São Paulo, 26 de outubro de 2025

Consulta Pública Conitec/SECTICS nº 81/2025 - Finerenona para o tratamento da doença renal crônica (DRC) estágios 3 e 4 com albuminúria associada ao diabetes mellitus (DM) tipo 2

À CONITEC

Introdução

A doença renal crônica (DRC) é um grande problema de saúde pública devido à sua alta prevalência (cerca de 10% da população adulta), tem prognóstico reservado (alta morbidade e mortalidade), bem como alto custo do tratamento médico. O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é a causa mais comum de DRC mundialmente e a segunda causa no Brasil, segundo o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Pacientes com DRC apresentam declínio progressivo na qualidade de vida relacionada à saúde, bem como um alto risco de doença cardiovascular (DCV).

Múltiplos são os mecanismos envolvidos na fisiopatologia da DRC, incluindo hormônios como aqueles do eixo renina-angiotensina-aldosterona. Além de seus efeitos renais, a aldosterona também tem o potencial de exercer efeitos negativos no coração e na vasculatura arterial; pode afetar células não epiteliais, como cardiomiócitos, células endoteliais, células musculares lisas vasculares, células mesangiais e podócitos, através do receptor mineralocorticoide; bem como eventos genômicos e não genômicos subsequentes. A aldosterona causa inflamação de várias maneiras, incluindo a estimulação da formação de espécies reativas de oxigênio (ROS), exocitose endotelial e adesão, levando à fibrose e remodelação no coração e nos rins e seu bloqueio tem se mostrado benéfico na prevenção de desfechos duros.

Finerenona é um antagonista não esteroidal, seletivo do receptor de mineralocorticoide (MR), aprovado em vários países para uso oral, como nos

Estados Unidos em julho de 2021 (https://www.fda.gov/drugs/news-events-human-drugs/fda-approves-drug-reduce-risk-serious-kidney-and-heart-complications-adults-chronic-kidney-disease, acesso em 24 de outubro de 2025), na Europa em fevereiro de 2022 (https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1616.htm, acesso em 24 de outubro de 2025), no Canadá (Health Canada, outubro de 2022), na China (Chinese National Medical Products Administration, junho de 2022) e no Japão (Japan's Ministry of Health, Labour, and Welfare, março de 2022). É indicado principalmente para reduzir o risco de progressão da doença renal crônica (DRC) e eventos CV em adultos com DRC associada ao DM tipo 2, além de reduzir o risco de morte CV e hospitalização por insuficiência cardíaca em pacientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção ≥ 40%.

Principais evidências favoráveis à incorporação da finerenona

As principais evidências favoráveis à essa incorporação se devem a redução significativa de eventos cardiovasculares (CV) e renais em pacientes com doença renal crônica (DRC), com taxa de filtração glomerular estimada de 25 até >60 mL/min/1,73m², associada ao diabetes tipo 2 (DM2), mesmo sob tratamento padrão com inibidores do sistema renina-angiotensina (SRA).
Ensaios clínicos robustos, como FIDELIO-DKD e FIGARO-DKD, demonstraram que a finerenona reduz o risco de progressão da DRC, insuficiência renal terminal com dependência de terapia renal substitutiva (TRS), morte por doença CV, infarto do miocárdio (IAM) não fatal e hospitalização por insuficiência cardíaca (IC) em pacientes com DRC e DM tipo 2.[1-3] A análise combinada dos estudos FIDELIO e FIGARO, denominada de FIDELITY, envolvendo mais de 13.000 participantes, mostrou uma redução de 14% em eventos CV e de 23% em desfechos renais compostos, com perfil de segurança aceitável, sendo a hiperpotassemia o principal evento adverso relevante, porém manejável com medidas para seu controle.[1][3-4] O benefício é independente do controle glicêmico (observado pela HbA1c) ou uso de insulina.
Diretrizes internacionais, incluindo as da *American Diabetes Association* (ADA) e do KDIGO, recomendam a finerenona como terapia adicional em pacientes com DM tipo 2 e DRC, especialmente aqueles com albuminúria persistente

