استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي)

2014-2023

منظمة الصحة العالمية

استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي)

2014-2023

منظمة الصحة العالمية

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

WHO traditional medicine strategy: 2014-2023.

1. Medicine, Traditional. 2. Complementary therapies. 3. Health planning.
4. Delivery of health care. 5. Health policy. I. World Health Organization.

ISBN 978 92 4 650609 5 (NLM classification: WB 55)

© منظمة الصحة العالمية 2013

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من على موقع المنظمة الإلكتروني (www.who.int) أو شراءها من قسم الطباعة والنشر، منظمة الصحة العالمية 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: 3264 791 22 41+؛ فاكس رقم: 4857 791 22 41+؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى قسم الطباعة والنشر عبر موقع المنظمة الإلكتروني (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

والتسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالخط الكبير Capital letters.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإنّ المواد المنشورة توزع دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. والقارئ هو المسؤول عن تفسير واستعمال المواد المنشورة. والمنظمة ليست مسؤولة بأي حال عن الأضرار التي تترتب على استعمال هذه المواد.

طبع من قبل قسم خدمات إعداد وثائق منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا

المحتويات

شكر وتقدير 5

التقديم 7

المختصرات الواردة في هذه الوثيقة 9

الملخص التنفيذي 11

1. المقدمة 15

2. التقدم على المستوى العالمي 21

2.1 السياسة والأنظمة 21

2.2 الممارَسات 22

2.3 التعليم والبحوث 23

3. المراجعة العالمية للطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي 25

3.1 استمرار الطلب على منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي 25

3.2 استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي 26

3.3 القوانين الناظمة لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي والممارَسات والممارِسين 30

3.4 التغطية الصحية الشاملة وإدماج الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي في سياقها 35

3.5 الفرص والتحدّيات 39

4. الأهداف الاستراتيجية، والاتجاهات الاستراتيجية، والإجراءات الاستراتيجية 43

4.1 الهدف الاستراتيجي 1: من أجل بناء القاعدة المعرفية للإدارة الفعالة للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي من خلال السياسات الوطنية الملائمة 44

4.2 الهدف الاستراتيجي 2: تقوية عمليات ضمان الجودة، والسلامة، والاستعمال الملائم والفعالية والتأثير المنشود للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، عن طريق تنظيم شؤون المنتجات والممارَسات والممارِسين 49

4.3 الهدف الاستراتيجي 3: تعزيز التغطية الصحية الشاملة عن طريق إدماج خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في خدمة إيتاء الرعاية الصحية، وفي الرعاية الصحية الذاتية 52

5. تنفيذ الاستراتيجية 57

المراجع 59

الملحق (أ) – أمثلة مختارة من مبادرات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي المتميزة، بحسب المنطقة/البلد..... 63

الملحق (ب) – معلومات عن منظمات مهنية عالمية مختارة تعمل في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي..... 68

الملحق (ج) – منشورات مختارة لمنظمة الصحة العالمية عن الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي..... 70

شكر وتقدير

أثناء عملية إعداد هذه الاستراتيجية المحدَّثة على مدى العامين الماضيين، تم إرسال نص المسوّدة لغرَض المراجعة، إلى إحدى وخمسين دولة عضواً في أقاليم المنظمة الستة، وإلى عشرين مركزاً متعاوناً تُعنىَ بالطب التقليدي (الشعبي)، وإلى اثنين وعشرين عضواً من أعضاء رعيل خبراء المنظمة الاستشاري الخاص بالطب التقليدي (الشعبي)، وإلى المنظمات المهنية العالمية في مجال الطب التقليدي (الشعبي)، ولاسيّما المنظمات الغير الحكومية الخمس أقامت علاقات رسمية أو علاقات عمل مع منظمة الصحة العالمية، بالإضافة إلى ثلاث من وكالات الأمم المتحدة ذات الصلة بالموضوع – وهي المنظمة العالمية للملكية الفكرية، ومنظمة التجارة العالمية، ومنظمة الأغذية والزراعة، التابعة للأمم المتحدة. كما استُفيد في هذه العملية من خبرات تلك المنظمات وسعة اطلاعها. وقد تم عقد أربع اجتماعات لمجموعة عمل تقنية لمراجعة المسوّدة. وشارك في هذه الاجتماعات التقنية خبراء وممثلون حكوميون، دُعوا من الأقاليم الستة للمنظمة. والتُمِسَت المشورة من مستشارين إقليميين للطب التقليدي (الشعبي) في أقاليم المنظمة الستة، والوحدات أو الإدارات التقنية ذات الصلة داخل المنظمة، والتي لم تضنّ بتقديم ما لديها من معلومات. وأسهمَت المعلومات التي استقيَت من تقارير من مئة وتسعة وعشرين بلداً، ومن مصادر أخرى، في دعم عملية إعداد وتطوير هذه المسوّدة.

وكان أعضاء المجموعة التي وضعت المسوّدة: أ. بيرتون، وت. فالكنبرغ، وم. سميث، كي زونغ. ولم يبخل كل من مديري إدارة سياسات النُظُم الصحية والقوى العاملة السابقين: ت. بورما، و دبليو ليربيرغ بتقديم دعمهما ومساهمتهما في هذا العمل. كما اضطلع كي زونغ منسّق برنامج الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي بمهمّة مراجعة النص وتحريره. وقام كل من إي. آزيو، و واي. مارويامما بأعمال الأمانة والسكرتارية.

وقد تفضّلت حكومة جمهورية الصين الشعبية بتقديم الدعم المالي لإعداد الوثيقة وتطويرها. وقامت حكومة هونغ كونغ، وجمهورية الصين الشعبية، والمركز المتعاون لمنظمة الصحة العالمية في مجال الطب التقليدي (الشعبي) في هونغ كونغ بتقديم الدعم التقني والمالي واللوجستي لاجتماعات مجموعات العمل الثلاث، وتطوير الوثيقة وطباعتها.

وتُعرب منظمة الصحة العالمية عن بالغ تقديرها لكل من ورد ذكره أعلاه من حكومات ومؤسسات ومنظمات وخبراء.

التقديم

إن الطب التقليدي (الشعبي) في شتى أنحاء العالم، إما أن يكون الدعامة الأساسية لإيتاء الرعاية الصحية، أو يقوم بدور المكمِّل أو المتمم لهذه الخدمة. ويمكن أن يُطلق على الطب التقليدي (الشعبي) أو غير التقليدي في بعض البلدان تعبير «الطب التكميلي».

وكان القرار ذو الرقم (ج ص ع 13-62) الصادر عن جمعية الصحة العالمية عام 2009 قد طلب إلى المدير العام لمنظمة الصحة العالمية، تحديث استراتيجية الطب التقليدي (الشعبي) التي اعتمدتها المنظمة في الفترة 2002-2005، على أساس التقدم المحرز في البلدان الأعضاء وفي ضوء التحديات الجديدة التي شهدتها ساحة الطب التقليدي (الشعبي). وهكذا، فإن استراتيجية المنظمة للطب التقليدي (الشعبي) للفترة 2014-2023، تعيد تقييم استراتيجية الطب التقليدي (الشعبي) للفترة 2005-2012، وتبني على أساسها وتحدد، انطلاقاً منها، المسار الذي سيسلكه الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي على مدى السنوات العشر القادمة.

والطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي جزء هام من الرعاية الصحية، غالباً ما يُستَخَف به ويُبخس قدره. كما أن الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي موجود في كل بلد من بلدان العالم تقريباً، بل ويتزايد الطلب على خدماته يوماً بعد يوم. والطب التقليدي (الشعبي) الذي ثبتت جودته ومأمونيته ونجاعته يسهم في تحقيق هدف ضمان حصول كافة البشر على الرعاية المطلوبة. ويقر العديد من بلدان العالم حالياً بالحاجة إلى استنباط أسلوب متماسك ومتكامل لتوفير الرعاية الصحية، يتيح للحكومات، وممارسي الرعاية الصحية؛ والأهم من ذلك على الإطلاق، للمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، الحصول على خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي بطريقة مأمونة ومحترمة ومجزئة وعالية المردود. ووجود استراتيجية تعزز الاندماج الملائم لهذه الخدمات وتنظيمها والإشراف عليها، يعود بالفائدة الكبيرة على البلدان التي ترغب في استنباط وتطوير سياسة استباقية نحو بلوغ هذا الجزء الهام – المفعم بالحياة والميال إلى التوسع – من الرعاية الصحية.

ولقد تغير الكثير منذ نشرت الاستراتيجية العالمية السابقة عام 2002. فقد بادر المزيد من البلدان إلى القبول تدريجياً بالدور البناء الذي يستطيع الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي أن يلعبه في توفير الصحة والعافية للأفراد، وفي تحقيق شمولية نُظُم الرعاية الصحية التي تُعْنَى بهم. وما من شك في أن الحكومات والمنتفعين بهذه الخدمات ينصب اهتمامهم على ما هو أكثر من الأدوية العشبية، وبدؤا الآن يتفكرون في الجوانب المتعلقة بممارسة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وبالذين يمارسونه، وبما إذا كان من الواجب إدماج هذه الممارَسات والممارِسين في عمليات إيتاء الخدمات الصحية. وبُغية تلبية هذا المطلب الجديد، وعملاً بالقرار ذي الرقم (ج ص ع 13-62) بشأن الطب التقليدي (الشعبي)، قامت منظمة الصحة العالمية مؤخراً بتحديث أهداف برنامج الطب التقليدي (الشعبي) لديها.

واستراتيجية الطب التقليدي (الشعبي) لمنظمة الصحة العالمية 2014-2023 سوف تساعد القائمين على شؤون الرعاية الصحية على إيجاد الحلول التي تساهم في تحقيق رؤية أوسع لتحسين الصحة وتحقيق الاستقلال الذاتي للمريض. ولهذه الاستراتيجية هدفان رئيسيان، هما: دعم الدول الأعضاء في استغلال المساهمة المحتملة للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في تحقيق الصحة والعافية، وفي الرعاية الصحية التي تركز على الإنسان، وفي تعزيز الاستعمال المأمون والفعال للطب التقليدي (الشعبي)والتكميلي، عن طريق تنظيم المنتجات والممارَسات والممارِسين. ويمكن بلوغ هذه الأهداف من خلال تنفيذ أهداف استراتيجية ثلاثة هي: 1) بناء القاعدة المعرفية وصياغة السياسات الوطنية؛ 2) تقوية أسباب المأمونية والجودة والفعالية عن طريق الضبط والتنظيم؛ 3) تعزيز التغطية الصحية الشاملة، عن طريق إدماج خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي والرعاية الصحية الذاتية، في النظم الصحية الوطنية.

ولقد أتاح تحديث الاستراتيجية وتعزيزها للمنظمة فرصة الحصول على فهم أفضل لكيفية دفع عملية إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في صلب النظم الصحية على الصعيد العالمي. وإني لآمل أن تزود هذه الاستراتيجية الدول الأعضاء بخارطة الطريق نحو تحقيق المزيد من النجاح فيما تعمل عليه من تخطيط استراتيجي لخدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

وشدَّ ما يسرني أن أقدم استراتيجية الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي 2014-2023. وفي اعتقادي أن هذه الاستراتيجية سوف تكون أداة قيّمة للحكومات، ومخططي النظم، والممارِسين الصحيين؛ وأكثر من هذا كله فإنها سوف تفيد الأشخاص الساعين إلى الحصول على الرعاية الصحية من الممارس الصحيح، في الوقت الصحيح.

الدكتورة مارغريت تشان
المدير العام

المختصرات الواردة في هذه الوثيقة

AFRO	المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في أفريقيا
AMRO PAHO	مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي للأمريكتين – منظمة الصحة الأمريكية
EMRO	المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
EURO	المكتب الإقليمي لأوروبا
IRCH	الهيئة التشريعية (القانونية) الدولية للأدوية العشبية
PHC	الرعاية الصحية الأولية
SEARO	المكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا
UHC	التغطية الصحية الشاملة
WHA	جمعية الصحة العالمية
WHO	منظمة الصحة العالمية (المنظمة)
WIPO	المنظمة العالمية للملكية الفكرية
WPRO	المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادىء
WTO	منظمة التجارة العالمية

الملخص التنفيذي

الطب التقليدي (الشعبي) هو جزء هام من الخدمات الصحية، إلا أنه لا ينال حقه من الاهتمام والتقدير. وقد يطلق على الطب التقليدي (الشعبي) أو الطب غير التقليدي في بعض البلدان تعبير «الطب التكميلي». ولاستعمال الطب التقليدي (الشعبي) تاريخ طويل في صون الصحة، وفي الوقاية من الأمراض ومعالجتها، ولاسيما الأمراض المزمنة.

ولقد تم إعداد استراتيجية الطب التقليدي (الشعبي) لمنظمة الصحة العالمية 2014-2023 استجابة لقرار جمعية الصحة العالمية ذي الرقم (ج ص ع 13-62) حول الطب التقليدي (الشعبي). وتهدف هذه الاستراتيجية إلى دعم الدول الأعضاء في المجالين التاليين:

- استغلال دور الطب التقليدي (الشعبي) في تحقيق الصحة والعافية والرعاية الصحية التي تركّز على الإنسان؛
- تعزيز الاستعمال المأمون والفعال للطب التقليدي (الشعبي) عن طريق التنظيم والبحوث التي تتصل بمنتجات هذا النوع من الطب وبممارسته وممارِسيه، وإدماج كل ذلك في النظم الصحية، كلما كان ذلك ملائماً.

وتستهدف الاستراتيجية دعم الدول الأعضاء في رسم سياسات استباقية وتنفيذ خطط عمل تعزز الدور الذي يلعبه الطب التقليدي (الشعبي) في الحفاظ على صحة سكان البلاد. وهي تحاول أن تبني على أساسٍ من استراتيجية الطب التقليدي (الشعبي) لمنظمة الصحة العالمية 2002-2005 التي تضمّنت مراجعة وضع الطب التقليدي (الشعبي) عالمياً وفي الدول الأعضاء، وخلصت إلى تحديد أربعة أهداف رئيسية هي:

- السياسة – إدماج الطب التقليدي (الشعبي) في صلب نظم الرعاية الصحية الوطنية، عندما يكون ذلك ممكناً، وذلك عن طريق وضع وتنفيذ سياسات وبرامج وطنية للطب التقليدي (الشعبي).
- المأمونية، والنجاعة والجودة – تعزيز خصائص المأمونية والنجاعة والجودة للطب التقليدي (الشعبي) عن طريق توسيع القاعدة المعرفية، وتقديم الإرشاد اللازم حول معايير التنظيم والجودة والضمان.
- الإتاحة – زيادة إتاحة خدمات الطب التقليدي (الشعبي) وتمكُّن الناس من الحصول عليها مع التركيز بصورة خاصة على تمكين فقراء الناس من الوصول إليها والحصول عليها.
- الاستعمال الرشيد – تعزيز الاستعمال السليم علاجياً للطب التقليدي (الشعبي) من قِبَل الممارِسين والمستفيدين من المعالجة في آن واحد.

وعلى الرغم من التقدم الملحوظ الذي أُحرز في تنفيذ تلك الاستراتيجية في مختلف أنحاء العالم، إلا أن الدول الأعضاء لاتزال تواجه عدداً من التحديات في المجالات التالية:

- استنباط وتطبيق السياسات والقوانين الناظمة؛
- الإدماج، ولاسيما من حيث تحديد وتقييم الاستراتيجيات والمعايير اللازمة لإدماج الطب التقليدي (الشعبي) في صلب الرعاية الصحية الوطنية والأولية؛
- المأمونية والجودة، وعلى وجه الخصوص من ذلك: تقييم المنتجات والخدمات، ومؤهلات الممارِسين، والمنهجية والمعايير المتبعة في تقييم نجاعة العلاج؛
- القدرة على ضبط وتنظيم الإعلان والدعايات الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي؛
- البحوث والتنمية؛
- تعليم ممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي وتدريبهم؛
- الإعلام والاتصال، كتقاسم المعلومات حول السياسات، والقوانين الناظمة، وبروفيلات الخدمات، ومعطيات البحوث، أو حصول المستفيدين على مصادر للمعلومات يمكن الاعتماد عليها.

وتهدف وثيقة الاستراتيجية الجديدة هذه إلى التصدي لهذه التحديات. وهي تتطلب من الدول الأعضاء أن تحدد الأوضاع الوطنية لديها فيما يتصل بالطب التقليدي (الشعبي)، ثم تعمد إلى وضع وتنفيذ سياسات, وأنظمة، ودلائل إرشادية من شأنها أن تعبر عن هذه الوقائع والحقائق. وفي إمكان الدول الأعضاء أن تعمد لهذه التحديات عن طريق تنظيم أنشطتها في القطاعات الاستراتيجية الثلاثة التالية:

1. بناء القاعدة المعرفية التي تسمح بتدبير شؤون الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي تدبيراً ناشطاً عن طريق السياسات الوطنية الملائمة التي تتفهم وتقرّ بدور الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وإمكانياتهما.

2. تقوية إجراءات ضمان جودة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، ومأمونيتهما، واستعمالهما على الوجه الصحيح، وتأثيرهما، عن طريق تنظيم منتجاتهما وممارستهما وممارِسيهما من خلال التعليم والتدريب؛ وتنمية المهارات، والخدمات والمعالجات المقدَّمة.

3. تعزيز التغطية الصحية الشاملة، عن طريق إدماج خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في عملية إيتاء الخدمات الصحية والرعاية الصحية الذاتية، وذلك من خلال السعي للاستفادة من المساهمة التي يحتمل أن توفرها هذه الخدمات، من أجل تحسين الخدمات الصحية والمحصلة الصحية؛ ومن خلال ضمان قدرة المستفيدين من هذه الخدمات على التماس الخيارات التي تقوم على المعلومات المعتمدة حول الرعاية الصحية الذاتية.

ولبلوغ كل من هذه الأهداف، تحدد الاستراتيجية عدداً من الإجراءات التي ترشد الدول الأعضاء، والشركاء، والجهات الأخرى المعنية بالأمر، والمنظمة. وتوفر الاستراتيجية دعماً لكل من الدول الأعضاء

في تصميم وتنفيذ خطة استراتيجية، تبعاً للقدرات والأولويات الوطنية لهذه الدول، والتشريعات والظروف ذات العلاقة.

وتهدف هذه الاستراتيجية أيضاً إلى مساعدة الدول الأعضاء، في تقرير وترتيب أولويات احتياجاتها، كما تهدف إلى النهوض بأعباء إيتاء الخدمات بصورة فعالة، وإلى دعم التشريعات والسياسات الملائمة، وإلى ضمان تطبيق هذه النتائج والممارَسات تطبيقاً مأموناً.

ومن المنتظر أن تبادر المنظمة إلى الشروع في مراجعة إجراءات تنفيذ هذه الاستراتيجية في منتصف المدة المحددة لها على وجه التقريب. ولسوف تكون لهذه المراجعة النصفية أهميتها في ضمان بقاء الاستراتيجية مناسبة للظروف القائمة ومسايرة لركب الزمن، في وقت تقف فيه المنظمة والمعنيون بالأمر على مشارف السنوات الخمس النهائية من المدة المحددة التي توشك أن تبدأ عما قريب.

1. المقدمة

في كثير من أنحاء العالم يناضل راسموا السياسات، والمهنيون الصحيون، وعامة الجمهور في مواجهة قضايا تتصل بالطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي، كالمأمونية والفاعلية، والجودة، وإتاحة الاستفادة، والصيانة، والتشريعات الخاصة بهذين النوعين من الطب. إذ لايزال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي يستعمل على نطاق واسع في معظم بلدان العالم، ويتزايد تقبله واعتناقه تزايداً سريعاً في بلدان أخرى. وفي الوقت نفسه، تتسع دائرة الاهتمام بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي بحيث تتعدى المنتجات نفسها إلى التركيز على الممارَسات والممارِسين. ونتيجة لذلك، قامت منظمة الصحة العالمية بإجراء تحليل شامل للوضع الراهن للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي حول العالم، وعملت بالتعاون مع خبراء من أهل الاختصاص على وضع استراتيجية الطب التقليدي (الشعبي) لمنظمة الصحة العالمية، للفترة 2014-2023، التي ينتظر أن تعالج بعضاً من هذه القضايا الهامة. وبُغية تيسير فهم هذه الاستراتيجية، يحتوي الإطار أدناه على تعريف للطب التقليدي (الشعبي)، وتعريف للطب التكميلي، وتعريف للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

الإطار 1 تعريفات الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي

الطب التقليدي (الشعبي) (TM):

للطب التقليدي (الشعبي) تاريخ طويل. إنه حصيلة مجمل المعارف والمهارات والممارَسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات المتأصلة في مختلف الثقافات، سواء كانت قابلة للشرح والتفسير أم لا، وتستعمل في صيانة الصحة، وفي الوقاية من الاعتلال البدني والنفسي، وتشخيصه، وتخفيفه ومعالجته.

(http://www.who.int/medicines/areast/traditional/definitions/en/).

الطب التكميلي (CM):

يشير مصطلحا «الطب التكميلي» أو «الطب البديل» إلى مجموعة واسعة من ممارَسات الرعاية الصحية، التي ليست جزءاً من تقاليد البلد نفسه أو الطب التقليدي فيه. وهذه الممارَسات ليست مدمجة إدماجاً كاملاً في نظام الرعاية الصحية السائد. وهي تستعمل بصورة تبادلية (أو تناوبية) مع الطب التقليدي (الشعبي) في بعض البلدان.

(http://www.who.int/medicines/areast/traditional/definitions/en/).

الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي (T&CM):

يشمل هذا التعبير المنتجات والممارَسات والممارِسين في آن واحد.

الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي حول العالم

يُستعمل الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي على نطاق واسع حول العالم، ويُنظر له بعين التقدير لعدة أسباب. ففي المؤتمر الدولي لبلدان جنوب شرقي آسيا حول الطب التقليدي (الشعبي)، والذي عُقد في شباط/فبراير 2013، أعلنت الدكتورة مارغريت شان، المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية أن «الأدوية العشبية التي ثبتت جودتها ومأمونيتها ونجاعتها تسهم في تحقيق ضمان حصول كل الناس على الرعاية اللازمة؛ وتعتبر الأدوية العشبية، والمعالجة العشبية، والممارسون التقليديون (الشعبيون) المصدر الرئيسي للرعاية الصحية، بالنسبة لملايين البشر، بل إنها في بعض الأحيان المصدر الوحيد لهذه الرعاية. فهي رعاية قريبة من البيوت ويمكن الحصول عليها بسهولة ولا تكلف الكثير. كما أنها مقبولة ثقافياً وتثق بها أعداد كبيرة من الناس. ويُسر تكاليف الحصول على معظم الأدوية العشبية يجعلها أكثر جاذبية في وقت ارتفعت فيه تكاليف الرعاية الصحية ارتفاعاً جنونياً، وساد فيه التقشف معظم أنحاء العالم. ثم إن الطب التقليدي (الشعبي) استطاع أن يفرض نفسه كطريقة من طرق التكيُّف مع الارتفاع الشرس في معدلات انتشار الأمراض غير السارية المزمنة»[1]. وبغضّ النظر عن أسباب اللجوء إلى أحضان الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي طلباً للاستشفاء فإن ما من شك كبير في أن الاهتمام به قد تنامى كثيراً وسوف يواصل تناميه على ما يظهر في مختلف أنحاء العالم.

دعم منظمة الصحة العالمية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

إن مهمة المنظمة هي المساعدة على إنقاذ الأرواح وتحسين الصحة. وفي سياق الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، تكثف المنظمة جهودها في هذا المجال بالسُبل التالية:

- تيسير إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظم الصحية الوطنية، عن طريق مساعدة الدول الأعضاء على تطوير سياساتها الوطنية في هذا القطاع؛
- وضع دلائل إرشادية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، باعتماد ونشر معايير دولية ودلائل إرشادية ومنهجيات تقنية للبحوث في مجالات المنتجات والممارَسات والممارِسين؛
- حفز البحوث الاستراتيجية في الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، من خلال تقديم الدعم لمشروعات البحوث الإكلينيكية حول سلامته وفعاليته؛
- الدعوة إلى الاستعمال الرشيد للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي من خلال تعزيز استعماله على الأساس القائم على البينة.
- التوسط في نقل المعلومات الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وذلك من خلال القيام بدور المركز لتيسير تبادل المعلومات.

[1] من كلمة ألقتها الدكتورة مارغريت تشان المديرة العامة للمنظمة في المؤتمر الدولي حول الطب التقليدي (الشعبي) لبلدان جنوب شرق آسيا، نيودلهي، الهند، 14-12 شباط/فبراير 2013.

نشوء وتطور استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي) 2014-2023

المقصود من هذه الوثيقة، هو توفير المعلومات، والوسط أو السياق، والتوجيه والدعم لراسمي السياسات، ومخططي الخدمات الصحية، واختصاصي الصحة العمومية، وهيئات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وغير ذلك من الجهات التي تهتم بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي؛ ويشمل ذلك المنتجات والممارَسات والممارِسين. وهي تتناول قضايا تتصل بتقييم وتنظيم وإدماج الطب التقليدي (الشعبي)والتكميلي، كما تتصل باستغلال قدرة هذه الأمور على أن تعود بالفائدة على صحة الأفراد.

تتضمن استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي) 2014-2023، تحديثاً وتعزيزاً لإطار العمل في المجالات التالية:

- استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي): 2002-2005 (2)، أول وثيقة استراتيجية أُعدَّت في تاريخ المنظمة في هذا المجال؛
- الأبواب الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) من استراتيجية المنظمة للأدوية 2004-2007 (3)؛
- مكونات الطب التقليدي (الشعبي) في استراتيجية المنظمة للأدوية: 2008-2013 (4).

