



**AEP**

CÂMARA  
DE COMÉRCIO  
E INDÚSTRIA



ATLAS DE OPORTUNIDADES  
PARA O TURISMO DE SAÚDE  
E BEM-ESTAR

*Healthy'n*  
Portugal

**Título do Estudo**

Atlas de Oportunidades para o Turismo de Saúde e Bem-estar

**Projeto**

Healthy'n Portugal

**Promotor**

AEP – Associação Empresarial de Portugal

**Parceiro**

HCP – Health Cluster Portugal

**Equipa do estudo**

Amadeu Martins

Neil Lunt

Rui Pedro Freitas

Sérgio Ribeiro

Uwe Klein

**Design gráfico**

Olga Ribeiro

**Data**

Junho de 2014

**Website**

[www.healthyn.pt](http://www.healthyn.pt)

Projeto cofinanciado pelo Estado Português e pela União Europeia



---

**ÍNDICE**

---

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>07</b>
O Projeto	09
O Atlas de Oportunidades	09
Os Segmentos de mercado do turismo de saúde e bem-estar:	
Turismo Médico	12
<b>PARTE I - O MERCADO DO TURISMO MÉDICO</b>	<b>13</b>
Fatores de crescimento do Turismo Médico	15
Drivers do mercado	16
Principais países emissores e recetores	17
Países emissores	17
Países recetores	18
Fatores encorajadores e constrangedores	18
Indícios de oportunidades	20
Valor de mercado estimado	22
Quota de mercado top 3 europeu	25
Processo de consumo e Critérios de decisão de compra	26
Os Posicionamentos possíveis	27
Principais produtos transacionados na europa	28
Taxas de conversão no Processo de decisão	29
Caraterização da informação disponível no mercado	30
<b>PARTE II - DESPISTE DE OPORTUNIDADES DE MERCADO</b>	<b>35</b>
Alemanha	37
Angola	40
EUA	41
Espanha	47
França	50
Holanda	52
Luxemburgo	55
Moçambique	57
Reino Unido	60
<b>PARTE III - QUADROS SÍNTESE</b>	<b>65</b>
Principais conclusões	67
Janelas de Oportunidades	68
<b>ANEXOS</b>	<b>69</b>
Anexo 1 – Quadro resumo, indicadores vários países	71
Anexo 2 - TOP 3 europeu	71
Hungria	71

Polónia	72
Turquia	72
<b>Anexo 3 – Caracterização da procura por especialidade</b>	<b>74</b>
Alguns produtos	
<b>Anexo 4 - Algumas referências bibliográficas</b>	<b>75</b>

Figura 1- lista de mercados alvo	10
Figura 2 - suporte informativo do atlas de oportunidades	10
Figura 3 - segmentos de TSBE	12
Figura 4 - distribuição do peso de cada segmento do tsbe	12
Figura 5 - a relação custo- benefício, Exertus Consulting	16
Figura 6 principais países emissores mundiais, fonte . Medical tourism facts and figures 2012, ian youngman	17
Figura 7 - dispersão da procura na europa, fonte Exertus Consulting	17
Figura 8 - destinos europeus - top 10 europeu, IMTJ , 2012 na europa parecem perfilar-se, assim, os principais destinos médicos e de bem-estar.	18
Figura 9 - principais destinos médicos e de bem-estar	18
Figura 10 - fontes de análise par despiste de sensibilidades e oportunidades, Exertus Consulting - fatores facilitadores	19
Figura 11 - atitude de vários países face a fatores encorajadores, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes	19
Figura 12 - atitude de vários países face a fatores encorajadores, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes	20
Figura 13 - despiste de oportunidades combinadas, Exertus Consulting	21
Figura 14 - população e taxa de crescimento das importações relacionadas com tsbe, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes	21
Figura 15 - despiste de oportunidades, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes	22
Figura 16 - fatores de avaliação de país de destino	26
Figura 17 - fatores de avaliação de prestadores de cuidados médicos	26
Figura 18 - posicionamentos possíveis para segmentos distintos	27
Figura 19 - principais serviços procurados, alemanha e reino unido, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes	28
Figura 20 - taxas de conversão no processo de decisão	29
Figura 21 - exemplo da gradação dos níveis de avaliação qualitativo para o parâmetro “condições” da TECCE, Exertus Consulting	29
Figura 22 - ilustração: distribuição dos países analisados, Exertus Consulting	30
Figura 23 - curva de valor da informação do mercado de Tm, Exertus Consulting	31
Figura 24 - curva de valor da informação dos websites oficiais dos países europeus, Exertus Consulting	32

---

## ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

---

Figura 25 - informações sobre produtos turísticos no mercado de Tm, Exertus Consulting	32
Figura 26 - informações sobre produtos turísticos nos websites oficiais dos países europeus, Exertus Consulting	33
Figura 27 - composição da população alemã	33
Figura 28 - coberturas base do sistema de saúde alemão	37
Figura 29 - emissores de turistas para a Alemanha	38
Figura 30 - principais destinos médicos e de bem-estar dos alemães	39
Figura 31 - principais destinos médicos dos norte-americanos	40
Figura 32 - composição das etnias em Espanha	44
Figura 33 - principais destinos para Tm espanhóis	47
Figura 34 - atitudes dos franceses sobre Tm, Deloitte Center for Health Solutions, em 2010	49
Figura 35 - composição étnica da população holandesa	51
Figura 36 - cobertura básica do sistema de saúde holandês	52
Figura 37 - destinos mais populares para os turistas médicos holandeses	54
Figura 38 - países de origem dos emigrantes no Luxemburgo	55
Figura 39 - atitudes dos luxemburgueses sobre Tm, Deloitte Center for Health Solutions, 2010	55
Figura 40 - percentagem de alguns procedimentos médicos no setor privado do Reino Unido	57
Figura 41 - atitudes dos britânicos sobre o Tm, Deloitte Center for Health Solutions, 2010	61
Figura 42 - ordem de importância das motivações dos britânicos para a procura de procedimentos no exterior	62
Figura 43 - atitude dos britânicos no Tm, International Medical Travel Association	62
Figura 44 - preferências de destinos médicos dos britânicos para vários procedimentos	63
Figura 45 - preferências de destinos médicos dos britânicos	63
Tabela 1 - critérios de seleção de mercados alvo	09
Tabela 2- fatores impulsionadores do mercado de tsbe	15
Tabela 3 - sensibilidade de cada país a diferentes motivações, Exertus Consulting	20
Tabela 4 - informações sobre saúde , vários países, Exertus Consulting, adaptado várias fontes	24
Tabela 5 - valor das importações de cuidados de saúde dos mercados alvo, dados OCDE	25
Tabela 6 - valor das vendas de tsbe, vários países, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes	25
Tabela 7 - taxa de utilização do potencial de mercado, vários países, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes	25
Tabela 8 - Exertus Consulting, adaptado de várias fontes, preços em USD	49

ACA – Affordable Care Act  
ACO - Accountable Care Organizations  
B2B – Business to business  
B2C – Business to consumer  
B2G – Business to government  
CMS - Centers for Medicare and Medicaid Services  
CNAMTS - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs  
DRG - Diagnosis-Related-Groups  
EU – União Europeia  
EUA - Estados Unidos da América  
FDA - Food and Drug Administration  
GKV - Gesetzliche Krankenversicherung  
HMO - Health Maintenance Organizations  
IMTJ - International Medical Tourism Journal  
IPS – International Patient Survey  
JCI - Joint Commission International  
MAS - Mutualité sociale agricole  
NHS - National Health Service  
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PCT - Primary Care Trust  
PIB - Produto Interno Bruto  
PMI - Private Medical Insurance  
POS - Point of Service  
PPACA - Patient Protection and Affordable Care Act  
PPO - Preferred Provider Organizations  
SHI - Statutory Health Insurance  
SNS - Sistema Nacional de Saúde  
SPA - Salute Per Aquam  
TECCE - (acrónimo de) Técnica, Equipa médica, Custo, Condições, e Envolvente  
TK - Techniker Krankenkasse  
Tm – Turismo Médico  
Tm – turista médico  
TSBE - Turismo de Saúde e Bem-Estar  
tsbe – turista de saúde e bem-estar  
USD – Dólares norte-americanos  
VHI - Voluntary Health Insurance  
WHO - World Health Organization

# INTRODUÇÃO

O Projeto  
O Atlas de Oportunidades  
Os Segmentos de Mercado do Turismo de Saúde e Bem-estar:  
Turismo Médico





---

## O PROJETO

---

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.

---

## O ATLAS DE OPORTUNIDADES

---

O objetivo na elaboração de um atlas de oportunidades decorre da necessidade de analisar o mercado – como um todo, e um conjunto de mercados em particular – e apoiar a identificação de janelas de oportunidade para os prestadores portugueses e, a partir daqui, para a restante cadeia de valor deste sector de atividade. Tem como intuito contribuir para o incremento do *incoming* do turismo médico, com benefícios laterais para a fileira da saúde, da hotelaria e da restauração.

Face à latitude de mercados-alvo possíveis, foi estabelecido um conjunto de critérios como forma de focar o trabalho na caracterização dos mercados que previsivelmente apontassem maior oportunidade de sucesso.

- 
- Onde Portugal tem maior notoriedade

---

  - Onde haja maior diáspora portuguesa fixada

---

  - Diáspora portuguesa 3ª geração

---

  - Nos maiores emissores de turistas para Portugal

---

  - Nos países com maior número de residentes com segunda habitação em Portugal

---

  - Nos que tiverem clínicos e professores estrangeiros a trabalhar em Portugal

---

  - Principais mercados emissores TM

---

  - Nos países com maior lista de espera / dificuldades de acesso à saúde

---

  - Nos que já são clientes dos nossos concorrentes

---

  - Nos que apresentam maior dispersão nos destinos procurados

---

  - Principais mercados com maiores taxas de importação face ao total despesas em saúde

---

  - Principais mercados com maior volume de importação face ao total de despesas em saúde

---

  - Países com maior taxa de exportação face ao total de despesas em saúde

---

  - Onde o Valor de pagamento Out of pocket é significativo

---

  - Onde as apólices de seguro não cobrem determinados procedimentos
- 

TABELA 1 - Critérios de seleção de mercados alvo

Estes critérios foram aplicados a todos os países europeus, os EUA e aos países africanos de língua oficial portuguesa, tendo em conta um conjunto de informações previamente recolhidas e analisadas. Como resultado, destacaram-se os seguintes países: Alemanha, Reino Unido, Holanda, EUA, França, PALOP/África, Espanha e Luxemburgo.

Optou-se, ainda, por analisar mais um país – a Turquia -, considerado como relevante no mercado mundial e um país modelo no desenvolvimento do setor do Turismo de Saúde e Bem-estar, cujas informações estão vertidas em documento próprio por não contribuírem para o espírito que o atlas de oportunidades de mercado pressupõe.

Os mercados alvo aprovados pela Comissão Permanente e pelo Conselho Superior Estratégico do projeto Healthy'n Portugal e consagrados neste documento são os seguintes:



FIGURA 1- Lista de mercados alvo

A realização deste Atlas de Oportunidades foi suportada:

- na interpretação e análise de mais de 400 documentos;
- na interpretação e análise de informação disponibilizada em websites;
- nos contactos efetuados com diversos players nacionais e internacionais do setor;
- nos contactos efetuados em eventos ligados à temática do turismo médico e do turismo de saúde;
- nos exercícios de benchmarking efetuados:
  - participação no 5º Congresso Mundial de Turismo e Saúde Global, em Miami;
  - no trabalho e nas contribuições do Dr. Neil Lunt da Universidade de York;
  - no trabalho e nas contribuições do Dr. Uwe Klein da Health Care Strategy International GmbH
- nas orientações da Comissão Permanente e do Conselho Superior Estratégico do Healthy'n Portugal que acompanharam, permanentemente, a sua execução, validando as informações e as conclusões retiradas.

FIGURA 2 - Suporte informativo do atlas de oportunidades

Para cada país enunciado foi desenvolvido um estudo mais pormenorizado onde está evidenciado um conjunto de informação mais vasto e detalhado. Este documento resume a informação existente nessas fichas de país.

Durante o processo de recolha e tratamento de dados foram identificadas algumas lacunas que possibilitariam uma melhor análise e identificação das oportunidades. É o caso da caracterização da oferta nacional que, por opção, será realizada a partir da interpretação e análise do presente documento. Entre os dados em falta destacam-se os preços praticados pelos hospitais privados portugueses, as competências das equipas, as características relevantes das infraestruturas, bem como indicadores de qualidade e sucesso.

A identificação das oportunidades apenas será possível ser feita, de forma clara e consciente, através do confronto entre as competências e capacidades nacionais com os padrões de qualidade que o mercado define, bem como com as necessidades que demonstra.

Ainda assim, este documento tem como objetivo, ajudar a identificar oportunidades no mercado do Turismo Médico (TM), não pretendendo tomar-se como um documento que contemple orientações estratégicas que apenas poderão existir depois de devidamente integrada a perspetiva da oferta, ou seja, uma análise interna.

Este documento está dividido em três partes:

1. Uma primeira parte que procura fazer refletir o comportamento do mercado, a sua dimensão e evolução, a sua estrutura, organização, principais *players*, fluxos de turistas de saúde e bem-estar, motivações de compra, processo de consumo e critérios de decisão de compra, entre outras variáveis que o caracterizam;
2. Uma segunda parte que resume as informações consideradas como mais relevantes sobre cada um dos países alvo estudados;
3. Termina com um conjunto de conclusões que permitem identificar algumas oportunidades a explorar.



Pela franca expansão em que se encontra, o TSBE 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.

Convém, no entanto, ressaltar que o Turismo de Saúde associa o Turismo de Bem-estar, pelo que o setor se apresenta normalmente subdividido em três segmentos:

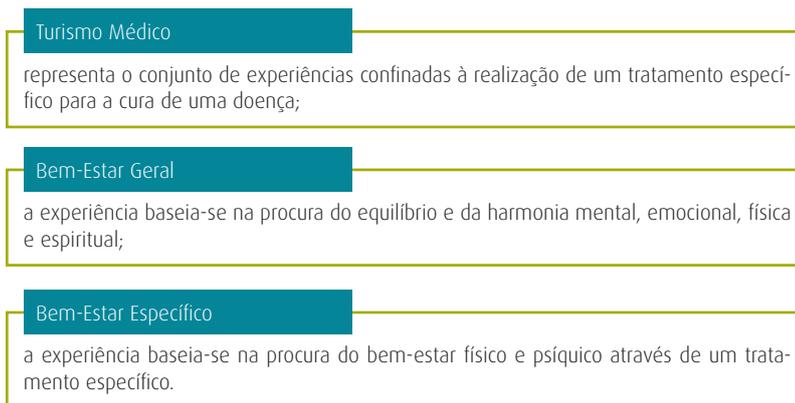


FIGURA 3 - Segmentos de TSBE

Estima-se a seguinte distribuição, em termos do volume de negócios, pelos segmentos deste mercado.



FIGURA 4 - Distribuição do peso de cada segmento do TSBE

Convém, ainda, realçar que o TSBE foi definido como uma atividade comercial pela International Union of Travel Officials. Atualmente é classificado pela World Trade Organization (WTO) na categoria de Troca Internacional de Serviços.

Como já foi referido, a realização do Atlas de Oportunidades, por orientações da Comissão Permanente e do Conselho Superior Estratégico do projeto Healthy'n Portugal tem uma incidência sobre o turismo médico, pelo que, doravante, as referências ao setor do Turismo de Saúde ou ao turista de saúde se reportam ao segmento Médico, com exceção das que forem produzidas particularmente.



# O MERCADO DO TURISMO MÉDICO

## PARTE I

Fatores de crescimento do Turismo Médico

Drivers do mercado

Principais países emissores e recetores

Países emissores

Principais países recetores

Fatores encorajadores e constrangedores

Indícios de oportunidades

Valor de mercado estimado

Quota de mercado top 3 europeu

Processo de consumo e Critérios de decisão de compra

Os Posicionamentos possíveis

Principais produtos transacionados na europa

Taxas de conversão no Processo de decisão

Caraterização da informação disponível no mercado



O grande móbil do turismo médico é a própria globalização do acesso aos cuidados de saúde. Na realidade, o que se assiste, atualmente, é à abertura dos sistemas nacionais de saúde, de diversos países, ao mercado, em particular na Europa.

Os custos com a saúde nos países desenvolvidos têm crescido a taxas anuais próximas dos 2 dígitos. Este crescimento da despesa tem vindo a sufocar os sistemas nacionais de saúde tornando-os economicamente insustentáveis. Num modelo de expansão – obrigatória – as fronteiras caem e a internacionalização deixa de ser uma alternativa para passar a ser uma obrigatoriedade.

Coexiste um mais variado número de fatores que converge para o crescimento do setor do Turismo Médico:

---

A população está a envelhecer, a esperança média de vida aumentou, o número de doenças crónicas acompanha este fenómeno e torna-se difícil ao Estado suportar tais custos;

---

Vários países em desenvolvimento têm investido na área da saúde, tanto na formação de profissionais como em infraestruturas e equipamentos, podendo oferecer cuidados de saúde com qualidade e assente em tecnologias de ponta;

---

O aumento da mobilidade dos profissionais de saúde, que se tornaram mais flexíveis, aceitando emigrar para outros países;

---

A proliferação de acreditações e certificações de infraestruturas hospitalares uniformizam procedimentos e credibilizam as unidades de vários países com menores índices de reputação e sobre os quais poderia existir menos confiança;

---

A proliferação da internet permite um acesso rápido e fácil à informação e constitui-se como um canal de promoção e distribuição privilegiado;

---

Assiste-se a um desenvolvimento generalizado do setor da saúde privado como forma de colmatar as lacunas e oportunidades que os sistemas nacionais de saúde não conseguem resolver;

---

Novos produtos financeiros, tais como Contas Poupança Saúde, estão a desenvolver-se em grande parte do mercado global para fazer face à necessidade de assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde, particularmente no setor privado;

---

A procura por seguros de saúde que compreendem tratamentos no estrangeiro está a aumentar, devido aos custos elevados nos países de origem;

---

Países com recursos de saúde - técnicos e profissionais - reduzidos têm desenvolvido uma procura crescente de serviços de saúde no estrangeiro;

---

TABELA 2- Fatores impulsionadores do mercado de TM

A estas forças impulsionadoras podem-se juntar outras tais como:

- O Aumento geral dos custos de saúde na União Europeia
- O Crescimento no setor de bem-estar e spa médico
- A maior consciência sobre os cuidados de saúde pelos mais velhos e o aumento do planeamento de uma vida saudável, pelos idosos
- O reforço da consciência dos direitos de tratamento relacionados com as informações sobre a Diretiva da UE.
- A existência de 50 comunidades e diversas feiras e certames de promoção do turismo médico.

Em suma, existem fortes indicadores que apontam para que a taxa anual de crescimento do TM se possa situar entre os 10% e os 20%, conforme as fontes, o que indicia grandes oportunidades para o setor.

Não parecem subsistir quaisquer dúvidas quanto aos critérios de decisão de compra mais referenciados dentro do setor do turismo de saúde e bem-estar, mais concretamente, do turismo médico. São essencialmente os 5 que abaixo se enunciam:

- A rapidez no acesso;
- A disponibilidade do tratamento;
- Uma melhor qualidade percebida;
- Um especialista em particular;
- Um preço competitivo.

O perfil e as motivações do Turista Médico varia muito, consoante o mercado emissor.

Ainda que seja o preço a motivação mais comentada, a disponibilidade para os pacientes saírem do seu país de origem para o estrangeiro não se esgota no potencial de poupanças mas numa análise de valor que considera a facilidade e conforto de todo o processo de compra; o esforço da viagem; a confiança e qualidade percebida relativa à equipa médica, à entidade prestadora do serviço de saúde e a todas as outras que integram o fornecimento do serviço; a afinidade cultural e linguística; e a sensação de segurança e confiabilidade que o país de destino oferece.

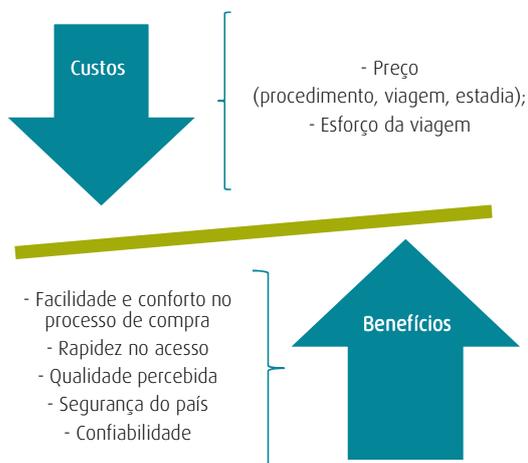


FIGURA 5 - A relação custo- benefício, Exertus Consulting

A somar à dinâmica que estas motivações podem gerar, está a diretiva da UE sobre cuidados de saúde transfronteiriços, que entrou em vigor em outubro de 2013, e parece vir a ter um forte impacto sobre o mercado europeu.

Esta diretiva tem como alvo o mercado do turismo médico, já que proporciona ao paciente o direito de ser reembolsado por tratamentos recebidos noutros países da UE. Isto poderá levar os europeus mais ocidentais a viajar para a Europa de Leste, incluindo a Polónia e a Bulgária, que estão rapidamente a melhorar a qualidade dos serviços médicos que oferecem.

No mercado do TM, sobressaem países que se constituem como países emissores ou recetores de turistas médicos (Tm), ainda que, por vezes, possam assumir as duas posições.

PAÍSES EMISSORES

O perfil e as motivações do Tm variam muito, consoante o mercado emissor. Na cultura Ocidental, o Tm é, normalmente, oriundo de países industrializados, sendo, usualmente, apontados como mercados emissores alguns países do Médio Oriente, os EUA, o Canadá, o Reino Unido, a Austrália e a Alemanha. Esta última destaca-se ao representar, sozinha, 63% das viagens realizadas pelo total dos Tm europeus.

No entanto, a nível global, a distribuição de Tm não segue esta visão prevalente da cultura ocidental, tal como denota a presença de países como o Myanmar ou o Iémen entre os 12 principais mercados emissores mundiais, apresentados no quadro seguinte.

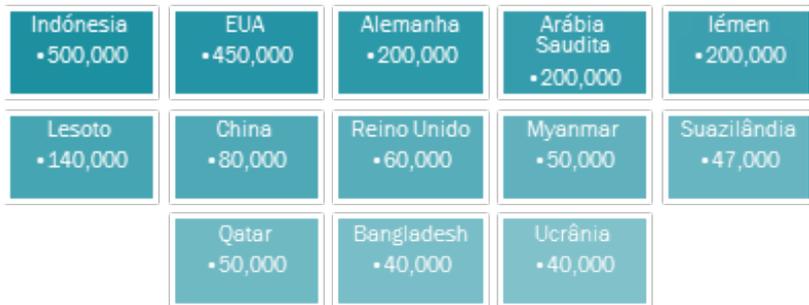


FIGURA 6 - Principais países emissores mundiais, fonte . medical tourism facts and figures 2012, Ian Youngman

Da análise, percebe-se que na maior parte dos países apresentados, a principal motivação será a falta de oferta local de cuidados de saúde.

A nível europeu, este setor de atividade indicia um mercado, essencialmente, regional, ainda que com uma considerável dispersão na procura dos países de destino tal como observado nas referências encontradas na informação disponibilizada na internet, que a figura abaixo evidencia.

DISPERSÃO PROCURA

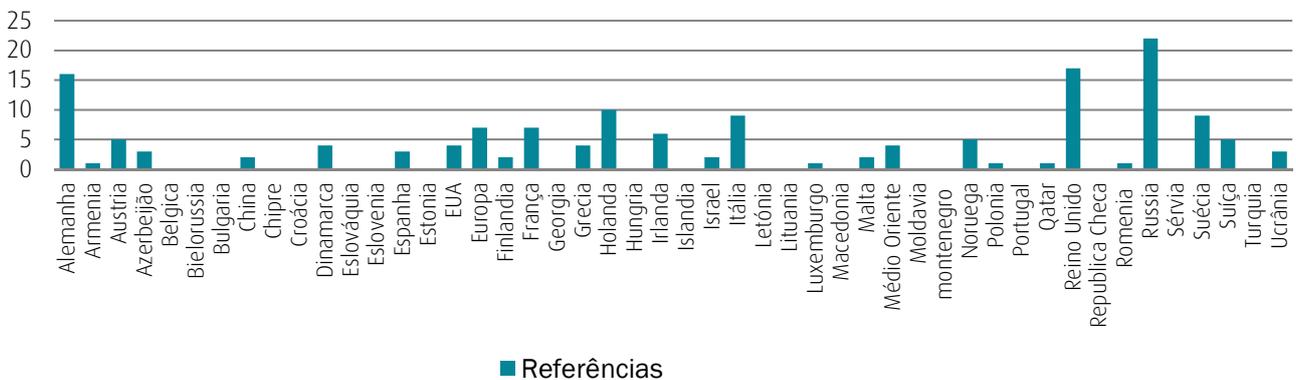


FIGURA 7 - Dispersão da procura na Europa, Exertus Consulting

## PRINCIPAIS PAÍSES RECETORES

A IMTJ - International Medical Tourism Journal.

Uma das conclusões é o facto da Alemanha e Reino Unido serem simultaneamente países emissores e recetores e de se destacarem, como recetores e potencialmente concorrentes de Portugal, os países do leste europeu, a Bélgica, a Turquia e a Suíça.