(>30mg/g), mesmo após uso otimizado de inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou antagonistas dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA).[3-6] O benefício demonstrado é consistente em diferentes estágios de função renal e níveis de albuminúria, e pode ser potencializado em combinação com inibidores de SGLT2.[4-5][7]

Além disso, a finerenona apresenta vantagens sobre os antagonistas dos receptores mineralocorticoides (ARM) esteroidais, como menor risco de efeitos hormonais adversos e perfil de segurança favorável. [7-8] O principal efeito adverso observado com o uso de finerenona em pacientes com DRC associada ao DM tipo 2, especialmente naqueles com albuminúria persistente e risco elevado, é a hipercalemia. Nos estudos FIDELIO-DKD, FIGARO-DKD e na análise agrupada FIDELITY, a incidência de hipercalemia foi significativamente maior no grupo finerenona em comparação ao placebo, embora a taxa de descontinuação do tratamento tenha permanecido baixa (cerca de 2,3% vs. 0,9% no FIDELIO-DKD; 1,7% vs. 0,6% na análise FIDELITY) [2,3,5]. O aumento médio do potássio sérico foi modesto (0,2–0,3 mEq/L), mas deve ser monitorado.[5]

As principais contraindicações são apresentadas na tabela abaixo:

Contraindicação	Critério específico	Justificativa/Evidência	Referências
Hipercalemia	Potássio sérico >5,0 mEq/L	Risco aumentado de hipercalemia, especialmente em DRC avançada; maior taxa de descontinuação observada.	de Boer IH, Khunti K, Sadusky T, et al. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney International. 2022;102(5):974-989. doi:10.1016/j.kint.2022.08.012. Agarwal R, Filippatos G, Pitt B, et al. Cardiovascular and Kidney Outcomes With Finerenone in Patients With Type 2 Diabetes and Chronic Kidney Disease: The FIDELITY Pooled Analysis. European Heart Journal. 2022;43(6):474-484. doi:10.1093/eurheartj/ehab777.
Função renal muito reduzida	TFGe <25 mL/min/1,73m²	Estudos e diretrizes recomendam iniciar finerenona apenas com TFGe ≥25 mL/min/1,73m², até que novos estudos estejam disponíveis.	de Boer IH, Khunti K, Sadusky T, et al. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney International. 2022;102(5):974-989. doi:10.1016/j.kint.2022.08.012., Mottl AK, Nicholas SB. KDOQI Commentary on the KDIGO 2022 Update to the Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in CKD. American Journal of Kidney Diseases : The Official Journal of the National Kidney Foundation. 2024;83(3):277-287. doi:10.1053/j.ajkd.2023.09.003. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International. 2024;105(4S):S117-S314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018.

Hipersensibilidade à finerenona ou componentes	Histórico de reação alérgica	Contraindicação padrão para qualquer medicamento.	U.S. Food and Drug Administration. Orange Book: Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations. U.S. Department of Health and Human Services.
Uso concomitante de medicamentos que aumentam K+	Outros ARM, uso de suplementos de potássio, bloqueadores do SRA	Risco adicional de hipercalemia com uso concomitante.	de Boer IH, Khunti K, Sadusky T, et al. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney International. 2022;102(5):974-989. doi:10.1016/j.kint.2022.08.012., Solis-Herrera C, Triplitt C. Non-Steroidal Mineralocorticoid Receptor Antagonists in Patients With Chronic Kidney Disease and Type 2 Diabetes. Diabetes, Obesity & Metabolism. 2024;26(2):417-430. doi:10.1111/dom.15327.
Doença hepática grave (relativa)	Insuficiência hepática avançada	Dados limitados, mas pode aumentar risco de efeitos adversos.	U.S. Food and Drug Administration. Orange Book: Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations. U.S. Department of Health and Human Services.

