



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان آموزش
مرکز ملی تحقیقات راهبردی آموزش پزشکی

بررسی تجارب کشورهای جهان در خصوص استفاده از طب سنتی، جایگزین و مکمل در چارچوب ابعاد شش گانه نظام سلامت

دکتر شهرام یزدانی، دکتر زینب فروغی، دکتر سعیده علیدوست

مقدمه و هدف

پایداری و تاب آوری نظام سلامت، آماده‌سازی و ایجاد ظرفیت تطبیق و تحول در مواجهه با شیوع بیماری‌ها و یا بلایا است. هنگام شیوع بیماری‌های واگیر جایی که پزشکی زیستی با ناتوانی در درمان کافی (شامل کمبود دارو و متخصصین) مواجه می‌شود کشورهایی که از مدل‌های ارائه خدمات یکپارچه‌ی به خوبی پایه‌ریزی شده برخوردار باشند قادر خواهند بود از گزینه‌های طب سنتی، جایگزین و مکمل برای مدیریت شرایط استفاده کنند. برای مثال، در چین در طی شیوع سندرم حاد تنفسی سارس^۱ با استفاده از ترکیب طب سنتی و پزشکی زیستی توانستند کوهورت‌هایی از افراد در بعضی مناطق فراهم نمایند که منجر به تأثیرات مثبت شامل کنترل بهتر تب، کاهش علائم و کاهش مصرف استروئید گردید. طب سنتی می‌تواند منبع مهمی در تضمین پایداری نظام سلامت باشد و منجر به پوشش شکاف دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی گردد (۱). سازمان بهداشت جهانی طب سنتی را به‌عنوان فعالیت‌ها، رویکردها، دانش و عقاید محلی و بومی سلامت تعریف می‌کند که می‌تواند به تنهایی و یا در ترکیب با درمان، تشخیص و حفظ رفاه به کار رود. عبارت طب مکمل و طب جایگزین نیز گاهی به جای طب سنتی به کار می‌روند و دلالت بر فعالیت‌های طب سنتی در یک کشور دارند که متعلق به آن کشور نیست (۲).

کشورهایی که از ادغام طب سنتی و طب مدرن یک نظام یکپارچه و به خوبی پایه‌ریزی شده ایجاد کرده‌اند اقدامات مختلفی را در زمینه‌ی ورود طب سنتی در برنامه‌ریزی ملی سلامت، شمول محصولات و فعالیت‌های طب سنتی در گزارش حوادث ناخواسته^۲، ایجاد استانداردهای پیشرفته طب سنتی، جایگزین و مکمل در زمینه کیفیت و ایمنی، حمایت از ارتباطات میان‌رشته‌ای و مشارکت برای ارتقای مراقبت‌های یکپارچه و مردم‌محور^۳، پیش‌ارزشیابی مشارکت طب سنتی، جایگزین و مکمل در دستیابی به پوشش همگانی سلامت از طریق گزارش‌دهی عمومی شاخص‌های طب سنتی، جایگزین و مکمل به صورت گزارش‌های ملی سالانه سلامت و نظام خدمات، تقویت ظرفیت پژوهش و به اشتراک‌گذاری اطلاعات برای ارتقای تصمیم‌گیری آگاه از شواهد در طب سنتی، جایگزین و مکمل و گسترش بیمه سلامت برای پوشش خدمات و محصولات طب سنتی، جایگزین و مکمل بر اساس شواهد ایمنی، اثربخشی و هزینه‌ اثر بخشی صورت داده‌اند (۱). کشورهایی که در طب سنتی پس‌زمینه عمیق‌تری دارند، به آن بهای بیشتری می‌دهند. در ادغام سازمانی طب مکمل و جایگزین و پزشکی مدرن به موازات هم فعالیت می‌کنند و ارتباطات مستقلاً باهم دارند. در کشورهایی مثل چین که از این سیستم تبعیت می‌کنند، طب مدرن و طب مکمل و جایگزین توسط سازمان‌های عالی اداری مدیریت می‌شوند. نظام‌های سلامت یکپارچه بیشترین پشتیبانی را از طب سنتی و طب مکمل و جایگزین دارند. در این نظام‌های سلامت برای طب سنتی و طب مکمل و جایگزین سیاست‌های ملی وجود دارد، مدیریت آنها در دپارتمان‌های مدیریتی مجزا صورت می‌گیرد، مقررات داروهای سنتی وضع شده است، برای خدمات مربوطه پوشش بیمه‌ای وجود دارد، نهادهای پژوهشی تأسیس شده است، آموزش طب سنتی و طب مکمل و جایگزین در چارچوب آموزش عالی رسمی صورت می‌گیرد و بیمارستان‌های دولتی در ارائه خدمات کاربرد دارند. در هند به دلیل طب سنتی قوی و کمبود منابع پزشکی مدرن عموم مردم وابستگی زیادی به مراقبت‌های طب سنتی دارند و بیمارستان‌های طب سنتی بسیار زیادی وجود دارد (۳).

در کشور ایران در قانون ششم توسعه به ادغام طب سنتی در نظام سلامت اشاره شده است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اولین گام را در سال ۲۰۱۶ به منظور ادغام طب سنتی در مراقبت‌های اولیه برداشت. در ایران، هنوز قانون تعریف شده‌ای برای استفاده از داروهای گیاهی و طب سنتی وجود ندارد و اطلاعات صحیحی در اختیار جامعه قرار نمی‌گیرد. متخصصان طب سنتی غیررسمی همچنان فعالیت خود را بدون برخورداری از مدرک دانشگاهی انجام می‌دهند (۴).

در مطالعه‌ی حاضر سعی بر آن است تا با بررسی تجارب کشورها در زمینه‌ی طب سنتی، جایگزین و مکمل دید کلی از ابعاد مختلف اجرایی آن بر اساس چارچوب شش‌گانه نظام سلامت سازمان بهداشت جهانی شامل **حاکمیت و رهبری، ارائه خدمات، تامین مالی، نیروی انسانی، دارو و تجهیزات و فناوری اطلاعات** ارائه شود.

داروها و محصولات طب سنتی، جایگزین و مکمل

قانونگذاری محصولات طب سنتی، جایگزین و مکمل به منظور اطمینان از برخورداری آنها از کیفیت و ایمنی و محافظت از مصرف‌کنندگان از خطرات ناشی از استفاده‌ی نامناسب و حوادث تهدیدکننده‌ی حیات، ادعاهای غلط و گمراه‌کننده، دستکاری احتمالی نتایج آزمایش ایمنی، فرآیندهای غیراستاندارد کارخانه‌ای و جایگزینی مواد اولیه ضروری است (۵). سازمان بهداشت جهانی در مطالعه‌ای در منطقه امرو^۴ در سال ۲۰۰۵ بیان داشت یکی از دلایل ضعف کشورها در قانونگذاری برای محصولات طب سنتی، جایگزین و مکمل نبود ترتیبات

