

# 世界卫生组织预防可避免性盲和视觉损伤 行动计划草案 2014-2019

## 人人享有眼健康：全球行动计划 2014-2019

1. 2012年1月执行委员会审视了2009-2013年预防可避免的盲和视力损伤行动计划在执行过程中所取得的成就<sup>1</sup>。委员会决定该项工作应在2014-2019年新行动计划的基础上立即继续开展，并要求总干事在与各成员国、国际合作方紧密协商的基础上，开发2014-2019年防治可避免的盲和视力损伤的行动计划草案，提交世界卫生大会执行委员会<sup>2</sup>。以下全球行动计划是在与各成员国、国际合作方及联合国内部机构磋商的基础上起草的。

### 当前全球视力损伤情况

2. 据世界卫生组织统计2010年全球视力损伤人口为2亿8500万，其中盲3900万。
3. 根据2010年的数据，80%的视力损伤、包括盲是可以避免的。全世界引起视力损伤的两大主要原因为屈光不正（42%）和白内障（33%）。各国已为缓解这两种疾病开展经济有效的措施。
4. 视力损伤在年老人群中的发病率更高。2010年，82%的盲和65%的中度及重度视力损伤患者的年龄超过50岁。贫困人口更易发生视力损伤和盲。

### 过去采取的努力

5. 近期的世界卫生大会决议中已经表明了消除可避免的盲作为公共卫生问题的重要性。有关这一议题的最近决议，即2009年通过的WHA62.1，采纳了2009年为消除可避免的盲和视力损伤的行动计划。在2012年第65届世界卫生大会上提到的一份报告以及讨论文件中，描述了实施这一防盲行动规划2009-2013中时得到经验。这些结论和讨论反馈为发展当前的全球行动计划提供了重要内容。这些经验如下。
  - (a) 在所有国家中，评估视力损伤情况的程度和原因以及服务是否有效极为关键。确保成员国拥有监测视力损伤的发病率和病因、其发展趋势、以及纳入卫生系统的眼保健和康复服务成效的机制，并让该机制得到有效运作。应将监测和评估眼保健服务、眼病的流行病学趋势的机制整合入国家健康信息体系。这些监测和评估的信息应当用于指导资源配置和如何发展有关卫生服务的行动计划。
  - (b) 将发展和实施国家层面的防治可避免的视力损伤的政策、计划作为战略基础。尽管一些针对眼病的项目在制定、实施政策和实践上已经取得相当的成就，将眼病防治项目整合到更广泛意义上的医疗卫生保健系统的各个级别仍然十分必要。在人力资源发展、财政扶助、私立机构和社会机构参与、关注最弱势群体等方面尤其如此。越来越多的国家在发展和实行有效的眼保健服务，并将之融入到更广的卫生保健系统。这些经验应更好地记录下来并传播，以让所有的国家从中受益。
  - (c) 为减少可避免的视力损伤，政府及其合作者应投入资源，通过经济有效的干预，帮助不可逆的视力损伤患者解决在保健、康复、支持/辅助的获取，生存环境，

<sup>1</sup> WHA62/2009/REC/1, 附件1。

<sup>2</sup> 决议EB130(1)。

教育，就业方面所遇到的壁垒。尽管在对卫生保健进行投入时，有众多值得考虑的内容，但目前普遍采取的白内障手术和屈光不正矫正，对干预这两大主要导致可避免盲的眼病是极其经济有效的。有许多经验表明利用垂直性的项目能成功地提供眼保健服务，尤其是对低收入群体环境而言。更为重要的是，这些服务应当以综合眼保健服务的形式整合入更广泛意义上的卫生服务体系当中。要为防治可避免的视力损伤带来充足的、可预见的、可持续的财政资源，要将之整合到更广阔的发展合作项目、行动中去。在过去几年中，通过创新性的财政支援来增加对卫生与健康的投入的建议相继增加，但如何减少最普遍的眼病这一议题却在创新性财政支援的辩论中相对缺席，在主要卫生财政中也较少得到支持。因此有必要对防治可避免的视力损伤及康复的投入/回报效益做更多的分析，以助于使已有的资源得到最大化的利用。

- (d) **国际性的合作与联盟有助于促进和加强公共卫生系统有效应对防治可避免的盲的问题。**早期的盘尾丝虫病防治项目、非洲盘尾丝虫病防治项目和 2020 年全球根除沙眼世界卫生组织联盟行动等活动表明，有充分资金支持的持续、协同的国际行动能产生十分可观的成就。视觉 2020：看得见的权利，这一由世界卫生组织和国际防盲协会共同发起的全球根除可避免的盲行动，对提高对可避免的盲的意识，以及发展一系列区域性、国家性相关行动上产生了重要作用。当前的挑战是，如何加强全球和区域性的合作，确保它们能够支持建立强有力、可持续的卫生系统，以及如何让合作更加有效。
- (e) **根除可避免的盲有赖于其他全球卫生和发展议程的进展，**如综合卫生保健系统的发展，卫生领域人力资源的发展，孕产妇、儿童和生殖健康领域的发展，安全的饮用水的提供，基础卫生设施与环境的提供。眼保健工作应当纳入到更广泛的非传染性和传染性疾病的工作框架，以及人口老龄化问题的应对措施当中。某些已证实的致盲的风险因素（例如糖尿病视网膜病变，吸烟，早产，风疹以及维生素 A 缺乏）应当通过多领域合作干预来可持续地解决。
- (f) 研究十分重要，并应得到资助。生物医学研究对发展新的以及更经济有效的干预方法十分重要，尤其是那些将要应用到低收入和中等收入的国家的方法。为应对在社区中不断增长的眼保健公共卫生需求，操作性研究能为如何采取和提供服务、如何发展经济有效的方法及战略中所遇到的壁垒提供解决依据。
- (g) 全球目标和国家指标十分重要。全球性的目标能为整体计划提供明确的方向，并关注参与者所作出的努力。它对倡导目的和评估行动计划的整体效应起到重要作用。国家性指标能帮助各成员国及其合作伙伴来评估行动进展，开发后续计划。

## **全球行动计划 2014-2019**

- 6. 全球行动计划的愿景是世界上没有人遭受不必要的视力损伤，已遭受不可避免的视力损伤的人能充分发挥其潜在能力，人人都享有全面的眼保健服务。
- 7. 全球行动计划 2014-2019 的目标是通过各成员国、秘书处、国际合作方持续、扩大的努力，深入发展眼健康，已达成上述愿景。该行动计划的**总体目标**是减少作为全球公共卫生问题的可避免的视力损伤，确保视力损伤患者得到康复服务。该行动计划的**目的**是通过发展纳入卫生系统的综合眼保健服务达到总体目标。更多内容详见附件 1。该行动计划的基础由 5 项原则和方法构成：人人享有平等权利和机会，人权，基于证据的作业规范，符合生命过程需求的方法，视力损伤人群的赋权。
- 8. 对各成员国、国际合作方和秘书处建议的**行动**围绕着 3 个**具体目标**（详见附件 3）：

目标 1 为了解视力损伤的发病情况、病因和提供眼保健服务找出证据，并用证据来倡导成员国为眼健康发展作出更多的政治和财政承诺。

目标 2 按照世界卫生组织强化医疗卫生系统以改善健康结果的行动框架，加强制定和实施促进人人享有眼保健服务的国家级眼保健政策、计划和项目。

目标 3 加强以改善眼健康为目的多部门参与和有效合作。

上述每一个具体目标有一系列的**考量指标**。

9. 为衡量国家层面的进展，有 3 项关于目标和目的的**衡量指标**，尽管有诸多成员国期望能有更多的指标。这三项指标为：(i) 视力损伤的发病率和病因；(ii) 眼保健基干人员数目；(iii) 白内障手术数据。详细内容见附件 4

**视力损伤的发病率和病因。**了解视力损伤的发病情况、病因和发展趋势十分重要。这一信息对如何配置资源、发展计划和协同其他项目十分关键。

**按领域划分的眼保健基干人员的数字。**这一参数为决定眼保健人力资源的规模十分重要。需求以及如何规划人力资源发展能因此得到调整。

**白内障手术率**（年度百万人口的白内障手术数量）和**覆盖率**（单眼或双眼接受白内障手术的白内障患者人数）。对白内障手术情况的了解为监测这一头号全球致盲眼病的服务十分重要，这一数字也为眼保健服务提供了一个有价值的侧面指标。成员国如果拥有视力损伤发病率和病因的数据，就能因此推算出所需的白内障手术覆盖率；这一参数也是白内障手术服务提供是否符合需求的重要指标。