Revisões sistemáticas (RS) com metanálise que comprovaram a eficácia de finerenona na diminuição de desfechos renais

1- RS de Fu Z et al.[9]: Incluiu 4 ensaios clínicos (n=7.048), que preencheram os critérios de inclusão. Comparado ao placebo, a finerenona reduziu significativamente a razão albumina-creatinina na urina (RAC) em pacientes com DRC {diferença média (DM), -0,30 [intervalo de confiança (IC) de 95%, -0,50, -0,11], P<0,05}, e a análise sequencial do ensaio (ASE) confirmou esse resultado. Nenhuma diferença significativa foi observada na TFGe em pacientes com DRC entre os grupos finerenona e placebo [DM, -0,90 (IC de 95%, -3,84 a 2,04), P>0,05]. No geral, a frequência de eventos adversos foi semelhante nos dois grupos [risco relativo (RR), 1,00 (IC de 95%, 0,98, 1,02), P>0,05], e a ASE confirmou esse resultado. No entanto, o grupo finerenona apresentou menor risco de doenças CV e maior risco de hipercalemia do que o grupo placebo [RR, 0,92 (IC 95%, 0,85, 0,99), P<0,05 e RR, 2,04 (IC 95%, 1,77, 2,34), P<0,00001, respectivamente]. Esta meta-análise indicou que a finerenona confere um importante efeito antiproteinúrico em pacientes com DRC e reduz o risco de doenças CV e a finerenona pode ser uma opção terapêutica promissora para pacientes com DRC.

2- Vaduganathan M et al.[10]. incluíram e ensaios clínicos com 18.991 participantes (idade média de 67 ± 10 anos; 35% mulheres). Durante 2,9 anos de acompanhamento mediano, o desfecho primário de morte CV

ocorreu em 421 (4,4%) participantes designados para finerenona e 471 (5,0%) participantes designados para placebo (razão de risco (RR): 0,89; intervalo de confiança (IC) de 95%: 0,78-1,01; P = 0,076). Morte por qualquer causa ocorreu em 1.042 (11,0%) participantes no braço finerenona e em 1.136 (12,0%) participantes no braço placebo (RR: 0,91; IC de 95%: 0,84-0,99; P = 0,027). A finerenona reduziu ainda mais o risco de hospitalização por IC (HR: 0,83; IC 95%: 0,75-0,92; P < 0,001) e o desfecho renal composto (HR: 0,80; IC 95%: 0,72-0,90; P < 0,001). Embora nesta análise combinada a redução na mortalidade CV não tenha sido estatisticamente significativa, a finerenona reduziu os riscos de morte por qualquer causa, eventos CV e desfechos renais.

3- Chen J et al. [11] analisaram 4 ensaios clínicos randomizados envolvendo 13.943 participantes e constatou que o tratamento com finerenona reduziu significativamente a relação albumina/creatinina na urina em comparação ao placebo. Além disso, o risco de COVID-19, eventos CV e redução da TFGe de pelo menos 40% foram significativamente menores no grupo tratado com finerenona. No entanto, o grupo tratado com finerenona apresentou maiores aumentos basais nos níveis séricos de potássio. A meta-análise revelou que não houve variação na probabilidade de desfechos negativos gerais (RR 1,00, IC 95% 0,98, 1,01, I2 = 0%) e na ocorrência de cânceres (RR 0,99, IC 95% 0,83, 1,18, I2 = 0%) entre as duas categorias. O estudo conclui que a finerenona tem o potencial de reduzir as chances de doença renal terminal, insuficiência renal e mortalidade CV em indivíduos com doença renal do DM. É importante monitorar o risco de hipercalemia. A administração de finerenona em indivíduos com doença renal do DM pode potencialmente mitigar a suscetibilidade à COVID-19.

4- Zhang M-Z et al. [12] incluíram 5 trials (n = 13.078). Comparado aos grupos que receberam placebo, a média da RAC em relação ao basal foi significantemente menor [MD -0,30 (95% CI -0,32, -0,28), $p < 0.00001$], com uma diminuição da TFGe significantemente maior [MD -2.44 (95% CI -2.82, -2.05), $p < 0.00001$] para os grupos finerenona. A proporção de pacientes com redução da TFGe (≥40%) pós-baseline foi significantemente menor [RR 0,85 (95% CI 0,78, 0,93), $p = 0,0002$], juntamente com doença renal em estágio terminal [RR 0,80 (IC 95% 0,65, 0,99), p = 0,04] e eventos CV [RR 0,88 (IC 95% 0,80, 0,95), p < 0,003]

nos grupos finerenona. Em termos de segurança, a incidência de hipercalemia foi significativamente maior para os grupos finerenona [MD 0,17 (IC 95% 0,10, 0,24), p < 0,00001; RR 2,03 (IC 95% 1,83, 2,26), p < 0,00001, respectivamente], mas a incidência de eventos adversos (EAs) foi semelhante ao placebo [RR 1,00 (IC 95% 0,98-1,01), p = 0,67]. Em todos os casos, os resultados foram classificados como evidências de qualidade moderada ou alta. Os autores concluíram que os dados da metanálise sugerem que a finerenona confere benefícios renais e CV significativos em pacientes com DRC. Embora tenha sido observado maior risco de hipercalemia com finerenona do que com placebo, as diferenças nos eventos adversos não foram significativas.

5- Wu Y et al. [13] incluíram 12 ensaios clínicos randomizados com 15.492 pacientes, aplicando vários tipos de ARM, abrangendo espironolactona, eplerenona, finerenona, esaxerenona e apararenona. Os desfechos de eficácia que foram observados pré e após o tratamento: razão albumina/creatina na urina (RAC), alteração na TFGe e a mudança na pressão arterial sistólica (PAS). O desfecho de segurança foi o número de pacientes que desenvolveram hipercalemia. Altas doses de finerenona (DM -0,31, IC 95%: -0,52, -0,11), esaxerenona (DM -0,54, IC 95%: -0,72, -0,30) e apararenona (DM -0,63, IC 95%: -0,90, -0,35) foram associadas a uma redução superior na proteinúria em pacientes com doença renal do DM. Em relação à alteração na TFGe, os resultados de todos os medicamentos foram semelhantes, e a finerenona pode ter potencial, segundo os autores, de superioridade na proteção renal. Em comparação com o placebo, nenhum dos tratamentos foi associado a uma maior probabilidade de controle da PAS durante o tratamento. Além disso, espironolactona, esaxerenona e 20 mg de finerenona apresentaram maior risco de hipercalemia. Esta meta-análise de rede bayesiana foi a primeira a explorar a alternativa ideal entre os ARM no tratamento da doença renal do DM e revelou a superioridade de 20 mg de finerenona entre os ARM.

Estudos de Custo-efetividade

Até o momento, não há dados publicados de custo-efetividade de finerenona especificamente no contexto brasileiro. Os estudos de farmacoeconomia disponíveis são internacionais, baseados principalmente em modelos dos

Estados Unidos, Japão, China e Europa, e sugerem que a finerenona é custo-efetiva em cenários de alto risco, devido à sua capacidade de reduzir eventos renais e CV em pacientes com DRC e DM tipo 2.[14,15,16,17]

O modelo FINE-CKD, desenvolvido a partir dos resultados do FIDELIO-DKD, demonstrou que a incorporação da finerenona pode ser custo-efetiva ao considerar a redução de progressão para doença renal terminal, hospitalizações e eventos CV, levando a ganhos em qualidade de vida e redução de custos indiretos. [14,15,16,17]

Conclusão

Considerando todos os pontos aqui abordados, o status de aprovação global da Finerenona reforça seu papel como um avanço significativo em nefrologia e tratamento cardiometabólico. Sua aprovação em diferentes países estabelece um paradigma para o sucesso regulatório multirregional global, garantindo que os benefícios da molécula sejam amplamente divulgados e acessíveis aos pacientes necessitados.

Tendo em vista os benefícios da finerenona, a SONESP se posiciona favoravelmente sua incorporação ao SUS, pois sua disponibilidade pode contribuir para a redução da carga de eventos CV e renais, diminuindo custos com hospitalizações e tratamentos de insuficiência renal avançada, por meio de TRS.

