

Boletim Científico IESS

Edição: 6º bi/2015

Boletim informativo, de periodicidade bimestral, que agrupa resumos de publicações científicas de interesse para a saúde suplementar, selecionados entre as principais revistas científicas publicadas no Brasil e no mundo nas áreas de saúde, tecnologia, economia e gestão.

BOLETIM



A GENEROSIDADE DO PLANO DE SAÚDE AUMENTA O PODER DE MERCADO DO HOSPITAL?

Título original: Does health plan generosity enhance hospital market power?

Autores: Baker, C., Bundorf, M. & Kessler, D.

Contextualização: De acordo com os autores do artigo, mesmo um mercado de seguros, seja de saúde ou outro qualquer, perfeitamente competitivo a demanda por serviços segurados torna-se mais inelásticos por causa da proteção fornecida aos consumidores contra o risco financeiro. Com a demanda mais inelástica, por sua vez, que os fornecedores desses serviços que são segurados que aumentem seus preços. Os autores ressaltam que nos Estados Unidos, país para o qual eles realizam as análises, há alguns fatores que, tomados em conjunto, têm dado a alguns prestadores, especialmente a grandes sistemas hospitalares, crescente poder obter aumentos de pagamento. Dentre eles destacam-se: complexidade dos serviços de saúde, produtos diferenciados cuja precificação não é transparente, relutância da justiça em coibir comportamentos anticompetitivos de instituições sem fins lucrativos e a implementação do Affordable Care Act, que deu a hospitais e o potencial para aumentar ainda mais seu poder de negociação com compradores privados.

Objetivo: Verificar se planos de saúde com cobertura generosa fornecidos por empregadores estimulam o exercício do poder de mercado por fornecedores de serviços de saúde, como hospitais. São analisados dados de um seguro de saúde fornecido por empregadores em 601 condados dos Estados Unidos entre 2001 e 2007. Esse seguro possui junto aos prestadores de serviços hospitalares o modelo de pagamento *fee-for-service*.

Conclusão: Os autores observaram que os condados com crescente nível de sindicalização tinham taxa crescente de pessoas com seguro saúde mais generoso. Os condados com planos mais generosos e com mercado hospitalar considerado não competitivo apresentaram preços 8,6% maiores do que condados com baixa generosidade e mercados competitivos para hospitais.

Fonte: Journal of Health Economics, V. 44, p. 54-62, 2015.

O EFEITO DAS HEALTH SAVING ACCOUNTS SOBRE A COBERTURA DE SEGURO DE SAÚDE DE GRUPO

Título original: The effect of Health Savings Accounts on group health insurance coverage

Autores: Ye, J.

Contextualização: Com aproximadamente 15% da população não idosa dos Estados Unidos sem cobertura de saúde, o governo estabeleceu em 2003 por lei federal as Health Saving account (HSA). As HSAs são contas de poupança que no futuro serão usadas para as despesas de saúde, com o benefício de serem isentas de impostos. Elas geralmente são associadas a um seguro saúde de franquia alta. Os objetivos do governo na criação das HSAs foram ajudar as pessoas a poupar para as futuras despesas de saúde, ser mais sensíveis aos custos dos cuidados médicos, bem como expandir a cobertura de seguro de saúde. Ye (2015) afirma que a vantagem fiscal das HSAs expande o mercado de seguros de saúde empresarial, tornando os cuidados de saúde mais acessíveis, principalmente nas pequenas empresas.

Objetivo: Nesse artigo o autor avalia empiricamente se os subsídios fiscais para as Health Savings Accounts (HSA) aumenta a cobertura de seguro de saúde de grupo.

Conclusão: Os resultados obtidos pelos autores indicam que os incentivos para as Health Savings Accounts aumentam a cobertura de trabalhadores com idade entre 55 e 64 anos em 2,6 pontos percentuais. Entre 2004 a 2012, os resultados indicam que os incentivos fiscais para as HSA's aumentaram a cobertura em empresas de pequeno porte em 2,5 pontos percentuais. Os autores destacam que se o valor do imposto de renda sobre a HSA diminui em 10 centavos, a cobertura das pequenas empresas aumenta em quase 2 pontos percentuais. Com relação à demografia dos trabalhadores que estão cobertos, o artigo conclui que os incentivos às HSA's estão associados a um aumento da

cobertura de trabalhadores mais velhos ou trabalhadores menos instruídos.

Fonte: Journal of Health Economics, v. 44, p. 238–254, 2015.

OS INCENTIVOS FINANCEIROS AFETAM OS PROTOCOLOS CLÍNICOS? PRÓTESE DE QUADRIL NA INGLATERRA E NA ESCÓCIA

Título original: Do financial incentives trump clinical guidance? Hip Replacement in England and Scotland

Autores: Papanicolas, I. & McGuire, A.

Contextualização: Os autores destacam que a colocação de prótese de quadril é um procedimento muito comum no Reino Unido e possui diversos tratamentos alternativos, além disso verifica-se que nesse tipo de procedimento as preferências do paciente e os incentivos financeiros têm desempenhado papel relevante na escolha do tratamento. Dois tipos de próteses estão disponíveis para esse tratamento (cimentada e não cimentada) e os autores relatam que houve uma mudança nas preferências de escolha de prótese que coincidiu com a introdução de um novo modelo de pagamento: PbR (*Payment by Results*), que é um sistema de pagamento no qual o governo paga os profissionais e provedores de saúde por cada paciente atendido ou tratado, levando em conta a complexidade das necessidades de saúde do paciente. Para definir a complexidade é usada uma classificação chamada HRG (*Healthcare Resource Group*), que são grupos de diagnóstico e intervenções que consomem níveis similares de recursos do NHS (*National Health System*). Com essa mudança, houve um excedente de pagamento mais generoso para a prótese não cimentada, possivelmente para cobrir o tempo operacional mais longo necessário para ajustar o dispositivo. Isso ocorreu apesar da avaliação de tecnologia realizada pelo NICE sugerir o uso da prótese cimentada.

Objetivo: Nesse estudo, os autores avaliaram o impacto que os diferentes incentivos introduzidos no modelo de pagamento de serviços de saúde na Inglaterra tiveram na demanda de procedimentos concorrentes: colocação de prótese de quadril cimentada e de não cimentada. A avaliação é realizada tendo como parâmetro a realização desses procedimentos na Escócia que compartilha do

mesmo sistema de saúde da Inglaterra, mas não adotou o novo modelo de pagamento.

Conclusão: Em todas as especificações de modelos estimados pelos autores, verificou-se que a introdução do modelo de pagamento PbR na Inglaterra, em comparação com a Escócia, gerou um incentivo financeiro aumentou a utilização da prótese de quadril mais cara, mesmo que a orientação clínica do NICE fosse em favor da prótese mais barata. A estimação mostrou que, no período posterior à implementação do novo modelo de pagamento, cada hospital na Inglaterra aumentou a colocação da prótese mais cara em 5,1 unidades por ano, comparado ao período anterior à implantação e comparado à Escócia.

Fonte: Journal of Health Economics, V. 44, p. 25–36, 2015.

A CONCORRÊNCIA ENTRE SEGURADORAS DE SAÚDE VERTICALIZADAS E NÃO VERTICALIZADAS NOS MERCADOS DE SEGURO DE SAÚDE

Título original: Competition between health maintenance organizations and nonintegrated health insurance companies in health insurance markets

Autores: Baranes, E. & Bardey, D.

Contextualização: Os autores desse artigo argumentam que no setor de seguro de saúde, a integração vertical de seguradoras e prestadores é muitas vezes apresentada como um remédio eficaz para reduzir ou conter o aumento das despesas. No caso dos Estados Unidos (EUA), os autores afirmam que a literatura aponta que a integração vertical permite que as seguradoras reduzam o risco moral na negociação com os prestadores e também os custos de transação. No caso específico das Health Maintenance Organizations (HMOs – são um tipo de seguradora de saúde que integra verticalmente os prestadores de serviços). No contexto dos EUA, a penetração das HMO tem sido associada com aumento da concorrência no setor de seguros de saúde.

Objetivo: O objetivo desse artigo é desenvolver um modelo teórico simples, a fim de analisar como o número de planos de saúde do tipo HMO nos EUA afetam os prêmios cobrados pelas seguradoras de saúde que não são

verticalmente integradas.

Conclusão: Os autores destacam que o modelo desenvolvido por eles revelou que o número de seguros de saúde verticalizados (HMOs) afeta a alocação de equilíbrio do mercado apenas quando as HMOs e os prestadores fazem contratos exclusivos, ou seja, eles se tornam exclusivos da HMO com quem assinou o contrato e, por isso, menos prestadores estão disponíveis para as seguradoras não verticalizadas, afetando assim a concentração de mercado. Outro resultado do modelo é que a penetração de HMOs no mercado pode, nos casos em que o custo marginal é suficientemente baixo, reduzir os prêmios tanto das HMOs como das seguradoras não verticalizadas, diferente do resultado encontrado na literatura internacional sobre o tema.

Fonte: Health Economics Review, V.5, N. 36, 2015.

DESACELERAÇÃO DOS GASTOS COM CUIDADOS DE SAÚDE DE 2000 A 2010 FOI IMPULSIONADO PELO CRESCIMENTO MAIS BAIXO DO CUSTO POR CASO, DE ACORDO COM UMA NOVA FONTE DE DADOS

Título original: Health Care Spending Slowdown From 2000 To 2010 Was Driven By Lower Growth In Cost Per Case, According To A New Data Source

Autores: Dunn, A. et al.

Contextualização: Nos Estados Unidos, o setor de saúde representa uma parte considerável da economia, resultado do alto crescimento dos gastos com saúde nas últimas décadas. No entanto, os autores do artigo destacam que em anos recentes tem havido uma moderação no crescimento dos gastos com saúde. A causa dessa desaceleração dos gastos, os autores salientam, tem substancial importância política, mas as estatísticas nacionais ofereciam uma visão limitada do setor da saúde. Mas em janeiro de 2015 houve a divulgação da Health Care Satellite Account (HCSA), que os autores acreditam que oferece uma visão alternativa do setor de saúde e da desaceleração dos gastos, do ponto de vista do custo de tratamento.

Objetivo: O Objetivo desse artigo é apresentar elementos-chave da HCSA e fornecer uma

perspectiva alternativa sobre a recente desaceleração do crescimento dos gastos com saúde nos Estados Unidos. Usando as estimativas do HCSA, os autores fizeram uma decomposição da taxa anual per capita de gastos com saúde e compararam a taxa de crescimento anual no período 2000-05 com a taxa de crescimento anual no período 2005-10.

Conclusão: De 2000 a 2010 as taxas de crescimento do gasto com saúde per capita e do gasto com saúde por tipo de doença tiveram desaceleração nos EUA. Em todo o período houve uma queda de 2,3 pontos percentuais (p.p.) na taxa de crescimento anual. Os autores destacam que no período de 2000 a 2005 a taxa de crescimento foi superior à do período de 2006 a 2010 e apontam algumas causas para isso: (i) a alta demanda na década de 1990 e início dos anos 2000 por seguros de saúde por alternativas de seguros de saúde de cobertura ampla e mais custosos, em comparação com as opções de managed care, isso levou a aumentos de custos e de utilização dos serviços; (ii) na segunda metade da década de 2000 houve uma tendência de aumento dos segurados em planos de saúde de franquia alta, o que provavelmente contribuiu para a desaceleração dos gastos, diminuindo a utilização dos serviços; (iii) além disso, também na segunda metade da década, vários medicamentos de alto custo tiveram suas patentes expiradas, o que foi acompanhado por um aumento no uso de medicamentos genéricos de baixo custo. Com relação aos determinantes da desaceleração relacionados ao custo per capita por tipo de doenças, os autores apontam duas categorias: os serviços de rotina e as doenças relacionadas ao sistema endócrino tiveram as maiores taxas de desaceleração, com quedas na taxa de crescimento do gasto per capita de 5,2 p.p. e 6,5 p.p., respectivamente. Em contraste, a desaceleração do gasto per capita em condições do sistema circulatório foi apenas um pouco acima da média (queda de 3,2 p.p.), apesar de esse tipo de condição ter sido responsável por mais de metade da desaceleração absoluta dos gastos globais (respondeu por US\$86 do total de desaceleração de US\$ 154 do gasto per capita total). Por fim, os autores observaram que a desaceleração geral na taxa de crescimento dos gastos com saúde foi devido a uma redução na taxa de crescimento do custo por tratamento e não devido a uma redução da taxa de crescimento da prevalência da doença tratada.

Fonte: Health Affairs, V.35, N. 1, p. 132-140, 2016.

CUSTOS DE TRATAMENTO DA SÍNDROME CORONARIANA AGUDA SOB A PERSPECTIVA DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Autores: Vanessa Teich, Tony Piha, Lucas Fahham, Haline Bianca Squiassi, Everton de Matos Paloni, Denizar Vianna Araújo, Paulo Miranda

Contextualização: A síndrome coronariana aguda (SCA) é a principal causa de óbito no mundo e abrange a angina e o infarto agudo do miocárdio. Dados de prevalência no Brasil estimam que 5% a 8% dos adultos acima de 40 anos apresentam SCA. Atualmente, no Brasil não existem estudos comparando gastos com diferentes tipos de tratamento para SCA no sistema de saúde suplementar.

Objetivo: 1- Comparar os custos de quatro procedimentos utilizados para tratar a SCA: angioplastia com implante de stent (stent+), angioplastia sem implante de stent (stent-), revascularização (Revasc) e tratamento clínico (Clínico); 2- Comparar o tempo de internação hospitalar entre grupos de pacientes que foram submetidos aos quatro tipos de tratamento. Para isso, foi utilizada uma base de dados de contas médicas de 2.876 beneficiários de planos de saúde de todas as regiões do Brasil (excluindo-se os estados de Tocantins, Roraima e Mato Grosso do Sul). Foram considerados dados de custos de internação por procedimento (alimentação, exames, gases medicinais, higiene/cosméticos, honorários, materiais, medicamentos, procedimentos e taxas) e tempo de permanência hospitalar entre janeiro de 2010 e junho de 2012.

Conclusões: A Os custos médios por procedimento e os tempos médios de internação foram de: R\$ 18.261,77 e 9,19 dias (Clínico), R\$ 30.611,07 e 7,61 dias (stent -), R\$ 37.454,94 e 6,19 dias (stent +) e R\$ 40.883,37 e 15,20 dias (Revasc). Os maiores custos no grupo Clínico foram relacionados ao uso de medicamentos. Em comparação, nos grupos stent-, stent+ e Revasc os maiores custos foram relacionados ao uso de materiais e aos procedimentos. Por fim, concluiu-se que o custo hospitalar da SCA é significativa-

mente mais alto quando há a necessidade da realização de procedimentos intervencionistas, como angioplastia com implante de stent e revascularização do miocárdio.

Fonte: *Arq Bras Cardiol.* 2015; 105(4):339-344

PRESSÃO ARTERIAL E RISCO DE MORTALIDADE EM 10 ANOS EM UM ESTUDO COM PACIENTES ACIMA DE 75 ANOS EM MILÃO: O PAPEL DO ESTADO FUNCIONAL E COGNITIVO

Título original: Blood pressure and 10-year mortality risk in the Milan Geriatrics 75+ Cohort Study: role of functional and cognitive status

Autores: Ogliari G, Westendorp RG, Muller M, Mari D, Torresani E, Felicetta I, et al.

Contextualização: Sabe-se que a hipertensão é um fator de risco para mortalidade, porém valores padrões de pressão arterial (PA) em idosos são controversos. A hipertensão está fortemente associada com o aumento do risco de mortalidade na meia idade, porém essa associação não é bem estabelecida quando se trata de idosos.

Objetivo: Investigar se a relação da pressão arterial com a mortalidade em idosos varia de acordo com a idade, o estado funcional e o estado cognitivo. Para isso, foram recrutados 1.587 idosos de Milão, Itália, os quais foram acompanhados por 10 anos. Foram avaliados os valores de Pressão Arterial e suas associações com todas as causas de mortalidade e se essas associações variaram de acordo com o nível de comprometimento funcional e cognitivo.

Conclusões: Do total de participantes, 64,1% tinham algum histórico de hipertensão e após 10 anos de acompanhamento, 1.046 (65,9%) participantes haviam morrido. O risco de mortalidade foi menor no grupo com Pressão Arterial Sistólica (PAS) de 165 mmHg e na Pressão Arterial Diastólica (PAD) de 85 mmHg. O risco de mortalidade era maior entre os participantes com PAS < 120 mmHg e entre 120-139 mmHg do que entre os participantes com PAS 160-179 mmHg. Em comparação, o risco de mortalidade

era maior em pacientes com PAD ≥ 100 mmHg do que naqueles que tinham PAD entre 90-99 mmHg. Uma maior PAS correlaciona-se com o risco de mortalidade menor em adultos com comprometimento funcional e cognitivo. Sendo assim, a avaliação do estado funcional e cognitivo pode identificar indivíduos mais velhos que podem ter benefício com o aumento da pressão arterial.

Fonte: Age Ageing. 2015;44(6):932-7

PRESCRIÇÕES POTENCIALMENTE INAPROPRIADAS EM IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADES DE TODA A EUROPA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Título original: Potentially inappropriate prescribing in community-dwelling older people across Europe: a systematic literature review

Autores: Eline Tommelein, Els Mehuys, Mirko Petrovic, Annemie Somers, Pieter Colin, Koen Boussey

Contextualização: O envelhecimento é muitas vezes associado a um número crescente de doenças crônicas e, portanto, o uso de vários medicamentos, o que aumenta o risco de eventos adversos e hospitalizações relacionadas com o uso desses medicamentos. Prescrições potencialmente inapropriadas (PPI) é um dos principais fatores de risco para eventos adversos em pessoas mais velhas. PIP é definida como uma prescrição de medicamentos que pode introduzir um risco significativo de um evento adverso para o paciente, abrangendo três categorias: excesso de prescrição, baixa prescrição e prescrição errada de medicamentos.

Objetivo: (i) determinar a prevalência e tipo de PPI em pessoas idosas residentes em comunidade da Europa; (ii) apresentar os principais fatores de risco encontradas em PIP, e (3) resumir as drogas ou grupos de medicamentos mais frequentemente envolvidos no PIP. Para isso, foi realizada uma revisão da literatura que incluiu 52 artigos de 23 países da Europa.

Conclusões: A prevalência de PPI estimada foi de 22,6%. Os fatores de risco mais frequentemente associados com uma maior prevalência PIP foram (i) utilização de vários

medicamentos, (ii) nível funcional baixo e; (iii) depressão. Grupos de medicamentos mais frequentemente envolvidos com PPI foram: ansiolíticos, antidepressivos, medicamentos anti-inflamatórios e medicamentos antireumáticos não esteroides. Foi concluído que a prevalência de PPI em idosos na Europa é elevado.

Fonte: Eur J Clin Pharmacol (2015) 71:1415-1427

TENDÊNCIAS DA MORTALIDADE POR DIABETES NO BRASIL, 1996-2011

Título original: Trends in mortality due to diabetes in Brazil, 1996-2011

Autores: Maria Inês Schmidt, Bruce B. Duncan, Lenice Ishitani, Glaura da Conceição Franco, Daisy Maria Xavier de Abreu, Gustavo C. Lana, Elisabeth França

Contextualização: Diabetes é um estado de hiperglicemia definido pelo maior risco de danos na retina, nos rins e nos nervos. O Diabetes reduz a expectativa de vida, aumenta a morbidade, aumenta a mortalidade prematura e diminui a qualidade de vida. Estima-se que, mundialmente, 387 milhões de pessoas tinham diabetes em 2013 e que 592 milhões terá a doença em 2035. No Global Burden of Disease (GBD) foi relatado um aumento de 9,0% na mortalidade por diabetes entre 1990 e 2013. No Brasil, o Diabetes foi a sétima causa de anos de vida perdidos em 2013.

Objetivos: Caracterizar a tendência de mortalidade por diabetes em adultos, no Brasil, entre 1996 e 2011. Para isso, foi utilizado o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (SIM), do Ministério da Saúde, para obter os números relatados de mortes de adultos com idades entre 30-69 anos.

Conclusões: Um total de 294.203 mortes devido à diabetes foram notificadas oficialmente entre 1996 e 2011. As complicações renais foram responsáveis por 19,1% das mortes notificadas, as complicações agudas por 10,6%, as complicações circulatórias periféricas 6,1%, outras complicações 12,4%, enquanto que as mortes "sem complicações" correspondeu a 51,9% do total de óbitos. A mortalidade padronizada por idade caiu aproximadamente

1,1%/ano para os homens e 2,2%/ano para as mulheres no período de 1996 a 2011. As desigualdades regionais diminuíram durante o período, tanto em termos relativos, quanto em termos absolutos, sendo que as quedas nos números de mortes associadas a diabetes foram maiores no Nordeste (as taxas de mortalidade diminuíram 38,6% no total para as mulheres e 17,7% no total para os homens nessa região).

Fonte: [Schmidt et al. Diabetol Metab Syndr \(2015\) 7:109](#)

IMPACTO ECONÔMICO DA DENGUE: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO, REALIZADO EM QUATRO REGIÕES BRASILEIRAS

Título original: Economic Impact of Dengue: Multicenter Study across Four Brazilian Regions

Autores: Celina Maria Turchi Martelli, Joao Bosco Siqueira Junior, Mirian Perpetua Palha Dias Parente, Ana Laura de Sene Amancio Zara, Consuelo Silva Oliveira, Cynthia Braga, Fabiano Geraldo Pimenta Junior⁵, Fanny Cortes, Juan Guillermo Lopez, Luciana Ribeiro Bahia, Marcia Costa Ooteman Mendes, Michelle Quarti Machado da Rosa, Noemia Teixeira de Siqueira Filha, Dagna Constenla, Wayner Vieira de Souza

Contextualização: A dengue é uma crescente preocupação de saúde pública, dado que a Organização Mundial da Saúde estima que 50 a 100 milhões de infecções acontecem todo ano no mundo. Apenas no Brasil, 2 milhões de casos

de dengue foram registrados em 2013. A infecção por um dos quatro sorotipos de dengue (sorotipos 1, 2, 3 e 4) é muitas vezes assintomática ou levemente sintomática, mas pode evoluir para febre, dengue hemorrágica, síndrome do choque associada a dengue e morte.

Objetivo: Avaliar o impacto econômico da dengue em quatro regiões endêmicas do Brasil: Centro-Oeste (Goiânia); Sudeste (Belo Horizonte e Rio de Janeiro); Nordeste (Recife e Teresina) e; Norte (Belém). As estimativas de custos levaram em conta casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2009 e 2013 e durante a temporada de epidemia em agosto de 2012 e setembro de 2013.

Conclusões: Foram incluídos 2.035 casos de dengue sintomáticos no estudo. O custo estimado com a dengue para a temporada de epidemia (2012 e 2013) foi US\$ 468 milhões ou US\$ 1.212 milhões após a contabilização dos casos não notificados. Considerando-se a série temporal de dengue (2009-2013), o custo estimado da dengue variou de US\$ 371 milhões (2009) para US\$ 1,228 milhões (2013). No setor público, os custos diretos variaram de US\$ 31 (Rio de Janeiro) a US\$ 89 (Belo Horizonte) por paciente no ambulatório e, no setor suplementar, US\$ 77 (Recife) a US\$ 168 (Goiânia). Quando avaliado o custo por hospitalização, o custo total para pacientes internados no setor público variou de US\$ 238 (Belém) a US\$ 479 (Belo Horizonte) e, no setor privado, variou de US\$ 318 (Belém) e US\$ 1.577 (Recife).

Fonte: [PLOS Neglected Tropical Diseases, September 24, 2015](#)



INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR

NOTA METODOLÓGICA

A cada bimestre, a equipe de pesquisadores do IESS seleciona os artigos mais interessantes, consistentes e relacionados às áreas de interesse dos atores da saúde suplementar. Essas pesquisas são feitas nas revistas científicas de grande impacto no meio acadêmico e de reconhecido valor pela sociedade, bem como de instituições renomadas.

Revistas pesquisadas na área de Economia & Gestão: AHIP; ALTARUM; Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); Centre of Excellence in Population Ageing Research (CEPAR); Health Economics; Health Economics Review; Healthcare Cost Institute; HERC; International Federation of Health Plans; Journal of Health Economics; Journal of Risk and Insurance; Kaiser Family Foundation; NIHCM Foundation; OCDE; PWC - Health Research Institute; RAND Corporation; The Commonwealth Fund; The Geneva Papers on Risk and Insurance; World Bank.

Revistas pesquisadas na área de Saúde & Tecnologia: ALTARUM; Age & Ageing; American Journal of Health Promotion; American Journal of Managed Care; Australian Institute for Population Ageing Research (AIPAR); Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde; British Medical Journal (BMJ); Geneva Association; Health Promotion International; International Journal of Epidemiology; International Journal of Technology Assessment in Health Care; JAMA; NBER Bulletin on Aging and Health; PLOS ONE Health Care; Population Health Management; SHADAC; The Lancet; WHO.

Equipe IESS

Luiz Augusto Carneiro - Superintendente Executivo

Amanda Reis - Pesquisadora

Natalia Lara - Pesquisadora

Elene Nardi - Pesquisadora

Bruno Minami - Pesquisador

IESS

Rua Joaquim Floriano 1052, conj. 42
CEP 04534 004, Itaim Bibi, São Paulo, SP

Tel (11) 3706.9747
contato@iess.org.br