Posição	País	Número de turistas
1	Hungria	350000
2	Polónia	300000
3	Turquia	200000
4	Alemanha	150000
5	Inglaterra	90000
6	Roménia	60000
7	Bélgica	55000
8	Eslovénia	33000
9	Suíça	30000
10	Lituânia	25000
	<b>Total</b>	<b>1293000</b>

\*Espanha: 20000

FIGURA 8 - Destinos europeus - TOP 10 europeu, IMTJ



FIGURA 9 - Principais destinos médicos e de bem-estar

O acesso a vários estudos publicados e o contacto com especialistas europeus de renome, ajudaram a perceber melhor a realidade deste setor de atividade tão recente e pouco estudado. Contudo, muitas questões de fundo mantinham-se, nomeadamente, a sensibilidade dos vários países europeus a cada daquelas motivações, ou a intensidade como a sua atitude se desenvolve sobre cada uma delas. Procurou-se, assim, partir de dois estudos fundamentais estabelecendo uma relação entre cada atitude e a dimensão que lhe dava origem, observada lateralmente. Os dois estudos de partida foram:

- O Eurobarometer 2007, que apresenta as atitudes de vários países europeus sobre os fatores encorajadores e constrangedores da sua participação no turismo de saúde e bem-estar;
- O EuroHealth Consumer Index 2012, que, entre outro conjunto de informações, evidencia e classifica as listas de espera de cada país europeu e o nível de acesso dos cidadãos europeus à informação e o conhecimento dos seus direitos, ou a facilidade em obter os seus registos médicos.

Este exercício permitiu inferir sobre a forma como cada mercado se posiciona face a cada uma das motivações, confrontando os fatores encorajadores com os constrangedores, e o grau de oportunidade que daí pode resultar para Portugal, tanto ao nível da saúde como do preço (tendo em conta o nível de preços comparado com Portugal) ou do turismo.

## FATORES ENCORAJADORES E CONSTRANGEDORES



FIGURA 10 - Fontes de análise par despiste de sensibilidades e oportunidades, Exertus Consulting Fatores facilitadores

Do lado dos fatores facilitadores, a Alemanha e o Reino Unido destacam-se por terem uma maior sensibilidade aos preços, resultado de uma oferta local elevada, o que pode significar uma vantagem real para Portugal já que, aparentemente, apresentamos preços relativamente inferiores.

A República Eslovaca e o Reino Unido destacam-se na procura de especialistas, certamente por motivos distintos. A República Eslovaca por não dispor deles, o Reino Unido, ainda que os tenha em número e com competências comprovadas, por preferirem especialistas em países estrangeiros para determinadas especialidades como a fertilização medicamente assistida e mudança de género, tal como o resumo do país conseguirá demonstrar na parte II deste documento.

O Reino Unido, a par da Irlanda e da Dinamarca, demonstram grande sensibilidade à rapidez no acesso, facto comprovado pela existência de listas de espera consideráveis para os dois primeiros países e pela condição de aceso imediato óbvio para a cultura do país nórdico.

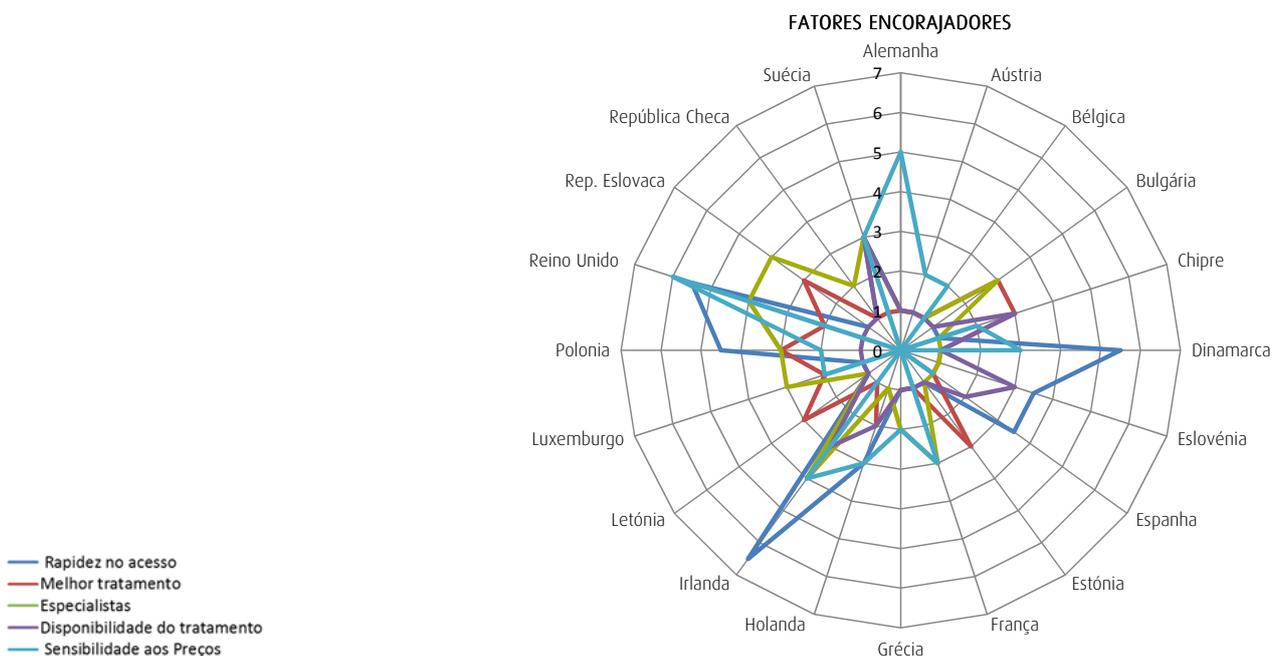


FIGURA 11 - Atitude de vários países face a fatores encorajadores, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes

A tabela seguinte resume e classifica a sensibilidade de cada país relativamente a cada uma das motivações enunciadas:

Motivação	Países sensíveis
Rapidez	Dinamarca; Holanda, Reino Unido, Irlanda, Suécia, Espanha, Polónia, Eslovénia
Preço	Alemanha, Irlanda, Reino Unido, Polónia, Eslovénia,
Melhor tratamento	Holanda, Reino Unido, Polónia, Bulgária, Rep. Eslovaca, Estónia, Chipre
Especialistas	Bulgária, Chipre, Suécia, Polónia, Reino Unido, República Checa, França, Lituânia, Eslováquia, Grécia, Irlanda,
Disponibilidade do tratamento	Irlanda, Espanha, Eslovénia, Suécia, Reino Unido, Chipre

TABELA 3 - Sensibilidade de cada país a diferentes motivações, Exertus Consulting

Do lado dos fatores constrangedores, o principal destaque vai para o impacto das línguas, onde se observa maior dificuldade de Portugal em atrair os países de leste e os de língua oficial alemã e Dutch.

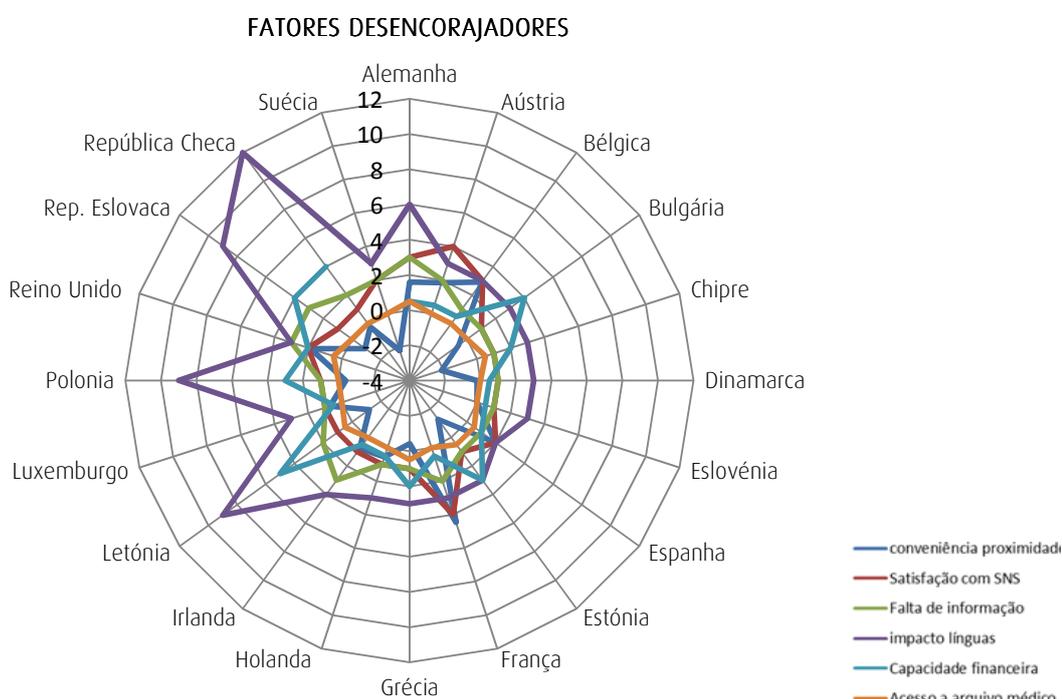


FIGURA 12 - Atitude de vários países face a fatores desencorajadores, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes

### INDÍCIOS DE OPORTUNIDADES

Num exercício complementar, o confronto dos fatores desencorajadores e constrangedores, da taxa de evolução das importações relacionadas com o TSBE e a dimensão populacional de cada país, permitiu inferir sobre os graus de oportunidade de Portugal em 3 níveis: saúde, preço e turismo<sup>1</sup>.

Devendo-se considerar as particularidades de cada mercado, principalmente os expostos na segunda parte deste documento, os resultados obtidos apontam para a existência de oportunidades combinadas que se apresentam da seguinte forma:

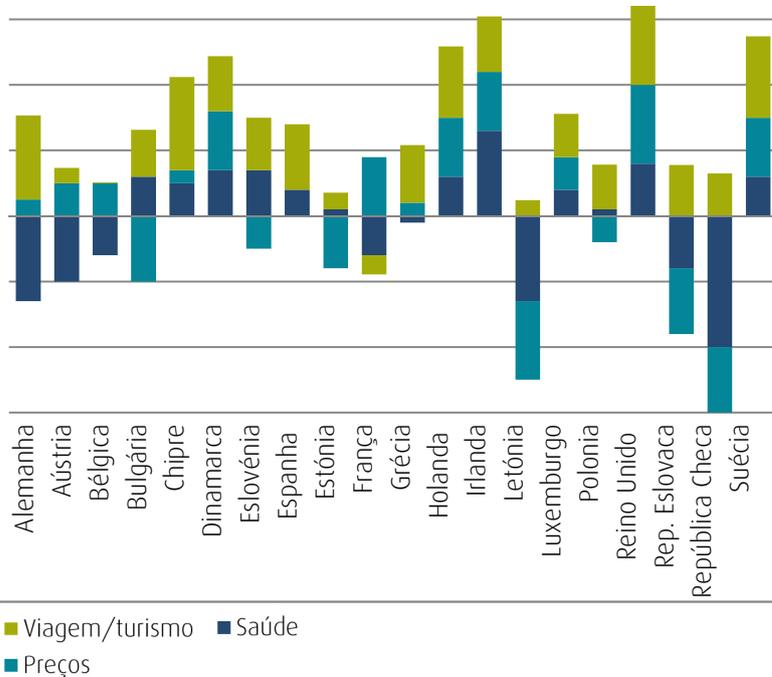


FIGURA 13 - Despieste de oportunidades combinadas, Exertus Consulting

A figura abaixo demonstra as taxas de crescimento das importações relacionadas com o TM para alguns países, e a dimensão populacional de cada país tidas em conta para avaliação das oportunidades.

### População e taxa de crescimento das importações relacionadas com TSBE

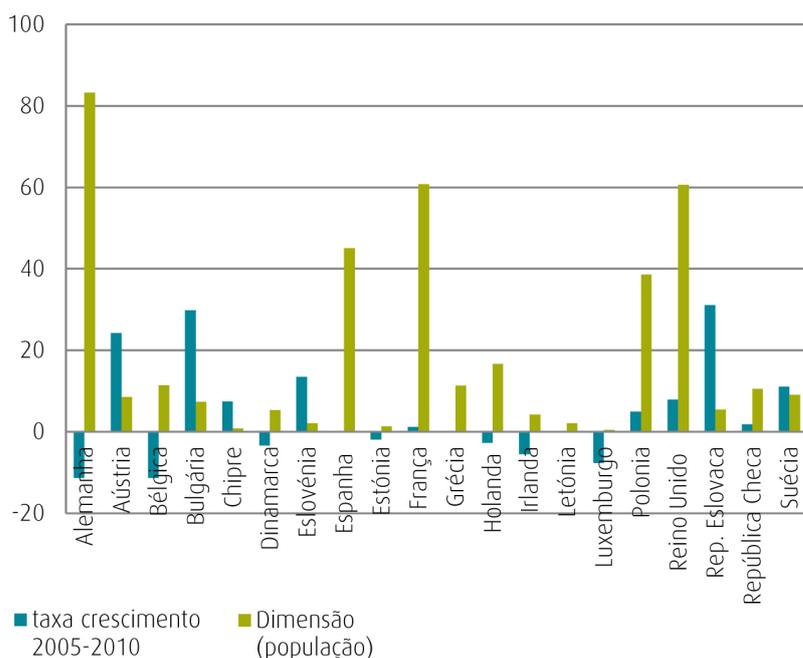


FIGURA 14 - População e taxa de crescimento das importações relacionadas com TM, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes.

<sup>1</sup> A oportunidade em saúde é medida entre :

- Sensibilidade à rapidez no acesso, melhor tratamento, procura de especialistas, disponibilidade do tratamento;
- Satisfação com SNS;
- Falta de informação e acesso a registos médicos;
- Impacto de línguas e domínio da língua em Portugal.

A oportunidade em preços é medida entre :

- Sensibilidade ao preço;
- Capacidade financeira;
- Comparativo de nível de preços com Portugal;

A oportunidade em Viagem/Turismo é medida entre :

- Disponibilidade para viajar;
- Conveniência da proximidade;
- Emissores de turistas para Portugal

Sumariamente, e decorrendo do exercício de análise efetuado, são obtidos resultados positivos que indiciam oportunidades para a Alemanha, Bulgária, Chipre, Dinamarca, Eslovénia, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda, Luxemburgo, Polónia, Reino Unido e Suécia.

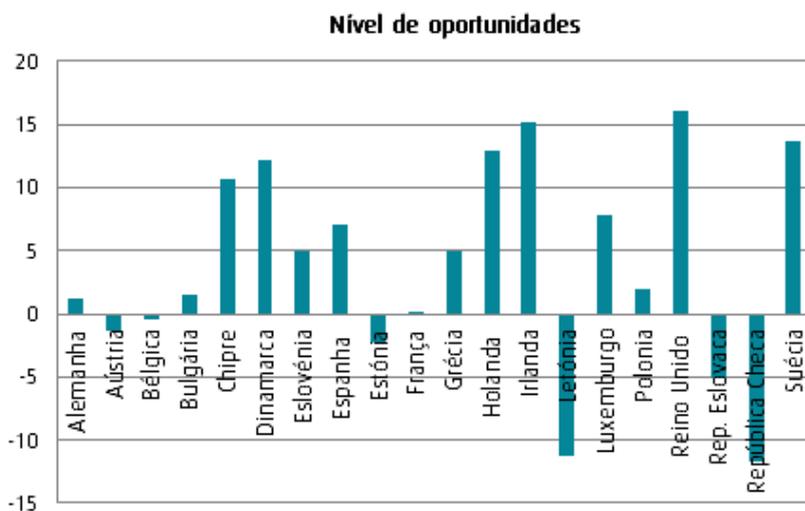


FIGURA 15 - Despiste de oportunidades, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes

De salientar que neste exercício particular, não foi considerada a importância da existência de diáspora portuguesa nesses países nem a afinidade cultural com Portugal.

#### VALOR DE MERCADO ESTIMADO

Com base no artigo *Medical Tourism- Health Care in the Global Economy*, de Michael D. Horowitz e Jeffrey A. Rosensweig sobre o setor do TSBE, constata-se que, em 2005, este setor representava a circulação de cerca de 19 milhões de turistas, que originaram uma produção de US\$ 20.000 milhões (o equivalente a € 14594<sup>2</sup> M). Estimava-se ainda que tenha duplicado entre 2005 e 2010 passando a valer cerca de US\$ 40.000 milhões (€ 29188 M) e representando 4% do total de turistas anuais. O mesmo estudo apontava para que, em 2012, o mercado tivesse um valor próximo de US\$ 100.000 milhões (€ 72970 M).

Com base em toda a informação compilada, poder-se-á inferir que o segmento do Turismo de Saúde, na sua vertente puramente médica (TM), tenha, na atualidade, um valor potencial de € 14594 Milhões.

Contudo, interessa salientar que muitos dos números veiculados por grande parte dos (muitos) estudos publicados e analisados não se apresentam como confiáveis pelo que foi e é crítico fazer, sistematicamente, o cruzamento entre várias fontes. Esta discrepância acontece pela incorporação de distintos pressupostos de análise, seja pela subtração, ou não, de motivações não médicas, seja pela inclusão, ou não, das intervenções a expatriados, pela inclusão da prestação de cuidados de saúde a turistas (normalmente urgências) ou pelo enfoque das análises onde, por vezes, se incluem a procura de produtos de bem-estar.

As informações oficiais de relatórios da OCDE e da OMS assim como de outras entidades com responsabilidade e idoneidade fazem crer que, mesmo não intencionalmente, se possa ter criado uma cenarização suportada num conjunto de referências circulares. Este alerta é corroborado por diversos especialistas internacionais entre os quais o Dr. Neil Lunt, da Universidade de York, que colaborou na elaboração do presente documento.

<sup>2</sup> 1 EUR = 1.37039 USD

De acordo com a OCDE, os dados sobre as importações de bens e serviços de saúde atingiram mais de 3 000 milhões de euros em 2010. A grande maioria deste tipo de comércio acontece entre países europeus. No entanto, devido à falta de dados e sub-referenciação é provável que o valor apresente um grau de subestimação significativo.



A Alemanha é, de longe, o maior importador, em termos absolutos, com importações de saúde e serviços relacionados num total de 1 500 milhões de euros, seguida, em termos de valor, pelos Países Baixos e pela França. No entanto, em comparação com o total de despesas do setor de saúde, o comércio internacional de bens e serviços de saúde relacionado com o TM continua a ser marginal para a maioria dos países. Mesmo no caso da Alemanha, as importações reportadas representam apenas cerca de 0,5% das despesas de saúde do País. A percentagem sobe para cima de 1% dos custos com saúde no Chipre e na Islândia, já que estes países de menores dimensões apresentam um maior nível de movimentação transfronteiriço de pacientes. Já o Luxemburgo é um caso particular, uma vez que uma grande parte da sua população vive e consome serviços de saúde nos países vizinhos.

O número de países que refere as exportações totais de viagem relacionadas com a saúde e outros serviços de saúde é menor, sendo que o valor total de exportações atingiu cerca de 2,5 mil milhões de euros em 2010. Para muitos países, tal como acontece com as importações, os valores apresentados estarão significativamente subestimados. Em valores absolutos, a República Checa e a França reportaram exportações superiores a 400 milhões de euros, enquanto as exportações da Turquia, Polónia e Reino Unido ultrapassaram os 200 milhões de euros.

A metodologia seguida para a determinação de um valor do mercado assenta sobre o total de importações de serviços de saúde que, embora não sendo exclusivos do turismo de saúde e bem-estar, apresentam uma forte correlação. A tabela seguinte procura demonstrar as importações relacionadas com o TM de vários países, de acordo com a OCDE, sendo apresentado o peso relativo à despesa de saúde, em 2011, e a taxa de crescimento anual em termos reais para 2006-2011 (ou o ano mais próximo):

	Despesa de Saúde (Milhões Dólares)	Parte da despesa de Saúde (%)	Parte da despesa de Saúde (Milhões Euros)	Taxa de crescimento Anual (%)
Estados Unidos da América	1 241 828,51	0,04	417,58	12,1
Irlanda	11 030,65	0,06	4,92	1,9
Reino Unido	236 800,00	0,08	141,11	6,2
Dinamarca	20 228,70	0,09	13,45	-5,0
México	-	0,10	-	-6,8
República Checa	16 985,41	0,13	16,51	-2,9
Noruega	22 941,73	0,14	24,96	10,1
Áustria	28 014,86	0,15	32,29	0,2
Suécia	28 544,99	0,15	33,03	9,7
Itália	138 652,80	0,15	161,20	7,1
Coreia	59 201,57	0,17	77,45	2,4
Grécia	17 354,15	0,19	24,64	-16,1
Estónia	1 381,66	0,19	1,98	29,0
Hungria	10 569,27	0,20	15,66	4,6
França	199 716,94	0,20	299,03	1,0
Eslovénia	3 504,79	0,22	5,77	-0,5
Canadá	103 570,70	0,23	181,44	2,1
República Eslovaca	7 280,97	0,42	22,75	27,9
Turquia	-	0,44	-	8,1
Alemanha	272 177,84	0,58	1 180,60	9,0
Países Baixos	67 789,87	0,93	476,41	6,6
Portugal	17 109,87	1,02	131,36	2,5
Islândia	847,33	1,13	7,19	15,2
Luxemburgo	2 388,94	3,48	62,42	-21,7
Relacionada com balança de pagamentos: viagens de turismo de saúde, serviços de âmbito pessoal, lazer e cultural.				
Fonte: <i>OECD Health Statistics 2013</i>				

TABELA 4 - Informações sobre saúde , vários países, Exertus Consulting, adaptado várias fontes

Estes dados permitem determinar a dimensão do Mercado-alvo, tanto para Portugal, como para os 3 maiores destinos de TM na Europa. O objetivo é o de demonstrar a dimensão dos mercados emissores, tendo em consideração as possíveis combinações de países emissores que os diferentes destinos apresentam. Optou-se por não considerar os EUA, sujeitando a análise ao facto do mercado ser de âmbito regional.

Com base nos dados da OCDE apresentados e utilizando apenas informações disponíveis, foi determinado o valor do mercado potencial para Portugal, tendo em consideração os mercados alvo definidos, conforme quadro seguinte:

País	Valor das Importações de Cuidados de Saúde Dos Mercados Alvo (M€)
Alemanha	1 180,60
Angola	Não definido (n.d.)
Bélgica	145,57
Espanha	n.d.
EUA	n.d.
França	299,03
Holanda	476,41
Luxemburgo	62,42
Moçambique	n.d.
Reino Unido	141,11
<b>Total</b>	<b>2 305,14</b>

TABELA 5 - Valor das importações de cuidados de saúde dos mercados alvo, valores em Milhões de euros, dados OCDE

#### QUOTA DE MERCADO TOP 3 EUROPEU

Utilizando a mesma abordagem - aplicada a Portugal - ao Top 3 europeu em termos de destino de TM, procurou-se determinar a Taxa de Utilização do Potencial dos Mercados-alvo, que representa a capacidade de um destino de TSBE em aproveitar o total das importações de serviços de saúde que seus países emissores possuem, considerando que os 3 maiores exportadores identificados são a Hungria, a Polónia e a Turquia.

Os dados referentes à procura destes destinos são apresentados no “Anexo 2 - TOP 3 países europeus” sendo que, de acordo com os dados recolhidos, a sua faturação em Turismo de Saúde e Bem-estar (TSBE) em 2011, foi a seguinte:

País	Valor das Vendas de TSBE nos seus Mercados Alvo (M €)
Turquia <sup>3</sup>	265
Hungria	227
Polonia	193

TABELA 6 - Valor das vendas de tsbe, vários países, Exertus Consulting, valores em euros ,adaptado de várias fontes

Para o cálculo da dimensão potencial de cada um dos mercados consideraram-se o valor das importações de cada país emissor. Assim, e apenas com base nos valores apresentados pela OCDE e no volume de vendas de TM que os países divulgam, pode-se inferir que estes países conseguem representar entre 8 e 17% do potencial de faturação dos respetivos mercados alvos identificados, estabelecendo-se, assim, a sua quota de mercado.

País	Taxa de Utilização do Potencial de Mercado
Polonia	8%
Hungria	17%
Turquia	10%

TABELA 7 - Taxa de utilização do potencial de mercado, vários países, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes

<sup>3</sup> Os Valores do mercado potencial da Turquia são uma estimativa conservadora, uma vez que não se conseguiu um valor robusto para a procura proveniente dos Balcãs, designadamente a procura proveniente da Ucrânia e Bielorrússia, dois mercados emissores importantes para este País.

O processo de consumo de um produto de turismo médico é complexo e denso. Desde logo, o potencial turista médico depara-se com uma multiplicidade de necessidades a satisfazer, que o obriga a uma consulta exaustiva sobre potenciais prestadores de cuidados de saúde, viagem, estadia, e outras informações relativas ao país de destino. No mercado TM aparece, muitas vezes, a figura do facilitador de Turismo Médico, que procura concentrar, em si, toda a logística associada ao processo de decisão e de consumo, construindo e oferecendo pacotes de oferta completos.

