

Boletim Científico IESS

Edição: 2º bi/2016

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

Economia & Gestão

SEGURO SAÚDE BASEADO EM VALOR (VALUE-BASED HEALTH INSURANCE) DO ESTADO AMERICANO DE CONNECTICUT AUMENTOU O USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ESSENCIAIS E A ADESÃO A MEDICAMENTOS

Título original: Connecticut's Value-Based Insurance Plan Increased The Use Of Targeted Services And Medication Adherence.

Autores: Hirth, Cliff, Gibson, McKellar, Fendrick.

Contextualização: No Estado americano de Connecticut, a partir 2011, os empregadores passaram a poder oferecer a seus empregados o seguro saúde baseado em valor. O plano oferecido introduziu incentivos para alinhar os custos do paciente com o valor de cuidados, incluindo a eliminação a coparticipação para consultas para doentes crônicos e para aquisição de medicamentos para doenças crônicas. O seguro-saúde baseado em valor combina coparticipação com o valor clínico da assistência. Ou seja, a coparticipação é reduzida ou eliminada para tratamentos que apresentam fortes evidências quanto à sua capacidade de melhorar os resultados clínicos e de aumentar a eficiência do sistema de saúde. Esse tipo de seguro contrasta com tipos tradicionais em que a coparticipação é aplicada igualmente a todos os serviços ou baseada unicamente no custo do serviço.

Objetivo: O objetivo desse artigo é avaliar o impacto da adoção de seguro saúde baseado em valor sobre a utilização de serviços considerados importantes e sobre o gasto. Os autores utilizaram dados de sinistros de seguro saúde para empregados de empresas no estado de Connecticut e seus dependentes (64.165 pessoas, ao todo). Os indivíduos tinham idades entre 18 e 64 anos e o período analisado foi de 01 de julho de 2010 a 30 de junho de 2013.

Conclusão: A proporção de pessoas que tiveram consultas preventivas aumentou em 13,5 pontos percentuais (p.p.) no ano 1 e 4,8 p.p. no ano 2 para os que tinham seguro baseado em valor em relação aos que tinham seguro tradicional. Dentre os exames preventivos importantes, o maior salto foi para exames de lipídios para a população com 50 anos ou mais, que aumentaram 20,1 p.p. no ano 1 e de 7,8 p.p. no ano 2, em relação a quem

tinha plano de saúde tradicional. Dentre os doentes crônicos, a probabilidade de ir a uma consulta médica aumentou 1,6 p.p. no ano 1 e 1,2 p.p. no ano 2. Apesar dos resultados relevantes, os autores consideraram os resultados dos gastos inconclusivos, uma vez que eles só avaliaram um período de dois anos e a avaliação de impacto requereria um período mais longo de acompanhamento.

Fonte: [Health Affairs](#), v. 35, n.4 p: 637-646, 2016.

QUEM DEVE PAGAR POR PERFORMANCE? A ESCOLHA DO NÍVEL ORGANIZACIONAL PARA OS INCENTIVOS DE PERFORMANCE EM HOSPITAIS

Título original: Who to pay for performance? The choice of organizational level for hospital performance incentives

Autores: Kristensen, Bech, Lauridsen.

Contextualização: O modelo de pagamento de prestadores de serviços de saúde chamado Pagamento por Performance (P4P) relaciona o pagamento dos prestadores ao seu desempenho, medido por indicadores de qualidade. O modelo pode apresentar diversos desenhos e, dentro do contexto hospitalar, há a possibilidade de realizar o pagamento por performance ao nível do hospital ou ao nível dos departamentos dentro do hospital.

Objetivo: O objetivo desse artigo é testar se existe diferença de desempenho na qualidade do hospital devido a utilização de dois tipos de pagamento por performance: (i) o pagamento por performance considerando individualmente o desempenho de cada departamento dentro do hospital e (ii) pagamento por performance considerando o desempenho do hospital como um todo. Os autores pretendiam verificar a hipótese de que se o pagamento for realizado como em (ii), o desempenho seria pior devido ao efeito "carona" (onde um departamento poderia se esforçar menos do que outro, pois a remuneração não é individualizada). O estudo foi realizado na Dinamarca onde, desde 2004, os hospitais devem reportar indicadores de qualidade. Os autores usam dados de 4

hospitais, sendo que dois adotam remuneração por performance considerando o desempenho de cada departamento e dois que não consideram. Os dados são de 2007 a 2010.