وتضُم الاستراتيجية الجديدة مراجعة للمساهمة التي يمكن أن يقدمها الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي للصحة، ولاسيما في مجال إيتاء الخدمات الصحية، كما أنها تحدد الإجراءات ذات الأولوية، للفترة الممتدة حتى عام 2023. وهذه الاستراتيجية إنما جاءت استجابة استباقية وفعالة لقرار جمعية الصحة العالمية حول الطب التقليدي (الشعبي) (1)؛ وهو القرار الذي يشجع الدول الأعضاء على اعتبار الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي جزءاً هاماً من النظام الصحي، كما ينطلق من العمل الذي نص عليه إعلان بيجين، الصادر من مؤتمر المنظمة حول الطب التقليدي (الشعبي) عام 2008.

وتمثل الاستراتيجية الجديدة وثيقة هامة للدول الأعضاء، وللمعنيين بالأمر، وللمنظمة، عند إدراج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في سياق النظم الصحية للبلدان الأعضاء. وتبرز هذه الاستراتيجية وجوه التقدم في بحوث وتطوير الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وتعترف بالخبرات المكتسبة أثناء تنفيذ استراتيجية المنظمة في الطب التقليدي (الشعبي) 2002-2005 واستراتيجيات المنظمة المذكورة آنفاً في مجال المداواة الطبية.

مدى الحاجة إلى استراتيجية جديدة

ترى المنظمة ودولها الأعضاء أن من الأهمية بمكان تحديث الاستراتيجية وإغناءها في هذا الوقت بالذات لأسباب عدة هي:

1) التحديث المتواصل للطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي

لايزال عامة الجمهور والمستفيدون من الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم يجعلون الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في عداد خياراتهم الصحية. وهذا بدوره يحمل الدول الأعضاء على دعمهم في اتخاذ قراراتهم المستنيرة حيال هذه الخيارات.

2) تنامي الأهمية الاقتصادية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

يتنامى الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وتتسع دائرته، ولاسيما فيما يتصل بالمنتجات التي يتم شراؤها شخصياً أو عن طريق شبكة الإنترنت. ولقد أصبح قطاع الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي يلعب دوراً بارزاً في التنمية الاقتصادية لعدد من البلدان. وفي الوقت نفسه، ومع انتشار القيود والعقبات المالية على الصعيد العالمي، يمكن لاستعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي لأغراض تعزيز الصحة، والرعاية الصحية الذاتية، والوقاية من الأمراض أن يؤدي إلى تخفيض فعلي في تكاليف الرعاية الصحية.

3) الطابع العالمي للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

إن منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارَساته في أحد الأقاليم، تستعمل في جميع أنحاء العالم لاستكمال عملية إيتاء خدمات الرعاية الصحية، الأمر الذي يجعل من الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي بحق ظاهرة عالمية. وهذا بدوره يتطلب وجود مستوى جديد من التعاون فيما بين الدول الأعضاء مع استمرار هذا القطاع في السعي إلى تحديد ودعم سبل الوصول إلى المنتجات والممارَسات المأمونة.

4) تباين مستويات التعليم والاعتماد والقوانين والتشريعات الخاصة بالممارَسات والممارِسين، تبايناً كبيراً

في عالم تتزايد فيه الصبغة العالمية يتحرك الأفراد بحرّية من بلد إلى بلد التماساً للعيش والعمل. وفي ضوء هذا الاتجاه يقتضي الأمر وجود فهم أفضل من قِبَل ممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي لضمان توافر التناسق المهني والمأمونية المهنية.

5) الفتوح الأخيرة في بحوث وتنمية الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

منذ إطلاق استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي): 2002-2005، تحققت فتوح مهمّة فيما يُعرف عن الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي يداً بيد مع تطور المعايير والدلائل الإرشادية التقنية لعملية إيتاء الخدمات الصحية المنظمة.

6) الملكية الفكرية

مع تزايد شيوع استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، أصبح من الأهمية بمكان إيجاد نوع من التوازن بين الحاجة إلى حماية حقوق الملكية الفكرية للشعوب الأصلية والمجتمعات المحلية وتراثها في مجال الرعاية الصحية، مع ضمان تيسير الحصول على خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي ورعاية البحوث والتنمية والابتكار. وينبغي لأي إجراء في هذا السبيل أن يتم بمقتضى الاستراتيجية العالمية وخطة العمل، المعنيتين بالصحة العمومية والابتكار، والملكية الفكرية (5).

7) إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظم الصحية

نظراً لتزايد الإقبال على خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، نشأت الحاجة إلى توثيق إدماج هذه الخدمات في صلب النظم الصحية. وعلى راسمي السياسات والمستهلكين (المستفيدين) معاً أن يفكروا في كيفية جعل الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي يؤدي إلى تحسين خبرة المرضى وصحة الجمهور عامةً. وثمة أمور لها أهميتها، كمسألة تيسير الحصول على الخدمات، والقضايا المتصلة بصحة الجمهور والسكان بعامة، تقتضي التصدي لها ومعالجتها.

وتشمل وثيقة الاستراتيجية الجديدة هذه على استعراض للتقدم المحرز في مختلف أنحاء العالم منذ بدء العمل باستراتيجية المنظمة في الطب التقليدي (الشعبي): 2002-2005، بما في ذلك إبراز النجاحات والتحديات المستجدة، وتهيئ إطاراً للعمل خلال العقد القادم، الأمر الذي سيعزز من مكانة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي على الصعيد العالمي.

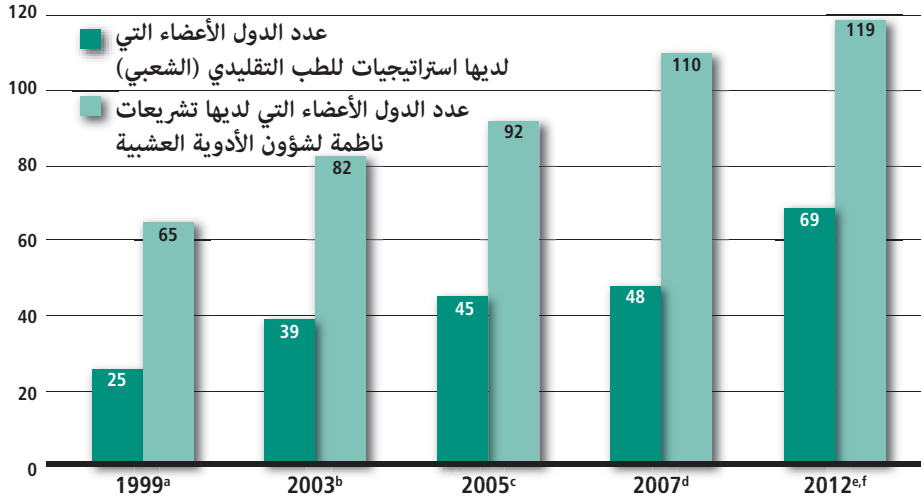
2. التقدم العالمي

منذ إطلاق استراتيجية منظمة الصحة العالمية الأولى في مجال الطب التقليدي (الشعبي) (2) 2005-2002، أمكن تحقيق تقدم هام ومنتظم في تطبيق وتنظيم وتدبير خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في معظم أقاليم العالم. وعلى الرغم من أن الدول الأعضاء انطلقت في هذا السبيل بمبادرات خاصة منها، إلا أن وثيقة الاستراتيجية الأصلية لعبت دوراً بالغ الأهمية في دعم جهود هذه البلدان (الشكل 1 و2). ولقد استُقيَت الإحصائيات حول التقدم العالمي في هذا المضمار من نتائج عملية المسح العالمية التي أجرتها المنظمة حول الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، واستندت هذه الإحصائيات إلى المؤشرات الرئيسية المبينة في استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي): (2) 2005-2002.

2.1 السياسة والأنظمة

لقد بذل الكثير من الدول الأعضاء جهوداً مضنية في سبيل تقدم خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ويمكن أن يُعزى بعض هذه الجهود إلى تطبيق استراتيجية المنظمة في الطب التقليدي (الشعبي) 2002-2005. وقامت الدول الأعضاء في السنوات الأخيرة باعتماد وتطوير سياسات وتشريعات وطنية وإقليمية

الشكل 1: رصد التغيرات الحاصلة في مؤشرات التقدم القُطرية على النحو الذي حددته استراتيجية المنظمة في الطب التقليدي (الشعبي)



المصادر:

أ: *المرجع 2*

ب: *المرجع 3*

ج: *المرجع 6 و7*

د: *المرجع 4*

هـ: عدد الدول الأعضاء التي لديها سياسة خاصة بالطب التقليدي (الشعبي) *(مجموع معطيات من:1) تقرير مؤقت عن المسح العالمي الثاني الذي أجرته المنظمة (منتصف 2012، مع 129 نسخة أخرى). 2) نتائج المسح العلمي الأول للمنظمة (منظمة الصحة العالمية 2005).*

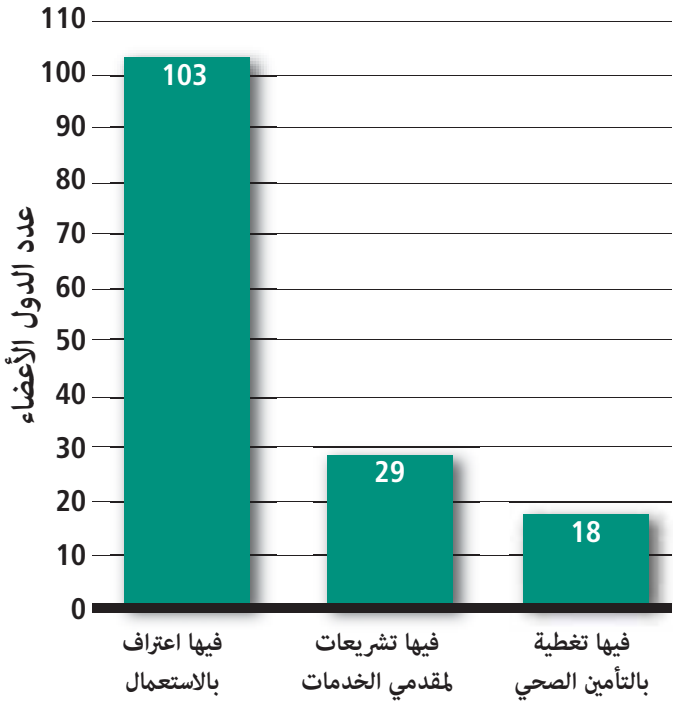
و: عدد الدول الأعضاء التي لديها تنظيم لشؤون الأدوية العشبية: *(مجموع معطيات من 1) تقرير مؤقت عن المسح العالمي الذي أجرته المنظمة (منتصف 2012، مع 129 نتيجة مسح أخرى)، 2) نتائج المسح العالمي الأول للمنظمة (منظمة الصحة العالمية، 2005)، 3) معلومات عن عضوية IRCH، 4) عضوية الاتحاد الأوروبي.*

لتعزيز الاستعمال المأمون والفعال لخدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ولقد وضعت المنظمة دلائل إرشادية ومعايير تقنية، كما نظمت دورات تدريبية وحلقات عملية، دعماً للدول الأعضاء: (http://apps.who.int/medicinedocs/en/cl/CL10/)؛ أنظر أيضاً الملحق ج). ويبين الشكل 1 أدناه التقدم الذي أحرزته الدول الأعضاء بشأن اعتماد سياسات وطنية خاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، والتشريعات الوطنية الخاصة بالأدوية العشبية.

2.2 الممارَسات

تتباين ممارَسات الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي تبايناً كبيراً بين بلد وبلد آخر، مع اعتبار أن هناك ممارَسات معينة (يطلق عليها أحياناً اسم الشكليات العلاجية) تعمد على ثقافة الطب التقليدي (الشعبي) وفهمه وتيسُّر الحصول عليه. ومن الممارَسات التي أمكن تحقيق تقدم ملموس في تداولها ممارسة الوخز الإبْري. وعلى الرغم من أن الوخز الإبْري كان في الأصل إحدى خصائص الطب التقليدي (الشعبي) الصيني، فقد عم استعماله في كافة أنحاء العالم. وتشير التقارير المقدّمة من 129 بلداً، إلى أن 80% من هذه البلدان أصبحت تعترف باستعمال الوخز الإبْري (الشكل 2).

الشكل 2: استعمال الوخز الإبْري في الدول الأعضاء

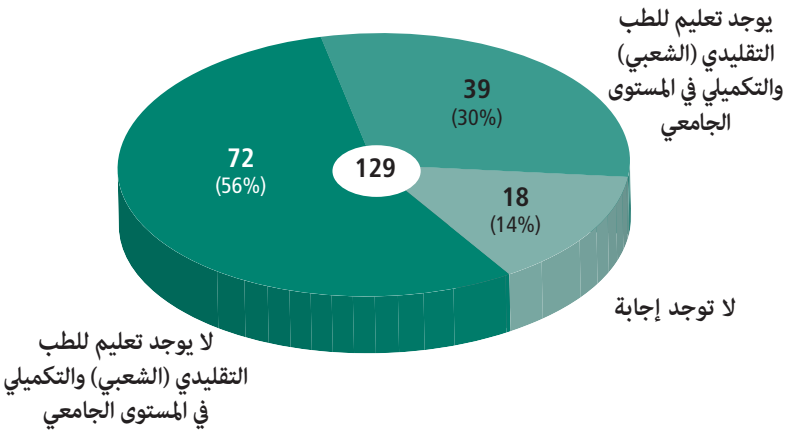


(المصدر: معطيات مؤقتة من المسح العالمي الثاني للمنظمة حول الطب التقليدي (الشعبي) اعتباراً من 11 حزيران/يونية 2012).

2.3 التعليم والبحوث

بُغية تحسين الممارسة المأمونة والمؤهَّلة للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، قامت الدول الأعضاء بوضع تشريعات خاصة ببُنَى النوعية، والكمية، والاعتماد، والتعليم اللازمة لممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بما في ذلك ممارسو الطب التقليدي الذين يستعملون الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ولقد أمكن تحقيق تقدم ملموس في كثير من هذه الوجوه. ومثال ذلك أن عدد الدول الأعضاء التي توفر برامج تعليمية رفيعة المستوى في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بما في ذلك درجات البكالوريوس والماجستير والدكتوراه في المستوى الجامعي، قد ازداد من بضع دول إلى 39 دولة تمثل 30% من البلدان التي شملتها علمية المسح (الشكل 3).

الشكل 3: تعليم الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في المستوى الجامعي



المصدر: معطيات مؤقتة من المسح العالمي الذي أجرته المنظمة في 11 حزيران/يونية 2012.

لاتزال المعارف والممارَسات الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) تُتَناقَل شفهياً بين الممارِسين الصحيين الشعبيين في الإقليم الإفريقي، منذ أجيال عديدة. لكن بعض البلدان عمدت خلال السنوات الأخيرة إلى تقوية البرامج التدريبية بهدف تطوير معارف الممارِسين الصحيين الشعبيين.

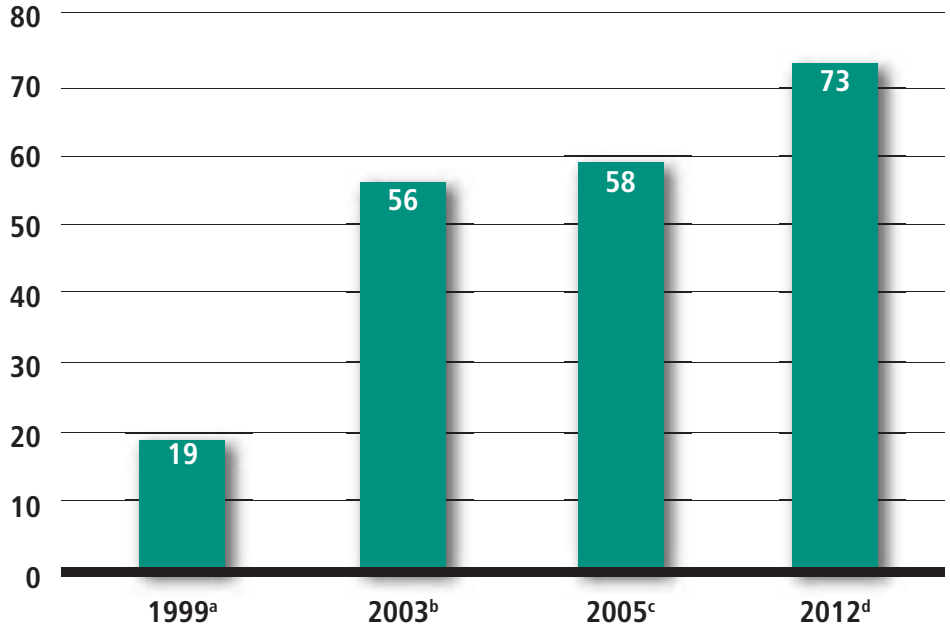
إضافة إلى ذلك، فإن الطب التقليدي (الشعبي) في بعض البلدان قد أُدرج في المناهج الدراسية الجامعية لطلبة الأقسام المعنية بالصحة. ومثال ذلك، أن العديد من الجامعات في الجماعة الاقتصادية لدول غرب أفريقيا، كجمهورية الكونغو الديموقراطية، وجنوب أفريقيا، وتنزانيا تُضَمِّنُ الطب التقليدي (الشعبي) في المناهج الدراسية الخاصة بطلبة الصيدلة والطب (8).

وبُغية دعم الدول الأعضاء في توجهها نحو التدريب الجيد، قامت المنظمة بنشر سلسلة من المعايير والدلائل الإرشادية التدريبية حول الموضوع
(http://apps.who.int/medicinedocs/en/cl/CL10/؛ انظر أيضاً الملحق ج).

ولقد تم كذلك إحراز تقدم في إنشاء معاهد للبحوث في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في مختلف أنحاء العالم (الشكل 4). ولقد تزايد تزايداً كبيراً عدد الدول الأعضاء التي تبلِّغ عن قيام مركز وطني للبحوث لأغراض الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

الشكل 4: رصد التغيرات الطارئة على مؤشرات التقدم القطري التي حددتها استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي).

عدد الدول الأعضاء التي لديها مراكز أو معاهد بحوث وطنية في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي (بما في ذلك ما يختص منها بطب الأعشاب)



المصدر:

أ: *المرجع 2*

ب: *المرجع 3*

ج: *المرجعان 6 و7*

د: *(معطيات موحدة من 1) تقرير مؤقت عن المسح العالمي الثاني الذي أجرته المنظمة (أواسط عام 2012 مع النتائج المستفادة من 129 بلداً). 2) نتائج المسح العالمي الأول الذي أجرته المنظمة (المنظمة 2005). 3) معلومات عن المراكز المتعاونة مع المنظمة في مجال الطب التقليدي (الشعبي)*

3. المراجعة العالمية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

يتبين من التحديث العالمي لخدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، على النحو الوارد في الفقرة 2 أنه تم تحقيق قوة دفع كبيرة على مدى العقد الماضي. وبُغية التوصل إلى صيغة نهائية لاستراتيجية تغطي السنوات العشر القادمة، ثبت أن من الأهمية بمكان أن تتم مراجعة وتحليل الوضع الراهن للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في كافة أرجاء العالم. وهذا بدوره سوف يساعد الدول الأعضاء على تقرير كيف ومتى ينبغي إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظم الصحية الوطنية لدى هذه الدول.

ولتزويد الدول الأعضاء بفهم أفضل للوضع الراهن للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في مختلف أنحاء العالم، قامت منظمة الصحة العالمية بجمع قدر كبير من المعطيات على أوسع نطاق لتضمينها في وثيقة الاستراتيجية هذه. وبالتالي فإن هذه المراجعة تهدف إلى وضع الأمور الواجب تنفيذها في إطارها الصحيح، ولا تستهدف تحقيق الكمال على أوسع نطاق. وهي تبرز مدى الطلب المستمر على منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارسته وممارِسيه، كما تصف أنماط استعماله، وتحدد مدى الحاجة إلى وجود تشريعات تحمي المستهلكين، وتبيِّن أهمية إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في التغطية الصحية الشاملة، كما تحدد بعضاً من الصعوبات والتحديات التي تواجه عملية الإدماج في النظم الصحية.

3.1 الطلب المستمر على منتجات وممارَسات وممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

إن لدى العديد من البلدان أعرافاً تقليدية متوارثة تخص شعوبها في مجال التداوي والاستشفاء من الأمراض والأوجاع، ولهذه الأعراف جذورها في أعماق ثقافة هذه الشعوب وتاريخها. وبعض هذه الأعراف أو الأشكال العلاجية في مجال الطب التقليدي (الشعبي)، كالأيورفيدا Ayurveda (الهندية) والطب التقليدي (الشعبي) الصيني، وطب الأوناني Unani، لايزال شائعاً في طول البلاد وعرضها، بالإضافة إلى استعمال هذه الألوان من الطب في شتى أنحاء العالم. وفي الوقت نفسه يشيع، وعلى نطاق واسع، استعمال بعض أشكال الطب التقليدي (الشعبي) الأخرى، كطب الطبائع البشرية anthroposophic، والمعالجة اليدوية chiropractic، والمعالجة المثلية homeopathy (أو التماثلية)، والمداواة الطبيعية naturopathy، والمعالجة الهيكلية العظمية osteopathy.

هذا، وتعاني النظم الصحية حول العالم من تفاقم مستويات الاعتلالات المزمنة، وتصاعد تكاليف الرعاية الصحية. ويشترك المرضى ومقدمو الرعاية الصحية معاً في المطالبة بإجراء عملية إعادة الحياة إلى خدمات الرعاية الصحية، مع التركيز الأشد على الرعاية ذات الصبغة الفردية والشخصية المرتكز (9). ويشمل ذلك: التوسع في تيسير الوصول إلى منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وممارَساته وممارِسيه. وهناك الآن ما يزيد على مئة مليون أوروبي من مستعملي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وخمس من هؤلاء يستعملون ذلك الطب بانتظام، ونفس العدد يفضلون الرعاية الصحية التي تشتمل على الطب التقليدي (الشعبي)والتكميلي (10). وثمة أكثر من هؤلاء بكثير يستعملون الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في أفريقيا، وآسيا، واستراليا، وأمريكا الشمالية (11).

3.1.1 سوق المنتجات

إن تنوع التشريعات والتقسيمات الناظمة لشؤون منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، يجعل من الصعوبة بمكان تقدير حجم سوق هذه المنتجات عبر الدول الأعضاء، بأي نوع من أنواع الدقة. على أن المعطيات المتاحة تشير إلى ازدهار هذا السوق وغناه. فقد قدرت قيمة الإنتاج الدوائي الطبي الصيني عام 2012 بحوالي 83.1 بليون دولار أمريكي، أي بزيادة أكثر من 20% عن العام السابق (12). أما في جمهورية كوريا فقد بلغ الإنفاق السنوي على الطب التقليدي (الشعبي) 4.4 بليون دولار أمريكي عام 2004، وارتفع هذا الرقم إلى 7.4 بليون دولار عام 2009 (13). وبلغ حجم الإنفاق من الجيب الشخصي على المنتجات الطبيعية في الولايات المتحدة 14.8 بليون دولار عام 2008 (14).

3.1.2 الطلب على ممارَسات الطب التقليدي (الشعبي) وممارِسيه

ثمة طلب شديد على ممارَسات الطب التقليدي (الشعبي) وممارِسيه في جميع أنحاء العالم. ففي استراليا تزايدت بسرعة ملحوظة الزيارات التي يستقبلها مهنيو الصحة التكميلية، كالمختصين بالوخز الإبْري، وممارسي الطب اليدوي، والمداويين الطبيعيين، بزيادة بلغت 30% خلال الفترة من 1995 إلى 2005، عندما سُجلت 750 000 زيارة خلال فترة أسبوعين (15). ويبين مسح وطني أجري في الصين، أن عدد الزيارات الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي قد بلغ 907 ملايين في عام 2009، وهو ما يشكل 18% من مجموع الزيارات الطبية للمؤسسات التي شملها المسح؛ كما بلغ عدد مرضى الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي الداخليين 13.6 مليون شخص أو 16% من مجموع المستشفيات التي شملها المسح (16). وفي جمهورية «لاو» الديموقراطية الشعبية يعيش 80% من السكان في مناطق ريفية تضم 9113 قرية: في كل قرية منها ممارس أو ممارسان في مجال الصحة الشعبية. ويقدم ما مجموعه 18 226 ممارساً صحياً شعبياً جانباً كبيراً من خدمات الرعاية الصحية لحوالي 80% من مستلزمات صحة السكان (17). وأما في المملكة العربية السعودية فقد أظهرت دراسة أجريت مؤخراً أن كل فرد يدفع من جيبه 560 دولار أمريكي كل عام لقاء خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي (18).

3.2 استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

بُغية رسم سياسة للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي تقوم على أساس معرفي، ينبغي الحصول على المعلومات التالية ثم تحليلها: ترى لماذا يستعمل الناس هذا اللون من الطب، ومتى يستعملونه، وما هي المنافع التي يعود بها عليهم، ومن الذين يقومون بإيتائها، وما هي مؤهلاتهم؟

3.2.1 لماذا يستعمل الناس الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي؟

تتباين أنماط استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي فيما بين الدول الأعضاء وداخل هذه الدول نفسها، تبعاً لعدد من العوامل كالثقافة، والأهمية التاريخية، والتشريعات. ونظراً إلى عدم وجود طريقة موحدة للتحقق من طرز الاستعمال، فقد يكون من المفيد أن يؤخذ في عين الاعتبار كيفية استعمال الناس للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في ضوء أنماط عامة ثلاثة هي:

1) *الاستعمال في بلدان يعتبر فيها الطب التقليدي (الشعبي) أحد المصادر الأساسية للرعاية الصحية*. وهذا ينطبق تماماً على البلدان التي يكون فيها توافر الخدمات الصحية القائمة على الطب التقليدي وتيسُّرُ الحصول عليها محدودين بصورة عامة. ويمكن أن يُعزىَ انتشار استعمال الطب التقليدي (الشعبي) على نطاق واسع في أفريقيا وبعض البلدان النامية إلى أن خدماته جاهزة في كل وقت وميسورة التكاليف. ونجد، على سبيل المثال، أن نسبة المداويين الشعبيين إلى عدد السكان في أفريقيا تصل إلى 1:500، بينما لا تتعدى نسبة أطباء الطب العادي إلى السكان 1:40 000؛ ولذلك يظل المداويون الصحيون التقليديون (الشعبيون) المحليون هم الجهة التي تقدم الخدمات الصحية لملايين السكان في المناطق الريفية (19).

2) *استعمال الطب التقليدي (الشعبي) بفعل المؤثرات الثقافية والتاريخية*. في بعض البلدان كسنغافورة وجمهورية كوريا حيث نظام الرعاية الصحية التقليدية عريق وراسخ الجذور، لاتزال نسبة الذين يشيع بينهم استعمال الطب التقليدي (الشعبي) تصل إلى 76% من سكان سنغافورة و86% من سكان جمهورية كوريا (13).

3) *استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي كمعالجة تكميلية*: إن هذا أمر شائع في البلدان المتقدمة حيث بنية النظام الصحي متقدمة بطبيعتها، ومثال ذلك أمريكا الشمالية وكثير من البلدان الأوروبية.

وعلى الرغم من وجود أمور مشتركة وراء الأسباب التي تدعو الناس إلى استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، هناك أيضاً العديد من الاختلافات بين البلدان والأقاليم، كل على حدة. وقد بيَّنت بعض الدراسات أن الأفراد يختارون الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي لأسباب متعددة، بما في ذلك تزايد الطلب على كافة الخدمات الصحية؛ والرغبة في الحصول على مزيد من المعلومات التي تؤدي إلى زيادة الوعي بالخيارات المتاحة؛ وتزايد الاستياء من خدمات الرعاية الصحية القائمة؛ والاهتمام الجارف بـ «الرعاية الشمولية»؛ والوقاية من الأمراض التي يغلب أن يتم ربطها بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. إضافة إلى ذلك فإن الطب التقليدي (الشعبي) والشمولي يُقرُّ بالحاجة إلى التركيز على نوعية الحياة عندما يتعذر الشفاء (20). فقد تبين، على سبيل المثال، أن المرضى يقصدون مستشفى لندن الملكي التماساً لخدمات الطب المتكامل لأن المعالجات الأخرى قد فشلت في شفائهم، أو لأن ذلك ما يفضلونه للأسباب الشخصية أو الثقافية، أو لأنهم تعرضوا لتأثيرات سلبية من جراء المعالجات الأخرى (21). وتبين من مقابلات أجريت في استراليا مع مستعملي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي أن إخفاق معالجات الطب التقليدي، والتطلع إلى نمط حياة صحي كانا الدافعين الرئيسيين لاستعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي (22).

ولقد تبين على مدى العقد الماضي، وعبر كافة أنماط الاستعمال المتبعة، أن ثمة تزايداً في الرعاية الصحية الذاتية، لأن العميل (أو المريض) يختار أن يكون أكثر سبقاً فيما يخص أمور صحته. وتحول الكثير من (المرضى) إلى اختيار منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارَساته، اعتقاداً منهم بأن «الطبيعي يعني المأمون» (23)، وهو ما ليس صحيحاً بالضرورة.

3.2.2 متى يستعمل الناس الطب التقليدي (الشعبي) والتقليدي؟

غالباً ما تكون احتياجات الفرد هي التي تحدد متى يلجأ الناس إلى استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ويبين عدد من الدراسات أن المرضى الذين يعانون من حالات نوعية مزمنة يستعملون خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي أكثر ممن عداهم. ومثال ذلك أن دراسة أجريت في الولايات المتحدة أظهرت أن المرضى الذين يشكون أمراضاً عضلية هيكلية، الذين قاموا بزيارة أطباء العظام في إطار الممارسة العائلية المعتادة شكلوا 23% من مجموع الزيارات خلال عام كامل (24). وفي فرنسا شكل المرضى الذين يعانون من اضطرابات عضلية هيكلية مزمنة نسبة كبيرة من مجموع الزيارات التي استقبلها الأطباء الذين يقدمون لمرضاهم بدائل عن الطب التقليدي (25). وثمة عدد هائل من مرضى التصلب المتعدد يلجؤون إلى معالجة الطب التكميلي والطب البديل؛ ويتفاوت معدل انتشار استعمال هذا اللون من المعالجة من 41% في اسبانيا، إلى 70% في كندا، ثم إلى 82% في استراليا (26). أما في الصين، واستناداً إلى المعطيات المستقاة من الإدارة الوطنية لرصد خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، فإن الأمراض الخمسة الأولى التي دخل أصحابها مستشفيات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي عام 2008 كانت؛ الحوادث الدماغية الوعائية، وانزياح الأقراص بين الفقرات، والبواسير، والداء القلبي الإقفاري، وفرط ضغط الدم الأساسي (27). وجاء من جمهورية كوريا أن أهم الأمراض التي دخل أصحابها إلى المستشفيات الطبية الكورية عام 2011 كانت؛ الاعتلالات العظمية، واضطرابات الجهاز العضلي والمفاصل، وعسر الهضم، والمرض المفصلي العظمي في الركبة، واضطرابات العصب الوجهي[1].

وفي العديد من البلدان النامية، يلعب الطب التقليدي (الشعبي) دوراً هاماً في تلبية احتياجات السكان من الرعاية الصحية الأولية؛ ولاتزال أنماط نوعية من الطب التقليدي (الشعبي) تستعمل هناك منذ أمد بعيد (28). ويبين الإطار 2 أدناه مثالاً لاستعمال الطب التقليدي (الشعبي) في الرعاية الصحية الأولية.

الإطار 2 حقيبة أدوية طب الأسرة الشعبي المنغولي

تمثل الجغرافيا الصعبة لجبال منغوليا وصحاريها تحدياً هائلاً في وجه الرعاة الرحَّل الذين يعانون الأمرين في أغلب الأحوال في سبيل الوصول إلى مستشفى المركز الحضري. ولذلك فقد بدأ العمل عام 2004 بمشروع يغطي حقيبة تشمل أكثر من 000 150 نسمة. ولقد انتهى المسح الذي أجري في هذا السياق إلى أن 74% من الذين سُئلوا أجابوا بأن الحقيبة كانت سهلة الاستعمال، وأن الأدوية التي تحتويها كانت فعالة عند استعمالها بموجب كتيب إرشادي مرفق بها. وتبلغ تكاليف الأدوية المستعملة على هذا النحو، قرابة ثمانية دولارات أمريكية للأسرة الواحدة سنوياً (29).

[1] اتصال مع المنظمة من قبل حكومة جمهورية كوريا، وزارة الصحة والشؤون الاجتماعية، 2013.

3.2.3 فوائد استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

إن إمكانية توفير النفقات هي سبب هام يدعو الناس إلى اختيار خدمات الطب التقليدي (الشعبي). ومثال ذلك أن تجربة عشوائية للحالات والشواهد تضمنت تقييماً اقتصادياً لتكاليف المعالجة الفيزيائية، والمعالجة اليدوية، ورعاية الممارس العام الطبية، لآلام الرقبة، قد أسفرت عن أن المجموعة التي خضعت للمعالجة اليدوية تحسنت بسرعة أفضل من تحسن حالات مجموعتي المعالجة الفيزيائية، والمعالجة الطبية التقليدية (معالجة الطبيب الممارس العام)، وأن إجمالي تكاليف المعالجة اليدوية قد بلغت (447 يورو) وهي تعادل حوالي ثلث تكاليف المعالجة الفيزيائية التي بلغت (1297 يورو) وتكاليف رعاية الممارس العام التي بلغت (1379 يورو). وهذا يعني أن المعالجة اليدوية هي أكثر فعالية وأقل كلفة في معالجة آلام الرقبة، من المعالجة الفيزيائية، أو الرعاية المقدمة من الممارس العام (الطبيب العام) (30). وتشير دراسة أخرى أحدث من هذه التجربة إلى أن المرضى الذين يتمتع طبيبهم الممارس العام بتدريب إضافي في الطب التكميلي والطب البديل تحملوا تكاليف أقل لقاء الرعاية الصحية التي تلقوها، وأن معدلات الوفيات بينهم كانت أقل من نظائرها بين الذين لم يتمتع أطباؤهم بهذه الميزة. ولقد جاء انخفاض التكاليف نتيجة لأن مدة مكوثهم في المستشفى كانت أقصر، والأدوية الموصوفة لهم كانت أقل (31).

3.2.4 أنماط ومؤهلات ممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

يمكن لممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي أن يكونوا ممارِسين للطب التقليدي (الشعبي)، أو ممارِسين للطب التكميلي، أو أطباء تقليديين، أو غيرهم من المهنيين الصحيين. والسلوكيات المختلفة المتبعة حيال التشريعات الخاصة بهذا الموضوع، تجعل من الصعوبة بمكان تحديد عدد مطلق للممارِسين في كافة أنحاء العالم. ففي العديد من البلدان النامية، ولاسيما في المناطق الريفية منها يُعتبر ممارسو الطب التقليدي (الشعبي) الجهة الرئيسية أو الوحيدة التي تقدم الرعاية الصحية في المجتمع. وفي بلدان أخرى يمكن تقسيم ممارسي الطب التقليدي (الشعبي)، إلى عدة فئات، بناء على ما يتمتعون به من تدريب أو تعليم، وعلى الوضع الذي تم تسجيلهم بموجبه، إلى ما هنالك. ومثال ذلك أن في الهند فئتين من ممارسي الطب التقليدي (الشعبي)؛ فهناك 185 785 من الممارِسين المسجلين في فروع الأيورفيدا Ayur veda، واليوغا Yoga، والطب الطبيعي Naturopathy، وطب الأوناني Unani، وطب السيدها Siddha، وطب المعالجة المثلية Homeopathy، والتي يشار إليها جميعاً بالصيغة المختصرة AYUSH «أيوش» (32). بالإضافة إلى ما يقدر بمليون عامل صحي شعبي من المشتغلين في المجتمع بمختلف فروع «أيوش» (33). ويتبين كذلك من النتائج التي توصل إليها مشروع كامبريلا CAMbrella أن تقديم خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في الاتحاد الأوروبي يأتي من قرابة 160 000 ممارس غير طبيب بالإضافة إلى 145 000 ممارس طبي (طبيب) (34).

الإطار 3 نظام التعليم الخاص بممارسي الطب التقليدي (الشعبي) في الهند

إن كافة النظم الطبية الشعبية الستة المعترف بها رسمياً في الهند (الأيورفيدا، واليوغا، والطب الطبيعي، والطب اليوناني، وطب السيدها، وطب المعالجة المثلية)، قد اعتمدت نظماً تعليمية ثابتة تخصها. ففي الهند 508 كلّيات بطاقة استيعاب وقبول مقدارها 25 586 طالباً جامعياً؛ ومن هذه الكليات 117 كلية تستقبل 2493 خريجاً في أقسام الدراسات العليا. ولا يتم إنشاء أي كلية من هذه الكليات إلا بعد الحصول على إذن من الحكومة المركزية، والموافقة المسبقة على بنيتها التحتية، وعلى مناهجها الدراسية، ومقررات الدورات التي تنظمها. وتتعرض هذه الكليات لعمليات تفتيشية سنوية مفاجئة للتأكد من تلبية المعايير التعليمية والبنيوية المحددة. وللحكومة المركزية صلاحية إقرار أو إلغاء أي مؤهل وأي كلية[1].

يختلف تعليم وتدريب مقدمي خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي من بلد إلى بلد آخر. وبعض البلدان ينفذ برامج التعليم والتدريب في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في سياق المناهج الدراسية المخصصة للمهنيين الصحيين في المستوى الجامعي. ولدى البعض الآخر من البلدان تعليم وتدريب راسخ القواعد تركز على نمط نوعي محدد من الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ويعطي الإطار 3 أعلاه مثلاً على نظام تعليم الطب التقليدي (الشعبي) في الهند.

3.3 التشريعات الخاصة بمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وممارَساته وممارِسيه

نتيجة لاستراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي) 2005-2002، اعتُمِدَت سياسات وتشريعات وطنية وإقليمية من شأنها تعزيز الاستعمال المأمون لمنتجات وممارَسات وممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي (الإطار 4) في العديد من الدول الأعضاء.

[1] معلومات قدمت إلى منظمة الصحة العالمية من وزارة الصحة وشؤون الأسرة في حكومة الهند.

الإطار 4 منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وممارَساته وممارسوه

تشمل منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي: الأعشاب، والمواد العشبية، والمستحضرات العشبية، والمنتجات العشبية المصنعة (التي يتم تصنيعها) والمواد والتركيبات النباتية الأخرى الناجمة عنها بوصفها مكونات فاعلة. وفي بعض البلدان، وانطلاقاً من العرف والتقاليد، يمكن أن تحتوي الأدوية العشبية على مكونات فاعلة عضوية أو غير عضوية ليست من أصول نباتية (مثال ذلك المواد الحيوانية والمعدنية). (المرجع: شرح الاستبيان المعدل في الاستراتيجية العالمية الثانية لمنظمة الصحة العالمية).

ممارَسات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي: تشمل المعالجة بالمداواة، ومعالجات الرعاية الصحية القائمة على الإجراءات، كالأدوية العشبية، والمداواة الطبيعية، والوخز الإبْري، والمعالجات اليدوية كالمياداة (المعالجة باليد)، والمعالجة الهيكلية العظمية، بالإضافة إلى تقنيات أخرى ذات صلة، منها: كي غونغ qigong، ومعالجة التاي شي Tai Chi؛ واليوغا، والطب الحراري Thermal medicine، وغير ذلك من المعالجات البدنية، والنفسية، والروحية، والجسمية-العقلية. (المرجع: التعريف المعدَّل للمعالجات القائمة على الإجراءات، في الدلائل الإرشادية العامة لمنظمة الصحة العالمية لمنهجيات وبحوث وتقييم الطب التقليدي (الشعبي).

ممارسو الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي: يمكن أن يكونوا من ممارسي الطب التقليدي (الشعبي)، ومن ممارسي الطب التكميلي، ومهنيي الطب التقليدي، والعاملين في مجال الرعاية الصحية، كالأطباء، وأطباء الأسنان، والممرضات (والممرضين)، والقابلات، والصيادلة، والمعالجين الفزيائيين الذين يقدمون لمرضاهم خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي والطب البديل. (المرجع: شرح الاستبيان المعدل في المسح العالمي الثاني لمنظمة الصحة العالمية).

ولكن يظل من المسؤوليات الأولى للدول الأعضاء، أن تحمي صحة شعوبها وأن تضمن مأمونية ممارسة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وتدبير مخاطرها الموصوفة بصورة أكثر فاعلية (الإطار 5).

الإطار 5 المخاطر الموصوفة المرتبطة بمنتجات وممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، والرعاية الذاتية

- استعمال منتجات رديئة النوعية، أو مشوبة، أو مزيفة
- ممارسون غير مؤهلين
- غلط التشخيص، أو تأخر التشخيص، أو عدم استعمال المعالجات التقليدية الفعالة
- الركون إلى معلومات مضلِّلة أو غير موثوقة
- الأحداث السلبية المباشرة، والآثار الجانبية، أو التفاعلات مع العلاج غير المرغوب فيه.

وتبدو الاختلافات واضحة بين البلدان من حيث نمط الهياكل الإشرافية التي تعينها الحكومات بغية رسم السياسات والتنظيم القانوني لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارَساته وممارِسيه، مع أخذها في الحسبان الحاجة إلى حماية المستهلك واختياره. ونظراً إلى الاختلاف في فهم وتقييم الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي باختلاف البلدان، فإنه ليس من المستغرب على الإطلاق، في ضوء الأولويات والتشريعات والموارد الوطنية، أن تختار الدول الأعضاء حماية صحة شعوباً بطرق متباينة ومختلفة أشد الاختلاف.

3.3.1 المنتجات

لقد أصبح لدى معظم البلدان في الوقت الحاضر تشريعات تنظم شؤون المنتجات العشبية، وهي لاتزال تعمل على تطوير وتحديث وتنفيذ هذه التشريعات تبعاً للحاجة. وتستهدف هذه المساعي التنظيمية حماية صحة المستهلك من خلال التأكد من أن الأدوية المستنبطة مأمونة وعالية الجودة. وفي ضوء الحقيقة القائلة إن هذه السوق قد أصبحت بحق سوقاً دولية، فقد أصبح تصنيع المنتجات يتم غالباً في بلد غير البلد الذي تباع فيه، وهذا بدوره قد يجعل من الصعب أن يضمن المرء أن هذه المنتجات مأمونة وعالية الجودة. ولمعالجة هذه القضية، تُواصِل الدول الأعضاء والهيئات التشريعية الضابطة تعاونها معاً وتتبادل المعارف والخبرات، ولاتزال بعض الهيئات الإقليمية تعمل على تحقيق التوافق والانسجام بين التشريعات والأنظمة الخاصة بالمنتجات العشبية في أقاليمها. ومثال ذلك أن الهدف في الاتحاد الأوروبي الآن هو تبني تشريع موحد حيال منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي التي يمكن وصفها أو التوصية بها من قِبَل الأطباء أو الممارِسين في كافة أنحاء الإقليم (35)؛ وتُبذَل في إقليم جنوب شرق آسيا جهود حثيثة لتحقيق التوافق والانسجام بين التشريعات الخاصة بطب الأعشاب، والتشريعات المعنية بالمنتجات العشبية الأخرى، منذ عام 2004 (http://www.aseansec.org/18215.htm).
ويحتوي الإطار 6 أدناه على مثال عن الشبكة التنظيمية العالمية التي تدعمها منظمة الصحة العالمية.

الإطار 6 شبكة التعاون التنظيمية العالمية لطب الأعشاب (IRCH)

تزايد التركيز في السنوات الأخيرة على التعاون الإقليمي والدولي على التنظيم القانوني للمنتجات الطبية. ولاتزال الأدوية العشبية موضوعاً نوعياً لحلقات عملية في اجتماعات المؤتمر الدولي لسلطات تشريعات الدواء منذ عام 1986. وفي قطاع الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي دأبت السلطات التنظيمية الوطنية المسؤولة عن التنظيم القانوني لشؤون الأدوية العشبية، على الاجتماع سنوياً منذ عام 2006 كجزء من الشبكة التنظيمية العالمية للتعاون التنظيمي الدولي حول طب الأعشاب.

3.3.2 ممارَسات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

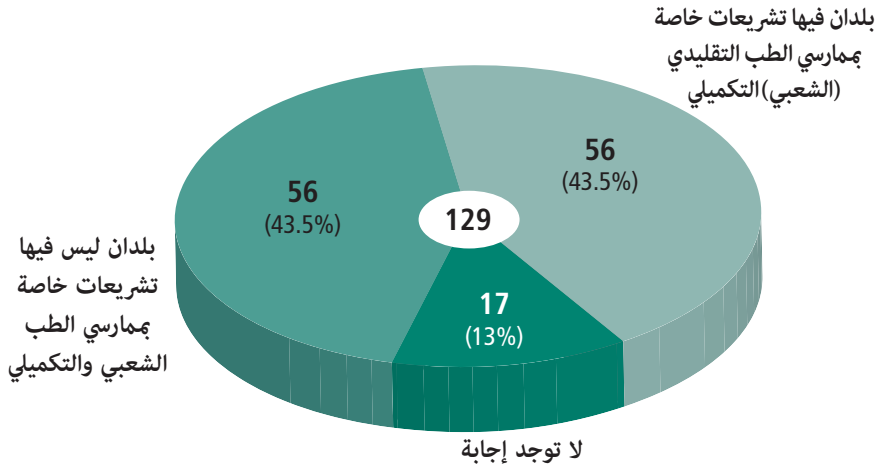
بغية ضمان مأمونية وجودة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، ينبغي للسلطات الصحية الوطنية أن تعتمد سياسات واستراتيجيات تعبر عن احتياجاتها النوعية في سياق تعاملها مع أكثر الأشكال شعبيةً للطب التقليدي (الشعبي)والتكميلي الذي يمارَس في بلدانها. إضافة إلى ذلك، وإقراراً بالحقيقة

القائلة إن الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي هو مَنْشَطٌ عالمي فعلاً، ينبغي لهذه السلطات أن تكون مستعدة للتعامل مع الأشكال الجديدة من الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، التي تَرِدُ من البلدان الأخرى. لكن هذا قد يجعل من الصعب تحديد ممارَسات مؤهَّلة في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. وتبعاً لذلك، قد يكون من المفيد للدول الأعضاء، عندما ترسم وتطبق سياساتها وتشريعاتها الوطنية حيال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، أن تضع في اعتبارها ما لدى البلدان الأخرى من معلومات وخبرات في هذا المجال. ففي سنغافورة، على سبيل المثال، تعترف الهيئات المعنية بمنح الترخيص بمزاولة الوخز الإبْري والطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بالشهادات والمؤهلات التي تم الحصول عليها واعتمادها من مواقع ومراكز للتعليم العالي فيما وراء البحار (36). وثمّة حالة مماثلة في تايلند، حيث تمنح التراخيص بمزاولة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي للذين حصلوا على شهادة البكالوريوس في الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي من جامعات في تايلند أو في الخارج (37).

3.3.3 ممارسو الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

إن للمعارف والمؤهلات التي يتمتع بها الممارسون تأثيراً مباشراً في سلامة المريض. ثم إن الطرق التي يحصل بها ممارسو الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي على معارفهم ومهاراتهم تختلف وتتباين من بلد إلى بلد آخر. ففي بعض البلدان صارت بعض ممارَسات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي معتمَدة ومتجذرة، وأصبح يُطلَبُ من الممارِسين استكمال برنامج تدريبي وتعليمي رسمي. ففي العديد من البلدان الأوروبية وبلدان أمريكا الشمالية مثلاً، ينبغي للممارِسين في كل من طب المعالجة اليدوية، وطب المداواة الطبيعية، وطب الأعشاب، وطب الهيكل والعظام، أن يكونوا قد تلقوا برامج تعليمية في المستوى الجامعي في هذه التخصصات. وكذلك الحال في الصين، وجمهورية كوريا، والهند، وفييتنام، فإن الأطباء الذين يمارسون أنماطاً معينة من الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي ينبغي أن يكونوا من خريجي الجامعات. وبالإضافة إلى التعليم والتدريب وضع العديد من الدول الأعضاء أنظمة وقوانين خاصة بممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

الشكل 5: التشريعات الخاصة بممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي



المصدر: المعطيات المؤقتة من المسح العالمي الثاني لمنظمة الصحة العالمية اعتباراً من 11 حزيران/يونية 2012.

ومع ذلك فإن المعارف والمهارات الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) في العديد من البلدان النامية قد انتقلت من جيل إلى جيل آخر بصورة شفوية، مما يجعل من الصعب تعيين المماِرسين المؤهلين على وجه التحديد. ولذلك فإن على الدول الأعضاء أن تدرس الحالة القائمة فيها وأن تحدد احتياجاتها النوعية. وقد يتضمن ذلك الارتقاء بقاعدة المعارف والمهارات المتوافرة لديها، ودعم التعاون بين ممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وبين مقدمي الرعاية الصحية التقليدية، كلما دعت الضرورة إلى ذلك. على أن تؤخذ التشريعات أو التسجيل في الحسبان. ويمكن معرفة عدد الدول الأعضاء التي لديها أنظمة وتشريعات ثابتة بشأن ممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، في الشكل 5، بينما يتوفر مثالاً على التشريعات الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في الإطار 7.

الإطار 7 التشريعات الحالية الخاصة بممارسي الطب الصيني في هونغ كونغ، المنطقة الإدارية الخاصة، الصين SAR

سُنَّ قانون الطب الصيني (http://www.legislation.gov.hk/eng/home.htm) عام 1999 (Cap 549) لتنظيم ممارسة واستعمال وتجارة وتصنيع الطب الصيني، تحت رعاية «مجلس الطب الصيني في هونغ كونغ (CMCHK)». وبموجب هذا القانون، يتوجب على أي شخص يحمل الشهادة الجامعية في التدريب في مجال الطب الصيني، ويرغب أن يتم تسجيله، أن يجتاز امتحان ترخيص يجريه «مجلس ممارسي الطب الصيني» الذي ينفق عليه «مجلس الطب الصيني في هونغ كونغ». ولما كان لممارسة الطب الصيني تاريخ طويل في هونغ كونغ، نص قانون الطب الصيني على ترتيب انتقالي لتسجيل ممارسي الطب الصيني. ويجوز لأي شخص كان يمارس الطب الصيني في هونغ كونغ بتاريخ 3 كانون الثاني/يناير 2000، أن يطلب من مجلس المماِرسين إدراجه في قوائمه كممارس للطب الصيني. وعلى هذا الممارس بعد ذلك أن يتقدم للحصول على شهادة ممارسة سارية المفعول لمدة ثلاث سنوات، وعليه أن يلبي متطلبات التعليم المستمر في الطب الصيني قبل أن يتمكن من تجديد شهادة الممارسة. ويتطلب نظام التسجيل المحدود لممارسي الطب الصيني وجود خبراء في الطب الصيني للاضطلاع بمهمة التعليم والبحث الإكلينيكي في المعاهد التي تحظى بموافقة مجلس المماِرسين. وبغية ضبط وتنظيم سلوكهم وممارستهم المهنيَّيْن، قام مجلس المماِرسين بوضع وتصنيف مجموعة من قواعد السلوك المهني لممارسي الطب الصيني (38).

3.3.4 الملكية الفكرية

يمكن للأمور المتصلة بالملكية الفكرية التأثير على المنتجات والممارَسات، بل وحتى على المماِرسين أنفسهم. ومع أنه يمكن للملكية الفكرية أن تدعم الابتكار والإبداع، وأن توفر حافزاً للاستثمار في البحوث، فإن في الإمكان أن يساء استعمالها في عمليات السرقة الأدبية في مجالات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. وتناقش منشورة اشتركت في إصدارها منظمة الصحة العالمية مع المنظمة العالمية للملكية الفكرية، ومنظمة التجارة العالمية (39) قضايا السياسة المتبعة حالياً حول الملكية

الفكرية، والموارد المعرفية التقليدية والوراثية التي يعتبر الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي جزءاً لا يتجزأ منها.

3.4 التغطية الصحية الشاملة وإدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

في جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين، أعلنت المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية «أن التغطية الصحية الشاملة هي أفضل وسيلة لتعزيز المكتسبات التي تحققت خلال العقد المنصرم. بل إنها أصدق تعبير عن روح العدالة والإنصاف. وهذا بدوره هو المرتكَز الذي يقوم عليه عمل المنظمة ونحن نمضي قُدُماً إلى الأمام» (40). إضافة إلى ذلك فإن التغطية الصحية الشاملة قد اعتُمِدَتْ هدفاً من الأهداف الأساسية في البرنامج العام الثاني عشر لمنظمة الصحة العالمية (41) 2019-2014.

والغاية من العمل على تحقيق التغطية الصحية الشاملة هي ضمان حصول كافة الناس على خدمات صحية تعزيزية، ووقائية، وعلاجية، وتأهيلية، على درجة من الجودة تجعلها فعالة ومؤثرة، وتضمن أيضاً أن لا يعاني الناس صعوبة مالية عندما يدفعون تكاليف هذه الخدمات. وتتصل التغطية الصحية الشاملة اتصالاً وثيقاً بتحقيق «أرفع مستويات الصحة الممكنة» على النحو المبين في دستور المنظمة وفي مفهوم «توفير الصحة للجميع». وثمة عوامل كثيرة داخل النظام الصحي وخارجه تسهم في تحقيق التغطية الصحية الشاملة: فهنالك المحددات الاقتصادية والاجتماعية خارج النظم الصحية؛ وتحسينات النظم الصحية، كالتنظيم والإدارة الجيدة، وزيادة إتاحة الأنماط الملائمة من العاملين الصحيين، وحسن توزيع هؤلاء العاملين، وإتاحة وتوزيع الأدوية الأساسية والمرافق الصحية، والرعاية ذات النوعية الجيدة، والتمويل المناسب، والمعلومات الموثوقة، وما إلى ذلك..

وينبغي للدرب المؤدية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة أن تجتاز مجموعة من العقبات التي تواجه الأفراد عندما يبغون الحصول على خدمات الرعاية الصحية؛ ومن هذه العقبات تشتت خدمات الرعاية الصحية وافتقارها إلى عنصر التركيز على المريض. فقد تكون مراكز الخدمات الصحية بعيدة جداً (وهو العائق الجغرافي)؛ أو فقيرة في الموظفين العاملين مما يفرض ساعات انتظار طويلة (وهو العائق التنظيمي)؛ أو لا تكون متساوقة مع الأفضليات الثقافية أو الجندرية (وهو العائق الثقافي). وفوق ذلك، فإنه إلى حين يكون الناس قادرين على الوصول إلى الخدمات والحصول عليها، فقد تكون هذه الخدمات رديئة النوعية، بل قد تكون مضرَّةً في بعض الحالات. وثمة مشكلة جسيمة أخرى هي هيمنة الخدمات العلاجية المرتكزة على المستشفَى، والموجهة نحو المرض؛ فهي غالباً ما تكون ضعيفة الاندماج في النظام الصحي الواسع. ثم إن هذه الخدمات المثقلة بالأعباء مسؤولة عن أوضاع عجز هائلة يمكن إعادة توجيهها نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وبدلاً من هذه العوائق القائمة يمكن لخدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي المؤهَّلة أن تشكل إسهاماً إيجابياً في التغطية الصحية الشاملة.

إن الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في بلدان عديدة يغطى جزئياً بالتأمين الصحي من قِبَل شركات القطاع العام والقطاع الخاص منذ التسعينات. ويمكن الاطلاع على عدد الدول الأعضاء التي لديها تغطية تأمينية للمعالجة بالوخز الإبْري في الشكل 2. على أن التشريعات وإجراءات التسجيل الخاصة بالطب

التقليدي (الشعبي) والتكميلي لا تقوم على أساس متين في كثير من الدول الأوروبية. ولكن يتزايد عدد الأطباء العاديين الذين يبدون اهتماماً بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في هذه البلدان الأوروبية؛ وهي ظاهرة تزيد من احتمالات تقاضي المرضى تعويض التأمين. ومثال ذلك، أن العديد من الأطباء الفرنسيين (العاديين) متخصصون في الوخز الإبْري والمعالجة المثلية، وكلا المعالجتين تعوض عنها التأمينات الاجتماعية عندما يقوم بهما أو يصف أدويتهما الطبيب المعالج. ومنذ العام 1997 لاتزال مؤسسة التأمين التبادلي الاشتراكي في مقاطعة تورناي-آث Tournai-Ath في بلجيكا تعوض جزئياً تكاليف علاجات معينة في الطب التكميلي والطب البديل، كالمداواة المثلية. أما في فنلندا، فإن الوخز الإبري وغيره من المعالجات التكميلية أو البديلة – إذا كانت مقدمة من قِبَل طبيب متخصص بالمعالجة الإخلافية يمكن تغطيتها من قِبَل مؤسسات التأمينات الاجتماعية. وفي ألمانيا، يقدم تأمين القطاع العام والقطاع الخاص نفس النوع من التغطية لبعض المعالجات التكميلية والبديلة (42). ويحتوي الإطار 8 أدناه على مثال عن تعويض التأمين عن خدمات الطب التقليدي (الشعبي) في اليابان.

الإطار 8 تشريعات الطب التقليدي (الشعبي) وتعويضات التأمين الصحي الوطني في اليابان

في اليابان، يستعمل 84% من الأطباء اليابانيين الكامبو في ممارستهم اليومية (43). وبناءً على التقرير السنوي عن الصحة والعمل والشؤون الاجتماعية (44) 2012-2011، بلغ عدد الأطباء المسجَّلين الذين ينحصر فيهم حق وصف أدوية الكامبو 049 295 طبيباً. كما كان هنالك 517 276 صيدلياً مسجلاً ينحصر فيهم صرف أدوية الكامبو. وكذلك كان هنالك 421 92 متخصصاً بالوخز الإبري، و664 90 متخصصاً بالمعالجة الحرارية Moxacauterists، و663 104 ممارس تدليك (مدلك)، و428 50 معالجاً بالجودو. واعتباراً من نيسان/أبريل 2000 تضمنت قوائم تعويضات التأمين الصحي الوطني 147 تركيبة كامبو موصوفة من قبل المتخصصين، و192 مادة عشبية مستعملة في تركيبات وصفات الكامبو. ثم إن الوخز الإبري، والمعالجة الحرارية، والتدليك الياباني التقليدي، والمعالجة بالجودو، لها معالجات مغطاة جزئياً بالتأمين الصحي الخاص (42).

3.4.1 المراحل المختلفة لإدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

ونظراً لأن لخدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي القدرة على تحسين صحة الفرد، فإن إدماجها على الوجه الصحيح في النظم الصحية الوطنية، سوف يتيح للمستهلكين مجموعة واسعة من الخيارات عندما يرغبون في استعمال هذه الخدمات. ومع أن عملية الإدماج وثيقة الصلة بالأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة أو يعيشون حالة من حالات تعزيز الصحة، فقد تسهم هذه العملية في معالجة الأمراض الوخيمة أيضاً. ولقد تناولت الدكتورة مارغريت تشان المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية موضوع الإدماج على الوجه الصحيح في حديث بيَّنَت فيه أنه «لا يحسُن أن يحصل أي تضارب بين نظامَي الطب التقليدي (الشعبي) والطب الغربي. ففي سياق الرعاية الصحية الأولية، يمكن

للنظامين أن يمتزجا معاً في انسجام نافع، وذلك باستعمال أفضل الجوانب التي يشتمل عليها كل من النظامين، وبالتعويض عن نقاط ضعف معينة موجودة في كل منهما. وليس من المنتظر أن يتم هذا الأمر من تلقاء نفسه. فالأمر يتطلب اتخاذ قرارات متأنية تحدد سياسة العمل، حيث يصبح في الإمكان أن تتم هذه العملية بنجاح تام» (45).

ولقد تم إدماج أنماط معينة من الطب التقليدي (الشعبي) إدماجاً كاملاً في نظام الرعاية الصحية في بضعة بلدان. ففي الصين مثلاً، تتم ممارسة الطب الصيني الشعبي والطب التقليدي جنباً إلى جنب في كل مستوى من مستويات خدمات الرعاية الصحية، كما أن التأمين العام والخاص يغطيان الطب الصيني (الشعبي) والطب التقليدي في آن واحد (الإطار 9).

الإطار 9 إدماج الخدمات الصحية للطب التقليدي (الشعبي) في الصين

يوجد في الصين حوالي 700 440 مؤسسة للرعاية الصحية تقدم خدمات الطب التقليدي (الشعبي)؛ وهنالك 600 520 سرير موزعة على كافة المستويات في مستشفيات الطب التقليدي (الشعبي) والمستشفيات العامة، والمستوصفات، والمحطات الصحية في المناطق الحضرية والريفية. وتضم قرابة 90% من المستشفيات العامة قسماً للطب التقليدي (الشعبي)، وتقدم خدمات الطب التقليدي (الشعبي) للمرضى الخارجيين وللمرضى الداخليين. وتحكم مؤسساتِ الطب التقليدي (الشعبي) نفس التشريعات الوطنية التي تحكم المؤسساتِ الطبية الأخرى كالمؤسسات الطبية التقليدية. ويسمح لممارسي الطب التقليدي (الشعبي) بأن يمارسوا عملهم في المستوصفات والمستشفيات العامة والخاصة على حدٍّ سواء. ويغطي التأمين الحكومي والخاص الطب التقليدي (الشعبي) تغطية كاملة، بما في ذلك الطب التقليدي (الشعبي) في التبت ومنغوليا واليوغور، والداي. وللجمهور أو المرضى حرية اختيار الطب التقليدي (الشعبي) أو التقليدي عند التماس خدمات الرعاية الصحية، أو يقوم أطباؤهم بتقديم النصح حول العلاج الأفضل الذي يناسب مشكلاتهم الصحية (46).

وفي جمهورية كوريا، يستطيع أطباء الطب التقليدي (الشعبي) تقديم خدمات الطب التقليدي (الشعبي) الكوري في المستشفيات والمستوصفات العامة والخاصة. وثمة برنامج وطني للتأمين الطبي يغطي خدمات الطب التقليدي (الشعبي) الكوري منذ العام 1987، كما يغطي التأمين الخاص حالياً خدمات الطب التقليدي (الشعبي). وفي فيت نام يستطيع ممارسو الطب التقليدي (الشعبي) أن يمارسوا عملهم في المستشفيات والمستوصفات العامة والخاصة؛ ويغطي التأمين الحكومي تغطية كاملةً كلاً من الوخز الإبري، والأدوية العشبية ومعالجة الطب التقليدي (الشعبي).

وفي بلدان عديدة أخرى، نجد أن الطب التقليدي (الشعبي) مدمج جزئياً في النظام الصحي الوطني. ولقد أصبحت سويسرا أول بلد أوروبي يدمج الطب التقليدي (الشعبي) في نظامه الصحي (الإطار 10).

الإطار 10 إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في نظام الرعايةالصحية السويسري

في سويسرا، بلغ متوسط معدل انتشار استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي (الأشخاص الذين استعملوا هذا الطب) (47) 49% بعد العام 1990. وفي العام 1998، قررت وزارة الشؤون الداخلية الاتحادية أنه اعتباراً من العام 1999 وحتى العام 2005 ستتم تغطية خمس معالجات تكميلية، هي: طب طبائع البشر، والمعالجة المثلية، والمعالجة العصبية، والمداواة بالأعشاب، والطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي (أو طب الأعشاب الشعبي الصيني على وجه التحديد)، من قبل برنامج التأمين الصحي الإلزامي، إذا كانت الخدمة مقدمة من قبل طبيب مُجاز في الطب التكميلي والطب البديل. وفي الوقت نفسه بادرت الحكومة السويسرية إلى وضع برنامج شامل لتقييم خدمات الطب التكميلي والطب البديل، التي أخذت تلعب دوراً متزايداً في النظام الطبي السويسري، وذلك بهدف تحديد دور هذه الخدمات ومدى فعاليتها. ولقد دلّت نتائج هذا التقييم، على أنه في الإمكان تمييز ممارسي الطب التكميلي والبديل عن الأطباء الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية التقليدية، من حيث طبيعة ممارستهم وموقعها ومواردها التقنية. وفي العام 2009 اختار أكثر من 67% من الناخبين السويسريين إضافة مادة دستورية جديدة حول الطب التكميلي والبديل؛ ونجم عن ذلك إعادة معالجات تكميلية معينة إلى مشروع التأمين الصحي الأساسي المتاح لكافة المواطنين السويسريين (48). ومن المرجّح أيضاً أن تؤدي المادة الدستورية الخاصة بالطب التكميلي والبديل، إلى الإسراع بالدروس الإلزامية لطلاب الطب، وبتوحيد معايير التدريب والإجازة في المعالجات التكميلية، للأطباء وللممارِسين غير الطبيين، وبإتاحة منتجات الطب التكميلي والبديل في سويسرا (49).

3.4.2 كيف يتم إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

عندما تجرى عملية إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في نظام الرعاية الصحية، فإن العملية والخطوات المتخذة في هذا السبيل تختلف وتتباين من بلد إلى الآخر، ومن منطقة إلى الأخرى. وقد تساعد المعايير التالية الدول الأعضاء على تحديد العمليات الرئيسية التي ينبغي إجراءُها في بلدانها:

- إجراء مسح لمدى استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بما في ذلك المنافع والمخاطر المترتبة، في سياق التاريخ والثقافة المحليين، وتعزيز شعور التقدير القوي لدور وإمكانيات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي؛
- إجراء تحليل للموارد الصحية الوطنية كالاعتمادات المالية والموارد البشرية المخصصة للأعمال الصحية؛
- تقوية أو إصدار كافة السياسات والتشريعات ذات الصلة بمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وممارَساته وممارِسيه؛
- تعزيز المساواة في حق تحقيق الصحة والحصول عليها، وإدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظام الصحي الوطني، بما في ذلك دفع التعويضات، وإمكانية تيسير الإحالة وإيجاد السبل التعاونية.

ومن المهم النظر في أهمية كل ممارسة في السياق الوطني، عند وضع سياسة الإدماج. وينبغي أن يتم التأكيد على أهمية توثيق ودراسة ممارسة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي بُغية تعيين فئات المعالجات أو الأنماط التي يمكن أن تعزز أسس السياسات والتشريعات المناسبة. ففي السويد، أمكن اكتساب عدد من الدروس المستفادة والتوصيات من عملية إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في الرعاية الصحية الأولية، كما سلط الضوء على بعض القضايا الهامة (50): ومثال ذلك إتاحة التدريب التخصصي للممارِسين العامين (الأطباء)، مع التركيز على التوثيق المرتكز على الحاسوب، والذي يعبر عن تعدد أنماط الإدارة والتدبير، وعن الجمع بين طرائق البحوث النوعية والكمية، وعقد الحوار والتعاون بين الاختصاصات المتعددة.

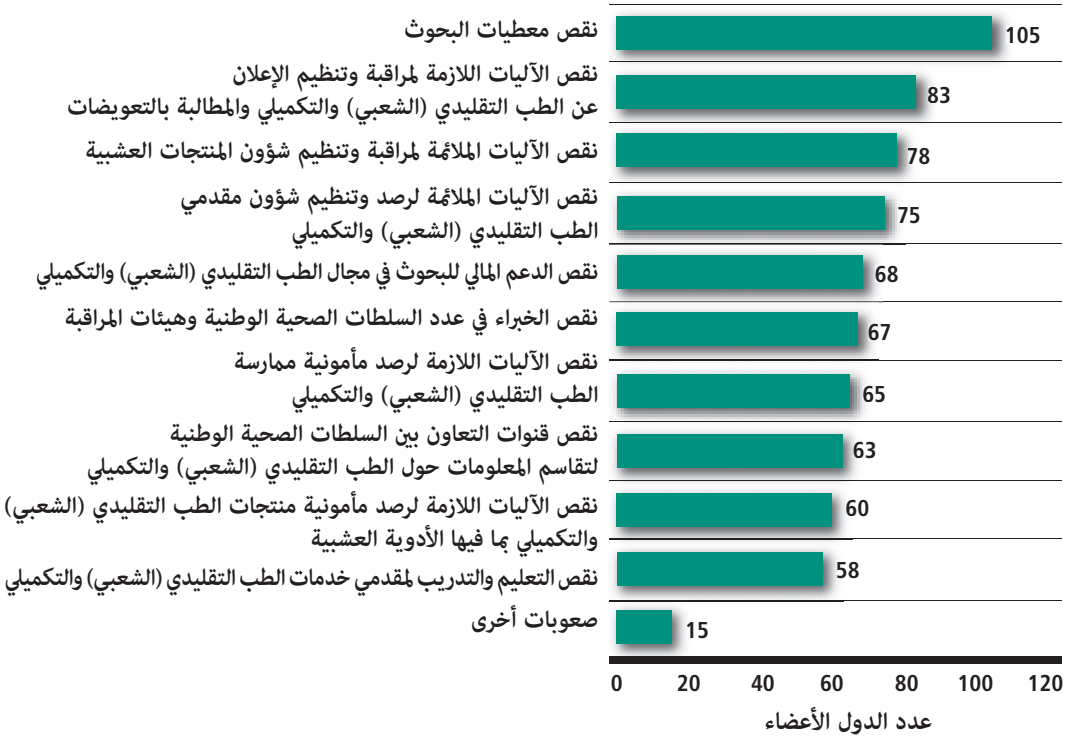
والسياسة المرتكزة على المعرفة هي مفتاح الطريق إلى دمج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظم الصحية الوطنية. وينبغي إعطاء الأولوية والدعم للبحوث من أجل توليد المعرفة. بينما هناك الكثير مما يمكن تعلمه من التجارب الإكلينيكية، فهناك أيضاً طرق أخرى للتقييم قيمتها لا تذكر. ويدخل في عداد ذلك دراسات النتائج والفاعلية، بالإضافة إلى بحوث الفاعلية المقارَنَة، وأنماط الاستعمال، وطرق نوعية أخرى. وثمة فرصة لاستغلال ورعاية هذه «التجارب الحقيقية»، حيث تتسم مختلف تصاميم وطرق البحث بالأهمية والقيمة العالية والقابلة للتطبيق. ولقد أكد المعهد الوطني تميُّز الصحة والرعاية، وجهات أخرى، على أهمية تبني أنواع مختلفة من أساليب البحث على الاشتراكات والتصاميم في الجهود الرامية إلى بناء قاعدة أدلة واسعة لتوجيه السياسات الوطنية واتخاذ القرارات (51).

3.5 الفرصُ والتحديات

يتضح من المراجعة العالمية أن ثمة عدداً من الفرص والتحديات تتصل بالسياسات والقوانين والتشريعات الوطنية، والجودة، والمأمونية والفعالية المنوطة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وبالتغطية الصحية الشاملة، وبإدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظم الصحية. وعلى الرغم من وجود قضايا اجتماعية واقتصادية ملحّة تقوم بدور الحافز على استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، فإن الزيادة المتوقعة في العبء العالمي للأمراض المزمنة (تقرير منظمة الصحة العالمية عن الوضع العالمي للأمراض غير السارية، 2011)، هي السبب الملح الأول لتطوير وتعزيز التعاون بين القطاع الصحي التقليدي والقطاع الصحي الشعبي والتكميلي.

وتبدو الفرص والتحديات المحددة في المراجعة، واضحة في تقارير الدول الأعضاء، والمسوحات، واجتماعات الخبراء (ملخصة في الشكلين 6 و7). وهذه النتائج مجتمعةً توفر الأساس لتطوير أهداف هذه الاستراتيجية. على أنه، في ضوء التنوع والتباين بين الدول الأعضاء في كيفية فهم الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وكيفية استعماله، وتنظيم العمل به، وإدماجه، فإن تنفيذ الأهداف الاستراتيجية ينبغي التفكير فيه في ضوء وضع كل دولة عضو على حدة.

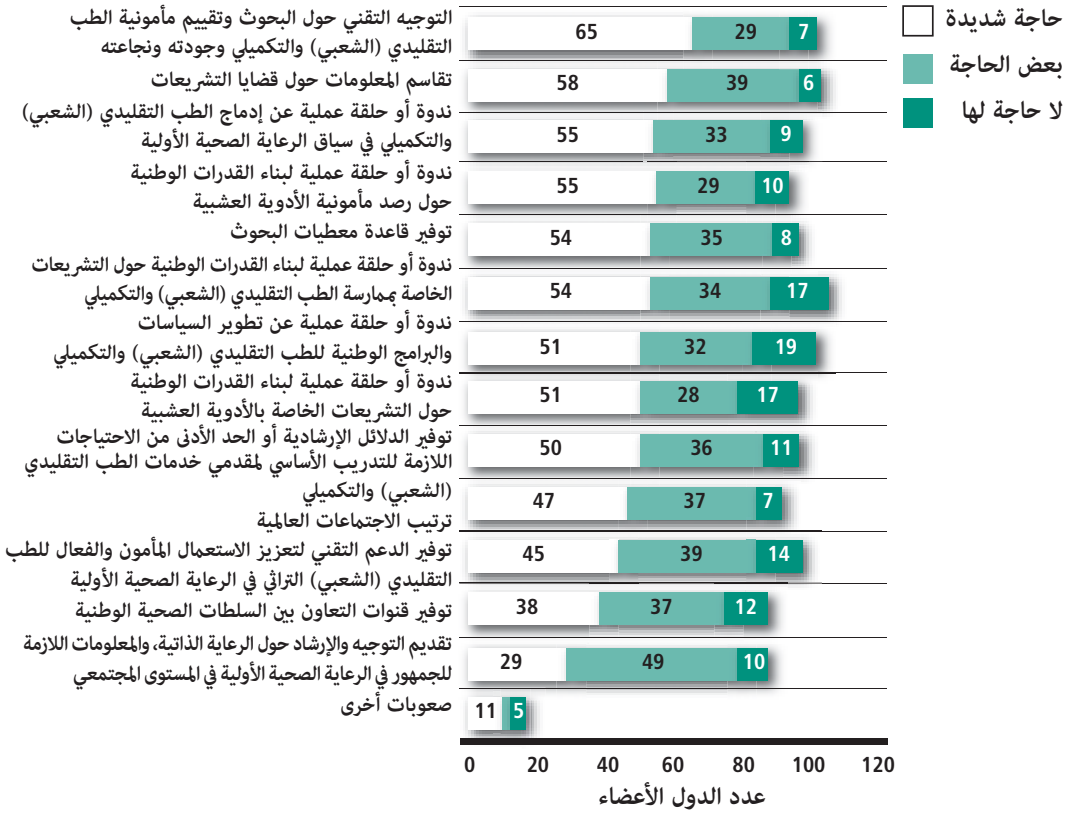
الشكل 6: الصعوبات التي تواجهها الدول الأعضاء بشأن القضايا التشريعية المتصلة بممارسة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي



المصدر: المعطيات المؤقتة في تقرير المسح العالمي للمنظمة في عدد من الدول الأعضاء، 11 حزيران/يونية 2012.

يتضح التنوع بين الدول الأعضاء من خلال النتائج التي توصلت إليها دراسة حديثة عن الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في أوروبا. فقد تباينت الدول التسع والثلاثون التي شملتها الدراسة تبايناً غير عادي فيما يتصل بالتشريعات الخاصة بممارسة الطب التكميلي والطب البديل. وفي الوقت نفسه، تهدف السياسة المعلنة إلى تبني تشريعات موحدة تُعنىَ بالتشريعات الخاصة بمنتجات الطب التكميلي والبديل، التي يصفها أو يوصي بها الممارسون داخل هذه المنطقة الجغرافية نفسها. فحينما يعبُرُ المرضى الحدود التماساً للمعالجة بالطب التكميلي والبديل، قد يواجهون اختلافات جوهرية في الخلفية المهنية لممارِسي الطب التكميلي والبديل الذين يُفترض أن لا يختلفوا عن أمثالهم في البلدان الأخرى؛ فهم يخضعون لنظم تعويض تختلف كل الاختلاف. ويؤثر هذا الوضع المعقد على الحقوق، والحصول على الخدمة، ومدى المأمونية، كما يشكل تحدياً لتحقيق التنسيق وطنياً وأوروبياً في عملية تبنّي التعليمات الجديدة بشأن تطبيق مبدأ حقوق المرضى في الرعاية الصحية عبر الحدود (52). ونتيجة لذلك، يترتب على كل دولة داخل الأقاليم المتماثلة ثقافياً، أن تفكر في تنسيق قوانين وتشريعات الطب التكميلي والبديل، لتحقيق الحماية ضد الإفراط أو التقصير في التشريع في

الشكل 7: أنماط دعم قضايا الطب التقليدي (الشعبي) والتقليدي التي ترغب الدول الأعضاء في الحصول عليها من المنظمة



المصدر: المعطيات المؤقتة المأخوذة من المسح العالمي الثاني للمنظمة في 11 حزيران/يونية 2012.

المستوى الوطني، حيث لا يكون سبب يدعو إلى ذلك (35). وعلى وجه العموم، تبين المعطيات التي قدمتها الدول الأعضاء أن التقدم في المسائل المتصلة بالتشريعات الخاصة بمنتجات الطب التقليدي (الشعبي)والتكميلي وممارَساته وممارِسيه، لا يتحقق بخطىً متماثلة. فالتقدم المتصل بالتشريعات الخاصة بالأدوية العشبية والسياسات الوطنية المعنية بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، يتم بسرعة أكبر، بينما نجد عملية التشريع الخاصة بممارِسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وبممارسة العمل تزحف إلى الأمام ببطء ظاهر. ومن الأمثلة على ذلك ما جاء في الشكل 2 من أنه على الرغم من أن غالبية الدول التي جاءت منها المعلومات قد أقرت باستعمال الوخز الإبري لديها. فإن دولاً أقل منها بكثير قد أقرّت بوجود تشريعات خاصة بالوخز الإبري لديها. وتلبيةً للاحتياجات التي حددتها الدول الأعضاء، وانطلاقاً من العمل الذي استُكمِلَ في «استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي)»: 2005-2002، سوف تولي استراتيجية المنظمة التي بين أيدينا، اهتماماً بموضوع ترتيب أولويات الخدمات والنظم الصحية، يفوق ما فعلَتْه سابقتها.

إن تحليل التقدم المحرز منذ الاستراتيجية العالمية الأولى للمنظمة في الطب التقليدي (الشعبي) (القسم 2)، والمراجعة العالمية (القسم 3)، يوضح تماماً أن ثمة طلباً مستمراً على الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في مختلف أرجاء العالم. ولا يقتصر استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي على معالجة الأمراض، ولاسيّما الأمراض المزمنة منها؛ وإنما هو يستعمل على نطاق واسع في الوقاية من الأمراض، وفي تعزيز الصحة والمحافظة عليها، كما ثبت أن استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي عالي المردود بالنسبة لبعض الحكومات. وبُغية تلبية طلبات الجمهور والدول الأعضاء، وللمساعدة على إرشاد البلدان وتوجهها نحو إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظم الصحية، قامت منظمة الصحة العالمية بوضع «استراتيجية الطب التقليدي (الشعبي): 2014-2023».

4. الأهداف الاستراتيجية، والاتجاهات الاستراتيجية، والإجراءات الاستراتيجية

استجابةً للنجاحات والتحديات التي تم استعرافها خلال تنفيذ استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي): 2005-2002، قامت المنظمة بتنظيم لقاء بين مجموعة من الخبراء والدول الأعضاء وغيرهم من أصحاب المصلحة عبر الأقاليم الستة للمنظمة، واستشارتهم جميعاً في تعيين الأهداف الاستراتيجية، والاتجاهات الاستراتيجية، والإجراءات الاستراتيجية، للاستراتيجية الجديدة، من أجل توجيه قطاع الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي من العام 2014 إلى العام 2023. ويتضمن هذا القسم تفصيلاً مستفيضاً لكيفية تحقيق المزيد من التطور والتقدم على صعيد الطب التقليدي (الشعبي)والتكميلي على مدى العقد القادم.

ولقد بيّنت المنظمة مؤخراً أن التخطيط الاستراتيجي الجاد للدول الأعضاء سوف يركز على الحاجة إلى تحقيق تغطية صحية شاملة أفضل في مختلف أنحاء العالم. وتقر المنظمة بأن الصحة الجيدة هي شرط أساسي لضمان استمرار التنمية الاقتصادية والاجتماعية والحد من الفقر. وتعتبر إتاحة فرصة الحصول على الخدمات الصحية الأساسية شرطاً لازماً لصيانة الصحة وتحسينها. وفي الوقت نفسه، يحتاج الناس إلى الحماية من الوقوع في دائرة الفقر بسبب تكاليف الرعاية الصحية.

وتستهدف استراتيجية المنظمة في الطب التقليدي (الشعبي): 2023-2014 دعم الدول الأعضاء في:

1. الاستفادة من المساهمة المحتملة التي يوفرها الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي لصحة الإنسان، وعافيته، والرعاية الصحية التي تركز على الإنسان، والتغطية الصحية الشاملة.

2. تعزيز الاستعمال المأمون والفعال للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، من خلال التشريعات والبحوث، وإدماج منتجات وممارَسات وممارِسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظام الصحي، على النحو الملائم.

ولقد صُممت استراتيجية المنظمة في الطب التقليدي (الشعبي): 2023-2014 من أجل مساعدة البلدان على تقرير أفضل السبل التي تستطيع بها أن تعزز الصحة وأن تحمي المستهلكين الراغبين في الحصول على هذه المنتجات، والممارَسات، والممارِسين. ويقتضي هذا القيام بخطوتين رئيسيتين هما:

1. أن على الدول الأعضاء أن تحدد وتتفهم بصورة أفضل، ما يعنيه الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في إطار وضعها الوطني، وذلك من خلال تحديد الأنماط المستعملة من الطب التقليدي (الشعبي)والتكميلي؛ وتحديد الجهات التي تستعملها؛ وتَحري الأسباب الداعية إلى استعمالها، وتقرير الاحتياجات الحالية والمستقبلية لهذه الخدمات. فالمفروض أولاً وقبل كل شيء أن تقوم البلدان بتكوين ملفها «بروفيلها» الوطني حيال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

2. في سياق التعبير عن الملف «البروفيل» الوطني، ينبغي للدول الأعضاء أن تصوغ سياساتها وتشريعاتها والدلائل الإرشادية التي تُعنى بأنماط الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي التي تلبّي الاحتياجات والاختيارات الصحية لشعوبها. وفي الوقت الذي يمكن أن توجد فيه موضوعات وأولويات مشتركة بين الدول الأعضاء، فإنه ينبغي العمل على استنباط أساليب وطنية لمعالجة احتياجات كل بلد على حدة. ومما لا شك فيه أن هذه الأساليب سوف تكون خاضعة للأطر القانونية، والمعتقدات الثقافية القائمة حول الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، والبنىَ اللازمة للإشراف على كل منتج، وكل ممارَسة، وكل ممارِس على حدة.

وتستطيع الدول الأعضاء أن تحقق هاتين الخطوتين الرئيسيتين، من خلال تنظيم أنشطتها التي ترمي إلى بلوغ ثلاثة أهداف استراتيجية هي:

1) بناء قاعدة معرفية للتدبير الفعال لشؤون الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي عن طريق السياسات الوطنية الملائمة؛

2) تقوية عمليات ضمان الجودة، والمأمونية، والاستعمال الملائم، وفعالية الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي عن طريق التنظيم القانوني للمنتجات، والممارَسات، والممارِسين؛

3) تعزيز التغطية الصحية الشاملة، عن طريق إدماج خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي بطريقة ملائمة، في إيتاء الخدمات الصحية والرعاية الصحية الذاتية.

4.1 الهدف الاستراتيجي 1: بناء قاعدة معرفية للتدبير الفعال لشؤون الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي عن طريق السياسات الوطنية الملائمة

تتنوع المنتجات والممارَسات والممارِسون تنوعاً كبير في الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. وبعضها يعود بفوائد صحية، وبعضها يرتبط بالمخاطر أو تحركه دوافع تجارية بحتة. وفي ضوء الموارد المحدودة للدول الأعضاء. ينبغي لهذه الدول أن تقرر موضع تركيز اهتمامها لكي تتمكن من تزويد المستهلكين بأفضل وآمَن شكل من أشكال الرعاية الصحية، في الوقت الذي تستطيع فيه أن تلبّي الحاجة إلى دعم اختيارات المستهلك. وقبل اتخاذ أي قرار مستنير حول كيفية الإشراف على خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي التي تخضع لسلطتها، يجب على هذه الدول أن تتفهم الطبيعة النوعية للقطاع الوطني للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي لديها، وأن تعتمد معطيات شاملة تكون منطلقاً لأي عملية بناء تالية.

4.1.1 الاتجاه الاستراتيجي 1: فهم دور وإمكانيات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي والاعتراف بهذا الدور والإمكانيات

إن الدول الأعضاء مدعوة إلى الاعتراف بأهمية الدور الذي يلعبه الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في نظم الرعاية الصحية لديها. على أن هناك تنوعاً واسعاً بين مختلف ضروب الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي التي يمكن اعتبارها أحد الأجزاء الرئيسية المكوِّنة لكل نظام من نظم الرعاية الصحية. وتوصي استراتيجية المنظمة بأن تعترف الدول الأعضاء وتقدِّر بالتفصيل أنماط الطب التقليدي (الشعبي)

والتكميلي التي تستعملها شعوبها، وأن تستنبط من ذلك ملفاتها «بروفيلاتها» الوطنية الخاصة بممارسة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ولسوف تمكِّنها هذه المعلومات من اتخاذ قرارات مستنيرة حيال سياسة العمل الخاصة بتنظيم واستعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي على النحو الملائم.

ونظراً إلى أن السوق التجارية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي قد أصبحت أكثر عالمية، فإن قيمة التنسيق والتعاون في هذا المجال تزداد يوماً بعد يوم. وفي هذه البيئة، ينبغي أن تستنبط السياسات والتشريعات اللازمة من منظور وطني ومنظور عالمي. وتوصي خطة الاستراتيجية بأن تستعمل البلدان الأساليب القائمة على أفضل الممارَسات بُغية استنباط التشريعات اللازمة لمختلف أنماط الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

الإجراءات الاستراتيجية للدول الأعضاء:

1. الإقرار بدور وتنوع الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في إطار نظمها الصحية.
2. تحديد نطاق قطاع الطب التقليدي (الشعبي) من خلال استعمال المعطيات التي تحدد عدد الأشخاص الذين يستعملون أشكالاً معينة من الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، والأسباب التي تدفعهم لاستعمالها، والأشكال الأكثر شعبية (أهمية)، وما إذا كان استعمالهم لها بناء على نصيحة من المهنيين الصحيين، وما إذا كان العاملين في مجال الرعاية الصحية على معرفة حول استخدام المرضى للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.
3. تنفيذ وإدماج سياسات وبرامج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وتحقيق التكامل بينها باعتبارها مكوِّنات أساسية في نظمها الصحية الوطنية، كلما كان ذلك ملائماً لواقع الحال.
4. إقامة التواصل والشراكة بين أصحاب المصلحة.
5. ترتيب الأولويات، وتحديد الإجراءات التي ينبغي اتخاذها بما يتوافق مع الأولويات والقدرات والوطنية وسواها.

الإجراءات الاستراتيجية للشركاء وأصحاب المصلحة:

1. ترسيخ أفضل الممارَسات بالتعاون مع الهيئات المعتمدة من الممارِسين والباحثين، على أن تكون هذه الممارَسات قابلة للتقاسم على الصعيد الدولي.
2. وضع توصيات حول أولويات البحوث في مجالات معينة، بهدف صياغة سياسة العمل.

الإجراءات الاستراتيجية لمنظمة الصحة العالمية:

1. مواصلة توفير الدعم والتوجيه التقني للدول الأعضاء، من خلال توفير الوثائق والوسائل اللازمة للدراسات في السياسات.
2. دعم الدول الأعضاء في تحديد وتنظيم مختلف فروع وأنماط الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.
3. تنسيق الموارد التقنية العالمية للتوصل إلى إجماع حول التعريفات الأساسية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

4. دعم الدول الأعضاء في تعزيز تقاسم المعلومات بين البلدان حول صياغة سياسات العمل.

5. جمع المعطيات العالمية حول استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وإنشاء وصيانة قاعدة معطيات لجمع المعلومات حول السياسات والتشريعات الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي والتي تستخدمها الدول الأعضاء.

4.1.2 الاتجاه الاستراتيجي 2: تقوية القاعدة المعرفية، وإيجاد البيّنات وضمان الاستمرار في حشد الموارد

على الدول الأعضاء أن تعزز ما لديها من إمكانيات لتوليد المعارف، وأن تهتم بالتعاون والاستعمال المضمون الاستمرار لموارد الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ومن المهم أن تكون الدول الأعضاء والمعنيون بالأمر على علم تام بالتنوع البيولوجي والمعاهدات الدولية المعنية بالأنواع المعرضة لخطر الانقراض.

في حين أن هناك اهتماماً متزايداً بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، فإنه لايزال هناك الكثير من التساؤلات حول نوع وكمية البيّنات التي تدعم استعماله. وينبغي لبحوث الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي أن تستعمل طرق مقبولة بصورة عامة في تقييم الخدمات الصحية، بما في ذلك الدراسات المقارنة للفاعلية، وتصميمات الطرائق المختلطة. وثمة شحٌّ واضحٌ أيضاً في البحوث والابتكارات في مختلف أشكال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. وبُغية تبرير اعتبار الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي جزءاً لا يتجزأ من الرعاية الصحية، ينبغي أن يعزَّز بالبيّنات اللازمة. ويمكن تحقيق ذلك من خلال المزيد من البحوث والابتكارات المصحوبة بالتركيز على إدارة المعارف، بما في ذلك حماية حقوق الملكية الفكرية. ومن المنتظر أن يترتب على ذلك تشجيع الابتكار مع حماية المعارف التقليدية. وعلى الرغم من أن الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي قد أصبح ظاهرة عالمية شائعة، فإنه لايزال يخشَى أن تُفقدَ أو تضيع المعارف التقليدية في مجال صيانة الصحة وتقديم الرعاية الصحية في بعض البلدان. وينبغي لهذه الحقيقة أن توضع نصب اهتمام الوكالات الملائمة المعنية بالملكية الفكرية.

ومن الأولويات الأساسية أيضاً، التجميع والتحليل والتركيب للمعطيات الخاصة باستعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتقليدي، مقرونَيْن باستراتيجية خاصة بإدارة المعلومات، لضمان بقاء الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي متداولاً وفي أعلى درجات الجودة. ويمكن أن يتم ذلك عن طريق تضمين أسئلة حول حجم استهلاك خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، في المسوحات الوطنية، وحول تبنّي قواعد المعطيات القائمة. وحول إنشاء مراكز متميزة للبحوث، أو استحداث شبكات وطنية للبحوث وشبكات تجمع مختلف فئات أصحاب المصلحة.

وبمجرد الحصول على المعطيات الأساسية، ينبغي للدول الأعضاء أن تشجع البحوث في أشكال الطب التقليدي (الشعبي) والتقليدي التي يمكن أن تعود بالفائدة على جماهيرها، وأن تركز اهتمام هذه الجماهير، ومواردها المحدودة على المنتجات والممارَسات والممارِسين، وهي القطاعات التي يرجّح أن تكون المستفيد الأول من هذه العملية. وفي الوقت نفسه، على الدول الأعضاء أن تكون في أفضل وضع

يمكّنها من التعرف على أنماط الطب التقليدي (الشعبي) والتقليدي التي تحاط بكثير من المبالغات والادعاءات، أو تشكّل خطراً فعلياً على الصحة.

ويمكن للحماية الكافية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي عن طريق الملكية الفكرية التقليدية، أو ما يعني باللاتينية حقوق «الطراز الفريد sui generis»، أن تساعد على الحيلولة دون استعماله استعمالاً غير مشروع. كما يمكن استعمال أطُر الملكية الفكرية المعمول بها حالياً لحماية الابتكارات القائمة على الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي؛ كما يمكن توسيعها بحيث تتضمن وسائل حماية ملائمة من سرقة أو اختلاس من متعلقات الطب التقليدي (الشعبي) أو التكميلي. وعلى أي نظام لحماية «الطراز الفريد»، أن لا يقتصر على ضمان وجود الموافقة المستنيرة (على علم مسبق)، وإمكانية حصول الناس على تلك المتعلقات وتقاسم المنافع، وإنما ينبغي أن يتيح مجالاً واسعاً للحصول على خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بالإضافة إلى تشجيع البحوث المتعلقة بجودة هذه الخدمات ومأمونيتها ونجاعتها، بُغية تكييف المعالجات الحالية واستنباط منتجات جديدة. وتستطيع الاستراتيجيات الملائمة أيضاً أن تضمن أن لا تضع أطراف ثالثة أيديها على حقوق الملكية الفكرية في الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي بطرق غير مشروعة أو ليس لها أساس.

الإجراءات الاستراتيجية للدول الأعضاء:

1. بناءً على تفادي أضخم المخاطر أو على الحصول عل أضخم المنافع المترتبة على استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في البلدان المعنية، يترتب على الدول الأعضاء أن تقوم بما يلي:

   أ- رصد مأمونية الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي؛

   ب- تحديد مصادر البيّنات، سواء منها التاريخية أو التقليدية أو العلمية التي تعزز أو تلغي مفعول معالجة معينة؛

   ج- تقرير مضمون ملف «بروفيل» المخاطر والمنافع، بما في ذلك مردودية الخدمات.

2. تعزيز أنشطة تدبير البحوث والتنمية والابتكار والمعارف.

3. تشجيع عملية توليد المعارف وترجمتها ونشرها، عن طريق اعتماد أسلوب كُلِّي شامل في بحوث الطب التقليدي (الشعبي) التكميلي وتطويره، بما في ذلك البحث في جودة الخدمات ومردوديتها.

4. وضع برنامج بحوث وطني يتبنّى ويشمل مختلف أنماط نماذج البحوث بحسب مقتضى الحال.

5. استنباط وتقاسُم طرائق ومعايير لتقييم مأمونية ونجاعة وجودة منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، ولتقدير قيمة ممارسة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي (مثل إيجاد الموارد اللازمة للبحوث، واستنباط منهجيات البحوث الملائمة، وتشجيع الاستثمار).

6. منع السرقة والاختلاس من متعلقات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، عن طريق تنفيذ الاتفاقيات الدولية ذات الصلة، بما يتفق مع الاستراتيجية العالمية للمنظمة وخطة العمل حول

الصحة العامة، والابتكار، والملكية الفكرية؛ وكذلك تبنّي أو تعديل التشريعات الوطنية الخاصة بالملكية الفكرية، وإصدار استراتيجيات حماية دفاعية أخرى.

7. حماية وصيانة موارد الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، ولاسيّما المعارف، والموارد الطبيعية.

8. تحديد كيفية توصيل المعلومات الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي عن طريق الممارِسين، والإعلان عن المنتجات، والممارَسات ووسائل الإعلام.

9. تعزيز الحوار والشراكة بين أصحاب المصلحة. وحيثما كان الأمر وثيق الصلة بالاحتياجات الوطنية، ينبغي التماس المساهمة من الشركاء الدوليين، مع التركيز على المعلومات الإضافية، ولاسيّما ما يتصل منها بالاتجاهات العالمية والدروس المستفادة.

10. إصدار دلائل إرشادية عن المعالجة المعيارية، لاستعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بالإضافة إلى قائمة بالأدوية العشبية الأساسية.

الإجراءات الاستراتيجية للشركاء وأصحاب المصلحة:

1. دعم التعاون مع الدول الأعضاء والمنظمة في مشروعات وبرامج البحوث حول الطب التقليدي (الشعبي)والتكميلي.

2. تقديم المشورة حول تقييم المخاطر والمنافع.

3. تعزيز نشوء ثقافة قوامها الاتصال، والتوثيق، والتقييم، والابتكار، بين مجموعات الممارِسين وطنياً ودولياً.

4. زيادة إتاحة وفهم المنشورات حول الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وقاعدة معطياته، ومصادر المعرفة الأخرى.

5. استنباط منهجيات بحث تتوافق مع نظريات وممارَسات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

6. بناء الطاقات والقدرات اللازمة للبحوث الدولية، بما في ذلك أمورٌ من قبيل الحماية الكافية للملكية الفكرية، ومنع حدوث أي سرقة علمية.

7. دعم التعاون الدولي في مجال بحوث الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

الإجراءات الاستراتيجية للمنظمة:

1. مواصلة تقديم الدعم والتوجيه التقني للدول الأعضاء، من خلال إعداد الوثائق والأدوات ذات الصلة، إزاء الدراسات في سياسات العمل، والبحوث، وصيانة الموارد، والاستعمال المضمون الاستمرار.

2. تعزيز التعاون الدولي حول بحوث الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

3. إذكاء الوعي لدى كافة أصحاب المصلحة، حول قضايا التنوع البيئي والحفاظ على البيئة.
4. تنظيم حلقات عملية تدريبية حول صياغة السياسات، ومنهجيات البحث، وأخلاقيات البحوث، وصيانة الموارد.
5. جمع ونشر المعلومات ذات الصلة.

4.2 الهدف الاستراتيجي 2: تعزيز ضمان الجودة، والمأمونية، والاستعمال الملائم، وفعالية الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، من خلال التنظيم القانوني لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارَساته وممارِسيه

على الدول الأعضاء أن تدرس إمكانيات ممارَسات ومنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في أقاليمها وبلدانها، ثم تفكر فيما إذا كانت تحتاج إلى مزيد من التشريعات، أو الإشراف، أو النظم، أو المؤسسات، من أجل جعل إجراءات ضمان جودة ممارَسات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي ومنتجاته، ومأمونيتها، وفعاليتها، أكثر مصداقية، في الوقت الذي تلبي فيه الحاجة إلى اختيار المستهلك.

وبمجرد اعتماد البرنامج الوطني والسياسة العامة للعمل، ينبغي أن يتم وضع أطر تنظيمية لكل من المنتجات والممارَسات، لبيان الاحتياجات الإقليمية والوطنية على وجه التحديد. وينبغي أن تشمل هذه العملية كلاً من الحكومات والمستهلكين، والمعلمين، ومجموعات الممارِسين، والصانعين، والباحثين؛ كما ينبغي أن تستهدف هذه العملية تحديد الطريقة التي يمارَس بها الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وتحديد الطريقة التي يمكن بها استعمال منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي بصورة مأمونة وفعالة. وفي الوقت نفسه، سوف تمكّن هذه العملية مخططي النظام الصحي من التنبؤ بالاحتياجات بصورة أكثر فعالية، واستغلال إمكانيات الطرق التي يعتمدها الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، في تلبية هذه الاحتياجات الصحية.

4.2.1 الاتجاه الاستراتيجي الأول: الإقرار بدور وأهمية التشريعات التنظيمية للمنتجات

تدل المعلومات المأخوذة من المسح العالمي الأول للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، والمعلومات المؤقتة المأخوذة من المسح العالمي الثاني للمنظمة، على أن الدول الأعضاء تزيد يوماً بعد يوم تمسكها بتطوير وتنفيذ الأطر التنظيمية الخاصة بمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

وعلى الرغم من أن الأطر التنظيمية يتم تطويرها في المستويين الوطني والإقليمي، إلا أن البلدان مدعوة إلى الاعتراف بالطبيعة العالمية لهذا القطاع. فالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي هو الآن ظاهرة دولية، والغالب أنه يُستَعمَل في جزء من العالم يختلف عن الجزء الذي طوِّرَ أو صُنعَ فيه أصلاً. ولقد أصبحَت التجارة العالمية في هذه المنتجات، بما في ذلك إمدادها المرتكز على الإنترنت، عاملاً هاماً في دراسة كيفية ضمان التزام الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بالمعاهدات الدولية حول التنوع البيولوجي والأنواع المعرضة لخطر الانقراض. وهذا من شأنه أن يثير عدداً من التحديات: كالتعامل مع أطر تشريعية أو تنظيمية مختلفة بين بلدان مختلفة؛ والتأكد من أن المعلومات الخاصة بالجودة والمأمونية يتم تقاسمها فعلاً؛ وتشجيع الاستعمال الصحيح في ثقافات مختلفة.

الإجراءات الاستراتيجية للدول الأعضاء:

1. تحديد ما هو موجود بالفعل من المعايير والسياسات والتشريعات بهدف ضمان جودة المنتج ومأمونيته. وتقدير الاحتياجات، وترتيب أولويات المجالات التي تتطلب وجود تشريعات قائمة على تقدير المخاطر مع محاولة حماية اختيارات المستهلك.

2. زيادة المصداقية وتيسير الحصول على الخدمات، من خلال اعتماد وتنفيذ الأطر التشريعية الملائمة، لضمان الاستعمال المأمون لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

3. العمل على وضع إطار تنظيمي أساسي يعزز الجودة، والمأمونية، والفعالية. ويمكن أن يكون من عناصر هذا الإطار: تسجيل المنتجات، والترخيص لمورّدي المنتجات، وتمكين الجهات التنظيمية من تطبيق إجراءات الصحة العمومية، كالإبلاغ عن الأحداث الضائرة.

4. ضمان تلبية القدرات التنظيمية والموارد لاحتياجات السوق.

5. نشر البيّنات، والدلائل الإرشادية، والمعلومات التي تعزز المتطلبات الصحية.

6. تشجيع أصحاب المصلحة على تفهُّم الأطر التنظيمية والمشاركة فيها (بما في ذلك مسؤولو الصناعة، وأوساط الممارِسين، والباحثون والمستهلكون).

7. وضع أو تبنّي معايير معينة لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

8. تعزيز التعاون والتشارك الدوليين، بما في ذلك تقاسم المعلومات حول منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

الإجراءات الاستراتيجية للشركاء وأصحاب المصلحة:

1. تشجيع أوساط الممارِسين، والقائمين على الصناعة، والباحثين، والمستهلكين على المشاركة في وضع الأنظمة والقوانين الخاصة بالمنتجات.

2. التعاون والمشاركة في نُظُم الرصد والمراقبة لإدارة المخاطر.

الإجراءات الاستراتيجية للمنظمة:

1. إصدار وتحديث وثائق وأدوات المنظمة حول تعزيز مأمونية وجودة وفعالية منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بالإضافة إلى المعايير والقواعد المعمول بها.

2. تنظيم حلقات عملية تدريبية حول بناء القدرات للقائمين على التنظيم القانوني.

3. تعزيز التوحيد القياسي والتصنيف الدوليين لشؤون الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

4. تسهيل تبادل المعلومات وتطوير الشبكات التنظيمية الدولية.

4.2.2 الاتجاه الاستراتيجي الثاني: إقرار وتطوير التشريعات الخاصة بالممارَسات والممارِسين، من أجل تعليم الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي والتدريب على ممارَسته، وتطوير المهارات، والخدمات، والمعالجات

مع تزايد عدد البلدان التي تُقْبِلُ على وضع وتطوير السياسات والأطر التنظيمية حول الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، أخذت الحاجة تدعو إلى تقييم فعاليات هذه السياسات والأطر، وإلى تحديد الطرق التي يمكن من خلالها مواجهة التحديات، بالمقارنة مع المعايير المرجعية الملائمة (العلامات الإرشادية). ويمكن تحقيق ذلك عن طريق حملات التدقيق والمراجعة الوطنية، وكذلك عن طريق تطوير وتقاسم النماذج على الصعيد الدولي.

وتفيد العلامات الإرشادية في استنباط الأساليب والأطر، وتقييم الكيفية التي يمكن بها تحسين النظم القائمة. ويمكن اعتماد هذه العلامات أيضاً في تقييم كل معالجة على حدة؛ وتطوير طرائق ونماذج دفع التعويضات؛ وإيجاد معايير للممارسة؛ وإنشاء أطر تنظيمية لمقدمي خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارَساته؛ وتوفير الإشراف على الممارِسين، بما في ذلك التدريب والاعتماد والتعويض؛ وتقرير كيفية إيتاء أي خدمة من الخدمات في إطار نظام الرعاية الصحية.

الإجراءات الاستراتيجية للدول الأعضاء:

1. تحسين عملية الحصول على المعلومات، وزيادة القاعدة المعرفية حول جودة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، ومأمونيته الفعالة.

2. ضمان الإشراف الملائم على خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي (الممارَسات والممارِسين) عن طريق إنشاء نظم عملية خاصة بالتشريعات القانونية وتكييفها مع البنى التحتية للدول الأعضاء.

3. وضع معايير ومؤشرات لرصد الأداء، كجزء من النظام الصحي الشامل.

4. دعم عملية استنباط مدونة قانونية للسلوكيات، من شأنها تعزيز الممارسة الأخلاقية، وذلك بمشاركة كافة أصحاب المصلحة من أصحاب الصلة بالموضوع.

5. دعم عملية وضع وتنفيذ دلائل إرشادية للممارسة لضمان مأمونية خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وجودتها وفعاليتها.

6. وضع شروط للتعليم، والتأهيل، والاعتماد أو الترخيص، تُعنىَ بممارَسات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارِسيه، على أساس من الاحتياجات القائمة وتقييم المخاطر المتوقعة.

7. الشروع في وضع العلامات الإرشادية، والمعايير، والتشريعات الناظمة للتعليم، والتدريب، والاعتماد، والتعويض، لمختلف أشكال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

8. إنشاء قنوات رسمية للاتصال وتيسير التعليم، بما في ذلك التعليم المستمر، والاعتماد، والترخيص لممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وتسجيلهم.

الإجراءات الاستراتيجية للشركاء وأصحاب المصلحة:

1. تشجيع المستهلكين وأوساط الممارِسين، والباحثين على المشاركة الفعالة في وضع المعايير اللازمة للتدريب والخدمات والمعالجات، ولتنظيم هذه الأنشطة جميعاً.
2. دعم عملية وضع دلائل إرشادية ومدونة للسلوكيات للرعاية الأخلاقية لتعليم ممارِسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وتدريبهم وممارستهم العمل.
3. تشجيع التواصل وتبادل المعارف بين الممارِسين بُغية توثيق وتقييم ممارَستهم للمهنة.
4. تعزيز التلاحم بين الممارِسين الصحيين الشعبيين، وتمكينهم من تنظيم أنفسهم في اتحادات أو جمعيات أو مجموعات.
5. تشجيع وتعزيز اعتماد معاهد التعليم والتدريب.
6. تعزيز الفهم والاحترام المتبادلين بين ممارِسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وبين غيرهم من الممارِسين الصحيين.
7. تشجيع عاملي الرعاية الصحية التقليدية على معرفة المزيد عن الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

الإجراءات الاستراتيجية للمنظمة:

1. إعداد أو تحديث الوثائق والمعلومات التقنية للمنظمة حول تعزيز مأمونية وجودة وفعالية ممارَسة وممارِسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بما في ذلك العلامات الإرشادية اللازمة للتدريب والممارسة.
2. تنظيم حلقات عملية تدريبية حول بناء القدرات والقائمين على التنظيم القانوني.
3. تسهيل تبادل المعلومات، وإنشاء شبكة دولية للقائمين على أعمال التنظيم القانوني.

4.3 الهدف الاستراتيجي 3: تعزيز التغطية الصحية الشاملة، بإدماج خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في إيتاء خدمات الرعاية الصحية والرعاية الصحية الذاتية

يتزايد التسليم يوماً بعد يوم بأن الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي المأمون والفعال، يمكن أن يسهم في الحفاظ على صحة شعوبنا. ولقد كان من أبرز التساؤلات التي أثيرت حول الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في السنوات الأخيرة تساؤل حول كيف يمكن لهذا الطب أن يساهم في التغطية الصحية الشاملة من خلال تحسين إيتاء الخدمات في النظام الصحي، ولاسيّما الرعاية الصحية الأولية: فإمكانية حصول المريض على الخدمات الصحية، وزيادة الوعي بأهمية تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض تعتبر من القضايا الأساسية في هذا المجال. ثم إن تغطية التأمين لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

وممارَسته وممارِسيه تتباين تبايناً كبيراً، من الشمول الكامل بخطط التأمين، إلى الاستبعاد المطلق من تلك الخطط، حيث يترتب على المستهلكين أن يدفعوا تكاليف خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي من جيوبهم. وفي الوقت نفسه أخذت تظهر للعيان بيّنة ودليل على أن الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، عندما يُضَمَّنُ في خطط الرعاية الصحية الأولية، يمكن أن يخفف الضغط على النظام الصحي ويقلِّل من التكاليف. وهذا بدوره يبيّن سبب أهمية قيام الدول الأعضاء بأن تأخذ في اعتبارها كيفية إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في نظمها الصحية وخطط الرعاية الصحية الأولية بمزيد من الشمولية.

ولكي يتاح للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي تحقيق ما ينطوي عليه من إمكانيات، ينبغي أن يحاط أفراد المجتمع علماً بالفوائد التي يُنتظر أن يجنوها، والمخاطر التي يمكن أن يتعرّضوا لها، جرَّاء تعزيز إمكانية حصولهم على خدمات الطب التقليدي، بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. وعلى أوساط الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي أن تُحسِّن أداءها في عملية إعطاء المستهلكين مزيداً من المعلومات حول منتجات هذا الطب وممارَساته وممارِسيه، حتى يتمكنوا من التوصُّل إلى اختيار مستنير.

وعلى الدول الأعضاء أن تشجع التعاون وتقاسم المعلومات بين مهنيي الرعاية الصحية التقليدية، وبين ممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. فالمعلومات التي يسهل فهمها هي العامل الرئيسي المؤدي إلى الاستعمال المأمون والملائم للرعاية الصحية الذاتية التي ينطوي عليها الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. وهذا بدوره يشمل تشجيع المرضى على إعلام مهنيي الرعاية الصحية العاديين الذين يتعاملون معهم، باستعمالهم منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

4.3.1 الاتجاه الاستراتيجي الأول: الاستفادة من المساهمة المحتملة للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في تحسين الخدمات الصحية والنتائج الصحية

على الدول الأعضاء وهي تضع في اعتبارها تقاليد وعادات الناس والمجتمعات، أن تتبين كيف يمكن للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بما في ذلك الرعاية الصحية الذاتية، أن يدعم الوقاية من الأمراض أو معالجتها، ويدعم صيانة الصحة وتعزيزها، بما يتفق مع البيّنات التي تؤكد على الجودة والمأمونية والفعالية، ويتماشى مع اختيارات المرضى وتوقعاتهم.

وانطلاقاً من الحقائق السائدة في كل بلد، ينبغي تحرّي أفضل النماذج لعملية إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظم الصحية الوطنية. ويشمل ذلك تقرير أشكال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي التي ينبغي إدماجها، وكيفية تنفيذ عملية الدمج. وإذا لم يكن الإدماج قابلاً للتنفيذ، فيمكن البحث عن بدائل.

وهناك العديد من المبادرات في شتّى أنحاء العالم في هذا السياق: وهي تهدف كلها إلى إيجاد نماذج لأفضل أشكال إيتاء الرعاية الصحية، يضمن لها الاستمرار، وإمكانية التطبيق، ويرجَّح أن تعود بنتائج صحية أفضل. ورهناً بظروف كل بلد من البلدان، يمكن للرعاية أن تأخذ شكل فرع وحيد أو عدد من فروع المعرفة الصحية، أو شكل نموذج للرعاية الصحية الذاتية، أو يمكن تبنِّي أسلوب أكثر قابلية للإدماج. وفي أغلب الأحيان، يتم استنباط أفضل النماذج من قِبَل شراكات أو تعاونيات، وتكون في العادة مرتكزة على الأشخاص المعنيين، وتعتمد على الأساليب التي تثبت مأمونيتها وملاءمتها، ومردوديتها.

الإجراءات الاستراتيجية للدول الأعضاء:

1. الاعتراف بالطب التقليدي (الشعبي) كمَورد يمكن أن يساهم في تحسين خدمات الرعاية الصحية، ولاسيما الرعاية الصحية الأولية؛ والإقرار بأن الطب التقليدي (الشعبي) وثيق الصلة بالنتائج الصحية الجيدة.

2. تحرّي كيفية إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظام الوطني لإيتاء الخدمات الصحية، بناءً على القدرات والأولويات الوطنية، والتشريعات ذات العلاقة، والظروف السائدة؛ وعلى البيّنات التي تثبت المأمونية، والجودة، والفعالية.

3. تشجيع تطوير المرافق الصحية الملائمة لخدمات الصحة العمومية التي يوفرها الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وذلك من خلال توافر العناصر الرئيسية للنظام الصحي في المواقع التي تقتضيها عملية الإدماج.

4. ضمان توافر العدالة في التغطية بالتأمين للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي المأمون والفعال، وفي التغطية بالنماذج الوطنية للتعويض الصحي.

الإجراءات الاستراتيجية للشركاء وأصحاب المصلحة:

1. تعزيز عناصر الاحترام، والتعاون، والفهم، المتبادلة بين ممارِسي الطب التقليدي وممارِسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

2. تعزيز التواصل الدولي فيما بين أوساط الممارِسين حول نماذج الإدماج.

3. تعزيز البحوث حول مردودية أساليب إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

4. تعزيز الاستمرار في التعليم، والتقييم، واستنباط البيّنات، وإجراء البحوث، حول ممارَسات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

5. إشراك المنظمات اللاحكومية، والقطاع الذي يبغي الربح، بما في ذلك نظم التعويض الصحي، في الأهداف الآنفة الذكر، كلما كان ذلك ملائماً.

الإجراءات الاستراتيجية للمنظمة:

1. تطوير أو تحديث الوثائق والمعلومات التقنية للمنظمة حول إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في نظم الصحة الوطنية. ويشمل ذلك تيسير الحصول على الخدمات المأمونة والمؤهلة للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، والعناية بمصطلحات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وإدراج هذا الطب في التصنيف الدولي للأمراض. ودعم الدول الأعضاء في تحديد النماذج، والأساليب المعتمدة في إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظم الصحية.

2. تنظيم حلقات عملية تعليمية وتدريبية لراسمي السياسات وممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

3. جمع ونشر المعلومات حول إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظم الصحية الوطنية.

4. تنظيم لقاءات بين هيئات مهنيي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وجماعات الطب التقليدي لتعزيز الاستعمال المأمون والفعال للخدمات الطبية.

4.3.2 الاتجاه الاستراتيجي الثاني: التأكد من تمكُّن مستهلكي خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي من ممارسة الاختيارات المستنيرة حول الرعاية الصحية الذاتية

إن الاختيار المستنير هو أحد أحجار الزاوية لممارسة الرعاية الصحية الجيدة. والتشارك في اتخاذ القرار يعزز الرعاية التى تركز على البشر. وينبغي للجوانب الأخلاقية والقانونية أن تدعم وتشكل الجوانب والاعتبارات الأساسية للاختيار الواعي. كما أن على التعليم أن يلعب دوراً هاماً في الاختيار المستنير. ويمثل الاختيار الذاتي لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في بلدان كثيرة، جزءاً كبيراً من قطاع الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

ومن المهم أن نلاحظ أن رغبة المستهلك في الحصول على الخدمة وإتاحتها، قد تتضارب مع المهمة الملقاة على عاتق الحكومة بحماية شعبها، من خلال تبني مبادئ احتياطية عندما لا تكون المخاطر واضحة كل الوضوح. وتتباين طريقة حفظ التوازن بين هذين العاملين من بلد إلى بلد آخر، وقد يتصادمان حول نموذج معين من نماذج الرعاية الصحية الذاتية.

الإجراءات الاستراتيجية للدول الأعضاء:

1. تطوير آليات أو دلائل إرشادية تُعنىَ بالمستهلك وتثقيفه، وحمايته، وقنوات الشكاوى؛ والاستعمال الصحيح لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وممارِسيه، وخدماته، بما في ذلك تعزيز هذه المنتجات والإعلان عنها.

2. تعزيز التعليم المتعدد التخصصات، والممارسة التعاونية بين ممارِسي الطب التقليدي وممارِسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي مع تشديد التركيز على الناس.

3. رعاية الشراكات وعقد الحوار حول الرعاية الصحية الذاتية بين أصحاب المصلحة.

4. تشجيع الدول الأعضاء على اتخاذ الخطوات اللازمة لضمان تمكن المستهلكين من تحري الخيارات الواعية.

الإجراءات الاستراتيجية للشركاء وأصحاب المصلحة:

1. تقديم المعلومات والنصائح للمستهلكين حول الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بما في ذلك المخاطر المحتملة للممارَسات والمنتجات، بما فيها كل ما يتم الحصول عليه خارج إطار الرقابة التنظيمية الوطنية (كالشراء عن طريق الإنترنت، وسواها).

2. تعزيز تعليم ممارِسي الرعاية الصحية في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وتشجيع المرضى على الإفصاح عن استعمالهم الطب التقليدي (الشعبي) لممارِسي الطب التقليدي.

3. الدعوة إلى الالتزام بالدقة والمسؤولية في حملات الإعلان والترويج.

الإجراءات الاستراتيجية للمنظمة:

1. تطوير أو تحديث وثائق وأدوات المنظمة حول تثقيف المستهلك والرعاية الصحية الذاتية.

2. تنظيم حلقات عملية تعليمية وتدريبية لراسمي السياسات وممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.

3. جمع ونشر المعلومات حول الرعاية الصحية الذاتية.

5. تنفيذ الاستراتيجية

إن أهداف استراتيجية منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي) 2014-2023 هي: دعم الدول الأعضاء في:

1. تسخير المساهمة المحتملة للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي الخاص بالصحة والعافية والرعاية الصحية التي تركز على البشر.
2. تعزيز الاستعمال المأمون والفعال للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، من خلال النظم القانونية، والتقييم، وإدماج منتجات هذا الطب وممارَساته وممارِسيه في النظم الصحية، على النحو الملائم.

ولقد تم وضع هذه الاستراتيجية لمساعدة الدول الأعضاء على تحديد احتياجاتها وترتيب أولويات هذه الاحتياجات، وضمان إيتاء الخدمات بصورة فعالة، واستنباط الأنظمة القانونية والسياسات الملائمة لضمان الاستعمال المأمون لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارَساته. ومن الأهمية بمكان أن نتذكر أن هذه الاستراتيجية ليست إلا دليلاً يساعد البلدان على تحديد الأهداف الاستراتيجية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي لديها، وفقاً لقدراتها، وأولوياتها، وتشريعاتها، في هذا المجال، وظروفها. وفي سبيل تحقيق ذلك، تلتزم المنظمة برصد عملية تنفيذ هذه الاستراتيجية، وبالعمل على نشرها على أوسع نطاق ممكن.

التحديث المتواصل

سوف تحتاج هذه الاستراتيجية على مدى العقد القادم، إلى المراجعة وإعادة النظر، حتى تبقى ملائمة. ومن المتوقع أن تتم مراجعتها بعد خمس سنوات للتأكد من أن غاياتها واتجاهاتها وأهدافها لاتزال قابلة للتطبيق ومحدَّثة. ولتقرير مدى التأثير الكامل الذي أحدثته الاستراتيجية، فسوف تجرى لها مراجعة أكثر شمولاً ودقة، تنتهي بنهاية السنوات العشر التي حُددت لها.

قياس نجاحها

لكي تكون الاستراتيجية فعالة، ينبغي أن تكون نتائجها قابلة للقياس بطريقة ثابتة وموضوعية. فعلى الرغم من توفر عناصر مشتركة في طريقة استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، فإن هناك اختلافات بيّنةً فيما بين الدول الأعضاء، ولذلك ينبغي لكل بلد على حدة أن يقوم بتحديد مؤشرات الأداء لديه على المستوى الوطني، على أساس الأهداف الاستراتيجية الثلاثة. ومن المأمول أن تساعد الأمثلةُ العامةُ التي ضُربَت في هذه الوثيقة، الدولَ الأعضاءَ على اعتماد مؤشرات وثيقة الصلة باحتياجاتها النوعية. ولتحقيق الفائدة المرجوة في الوقت الحاضر، قامت المنظمة بإعداد قائمة بمؤشرات الأداء الرئيسية تتلائم مع كل من الأهداف الاستراتيجية، تساعد على قياس نجاح استراتيجية الطب التقليدي (الشعبي) ومدى تقدمها في الدول الأعضاء (أنظر الجدول 1).

الجدول 1 – مؤشرات الأداء الرئيسية

	الهدف الاستراتيجي		الاتجاه الاستراتيجي	النتائج المتوقعة	المؤشر الحرج
4.1	بناء قاعدة معرفية للتدبير الفعال للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي من خلال السياسات الوطنية الملائمة	4.1.1	تفهم دور وإمكانيات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي والاعتراف بهما	■ تقوم الدول الأعضاء بتحديد ممارَسات وممارِسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، ثم تقوم بتحليل كليهما، ثم تستنبط الملف «البروفيل» القطري للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ■ السياسات والبرامج التي تضعها الحكومات للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.	■ عدد الدول الأعضاء التي تبلِّغ عن وجود سياسات وطنية، أو سياسة خاصة بمحافظة أو ولاية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ■ عدد الدول الأعضاء التي تبلِّغ عن زيادة في تمويل البحوث في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، سواء من الجمهور أو من الحكومة.
		4.1.2	تقوية القاعدة المعرفية وإقامة البينة والحفاظ على الموارد	■ قوة توليد المعرفة، والتعاون والاستعمال الدائم لموارد الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.	
4.2	تعزيز خدمة ضمان الجودة والمأمونية، والاستعمال الصحيح للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي عن طريق التنظيم القانوني للمنتجات والممارَسات والممارِسين	4.2.1	الاعتراف بدور وأهمية التشريعات الخاصة بالمنتجات	■ التشريعات الوطنية المعتمدة والمطبقة بشأن منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، بما في ذلك التسجيل. ■ الرصد الصارم لمأمونية منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وغيرها من المعالجات. ■ الدلائل الإرشادية والمنهجية التي اعتُمدت لتقييم مأمونية ونجاعة وجودة خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.	■ الدول الأعضاء التي تبلِّغ عن وجود تشريعات وطنية خاصة بمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ■ الدول الأعضاء التي تبلِّغ عن وجود تشريعات وطنية أو في المحافظات أو في الولايات، خاصة بممارسة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ■ الدول الأعضاء التي تبلِّغ عن وجود تشريعات وطنية أو في المحافظات أو الولايات، خاصة بممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.
		4.2.2	إقرار وتطوير تشريعات الممارسة والممارِسين، وذلك في مجال التعليم والتدريب وتطوير المهارات، والخدمات والمعالجات في الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.	■ المعايير التي تضعها الحكومة لمنتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وممارَساته وممارِسيه. ■ برنامج تعليمي وتدريبي، وعلامات إرشادية، وقدرة على التنفيذ لممارسي الطب التقليدي (الشعبي)والتكميلي. ■ استعمال مأمون وفعال للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.	
4.3	تعزيز التغطية الصحية الشاملة من خلال دمج خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في تقديم خدمات الرعاية الصحية، والرعاية الصحية الذاتية	4.3.1	الاستفادة من إمكانية مساهمة الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في تحسين الخدمات الصحية والنتائج الصحية	■ إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظام الصحي. ■ خدمات طب شعبي وتكميلي محسّنة، وفرص أفضل للحصول عليها. ■ تواصُل محسَّن بين ممارِسي الطب التقليدي والهيئات المهنية وممارِسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي حول استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.	■ الدول الأعضاء التي تبلغ عن الخطط والبرامج والأساليب المتبعة في إدماج خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في عملية إيتاء الخدمات الصحية الوطنية. ■ الدول الأعضاء التي تبلغ عن مشروعات وبرامج تثقيف المستهلك حول الرعاية الصحية الذاتية باستعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.
		4.3.2	ضمان تمكُّن المستهلكين من توخي الخيارات المستنيرة حول الرعاية الصحية الذاتية	■ الوعي بالمعلومات الخاصة بالاستعمال الصحيح للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وتيسُّر الحصول على هذه المعلومات. ■ التواصل بين ممارسي الطب التقليدي وبين مرضاهم حول استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي.	

المراجع

1. WHA62.13. Traditional medicine. In: *Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18–22 May 2009. Resolutions and decisions, annexes.* Geneva, World Health Organization, 2009 (WHA62/2009/REC/1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en.pdf, accessed 3 September 2013):19–21.
2. *WHO traditional medicine strategy.2002–2005.*Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/EDM/TRM/2002.1).
3. *WHO medicines strategy.2004–2007.*Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/EDM/2004.5).
4. *Continuity and change – implementing the third WHO medicines strategy: 2008–2013.*Geneva, World Health Organization, 2009 (WHO/EMP/2009.1).
5. WHA61.21. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. In: *Sixty-first World Health Assembly, Geneva, 19–24 May 2008. Resolutions and decisions, annexes.* Geneva, World Health Organization, 2008 (WHA61/2008/REC/1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf, accessed 3 September 2013):31–72
6. *National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: report of a WHO global survey*. Geneva, World Health Organization, 2005.
7. C. Traditional medicine. In: *Implementation of resolutions (progress reports). Report by the Secretariat.* Geneva, World Health Organization, 2005 (A58//23; http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_23-en.pdf, accessed 3 September 2013):5–7.
8. *Progress report on decade of traditional medicine in the African region*. Brazzaville, WHO Regional Office for Africa, 2011 (AFR/RC61/PR/2).
9. Roberti di Sarsina P et al. *Widening the paradigm in medicine and health: person-centred medicine as the common ground of traditional, complementary, alternative and non-conventional medicine*. In: Health care overview: new perspectives, advances in predictive, preventive and personalised medicine. Dordrecht, Springer Netherlands, 2012, 1: 335–353.
10. European Information Centre for Complementary & Alternative Medicine [web site]. (http://www.eiccam.eu/home.php?il=1&l=eng)
11. Barnes PM et al. *Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007*. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics, 2008 (National health statistics reports, No. 12).
12. [Analysis of the economic status of the medical industry in 2012] (in Chinese). Place of publication, National Development and Reform Commission of China, 2013 (http://www.sdpc.gov.cn/gyfz/gyfz/t20130228_530336.htm).
13. *The regional strategy for traditional medicine in the Western Pacific (2011–2020)*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2012.

14. Nahin RL et al. *Costs of Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Frequency of Visits to CAM Practitioners: United States, 2007*. National health statistics reports, No. 18. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 2009.

15. *Australian social trends, 2008: complementary therapies.* Sydney, Australian Bureau of Statistics, 2008 (Report No. 4102.0; http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4102.0Chapter5202008, accessed 3 September 2013).

16. *[Report of a survey on T&CM basic situation in 2009]* (in Chinese).? Place of publication, State Administration of Traditional Chinese Medicine. 2011.

17. Lao Ministry of Health and World Health Organization. *Health Service Delivery Profile, Lao PDR, 2012*. Compiled in collaboration between WHO and Ministry of Health, Lao PDR, 2012. (http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_laopdr.pdf)

18. AlBedah AMN et al. The use of and out-of-pocket spending on complementary and alternative medicine in Qassim province, Saudi Arabia. *Annals of Saudi Medicine*, 2013, 33(3):282–289 (http://www.annsaudimed.net/index.php/vol33/vol233iss3/576.html).

19. Abdullahi AA. Trends and challenges of traditional medicine in Africa. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*, 2011, 8(Suppl.):115–123 (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252714/, accessed 3 September 2013).

20. Roberti di Sarsina P. The social demand for a medicine focused on the person: the contribution of CAM to healthcare and healthgenesis. In: *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2007, 4 (Suppl. 1):45–51 (doi:10.1093/ecam/nem094).

21. Sharples FMC et al. NHS patients' perspective on complementary medicine: a survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 2003, 11(4):243–248.

22. Williamson M et al. *Information use and needs of complementary medicine users*. Sydney, National Prescribing Service, 2008 (http://www.nps.org.au/data/assets/pdf_file/0010/66619/Complementary_Medicines_Report_-_Consumers.pdf).

23. *WHO Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine*. Geneva, World Health Organization, 2004.

24. Chao S et al. Musculoskeletal disorders: Does the osteopathic medical profession demonstrate its unique and distinctive characteristics? *Journal of the American Osteopathic Association*, 2004, 104(4):149-155.

25. Rossignol M et al. Who seeks primary care for musculoskeletal disorders with physicians prescribing homeopathic and other complementary medicine? Results from the EPI3-LASER survey in France. *BioMed Central (BMC) Musculoskeletal Disorder*, 2011, 12: 21-26. (http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/21)

26. Skovgaard L et al. Use of Complementary and Alternative Medicine among People with Multiple Sclerosis in the Nordic Countries. *Autoimmune Diseases*, 2012: 841085, Published online 2012 December

11. doi: 10.1155/2012/841085 (http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC3529905/).

27. Zhang Q et al. The importance of traditional Chinese medicine services in health care provision in China. *Universitas Forum*, 2011, 2(2): 1-8.

28. *Self-health care in the context of primary health care: report of the regional consultation, Bangkok*, *Dear* New Delhi, WHO South-East Asia Regional Office (SEARO), 2009.

29. *Report of WHO interregional workshop on the use of traditional medicines in primary health*. Mongolia, World Health Organization,2007.

30. Korthals-de Bos IBC et al. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 2003, 326: 911–916.

31. Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *European Journal of Health Economics*, 2012, 13 cé:769–776.

32. *AYUSH in India*. New Delhi,Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH), 2010 (http://www.indianmedicine.nic.in/index1.asp?lang=1&linkid=18&lid=42).

33. *Report of the Steering Committee on AYUSH for 12th Five Year Plan (2012–17)*. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare Planning Commission, 2011.

34. Von Ammon K et al. Complementary and Alternative Medicine Provision in Europe – First Results Approaching Reality in an Unclear Field of Practices. *Forschende Komplementärmedizin*, 2012, 19 (suppl 2): 37-43.

35. Wiesener S et al. Legal Status and Regulation of Complementary and Alternative Medicine in Europe*. Forschende Komplementärmedizin*, 2012, 19 (suppl 2): 29-36.

36. Government of Singapore. Traditional Chinese Medicine Practitioners Act, Chapter 333a, Section 14 (4), *Traditional Chinese Medicine Practitioners (Registration of Acupuncturists) Regulations*. Singapore, 23 February 2001 (http://statutes.agc.gov.sg/aol/search/display/view.w3p;page=0;query=CompId%3Afb13d2d4-0969-4ce7-bfc8-09cf953d4d83%20ValidTime%3A20120107000000%20TransactionTime%3A20120107000000;rec=0).