PROCESSO DE CONSUMO E CRITÉRIOS DE DECISÃO DE COMPRA

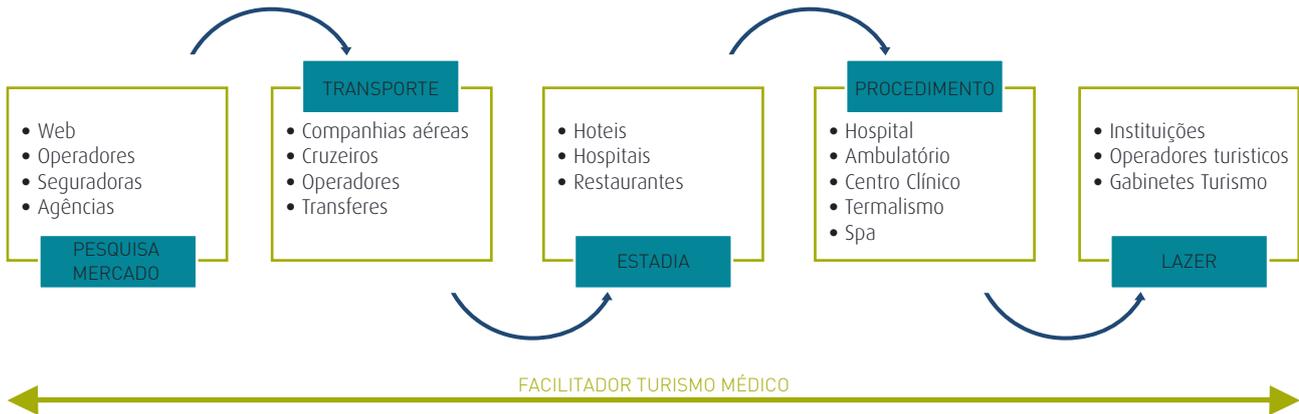


FIGURA 16- Processo de consumo, Exertus Consulting

Como a figura acima evidencia, a primeira atividade do potencial turista é a procura de informação que acontece – sempre – através da internet.

Neste aspeto em particular, o país de destino é sempre o primeiro fator a ser considerado, sendo dada importância ao clima político, às condições de segurança e à afinidade entre países, tanto resultantes dos laços históricos e linguísticos existentes como dos fluxos turísticos ordinários.

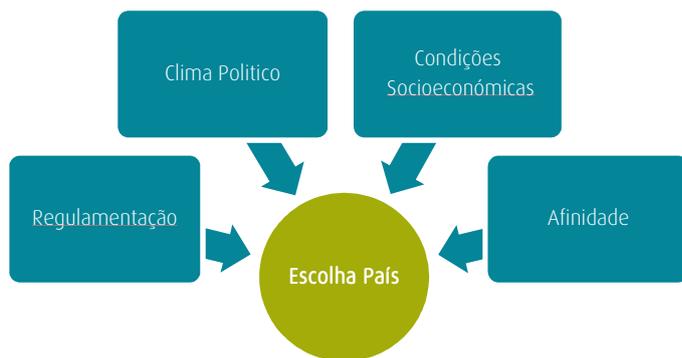


FIGURA 17 - Fatores de avaliação de país de destino

Só depois de aceitar como elegível um determinado país, o potencial turista médico se debruçará sobre informações mais particulares, adstritas ao fornecimento dos cuidados médicos que procura. Dará especial importância à reputação do quadro clínico, às Acreditações e Certificações do prestador médico, à casuística, redes internacionais, entre outros fatores de peso.

Outra dimensão importante tem a ver com a logística associada à viagem e estadia, desde o tempo de viagem, o número de escalas, o *transfer* necessário e a qualidade de serviço do hotel.

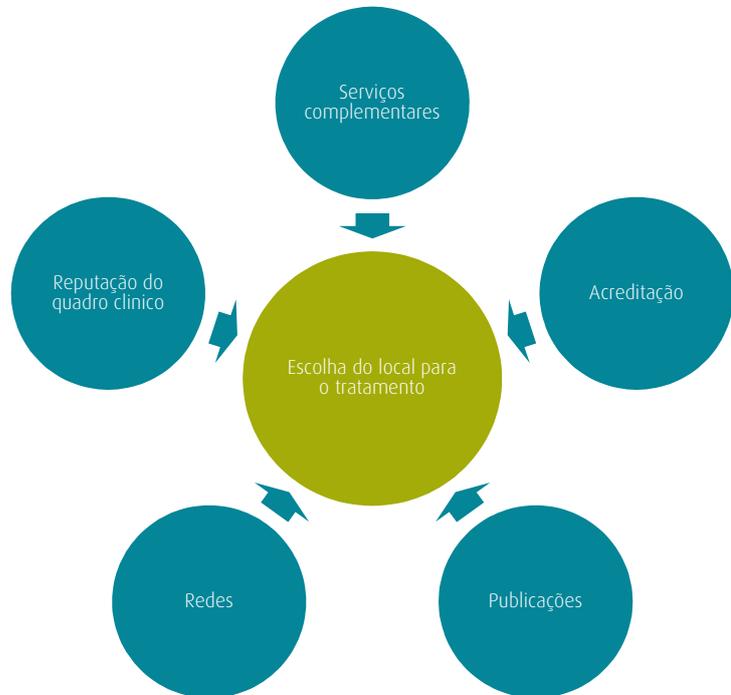


FIGURA 18 - Fatores de avaliação de prestadores de cuidados médicos

Obviamente que existem algumas exceções, desde logo a procura de um determinado especialista ou equipa de especialistas para procedimentos com risco elevado ou a existência de familiares ou condições particulares que se podem sobrepôr à imagem do país.

## OS POSICIONAMENTOS POSSÍVEIS

Tomando como certo que o processo de decisão de compra depende do tipo e da classificação que o turista médico atribui a cada uma das motivações de compra, bem como do risco do procedimento que precisa e do seu próprio estrato socioeconómico, é possível definir vários tipos de atitudes e preferências que, por sua vez, podem derivar em segmentos de mercado com particularidades próprias.

Isto significa que nem todos os turistas médicos procuram os mesmos produtos, nível de preço ou de qualidade, e parece haver uma relação natural entre o valor percebido dos serviços de saúde e os preços que o turista de saúde está disposto a pagar.

Quanto mais alto o valor percebido mais caro será o serviço. Esta heurística é assumida em praticamente todas as categorias de produtos e serviços, até pelo facto do preço ser uma das variáveis do marketing que mais contribui para a formação de uma determinada imagem de marca, por norma, relacionada com a qualidade percebida, estabelecendo, assim, um determinado posicionamento.

A figura seguinte procura demonstrar os vários posicionamentos possíveis a partir de cada segmento cujo perfil se define, sumariamente.



FIGURA 19 - Posicionamentos possíveis para segmentos distintos

É referido por diversas fontes que a Alemanha e o Reino Unido, em conjunto, representam cerca de 82% do mercado europeu de TM, perfazendo um total aproximado de 278700 turistas médicos. Isto significa que não são considerados os denominados de *cross border health care services* (serviços de saúde prestados ao abrigo de acordos entre países) ou os fluxos que se verificam, principalmente, em serviços de odontologia (dentária) entre a Hungria, a Polónia e a Turquia e os seus países limítrofes, muitas vezes não contabilizados.

Exclusivamente sobre esta última nota, o cruzamento de vários dados permite apontar para cerca de 150000 turistas dentários europeus, distribuídos da seguinte forma: liderança da Hungria com 42% de quota de mercado, seguindo-se a Polónia com 33%, 6% para a Turquia e 3 % para a Bulgária e para a Espanha.

De acordo com os estudos e análises desenvolvidas, os principais produtos procurados pela Alemanha e pelo Reino Unido são os que a figura seguinte enuncia. Por ordem de grandeza, destacam-se, para a Alemanha, as Artroplastias da Anca e do Joelho, procedimentos da área Pulmonar e Cardíaca, da Cosmética e da Oftalmologia e Dentária. Para o Reino Unido, destacam-se a Cosmética, a Dentária, a Cirurgia de Obesidade, a Oftalmologia e as Artroplastias da Anca e do Joelho.

---

PRINCIPAIS PRODUTOS TRANSACIONADOS NA EUROPA

---

### Principais Serviços procurados Alemanha e Reino Unido



FIGURA 20 - Principais serviços procurados, Alemanha e Reino Unido, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes

A discrepância existente entre os números acima apresentados e o total de turistas médicos divulgados pelo IMTJ tem a ver com o facto destes considerarem procedimentos não médicos, ou seja, incluem produtos de SPA, Termalismo e Wellness, onde o TOP 3 Europeu tem reconhecidos recursos.

### TAXAS DE CONVERSÃO NO PROCESSO DE DECISÃO

Dado o simples e rápido acesso à informação que a internet permite e concentra, a totalidade dos potenciais turistas médicos começa a procura de informação neste veículo de comunicação, tal como referido anteriormente.

Contudo, ao longo da sua pesquisa e níveis de interação, as taxas de manutenção de interesse e diálogo vão decaindo progressivamente. Como resultado, apenas 10% chega efetivamente ao destino e destes, 20% desistem do procedimento.

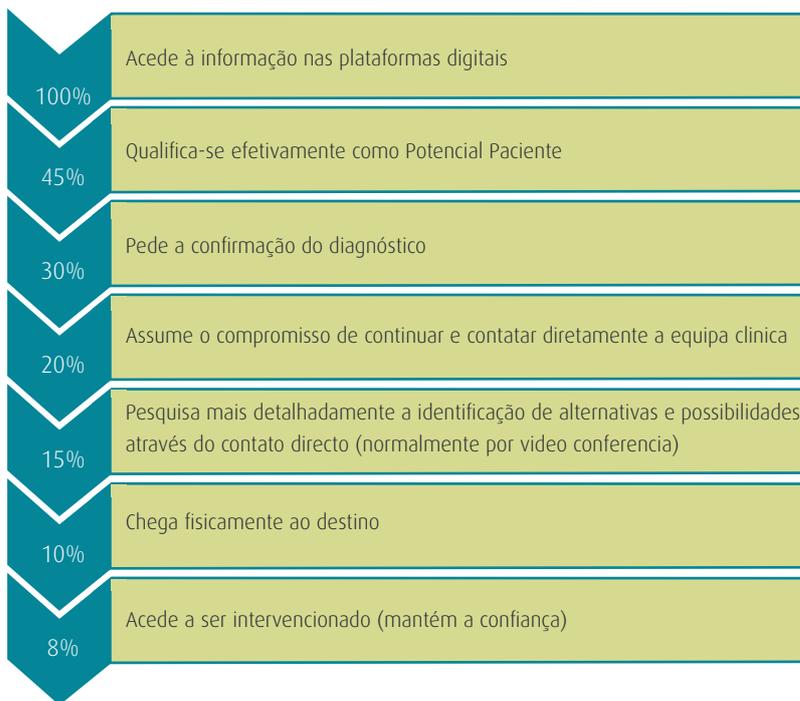


FIGURA 21 - Taxas de conversão no processo de decisão

Dado o fato da internet ser a ferramenta de divulgação e venda mais utilizada, foi desenvolvido um estudo de benchmarking que procurou definir o nível de profundidade e amplitude da informação disponível apresentando-se, de seguida, um breve resumo<sup>4</sup>.

As questões analisadas no estudo de benchmarking foram divididas em dois grupos. Primeiramente foram verificadas as variáveis ligadas aos aspetos práticos e estéticos do website - **WE**. Em segundo, o enfoque foi dado sobre questões mais focadas na oferta propriamente dita, e na quantidade e profundidade da informação prestada por cada uma das entidades. A pesquisa desta informação seguiu a metodologia criada e denominada de **TECCE**. À junção destas duas fases complementares, deu-se o nome de Benchmarking **WeTECCE**.

TECCE é o acrónimo de Técnica, Equipa médica, Custo, Condições, e Envolvente (que para melhorar a qualidade da informação se optou por dividir a envolvente em Envolvente ao produto (à frente referida como serviços complementares) e envolvente da Hotelaria e Atividade de Lazer. A esta forma de agregar a informação 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, medidas pela dimensão e profundidade da informação, que era apresentada no website: insuficientes; suficientes; completas; muito completas. A dimensão tem como objetivo demonstrar se a informação é vasta e a profundidade, se a informação é superficial ou fortemente sustentada, de acordo com a gradação atrás apresentada.

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

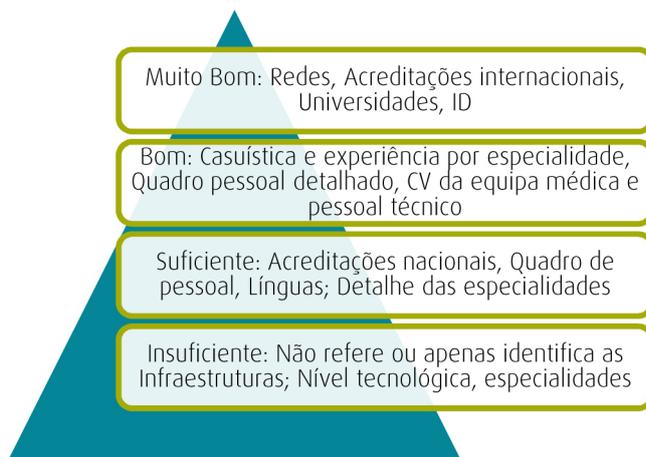


FIGURA 22 - Exemplo da gradação dos níveis de avaliação qualitativo para o parâmetro condições da TECCE, Exertus Consulting

<sup>4</sup> Informações mais aprofundadas estão consagradas no Relatório WeTecce.

O estudo de benchmarking, realizado na web, incidiu websites de países, operadores e prestadores.

Neste estudo, a categoria Prestadores é a que apresenta uma maior representatividade, com cerca de 62% da amostra, este conjunto inclui todas as entidades que prestam cuidados médicos diretamente ao utente. As clínicas e os hospitais estão, por exemplo, incluídos neste grupo. Com 26% encontram-se os Operadores, entidades que têm como função conciliar a procura com a oferta e organizar todo o processo de compra. Por último, com 11%, encontram-se a categoria País. Esta dimensão apresenta semelhanças com a anterior. No entanto, para além de agregar no mesmo espaço a oferta e a procura, ela visa agregar a oferta de um determinado país. Este é o caso do Healthy'n Portugal. Por fim, e com apenas 1% das organizações estudadas, aparecem entidades da área dos seguros.

Visualmente, esta distribuição pode ser apresentada da seguinte forma.

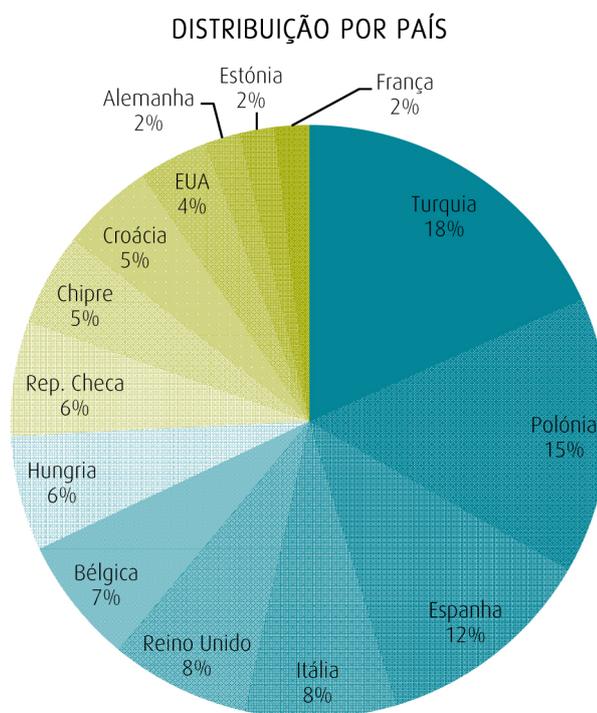


FIGURA 23 - Ilustração: distribuição dos países analisados, Exertus Consulting

A WeTECCE permite definir uma curva de valor para o mercado, de acordo com os resultados da pesquisa aos websites mencionados. Como principal conclusão, pode-se afirmar que a curva de valor da amostra do mercado de turismo de saúde e bem-estar denota reduzidos índices para os serviços complementares e atividades turísticas. A técnica, a equipa e as condições, apresentam valores próximos do nível 3, sendo este nível apenas atingido com as informações sobre o preço, o que reflete uma elevada importância em apresentar informações sobre este parâmetro.

A curva de valor exprime o resumo de um conjunto determinado de informações que a seguir se desagregam por forma a explicitar cada uma das grandes áreas de informação analisadas.

A figura seguinte evidencia uma maior importância da informação sobre Técnica, a Equipa e as Condições (Prestador), preterindo outras dimensões de informação relativas à envolvente e aos serviços complementares.

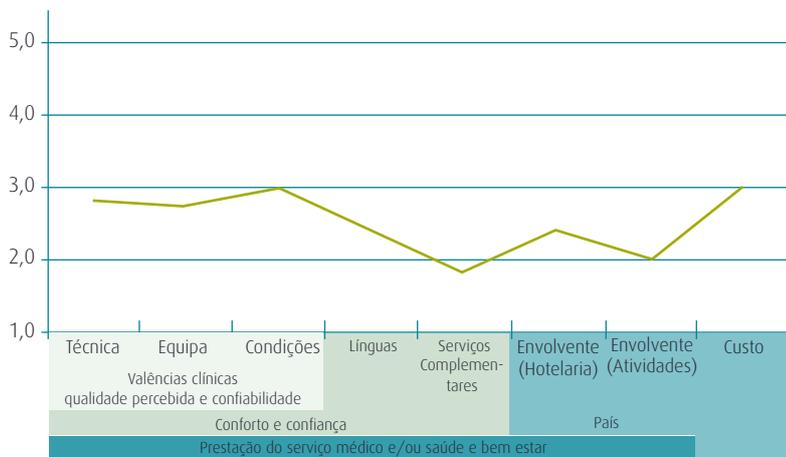


FIGURA 24 - Curva de valor da informação do mercado de TM, Exertus Consulting

Desenvolveu-se exatamente o mesmo exercício relativamente aos websites das entidades oficiais de promoção dos países. Daqui, pode-se afirmar que a curva de valor da informação da amostra dos países que se posicionam no mercado do turismo de saúde e bem-estar é ligeiramente diferente da encontrada para o mercado, na globalidade da amostra pesquisada.

A curva de valor para os países denota uma menor importância com os Serviços complementares, considerados como parte da Envolvente adstrita ao produto core, que apresenta um resultado de apenas 1,7 pontos em 5 possíveis. Percebe-se, ainda, um nível de informação reduzido relativamente à informação sobre a Equipa (2,0), tendo a Técnica e as Condições obtido uma ligeira subida 2,3 e 2,6, respetivamente.

A Envolvente relativa à hotelaria e ao turismo atingem os 3 pontos, ganhando uma preponderância quanto à importância da informação veiculada. Por fim, salienta-se a importância do Custo, superior, em linha com a Envolvente hoteleira e turística.

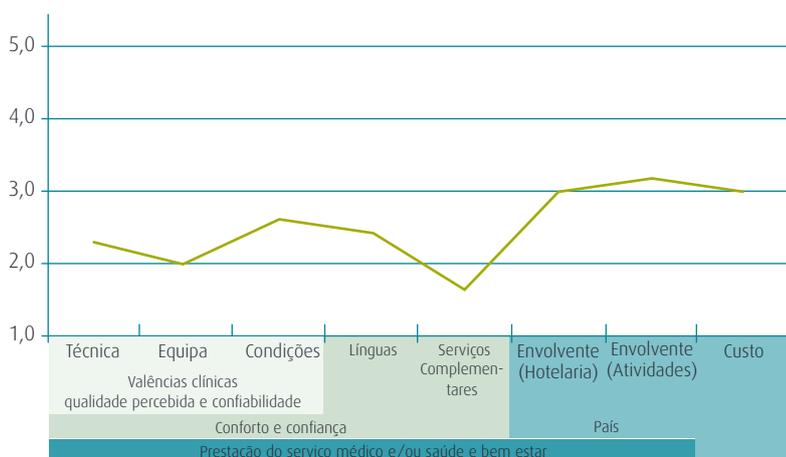


FIGURA 25 - Curva de valor da informação dos websites oficiais dos países europeus, Exertus Consulting

Comparando com a curva de valor da informação do mercado, percebe-se uma inflexão de praticamente todos os parâmetros analisados, com exceção dos Serviços complementares, que se mantêm baixos, e do Custo que se mantém nos 3 pontos.

Foram ainda definidos outros tipos de informações relativos à componente do turismo. Deste conjunto de informações, percebe-se que o Golfe e o Enoturismo não são produtos mencionados de forma estruturada ou com efeitos de atração de nicho, tendo apenas recolhido breves referências ou menções generalistas. As atividades na natureza, roteiros culturais e sugestões de ocupação de tempo livre recolhem uma atenção maior, sendo identificados roteiros e atividades generalistas específicas tal como observado na figura seguinte.

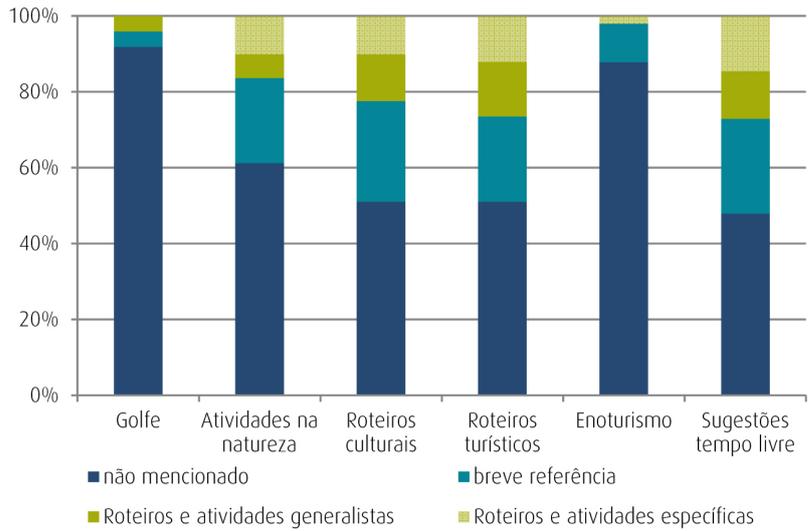


FIGURA 26 - Informações sobre produtos turísticos no mercado de TM, Exertus Consulting

Tal como com a curva de valor da informação, procurou-se desenvolver o mesmo exercício para os websites oficiais de cada país e retirar, daí, algumas conclusões. As principais diferenças prendem-se com a referência específica a roteiros e atividades generalistas e específicas e a sugestões de utilização de tempo livre. Isto acontece porque a preocupação com a promoção dos recursos e produtos turísticos de cada país ganha especial importância, decorrente da missão da entidade que gere a informação.

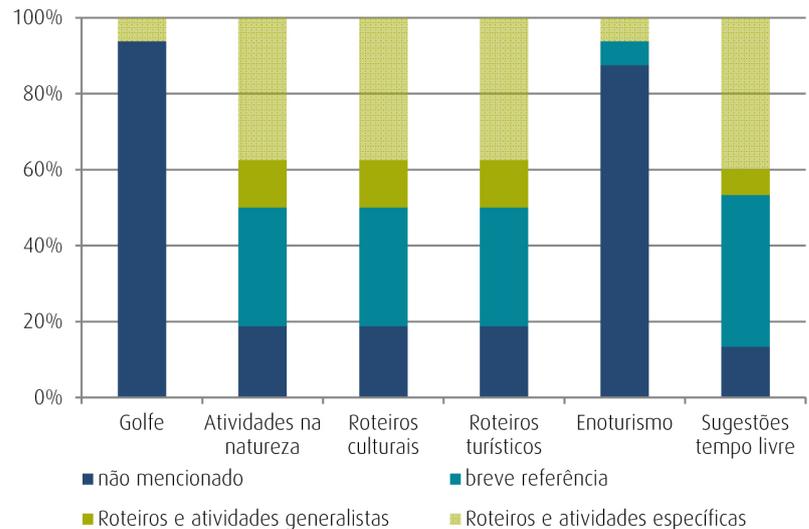


FIGURA 27 - Informações sobre produtos turísticos nos websites oficiais dos países europeus, Exertus Consulting





## DESPISTE DE OPORTUNIDADES DE MERCADO

## PARTE II

Alemanha  
Angola  
EUA  
Espanha  
França  
Holanda  
Luxemburgo  
Moçambique  
Reino Unido





## ALEMANHA

A Alemanha é o país mais populoso da União Europeia, ainda que a sua população tenha diminuído de 82,5 milhões, em 2004, para 82,2 milhões em 2007. A população alemã tem registado um aumento do peso dos mais idosos face aos mais jovens, que resulta tanto do aumento da esperança média de vida como da redução do índice de natalidade.

A população alemã é composta por diversas etnias:

88%	Germânicos Europeus
4,0%	Turcos
2,0%	Polacos
1,7%	Russos
2,0%	Este da Ásia (Vietname e Tailândia)
1,2%	Árabes e Iranianos
1,0%	Áfro-alemães ou africanos

FIGURA 28 - Composição da população alemã

O Produto Interno Bruto (PIB) na Alemanha foi de 3.570.556 mil milhões de dólares em 2011, de acordo com um relatório publicado pelo Banco Mundial, representando 5,76 % da economia mundial. Note-se ainda que o rendimento disponível das famílias alemãs aumentou para 422,58 mil milhões de dólares americanos no 3º trimestre de 2012.

O sistema de cuidados de saúde alemão sofreu uma série de mudanças recentes e de algum modo controversas que foram implementadas na tentativa de melhorar a concorrência no sector da saúde e reduzir o seu peso no orçamento federal.

Desde de 2009 que é obrigatório que todos os cidadãos alemães e/ou residentes de longa duração possuam um seguro de saúde. Para rendimentos anuais abaixo dos 49.500 €, o seguro é enquadrado no regime legal de seguro de saúde público (SHI), conhecido na Alemanha como Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). O SHI é explorado por, aproximadamente, 150 caixas de doença concorrentes (FE) e as pessoas são seguradas com base do agregado familiar, o que significa que os dependentes também estão incluídos.

Em 2010, as despesas de saúde representaram 11,6% do PIB da Alemanha, mais de dois pontos percentuais acima da média da OCDE (9,5%), mas mesmo assim, as despesas de saúde em relação ao PIB ainda são bastante mais baixas na Alemanha do que nos Estados Unidos (onde ultrapassaram os 17,6% do PIB, em 2010). Este valor é, também, ligeiramente menor que o dos Países Baixos (12,0%) e igual ao esforço orçamental na França.

A Alemanha ocupa a 9.ª posição entre os países da OCDE em termos das despesas de saúde *per capita*, com um valor de 4.338 USD, em 2010 (valor ajustado com base na paridade de poder de compra). De referir que a média da OCDE, no mesmo ano, era 3.268 USD.

Em termos de origem do financiamento das despesas de saúde para o período de 2010, 76,8% correspondeu a recursos públicos, um valor acima da média da OCDE (72,2%) mas igual à francesa, 13,2% a out-of-pocket, 9% a seguros de saúde privados e 1% a outro tipo de fonte.

### % DESPESA EM SAÚDE / PIB

11,6%

### FINANCIAMENTO

PÚBLICO	OUT OF POCKET
76,8%	13%
SEGUROS PRIVADOS	OUTROS
9%	1,2%

Os conteúdos gerais do pacote de benefícios básico do SHI são definidos através legislação própria, sendo os detalhes estabelecidos por uma Comissão Federal Conjunta. As coberturas de base são:

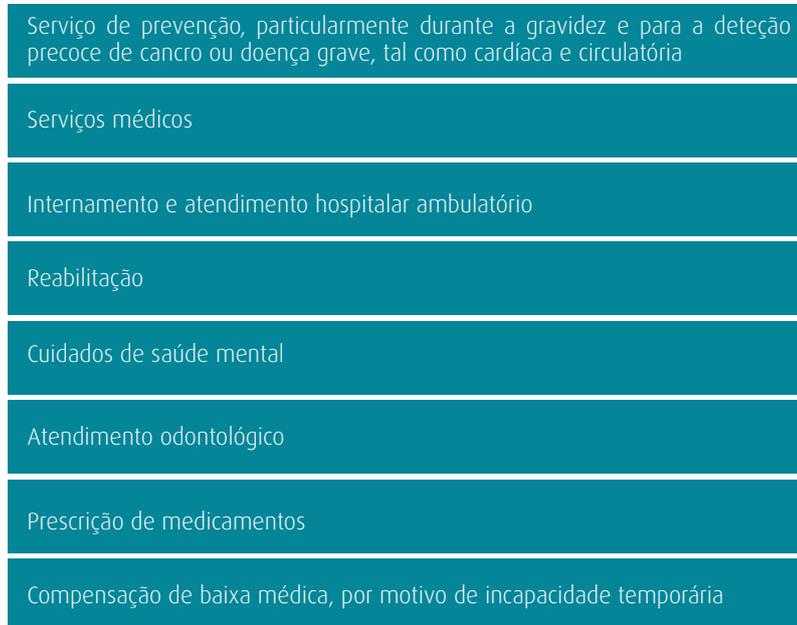


FIGURA 29 - Coberturas base do sistema de saúde alemão

Quanto a meios e recursos, a Alemanha possuía, em 2010, 11,3 enfermeiros por mil habitantes e 3,7 médicos por mil habitantes – rácios acima da média da OCDE, 8,7 e 3,1, respetivamente. Em relação aos médicos, 42% são de clínica geral e os restantes estão divididos por diferentes especialidades. Já o rácio de camas de cuidados curativos na Alemanha era, em 2010, de 5,7 por 1.000 habitantes, bem acima da média da OCDE (3,4 camas). Do total de camas disponíveis, 69% estavam reservadas para cuidados curativos.

Os dados disponíveis sobre as listas de espera (fonte OCDE) remontam ao ano de 2008. As listas de espera para um exame médico não ultrapassavam, em média, os 6%, tendo, no entanto, o rendimento um papel significativo no tempo de atendimento, ao elevar para cerca de 12% a lista de espera da população com rendimentos mais baixos. Para exames dentários, a taxa correspondente à lista de espera diminui ligeiramente (média de 4%), mantendo-se o mesmo comportamento do impacto decorrente dos rendimentos.

Desde janeiro de 2004 que entrou em vigor um sistema regulado de preços dos serviços hospitalares: o DRG - Diagnosis-Related-Groups. Quase todos os hospitais na Alemanha são obrigados a usá-los – num princípio de preço fixo. Note-se que, ao contrário da informação que alguns hospitais tendem a transmitir aos pacientes internacionais, este regulamento de preços oficiais aplica-se a todos os pacientes, tanto aos alemães como aos estrangeiros. A lei em questão (SGB 5) é absolutamente inequívoca sobre esse assunto, o que permite avaliar a estimativa do custo e a conta do internamento hospital.

Entrando já na área específica do turismo médico, segundo os dados apresentados pela OCDE em 2012, e referentes a 2010, na Alemanha, 0,52% da despesa total com a saúde está relacionada com o TSBE. Entre 2005 e 2012, o valor das importações alemãs de serviços de saúde diminuiu 9,3%.

MÉDICOS /1000 HABITANTES  
3,7

0,52%  
DESPESA DE SAÚDE RELACIONADA COM TSBE

CRESCIMENTO DAS IMPORTAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE RELACIONADAS COM TSBE  
- 9,3%

Os turistas de saúde que se deslocam à Alemanha procuram maioritariamente as especialidades de cardiologia, oncologia e tratamentos de ortopedia. Pretendem aceder, igualmente, a uma oferta de tratamentos experimentais tais como a terapia de células estaminais, pelo que se prevê que o turismo médico para a Alemanha poderá aumentar nos próximos anos.

A Alemanha atrai anualmente cerca 59 mil turistas de saúde de 163 países, sendo que os principais motivos apontados são a localização central na Europa e ser membro da UE. A Alemanha é um destino turístico médico popular para pacientes de vários países, com o seguinte destaque:



FIGURA 30 - Emissores de turistas para a Alemanha

As reformas legislativas do sistema de saúde alemão, implementadas em 2004, tiveram em conta a jurisprudência do Tribunal Europeu de Justiça sobre cuidados de saúde transfronteiriços; as alterações no Livro Código Social (SCB) 140E incluem agora um parágrafo que permite que todos os fundos de saúde façam contratos transfronteiriços com prestadores de cuidados de saúde estrangeiros dentro da UE. No entanto, os serviços têm de ser, exclusivamente, os incluídos no catálogo de benefícios alemão e só se podem qualificar os prestadores de serviços de saúde públicos de outro país. Adicionalmente os contratos devem incorporar as exigências do direito alemão (Schneider, 2004). Segundo os relatórios de proteção social do Ministério Federal da Saúde a despesa global com tratamento transfronteiriço é mínima. O seu peso na despesa total em cuidados de saúde foi, em 2004, 0,3% (455.800.000 € em 140 mil milhões € ou 9 € em cada 2 764 € per capita) (BMGs, 2005).

No entanto, o número de alemães que sai do país, enquadrável no conceito de turismo de saúde, é suscetível de vir a aumentar drasticamente, em grande parte pelas maiores facilidades legais de licenciamento de serviços fora do país pelas seguradoras de saúde. De acordo com afirmações da seguradora Techniker Krankenkasse (TK) o número de turistas de saúde alemães que saem já é muito maior do que o antecipadamente esperado. Os alemães são muito mais propensos a ir para o estrangeiro para receber cuidados de saúde do que se pensava. Se se extrapolar o levantamento feito em 2007 pode-se estimar, ainda que com um erro significativo, que entre 167.000 e 220.000 turistas de saúde saem da Alemanha (pelo que se considera um valor médio próximo dos 200.000). Estes números são apontados a pessoas que não possuem cobertura das seguradoras.

Note-se, no entanto, que entre 2006 e 2011 as férias em Resorts de Saúde e Bem-Estar e SPA subiram 30%, e que, no mesmo período, o número total de saídas do país para reabilitação, cuidados curativos e estadias em hospital, no estrangeiro, caiu 18%.

Maioritariamente, são procurados os tratamentos em SPA, tratamentos dentários e cirurgia estética, sempre que os utilizadores não possuam cobertura de seguro.



FIGURA 31 - Principais destinos médicos e de bem-estar dos alemães

Um dado importante que pode constituir uma oportunidade a explorar tem a ver com os turistas alemães em Portugal e com o turismo residencial.

Por um lado, a Alemanha é o 3.º emissor de turistas para Portugal, assumindo 10,0% do total de hóspedes estrangeiros em 2011. Por outro lado, estima-se que cerca de 3 milhões de europeus têm algum tipo de propriedade de alojamento turístico no estrangeiro. Destes, aproximadamente 1,2 milhões (30%) possuem a sua propriedade num Resort Integrado. As taxas de crescimento estimadas são na ordem dos 8% a 12% ao ano, suportadas em grande parte pelo crescimento dos Resorts Integrados (10%). Nos últimos 5 anos, 90% das habitações foram adquiridas por indivíduos oriundos do Reino Unido e da Alemanha, embora com motivações diferentes. Os alemães estão mais interessados em adquirir casas para férias, enquanto os britânicos estão mais preocupados em adquirir residência habitual ou em investir.

Em termos de oportunidades junto das comunidades portuguesas emigradas, existem na Alemanha 115 530 portuguesas, o que constituiu 2,71% do total de emigrantes lusos, de acordo com os dados obtidos junto da Direção Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas.

O enfoque que poderá ser dado a este mercado deverá estar assente na diplomacia económica (B2G), no estreitamento de um relacionamento com as seguradoras e no B2C, ou seja, num processo de relacionamento direto com o consumidor.



Angola situa-se na região ocidental da África subsariana. É o terceiro maior país em termos de dimensão, está organizado em 18 províncias e tem uma população, estimada em dezembro de 2011, de 19,62 milhões de habitantes.

Segundo dados obtidos junto da Direção Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas residem em Angola cerca de 100.000 portuguesas.

O número de turistas provenientes de Angola aumentou cerca de 53%.

Uma das principais dificuldades na análise do mercado angolano é a reduzida disponibilidade de dados sobre o sistema de saúde em Angola. Contudo, sabe-se que o estado angolano continua a ser o maior financiador dos cuidados de saúde, com cerca de 87% de toda a despesa com a saúde, havendo uma pequena participação do setor privado, dos seguros de saúde e dos pagamentos privados, representando, estes últimos, 10% do total das despesas de saúde. O papel da comunidade internacional no financiamento da saúde representa, ainda, cerca de 8% do financiamento total da saúde ainda que concretizado através das contas estatais.

ANGOLA

% DESPESA EM SAÚDE / PIB  
2,45% - 4,6%

## FINANCIAMENTO

PÚBLICO	OUT OF POCKET
87%	10%
SEGUROS PRIVADOS	OUTROS
1,5%	1,5%

MÉDICOS /1000 HABITANTES  
0,2

O estado angolano oferece cobertura sobre os cuidados primários, de uma forma gratuita, para todos os cidadãos.

Em termos de financiamento privado dos cuidados de saúde, o mercado angolano de seguros, tem vindo a crescer e a desenvolver-se de um modo sustentado e acelerado desde a sua liberalização em 2000. A título de exemplo, numa das seguradoras - ENSA S.A. - existe um plano de intervenções para emergências fora de Angola. Esta cobertura adicional pode ser subscrita juntamente com um dos 3 planos, mediante um custo adicional que pode variar de 3 USD a 10 USD por mês. A utilização desta cobertura necessita, no entanto, de ser sujeito a uma pré-aprovação.

Ao nível da oferta de cuidados de saúde, Angola apresenta uma capacidade limitada, com escassez de médicos, poucas faculdades de medicina, supervisão de qualidade limitada e poucos agentes comunitários. Em 2010, Angola tinha cerca de 3 mil médicos. A cobertura médica média no país é de 0,2 médicos para 1.000 habitantes, muito longe da média da OCDE de 3,1 médicos por 1.000 habitantes. Este rácio sugere existir uma enorme carência de serviços básicos de saúde para atender às necessidades correntes da população.

Face a esta escassez, alguns angolanos, ainda que em número indefinido, procuram cuidados médicos fora do país, sendo referenciados o Brasil e a África do Sul como destinos preferenciais. Deve-se salientar a existência de um acordo de cooperação internacional entre Portugal e Angola que prevê a prestação de cuidados médicos para cerca de 200 doentes/ano.

O enfoque que poderá ser dado a este mercado deverá estar assente na diplomacia económica (B2G), no estreitamento de um relacionamento com as seguradoras e no B2C, ou seja, num processo de relacionamento direto com o consumidor.

Esta sugestão suporta-se, por um lado, na potencial oportunidade de intensificação dos acordos entre os dois países para o incremento de prestação de cuidados de médicos a cidadãos angolanos com necessidades especiais, inexistentes em Angola e, por outro, em especial para aqueles angolanos com um poder de compra elevado, na possibilidade de Portugal se tornar num destino de eleição, tanto pela afinidade entre países como por motivações laterais tais como a possibilidade de fazerem compras ou visitas culturais. Há, ainda, o mercado das seguradoras, que embora pequeno apresenta um elevado potencial, uma vez que poderão desenvolver pacotes de serviços que prevejam a prestação de cuidados médicos em Portugal, como forma de se diferenciarem ou de apresentarem um prémio superior.

Os expatriados portugueses em Angola regressarão certamente ao país de origem para os tratamentos que exijam mais rigor e competências técnicas.



EUA

Os Estados Unidos da América (EUA) são o terceiro maior país do mundo com cerca de cerca de 317.829.874 habitantes, segundo o US Census e com uma população muito diversificada: 31 grupos étnicos com mais de um milhão de membros.

O acesso aos cuidados de saúde nos EUA, de um modo geral, deriva da capacidade que a população tem de a pagar, por norma através de seguros de saúde, sendo a intervenção estatal reduzida quando comparada com os países europeus. A provisão dos cuidados de saúde está associada ao financiamento sendo, igualmente, essencialmente privado. O sistema é caro, complexo e com o envolvimento de muitos players. Em consequência, estima-se que cerca de 50 milhões de americanos não possuam qualquer tipo de proteção em termos de acesso aos cuidados de saúde. A situação deverá alterar-se até 2014, com a implementação da reforma de saúde recentemente aprovada.

Em 2011, a despesa total em saúde per capita, nos EUA, foi de 8.508 USD em paridade de poder de compra. Cerca de 4.000 USD são despesa pública e os restantes 4.508 USD são despesa privada. O setor público é a principal fonte de financiamento da saúde em todos os países da OCDE, exceto nos Estados Unidos, México e Chile.

Os EUA é o país da OCDE que possui maior despesa em saúde em proporção do PIB, cerca de 17,7%. Está acima da média da OCDE em 2,4 p.p. . Observa-se que taxa de crescimento anual média da despesa em saúde, nos EUA, entre 2009 e 2011 diminuiu relativamente ao período entre 2000 e 2009, passou de uma taxa de crescimento de 3,4% para 1,3%.

Cerca de 12% da despesa em cuidados de saúde foi sob a forma de autofinanciamento privado, 35% foi coberto pelos seguros de saúde privados, 43% pela segurança social, 6% pelo governo federal e os restantes 4% por outros tipos de financiamento.

Em termos de programas públicos, destacam-se a Medicaid, a Medicare e a Children's Health Insurance Program (CHIP).

A Medicaid é o maior programa público de seguros de saúde. Destina-se a americanos de baixo rendimento, nomeadamente crianças e grupos mais desprotegidos da população. Cobre cerca de 52 milhões de americanos. As despesas da Medicaid representam aproximadamente 15% do total de despesas de saúde (CMS, online).

A Medicare é o programa federal que providencia cobertura de saúde a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e adultos portadores de deficiências permanentes, servindo mais de 41 milhões de americanos. Durante toda a sua vida ativa as pessoas contribuem para o Medicare como forma de garantir a sua elegibilidade para o programa ao perfazerem os 65 anos. As despesas da Medicare representam cerca de 20% do total das despesas com a saúde (CMMS, online).

As Accountable Care Organizations (ACO) são um novo modelo de prestação de cuidados de saúde para utentes da Medicare. São grupos de médicos, hospitais e outros profissionais de saúde, que se juntam para dar atendimento a pacientes do Medicare.

Os seguros privados têm diferentes formas de financiamento e de organização dos cuidados, que diferem na liberdade de escolha e nos custos:

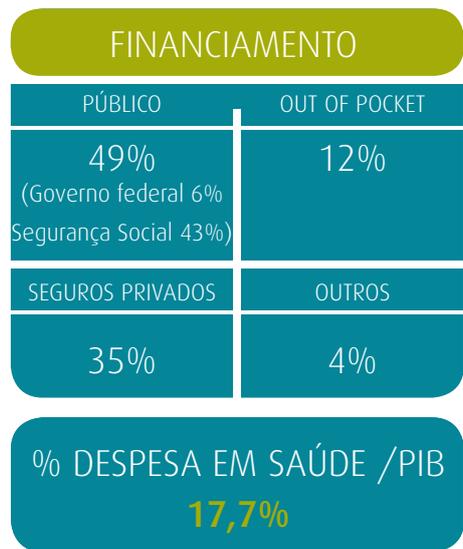
- (i) Indemnity plans;
- (ii) Health Maintenance Organizations (HMO);
- (iii) Preferred Provider Organizations (PPO);
- (iv) Point of Service (POS).

A comparticipação nas despesas pelos seguros privados e públicos são um dos principais determinantes do sucesso dos produtos de saúde no mercado americano.

No âmbito do Medicaid e da Medicare, os Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) e o Department of Health and Human Services administram o reembolso de produtos e serviços de saúde. As decisões são separadas das decisões da autorização de comercialização tomadas pela FDA - Food and Drug Administration, mas o CMS tende a não comparticipar produtos de saúde que não estejam aprovados pela FDA. Por outro lado, a aprovação pela FDA não garante uma decisão positiva na comparticipação, ou determina o seu nível.

A Medicare tem um processo e critérios para determinar a comparticipação dos produtos e serviços. A decisão relativa à comparticipação pondera sobretudo a segurança e eficácia dos produtos/serviços.

Os seguros privados tendem, no entanto, a comparticipar um maior número de produtos e a ajustar mais rapidamente os níveis de reembolso. Como há muitas se-



MÉDICOS /1000 HABITANTES  
2,5

guradoras privadas, o processo de tentar obter a comparticipação do maior número de seguros possíveis, pode ser dispendioso e lento.

Relativamente ao autofinanciamento médico, as famílias norte-americanas têm um peso de 2,9% no total das suas despesas/ consumo.

O número de médicos por habitante nos EUA foi de 2,5 por 1 000 habitantes em 2011, um pouco menos do que a média da OCDE (3,2). Em 2011, a percentagem de médicos de clínica geral era pouco mais de 12%, mais de 85% eram médicos especialistas (pediatras, obstetras, ginecologistas, psiquiatras, especialistas de cirurgia), a minoria era representada por internos/estagiários e os que não estão incluídos nas categorias anteriores. Em 2011, existiam 11,1 enfermeiros por 1 000 habitantes nos EUA, acima da média da OCDE (8,8).

Relativamente ao número de hospitais, existiam, em 2011, 4.973 hospitais nos Estados Unidos da América. O pico máximo de hospitais, no período em análise, registou-se em 2008 com 5.010 hospitais.

OS EUA são conhecidos pela excelência na prestação de cuidados de saúde em muitas especialidades, tendo muitas entidades em processo de internacionalização, de onde se podem destacar: Mayo Clinic, Johns Hopkins Hospital, UCLA Medical Center, Wilmer Eye Institute, Cleveland Clinic entre outros.

O número de camas hospitalares nos Estados Unidos era de 3,1 por 1 000 habitantes em 2011, menos do que a média da OCDE de 5,0 camas. Observa-se que, tanto nos EUA como na maioria dos países da OCDE, o número de camas hospitalares por habitante caiu ao longo do tempo. A duração média das estadias em hospitais, também sofreu um pequeno decréscimo relativamente a 2000. Em 2011, mais de 80% das camas disponíveis estavam adstritas a cuidados curativos, tendo aumento desde 2000.

Em 2010, o tempo de espera de 4 ou mais semanas para uma consulta com um especialista diminuiu, nos EUA, para cerca de 20%, em 2008 era cerca de 26%. Relativamente ao tempo de espera de 4 ou mais meses para uma cirurgia eletiva também diminuiu, para 7% em 2010, em 2005 e em 2007 era de 8%.

Os cuidados médicos em países como a Índia, Tailândia e Singapura representam 10% a 20% do custo comparável com os cuidados médicos nos EUA. Os preços divulgados em vários estudos e websites mostram que os EUA têm um nível de preços muito superior ao Europeu: em média o dobro do nível de preços alemão. Contudo, os EUA são um alvo permanente par os facilitadores de turismo médico que, normalmente, utilizam o velho argumento “economize de 50% a 70%, tornando-se um turista médico”.

Na realidade, muitas vezes são divulgadas comparações de preços entre o país X e os EUA ou a Europa, e comunicados nos websites das entidades oficiais promotoras de cada país de destino e nos operadores turísticos do setor. Mas a comparação de preços é apresentada apenas com os preços dos prestadores privados, ignorando que a maioria dos países europeus tem seguro de saúde universal, e é sempre feita tendo em conta o preço mais alto possível para o país de origem. Logo, deve-se ter isto em atenção para uma correta análise comparativa do preço.

Em 2008, mais de 400 mil não residentes dos EUA procuraram cuidados médicos no país e gastaram quase \$5 mil milhões em serviços de saúde. O turismo de saúde Inbound representa 2% dos utilizadores dos serviços hospitalares dos EUA. Os turistas de saúde não se deslocam para os EUA com o objetivo de obter cuidados médicos mais baratos. O turismo médico *inbound* é impulsionado, principalmente, pela procura de cuidados médicos de alta qualidade sem longos períodos de espera. A maioria está disposta a pagar preços mais altos porque consideram que a assistência médica oferece uma maior qualidade e tempos de espera mais curtos.

As despesas de saúde relacionadas com o Turismo de Saúde e Bem Estar, nos EUA, representavam cerca de 0,04% do total da despesa em saúde e as importações de serviços de saúde relacionados com o Turismo de Saúde e Bem Estar verificaram um crescimento de 12,1%, entre 2005 e 2010.

Em termos de *outbound*, em 2007, cerca de 750.000 norte-americanos viajaram para outros países em busca de cuidados médicos. Entre 2007 e 2010 a taxa de crescimento anual no turismo de saúde “outbound” foi cerca de 100%. Segundo a Deloitte, o turismo médico *outbound* representa, atualmente, \$21,4 mil milhões de gastos no exterior. A projeção de crescimento do número de turistas da saúde de 750 mil, em 2007, para 15,75 milhões, em 2017.

Em 2012, a Rush University cruzou várias fontes e publicou as suas conclusões, referindo que a informação existente não é muito precisa e refere-se ao transporte aéreo de entrada / saída dos EUA, e são extrapolados a partir de amostras de pessoas que admitem a viajar, principalmente por razões de saúde e excluindo completamente o Canadá e México. Os dados apontados pela Rush University são muito distintos dos da Deloitte, apontando para um *inbound* de cerca de 70000 turistas médicos e para um *outbound* de 130000, excluindo o Canadá e o México. Incluindo estes dois países, os valores alterar-se-iam para 130000 de *inbound* e 500000 de *outbound*.

Ainda assim, e particularmente para o México desde o estado da Califórnia, este género de *cross border health care* acontece pelo facto de muitos mexicanos a residir nos EUA não estarem legalizados (estima-se em cerca de 500.000) e/ou não terem apólices de seguros contratadas. No que diz respeito ao Canadá o fluxo verifica-se com a normalidade existente na afinidade entre os dois países e pelo facto de fazer parte do quotidiano das pessoas que residem principalmente, perto das fronteiras. Alguns estudos apontam para o facto de 13% dos emigrantes mexicanos procurarem produtos de baixo risco nas visitas ao México, normalmente da área da odontologia. No que respeita ao Canadá, os norte-americanos, mais pobres e não segurados, procuram tratamentos gratuitos, devido ao sistema de saúde vigente.

Tomando o México como exemplo, muitos dos números apontados para o *outbound* norte-americano diz respeito a expatriados a residir nos EUA, nomeadamente de outros países da América do Sul e da Índia.

Os principais destinos médicos são o Brasil, o Canadá, a África do Sul, a Índia, o México, a Tailândia e a Indonésia.

