





Editorial

Precificação e incorporação de medicamentos: inovação, competitividade e acesso

Medicines pricing and reimbursement: innovation, competitiveness and access

Adriana Mitsue IVAMA-BRUMMELL , Daniella PINGRET-KIPMAN , Claudia Serpa OSORIO-DE-CASTRO , Jaime ESPÍN , Vania Cristina CANUTO-SANTOS , Romilson de Almeida VOLOTÃO , Augusto Afonso GUERRA-JUNIOR , Gabriela Bittencourt MOSEGUI 
DOI: 10.30968/rbfhss.2022.113.0679

O acesso a medicamentos é um componente fundamental para a garantia do direito universal à saúde e para a “Promoção da saúde ao longo do ciclo de vida e a cobertura universal de saúde (UHC)”, uma das Metas para o Desenvolvimento Sustentável (SDG, na sigla em inglês), representando um dos principais gastos em saúde. A maioria dos novos medicamentos, cada vez mais caros, nem sempre oferece benefícios terapêuticos adicionais em relação às opções existentes ou proporcionais aos preços elevados.¹ Ao mesmo tempo, faltam incentivos para a manutenção no mercado de medicamentos antigos, seguros e eficazes.

Figura 1. Precificação e incorporação e a correspondência entre “reimbursement” e incorporação.

A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) autoriza os preços máximos dos medicamentos, um requisito obrigatório para a comercialização no Brasil. Novos medicamentos com benefício terapêutico adicional não podem ter preço superior ao preço do mesmo medicamento nos países de referência (precificação por referenciamento externo, PRE). Para medicamentos sem benefício terapêutico adicional, o preço máximo deve ser menor que o PRE e o custo de tratamento com medicamento autorizado para a mesma condição (precificação por referenciamento interno, PRI).²

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) considera as evidências científicas, a avaliação econômica (verificando se a tecnologia analisada é clinicamente mais vantajosa do que as alternativas existentes) e, geralmente, seu impacto orçamentário. Após a avaliação desses quesitos, a tecnologia pode ou não ser incorporada ao SUS.

O glossário da rede de Informações sobre Precificação e Reembolso de Medicamentos (PPRI) define *reimbursement* como: a cobertura do custo dos medicamentos reembolsáveis por um pagador público [seguro social de saúde/sistema nacional de saúde (SNS)].³ No contexto brasileiro, o termo *reimbursement* (reembolso) corresponde a “incorporação”, que indica a cobertura do medicamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os sistemas de saúde enfrentam desafios para atingir seus objetivos, tais como a garantia do acesso a estas tecnologias de forma oportuna e sustentável, diante da inelasticidade da demanda. Estes desafios incluem recursos limitados, inequidade e dilemas éticos diante dos direitos individuais e coletivos, entre outros.¹ Assim, a precificação e a incorporação (Figura 1) são etapas importantes no ciclo de vida do medicamento (Figura 2).²⁻⁴

O setor farmacêutico é altamente lucrativo. Desde 2009, os gastos globais com medicamentos vêm crescendo continuamente, atingindo US \$ 1,3 trilhão em 2020, e devem exceder US \$ 1,6 trilhão em 2025, com previsão de crescimento anual de 3 a 6% nos próximos cinco anos.⁵ Em 2019, o faturamento farmacêutico no Brasil foi de 37,7 bilhões de dólares (purchasing power parity, PPP), envolvendo 5,3 bilhões de embalagens de 5.897 produtos, 1.935 princípios ativos ou associações medicamentosas em 13.888 apresentações.^{6,7} O Sistema Único de Saúde (SUS) testemunhou uma variação das despesas com medicamentos de cerca de \$ 6,3 bilhões em 2010 para \$ 8,2 bilhões em 2016.⁸ O gasto público com medicamentos representou 0,1% do Produto Interno Bruto em 2017, enquanto o gasto privado com medicamentos representou 1,5% do PIB (30% das despesas das famílias com saúde).⁹ Neste contexto, as políticas públicas e mecanismos de precificação e incorporação devem incentivar a inovação e a competitividade e, ao mesmo tempo, garantir o acesso a medicamentos e outras tecnologias realmente benéficas para os que delas necessitam.^{10,11}