1 SARS
2 adverse event
3 people-centered
4 Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO)

رسمی قانونگذاری در این حوزه است. فعالیت‌های تنظیمی در خصوص داروهای طب سنتی، جایگزین و مکمل تمامی مراحل از توسعه و ساخت ترکیبات فعال تا بسته‌بندی و توزیع و رسیدن دارو به دست بیمار را شامل می‌شود (۶).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد کشورها با دو رویکرد متفاوت به ایجاد ترتیبات قانون‌گذاری در داروهای طب سنتی، جایگزین و مکمل پرداخته‌اند. تعدادی از کشورها نهاد جداگانه‌ای مختص قانونگذاری و تنظیم فعالیت‌های مرتبط با محصولات طب جایگزین و مکمل دارند (مانند لبنان، ژاپن) و تعدادی از کشورها نیز از ترتیبات موجود در ارزیابی داروهای طب مدرن^۱ برای ارزیابی داروهای طب سنتی، جایگزین و مکمل استفاده کرده‌اند (آفریقای جنوبی). باید توجه داشت تدوین قوانین و مقررات و ایجاد نهادهای نظارتی تا زمان اجرای اثربخش کافی نیستند به این منظور باید از ابزارهای مختلف آگاه‌سازی و کنترل استفاده کرد و آگاهی افراد جامعه و ارائه‌دهندگان در خصوص مصرف ایمن محصولات طب جایگزین و مکمل باید افزایش یابد، همچنین باید مقررات سختگیرانه دولتی بر بخش طب جایگزین و مکمل وجود داشته باشد. جدول ۱ بیانگر سیاست کشورهای مختلف در زمینه‌ی داروها و محصولات طب سنتی، جایگزین و مکمل است (۵).

جدول ۱: سیاست‌های مربوط به دارو و محصولات طب سنتی، جایگزین و مکمل در کشورهای مختلف دنیا

لبنان (۵)	ایجاد و تقویت کمیته تخصصی طب جایگزین و مکمل که زیر نظر وزارت بهداشت بوده و شامل متخصصانی در حوزه‌های تجارت، آموزش و پژوهش است و هدایت کمیته توسط مدیرکل وزارت بهداشت صورت می‌گیرد، وظیفه این کمیته: ارزیابی درخواست‌های ارائه شده به وزارت بهداشت جهت ورود، توزیع و بازاریابی محصولات است.	بدهی نظارتی
ژاپن (۷) (۸)	انجمن تولید داروهای سنتی ژاپن: • داروهای سنتی در ژاپن تحت کنترل قانون امور دارویی و اصول بهینه تولید هستند. صنعت تولید داروهای سنتی از استانداردهای تدوین شده توسط انجمن تولید داروهای سنتی ژاپن تبعیت می‌کنند. • وزارت بهداشت و رفاه مسئول بهبود کنترل کیفیت داروهای سنتی است.	
آفریقای جنوبی (۹)	در آفریقای جنوبی شورای کنترل دارو ^۲ علاوه بر داروهای طب مدرن ملزم به قانونگذاری داروهای طب سنتی، جایگزین و مکمل نیز می‌باشد. این شورا زیر نظر وزارت بهداشت قرار دارد و به صورت دوره‌ای مورد تایید این وزارتخانه قرار می‌گیرد.	
عربستان سعودی (۱۰)	در عربستان سعودی مقررات مربوط به گیاهان دارویی، مکمل‌های غذایی و تجهیزات طب مکمل توسط اداره غذا و دارو عربستان تنظیم می‌شوند.	
بلژیک کلمبیا داهمارک (۸)	وزارت بهداشت مسئولیت نظارت بر محصولات طب سنتی و اثبات ایمنی، کارآمدی و کیفیت داروها را بر عهده دارد.	
مصر (۸)	مرکز تحقیقات کاربردی گیاهان دارویی و سازمان ملی کنترل و پژوهش دارو دستورالعمل‌های مربوط به نظارت بر طب سنتی را تدوین و تصویب می‌کنند. در این کشور مقررات اصول بهینه تولید برای داروهای گیاهی اجرا می‌شود.	
لبنان (۵)	افزایش آگاهی مصرف‌کنندگان هدایت کمیته‌های آگاه‌سازی برای ارتقای مصرف ایمن توسط مصرف‌کنندگان محصولات طب سنتی، جایگزین و مکمل	آموزش و آگاه‌سازی
لبنان (۵)	افزایش آگاهی متخصصان از طریق ادغام طب جایگزین و مکمل در کوریکولوم‌های پزشکی و پرستاری و همچنین برنامه‌های آموزشی جدید برای متخصصان محصولات طب جایگزین و مکمل (۵) برنامه‌های توسعه حرفه‌ای با هدف آموزش متخصصان (پزشکان، پرستاران، متخصصان تغذیه، داروسازان) در خصوص استفاده ایمن و اثربخش از محصولات طب جایگزین و مکمل (۵)	
آلمان (۸)	براساس قانون دارو در آلمان داروهای گیاهی باید با همان معیارهای کیفیت، ایمنی و کارآمدی سایر داروها مطابقت داشته باشند.	قوانین نظارتی
لبنان (۵)	اطمینان از تبعیت رسانه‌ها از راهنماهای تبلیغات داروهای طب جایگزین و مکمل (۵)	
لبنان (۵)	ایجاد پایگاه داده‌ی محصولات طب جایگزین و مکمل دارای مجوز و قرار دادن آن در دسترس عموم (۵)	
آفریقای جنوبی (۹)	تمام داروهای مکمل تحت قوانینی مشابه داروهای طب مدرن قرار دارند و از نظر ایمنی، کارایی و کیفیت و ادعاهایی که دارند مورد بررسی قرار می‌گیرند. بنابراین تولیدکنندگان، توزیع‌کنندگان، واردکنندگان و صادرکنندگان داروهای طب جایگزین و مکمل باید مجوز دریافت نمایند.	

1 Allopathic medicine

2 good manufacturing practice

3 Medicine Control Council

حاکمیت و رهبری

در زمینه‌ی حاکمیت و رهبری در ادغام طب سنتی، جایگزین و مکمل اقدامات کشورها در ۵ حیطه کلی شامل: ایجاد ترتیبات نظارتی و قانونگذاری، جلب حمایت ذینفعان، مجوزدهی، راهنماهای بالینی و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد قابل بررسی است.

ترتیبات نظارتی/ قانون گذاری

به منظور ایجاد ترتیبات نظارتی تقریباً تمام کشورهای مورد بررسی اقدام به ایجاد کمیته‌های طب سنتی، جایگزین و مکمل وابسته به وزارت بهداشت نموده‌اند (زیمباوه، آفریقای جنوبی، کوبا، عربستان سعودی) همچنین کشور هند ساختار نظارتی طب سنتی را در ساختار نظارتی طب مدرن ادغام نموده است.

جلب حمایت ذینفعان

کشورهای متعددی اقدام به ایجاد ساختارهای حمایتی در زمینه طب سنتی جایگزین و مکمل نموده‌اند. به طور مثال می‌توان به ایجاد انجمن‌های طب جایگزین، مکمل و سنتی اشاره کرد که در تعدادی از کشورها وظایف تنظیمی و قانون گذاری را به عهده دارند. در جدول ۲ انواع ساختارهای حمایتی تشکیل شده در کشورهای مختلف ارائه شده است (جدول ۲).