De acordo com a Ypartnership 2010, os principais destinos são:

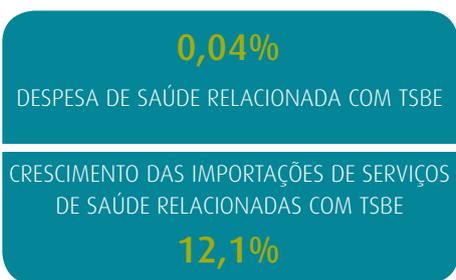
Canadá (42%)	Reino Unido (32%)	Alemanha (31%)
Suécia (28%)	França (24%)	México (13%)
Índia (11%)	Singapura (10%)	Costa Rica (9%)
Brasil (7%)	Porto Rico (7%)	

Figura 32 - principais destinos médicos dos norte-americanos

Os produtos mais procurados são os tratamentos dentários, de cosmética, ortopédicos e cardiovasculares. São ainda referidos:

- Tratamentos de fertilidade
- Cirurgias bariátricas
- Tratamentos de células estaminais

A principal motivação encontrada são os altos preços com os cuidados de saúde nos EUA comparados com outros países que, em alguns casos, ainda incluem estadia e a passagem de avião. Os pacientes norte-americanos também dão muita importância à segurança e à qualidade dos serviços.



O preço é visivelmente mais baixo em vários serviços e, por vezes, inclui a passagem aérea e a estadia num resort hotel. Devido, em parte, a estas alternativas de cuidados médicos mais baratos, que se assemelham a umas miniférias, o interesse e a procura pelo turismo de saúde têm aumentado a um ritmo elevado.

Num estudo da Deloitte publicado em 2011, é referido que apenas 1% dos americanos sai efetivamente dos EUA para receber tratamentos médicos. Nesse estudo, são apresentadas as principais motivações:

- 79% procuram qualidade superior no atendimento e tratamento médico;
- 77% a disponibilidade de médicos e hospitais;
- 72% preços mais baixos se tiverem de pagar por tudo sozinhos;
- 71% instalações e tecnologia de ponta;
- 60%, preços mais baixos se for pago por seguradora, o empregador ou o governo;
- 49% rapidez dados os tempos de espera existentes;
- 25% oportunidades de turismo.

Por todo este fenómeno, o número de facilitadores médicos a operar nos EUA é enorme e crescente e proliferam as creditações internacionais. O principal destaque vai para a Joint Commission International (JCI), criada pela Joint Commission em 1999, depois de uma crescente procura de uma ferramenta que permitisse avaliar eficazmente a qualidade e a segurança. Existem mais de 120 hospitais em todo o mundo que são credenciados pela JCI. Em Portugal existem 11 instituições acreditadas. A acreditação é particularmente importante porque pode dar aos consumidores e aos empregadores um nível de confiança de que os serviços prestados são semelhantes aos disponíveis nos EUA, particularmente se acompanhados com uma afiliação e boa reputação. Como resultado, os muito bem conhecidos AMCs formaram parcerias internacionais para apoiar empreendimentos de turismo e fornecer uma variedade de serviços:

- Planos de saúde para pacientes que facilitem o autocuidado e a aderência;
- Registos médicos eletrónicos e tecnologias de informação médicas;
- Mediação e elaboração de relatórios de resultados;
- Recrutamento e formação de profissionais médicos e enfermeiros;
- Relatórios e pesquisa de satisfação dos clientes;
- Educação médica e profissional;
- Programas de compras para diagnóstico e prescrições médicas;
- Armazenamento de dados e relatórios de desempenho.

Recentemente, os EUA lançaram uma reforma na saúde denominada de PPACA - Patient Protection and Affordable Care Act, mais conhecida como ACA - Affordable Care Act ou Obamacare, assumindo um estatuto federal dos Estados Unidos da América, cuja lei foi assinada a 23 de março de 2010. Esta lei é a mais abrangente legislação social nos Estados Unidos dos últimos quatro anos. A lei cria alterações que irão afetar significativamente a forma como os cuidados de saúde são assegurados, praticados e pagos, com o governo federal a desempenhar um papel central.

Algumas das disposições encontram-se já efetivas; outras disposições vão ficando efetivas progressivamente até à sua total implementação em 2019.

Segundo a ACA, até meados de 2014, todos os indivíduos deverão obter um seguro de saúde ou estarão sujeitos a pagar uma multa. Esta disposição significa que os

49 milhões de indivíduos sem seguro, nos EUA, reduzir-se-ão substancialmente.

A lei define, expande e padroniza os serviços que devem ser oferecidos pelas companhias de seguro de saúde. Serviços como os serviços de saúde preventiva (clínicas de perda de peso, check-ups de rotina) e os serviços de saúde mental devem ser incluídos no seguro de saúde. Os indivíduos que se encontravam sem seguro de saúde e que procuravam serviços médicos no turismo de saúde para procedimentos descobertos serão agora capazes de obter esses serviços nos EUA como parte da cobertura do seguro. É importante referir que os cuidados de odontologia e as cirurgias de cosmética não estão incluídos no seguro.

Contudo, das 49 milhões de pessoas a residir nos EUA que estão atualmente sem seguro de saúde, estima-se que de entre 16 a 19 milhões continuarão sem seguro depois da ACA. Estes indivíduos incluem pessoas que escolheram desafiar a lei e optar por pagar a multa, assim como aqueles que se encontram nos EUA sem a devida documentação.

Muito se tem falado do potencial dos norte-americanos que não têm seguro como principais alvos para o turismo de saúde outbound mas Ian Youngman, especialista na temática do turismo médico do IMTJ- International Medical Tourism Journal, analisa o impacto da reforma da saúde dos EUA no turismo de saúde e como a mudança económica e política na Europa afeta o setor. Resumidamente, conclui que qualquer que seja o efeito nos números, a reforma na saúde muda de uma vez por todas o objetivo estabelecido por qualquer país ou organização na procura de turistas de saúde americanos. A velha ideia de “50 milhões de americanos em seguro” deve ser abandonada. Ian afirma que a ACA pode reduzir o número de turistas médicos norte-americanos, já que estados-membros protegem os seus cuidados de saúde e empregos locais, mesmo contra outros estados dos EUA. Com o emprego em risco, a nível nacional e estadual, ambas as partes eliminam qualquer contrato com o exterior. As seguradoras individuais e os empregadores não serão impedidos de oferecerem as opções de turismo médico, mas não podem esperar qualquer tipo de incentivo oficial, por isso rapidamente desencoraja a prática do turismo médico.

No que respeita ao turismo para Portugal, os EUA foram o 6º mercado da procura externa enquanto gerador de receitas, em 2011, contribuindo com cerca de 5% das receitas totais geradas. O número de hóspedes registados em Portugal, em 2011, provenientes dos EUA representou cerca de 4% do total. Em termos de evolução, entre 2007 e 2011, verifica-se um crescimento médio anual de aproximadamente 1%, destacando-se o contributo positivo e negativo para esta média ocorrido nos anos de 2010 e 2011 (+11,7% e 4,8%, respetivamente) e de 2008 (-12,4% face a 2007).

Por último, convém referir que a comunidade portuguesa nos EUA é significativa. A presença duradoura de uma tão importante comunidade faz dela um fator importante de união entre os dois povos e um parceiro privilegiado no quadro das relações bilaterais. Segundo dados obtidos junto da Direção Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas residiam em 2011, nos EUA, 1.407.616 portugueses (incluindo descendentes diretos).

O enfoque deverá ser dado tanto no B2C como no relacionamento direto com as seguradoras norte-americanas e facilitadores de turismo médico ali a operar.



ESPAÑA

Em 2011, a população total em Espanha ascendia a 46.754.784 habitantes, sendo que 88% da população é espanhola e os restantes 12% imigrante.



FIGURA 33 - Composição das etnias em Espanha

O Serviço Nacional de Saúde espanhol é inspirado no modelo Beveridge, ou seja um sistema de cobertura universal, com reconhecimento do direito à saúde por parte de todos os cidadãos, sendo financiado através do Orçamento de Estado. O Estado exerce o controlo total sobre o sistema, público e privado. Os princípios básicos que norteiam o sistema são a universalidade, a equidade e a inclusão.

O sistema de cuidados de saúde espanhol foi criado como um serviço nacional de saúde integrado, financiado publicamente através de impostos, assente no princípio da prestação de cuidados de saúde gratuitos, de forma quase universal, para todos os residentes, incluindo imigrantes ilegais.

A gestão do sistema de saúde é descentralizada, com uma organização local em cada uma das 17 Comunidades Autónomas, ou regiões, que compõem o Estado espanhol. Esta descentralização transfere a responsabilidade pela prestação dos cuidados de saúde para as regiões, de acordo com a estrutura constitucional do país.

#### DESTAQUE PARA:

##### Companhias de âmbito regional:

Asociación Europea; Cajasur Seguros; Compañías de seguro medico nacionales; Cai; Vida y Pensiones; m Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Asturias; La Previsión Mallorquina; IMQ Bilbao; Previsora Bilbaína; Previsora Bilbaína; Atocha Seguros; Seguro Colegial Médico Quirúrgico; Asistencia Sanitaria Colegial; Atlántida Médica; Clinicum Seguros; Mutua Col-legi d'Enginyers Industriales; Mutua Col-legi d'Enginyers Industriales; Mutual Flequera de Cataluña; Nortehispana; Seguros Latina; Vital Seguro, Hércules Salud; Asociación Europea; La Alianza Española; La Equitativa de Madrid, Mutua Madrileña; Seras, La Corona; Acunsa; Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Navarra; Aseval, Asmequiva.

##### Companhias de seguros com cobertura geográfica total:

Adeslas; Aegon Salud; Allianz; Aresa; Asisa; Aviva Vida y Pensiones; Axa Winterthur; Bankpyme Vida y Pensiones; BBVA Seguros; Caser; Cigna; CIGNA International Expatriate Benefits; Cisne Seguros; Cosalud ; DKV Seguros; Estrella Seguros; Euromutua; Fiatc; Ges Seguros; Groupama Seguros; Helvetia ; ING Nationale Nederlanden; Liberty Segros; Mapfre Caja Salud; Mutua General de Seguros; Pelayo Mutua; Sanitas; Vidacaixa; Vitalicio Seguros; Winterthur Salud; Zurich

% DESPESA EM SAÚDE / PIB  
9,6%

As despesas em saúde representaram 9,6% do PIB em Espanha, em 2010, quase em linha com a média da OCDE (9,5%). Já em valor e segundo o Banco Mundial, as despesas per capita na saúde atingiram os 3.076 USD em 2010, abaixo da média da OCDE (3.268 USD).

As comunidades autónomas gerem 91,21% dos recursos da saúde pública, enquanto o governo central investe 1,74% e os municípios 1,72%. A remuneração do pessoal é a despesa com um maior peso na saúde pública com 43,3% em 2010, numa clara tendência de crescimento. Em apenas sete anos aumentou cerca de 21,4%.

Numa análise às despesas de saúde pública, em 2009, verifica-se a seguinte desagregação: 55,5% corresponde à atenção especializada (hospitais e médicos especialistas), 15,5% aos cuidados primários, 19,1% à despesa farmacêutica e 1,7% eram dedicados à saúde pública e de prevenção. A racionalização parece ser uma aposta do governo espanhol como forma de manter a universalidade e gratuidade no acesso com a qualidade desejada.

Em 2010, 74% das despesas de saúde foi financiada através de recursos públicos, um pouco acima da média dos países da OCDE (72,2%). Cerca de 20% correspondem a desembolsos particulares (out-of-pocket) e 6% correspondem a seguros privados.

Os titulares dos direitos de proteção da saúde e da saúde pública são:

Todos espanhóis e estrangeiros a residirem país, nos termos previstos no artigo 1.2 da Lei Orgânica 4/2000, de 11 de Janeiro, sobre os direitos e liberdades dos estrangeiros em Espanha e a sua integração social.

Nacionais dos Estados-Membros da União Europeia, que têm os direitos decorrentes da legislação da UE e dos tratados e acordos assinados pelo Estado espanhol que àqueles se aplicam.

Os nacionais de países que não integram a União Europeia, que têm seus direitos reconhecidos pela lei e pelos tratados e acordos assinados.

A cobertura é universal e gratuita não havendo custos para o utilizador no atendimento primário e hospitalar público em Espanha. Praticamente 99,5% da população está abrangida pelo sistema de saúde público.

A saúde mental, os cuidados de saúde em dentária e os cuidados continuados podem requerer um seguro suplementar ou ser pagos através de desembolsos particulares (out-of-pocket).

Em 2010, a Espanha tinha 3,8 médicos por 1.000 habitantes, acima da média da OCDE (3,1).

De acordo com dados recolhidos, o número de médicos especialistas por 1.000 habitantes era de 1,43 em 2000. Em 2009, o número de médicos nos cuidados de saúde de especialidade por 1.000 habitantes foi de 1,81. O número de enfermeiros no atendimento especializado por 1.000 habitantes era de 4,9, em 2010, bastante inferior à média da EU27 (7,9). Ainda assim, Espanha apresentou uma das maiores taxas de crescimento entre o ano de 2000 e 2010 (3,3% /ano).

Os tempos de espera no sistema de saúde espanhol têm vindo a subir, havendo em junho de 2012 um total de 536.911 pacientes a aguardar cirurgia. A rapidez no atendimento no privado é o principal fator motivacional para 65,6% dos pacientes que transitam do setor público. Contudo, em caso de uma doença grave, 57,9 % dos espanhóis ainda prefere ser tratado nos hospitais públicos.

Segundo o Ministério da Saúde espanhol, as especialidades com maiores tempos de espera, em Junho de 2012, eram a operação aos joanetes (127 dias), a neurologia (113), a cirurgia torácica (114) e a cirurgia plástica (104); a intervenção de implantação de prótese na anca tem um tempo de espera médio 110 dias, uma artroscopia 104 dias e uma cirurgia às varizes 108 dias. O tempo médio de espera para diagnósticos é de 54 dias.

Os preços dos procedimentos médicos oferecidos nos hospitais espanhóis variam de acordo com os procedimentos. De acordo com diversas fontes os valores indicativos por intervenção são:

## FINANCIAMENTO

PÚBLICO	OUT OF POCKET
74%	20%
SEGUROS PRIVADOS	OUTROS
6%	-

## MÉDICOS /1000 HABITANTES

3,8

<b>Angioplastia coronária</b>	4057,24
<b>Bypass coronário</b>	8501,23
<b>Artroscopia</b>	1902,38
<b>Prótese de anca</b>	6202,61
<b>Prótese de joelho</b>	6202,61
<b>Cirurgia às cataratas</b>	1824,30
<b>Colecistectomia</b>	2408,07
<b>Colonoscopia</b>	1824,30
<b>Cirurgia de Hemorroidas</b>	1809,70
<b>Mamoplastia</b>	3747,11
<b>Cirurgia à próstata</b>	3940,48
<b>Rinoplastia</b>	2626,99
<b>Cirurgia às varizes</b>	1532,41
<b>Buttock</b>	4669,47
<b>Facelift</b>	4900,06
<b>Lipoplastia</b>	2017,67
<b>Abdominoplastia</b>	3648,60
<b>Coroas de ouro</b>	316,70
<b>Implantes dentários</b>	835,53

(Valores em Euro)

1 EUR = 1.37039 USD

TABELA 8 - Preços em usd, Exertus Consulting, adaptado de várias fontes

Pelo facto da saúde em Espanha ser universal e praticamente gratuita, os espanhóis não procuram, voluntariamente, cuidados de saúde fora do seu país de origem. Ainda assim as despesas com saúde dos cidadãos espanhóis no estrangeiro foram de 46.2 M EUR, em 2012, mas maioritariamente referentes a despesas com cuidados de saúde recebidos durante as férias e viagens de negócios e enquadrados na mobilidade transfronteiriça europeia.

Existem, contudo, referências da existência de alguns espanhóis que procuram cuidados de saúde no Brasil, mas não são especificadas nem as motivações nem os produtos procurados.

Não são conhecidos os produtos médicos obtidos no exterior, inferindo-se tratar-se de urgências, e em particular, traumatismos.

Os principais destinos referenciados são:



FIGURA 34 - Principais destinos para TM espanhóis

Esta lista apresenta uma elevada correlação com os países de origem das principais comunidades de emigrantes em Espanha.

O enfoque deverá ser dado tanto no B2C com enfoque mais centrado no TSBE. Eventualmente, algum enfoque no B2G.



A França possui 65 milhões de habitantes, com uma grande diversidade étnica, da qual se destaca uma comunidade portuguesa superior a 1 milhão de pessoas.

O sistema de cuidados de saúde francês é de tipo híbrido. Estruturalmente é baseado no modelo bismarckiano, sendo que, no entanto, possui muitos objetivos inscritos no modelo de Beveridge, designadamente o universalismo e a equidade no acesso. Trata-se, assim, de um sistema mais próximo de um modelo de financiamento público, com uma forte intervenção do Estado, uma vez que são os impostos a base das receitas que financiam os cuidados de saúde.

As despesas com saúde representaram 11,6% do PIB, em 2010, um pouco mais de dois pontos percentuais acima da média da OCDE (9,5%), este valor tem vindo a apresentar uma tendência de crescimento, ainda que a um ritmo mais lento que no passado (taxa de crescimento da despesa em saúde: 2,1% entre 2000 e 2009; 0,8% entre 2009 e 2010).

Em termos de valor, as despesas per capita em saúde atingiram os 3.974 USD, o que se posiciona acima da média da OCDE (3.268 USD) e da EUR27 (2.936,23 USD). De referir que 37% do valor total da despesa em saúde foi relacionada com os cuidados curativos, de reabilitação e cuidados ou cirurgias em ambulatório. A despesa em saúde per capita apresentou uma taxa de crescimento de 1,9% entre 2000 e 2010 (Health at a Glance, OMS, 2012).

O SHI (Statutory Health Insurance - seguro de saúde estatutário) abrange, atualmente, 99,9% da população residente e inclui uma ampla gama de bens e serviços que são prestados tanto nos hospitais como no atendimento em ambulatório.

Os três principais esquemas e beneficiários (dados de 2008) são:

1. O regime geral (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs; CNAMTS) abrange 56 milhões de funcionários do comércio e indústria e as respetivas famílias (87% da população) e beneficiários CMU (1,4 milhões de pessoas, 2,3% da população em 2006).
2. O regime agrícola (Mutualité sociale agricole, MSA) abrange agricultores e trabalhadores agrícolas e as suas famílias (3,6 milhões de pessoas ou cerca de 6% da população).
3. O regime de trabalhadores independentes (regime social des independents, RSI) abrange artesãos e trabalhadores por conta própria (com exceção de trabalhadores agrícolas independentes), incluindo profissionais liberais tais como advogados (3,4 milhões de pessoas, cerca de 5% da população).

O SHI foi responsável por 78% do total das despesas de saúde (financiado através de recursos públicos), em 2010, um pouco acima da média dos países da OCDE (72,2%). Convém, ainda esclarecer que, embora, a França tenha um sistema de seguro de saúde público universal, a cobertura que proporciona não é completa. Este facto justifica o peso de cerca de 20% da participação privada no total das despesas de saúde, explicado pelo facto de 96% da população francesa possuir um seguro voluntário de saúde privado (Voluntary Health Insurance - VHI). O VHI destina-se a cobrir a diferença entre os custos totais dos cuidados de saúde e a comparticipação pública, garantindo o reembolso de copagamentos e uma melhor cobertura para bens e serviços médicos.

## FRANÇA

% DESPESA EM SAÚDE / PIB  
11,6%

### FINANCIAMENTO

PÚBLICO	OUT OF POCKET
78%	7%
SEGUROS PRIVADOS	OUTROS
13%	2%

MÉDICOS /1000 HABITANTES  
3,3

Assim, em termos de financiamento, cerca de 7% da despesa total em saúde corresponde a desembolsos particulares (out-of-pocket) e 13% a seguros privados, sendo os remanescentes - 2% - de outra índole. Deve-se, ainda, salientar que o out-of-pocket tem vindo a denotar uma ligeira tendência de crescimento (na ordem dos 0,2%) entre 2000 e 2010.

Os meios e recursos do sistema de saúde francês são elevados tanto ao nível das infraestruturas como dos recursos humanos, tanto dos prestadores públicos como privados, seja ao nível da quantidade como da qualidade. Como tal, esta combinação de prestação de cuidados de saúde entre os estabelecimentos públicos e privados faz com que não existam listas de espera significativas.

Em França há aproximadamente 3.000 estabelecimentos de saúde, com cerca de 62% da capacidade hospital francesa a ser garantida pelos hospitais públicos. A restante capacidade é dividida equitativamente entre os hospitais sem fins lucrativos (que estão ligados ao setor público e que tendem a ser de propriedade de fundações, organizações religiosas ou associações de seguro mútuo) e por organizações com fins lucrativos. De qualquer modo, o setor privado de França é o maior da Europa.

Como consequência a França surge, frequentemente, no 1º lugar do ranking da World Health Organization (WHO), significando uma qualidade ímpar do seu sistema de saúde e recolhendo, por inerência, elevada notoriedade e reputação. São várias as especialidades médicas reconhecidas a este país: Oncologia, Pré-natal e neo-natologia, Ortopedia, Plástica, Gastrointestinal, Oftalmologia, Odontologia e Obesidade.

As causas de mortalidade mais recorrentes em França são, com grande destaque, as doenças coronárias, alzheimers e cancro do pulmão. Contudo, é conhecida a dependência crónica dos franceses por medicamentos, que os torna conhecidos pela sua hipocondria.

Segundo o Eurostat, em 2008, 69% dos adultos refere a avaliação do sistema de saúde como “bom” ou “muito bom”.

0,19%  
DESPESA DE SAÚDE RELACIONADA COM TSBE

CRESCIMENTO DAS IMPORTAÇÕES DE SERVIÇOS  
DE SAÚDE RELACIONADAS COM TSBE

1,2%

A reputação que o Sistema de Saúde francês goza, impulsiona a procura de pacientes internacionais pelos hospitais e especialistas franceses. Assim, de acordo com os dados apresentados pela OCDE em 2012, referentes a 2010, e relativos ao turismo médico, a França exporta 0,18 % do montante total da despesa com a saúde, tendo importado 0,19% do mesmo valor, o que significa um saldo, praticamente, nulo.

Na perspetiva do outbound, os acordos bilaterais entre a França e a Bélgica para o fornecimento de cuidados de saúde nas regiões transfronteiriças, ainda que fora do conceito de turismo médico, podem influenciar os números apresentados ainda que sem referência aos produtos contratados. Da mesma forma, os expatriados a residirem em França podem condicionar os números de outbound.

Os dados publicados pela Deloitte Center for Health Solutions, em 2010, indicam que:



FIGURA 35 - Atitudes dos franceses sobre tm, deloitte center for health solutions, em 2010

A análise dos principais dados recolhidos e apresentados sugere uma propensão reduzida de oportunidades de incoming de turistas franceses para Portugal, com o objetivo de receberem tratamentos médicos. Tal é válido, tanto para Portugal, como para qualquer outro país. Os números demonstram um elevado grau de confiança no sistema de saúde francês e reduzida preferência por outros destinos.

Esta conclusão é suportada na inexistência de listas de espera de um sistema de saúde que é considerado como o melhor (ou dos melhores) pela WHO e reconhecido por pacientes de todo o mundo. Estes factos não fazem antever a necessidade de saída dos cidadãos franceses para o estrangeiro, até porque o seu sistema nacional de saúde cobre praticamente todas as despesas de saúde e as que não são cobertas pelo sistema nacional de saúde são pelos seguros voluntários privados, complementares, que cobrem já 96% da população.

Uma janela de oportunidade poderão ser os expatriados portugueses a residir em França. Os números apresentados pelo Observatório para a emigração, em 2011, e validados pela Direção Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas apontam para a existência de 1.132.048 portugueses em solo francês.

A principal conclusão retirada do estudo apresentado pela Fundação Vox Populi, em 2010, e mantendo o enfoque na particularidade da opinião sobre a saúde, percebe-se que, comparativamente à saúde francesa, Portugal tem neste item a pior classificação num conjunto de 16 critérios avaliados. Apenas o item do clima mereceu uma avaliação positiva.

Quando inquiridos no sentido de se pronunciarem sobre a evolução do grau de ligação a Portugal, 51% responde não sentir diferenças, 10% sente-se mais ligado e 30% menos ligado. De salientar que, excluindo as respostas “o mesmo”, que refletem igual ligação, todas as faixas etárias apresentam uma redução do grau de ligação e relacionamento com Portugal. 8% respondeu, ainda, que a assistência médica em Portugal é o principal fator para se sentirem afastados de Portugal.

O enfoque deverá ser dado no B2C, mais concretamente no relacionamento direto com os cidadãos portugueses.



## HOLANDA

A população total holandesa registada, em 2011, foi de 16,7 milhões de pessoas, uma variação de 45% nos últimos 50 anos, com base nos dados do Banco Mundial. A Holanda representa 0,24 por cento do total da população do mundo, ou seja, uma em cada 418 pessoas do planeta reside na Holanda.

A maioria da população dos Países Baixos é de etnia holandesa (ou neerlandesa), no entanto, a paleta é bastante diversificada:

Holandesa	80,9%	Surinamesa	2,0%
Indonésia	2,4%	Marroquina	1,9%
Alemã	2,4%	das Antilhas e de Aruba	0,8%
Turca	2,2%	Outras	7,4%

FIGURA 36 - Composição étnica da população holandesa

O PIB holandês valia 836.257 milhões de dólares em dezembro de 2011, de acordo com um relatório publicado pelo Banco Mundial, e o Produto Interno Bruto per capita cifrava-se em 43.338,84 USD.

De referir, ainda que o Rendimento Disponível das Famílias holandesas aumentou para perto 263.500 milhões de dólares americanos em Janeiro de 2012.

Em termos de Sistema de Saúde, desde Janeiro de 2006 que todos os residentes que pagam impostos sobre o rendimento nos Países Baixos são obrigados a possuir uma cobertura de seguro saúde, com exceção daqueles com objeções de consciência ou que sejam membros ativos das forças armadas. A cobertura é obrigatória no âmbito da Lei de Seguro de Saúde (Zorgverzekeringswet ou ZVW), sendo garantida por seguradoras privadas de saúde e regulamentada pelo direito privado.

A reforma permitiu que os segurados provenientes do antigo regime público pudessem maior escolha da taxa de contribuição e dos serviços contratados. Deste modo, podem variar a franquia da sua cobertura básica (entre um mínimo obrigatório de 155 euros e um máximo de 655 euros), decidindo o montante dos custos de cuidados de saúde que pagam dos seus próprios bolsos antes de iniciar o seu plano de cobertura de saúde. Isto significa que, em troca de um prémio menor, concordam em assumir uma maior parte do risco relacionado com a sua saúde. Essa possibilidade reflete-se num maior cuidado no “consumo” de cuidados de saúde.

Todos os segurados podem mudar de seguradora uma vez por ano (em 2006, 18% dos segurados mudou de seguradora, após o que voltou para o nível pré-reforma de cerca de 4 a 5%). O segurado paga um prémio fixo à sua seguradora de saúde privada, independentemente da idade ou estado de saúde.

As despesas totais com saúde representaram 12% do PIB holandês em 2010, o segundo maior entre os Países da OCDE e bem acima da média (9,5%).

Também se posiciona bem acima da média da OCDE (3.268 USD) em termos de despesas com a saúde per capita (ajustado pela paridade do poder de compra), com 5.056 USD em 2010. As despesas com saúde per capita da Holanda foram, mesmo, o valor mais alto de entre os países da OCDE, só atrás dos Estados Unidos (onde ultrapassou os 8.233 USD per capita em 2010), Noruega e Suíça.

A principal fonte de financiamento da saúde foi, em 2010, o erário público num total de 86%, bem acima da média de 72,2% nos países da OCDE. Já os pagamentos out-of-pocket, incluindo tanto a partilha de custos como as despesas pagas diretamente por particulares, corresponderam a 6% do total das despesas de saúde nacionais. Os pagamentos out-of-pocket e os prémios complementares de seguros de saúde diminuiram ligeiramente a acessibilidade financeira aos cuidados de saúde. Por último 5% das despesas totais em saúde foram subsidiadas por seguros privados e os remanescentes 3% forem assegurados por outra fonte.

No sistema de saúde holandês, o médico de família (GP) possui um papel fundamental no plano de saúde, quer para o tratamento de pacientes com problemas básicos não-cirúrgicos, quer para garantir as consultas para a maioria de questões de saúde. O GP funciona, também, como elemento de ligação com os outros serviços, como a hospitalização, as consultas de especialistas, as parteiras, a fisioterapia, entre outros. Em caso de necessidade, é o GP que encaminha o paciente para um médico especialista e é também o GP que mantém o registo médico atualizado e prescreve a medicação.

% DESPESA EM SAÚDE / PIB

12%

## FINANCIAMENTO

PÚBLICO	OUT OF POCKET
86%	6%
SEGUROS PRIVADOS	OUTROS
5%	3%

Em termos de sistemas de seguros de saúde, a cobertura básica inclui os seguintes cuidados de saúde:

Cuidados de rotina prestados por um clínico geral (no papel de portal-keeper) ou, por indicação deste, por um hospital ou um especialista;

Internamento hospitalar;

Atendimento odontológico para aqueles com idade inferior a 22 e assistência odontológica especializada para os idosos (implantes dentários, etc.);

Dispositivos médicos e equipamentos;

Drogas;

Assistência à maternidade;

Transporte em ambulância ou táxi;

Atendimento psicológico (incluindo tratamentos que duram menos de um ano);

Cuidados de fisioterapia, terapia da fala, etc., sob certas condições

FIGURA 37 - Cobertura básica do sistema de saúde holandês

As seguradoras podem decidir como e por quem este cuidado é fornecido, dando ao segurado a possibilidade de escolha baseada na qualidade e nos custos. Para além do pacote de benefícios padrão, todos os cidadãos são cobertos pela Lei Esquema Médico Estatutário sobre despesas excepcionais (AWBZ), para uma ampla gama de serviços de saúde no caso de doenças crónicas e perturbações mentais, tais como atendimento domiciliário e atendimento em asilos. A maioria das pessoas também pode adquirir um seguro privado de saúde complementar para os serviços não abrangidos pelo pacote de benefícios padrão, como por exemplo o cuidados odontológicos para adultos, apesar de as seguradoras não serem obrigadas a aceitar todos os pedidos de seguro de saúde privado.

O número de médicos por 1.000 habitante era de 2,9 em 2009-2010, destes 43% era de clínica geral e os restantes 57% especialistas, um pouco menos do que o rácio médio da OCDE (3,1); em termos de enfermeiros, em 2008, o rácio era 8,4 por 1.000 habitantes, também um pouco menos do que a média de 8,7 da OCDE.

O número de camas hospitalares para cuidados curativos na Holanda foi de 3 por 1.000 habitantes em 2010, menos do que a média da OCDE de 3,4 camas. Como na maioria dos países da OCDE, o número de camas hospitalares por habitante na Holanda tem caído ao longo do tempo. Esta redução tem coincido com a redução da duração média das estadias em hospitais e um aumento das cirurgias em ambulatório. De referir que 66% das camas disponíveis, em 2010, estavam reservadas para os cuidados curativos.

As listas de espera para um exame médico são reduzidas e praticamente não dependem do rendimento do paciente. Os valores não ultrapassam os 2,5%. Para exames dentários, a taxa correspondente à lista de espera sobe ligeiramente, não ultrapassando os 10% para os rendimentos mais baixos.

Segundo os dados apresentados pela OCDE em 2012, e referentes a 2010, a Holanda importa 0,81% do total da despesa com a saúde relacionada com o turismo de saúde. Entre 2005 e 2012, este valor diminuiu 2,7%.

As exportações de cuidados de saúde não têm grande significado, não constando dos 20 primeiros países nas últimas estatísticas da OCDE.

Existem diversas referências que indicam que os expatriados marroquinos e turcos

MÉDICOS /1000 HABITANTES  
2,9

0,81%  
DESPESA DE SAÚDE RELACIONADA COM TSBE

CRESCIMENTO DAS IMPORTAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE RELACIONADAS COM TSBE  
-2,7%

preferem, muitas vezes, viajar para seu país de origem para tratamento.

O valor gasto pelos pacientes holandeses no exterior ultrapassou os 80 milhões de euros/ano, o que representa apenas uma pequena percentagem do mercado mundial de turismo de saúde.

Os produtos procurados no estrangeiro são a odontologia, a cirurgia plástica e dentária e os tratamentos de fertilidade.

Os destinos mais populares para os turistas médicos holandeses são a:



FIGURA 38 - Destinos mais populares para os turistas médicos holandeses

As percentagens de cada país não são conhecidas.

As razões pelas quais estas pessoas optam por tratamento nestes países prendem-se com a economia de custo, a possibilidade de combinar um tratamento com feriados ou férias, o reduzido tempo de espera, a proximidade dos países e o domínio linguístico (principalmente na parte flamenga da Bélgica).

A Alemanha, a Bélgica e a Turquia, permitem uma redução de custos de 29%, 29% e 34%, respetivamente. Outra pesquisa apontou também a República Checa como destino, com uma economia nos custos de saúde de 10%.

Outros destinos, não europeus, referenciados são a Malásia (economia de custos de 60%), Filipinas (53%), Jordânia (50%) e Brasil (47%).

A Holanda possui uma quota de 5,3% sobre o total de estrangeiros que visitam Portugal, ocupando a 6.º posição.

Segundo dados obtidos junto da Direção Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas residem, na Holanda, 15.740 portugueses o que corresponde a 0,37% do total de imigrantes no país.

O enfoque deverá ser dado tanto no B2C como no relacionamento direto com as seguradoras Holandesas.



## LUXEMBURGO

O Luxemburgo está situado bem no centro da Europa, entre a Alemanha, a França e a Bélgica, sendo um pequeno país com cerca de meio milhão de habitantes, dos quais cerca de 32,5% da população é estrangeira:

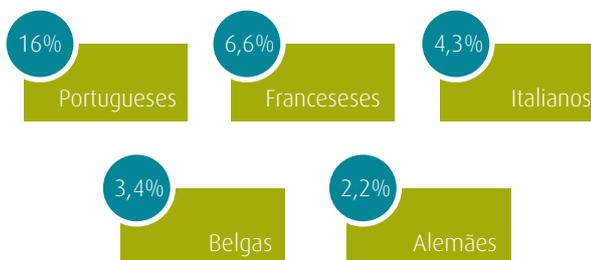


FIGURA 39 - Países de origem dos emigrantes no Luxemburgo

% DESPESA EM SAÚDE / PIB  
7,9%

O peso em relação ao PIB das despesas com saúde foi de 7,9%, em 2010, abaixo da média da OCDE que foi 9,5%, apresentando uma taxa de crescimento médio anual de 3,4%, entre 2000 e 2009, que, também, é menor do que crescimento médio da OCDE que foi de 4,7%. Já em termos de despesa per capita em saúde, o Luxemburgo gasta mais do valor médio da OCDE, num total de 4.786 USD (ajustado

pela paridade de poder de compra) em 2009, um valor que se situa 47% acima do registado em termos médios na OCDE.

Deve-se ainda salientar que, do orçamento global de Saúde, 27% refere-se a cuidados curativos, de reabilitação, cuidados e cirurgias em ambulatório (Health at a Glance, WHO, 2012).

No que respeita ao financiamento do sistema de saúde, em 2010, 84,4% foi financiado por recursos públicos, valor bastante acima da média de 72,2% dos restantes países da OCDE. As restantes parcelas foram divididas por desembolsos particulares (out-of-pocket) com cerca de 12%, 3% corresponderam a seguros privados e os remanescentes 1% de outra índole. O peso do financiamento da componente out-of-pocket manifesta uma ligeira tendência de diminuição (na ordem dos 0,2%) entre 2000 e 2010.

O sistema de saúde no Luxemburgo está organizado com base num sistema de seguro obrigatório, baseado no modelo Bismarck, que oferece uma cobertura quase universal a 97,6% da população (fonte: OECD Health Data relatório de 2012 relativo a 2010). Adicionalmente, 55,2% das pessoas possui um seguro complementar que cobre tratamentos que não estão incluídos no regime obrigatório. Contudo, este seguro complementar tem vindo a apresentar uma tendência negativa em termos de adesão.

Os meios e recursos do país são, relativamente, limitados. Como exemplo, em 2010, o país tinha um rácio de 2,8 médicos por 1.000 habitantes, um valor 10pp inferior à média da OCDE. A sua rede de prestação de cuidados de saúde é muito centrada numa base hospitalar, composta por cinco hospitais gerais e cinco hospitais especializados, tendo resultado de uma série de fusões realizadas durante a última década, com o objetivo de garantir uma cobertura médica hospitalar quase completa, no âmbito do plano nacional de saúde e do serviço de emergência.

Face a esta dificuldade de acesso, os cidadãos têm permissão para recorrer a cuidados de saúde no exterior, que geralmente é mais barata, ainda que para alguns cuidados ainda precisem de uma autorização prévia.

Em termos de avaliação da qualidade do sistema de saúde, o Luxemburgo ocupa um lugar, relativamente, modesto no ranking da Organização Mundial de Saúde, posicionando-se em 16.º lugar. Já em termos de perceção da qualidade dos serviços de saúde prestados e segundo o Eurostat, 74% dos adultos avalia o seu sistema de saúde, em 2008, como “bom” ou “muito bom”.

Neste quadro o Luxemburgo apresentou, no ano de 2010, a maior taxa de importação relacionada com o turismo médico, com 8,6% do peso total da despesa de saúde. Muito se deve à prestação de cuidados transfronteiriços com os países vizinhos. A evolução é, contudo, negativa (-7,7%), o que permite antecipar uma redução da importação de cuidados médicos.

Em contrapartida, o valor das exportações de serviços de saúde relacionados com o turismo médico, do Luxemburgo, cifrou-se em 1,38% do peso total da despesa de saúde, sendo que a taxa de crescimento das exportações entre 2005 e 2010 foi de 24,8%. Esta evolução indica uma procura superior de cidadãos estrangeiros pelos serviços prestados no Luxemburgo (OCDE, 2012).

Os dados recolhidos sobre número do outbound de turismo médico luxemburguês referem que 8 a 10% de adultos tenham viajado, anualmente, para o estrangeiro, o que representa um valor próximo das 20.000 pessoas, tendo-se deslocado, essencialmente, para a Bélgica, a França e a Alemanha, os países limítrofes e cuja população ajuda a compor a massa demográfica luxemburguesa (International Medical Tourism Journal - IMTJ, 2011).

## FINANCIAMENTO

PÚBLICO	OUT OF POCKET
84,4%	12%
SEGUROS PRIVADOS	OUTROS
3%	1%

## MÉDICOS /1000 HABITANTES

2,9

8,6%

DESPESA DE SAÚDE RELACIONADA COM TSBE

CRESCIMENTO DAS IMPORTAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE RELACIONADAS COM TSBE

-7,7%

A IMTJ refere ainda que em termos de cuidados de saúde:



FIGURA 40 - Atitudes dos luxemburgueses sobre tm, deloitte center for health solutions, em 2010

Estas perspetivas, resumidas, definem o comportamento dos luxemburgueses relativamente à procura de cuidados de saúde no estrangeiro como um movimento pendular de proximidade e, provavelmente, para os países de origem dessa população.

Ainda que o número de portugueses signifique uma proporção elevada para a população luxemburguesa, 16%, em número traduz-se num total de 81.274 pessoas. Desconhecem-se os graus de afinidade com Portugal e os comportamentos de compra para os produtos de saúde.

O enfoque deverá ser dado no B2C e no relacionamento direto com os cidadãos portugueses.



## MOÇAMBIQUE

Moçambique está localizado na costa leste do sul do continente africano e abrange uma área total de 799 380 km.

A população está a crescer a uma taxa média anual de 2,6% e é predominantemente rural (70%). Com uma população próxima dos 23 391 000, Moçambique é um país em desenvolvimento que tem vindo a reconstruir a sua economia e as suas instituições cívicas desde o fim de uma guerra civil que durou 16 anos e terminou em 1992.

Apesar das elevadas taxas de crescimento económico nos últimos anos (6-7%), Moçambique continua entre os países mais pobres do mundo, classificando-se na 184ª posição entre 187 países, de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD em 2011 (PNUD, 2012).

Moçambique apresenta um PIB de \$ 9721,8 milhões de euros e um PIB per capita inferior a 500 euros e mais de 50% da população a viver abaixo da linha da pobreza. Destes, cerca de 82% vivem em áreas rurais. Não obstante os progressos assinalados, no geral, as disparidades entre as áreas urbanas e rurais ainda são assinaláveis, sendo que as pessoas em zonas urbanas têm maior acesso a serviços sociais básicos comparativamente com a população das zonas rurais.

A esperança média de vida é de 47 anos para os homens e 51 para as mulheres, e cerca de 38% da população vive em áreas urbanas. Em 2007, 45% da população teria menos do que 15 anos.

A língua oficial é o português, apesar do Inglês ser falado em áreas turísticas. Em algumas áreas rurais apenas as línguas locais são amplamente faladas.

Moçambique é um país em desenvolvimento com recursos naturais muito apetecidos pelas grandes potências mundiais (EUA e China). Para além destes, outros países revêm as suas políticas de investimento direto no estrangeiro, considerando a obtenção de benefícios na participação neste processo de desenvolvimento.

Moçambique recuperou a sua posição de vanguarda no panorama turístico internacional e é agora mais uma vez um dos destinos turísticos mais atraentes e preferenciais na África Austral. Há muitos novos hotéis internacionais e alojamentos de luxo premiados, ao mesmo tempo que os parques nacionais do país e as reservas de caça, alguns sob gestão privada, estão a ser repovoados. O estabelecimento de reservas transfronteiriças de animais selvagens com os países vizinhos tem sido um fator vital nesse ressurgimento.

Muitos bens e serviços que para os ocidentais são de fácil acesso, como os medicamentos, em Moçambique têm uma disponibilidade extremamente limitada e ao nível da saúde pública, a situação moçambicana é crítica.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique compreende o setor público, o setor privado com fins lucrativos, o setor privado com fins não lucrativos e o comunitário. Destes, o setor público, ou seja, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), é o principal prestador de serviços de saúde a nível nacional. Quanto ao setor privado com fins lucrativos, está a desenvolver-se gradualmente, especialmente nas grandes cidades. Contudo, o crescimento destes prestadores está condicionado ao aumento dos rendimentos dos agregados familiares.

Em geral, os cuidados primários continuam a ser a estratégia dominante na intervenção na saúde, tendo como objetivo a redução das altas taxas de mortalidade impostas por doenças transmissíveis.

Em 2010, segundo dados disponibilizados pelo Banco Mundial, 71,7% do total das despesas em saúde, em Moçambique tinham financiamento público. Os desembolsos particulares com despesas de saúde, para o mesmo ano, mas segundo o tradingeconomics.com, representavam 13,65% do total das despesas em saúde.

Para 2012, foram alocados ao Setor da Saúde cerca de 11,3 mil milhões MT (318 milhões de euros), representando 7,2% do Orçamento total para 2012 e 2,6% do PIB nominal estimado. Comparando com 2011, registou-se um crescimento de 21% em termos nominais.

Segundo a mesma fonte, a despesa per capita no Setor da Saúde é 32,6 €, estimada com base na paridade do poder de compra, continuando abaixo dos padrões internacionais desejados (41 €).

A participação de organizações não-governamentais, através da doação de fundos e financiamento direto de atividades de prestação de cuidados de saúde, representa cerca de 70% do orçamento moçambicano para a saúde.

A constituição moçambicana garante a saúde como um dos direitos humanos básicos. Neste contexto várias estratégias estão a ser desenvolvidas para garantir que todos cidadãos, em particular os mais vulneráveis, tenham acesso sem restrições a cuidados de saúde primários. O reforço do acesso geográfico assenta na construção de novas unidades sanitárias e na reabilitação das infraestruturas existentes, bem como através da abolição das taxas de consulta.

Os recursos da saúde disponíveis equivalem a ter uma unidade de saúde por 15.000 habitantes, sendo que apenas 40% da população tem acesso a estas instalações de saúde. A restante população está coberta por agentes comunitários de saúde, parteiras tradicionais e medicina tradicional, tendo muito recentemente o setor tradicional e o seu papel sido reconhecidos enquanto prestadores de serviços de saúde. Existem equipamentos públicos e privados de saúde na cidade de Maputo e na maioria das capitais provinciais. Uma pequena parte da população, que vive nas grandes cidades, está coberta pelo sistema privado de saúde, sendo desconhecidos os números que representam.

As instalações médicas são rudimentares e a maioria dos prestadores de serviços médicos não falam fluentemente Inglês.



MÉDICOS /1000 HABITANTES  
0,035

Todas as instituições e prestadores de cuidados de saúde exigem o pronto pagamento dos serviços, podendo até exigir esse pagamento antes da prestação do serviço. Apenas algumas clínicas particulares aceitam cartões de crédito. Os médicos e hospitais fora de Maputo exigem geralmente o pagamento em dinheiro.

Os recursos humanos adstritos aos cuidados de saúde são reduzidos. Moçambique possui apenas 3,05 médicos e 25 enfermeiros por 100.000 habitantes (DRH-REI, 2010) - uma proporção que está entre as mais baixas de todo o mundo.

A reduzida capacidade do sistema de saúde moçambicano, tanto ao nível dos recursos humanos como de infraestruturas com qualidade, pressupõe ainda um reduzido acesso a cuidados de saúde por parte da população, principalmente nas zonas rurais. Nas zonas urbanas, já se assiste a uma mudança deste paradigma da oferta, sendo visíveis a proliferação de prestadores de saúde privados.

Não existe praticamente nenhuma informação sobre Moçambique, no que respeita ao turismo médico. Os números encontrados dão conta da existência de um fluxo de pacientes entre Moçambique e a África do Sul, país vizinho e com grandes afinidades comerciais.

Alguns dados (relatório IMTJ – International Medical Tourism Journal, 2011) apontam para 8.000 pacientes moçambicanos que procuraram cuidados médicos na África do Sul, em 2003, número que teria subido para 147.000 em 2008. A África do Sul recebe um total estimado de 300-350 mil pacientes estrangeiros. Não será alheia a constituição da Medical Tourism Association da África do Sul (MTASA), formada em 2009. A MTASA é uma associação comercial sem fins lucrativos que representa os interesses coletivos dos principais intervenientes na cadeia de valor o turismo de saúde e bem-estar e turismo médico. Tem por objetivo promover a África do Sul como um destino privilegiado de escolha para o cuidado de bem-estar, saúde e medicina.

Cerca de 80% do total de viagens para a África do Sul, com a finalidade de obter cuidados médicos, são movimentos formais e informais de países vizinhos (especialmente Lesoto, Suazilândia, Moçambique e Zimbábwe). A proporção de turistas médicos dos estados vizinhos, relativamente ao total de entradas relacionadas com o turismo médico, foi de cerca de 6% em 2010. No entanto, há uma variação considerável por país, sendo que Moçambique representava 17% do total.

De acordo com os dados de 2011 divulgados pelo Observatório para a emigração e validados junto da Direção Geral dos Assuntos Consulares e Comunidades Portuguesas, residem em Moçambique 22.090 portugueses, o que à data constituía 0,54% do total de emigrantes portugueses.

O estreitamento de acordos bilaterais entre Portugal e Moçambique, assente na diplomacia económica, poderá permitir definir algumas quotas para o envio de pacientes moçambicanos para Portugal. Estes acordos podem compreender um programa de apoio na área específica da saúde, por parte dos grupos de saúde portugueses em Moçambique, em especial na oferta de serviços de arquitetura, construção e gestão de unidades de saúde, tendo a língua como um património explorável. O governo português pode ainda facilitar a formação de médicos moçambicanos nas universidades portuguesas, aumentando as quotas existentes, e definir um programa de ajuda em equipamentos de saúde que se encontram atualmente em algumas unidades hospitalares que se preveem vir a ser desativadas.

Não obstante, interessará medir a probabilidade de satisfazer as necessidades de cuidados de saúde dos portugueses residentes naquele país, em particular, aqueles que apresentam um risco superior.

Concluindo, Moçambique pode apresentar-se como um país com algum potencial para o setor do turismo médico nacional.

Moçambique pode apresentar-se como um país com algum potencial para o setor do turismo médico nacional. Especial enfoque no B2G.



A População no Reino Unido era de 62,64 milhões em Dezembro de 2011 e de acordo com o Censo de 2001, 91% da população inglesa é caucasiana, 2% indiana e 1,4% paquistanesa. O observatório da emigração dá conta da existência de 105.000 portugueses a residirem e trabalharem no Reino Unido.

A despesa com saúde representou 9,6% do PIB no Reino Unido em 2010, ligeiramente acima dos 9,5% da média da OCDE. No entanto, este valor tem apresentado uma tendência de crescimento sustentado nos últimos anos.

Em termos de financiamento, em 2010, 83% da despesa de saúde foi garantida por recursos públicos, um pouco abaixo dos 84,1% registados em 2009, mas bem acima dos 72,2% da média dos países da OCDE e dos 73% dos países da EU27. As restantes parcelas do financiamento foram distribuídas por desembolsos particulares (out-of-pocket) com cerca de 9%, seguros (3%) e os remanescentes 3% a outra índole. No entanto, no que se refere ao financiamento da despesa em saúde privada, o out-of-pocket britânico corresponde a 62% do total da receita. (OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database).

Em termos de despesas de saúde per capita, o Reino Unido gasta um pouco mais do que a média da OCDE, com um valor de 3.433 USD em 2010 (ajustado pela paridade de poder de compra), em comparação com uma média da OCDE que foi de 3.268 USD, acresce que o facto das despesas de saúde per capita estar a crescer 4,9% ao ano.

O Reino Unido tem sistema de saúde universal financiado pelo governo designado por Serviço Nacional de Saúde (NHS, em inglês) que cobre a totalidade da população (OECD Health Data 2012; WHO Europe (2012). Neste sistema de Saúde estão incluídos os Serviços Nacionais de Saúde (Inglaterra), o NHS Scotland, o NHS Wales e Social Care (Assistência Social) na Irlanda do Norte.

O Serviço Nacional de Saúde (NHS) garante a cobertura para os seguintes serviços: serviços de prevenção; atendimento médico geral (clínico geral de especialidade); serviços hospitalares e ambulatórios; medicamentos, dentária, cuidados de saúde mental, apoio a pessoas com deficiências e reabilitação.

Deve-se, no entanto, salvaguardar que surgem algumas referências que indicam que os serviços de dentária e de cosmética não são cobertos pelo NHS.

Em termos de meios e recursos, os indicadores colocam o Reino Unido aquém dos restantes países da OCDE. Assim, o rácio de camas de cuidados médicos por 1.000 habitantes no Reino Unido era de 2,4 em 2010, 30% abaixo da média da OCDE, num universo de cerca de 6.000 estabelecimentos relacionados com a prestação de cuidados de saúde. Para o mesmo período, o país possuía uma taxa de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, um aumento substancial face ao valor de 2,0 médicos por 1.000 habitantes em 2000, mas ainda abaixo da média da OCDE de 3,1. Como nota adicional, convém referir, segundo dados oficiais do Nursing & Midwifery Council, que só em Inglaterra havia 1778 enfermeiros portugueses em 2012.

Este nível de meios e recursos ajuda a explicar a existência de listas de espera, uma questão que tem estado na ordem do dia, há anos. Uma das consequências deste problema foi a instituição pelo NHS de um limite de tempo de espera para os pacientes, atribuído o direito a cada indivíduo de iniciar o tratamento no prazo máximo de 18 semanas. Deste modo, se não for possível ao paciente ser atendido dentro do tempo máximo de espera definido no Primary Care Trust (PCT), a Auto-

## REINO UNIDO

% DESPESA EM SAÚDE / PIB  
9,6%

### FINANCIAMENTO

PÚBLICO	OUT OF POCKET
83,9%	9%
SEGUROS PRIVADOS	OUTROS
3,5%	3,5%

MÉDICOS /1000 HABITANTES  
2,7

ridade de Saúde Estratégica (SHA), que comissiona o tratamento, deve identificar e disponibilizar as alternativas adequadas em hospitais ou clínicas públicas que sejam capazes de mais rapidamente prestar a consulta ou iniciar o tratamento. O que representa um reconhecimento do direito de mobilidade do paciente, tanto dentro do circuito público de saúde como do privado.

No entanto, deve-se esclarecer que de acordo com a informação disponível praticamente 94% das pessoas iniciam tratamento no prazo de 18 semanas, acima do objetivo de 92% definido NHS. Note-se também que o NHS fez progressos substanciais em algumas especialidades, particularmente na melhoria do acesso aos cuidados eletivos (prótese de anca, cirurgia cardíaca, entre outros), com os tempos médios de espera a diminuírem de 12,7 semanas em 2002 para 4,3 semanas em 2010. A pesar destas melhorias, existem cerca de 2,5 milhões de britânicos em lista de espera para tratamentos e cerca de 630.000 para diagnósticos, ainda que estes últimos se realizem, em média, em 1,8 semanas. (Referral to treatment, 2012).

Estes dados fazem com que o Reino Unido ocupe um lugar, relativamente, modesto no ranking da Organização Mundial de Saúde, posicionando-se no 18.º lugar. Já o nível de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde é, segundo o British Social Attitudes Surveys, de 58% para o ano de 2011.

Os Seguros médicos privados (Private Medical Insurance - PMI) são os principais tipos de Seguro de Saúde Voluntários (VHI) disponíveis no Reino Unido. O PMI permite o acesso ao setor privado de cuidados de saúde, ou em algumas circunstâncias, ao acesso prioritário ao Serviço Nacional de Saúde. Os principais fatores de diferenciação do PMI face ao NHS são: uma escolha mais ampla de especialistas, melhores instalações e menor tempo de espera para o início tratamento e/ou consulta inicial.

Face à realidade apresentada anteriormente, percebe-se um redirecionamento de pacientes em lista de espera do NHS para o setor privado, bem como por parte das seguradoras (PMI), sendo que algumas delas são detentoras de unidades de saúde privadas. Os prestadores de cuidados de saúde privados realizam, anualmente, em Inglaterra:



FIGURA 41 - Percentagem de alguns procedimentos médicos no setor privado do Reino Unido

A sua quota sobre os pacientes do NHS cresceu rapidamente entre 2006 e 2011 após a introdução da possibilidade de escolha pelo paciente. Entre 2010-11, os prestadores privados trataram de 8% dos atendimentos relativos a ortopedia, 4,8% dos atendimentos para problemas gastrintestinais e 2,3% dos atendimentos para problemas oftalmológicos.

O direito a cuidados médicos no estrangeiro é concedido aos pacientes pelo NHS segundo um conjunto de rigorosos critérios, o que indicia a existência de barreiras à sua saída. Da mesma forma, também as seguradoras fazem inscrever cláusulas de exclusão ao tratamento, fora do Reino Unido, nas apólices de seguros. Um estudo da AVIVA UK Health sobre este assunto aponta para que:

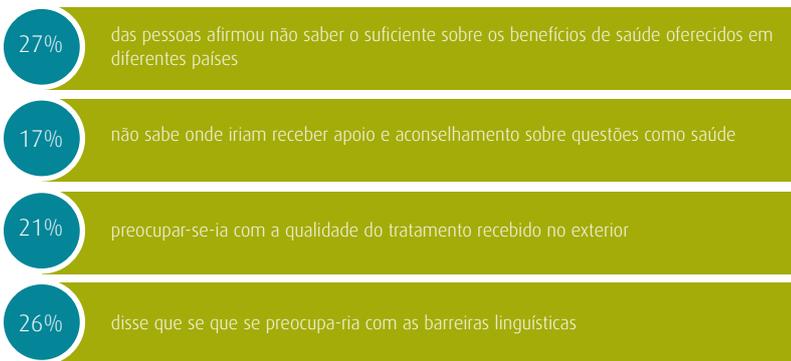


FIGURA 42 - Atitudes dos britânicos sobre o tm, deloitte center for health solutions, em 2010

Apesar destas barreiras o Reino Unido é o 8.º emissor de turistas médicos do mundo, com cerca de 61.000 pacientes (IPS – International Patient Survey). O relatório britânico diz, ainda, que 3% dos pacientes já viajou para fora do Reino Unido para receber tratamentos de saúde nos últimos dois anos; que 24% viajaria para fora do Reino Unido para receber tratamentos de saúde, se o NHS pagar o custo, não se conseguiu determinar qual a percentagem de pacientes para o caso do seguro de saúde privado pagar o tratamento ou para os que viajariam para fora do Reino Unido se tivessem de pagar 100% das despesas do próprio bolso.

Estas estatísticas estão, no entanto, um pouco enviesadas, uma vez que alguns destes doentes fizeram parte de um programa de recuperação de listas de espera introduzido no NHS inglês e receberam tratamento no exterior nos domínios da ortopedia e da cardiologia. Outros, ainda que num número não definido, são expatriados que preferem viajar para o seu país de origem para, aí, receberem tratamento médico, em particular grávidas que têm como objetivo permitir a dupla nacionalidade aos seus filhos.

Convém, de qualquer modo, referir que as motivações são de vários tipos e que modificam conforme a fonte, tendo sido consultados os resultados de outros estudos para além do International Patient Survey, tais como o Treatment Abroad Survey 2012, os da International Medical Travel, Association, da Aviva UK Health, da Deloitte, do YHEC Study, do Wich Survey, do International Medical Tourism Journal e de muitas outras fontes. O Dr. Neil Lunt, da Universidade de York, investigador e especialista na temática do turismo médico, em particular, no que respeita ao Reino Unido, também apresenta muitas dúvidas na fiabilidade dos dados. As conclusões do Dr. Neil Lunt estão devidamente consideradas e alinhadas com as conclusões que resultam das pesquisas realizadas.

De uma forma resumida, e de um modo quase transversal aos vários estudos, o Eurobarometer de 2007 apontava que as razões mais comuns - registadas - na saída dos cidadãos britânicos, para o exterior, com o objetivo de receberem tratamento médico são, por ordem de importância:



FIGURA 43 - Ordem de importância das motivações dos britânicos para a procura de procedimentos no exterior



Contudo, existem outras fontes que apresentam números com diferenças substanciais. Um estudo da International Medical Travel Association apresenta a seguinte distribuição em termos de importância de motivações:

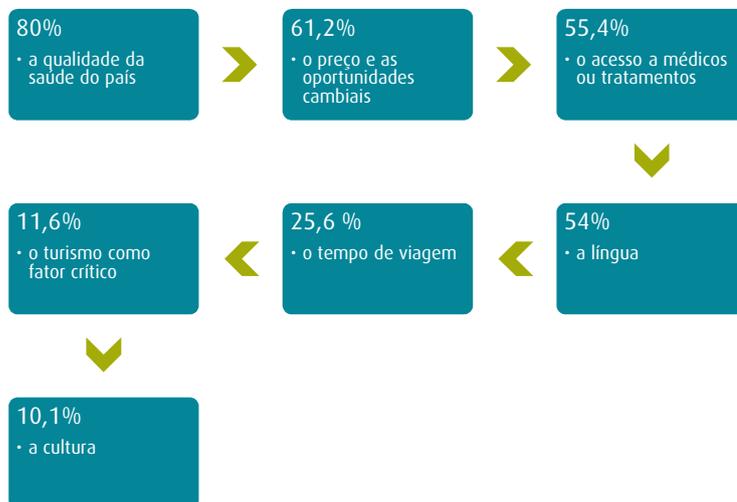


FIGURA 44 - Atitude dos britânicos no tm, international medical travel association

Assim, e independentemente da fonte utilizada, a componente preço é uma das mais importantes, principalmente no que se refere aos pagamentos out-of-pocket. Os dados parecem indicar uma elevada competitividade face ao mercado britânico em ortopedia e oftalmologia, ainda que devam ser considerados os preços com as deslocações, alojamento e acompanhante. Convém salientar que o NHS, mesmo, que formalmente autorize a saída dos pacientes para o estrangeiro, não cobre estes custos (deslocações e estadas). Percebem-se janelas de oportunidades nas áreas da cirurgia cosmética e da dentária.

Em termos de especialidade/destino a distribuição é a seguinte:

PRÁTICAS DE DENTISTAS	Hungria (38% de preferência dos turistas médicos britânicos)
COSMÉTICA	Bélgica (18% das preferências)
CIRURGIA PARA TRATAMENTO DE OBESIDADE	Bélgica (50%) e República Checa (21%)
	Espanha, Chipre e República Checa

FIGURA 45 - Preferências de destinos médicos dos britânicos para vários procedimentos

Quando olhamos apenas em termos de destino, a distribuição foi:

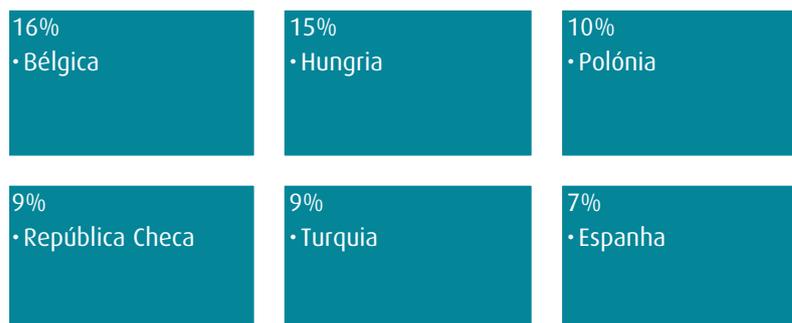


FIGURA 46 - Preferências de destinos médicos dos britânicos

O Reino Unido foi em 2011 o 2.º maior emissor de turistas para Portugal com 1,24 M, ficando a Espanha em primeiro lugar. Apenas 2,5% dos turistas britânicos têm, nas suas visitas a Portugal, como objetivo a saúde na componente de lazer (saúde e bem-estar).

O enfoque deverá ser dado tanto no B2C como no relacionamento direto com os cidadãos portugueses como no B2C. A este nível existem dois eixos exploráveis: o estado (NHS) e as seguradoras.

No que respeita aos expatriados portugueses, deva ser exercido um plano de atração relativamente similar ao dos restantes mercados.

Já a afinidade existente entre os dois países, quer pela história como pela escolha do nosso país para viagens de lazer, que nos coloca na 7.ª posição como destino de viagem, pode servir de mote à atratividade de Portugal enquanto fornecedor de alguns produtos médicos. Produtos das áreas da oftalmologia, ortopedia, cosmética e dentária, que são cobertos pelo NHS com algumas lacunas e, normalmente, pagos através de desembolso privado parecem ser atrativos, dadas as nossas competências. A capacidade de aliar umas férias a tratamentos médicos constituiu, também, uma aparente boa oportunidade. É importante referir que o turista está mais disponível para viajar se os riscos das intervenções forem reduzidos.

Também é verdade que existem nichos de relevo, tais como turistas com insuficiência renal e, por isso, com necessidade de hemodiálise, que podem encontrar no nosso país as condições de segurança e conforto desejáveis. Uma aposta na credibilidade da saúde nacional, tanto em programas de promoção no país de origem como em Portugal, em particular nas zonas mais turísticas, pode ser uma forma de informar e incentivar a escolha sem perder de vista a oferta dos principais concorrentes, há muito estabelecidos no setor.

Ao nível corporativo e institucional (B2G), Portugal poderá ajudar a suprimir pontuais listas de espera do NHS, a acontecer através de acordos bilaterais e tendo como móbil, para além da rapidez, a afinidade e a qualidade. Complementarmente, estes acordos podem-se alargar aos britânicos residentes temporariamente em Portugal, em especial aqueles que integram o denominado turismo residencial.

As mais recentes movimentações de seguradoras a operarem no Reino Unido já permitem a realização de diagnósticos no estrangeiro e consequentes intervenções no país de residência. Pelas razões já apresentadas, às quais se devem juntar uma componente mais racional – custo –, parece existir um campo de desenvolvimento para uma atividade de aproximação, garantindo rentabilidade às seguradoras e elementos de diferenciação, de alguma forma antípoda das cláusulas de exclusão praticadas por algumas daquelas.

## PARTE III

### QUADROS SÍNTESE

Principais conclusões  
Janelas de Oportunidades





PRINCIPAIS CONCLUSÕES

O mercado Europeu de Outbound de turismo médico ainda está na sua infância

- Alemanha e Reino Unido representam 82% de todo o Mercado Europeu

Muitos dos dados publicados como Turismo médico referem-se a urgências Médicas (acidentes em período de férias ou em deslocação), no turismo residencial e cross border.

Mais de 70 % de todos os custos de saúde no exterior referem-se a spa e bem-estar

Turismo de Saúde e Bem-estar  $\neq$  Internacionalização da Saúde

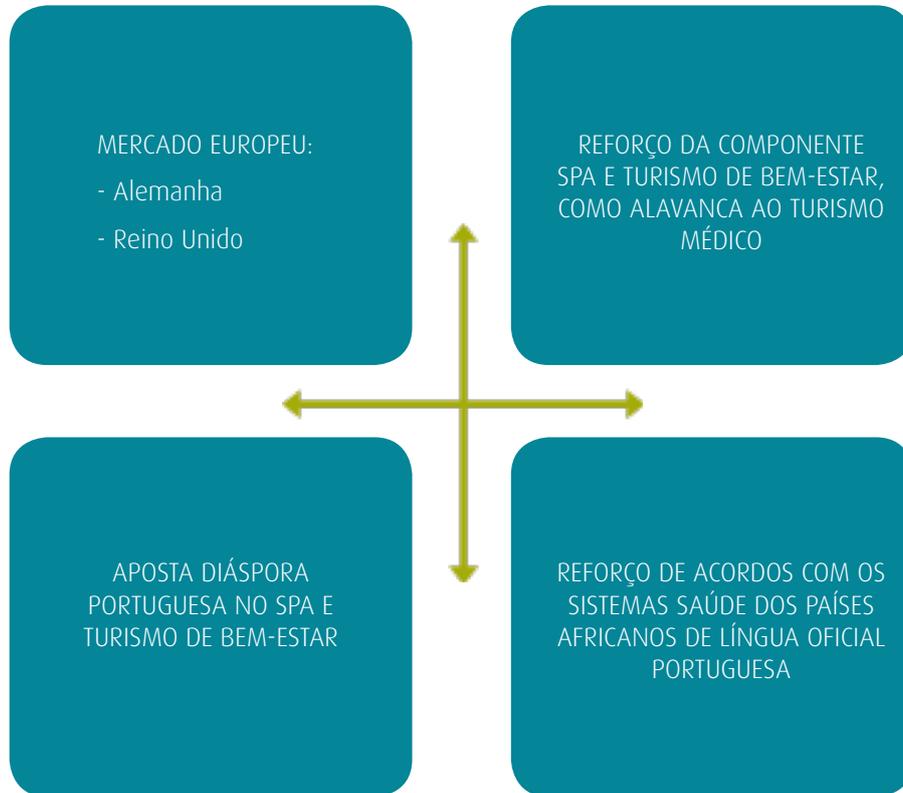
Centrado em 5 especialidades

- Odontologia (Dentária)
- Cirurgia estética
- Oftalmologia
- Fertilização medicamente assistida
- Tratamento de Obesidade

Apenas uma pequena proporção dos Europeus tem consciência dos seus direitos legais e quais os procedimentos necessários para fazer turismo médico

Mercado é maioritariamente regional

Existe uma grande dispersão na procura



	Alemanha	Angola/ Moçambique	Espanha	EUA	França	Holanda	Luxemburgo	Reino Unido
Cirurgia de obesidade				●				●
Cirurgia estética					●●●			●●●
Dependência Química	●●		●●			●●●		●
Odontologia	●●●			●●		●●●		●●●
Oftalmologia						●●		●●
Ortopedia	●●●			●●		●		●●
Reabilitação	●●			●		●		
Tratamentos de Infertilidade				●	●●	●●		●●
Wellness	●●●		●●●		●●●			
Todas as especialidades		●●●						
Não definido							●	

Legenda Nível de oportunidades

- baixa
- moderada
- elevada

## ANEXOS

- Anexo 1
- Anexo 2
- Anexo 3
- Anexo 4





ANEXO 1 – QUADRO RESUMO, INDICADORES  
VÁRIOS PAÍSES

País	População (milhões)	Tipo sistema saúde	Despesas Saúde Per capita	Percent. out-of-pocket	Médicos por 1000 Hab.	Portugueses residentes
Alemanha	82,2	Bismarck	4338 USD	13%	3,7	115.530
Angola	19,62	Beveridge	n.d.	n.d.	0,2	100.000
Espanha	46,8	Beveridge	3076 USD	20%	3,8	138.501
França	65	Bismarck	3974 USD	7%	3,3	1.132.048
Holanda	16,7	Bismarck	5056 USD	6%	2,9	15.740
Luxemburgo	0,5	Bismarck	4786 USD	12%	2,8	80.000
Reino Unido	62,64	Beveridge	3433 USD	9%	2,4	105.000

ANEXO 2 - TOP 3 EUROPEU HUNGRIA

Turistas de saúde	350000 (80% dentária) (números parecem fictícios)	Abril de 2009, Balázs Stumpf-Biró, da European Medical Tourism Alliance
Turistas médicos/ano		Serviço de Estatística Central húngaro (HCSO)
Turistas dentários	72500 Reino Unido: 23500 (32%); Áustria: 16000; Alemanha: 13500; França: 7000; Outros: 12500.	Tourism Review, em 24 de Junho de 2013
Preços		
Faturação turismo médico	227 M € Receita media unitária (227M/350000 = 685 €)	primeiro-ministro húngaro, Viktor Orban, em 2011
Países de origem T. médico	Reino Unido, Alemanha, Áustria	
Produtos	Dentária (46% mercado europeu), Oftalmologia, Cosmética	
Observações	gasto médio de tratamento dentário de € 3.500	

## POLÓNIA

Turistas de saúde	300000	Polish Association of Medical Tourism, 2011
Turistas médicos/ ano		
Turistas dentários	33% do mercado europeu de dentária: equivalente a 52010 TM	
Faturação	193 M € Receita media unitária (193 M€/300000 = 643 €)	<a href="http://www.forbes.com/sites/luizaoleszczuk/2013/10/22/central-europe-becoming-a-big-destination-for-medical-tourism/">http://www.forbes.com/sites/luizaoleszczuk/2013/10/22/central-europe-becoming-a-big-destination-for-medical-tourism/</a>
Países de origem T. médico	Alemanha, Suécia, Noruega, Dinamarca, Holanda, Reino Unido, Irlanda + diáspora (EUA e Canadá)	
Produtos	Dentária, Reabilitação cardíaca, Cosmética	
Observações		

## TURQUIA

Turistas de saúde	200,000	IMTJ, 2010 ( <i>show-off</i> turco aponta para 500.000)
Turistas médicos/ ano	40000	<a href="http://www.turkeyhealthtourism.org/medicaltourismstatistics.htm">http://www.turkeyhealthtourism.org/medicaltourismstatistics.htm</a>
Faturação	2008: 162,480 TM = \$282 M; 2009: 132,680 TM= \$225 M. 2010: 165,000 TM	Turkish Statistics Institute and the Central Bank in 2011
	2008: 74,093 2009: 91,952; 2010: 109,678; 2011, 156,000  Receita media unitária (265 M€/20000 = 825 €)	2011 The Health Tourism Department of the Health Ministry and the Gazi University, Minister of Health Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Países de origem T. médico	Alemanha, Holanda, França, Balcãs, EUA (6000), Reino Unido, Irlanda (2000);	Muitos são Diáspora
Produtos	Cosmética, Dentária (6% mercado europeu) Oftalmologia	
Observações	Preços para estrangeiros superiores em 15% sobre preços domésticos	IMTJ, 2012
Observações	Elevado esforço financeiro governamental	

ano	Despesas	nº turistas	preço médio
<b>2011, Turkish Statistics Institute and the Central Bank</b>			
2008	282.000.000,00 €	162480	1.735,60 €
2009	225.000.000,00 €	132680	1.695,81 €
2010	280.500.000,00 €	165000	1.700,00 € (através de preço médio)
<b>2011 The Health Tourism Department of the Health Ministry and the Gazi University</b>			
2008	125.958.100,00 €	74093	1.700,00 € (através de preço médio)
2009	156.318.400,00 €	91952	1.700,00 € (através de preço médio)
2010	186.452.600,00 €	109678	1.700,00 € (através de preço médio)
2011	265.200.000,00 €	156000	1.700,00 € (através de preço médio)

\*Serviços de saúde vendidos a estrangeiros (inclui expatriados)

2011: Número total de serviços de saúde vendidos a estrangeiros = 154578

Conforme valores apresentados por:

“The Health Tourism Department of the Health Ministry and the Gazi University, 2011 (156,000)”

ANEXO 3 – CARACTERIZAÇÃO DA PROCURA POR ESPECIALIDADE – ALGUNS PRODUTOS

	Valor de mercado TSBE (Euros)	Turistas (número)	Países Emissores	Países Recetores	Despesa média em serviços de saúde
Dentária	525 M – 700 M	150000- (*300000 c/ DE)	Reino unido (22400- 35000) Áustria Alemanha (150000) França Outros	Hungria (72500) (*200000 DE) Polónia (55964) Espanha (5179) Turquia (10357) (+ Alemanha)	3500€ (2º estudos Turquia)  Preços médios: All in 4: 6093 All in 6: 7260
Ortopedia (Artroplastia anca (ATA) e joelho (ATJ))	700 M – 1KM	Entre 70000 a 100000	Alemanha 62000  Reino Unido 2800 – 5600  Holanda	Turquia (6390)	ATA Mercado europeu: 9500  UK: 14438; DE 13077  ATJ Mercado Europeu: 10000  UK: 14384 DE: 15424
Medicina Física e reabilitação (praticamente ortopédica) (base wellness, SPA)	nd	nd	Alemanha Holanda	Hungria, Bulgária, Turquia, Croácia, Polónia, Estónia, República Checa, Espanha	Preço dia médio 100 Média tratamentos: 14 14*100=1400
Obesidade	nd		DE: 10000 UK 6300 Rússia	Bélgica, Islândia, Espanha	UK: banda gástrica: 6000 a 9500 Bypass: 11300 a 18000
Oftalmologia	nd		DE: 14000 UK 2000	Espanha, Turquia (9259), Hungria	Cataratas: 1383 / olho Lasik: 911/olho
Cosmética	nd		DE 20000 UK 29400 Outros 10890 Rússia, França, Áustria	Turquia (1673) República Checa, França, Grécia, Hungria	
Fertilização medicamente assistida	nd		UK 2800 Itália, França, Holanda, Noruega, Áustria, Alemanha	Chipre, Espanha, Grécia, Itália	5000 - 9500

