



世界卫生组织 传统医学战略

2014-2023



世界卫生组织

世卫组织 传统医学战略

2014-2023



世界卫生组织

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 550609 6

(NLM classification: WB 55)

© 世界卫生组织，2013年

版权所有。世界卫生组织出版物可从世卫组织网站 (www.who.int) 获得，或者自WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int) 购买。要获得复制许可或翻译世界卫生组织出版物的许可 - 无论是为了出售或非商业性分发，应通过世卫组织网站http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html向世界卫生组织出版处提出申请。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位，或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时，并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐，或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外，凡专利产品名称均冠以大写字母，以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是，已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

Printed in Hong Kong SAR, China

目录

致谢	5
前言	6
本文件中使用的缩略语	9
执行概要	11
1. 引言	15
2. 全球进展情况	21
2.1 政策与法规.....	21
2.2 实践.....	22
2.3 教育与研究.....	22
3. 传统和补充医学全球形势分析	25
3.1 对传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者的持续需求.....	25
3.2 传统和补充医学的使用.....	26
3.3 传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者的监管.....	30
3.4 全民健康覆盖以及传统和补充医学的结合.....	34
3.5 机会和挑战	38
4. 战略目标、战略方向和战略行动	41
4.1 战略目标1：为制定适当的国家政策以积极管理传统和补充医学建立知识基础.....	42
4.2 战略目标2：通过监管产品、实践和技术服务提供者，加强传统和补充医学的质量保证、安全性、适当使用和有效性.....	47
4.3 战略目标3：通过把传统和补充医学服务纳入卫生保健服务和自我卫生保健，促进全民健康覆盖.....	50
5. 战略的实施	55
参考文献.....	57
附件A — 值得注意的传统和补充医学行动实例 (按区域/国家分列)	62
附件B — 一些全球传统和补充医学专业组织的信息.....	68
附件C — 一些世卫组织传统和补充医学出版物.....	71

致谢

在过去两年制定这份更新的战略期间，草案曾送交世卫组织六个区域的所有会员国，20个世卫组织传统医学合作中心，世卫组织传统医学专家咨询团的22名成员，传统医学领域内的全球专业组织，尤其是与世卫组织建立了正式关系或工作关系的五个非政府组织，以及三个相关的联合国机构——世界知识产权组织、世界贸易组织和联合国粮食及农业组织，供审议和评论。草案也受益于他们的经验和技术专长。期间，召开了四次技术工作组会议（TWG），以便对草案进行修订。应邀参加技术工作组会议的专家和政府代表来自世卫组织六个区域。向世卫组织六个区域的传统医学区域顾问以及世卫组织内的相关技术单位或部门进行了咨询，他们也提供了材料。129份国家报告及其它来源的信息为制定战略提供了支持。

A. Burton, T. Falkenberg, M. Smith, 张奇 和 张小瑞为起草组成员。世卫组织卫生系统政策和人力资源司前司长T. Boerma和W. van Lerberghe提供了指导和意见。传统和补充医学处处长张奇承担了修订和编辑工作。E. Asio和Y. Maruyama提供了秘书支持。

中华人民共和国政府为本文件的制定慷慨地提供了财政支持。中华人民共和国香港特别行政区政府和香港世卫组织传统医学合作中心为三个工作组的会议以及本文件的制定和印刷提供了技术、财政和后勤支持。

世卫组织对上述所有政府、机构、组织和专家表示感谢。

前言

在世界各地，传统医学是提供卫生保健服务的主要支柱，或者被当作一种补充手段。在有些国家，传统医学或非正规医学被称为补充医学。2009年通过的世界卫生大会传统医学决议（WHA62.13）要求世卫组织总干事根据各国在传统医学领域的进展和当前面临的新挑战，更新《世卫组织2002-2005年传统医学战略》。因此，《世卫组织2014-2023年传统医学战略》重新评估和发展了《世卫组织2002-2005年传统医学战略》，提出了今后十年传统医学和补充医学的方向。

传统和补充医学是卫生保健的一个重要并常常被低估的组成部分。世界上几乎每个国家中都可找到传统和补充医学，而且对它的服务需求正在不断增长。质量可靠、安全有效的传统医学有助于实现确保人人获得卫生保健的目标。现在许多国家认识到，需要制定连贯和综合性的卫生保健举措，使政府、卫生保健工作者以及卫生保健服务使用者（后者最为重要）能够安全、有尊严、经济有效地利用传统和补充医学。促进传统和补充医学适当结合、管控及监督的全球战略将有益于希望为卫生保健积极主动制定政策的国家。

自前一份全球战略在2002年发表以来，发生了很大变化。更多的国家逐渐开始认可传统和补充医学对个人的健康和福祉以及本国卫生保健系统的全面性作出的贡献。政府和消费者不仅仅对草药感兴趣，而且开始考虑传统和补充医学实践与技术服务提供者以及是否应将其纳入卫生保健服务的问题。为了满足这一新的需求，世卫组织根据关于传统医学的WHA62.13号决议，最近更新了传统医学规划的目标。

《世卫组织2014-2023年传统医学战略》将有助于卫生保健领导人制定解决办法，开拓视野，改善健康和维护患者自主权。本战略有两项主要目标：支持会员国掌握利用传统和补充医学

对健康、福祉和以人为本的卫生保健的潜在贡献，并通过监管产品、实践和技术服务提供者，促进安全和有效地使用传统和补充医学。实现这两项主要目标需要通过实施以下三项战略目标：1) 建立知识基础并制定国家政策；2) 通过监管加强安全性、质量和有效性；3) 把传统和补充医学服务以及自我卫生保健纳入国家卫生系统，从而促进全民健康覆盖。

更新和加强战略，使世卫组织能够更好地了解如何推动全球把传统和补充医学纳入卫生系统。我希望该战略将为会员国提供一份路线图，使他们在制定本国传统和补充医学战略计划方面取得进一步成就。

我很高兴推出《世卫组织2014-2023年传统医学战略》。我相信它将成为各国政府、卫生系统规划人员和卫生工作者的宝贵工具，尤为关键的是，它将造福于在适当的时间向适当的技术服务提供者寻求适当治疗的个人。

总干事
陈冯富珍博士

本文件中使用的缩略语

AFRO - 世卫组织非洲区域办事处

AMRO/PAHO - 世卫组织美洲区域办事处/泛美卫生组织

EMRO - 世卫组织东地中海区域办事处

EURO - 世卫组织欧洲区域办事处

IRCH - 国际植物药监管合作组织

PHC - 初级卫生保健

SEARO - 世卫组织东南亚区域办事处

UHC - 全民健康覆盖

WHA - 世界卫生大会

WHO - 世界卫生组织

WIPO - 世界知识产权组织

WPRO - 世卫组织西太平洋区域办事处

WTO - 世界贸易组织

执行概要

传统医学是卫生服务中一个重要并常常被低估的组成部分。在有些国家，传统医学或非常规医学可被称为补充医学。在卫生保健和疾病预防与治疗方面、尤其针对慢性病、传统医学有很长的历史。

根据世界卫生大会关于传统医学的决议 (WHA62.13) (1)，制定了《世卫组织2014-2023年传统医学战略》。战略的目标是在以下方面支持会员国：

- 掌握利用传统医学对健康、福祉和以人为本的卫生保健的潜在贡献；
- 对传统医学产品、技术服务提供者和实践进行监管和研究，并酌情将其纳入卫生系统、从而促进安全和有效地使用传统和补充医学。

该战略旨在支持会员国积极主动制定政策并实施行动计划，加强传统医学在维护人民健康方面发挥的作用；发展《世卫组织2002-2005年传统医学战略》。战略审查了传统医学在全球及各会员国中的状况，并提出了四项主要目标：

- 政策—通过制定和实施国家传统医学政策和规划，酌情将传统医学纳入国家卫生保健系统。
- 安全性、有效性和质量—通过扩大知识基础并提供监管和质量保证标准的指导，提高传统医学的安全性、有效性和质量。
- 可及性—提高人群、重点是贫困人群得到负担得起的传统医学的水平。
- 合理使用—促进技术服务提供者和消费者正确使用适当的传统医学进行治疗。

尽管世界各地在实施该战略方面取得了显著进展，但各会员国仍然面临以下方面的挑战：

- 制定和执行政策与法规；
- 把传统医学纳入国家卫生保健和初级卫生保健，尤其是确认和评价相关的战略和标准；
- 安全性和质量，尤其是产品和服务的评估、技术服务提供者的资格认证、评价有效性的方法和标准；
- 管控传统医学和补充医学广告与宣传的能力；
- 研究和开发；
- 传统和补充医学技术服务提供者的教育与培训；
- 信息沟通，例如分享政策、法规、服务概况和研究数据方面的信息，或者为消费者获取可靠的客观信息资源。

新的战略文件旨在应对这些挑战。战略要求会员国确定本国与传统和补充医学相关的国情，然后制定和执行体现实际情况的政策、法规和指南。会员国通过在以下三个战略方面组织其活动，可应对这些挑战：

- 建立知识基础，使传统和补充医学能够通过了解和承认传统和补充医学作用和潜力的相关政策得到积极的管理。
- 通过在传统和补充医学的教育与培训、技能发展、服务和疗法方面来监管产品、实践和技术服务提供者，从而加强传统和补充医学的质量保证、安全性、正确使用和有效性。
- 通过利用传统和补充医学服务改进卫生服务和健康结果的潜在贡献，并通过确保使用者能够对自我卫生保健作出知情的选择，把传统和补充医学服务纳入卫生保健服务和自我卫生保健，从而促进全民健康覆盖。

战略为每项目标确定了若干行动，以便指导会员国、各伙伴和利益攸关方以及世卫组织。战略支持会员国根据本国的能力、优先重点、相关法规等情况制定和实施战略计划。其目的是协助会员国确定其需求及优先重点，促进有效地提供服务，支持制定适当的法规和政策，并确保这些产品和实践的安全应用。

预计大约在战略中期世卫组织将对战略实施情况进行审查。随着世卫组织及其利益攸关方进入既定任务的最后五年，中期审查对确保维持战略的相关性和及时性意义重大。

1. 引言

在世界上许多地方，传统和补充医学的安全性、有效性、质量、可获得性、保护和监管等问题困扰着决策者、卫生专业人员和公众。传统和补充医学在多数国家继续得到广泛使用，而且其利用程度在其它国家也在迅速上升。同时，对传统和补充医学的关注正扩大到产品的范围之外，对实践和技术服务提供者形成重视。因此，世卫组织对全世界传统和补充医学当前现状进行了全面的分析，并与专家们一起开展工作以制定《世卫组织2014–2023年传统医学战略》，其中将涉及一些此类重要问题。为了方便了解本战略，下文方框1中提供了传统医学（TM）、补充医学（CM）以及传统和补充医学（T&CM）的定义。

方框1：传统和补充医学的定义

传统医学（TM）：

传统医学有很长的历史。传统医学是在维护健康以及预防、诊断、改善或治疗身心疾病方面使用的种种以不同文化所特有的无论可否解释的理论、信仰和经验为基础的知识、技能和实践的总和。

(http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/zh/).

补充医学（CM）：

“补充医学”或“替代医学”指的是并非该国自身传统或常规医学一部分、并且尚未被充分纳入主流卫生保健系统的一套广泛的卫生保健做法。在一些国家，“补充医学”或“替代医学”与“传统医学”交叉使用。

(http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/zh/).

传统和补充医学（T&CM）：

T&CM把传统医学和补充医学的名称合二为一，其中涵盖产品、实践和技术服务提供者。

1.1 世界各地的传统和补充医学

传统和补充医学在世界各地得到广泛使用，并因多种原因得到重视。在2013年2月举行的东南亚国家传统医学国际会议上，世卫组织总干事陈冯富珍博士指出，“质量、安全性和疗效有保证的传统药物有助于实现确保人人获得卫生保健的目标。对成百万的人而言，草药、传统疗法和传统技术服务提供者是卫生保健的主要来源，而且有时是唯一的医疗来源。这种医疗是就近提供的，便于获取的，并可负担得起的。这种医疗在文化上也是可被接受的，并得到众多人们的信任。在卫生保健费用急剧增加和几乎普遍出现财政紧缩的情况下，多数传统药物的可负担性使之更具吸引力。传统医学也突出地表现为应对持续不断增加的慢性非传染性疾病的一种方法。”¹无论出于何种原因寻求传统和补充医学疗法，毫无疑问世界各地对这方面的关注提高了，并且几乎可以肯定会继续提高。

1.2 世卫组织对传统和补充医学的支持

世卫组织的使命是协助拯救生命和改善健康。就传统和补充医学而言，世卫组织通过以下方面促进这些职能：

- 通过协助会员国在这一领域内制定本国的国家政策，以利于把传统和补充医学纳入国家卫生系统；
- 通过制定和提供用于研究产品、实践和技术服务提供者的国际标准、技术指南和方法，形成传统和补充医学的指南；
- 通过支持关于传统和补充医学安全性及有效性的临床研究项目，促进对传统和补充医学的战略研究；
- 通过促进传统和补充医学的循证使用，倡导其合理使用；
- 通过作为便利信息交换的情报交流中心，传播传统和补充医学的信息。

¹ 世卫组织总干事陈冯富珍博士在东南亚国家传统医学国际会议上发表的讲话。印度新德里，2013年2月12-14日。

1.3 《世卫组织2014-2023年传统医学战略》的演变

本文件旨在向决策者、卫生服务计划人员、公共卫生专家、传统和补充医学界以及其它有关各方提供关于传统和补充医学（包括产品、实践和技术服务提供者）的信息、背景、指导和支持。文件涉及评价、管制与整合传统和补充医学以及利用其潜力造福于个人健康等方面的问题。

《世卫组织2014-2023年传统医学战略》更新和加强了以下文件中提出的行动框架：

- 《世卫组织2002-2005年传统医学战略》(2)，即世卫组织在该领域内编写的第一份战略文件；
- 《2004-2007年世卫组织药物战略》中与传统医学相关的章节(3)；
- 《2008-2013年世卫组织药物战略》中的传统医学部分(4)。

这份新的战略审查了传统和补充医学对健康，尤其是卫生服务提供，可产生的潜在贡献，并确立了直至2023年的重点行动。本战略是对世界卫生大会传统医学决议(1)的有效和积极主动的反应，该决议鼓励会员国把传统和补充医学视为卫生系统的一个重要部分，并以2008年世卫组织传统医学大会通过的北京宣言提出的工作为基础。

对会员国、传统和补充医学利益攸关方以及世卫组织来说，为了在国家的卫生系统中把传统和补充医学放在适当的位置，这份新的战略是一份重要的文件。该战略突出了传统和补充医学研究与开发方面的进展，并认可了《世卫组织2002-2005年传统医学战略》和上文所述的两份世卫组织药物战略实施期间获得的经验。

1.4 对新战略的需求

鉴于以下若干理由，世卫组织及其会员国认为目前需要更新和加强战略：

1) 传统和补充医学的持续使用

全世界的公众和卫生保健消费者在作出自己的卫生保健选择时，继续把传统和补充医学包括在内。这使会员国有义务支持他们对自己的选择作出知情决定。

2) 传统和补充医学在经济上的重要性日益增长

传统和补充医学不断发展壮大，尤其是在现场或通过因特网购买产品方面。它正在若干国家的经济发展中起到显著的作用。同时，随着当前全球普遍的财政紧缩，在健康促进、自我卫生保健和疾病预防方面使用传统和补充医学，实际上可减少卫生保健费用。

3) 传统和补充医学的全球性

来自一个区域的传统和补充医学产品与实践在世界各地得到使用，以便补充当地提供的卫生保健服务，从而使传统和补充医学真正成为一种全球现象。在该领域继续努力确定和支持获取安全产品和实践的同时，这需要会员国之间在新层面上的合作。

4) 传统和补充医学实践与技术服务提供者的教育、资格认证和监管水平相差很大

在日益全球化的世界中，人们在国与国之间自由流动，以便生活和工作。鉴于这种趋势，需要对传统和补充医学技术服务提供者有更充分的了解，才能确保专业方面的一致性和安全性。

5) 传统和补充医学研究与开发方面的近期进展

《世卫组织2002-2005年传统医学战略》的发表，为有组织的卫生服务提供制定了技术标准和指南，随之对传统和补充医学的了解有了显著的进展。

6) 知识产权

随着传统和补充医学越来越受欢迎，必须重视保护土著人群和当地社区的知识产权以及他们的卫生保健传统，同时确保传统和补充医学的可及性，并促进研究、开发和创新。任何行动都应遵循公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划（5）。

7) 把传统和补充医学纳入卫生系统

随着传统和补充医学得到更多的利用，需要将其进一步纳入卫生系统。决策者和消费者应当考虑如何运用传统和补充医学改进病人体验，促进人群健康。必须处理可及性以及人群和公共卫生方面的重要问题。

这份新的战略文件审查了世界范围内自《世卫组织2002-2005年传统医学战略》发表以来取得的进展，强调了成功的范例和新出现的挑战，并提供了今后十年的行动框架，以便在全球加强传统和补充医学。

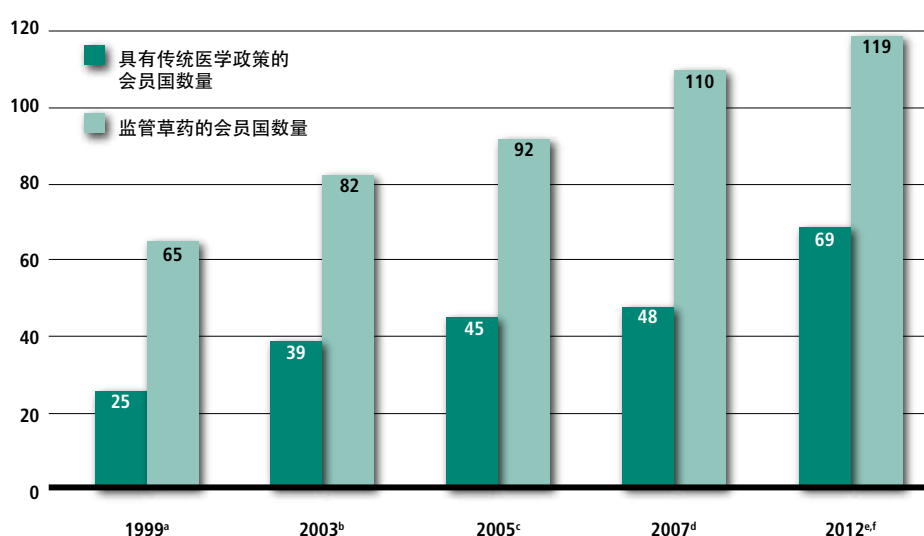
2. 全球进展情况

自第一份《世卫组织2002-2005年传统医学战略》(2)发表以来，世界上多数区域在实施、监管传统和补充医学方面取得了显著和稳定的进展。虽然各会员国主动采取行动，但该战略文件为支持他们的工作发挥了重要作用（图1和2）。全球进展的统计数据是根据世卫组织最近对传统和补充医学的全球调查推断得出的，并以《世卫组织2002-2005年传统医学战略》(2)概述的关键指标为基础。

2.1 政策与法规

许多会员国为推进传统和补充医学作出了巨大努力，其中有些成就可归功于实施了《世卫组织2002-2005年传统医学战略》。近年来，会员国确立或制定了促进安全有效使用传统和补充医学的国家和区域政策与法规。世卫组织制定了技术指南和标准并组织了培训班/讲习班以支持会员国（<http://apps.who.int/medicinedocs/en/ci/CL10/>；另见附件C）。下文图1显示了会员国在确立国家传统和补充医学政策以及国家草药法规方面的进展情况。

图1：世卫组织传统医学战略规定的国家进展指标方面的监测数据



来源：

a：参考文献2

b：参考文献3

c：参考文献6和7

d：参考文献4

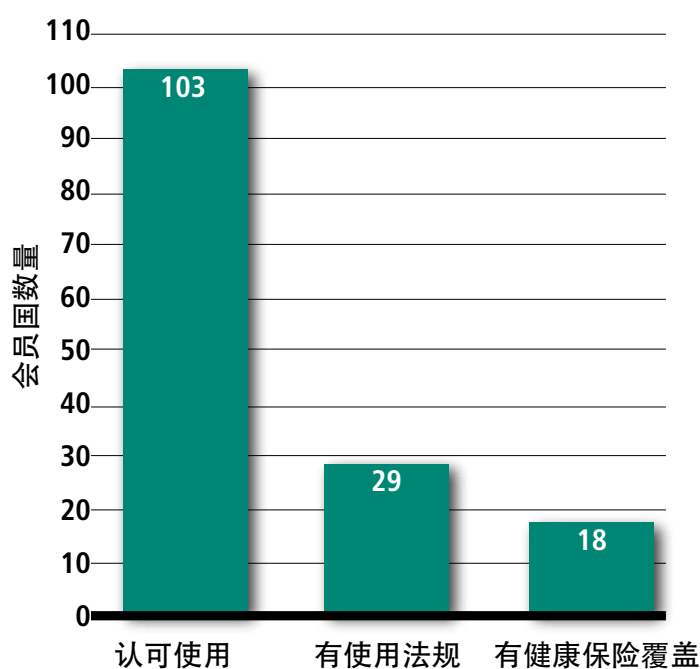
e：具有传统医学政策的会员国数量：以下方面的综合数据：1) 世卫组织第二次全球调查中期报告（2012年年中；收到129份调查反馈）；2) 世卫组织第一次全球调查结果（世卫组织，2005年）

f：监管草药的会员国数量：以下方面的综合数据：1) 世卫组织第二次全球调查中期报告（2012年年中；收到129份调查反馈）；2) 世卫组织第一次全球调查结果（世卫组织，2005年）；3) IRCH成员信息；4) 欧盟成员

2.2 实践

各国根据文化、理解和常规医疗的可及性，对某些实践（有时称为模式）的看法有所不同，采用的传统和补充医学实践差别很大。已取得显著进展的一种方法是针刺疗法。虽然针刺疗法原本是中医的一个特色，但现在已在世界范围内得到使用。根据129个国家提供的报告，其中80%现在认可使用针刺疗法（图2）。

图2：会员国使用针刺疗法的情况

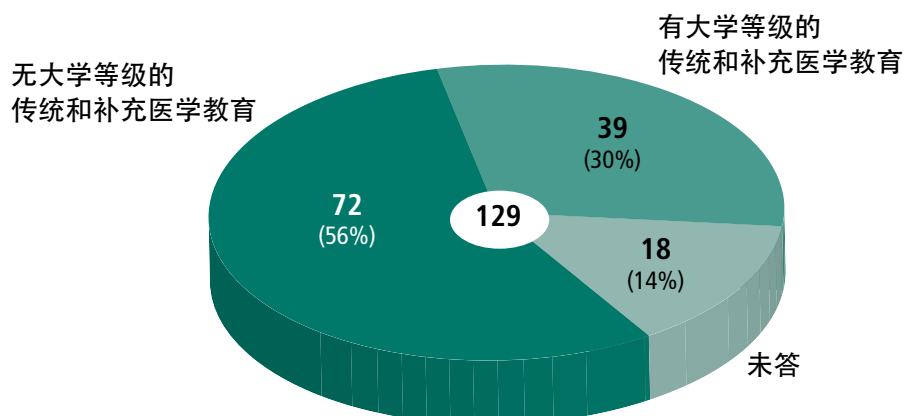


来源：世卫组织第二次全球传统医学调查截至2012年6月11日的临时数据

2.3 教育与研究

为了提高传统和补充医学实践的安全性和质量，会员国针对传统和补充医学技术服务提供者，包括使用传统和补充医学的常规医学医师，制定了质量、数量、认证和教育结构方面的法规。许多国家已取得显著进展。例如，提供传统和补充医学高等教育规划（包括大学层面的学士、硕士和博士学位）的会员国数量从原来的少数几个增加到39个，占接受调查国家的30%（图3）。

图3：大学等级的传统和补充医学教育



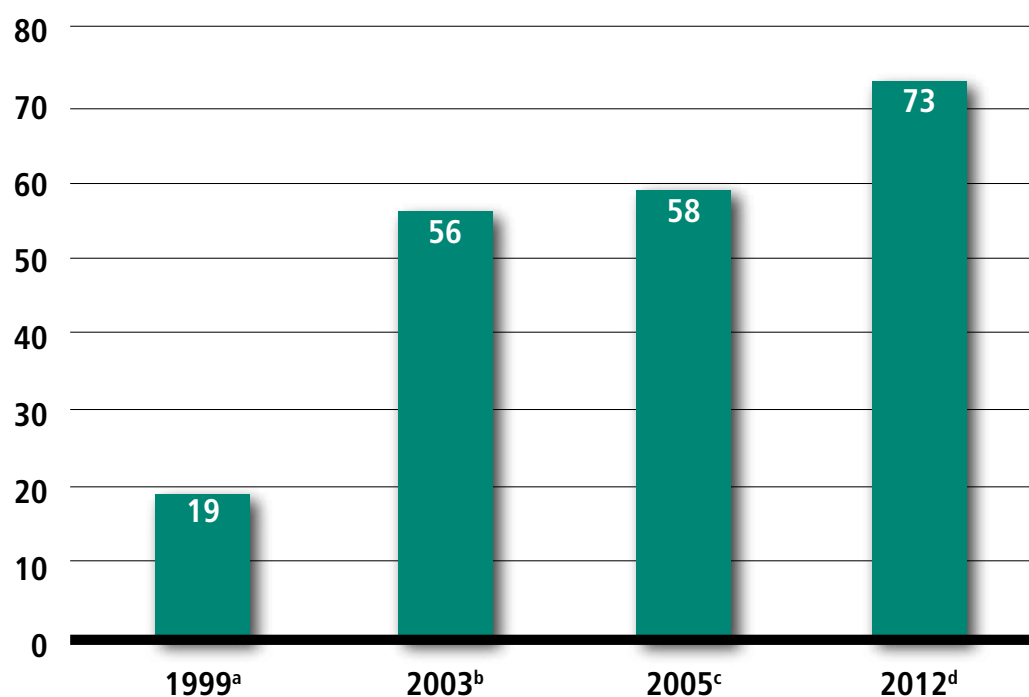
来源：世卫组织第二次全球传统医学调查截至2012年6月11日的临时数据

在非洲区域，传统医学知识和实践由传统技术服务提供者一代一代口述传授。近年来，有些国家加强了培训规划，以便提高传统技术服务提供者的知识水平。此外，有些国家把传统医学纳入卫生专业学生的大学课程。例如，西非国家经济共同体、刚果民主共和国、南非和坦桑尼亚不同的大学中把传统医学纳入药学生和医学生的课程中（8）。

为了支持会员国逐步实现高质培训，世卫组织发表了一系列培训指南和对照标准 (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/cl/CL10/>; 另见附件C)。

在传统和补充医学领域内设立国家研究机构方面，世界各地也取得了进展（图4）。据报告，具有国家传统和补充医学研究机构的会员国数量显著增多。

图4：根据世卫组织传统医学战略规定的指标检测国家进展情况
具有国家传统医学/补充医学研究机构(包括草药研究机构)的会员国数量



来源：

a：参考文献 2

b：参考文献 3

c：参考文献 6 和 7

d：以下方面的综合数据：1) 世卫组织第二次全球调查中期报告（2012年年中；收到129份调查反馈）；
2) 世卫组织第一次全球调查结果（世卫组织，2005年）；3) 关于世卫组织传统医学合作中心的信息

3. 传统和补充医学全球形势分析

如第2.0节中所概述的，传统和补充医学的全球使用情况显示在过去十年内的势头强劲。为了确定今后十年的战略，需要对当前全世界传统和补充医学的现状进行分析。这将有助于会员国决定如何以及何时把传统和补充医学纳入本国卫生系统。

为了使会员国更充分地了解当前世界各地传统和补充医学的现状，世卫组织收集了大量数据，其范围极为广泛，不能全部纳入本战略文件。因此，这次的分析旨在根据现状确定需要做什么，而不是以全面性为目标。分析强调了对传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者的现有需求，介绍了使用规律，确认需要监管以保护消费者，描述了把传统和补充医学纳入全民健康覆盖的重要性，并确认了在把传统和补充医学纳入卫生系统方面的一些困难和挑战。

3.1 对传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者的持续需求

许多国家有自己的传统或土著治疗方式，这些方式牢固地植根于本国的文化和历史。阿育吠陀医学、中医和阿拉伯医学等一些形式的传统医学不但在本国很受欢迎，而且在全世界得到使用。同时，有些形式的补充医学，例如人智医学、脊骨神经医学、顺势疗法、自然疗法和整骨疗法，也得到广泛使用。

世界各地的卫生系统正在面临慢性病增多和卫生保健费用上升的情况。患者和卫生保健提供者都要求重振卫生保健服务，更加强调以人为本的个体化医疗(9)。这包括提高传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者的可及性。1亿多欧洲人目前是传统和补充医学的使用者，其中五分之一定期使用传统和补充医学，而且有同样多的人数偏向使用包括传统和补充医学的卫生保健(10)。非洲、亚洲、澳大利亚和北美使用传统和补充医学的人数更多(11)。

3.1.1 产品市场

由于传统和补充医学产品的法规和监管类别众多，很难精确地评估各会员国中传统和补充医学产品市场的规模。但是，现有数据表明市场很大。在2012年，中药产值估计达831亿美元，与前一年相比增长了20%以上（12）。在大韩民国，2004年传统医学的年度开支为44亿美元，而在2009年增长到74亿美元（13）。在美国，2008年用于天然产品的自费开支为148亿美元（14）。

3.1.2 对传统和补充医学实践和技术服务提供者的需求

全世界对传统和补充医学实践和技术服务提供者的需求很大。在澳大利亚，向针灸师、脊骨神经医学医师和自然疗法医师等补充医学专业人员求医的人数迅速增多，从1995年至2005年增长了30%以上。在2005年，为期两周时间内的就诊记录为750 000人/次（15）。根据中国的一次全国调查，中医就诊人数在2009年为9.07亿人/次，占被调查机构所有就诊人数的18%；中医住院病人数为1360万人/次，占有所有被调查医院住院总人数的16%（16）。在老挝人民民主共和国，80%的人口生活在总共有9113个村庄的农村地区：每个村庄有一个或两个传统技术服务提供者。总共有18 226名传统技术服务提供者，为80%的人口提供一大部分卫生保健服务（17）。在沙特阿拉伯，最近的一次调查显示，个人每年为传统和补充医学服务自费支付560美元（18）。

3.2 传统和补充医学的使用

为了确立以知识为基础的传统和补充医学政策，必须获得和分析以下信息：人们为什么使用这种医学，他们在什么时候使用，有什么益处，由谁提供治疗，他们有何资格？

3.2.1 人们为什么使用传统和补充医学？

传统和补充医学的使用规律在会员国之间以及国内各不相同，这取决于若干因素，例如文化、历史地位和法规。没有统一的方法来检验使用规律，但从以下三大方面考虑人们如何使用传统和补充医学可能会有帮助：

1) 在传统医学作为卫生保健主要来源之一的国家中使用。这些国家的很典型的情况是在整体上以常规医学为基础的卫生服务的可得性和/或可及性是有限的。传统医学在非洲和有些发展中国家中的广泛使用是因为这种医学触手可及，而且在经济上也负担得起。例如，非洲传统技术服务提供者与人口的比例为1:500，而医生与人口的比例为1:40 000。因此，对农村地区成百万的人来说，当地的传统技术服务提供者仍然是他们的卫生保健提供者（19）。

2) 受文化和历史影响使用传统医学。在常规卫生保健系统根基良好的一些国家，例如新加坡和大韩民国，分别有76%和86%的人口仍然常规使用传统医学（13）。

3) 把传统和补充医学作为辅助治疗使用。这在卫生系统结构通常发展良好的发达国家中很常见，例如在北美和许多欧洲国家。

虽然促使人们使用传统和补充医学的理由背后有一些共同的原因，但每个国家和地区之间也存在许多差异。有些调查显示，个人选择传统和补充医学的原因很多，包括对所有卫生服务的需求增长，希望获得更多信息以便更多了解可选方案，对现有卫生保健服务越来越不满意，以及重新关注与传统和补充医学紧密联系的“整体医护”和疾病预防。此外，传统和补充医学认识到在病人无法治愈的情况下需要注重生活质量（20）。例如，已表明病人前往伦敦皇家结合医学医院就诊是因为其它治疗已无效，出于个人偏好或文化影响，或者是他们在接受其它治疗时出现了副作用（21）。在澳大利亚，对传统和补充医学使用者的采访显示，常规医学治疗失败以及希望获得健康的生活方式是使用传统和补充医学的主要动机（22）。

因为消费者希望对自己的健康更加积极主动，在所有类型的使用模式中，自我卫生保健在过去十年中有所增加。许多消费者转向使用传统和补充医学产品和实践，是基于他们认为“天然就是安全”（23），虽然这不一定正确。

3.2.2 人们在什么时候使用传统和补充医学？

个人需求常常决定人们在什么时候使用传统和补充医学。若干调查显示，特定慢性病患者接受传统和补充医学服务的频率更高。例如，美国的一项调查显示，一年中，在家庭医疗环境中向整骨疗法医师求医的肌肉骨骼不适患者占有求医人数的23%（24）。在法国，向提供与常规医学不同的替代疗法的医生求医的慢性肌肉骨骼疾病患者比例更大（25）。许多多发性硬化症患者寻求补充/替代医学治疗：使用率在西班牙为41%，在加拿大为70%，在澳大利亚为82%（26）。在中国，根据国家中医服务监测数据，2008年中医医院住院病人的前五类疾病为：脑血管意外、椎间盘移位、痔疮、缺血性心脏病和原发性高血压（27）。据大韩民国报告，2011年韩医医院住院病人的主要疾病为骨骼、关节和肌肉系统疾病、消化不良、膝关节骨性关节炎以及面部神经疾病¹。

在许多发展中国家，传统医学在满足人群初级卫生保健需求方面起到重要作用，所以特定类型的传统医学得到长期使用（28）。下文方框2显示了传统医学用于初级卫生保健的一个例子。

方框2：蒙古传统医学家庭药箱

在蒙古山川和沙漠的艰苦地理环境中，游牧民常常很难前往地区医院。在2004年启动了家庭传统药箱项目，现在涵盖150 000人以上。据调查报告，74%的受访者说药箱方便使用，而且当配合使用手册使用时，药物很有效。所用药物的费用每年每家约为8美元（29）。

3.2.3 使用传统和补充医学的效益

个人选择传统和补充医学服务的一个重要原因是节省费用的潜力。例如，一次随机对照试验包括对用于颈部疼痛的理疗、手法治疗和全科医生治疗进行经济评价：结果显示，与理疗和全科医生治疗相比，手法治疗能更快地缓解症状，而且手法治疗的总费用（447欧元）约为理疗（1297欧元）和全科医生治疗（1379

¹ 大韩民国政府卫生和福利部送交世卫组织的函件，2013年。

欧元)费用的三分之一。这意味着,与理疗或全科医生提供的治疗相比,用手法治疗来处理颈部疼痛更加有效且费用较少(30)。最近的另一项研究表明,与未接受过额外的补充和替代医学培训的全科医生相比,接受过这种培训的医生的病人健康保健费用和死亡率较低。费用降低的原因是住院次数较少,处方药也较少(31)。

3.2.4 传统和补充医学技术服务提供者的类型和资格

传统和补充技术服务提供者可以是传统医学技术服务提供者、补充医学技术服务提供者、常规医生或其他卫生专业人员。由于管理措施不同,很难确定全世界技术服务提供者的绝对人数。在许多发展中国家,尤其是在农村地区,传统医学技术服务提供者是社区内的主要或唯一卫生保健提供者。在另一些国家,传统医学技术服务提供者可根据培训/教育、注册情况等分成若干类别。例如,印度有两类传统医学技术服务提供者,其中有785 185名阿育吠陀医学、瑜伽和自然疗法、阿拉伯医学、悉达医学和顺势疗法(AYUSH)注册技术服务提供者(32),以及估计达100万以村庄为基础的传统AYUSH社区卫生工作者(33)。CAMbrella项目的结果也显示,欧盟各国的传统和补充医学是由约160 000名非常规医学技术服务提供者和145 000名医生提供的(34)。

传统和补充医学提供者的教育/培训在各国有所不同。有些国家在大学的卫生专业教学大纲中包括传统和补充医学教育和培训规划。另一些国家具有针对特定类型传统和补充医学的根基牢固的教育和培训。下文方框3显示了印度传统医学教育系统的一个例子。

方框3: 印度传统医学技术服务提供者的教育系统

在印度,官方承认的所有六种传统医学系统(阿育吠陀医学、瑜伽、自然疗法、阿拉伯医学、悉达医学和顺势疗法)具备制度化的教育系统。印度有508所学院,每年有能力招收25 586名大学生,其中117所还招收2493名研究生。只有获得中央政府的许可并事先批准其基础设施、教学大纲和课程设置,才能设立学院。通过年度检查和突击检查,确保教育和基础设施达标。中央政府有权承认或撤销学院及其资格¹。

¹ 印度政府卫生和家庭福利部送交世卫组织的函件,2013年。

3.3 传统医学和补充医学产品、实践和技术服务提供者的监管

《世卫组织2002–2005年传统医学战略》导致确立了国家和区域的政策与法规，以便促进许多会员国安全使用传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者（方框4）。通过确保传统和补充医学实践的安全性并更有效地管理已知的风险来保护本国人民的健康，仍然是会员国的主要责任（方框5）。政府不但注意到需要为消费者提供选择和保护，同时也制定政策并监管传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者，但在为此确立的监督结构类型方面，各国的差异很明显。由于不同国家对传统和补充医学有不同的认识和评估方法，所以毫不奇怪，鉴于其不同的国家重点、立法和资源，各会员国选择以非常不同的方式保护人民的健康。

方框4：传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者

传统和补充医学产品包括草药、草药材料、草药制剂以及含有植物部分、其它植物材料或混合物作为有效成分的草药成品。在有些国家，草药在传统上可包含不源自植物的有机或无机天然有效成分（例如动物和矿物材料）。（参见：世卫组织第二次全球调查经修订的调查问卷解释）。

传统和补充医学实践包括药物治疗和以程序为基础的卫生保健治疗，例如草药、自然疗法、针刺疗法和脊骨神经医学、整骨疗法等手法治疗，以及其它相关技艺，包括气功、太极、瑜伽、热疗及其它身体、心理、精神和身心疗法。（参见：《世卫组织传统医学研究和评价方法指导总则》有关以程序为基础的疗法经修订的定义）。

传统和补充医学技术服务提供者可以是传统医学技术服务提供者、补充医学技术服务提供者以及向病人提供传统医学/补充医学服务的医生、牙医、护士、助产士、药剂师和理疗师等常规医学专业人员和卫生保健工作者。（参见：世卫组织第二次全球调查经修订的调查问卷解释）。

方框5：与传统和补充医学产品、实践和自我卫生保健相关的已知风险：

- 使用劣质、掺假或假冒产品；
- 无资格的技术服务提供者；
- 误诊、延误诊断或未能使用有效常规疗法；
- 接触误导性或不可靠的信息；
- 直接不良事件、副作用和意外治疗反应。

3.3.1 产品

目前，多数会员国对草药产品进行监管，但他们也继续按需要制定、更新和实施新的法规。这些监管举措旨在确保安全和高质量的药物，从而保护消费者的健康。由于这一市场现在已完全国际化，出售的产品常常不是在本国生产的，所以要确保安全和高质量的产品可能会是一项挑战。为了解决这一问题，会员国和监管机构正在加强合作，互相学习对方的经验。有些区域机构努力协调本区域内涉及草药及其它草药产品的法规。例如，欧盟的目标是对该地区各地技术服务提供者可开列处方和推荐的传统和补充医药产品采用统一的法规（35）；在东南亚区域，自2004年以来一直在努力协调草药及其它草药产品的监管（<http://www.aseansec.org/18215.htm>）。方框6显示了世卫组织支持的一个全球监管网络的范例。

方框6：全球草药监管合作网络（IRCH）

近年来，更加重视药品监管方面的区域和国际合作。自1986年以来，草药在各次药管当局国际会议（ICDRA）上一直是专门的研讨班主题。在传统和补充医学界，负责草药监管的国家监管当局自2006年以来每年召开会议，作为国际草药监管合作（IRCH）全球管制网络的一部分。

3.3.2 传统和补充医学实践

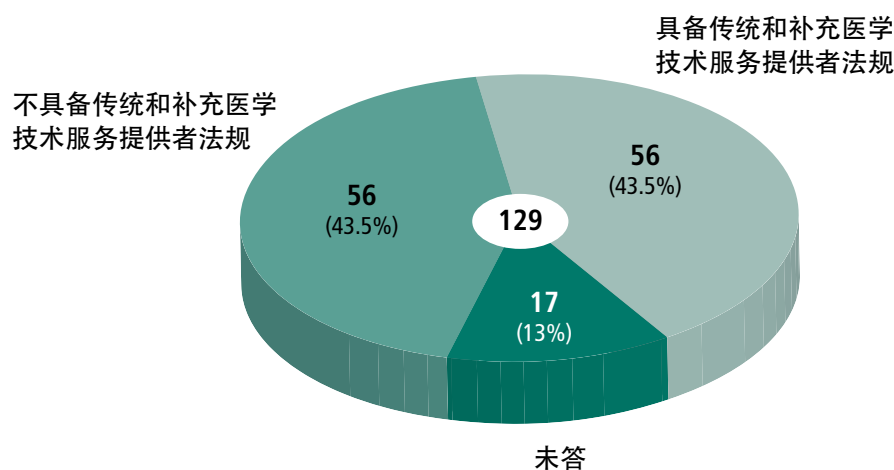
为了确保传统和补充医学的安全性和质量，国家卫生当局必须针对本国最常用形式的传统和补充医学特定需求，制定相应的政策和战略。此外，由于传统和补充医学实际上已达到全球化，它们必须有准备应对从其它国家传入的新形式的传统和补充医学。这样，可能很难识别合格的传统和补充医学实践。因此，会员国在制定和实施国家政策以及传统和补充医学法规时，对其它国家的经验和信息进行考虑，可能会有用。例如，在新加坡，针刺疗法和中医证书颁发机构承认在具有资格认证的海外高等教育场所和中心获得的证书和资格（36）。泰国也存在类似的情况，向在泰国或国外大学取得传统和补充医学学士学位者颁发传统和补充医学执业许可证（37）。

3.3.3 传统和补充医学技术服务提供者

技术服务提供者的知识和资历对患者的安全有直接影响。关于传统和补充医学技术服务提供者获得其知识和技能的方式，各国情况有所不同。在有些国家，一些传统和补充医学实践已得到确立，所以要求技术服务提供者完成正式的教育/培训规划。例如，在许多欧洲国家和北美，脊骨神经医学、自然疗法、草药和整骨疗法技术服务提供者必须接受大学级的正式教育。同样，在中国、大韩民国、印度和越南，使用特定类型的传统和补充医学行医的医生必须是大学毕业生。除了教育/培训，许多会员国还为传统和补充医学技术服务提供者制定了法规。

但是，在许多发展中国家，传统医学知识和技能是通过口述方式一代一代传承下来的，所以很难确认合格的技术服务提供者。会员国应当考虑本国国情，并确定其特定需求。其中可包括知识基础和技能的升级，支持传统医学技术服务提供者与常规卫生保健提供者之间的合作，并在必要时考虑对实践进行监管或注册。图5显示了已确立传统和补充医学技术服务提供者法规的会员国数量，方框7介绍了监管传统和补充医学技术服务提供者的一个范例。

图5：传统和补充医学技术服务提供者法规



来源：世卫组织第二次全球传统医学调查截至2012年6月11日的临时数据

方框7：中国香港特别行政区中医师当前的监管情况

《中医药条例》（<http://www.legislation.gov.hk/eng/home.htm>）是在1999年颁发的（第549章），以便在香港中医药管理委员会（CMCHK）的支持下监管中医药的实践、使用、贸易和生产。根据《中医药条例》，具有获得认可的中医培训大学证书的任何个人如希望被注册，则必须通过香港中医药管理委员会辖下的中医组举办的中医执业资格考试。由于中医在香港有很长的历史，《中医药条例》为中医师的注册规定了一种过渡安排。2000年1月3日在香港以中医行医的任何人均可向中医组申请注册成为中医师。然后，注册的中医师必须申请获得有效期为三年的执业证书，在更新执业证书之前必须达到中医继续教育的要求。针对中医师的有限注册制度要求中医专家在中医组批准的机构中开展临床教学和研究。为了监管他们的职业行为和实践，中医组编撰了中医师的行为准则（38）。

3.3.4 知识产权

与知识产权相关的问题对产品、实践以及甚至对技术服务提供者产生影响。知识产权可支持创新并刺激研究投资，但也可能被滥用，导致传统和补充医学的不当使用。世卫组织、世界知识产权组织和世贸组织的一份联合出版物（39）讨论了当前知识产权、传统知识和基因资源方面的政策问题，传统和补充医学也是其中一个组成部分。

3.4 全民健康覆盖以及传统和补充医学的结合

在第六十五届世界卫生大会上，世卫组织总干事指出：“普及卫生服务是巩固前一个十年期间所取得收益的最佳方式。这是公平性的最终表现。在我们[世卫组织]向前推进时，这是世卫组织工作的基点”（40）。此外，世卫组织在2014–2019年第十二个工作总规划中把实现全民健康覆盖（UHC）确定为总体目标之一（41）。

全民健康覆盖的目的是确保所有人都能获得具有有效质量保证的促进、预防、治疗和康复卫生服务，并同时确保他们在为这些服务付费时不遭受经济困难。全民健康覆盖与实现世卫组织组织法和人人享有卫生保健理念中概述的“获得最高健康标准”有密切的联系。卫生系统内外的众多因素有助于实现全民健康覆盖：卫生系统外部的社会经济决定因素，以及卫生系统的改进，例如良好的管理、适当类型卫生工作者更高的可得性和适当分布、基本药物和卫生设施的可得性与分配、高质量的医疗、适当的资金供应、可靠的信息等。

在通往全民健康覆盖的道路上，必须克服个人在利用卫生保健服务时面临的现有障碍，例如卫生保健服务过于散乱，不能以患者为本。卫生服务设施可能过远（地理障碍），或者人员不足，候诊时间过长（组织工作障碍），或者不符合人们的文化和性别偏向（文化障碍）。此外，即便人们能够利用服务，服务质量可能较差，有些时候甚至可能有害。另一个大问题是治疗性、以医院为基础、针对疾病的服务占主导地位，常常不能很好地与更广泛的卫生体系相结合；这些头重脚轻的服务造成巨大的浪费，

而被浪费的资源本可用于实现全民覆盖。相比之下，合格的传统和补充医学不会造成这些障碍，可以对全球健康覆盖作出积极的贡献。

自20世纪90年代以来，许多国家的公立和私立保险公司部分覆盖传统和补充医学。图2显示了为针刺治疗提供保险覆盖的会员国数量。但是，在许多欧洲国家，传统和补充医学的监管和注册尚不完善。随着这些欧洲国家中有越来越多的医生对传统和补充医学感兴趣，或许会提高允许报销的可能性。例如，许多法国医生是针刺疗法和顺势疗法专家。如果由医生提供服务或开出处方，这两种疗法都可通过社保报销。自1997年以来，比利时图尔奈-阿特社会主义互助保险为顺势疗法等特定补充/替代疗法提供部分报销。在芬兰，社会保险机构覆盖对抗疗法医师提供的针刺及其它补充/替代疗法。在德国，公立和私立保险公司为一些补充/替代疗法提供同样类型的覆盖（42）。方框8介绍了日本保险公司为传统医学服务报销的例子。

方框8：日本的传统医学立法和国家健康保险报销情况

在日本，84%的日本医生在日常实践中使用汉方医学(43)。根据2011-2012年卫生、劳动和福利年度报告(44)，注册医生中，只出具汉方的人数为295 049人。注册药剂师中，只分发汉方药剂的人数为276 517人。另外有92 421名针刺治疗师、90 664名灸疗师、104 663名按摩师和50 428名柔道整复师。截至2000年4月，国家健康保险报销清单中包括147种处方汉方药方以及其中使用的192种草药。针刺、灸法、日本传统按摩和柔道整复术得到私立健康保险公司的部分覆盖(42)。

3.4.1 传统医学和补充医学结合的不同阶段

鉴于传统和补充医学有潜力改善个人健康，将其适当纳入国家卫生系统，能使消费者在希望使用这些服务时有更多的选择。虽然进行结合可能对慢性病患者或健康促进相关性最大，但在特

定情况下，也有助于治疗急性病。世卫组织总干事陈冯富珍博士也讲到了适当结合的问题，她说：“传统医学和西医，这两种系统不需要冲突。在初级卫生保健的范畴内，它们能够以有益的和諧方式相结合，利用各系统的最佳特点，并互相补偿某些弱点。这不会自动发生。必须专门作出政策决定。但是，可以取得成功”（45）。

在少数国家中，某些类型的传统和补充医学已完全纳入卫生保健系统。例如，在中国，中医和常规医学在卫生保健服务的每个层面上互相配合使用，而且公立和私立保险公司对中医和常规医学都给予覆盖（方框9）。

方框9：中国传统医学卫生服务的整合情况

在中国，约有440 700家卫生保健机构提供传统医学服务，床位数达到520 600张，并包括城市和农村地区的各级传统医学医院和综合性医院、诊所以及卫生站。约90%的综合性医院包括传统医学科室，并为门诊病人和住院病人提供传统医学服务。传统医学医疗机构与常规医疗机构一样，同样受国家关于医疗机构的相同法规约束。传统医学技术服务提供者在公立和私立诊所与医院都可执业。政府和私立部门的保险完全覆盖传统医学，包括藏医学、蒙医学、维吾尔医学和傣医学。公众或患者可自由选择传统医学或常规医学卫生保健服务，他们的医生也可以提供建议，说明哪种疗法可能更适合于他们的健康问题（46）。

在大韩民国，传统医学医生在公立和私立医院与诊所都可提供韩医药。自1987年以来，国家医疗保险规划一直覆盖韩医药服务，目前私立保险公司也覆盖传统医学服务。在越南，传统医学技术服务提供者在公立和私立医院与诊所都可执业，而且政府的保险完全覆盖针刺疗法、草药和传统医学治疗。

在其它许多国家，传统和补充医学被部分纳入国家卫生系统。瑞士成为欧洲第一个把传统和补充医学纳入其卫生系统的国家（方框10）。

方框10：传统和补充医学被纳入瑞士卫生保健系统

在瑞士，1990年以后传统和补充医学的平均使用率（使用传统和补充医学的患者）为49%（47）。在1998年，联邦家庭事务部决定，从1999年到2005年，五种补充疗法——人智医学、顺势疗法、神经疗法、植物疗法和中医药（更确切地说，中医草药疗法），将被强制性的卫生保健规划（KLV）覆盖，前提是由获得补充/替代医学证书的医生提供服务。同时，瑞士政府也设立了一个评价补充/替代医学的综合规划（PEK）以便确认其作用和有效性。该规划在瑞士医疗系统中发挥着日益重要的作用。根据该规划的评价结果，补充/替代医学技术服务提供者可在其实践的性質、地点和技术资源方面区别于提供常规卫生保健的医生。在2009年，该国67%以上的投票表决者同意对补充/替代医学采用新的宪法条例，因此某些补充疗法被重新纳入向所有瑞士公民开放的基本健康保险制度（48）。在瑞士，关于补充/替代医学的宪法条例可能会在医学生必修课、医生和非常规医学执业者的补充疗法标准化培训与证书、以及获得补充/替代医学产品等方面加快进展（49）。

3.4.2 如何结合传统和补充医学

在把传统和补充医学纳入卫生保健系统时，各国和各区域的过程和采取的步骤将有所不同。以下标准可协助会员国确认本国需要采取的主要程序：

- 调查传统和补充医学使用情况，包括当地历史和文化背景下的利益和风险，并促进人们对传统和补充医学作用与潜力的更加了解；
- 分析国家卫生资源，例如卫生财力和人力资源；
- 加强或确立针对传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者的所有相关政策与法规；

- 促进公平获取卫生保健，促进把传统和补充医学纳入国家卫生系统（包括报销），并促进转诊与合作的可能渠道。

在制定结合政策时，必须根据国情考虑每种实践的重要性。应当强调记录与研究传统和补充医学实践的重要性，以便对传统和补充医学疗法或模式进行分类，为有关政策和法规奠定基础。在瑞典，把传统和补充医学纳入基本保健时获得了若干教训，提出了建议，并强调了一些重要问题（50）：例如，提供全科医师专门培训，最好有基于计算机的文献反映多模块的管理，结合定性和定量研究方法，学科间的对话与合作。

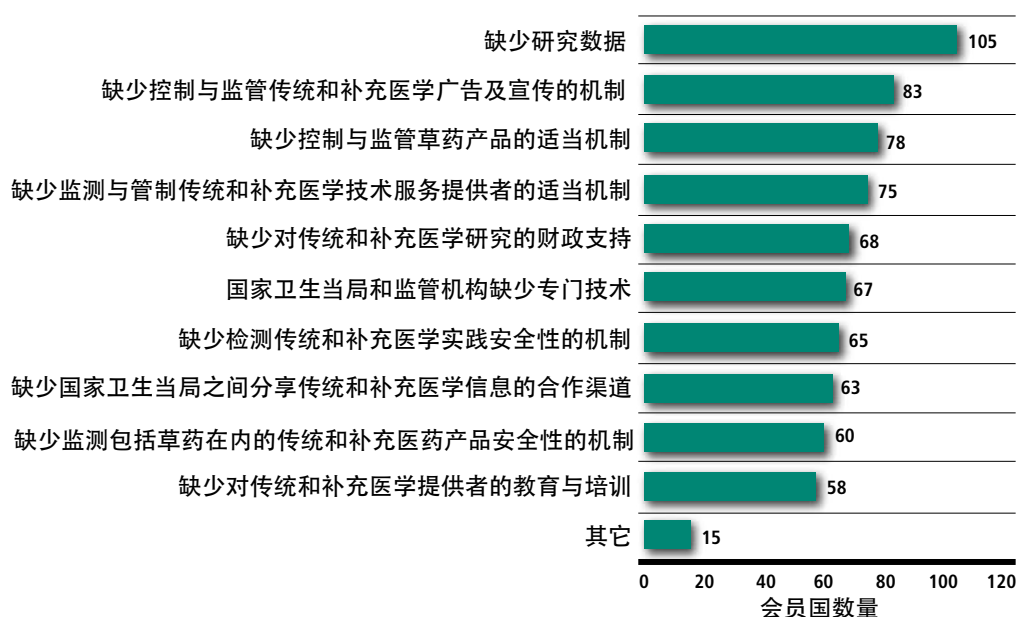
以知识为基础的政策是把传统和补充医学纳入国家卫生系统的关键。应当把研究作为优先重点并给予支持，以便产生知识。可以从临床对照试验学到很多东西，但其它评价方法也有价值。其中包括结果和有效性调查，以及相对有效性研究、使用模式及其它定性方法。有机会利用并主持这种“现实世界实验”，实验中的不同研究设计和方法都有重要性、价值和适用性。英国国家卫生医疗质量标准署（NICE）及其它机构强调了采用各种不同的促进性研究方法和设计，在为国家政策和决策建立广泛证据基础时的重要性（51）。

3.5 机会和挑战

全球形势分析清楚地显示，在国家传统和补充医学政策、法律和法规、质量、安全性和有效性、全民健康覆盖以及把传统和补充医学纳入卫生系统方面，有若干机会和挑战。虽然有许多迫切的社会和经济问题成为使用传统和补充医学的诱因，但全球慢性病负担的预计增多（世卫组织全球非传染性疾病现状报告，2011年）是发展和加强常规医学与传统和补充医学领域之间合作的最迫切原因。

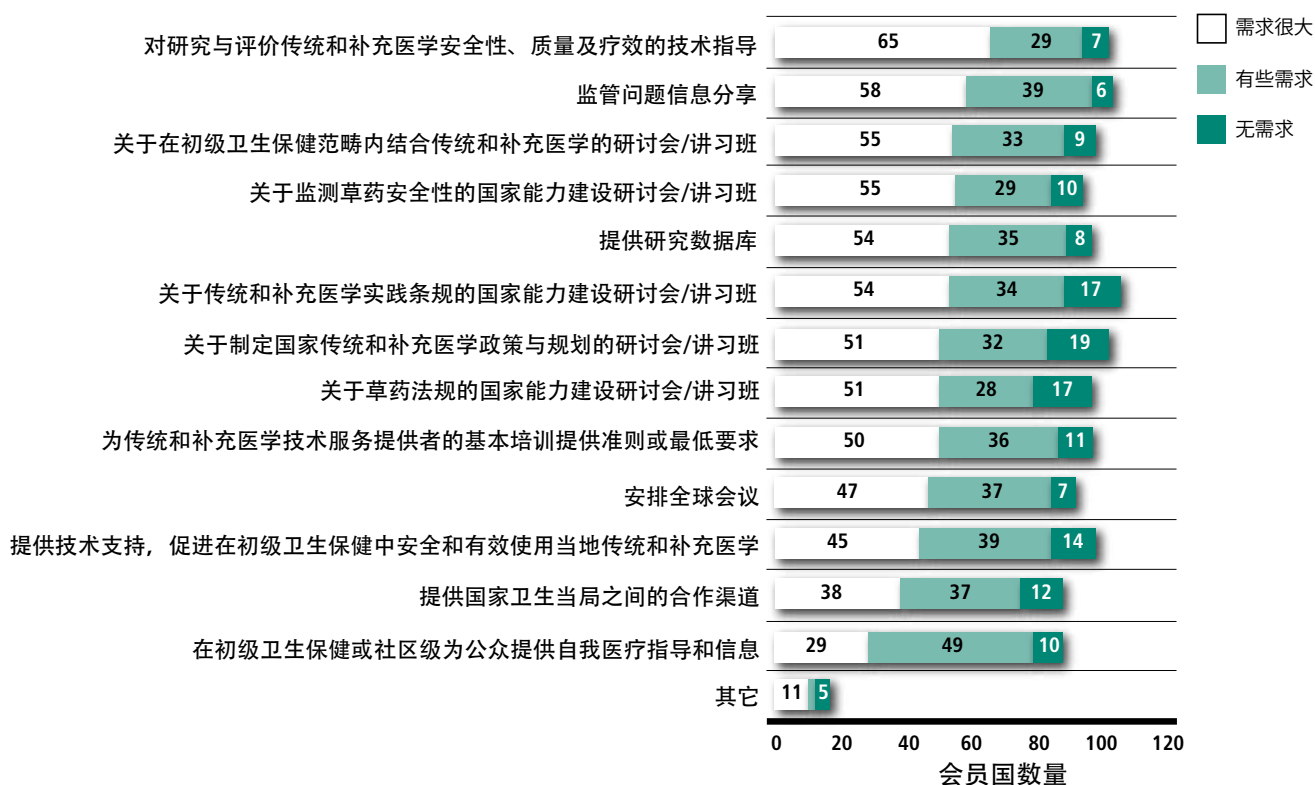
会员国的报告、调查和专家会议反映了形势分析中确认的机会和挑战（在图6和7中进行概括）。总体上说，得出的结果为制定本战略的目标提供了基础。但是，鉴于各会员国对传统和补充医学的认识、使用、监管和结合情况各不相同，必须根据每个会员国的具体国情实施这些战略目标。

图6：会员国在传统和补充医学时间相关管制问题方面面临的困难



来源：世卫组织第二次全球传统医学调查截至2012年6月11日的临时数据

图7：会员国希望世卫组织对传统和补充医学问题提供的支持类型



来源：世卫组织第二次全球传统医学调查截至2012年6月11日的临时数据

关于欧洲传统和补充医学的一次近期调查结果显示了会员国的不同情况。调查中涉及的39个国家在补充/替代医学实践的监管方面有很大程度的差异。同时，既定的政策目标是要为这一相同地域内的技术服务提供者开出处方或建议的补充/替代医学产品采用统一的监管方法。病人在跨境寻求补充/替代医学治疗时，可能会在看起来完全相同的补充/替代医学技术服务提供者的专业背景中发现有巨大差别，因为他们面对的是完全不同的报销制度。这种复杂情况会影响权利、可及性和潜在的安全问题，对国家和欧洲和谐地采用关于在跨境卫生保健中实行患者权利的新法令造成挑战（52）。因此，相同文化地区的每个国家应当考虑协调它们的补充和替代医学法律和法规，以免在没有任何理由的情况下出现国家级监管过度或监管不足的状况（35）。

总体上说，会员国的数据报告显示，涉及传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者监管事项的进展速度并不相同。草药监管与国家传统和补充医学政策方面的进展速度较快，而传统和补充医学技术服务提供者与实践的监管进展较慢。作为一个例子，图2显示，虽然提交报告的会员国多数认可针刺疗法的使用，但认可和确立针刺疗法监管的会员国要少得多。根据会员国确认的需求并以《世卫组织2002-2005年传统医学战略》已完成的为基础，这份新的世卫组织传统医学战略将比前一份战略更加重视把卫生服务和卫生系统作为优先重点。

第一份世卫组织全球传统医学战略（第2节）以及全球形势分析（第3节）以来的进展情况分析清楚地显示，世界各地对传统和补充医学有持续的需求。传统和补充医学不但被用来治疗疾病，尤其是慢性病，而且被广泛用于疾病预防、健康促进和健康维护，已证明对一些政府具有成本效益。为了满足公众和会员国的需求并协助指导各国把传统和补充医学纳入卫生系统，世卫组织制定了《2014-2023年传统医学战略》。

4. 战略目标、战略方向和战略行动

根据《世卫组织2002-2005年传统医学战略》实施期间确认的成就和挑战，世卫组织汇集了世卫组织六个区域的专家、会员国及其它利益攸关方，并与他们进行磋商，以便为新的战略制定战略目标、战略方向和战略行动，在2014-2023年指导传统和补充医学界。本章节提供了关于在今后十年内如何进一步发展和推进传统和补充医学的大量详尽细节。

世卫组织最近表示，会员国意义重大的战略计划制定工作将注重于在世界各地更充分达到全民健康覆盖的必要性。世卫组织认识到，良好的健康是经济和社会持续发展以及减少贫穷的必要条件。获取基本卫生服务对维持和改善健康至关重要。同时，需要保护人民以免因为卫生保健费用而坠入贫穷。

《世卫组织2014-2023年传统医学战略》的目标是在以下方面支持会员国：

1. 掌握利用传统和补充医学对健康、福祉、以人为本的卫生保健和全民健康覆盖的潜在贡献；
2. 对传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者进行监管和研究，并酌情将其纳入卫生系统，从而促进安全有效地使用传统和补充医学。

《世卫组织2014-2023年传统医学战略》旨在帮助国家决定如何最好地做到既促进健康，又保护希望利用这些产品、实践和技术服务提供者的消费者。这涉及两个关键步骤：

1. 通过确认被使用的传统和补充医学形式，了解谁在使用，探索使用的原因并确定目前和未来的需求，会员国应当根据国情确定并更充分了解传统和补充医学。实质上，各国必须建立本国关于传统和补充医学的国家档案。
2. 会员国应当考虑到本国的情况，针对符合本国人民卫生需求与选择的传统和补充医学形式，制定政策、法规和指南。会员国之间可能会存在共同的问题和优先重点，但必须针对各自国家的需求确定国家的做法。显然，这将取决于现有的法

律框架、关于传统和补充医学的文化信念以及监督各种产品、实践和技术服务提供者的机构。

通过围绕三项战略目标组织其活动，会员国可实现这两个关键步骤：

- 1) 为制定适当的国家政策以积极管理传统和补充医学建立知识基础。
- 2) 通过监管产品、实践和技术服务提供者，加强传统和补充医学的质量保证、安全性、适当使用和有效性。
- 3) 通过把传统和补充医学服务适当纳入卫生服务提供以及自我卫生保健，促进全民健康覆盖。

4.1 战略目标1：为制定适当的国家政策以积极管理传统和补充医学建立知识基础

传统和补充医学有多种多样的产品、实践和技术服务提供者。有些具有健康效益，另一些存在风险或者纯粹是由商业目的而推动。鉴于其有限的资源，会员国应当决定把注意力放在什么地方，以便为消费者提供最佳和最安全的卫生保健，并同时考虑到需要维护消费者选择。在本国管辖范围内如何对于监督传统和补充医学的问题能够作出知情决定之前，会员国必须了解本国传统和补充医学领域的特定性质并建立充分的依据和全面的基线数据作为工作基础。

4.1.1 战略方向1：了解并承认传统和补充医学的作用与潜力

鼓励会员国认可传统和补充医学在本国卫生保健系统中发挥的作用。但是，可被认为构成每个地方卫生保健系统组成部分的传统和补充医学种类繁多，差别很大。本战略建议会员国认识并详细评估本国人民使用的传统和补充医学类型，并建立本国传统和补充医学实践的档案。这种信息能够使它们对如何适当管制与使用传统和补充医学作出知情的政策决定。

随着传统和补充医学市场变得更加全球化，和谐与合作将更加可贵。在这种环境中，应当制定具有国家和全球观念的政策与法规。战略计划建议各国使用最佳实践举措，以便为不同类型的传统与补充医学制定法规。

会员国的战略行动：

1. 承认传统和补充医学在本国卫生保健系统中的作用和多样性。
2. 利用以下方面的数据，确定该领域的规模：使用特定形式的传统和补充医学的人数、使用原因、最受欢迎（重要）的形式、是否在卫生专业人员提出建议后使用以及卫生保健专业人员是否知道病人使用传统和补充医学。
3. 酌情将实施与整合传统和补充医学政策及规划作为国家卫生系统的组成部分。
4. 促进各利益攸关方之间的沟通和伙伴关系。
5. 根据国家优先重点、能力等，决定采取的行动并确定其优先顺序。

合作伙伴和利益攸关方的战略行动：

1. 建立与经认可的技术服务提供者和研究人员团体合作的最佳做法，这些做法可在国际上共享。
2. 就特定领域内的研究重点提出建议以制定政策。

世卫组织的战略行动：

1. 通过制定用于政策研究的相关文件和工具，继续向会员国提供支持和技术指导。
2. 支持会员国确定并监管传统和补充医学的不同学科和类型。
3. 协调全球技术资源，对传统和补充医学的基本定义达成共识。

4. 支持会员国促进国家间分享政策制定方面的信息。
5. 收集全球使用传统和补充医学的数据；建立和维护一个数据库，收集会员国对传统和补充医学政策与监管的信息。

4.1.2 战略方向2：加强知识基础，建立证据并维持资源

会员国应加强本国知识的产生、合作以及传统和补充医学资源的可持续利用。各会员国和利益攸关方必须注意到生物多样性和关于濒危物种的国际条约。

尽管对传统和补充医学的兴趣不断增长，支持其使用的证据质量和数量，仍有许多问题。传统和补充医学研究应当使用卫生服务评价工作中普遍接受的方法，包括疗效比较研究和混合方法设计。对各种形式的传统和补充医学，也缺少研究和创新。为了使传统和补充医学被视为卫生保健的一个组成部分，就必须得到证据的支持。要做到这一点，就必须有更多的研究和创新，并注重于知识管理，包括知识产权保护。这很可能将转而鼓励创新并保护传统知识。虽然现在传统和补充医学全球流行，但仍然存在一种风险，即在有些国家维护健康和向人民提供卫生保健的传统知识可能会消逝。应当引起有关知识产权机构的注意。

一项关键重点是对传统和补充医学使用情况进行战略性的数据收集、分析和综合，并辅之以信息管理战略，以便确保数据的有效性和最高质量。通过以下方面可做到这一点：在国家调查中涉及传统和补充医学的应用问题，利用现有数据库，建立杰出的研究中心或者发展国家研究以及众多利益攸关方的网络。

一旦获得基本数据，会员国就需要鼓励开展对可造福于本国人民的各种传统和补充医学进行研究，并把注意力和有限的资源集中于最可能产生效益的产品、实践和技术服务提供者。同时，会员国应当加强识别能力，识别言过其实或造成明显健康风险的各种传统和补充医学。

通过常规或特殊的知识产权充分保护传统和补充医学，可有助于防范未获许可的使用。当前的知识产权框架可用于保护以传

统和补充医学为基础的创新，并可扩大到包括防范滥用传统和补充医学的适当保护措施。任何新的特殊保护制度不但应当确保事先知情同意以及利益共享，而且应当有益于广泛利用传统和补充医学，并同时鼓励关于传统和补充医学质量、安全性和效力的研究，以便调整现有疗法并开发新的产品。适当的战略还可确保第三方不能获得非法或无根据的传统和补充医学知识产权。

会员国的战略行动：

1. 根据本国使用的传统和补充医学潜在的最大风险和/或效益：
 - a. 监测传统和补充医学的安全性；
 - b. 确认支持或驳斥某种疗法的证据来源，无论是历史、传统或科学方面的；
 - c. 确定风险/效益情况，包括成本效益。
2. 促进研究与开发、创新、知识管理。
3. 通过对传统和补充医学的研究与开发，包括对质量和成本效益，确立全面和包容性的做法，鼓励知识的产生、转换和传播。
4. 制定国家研究议程，其中酌情认可和包括各种类型的研究模式。
5. 制定和分享与评价传统和补充医学产品安全性、疗效和质量以及评估传统和补充医学实践价值相关的适当方法和标准（例如发展研究资源，制定适当的研究方法，以及鼓励投资）。
6. 实施符合世卫组织公共卫生、创新和知识产权全球战略和行动计划的相关国际文书，通过或修订国家知识产权立法，并实行其它防护性保护战略，从而防范滥用传统和补充医学。
7. 保护并保存传统和补充医学资源，尤其是知识和自然资源。
8. 确认传统和补充医学信息如何通过技术服务提供者、产品广告、实践和传媒传播。
9. 促进利益攸关方之间的对话和伙伴关系。在符合国家需求的情况下，征求国际伙伴的意见，尤其是关于全球趋势和经验教训的附加信息。

10. 出版使用传统和补充医学的标准治疗指南以及基本草药目录。

合作伙伴和利益攸关方的战略行动：

1. 在传统和补充医学研究项目/规划方面，支持与会员国和世卫组织合作。
2. 提供关于风险评估和效益的意见。
3. 在国家和国际层面上，促进各类技术服务提供者之间进行沟通、文献记录、评价和创新的文化的形成。
4. 提高文献、数据库及其它知识库的可得性和受关注程度。
5. 制定符合传统和补充医学理论与实践的研究方法。
6. 建设国际研究能力和潜力，包括适当保护知识产权和防范可能的滥用等问题。
7. 支持传统和补充医学方面的国际研究合作。

世卫组织的战略行动：

1. 通过制定关于政策调查、研究、资源保护和可持续利用等方面的相关文件和工具，继续向会员国提供支持和技术指导。
2. 促进传统和补充医学研究方面的国际合作。
3. 提高所有利益攸关方对生物多样性和保护问题的认识。
4. 组织关于政策制定、研究方法、研究伦理和资源保护的培训讲习班。
5. 收集和传播相关信息。

4.2 战略目标2：通过监管传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者，加强传统和补充医学的质量保证、安全性、适当使用和有效性

会员国应当评估本地区与本国传统和补充医学实践及产品的潜力，然后考虑自己是否需要建立额外的法规、监督、系统或机构，以便确保传统和补充医学实践及产品的质量、安全性和有效性，同时解决消费者的选择需求。

一旦确立了国家议程和总政策，就应当为产品和实践制定体现区域和国家特定需求的监管框架。该过程应当包括政府、消费者、教育人员、技术服务提供者团体、生产厂商和研究人员，并应当努力确认传统和补充医学是如何开展实践的，以及如何才能安全有效地使用传统和补充医学产品。同时，该过程将使卫生系统规划者能够更有效地预见需求，并利用传统和补充医学方法的潜力来满足这些卫生需求。

4.2.1 战略方向1：承认产品监管的作用和重要性

世卫组织第一次全球传统和补充医学调查提供的信息以及世卫组织第二次全球调查提供的临时数据显示，越来越多的会员国正在为传统和补充医学产品制定和实施监管框架。

虽然监管框架是在国家和区域级制定的，但鼓励各国承认该领域的全球性质。传统和补充医学现在是一种国际现象，世界上使用其实践和产品的地方常常不是最初的开发或生产地。在考虑如何确保传统和补充医学符合关于生物多样性和濒危物种的国际条约时，这些产品的全球贸易（包括基于因特网的供应）已成为一个重要因素。这提出了若干挑战：要处理不同国家之间的不同立法框架，要确保质量和安全性信息得到分享，而且要鼓励在不同的文化中适当地使用。

会员国的战略行动：

1. 确认现有的确保产品质量和安全性的标准、政策和法规。根据风险评估对需求进行评估并确定需要监管的重点领域，同时努力保护消费者的选择。
2. 通过制定和实施确保安全使用传统和补充医学产品的适当监管框架，提高可行性和可及性。
3. 规定基本的监管框架，作为质量、安全性和有效性的基础。其内容可以包括产品注册，为技术服务提供者颁发证书，以及授权监管人员执行公共卫生措施，例如报告不良事件。
4. 保证监管能力和资源，以应对市场需求。
5. 传播证据、指南和信息，以支持所声明的健康效用。
6. 鼓励利益攸关方认识和参与监管框架（包括制药业人员、各类技术服务提供者、研究人员和消费者）。
7. 规定或采用传统和补充医学产品标准。
8. 促进国际监管合作与协作，包括分享传统和补充医学产品信息。

合作伙伴和利益攸关方的战略行动：

1. 鼓励各类技术服务提供者、制药业、研究人员和消费者参与产品法规的制定。
2. 在风险管理监测和监督系统方面，开展合作并参与工作。

世卫组织的战略行动：

1. 制定或更新世卫组织关于促进传统和补充医学产品安全性、质量与有效使用的技术文件和工具以及适用的规范与标准。
2. 组织监管人员能力建设培训讲习班。
3. 促进传统和补充医学的国际标准化与分类。
4. 便利分享信息和发展国际监管网络。

4.2.2 战略方向2：承认并制定实践与技术服务提供者法规，用于传统和补充医学教育与培训、技能发展、服务和疗法

随着更多的国家制定传统和补充医学政策与监管框架，需要评价这些政策和框架的有效性，并确认通过与有关参考标准进行对照（基准衡量）来应对挑战的方法。通过国家审查和评估以及在国际层面上制定与分享适当模式，可以做到这一点。

基本规范有益于构建方式与框架以及评价如何改进现有系统。基本规范可应用于评价各种疗法，制定报销模式，创建实践标准，为传统和补充医学提供者及实践建立监管框架，在包括培训、资格认证和报酬方面监督技术服务提供者，并决定如何在卫生保健系统中提供服务。

会员国的战略行动：

1. 提高信息可及性并加强关于传统和补充医学质量、安全性与有效性的知识基础。
2. 通过建立适用于会员国基础条件的实用监管系统，确保对传统和补充医学服务（实践和技术服务提供者）的适当监督。
3. 制定监测绩效的标准和指标，作为综合性卫生系统的一部分。
4. 与所有相关利益攸关方合作，支持制定行为守则以加强符合伦理的实践。
5. 支持制定和实施实践指南，确保传统和补充医学服务的安全性、质量和有效性。
6. 根据需求和风险评估，确立传统和补充医学实践与技术服务提供者教育、资格以及认证或执业证书方面的规定。
7. 着手为不同形式的传统和补充医学制定教育、培训、认证和报销方面的基准、标准及法规。
8. 建立正式的沟通渠道以便利教育，包括传统和补充医学技术服务提供者的继续教育和认证、执业证书以及注册。

合作伙伴和利益攸关方的战略行动：

1. 鼓励消费者、各类技术服务提供者和研究人员积极参与培训、服务和疗法建立标准并进行监管。
2. 支持制定指南和行为守则，以便以符合伦理的方式开展传统医学技术服务提供者的教育、培训和实践。
3. 鼓励技术服务提供者之间进行沟通和知识分享，以便记录和评价他们的实践。
4. 在传统卫生技术服务提供者之间形成凝聚力，并允许他们加入协会或团体。
5. 鼓励和促进对教育和培训机构进行资格认证。
6. 促进传统和补充医学技术服务提供者与其它卫生技术服务提供者之间的相互了解和尊重。
7. 鼓励常规卫生保健专业人员更多地了解传统和补充医学的使用。

世卫组织的战略行动：

1. 制定或更新世卫组织关于促进传统和补充医学实践与技术服务提供者安全性、质量及有效性的技术文件和工具，包括培训和实践的基本规范。
2. 组织监管人员能力建设培训讲习班。
3. 便利信息分享并发展监管人员国际网络。

4.3 战略目标3：通过把传统和补充医学服务纳入卫生保健服务提供和自我卫生保健之中，促进全民健康覆盖

安全与有效的传统和补充医学对于人民健康的重要性已被越来越清楚地认识。近年来，关于传统和补充医学提出的最重大问题之一是，传统和补充医学如何通过卫生系统（尤其是初级卫生保健）中改进服务的提供，才能够有助于全民健康覆盖。在这方面，患者获取卫生服务的能力以及提高对健康促进和疾病预

防的认识是关键性的问题。对传统和补充医学产品、实践与技术服务提供者的保险覆盖面差别很大，有的保险计划完全覆盖，但有的完全排斥，消费者需要自费支付所有传统和补充医学费用。同时，有新的证据显示，当全民健康覆盖计划包括传统和补充医学，就可减轻对卫生系统的压力并减少费用。这说明会员国为什么必须考虑如何把传统和补充医学更全面地纳入本国卫生系统以及全民健康覆盖计划当中。

为了使传统和补充医学发挥其潜力，人们必须了解在使用传统和补充医学来补充常规医学时，可获得的效益和可能的风险。传统和补充医学界必须能够更好地为消费者提供关于其产品、实践和技术服务提供者的更多信息，使他们能够作出知情选择。

会员国应当鼓励常规卫生保健专业人员与传统和补充医学技术服务提供者之间的合作及信息分享。便于理解的信息是安全和适当使用传统和补充医学开展自我卫生保健的关键。其中包括鼓励患者向自己惯常的卫生保健专业人员告知自己使用传统和补充医学产品的情况。

4.3.1 战略方向1：利用传统和补充医学的潜在贡献，改善卫生服务和健康结果

在注意到民众和社区传统与风俗的同时，会员国应当考虑传统和补充医学，包括自我卫生保健，将如何根据患者的选择和期望，支持与质量、安全性和有效性方面证据相符的疾病预防或治疗、健康维持和健康促进。

根据每个国家的现实情况，应当探索把传统和补充医学纳入国家卫生系统的模式。这包括决定应当纳入哪些形式的传统和补充医学以及如何来做。如果不便于纳入，可确认替代方案。

世界各地正在开展多项行动：目的是要建立可持久、可行和可能会改善健康结果的最佳卫生保健提供模式。根据每个国家的情况，卫生保健可采取的形式包括单种疗法、多种疗法、自我卫生保健模式或者采用更加综合性的做法。最佳模式常常是通过伙伴关系与合作形成的，而且是以人为本的，基于安全、适当和具有成本效益的做法。

会员国的战略行动：

1. 承认传统医学是有助于改进卫生保健服务（尤其是全民健康覆盖）的一种资源，并承认传统医学与改善健康结果相关。
2. 根据本国能力、优先重点、相关立法和情况以及关于安全性、质量和有效性的证据，探索如何把传统和补充医学纳入国家卫生服务提供系统。
3. 通过确保卫生系统具备开展结合工作的关键要素，鼓励为传统和补充医学公共卫生服务的发展提供适当的卫生设施。
4. 在现有保险覆盖面以及国家卫生保健报销模式中，确保对安全与有效的传统和补充医学给予公平的考虑。

合作伙伴和利益攸关方的战略行动：

1. 促进常规医学与传统和补充医学技术服务提供者之间的相互尊重、合作与了解。
2. 促进国际上各类技术服务提供者之间关于综合模式的沟通。
3. 促进关于传统和补充医学结合做法的成本效益研究。
4. 促进对传统和补充医学实践的继续教育、评价、证据和研究。
5. 使非政府组织和营利部门，酌情包括卫生保健报销系统，参与实现上述目标。

世卫组织的战略行动：

1. 制定或更新世卫组织关于把传统和补充医学纳入国家卫生系统的技术文件与工具。其中包括获取安全与合格的传统和补充医学服务、传统和补充医学术语以及把传统和补充医学纳入《国际疾病分类》。支持会员国确认把传统和补充医学纳入卫生系统的模式和做法。
2. 为决策者以及传统和补充医学技术服务提供者组织教育和培训讲习班。

3. 收集和传播关于把传统和补充医学纳入国家卫生系统的信息。
4. 使传统和补充医学专业协会与常规医学团体一起促进传统和补充医学的安全和有效使用。

4.3.2 战略方向2：确保传统和补充医学消费者能够对自我卫生保健作出知情选择

知情选择是良好卫生保健实践的基石之一。共同决策可促进以人为本的卫生保健。应当从伦理和法律方面支持并形成知情选择的关键部分和各方考虑。在知情选择中，教育也应当发挥重要作用。在许多会员国，自我选择传统和补充医学产品占传统和补充医学医疗领域的一大部分。

必须注意到，消费者可能会在可及性和可得性的期望方面与政府在风险不明确时采用预防性原则保护人民的职责发生冲突。如何使这两个因素保持平衡，各国的做法各不相同，而且可能会影响自我卫生保健的模式。

会员国的战略行动：

1. 制定机制/准则，用于消费者教育和保护、投诉渠道以及传统和补充医学产品、技术服务提供者和服务的适当使用，包括其宣传和广告。
2. 加强常规医学技术服务提供者与传统和补充医学技术服务提供者之间强调以人为本的跨学科教育与合作实践。
3. 促进所有利益攸关方之间关于自我卫生保健的伙伴关系和对话。
4. 鼓励会员国采取措施，确保消费者能够作出知情选择。

合作伙伴和利益攸关方的战略行动：

1. 向消费者提供关于传统和补充医学的信息与建议，包括各种实践和产品（包括国家监管控制措施之外获取的，例如通过因特网采购等）的潜在风险。

2. 促进卫生保健技术服务提供者在传统和补充医学方面的教育，并鼓励患者向常规医学技术服务提供者告知自己使用传统和补充医学的情况。
3. 倡导负责和真实的广告与宣传。

世卫组织的战略行动：

1. 制定或更新世卫组织关于消费者教育和自我卫生保健的文件与工具。
2. 为决策者以及传统和补充医学技术服务提供者组织教育和培训讲习班。
3. 收集和传播关于自我卫生保健的信息。

5. 战略的实施

传统医学战略的目标是在以下方面支持会员国：

1. 掌握利用传统和补充医学对健康、福祉和以人为本的卫生保健的潜在贡献；
2. 通过对传统和补充医学产品、实践和技术服务提供者进行监管和评价，并酌情将其纳入卫生系统，促进其安全和有效地使用。

本战略的制定是为了协助会员国决定其需求并确定重点，有效地提供服务，并制定适当的法规和政策以确保安全使用传统和补充医学产品与实践。必须牢记，本战略仅仅是一份指南，旨在协助各国根据本国的能力、优先重点、相关立法和情况制定传统和补充医学战略目标。为此目的，世卫组织致力于监测战略的实施情况，并将尽可能广泛地进行传播。

与时俱进

在今后十年，将需要评估和重新考虑本战略，以便确保维持其时代相关性。据预测，将在五年之后对战略进行评估以确定其具体目标、方向和总目标是否仍然适用并符合当时的现状。为了确定战略的总体影响，将在十年期限结束时完成更为彻底的评估。

衡量成果

为了使战略有效，必须以前后一致和客观的方式衡量其结果。虽然在使用传统和补充医学的方式方面有些共同点，但各会员国之间存在差异。根据既定的三项战略目标，各会员国需要在国家级层面制定绩效指标。希望本战略文件中提供的一般性范例将有助于会员国制定符合其具体需求的指标。根据每项战略目标，世卫组织暂且制定了主要绩效指标的简要清单，将有助于会员国衡量传统医学战略的成果及进展情况（见表1）。

表1：主要绩效指标

战略目标		战略方向		预期结果	关键指标
4.1	为制定适当的国家政策以积极管理传统和补充医学建立知识基础	4.1.1	了解并承认传统和补充医学的作用与潜力	<input type="checkbox"/> 会员国已确认与分析传统和补充医学实践及技术服务提供者，并已确定国家传统和补充医学概况 <input type="checkbox"/> 政府确立传统和补充医学政策与规划	<input type="checkbox"/> 报告国家/省/州传统和补充医学政策的会员国数量 <input type="checkbox"/> 报告增加政府/公立部门传统和补充医学研究资金的会员国数量
		4.1.2	加强知识基础，建立证据并维持资源	<input type="checkbox"/> 已加强知识的产生、合作以及传统医学资源可持久地使用	
4.2	通过监管产品、实践和技术服务提供者，加强传统和补充医学的质量保证、安全性、适用性和有效性	4.2.1	承认产品监管的作用和重要性	<input type="checkbox"/> 已确立和实施国家对传统和补充医学产品的管制，包括注册 <input type="checkbox"/> 已加强监测传统和补充医学产品及其它传统和补充医学疗法的安全性 <input type="checkbox"/> 已制定用于评价传统和补充医学安全性、疗效与质量的技术指南和方法	<input type="checkbox"/> 报告国家对传统和补充医学产品进行监管的会员国数量 <input type="checkbox"/> 报告国家/省/州对传统和补充医学实践进行监管的会员国数量 <input type="checkbox"/> 报告国家/省/州对传统和补充医学技术服务提供者进行监管/注册的会员国数量
		4.2.2	承认并制定实践及技术服务提供者法规，用于传统和补充医学教育与培训、技能发展、服务和疗法	<input type="checkbox"/> 政府为传统和补充医学产品、实践与技术服务提供者制定标准 <input type="checkbox"/> 已为传统和补充医学技术服务提供者确立教育/培训规划、基本规范和实施能力 <input type="checkbox"/> 已改进传统和补充医学安全有效的使用	
4.3	通过把传统和补充医学服务纳入卫生保健服务提供和自我卫生保健，促进全民健康覆盖	4.3.1	利用传统和补充医学的潜在贡献，改善卫生服务和健康结果	<input type="checkbox"/> 已把传统和补充医学纳入卫生系统 <input type="checkbox"/> 已改善传统和补充医学的服务与可及性 <input type="checkbox"/> 已改善常规医学技术服务提供者、专业团体与传统和补充医学技术服务提供者之间在使用传统和补充医学方面的沟通	<input type="checkbox"/> 报告有把传统和补充医学服务纳入国家卫生服务提供的国家计划/规划/做法的会员国数量 <input type="checkbox"/> 报告有消费者在使用传统和补充医学进行自我卫生保健方面的教育项目/规划的会员国数量
		4.3.2	确保传统和补充医学消费者能够对自己卫生保健作出知情选择	<input type="checkbox"/> 更充分了解并获取关于适当使用传统和补充医学的信息 <input type="checkbox"/> 改进常规医学技术服务提供者与患者之间在使用传统和补充医学方面的沟通	

参考文献

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.annsauidimed.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/pmc/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(6):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>).

附件A — 值得注意的传统和补充医学行动实例（按区域/国家分列）

世卫组织区域	值得注意的传统和补充医学行动实例
非洲	<ul style="list-style-type: none"> ■ 在世卫组织非洲区域，政策制定和卫生保健提供者教育方面取得了进展。具有国家传统和补充医学政策的非洲国家数量从1999/2000年的8个增加到2010年的39个，具有国家传统和补充医学战略计划的国家数量从0个增加到18个。国家监管框架数量从1999/2000年的1个增加到2010年的28个，其中包括传统和补充医学技术服务提供者的伦理守则和法律框架等各种文书。到2010年，8个国家已具备制度化的传统和补充医学技术服务提供者培训规划，13个国家已制定医科学生与传统和补充医学培训规划（1）。 ■ 自2003年以来，非洲区域各国每年庆祝非洲传统医学日。传统卫生技术服务提供者、常规卫生技术服务提供者、科学家、非政府组织及其他利益攸关方一起开展联合活动，例如展览会、辩论会、座谈会、研讨会、专题讨论会和文艺表演。这些活动提高了传统和补充医学的形象以及对其活动的认识。在2010年，一些国家设立了国家传统医学周（1）。 ■ 到2010年，22个国家采用世卫组织的指南，已对用于疟疾、艾滋病毒/艾滋病、镰状细胞贫血、糖尿病和高血压的传统医药开展研究。随后，4个国家把传统医药纳入本国的基本药物目录（1）。 ■ 在进行基线调查时，批准许可营销传统和补充医学产品的国家只有马里一个，而现在已达到12个，范围包括批准3种产品的喀麦隆和刚果、批准1000多种产品的加纳和尼日利亚。 ■ 已制定保护知识产权和传统医学知识的指南。到2010年，6个国家已具备保护知识产权和传统医学知识的工具，而在1999/2000年的国家数为零。8个国家已建立传统医学技术服务提供者、传统医学知识和获取生物资源的数据库（1）。 ■ 已为医科学生和传统技术服务提供者制定了培训工具（AFRO，2011年）。

美洲	<p>巴西：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 巴西卫生部制定了“鉴于政治、技术、经济、社会和文化原因实施的”综合性补充实践国家政策 (http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic_access_expansion_initiative.pdf)。 <p>加拿大：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 在加拿大政府卫生部的门户：http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/index-eng.php，可查看若干相关政策、监管及相关问题和活动的情况。 ■ 加拿大为包括草药和传统医药在内的天然保健产品采用了综合性的监管框架（http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/nhp-new-nouvelle-psn-eng.php，查阅日期：2013年8月3日）。 <p>美利坚合众国：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 在美国，已采取步骤加强膳食补充品监管框架的规定，其中尤其涉及生产操作规范以及对不良事件进行报告（http://www.fda.gov/food/guidancecompliance_regulatoryinformation/guidance-documents/dietarysupplements/ucm257563.htm，查阅日期：2012年8月10日）。 ■ 国立卫生研究院膳食补充品办公室有相当多的资源专门用于制定有效的分析方法和参考材料，以便在其分析方法/参考材料规划中就膳食补充品质量保证/质量控制问题向各利益攸关方提供指导（http://ods.od.nih.gov/Research/AMRMPProgram_Website.aspx）。 ■ 联邦贸易委员会发表了指南并对包括植物制剂在内的膳食补充品商业广告进行监测 (http://business.ftc.gov/documents/bus09-dietary-supplements-advertising-guide-industry)。
东地中海	<ul style="list-style-type: none"> ■ 在东地中海区域，15个会员国（88%）使用不同类型的传统和补充医学。到2010年，7个会员国（41%）已确立国家传统和补充医学政策，3个（18%）报告正在制定国家传统和补充医学政策。另外7个会员国（41%）报告国家对传统和补充医学进行监管。阿拉伯卫生部长理事会正在对阿拉伯国家中协调传统、补充和替代医学立法的项目进行讨论。2011年12月的东地中海药物监管当局会议（EMDRAC）涉及监管协调，其中包括传统和补充医学。5个会员国报告已具有针对技术服务提供者的条规，其中4个会员国对针刺疗法、阿育吠陀医学、顺势疗法和草药等不同学科具有明确的法规。阿拉伯联合酋长国在传统和补充医学技术服务提供者的监管方面取得了长足进展¹。 <p>沙特阿拉伯：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 沙特阿拉伯处理了可广泛利用但未进行监管的草药产品的问题。沙特食品和药品管理局将考虑对含有1至5种草药成分的草药产品进行注册，但不对含有5种以上成分的草药产品进行注册¹。

¹ 开罗世卫组织东地中海区域办事处（EMRO）送交世卫组织的函件，2013年。

欧洲	<p>欧洲：</p> <ul style="list-style-type: none">■ 已成立三年的泛欧补充与替代医学研究网络CAMbrella (www.cambrella.eu) 旨在评价欧洲使用和提供传统和补充医学的基础条件，并为欧洲今后的传统和补充医学研究制定路线图。CAMbrella 涵盖12个欧洲国家的16个学术研究团体，在2012年11月向欧洲议会提交了其主要研究结果 (2)。■ 正在制定传统和补充医学立法，目的是要在整个欧洲联盟采用和谐的做法监管草药 (欧洲自疗业协会 (AESGP)，草药法律和监管框架，2010年) (http://www.self-medication.org/publications/countryProfiles.asp)。 <p>比利时：</p> <ul style="list-style-type: none">■ 关于顺势疗法、针刺疗法、整骨疗法和脊骨神经医学，已有详细的信息，包括学术文献评述、人口调查、产品消费规律、社会问题、实践、法律框架、培训、专业组织、患者协会和报销政策 (3)。 <p>瑞士：</p> <ul style="list-style-type: none">■ 瑞士政府正在调查传统和补充医学是否能证明有价值作为被健康保险覆盖的卫生保健费用 (4)。瑞士政府已出版了一份《卫生技术评估 (HTA)》 (5)。 <p>意大利：</p> <ul style="list-style-type: none">■ 2012年关于“意大利伦巴第区传统/补充医学成本效益研究”的调查显示，对倒转错位和分娩疼痛而言，与常用的常规医疗程序相比，使用传统和补充医学疗法至少可分别节约24.2%和108.8欧元的费用 (http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite)。
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>东南亚</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 在世卫组织东南亚区域（SEARO），最引人注目的进展是采用了新的传统和补充医学政策以及传统和补充医学被纳入政府机构中（例如，设立了新的传统和补充医学司局，或者委派政府人员负责传统和补充医学问题）。在2002至2012年期间，5个国家制定了传统和补充医学国家政策：除东帝汶之外的所有东南亚区域会员国现在都有国家政策，包括在各国卫生部设有传统和补充医学专家委员会与办公室。东南亚区域的10个国家有传统和补充医学国家规划（6）。在2013年2月，印度政府与世卫组织东南亚区域办事处合作，在新德里组织了一次传统医学国际会议，与会国家在会议上通过了《德里传统医学宣言》，商定在传统医学领域内开展合作、协作和相互支持¹。 ■ 在2003年，世卫组织东南亚区域委员会制定了关于传统医学系统的区域决议（SEA/RC56/R6），以便鼓励传统医学在该区域的进展。在若干国家，政府承认当地的传统和补充医学系统，例如孟加拉国、印度、尼泊尔和斯里兰卡承认阿育吠陀医学和阿拉伯医学，不丹承认藏医学（sowa rigpa），印度尼西亚承认马来传统医学（jamu），朝鲜民主主义人民共和国承认高丽医学，马尔代夫承认马尔代夫医药（dhivehibeys），缅甸承认缅甸传统医学，泰国承认泰国传统医学。在朝鲜民主主义人民共和国，高丽医学已被纳入国家卫生系统，在所有三个医疗层面上都可在同一家医疗设施获得传统医学和常规卫生保健服务。在9个国家的二级和三级独立设施中同时提供这两种卫生系统，其中8个国家已开始在初级医疗层面上实行传统医学与常规卫生保健相结合（6）。 ■ 自2003年以来，2个国家制定了传统医药和草药新法规，还有3个会员国对现有法规作了详细说明：因此9个国家具备法规。尼泊尔在2008年确立了草药专著国家处方集，另外4个国家更新了本国现有的药典。总共有7个国家具备国家药典。6个国家具备基本传统医药和草药目录。印度和印度尼西亚对国际草药管制合作（IRCH）作出了贡献（6）。 ■ 为改进会员国之间的信息交换作出了努力，以便促进提供者和消费者以可靠的治疗方式使用传统医学和草药。在斯里兰卡，传统医学中央部门、各教学机构、医院和研究机构参与这一过程。世卫组织在2009年启动了一个网站（HerbalNet），作为一个“数码存储库”，鼓励在整个区域分享国家标准方面以证据为基础的信息；现在世界各地的其它有关机构也可查阅该网站（6）。 ■ 世卫组织协助不丹、缅甸和马尔代夫就公众对其各自传统医学系统的认识、态度以及医疗实践开展研究。印度系统地审查了用于常见慢性病和初级卫生保健疾病的草药，产生了令人鼓舞的结果，有益于把传统医学纳入国家卫生系统（6）。在孟加拉国，有469个小型药厂（268个阿拉伯医药厂，201个阿育吠陀医药厂），目前每年生产价值约为1亿美元的传统药物（7）。 ■ 在2013年2月，该区域各会员国通过了《德里传统医学宣言》，其中包括涉及合作、协作和相互支持的9个项目。这些项目包括促进公平发展和适当使用传统医学的国家政策与战略，争取对传统医学教育、实践、研究、文献记录和监管采取和谐的做法，探索促进相互承认教育资历、药典和专著的可能性，扩展常用的传统医学参考文件，鼓励药用植物的可持续开发和资源强化，以及交换观点、经验和专家，以便把传统医学纳入国家卫生系统¹。
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¹ 印度政府卫生和家庭福利部送交世卫组织的函件，2013年。

西太平洋	<p>■ 在世卫组织西太平洋区域的37个国家和辖区，政府对传统医学的支持有很大差异。在2012年，西太区办事处发表了其区域传统医学战略，各会员国正在进行实施。在2010年，18个国家和辖区编写了适用于传统医学的政府官方文件（包括国家政策、法规或法律）。相比之下，2000年之前具有官方文件的国家和辖区为12个。对草药进行监管的国家数量在2001年为10个；而在2010年增加到16个。草药生产操作规范标准的实施有了显著进展：在2001年该区域没有国家或辖区报告为传统医学产品应用生产操作规范；在2010年有9个国家和辖区具备有效的生产操作规范。过去10年中，在确立国家药典或专著方面也有了进展：具有国家药典的国家和辖区在2001年为4个；2010年达到9个（8）。</p> <p>■ 近期进展的案例包括瑙鲁（在2009年制定了国家政策）以及柬埔寨（在2010年发布了传统医学政策）。斐济、基里巴斯、纽埃、新喀里多尼亚和密克罗尼西亚联邦都在建立传统医学国家政策（8）。</p> <p>■ 新加坡和新西兰已为草药和传统医药引进了综合性监管框架。在天然保健和补充产品法案中，新西兰在2010年建议为监管天然保健产品立法，在2013年3月对该法案进行了第二次讨论（http://www.parliament.nz/en-NZ/PB/Legislation/Bills/b/c/8/00DBHOHBILL11034_1-Natural-Health-Products-Bill.htm以及http://www.hsa.gov.sg/publish/hsaportal/en/health_products_regulation/complementary_medicines.html）。澳大利亚也在审查和更新其现有补充药物监管框架（http://www.anao.gov.au/publications/audit-reports/2011-2012/therapeutic-goods-regulation-complementary-medicines，查阅日期：2013年8月1日）。</p> <p>■ 在该区域各地，与传统医学相关的政府活动有所增加，包括设立国家办公室和/或国家专家委员会。斐济、瑙鲁和图瓦卢正在设立政府传统医学机构。在菲律宾，2008年发布了针刺疗法提供者法规。</p> <p>■ 在传统医学研究机构的发展方面，该区域13个国家和地区目前已有国家机构，而且其它地方的一些设施正在开展研究。迄今，该区域14个国家和地区已设立了大学层面的传统医学课程，其中12个提供至少达到学士级别的教育，而且7个具备博士课程。目前，10个国家的健康保险覆盖政府和/或私立部门提供的传统医学。但是，在多数情况下，健康保险不全面，只覆盖针刺疗法、脊骨神经医学和草药等特定领域。</p> <p>澳大利亚：</p> <p>■ 澳大利亚政府委员会（COAG）决定，澳大利亚各州和领地应当对中医的实践施行管制。因此，在2012年7月1日开始在全国对中草药和针刺疗法技术服务提供者以及中草药药剂师进行注册。该国增长最快的传统和补充医学技术服务提供者群体是整骨疗法医师，其人数在1996年至2006年期间增加了两倍（9）。</p> <p>柬埔寨：</p> <p>■ 在2009年，柬埔寨政府实行了国家传统医学政策，为草药以及柬埔寨境内的其它传统医学产品和传统医学实践的质量、安全性和效力规定了标准。</p> <p>新西兰：</p> <p>■ 新西兰是一个范例，展示了天然保健产品行业部门如何不断增长。新西兰的天然保健产品行业每年的产值约为11亿新西兰元，80%的产品主要出口到澳大利亚、北美和亚洲部分地区。增长速度急剧加快，从2004年的4亿新西兰元增长到2007年的7.6亿新西兰元。</p>
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

参考文献

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. 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).
3. 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
4. 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).
5. 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
6. 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.
7. 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.
8. World Health Organization. *The Regional Strategy for Traditional Medicine in the Western Pacific (2011–2020)*. Manila, WHO Western Pacific Regional Office, 2012.
9. *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).

附件B — 一些全球传统和补充医学专业组织的信息

非政府组织	活动
国际水疗和气候疗法联合会 (FEMTEC) (1)	<p>进展:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 在许多欧洲国家, 水疗得到广泛使用, 其疗法被纳入国家卫生保健系统。这些国家监管水疗的使用, 而且有专门的教育规划。 ■ 在北非和东南亚, 水疗是悠久传统的一部分, 日益增长的需求正在推动立法和监管的发展。 ■ 在许多拉丁美洲国家, 各国卫生部承认水疗。 <p>挑战:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 在若干国家, 水疗被视为没有报销方案的一种补充医学, 或者一种休闲和健身活动。事实证明, 很难评价水疗的效力。这限制了主管当局资助这种疗法的能力, 以及消费者获得水疗相关信息的能力。研究工作主要局限于欧洲开展的研究。
世界针灸学会联合会 (WFAS) (2)	<p>进展:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 根据世界针灸协会联合会开展的调查结果, 在调查的202个国家中有183个使用针刺疗法。在联合国的192个成员国中, 178个(93%)具有针刺疗法实践, 59个有针刺疗法组织。 ■ 立法: 在许多国家, 针刺疗法得到部分或全部保险覆盖。在1998年至2000年之间, 针刺疗法保险覆盖率从12%上升到17%。 ■ 教育: 若干国家提供针刺疗法课程和学位。越来越多国家的政府开始采用正式的许可证制度, 针刺疗法技术服务提供者必须经过课堂训练、考试和注册。在2002年至2011年期间, 美国91个医学院校把补充和替代医学纳入其常规医学必修教育课程。 <p>挑战:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 在有些国家, 与常规医学相比, 针刺疗法尚未获得平等地位, 常常只有常规医学医生才获准使用针刺疗法。 ■ 针刺疗法缺少国际标准。 ■ 可得证据很少, 因为针刺疗法科学研究缺乏资金。 ■ 灸法和放血疗法等相关实践正在消失。

世界脊骨神经医学联合会 (WFC) (3)	<p>进展：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 自2000年以来，新的教育规划、监管该行业的立法以及世卫组织指南的出版，使脊骨神经医学从北美和英国推广到全世界各区域。鉴于国际协会的支持，在教育和立法领域内现在都在广泛维持共同的国际标准。 ■ 欧洲和北美脊骨神经医学毕业生人数的增多和资金的增长使研究机遇增多并加强了证据基础。 ■ 采取了重大步骤，鼓励脊骨神经医学与常规医学专业之间的合作和整合。 <p>挑战：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 在未对实践进行监管的国家，其它卫生保健提供者声称提供脊骨神经医学服务。 ■ 资金供应常常局限于教育和研究，而实际上需要增加对政策的投入。 ■ 在获取脊骨神经医学服务方面，患者面临障碍（北美之外地区提供的脊骨神经医学服务有限，而且存在经济方面的制约因素，因为脊骨神经医学被排除在多数私营和政府卫生保健计划之外）。
世界中医药学会联合会 (WFCMS) (4)	<p>进展：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 中医药已传播到100多个国家并已发展成为一种国际行业。在世界范围内，约有100 000家中医药诊所、约300 000名中医药技术服务提供者以及不少于1000所中医药教育机构。研究工作获得了大量的资金供应。 ■ 在各种中医药疗法中，世界范围内使用最多的是针刺疗法。在美国，针刺疗法已在43个州取得合法地位。 ■ 在中国本土，中医药被纳入国家和地方的卫生系统：政府的观点是中医药与常规医学地位相同。自1999年以来，中药产品的出口持续增长。 <p>挑战：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 在有些国家，国家监管框架现在要求中医药产品仅作为保健产品或非药物食品出售。 ■ 在有些国家，中医药需要取得合法地位。
整骨疗法国际联盟 (OIA) (5)	<p>进展：</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 整骨疗法目前在80多个国家得到使用：估计有120 000名整骨疗法师和整骨疗法医生，人数比10年前翻了一番。 ■ 在美国，整骨疗法医生人数在2000年至2012年期间增加了73%：他们占医生总人数的6.5%以上。 ■ 提供整骨疗法培训的大学院校数量以及选读这些课程的学生人数显著增多。 ■ 正在加强对提供者的监管。 ■ 在国家卫生系统内，为整骨疗法提供部分资金。

参考文献

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.

附件C — 一些世卫组织传统和补充医学出版物

截至2013年5月

使用以下字母表示各种语言版本的可得性：

[A]阿拉伯文；[C]中文；[F]法文；[R]俄文；[S]西班牙文

星号*表示某种语言版本正在编写中

黑体字表示自2002年以来可获得的出版物和语言版本

政策

政策方向和战略

《世卫组织2014-2023年传统医学战略》，世卫组织，日内瓦（编写中）。

《世卫组织西太平洋区域2011-2020年传统医学战略》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，2012年。（ISBN 978 92 9061 559 0）

《传统医学在东南亚区域的发展：区域协商会报告》。朝鲜民主主义人民共和国平壤，2005年6月22-24日。世卫组织东南亚区域办事处，新德里，2005年。（文件参考编码SEA-Trad.Med.84）。

《世卫组织药物政策观点，传统医学日益增长的需求和潜力》。日内瓦，世卫组织，2002年。（文件参考编码WHO/EDM/2002.4）[A]，[C]，[F]，[R]，[S]

《世卫组织2002-2005年传统医学战略》。日内瓦，世卫组织，2002年。（文件参考编码WHO/EDM/TRM/2002.1）[A]，[C]，[F]，[R]，[S]

《促进传统医学在卫生系统中的作用：非洲区域的战略》。世卫组织非洲区域办事处，哈拉雷，2001年（文件参考编码AFR/RC50/9）。

《太平洋岛国传统医学阿皮亚行动计划》，马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，2001年。

《传统医学国家政策的制定》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，2000年。

《促进和发展传统医学：世卫组织会议报告》。日内瓦，世卫组织，1978年（《世界卫生组织技术报告丛刊》，第622期）。

国家政策和法规监测

《传统医学国家政策和监管：世卫组织第二次全球调查报告》。日内瓦，世卫组织（编写中）。

《手法治疗的监管情况：全球形势分析》。日内瓦，世卫组织，（编写中）。

《传统医学国家政策和草药监管：世卫组织全球调查报告》。日内瓦，世卫组织，2005年（ISBN 92 4 159323 7）。

《传统医学和补充/替代医学的法律地位：全球形势分析》。日内瓦，世卫组织，2001年（文件参考编码WHO/EDM/TRM/2001.2）。[F]*，[R]，[S]*

《拉丁美洲和加勒比地区的传统卫生系统：基线信息》。华盛顿，泛美卫生组织/世卫组织，2000年。

《草药监管情况：全球调查》。日内瓦，世卫组织，1998年（文件参考编码WHO/TRM/98.1）。[F]，[S]

促进和保护传统医学知识

《传统医学范畴知识产权区域间讲习班报告，泰国曼谷，2000年12月6-8日》。日内瓦，世卫组织，2001年（文件参考编码WHO/EDM/TRM/2001.1）。

质量、安全性和疗效

草药一质量和安全性

《世卫组织草药加工操作规范指南》。日内瓦，世卫组织（编写中）。

《世卫组织有毒药用植物安全管理和特定有毒药用植物专著指南》。日内瓦，世卫组织（编写中）。

《世卫组织关于为草药质量控制挑选植物源性物质的指南》。日内瓦，世卫组织（编写中）。

《草药材料质量控制方法》（1998年出版物的更新版本）。日内瓦，世卫组织，2011年（ISBN 978 92 4 150073 9）。

《顺势疗法药物制备中的安全问题》。日内瓦，世卫组织，2010年（ISBN 978 92 4 159884 2）。

《世卫组织关于针对污染物和残留物评估草药质量的指南》。日内瓦，世卫组织，2007年（ISBN 978 92 4 159444 8）。[F]*，[S]*

《世卫组织草药生产操作规范（GMP）指南》。日内瓦，世卫组织，2007年（ISBN 92 4 154627 1）。

《世卫组织青蒿素种植和采收操作规范（GACP）专论》。日内瓦，世卫组织，2006年（ISBN 978 92 4 159443 1）。[C]

《生产操作规范：针对草药生产的更新补充指南》。世卫组织药物制剂规格专家委员会第四十次报告附件3（《世界卫生组织技术报告丛刊》，第937期）。日内瓦，世卫组织，2006年（ISBN 92 4 120937 2）。

《世卫组织药用植物种植和采收操作规范（GACP）指南》。日内瓦，世卫组织，2003年（ISBN 92 4 154627 1）。[A]，[C]，[F]，[R]，[S]

《药物基本检测：制药物质、药用植物材料和剂型》。日内瓦，世卫组织，1998年（ISBN 92 4 154513 5）。[A]，[C]，[F]，[R]，[S]

《药用植物材料质量控制方法》。日内瓦，世卫组织，1998年（ISBN 92 4 154510 0）。

《生产操作规范：生产草药产品的补充指南》。世卫组织药物制剂规格专家委员会第三十四次报告附件8（《世界卫生组织技术报告丛刊》，第863期）。日内瓦，世卫组织，1996年（ISBN 92 4 120863 5）。[F]，[S]

草药—监管

- 《世卫组织关于新独立国家中常用特定药用植物的专论》。日内瓦，世卫组织，2010年 (ISBN 978 92 4 159772 2), (ISBN 978 92 4 459772 9)。[R]
- 《世卫组织特定药用植物专著》。第四卷。日内瓦，世卫组织，2009年 (ISBN 978 92 4 154715 5)。
- 《世卫组织特定药用植物专著》。第三卷。日内瓦，世卫组织，2007年 (ISBN 978 92 4 154702 4)。
- 《东地中海区域草药产品最低注册要求指南》[第一次草药管制区域讲习班报告，伊朗德黑兰，2002年12月14-17日，以及第二次草药管制区域讲习班，阿拉伯联合酋长国阿布扎比，2003年6月7-9日]。世卫组织东地中海区域办事处，开罗，2006年 (文件参考编码WHO-EM/EDB7048/E)。
- 《报告：传统医学和草药区域会议，危地马拉城，危地马拉，2003年2月18-20日。华盛顿特区，世卫组织美洲区域办事处，2005年。[S]
- 《世卫组织关于药物警戒系统中安全监测草药的指南》。日内瓦，世卫组织，2004年 (ISBN 92 4 159221 4)。[C]*, [F]*, [S]*
- 《东南亚区域草药管制指南》[草药管制区域讲习班报告]。新德里，世卫组织东南亚区域办事处，2004年 (文件参考编码SEA-Trad. Med. -82)。
- 《世卫组织非洲区域传统医药注册指南》[第一次传统医药管制区域讲习班报告，南非约翰内斯堡，2003年4月1-3日，以及第二次传统医药管制区域讲习班，西班牙马德里，2004年2月13-14日]。布拉柴维尔，世卫组织非洲区域办事处，2004年 (文件参考编码AFR/TRM/04.1)。
- 《世卫组织欧洲区域草药注册研讨班报告，亚美尼亚埃里温，2003年9月22-24日》，哥本哈根，世卫组织欧洲区域办事处，2004年 (文件参考编码WHO/EDM/TRM/2004.1)。[R]
- 《世卫组织特定药用植物专论》。第二卷。日内瓦，世卫组织，2002年 (ISBN 92 4 154537 2)。
- 《传统医学研究和评价方法一般指南》。日内瓦，世卫组织，2000年 (文件参考编码WHO/EDM/TRM/2000.1)。[F], [R], [S]
- 《世卫组织特定药用植物专论》。第一卷。日内瓦，世卫组织，1999年 (ISBN 92 4 154517 8)。
- 《草药评估指南》。世卫组织药物制剂规格专家委员会第三十四次报告附件11。日内瓦，世卫组织，1996年。(《世界卫生组织技术报告丛刊》，第863期)。[F], [S]

研究方法和临床调查

- 《草药与其它药物相互作用安全性方面的关键技术问题》。日内瓦，世卫组织 (编写中)。
- 《传统医学：临床对照研究审查和分析报告》。日内瓦，世卫组织 (编写中)。
- 《传统医学临床研究：方法方面的关键技术问题》。日内瓦，世卫组织 (编写中)。

- 《世卫组织非洲区域传统医学临床研究指南》。布拉柴维尔，世卫组织非洲区域办事处，2004年（文件参考编码AFR/TRM/04.4）。
- 《严重急性呼吸道综合征：中西医结合治疗的临床试验》。日内瓦，世卫组织，2004年（ISBN 92 4 154643 3）。[C]
- 《针刺疗法：审查和分析临床对照试验报告》。日内瓦，世卫组织，2002年（ISBN 92 4 154543 7）。
- 《传统医学研究和评价方法一般指南》。日内瓦，世卫组织，2000年（文件参考编码WHO/EDM/TRM/2000.1）。[F]，[R]，[S]
- 《传统和现代医学：协调两种做法》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，2000年。
- 《针刺疗法临床研究指南》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，1995年（世卫组织区域出版物，西太平洋丛刊第15期）。
- 《评价草药安全性和疗效的研究指南》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，1993年。
- 《传统医药和天然产品临床评价》。世卫组织传统医学和艾滋病协商会报告，日内瓦，1990年9月26-28日。日内瓦，世卫组织，1990年（文件参考编码WHO/TRM/GPA/90.2）。
- 《体外筛查抗艾滋病毒作用》。世卫组织传统医学和艾滋病非正式协商会报告，日内瓦，1989年2月6-8日。日内瓦，世卫组织，1989年（文件参考编码WHO/GPA/BMR/89.5）。

可及性

保护和持久使用药用植物

- 更新版本：《世卫组织/世界自然保护联盟/世界自然基金会/TRAFFIC药用植物保护指南》。世卫组织，世界自然保护联盟，世界自然基金会，TRAFFIC（编写中）。
- 《巴布亚新几内亚的药用植物》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，2009年（ISBN 978 92 9 061249 0）。
- 《世卫组织青蒿素种植和采收操作规范（GACP）专论》。日内瓦，世卫组织，2006年（ISBN 978 92 4 159443 1）。[C]
- 《世卫组织药用植物种植和采收操作规范（GACP）指南》。日内瓦，世卫组织，2003年（ISBN 92 4 154627 1）。[A]，[C]，[F]，[R]，[S]
- 《大韩民国的药用植物》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，1998年（世卫组织区域出版物，西太平洋丛刊第21期）。
- 《南太平洋的药用植物》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，1998年（世卫组织区域出版物，西太平洋丛刊第19期）。
- 《世卫组织/世界自然保护联盟/世界自然基金会保护药用植物指南》。瑞士格兰德，世界自然保护联盟，1993年（ISBN 2 8317 0136 8）。[F]，[S]
- 《自然资源与人类健康：具有药用和营养价值的植物》。世卫组织首次植物与人人享有卫生保健：科学进步研讨会会议记录。日本神户，1991年8月26-28日。阿姆斯特丹，Elsevier，1992年。
- 《药用植物的保护》。国际协商会会议记录，泰国清迈，1988年3月21-27日。剑桥，剑桥大学出版社，1991年。

《越南的药用植物》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，1990年（世卫组织区域出版物，西太平洋丛刊第3期）。

《中国的药用植物》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，1989年（世卫组织区域出版物，西太平洋丛刊第2期）。

传统医学在卫生保健中的作用

《为初级卫生保健使用传统草药疗法》。新德里，世卫组织东南亚区域办事处，2010年（ISBN 978 92 9 022382 5）。

《世卫组织关于在初级卫生保健中使用传统医药的区域间研讨班报告》。日内瓦，世卫组织，2009年（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）

《草药适当使用指南》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，1998年（世卫组织区域出版物，西太平洋丛刊第23期）。

《作为初级卫生保健工作者的传统技术服务提供者》。日内瓦，世卫组织，1995年（文件参考编码WHO/SHS/DHS/TRM/95.6）。

《世卫组织/丹麦国际开发署关于国家卫生保健规划中选择和使用传统疗法适当方法的国家间培训班》。1989年6月26日至7月6日在津巴布韦卡多马举办的国家间培训班报告。日内瓦，世卫组织，1991年（文件参考编码WHO/TRM/91.1）。

《传统卫生技术服务提供者参与的前景》。艾滋病和传统医学协商会报告，博茨瓦纳弗朗西斯敦，1990年7月23-27日。日内瓦，世卫组织，1990年（文件参考编码WHO/TRM/GPA/90.1）[F]

《传统医学在中国初级卫生保健中的作用》[基于世卫组织与中华人民共和国卫生部联合主办的区域间研讨会，1985年10月9-21日]。日内瓦，世卫组织，1986年（文件参考编码WHO/TRM/86.2）。

《世卫组织/丹麦国际开发署培训班：在初级卫生保健中选择和使用传统疗法》。1985年11月25日至12月4日在泰国曼谷举行的区域间讲习班报告。日内瓦，世卫组织，1986年（文件参考编码WHO/TRM/86.1）。

《传统医学和卫生保健覆盖》。日内瓦，世卫组织，1983年（1988年重新印刷）。

合理使用

针刺疗法名称和术语

《世卫组织西太平洋区域传统医学国际标准术语》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，2007年（ISBN 978 92 9061 305 3; 978 92 9061 248 3）。

《针刺疗法标准名称》，第二版。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，1993年。

《针刺疗法标准国际名称方案：世卫组织学术小组的报告》。日内瓦，世卫组织，1991年。

《耳针名称工作小组的报告》。法国里昂，1990年11月28-30日。日内瓦，世卫组织，1991年（文件参考编码WHO/TRM/91.2）。

消费者信息和教育

《世卫组织关于在适当使用传统、补充和替代医学方面发展消费者信息的指南》。日内瓦，世卫组织，2004年 (ISBN 92 4 159170 6)。[C], [F]*, [S]*

培训和良好实践

《推拿培训基本规范》。日内瓦，世卫组织，2010年 (ISBN 978 92 4 159968 9) [F]*, [S]*

《泰式按摩培训基本规范》。日内瓦，世卫组织，2010年 (ISBN 978 92 4 159967 2) [F]*, [S]*

《整骨疗法培训基本规范》。日内瓦，世卫组织，2010年 (ISBN 978 92 4 159966 5) [F]*, [S]*

《阿拉伯医学培训基本规范》。日内瓦，世卫组织，2010年 (ISBN 978 92 4 159964) [F]*, [S]*

《中医培训基本规范》。日内瓦，世卫组织，2010年 (ISBN 978 92 4 159963 4) [F]*, [S]*

《自然疗法培训基本规范》。日内瓦，世卫组织，2010年 (ISBN 978 92 4 159965 8) [F]*, [S]*

《阿育吠陀医学培训基本规范》。日内瓦，世卫组织，2010年 (ISBN 978 92 4 159962 7) [F]*, [S]*

《世卫组织脊骨神经医学基础培训和安全指南》。日内瓦，世卫组织，2006年 (ISBN 92 4 159371 7), [F] (ISBN 978 92 4 259371 6), [S] (ISBN 978 92 4 559371 5)

《针刺疗法基础培训和安全指南》。日内瓦，世卫组织，1999年 (文件参考编码WHO/EDM/TRM/99.1)。[F], [S]

《传统医学技术服务提供者培训一揽子计划》。马尼拉，世卫组织西太平洋区域办事处，1999年。

《初级卫生保健中传统卫生技术服务提供者培训指南》。日内瓦，世卫组织，1995年 (文件参考编码WHO/SHS/DHS/TRM/95.5)