مجوزدهی^۱:

ارائه مجوز به‌عنوان یکی از فعالیت‌های مربوط به حاکمیت طب سنتی و جایگزین در دو حیطه مطرح است. در واقع مجوزدهی می‌تواند در سطح تخصص‌ها و روش‌های درمانی مختلف و یا در سطح افراد و متخصصین صورت گیرد. در ایالات متحده آمریکا مجوزهای طب جایگزین و مکمل ترکیبی از توجه به حرفه یا روش‌های درمانی است و به وسیله‌ی آن ایالت‌ها می‌توانند اختیارات^۲، حقوق^۳ و امتیازاتی^۴ به یک حرفه مشخص بدهند. (۱۱) در عربستان سعودی تنها تعدادی از روش‌های طب مکمل و جایگزین دارای مجوز هستند. (۱۰) در اغلب کشورها متخصصان طب سنتی، جایگزین و مکمل باید پیش از ارائه خدمات از نظر برخورداری از معیارهای تعیین شده مورد تایید قرار بگیرند و پس از ثبت نام اجازه فعالیت دارند. فعالیت متخصصین طب سنتی در این کشورها بدون ثبت در سیستم غیرقانونی بوده و مجازات دارد (چین، هند، لبنان، ایالات متحده، ژاپن، عربستان سعودی). به‌طور مثال در عربستان سعودی افرادی که مایل به فعالیت در حوزه طب مکمل و جایگزین هستند باید صلاحیت‌های لازم را داشته باشند و در سیستم آنلاین مرکز ملی طب مکمل و جایگزین ثبت نام نمایند. این صلاحیت‌ها شامل برخورداری از آموزش‌های خاص هر یک از تخصص‌های طب سنتی مربوطه می‌باشد. (۱۲)

راهنماهای بالینی

شمول طب جایگزین و مکمل در راهنماهای طب رایج تبعات مهمی دارد که شامل افزایش آگاهی از طب جایگزین و مکمل در میان متخصصان و آگاهی بخشی به مصرف‌کنندگان، کمک به ارتقای دسترسی بیماران به خدمات طب جایگزین و مکمل و تشویق ارائه خدمات یکپارچه می‌شود. راهنماهای عمل برای متخصصان طب جایگزین و مکمل مزایای بسیاری دارد از همه مهم‌تر ارتقای مراقبت از بیمار اما توسعه‌ی این راهنماها چالش‌های بسیاری همچون فقدان شواهد، روش‌های متفاوت تشخیص و شخصی سازی درمان‌ها دارد (۱۳).

در ایالات متحده آمریکا، راهنماهای درمانی توسط گروه‌های نظام مراقبت بهداشتی درمانی نوشته شده است و بیانگر درمان‌هایی است که برای شرایط درمانی خاصی پیشنهاد شده است. راهنماهای کشور ایالات متحده بر فرآیندها تاکید دارند نه بر حرفه‌ها. برای مثال راهنماهای متعددی در خصوص پیشنهادات برای روش‌های دستکاری ستون فقرات^۵، طب سوزنی و ماساژ وجود دارد. به‌طور مثال در یک راهنمای کانادایی برای کمردرد ارجاع به متخصص آموزش دیده‌ی مراقبت نخاعی پیشنهاد شده بود و سایر تخصص‌های مربوط لیست شده بود. راهنماهای بالینی در کانادا پیشنهاداتی در خصوص تخصص‌های مرتبط با بیماری و نه فرآیندهای مختلف درمانی ارائه می‌دهند و از این نظر منحصر به فرد هستند. (۱۱)

سیاستگذاری مبتنی بر شواهد

در صورت ادغام طب سنتی در نظام سلامت، انتخاب روش‌های درمانی به یک چالش تبدیل خواهد شد بنابراین ارزیابی و مقایسه اثربخشی درمان‌های طب سنتی به منظور تولید و ترکیب شواهد مربوط به مزایا و مضرات روش‌های جایگزین و بهبود ارائه مراقبت ضروری خواهد بود به‌طورکلی به منظور ادغام طب سنتی در نظام سلامت و تامین مالی آن توسط مالیات باید شواهد بالینی و شواهد هزینه اثربخشی تولید شود، مقررات ایمنی دارویی تنظیم شود، به متخصصان آموزش داده شود و درمان‌های طب سنتی برای بیماران مقبولیت داشته باشد. بنابراین قدرت سیاسی و شواهد علمی و بالینی در خصوص کارآمدی و اثربخشی درمان‌های طب سنتی برای

1 Licensing
2 authority
3 rights
4 privileges
5 modalities of spinal manipulation

توسعه طب سنتی ضروری هستند (۱۲). به علاوه پیش از همه نیازمند پژوهش‌هایی خواهیم بود که به‌طور کلی بر اثربخشی و ایمنی حرفه و تخصص‌های مختلف طب سنتی تمرکز داشته باشد تا اینکه محدود به یک فرآیند خاص گردد. (۱۱)

جدول ۲: سیاست‌های حاکمیت و رهبری در زمینه طب سنتی، جایگزین و مکمل در کشورهای مختلف

کشورها	اقدامات / سیاست‌ها	ابعاد
زیمبابوه (۲)	ایجاد شورای پزشکان سنتی ^۱ توسط وزارت بهداشت با وظایف: نظارت، کنترل و ترویج پژوهش در خصوص طب سنتی بررسی قصور پزشکی در طب سنتی ثبت نام متخصصان طب سنتی ترویج آموزش‌های طب سنتی (۲)	ترتیبات نظارتی/ قانونگذاری
آفریقای جنوبی (۲)	ایجاد شورای پزشکان سنتی ^۲ توسط وزارت با وظایف: نظارت بر نقش‌های متخصصان طب سنتی، ایجاد برابری میان متخصصان طب سنتی و متخصصان آلوپاتیک ^۳ اطمینان از دریافت آموزش‌های حداقلی استاندارد پیش از شروع به فعالیت (۲)	
آفریقای جنوبی (۲)	وجود کمیته‌ای به نام کمیته‌ی پزشکی سنتی آفریقا در شورای پزشکی آفریقای جنوبی	
هند (۲)	با ایجاد شورای پزشکی هند شرایط قانونی طب جایگزین و مکمل بر عهده این شورا قرار گرفت.	
کوبا (۱۴)	ایجاد کمیسیون استانی توسعه طب سنتی در کوبا توسط وزارت بهداشت	
عربستان سعودی (۱۰)	مرکز ملی طب مکمل و جایگزین در عربستان سعودی، به‌عنوان بخشی از وزارت بهداشت و مرجع ملی برای همه فعالیت‌های مربوط به طب مکمل است. این مرکز دارای کمیته مشورتی است و نقش آنها تعیین قوانین و معیارهای پایش و نظارت بر طب مکمل است. طبق آیین‌نامه اجرایی قانون حرفه سلامت، طب مکمل و جایگزین صرفاً با اجازه مرکز ملی مجاز به فعالیت می‌باشد و افراد غیرمجاز طبق مسئولیت کیفری به مراجع ذیصلاح ارجاع داده می‌شوند.	
زیمبابوه (۲) لبنان (۵)	ایجاد انجمن ملی پزشکان طب سنتی ^۴ توسط متخصصان این رشته و به رسمیت شناختن آن توسط دولت	جلب حمایت ذینفعان
ژاپن (۷)	انجمن طب شرقی ژاپن ^۵ و انجمن طب سوزنی ژاپن ^۶ با وظایف: ثبت نام و اعطای مجوز به پزشکان آلوپاتیک، برگزاری دوره‌های تحصیلات تکمیلی	
زیمبابوه (۲)	ایجاد چاقوب‌های حمایت‌طلبی ^۷ به منظور مشورت و تدوین سیاست‌های مربوط به طب سنتی پیش از اجرای آن	
آفریقای جنوبی (۲)	تاکید بر شبکه‌سازی و استفاده از ظرفیت سایر گروه‌های متخصص بهداشتی درمانی (۲)	
کشورهای اتحادیه اروپا (۱۵)	فعالیت سازمان‌ها و انجمن‌های حرفه‌ای متعدد در کشورهای اتحادیه اروپا در خصوص طب مکمل و جایگزین که تعداد محدودی از آن‌ها در سطح ملی فعالیت می‌کنند. کمیته هومیوپاتی اروپا ^۸ ، شورای بین‌المللی طب سوزنی ^۹ و فدراسیون بین‌المللی انجمن‌های انسان‌شناسی پزشکی ^{۱۱} از جمله‌ی این سازمان‌ها هستند.	
آلمان (۱۵)	ارائه‌دهندگان غیربالینی دارای مجوز، به صورت اختصاصی دارای هشت سازمان حرفه‌ای ملی و دو سازمان منطقه‌ای هستند.	
سوئیس (۱۵)	وجود یک سازمان حرفه‌ای ملی برای طب مکمل و جایگزین که وظیفه کنترل کیفیت و مسائل مالی مربوط به ارائه‌دهندگان غیربالینی دارای مجوز را برعهده دارد.	

