



מדינת ישראל, משרד הבריאות

חוזר המנהל הכללי

מס' 3/2002 תאריך י"ב אדר, תשס"ב (28.02.02)

נושא: הרחבת סל שירותי הבריאות לשנת 2002

הריני לחודיעכם כי שר הבריאות, מתוקף סמכותו עפ"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי, בהסכמת שר האוצר ובאישור הממשלה, החליט בחתבססו על המלצת וועדה ציבורית שמונתה לנושא, על הוספת טכנולוגיות לסל שירותי הבריאות.

רצ"ב פירוט מדויק של שירותי הבריאות והתוויותיהם.

קופות החולים יספקו שירותים אלו למבוטחיהם החל מיום 1.3.2002 למעט IMATINIB MESYLATE (GLIVEC) אשר יסופק החל מ- 1.2.2002 ו- ROSIGLITAZONE (AVANDIA) אשר יסופק החל מ- 1.7.2002.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

בכבוד רב,
ד"ר בלז לב

רצ"ב:
נספח א': רשימת טכנולוגיות רפואיות שאינן תרופות.
נספח ב': רשימת התרופות.
נספח ג': כלל הטכנולוגיות נע"פ התוויות).

העתק: הרב ניסים דהן, שר הבריאות
סא/ 2002-02-2677

נספח א': רשימת פרוצדורות רפואיות

טיפול תוך עורקי במפרצת של אב-העורקים בחזה בעזרת תומך שתל (סטנט).

טיפול בהקפאה עמוקה בסרטן הערמונית לחולים המצויים בסיכון גבוה לניתוח או לטיפול בקרינה.

טיפול בחדר מיון עבור נפגעי אלימות במשפחה ונפגעי תקיפה מינית יינתן ללא תשלום.

שתל שבלולי (קוכלארי) לילדים.

מיפוי קרנית.

טיפול שיניים לילדים שעברו הקרנות ראש-צוואר בילדותם בשל מחלה ממארת.

מזון תרופתי לחולים במחלת דיסאוטונומיה משפחתית (FD Familial Dysautonomy).

מזון תרופתי לחולים במחלת לייפת כיסתית (CF Cystic Fibrosis).

נספח ב': רשימת התרופות

טיפול בסוכרת (הסרת המגבלות הקיימות בסל)	Acarbose
טיפול בהפרעות קרטיניזציה חמורות	Acitretin
טיפול במחלת פברי	Agalsidase alfa
טיפול בהתקפים חריפים של מחלת פרקינסון.	Amantadine sulphate infusion
טיפול ביתר לחץ דם בחולי אי ספיקה לבבית או בחולי סוכרת הסובלים מפרוטאינוריה.	Candesartan / Candesartan + HCTZ
טיפול בסרטן גרורתי של המעי הגס	Capecitabine
טיפול בהפרעות פוריות	Cetrorelix
טיפול ב-Hairy Cell Leukemia (HCL) (תוספת צורת מינון)	Cladribine
טיפול בגלאוקומה	Cosopt
טיפול בשחפת	Cycloserine
תחליף דמעות לחולי דיסאוטונומיה משפחתית	Duratears
טיפול באנמיה (תוספת צורות מינון)	Epoietin beta
טיפול בארתריטיס ראומטידית חמורה	Etanercept
תכשיר אנטי פטרייתי לטיפול מניעתי במושתלי מח עצם וחולים אונקולוגיים.	Fluconazole
טיפול פומי ב-Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL)	Fludarabine oral
טיפול בהפרעות פוריות	Follitropin alfa
טיפול בהפרעות פוריות	Follitropin beta
טיפול אנטיביוטי בדלקות בדרכי השתן בנשים הרות	Fosfomycin
תחליף דמעות לחולי דיסאוטונומיה משפחתית	Hypotears
טיפול ב-Chronic Myeloid Leukemia (CML)	Imatinib mesylate
טיפול בארתריטיס ראומטידית חמורה	Infliximab
טיפול ביתר לחץ דם בחולי אי ספיקה לבבית או בחולי סוכרת הסובלים מפרוטאינוריה.	Irbesartan / Irbesartan + HCTZ
תכשיר אנטי פטרייתי לטיפול מניעתי במדוכאי מערכת חיסון וכטיפול בזיהומים פטרייתיים סיסטמיים.	Itraconazole

