

המלצות הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות - עדכון 2024

מספר	שם מסחרי	שם גנרי	התוויה	הערות	היקף חולים	עלות כוללת (מיליון ₪)	
נפרולוגיה							
1	Jardiance	Empagliflozin	טיפול במחלת כליה כרונית - הרחבת מסגרת ההכללה בסל: מטופלים עם eGFR בין 20-45 מ"ל/דקה ללא אלבומינוריה בהתאם לתנאי הרישום של כל תכשיר		9,580.0	7.857 ₪	
2	Forxiga	Dapagliflozin					
3	Jardiance	Empagliflozin	טיפול במחלת כליה כרונית - הרחבת מסגרת ההכללה בסל - מטופלים עם eGFR בין 75-90 מ"ל/דקה ואלבומינוריה בערך 200 מ"ג/גרם ומעלה בהתאם לתנאי הרישום של כל תכשיר		9,609.0	7.881 ₪	
4	Forxiga	Dapagliflozin					
5	Jardiance	Empagliflozin	טיפול בחולי מחלת כליה כרונית, בהתאם למסגרת ההכללה של Forxiga (בנוסף להתוויות המצוינות לעיל) - טיפול בחולי מחלת כליה כרונית, עם יחס אלבומין / קראטינין בשתן של 200 מ"ג/גרם ומעלה ו-eGFR בין 25 ל-75 מ"ל/דקה, המטופלים בתכשיר ממשפחת מעכבי ACE או ARB.			ללא תוספת עלות	
6	Tavneos	Avacopan	טיפול ב-MPA (Granulomatosis with polyangitis) או GPA (Microscopic polyangitis) חמורה ופעילה עבור חולים עם מעורבות כלייתית עם eGFR נמוך מ-30		36.0	8.712 ₪	
רפואת ריאות							
7	Spiriva respimat	Tiotropium bromide	טיפול באסטמה קשה		55,348.0	6.788 ₪	
8	Enerzair	Indacaterol + Glycopyrronium + Mometasone					
9	Trelegy ellipta	Fluticasone + Vilanterol + Umeclidinium					
10	Trimbow	Formoterol + Beclomethasone + Glycopyrronium					
11	Dupilumab	Dupilumab	טיפול באסטמה אאוזינופילית קשה - הרחבת מסגרת ההכללה בסל עבור חולים עם אאוזינופיליה בדם ברמה של 150-300 תאים למיקרוליטר			ללא תוספת עלות	
12	Nucala	Mepolizumab				ללא תוספת עלות	
13	Dupilumab	Dupilumab	טיפול באסתמה אאוזינופילית קשה <u>בילדים</u> מגיל 6 שנים - הרחבת מסגרת ההכללה בסל - עבור חולים עם אאוזינופיליה בדם ברמה של 150-300 תאים פר מיקרוליטר		4.0	0.160 ₪	

התוויות המדויקות למסגרת ההכללה בסל יפורטו בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות

המלצות הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות - עדכון 2024

מספר	שם מסחרי	שם גנרי	התוויה	הערות	היקף חולים	עלות כוללת (מיליון ₪)
14	Trimbow	Formoterol + Beclomethasone + Glycopyrronium	טיפול ב-COPD - הרחבת מסגרת ההכללה בסל א. ביטול מגבלת FEV1 ב. ביטול הסעיף: תחילת הטיפול בתרופה תיעשה לפי מרשם של רופא מומחה ברפואת ריאות.			ללא תוספת עלות
15	Trelegy ellipta	Fluticasone + Vilanterol + Umeclidinium	טיפול ב-COPD - הרחבת מסגרת ההכללה בסל ביטול הסעיף: תחילת הטיפול בתרופה תיעשה לפי מרשם של רופא מומחה ברפואת ריאות.			ללא תוספת עלות
16	Ultibro breezhaler	Indacaterol + Glycopyrronium bromide	טיפול ב-COPD - הרחבת מסגרת ההכללה בסל ביטול הסעיף: תחילת הטיפול בתרופה תיעשה לפי מרשם של רופא מומחה ברפואת ריאות.			ללא תוספת עלות
17	Spiolto respimat	Tiotropium + Olodaterol				
18	Anoro Ellipta	Umeclidinium + Vilanterol				
19	Tyvaso	Treprostinil	טיפול ביתר לחץ ריאתי בחולי Interstitial lung disease (PH-ILD)		49.0	5.974 ₪
20	Adempas	Riociguat	טיפול ביתר לחץ דם ריאתי עורקי			ללא תוספת עלות
דרמטולוגיה						
21	Olumiant	Baricitinib	טיפול ב-Alopecia areata חמורה במבוגרים		374.0	11.126 ₪
22	Litfulo	Ritlectinib				
23	Litfulo	Ritlectinib	טיפול ב-Alopecia areata חמורה בילדים מגיל 12		60.0	1.786 ₪
24	Dupixent	Dupilumab	טיפול ב-Atopic dermatitis בדרגת חומרה בינונית עד קשה - הרחבת מסגרת ההכללה בסל - כמונתרפיה לטיפול ב-Atopic dermatitis בדרגת חומרה קשה (בהתאם לסקלת IGA דרגה 4) בחולים בגיל חצי שנה עד 11 שנים שמחלתם לא נשלטת או עבורם קיימת הורייט נגד לאחר טיפול מקומי (לאחר כישלון בטופיקלים)		325.0	17.325 ₪
25	Spevigo	Spesolimab	טיפול בהתלקחויות של generalized pustular psoriasis (GPP)		14.0	1.700 ₪
26	Bimzelx	Bimekizumab	טיפול בפסוריאזיס בדרגת חומרה בינונית עד חמורה בהתאם למסגרת ההכללה בסל של תכשירים ביולוגיים אחרים להתוויה זו			ללא תוספת עלות
אנדוקרינולוגיה						
27	Isturisa	Osilodrostat phosphate	טיפול בתסמונת קושינג אנדוגנית בחולים אשר מיצו טיפול כירורגי וטיפול תרופתי בלפחות שני תכשירים קודמים (כגון Metyrapone, Ketoconazole), ולא הגיעו לאיזון ביוכימי לפי קריטריון מעבדתי מקובל, או מיצו טיפול על רקע הורייט נגד או אי סבילות.		25.0	2.548 ₪
28	Ngenla	Somatrogon	טיפול בהפרעות גדילה בילדים ומתבגרים על רקע הפרשה לא מספקת של הורמון גדילה			ללא תוספת עלות
29	Voxzogo	Vosoritide	טיפול באקונדרופלזיה מגיל שנתיים ואילך עד לסגירת לוחיות הגדילה		56.0	28.339 ₪

התוויות המדויקות למסגרת ההכללה בסל יפורטו בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות

המלצות הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות - עדכון 2024

מספר	שם מסחרי	שם גנרי	התוויה	הערות	היקף חולים	עלות כוללת (מיליון ₪)
גסטרואנטרולוגיה						
30	Bylvay	Odevixibat	טיפול בכולסטטאזיס אינטרא-הפאטי משפחתי מתקדם (PFIC)		6.0	1.794 ₪
31	Livmarli	Maralixibat	טיפול בגרד כולסטאטי בחולי תסמונת אלאג'יל (ALGS)		11.0	4.436 ₪
32	OmvoH	Mirikizumab	טיפול ב-Ulcerative colitis בדרגת חומרה בינונית עד חמורה בהתאם למסגרת ההכללה בסל של תכשירים ביולוגיים להתוויה זו	ללא תוספת עלות		
33	Dupixent	Dupilumab	טיפול בדלקת אוזינופילית של הושט (EoE)		60.0	5.640 ₪
סוכרת						
34	מערכת היברידי-אוטומטית, לניטור סוכר רציף והזלפת אינסולין מותאמת אישית במעגל סגור - הרחבת מסגרת ההכללה בסל		חולי סוכרת סוג 1 בני 18 עד 40 המשתמשים באינסולין מזה לפחות 6 חודשים וזכאים למשאבת אינסולין וניטור סוכר רציף	השתתפות עצמית של 50 ₪ בחודש (בהתאם לזכאות של FGM)	4,252.0	29.486 ₪
35	טכנולוגיית FLASH לניטור סוכר לחולי סוכרת מסוג 2 - פעימה מסיימת להכללה בסל					19.000 ₪
36	Jardiance	Empagliflozin	טיפול בסוכרת סוג 2 - הרחבת מסגרת ההכללה בסל עבור ילדים בני 10 שנים ומעלה		46.0	0.031 ₪
37	Rybelsus	Semaglutide	טיפול בסוכרת סוג 2, בהתאם למסגרת ההכללה בסל של תרופות ממשפחת האנלוגים ל-GLP1		5,691.0	14.704 ₪
38	Ozempic	Semaglutide				
גנטיקה						
39	סקר גנטי רחב אחיד לכלל האוכלוסייה לאיתור נשאים למחלות גנטיות - לביצוע טרום הריון ולידה. ביצוע הבדיקה לנשים, ובדיקת הגבר רק אם היה ממצא לא תקין אצל האישה (לקיחת דם לכל הגברים)			כניסה החל מה- 01.09.24	126,000.0	43.843 ₪
40	בדיקות סקר פולשניות בהריון (סיסי שליה, מי שפיר) - הרחבת הזכאות לנשים מגיל 32				3,446.0	9.963 ₪
קרדיולוגיה						
41	תיקון דליפה טריקוספידלית קשה בחולים עם אי ספיקה לבבית ללא עדות למחלה מישראלית משמעותית, למרות מיצוי הטיפול התרופתי המקסימלי, ואשר אינם מתאימים לניתוח וקיימת בהם אנטומיית מסתם מתאימה				200.0	24.336 ₪
42	Evkeeza	Evinacumab	טיפול להפחתת כולסטרול בחולי היפרכולסטרולמיה משפחתית הומוזיגוטית (HoFH)	ללא תוספת עלות		
43	Jardiance	Empagliflozin	טיפול באי ספיקת לב - הרחבת מסגרת ההכללה בסל בחולים עם מקטע פליטה שמור - מחיקת הסיפא: "אשר נותרו סימפטומטיים למרות מיצוי טיפול מיטבי למחלתם. לעניין זה מיצוי טיפול מיטבי יכול תרופות ממשפחת מעכבי RAS (מעכבי ACE, משפחת ARB) וחוסמי בטא."	ללא תוספת עלות		
44	Forxiga	Dapagliflozin	טיפול באי ספיקת לב - הרחבת מסגרת ההכללה בסל, בהתאם למסגרת ההכללה של Jardiance להתוויה זו	ללא תוספת עלות		

התוויות המדויקות למסגרת ההכללה בסל יפורטו בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות

המלצות הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות - עדכון 2024

מספר	שם מסחרי	שם גנרי	התוויה	הערות	היקף חולים	עלות כוללת (מיליון ₪)
מזון רפואי						
45	MSUD Cooler 15	מזון רפואי	מזון ייעודי לטיפול תזונתי בחולי MSUD מגיל 3 ואילך		61.0	2.555 ₪
46	Novasource Renal	מזון רפואי	מזון ייעודי לטיפול בחולי מחלת کلیה המטופלים בדיאליזה			ללא תוספת עלות
47	Perative	מזון רפואי	מזון ייעודי לחולים הנמצאים בעקה מטבולית			ללא תוספת עלות
48	Perative	מזון רפואי	מזון ייעודי לחולים הסובלים מפצעים			ללא תוספת עלות
49	Compleat pediatric	מזון רפואי	מזון ייעודי מלא להזנה בצינורית בילדים בגילי 3-13 כקו שני לאחר כשלון בפורמולות סטנדרטיות			ללא תוספת עלות
נירולוגיה						
50	Vyvgart	Efgartigimod	טיפול במיאסטיניה גראביס כקו טיפול מתקדם, לאחר מיצוי קווי טיפול		50.0	31.942 ₪
51	Ultomiris	Ravulizumab	קודמים לרבות ו-IVIG Rituxmab			ללא תוספת עלות
52	Kesimpta	Ofatumumab	טיפול בטרשת נפוצה התקפית (RMS)			ללא תוספת עלות
53	Mayzent	Siponimod	טיפול בטרשת נפוצה מסוג Active secondary progressive multiple sclerosis (SPMS)		971.0	43.641 ₪
54	Mavenclad	Cladribine				
55	Ocrevus	Ocrelizumab				
56	Kesimpta	Ofatumumab				
57	Vumerity	Diroximel fumarate				
58	Gilenya Fingolimod Finolim	Fingolimod				
59	Avonex Rebif	Interferon beta 1a				
60	Betaferon	Interferon beta 1b				
61	Tysabri	Natalizumab				
62	Rybrila	Glycopyrronium bromide	טיפול ברירור כרוני פתולוגי חמור בילדים ומתבגרים עם הפרעות נירולוגיות כרוניות		567.0	8.833 ₪
63	Fintepla	Fenfluramine	טיפול בפרוכוסים על רקע תסמונת Lennox Gastaut - בהתאם למסגרת ההכללה בסל של Epidiolex			ללא תוספת עלות