- 1 Traditional Medical Practitioners Council
- 2 malpractice
- 3 Traditional Medical Practitioners Council
- 4 allopathic
- 5 Zimbabwe National Traditional Healer's Association (ZINATHA)
- 6 Japanese Society for Oriental Medicine (JSOM)
- 7 Japanese Society for Acupuncture and Moxibustion
- 8 Advocacy coalition framework
- 9 The European Committee for Homeopathy (ECH, homeopathic MDs)
- 10 the International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques (ICMART)
- 11 the International Federation of Anthroposophic Medical Associations (IVAA)

ارزیابی سریع فناوری‌ها در حوزه آموزش پزشکی

ایالت متحده آمریکا (۱۱)	مجوزهای طب جایگزین و مکمل ترکیبی از مجوزدهی برای تخصص‌های مختلف یا روش‌های درمانی مشخص در هر تخصص هستند. مجوزدهی به صورت جداگانه در هر ایالت بر اساس قوانین آن ایالت صورت می‌گیرد. (۱۱)	مجوزدهی
عربستان سعودی (۱۰)	مجوز تنها به تعدادی از روش‌های طب مکمل و جایگزین ارائه شده است	
ژاپن (۷)	پزشکانی که مایل به فعالیت در طب سنتی هستند، باید ارزیابی‌های ملی مربوط به طب سنتی را پشت سر بگذارند و مجوزهای لازم را از وزارت بهداشت و رفاه کسب کنند. انجمن طب شرقی ژاپن ^۱ و انجمن طب سوزنی ژاپن ^۲ اقدام به ثبت نام و اعطای مجوز به پزشکان آلوپاتیک می‌کنند.	
هند (۲)، لبنان (۵) ایالات متحده آمریکا (۱۱) ژاپن (۷) چین (۱۲) عربستان سعودی (۱۰)	تمام متخصصان طب سنتی باید پیش از فعالیت ثبت نام کرده باشند و از معیارهای لازم برخوردار باشند. (مجازات فعالیت غیرقانونی)	
عربستان سعودی (۱۰)	لزوم برخورداری متخصصان طب سنتی از الزامات آموزشی که برای روش‌های مختلف طب مکمل و جایگزین متفاوت است.	
آلمان (۱۶)	ارائه خدمات طب سنتی، مکمل و جایگزین توسط پزشکان خانواده به مجوز نیاز ندارد (عدم نیاز به برخورداری از مدرک تحصیلی در این زمینه) (سال ۲۰۱۱) علاوه بر پزشکان، متخصصان غیرپزشکی دارای مجوز ایالتی فعالیت در آلمان نیز "انواع مختلفی از درمان‌های طب جایگزین و مکمل را ارائه می‌دهند. به این متخصصان هلیپراکتیک ^۳ یا پزشک جایگزین گفته می‌شود. متخصصان این حرفه نیازمند آموزش رسمی یا داشتن دانش پزشکی یا دانش طب جایگزین و مکمل نیستند. با این حال هلیپراکتیکرها باید امتحانی را در خصوص دانش و مهارت‌ها در دفتر محلی بهداشت عمومی بگذرانند تا مجوز ایالتی دریافت نمایند (۱۶).	
ایالات متحده آمریکا (۱۱)	راهنماهای درمانی توسط گروه‌های نظام مراقبت بهداشتی درمانی نوشته شده است و بیانگر درمان‌هایی است که برای شرایط درمانی خاصی پیشنهاد شده است. راهنماهای کشور ایالات متحده بر فرآیندهای درمانی که می‌تواند به کار رود تأکید دارند نه بر تخصص‌های مختلفی که بیمار را می‌توان به آنها ارجاع داد. (۱۱)	راهنماهای بالینی
انگلیس (۱۳)	در تدوین راهنماهای بالینی در NICE به ندرت متخصصان طب جایگزین و مکمل در تیم قرار دارند و این امر منجر به ادغام کمتر طب جایگزین و مکمل در راهنماهای بالینی گشته است	
آلمان (۱۳).	در ۱۰ درصد از راهنماهای بالینی کشور آلمان به خدمات طب جایگزین و مکمل اشاره شده است	
آفریقای جنوبی (۲)	واحد پژوهش طب سنتی شورای پژوهش‌های پزشکی ^۴ در سال ۱۹۹۷ با مشارکت میان بخش داروسازی دانشگاه کیپ تاون ^۵ ، دانشکده داروسازی دانشگاه وسترن کیپ ^۶ و متخصصان طب سنتی ایجاد شد.	سیاستگذاری مبتنی بر شواهد/ ترتیبات پژوهشی
ژاپن (۷)	در ژاپن دو مرکز پژوهشی همکار سازمان بهداشت جهانی شامل مرکز پژوهشی طب شرقی وابسته به دانشگاه کیتاساتو ^۷ و دپارتمان طب شرقی ژاپن در دانشگاه توپاما ^۸ وجود دارد. کارآزمایی‌های بالینی انجام شده در خصوص طب سنتی در ژاپن از کیفیت پایینی برخوردار هستند و بسیاری از آن‌ها فقط در ژاپن چاپ می‌شوند.	
ایالات متحده آمریکا (۱۱)	اکثر پژوهش‌های حول طب جایگزین و مکمل در خصوص درمان‌ها و فرآیندهای خاصی است. (۱۱)	
اتحادیه اروپا (۱۵)	در کشورهای اتحادیه اروپا سازمان مشخصی برای جمع‌آوری، تحلیل و انتشار اطلاعات مربوط به طب مکمل و جایگزین وجود ندارد و دسترسی به داده‌های معتبر دشوار است. در کشورهایی که برای جمع‌آوری اطلاعات مقرراتی وضع شده است، برخی از داده‌های مربوط به طب مکمل و جایگزین دردسترس هستند. کشورهای اروپای شمالی و مرکزی نسبت به جنوب اروپا شرایط بهتری در تحلیل و انتشار اطلاعات دارند.	
چین و جمهوری کره (۱)	وجود آمارهای سالانه از شیوع استفاده و هزینه‌های سلامت در حوزه طب سنتی شامل اطلاعات بازپرداخت بیمه ملی سلامت که اطلاعاتی حیاتی برای تصمیم‌گیری است.	