37. Techadamrongsin Y et al (eds). *Development of traditional Chinese medicine in Thailand*. Bangkok, Union of Agriculture Cooperatives in Thailand Printing, 2011.

38. Chinese Medicine Council of Hong Kong (CMCHK). Regulation of Chinese medicine practitioners [online database] (http://www.cmchk.org.hk/cmp/eng/#main_rcmp.htm, accessed 01/08/2013).

39. World Health Organization, World Intellectual Property Organization and World Trade Organization. *Promoting Access to Medical Technologies and Innovation – Intersections between public health, intellectual property and trade*. Geneva, WHO-WIPO-WTO, 2012.

40. World Health Organization. 65th World Health Assembly (WHA), 2012: *Address by Dr Margaret Chan, Director-General, to the Sixty-fifth World Health Assembly* (A65/3, 21 May 2012).

41. World Health Organization. 132th session of WHO Executive Board: Draft twelfth general programme of work. EB132/26, 21 December 2012. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_26-en.pdf)

42. World Health Organization. *Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review*: WHO/EDM/TRM/2001.2. Geneva, World Health Organization, 2001.

43. Moschik EC et al. Usage and Attitudes of Physicians in Japan Concerning Traditional Japanese Medicine (Kampo Medicine): A Descriptive Evaluation of a Representative Questionnaire-Based Survey. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012. Volume 2012, Article ID 139818, 13 pages, doi:10.1155/2012/139818.

44. Government of Japan, Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). *Annual Health, Labour and Welfare Report 2011–2012*. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan, 2012. (http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/02e.pdf)

45. Chan M. *Address at the WHO Congress on Traditional Medicine*, Beijing, November 2008. Geneva, World Health Organization, 2008. (http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081107/en/index.html#)

46. Government of China, National Bureau of Statistics of China. *China Statistical Yearbook 2011: Chinese Medicine (1987-2010)*. The State Administration of Traditional Chinese Medicine, China. (http://www.satcm.gov.cn/1987-2010/start.htm)

47. Frass M et al. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *The Ochsner Journal*, 2012, 12(1): 45-56.

48. Swiss Confederation. *Fünf Methoden der Komplementärmedizin werden unter bestimmten Bedingungen während sechs Jahren provisorisch vergütet* (*Five CAM methods eligible for reimbursement under specific conditions for a provisional period of six years*). Bundesamt für Gesundheit (press release), Swiss Confederation, 12.01.2011 (www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=37173).

49. European Commission for Homeopathy (ECH). Report on Swiss Report on the Complementary Medicine Evaluation Programme (PEK). European Committee for Homeopathy (ECH), 2005. (http://www.portalhomeopatia.com.br/documentos/Report%20on%20PEK%20study.pdf, accessed 31/7/2013).

50. Sundberg T et al. *Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care*. BMC Health Services Research 2007, 7: 107 (http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/107).

51. Rawlins M. De testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions (Harveian Oration). *Lancet*, 2008, 372: 2152-61.

52. European Commission (EC). Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF).

الملحق (أ) – أمثلة مختارة من مبادرات وجيهة في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي بحسب الإقليم أو القطر

إقليم المنظمة	أمثلة مختارة من مبادرات وجيهة في مجال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي
أفريقيا	▪ أمكن داخل نطاق الإقليم الإفريقي للمنظمة تحقيق تقدم في مجالي رسم السياسات، وتعليم مقدمي الخدمات. وازداد عدد البلدان الإفريقية التي أصبحت لديها سياسات وطنية خاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي من 8 بلدان بين عامي 1999 و2000 إلى 39 بلداً في عام 2010؛ كما ارتفع عدد البلدان التي لديها خطط استراتيجية وطنية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي من الصفر إلى 18 بلداً. أما الأطر التنظيمية القطرية فقد ازدادت من إطار واحد في العامين 1999-2000 إلى 28 في عام 2010، بما في ذلك عدد من الإصدارات المختلفة مثل مدونة الأخلاقيات، والإطار القانوني لممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. وبحلول العام 2010 كانت 8 بلدان قد اعتمدت رسمياً برامج تدريبية لممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، ووضع 13 بلداً برامج تدريبية لطلاب علم الصحة وطلاب الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي (1). ▪ منذ العام 2003 دأبت بلدان في الإقليم الإفريقي على استضافة الاحتفال بيوم الطب التقليدي (الشعبي) الإفريقي. ويلتقي في هذا اليوم الممارِسون الصحيون الشعبيون، والممارِسون الصحيون التقليديون، والعلميون، والمنظمات اللاحكومية، وغيرهم من أصحاب المصلحة، للانخراط في أنشطة مشتركة كالمعارض، والمناظرات، والندوات، والحلقات الدراسية، ومناقشات مجموعات الخبراء، والعروض الثقافية. ولقد أسهمت هذه المناسبة في الارتقاء بملفات «بروفيلات» الطب التقليدي (الشعبي)والتكميلي، وزيادة الوعي بالأنشطة المتصلة به. وفي العام 2010 اعتمد بعض البلدان أسبوعاً وطنياً للطب التقليدي (الشعبي). ▪ بحلول العام 2010 كان 22 بلداً تجري بحوثاً حول استعمال الطب التقليدي (الشعبي) ضد الملاريا، وفيروس العوز المناعي البشري/الإيدز، وفقر الدم المنجلي، والسكري، وفرط ضغط الدم، باستعمال الدلائل الإرشادية للمنظمة. وترتب على ذلك أن أربعة بلدان بادرت إلى إدراج الطب التقليدي (الشعبي) في القوائم الوطنية للأدوية الأساسية (1). ▪ أصدر 12 بلداً ترخيصات بتسويق منتجات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي تتراوح بين 3 منتجات في الكاميرون والكونغو، وأكثر من 1000 منتج في غانا ونيجيريا، بالمقارنة مع مالي وحدها في الوقت الذي أجري فيه المسح الجذري. ▪ تم وضع دلائل إرشادية لحماية حقوق الملكية الفكرية والمعارف الشمولية بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. وبحلول العام 2010 أصبح لدى 6 بلدان وسائل لحماية حقوق الملكية الفكرية والمعارف المشمولة بالطب التقليدي (الشعبي)، مقابل عدم وجود أي من هذه الوسائل لدى أي بلد في العام 2000-1999. وأنشأت 8 بلدان قاعدة بيانات لممارسي الطب التقليدي (الشعبي)، والمعارف المشمولة بالطب التقليدي (الشعبي)، والوصول إلى المصادر البيولوجية. ▪ تم تطوير وسائل ومواد تدريبية لطلبة العلوم الصحية، وممارسي الطب التقليدي (الشعبي) (AFRO, 2011).
الأمريكتان	**البرازيل:** ▪ وضعت وزارة الصحة في البرازيل سياسة وطنية حول الممارَسات الإدماجية والتكميلية التي «تم تطبيقها لأسباب سياسية، وتقنية، واقتصادية، واجتماعية، وثقافية». (تم استخراج المعلومة من الموقع: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic_access_expansion_initiative.pdf). **كندا:** ▪ يمكن الاطلاع على عدد من الوقائع والمعلومات الوثيقة الصلة بالموضوع في مجال سياسة العمل والتنظيم القانوني، وغير ذلك من القضايا والأنشطة ذات الصلة في بوابة حكومة كندا «الصحة في كندا»: http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/index-eng.php. ▪ اعتُمدت في كندا أطر تنظيمية شاملة للمنتجات الصحية الطبيعية، بما في ذلك الأدوية العشبية والشعبية: (http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/nhp-new-nouvelle-psn-eng.php, استخرج بتاريخ 3 آب/أغسطس 2013) **الولايات المتحدة الأمريكية:** ▪ اتُّخذت في الولايات المتحدة إجراءات لتعزيز الأحكام الواردة في الإطار التنظيمي للمكملات الغذائية، ولاسيما فيما يتعلق بممارَسات التصنيع الجيد، والأحداث الضائرة والتبليغ. (http://www.fda.gov/food/guidancecomplianceregulatoryinformation/guidancedocuments/die_tarysupplements/ucm257563.htm, استخرج بتاريخ 10 آب/أغسطس 2012) ▪ قام مكتب المكملات الغذائية بمعاهد الصحة الوطنية، بتخصيص موارد ضخمة لتطوير طرائق ومواد مرجعية تحليلية معتمدة، لإرشاد أصحاب المصلحة حول ضمان الجودة، ومراقبة جودة المكملات الغذائية، في برنامجها الخاص بالطرائق التحليلية والمواد المرجعية: (http://ods.od.nih.gov/Research/AMRMProgramWebsite.aspx). ▪ نشرت هيئة التجارة الاتحادية دلائل إرشادية حول الموضوع وهي ترصد وتراقب الإعلانات التجارية عن المكملات الغذائية بما فيها الأدوية النباتية (http://business.ftc.gov/documents/bus09-dietary-supplements-advertising-guide-industry).

شرق المتوسط	▪ في إقليم شرق المتوسط، يستعمل 15 دولة عضواً (88%) أنماطاً مختلفةً من الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. وقامت 7 دول أعضاء (41%) باعتماد سياسة وطنية حول الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي بحلول العام 2010، وأبلغت 3 دول أعضاء (18%) عن شروعها في إعداد سياسة وطنية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي؛ وأفادت 7 دول أعضاء أخرى (41%) أن لديها أنظمة قانونية وطنية خاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. ويناقش مجلس وزراء الصحة العرب مشروعاً لتنسيق التشريعات حول الطب التقليدي (الشعبي)، والطب التكميلي، والطب البديل في البلدان العربية. وعالج مؤتمر سلطات تنظيم الدواء في شرق المتوسط الذي عُقد في كانون الأول/ديسمبر 2011، موضوع تنسيق الأنظمة والقوانين الخاصة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي. وذكرت 5 دول أعضاء أن لديها تشريعات خاصة بالممارِسين، مع وجود أنظمة صريحة لمختلف التخصصات، كالوخز الإبري، والأيورفيدا، والطب المثلي، وطب الأعشاب، في 4 من هذه الدول. وقد حققت الإمارات العربية المتحدة تقدماً كبيراً في تنظيم ممارِسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي[1]. **المملكة العربية السعودية:** تصدت المملكة العربية السعودية لمشكلة المنتجات العشبية المتاحة على نطاق واسع دون أن تخضع لأي تنظيم قانوني. ولسوف تدرس إدارة الغذاء والدواء السعودية موضوع تسجيل المنتجات العشبية التي تحتوي على ما يتراوح بين مكون واحد إلى خمسة مكونات دوائية عشبية، على أن لا يسمح لأي منتج عشبي بأن يشتمل على أكثر من 5 مكونات[1].
أوروبا	**الاتحاد الأوروبي:** ▪ تهدف شبكة البحوث لعموم أوروبا لتي حُدِّدت لها 3 سنوات، والتي تُعرف باسم «كامبريلا» (Cambrella (www.CAMbrella.eu، إلى تقييم الظروف التي تعزز استعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي وتقديم خدماته في أوروبا، كما تهدف إلى إيجاد خارطة طريق للبحوث الأوروبية في الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في المستقبل. وتضم شبكة كامبريلا 16 مجموعة بحث أكاديمية من 12 بلداً أوروبياً؛ وقد تم عرض أهم النتائج التي توصلت إليها الشبكة في البرلمان الأوروبي في تشرين الثاني/نوفمبر (2) 2012. ▪ يتم الآن وضع القوانين الناظمة لشؤون الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي بقصد تبني أسلوب منسق في التعامل مع قضية التنظيم القانوني لشؤون الأدوية العشبية في جميع أنحاء الاتحاد الأوروبي (رابطة صناعة المداواة الذاتية الأوروبية، الإطار القانوني والتنظيمي للأدوية العشبية، 2010 http://www.self-medication.org/publications/country/ Profiles.esp). **بلجيكا:** ▪ ثمة معلومات تفصيلية متاحة للمعالجة المثلية، والوخز الإبري، ومعالجة الاعتلالات العظمية، والمعالجة اليدوية، بما في ذلك مراجعات النصوص العلمية، والمسوحات السكانية، وطرز استهلاك المنتجات، والجوانب الاجتماعية، والممارَسات، والأطر القانونية، والتدريب، والمنظمات المهنية، واتحادات المرضى، وسياسات التعويض المالي (3). **سويسرا:** تبحث الحكومة السويسرية حالياً فيما إذا كان الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي يستطيع أن يثبت جدارته من حيث حسابات التكاليف الصحية القابلة للتأمين (4). وقد نشرت حكومة سويسرا «تقييماً للتقنية الصحية» (5). **إيطاليا:** ▪ تُبَيِّن الدراسة التي أجريت حول – «بحوث مردودية الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في إقليم لومباردي» أجريت عام 2012، أن الوفر في معالجة سوء توضع القدم، وآلام المخاض، باستعمال الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي يبلغ 24% ويعادل 108.8 يورو على أقل تقدير، مقارنةً بتكاليف المعالجة بالطب التقليدي (http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite)

[1] معلومات وردت إلى منظمة الصحة العالمية من المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2013.

جنوب شرق آسيا	■ إن أهم تقدم تحقق في إقليم جنوب شرق آسيا في مجال اعتماد سياسات جديدة تنظم خدمات الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، وتمثيل هذا الطلب في مختلف المصالح الحكومية (كإنشاء قسم جديد للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي أو تفويض موظفي الحكومة بمعالجة القضايا المتعلقة بالطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي). وفيما بين الأعوام من 2002-2012، اعتمدت 5 بلدان سياسات وطنية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي؛ ثم إن كافة الدول الأعضاء في إقليم جنوب شرق آسيا، باستثناء تيمور-ليستي لديها الآن سياسات وطنية قيد التطبيق، بما في ذلك لجان خبراء الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي، ومكاتب في وزارات الصحة. كما أن لدى 10 بلدان في الإقليم برامج وطنية للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي (6). وفي شباط/فبراير 2013، قامت الهند، بالتعاون مع المكتب الإقليمي للمنظمة بجنوب شرق آسيا، بتنظيم مؤتمر دولي في نيودلهي حول الطب التقليدي (الشعبي)، شارك فيه بُلدان وافقت على التعاون والتآزر وتبادل الدعم فيما بينها في مجال الطب التقليدي (الشعبي)، عن طريق تبني إعلان دلهي حول الطب التقليدي (الشعبي)[1]. ■ وفي العام 2003، اتخذت اللجنة الإقليمية لجنوب شرق آسيا قراراً إقليمياً حول النظم الطبية الشعبية (SEA/RC56/R6)، بُغية تشجيع التقدم الإقليمي للطب التقليدي (الشعبي)، ولقد حظيت نظم الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي المحلية في كثير من البلدان بالاعتراف من قِبَل حكومات بلدانها: كطب الأيورفيدا والطب اليوناني في بنغلاديش، والهند، ونيبال، وسري لانكا، وكذلك طب شواريغبا sowa rigpa في كل من بوتان؛ وجامو في إندونيسيا، وطب الكوريو في جمهورية كوريا الشعبية. ودهيفي هيبس dhivehibeys الطب التقليدي (الشعبي) في جزر المالديف، وطب ميانمار الشعبي في ميانمار، وطب تاي الشعبي في تايلند. ولقد تم إدماج طب الكوريو بجمهورية كوريا الديموقراطية، في النظام الصحي الوطني، إلى درجة أن الطب التقليدي (الشعبي) والرعاية الصحية التقليدية متاحان معاً في نفس المرافق الصحية، وذلك في المستويات الثلاثة للرعاية الصحية. وتتاح خدمات هذين النظامين الصحيين في مرافق منفصلة في المستويين الثانوي والثالثي في تسعة بلدان، بدأت 8 منها بإدماج الطب التقليدي (الشعبي) والرعاية الصحية التقليدية في المستوى الأولي (6). ■ ومنذ العام 2003 أصدر بَلدان اثنان من بُلدان الإقليم تشريعات جديدة حول الطب التقليدي (الشعبي) وطب الأعشاب. وبادر 3 دول أعضاء إلى إدخال تحسينات على التشريعات الموجودة لديها؛ وبهذا سيكون لدى 9 بلدان تشريعات معتمدة وقابلة للتطبيق. كما وضعت نيبال سجلاً وطنياً لدراسات الأدوية العشبية عام 2008، بينما قامت 4 بلدان أخرى بتحديث دساتير الأدوية الموجودة لديها. ويبلغ مجموع البلدان التي لديها دساتير أدوية وطنية 7 بلدان. وهناك 6 بلدان لديها قوائم بالأدوية الأساسية الشعبية والعشبية. وتسهم كل من الهند وإندونيسيا في الرابطة الدولية للتعاون في مجال الأدوية العشبية (IRCH) (6). ■ بُذلت جهود كثيرة لتحسين تبادل المعلومات بين الدول الأعضاء، من أجل تعزيز الاستعمال الصحيح علاجياً للطب التقليدي (الشعبي) والطب العشبي من قِبَل مقدمي الخدمات والمستهلكين على حد سواء. ففي سري لانكا تشترك الإدارة المركزية للطب التقليدي (الشعبي) مع المؤسسات التعليمية، والمستشفيات، ومؤسسات البحوث، في الاهتمام بهذه العملية. كما قامت منظمة الصحة العالمية بإطلاق موقع على الإنترنت باسم (HerbalNet) في العام 2009 ليكون «مخزناً رقمياً» يشجع على تقاسم المعلومات القائمة على البينة حول المعايير الوطنية عبر الإقليم؛ ويستطيع الدخول إلى هذا الموقع الآن مؤسسات أخرى ذات اهتمام بالموضوع حول العالم (6). ■ قدمت المنظمة مساعدتها لكل من بوتان، وميانمار، وجزر المالديف، لإجراء دراسات حول وعي الجماهير وموقفها من نظم الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي لديها وتطبيقها لهذه النظم. وقامت الهند بإجراء مراجعة منهجية لاستعمال الأدوية العشبية في معالجة الأمراض المزمنة الشائعة، وأمراض الرعاية الصحية الأولية، محققةً نتائج مشجعة في إنجاز إدماج الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في النظام الصحي الوطني (6). أما في بنغلاديش فيوجد 469 مصنعاً صغيراً (268 منها لأغراض الطب الأوناني Unani، و201 لأغراض الطب الأيورفيدي) تنتج أدوية شعبية تبلغ قيمتها قرابة 100 مليون دولار أمريكي كل عام في الوقت الحاضر (7). ■ في شباط/فبراير من العام 2013 تبنت الدول الأعضاء في الإقليم إعلان دلهي حول الطب التقليدي (الشعبي)، والذي يضم تسعة بنود خاصة بالتعاون والتآزر والدعم المتبادل. وتشمل هذه البنود تعزيز السياسات والاستراتيجيات الوطنية، من أجل تحقيق العدالة في تطوير الطب التقليدي (الشعبي) واستعماله على الوجه الصحيح؛ وذلك باتباع أسلوب متناغم ومنسجم تجاه تعليم الطب التقليدي (الشعبي)، وممارسته، وبحوثه، وتوثيقه وتنظيمه قانونياً وتحري إمكانية تعزيز الاعتراف المتبادل بالمؤهلات العلمية، ودساتير الأدوية، والرسائل العلمية والدراسات، والتوسع في الوثائق المرجعية المشتركة في مجال الطب التقليدي (الشعبي)، والتشجيع على التنمية والتطوير الملائمين، وزيادة مصادر النباتات الطبية. وتبادل وجهات النظر والخبرات والخبراء، من أجل إدماج الطب التقليدي (الشعبي) في النظم الصحية الوطنية[1].

[1] معلومات وردت إلى منظمة الصحة العالمية من وزارة الصحة ورعاية الأسرة في حكومة الهند، 2013.

غرب المحيط الهادئ

- يتباين الدعم الحكومي للطب التقليدي (الشعبي) تبايناً كبيراً عبر البلدان والمقاطعات السبعة والثلاثين التي يضمها إقليم غرب المحيط الهادئ لمنظمة الصحة العالمية. ففي العام 2012 نشر المكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ استراتيجيته الإقليمية في الطب التقليدي (الشعبي)، والتي شرعت الدول الأعضاء بتنفيذها. وفي العام 2010 كان 18 بلداً ومقاطعة، قد أعد الوثائق الحكومية الرسمية (بما في ذلك السياسات، والتشريعات أو القوانين الوطنية) الواجبة التطبيق على الطب التقليدي (الشعبي)، مقارنة بـ 12 بلداً ومقاطعة لديها مثل هذه الوثائق منذ ما قبل العام 2000. ولقد كان عدد البلدان التي تنظم شؤون الأدوية العشبية 10 بلدان في العام 2001؛ وازداد هذا العدد إلى 16 في العام 2010. ولقد تبين من خلال تطبيق المعايير المحدّدة لممارَسات التصنيع الجيدة للأدوية العشبية، أن ثمة زيادة كبيرة قد تحققت منذ العام 2001 عندما لم يكن أي بلد أو مقاطعة في الإقليم يطبق «ممارَسات التصنيع الجيدة» على منتجات الطب التقليدي (الشعبي)؛ أما الآن، ومنذ العام 2010، فقد اعتمدت 9 بلدان ومقاطعات في الإقليم هذه الممارَسات ووضعتها موضع التطبيق. كما أن إصدار دساتير الأدوية والدراسات الدوائية الوطنية قد ازداد وقعه على مدى العقد المنصرم: فقد كان عدد البلدان التي لديها دستور أدوية وطني 4 فقط في العام 2001، وأصبح 9 بلدان في العام (8) 2010.
- ومن الأمثلة على التقدم الذي تحقق في الآونة الأخيرة «ناورو»، التي وضعت سياسة وطنية في العام 2009، وكمبوديا التي اعتمدت سياسة خاصة بالطب التقليدي (الشعبي) في العام 2010. أما فيجي، وكيريباتي، ونايو، ونيوكاليدونيا، وولايات اتحاد ميكرونيزيا، فكلها بصدد اعماد سياسات وطنية حول الطب التقليدي (الشعبي) (8).
- أما سنغافورة ونيوزيلندة، فقد اعتمدتا أطُر تنظيمية شاملة للأدوية العشبية والأدوية الشعبية. وقد اقترحت نيوزيلندة تشريعاً لتنظيم شؤون المنتجات الصحية الطبيعية في العام 2010، على النحو المبين في قانون المنتجات الصحية والطبيعية والتكميلية الذي حددت موعد قراءته الثانية في آذار/مارس من العام 2013. http://www.parliament.nz/en-NZ/PB/Legislation/Bills/b/c/8/00DBHOH_BILL11034_1-Natural-Helath-Product-Bill.htm)

  وكذلك: http://www.hsa.gov.sg/publish/hsaportal/en/health_products_regulation/complementary_medicines.html.

  وتقوم استراليا أيضاً بمراجعة وتحديث الإطار التنظيمي الحالي للأدوية التكميلية: http://www.anao.gov.au/publications/audit-reports/2011-2012/therapeutic-goods-regulation-complementary-medicines, تم الدخول إلى الموقع في 1 آب/أغسطس 2013.
- طرأت عبر الإقليم زيادة واضحة في الأنشطة الحكومية المتصلة بالطب التقليدي (الشعبي)، بما في ذلك إنشاء مكتب وطني، أو لجنة خبراء وطنية، أو الاثنين معاً. وتعكف الآن كل من فيجي، وناورو، وتوفالو، على إنشاء هيئات حكومية تعنى بأمور الطب التقليدي (الشعبي). كما صدرت في الفلبين عام 2008 تشريعات خاصة بممارسي الوخز الإبري.
- أما من حيث استحداث وتطوير مؤسسات بحثية للطب التقليدي (الشعبي)، فقد أصبح لدى 13 بلداً ومقاطعة في الإقليم مؤسسات أو معاهد بحثية، كما تُجرى بحوث في مرافق أخرى خارج هذه المؤسسات. وبادر 14 بلداً ومقاطعة في الإقليم إلى تنظيم دورات دراسية للطب التقليدي (الشعبي) في المستوى الجامعي حتى يومنا هذا، وفي 12 منها يصل مستوى التعليم في هذا المجال إلى مالا يقلّ عن درجة الإجازة الجامعية (البكالوريوس). ولدى 7 من بلدان ومقاطعات الإقليم برامج تؤهل لنوال درجة الدكتوراه. ولدى 10 بلدان حالياً تغطية بالتأمين الصحي للطب التقليدي (الشعبي)، تقدمه الحكومة أو القطاع الخاص، أو الاثنان معاً. وفي معظم الحالات، يكون التأمين الصحي جزئياً وتقتصر تغطيته على مجالات بعينها، كالوخز الإبري، والمعالجة اليدوية، وطب الأعشاب.

استراليا:

- قرر مجلس الحكومات الاسترالية أن تلتزم كافة الولايات والمناطق في استراليا بتنظيم ممارسة الطب التقليدي (الشعبي) الصيني. وبالتالي، بدأت عملية التسجيل الوطنية لممارسي طب الأعشاب الصيني، والوخز الإبري، والقائمين على صرف الأدوية العشبية الصينية، اعتباراً من اليوم الأول من تموز/يوليو 2012. وكانت أسرع مجموعات ممارسي الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي في التوسع والنمو في البلاد، هي مجموعة معالجي الاعتلالات العظمية، التي تضاعفت عدد أعضائها 3 أضعاف بين العامين 1996 و 2006 (9).

كمبوديا:

- في العام 2009، اعتمدت الحكومة الكمبودية سياسة وطنية للطب التقليدي (الشعبي)، تحدد فيها معايير لجودة، ومأمونية، ونجاعة المنتجات العشبية وغير العشبية للطب التقليدي (الشعبي)، ولممارسة الطب التقليدي (الشعبي) في كمبوديا.

نيوزيلندة:

- تعتبر نيوزيلندة مثالاً جيداً لاطراد توسع القطاع الصناعي المعني بالمنتجات الصحية الطبيعية. حيث يبلغ حجم صناعة المنتجات الصحية الطبيعية ما قيمته 1.1بليون دولار نيوزيلندي، يُصَدّر 80% منها إلى استراليا وأمريكا الشمالية وأجزاء من آسيا. وسبق لهذا النمو أن ازداد زيادة هائلة من 400 مليون دولار نيوزيلندي عام 2004 إلى 760 مليوناً في العام 2007.

المراجع

1. World Health Organization. *Progress report on decade of traditional medicine in the Africa region*. Brazzaville, WHO African Region (AFRO), AFR/RC61/PR/2, 5 July 2011.
2. World Health Organization. *Situation of TM/CAM in the WHO Eastern Mediterranean Region* (for Global Strategy) [communication with WHO]. Cairo, WHO Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO) progress report, 2013.
3. Weidenhammer W et al. EU FP7 Project 'CAMbrella' to Build European Research Network for Complementary and Alternative Medicine. *Forschende Komplementärmedizin* 2011, 18(2): 69-76 (doi: 10.1159/000327310).
4. De Gendt T et al. *Homeopathy: state of affairs in Belgium*. Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg/Centre fédéral d'expertise des soins de santé Belgium, 2011 (supplement). Report No.: KCE rapporten 154S
5. Dacey, Jessica. *Alternative therapies are put to the Test*. International service of the Swiss broadcasting service. January 14, 2011 (http://www.swissinfo.ch/eng/swiss_news/ Alternative_therapies_are_put_to_the_test.html?cid=29242484, retrieved 1 August 2013).
6. Bornhöft G, Matthiessen PF, eds. *Homeopathy in health care – effectiveness, appropriateness, safety, costs. An HTA report on homeopathy as part of the Swiss Complementary Medicine Evaluation Programme*. Heidelberg, Springer Verlag, 2011
7. World Health Organization. *Development of traditional medicine in the South-East Asia Region* (communication with WHO). New Delhi, WHO South-East Asia Regional Office (SEARO), progress report, 2012.
8. World Health Organization. *Development of a regional framework on public health, innovation and intellectual property: report of a regional consultation*. New Delhi, India, WHO South-East Asia Regional Office (SEARO), April 2011.
9. World Health Organization. *The Regional Strategy for Traditional Medicine in the Western Pacific (2011–2020)*. Manila, WHO Western Pacific Regional Office, 2012.
10. *Australian social trends, 2008: complementary therapies.* Sydney, Australian Bureau of Statistics, 2008 (Report No. 4102.0; (http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4102.0Chapter5202008, accessed 3 September 2013).

الملحق (ب) – معلومات عن منظمات مهنية عالمية مختارة للطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

منظمات لاحكومية	الأنشطة
الاتحاد العالمي للمعالجة المائية والمداواة بالمناخ (FEMTEC) (1)	**مدى التقدم:** • تستعمل المعالجة المائية على نطاق واسع في العديد من البلدان الأوروبية، وهذا النوع من المعالجات مشمول بنظم الرعاية الصحية الوطنية. ولدى هذه البلدان نظام قانوني يحكم استعمال المعالجة المائية في كل من شمال إفريقيا وجنوب شرق آسيا جزءاً من تقليد قديم، وتزايد الطلب على هذه المعالجة يدعو إلى المزيد من التطوير التشريعي والتنظيمي. • في شمال أفريقيا وجنوب شرق آسيا تعتبر المعالجة المائية (HT) جزءاً من تقاليد عريقة وزيادة الطلب فيها يقود إلى النمو التشريعي والتنظيمي. • تعترف وزارات الصحة في العديد من بلدان أمريكا اللاتينية بالمعالجة المائية. **التحديات:** • تعتبر المعالجة المائية في بلدان عديدة، إما طباً تكميلياً ليس له أي تغطية تعويضية، أو ضرباً من أنشطة الفراغ والعافية. ولقد أثبتت أن ثمة صعوبةً في تقييم نجاعة المعالجة المائية. وهذا يحد من قدرة السلطات على تمويل هذه المعالجة، وقدرة المستهلكين على الحصول على المعلومات الكافية عن المعالجة المائية. ويكاد يقتصر البحث العلمي حول هذه المعالجة على الدراسات الأوروبية.
الاتحاد العالمي لجمعيات الوخز الإبْري وكَيّ الجلد (WFAS)	**مدى التقدم:** • نتيجةً لعملية مسح أجراها الاتحاد العالمي لجمعيات الوخز الإبري وكي الجلد، تبين أن الوخز الإبري يستعمل في 183 بلداً من مجموع 202 (مئتي بلد وبلدين) شملتها عملية المسح. ومن مجموع 192 بلداً هي الدول الأعضاء في الأمم المتحدة، توجد لدى 178 بلداً (93%) ممارَسات وخز إبري، ولدى 59 منها منظمات للوخز الإبري. • التشريعات: تتاح في بلدان عديدة التغطية الجزئية أو الكاملة بالتأمين الصحي لخدمات الوخز الإبري. وفي ما بين العامين 1998 و2000 ارتفع معدل تأمين الوخز الإبري من 12% إلى 17%. • التعليم: تنظم بلدان عديدة دورات تعليمية في الوخز الإبري وتمنح درجات علمية في هذا التخصص. ويتزايد عدد الحكومات التي تتبنى نظم ترخيص رسمية لممارسي الوخز الإبري، شرط الحصول على تدريب أكاديمي، واجتياز امتحان ثم التسجيل. وفي ما بين العامين 2002 و2011، بادرت 91 كلية طب في الولايات المتحدة إلى إدماج الطب التكميلي والطب البديل في مناهجها التعليمية الإلزامية للطب التقليدي. **التحديات:** • لم يكتسب طب الوخز الإبري مكانة تعادل مكانة الطب التقليدي في بعض البلدان حتى الآن، وغالباً ما لا يسمح إلا للأطباء التقليديين بممارسة الوخز الإبري. • لا توجد معايير دولية للوخز الإبري • ثمة شح في البيّنات الداعمة نظراً إلى قلة التمويل للبحوث العلمية حول الوخز الإبري. • الممارَسات المرتبطة بالوخز الإبري، مثل كي الجلد والفصد أخذت تختفي شيئاً فشيئاً.
الاتحاد العالمي للمعالجة اليدوية (WFC) (3)	**مدى التقدم:** • منذ العام 2000 اتسعت رقعة مهنة المعالجة اليدوية، من أمريكا الشمالية والمملكة المتحدة إلى سائر أقاليم العالم، بفعل البرامج التعليمية الجديدة، والتشريعات التي تنظم المهنة، ونشر الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية. وتُراعى الآن، وعلى نطاق واسع، معايير دولية مشتركة في المجالين التعليمي والتشريعي، نتيجة للدعم الذي تقدمه الهيئات الدولية. • لقد أدى تزايد أعداد خريجي تخصص المعالجة اليدوية، وتزايد التمويل في أوروبا وأمريكا الشمالية، إلى تزايد فرص البحث وتعزيز قاعدة البيّنات. • اتخذت خطوات هامة لتشجيع التعاون والاندماج بين المعالجة اليدوية والمهن الطبية. **التحديات:** • في البلدان التي لا توجد فيها تشريعات تنظم ممارَسات المعالجة اليدوية، يزعم مقدمو الخدمات الصحية الأخرى، أنهم مستعدون لتقديم خدمات هذه المعالجة. • التمويل، بصورة عامة، مقصور على التعليم والبحوث، في الوقت الذي يقتضي فيه الأمر زيادة المدخول من حيث سياسة العمل. • يواجه المرضى عقبات في محاولة الحصول على خدمات المعالجة اليدوية (محدودية عرض خدمات المعالجة اليدوية خارج أمريكا الشمالية، وعدم وجود الحافز المالي، لأن المعالجة اليدوية مستبعدة من معظم خطط التأمين الصحي الخاص والحكومي في آنٍ واحد.

الاتحاد العالمي لجمعيات الطب الصيني (WFCMS) (4)	**مدى التقدم:** • انتشر الطب الصيني إلى أكثر من 100 بلد حول العالم، وتنامى إلى أن أصبح صناعة دولية ويوجد في العالم الآن حوالي 100 000 عيادة للطب الصيني، وحوالي 300 000 ممارس للطب الصيني، ومالا يقل عن ألف معهد ومؤسسة لتعليم الطب الصيني. ولقد استفادت البحوث في هذا المجال من التمويل السخي المتاح. • ومن بين ضروب الطب الصيني المتعددة، يعتبر الوخز الإبري أكثر هذه الأشكال استعمالاً في العالم. ولقد أصبحت له صبغة قانونية في 43 ولاية من الولايات المتحدة. • وفي الصين نفسها تم إدماج الطب الصيني وطنياً ومحلياً في النظام الصحي: فمن منظور حكومي، يعتبر الطب الصيني والطب التقليدي على قدم المساواة. ولقد سجلت صادرات منتجات الطب الصيني زيادة مطَّردةً منذ العام 1999. **التحديات:** • تقضي الأطر التنظيمية الوطنية في بعض البلدان، أن لا يتم بيع منتجات الطب الصيني إلا كمنتجات صحية أو أغذية غير طبية. • يحتاج الطب الصيني إلى الحصول على وضع قانوني في بعض البلدان.
التحالف الدولي لمعالجة الاعتلالات العظمية (OLA) (5)	**مدى التقدم:** • تستعمل معالجة الاعتلالات العظمية حالياً في أكثر من 80 بلداً. ويوجد الآن ما يقدر بـ 120 000 مُجبِّراً وطبيباً معالجاً للعظام، أي ما يعادل ضعفي الرقم قبل عشر سنوات. • وفي الولايات المتحدة ازداد عدد أطباء معالجة العظام بنسبة 73% بين العامين 2000 و2012: أي ما يعادل أكثر من 6.5% من مجموع الأطباء في البلاد. • طرأت زيادة ملحوظة على عدد الجامعات والكليات التي تنظم دورات تدريبية في معالجة العظام، وبالتالي ازداد عدد الطلاب الذين يشهدون هذه الدورات. • يتزايد الالتزام بالتشريعات الناظمة لشؤون مقدمي خدمات هذه المعالجة. • يتم تمويل خدمات معالجة الاعتلالات العظمية جزئياً في إطار النظم الصحية الوطنية القائمة.

المراجع

1. FEMTEC/FORST, 2013: Communication to WHO from the World Federation of Hydrotherapy (FEMTEC) and Climatotherapy and FORST Foundation (FORST) in May/2013.– unpublished data unavailable to audience.
2. WFAS, 2013: Communication to WHO from the World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies (WFAS) in March/2013.– unpublished data unavailable to audience.
3. WFC, 2012: Communication to WHO from the World Federation of Chiropractic (WFC) in February/2012.– unpublished data unavailable to audience.
4. WFCMS, 2013: Communication to WHO from the World Federation of Chinese Medicine Societies (WFCMS) in December/2012.– unpublished data unavailable to audience.
5. OIA, 2013: Communication to WHO Osteopathic International Alliance (OIA) in April/2013. – unpublished data unavailable to audience.

الملحق ج – منشورات مختارة صادرة عن منظمة الصحة العالمية حول الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي

السياسات – اتجاه السياسات واستراتيجيتها

وجهات نظر في سياسة المنظمة حول الأدوية والطب التقليدي (الشعبي)، الاحتياجات والإمكانيات المتزايدة. جنيف، المنظمة 2002 (الرقم المرجعي للوثيقة WHO/EDM/2002.4).

استراتيجية الطب التقليدي (الشعبي) في منظمة الصحة العالمية: 2002-2005. جنيف 2002. (الرقم المرجعي للوثيقة WHO/EDM/TRM/2002.1).

WHO traditional medicine strategy: 2014-2023, WHO, Geneva.

WHO Western Pacific Regional Strategy on traditional medicine: 2011–2020. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2012. (ISBN 978 92 9061 559 0)

Development of traditional medicine in the South-East Asia region: Report of a regional consultative meeting. Pyongyang, Democratic People's Republic of Korea, 22-24 June 2005. WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi, 2005. (document reference SEA-Trad.Med.84).

WHO Policy Perspectives on Medicines, Traditional Medicine – Growing Needs and Potential. Geneva, WHO, 2002. (document reference WHO/EDM/2002.4) [A], [C], [F], [R], [S]

WHO Traditional Medicine Strategy: 2002–2005. Geneva, WHO, 2002. (document reference WHO/EDM/TRM/ 2002.1) [A], [C], [F], [R], [S]

Promoting the role of traditional medicine in health systems: A strategy for the African region Harare, WHO Regional Office for Africa, Harare, 2001 (document reference AFR/RC50/9).

Apia Action Plan on Traditional Medicine in the Pacific Island Countries, Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2001.

Development of National Policy on Traditional Medicine. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2000.

The Promotion and Development of Traditional Medicine: Report of a WHO Meeting. Geneva, WHO, 1978 (WHO Technical Report Series, No. 622).

السياسة الوطنية ورصد التشريعات

National policy and regulation of traditional medicine: report of the second WHO global survey. Geneva, WHO (in preparation).

Regulatory situation of manual therapies; a worldwide review. Geneva, WHO, (in preparation).

National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: report of a WHO global survey. Geneva, WHO, 2005 (ISBN 92 4 159323 7).

Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review. Geneva, WHO, 2001 (document reference WHO/EDM/TRM/2001.2). *[F]*, [R], [S]**

Traditional Health Systems in Latin America and the Caribbean: Baseline Information. Washington, Pan American Health Organization/WHO, 2000.

Regulatory Situation of Herbal Medicines: a worldwide review. Geneva, WHO, 1998 (document reference WHO/TRM/ 98.1). *[F], [S]*

تعزيز معارف الطب التقليدي (الشعبي) والحفاظ عليها

Report of the Inter-Regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine, Bangkok, Thailand, 6-8 December 2000. Geneva, WHO, 2001 (document reference WHO/EDM/TRM/2001.1).

الجودة والمأمونية والنجاعة

بالعربية ولغات أخرى:

الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية حول الممارَسات الجيدة لزراعة وجمع النباتات الطبية. جنيف، المنظمة، 2003

الاختبارات الأساسية للأدوية: المواد الصيدلانية، ومواد النباتات الطبية، وتركيب الجرعات. جنيف، المنظمة، 1998

WHO guidelines on good processing practices for herbal medicines. Geneva, WHO, (in preparation).

WHO guidelines on safety management of toxic medicinal plants and monographs on selected toxic medicinal plants. Geneva, WHO (in preparation).

WHO guidelines on selection of substances of herbal origin for quality control of herbal medicines. Geneva, WHO (in preparation).

Quality control methods for herbal materials (updated edition of 1998 publication). Geneva, WHO, 2011 (ISBN 978 92 4 150073 9).

Safety issues in the preparation of homoeopathic medicines. Geneva, WHO, 2010 (ISBN 978 92 4 159884 2).

WHO guidelines on assessing quality of herbal medicines with reference to contaminants and residues. Geneva, WHO, 2007 (ISBN 978 92 4 159444 8). [F]*, [S]*

WHO guidelines on good manufacturing practices (GMP) for herbal medicines. Geneva, WHO 2007 (ISBN 92 4 154627 1).

WHO good agricultural and collection practices (GACP) monograph on Artemisia annua L. Geneva, WHO, 2006 (ISBN 978 92 4 159443 1). [C]

Good manufacturing practices: Updated supplementary guidelines for the manufacture of herbal medicines. Annex 3 of WHO Expert

Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations, Fortieth report (WHO Technical Report Series, No. 937). Geneva, WHO, 2006 (ISBN 92 4 120937 2).

WHO Guidelines on good agricultural and collection practices (GACP) for medicinal plants. Geneva, WHO, 2003 (ISBN 92 4 154627 1). [A], [C], [F], [R], [S]

Basic tests for drugs: pharmaceutical substances, medicinal plant materials and dosage forms. Geneva, WHO, 1998 (ISBN 92 4 154513 5). *[A], [C], [F], [R], [S]*

Quality control methods for medicinal plant materials. Geneva, WHO, 1998 (ISBN 92 4 154510 0).

Good Manufacturing Practices: Supplementary Guidelines for the Manufacture of Herbal Medicinal Products. Annex 8 of WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Thirty-fourth Report (WHO Technical Report Series, No. 863). Geneva, WHO, 1996 (ISBN 92 4 120863 5).[F], [S]

الأدوية العشبية – التنظيم القانوني

WHO monographs on selected medicinal plants commonly used in Newly Independent States. Geneva, WHO, 2010 (ISBN 978 92 4 159772 2), (ISBN 978 92 4 459772 9). [R]

WHO monographs on selected medicinal plants. Volume 4. Geneva, WHO, 2009 (ISBN 978 92 4 154715 5).

WHO monographs on selected medicinal plants. Volume 3. Geneva, WHO, 2007 (ISBN 978 92 4 154702 4).

Guidelines on minimum requirements for the registration of herbal medicinal products in the Eastern Mediterranean Region *[a report of the first regional workshop on regulation of herbal medicines, Teheran, Iran, 14-17 December 2002 and the second regional workshop on regulation of herbal medicines, Abu Dhabi, United Arab Emirates, 7-9 June 2003]. Cairo,* ***WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo, 2006 (document reference WHO-EM/EDB7048/E).***

Report: Regional meeting on traditional medicine and herbal medicines, Guatemala City, Guatemala, 18 - 20 February 2003. Washington DC, WHO Regional Office for Americas, 2005. [S]

WHO guidelines on safety monitoring of herbal medicines in pharmacovigilance systems. Geneva, WHO, 2004 (ISBN 92 4 159221 4). [C]*, [F]*, [S]*

Guidelines for the regulation of herbal medicines in the South-East Asia Region [a report on the regional workshop on the regulation of herbal medicines]. New Delhi, ***WHO Regional Office for South-East Asia, 2004 (document reference SEA-Trad. Med. -82).***

Guidelines on registration of traditional medicines in the WHO African Region *[a report on the first regional workshop on regulation of traditional medicines, Johannesburg, South Africa, 1-3 April 2003 and the second regional workshop on regulation of traditional medicines, Madrid, Spain,*

13-14 February 2004]. Brazaville, ***WHO Regional Office for Africa, 2004 (document reference AFR/TRM/04.1).***

Report of WHO workshop on registration of herbal medicines in the European Region, Yerevan, Armenia, 22-24 September 2003, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (document reference WHO/EDM/TRM/2004.1). [R]

WHO monographs on selected medicinal plants. Volume 2. Geneva, WHO, 2002 (ISBN 92 4 154537 2).

General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Geneva, WHO, 2000 (document reference WHO/EDM/TRM/2000.1). *[F], [R], [S]*

WHO monographs on selected medicinal plants. Volume 1. Geneva, WHO, 1999 (ISBN 92 4 154517 8).

Guidelines for the Assessment of Herbal Medicines. Annex 11 of WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations. Thirty-fourth Report. Geneva, WHO, 1996 (WHO Technical Report Series, No. 863). [F], [S]

منهجية البحث والدراسات الإكلينيكية

Key technical issues on safety of herbal medicines with reference to interaction with other medicines. Geneva, WHO (in preparation).

Traditional medicines: review and analysis of reports of controlled clinical studies. Geneva, WHO (in preparation).

Clinical studies in traditional medicine: Key technical issues on methodologies. Geneva, WHO (in preparation).

Guidelines on clinical study of traditional medicines in WHO African Region. Brazaville, WHO Regional Office for Africa, 2004 (document reference AFR/TRM/04.4), WHO (document reference AFR/TRM/04.4).

SARS: clinical trials on treatment using a combination of Traditional Chinese medicine and Western medicine. Geneva, WHO, 2004 (ISBN 92 4 154643 3). [C]

Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials. Geneva, WHO, 2002 (ISBN 92 4 154543 7).

General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Geneva, WHO, 2000 (document reference WHO/EDM/TRM/2000.1). *[F], [R], [S]*

Traditional and Modern Medicine: Harmonizing the two approaches. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2000.

Guidelines for Clinical Research on Acupuncture. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1995 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 15).

Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1993.

Clinical Evaluation of Traditional Medicines and Natural Products. Report of a WHO Consultation on Traditional Medicine and AIDS, Geneva, 26-28 September 1990.Geneva, WHO, 1990 (document reference WHO/TRM/GPA/90.2).

In Vitro Screening for Anti-HIV Activities. Report of an Informal WHO Consultation on Traditional Medicine and AIDS, Geneva, 6-8 February 1989. Geneva, WHO, 1989 (document reference WHO/GPA/BMR/89.5).

الإتاحة

الصيانة والاستعمال المضمون الاستمرار للنباتات الطبية

الدلائل الإرشادية لمنظمة الصحة العالمية حول الممارَسات الجيدة لزراعة وجمع النباتات الطبية. جنيف، المنظمة، 2003

Updated edition: WHO/IUCN/WWF/TRAFFIC Guidelines on the Conservation of Medicinal Plants. WHO, IUCN, WWF, TRAFFIC (in preparation).

Medicinal Plants in Papua New Guinea. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2009 (ISBN 978 92 9 061249 0).

WHO good agricultural and collection practices (GACP) monograph on Artemisia annua L. Geneva, WHO, 2006 (ISBN 978 92 4 159443 1). [C]

WHO Guidelines on good agricultural and collection practices (GACP) for medicinal plants. Geneva, WHO, 2003 (ISBN 92 4 154627 1). [A], [C], [F], [R], [S]

Medicinal plants in the Republic of Korea. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 21).

Medicinal plants in the South Pacific. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 19).

WHO/IUCN/WWF Guidelines on the Conservation of Medicinal Plants. Gland, Switzerland, IUCN, 1993 (ISBN 2 8317 0136 8). [F], [S]

Natural Resources and Human Health: Plants of Medicinal and Nutritional Value. Proceedings of the First WHO Symposium on Plants and Health for All: Scientific Advancement. Kobe, Japan, 26-28 August 1991. Amsterdam, Elsevier, 1992.

Conservation of Medicinal Plants. Proceedings of an International Consultation, Chiang Mai, Thailand, 21-27 March 1988. Cambridge, Cambridge University Press, 1991.

Medicinal plants in Viet Nam. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1990 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 3).

Medicinal plants in China. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1989 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 2).

دور الطب التقليدي (الشعبي) في الرعاية الصحية

Traditional Herbal Remedies for Primary Health Care. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2010 (ISBN 978 92 9 022382 5).

Report of WHO interregional workshop on the use of traditional medicines in primary health care. Geneva, WHO, 2009 (ISBN 978 92 4 159742 5) [F] (ISBN 978 92 4 259742 4), [R] (ISBN 978 92 4 459742 2), [S] (ISBN 978 92 4 159742 5)

Guidelines for the Appropriate Use of Herbal Medicines. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1998 (WHO Regional Publications, Western Pacific Series No. 23).

Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers. Geneva, WHO, 1995 (document reference WHO/SHS/DHS/TRM/95.6).

WHO/DANIDA Intercountry Course on the Appropriate Methodology for the Selection and Use of Traditional Remedies in National Health Care Programme. Report of an Intercountry Course Held in Kadoma, Zimbabwe, 26 June-6 July 1989. Geneva, WHO, 1991 (document reference WHO/TRM/91.1).

Prospects for Involving Traditional Health Practitioners. Report of the Consultation on AIDS and Traditional Medicine, Francistown, Botswana, 23-27 July 1990. Geneva, WHO, 1990 (document reference WHO/TRM/GPA/90.1). [F]

The Role of Traditional Medicine in Primary Health Care in China [based on an Inter-Regional Seminar Sponsored by the WHO in Association with the Ministry of Public Health of the People's Republic of China, 9-21 October 1985]. Geneva, WHO, 1986 (document reference WHO/TRM/86.2).

WHO/DANIDA Training Course: the Selection and Use of Traditional Remedies in Primary Health Care. Report of an Inter-Regional Workshop Held in Bangkok, Thailand, 25 November–4 December 1985. Geneva, WHO, 1986 (document reference WHO/TRM/86.1).

Traditional Medicine and Health Care Coverage. Geneva, WHO, 1983 (Reprinted 1988).

الاستعمال الرشيد

تسميات ومصطلحات الوخز الإبْري

WHO international standard terminologies on traditional medicine in the Western Pacific Region.), Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2007 (ISBN 978 92 9061 305 3; 978 92 9061 248 3).

Standard Acupuncture Nomenclature, 2nd ed. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1993.

A Proposed Standard International Acupuncture Nomenclature: Report of a WHO Scientific Group. Geneva, WHO, 1991.

Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature. Lyon, France, 28-30 November 1990. Geneva, WHO, 1991 (document reference WHO/TRM/91.2).

CONSUMER INFORMATION AND EDUCATION

WHO guidelines on development of consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine. Geneva, WHO, 2004 (ISBN 92 4 159170 6). [C], [F]*, [S]*

إعلام المستهلك وتثقيفه

WHO guidelines on development of consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine. Geneva, WHO, 2004 (ISBN 92 4 159170 6). [C], [F]*, [S]*

التدريب والممارسة الجيدة

Benchmarks for training in Tuina. Geneva, WHO, 2010 (ISBN 978 92 4 159968 9). [F]*, [S]*

Benchmarks for training in Nuad Thai. Geneva, WHO, 2010 (ISBN 978 92 4 159967 2). [F]*, [S]*

Benchmarks for training in Osteopathy. Geneva, WHO, 2010 (ISBN 978 92 4 159966 5). [F]*, [S]*

Benchmarks for training in Unani medicine. Geneva, WHO, 2010 (ISBN 978 92 4 159964 1). [F]*, [S]*

Benchmarks for training in traditional Chinese medicine. Geneva, WHO, 2010 (ISBN 978 92 4 159963 4). [F]*, [S]*

Benchmarks for training in Naturopathy. Geneva, WHO, 2010 (ISBN 978 92 4 159965 8). [F]*, [S]*

Benchmarks for training in Ayurveda. Geneva, WHO, 2010 (ISBN 978 92 4 159962 7). [F]*, [S]*

WHO guidelines on basic training and safety in Chiropractic. Geneva, WHO, 2006 (ISBN 92 4 159371 7), [F] (ISBN 978 92 4 259371 6), [S] (ISBN 978 92 4 559371 5)

Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture. Geneva, WHO, 1999 (document reference WHO/EDM/TRM/99.1). *[F], [S]*

Training Package of Practitioners of Traditional Medicine. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 1999.

Guidelines for Training Traditional Health Practitioners in Primary Health Care. Geneva, WHO, 1995 (document reference WHO/SHS/DHS/TRM/95.5).

9 789246 506095