Brazilian Journal of Hospital Pharmacy
and Health Services

Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e
Serviços de Saúde

Open access: <http://www.rbfhss.org.br>

Editors-in-Chief

Elisângela da Costa Lima
Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

Deputy Editors

Fernando Fernandez-Llimos
University of Porto, Porto, Portugal

Mario Jorge Sobreira da Silva
National Cancer Institute, Rio de Janeiro, Brazil

Editorial Board Members

Adriano Max Moreira Reis
Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil

Claudia G Serpa Osorio de Castro
Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil

David Woods
University of Otago, Otago, New Zealand

Dayani Galato
University of Brasília, Brasília, Brazil

Diego Gnatta
Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

Divaldo P Lyra Junior
Federal University of Sergipe, Aracaju, Brazil

Eugenie D R Neri
Walter Cantidio Teaching Hospital, Fortaleza, Brazil.

Inajara Rotta
Federal University of Paraná, Curitiba, Brazil

Inés Ruiz Álvarez
University of Chile, Santiago de Chile, Chile

Leonardo R Leira Pereira
University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil

Luciane Cruz Lopes
University of Sorocaba, Sorocaba, Brazil

Lucila Castro-Pastrana
Universidad Americas Puebla, Puebla, Mexico

Maely P Fávero-Retto
National Cancer Institute, Rio de Janeiro, Brazil

Marcela Jirón Aliste
University of Chile, Santiago de Chile, Chile

Marcelo Polacow Bisson
Military Police of São Paulo State, São Paulo, Brazil

Maria Rita N Garbi
Health Sciences Education and Research Foundation,
Brasília, Brazil

Maria Teresa Herdeiro
University of Aveiro, Aveiro, Portugal

Marta Maria de F Fonteles
Federal University of Fortaleza, Fortaleza, Brazil

Renata Macedo Nascimento
Federal University of Ouro Preto, Ouro Preto, Brazil

Selma Castilho
Fluminense Federal University, Rio de Janeiro, Brazil

Sonia Lucena Cipriano
University of São Paulo, São Paulo, Brazil

Vera Lucia Luiza
Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil

Editorial Assistant

Alice Ramos Oliveira da Silva
Federal University of Rio de Janeiro, RJ, Brazil

Graphic Design: Liana de Oliveira Costa

Website support: Periódicos em Nuvens

ISSN online: 2316-7750

Mission: To publish and divulge scientific production on subjects of relevance to Hospital Pharmacy and other Health Services.

Publication of Hospital Pharmacy and Health Services Brazilian Society / Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde

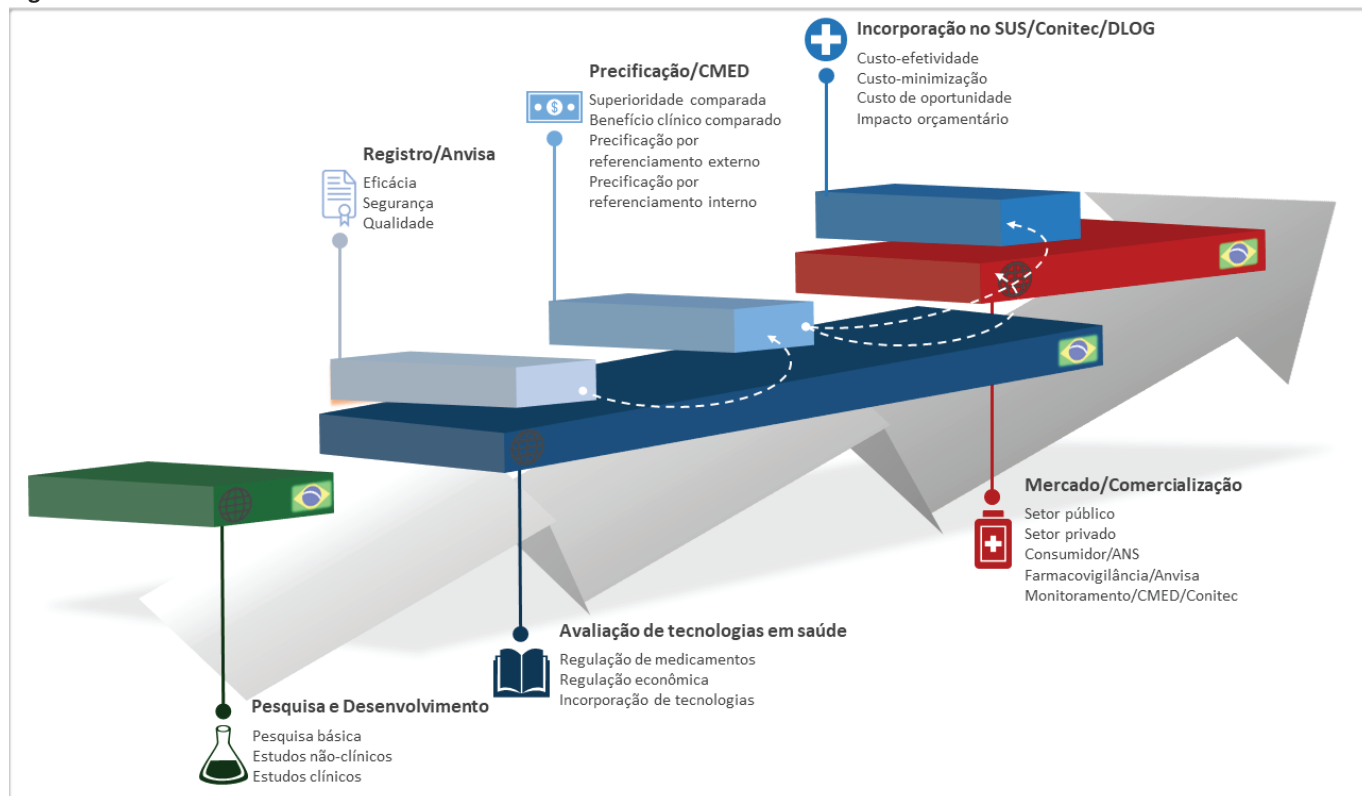
President: Valéria Santos Bezerra

Vice-President: Leonardo Kister

Rua Vergueiro, 1855 - 12º andar
Vila Mariana - São Paulo - SP, Brazil
CEP 04101-000 - Tel./Fax: (11) 5083-4297
atendimento@sbrafh.org.br/www.sbrafh.org.br



Figura 2. Ciclo de vida dos medicamentos no Brasil.



ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar; Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; CMED: Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos; Conitec: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; DLOG: Departamento de Logística do Ministério da Saúde; SCMED: Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos; SUS: Sistema Único de Saúde.

Adaptado de: Ivama-Brummell AM, Ronchini MAK, Pingret-Kipman D, et al com a permissão dos autores.⁴

Neste editorial, apresentamos uma série especial, organizada a convite da Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (RBFHSS), cujo objetivo é “caracterizar o panorama da precificação e da incorporação de medicamentos no Brasil e em outros países, apresentar e discutir a sua implementação, efeitos, lacunas e oportunidades de aprimoramento, na perspectiva de especialistas e diferentes atores afetados”. Ao longo dos próximos números, serão publicados estudos de caso realizados por especialistas de diversos países, que destacarão as políticas de precificação e incorporação no contexto dos respectivos sistemas de saúde, considerando o ciclo de vida do medicamento. Pretende-se explorar também a intersecção com temas tais como a judicialização, a importância da cooperação internacional e do trabalho em rede, a educação de profissionais de saúde e diferentes perspectivas, tais como do gestor, profissionais de saúde, academia, entre outros.