התוויות המדויקות למסגרת ההכללה בסל יפורטו בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות

המלצות הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות - עדכון 2024

מספר	שם מסחרי	שם גנרי	התוויה	הערות	היקף חולים	עלות כוללת (מיליון ₪)
בריאות הנפש ו-ADHD						
64	Vyvanse / Lisdexa	Lisdexamfetamine	טיפול בהפרעת קשב וריכוז (ADHD) במבוגרים - בני 18-28	לגבי Lisdexamfetamine הכניסה תהיה החל מה- 01.07.24	91,752.0	₪ 44.530
65		Methylphenidate HCl				
66	Vyvanse / Lisdexa	Lisdexamfetamine	טיפול בהפרעת קשב וריכוז (ADHD) בילדים - בהתאם למסגרת ההכללה בסל של Attent לילדים	כניסה החל מה- 01.07.24		ללא תוספת עלות
67	Rexulti	Brexpiprazole	טיפול בסכיזופרניה - הרחבת מסגרת ההכללה בסל למתבגרים בני 13 ומעלה		42.0	₪ 0.100
68	Vyvanse / Lisdexa	Lisdexamfetamine	טיפול ב-Binge Eating Disorder (BED) חמור	כניסה החל מה- 01.07.24	551.0	₪ 0.467
המטולוגיה						
69	Enjaymo	Sutimlimab	טיפול בהמוליזה בחולי Cold agglutinin disease כקו טיפול שני		17.0	₪ 6.824
70	Cablivi	Caplacizumab	טיפול ב-acquired thrombotic thrombocytopenic purpura - הרחבת מסגרת ההכללה עבור ילדים בני 12 ומעלה		3.0	₪ 1.424
מחלות מטבוליות						
71	Elfabrio	Pegunigalsidase alfa	טיפול אנזימטי חלופי במחלת פברי			ללא תוספת עלות
72	Zokinvy	Lonafarnib	טיפול במחלת Hutchinson-Gilford Progeria Syndrome או Progeroid Laminopathies		2.0	₪ 1.121
אף אוזן גרון						
73			שתל שבלול (קוקליארי) לטיפול בחירשות אסימטרית - הרחבת מסגרת ההכללה בסל לילדים עד גיל 18 למטופלים הסובלים מחירשות אסימטרית באחד מהמצבים הבאים: 1. כאשר אוזן אחת חירשת והאוזן השנייה עם לקות שמיעה; 2. כאשר קיימת ירידה אסימטרית חמורה או בינונית בשמיעה לפחות באוזן אחת		45.0	₪ 5.046
מחלות זיהומיות						
74	Livtensity	Maribavir	טיפול ב-CMV שאינו מגיב לטיפול או עמיד לטיפול קיים במושתלי איברים סולידיים (SOT) או מושתלי מח עצם (HSCT/SCT)		30.0	₪ 7.913

התוויות המדויקות למסגרת ההכללה בסל יפורטו בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות

המלצות הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות - עדכון 2024

מספר	שם מסחרי	שם גנרי	התוויה	הערות	היקף חולים	עלות כוללת (מיליון ₪)
ראומטולוגיה						
75	Cosentyx	Secukinumab	טיפול ב-Juvenile Psoriatic Arthritis		120.0	1.136 ₪
76			טיפול ב-Enthesitis-related Arthritis קקו שני לאחר כשלון במעבב TNF			
77	Xeljanz	Tofacitinib	טיפול ב-Polyarticular juvenile idiopathic arthritis			
78			טיפול ב-Juvenile psoriatic arthritis קקו שני לאחר כשלון במעבב TNF			
אונקולוגיה - גידולים סולידיים						
79			פרופיל מולקולרי גנומי מקיף (CGP) של גידולים סולידיים לצורך התאמת טיפול לחולי סרטן סולידי מתקדם/גרורתי או בסיכון גבוה להישנות – הרחבת מסגרת ההכללה בסל גם עבור סרטן רירית הרחם אנדומטריום		850.0	3.600 ₪
80			בדיקה לאבחון חסר פעילות האנזים DPD (Dihydropyrimidine Dehydrogenase) בחולים המועמדים לטיפול בתרופות ממשפחת הפלואורופירימידינים		5,300.0	2.521 ₪
81	Opdivo	Nivolumab	טיפול משלים במלנומה שלבים IIB, IIC, III, לאחר הסרה כירורגית מלאה	ללא תוספת עלות		
82	Opdivo	Nivolumab	טיפול במלנומה בשלב לא נתיח או גרורתי - הרחבת מסגרת ההכללה		31.5	6.866 ₪
83	Opdualag	Nivolumab + Relatlimab	בסל - קו טיפול אימונתרפי נוסף בשילוב Nivolumab + Ipilimumab			
84	Keytruda	Pembrolizumab	בחולים שמחלתם התקדמה לאחר טיפול בקו ראשון מונותרפי ב-Opdualag או Nivolumab או Pembrolizumab			
85	Keytruda	Pembrolizumab	טיפול בסרטן מתקדם של האנדומטריום שהתקדם לאחר טיפול קודם.		83.0	20.796 ₪
86	Lenvima	Lenvatinib	בחולים עם מחלה מסוג pMMR שאינם מועמדים לטיפול קוראטיבי באמצעות ניתוח או הקרנות.			
87	Keytruda	Pembrolizumab	טיפול בסרטן ריאה - כטיפול משלים (אדג'ובנטי) לאחר כריתה וטיפול בכימוטרפיה מבוססת פלטינום, במטופלים מבוגרים עם סרטן ריאה מסוג NSCLC בשלב IB ($cm 4 \geq T2a$) שלב II או שלב IIIA, בחולים עם PDL1 בערך של 50% ומעלה	ללא תוספת עלות		
88	Opdivo	Nivolumab	טיפול קו ראשון בסרטן ושט מסוג תאי קשקש (ESCC) לא נתיח, מתקדם או גרורתי, בשילוב עם כימוטרפיה, בחולים המבטאים $PDL1 \geq 1\%$		27.0	4.723 ₪
89			בדיקת PDL1 עבור המועמדים לטיפול			
90	Abraxane	Albumin bound Paclitaxel	טיפול בסרטן גרורתי של הבלבב קקו טיפול ראשון		240.0	6.171 ₪
91	Imfinzi	Durvalumab	טיפול קו ראשון בסרטן כבד לא נתיח או מתקדם מסוג HCC,	ללא תוספת עלות		
92	Imjudo	Tremelimumab	טיפול משולב של Durvalumab עם Tremelimumab			

התוויות המדויקות למסגרת ההכללה בסל יפורטו בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות

המלצות הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות - עדכון 2024

מספר	שם מסחרי	שם גנרי	התוויה	הערות	היקף חולים	עלות כוללת (מיליון ₪)
93	Pemazyre	Pemigatinib	טיפול בכולנגיוקרצינומה, מתקדמת מקומית או גרורתית, עם FGFR2 fusion or rearrangement, לאחר לפחות קו טיפול קודם אחד		10.0	2.594 ₪
94	Tafinlar	Dabrafenib	Dabrafenib בשילוב עם Trametinib כקו טיפול סיסטמי ראשון ב-		6.0	1.267 ₪
95	Mekinist	Trametinib	pediatric low grade glioma עם מוטציה מסוג BRAF V600E			
96	Tecentriq	Atezolizumab	טיפול במבוגרים ובילדים בני שנתיים ומעלה עם סרקומה מסוג Alveolar soft part sarcoma לא נתיחה או גרורתית.		1.5	0.311 ₪
97	Ayvakit	Avapritinib	טיפול בסרקומה מסוג GIST לא נתיחה או גרורתית עם מוטציה מסוג (PDGFRA) exon 18		9.7	4.068 ₪
98	Cabometyx	Cabozantinib	טיפול בסרטן בלוטת תריס שעבר דיפרנציאציה (DTC) בשלב מתקדם מקומי או גרורתי, לאחר מיצוי טיפול בIOD רדיואקטיבי, שהתקדם במהלך או לאחר טיפול סיסטמי קודם		20.0	2.109 ₪
99	Lynparza	Olaparib	טיפול בסרטן ערמונית גרורתי עמיד לסירוס (mCRPC) בחולים עם מוטציות מסוג BRCA שמחלתם התקדמה לאחר טיפול קודם ב- Abiraterone או Enzalutamide		25.0	4.643 ₪
100			בדיקת BRCA למועמדים לטיפול בתכשיר			
101	Keytruda	Pembrolizumab	טיפול בסרטן של שלפוחית השתן מסוג BCG unresponsive NMIBC עם גידול ממוקם, בחולים שאינם מתאימים או נמנעים מלעבור ציסטקטומיה		47.0	5.438 ₪
102	Verzenio	Abemaciclib	טיפול משלים בסרטן שד מוקדם, חיובי לרצפטורים הורמונליים, HER2 שלילי, עם בלוטות חיוביות, בסיכון מוגבר לחזרת מחלה. בשילוב עם טיפול אנדוקריני		642.0	48.954 ₪
103	Keytruda	Pembrolizumab	טיפול בסרטן שד מוקדם בסיכון גבוה מסוג Triple negative. בשילוב עם כימותרפיה בשלב הניאודאדג'ובנטי, וכמוותרפיה כטיפול משלים לאחר ניתוח - הרחבת מסגרת ההכללה בסל עבור חולים בשלב T2N0		116.0	25.631 ₪
104	Trodelvy	Sacituzumab govitecan	טיפול בסרטן לא נתיחה או גרורתי מסוג Triple negative, לאחר לפחות 2 קווי טיפול סיסטמיים (אחד מהם לפחות בשלב מתקדם)		116.0	17.739 ₪

התוויות המדויקות למסגרת ההכללה בסל יפורטו בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות

המלצות הועדה הציבורית להרחבת סל שירותי הבריאות - עדכון 2024

מספר	שם מסחרי	שם גנרי	התוויה	הערות	היקף חולים	עלות כוללת (מיליון ₪)
המטואונקולוגיה						
105	Ayvakit	Avapritinib	טיפול במטוציטוזיס סיסטמית מתקדמת		8.0	2.885 ₪
106	Cotellic	Cobimetinib	טיפול ב-Histiocytic neoplasms		30.0	6.462 ₪
107	Rezurock	Belumosudil	טיפול במחלת שתל נגד מאחסן כרונית (cGVHD) לאחר כשלוש שנים קווי טיפול סיסטמיים והלאה, לרבות מיצוי טיפול ב-Ruxolitinib		65.0	14.989 ₪
108	Xospata	Gilteritinib	טיפול ב-Acute myeloid leukemia חוזרת או רפרקטורית עם מוטציה מסוג FLT3		40.0	14.556 ₪
109	Imbruvica	Ibrutinib	טיפול בלוקמיה מסוג Chronic lymphocytic leukemia בקו טיפול ראשון, Ibrutinib בשילוב עם Venetoclax	ללא תוספת עלות		
110	Venclexta	Venetoclax				
111	Adcetris	Brentuximab vedotin	טיפול ב-CD30+ Hodgkin lymphoma עבור חולים עם מחלה מתקדמת (שלב 3-4) בשילוב כימותרפיה, כקו טיפול ראשון - הרחבת מסגרת ההכללה בסל לבני 18-60 עם IPS 3 ומעלה		42.0	6.601 ₪
112	Lunsumio	Mosunutezumab	טיפול בלימפומה פוליקולרית חוזרת או רפרקטורית לאחר שני קווי טיפול קודמים ומעלה		38.0	10.777 ₪
113	Epkinly	Epcoritamab	טיפול בלימפומה מסוג DLBCL		96.0	27.338 ₪
114	Columvi	Glofitamab	(Diffuse large B cell lymphoma) חוזרת או רפרקטורית, לאחר לפחות 2 קווי טיפול קודמים			

התוויות המדויקות למסגרת ההכללה בסל יפורטו בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות