnica:

Insuficiente: Não refere ou apenas menciona as técnicas

Suficiente: Indicação das diferentes técnicas e tecnologias utilizadas em cada procedimento

Bom: Denominação, descritivo, pré e pós procedimento, casuística

Muito Bom: Certificação, ID, Universidades, Centros de excelência

Equipa:

Insuficiente: Não refere ou apenas identifica a equipa

Suficiente: Identificação chefe equipa + foto; Anos experiência; CV; Domínio de línguas

Bom: Equipa geral + equipa procedimento + técnicos; Taxas de sucesso; Nº procedimentos; Método/técnica + tecnologia

Muito Bom: Vídeo; I&D; Prémios; Publicações; Formação/redes internacionais; Acreditações/memberships

Custo:

Insuficiente: Não é apresentado

Suficiente: Custo por procedimento

Bom: Custo por procedimento, e alojamento

Muito Bom: Pacote completo

Condições:

Insuficiente: Não refere ou apenas identifica as Infraestruturas; Nível tecnológico, especialidades

Suficiente: Acreditações nacionais, Quadro de pessoal, Línguas; Detalhe das especialidades

Bom: Casuística e experiência por especialidade, Quadro pessoal detalhado, CV da equipa médica e pessoal técnico

Muito Bom: Redes, Acreditações internacionais, Universidades, ID

57

Envolvente:

Insuficiente: Não mencionado ou breve referência

Suficiente: Roteiros e atividades generalistas

Bom: Roteiros e atividades específicas

Muito Bom: Roteiros e atividades específicas com guia especializado

No cômputo global os resultados da análise global da TECCE referente às 14 entidades selecionadas é apresentado no gráfico seguinte:

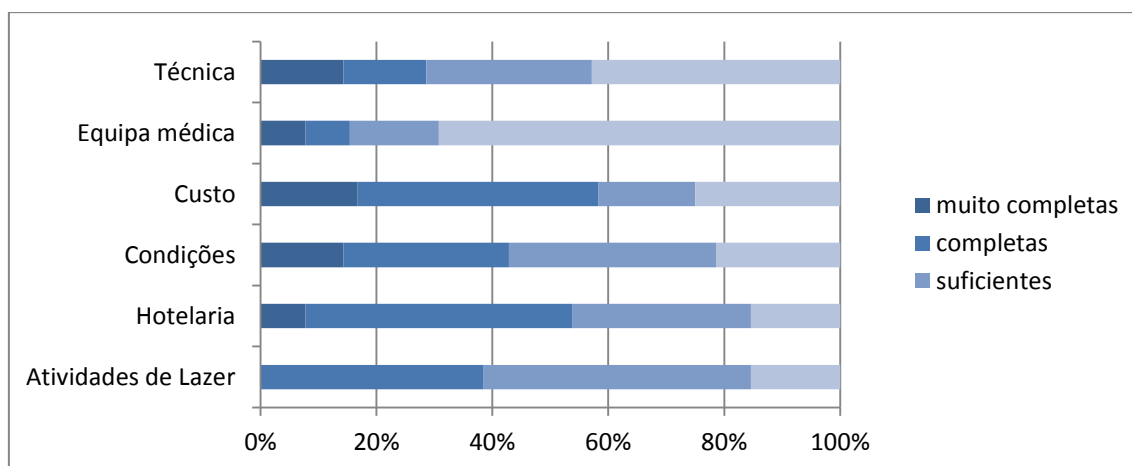


Figura 25 - Resultado global da TECCE das entidades da amostra

Preços

A opção recaiu na identificação de um produto que servisse de *proxy* e referência ao produto *core* em análise. A aproximação recaiu num conjunto de procedimentos de ortopedia que estão frequentemente associados à medicina física e reabilitação: substituição de anca; substituição de joelho e artroscopia.

O nível de informação sobre preços mostrou que metade das entidades apresentaram preços de nível completo ou muito completo.