- 1 Japanese Society for Oriental Medicine (JSOM)
- 2 Japanese Society for Acupuncture and Moxibustion
- 3
- 4 Medical Research Council Traditional Medicines Research Unit
- 5 Department of Pharmacology at the University of Cape Town
- 6 School of Pharmacology at the University of Western Cape
- 7 Kitasato University
- 8 the Department of Japanese Oriental Medicine of University of Toyama

ارائه خدمات

از نظر ارائه خدمات، ادغام طب سنتی در ارائه مراقبت‌های اولیه و ارائه خدمات بیمارستانی مطرح است. با ادغام طب سنتی، جایگزین و مکمل می‌توان کارایی و اثربخشی نظام سلامت را علی‌الخصوص در مناطق محروم ارتقا داد. همچنین بسیاری از خدمات طب سنتی، جایگزین و مکمل در پیشگیری از بیماری‌ها و مدیریت بیماری‌های مزمن مفید هستند. پزشکان پابرهنه در چین یکی از این مثال‌ها است و اخیراً برنامه‌های Zhi Wei Bing در مراکز سلامت جامعه محور چین برای ارتقای سلامت، رفاه و پیشگیری از بیماری از طریق فعالیت‌هایی همچون تمرین‌ها و رژیم‌های غذایی اجرا می‌شوند که متناسب با شرایط بیمار طراحی شده‌اند. در جمهوری کره نیز برنامه‌های ادغام طب سنتی برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری به کار می‌روند (۱۷، ۱).

شروع تجویز خدمات طب جایگزین و مکمل توسط پزشکان عمومی در سطح اول منجر به جدی‌تر شدن این خدمات برای بیماران می‌شود. نقش پزشکان عمومی در سطح اول ارائه خدمات شامل

- قراردادن اطلاعات مرتبط در خصوص طب جایگزین و مکمل در اختیار بیمار
- ارجاع بیمار به متخصصین طب جایگزین و مکمل
- همکاری با متخصصان طب جایگزین
- هماهنگ‌کننده برنامه درمان و مطلع‌کننده بیمار از خدمات طب جایگزین و مکمل
- ارائه مشاوره به بیمار در خصوص نتایج مداخلات طب جایگزین و مکمل
- ثبت خدمات طب جایگزین و مکمل دریافت شده توسط بیمار در پرونده‌ی پزشکی وی (۱۸).

به منظور درک ضرورت آگاهی پزشکان عمومی از خدمات طب جایگزین و مکمل دریافت شده توسط بیمار بهتر است در سطوح اول راهنماهایی برای پزشکان عمومی جهت بحث در خصوص طب جایگزین و مکمل با بیمار تدوین شود (۱۸).

به منظور ادغام طب سنتی در شبکه‌های بهداشتی روستایی ضروری است افراد جامعه از روش‌ها و کاربردهای طب سنتی آگاه شده و پژوهشگران از جنبه‌های مختلف از تطابق با فرهنگ محلی و نحوه انتشار و تفسیر اطلاعات در جوامع کوچک اطمینان حاصل نمایند. همچنین به تجارب گسترده درمانگران روستایی تمرکز شود و خدمات طب سنتی در مناطق روستایی و دورافتاده از دیدگاه‌های مختلف و به‌طور نظام‌مند بررسی شود. به علاوه ضروری است روابط میان ارائه‌دهندگان خدمات طب مدرن و درمانگران طب سنتی تقویت شده و شبکه ارتباطی میان ارائه‌دهندگان مختلف ایجاد گردد (۱۷). در جدول ۳ رویکردهای متفاوت کشورها در ادغام طب جایگزین و مکمل در نظام مراقبت‌های اولیه و خدمات بیمارستانی ذکر شده است.

جدول ۳: اقدامات کشورهای مختلف در ادغام طب جایگزین و مکمل در نظام ارائه خدمات سطح اول و دوم

کشورها	اقدامات / سیاست‌ها	ابعاد
آلمان (۱۶)	امکان کسب صلاحیت‌های اضافی طب جایگزین و مکمل پس از آموزش‌های تئوریک و عملی توسط پزشکان خانواده امکان ارائه روزانه خدمات طب جایگزین و مکمل بدون برخورداری از هیچ‌گونه مدرکی در این زمینه	ادغام در خدمات پیشگیرانه و سطح اول ارائه خدمات
هلند (۱۸)	استفاده از طب جایگزین و مکمل اغلب خارج از حوزه طب رایج رخ می‌دهد و تعداد کمی از بیماران (۹٪) به طب مکمل و جایگزین ارجاع می‌شوند. ضروری است درمان‌های طب جایگزین و مکمل در مراقبت‌های اولیه ادغام گردد. یک پروتکل هلندی برای ارجاع بیماران سرپایی در کلینیک‌های روانشناسی به پزشکان طب جایگزین و مکمل تهیه شده است که به صورت موفقیت‌آمیزی مورد استفاده قرار گرفته است. در سال ۲۰۰۸ راهنمایی‌هایی توسط انجمن پزشکی سلطنتی هلند تهیه شدند که مربوط به پزشکان خانواده‌ای بودند که امکان انجام طب جایگزین و مکمل را دارند اما هیچ‌گونه راهنمایی در خصوص ارجاع و برقراری ارتباط با متخصصین طب جایگزین و مکمل در اختیار قرار ندادند.	
چین (۱۲)	در بسیاری از مراکز و کلینیک‌ها خدمات طب سنتی و طب مدرن در کنار هم ارائه می‌شوند. تقریباً ۷۵ درصد مراکز بهداشتی دارای دپارتمان طب سنتی یا دپارتمان ادغام یافته طب سنتی و طب مدرن هستند.	
هنگ‌کنگ چین (۱۲)	طب سنتی چینی در نظام سلامت ادغام نیافته است و بین مراکز دولتی و خصوصی نظام سلامت و مراکز خصوصی طب سنتی چینی هیچ ارتباطی وجود ندارد. مراکز ارائه‌دهنده دولتی می‌توانند اقدام به تاسیس مراکز طب سنتی چینی کنند تا خدمات استاندارد طب سنتی را ارائه دهند. ارائه‌دهندگان طب سنتی در هنگ‌کنگ در ارائه مراقبت‌های اولیه مثل خدمات ترک سیگار مشارکت می‌کنند.	
آمریکا (۶)	در آمریکا در یک بیمارستان، بسیاری از انواع طب جایگزین و مکمل مانند مدیتیشن، طب سوزنی، موسیقی درمانی، درمان با حیوان خانگی، ماساژدرمانی و غیره ارائه می‌شود. در سال ۲۰۱۱ بیش از ۳۷ درصد از بیمارستان‌های مربوط به بزرگسالان انواعی از خدمات طب جایگزین و مکمل را ارائه می‌دادند. وجود سیاست‌های مکتوب در خصوص مکمل‌های ویتامین‌ها و مواد مغذی، مکمل‌های گیاهی و رژیمی در بیمارستان بسیاری از بیمارستان‌های کودکان در ایالت متحده آمریکا خدمات طب جایگزین و مکمل ارائه می‌دهند با این حال خدماتی که ارائه می‌دهند از بیمارستانی به بیمارستان دیگر متفاوت است. ۲۸٪ از بیمارستان‌های کودکان دارای مرکز طب جایگزین و مکمل درون بیمارستانی بودند در حالی که ۲۳٪ آن‌ها مرکز طب جایگزین و مکمل خارج از بیمارستان داشتند (۶).	ادغام در بیمارستان‌ها
هند (۱۹، ۲)	هند ۲۸۶۰ بیمارستان دارد و بیش از ۷۵٪ از تخت‌های این بیمارستان‌ها در هند مربوط درمان‌های آیورودا است. تقریباً ۲۵۰۰ بیمارستان آیورودا در هند وجود دارد.	
کشورهای اتحادیه اروپا (۱۵)	ارائه خدمات طب مکمل و جایگزین در بیمارستان‌ها و همچنین توسط پزشکان عمومی در کشورهای اتحادیه اروپا در حال افزایش است. چهار بیمارستان از پنج بیمارستان هومیوپاتی انگلستان و سه بیمارستان آنتروپوسوفی (بیمارستان‌های انسان شناسی پزشکی) سوئیس به طور کامل در نظام‌های سلامت ملی ادغام شده‌اند. بیمارستان‌های آنتروپوسوفی آلمان نیز در نظام پرداخت اجباری ادغام شده‌اند.	
چین (۱۹، ۱۲)	تعداد بیمارستان‌هایی که خدمات طب سنتی و مدرن را ادغام کرده‌اند، بسیار کم است اما در اغلب بیمارستان‌ها خدمات طب سنتی به صورت سرپایی ارائه می‌شود. تعدادی بیمارستان طب سنتی چینی در چین ایجاد شده است.	

تامین مالی

یکی از مبان‌های اساسی ادغام طب سنتی، مکمل و جایگزین در نظام مراقبت بهداشتی درمانی تکیه بر منابع موجود برای تضمین دسترسی و پوشش کافی خدمات است. پوشش بیمه‌ای خدمات طب مکمل و جایگزین پدیده در حال تحولی است و در کشورهای مختلف در حال اجراء است. نتایج کارآزمایی‌های بالینی مربوط به درمان‌های طب مکمل و جایگزین ممکن است در پوشش بیمه‌ای این خدمات موثر باشد. تقاضای جامعه و قوانین و مقررات می‌توانند نقش مهمی در اجبار شرکت‌های بیمه‌ای برای پوشش برخی از خدمات طب مکمل و جایگزین داشته باشند (۲۰). معیارهای مختلفی به منظور تصمیم‌گیری در خصوص شمول یا عدم شمول محصولات و خدمات طب سنتی، جایگزین و مکمل در کشورهای مختلف در نظر گرفته شده است که در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴: معیارهای شمول داروها، محصولات و خدمات طب سنتی، مکمل و جایگزین در برنامه‌های بازپرداخت در کشورهای مختلف

کشورها	اقدامات / سیاست‌ها	ابعاد
ایالات متحده آمریکا (۱۱)	آمریکاه سه معیار در نظر گرفته شده است : تخصص / مجوز متخصص : برنامه‌های سلامت تنها خدمات بعضی از انواع ارائه‌دهندگان را تحت پوشش قرار می‌دهند (یعنی اعضای یک تخصص مشخص) و این افراد اغلب باید با برنامه سلامت مربوطه قرار دارد منعقد نمایند. فرآیندی که ارائه می‌شود و کدهای فرآیند: حتی در صورتی که یکی از اعضای تخصص طب جایگزین و مکمل تحت پوشش برنامه سلامت باشد با این حال ممکن است تنها برای فرآیند یا روش درمانی خاصی تحت پوشش قرار گیرد. (صورتحساب‌ها بر اساس کد خدمت ارائه شده تنظیم می‌شوند) بعضی از برنامه‌های سلامت به متخصصان طب جایگزین و مکمل اجازه می‌دهند صورتحساب خود را بر اساس اقدامات ارزشیابی و مدیریت ^۱ آماده سازند که شامل خدماتی مانند گرفتن شرح حال، معاینات فیزیکی، آموزش / راهنمایی / مشاوره به بیمار، تجویز بررسی‌های تشخیصی یا تصویری و ایجاد طرح درمان می‌شود. شرایطی که برای آن درمان ارائه می‌شود: برنامه سلامت می‌تواند انواع شرایطی را که یک روش درمانی طب جایگزین و مکمل در آن پوشش داده می‌شود، مشخص نماید. برای مثال برنامه Kaiser California Gold HMO تنها هزینه طب سوزنی ارائه شده توسط متخصص دارای مجوز طب سوزنی برای اختلالات عصبی ماهیچه‌ای، تهوع و درد را پرداخت می‌کند. (۱۱).	معیارهای شمول خدمات به منظور دریافت بازپرداخت
چین (۲۱)	عوامل موثر بر شمول محصولات و خدمات طب سنتی (عواملی که باید در نظر گرفته شود): ۱. نتایج بلند مدت بر بیماری‌های مزمن و غیرقابل درمان (که یکی از مزایای طب سنتی نسبت به پزشکی زیستی است) ۲. مقبولیت روش و محصول طب سنتی در میان متخصصان طب سنتی و تجربه‌ی وسیع استفاده از آن ۳. وجود جایگزین‌های بالینی (در چین در صورت وجود داروهای جایگزین، داروهای طب سنتی از لیست داروهای ضروری حذف می‌گردند) ۴. هزینه اثربخشی و قیمت محصولات طب جایگزین و مکمل ۵. تاثیر بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ^۲ ۶. تاثیر بر درمان جامع بیمار که ارتقای سلامت روان و نشاط بیمار است. ۷. بار کلی اقتصادی شامل تمام مصارف منابع در تشخیص و درمان بیماری به وسیله‌ی طب سنتی ۸. ایمنی محصولات طب سنتی، ایمنی محصولات طب سنتی باید همانند داروهای طب مدرن جدی گرفته شود	
چین (۱۲)	به منظور ارائه خدمات طب سنتی در بیمارستان‌های سطح کشوری و بیمارستان‌های دولتی حمایت‌های لازم و منابع مالی ارائه می‌شود.	
آلمان (۱۶)	در آلمان، تنها قسمت کوچکی از طب جایگزین و مکمل تحت پوشش بیمه سلامت است. پزشک باید صلاحیت‌های مرتبط با طب جایگزین و مکمل را به منظور دریافت بازپرداخت داشته باشد.	
مغولستان (Mongolia) (۱)	خدمات طب سنتی بستری توسط بیمه ملی سلامت باز پرداخت می‌شود و دولت به دنبال گسترش پوشش خود به خدمات سرپایی برای افزایش دسترسی عادلانه به خدمات است.	

نیروی انسانی

آموزش نیروی انسانی

آموزش طب جایگزین و مکمل به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی برای ایمنی بیمار، ارتباطات اثربخش و ایجاد فرصت ارتقای مراقبت بیمار ضروری است. بنابراین، برنامه‌های آموزشی در کشورهای در حال توسعه ارتقا یافت و بررسی موسسات نشان‌دهنده‌ی افزایش آموزش طب جایگزین و مکمل در دانشکده‌های پزشکی و برنامه‌های رزیدنتی است (۶). استفاده‌ی مداوم جامعه از طب سنتی، جایگزین و مکمل و نیاز به گسترش نیروی کار سلامت از عوامل اصلی ادغام طب سنتی، جایگزین و مکمل در نظام‌های ملی مراقبت بهداشتی درمانی است. یکی از چالش‌های نهادینه‌سازی^۳ طب سنتی، جایگزین و مکمل استانداردسازی آموزش طب سنتی و فعالیت‌ها به‌گونه‌ای است که بتواند درون چارچوب‌های نهادی قرار گیرد. استانداردسازی آموزش‌های طب جایگزین و مکمل می‌تواند منجر به نادیده گرفتن ابعاد جامع‌نگری و شفابخشی (توجه به تمام ابعاد روحی، روانی و جسمی بیمار) گردد. (۱) در جدول ۵ اقدامات کشورهای مختلف برای آموزش طب سنتی، مکمل و جایگزین ارائه می‌شود.

1 Assessment & evaluation
2 Health related Quality of Life
3 institutionalization

جدول ۵: اقدامات کشورهای مختلف برای آموزش طب سنتی، مکمل و جایگزین

کشورها	اقدامات / سیاست‌ها
هند (۲)	وجود آموزش‌های داخلی در هند دولت هند را قادر ساخت استانداردهای پایش متخصصان طب بالینی و مکمل را ایجاد نماید: • ایجاد موسسه ملی آیورودا ^۱ که ارائه‌دهنده‌ی مدارک MD و PhD در طب آیورودا است • آکادمی ملی آیورودا که ارائه‌دهنده‌ی درجه‌ی گواهی در آیورودا بود • موسسه ملی آموزش و پژوهش فارغ‌التحصیلان در آیورودا و ارائه‌دهنده‌ی مدارک MD و PhD
زیمباوه، آفریقای جنوبی (۲)	استفاده از همکاری‌های میان دانشگاهی بین‌المللی
چین (۱۲)	رسمی کردن آموزش و پژوهش طب سنتی چینی در موسسات عالی و انجمن‌های طب سنتی چین
فرانسه، لهستان، آلمان، اسپانیا و نروژ (۱۵) ایالات متحده آمریکا (۱۱، ۱۴) کوبا (۱۴)	ارائه آموزش‌های طب مکمل و جایگزین به‌عنوان بخشی از آموزش پزشکی عمومی در تعدادی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
ژاپن (۷)	ارائه آموزش‌های طب مکمل و جایگزین به‌عنوان بخشی از آموزش پزشکی عمومی در تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی به صورت اجباری
یونان (۱۵) آلمان (۷) ژاپن (۷)	برگزاری دوره‌های تحصیلات تکمیلی طب مکمل و جایگزین: برخی از دانشگاه‌ها دوره‌های ۲-۳ ساله تحصیلات تکمیلی به پزشکان را ارائه می‌دهند دوره‌های کارشناسی، ارشد و دکتری تخصصی طب سنتی
مجارستان ایتالیا انگلستان (۱۵)	دوره‌های اختیاری یا آموزش مداوم پزشکی
آلمان، ایسلند و انگلستان (۱۵)	دوره‌های مهارتی طب مکمل و جایگزین: وجود استانداردها و دستورالعمل‌های ملی برای اعطای مدرک و مجوز به ارائه‌دهندگان غیربالینی طب مکمل و جایگزین
انگلستان (۱۵)	تقریباً یک سوم پزشکان عمومی برخی از دوره‌های آموزشی طب مکمل و جایگزین را گذرانده‌اند و ۱۰ درصد پزشکان نیز آموزش طب مکمل و جایگزین را تکمیل کرده‌اند.
عربستان سعودی (۱۰)	آموزش در مراکز آموزشی مصوب ارائه می‌شود و داشتن مدرک رسمی در هریک از روش‌های طب مکمل و جایگزین برای فعالیت در حوزه طب مکمل و جایگزین ضروری است.
آمریکا (۱۴)	۷۵ دانشکده از ۱۲۵ دانشکده آلوپاتیک پزشکی دروسی در خصوص طب جایگزین و مکمل ارائه می‌دهند که اغلب به صورت انتخابی یا پیوسته به گریکولوم‌ها ارائه می‌شود
کوبا (۱۴)	• در کوبا طب سنتی دانش معتبری است که باید در تمام سطوح در گریکولوم‌ها ادغام گردد و چیزی نیست که جدای از آموزش پزشکی آموخته شود طب سنتی در اختیار دانشگاه‌ها و تخصص‌های پزشکی و در درجات کمتر در اختیار پرستاران و فیزیوتراپیست‌ها است. • آموزش پزشکی خود را متعهد به آموزش پزشکان می‌داند به طوری که قادر به استفاده از رویکردهای مختلف طب سنتی باشند.

فناوری اطلاعات در طب سنتی جایگزین و مکمل

مطالعه‌ای در این زمینه به تحلیل استفاده از فناوری اطلاعات در طب سنتی با بررسی چهار نظام طب سنتی در چهار کشور چین، هند، مالزی و منطقه خاورمیانه می‌پردازد. یافته‌های این مطالعه بیانگر ادغام فناوری‌های اطلاعات مورد استفاده‌ی طب مدرن در طب سنتی، جایگزین و مکمل به صورت محدود است. در این زمینه علی‌الخصوص به استفاده از اتوماسیون‌های بیمه‌ای در کشورهایی که پوشش بیمه سلامت برای خدمات طب سنتی خود فراهم می‌کنند اشاره شده است. در اکثر کشورها علیرغم وجود سیستم‌های اطلاعاتی مختلف همچون PACS و HIS، این سیستم‌ها هنوز در طب سنتی به کار نمی‌روند و روند ثبت کاغذی اطلاعات ادامه دارد.

کشور	اقدامات
چین (۱۹)	استفاده از امکانات HIS بیمارستان‌ها، استفاده‌ی بیماران طب سنتی چین از اتوماسیون پرداخت‌های بیمه‌ای در HIS بیمارستان
هند (۱۹)	استفاده از اتوماسیون بیمه سلامت
مالزی (۱۹)	ایجاد و توسعه زیرساخت‌های ملی اطلاعاتی برای طب سنتی استفاده محدود از زیرساخت‌های اتوماسیون بیمه سلامت

پیشنهادات سیاستی

۱. نهادینه سازی کنترل و نظارت بر داروها، محصولات و فعالیت‌های طب سنتی از طریق ایجاد ترتیبات قانونی زیرمجموعه‌ی وزارت بهداشت و یا استفاده از ترتیبات و ساختارهای موجود. بیشتر کشورها اقدام به ایجاد ترتیبات قانونی جداگانه از ترتیبات موجود جهت تنظیم و نظارت بر داروهای طب مدرن نموده‌اند، با این حال می‌توان از ساختارهای موجود در طب مدرن نیز استفاده کرد.
۲. اتخاذ قوانین و مقررات سختگیرانه در خصوص تولید، توزیع و مصرف داروها و ورود متخصصین به نظام ارائه خدمات
۳. تسهیل یکپارچه‌سازی و ادغام طب سنتی، جایگزین و مکمل در نظام ارائه خدمات سلامت از طریق ایجاد شبکه‌های حمایتی در میان ارائه‌دهندگان خدمات طب سنتی و بین آنها و ارائه‌دهندگان خدمات طب مدرن
۴. هدایت و نظارت بر فعالیت‌های طب جایگزین و مکمل از طریق اتخاذ قوانین و مقررات مجوزدهی به اشخاص و تخصص‌های مختلف طب سنتی
۵. تصمیم‌گیری در خصوص سیاست‌های به کارگیری، مجوزدهی، بازپرداخت و به‌طورکلی حمایت از روش‌های درمانی، فرآیندها و محصولات طب جایگزین و مکمل با تشکیل نهادهای پژوهشی و برمبنای شواهد و نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه.
۶. ادغام طب سنتی، جایگزین و مکمل در مراقبت‌های اولیه از طریق ظرفیت‌سازی و تقویت پزشکان خانواده به منظور به کارگیری، تجویز و توصیه در خصوص طب جایگزین و مکمل و همکاری با متخصصین این رشته
۷. در نظر گرفتن زیرساخت‌های لازم در ادغام طب جایگزین و مکمل در بیمارستان‌ها، همچون ساختار سازمانی، متخصصین موجود، دانش کافی پرسنل بالینی، پوشش بیمه‌ای بیماران و...
۸. تصمیم‌گیری در خصوص نحوه ارائه آموزش‌های طب سنتی، جایگزین و مکمل بر اساس نحوه پیاده‌سازی و پارادایم غالب در نظام سلامت نسبت به طب جایگزین و مکمل؛ آیا طب جایگزین و مکمل در سایه طب مدرن اداره شود و یا به‌عنوان یک حوزه مستقل و قدرتمند ادامه یابد؟
۹. تعمیم زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات به کار گرفته شده در طب مدرن به طب سنتی، جایگزین و مکمل

منابع

1. Park YL, Canaway R. Integrating Traditional and Complementary Medicine with National Healthcare Systems for Universal Health Coverage in Asia and the Western Pacific. *Health Systems & Reform*. 2019;5(1):24-31.
2. Mafuva C, Marima-Matarira HT. Towards professionalization of traditional medicine in Zimbabwe: a comparative analysis to the South African policy on traditional medicine and the Indian Ayurvedic system. *International Journal of Herbal Medicine*. 2014;2(2 Part C):154-61.
3. Chen W, Li E-c, Zheng W-r. Policies on Chinese Medicine in China May Have Enlightenments to Complementary and Alternative Medicine in the World. *Chinese journal of integrative medicine*. 2018;24(10):789-93.
4. Negahban A, Maleki M, Abbassian A. Policies and laws related to the integration of traditional and complementary medicine into the Iranian health system based on the WHO definition: A document analysis. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019;8.
5. Alameddine M, Naja F, Abdel-Salam S, Maalouf S, Matta C. Stakeholders' perspectives on the

- regulation and integration of complementary and alternative medicine products in Lebanon: a qualitative study. *BMC complementary and alternative medicine*. 2011;11(1):71.
6. Misra SM, Guffey D, Tran X, Giardino AP. Survey of complementary and alternative medicine (CAM) services in freestanding US children's hospitals. *Clinical pediatrics*. 2017;56(1):33-6.
 7. Payyappallimana U, Serbulea M. Integration of traditional medicine in the health system of Japan-policy lessons and challenges. *European Journal of Integrative Medicine*. 2013;5(5):399-409.
 8. Ajazuddin SS. Legal regulations of complementary and alternative medicines in different countries. *Pharmacognosy reviews*. 2012;6(12):154.
 9. Fourie L, Oosthuizen F, du Toit K. Complementary medicines: When regulation results in revolution. *SAMJ: South African Medical Journal*. 2017;107(6):483-5.
 10. Aboushanab T, Khalil M, Al Ahmari Y. The present state of complementary medicine regulation in Saudi Arabia. *Journal of integrative medicine*. 2019;17(3):147-9.
 11. Herman PM, Coulter ID. Mapping the health care policy landscape for complementary and alternative medicine professions using expert panels and literature analysis. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 2016;39(7):500-9.
 12. Griffiths SM, Chung VC, Tang JL. Integrating traditional Chinese medicine: experiences from China. *Australasian Medical Journal (Online)*. 2010;3(7):385.
 13. Lorenc A, Leach J, Robinson N. Clinical guidelines in the UK: Do they mention Complementary and alternative medicine (CAM) – Are CAM professional bodies aware? *European Journal of Integrative Medicine*. 2014;6(2):164-75.
 14. Appelbaum D, Kligler B, Barrett B, Frenkel M, Guerrero MP, Kondwani KA, et al. Natural and traditional medicine in Cuba: Lessons for US Medical education. *Medic Review*. 2008;10(1):43-8.
 15. von Ammon K, Frei-Erb M, Cardini F, Daig U, Dragan S, Hegyi G, et al. Complementary and alternative medicine provision in Europe—first results approaching reality in an unclear field of practices. *Complementary Medicine Research*. 2012;19(Suppl. 2):37-43.
 16. Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of complementary and alternative medicine into family practices in Germany: results of a national survey. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*. 2011;2011:495813.
 17. Wardle J, Lui CW, Adams J. Complementary and alternative medicine in rural communities: current research and future directions. *The Journal of Rural Health*. 2012;28(1):101-12.
 18. Jong MC, van de Vijver L, Busch M, Fritsma J, Seldenrijk R. Integration of complementary and alternative medicine in primary care: what do patients want? *Patient education and counseling*. 2012;89(3):417-22.
 19. Ikram RRR, Ghani MKA, Abdullah N. An analysis of application of health informatics in Traditional Medicine: A review of four Traditional Medicine Systems. *International journal of medical informatics*. 2015;84(11):988-96.
 20. Dell EY. Who Pays: Insurance Coverage for Alternative Therapies. *Journal of Consumer Health on the Internet*. 2007;11(4):89-95.
 21. Zhang F, Xie J-M, Zhang Y-Y, Kong L-L, Li S-C. What Is Important During the Selection of Traditional Chinese Medicine (TCM) in a Health Care Reimbursement or Insurance System? Critical Issues of Assessment from the Perspective of TCM Practitioners. *Value in health regional issues*. 2013;2(1):141-6.