Permitir acesso dos pacientes do SUS às medicações que possam retardar a progressão da DRC na doença renal do DM, frente às evidências existentes, é promover beneficência e justiça, ainda que considerados os custos diretos atribuíveis à incorporação de um novo medicamento aos cofres públicos.

Professora Dra. Maria Almerinda V.F. Ribeiro Alves
Presidente da SONESP

Professora Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues
Vice-presidente da SONESP

Rua Machado Bittencourt, 205 - conj. 14 - 04044-000 - São Paulo - SP
Tel.: (11) 5081-2729 – (11)97113-7584 - e-mail: carla@sonesp.org.br

Referências:

1- Agarwal R, Filippatos G, Pitt B, Anker SD, Rossing P, Joseph A, Kolkhof P, Nowack C, Gebel M, Ruilope LM, Bakris GL; FIDELIO-DKD and FIGARO-DKD investigators. Cardiovascular and kidney outcomes with finerenone in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: the FIDELITY pooled analysis. Eur Heart J. 2022 Feb 10;43(6):474-484. doi: 10.1093/eurheartj/ehab777. Erratum in: Eur Heart J. 2022 May 21;43(20):1989. doi: 10.1093/eurheartj/ehab886. PMID: 35023547; PMCID: PMC8830527.
2- Agarwal R, Filippatos G, Pitt B, Anker SD, Rossing P, Joseph A, Kolkhof P, Nowack C, Gebel M, Ruilope LM, Bakris GL; FIDELIO-DKD and FIGARO-DKD investigators. Cardiovascular and kidney outcomes with finerenone in patients with type 2 diabetes and chronic kidney disease: the FIDELITY pooled analysis. Eur Heart J. 2022 Feb 10;43(6):474-484. doi: 10.1093/eurheartj/ehab777. Erratum in: Eur Heart J. 2022 May 21;43(20):1989. doi: 10.1093/eurheartj/ehab886. PMID: 35023547; PMCID: PMC8830527.
3- Bakris GL, Ruilope LM, Anker SD, Filippatos G, Pitt B, Rossing P, Fried L, Roy-Chaudhury P, Sarafidis P, Ahlers C, Brinker M, Joseph A, Lawatscheck R, Agarwal R; FIDELIO-DKD and FIGARO-DKD Investigators. A prespecified exploratory analysis from FIDELITY examined finerenone use and kidney outcomes in patients with chronic kidney disease and type 2 diabetes. Kidney Int. 2023 Jan;103(1):196-206. doi: 10.1016/j.kint.2022.08.040. Epub 2022 Oct 28. PMID: 36367466.
4- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2025. Diabetes Care. 2025 Jan 1;48(1 Suppl 1):S239-S251. doi: 10.2337/dc25-S011. PMID: 39651975; PMCID: PMC11635029.
5- de Boer IH, Khunti K, Sadusky T, Tuttle KR, Neumiller JJ, Rhee CM, Rosas SE, Rossing P, Bakris G. Diabetes management in chronic kidney disease: a consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney Int. 2022 Nov;102(5):974-989. doi: 10.1016/j.kint.2022.08.012. Epub 2022 Oct 3. PMID: 36202661.
6- Navaneethan SD, Bansal N, Cavanaugh KL, Chang A, Crowley S, Delgado C, Estrella MM, Ghossein C, Ikizler TA, Koncicki H, St Peter W, Tuttle KR, William J. KDOQI US Commentary on the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of CKD. Am J Kidney Dis. 2025 Feb;85(2):135-176. doi: 10.1053/j.ajkd.2024.08.003. Epub 2024 Nov 18. PMID: 39556063.
7- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2025. Diabetes Care. 2025 Jan 1;48(1 Suppl 1):S207-S238. doi: 10.2337/dc25-S010. PMID: 39651970; PMCID: PMC11635050.
8- Georgianos PI, Agarwal R. The Nonsteroidal Mineralocorticoid-Receptor-Antagonist Finerenone in Cardiorenal Medicine: A State-of-the-Art Review

of the Literature. Am J Hypertens. 2023 Feb 24;36(3):135-143. doi: 10.1093/ajh/hpac124. PMID: 36331811; PMCID: PMC9951054.