Serviços Complementares

Os serviços complementares correspondem a um conjunto diversificado de produtos e serviços que poderão ser oferecidos pelas entidades e que poderão constituir um fator diferenciador da concorrência. Algumas entidades incluíam no pacote global proposto ao cliente alguns destes serviços, enquanto outras os disponibilizavam a pedido.

No gráfico que se segue é apresentada a frequência com que diferentes serviços complementares surgem como parte integrante da oferta das entidades analisadas.

58

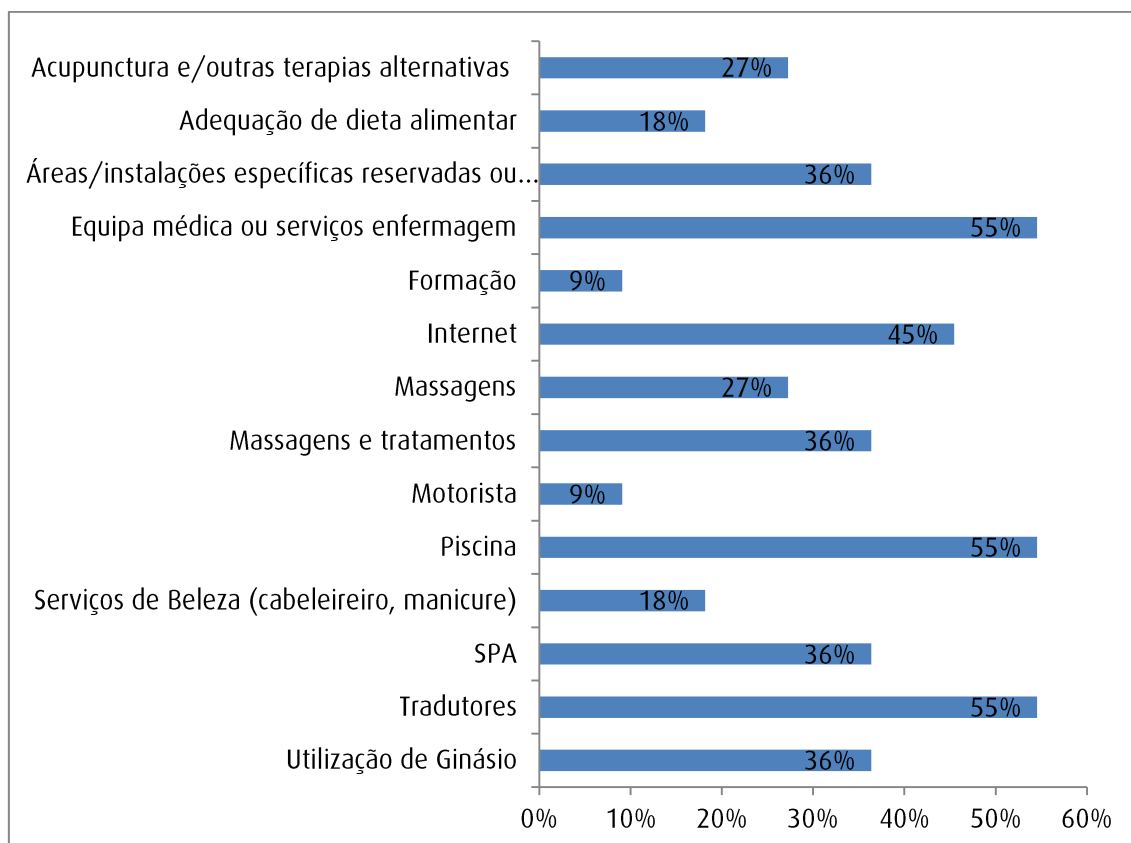


Figura 26 - Frequência de disponibilidade dos serviços complementares

Línguas

A disponibilidade de consulta do *website* em diferentes línguas poderá constituir um essencial de presença em determinados mercados. Todos os *websites* tinham a versão inglesa além da versão na língua nativa oficial. A língua alemã, apesar de ser vista também como um requisito essencial para atingir o mercado alemão, não é utilizada por muitas entidades. Desta forma foi considerado como um fator diferenciador face à concorrência. O russo surge também destacado entre as línguas mais utilizadas, como se pode verificar no gráfico seguinte.

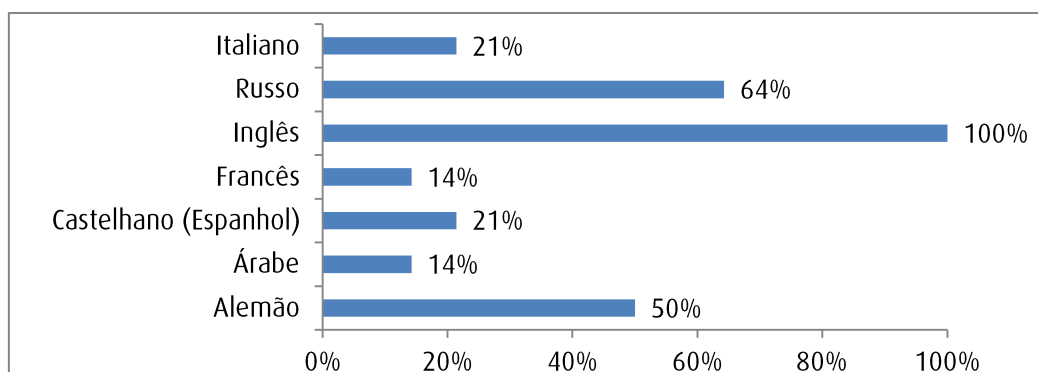


Figura 27- Línguas disponibilizadas no website

Curva de Valor

A Curva de Valor é um conceito apresentado no livro *A Estratégia do Oceano Azul*, por W. Chan Kim e Renee Mauborgne. Esta abordagem é um instrumento de suporte a estratégias de diferenciação da concorrência (oceanos azuis). Permite de uma forma visual e sintética avaliar a concorrência e o posicionamento atual e pretendido da empresa face a um conjunto de fatores diferenciadores.

O Turismo de Saúde e Bem-Estar corresponde a uma estratégia de oceanos azuis. Ao conjugar as duas componentes, médica e turismo, abre todo um conjunto de possibilidades de diferenciação, não só pelas características inovadoras que confere, mas particularmente se forem levadas em conta as características da envolvente, grande parte de difícil reprodução noutros locais.

Para a construção da cadeia de valor foram utilizados os índices compostos relacionados com a TECCE, e acrescentados outros fatores de diferenciação como os serviços complementares e o domínio de línguas. A análise pode ser tão detalhada quanto desejável, e apresentada não só para o produto Medicina Física e Reabilitação como um todo, mas também incidir sobre um país concorrente ou um operador em articular. No gráfico seguinte é apresentada a curva de valor global da Medicina Física e Reabilitação.

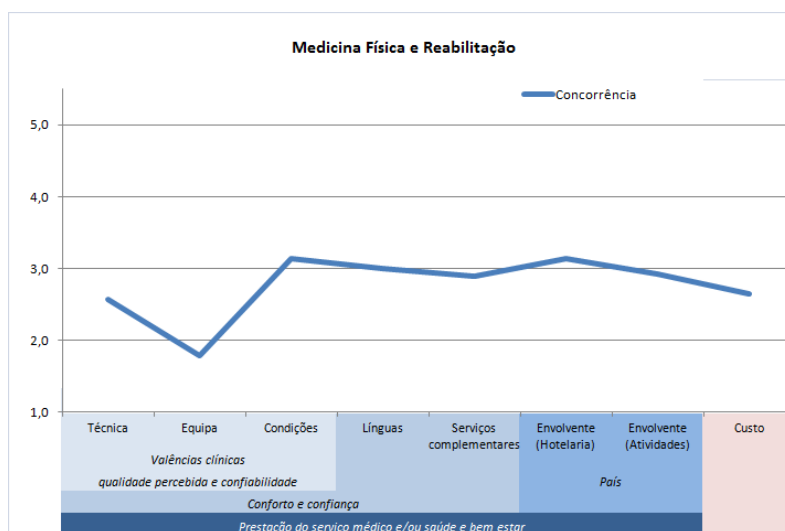


Figura 28 - Curva de valor para a Medicina Física e Reabilitação

Os valores apresentados têm uma correspondência direta com a avaliação qualitativa apresentada na TECCE:

Insuficiente - 1: Identificação

Suficiente - 3: Identificação e caracterização

Bom - 4: Bom: Equipa, tecnologia e casuística

Muito Bom - 5: Reputação

Benchmarking

Croácia

Características

População (milhares, 2013)	4.491
Turistas recebidos (milhares, 2009)	9.335
Receitas turismo (2010, milhões de USD)	8.268
PIB ppc (2011, milhões)	80.334
Despesas saúde (2009, % PIB)	8%



61

Entidades Identificadas

 TERME SELCE <small>ZDRAVLJE & SPORT</small> <small>POLIKLINIKA TERME</small>	 Croatia Medical Travel <small>Croatian Medical Travel Agency</small>	 CROATIAN MEDICAL TOURISM
Terme Selce (Prestador)	Croatia Medical Travel (Operador)	Croatian Medical Tourism (Operador)

Operadores: Croatia Medical Travel e Croatian Medical Tourism

Operadores em diversas áreas da medicina, incluindo a medicina física e de reabilitação.

Tratam de todo o processo logístico (oferta “tudo incluído”): pesquisa e contacto com hospitais e clínicas, acompanhamento personalizado, alojamento, viagem, organização da viagem e *transfers*, programas turísticos, tradução, acompanhamento personalizado: o cliente escolhe o número de serviços.

Instituições médicas parceiras no produto *core*:

- Terme selce;
- Istrian thermal resort
- Polyclinic “Peharec

Pagamento:

Croatia Medical Travel - Pagamento feito ao operador: 40% na reserva; restante até 2 dias do início do serviço.

Croatian Medical Tourism - Pagamento feito diretamente ao prestador.

Prestador: Terme Selce

Têm como propósito o turismo médico.

Ênfase na divulgação dos produtos turísticos da região.

Proporcionam alojamento, próprio ou com parceiros (hotéis).

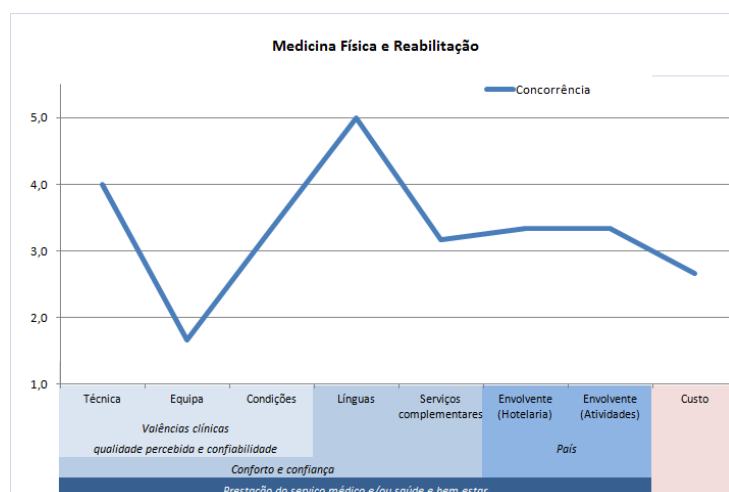
Tratamentos proporcionados:

- Terme selce: Magnetotrapia
- Istrian thermal resort: Hidroterapia, termoterapia, cinesioterapia, eletroterapia, inalação
- Polyclinic “Peharec: Isocinetica, hidroterapia, cinesioterapia, terapia manual, baropodometria

Duração e preço do pacote sugerido:

- Pré-operatório: 2 dias
- Permanência hospitalar: 1 dia
- Reabilitação pós-operatório: 14 dias

Curva de Valor



Espanha

Características

População (milhares, 2013)	46.754
Turistas recebidos (milhares, 2010)	52.677
Receitas turismo (2010, milhões de USD)	52.525
PIB ppc (2011, milhões)	1.413.468
Despesas saúde (2009, % PIB)	10%



63



Entidades identificadas

CENTRO MEDICO TEKNON

(Operador)

Produto *core* específico:

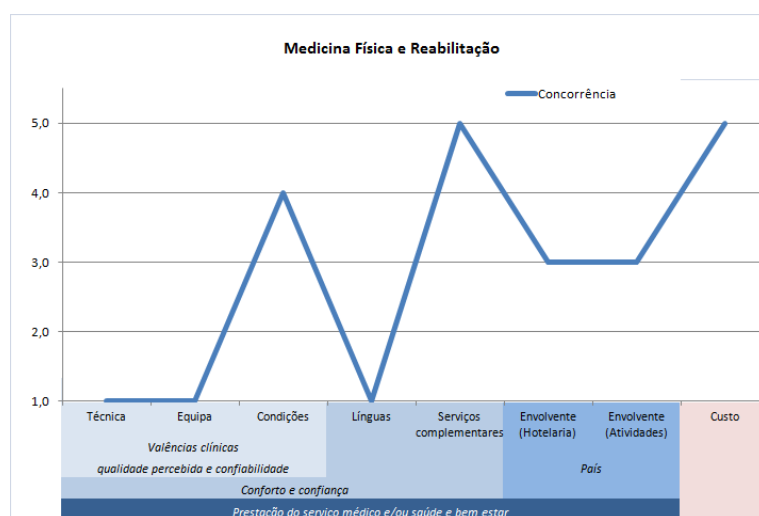
- Pré e pós-operatório
- Lesões Encefálicas (AVC)
- Lesões Vertebro-medulares

Conceito: cirurgia e reabilitação

Línguas de navegação: Castelhana, Inglês e Russo ; Hotelaria: 5 estrelas

Serviços incluídos na oferta: Piscina, SPA, Ginásio, Massagens, Internet, Áreas/instalações específicas reservadas ou adequadas, Equipa médica ou serviços enfermagem, *Conciérge* turista médico

Curva de Valor



Documento de Trabalho da AEP – Divulgação Reservada

Estónia

Características

População (milhares, 2013)	1.307
Turistas recebidos (milhares, 2010)	2.120
Receitas turismo (2010, milhões de USD)	1.071
PIB ppc (2011, milhões)	27.313
Despesas saúde (2009, % PIB)	4%



64

Entidades Identificadas

MEDICAL TOURISM TO ESTONIA

Operador: o Prestador parceiro é a Fertilitas (prestador de serviços médicos em diversas áreas, incluindo reabilitação, sobretudo de problemas cardíacos)

Oferta: Pacote completo do serviço alargado: viagem, *transfers* e alojamento, diagnóstico e consulta e *follow-up* pós-tratamento

Conceito: reabilitação e turismo

Línguas de navegação: Inglês

TECCE: o *website* do operador não apresenta desenvolvimentos aprofundados relativamente às diferentes dimensões da TECCE

Curva de Valor

Nd

Hungria

Características

População (milhares, 2013)	9.930
Turistas recebidos (milhares, 2010)	9.510
Receitas turismo (2010, milhões de USD)	5.381
PIB ppc (2011, milhões)	195.640
Despesas saúde (2009, % PIB)	8%



65

Entidades Identificadas


<p>Kastelyszanatorium (Prestador)</p>

Conceito: produto alargado, incluindo a componente cirúrgica associada à reabilitação; logística, alojamento, produtos turísticos e o spa

Línguas de navegação: Inglês, Russo, Húngaro

Reabilitação pré e pós-operatório de:

- Artroplastias
- Cardiologia

Duração do pacote sugerido:

- Pré-operatório: 2 dias
- Permanência hospitalar: 1 dia
- Reabilitação pós-operatório: 14 dias

Serviços complementares: Piscina, Utilização de SPA, Utilização de Ginásio, Massagens e tratamentos, Internet, Áreas/instalações específicas reservadas ou adequadas, Equipa médica ou serviços enfermagem, Tradutores, Adequação de dieta alimentar

Outas entidades:

Medical Tourism Hungary: operador (várias áreas incluindo fisioterapia)

66

Conceito de turismo médico:

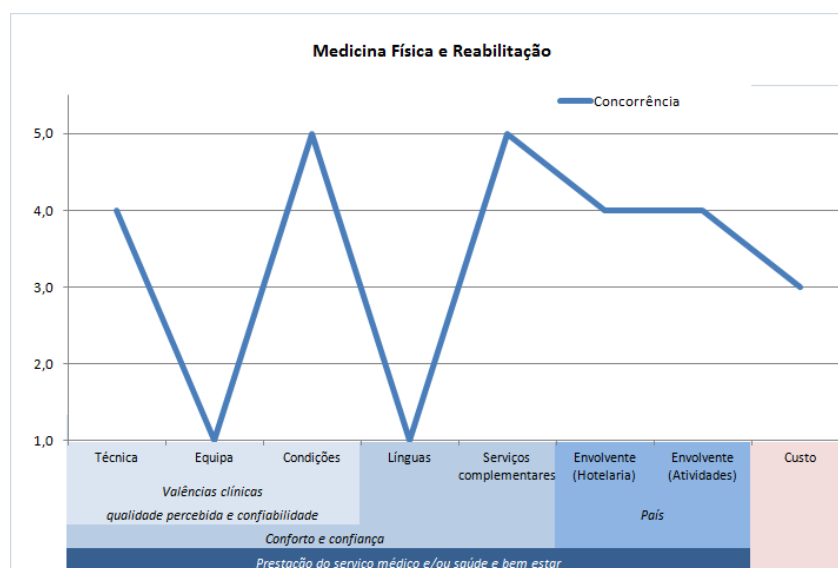
- Logística do processo Visa
- Agendamento do voo
- Reserva do hotel
- *Transfers*
- Coordenação total com médico
- Organização de visitas turísticas
- Permanência de contacto durante 6 meses após tratamento
- Guia durante a permanência na Hungria

Go to Hungary

<http://gotohungary.com>

Site de promoção turística da Hungria que também promove turismo médico

Curva de Valor



Polónia

Características

População (milhares, 2013)	38.441
Turistas recebidos (milhares, 2010)	12.470
Receitas turismo (2010, milhões de USD)	9.446
PIB ppc (2011, milhões)	771.658
Despesas saúde (2009, % PIB)	7%



67

Entidades Identificadas:

		
Carolina Medical Center (Prestador)	Equilibrium (Operador)	Medical Travel Europe (Operador)
		
Medical Tourism (País)	Poland Medical Tourism (País)	Medical Tourism Poland (País)

Carolina Medical Center (Prestador)

Principal prestador de turismo médico na área da reabilitação (referenciado pelos restantes operadores e *sites* de promoção do país.

