



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

## מחלות לב בישראל – שכיחות, טיפול ומניעת מוות

מוגש לוועדת המדע והטכנולוגיה

**כתיבה: רועי גולדשמידט**

אישור: הודיה קין, ראש צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

י"ז בחשוון תשס"ח

29 באוקטובר 2007

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

[www.knesset.gov.il/mmm](http://www.knesset.gov.il/mmm)

## תמצית

מסמך זה נכתב לקראת דיון בוועדת המדע והטכנולוגיה, בנושא "חידושים טכנולוגיים בטיפול ומניעה של מוות פתאומי". הדיון התקיים לציון יום הלב הבין-לאומי.

במסמך מוצגים נתונים ומידע על מחלות לב: הגורמים העיקריים להן, אוכלוסיות בסיכון, נתונים על תחלואה ותמותה וסקירה של פרוצדורות רפואיות. כמו כן, מוצגות בקצרה הטכנולוגיות העיקריות לטיפול במחלות לב ולמניעת מוות עקב מחלות אלו.

להלן עיקרי הממצאים:

- בשנת 2001 אושפזו בישראל כ-75,000 בני אדם עקב מחלות לב. בישראל לוקים בהתקף לב כ-25,000 בני אדם בשנה ומתים עקב מחלות לב יותר מ-7,000 בני אדם בשנה.
- בשנת 2001 בוצעו בישראל 27,542 צנתורי לב, 14,309 הרחבות עורקים על-ידי בלון צנתור, 9,973 ניתוחים להחדרת תומכנים (סטנטים), 5,025 ניתוחי מעקפים ו-1,162 ניתוחים להסרת שומנים מצרי עורקים.
- גורמי הסיכון העיקריים למחלות לב הם רמת כולסטרול גבוהה בדם, יתר לחץ דם, עישון, סוכרת, העדר פעילות גופנית מספקת, השמנת יתר, לחץ, דיכאון והיסטוריה משפחתית.
- ממצאי סקר תסמונת כלילית חדה בישראל (ACSYS) 2006 מראים כי נשים סבלו מהתקפי לב חריפים יותר מגברים, אושפזו לפרק זמן ארוך יותר ושיעור גבוה יותר מהן אושפזו שוב עקב בעיות לב.
- גברים ערבים הם בסיכון ללקות בהתקף לב פי 1.6 מגברים יהודים, ונשים ערביות – פי 2.4 מנשים יהודיות.
- בבתי-החולים בכל הארץ יש רק 296 תקנים למיטות במחלקות טיפול נמרץ לב.
- בעשור האחרון יש הצלחה רבה יותר בטיפול במחלות לב, והיא באה לידי ביטוי בירידה בתמותה (ירידה של 45% בתמותה המוקדמת – בשבעת הימים הראשונים שלאחר אירוע הלב; ירידה של 33% בתמותה המאוחרת – לאחר שנה), בירידה בשיעור סיבוכי הלב במשך האשפוז ובירידה בשיעור הישנותם של אירועי לב.

## 1. רקע

**מחלות לב** הן אחד מהגורמים העיקריים לתחלואה ולתמותה במדינות המתועשות ובהן ישראל. על-פי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2001 אושפזו כ-75,000 בני אדם עקב מחלות לב.<sup>1</sup> בכל שנה מתים בישראל יותר מ-7,000 בני אדם עקב מחלות אלו.<sup>2</sup> מכלל מחלות הלב, מחלות לב כליליות הן חלק הארי (60%–70%) של הגורמים לתחלואה ולתמותה.<sup>3</sup>

**מחלות לב כליליות** פוגעות בעורקים הכליליים, המובילים חמצן ללב עצמו ומאפשרים את פעילותו. על-פי רוב, הפגיעה באה לידי ביטוי בהצרה או בחסימה של העורקים הכליליים, הגורמת לפגיעה בהעברת דם רווי חמצן אל מעבר למקום החסום. המחסור בחמצן פוגע בתפקודו של הלב עד כדי הוצאתו מכלל פעולה של החלק הפגוע.<sup>4</sup>

**התקף לב**, או בשמו המדעי, אוטם חד בשריר הלב, הוא אירוע של חסימת עורק כלילי כלשהו, אשר בעקבותיו הרקמה שקיבלה דם מאותו עורק נמקה ומפסיקה לפעום. ככל שהעורק החסום מרכזי יותר ההתקף חמור יותר, מכיוון שאזור רחב יותר נפגע. **בישראל לוקים בהתקף לב כ-25,000 בני אדם בשנה.**<sup>5</sup> **דום לב** הוא אירוע של הפרעה בתפקוד האלקטרו-פיזי של הלב, הגורמת להפסקה כוללת של פעילות שריר הלב. דום לב עלול להתרחש כפועל יוצא של התקף לב, אך יכול להתרחש גם מסיבות אחרות.

## 2. אוכלוסיות בסיכון

גורמי הסיכון העיקריים למחלות לב הם **רמת כולסטרול גבוהה בדם, יתר לחץ דם, עישון, סוכרת, העדר פעילות גופנית מספקת, השמנת יתר, לחץ ודיכאון**. נוסף על כך, היסטוריה משפחתית של מחלות לב מצביעה על פוטנציאל גנטי למחלות לב.

### 2.1. התחלואה במחלות לב והתמותה מהן בקרב גברים ונשים

**גברים הם בסיכון ללקות במחלות לב יותר מנשים**. על-פי סקרי תסמונת כלילית חדה בישראל (ACSIS) , כ-75% מהסובלים ממחלות לב הם גברים. נוסף על כך, הגברים הלוקים בהתקפי לב צעירים כמעט כולם נהנים הלוקות בהם – בסקר 2006 הפער הממוצע בין המינים היה 8.5 שנים.<sup>6</sup> עם זאת, ממצאי סקר זה

<sup>1</sup> **בריאות בישראל: נתונים נבחרים**, משרד הבריאות, ירושלים, ספטמבר 2005, עמ' 208.

<sup>2</sup> על-פי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2004 מתו 7,355 בני אדם עקב מחלות לב.

<sup>3</sup> גבי תמר פלד-לויטן, ראש יחידת נטל תחלואה, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, הנתונים נתקבלו בדואר אלקטרוני, 24 באוקטובר 2007.

<sup>4</sup> פרופ' שלמה בכר, מנהל מטה המחקר של העמותה הישראלית למנוע התקפי לב, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל-השומר, שיחת טלפון, 25 באוקטובר 2007.

<sup>5</sup> ש.ם.

<sup>6</sup> Acute Coronary Syndrome Israeli Survey 2006, In <http://www.e-med.co.il/emed/new/usersite/presentations/acsis2006/>, Accessed: 25<sup>th</sup> of October 2007.

מראים כי הנשים סבלו מהתקפי לב חריפים יותר מהגברים, אושפזו לפרק זמן ארוך יותר (שישה ימים לעומת חמישה ימים אצל הגברים) ושיעור גבוה יותר מהן אושפזו שוב תוך 30 יום עקב בעיות לב.

**בקרב נשים משך ההמתנה בין הופעת הסימפטומים ובין הפנייה לטיפול היה ארוך יותר מאשר בקרב גברים (125 דקות לעומת 110 דקות), והזמן שחלף בין ההגעה למיון לבין האשפוז במחלקה היה ארוך בכחצי שעה בקרב הנשים לעומת הגברים.** נוסף על כך, שיעור התמותה של נשים עקב מחלות לב (תוך שבעה ימים ותוך 30 יום מיום האירוע), היה גבוה כמעט פי שניים מזה של הגברים, אולם כאשר תוקננו משתנים של גיל ושל שייכות לקבוצת סיכון לא נמצאו הבדלים בתמותה בין גברים לבין נשים.<sup>7</sup>

**במחקר משותף של משרד הבריאות והאוניברסיטה העברית עלו ממצאים על הבדלים בין גברים לנשים בנוגע למחלקות המטפלות ובנוגע לרמת הטיפול.** נשים מעל גיל 45 הופנו למחלקות טיפול נמרץ לב פחות מגברים בקבוצת גיל זו, והופנו יותר מהגברים למחלקות פנימיות. נשים מעל גיל 45 עברו פחות הליכים רפואיים שמטרתם השבת אספקת הדם ללב לעומת גברים בקבוצת גיל זו.

הסבר חלקי להבדלים אלו הוא גילן המבוגר יותר של הנשים הלוקות בלבן לעומת הגברים, וקיומה של תחלואה נלווית, שאיננה קשורה ישירות למחלות לב. משתנים אלו מביאים להפניית נשים רבות יותר למחלקות פנימיות, בין השאר עקב מספר מוגבל של מיטות במחלקות לטיפול נמרץ לב. נוסף על כך, חלק מן המחקרים מצביעים על קושי בזיהוי הסימפטומים אצל נשים.

## **2.2. הבדלים בין יהודים לערבים בתחלואה ובתמותה**

מחקרים שנעשו בישראל מצביעים על שכיחות גבוהה יותר של מחלות לב באוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית ואוכלוסייה אחרת: בשנת 1999 שיעור התמותה המתוקן לגיל עקב מחלות לב היה גבוה ב-28% בקרב גברים ערבים לעומת גברים יהודים, וב-66% בקרב נשים ערביות לעומת נשים יהודיות. בשני העשורים האחרונים חלה ירידה בתמותה מהתקפי לב בכלל האוכלוסייה, אך שיעור הירידה גדול יותר בקרב יהודים מאשר בקרב ערבים.

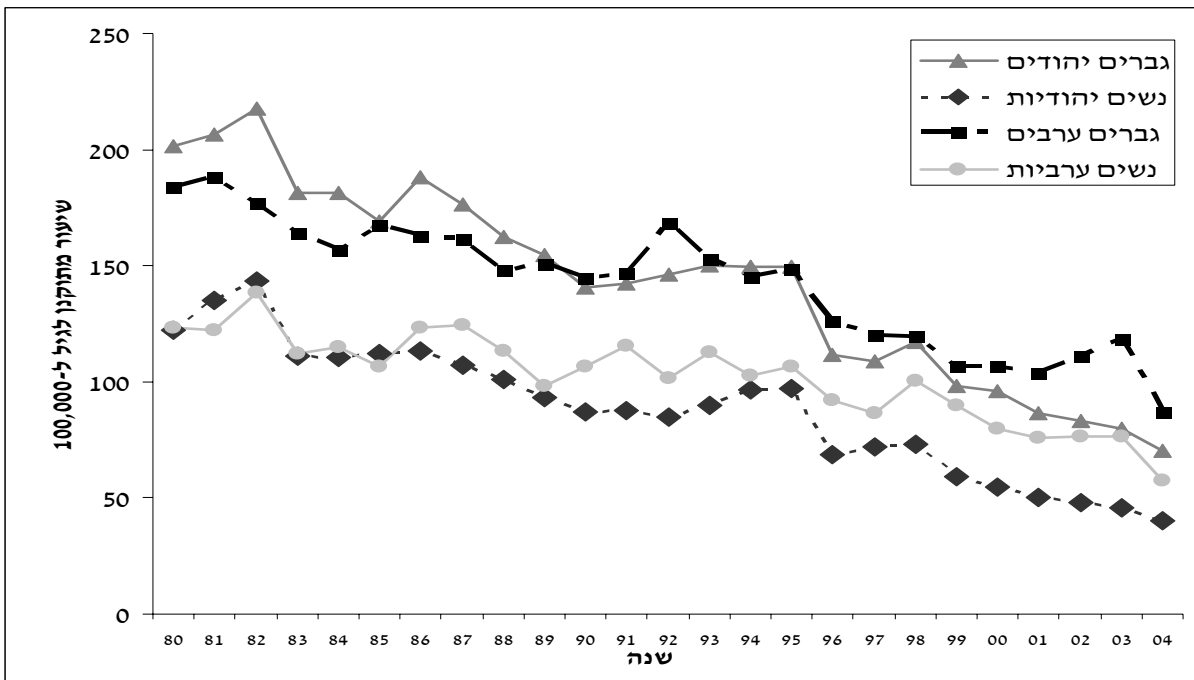
**גברים ערבים הם בסיכון ללקות בהתקף לב פי 1.6 מגברים יהודים, ונשים ערביות – פי 2.4 מנשים יהודיות.**

תופעה זו מוסברת, בין השאר, בהבדלים באורח החיים בין האוכלוסיות – וכפועל יוצא מזה בקיומם של גורמי סיכון למחלות לב. מנתונים שנאספו על-פי דיווח עצמי עולה כי הערבים בישראל לוקים בסוכרת יותר מהיהודים ועוסקים בפעילות גופנית פחות מהם. שיעור המעשנים בקרב הגברים הערבים גבוה מזה שבקרב הגברים היהודים (45% לעומת 28%). עם זאת, שיעור המעשנים בקרב נשים ערביות נמוך מזה שבקרב נשים יהודיות (7% לעומת 20%). בנוגע להשמנת יתר, שיעור הנשים הערביות גבוה משיעור הנשים היהודיות. שיעור הסובלים מדיכאון באוכלוסייה הערבית גבוה פי 2.5 משיעורם באוכלוסייה היהודית.

<sup>7</sup> Ibid.

אף-על-פי שהחוקרים לא מצאו פערים מהותיים בין יהודים לערבים בנוגע לידע על גורמי הסיכון ולמודעות להם ואף שתכיפות הביקורים אצל הרופא הראשוני רבה יותר באוכלוסייה הערבית, תדירות המפגשים עם רופאים מקצועיים ותדירות ההגעה למוקדי רפואה דחופה מועטה יותר באוכלוסייה זו. נוסף על כך, שיעור המשתתפים במחקר שאמרו שלא חשוב להם במיוחד לשנות את הרגלי הבריאות היה גבוה יותר בקרב הערבים.<sup>8</sup>

**תמותה עקב מחלות לב כליליות, מתוקנן לגיל, ל-100,000 בני אדם<sup>9</sup>**



מן הגרף לעיל עולים הממצאים האלה: בכלל האוכלוסייה, שיעור התמותה של גברים גבוה מזה של נשים. שיעור התמותה של גברים יהודים נמוך מזה של גברים ערבים ושיעור התמותה של נשים יהודיות נמוך מזה של נשים ערביות. ניכרת מגמה של ירידה בשיעורי התמותה עקב מחלות לב כליליות.

### 3. מניעה

פעולות המניעה דרושות בייחוד בקרב האוכלוסיות בסיכון, ובעיקר יש לפעול ליצירת מודעות רבה יותר לסיכון ולשינוי ההרגלים ואורח החיים: הפסקת עישון, תזונה נכונה, ביצוע פעילות גופנית והקפדה על טיפול הולם במקרים של סוכרת, לחץ דם גבוה ועודף כולסטרול.

מאחר שמידת הסיכון משתנה מאוכלוסייה לאוכלוסייה, יש צורך גם בהתאמה תרבותית של תוכניות המניעה והטיפול לקהל היעד ובהתמודדות עם גורמי סיכון בולטים באוכלוסיית היעד.<sup>10</sup>

<sup>8</sup> עפרה קלטר-ליבוביץ' ואחרים, "שימוש בשירותי בריאות למניעה ראשונית של מחלות לב וכלי דם ומודעות לגורמי סיכון למחלות אלה במגזר היהודי והערבי בישראל", טרם פורסם.

<sup>9</sup> לעיל, הערה 3.

על-פי מידע שנתקבל ממשד הבריאות, המשד מפעיל תוכניות למניעת מחלות לב ברמות מחוזיות. הנושא מטופל במסגרת "ועדת קידום בריאות" של שירותי בריאות הציבור במשד. הוועדה הקציבה לנושא קרוב ל-1 מיליון ש"ח בארבע השנים האחרונות (2004–2007) – סכום שהוא כ-40% מתקציבה. התוכניות עוסקות בתחומים הרלוונטיים: הימנעות מעישון וגמילה מעישון, תזונה נכונה ושמירת משקל, פעילות גופנית, התמודדות עם מצבי לחץ, בדיקות סריקה ועוד. נוסף על כך, מתקיימות פעילויות כלליות בתחומים של עישון, תזונה ופעילות גופנית – תחומים שיש להם השפעה על התחלואה במחלות לב.<sup>11</sup>

#### 4. הטיפול במחלות לב

הפעולה העיקרית במקרים של מחלות לב כלליות היא טיפול בהצרה או בחסימה של העורק הכלילי, באמצעות תרופות הממסות את קרישי הדם המצרים את העורק או באמצעות צנתור. בצנתור מחדירים לאזור החסום בלון צנתור ומנפחים אותו כדי לשחרר את החסימה. לעתים קרובות מחדירים לעורק תומכן (סטנט), מעין קפיץ, כדי שהאזור שהוצר או נחסם יישאר פתוח לזרימת דם. כיום יש סוגים שונים של תומכנים מחומרים שונים וכן תומכנים המצופים בחומר תרופתי שמטרתו למנוע את הישנות החסימה.<sup>12</sup>

במקרים של דום לב הטיפול המיידני להשבת תפקוד הלב הוא באמצעות מכשיר דפיברילטור שמחזיר את הלב לפעולה באמצעות מכת חשמל. כיום יש מכשירי דפיברילטור ניידים, שהחולה יכול להפעילם גם ללא איש צוות רפואי, לאחר הכשרה קצרה.<sup>13</sup>

יש לציין כי ב-8 באוקטובר 2007 הונחה על שולחן הכנסת הצעת חוק פרטית של חברי הכנסת סטס מיסז'ניקוב, גלעד ארדן ומרינה סולודקין, המבקשת לחייב "מחזיק מקום ציבורי" כהגדרתו בחוק זה, בהצבת מכשיר החיאה במקום ובמינוי אחראי לתחזוק המכשיר ולהכשרת עובדים להפעלתו במקרה הצורך.<sup>14</sup> הצעת חוק זו ממשיכה את הפעילות שהחלה המועצה הלאומית למניעת מחלות לב של משד הבריאות, אשר בחנה את מכשירי הדפיברילטור הניידים והמליצה להציבם במקומות ציבוריים על-פי קריטריונים מוגדרים.

לנוכח הנתונים, שלפיהם 70% ממקרי דום הלב מתרחשים בבית, יש ספק בנוגע להשפעה שתהיה להצבתם של מכשירים אלה במקומות ציבוריים על היקפי התמותה עקב דום לב.<sup>15</sup>

**גורם קריטי הקובע את יעילות הטיפול ואת סיכויי ההחלמה הוא מהירות קבלת הטיפול.** במקרים של דום לב, פרק הזמן שחולף מתחילת האירוע ועד הפסקת פרפור החדרים הוא הרכיב העיקרי המנבא את

<sup>10</sup> ש.ס.

<sup>11</sup> מירי כהן, עוזרת בכירה למנכ"ל, משד הבריאות, מכתב, 28 באוקטובר 2007. נתקבל בדואר אלקטרוני, 29 באוקטובר 2007.

<sup>12</sup> חברת "מדינולי", בבעלות בני הזוג הישראלים ריכטר, נחשבת לפורצת דרך בתחום פיתוח תומכנים לטיפול בהצרת עורקים בלב.

<sup>13</sup> פרופ' עמוס כץ, מנהל המערך הקרדיולוגי, המרכז הרפואי ע"ש ברזילי, אשקלון, "דום לב בקהילה, למנוע את הטרדניה הבאה: מפסיק פרפור (דפיברילטור) חיצוני והפסקת פרפור בקהילה, דף מידע, נשלח לוועדת המדע והטכנולוגיה בכנסת, 24 באוקטובר 2007.

<sup>14</sup> הצעת חוק הצבת מכשירי החיאה במקומות ציבוריים, התשס"ח–2007 (2946/17/פ).

<sup>15</sup> לעיל, הערה 13.

הצלחת ההחייאה. שיעור ההחייאות המוצלחות הוא 90% אם הפרפור הופסק בתוך דקה מרגע ההתמוטטות, והוא יורד בכ-10% בכל דקה שלאחר מכן. במקרים של התקף לב, ככל שהחולה זוכה לקבל טיפול מהר יותר כך רבה הצלחתה של פעולת הזילוח ראשוני, פעולה רפואית המאפשרת לפתוח את העורק החסום ולהחזיר את זרימת הדם לאזור הפגוע (בשנת 2004 טופלו בזילוח ראשוני 78% מן החולים שהגיעו לטיפול תוך שלוש שעות ממועד ההתקף, 60% מהחולים שהגיעו תוך 3–6 שעות, 44% מהחולים שהגיעו תוך 6–12 שעות ו-34% מהחולים שהגיעו כעבור 12 שעות).<sup>16</sup>

על-פי נתוני סקר 2006, קרוב ל-50% מהלוקים בהתקף לב הגיעו לבית-החולים ברכב פרטי. בשל החשיבות של מהירות הטיפול ולנוכח הסכנות הטמונות בנהיגה במצב זה, יש מקום להדגיש את חשיבות השימוש באמבולנס במקרים של התקפי לב.

בשנת 2001 בוצעו בישראל 27,542 צנתורי לב, 14,309 הרחבות עורקים על-ידי בלון צנתור, 9,973 ניתוחים להחדרת תומכנים (סטנטים), 5,025 ניתוחי מעקפים ו-1,162 ניתוחים להסרת שומנים מצרי עורקים.<sup>17</sup>

על-פי מידע שנתקבל ממשד הבריאות, בישיבות ועדת סל הבריאות לשנת 2008 עתידות להידון טכנולוגיות ותרופות שונות בתחום זה, ובהן מכשיר עזר ללב השמאלי ( Left Ventricular Assist Device), הרחבת שירותי שיקום לחולי לב, תרופות לטיפול ביתר לחץ דם, תרופות לטיפול בעודף כולסטרול, תרופות לטיפול בעודף טריגליצרידים (לפירוט ראו נספח 1).<sup>18</sup>

על-פי אנשי המשד, תרופות אלה לא נכללו עד כה בסל הבריאות עקב היקף עדכון עלות סל הבריאות בשנים האחרונות.

#### 4.1. מיטות אשפוז לחולי לב

מחקרים שונים מצביעים על קשר בין רמת הטיפול וסיכויי ההחלמה ובין המחלקה שבה מטופלים החולים. בקרב מטופלים במחלקות טיפול נמרץ לב שיעור ההחלמה היה גבוה יותר ושיעור התמותה היה נמוך יותר לעומת מטופלים במחלקות פנימיות. תופעה זו מוסברת במומחיות רבה יותר של הצוות במחלקות טיפול נמרץ לב לעומת הצוות במחלקות הפנימיות, בטיפול בבעיות הספציפיות שמהן החולים סובלים ובקיומו של ציוד טיפול ייעודי במחלקות טיפול נמרץ לב.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> חנוך הוד ואחרים, "איפיון, טיפול, תחלואה ותמותה של חולי אוטם חד בשריר הלב בישראל בעשור האחרון", הרפואה 145 (מאי 2006), עמ' 326–331.

<sup>17</sup> לעיל, הערה 1, עמ' 215.

<sup>18</sup> לעיל, הערה 11.

<sup>19</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, "התקפי לב בקרב נשים", כתבה יפעת שחק, 9 בפברואר 2007. מרכז המחקר והמידע של הכנסת, "חקר הלב – מדינה בסיכון גבוה", כתבו רחל עזריה-פרנקל ואלעד ואן-גלדר, 4 ביוני 2002.

על-פי נתוני משרד הבריאות קיימים בכל הארץ 296 תקנים למיטות במחלקות טיפול נמרץ לב, בחלוקה שלהלן: צפון – 44; חיפה – 43; ירושלים – 44; מרכז – 83; תל-אביב – 55; דרום – 27.<sup>20</sup> יש לסייג נתונים אלה, כיוון שיש פערים בין מספר התקנים למספר המיטות בפועל. מחד גיסא, לעתים קרובות מספר המיטות בפועל קטן יותר מן התקן עקב בעיות תקציביות; מאידך גיסא, לעתים, בשל עומס, מוקצות מיטות מעבר לתקן.<sup>21</sup> עד מועד סיום כתיבת מסמך זה לא נתקבלו נתונים על מספר המיטות בפועל.

על-פי תשובת משרד הבריאות, אשפוז במחלקות טיפול נמרץ לב מקטין ב-40% את התמותה בהשוואה לאשפוז במחלקות פנימיות רגילות. מספר המיטות בטיפול נמרץ לב כיום איננו עונה על הצרכים.

## 4.2. התקדמות הטיפול במחלות לב<sup>22</sup>

בעשור האחרון יש הצלחה רבה יותר בטיפול במחלות לב, והיא באה לידי ביטוי בירידה בתמותה (ירידה של 45% בתמותה המוקדמת – בשבעת הימים הראשונים שלאחר אירוע הלב; וירידה של 33% בתמותה המאוחרת – לאחר שנה, בשנים 1994–2004), בירידה בשיעור סיבוכי הלב במשך האשפוז ובירידה בשיעור הישנותם של אירועי לב.

מחקר השוואתי שנערך בישראל מצביע על גידול במספר ההתערבויות הרפואיות ועל שינוי בפרוצדורות הרפואיות הננקטות: גידול במספר הצנתורים ובהחדרת הסטנטים וקיטון בשימוש בתרופות ממיסות קרישי דם ובניתוחי מעקפים.

עוד מצביע המחקר על קיצור משך האשפוז של חולי לב מ-6–8 ימים בממוצע בשנת 2000, ל-5–6.5 ימים בממוצע בשנת 2004.

## נספח<sup>23</sup>

להלן רשימת התרופות והטכנולוגיות לטיפול במחלות לב שיידונו בוועדת סל הבריאות לשנת 2008.

- **מכשיר עזר ללב השמאלי (Left Ventricular Assist Device, LVAD):** משאבה המושתלת בתוך הלב כחלופה מכנית קבועה לחדר השמאלי הכושל; מותווית לחולי אי-ספיקת לב סופנית, שאינם מועמדים מתאימים להשתלת לב כחלופה קבועה.

<sup>20</sup> מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, משרד הבריאות, תחום מידע, ירושלים 2006, עמ' 29.

<sup>21</sup> מרכז המחקר והמידע של הכנסת, "מצוקת האשפוז במחלקות טיפול נמרץ כללי בבתי החולים בישראל", כתבה שלי לוי, 5 בפברואר 2007.

<sup>22</sup> לעיל, הערה 16.

<sup>23</sup> לעיל, הערה 11.



• **הרחבת שירותי שיקום לחולי לב:** מסגרת שיקומית רב-תחומית, שמטרתה לסייע לחולי לב להקטין את גורמי הסיכון ובעקבות זאת לשפר את איכות החיים ולחזור לאורח חיים פעיל. כיום כלולים שירותים אלה בסל לגבי חולים לאחר אוטם שריר הלב, ניתוח מעקפים והשתלת דפיברילטורים (ICD). הוצע להרחיב את ההתוויות של שירותים אלו, כך שיינתנו גם לחולים במחלות לב אחרות.

## תרופות

1. Plavix – טיפול למניעת אירועים אתרוטרומבוטיים.
2. Axixtra – נוגד קרישה למניעת אירועים תרומבואמבוליים.
3. Sindax – טיפול לחולי אי-ספיקה לבבית כרונית קשה.
4. Inspra – טיפול להפחתת תמותה ותחלואה בחולים עם חוסר תפקוד של החדר השמאלי בלב ובחולים שיש לגביהם עדויות קליניות על אי-ספיקה לבבית אחרי אוטם של שריר הלב.
5. תרופות המשתייכות למשפחת antagonists AII. Atacand, Diovan, Ocsar, שהיום כלולות בסל לגבי חולים אחרי כשל במעכבי ACE. הוגשה בקשה להכללתם בסל ללא הגבלה.
6. תכשירים לטיפול בכולסטרול גבוה, Crestor ו-Ezetrol. הוגשה בקשה להרחיב את מסגרת ההכללה שלהם בסל.
7. תכשירים נוספים:
  - א. Exforge – טיפול ביתר לחץ דם.
  - ב. Rasilez – טיפול ביתר לחץ דם.
  - ג. Inegy – טיפול בעודף כולסטרול.
  - ד. Omacor – טיפול בעודף טריגליצרידים.