9- Fu Z, Geng X, Chi K, Song C, Wu D, Liu C, Hong Q. Efficacy and safety of finerenone in patients with chronic kidney disease: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. Ann Palliat Med. 2021 Jul;10(7):7428-7439. doi: 10.21037/apm-21-763. PMID: 34353035.

10- Vaduganathan M, Filippatos G, Claggett BL, Desai AS, Jhund PS, Henderson A, Brinker M, Kolkhof P, Schloemer P, Lay-Flurrie J, Viswanathan P, Lam CSP, Senni M, Shah SJ, Voors AA, Zannad F, Rossing P, Ruilope LM, Anker SD, Pitt B, Agarwal R, McMurray JJV, Solomon SD. Finerenone in heart failure and chronic kidney disease with type 2 diabetes: FINE-HEART pooled analysis of cardiovascular, kidney and mortality outcomes. Nat Med. 2024 Dec;30(12):3758-3764. doi: 10.1038/s41591-024-03264-4. Epub 2024 Sep 1. Erratum in: Nat Med. 2024 Dec;30(12):3778. doi: 10.1038/s41591-024-03372-1. PMID: 39218030; PMCID: PMC11645272.

11- Chen J, Xue J, Chen J, Xie T, Sui X, Zhang Y, Zhang A, Xu Y, Chen J. A comprehensive examination and analysis of the effectiveness and safety of finerenone for the treatment of diabetic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. Front Endocrinol (Lausanne). 2024 Dec 20;15:1461754. doi: 10.3389/fendo.2024.1461754. PMID: 39758344; PMCID: PMC11695223.

12- Zhang MZ, Bao W, Zheng QY, Wang YH, Sun LY. Efficacy and Safety of Finerenone in Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. Front Pharmacol. 2022 Feb 7;13:819327. doi: 10.3389/fphar.2022.819327. PMID: 35197856; PMCID: PMC8859447.

13- Wu Y, Lin H, Tao Y, Xu Y, Chen J, Jia Y, Zheng Z. Network meta-analysis of mineralocorticoid receptor antagonists for diabetic kidney disease. Front Pharmacol. 2022 Sep 16;13:967317. doi: 10.3389/fphar.2022.967317. PMID: 36188560; PMCID: PMC9523214.

14- González-Juanatey JR, Górriz JL, Ortiz A, Valle A, Soler MJ, Facila L. Cardiorenal benefits of finerenone: protecting kidney and heart. Ann Med. 2023 Dec;55(1):502-513. doi: 10.1080/07853890.2023.2171110. PMID: 36719097; PMCID: PMC9891162.

15- Pochopień MT, Cherney DZI, Folkerts K, Levy P, Millier A, Morris S, Roy-Chaudhury P, Sullivan SD, Mernagh P. FINE-CKD model to evaluate economic value of finerenone in patients with chronic kidney disease and type 2 diabetes. Am J Manag Care. 2021 Dec;27(20 Suppl):S375-S382. doi: 10.37765/ajmc.2021.88808. PMID: 34878755.

16- Cherney D, Drzewiecka A, Folkerts K, Levy P, Millier A, Morris S, Pochopień M, Roy-Chaudhury P, Sullivan SD, Mernagh P. Cost-effectiveness of finerenone therapy for patients with chronic kidney disease and type 2 diabetes in England & Wales: results of the FINE-CKD model. J Med Econ. 2025 Dec;28(1):196-206. doi: 10.1080/13696998.2025.2451526. Epub 2025 Jan 23. PMID: 39783822.

17- Igarashi A, Ohara K, Matsuda H, Morii J, Jagannathan S, Filomeno R. Cost-Effectiveness Analysis of Finerenone for Treatment of Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes from Japanese Payer Perspective. Adv Ther. 2025 Feb;42(2):995-1008. doi: 10.1007/s12325-024-03084-5. Epub 2024 Dec 17. PMID: 39688813; PMCID: PMC11787189.