טיפול בנשאי HIV.	Kaletra
טיפול בסימפטומים הקליניים של גידול מסוג קרצינואידי.	Lanreotide
תחליף דמעות לחולי דיסאוטונומיה משפחתית.	Liquifilm tears
טיפול ביתר לחץ דם בחולי אי ספיקה לבבית או בחולי סוכרת הסובלים מפרוטאינוריה.	Losartan / Losartan + HCTZ
טיפול בדיכאון.	Mirtazapine
טיפול בגידולים מסוג GEP וגידול מסוג קרצינואידי.	Octreotide
טיפול הורמונלי חלופי לנשים בגיל המעבר.	Oestradiol valerate
תחליף דמעות לחולי דיסאוטונומיה משפחתית.	Refresh
טיפול בשחפת.	Rifabutin
טיפול בסוכרת בחולים בסיכון גבוה.	Rosiglitazone
טיפול בכאבים או עוויתות במערכת העיכול, הכליות וכיס המרה.	Spasmalgin
תחליף דמעות לחולי דיסאוטונומיה משפחתית.	Tears Naturale
טיפול בנשאי HIV.	Trizivir
טיפול ביתר לחץ דם בחולי אי ספיקה לבבית או בחולי סוכרת הסובלים מפרוטאינוריה.	Valsartan / Valsartan + HCTZ
תחליף דמעות לחולי דיסאוטונומיה משפחתית.	Viscotears
טיפול נוגד קרישה במינון נמוך.	Warfarin sodium
טיפול בהפרקלצמיה על רקע ממאירות.	Zoledronic acid

רשימת הטכנולוגיות להכללה בסל שירותי הבריאות

להלן פירוט הרשימה לשני חלקיה:

1. שירותי בריאות שאינם תרופות

1. א. יתווספו השירותים הבאים:

- (1) טיפול תוך עורקי במפרצת של אב-העורקים בחזה בעזרת תומך שתל.
- (2) טיפול בהקפאה עמוקה בסרטן הערמונית לחולים המצויים בסיכון גבוה לניתוח או לטיפול בקרינה.
- (3) טיפול בחדר מיון עבור נפגעי אלימות במשפחה ונפגעי תקיפה מינית.
- (4) שתל שבלולי (קוכלארי) לילדים.
- (5) מיפוי קרנית.
- (6) טיפולי שיניים לילדים שעברו הקרנות ראש-צוואר בילדותם בשל מחלה ממארת.
- (7) מזון תרופתי לחולים במחלת דיסאטונומיה משפחתית (FD).
- (8) מזון תרופתי לחולים במחלת לייפת כיסתית (CF).

ב. הוראות השימוש בשירותי הבריאות האמורים יהיו כדלהלן:

- (1) טיפול תוך עורקי במפרצת של אב-העורקים בחזה בעזרת תומך שתל יינתן לאחד מהמצבים הבאים:
 1. מפרצת של האאורטה.
 2. קרע טראומטי של האאורטה.
 3. דיסקציה של האאורטה.
- (2) טיפול בהקפאה עמוקה בסרטן הערמונית יינתן בהתקיים כל הבאים:
 1. אבחנה היסטולוגית של סרטן הערמונית.
 2. העדר עדות לגרורות.
 3. נפח ערמונית קטן מ- 60 סמ"ק.
 4. חולים שאינם יכולים לעבור טיפול ניתוחי או חולים בהם קיימת הורייט נגד לטיפול בקרינה.
- (3) טיפול בחדר מיון לנפגעי אלימות במשפחה ולנפגעי תקיפה מינית יינתן ללא תשלום.
- (4) שתל שבלולי (קוכלארי) לילדים:
הטיפול יינתן לילדים עד גיל 18 שנה עם חירשות דו צדדית אשר איננה ניתנת לשיקום באמצעות מכשירי שמיעה.
- (5) מיפוי טופוגרפי של קרנית העין יינתן לחולים העונים על אחד מאלה:
 - א. סובלים ממחלות קרנית.
 - ב. לאחר ניתוח השתלת קרנית.
 - ג. לאחר ניתוח הסרת ירוד.

- (6) טיפול שיניים משקם ומשמר לאחר הקרנות בגיל הילדות לאזור ראש צוואר יינתן למטופל בהתקיים כל הבאים:
א. חולה שקיבל הקרנות לאזור ראש צוואר בגיל הילדות המוקדמת בשל מחלה ממארת, לפני ובמהלך התפתחות המשך הקבוע.
ב. בעקבות הטיפול הקרינתי נפגעה באופן בלתי הפיך התפתחות המשך הזמני והקבוע.
ג. למטופל טרם מלאו 30 שנה.

(7) מזון תרופתי לחולים במחלת לייפת כיסתית CF (Cystic Fibrosis)

1. ADEKS vit. Drops
2. ADEKS vit. Tab.
3. AlitraQ
4. תכשירים מולטיוויטמינים
5. Emental Flavor pac
6. Enfamil AR
7. Ensure
8. Ensure Plus
9. Ensure with Fiber
10. Isocal liq.
11. Isocal powder
12. Jevity
13. L-Emental
14. Magnesium Diasporal
15. MCT oil
16. MCT Peptide 0-2
17. Neocate
18. Neocate Advanced
19. Nutren 1.0
20. Nutren 1.5
21. Nutren Junior
22. Nutren w/fiber
23. Osmolite
24. Pediasure
25. Pepti Junior
26. Polycose
27. Portagen
28. Pregestimil
29. Pulmocare
30. Scandishake
31. Tolerex
32. Vivonex Ped.

מזון תרופתי לחולים במחלת דיסאוטונומיה משפחתית (Familial Dysautonomy) FD

(8)

- AlitraQ .1
- Emental Flavor pac .2
- Enfamil AR .3
- Ensure .4
- Ensure Plus .5
- Ensure with Fiber .6
- Fresubin .7
- Isocal liquid .8
- Isocal powder .9
- Isofiber .10
- Isomil .11
- Jevity .12
- L-Emental .13
- L-Emental Plus .14
- MCT Oil .15
- MCT Peptide 0-2 .16
- Neocate .17
- Neocate Advanced .18
- Nutramigen .19
- Nutren 1.0 .20
- Nutren 1.5 .21
- Nutren Junior .22
- Nutren w/fiber .23
- Osmolite .24
- Ped. Vivonex .25
- Pediasure .26
- Polycose .27
- Pregestimil .28
- Prosobee .29
- Pulmocare .30
- S Drops .31
- Scandishake .32

2. תרופות

1. א. יתווספו התרופות הבאות:

ABACAVIR + LAMIVUDINE + ZIDOVUDINE CD (Trizivir)

Tab. CF L

ACITRETIN (Neotigason)

Cap 10 mg L

Cap 25 mg L

AGALSIDASE ALFA (Replagal)

Sol. For Infusion 1 mg/ml L

CANDESARTAN (Atacand)

Tab. 8 mg L

Tab. 16 mg L

CANDESARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD (Atacand plus)

Tab. CF L

CETRORELIX (Cetrotide)

Inj. 0.25 mg L

Inj. 3.0 mg L

CYCLOSERINE (Cycloserine)

Cap. 250 mg L

DORZOLAMIDE + TIMOLOL CD (Cosopt)

Col. CF L

DURATEARS CD (Duratears)

Oc. CF L

ETANERCEPT (Enbrel)

Inj. 25 mg L

FOLLITROPIN ALFA (Gonal F)

Inj. 75 U L

Inj. 150 U L

FOLLITROPIN BETA (Puregon)

Inj. 50 U L

Inj. 100 U L

Inj. 150 U L

FOSFOMYCIN (Monurol)

Gran. 3 g L

HYPOTEARs CD (Hypotears)

Col. CF L

IMATINIB MESYLATE (Glivec)

Cap. 50 mg L

Cap. 100 mg L

IRBESARTAN (Irbán)

Tab. 75 mg L

Tab. 150 mg L

Tab. 300 mg L

IRBESARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD (Irbán plus)

Tab. CF L

ITRACONAZOLE (Sporanox)

Cap. 100 mg L

Sol. 10 mg/ml L

LIQUIFILM TEARS CD (Liquifilm tears)

Col. CF L

LOPINAVIR + RITONAVIR CD (Kaletra)

Cap. CF L

Oral Sol. CF L

LOSARTAN (Ocsaar)

Tab. 12.5 mg L

Tab. 50 mg L

LOSARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD (Ocsaar plus)

Tab. CF L

MIRTAZAPINE (Remeron)

Tab. 30 mg L

Tab. 45 mg L

OESTRADIOL VALERATE (Progynova)

Tab. 2 mg L

REFRESH CD (Refresh)

Col. CF L

RIFABUTIN (Mycobutin)

Cap. 150 mg L

ROSIGLITAZONE (Avandia)

Tab. 2 mg L

Tab. 4 mg L

Tab. 8 mg L

SPASMALGIN CD (Spasmalgin)

Tab. CF L

TEARS NATURALE CD (Tears Naturale)

Col. CF L

VALSARTAN (Diovan)

Cap. 80 mg L

Cap. 160 mg L

VALSARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD (Co-Diovan)

Tab. CF L

VISCOTEARS CD (Viscotears)

Liq. Gel CF L

ZOLEDRONIC ACID (Zomera)

Pwd. for infusion 4 mg L

ב. לתכשירים הבאים יתווספו צורות המינון הבאות:

(1) לתכשיר "AMANTADINE SULPHATE" (PK Merz infusion):
Sol for inf. 0.2 g / 500 ml..... L

(2) לתכשיר "CLADRIBINE" (Litak):
Inj. 10 mg/5 ml L

(3) לתכשיר "EPOIETIN BETA (ERYTHROPOIETIN, EPOCH)" (Recormon):
Prefilled Syringe 4,000 U L
Prefilled Syringe 6,000 U L
Prefilled Syringe 20,000 U L

(4) לתכשיר "FLUCONAZOLE" (Diflucan/Trican):
Cap. 100 mg L
Cap. 200 mg L
Powd. For susp. 50 mg/5 ml L
Powd. For susp. 200 mg/5 ml L

(5) לתכשיר "FLUDARABINE" (Fludara oral):
Tab. 10 mg L

(6) לתכשיר "WARFARIN SODIUM" (Coumadin):
Tab. 1 mg L
Tab. 2 mg L
Tab. 2.5 mg L

ג. הוראות השימוש בתרופות האמורות יהיו כדלהלן:

(1) הוראות לשימוש בתרופה ACARBOSE (Prandase):
סעיף 6 ימחק.

(2) הוראות לשימוש בתרופות CAPECITABINE, FLUDARABINE TAB, IMATINIB MESYLATE (Xeloda, Fludara oral, Glivec):

1. התרופות האמורות יינתנו לטיפול בחולי סרטן ובהתאם לכללים הבאים:

א. התרופה CAPECITABINE תינתן לטיפול במקרים האלה: (Xeloda):
א. טיפול בחולים הסובלים מסרטן שד גרורתי העמיד הן לפקליטאקסל והן למשטר כימותרפי המכיל אנתראציקלינים או בחולים העמידים לטיפול בפאקליטאקסל בהם קיימת מניעה לטיפול המשכי באנתראציקלינים (התוויה קיימת בסל).

ב. טיפול מונותרפי קו ראשון בסרטן גרורתי של המעי הגס.

ב. הוראות למתן התרופה FLUDARABINE TAB (Fludara oral):
התרופה האמורה תינתן כאחד מאלה:

1. מונותרפיה
2. בשילוב עם תכשירים כימותרפיים אחרים הניתנים במתן פומי בלבד.

ג. הוראות למתן התרופה IMATINIB MESYLATE (Glivec):
 הטיפול בתרופה האמורה יינתן לטיפול בחולי לוקמיה מיאלואידית כרונית (CML)
 כקו טיפולי שני לאחר כשלון טיפולי או עקב עמידות לטיפול באלפא אינטרפרון
 והכל בהתאם להנחיות המפורטות בחוזר מינהל רפואה 0014/2002.

2. מתן התרופות האמורות יעשה על פי מרשם של מומחה באונקולוגיה, רופא מומחה
 בהמטולוגיה, או רופא מומחה המטפל באונקולוגיה גניקולוגית, בהתאם לתחום
 ההתמחות.

(3) הוראות לשימוש בתרופה FLUCONAZOLE (Diflucan):
 התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים הבאים:

1. קריפטוקוקוזיס, כולל דלקת קרום מח קריפטוקוקאלית.
 1. Cryptococcosis, including cryptococcal meningitis. Normal hosts and patients with AIDS, organ transplants or other causes of immunosuppression may be treated. Fluconazole can be used as maintenance therapy to prevent relapse of cryptococcal disease in patients with AIDS (התוויה כלולה בסל).
2. קנדידיאזיס מוקוזאלי.
 2. Mucosal candidiasis. These include oropharyngeal, esophageal, non invasive bronchopulmonary infections, candiduria, mucocutaneous and chronic oral atrophic candidiasis (denture sore mouth). Normal hosts and patients with compromised function may be treated (התוויה כלולה בסל).
3. מניעה וטיפול בקנדידיאזיס סיסטמי בחולים העוברים השתלת מח עצם או המטופלים בכימותרפיה ציטוטוקסית ו/או טיפול בהקרנות.
 3. Prophylaxis & Treatment for systemic candidiasis in patients undergoing bone marrow transplantation who receive cytotoxic chemotherapy and/or radiation therapy (התוויה חדשה).

(4) הוראות לשימוש בתרופה ITRACONAZOLE (Sporanox):
 התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים הבאים:

1. בלסטומיקוזיס (ריאתית וחוץ ריאתית)
 1. Blastomycosis (pulmonary and extrapulmonary).
2. היסטופלסמוזיס
 2. Histoplasmosis .
3. מניעת זיהומים פטרייתיים בחולים מדוכאי מערכת חיסון הסובלים מנויטרופניה.
 3. Prevention of fungal infection during neutropenia in immunodeficient patients.

(5) הוראות לשימוש בתרופות CANDESARTAN, CANDESARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD, IRBESARTAN, IRBESARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD, LOSARTAN, LOSARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD, VALSARTAN, VALSARTAN + Atacand, Atacand Plus, Irban, Irban Plus,) : HYDROCHLOROTHIAZIDE CD (Ocsaar Plus, Diovan, Co-Diovan

התרופות האמורות ינתנו רק לחולים הסובלים מרגישות לטיפול בתכשירים השייכים למשפחת מעכבי ACE או שפיתחו תופעות לוואי לטיפול כאמור, ואשר סובלים בנוסף גם מאחד מאלה:

- א. יתר לחץ דם המלווה באי ספיקה לבבית המוגדרת כחולים הסובלים ממקטע פליטה שווה או נמוך מ-40.
- ב. יתר לחץ דם המלווה בפרוטאינוריה סוכרתית.

(6) הוראות לשימוש בתרופות INFLIXIMAB, ETANERCEPT : (Remicade, Enbrel)

א. התרופה INFLIXIMAB תינתן לטיפול במקרים האלה:

1. מחלת קרוהן פעילה בינונית עד חמורה, לצורך הקלת הסימנים והתסמינים. (התוויה כלולה בסל)

Treatment of moderately to severely active Crohn's disease for the reduction the signs and symptoms, in patients who have an inadequate response to conventional therapy.

2. חולים הסובלים ממחלת קרוהן מסוג fistulizing, לצורך הפחתת מספר ה-draining enterocutaneous fistulas. (התוויה כלולה בסל)

Treatment of patients with fistulizing Crohn's disease for the reduction of the number of draining enterocutaneous fistulas.

3. בשילוב עם METHOTREXATE, לצורך הפחתת הסימנים והתסמינים של ארתריטיס ראומטואידי בחולים שלא הגיבו לטיפול ב-METHOTREXATE. (התוויה חדשה)

In combination with methotrexate for the reduction of signs and symptoms of rheumatoid arthritis in patients who have had an inadequate response to methotrexate.

ב. התרופה ETANERCEPT תינתן לטיפול במקרים האלה:

1. לצורך טיפול בארתריטיס ראומטואידי פעיל - לאחר כשל טיפולי

ב-INFLIXIMAB או התפתחות תופעות לוואי משמעותיות בעקבות הטיפול האמור, וכאשר התגובה לתכשירים ממשפחת ה-DMARDs איננה מספקת.

1. Treatment of active RA in adults when the response to disease-modifying anti rheumatic drugs (DMARDs), including methotrexate, has been inadequate. Etanercept can be used in combination with methotrexate in patients who do not respond adequately to methotrexate alone.

2. לטיפול במחלה "ארתריטיס כרוני בצעירים" (Juvenile chronic arthritis) בילדים שמלאו להם 4 שנים וטרם מלאו להם 17 שנים הסובלים ממהלך מחלה רב-מפרקי פעיל ושלא הגיבו לטיפול ב-METHOTREXATE או שאינם מסוגלים לקבל טיפול כאמור.

2. Treatment of active polyarticular-course juvenile chronic arthritis in children aged 4 to 17 years who have had an inadequate response to, or who have proved intolerant of methotrexate.

ג. הטיפול בתרופות האמורות יינתן לטיפול בחולי ארתריטיס ראומטואידי כקו טיפולי שלישי לאחר כשלון טיפולי בתרופות המשתייכות למשפחת ה-Disease Modifying Anti Rheumatoid Drugs (DMARDs) והכל בהתאם להנחיות המפורטות בחוזר מינהל רפואה בנדון.

(7) הוראות לשימוש בתרופה ROSIGLITAZONE (Avandia) :

1. התרופה תינתן לחולים לאחר כשלון טיפולי מירבי בתכשירים במתן פומי לטיפול בסוכרת והסובלים מכל אלה :
 - א. HbA1c שווה או גבוה מ-9.
 - ב. BMI שווה או גבוה מ-30.
2. התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה באנדוקרינולוגיה או במחלות מטבוליות.
3. הטיפול בתרופה האמורה ייפסק בהתקיים אחד מאלה :
 - א. החולה פיתח תופעות לוואי לטיפול.
 - ב. ירידה ב-HbA1c של פחות מ-1% לאחר שלושה חודשי טיפול.
 - ג. החולה סובל מאחד מאלה : עליה גדולה במשקל; עליה גבוהה ברמות LDL ; בצקות קשות ; פגיעה בתפקודי הכבד.

(8) הוראות לשימוש בתרופות LOPINAVIR + RITONAVIR CD, ABACAVIR + ZIDOVUDINE CD

(Kaletra, Trizivir) :

1. התרופות האמורות יינתנו לטיפול בנשאי נגיף ה-HIV ובהתקיים אחד מתנאים אלה :
 - (1) נשא נגיף ה-HIV פיתח תסמונת הכשל החיסוני הנרכש.
 - (2) נשא נגיף ה-HIV הינו אסימפטומטי, עם ערך $CD_4 > 500$ וערך עומס נגיפי $10,000 < RNA$ בסמ"ק.
2. הטיפול בתרופה יינתן רק על פי מרשם של מנהל מרפאה לטיפול באידס במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז אידס.
3. משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות המנהל, כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה.

(9) הוראות לשימוש בתרופה FOSFOMYCIN (Monurol) :

התרופה האמורה תינתן לטיפול בזיהומים בדרכי השתן לנשים בהריון בלבד.