Conclusão: A análise realizada no artigo mostra que o desempenho foi 5 pontos percentuais maior nos hospitais que adotam incentivos financeiros diretos aos departamentos quando comparados com hospitais que não distribuem o pagamento pela performance individualizada de seus departamentos. Os resultados sugerem que é possível melhorar a eficácia dos pagamentos P4P através da distribuição de pagamentos a nível do departamento, em vez do nível hospitalar.

Fonte: [European Journal of Health Economics](#), v. 17, p.435-442, 2016.

TROCANDO DE SEGURADORA DE SAÚDE: O PAPEL DO PREÇO, DA QUALIDADE E DA BUSCA POR INFORMAÇÃO PELO CONSUMIDOR

Título original: Switching health insurers: the role of price, quality and consumer information search.

Autores: Boonen, Laske-Aldershof, Schut.

Contextualização: Os autores do artigo afirmam que a escolha adequada do seguro saúde pelo consumidor é uma condição essencial para um bom desempenho dos sistemas de saúde. Por esse motivo, a compreensão dos determinantes do comportamento do consumidor em relação à troca do seguro saúde e da sensibilidade dos consumidores ao preço e à qualidade dos planos de saúde é de importância crucial.

Objetivo: Nesse artigo é examinada a relação entre a propensão dos indivíduos em trocar de plano de saúde e as características dos consumidores, das seguradoras e dos planos de saúde. Os autores usam um banco de dados sobre escolha de planos de saúde da Holanda durante o período de 2006 a 2012. Nesse banco há dados de preço e indicadores de qualidade do plano de saúde (avaliações dos consumidores sobre a qualidade dos planos de saúde medidas anualmente e divulgados para facilitar a escolha do consumidor), além de características dos consumidores, incluindo idade, sexo, status de saúde, escolaridade e dados sobre o comportamento de busca por informações pelos indivíduos.

Conclusão: Os resultados indicaram que a

probabilidade de trocar de plano diminui com a idade: em média, um aumento de 10 anos na idade representa uma diminuição de 1,1% na probabilidade de mudar. A probabilidade de mudar de plano aumenta com: (i) a escolaridade: pessoas de maior escolaridade apresentaram maior propensão (1,7% a mais) a mudar de plano, em relação àqueles com um nível de educação intermediário ou baixo; (ii) o estado de saúde: pessoas com estado de saúde bom ou excelente tem 2,3% maior chance de mudar de plano; (iii) a procura por informações: as pessoas que procuraram obter informações sobre os planos de saúde são muito mais propensas a trocar (6,1%). Com relação às características das seguradoras os resultados desse artigo indicaram que o valor do prêmio tem efeito positivo sobre a propensão a trocar de plano. As pessoas no grupo etário mais jovem (18-35 anos) são mais sensíveis ao preço, ao passo que as pessoas mais velhas são mais sensíveis à qualidade. Além disso, os autores sugerem que as pessoas de maior escolaridade fazem uso mais eficaz da informação disponível do que as pessoas de baixa escolaridade.

Fonte: [European Journal of Health Economics](#), v. 17, p. 339-353, 2016.

HETEROGENEIDADE NO EFEITO DE CHOQUES COMUNS SOBRE O CRESCIMENTO DOS GASTOS COM SAÚDE

Título original: Heterogeneity in the effect of common shocks on healthcare expenditure growth.

Autores: Hauck, Zhang.

Contextualização: Em geral, nos modelos de crescimento dos gastos com saúde nos países, é dada grande importância aos fatores comuns, que são influências exógenas sobre o crescimento dos gastos em geral não observadas diretamente, mas que afetam todos os países em períodos de tempo específicos. Os autores do artigo destacam que o fator comum mais importante é a mudança tecnológica, em particular avanços específicos em tecnologia de assistência à saúde, (uma variável difícil de ser observada diretamente). Além disso, as mudanças em fatores sociológicos, no estilo de vida, na epidemiologia, nas preferências dos pacientes e na situação econômica global são consideradas fatores comuns importantes para o crescimento dos

gastos quando não são possíveis de serem observadas diretamente.

Objetivo: O objetivo desse artigo é identificar os principais fatores impulsionadores do crescimento do gasto com saúde, utilizando uma metodologia que permite a heterogeneidade no impacto dos choques comuns. Essa heterogeneidade seriam diferenças que os países apresentam e que são fundamentalmente não mensuráveis, ou apenas mensuráveis com uma grande margem de erro. A estimativa é realizada para uma base de dados de 34 países da OCDE no período de 1980 a 2012.

Conclusão: As estimações demonstraram que um aumento de um desvio-padrão¹ (DP) na taxa de crescimento do PIB está associado a um aumento de 0,8 DP na taxa de crescimento do gasto com saúde (GS). O crescimento dos prêmios de seguro saúde privado e social está associado positivamente com o crescimento do GS. No entanto, países que reorientaram seu sistema de saúde no sentido de um maior papel do seguro social ou privado no financiamento e, por consequência, um papel menor do financiamento público, experimentaram uma redução no crescimento do GS. Um aumento em 1 D.P. na proporção da população acima de 65 anos está associado a um aumento no crescimento do GS de 0,4 DP. Já a taxa de desemprego está negativamente associada com o crescimento dos gastos.

Fonte: [Health Economics, March 4, 2016.](#)

COMO A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA INFLUENCIA A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS? UM ESTUDO QUALITATIVO DOS INCENTIVOS DE PAGAMENTO AOS PRESTADORES E REMUNERAÇÕES RELACIONADAS A MEDICAMENTOS EM HOSPITAIS EM XANGAI

Título original: How does the pharmaceutical industry influence prescription? A qualitative study of provider payment incentives and drug remunerations in hospitals in Shanghai.

Autores: Yang.

¹ Os autores usaram com medida de impacto a mudança de um desvio-padrão em vez de mudança em uma unidade da variável para tornar os impactos comparáveis, já que as variáveis são medidas em diferentes unidades.

Contextualização: Os autores afirmam que a prática da prescrição de medicamentos desnecessários e dispendiosos tem levado à ineficiência e à má qualidade na prestação da assistência à saúde na China e tornou-se um problema sério no sistema de saúde.

Objetivo: O objetivo desse artigo é investigar empiricamente a questão do excesso de prescrições em três níveis: hospitalar, departamento médico e indústria farmacêutica. Os autores usam dados de entrevistas presenciais com informantes-chave dos quatro níveis analisados na cidade de Xangai (China). As entrevistas foram realizadas entre 2008 e 2009.

Conclusão: Do ponto de vista do hospital, os entrevistados afirmaram que devido ao financiamento e ao aumento dos custos operacionais, os hospitais têm de contar com as vendas de medicamentos e a prestação de serviços médicos para sobreviver. No nível do médico, os entrevistados afirmaram que uma combinação de incentivos financeiros, incluindo remunerações por medicamentos prescritos, sistema de bônus, salários baixos e altas cargas de trabalho motivam o excesso de prescrição. Como indicado por vários entrevistados, a prática de obter lucros de vendas de produtos farmacêuticos acontece através de mecanismos de atribuição de metas de receita para departamentos médicos e vinculando o salário dos médicos com bônus. Como cada departamento tem sua própria meta de receita, médicos são encorajados a prescrever mais medicamentos ou mais exames diagnósticos a fim de cumprir as metas do hospital. Por parte das empresas farmacêuticas, os entrevistados afirmaram haver oferta de comissões para medicamentos prescritos. Em conclusão, os autores argumentam que a maneira como o sistema de saúde chinês opera tem sido baseada no princípio de busca do lucro, o que impede o sistema de se desenvolver e prover assistência adequada. O autor sugere medidas de correção dos incentivos, como: controle de preços de medicamentos, reforma do modelo de pagamento do prestador e melhoria da gestão de prestadores.

Fonte: [Health Economics, Policy and Law / FirstView Article / April 2016, pp 1 – 17.](#)

Saúde & Tecnologia

A SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O SISTEMA DE SAÚDE EM 31 PAÍSES: AVALIANDO O IMPACTO DE FATORES SOCIOECONÔMICOS E DE PRESTAÇÃO DE SAÚDE

Título original: Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors
Autores: Sofia Xesfingi, Athanassios Vozikis

Contextualização: A satisfação do paciente é uma medida importante da qualidade da saúde, pois oferece informações sobre o sucesso do provedor em atender as “expectativas” dos clientes. A satisfação do paciente está correlacionada com resultados importantes, como conformidade, diminuição da utilização de serviços médicos, menos ações por negligência e melhor prognóstico.

Objetivo: (i) mapear o grau de satisfação de paciente em relação ao sistema de saúde em 31 países (28 Estados membros da União Europeia, Islândia, Noruega e Suíça) nos anos de 2007, 2008, 2009 e 2012, utilizando, para isso, um índice de satisfação. O índice foi baseado em vários indicadores agrupados nas seguintes especialidades: Direitos do Paciente e Informação, Acessibilidade, Resultados, Medicamentos, Prevenção e e-Saúde; (ii) avaliar qual é o impacto de fatores socioeconômicos e da prestação de cuidados em saúde no grau de satisfação de pacientes.

Conclusões: os autores demonstram uma forte associação positiva entre o nível de satisfação dos pacientes e indicadores da prestação de cuidados em saúde, como a proporção de enfermeiros e médicos por 100.000 habitantes. Por outro lado, foi encontrada uma associação negativa entre a satisfação dos pacientes e o número de leitos no hospital, o que, para os autores, pode ser reflexo de uma sobrecapacidade do hospital. Dentre as variáveis socioeconômicas, os gastos públicos com saúde se relacionaram, positivamente, com a satisfação do cliente, enquanto que as despesas privadas em saúde se relacionam negativamente. De fato, se o paciente é um habitante de um país de alta renda, a probabilidade de estar satisfeito com o sistema de saúde

do seu país é de cerca de 3.400 vezes maior do que pacientes de um país de baixa renda. Por fim, os autores encontraram que os pacientes mais velhos pareciam estar mais satisfeitos com o sistema de saúde que os mais jovens

Fonte: [BMC Health Services Research \(2016\) 16:94](#)

QUALIDADE DA DIETA E MORTALIDADE ENTRE HOMENS E MULHERES JAPONESES: ESTUDO PROSPECTIVO COM BASE EM CENTROS DE SAÚDE PÚBLICA DO JAPÃO

Título original: Quality of diet and mortality among Japanese men and women: Japan Public Health Center based prospective study
Autores: Kayo Kurotani, et. al

Contextualização: Em 2005 no Japão, foi desenvolvido um guia alimentar chamado The Japanese Food Guide Spinning Top, que visava orientar as pessoas quanto aos tipos e quantidades de alimentos que deveriam comer todos os dias para a promoção da sua saúde. Em 2009, foi desenvolvido um sistema de pontuação para medir a aderência da população a esse guia, baseado no consumo de grãos, vegetais, peixes, carne, leite e frutas e no consumo total de calorias e de bebidas alcoólicas.

Objetivo: examinar a associação entre a adesão ao guia alimentar do Japão e a mortalidade total e a mortalidade por causas específicas. Para isso, foram avaliados, durante aproximadamente 15 anos, 36.624 homens e 42.970 mulheres com idade entre 45 e 75. Utilizou-se, como base, um estudo realizado em 1993 que continha informações iniciais sobre o histórico médico e o estilo de vida dos participantes, incluindo hábitos de fumo, consumo de bebidas e dieta dos participantes. A pesquisa incluiu dados sobre 147 itens de alimentos e bebidas.