Definindo precificação e incorporação

Os medicamentos possuem peculiaridades como um bem social. Há falhas de mercado, como conhecido na linguagem econômica. Estas falhas incluem, por exemplo, um possível distanciamento entre quem escolhe o medicamento (prescritor), o usuário (paciente) e quem o financia, o SUS, gerando um problema de relação de agência. Há também assimetrias de informação, ou seja, diferenças de informação (e conhecimento) entre agentes afetados (pesquisador, fabricante, prescritor, farmacêutico e usuário), entre outras.¹² Solucionar essas falhas de mercado, assim como a melhoria da sustentabilidade e acesso a este mercado, justificam a sua regulação.¹² Existem também distintas abordagens do ponto de vista do valor. Para a indústria, geralmente não há conexão ou proporcionalidade entre custo, benefício terapêutico adicional e preço, explorando-se o “valor” destas terapias de acordo com a disposição a pagar. Enquanto formuladores de políticas, gestores e usuários, consideram o valor na perspectiva de “otimização dos recursos” (em tradução literal “valor pelo dinheiro” do inglês, “value for money”).¹³

Para a entrada no mercado brasileiro, os medicamentos devem cumprir dois requisitos: ter registro sanitário aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e preço máximo aprovado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), referida aqui como precificação (Figura 1). Entre os objetivos da regulação econômica de medicamentos no Brasil, estão o de garantir o acesso da população a estes bens e, ao mesmo tempo, a competitividade do setor farmacêutico.¹⁴ Nos seus 20 anos de existência, este marco regulatório possui importantes avanços, mas também lacunas e oportunidades de aperfeiçoamento. Por exemplo, a regulação do preço é realizada na entrada no mercado e nem sempre considera a dinâmica do mercado e o ciclo de vida do medicamento, além de novas evidências.

A incorporação (Figura 1), exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como o desenvolvimento ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT no SUS, é realizada pelo Ministério da Saúde (MS) com o assessoramento da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), que celebrou seu 10º aniversário em 2021.¹⁵ A Anvisa, a CMED e a Conitec possuem funções distintas mas que de forma complementar, contribuem para garantia de acesso e para atingir os objetivos e princípios do SUS.

Em 2019, 59,7 milhões (28,5%) de brasileiros estavam segurados por planos privados de saúde ou odontológicos.¹⁶ Alguns medicamentos e outras tecnologias de saúde são cobertos pelos planos e seguros privados, e incluem tratamentos, tais como de oncologia ou reumatologia. Este mercado é regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tal qual a lista de medicamentos e tecnologias cobertos. Os preços cobrados pelos medicamentos cobertos não podem ultrapassar o preço máximo estabelecido pela CMED.

De que forma a precificação e a incorporação impactam na prática cotidiana da Farmácia?

O acesso a medicamentos é um fenômeno complexo (Figura 2). Em 1999, um dos principais problemas do Brasil eram os altos preços de medicamentos. Os preços não eram regulados e os genéricos não existiam. Um tratamento com ciprofloxacino 500mg de marca, correspondia 25 dias de salário mínimo. Após a política de genéricos e a regulação de preços pela CMED os preços caíram.^{2,17} O mesmo tratamento com genéricos podia ser comprado com 1,9 dias de salário mínimo em 2012 e hoje, custa o equivalente a 0,5 dia de salário (Figura 3).¹⁸⁻²⁰

Figura 3. Acesso e disponibilidade: exemplo do tratamento com ciprofloxacino.

Em 1998, de acordo com a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) de Medicamentos, os preços dos medicamentos eram elevados e com grandes variações. De acordo com o preço publicada no relatório, a apresentação de 14 comprimidos de ciprofloxacino de 500mg de marca, custava o equivalente a 25 dias de salário mínimo. Em 1999, foi aprovada a lei de genéricos.¹⁷ Os preços dos genéricos passaram a ser regulados pela CMED (Resolução 02/2004) e correspondem a, no máximo, 65% do preço do medicamento de referência.² Em 2012, o preço do mesmo tratamento era equivalente a 13,7 dias de salário mínimo para o medicamento de marca, 2,2 dias de salário para o genérico de marca (similar) e 1,9 dias para o genérico em farmácias privadas do sul do Brasil.¹⁸ Em 2021, de acordo com os preços máximos autorizados, o mesmo tratamento equivale a 0,5 dias de salário mínimo. De acordo com a lista de preços da SCMED de julho de 2021, existiam 44 apresentações de ciprofloxacino 500mg, 2 de marca, 27 genéricos e 15 similares (genérico de marca).²⁰

Na pandemia da Covid-19, vemos problemas relacionados tanto ao acesso a medicamentos quanto a dispositivos médicos, como a cobrança de preços mais elevados, escassez e desabastecimento. Há enormes esforços de pesquisa e desenvolvimento com cooperação internacional e solidariedade jamais vistos na história, tais como o *ACT Accelerator* (Access to Covid-19 Tools Accelerator), o *C-TAP* (*Covid-19 Technology Access Pool*) e a *Covax Facility*, uma aliança para acelerar o desenvolvimento, produção e distribuição de vacinas, de forma a assegurar o acesso aos países participantes, facilitado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros organismos internacionais, além de parcerias de transferência de tecnologia. Apesar disto, infelizmente, há limitações e desigualdade de acesso, concentrado principalmente em países mais ricos e com maior domínio tecnológico.²¹ No momento de redação desse editorial, das 147 vacinas para a Covid-19 em desenvolvimento clínico, haviam sido identificadas 26, com preços no mercado internacional entre US\$1,92 e US\$40,0, das quais cinco com autorização para uso no Brasil, sendo quatro com registro aprovado (Pfizer, Astrazeneca/Fiocruz, Sinovac/Butantan e Janssen-Cilag/Johnson) e uma com autorização de importação, aprovada sob condições controladas (Gamaleya/União Química).^{22,23} No entanto, a existência, por si só, das vacinas não é suficiente, uma vez que estas devem ser acessíveis, economicamente viáveis, seguras e utilizadas de forma efetiva no maior número de usuários possível.²¹

Em 2021, foi registrada no Brasil a terapia gênica onasemnogeno abeparvoveque. A terapia mais cara do mundo, com preços no mercado internacional de aproximadamente US\$2,1 milhões por paciente, para o tratamento da atrofia muscular espinhal (AME). Em dezembro 2020, diante da ausência de evidência de benefício terapêutico adicional sobre as alternativas terapêuticas existentes, a CMED aprovou um preço máximo provisório de 77% menor do que o preço pleiteado (US\$ 531,173.2). No entanto, a titular do registro decidiu não comercializar o medicamento pelo preço aprovado. No Brasil, esta terapia tem sido objeto de inúmeros processos de judicialização e até outubro de 2021, o Ministério da Saúde desembolsou US\$ 79 milhões para financiar o tratamento de 46 pacientes, gerando um enorme custo de oportunidade para o Sistema Único de Saúde (SUS). Estes recursos seriam mais que suficientes para tratar os pacientes com AME em um ano ou para tratar cerca de 6 mil pacientes com medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica.²⁴

Em 2022, o Conselho de Ministros da CMED deu provimento parcial ao recurso administrativo da empresa e autorizou um aumento do preço máximo do onasemnogeno abeparvoveque no Brasil para US\$ 1.3 milhões, mais que o dobro do preço previamente autorizado.²⁵ Em 8 de março de 2022, Novartis anunciou o lançamento do onasemnogeno abeparvoveque no Brasil.²⁶ Pouco se tem questionado o motivo do produto ser tão caro e se o preço é justo ou mesmo proporcional aos benefícios terapêuticos e incertezas quanto à sua segurança e efetividade ao longo prazo. Estes são somente alguns exemplos da complexidade e dos enormes desafios enfrentados pelos sistemas de saúde e a importância da precificação e incorporação de medicamentos na promoção do acesso.