(10) הוראות לשימוש בתרופה MIRTAZAPINE (Remeron) :

התרופה האמורה תינתן לטיפול לאחר כשלון בטיפול תרופתי בתרופה ממשפחת ה-SSRIs (Serotonin Selective Reuptake Inhibitors)

(11) הוראות לשימוש בתרופה OCTREOTIDE (Sandostatin LAR) :

- א. התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה :
 1. לחולים הסובלים מאקרומגליה שאינה מבוקרת ע"י ניתוח, רדיותרפיה או טיפול באגוניסטים דופמינרגיים לצורך בקרה סימפטומטית והפחתת רמות GH וסומאטומדין C בפלסמה. (התוויה כלולה בסל).
 2. לחולים הסובלים מאקרומגליה שאינם מוכנים לעבור ניתוח או בתקופת הביניים עד לקבלת יעילות מלאה של טיפול ברדיותרפיה. (התוויה כלולה בסל).
 3. לחולים הסובלים מגידולים אנדוקריניים גסטרו-אנטרו-לבלביים, גידולים קרצינואידים (התוויה חדשה בסל).

(12) הוראות לשימוש בתרופה (Somatuline PR) LANREOTIDE :

א. התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה :

1. טיפול באקרומגליה (התוויה כלולה בסל).
2. טיפול בסימנים הקליניים של גידולים קרצינואידים (התוויה חדשה בסל).

(13) הוראות לשימוש בתרופות DURATEARS CD, HYPOTEAR CD, LIQUIFILM TEARS

: CD, REFRESH CD, TEARS NATURALE CD, VISCOTEAR CD

התרופות האמורות יינתנו רק לחולים הלוקים בדיסאוטונומיה משפחתית.

2. (א) תחילתו של צו זה, למעט האמור בסעיפים קטנים (ב) ו-(ג) ביום י"ז באדר התשס"ב (1 במרס 2002).

(ב) תחילתו של צו זה לעניין התרופה IMATINIB MESYLATE ביום י"ט בשבט התשס"ב (1 בפברואר 2002).

(ג) תחילתו של צו זה לעניין התרופה ROSIGLITAZONE ביום כ"א בתמוז התשס"ב (1 ביולי 2002).

3. גבית ההשתתפות העצמית ממבוטחים עבור התרופות שנוספו כאמור בסעיף זה תעשה בהתאם לכללי תוכנית הגביה שאושרה לכל אחת מקופות החולים בהתאם לסעיף 8 לחוק, כפוף לכל שינוי עתידי באותה תוכנית.

4. (א) עבור התכשירים ENSURE, ISOCAL POWDER, ISOMIL, MCT OIL, OSMOLITE, PREGESTIMIL, TOLEREX גבית ההשתתפות העצמית תעשה בהתאם לכללי תוכנית הגביה שאושרה לכל אחת מקופות החולים בהתאם לסעיף 8 לחוק, כפוף לכל שינוי עתידי באותה תוכנית.

(ב) עבור התכשירים L-EMENTAL, ALITRAQ, PEDIATRIC VIVONEX, NEOCATE ADVANCE יהיה התשלום 20% מן המחיר המרבי לצרכן של התכשיר, ובלבד שתקרת התשלום החודשית למבוטח אחד בעד כלל פרטי המזון התרופתי האמורים לא תעלה על 485 ש"ח בחודש.

(ג) התשלום בעבור שאר התכשירים המפורטים בסעיפים 1 (ב) 7 ו-11 (ב) 8 לחוזר זה (מזון תרופתי), [למעט התכשירים המופיעים בסעיף 4 (א) ו-4(ב)] יסופקו בהשתתפות עצמית של 25% ממחירם המירבי לצרכן, ובלבד שתקרת התשלום החודשית למבוטח אחד בעד כלל פרטי המזון התרופתי האמורים לא תעלה על 485 ש"ח בחודש.

5. תקרת התשלום בעד תרופות לחולה כרוני, כפי שנקבעה בתוכנית הגביה שאושרה לכל אחת מקופות החולים בהתאם לסעיף 8 לחוק, לא תחול על התכשירים האמורים.