

4. הטיפול בחולה באחת התרופות יופסק לאחר שנה מתחילת הטיפול בה בהתקיים אחד מאלה:
- (1) החולה מראה סימני החמרה מתמדת תוך כדי הטיפול ועל אף הטיפול בתרופה;
  - (2) החולה קיבל שלוש סדרות של טיפול בסטרואידים במהלך אותה השנה בשל התלקחות המחלה על אף הטיפול בתרופה כאמור.
- 2. הוראות לשימוש בתרופות**, ALDESLEUKIN, ALTRETAMINE, AMIFOSTINE, ANASTROZOLE, BICALUTAMIDE, CLADRIBINE, CLODRONATE, DEXRAZOXANE, DOCETAXEL, EPIRUBICINE, ESTRAMUSTINE, FLUDARABINE, FLUTAMIDE, GEMCITABINE, IDARUBICINE, IRINOTECAN, LENOGRASTIM, LETROZOLE, PACLITAXEL, RITUXIMAB, STREPTOZOCIN, TOPOTECAN, TRASTUZUMAB, TRETINOIN, TRIMETREXATE, UFT CD, VINORELBINE:
1. התרופה ALDESLEUKIN תינתן לטיפול בקרצינומה כלייתית ובמלנומה ממאירה מפורשת.
  2. התרופה ALTRETAMINE תינתן לטיפול בסרטן השד.
  3. התרופה AMIFOSTINE תינתן לטיפול ברעילות כלייתית הנגרמת מציספלטין.
  4. התרופה ANASTROZOLE תינתן לטיפול בסרטן השד.
  5. התרופה BICALUTAMIDE תינתן לטיפול בסרטן הערמונית.
  6. התרופה CLADRIBINE תינתן לטיפול בלוקמיה מסוג hairy cell.
  7. התרופה CLODRONATE תינתן לטיפול בהיפרקלצמיה על רקע ממאירות ובאוסטיאוליזיס על רקע ממאירות.
  8. התרופה DEXRAZOXANE תינתן לטיפול ברעילות לבבית הנגרמת מטיפול כימותרפי.
  9. התרופה DOCETAXEL ו-PACLITAXEL יינתנו לטיפול בסרטן ובהתאם לכללים האלה:
- (א) הטיפול בתרופה DOCETAXEL יינתן -
- (1) לטיפול בסרטן ריאה מתקדם מסוג non small cell.
  - (2) לטיפול בסרטן שד גרורתי, לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו;
  - (3) לטיפול בסרטן שחלה גרורתי, לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו.
- (ב) הטיפול בתרופה PACLITAXEL יינתן -
- (1) לטיפול בסרטן שד לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו;
  - (2) לטיפול בסרטן שחלה לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו;
  - (3) לטיפול בסרטן ריאה מתקדם מסוג non small cell.
- (ג) חולה שטופל באחת התרופות DOCETAXEL או PACLITAXEL, לא יהיה זכאי לטיפול בתרופה האחרת, אלא לאחר רמיסיה בת שישה חודשים לפחות.
- (ד) האמור בסעיף קטן (ג) לא יחול על טיפול באחת התרופות האמורות הניתן לסרטן שד גרורתי בשילוב עם התרופה TRASTUZUMAB.
10. התרופה EPIRUBICINE תינתן לטיפול בקרצינומה בשד, קרצינומה בריאה, קרצינומה בשחלה, קרצינומות בקיבה, סרקומום של רקמות רכות, וקרצינומה שטחית של שלפוחית השתן.
  11. התרופה EXTRAMUSTINE תינתן לטיפול בסרטן הערמונית.
  12. התרופה FLUDARABINE תינתן לטיפול תומך בלוקמיה לימפוציטית כרונית (CLL) שאינה מגיבה לטיפול אחר.
  13. התרופה FLUTAMIDE תינתן לטיפול בסרטן הערמונית.
  14. התרופה FORMESTANE תינתן לטיפול בסרטן השד.

ZINC OXIDE - CALAMINE OIL CD	Ol. KF 100 ml	K
ZINC OXIDE - COD LIVER OIL PASTE CD	Past. KF 20 g	K
ZINC OXIDE - MENTHOL LOTION CD	Lot. KF 100 ml	K
ZINC OXIDE - SULPHUR LOTION CD	Lot. 10% 100 ml	K
	Lot. 5%	K
ZINC OXIDE LOTION CD	Lot. KF 100 ml	K
ZINC OXIDE PASTE CD	Past. KF 25 g	K
ZINC SULPHATE	Tab. 220 mg	K
ZUCLOPENTHIXOL ACETATE	Inj. 100 mg/2ml	DL
	Inj. 50 mg/1ml	DL
ZUCLOPENTHIXOL DECANOATE	Inj. 200 mg/1ml	DL
	Inj. 500 mg/1ml	DL
ZUCLOPENTHIXOL DIHYDROCHLORIDE	Drop. 20 mg/1ml 25 ml	L
	Inj. 10 mg/1ml	DL
	Tab. 10 mg	L
	Tab. 2 mg	L
	Tab. 25 mg	L

### נספח (תיקון: תשנ"ז, תשנ"ח, תשנ"ט, תש"ס)<sup>3,2</sup>

#### 1. הוראות לשימוש ב-INTERFERON BETA ו-COPOLYMER

1. התרופות INTERFERON BETA או COPOLYMER (להלן, כל אחת מהן - **התרופה**) יינתנו לטיפול בטרשת נפוצה, ובהתקיים כל התנאים האלה:
  - (1) החולה מאובחן כסובל מטרשת נפוצה מסוג נסיגה נשנית (relapsing remitting) בלבד;
  - (2) למחלה ניתנה אבחנה קלינית מוגדרת (clinically definite) או אבחנה הנתמכת בבדיקת מעבדה (laboratory supported definite);
  - (3) החולה בעל כושר תנועה ואינו זקוק לתמיכה קבועה לצורכי ניידות (EDSS<5.5);
  - (4) החולה סבל פעמיים לפחות מהתלקחות של המחלה בשנתיים שקדמו לתחילת הטיפול; לענין זה, "התלקחות" - הופעת סימנים קליניים חדשים או החמרה של סימנים שהיו בעבר, הנמשכת 24 שעות לפחות, ללא חום, ולאחר תקופת יציבות או שיפור בסימנים שנמשכה 30 ימים לפחות.
2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מחלקה נוירולוגית בבית חולים ציבורי, סגנו או הרופא הבכיר האחראי על המחלקה באותה עת.

3. לא יינתנו לחולה בו-זמנית שתי התרופות האמורות.

(ב) מתן התרופות האמורות ייעשה לפי מרשם של מומחה באונקולוגיה, רופא מומחה בהמטולוגיה או רופא מומחה בגינקולוגיה המטפל באונקולוגיה גינקולוגית.

### 3. הוראות לשימוש בתרופה ABCIXIMAB.

1. התרופה תינתן לטיפול בחולי לב.
2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בקרדיולוגיה.

### 4. הוראות לשימוש בתרופות ABACAVIR, AMPRENAVIR, COMBIVIR CD, DIDANOSINE, EFAVIREN, INDINAVIR, LAMIVUDINE, NELFINAVIR, RITONAVIR, SAQUINAVIR, STAVUDINE, ZALCITABINE:

1. התרופות האמורות (להלן, כל אחת מהן - התרופה) יינתנו לטיפול בנשאי 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  $< 10000$  עותקי RNA בסמ"ק.

2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מרפאה לטיפול באיידס במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז AIDS.
3. משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות המנהל, כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה.

### 5. הוראות לשימוש בתרופות RISPERIDONE ו- OLANZAPINE לטיפול בחולי סכיזופרניה

1. הטיפול בתרופה RISPERIDONE יינתן -
  - (1) למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה, וזאת כטיפול ראשון;
  - (2) למבוטח קטין, הסובל מסכיזופרניה או מפסיכوزה אחרת, וזאת כטיפול ראשון;
2. הטיפול בתרופה OLANZAPINE יינתן -
  - (1) למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה, ובהתקיים אחד מהתנאים האלה:
    - (א) המטופל מוגדר כבעל קווי התנהגות תוקפניים, וכטיפול ראשון;
    - (ב) המטופל לא הגיב לטיפול ב-RISPERIDONE או פיתח תופעות לווי קשות לטיפול כאמור;
  - (2) למבוטח קטין, הסובל מסכיזופרניה או מפסיכוזה אחרת, וכטיפול ראשון;
  3. התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של מנהל מחלקה בית חולים או של מנהל מרפאה שהם רופאים מומחים בפסיכיאטריה או בספיקיטריה של הילד והמתבגר, לפי הענין;
  4. לא יינתנו לחולה בו בזמן שתי התרופות האמורות.

### 6. הוראות לשימוש בתרופה ACARBOSE

1. התרופה האמורה תינתן לטיפול בסוכרת, ובהתקיים אחד מתנאים אלה:
  - (1) מצבו של החולה לא התאזן על אף טיפול היפוגליקמי פומי שניתן לו וישנה התוויית נגד למתן אינסולין לחולה;
  - (2) ישנה התוויית נגד לטיפול היפוגליקמי פומי אחר בחולה.
2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באנדוקרינולוגיה או במחלות מטבוליות.

### 7. הוראות לשימוש בתרופה INSULIN LISPRO

1. התרופה האמורה תינתן לטיפול בסוכרת, ובהתקיים כל התנאים המפורטים להלן:
  - (1) לחולה סוכרת נעורים (IDDM) בלבד;
  - (2) המטופל אינו מאוזן היטב בטיפול באינסולין רגיל (מקבל טיפול אינטנסיבי של לפחות ארבע זריקות ביום);
  - (3) לדעת הרופא המטפל, המעבר מטיפול באינסולין רגיל ישפר את איכות חייו של החולה, ימנע עליה במשקלו או יפחית אירועים היפוגליקמיים.

15. התרופה GEMCITABINE תינתן לטיפול במקרים האלה:

- (1) סרטן ריאה גרורתית מסוג non small cell.
- (2) אדנוקרצינומה גרורתית של הבלבב לאחר טיפול ב-5FU.
16. התרופה IDARUBICINE תינתן לטיפול במקרים האלה:
  - (1) לוקמיה שאינה לימפוציטית חריפה;
  - (2) לוקמיה לימפוציטית חריפה.
17. התרופה IRINOTECAN תינתן לטיפול בסרטן המעי הגס מתקדם (גם כטיפול ראשון).
18. התרופה LENOGRASTIM תינתן לטיפול במקרים האלה:
  - (1) הפחתת נויטרופניה וסיבוכים אחרים בחולים העוברים השתלת מוח עצם או המטופלים בכימותרפיה המלווה ב-febrile neutropenia;
  - (2) ניווד אוטולוגי של תאי אב היקפיים של תאי דם.
19. התרופה LETROZOLE תינתן לטיפול בסרטן השד.
20. התרופה RITUXIMAB תינתן לטיפול בלימפומה מסוג non hodgkins.
21. התרופה STREPTOZOCIN תינתן לטיפול בסרטן הבלבב.
22. התרופה TOPOTECAN תינתן לטיפול במקרים האלה:
  - (1) לטיפול בסרטן שחלה גרורתית לאחר כשל בטיפול קודם בתקופה אחרת המיועדת להתוויה זו;
  - (2) לטיפול בסרטן ריאה מסוג small cell לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו.
23. התרופה TRASTUZUMAB תינתן לטיפול בסרטן שד גרורתית ובהתקיים כל התנאים האלה:
  - (א) התחלת הטיפול תיעשה בהתקיים כל התנאים האלה:
    - (1) המטופל אובחן כסובל מסרטן שד גרורתית;
    - (2) מצבו התפקודי של המטופל מוגדר כסביר טוב (בין 0-2) לפי ה-Performance Score (Ps);
    - (3) קיימת עדות להימצאות HER 2 חיובי ברמה של 2+ ומעלה (כפי שייקבע בבדיקה כמותית).
    - (4) לאחר מיצוי הטיפול ב-ADRIAMICIN ו-PACLITAXEL או DOCETAXEL.
  - (ב) המשך הטיפול בתרופה האמורה, לאחר שני חודשי טיפול, יינתן בהתקיים אחד מהתנאים האלה:
    - (1) תגובה של נסיגה מלאה של המחלה (CR);
    - (2) תגובה של נסיגה חלקית של המחלה (PS);
    - (3) שיפור קליני בולט (לפחות דרגה אחת ב-PS);
    - (4) שיפור בסימפטומטולוגיה (כגון הפחתה בכאבי עצמות וצריכה מופחתת של משככי כאבים).
- (ג) על אף האמור בפסקה (ב), ייפסק הטיפול בתרופה האמורה לאחר שני חודשי טיפול בהתקיים אחד מאלה:
  - (1) הופעת גרורות חדשות;
  - (2) היעדר ראייה להקטנת גרורות קיימות (כפי שייקבע ב-CT, U/S או צילום רנטגן);
  - (3) החמרת המצב הקליני (שייקבע לפי ירידה בדרגות תפקוד לפי PS);
  - (4) ראייה לאי ספיקת לב הולכת ומחמירה;
  - (5) הופעת גוש חדש, בבדיקה פיסיקלית;
  - (6) קיום ראייה אחרת להתקדמות המחלה.
24. התרופה TRETINOIN תינתן לטיפול בלוקמיה פרומילוציטית חריפה.
25. התרופה UFT CD תינתן לטיפול בסרטן המעי הגס.
26. התרופה VINORELBINE תינתן לטיפול במקרים האלה:
  - (1) סרטן השד;
  - (2) סרטן ריאה מסוג non small cell.

2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בהמטולוגיה או רופא מומחה בהמטו-אונקולוגיית ילדים.

**16. הוראות לשימוש בתרופה EPOPROSETENOL :**

התרופה תינתן לטיפול ביתר לחץ ריאתי ראשוני, ובהתאם לכללים האלה :

1. החולה מוגדר כ- NYHA כ- CLASS III או כ- CLASS IV.
2. התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של מנהל מחלקה בבית חולים שהוא רופא מומחה למחלות ריאה או רופא מומחה בקרדיולוגיה או רופא מומחה בטיפול נמרץ כללי או רופא מומחה בכירורגיית כלי דם או רופא מומחה בקרדיולוגיית ילדים או רופא מומחה במחלות ריאה ילדים או רופא מומחה בטיפול נמרץ ילדים ;
3. המשך הטיפול בתרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה למחלות ריאה או רופא מומחה בקרדיולוגיה או רופא מומחה בטיפול נמרץ כללי או רופא מומחה בכירורגיית כלי דם או רופא מומחה בקרדיולוגיית ילדים, או רופא מומחה במחלות ריאה או רופא מומחה בטיפול נמרץ ילדים.

**17. הוראות לשימוש בתרופה MYCOPHENOLATE MOFETIL :**

1. התרופה תינתן לטיפול במושתלי כליה ;
2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באימונולוגיה קלינית או רופא מומחה העוסק בתחום ההשתלות.
18. **הוראות לשימוש בתרופה TACROLIMUS :**
  1. התרופה תינתן לטיפול במושתלי כליה וכבד ;
  2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באימונולוגיה קלינית או רופא מומחה העוסק בתחום ההשתלות.

**19. הוראות לשימוש בתרופה PAMIDRONATE DISODIUM :**

1. התרופה תינתן לטיפול בהיפרקלצמיה (יתר סידן דמי) הנובע מגידול ממאיר וכן לטיפול בחולי מיאלומה נפוצה ( MULTIPLE MYELOMA) הסובלים מגרורות בעצמות.
2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באונקולוגיה או רופא מומחה בהמטולוגיה או רופא מומחה בהמטו-אונקולוגיית ילדים.

**20. הוראות לשימוש בתרופות ALFUZOSINE HYDROCHLORIDE, TERAZOSIN HYDROCHLORIDE DOXAZOSIN :**

**MESYLATE :**

1. התרופות יינתנו לטיפול בהגדלה שפירה של בלוטת הערמונית.
2. התרופה תינתן על פי מרשם של רופא מומחה באורולוגיה.

**21. הוראות לשימוש בתרופה GLIPIZIDE :**

1. התרופה תינתן לחולי סוכרת מטיפוס 2 (NIDDM) הנמצאים בסיכון גבוה ללקות באירועים היפוגליקמיים כתוצאה מטיפול בגליבנקלאמיד (גליבוריד), חולים מעל גיל 75 או חולים עם אי ספיקת כליות.
2. תחילת הטיפול בתרופה תיעשה על פי מרשם של רופא מומחה באנדוקרינולוגיה או רופא מומחה בהמטולוגיה או רופא מומחה בהמטו-אונקולוגיה או רופא מומחה בהמטולוגיה או רופא מומחה בהמטו-אונקולוגיית ילדים.

**22. הוראות לשימוש בתרופה DIACEREIN :**

הטיפול בתרופה יינתן לחולים עם אוסטיוארטריטיס מוכחת של מפרק הירך או הברך, לאחר כישלון טיפולי בתרופות מסוג NSAID.

**23. הוראות לשימוש בתרופה ANAGRELIDE :**

1. התרופה תינתן לטיפול בתרומבוציטימיה ראשונית, ורק אם ערך ספירת התרומבוציטים גדול מ- 1,000,000 ;
2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בהמטולוגיה או רופא מומחה בהמטו-אונקולוגיית ילדים.

**24. הוראות לשימוש בתרופות ALENDRONATE RALOXIFENE ו- SODIUM :**

1. התרופות האמורות יינתנו לטיפול באוסטיאופורוזיס ובהתאם לכללים האלה :

2. התרופה תינתן על פי מרשם של רופא מומחה באנדוקרינולוגיה או במחלות מטבוליות או רופא במרפאה שהמנהל הכיר בה כמרפאה סוכרת.

**8. הוראות לשימוש בתרופה DORNASE ALFA :**

התרופה האמורה תינתן לטיפול בלייפת כיסתית (סיסטיק פיברוזיס), ובהתאם לכללים האלה :

1. כל חולה בלייפת כיסתית (סיסטיק פיברוזיס) יהיה זכאי לטיפול בתרופה בהנחה שאין מניעה רפואית לנתינתה, במשך שלושה חודשים לכל היותר, על פי מרשם של רופא מומחה למחלות ריאה או ברפואת ילדים.
2. המשך הטיפול בתרופה האמורה, לאחר שלושת החודשים הראשונים לטיפול, יינתן גם הוא על פי מרשם כאמור ובלבד שחל שיפור במצב החולה ; ואם ניתנו הוראות של המנהל בענין - לפי הוראותיו.

**9. הוראות לשימוש בתרופה RIBAVIRIN :**

1. התרופה האמורה תינתן לטיפול בדלקת נגיפית מסוג C ובהתקיים התנאים האלה :

- (1) החולה סובל מהתלקחות חוזרת של המחלה ;
- (2) החולה טופל בעבר בתרופה INTERFERON ALFA.
2. התרופה יינתן על פי מרשם של רופא מומחה לגסטרואנטרולוגיה, גסטרואנטרולוגיית ילדים או מחלות זיהומיות.

**10. הוראות לשימוש בתרופה RILUZOLE :**

התרופה תינתן לטיפול בטרשת אמיולוטרופית לטרלית (ALS) ובהתאם לכללים האלה :

1. התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי מרשם של מנהל מחלקה בבית חולים או של מנהל מרפאה שהם רופאים מומחים בניירולוגיה ;
2. ניתן מרשם כאמור, ייעשה המשך הטיפול בה על פי מרשם רגיל של רופא.

**11. הוראות לשימוש בתרופה PAROXETINE :**

1. התרופה תינתן לטיפול בהתקפי אימה (panic disorder) או בהפרעה אובססיבית כפייתית (obsessive compulsive disorder) ;
2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד המתבגר.

**12. הוראות לשימוש בתרופה DORZOLAMIDE HYDROCHLORIDE :**

התרופה תינתן לטיפול ביתר לחץ עיני ובגלאוקומה עם זווית פתוחה, ובהתקיים הכללים האלה :

1. התרופה תינתן אך ורק לחולים הלוקים באי ספיקת לב או באסטמה כרונית או לאחר כישלון בטיפול בתרופות המשתייכות למשפחת חוסמי בטא.
2. התרופה תינתן על פי מרשם של רופא מומחה ברפואת עיניים.

**13. הוראות לשימוש בתרופה GABAPENTIN, LAMOTRIGINE, TOPIRAMATE :**

1. התרופות יינתנו לטיפול באפילפסיה, ורק אם החולה אינו מאוזן על ידי טיפול בתרופה אנטי אפילפטית אחרת, כגון CARBAMAZEPINE, VALPROIC ACID, PHENYTOIN PRIMIDONE ;
2. מתן התרופות ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בניירולוגיה.

**14. הוראות לשימוש בתרופות PERGOLIDE, ROPINIROLE :**

1. התרופות יינתנו לטיפול בפרקינסון ;
2. לא יינתנו שתי התרופות בו בזמן ;
3. מתן התרופות ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בניירולוגיה.

**15. הוראות לשימוש בתרופה EPTACOG ALFA :**

1. התרופה תינתן לטיפול בהמופיליה, ורק אם החולה פיתח רמה בינונית עד גבוהה של מעכבים לפקטורי קרישה VII ו- IX ונמצא במצב של דימום חמור ;

**27. הוראות לשימוש בתרופה ENOXAPARIN (LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARIN):**

- הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:
- (1) טיפול מניעתי בהפרעות תרומבואמבוליות ממקור ורידי לרבות ניתוח אורתופדי או ניתוח כללי;
  - (2) מניעת פקקת במחזור החוץ-תאי (extracorporeal circulation) במהלך המודיאליזה;
  - (3) טיפול בפקקת של הורידים העמוקים;
  - (4) טיפול נוגד קרישה במקרים המחייבים טיפול ב-Heparin;
  - (5) טיפול משולב עם ASPIRIN בתעוקת חזה בלתי יציבה ובאוטם שריר לב מסוג Non-Q-Wave;
  - (6) טיפול בתסחיף ריאתי.

**28. הוראות לשימוש בתרופה EPTIFIBATIDE:**

- התרופה האמורה תינתן כטיפול משלים למניעת סגירה פתאומית של כלי הדם הכלילי המטופל וסיבוכי לב איסכמיים חריפים מלווים ב-
- (1) הרחבה מילעורית כלילית (PTCA);
  - (2) אנגיפלסטיה בעזרת בלון;
  - (3) אתרקטומיה כיוונית;
  - (4) אתרקטומיה טרנסלומינלית לעקירת צנתר;
  - (5) אנגיפלסטיה רוטציונלית אבלטיבית;
  - (6) אנגיפלסטיה מסוג excimer laser.

**29. הוראות לשימוש בתרופה TIROFIBAN:**

- התרופה האמורה תינתן לטיפול בתסמונות איסכמיות כליליות לחולים העוברים אנגיפלסטיה כלילית או ארתקטומיה כלילית, וזאת לצורך מניעת סיבוכים איסכמיים לבביים הקשורים לסגירה פתאומית של העורק הכלילי המטופל.

**30. הוראות לשימוש בתרופה FILGRASTIM:**

1. הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:
  - (1) טיפול בליקופניה מסכנת חיים שנגרמה כתוצאה מטיפול כימותרפי ציטוטוקסי לממאירות מסוג non myeloid או מטיפולים מיילוסופרסיביים בחולים העוברים השתלת מוח עצם;
  - (2) טיפול בנויטרופניה כרונית חמורה;
  - (3) טיפול לצורך העלאת הספירה הנויטרופילית והפחתת זיהומים בילדים ומבוגרים הסובלים מנויטרופניה מולדת חמורה, נויטרופניה ציקלית או נויטרופניה אידיופאטית ושסבלו מזיהומים משמעותיים מבחינה קלינית ומ-3 אירועים של נויטרופניה בשנה האחרונה.
2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בהמטולוגיה, אונקולוגיה או המטו-אונקולוגיה.

**31. הוראות לשימוש בתרופה FOSCARENT:**

- התרופה תינתן לתרופה בדלקת ברשתית הנגרמת מ-CMV (CYTO MEGALOVIRUS) ורק אם המטופל לא הגיב לטיפול בתרופה GANCICLOVIR.

**32. הוראות לשימוש בתרופה LANSOPRAZOLE:**

- הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:
- (1) טיפול בכיב בתריסריון ובכיב קיבה שפיר;
  - (2) טיפול בדלקת של הושט;
  - (3) ריפוי, טיפול לטווח וטיפול אחזקה (maintenance therapy) בחולים הלוקים במחלת החזר הושטי או בכיב בתריסריון;
  - (4) מניעת הישנות המחלה בחולים הלוקים במחלת החזר הושטי או בכיב בתריסריון.
  - (5) הכחדה של החיידק Helicobacter pylori ממערכת העיכול העליונה בחולים הסובלים מכיב בתריסריון, כיב שפיר וגסטריטיס.

**33. הוראות לשימוש בתרופה OMEPRAZOLE:**

- הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:
- (1) טיפול בכיב בתריסריון ובכיב קיבה;

א. למטופלות, בכל מקרה של אוסטיאופורוזיס:

- (1) עם שבר אוסטיאופורוטי קיים;
  - (2) עם T score (הפרש בין צפיפות העצם של המטופל לבין צפיפות העצם הממוצעת לאדם באוכלוסיה) הנמוך מ-3.5 - ;
  - (3) בנשים מעל גיל 65 שנים עם T score הנמוך מ-2.5 - ;
  - (4) שנגרמה מאחת המחלות הידועות כגורמות לו.
- ב. למטופלים ומטופלות בכל מקרה של אוסטיאופורוזיס שנגרם כתוצאה מטיפול בתכשיר גלוקוקרטיקואידי ובהתאם לחלוקה הזו:
- (1) ALENDRONATE SODIUM - למטופלים ולמטופלות;
  - (2) RALOXIFENE - למטופלות בלבד.
2. לא יינתנו שתי התרופות האמורות בו בזמן.

**25. הוראות לשימוש בתרופה CLOPIDOGREL:**

- התרופה האמורה תינתן לטיפול מניעתי של אירועים איסכמיים ובהתקיים אחד מתנאים אלה:
- (1) המטופל אינו יכול להשתמש באספירין בשל ריגות יתר או כל הורייט נגד (Contraindication) אחרת;
  - (2) המטופל פיתח תופעות לוואי לטיפול באספירין.

**26. הוראות לשימוש בתרופות DONEPEZIL, RIVASTIGMINE:**

1. התרופות האמורות יינתנו לטיפול סימפטומטי במחלת אלצהיימר ובהתקיים כל התנאים האלה:
  - (1) עברה שנה מאז אובחן המטופל כסובל ממחלת אלצהיימר (Probable Alzheimer's disease), לפי הנחיות המכון הניורולוגי הלאומי האמריקני (NINCDS ADRDA) או על פי קטגוריות מחלה DSM IV -ה- 290.10/290.0 שלפי ה- (הגדרות האיגוד האמריקני לפסיכיאטריה);
  - (2) המטופל סובל ממחלה בדרגת חומרה קלה או בינונית לפי הדירוג הקליני של שיטיון (קביעת חומרת המחלה תיעשה לפי סולם ההערכה CDR);
  - (3) המטופל דורג על ידי Mini-mental State Exam Score (MMSE) כנכלל בדירוג בין 10 ל-26 -;
  - (4) במטופל מתקיימים תנאים אלה:
    - (א) הוא מסוגל ללכת באופן עצמאי או בעזרת הליכון/מקל;
    - (ב) המטופל לא סובל מאחד מהמצבים הלאה:
      - (1) מחלות נפשיות או ניורולוגיות;
      - (2) מחלות פעילות של מערכת העיכול, הכבד, הכליות, המערכת האנדוקרינית, המערכת הקרדיו-וסקולרית;
      - (3) סוכרת שאינה ניתנה לטיפול באופן יעיל באמצעות תרופות, COPD, מחלות המטבוליות או אונקולוגיות;
      - (4) התמכרות לאלכוהול או לסמים;
      - (5) אלרגיה למעכבי האנזים כולין אסטראז;
    - (ג) החולה המטופל באופן אמבולטורי בבית ואינו מאושפז במוסד או בבית חולים כללי;
    - (ד) היתה המטופלת אישה - בהתקיים גם התנאי שחלפו שנתיים לפחות מאז הפסקת המחזור או כריתת רחם או שחלות.
2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בפסיכוגריאטריה, פסיכיאטריה, ניורולוגיה, או גריאטריה שהוא אחד מאלה:
  - (1) מנהל יחידה לזיכרון, שיטיון, יחידה נירו-התנהגותית או יחידה להערכה קוגניטיבית;
  - (2) מנהל מחלקה או מרפאה במקצוע התמחותו.
3. הטיפול התרופתי במטופל יופסק באחד או יותר מהמצבים האלה:
  - (1) הופעה תופעות לוואי חמורות או מסוכנות;
  - (2) הידרדרות קוגניטיבית המתבטאת בשינוי לרעה ב-MMSE של יותר מ-3 נקודות במהלך 6 חודשים או שינוי לרעה ב-ADAS-Cog (Alzheimer's disease assessment scale) של יותר מ-4 נקודות במהלך 6 חודשים;
  - (3) הידרדרות בחומרת המחלה לדרגה חמורה (Severe).

**37. הוראות לשימוש בתרופה BOTULINUM TOXIN A:**

הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:

- (1) הקלה סימפטומטית של עווית העפעף (Blepharospasm) או הפרעות של עצב VII בחולים מעל גיל 12;
- (2) טיפול בעווית של מחצית הפנים ובפגיעה מוקדית נלווית במתח השרירים (associated focal dystonia), וכן תיקון פזילה בחולים מגיל 12 ומעלה.
- (3) הפחתת הסימנים והתסמינים של פגיעה צווארית במתח השרירים (cervical dystonia) במבוגרים;
- (4) טיפול בדפורמציה של כף הרגל הנובעת מספסטיות בילדים הסובלים משיתוק מוחין מגיל שנתיים ומעלה.

**38. הוראות לשימוש בתרופה PREDNISOLONE SYRUP:**

הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:

- (1) מצבים אלרגיים: שליטה על מצבים אלרגיים חמורים או מגבילים שלא הגיבו לטיפול קונבנציונלי;
- (2) הפרעות המטולוגיות;
- (3) טיפול תומך בלוקמיה חריפה של הילדות, לוקמיות ולימפומות במבוגרים.

**39. הוראות לשימוש בתרופה MIDODRINE:**

התרופה תינתן לטיפול בירידה בלחץ הדם כתוצאה משינוי בתנוחה (Orthostatic Hypotension) ורק אם החולה לוקה בדיסאאוטונומיה משפחתית.

**3. הוראת שעה**

גביית ההשתתפות העצמית ממבוטחים בעבור התרופות שנוספו כאמור בצו זה, תיעשה בהתאם לכללי תכנית הגביה שאושרה לכל אחת מקופות החולים בהתאם לסעיף 8 לחוק, כפוף לכל שינוי עתידי באותה תכנית.

(2) טיפול לטווח ארוך וטיפול אחזקה (maintenance therapy) בדלקת של הושט;

(3) טיפול אחזקה למניעת הישנות המחלה בחולים הלוקים בכיב פפטי שאיננו מגיב לטיפול;

(4) הכחדה של החיידק Helicobacter pylori המלווה כיב פפטי, ובשילוב עם אנטיביוטיקה;

(5) טיפול בתסמונת זולינגר-אליסון;

(6) טיפול ומניעה של כיבים בתריסרון, כיבים קיבתיים או שחיקות קיבתיים בחולים בסיכון גבוה, הנובעים מטיפול בתרופות אנטי דלקתיות שאינן סטרואידים (משפחת NSAID).

**34. הוראות לשימוש בתרופה OXCARBAZEPINE:**

התרופה תינתן לטיפול בחולי אפילפסיה ורק אם החולה אינו מאוזן על ידי טיפול בשתי תרופות אנטי אפילפטיות מהודר הישן (CARBAMAZEPINE, VALPROIC ACID, PHENYTOIN, PRIMIDONE)

**35. הוראות לשימוש בתרופה OXYCONTIN SYRUP:**

התרופה תינתן לטיפול בכאב ובהתקיים אחד מתנאים אלה:

(1) המטופל הוא קטין;

(2) המטופל מתקשה בבליעה.

**36. הוראות לשימוש בתרופה MONTELUKAST -**

1. התרופה האמורה תינתן לטיפול באסטמה קלה ובינונית ובהתקיים כל התנאים האלה:

(1) המטופל מצוי בין הגילים 6-18;

(2) המטופל משתמש בסטרואידים במתן פומי או בשאיפה;

2. התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה ברפואת ריאות ילדים או מומחה באלרגיה;

3. הטיפול בתרופה האמורה ייפסק לאחר שלושה חודשי טיפול אם לא חל שיפור במצבו של המטופל כפי שייקבע על בסיס תפקודי ריאות או לאור הפסקת הטיפול בסטרואידים.



(B)	תוספת שניה (תיקון : תשנ"ז, תשנ"ט) <sup>2</sup> (סעיף 2)
BENZOCAINE - THYROTHRIN CD BETAMETHASONE	<b>בשקלים חדשים</b> 4 1. התשלום הרגיל בעד מנת תרופה בסעיף זה, "מנת תרופה" - הינה כל אחת מהאפשרויות הבאות: (א) עד 10 טבליות, כמויות או טבליות וגינליות. (ב) בקבוק אחד מכל הסוגים. (ג) שפופרת אחת או קופסת משחה אחת (למעט התרופות המפורטות בחלקים 1 ו-3 שלהלן). (ד) עד 12 נרות מכל הסוגים. (ה) עד 6 זריקות (למעט תרופות לטיפול פוריות). (ו) תרסיס (משאף) אחד מכל הסוגים (למעט אלה המופיעים בחלק 3 שלהלן). (ז) קופסה אחת של אבקה או צמחים עד 100 גרם.
(C)	2. התשלום עבור 20 טבליות של כל אחת מהתרופות הכלולות ברשימה בחלק 1 שלהלן, למנה
CHLORDIAZEPOXIDE HYDROCHLORIDE CHLORPHENIRAMINE MALEATE	3. התשלום עבור תרופות הניתנות במנות אחזקה חודשיות מפורט בחלק 2 שלהלן 4. התשלום עבור "מנת תרופה" לתרופות המפורטות בחלק 3 שלהלן
(D)	5. התשלום עבור תרופות לטיפול פוריות, עבור כל זריקה מאלה המפורטות בחלק 4 שלהלן
DIPHENOXYLATE -ATROPINE CD. DIMENHYDRINATE	6. תשלום עבור אריזה של תרופה בתשלום מיוחד מאלה המפורטות בחלק 5 שלהלן 7. התרופות בתשלום 50% ממחיר התרופה על בסיס העלות, מפורט בחלק 6 שלהלן
DEXCHLORPHENIRAMIN - PSEUDOEPHEDRINE CD	8. רשימת התרופות הפטורות מתשלום מפורט בחלק 7 שלהלן
(E)	9. רשימת התרופות הניתנות בתשלום מלא (על פי תעריף קופת חולים הכללית) מפורט בחלק 8 שלהלן
ENCYPALMED CD ETHINYL ESTRADIOL (ETHINYLOESTRADIOL)	10. גולות למניעת הריון הניתנות לצורכי טיפול 11. תרופות למניעת מלריה הניתנות לצורכי טיפול, כל 10 טבליות
(F)	12. תשלום עבור אריזה של תרופה בתשלום מיוחד מאלה המפורטות בחלק 5 שלהלן
FOLIC ACID FERROUS CALCIUM CITRATE FERROUS SULPHATE	8. רשימת התרופות הפטורות מתשלום מפורט בחלק 7 שלהלן
(G)	9. רשימת התרופות הניתנות בתשלום מלא (על פי תעריף קופת חולים הכללית) מפורט בחלק 8 שלהלן
GRISEOFULVIN	10. גולות למניעת הריון הניתנות לצורכי טיפול 11. תרופות למניעת מלריה הניתנות לצורכי טיפול, כל 10 טבליות
(H)	6
HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE	4
(I)	<b>חלק 1: מנת תרופות בתשלום של 3.00 שקלים חדשים</b>
IBUPROFEN INDOMETHACIN (CAP.)	<b>א. כל 20 טבליות מהתרופות שלהלן:</b>
(L)	<b>(A)</b>
LAXATIVE COMP CD LORAZEPAM	ACETYLSALICYLIC ACID ALUMINIUM HYDROXIDE -MAGNESIUM HYDROXID - CD AMPICILLIN ASCORBIC ACID (VITAMIN C) ATROPIN - PAPAVERIN CD

ALCOHOL 70% (50 ML)	(M)	
CHAMOMILE FLOWERS		
DIMETHICONE CREAM	MEDROXPPROGESTERONE	ACETATE METRONIDAZOLE
HYDROGEN PEROXIDE 3%		MUSCOL CD
GLYCEROL (GLYCERIN) SUPP.		
PHENOXYMETHYL PENICILLIN POT. (PENICILLIN V POT.)(SYR)	(N)	
POVIDONE IODINE		NITRAZEPAM
SOFT PARAFFIN		
SPIRT SALICYL	(O)	
TETRACYCLINE HYDROCHLORIDE(OINT)		OXAZEPAM
<b>ג. כל משחות העיניים, למעט אלה שבחלק 3</b>		
	(P)	
<b>חלק 2: תרופות הניתנות במנות אחזקה חודשיות בצמוד לכרטיס מעקב והתשלום עבורו</b>		
<b>א. להלן רשימת הקבוצות הפרמקותרפויטיות של התרופות במנות אחזקה חודשיות:</b>		
ANTICONSULSANTS AGENTS		PHENAZOPYRIDINE HYDROCHLORIDE
ANTICOAGULANTS AGENTS		PREDNISONE
ANTIDIABETIC AGENTS		PROPANTHELINE BROMIDE
ANTIDEPRESSANTS AGENTS		PROMETHAZINE HYDROCHLORIDE
ANTIMANIC AGENTS		PYRIDOXINE HYDROCHLORIDE (VITAMIN B6)
* ANTINEOPLASTIC AGENTS	(R)	
ANTILIPEMIC AGENTS		
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		REKIV CD
* ANTITUBERCULARS AGENTS		ROTER CD
CARDIAC DRUGS	(S)	
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS AND DIURETICS & POTASSIUM CHLORIDE		
HYPOTENSIVE AGENTS		SILAIN GEL CD
* PITUITARY		SODIUM BICARBONATE
		SODIUM FLUORIDE
MISCELLS ANTIGLAUCOMA AGENTS	(T)	
* PITUITARY		
THYROID AND ANTITHYROID AGENTS TRANQUILIZERS		SALBUTAMOL SULPHATE (ALBUTEROL SULFHATE) SENNOSIDES A&B
URICOSURIC AGENTS & COLCHICINE		THEOPHYLLINE SODIUM GLYCINATE THEOPHYLLINE
VASODILATING AGENTS *תרופות הפטורות מתשלום		TERBUTALIN SULPHATE
		TETRACYCLINE HYDROCHLORIDE
	(V)	
		VITAMIN A PALMITATE
		VTTAMIN B COMPLEX CD
		VITAMIN E (ALPHA TOCOPHEROL)
	(Z)	
		ZINC SULPHATE
		<b>ב. אריזה אחת של התרופות הבאות:</b>

**154 פרק 13: ביטוח בריאות ממלכתי, צו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות) (תוספת שניה)**

CHLORIDE

ב. להלן רשימת התרופות במנות אחזקה חודשיות לפי מחלות:

**בשקלים חדשים**

9	100 TAB. THYROXINE SODIUM
4	30 TAB. WARFARIN SODIUM
	ה. אינסולין: עבור כל סוג של אינסולין
9	(כמות חודשית) -
	ו. בעד כל אחת מהתרופות הבאות:
27	לכל הכמות הדרושה לטיפול חודשי
	LOVASTATIN
	PRAVASTATIN
	SIMVASTATIN
	TICLOPIDINE
	ז. בעד תרופה המשתייכת לקבוצת תרופות
	הניתנת במנת אחזקה חודשית גם אם נרשמה
9	במרשם רגיל

**חלק 3: תרופות בתשלום של 9.00 שקלים חדשים**

א. מנה של עד 10 טבליות, כמוסות, וטבליות וגינליות המפורטים להלן:

	ACYCLOVIR
	CEFACTOR
	CEFUROXIME AXETIL
	CIMETIDINE
	CIPROFLOXACIN
	CLOTRIMAZOLE (1 BOX VAGIN. TAB)
	CO-AMOXICLAV (AMOXICILLIN-CLAVULANIC ACID)
	FAMOTIDINE
	NORFLOXACIN
	OFLOXACIN
	OMEPRIZOLE
	RANTIDINE

ב. בעד כל משאף המפורט להלן:

	BECLOMETHAZONE DIPROPIONATE
	BUDENOSIDE
	CROMOGLYCATE (CROMOLYN SODIUM)
	NAFARELIN
	NSDOCROMIL SODIUM

ג. בעד אנמות המפורטות להלן:

	BETAMETHASONE SODIUM
	PHOSPATE (עד 7 שפורות)
	MESALAZINE
	(עד 7 שפורות) (5 - AMINOSALICYLIC ACID)
	MICROLET CD (עד 6 שפורות)

ד. ארזית משחה, נוזלים או אבקה כמפורט להלן:

	ACYCLOVIR EYE OINT
	AGIOLAX CD

AIDS:  
ZIDOVUDINE  
ADDISON'S DISEASE:  
CORTICOSTEROIDS (REPLACEMENT THERAPY)

SODIUM CHLORIDE  
COLITIS ULCEROSA:  
SULPHASALAZINE  
MESALAZINE  
OSALAZINE  
CYSTIC FIBROSIS:  
DIGESTANTS & ENZYMES  
ANTIBIOTICS , VITAMINS  
DIALYSIS PATIENTS:  
ALPHA CALCIDOL ALUMINIUM HYDROXIDE  
CALCIUM PREP. DIHYDROTACHYSTEROL  
SECALCIFEROL

FAMILIAL MEDIT. FEVER (FMF):

COLCHICIN  
HYPERTROPHY OF PROSTATE:  
PHENOXYBENZAMINE , URGENIN CD  
HYPOPARATHYROIDISM :  
CALCIUM PREP. ALPHACALCIDOL,  
DIHYDROTACHYSTEROL

MULTIPLE MYELOMA:  
CORTICOSTEROIDS  
MULTIPLE SCLEROSIS :  
BACLOFEN , CORTICOSTEROIDS  
MYASTHENIA GRAVIS:  
NEOSTIGMINE , PYRISTIGMINE  
WILSONS DISEASE CYSTINURIA  
ALKASOLVE CD, PENICILLAMINE  
THALASSEMIA  
DESFERIOXAMINE MESYLATE  
TRANSPLANTED PATIENTS  
AZATHOPRINE (MIURAN)  
CYCLOSPORINE  
STERIODS

**בשקלים חדשים**

	ג. א. עד 90 טבליות או
9	כמוסות -
	ב. כל כמות חודשית מעל
18	ל- 90 טבליות או כמוסות -
	ג. בעד התרופות המשתייכות
	לקבוצות הפרמקותרפיות:
	CORONARY VASODILATING
	AGENTS HYPOTENSIVE AGENTS
	התשלומים כדלקמן:
	1. כאשר הרופא המטפל קבע מינון יומי
9	של 4 טבליות או כמוסות, עד 120 טבליות
18	2. מעל לכמות של 120 טבליות,
	ד. תרופות בתשלום מופחת:
	40 TAB. DIGOXIN
4	30
	TAB. PERPHENAZINE
	(TAB 4 MG)
	100
9	TAB. POTASSIUM

SUMATRIPTAN  
SALMETROL  
TRETINOIN

### חלק 7: התרופות הפטורות מתשלום

#### א. תרופות הנכללות בקבוצה פרמקותרפויטית:

ANTITUBERCULARS  
ANTINEOPLASTIC AGENTS  
HEMOSTATICS (רק לחולי המופיליה)  
ANTI - INHIBITOR COAGULATION COMPLEX  
ANTIHEMOPHILIC FACTOR  
DIAGNOSTIC AGENTS:  
רק תכשירים הניתנים בתוך מכון רנטגן, מעבדה, וכי  
PITUITARY:  
DESMOPRESSIN (DIABETES INSIPIDUS - רק ל)  
SERUMS AND TOXOIDS  
DIPHERIA ANITITOXIN  
TETANUS INMUNE GLOBULIN  
TETTANUS TOXOID (פרט לשימוש פרופילקטי)

#### ב. תרופות המיועדות לחולים כמפורט להלן:

AIDS PATIENTS:  
FLUCONAZOLE  
PENTAMIDINE  
ZIDOVUDINE

DIALYSIS PATIENTS:  
ALFHACALCIDOL SECALCIFEROL  
ALUMINIUM HYDROXIDE  
DIHYDROTACHISTEROL  
CALCIUM PREPARATIONS  
ERYTHROPOIETIN

GAUCHER PATIENTS:  
ALGLUCERASE

ONCOLOGICAL PATIENTS :  
ANTIEMETICS (GRANISETRON,  
ONDANSETRON (רק על פי המלצת רופא אונקולוג))  
NARCOTIC ANALGESICS  
MORPHINE MCR MIR MSP  
PERCODAN CD

הערה: תרופות נוספות שלא נכללו ברשימת הני"ל הקשורות ישירות לטיפול במחלות ממאירות (כגון סטרואידים וחוסמי H<sub>2</sub>) לפי אישור רופא המינהלת של קופת חולים, לפי הענין.

TRANSPLANTED PATIENTS:  
AZATHIOPRINE  
CYCLOSPORINE  
STEROIDS

DIABETES PATIENTS: ALCOHOL 70% (עד 100 מ"ל)  
RILUZOLE  
Tab. 50 mg L

DORANASE ALFA

AKNE-MYCIN CD  
BENZOYL PEROXIDE (LOT. GEL)  
BIFONAZOLE

CLOBETASOL PROPIONATE (OINT., CREAM)  
CLOBETASONE BUTYRATE (OINT., CREAM)  
CROTAMITON (CREAM, LOT.)

DEXTRANOMER  
DIENOESTROL  
DITHRANOL CREAM  
DIFLUCORTOLONE VALERATE (CREAM, OINT.) 30 GRAM  
FLUMETHASONE - TRICLOSAN CD  
FLUOCORTOLONE CREAM 30 GR  
HALOMETHASONE - TRICLOSAN CD  
HALCINONID CREAM  
ISOCONAZOLE -DIFLUCORTOLONE CD CREAM  
ISOCONAZOLE NITRATE CREAM  
ISPAGHULA (PSYLLIUM HYDROPHILIC MUCILLOID)  
LACTULOSE  
MEROKEN CD  
MUPIROCIN OINT.  
OESTRIOL (ESTRIOL) CREAM  
SODIUM CROMOGLYCAE (CROMOLYN SODIUM) (EYE OINT.)  
SULTRIN CD CREAM  
TROMANTADINE HCL OINT.  
UREA OINT.  
VIDARABINE MONOHYDRATE

#### חלק 4: תרופות לטיפול פוריות- 4 שקלים חדשים

CBORIONIC GONADOTROPHIN  
BUSERELIN  
GONADORELIN  
MENOTROPHIN (MENOTROPINS) CD  
TRIPTORELIN (D-TRP6-LHRH)  
UROFOLLITROPHIN (FSH)

#### חלק 5: תרופות בתשלום מיוחד - 13 שקלים חדשים לאריזה

بعد התרופות המפורטות להלן:

CYPROTERONE - ETHINYLESTADIOL CD  
ESTROFEM CD  
ESTROFEM FORTE CD  
OESTRADIOL (ESTRADIOL) PATCH  
OESTROGEN - MEDROXYPROGESTERONE CD  
TRISEQUENS CD  
TRISEQUENS FORTE

#### חלק 6: תרופות בתשלום של 50% ממחיר התרופה

BIFONAZOLE SMAMPOO  
HAEMOPHILUS INFLUENZA TYPE B VACCINE  
HEPATITIS B VACCINE  
PENTOXIFYLLINE

156 פרק 13: ביטוח בריאות ממלכתי, צו ביטוח בריאות ממלכתי  
(תרופות בסל שירותי הבריאות) (תוספת שניה)

Sol. 1 mg/ml L

**1206 פרק 13: ביטוח בריאות ממלכתי, צו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות)**

**חלק 8: תרופות בתשלום מלא (לפי תעריף קופת חולים)**

DEXAMOL COLD CD	
DEXAMOL SINUS CD	
DEXPANTHENOL OINT.	<b>א. תרופות החייבות במרשם רופא:</b>
DICLOFENAC GEL	GAMMA GLUBLIN (I.M)
DIGESTIVF ARA CD	GYNERA CD
EUCARBON CD	LOGYNON CD
GERIATRIC PHARMATON CD	PYRIMETHAMINE - SULFADOXINE CD
KAL KEVA FORTE CD	MICRODIDOL CD
MERIDOL CD	MICROGYNON CD
MORPHOLINE SALICYLATE CREAM	MEFLOQUIN
NICOTINE PREPARATIONS FOR SMOKINK CESSATION	MINULET
ORSET CD	MINOVLAR CD
PERMETHRIN	NEOGYNON CD
PLUVITON CD	NORDETTE CD
POLYVIT CD	TRINORDIOL CD
PREPARATION H CD	<b>ב. תרופות ללא מרשם רופא (O.T.C)</b>
PROGARON CD	ACTIVATED CHARCOAL - DIMETHICONE CD
PYRITHION ZINC SHAMPOO	BALNEUM HERMAL CD
RENNIE DIGESTIF CD	BENZOCAINE - CETYLPYRIDINIUM CD
ROKACET CD	BENZOCAINE - THYROTHRINICIN CD
ROKACET PLUS CD	BENZOCAINE - CHLORHEXIDINE CD
ROYAL (N) CD	CALCIUM CARBONATE PREPAMTION
SALICYLIC ACID - LACTIC ACID CD	CAL-C-VITA CD
ACID - BENZOCAIN CD	CENTRUM JUNIOR CD
SODIUM FLUORIDE	CENTRUM V CD
STREPSILS CD	CHOLINE SALICYLATE CETALKONIUM CD
SUPRADYN N CD	COAL TAR EXTRACT SHAMPOO
TRIBENOSIDE - LIGNOCAINE CD	COLDEX CD
ULTRASOL CD PREPARATIONS	
XYLOMETAZOLIN PREPARATION	

4. הוראות שעה

אשרו לקופת חולים, לפי סעיף 8 לחוק, שיעורי תשלום שיחולו על החברים בה בעד הסל שבצו העיקרי, יחולו שיעורי תשלום אלה, כל עוד הם עומדים בתוקפם וכפוף לכל שינוי בהם שאושר, גם על תשלום בעד תרופה שנוספה לפי סעיף 1 לצו זה, ואולם התרופות RILUZOLE ו-DORNASE ALFA יסופקו למבוטחים בלי כל תשלום כאמור בסעיף 2 לצו זה.<sup>1</sup>

<sup>2</sup> סעיפים 3 ו-31 לצו בריאות ממלכתי (שינוי התוספת השניה לחוק), התש"ס 2000 - (ק"ת תש"ס, 757), קובעים לגבי תוספת ראשונה, תוספת שניה ונספח:  
"2. תחילה תחילתו של צו זה ביום ט' בשבט התש"ס (16 בינואר 2000).  
3. הוראת שעה גביית ההשתתפות העצמית ממבוטחים בעבור התרופות שנוספו כאמור בצו זה, תיעשה בהתאם לכללי תכנית הגביה שאושרה לכל אחת מקופות החולים בהתאם לסעיף 8 לחוק, כפוף לכל שינוי עתידי באותה תכנית."

<sup>1</sup> (א) ק"ת תשנ"ה, 749; תשנ"ו, 628, 502; תשנ"ז, 635, 887; תשנ"ח, 232; תשנ"ט, 1123; תש"ס, 737.  
(ב) צו זה מובא במלואו והוא בא במקום הצו בספר החקיקה בבריאות תברואה ומזון, ע' 327.  
<sup>2</sup> סעיפים 3 ו-41 לצו בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות), תשנ"ט 1999 (ק"ת תשנ"ט, 1132), קובעים לגבי תוספת ראשונה, תוספת שניה ונספח:  
"3. תחילה תחילתו של צו זה ביום כ"א באדר התשנ"ט (9 במרס 1999)."