Acredita-se que os artigos produzidos nesta série contribuirão para disseminar conhecimentos, identificar melhores práticas, e estimular o debate, não somente na saúde, mas também na economia, no direito e em outras áreas afins, sobre o papel, a importância e a necessidade da precificação e a incorporação dos medicamentos, em um contexto de imenso arsenal terapêutico e recursos limitados tanto no Brasil, como em outros países. Assim, esta série poderá apoiar ações de formuladores de políticas e tomadores de decisão, estimular a formação de opinião de profissionais e estudantes e fortalecer a participação social.

Fontes de financiamento

Não foram recebidos recursos para a elaboração deste manuscrito.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não há nenhum conflito de interesse em relação a este artigo.



Agradecimentos

Os autores agradecem a Priscila Gebrim Louly do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS), da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE); Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC); Ministério da Saúde do Brasil, Huseyin Naci, do Departamento de Política de Saúde da *London School of Economics and Political Science (LSE)* do Reino Unido e Elisângela da Costa Lima, do Observatório de Vigilância e Uso de Medicamentos da Faculdade de Farmácia - Universidade Federal do Rio de Janeiro pela valiosa contribuição na revisão da versão preliminar deste manuscrito.

Referências

1. World Health Organisation (WHO). Towards Access 2030. 2017 Accessed on: 1 Sep 2021. Available in: https://www.who.int/medicines/publications/Towards_Access_2030_Final.pdf?ua=1.
2. Brasil. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Resolução CMED 02, de 05 de Março de 2004, Aprova os critérios para definição de preços de produtos novos e novas apresentações (versão consolidada). 2004.
3. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI). Reimbursement (Funding). 2021 Accessed on: 14 Aug 2021. Available in: <https://ppri.goeg.at/node/945>.
4. Ivama-Brummell AM, Ronchini MAK, Pingret-Kipman D, *et al.* Brazil: Pharmaceutical pricing and reimbursement policies. 4th PPRI Conf Med Access Challenge Vienna, Austria 23-24 October, 2019 Country poster book. Vienna: PPRI/GOEG; 2019. p. 6.
5. IQVIA Institute. Global Medicine Spending and Usage Trends: Outlook to 2025. 2021.
6. Brasil. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos. Secretaria Executiva. Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico 2019/2020. Brasília, DF; 2021.
7. The World Bank. PPP conversion factor, GDP (LCU per international \$). The World Bank. 2021 Accessed on: 6 May 2021. Available in: <https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPP?locations=BR>.
8. Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016 - TP 2356. Rio Janeiro. 2018;7-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.je.2016.08.014>.
9. Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017 CSS. 2019.
10. OECD. New Health Technologies: managing access, value and sustainability. OECD Publi. Paris: OECD; 2017. DOI: 10.1787/9789264266438-en.
11. World Health Organisation (WHO). WHO Guideline on Country Pharmaceutical Pricing Policies. Geneva; 2020.
12. Magalhães LCG de. Estrutura de mercado, estratégias de crescimento e de inovação e desempenho recente da indústria farmacêutica no Brasil. Universidade de Campinas; 2006.
13. Mazzucato M. The Value of Everything: making and taking in the global economy. Milton Keynes: Penguin; 2019.
14. Ivama-Brummell AM, Ortiz JA, Pingret D, *et al.* 18 years of economic regulation of medicines in Brazil: outcomes, challenges and lessons learnt. *J Pharm Policy Pract.* 2019;12(S1):14-15.
15. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS. DOU 29 Abr 2011. Available in: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm.
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro; 2020.
17. Brasil. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras prov. DOU. 1999;
18. Bertoldi AD, Helfer AP, Camargo AL, *et al.* Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines? *Global Health. BioMed Central;* 2012;8(1):6. DOI: 10.1186/1744-8603-8-6.
19. World Health Organization (WHO)/Health Action International (HAI). Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. 2nd edition. 2008.
20. Brasil. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Listas de preços de medicamentos — Português (Brasil). Anvisa. 2021 Accessed on: 25 Jul 2021. Available in: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmec/precos>.
21. Wouters OJ, Shadlen KC, Salcher-Konrad M, *et al.* Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. *Lancet.* 2021; DOI: 10.1016/s0140-6736(21)00306-8.