Conclusões: os autores encontraram que indivíduos com uma pontuação mais elevada no escore eram mais velhos, mulheres, possuíam histórico de dislipidemia (colesterol alto) e um consumo de caloria mais elevado (lembrando que escores mais altos indicam maior aderência e, portanto, uma dieta melhor). Esses mesmo indivíduos eram menos propensos a serem fumantes, beberem álcool ou terem um histórico de hipertensão. Os autores evidenciaram que

uma maior adesão às diretrizes estabelecidas no guia foi associada a um menor risco de mortalidade total e de mortalidade por doenças cardiovasculares e por doença cerebrovascular em adultos japoneses. Em números, os indivíduos com maior adesão ao guia tinham uma taxa de mortalidade total 15% mais baixa. Por fim, os resultados sugerem que o consumo equilibrado de calorias, grãos, legumes, frutas, carne, peixe, ovos, produtos de soja, produtos lácteos, produtos de confeitaria e bebidas alcoólicas podem contribuir para a longevidade, diminuindo o risco de morte.

Fonte: [BMJ 2016;352:i1209](#)

CESARIANA E MORTALIDADE MATERNA PÓS-PARTO: UM ESTUDO DE CASO-CONTROLE DE BASE POPULACIONAL NO BRASIL

Título original: Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil
Autores: Esteves-Pereira, A. P. et al.

Contextualização: O número de cesarianas continua a aumentar e chegou a 57% no Brasil em 2014. Dessas cirurgias, 84% são realizadas antes do início do trabalho de parto, provavelmente, por razões não médicas. Embora a sua segurança tenha melhorado nas últimas décadas, a tendência de aumento das cesarianas é uma preocupação uma vez que pode ser um fator de risco da mortalidade materna.

Objetivo: investigar o risco de morte materna pós-parto diretamente associada ao parto por cesariana, em comparação com o parto vaginal no Brasil. Este foi um estudo de caso-controle de base populacional realizado em oito estados brasileiros, no qual foram incluídos 73 casos de mortes maternas no pós-parto (42 dias) e 9.221 mulheres pós-parto como controle entre os anos de 2009 e de 2012. Os autores examinaram a associação entre a realização de cesariana e a morte materna pós-parto.

Conclusões: Os autores encontraram um risco de morte materna pós-parto quase três vezes maior na cesárea do que no parto vaginal. Para chegar nesse resultado foram excluídas da análise mulheres com gravidezes múltiplas e mulheres cuja causa de morte foi de uma condição presente antes do início do trabalho de parto e que pode também ter afetado a probabilidade de ter sido realizada

uma cesárea (alguns exemplos são: condições crônicas relacionadas ao sistema circulatório e respiratório e hipertensão desenvolvida na gravidez). Foram também controlados alguns fatores de confusão como idade, região, parto prematuro, etc. Os principais riscos de morte materna na cesárea foram relacionados, principalmente, a mortes por hemorragia pós-parto e por complicações da anestesia. A cesárea foi considerada, pelos autores, um fator de risco de morte materna pós-parto, por isso, os médicos e os pacientes devem equilibrar os benefícios e os riscos do procedimento e as políticas para a saúde da mulher precisam levar em conta que uma redução das taxas excessivas de cesáreas pode impedir mortes maternas..

Fonte: [PLoS One, v. 11, n. 4, p. e0153396, 2016](#)

SEDENTARISMO E HÁBITOS ALIMENTARES INADEQUADOS NA INFÂNCIA: UM ESTUDO DE COORTE

Título original: Sedentary lifestyle and poor eating habits in childhood: a cohort study
Autores: Dutra, G.F., et al

Contextualização: Em todo o mundo, cerca de 22 milhões de crianças com menos de cinco anos estão acima do peso e, portanto, mais propensas a se tornarem adultos obesos e sofrerem de doenças crônicas não-transmissíveis. Estudos nacionais indicam hábitos alimentares pouco saudáveis entre as crianças, tais como o baixo consumo de frutas e vegetais e o alto consumo de doces e gorduras. Soma-se a esse cenário, o baixo nível de atividade física encontrados neste grupo etário.