ANEXO 4 - ALGUMAS REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS

Autores / Organização	Ano	Título
A.J Hospital & Research Centre	2008	Medical Tourism - First World Treatment at Third World Prices
Abdullah Sarwar, Noorhazilah Manaf, Azura Omar	2012	Medical Tourist's Perception in Selecting their Destination: A Global Perspective
Abdullahel Hadi	n.d.	Globalization, Medical Tourism and Health Equity
Abdullahel Hadi	2009	Globalization, medical tourism and health equity
Academic Medical Centre, University of Amsterdam	2009	The Dutch Health Care System
Action For Global Health	2011	Addressing The Global Health Workforce Crisis: Challenges For France, Germany, Italy, Spain and The UK
Adalberto Campos Fernandes	2010	Financiamento: Inovação e / ou Sustentabilidade em tempos de crise
Adérito de Castro Vide	2009	Angola's National Health Care Waste Management Plan
Agência Francesa para Investimentos Internacionais	2012	A França Dá As Boas Vindas Ao Talento E Ao Investimento
Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID)	2010	Avaliação do Sistema de Saúde de Angola
Amit Sen Gupta	2008	Medical tourism in India: winners and losers
Ana Eira, Faculdade de Economia da Universidade do Porto	2010	A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados
Anchana NaRanong, Viroj NaRanong	2011	The effects of medical tourism: Thailand's experience
Angeleque Parsiyar	2009	Medical Tourism: The Commodification Of Health Care In Latin America
Ann Foster	2010	Out-of-pocket health care expenditures: a comparison
Anthony Harrison, John Appleby	2005	The War On Waiting For Hospital Treatment: What Has Labour Achieved And What Challenges Remain?
Apifarma	2010	A Indústria Farmacêutica Em Números
Armindo José Queza, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto	2010	Sistema de Saúde em Angola: Uma Proposta à Luz da Reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal
Associação Empresarial de Portugal	2008	Saúde e Bem-Estar
Associação Industrial de Angola	2012	Oportunidades de negócio Portugal – Angola
BAfD/OCDE	2005	Perspectivas Económicas na África
Bain & Company	2012	Healthcare 2020
Bain & Company	2012	Global Health care Private equity rePort 2012
Banco Mundial - Região da África	n.d.	Revisão da Gestão das Despesas Públicas e Responsabilização Financeira
Banco Português de Investimento	2010	Guia BPI Angola
Ben Irvine Updated: Emily Clarke	2011	Healthcare Systems: The USA
Benedict Irvine, Shannon Ferguson, Ben Cackett Updated: Emily Clarke	2011	Healthcare Systems: Canada
Bhavin Shah,	2008	An Insight into Malaysia's Medical Tourism Industry from a New Entrant Perspective
Brigita Cseriova, Aalborg University	2012	An explorative study on trust & distrust towards obtaining medical procedures abroad
Bronovo Hospital	2011	Dutch Health Care System
Carlos Alberto Maseca	2011	O Financiamento do Serviço Nacional de Saúde de Angola
Center for Strategic & International Studies	2010	Key Players In Global Health : How Brazil, Russia, India, China and South Africa are Influencing the Game
Ching-Ying Haung, Sheng-Pen Wang, Chih-Wei Chiang.	2010	Cost Feasibility of A Pre-checking Medical Tourism System for U.S. Patients Undertaking Joint Replacement Surgery in Taiwan
Christine Lee	2006	Medical tourism, an innovative opportunity for entrepreneurs
Claire Daley, James Gubb Updated: Emily Clarke	2011	Healthcare Systems: The Netherlands
Claire Daley, James Gubb Updated: Emily Clarke	2011	Healthcare Systems: Switzerland
Commission Of The European Communities	2003	Report On The Application Of Internal Market Rules In The Field Of Health-Care Services Implementation By The Member States Of The Court's Jurisprudence

Commission Of The European Communities	2005	Healthier, safer, more confident citizens: a Health and Consumer protection Strategy
Comunidades Portuguesas Suñol	2012	Trabalhar no Estrangeiro: Luxemburgo patients', professionals' and healthcare financiers' views
Hanning, Åhs, Winblad, Lundström	n.d.	Care without limits. A study of the patients' choice reform in Sweden.
Hans Maarse, University of Maastricht	2009	Private Health Insurance in the Netherlands
Harriet Hutson Gray, Susan Cartier Poland	2008	Medical Tourism: Crossing Borders to Access Health Care
Health Consumer Powerhouse	2012	Euro Health Consumer Index 2012
Health Consumer Powerhouse	2013	Euro Health Consumer Index 2013
Health Statistics Quarterly	2004	Trends in waiting time to date and total time waited: are the sources compatible?
Health Tourism	n.d.	Medical Tourism Statistics and Facts. An Essential Fact Sheet and Guide on Medical Tourism Statistics
Hugo Freitas, Faculdade de Economia da Universidade do Porto	2010	Turismo Médico: A Globalização da Saúde
Ian Youngman	2012	Medical Tourism Facts and Figures 2012
Industrial Modernization Centre	2008	Medical Tourism Development Strategy
Institute for Medical Technology Assessment	2006	Costs and prices of healthcare services in the Netherlands: a micro costing approach based on case-vignettes
Institute for the Study of Civil Society	2010	The impact of the NHS market : An overview of the literature
Instituto de Planeamento e Desenvolvimento do Turismo	2012	Perfil dos Turistas do Porto e Norte de Portugal 1º Trimestre de 2012
International Federation of Health Plans	2009	Comparative Price Report: Medical and Hospital Fees by Country
International Medical Travel Association	2009	Medical Tourism Report: United Kingdom
International Medical Travel Journal	2012	Medical Tourism Facts and Figures 2012
Irene A. Glinos, Nicole Boffin, Rita Baeten	2005	Contracting Cross-Border Care In Belgian Hospitals: An Analysis Of Belgian, Dutch And English Stakeholder Perspectives
Jade Harvey Maria Isiemina	n.d.	Medical Tourism: Profit From The Global Ward
James Unti	2009	Medical And Surgical Tourism: The New World Of Health Care Globalization And What It Means For The Practicing Surgeon
Jan Boone, Rudy Douven, Carline Droge, Ilaria Mosca	2010	Health insurance competition: the effect of group contracts
Jeff Pope	2008	The Globalisation of Medicine: The Emerging Market of Medical Tourists – Estimates, Challenges and Prospects
Joint Commission International	2010	International Essentials Of Health Care Quality And Patient Safety
Jonathan Crush	n.d.	South Africa a top destination for medical tourists
Jonathan Crush, Abel Chikanda, Belinda Maswikwa	2012	Patients Without Borders: Medical Tourism And Medical Migration In Southern Africa
José Pereira Miguel, Margarida Bugalho	2002	Economia da saúde: novos modelos
Joseph Marlowe, Paul Sullivan	2007	Medical Tourism: The Ultimate Outsourcing
Judith Healy, John Maxwell, Phua Kai Hong, Vivian Lin	2007	Responding to Requests for Information on Health Systems from Policy Makers in Asian Countries
Kaiser Family Foundation	2009	Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland
Keith Pollard	2010	Medical tourism: Key facts
Keith Pollard - Treatment Abroad	2012	Medical tourism: Key facts
Keith Pollard, International Medical Travel Journal	2011	The Slumbering Giant of Medical Travel
Keith Pollard, International Medical Travel Journal	2011	The Slumbering Giant of Medical Travel
Kirill Furmanov, Olga Balaeva, Marina Predvoditeleva	2012	Tourism flows from the Russian Federation to the European Union
KPMG Angola	2012	Análise ao Sector Segurador e de Fundos de Pensões em Angola
KPMG International	2011	Sharing knowledge on topical issues in the Healthcare Sector
Laura Carabello	2008	A Medical Tourism Primer for U.S. Physicians
Leigh Turner	2010	"Medical Tourism" And The Global Marketplace In Health Services: U.S. Patients, International Hospitals, And The Search For Affordable Health Care
Leigh Turner	2011	Canadian medical tourism companies that have exited the marketplace: Content analysis of

Transition		
European Commission	2009	Special issue on healthcare - Healthy ageing and the future of public healthcare systems
European Commission	2008	Legally eHealth - Putting eHealth in its European Legal Context
European Hospital and Healthcare Federation	2011	Hospitals In Europe - Healthcare Data
European Observatory on Health Care Systems	1999	Health Care Systems in Transition
European Observatory on Health Systems and Policies	2005	Policy Brief, Cross-Border Health Care in Europe
European Observatory on Health Systems and Policies	2002	Health Systems in Transition, Sweden
European Observatory on Health Systems and Policies	2007	Denmark, Health system review
European Observatory on Health Systems and Policies	2010	Spain, Health system review
European Observatory on Health Systems and Policies	2010	France, Health system review
European Observatory on Health Systems and Policies	2011	United Kingdom (England), Health system review
European Observatory on Health Systems and Policies	2011	Russian Federation, Health system review
European Observatory on Health Systems and Policies	2004	Patient Mobility in the European Union. Learning from experience
European Observatory on Health Systems and Policies	2006	The Health Care Workforce in Europe: Learning from experience
European Observatory on Health Systems and Policies	2011	Cross-border health care in the European Union
European Observatory on Health Systems and Policies	2006	Private Medical Insurance in the United Kingdom
European Observatory on Health Systems and Policies	2012	Intersectoral Governance for Health in All Policies
European Observatory on Health Systems and Policies	2012	United Kingdom (Northern Ireland): Health system review
European Observatory on Health Systems and Policies Series	2004	Health policy and European Union enlargement
European Observatory on Health Systems and Policies Series	2006	Patient Mobility in the European Union Learning from experience
European Parliament	1995	Health Care Systems In The EU, A Comparative Study
Eurostat	2007	Inbound and outbound tourism in Europe
Federal Ministry of Labour and Social Affairs	2010	The Federal Republic of Germany is a Democratic and Social Federal State
Federal Statistical Office	2012	Annual Report 2011
Fred Hansen	2008	A revolution in healthcare, Medicine meets the marketplace
Frederick Ahwireng-Obeng Charl van Loggerenberg	n.d.	A Discovery Process Analysis of Perceived Entrepreneurial Opportunity in Intra-African Medical Tourism
Frederick Ahwireng-Obeng Charl van Loggerenberg	2011	Africa's middle class women bring entrepreneurial opportunities in breast care medical tourism to South Africa
Fundação Francisco Manuel dos Santos	2011	Custos e Preços na Saúde
Fundação Vox Populi	2010	Estudo das Comunidades Portuguesas no Estrangeiro
Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. Ministério da Saúde. República de Angola	2010	Relatório de Avaliação Nacional do Sistema de Informação Sanitária (SIS)
GANEC – Gabinete de Análise Económica Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa	2002	Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português
Glenn Cohen	2011	Medical Tourism, Access to Health Care, and Global Justice
Global Advisor	2011	Global Attitudes Toward Medical Tourism
Global Health Europe	2010	The impact of global processes on health systems in Europe
Global Spa Summit	2011	Wellness Tourism and Medical Tourism: Where Do Spas Fit?
Globalization and Health	2012	"I didn't even know what I was looking for...": A qualitative study of the decision-making processes of Canadian medical tourists
Grail Research	2009	The Rise of Medical Tourism

Groene, Poletti, Vallejo, Cucic, Klazinga, Suñol	2008	Quality requirements for cross-border care in Europe: a qualitative study of patients', professionals' and healthcare financiers' views
Hanning, Åhs, Winblad, Lundström	n.d.	Care without limits. A study of the patients' choice reform in Sweden.
Hans Maarse, University of Maastricht	2009	Private Health Insurance in the Netherlands
Harriet Hutson Gray, Susan Cartier Poland	2008	Medical Tourism: Crossing Borders to Access Health Care
Health Consumer Powerhouse	2012	Euro Health Consumer Index 2012
Health Consumer Powerhouse	2013	Euro Health Consumer Index 2013
Health Statistics Quarterly	2004	Trends in waiting time to date and total time waited: are the sources compatible?
Health Tourism	n.d.	Medical Tourism Statistics and Facts. An Essential Fact Sheet and Guide on Medical Tourism Statistics
Hugo Freitas, Faculdade de Economia da Universidade do Porto	2010	Turismo Médico: A Globalização da Saúde
Ian Youngman	2012	Medical Tourism Facts and Figures 2012
Industrial Modernization Centre	2008	Medical Tourism Development Strategy
Institute for Medical Technology Assessment	2006	Costs and prices of healthcare services in the Netherlands: a micro costing approach based on case-vignettes
Institute for the Study of Civil Society	2010	The impact of the NHS market : An overview of the literature
Instituto de Planeamento e Desenvolvimento do Turismo	2012	Perfil dos Turistas do Porto e Norte de Portugal 1º Trimestre de 2012
International Federation of Health Plans	2009	Comparative Price Report: Medical and Hospital Fees by Country
International Medical Travel Association	2009	Medical Tourism Report: United Kingdom
International Medical Travel Journal	2012	Medical Tourism Facts and Figures 2012
Irene A. Glinos, Nicole Boffin, Rita Baeten	2005	Contracting Cross-Border Care In Belgian Hospitals: An Analysis Of Belgian, Dutch And English Stakeholder Perspectives
Jade Harvey Maria Isiemina	n.d.	Medical Tourism: Profit From The Global Ward
James Unti	2009	Medical And Surgical Tourism: The New World Of Health Care Globalization And What It Means For The Practicing Surgeon
Jan Boone, Rudy Douven, Carline Droge, Ilaria Mosca	2010	Health insurance competition: the effect of group contracts
Jeff Pope	2008	The Globalisation of Medicine: The Emerging Market of Medical Tourists – Estimates, Challenges and Prospects
Joint Commission International	2010	International Essentials Of Health Care Quality And Patient Safety
Jonathan Crush	n.d.	South Africa a top destination for medical tourists
Jonathan Crush, Abel Chikanda, Belinda Maswikwa	2012	Patients Without Borders: Medical Tourism And Medical Migration In Southern Africa
José Pereira Miguel, Margarida Bugalho	2002	Economia da saúde: novos modelos
Joseph Marlowe, Paul Sullivan	2007	Medical Tourism: The Ultimate Outsourcing
Judith Healy, John Maxwell, Phua Kai Hong, Vivian Lin	2007	Responding to Requests for Information on Health Systems from Policy Makers in Asian Countries
Kaiser Family Foundation	2009	Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland
Keith Pollard	2010	Medical tourism: Key facts
Keith Pollard - Treatment Abroad	2012	Medical tourism: Key facts
Keith Pollard, International Medical Travel Journal	2011	The Slumbering Giant of Medical Travel
Keith Pollard, International Medical Travel Journal	2011	The Slumbering Giant of Medical Travel
Kirill Furmanov, Olga Balaeva, Marina Predvoditeleva	2012	Tourism flows from the Russian Federation to the European Union
KPMG Angola	2012	Análise ao Sector Segurador e de Fundos de Pensões em Angola
KPMG International	2011	Sharing knowledge on topical issues in the Healthcare Sector
Laura Carabello	2008	A Medical Tourism Primer for U.S. Physicians
Leigh Turner	2010	"Medical Tourism" And The Global Marketplace In Health Services: U.S. Patients, International Hospitals, And The Search For Affordable Health Care
Leigh Turner	2011	Canadian medical tourism companies that have exited the marketplace: Content analysis of

		websites used to market transnational medical travel
Leigh Turner	2007	Medical tourism, Family medicine and international health-related travel
Lígia Giovanella	n.d.	Entre o Mérito e a Necessidade: Análise Dos Princípios Constitutivos Do Seguro Social De Doença Alemão
Lior Herman	2009	Assessing International Trade in Healthcare Services
Luigi Siciliani, Jeremy Hurst	2004	Explaining Waiting-Time Variations For Elective Surgery Across Oecd Countries
Management Center Innsbruck	2012	EU Patient Mobility - EU directive vs. ECJ case-law
Macia Soler, M. L.,/ Moncho Vasallo, J.	2007	SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL. CARACTERÍSTICAS Y ANÁLISIS
Marc Piazolo, Nurşen Albayrak Zanca	2011	Medical Tourism - A Case Study for the USA and India, Germany and Hungary
Marc Pomp	2012	No risk, no gain
Maria Gordian, Paul Mango	2004	A Consumer View of Boutique Health Care
Maria Manuel Quintela	2004	Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de S. Pedro do Sul) e no Brasil (Caldas da Imperatriz)
Maria Portela, Universidade Nova de Lisboa	2009	Regimes De Participação Do Estado No Preço Dos Medicamentos – Avaliação Do Impacto Do Sistema De Preços De Referência Em Portugal
Matthias Wismar, Willy Palm, Josep Figueras, Kelly Ernst, Ewout van Ginneken	2006	Cross-border health care in the European Union - Mapping and analysing practices and policies
McKinsey & Company	2008	Germany 20 20. Future Perspectives for the German Economy
McKinsey & Company	2005	Mapping the market for medical travel
McKinsey & Company	2007	A Better Hospital Experience
Medical Tourism Association	2011	Medical Tourism: Global Context & The Economic Justification for Lithuania
Medical Tourism Magazine	2010	The International Healthcare Crisis Opportunities in Medical Tourism
Mehmet Altin, Manisha Singal, Derya Kara	2010	Consumer Decision Components for Medical Tourism: A Stakeholder Approach
Melanie Smith	2012	The Relationship between Medical and Wellness Tourism
Melisa Martínez Álvarez, Rupa Chanda, Richard D Smith	2011	The potential for bi-lateral agreements in medical tourism: A qualitative study of stakeholder perspectives from the UK and India
Michael Frank, Donald Rusconi	2012	Health Care Industry in Germany
Michael Horowitz Jeffrey Rosensweig Christopher Jones	2007	Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace
Michael van den Berg, Richard Heijink, Laurens Zwakhals, Harry Verkleij, Gert Westert	2010	Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs
Miguel dos Santos de Oliveira	2010	Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	2008	Compulsory health insurance if you work in the Netherlands
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	2009	Dutch Health Care
Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde	n.d.	Manual do Delegado de Saúde
Ministério da Saúde, República de Moçambique	2009	Plano Estratégico Do Sistema De Informação Para A Saúde, 2009-2014
Ministério das Relações Exteriores - MRE Departamento de Promoção Comercial e Investimentos - DPR Divisão de Inteligência Comercial - DIC	2012	Dados básicos e principais indicadores Económico-comerciais, Angola
Ministério do Turismo - Brasil	2010	Turismo De Saúde: Orientações Básicas
National Institute for Public Health and the Environment	2010	Dutch Health Care Performance Report 2010
National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, The Netherlands	2008	Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI)
Neil Lunt	2001	Implications for the NHS of inward and outward

		Medical Tourism
Neil Lunt, Laura Machin, Stephen Green, Russell Mannion	2011	Are there implications for quality of care for patients who participate in international medical tourism?
Neil Lunt, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen Green, Daniel Horsfall, Russell Mannion	2011	Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review
NHS Referral to Treatment (RTT)	2011	Waiting Times Statistics for England
Nicola Foster	2012	Private sector involvement in health services in East and Southern Africa: country profiles
Norbert Klusen/ Frank Verheyen/ Caroline Wagner	2011	England and Germany in Europe – What Lessons Can We Learn from Each Other?
Nordic Council of Ministers	2010	Consumer Medicine
OCDE	2011, 2012, 2013	Health at a Glance
OECD	2011	Burden of out-of-pocket health expenditure
OECD	2011	Health Data 2011
OECD	2011	Trade in health services (medical tourism)
OECD	2010	A System Of Health Accounts
OECD	2010	Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review
OECD	2011	Improving Estimates Of Exports And Imports Of Health Services And Goods Under The Sha Framework
OECD	2011	Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries
OECD	2012	How Does the United Kingdom Compare
OECD	2011	Unmet health care needs
OECD	2011	Trade in health services (medical tourism)
OECD	2011	A System of Health Accounts
OECD	2012	Unmet health care needs
OECD	2012	Medical doctors
OECD	2012	Hospital beds
OECD	2012	Trade in health services
OECD	2012	Medical graduates - Per 100 000 population
OECD	2012	Psychiatric care beds - Per 1 000 population
OECD Health Data	2012	How Does France Compare
OECD Health Data	2012	How Does Luxembourg Compare
OECD Publishing	2011	Health at a Glance 2011
OECD Publishing	2012	Trade in health services
Office for National Statistics	2012	Expenditure on Healthcare in the UK, 1997 - 2010
Office for National Statistics	2012	GDP and the Labour Market - 2012 Q3 -November Labour Market Update
Office for National Statistics	2012	Nowcasting Healthcare Output
Pedro Barros, Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa	2008	Os Modelos de financiamento da Saúde e as Formas de Pagamento aos Hospitais: Em Busca da Eficiência e da Sustentabilidade
PremiValor Consulting	2011	Estudo Comparativo Dos Preços Dos Medicamentos Genéricos
Reinhard Busse Annette Riesberg	2004	Health Care Systems in Transition
Reinhard Busse	n.d.	Descriptions Of Health Care Systems: Germany And The Netherlands
Richard Krasner	2012	Legal Barriers to Implementing International Providers into Medical Provider Networks for Workers' Compensation
Richard van Kleef	2012	Managed competition in the Dutch Health Care System: Preconditions and experiences so far
Robert Rich, Kelly Merrick - University of Illinois	2006	Cross Border Health Care In The European Union: Challenges And Opportunities
Rochester Institute of Technology	2008	Medical Tourism: perspectives and applications for destination development
Roger Consbruck, Ministry of Health	2010	A Brief History of Hospitals in the Grand Duchy of Luxembourg
Roos van der Velde	2006	ECJ Judgements concerning cross border Health Care, 1998-2006
Rory Johnston, Valorie Crooks, Jeremy Snyder	2012	"I didn't even know what I was looking for": A qualitative study of the decision-making processes of Canadian medical

		tourists
Rory Johnston, Valorie Crooks, Jeremy Snyder, Paul Kingsbury	2010	What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review
Rudy Douven, Rein Halbersma, Katalin Katona, Victoria Shestalova	2011	Vertical integration and exclusive vertical restraints between insurers and hospitals
Rudy Douven, Remco Mocking, Ilaria Mosca	2012	The Effect of Physician Fees and Density Differences on Regional Variation in Hospital Treatment
Santosh Kumar	2009	Designing Promotional Strategies For Medical Tourism In India: A Case Study Of An Ophthalmic Hospital In NCR
Sara Caballero-Danell, Chipo Mugomba – School of Business, Economics and Law, Göteborg University	2007	Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities - A conceptual framework for entry into the industry
Stefan Gress Maral Manouguian Jürgen Wasem	2007	Health Insurance Reform In The Netherlands
Stefanie Mache David Groneberg	2009	Medical work Assessment in German hospitals: a Real-time Observation study (MAGRO) – the study protocol
The Commonwealth Fund	2011	International Profiles of Health Care Systems
The Economist Intelligence Unit	2011	Travelling for health: The potential for medical tourism. A summary of the full report
The Gallup Organization	2007	Cross-border health services in the EU, Analytical report
The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies	2011	Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries
THR, International Tourism Consultants	2006	10 produtos estratégicos para o desenvolvimento do turismo em Portugal
THR, International Tourism Consultants	2012	Estudo para Desenvolvimento de Produtos Turísticos em Portugal
TNS Opinion & Social	2010	Patient safety and quality of healthcare
Toni Breuer	2005	Retirement Migration or rather Second-Home Tourism? German Senior Citizens on the Canary Islands
Torsten Hecke Melanie Erzberger	2005	Continuous Case Management of a German Statutory Health Insurance
Travel and Tourism Research Association Europe	2010	Health, Wellness and Tourism: healthy tourists, healthy business
Treatment Abroad	2007	Guide to Medical tourism
Treatment Abroad	2011	International Patient Streams : Past , present, and future
Trend Watching	2012	10 Tendências De Consumo Cruciais Para 2013
Turismo de Portugal	2011	Turismo Residencial, Produto Turístico Estratégico para Portugal
Turismo de Portugal	2009	Dossier de Mercado: Países Baixos
Turismo de Portugal	2011	Dossier de Mercado: Brasil
Turismo de Portugal	2011	Dossier de Mercado: Reino Unido
Turismo de Portugal	2012	Dossier de Mercado: Espanha
Turismo de Portugal	2012	Mercado em Ficha: Canada
Turismo de Portugal	2012	Mercado em Ficha: Dinamarca
Turismo de Portugal	2012	Mercado em Ficha: Irlanda
Turismo de Portugal	2012	Mercado em Ficha: Polónia
Turismo de Portugal	2012	Mercado em Ficha: Suécia
Turismo de Portugal	2006	10 produtos estratégicos para o desenvolvimento do turismo em Portugal
U.S. Department of Commerce International Trade Administration	2012	Healthcare Technologies Resource Guide A Reference for U.S. Exporters to World Markets
UK Trade & Investment	2010	Healthcare Opportunities in Germany
United Nations	2010	Medical tourism: a survey
United States Agency for International Development	2009	Market Demand Assessment And Marketing Strategy For Medical Tourism
Universidade de Évora	2010	Plano Nacional De Saúde 2011-2016. Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro
University of Applied Sciences, Gelsenkirchen	n.d.	Internationalisation and Health Care Export
University of Manchester	2010	Globalisation of Healthcare: Case studies of Medical Tourism in Multi-Specialty Hospitals in India
University of Miami	2011	Medical Tourism: Global Challenges and

		Opportunities
Valentin Petkantchin	2010	Health care reform in the Netherlands
Valorie A Crooks Paul Kingsbury Jeremy Snyder Rory Johnston	2010	What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review
Vassilis Hatzopoulos	2009	Public procurement and state aid in national health care systems
Verlag Bertelsmann Stiftung	2009	Health Policy Developments: Focus on value for Money, Funding and Governance, Access and Equity
Wellness Tourism Worldwide	2011	4WR: Wellness for Whom, Where and What?
Wolf Sauter	2009	An analysis of the general consumer interest as a source of regulatory legitimacy in the case of the Dutch Healthcare Authority
World Health Organization	2006	Estratégia das OMS de cooperação com os países: Angola. 2002-2005
World Health Organization	2005	Health Action in Crises: Angola
World Health Organization	2012	World Health Statistics 2012
World Health Organization	2007	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals
World Health Organization	2003	Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde
World Health Organization	2004	Highlights on health in Germany
World Health Organization	2004	Highlights on health in Denmark
World Health Organization	2004	Highlights on health in France
World Health Organization	2004	Highlights on health in the United Kingdom
World Health Organization	2005	Highlights on health in the Russian Federation
World Health Organization	2006	Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde
World Health Organization	2007	The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing
World Health Organization	2012	Luxembourg: Health Profile
World Health Organization	2008	Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca
World Health Organization	2012	Health systems performance assessment: A Tool For Health Governance In The 21st Century
World Health Organization	2010	Health Of Migrants – The Way Forward
World Health Organization	2012	WHO Global Health Expenditure Atlas
World Health Organization	2012	Who Country <u>Assessment</u> Tool On The Uses And Sources For Human Resources For Health (Hrh) Data



*Turismo de Saúde e Cuidados Médicos*

PROMOTOR



PARCEIRO



EXECUTADO POR



COFINANCIAMENTO