22. World Health Organization (WHO). COVID-19 vaccine tracker and landscape. 2021. Accessed on: 11 Mar 2022. Available in: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>.
23. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Vacinas- Covid-19. 2021 Accessed on: 11 Mar 2022. Available in: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas>.
24. Ivama-Brummell AM, Wagner AK, Pepe VLE, *et al.* Ultraexpensive gene therapies, industry interests and the right to health: the case of onasemnogene abeparvovec in Brazil. *Br Med J Glob Heal.* 2022;(7:e008637):1–5. DOI: 10.1136/bmjgh-2022-008637.
25. Brasil. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Conselho de Ministros. Ata da 1a reunião do Conselho de Ministros da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CM/CMED/2022. 2022 Available in: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/reunioes-CMED/conselho-de-ministros/1AtadoConselhosdeMinistros.pdf>. Accessed on: 9 Mar 2022.
26. Novartis Brasil. É com orgulho que a Novartis anuncia o lançamento de ZOLGENSMA® (onasemnogeno abeparvoveque) no Brasil. Available in: <https://www.novartis.com.br/news/e-com-orgulho-que-novartis-anuncia-o-lancamento-de-zolgensma-onasemnogeno-abeparvoveque-no>. Accessed on: 10 Mar 2022.

Adriana Mitsue IVAMA-BRUMMELL é farmacêutica, especialista em regulação e vigilância sanitária da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Brasil, visiting fellow do Department of Health Policy, London School of Economics and Political Science (LSE), Reino Unido e editora convidada da Série “Políticas de precificação e incorporação de medicamentos” da RBFHSS.

Daniella PINGRET-KIPMAN é farmacêutica, consultora da Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (SCMED), Brasil e membro convidada do comitê editorial da Série “Políticas de precificação e incorporação de medicamentos” da RBFHSS.

Claudia Serpa OSORIO-DE-CASTRO é farmacêutica, pesquisadora titular do Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo (NAF/ENSP/Fiocruz), Brasil, e membro convidada do comitê editorial da Série “Políticas de precificação e incorporação de medicamentos” da RBFHSS.

Jaime ESPÍN é economista da saúde, professor da Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Espanha, e membro convidado do comitê editorial da Série “Políticas de precificação e incorporação de medicamentos” da RBFHSS.

Vania Cristina CANUTO-SANTOS é economista, especialista em políticas públicas e gestão governamental (EPPGG) do Ministério da Economia, diretora do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE); Secretaria Executiva da Comissão Nacional para a Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC, Ministério da Saúde, Brasil, e membro convidada do comitê editorial da Série “Políticas de precificação e incorporação de medicamentos” da RBFHSS.

Romilson de Almeida VOLOTÃO é advogado, Secretário Executivo da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (SCMED), Brasil, e membro convidado do comitê editorial da Série “Políticas de precificação e incorporação de medicamentos” da RBFHSS.

Augusto Afonso GUERRA-JUNIOR é farmacêutico, diretor do Centro Colaborador para a Avaliação de Tecnologias em Saúde (CCATES-SUS), professor do Departamento de Farmácia Social, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Brasil e membro convidado do comitê editorial da Série “Políticas de precificação e incorporação de medicamentos” da RBFHSS.

Gabriela Bittencourt MOSEGUI é professora do Departamento de Saúde e Sociedade, vice-diretora do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil e membro convidada do comitê editorial da Série “Políticas de precificação e incorporação de medicamentos” da RBFHSS.