Objetivos: verificar os hábitos alimentares e de atividade física em crianças de oito anos de idade, pertencentes a cidade de Pelotas, Brasil. Os hábitos alimentares foram avaliados com base nos "Dez Passos para Alimentação Saudável", propostos pelo Ministério da Saúde e o nível de atividade física foi avaliado utilizando-se o questionário de atividade física para crianças e adolescentes (PAQ-C), desenvolvido por Crocker et al. (Med Sci Sports Exerc 1997; 29(10):1344-1349). No total, foram entrevistadas 616 crianças no período de setembro de 2002 e maio de 2003.

Conclusões: Das crianças avaliadas, 20,5% estavam acima do peso e 16,9% obesas. A aderência aos "Dez Passos para Alimentação

Saudável”, em geral, foi baixa, uma vez que nenhuma das crianças foi classificada como muito ativa ou aderiu ao consumo diário de 6 porções do grupo de cereais, tubérculos e raízes. Os passos de maior adesão foram o passo 8 (não adicionar sal aos alimentos prontos); o 4 (consumo de feijão, pelo menos, 5 vezes por semana) e o passo 1 (realização de 3 refeições e 2 lanches por dia). A alta prevalência de inatividade física e o baixo nível de hábitos alimentares saudáveis confirmam a necessidade de estratégias para apoiar e incentivar a prática de atividade física e alimentação saudável entre os jovens.

Fonte: [Ciência & Saúde Coletiva, 21\(4\):1051-1059, 2016.](#)

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE (ATS) EM HOSPITAIS DA FINLÂNDIA: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A COLABORAÇÃO ENTRE HOSPITAIS E A UNIDADE NACIONAL DE ATS

Título original: Hospital-based health technology assessment (HTA) in Finland: a case study on collaboration between hospitals and the national HTA unit

Autores: Halmesmäki, E., Pasternack, I.e Roine, R.

Contextualização: A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) é uma avaliação baseada em pesquisas e orientada para a prática, a qual considera conhecimentos relevantes dos resultados das tecnologias em saúde. No estudo, foi analisada parte do projeto de Avaliação de Tecnologias em Saúde baseado em Hospitais (Hospital Based Health Technology Assessment – AdHopHTA- project), que é um programa de colaboração conjunta entre os hospitais da Finlândia e da Agência Nacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) do país (a Finohhta),

existente desde 2006. A ATS com base em hospitais fornece respostas às perguntas de diretores hospitalares relacionadas à aplicação de novas tecnologias em seus hospitais.

Objetivo: analisar os resultados e as barreiras de colaboração entre hospitais finlandeses e a Agência de ATS do país. A avaliação foi feita por meio da realização de 50 entrevistas, das quais 12 foram conduzidas pelos próprios autores com tomadores de decisões da área da saúde do país e 38 foram obtidas de outras publicações científicas.

Conclusões: No total, 48 relatórios colaborativos de ATS foram feitos durante os 7 anos do programa de colaboração. No entanto, os autores não encontraram indicações claras de que o uso de informações em ATS ou a transparência do processo de tomada de decisão sobre o uso e compra de novas tecnologias teriam aumentado nos hospitais. Apesar da qualidade dos relatórios de ATS de colaboração ter sido considerada boa, a sua aplicabilidade no hospital permanecia limitada e o compromisso da gestão em incorporar a ATS nos hospitais para a tomada de decisão ainda era baixa.

Como uma das respostas para o não sucesso da colaboração entre os hospitais e a agência nacional de ATS, os autores apontam que, na Finlândia, a ATS não tem poder porque não há nenhuma obrigação legal clara para usar evidências na tomada de decisões a nível nacional ou em hospitais. E, como uma resposta, sugerem que um sistema com mais cooperação melhoraria a garantia da igualdade de acesso às tecnologias em todas as áreas.

Fonte: [Health Research Policy and Systems \(2016\) 14:25](#)



**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