Produtos *core*: Ortopedia e Reabilitação nas áreas de ortopedia; neurocirurgia; reumatologia; medicina desportiva; fisioterapia

Oferta: Diagnóstico e Consulta e *follow-up* pós-tratamento, Redes internacionais identificadas

Línguas de navegação: Inglês, Alemão, Francês, Russo, Polaco

Documento de Trabalho da AEP – Divulgação Reservada

Serviços complementares: Utilização de Ginásio, Massagens e tratamentos, Áreas/instalações específicas reservadas ou adequadas, Equipa médica ou serviços enfermagem

Equilibrium (Operador):

Oferta: Viagem, *Transfers*, Diagnóstico e Consulta e *follow-up* pós-tratamento no país de destino, Consulta e *follow-up* pós-tratamento no país de origem, Redes internacionais identificadas

Línguas e navegação: Inglês

68

Serviços complementares: Piscina, Utilização de SPA, Utilização de Ginásio, Serviços de Beleza, Massagens e tratamentos, Internet, Áreas/instalações específicas reservadas ou adequadas, Tradutores, Adequação de dieta alimentar

Parceiros de prestação produto *core*: Carolina; Bolesnybark (reabilitação ombros)

Medical Travel Europe (Operador)

Oferta: Pacote completo, Viagem, *Transfers*, Diagnóstico e Consulta e *follow-up* pós-tratamento destino, Consulta e *follow-up* pós-tratamento origem, Redes internacionais identificadas

Línguas e navegação: Inglês, Alemão, Francês, Castelhana (Espanhol), Russo, Árabe

Serviços complementares: Piscina, SPA, Acupuntura e/outras terapias alternativas, Tradutores

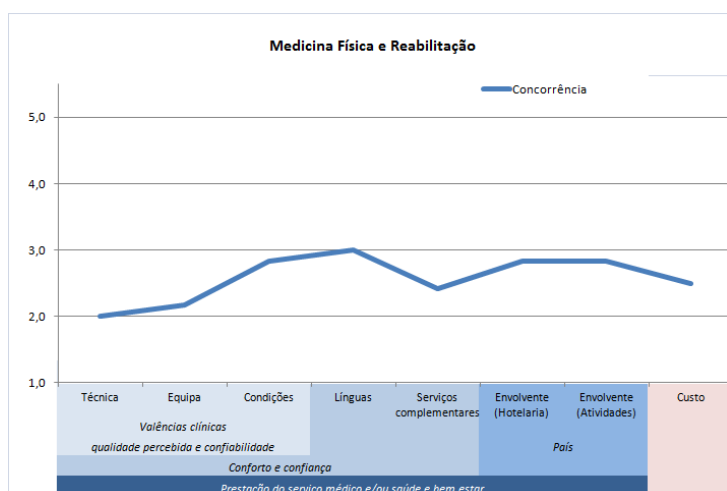
Parceiros reabilitação:

- Carolina
- Vertebralia - Center of Spine Excellence
- Sanvimed Hospital (Ortopedia, oftalmologia, neurocirurgia, fisioterapia, cirurgia cosmética)
- Kardiosystem (diagnostico e reabilitação cardíaca)

Websites de país (Medical Tourim, Poland Medical Tourism, Medical Tourism Poland)

Prestam informação sobre o turismo médico na Polónia, apresentando as diversas entidades que operam na rede: prestadores, operadores, unidades de alojamento referenciadas, operadores turísticos, logística.

Curva de Valor



República Checa

Características

População (milhares, 2013)	10.220
Turistas recebidos (milhares, 2010)	6.334
Receitas turismo (2010, milhões de USD)	6.671
PIB ppc (2011, milhões)	284.952
Despesas saúde (2009, % PIB)	8%



Entidades Identificadas: Medical Spa Bohdanec



Oferta: Reabilitação, alojamento, Spa e Turismo

Línguas e navegação: Inglês, Alemão, Russo, Árabe, Polaco

Serviços complementares: Piscina, Utilização de SPA, Utilização de Ginásio, Massagens e tratamentos, Acupuntura e/outras terapias alternativas, Equipa médica ou serviços enfermagem

Outras entidades:

Medical Tourism: <http://www.medicaltourism.cz/>

Entidade de divulgação e promoção do turismo médico na República Checa. Presta informação sobre o turismo médico na República Checa, apresentando as diversas entidades que operam

na rede: prestadores, operadores, unidades de alojamento referenciadas, operadores turísticos e logística.

Curva de Valor