1. 行动计划的**全球目标**与上述指标中的第一项相关。它将为衡量行动计划的整体效果提供参考。全球行动计划的**目标**之一是到 2019 年，将全球视力损伤的发病率从 2010 年的基线减少 25%。<sup>3</sup> 为达到这一目标，最大的成果预计来自于对 50 岁以上人口的可避免的视力损伤的防治。如前所述，白内障和未矫正的屈光不正正是可避免的视力损伤产生的头号病因，占据了 75%，并多在老年人群中发生。预计至 2019 年全球 84% 的视力损伤患者存在于 50 岁以上的人口。只要加强整合性的综合眼保健服务，对视力损伤的主要病因采取措施，加上因实施更大的发展项目如预防和控制非传染疾病行动计划 2013-2020 或全球消除沙眼行动而获得的卫生健康进展，这一宏大的目标就能够实现。除此之外，低收入和中等收入国家的国民生产总值预计将会增加，由此而产生的卫生进展将会有助于减少视力损伤。<sup>4</sup>

<sup>3</sup> 2010 年全球视力损伤发病率为 3.18%。到 2019 年减少 25% 意味着届时发病率将为 2.37%。

<sup>4</sup> 国际货币基金组织预计，2019 年低收入和中等收入国家基于购买力平价的人均国民生产总值将增长 24%，高中等收入国家将增长 22%，高等收入国家将增长 14%（2013 年 3 月 12 日发表 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/02/weodata/index.aspx>）。

## 愿景、总体目标和目的

<b>愿景</b>			
帮助世界上的所有人避免可避免的视力损伤，让那些无法避免视力损伤的人能够充分发挥其潜在能力，让人人都享有全面的眼保健服务。			
<b>总体目标</b>	<b>量化指标<sup>1</sup></b>	<b>验证方法</b>	<b>重要设想</b>
减少可避免的视力损伤这一全球性公共医疗卫生问题，保障视障人群能够享受到康复服务。 <sup>2</sup>	视力损伤的发病率和病因 全球性目标：到2019年，将可避免的视力损伤的发病率从2010年的基线降低25%。	采集国家级和次国家级的流行病学数据，然后推导出地区性和全球性估测数据。	使各人权公约得到贯彻，在所有政策上实现平等，让视障人群享有完全的社会权力。  到行动计划结束时实现可持续性投资。
<b>目的</b>			
促进全民享有融入医疗卫生系统的综合性眼保健服务。	每百万人口的眼保健工作人员人数 白内障手术率	用报告汇总各成员国提供的国家级数据。	全部人口全面且平等地享受服务。

<sup>1</sup> 另见附录4。

<sup>2</sup> 秘书处的防盲项目的具体目标是“预防和控制可避免的主要失明病因，让人人享有基本眼保健服务……长期目标是将国家失明率降低到0.5%以下，将各社区的失明率限制在不高于1%”（《国家防盲计划的制定与管理》，日内瓦，世界卫生组织，1990年，文件WHO/PBL/90.18）。

### 总体原则与方法

人人享有平等权利和机会	人权	基于证据的作业规范	符合生命过程需求的方法	让盲人和视障人群享有社会权力
<p>所有人均应平等地享有卫生保健的权利以及获得或恢复可达到的最高健康标准的平等机会，这与年龄、性别或社会地位无关。</p>	<p>针对治疗、预防和推广的战略与干预措施必须符合国际人权公约和协定。</p>	<p>针对治疗、预防和推广的战略与干预措施必须基于科学的证据和良好的作业规范。</p>	<p>眼保健以及相关的政策、计划和项目必须考虑生命过程中各阶段的健康与社会需求。</p>	<p>盲人和低视力人群可以全面参与生活的社会、经济、政治和文化各方面。</p>

## 具体目标与行动

具体目标1	量化指标	验证方法	重要设想
形成证据，并且用证据来倡导各成员国为眼保健做出更多政治和财政承诺。	在截止到2019年的五年中完成发病率调查并且公布调查结果的成员国数(%) 在2019年完成对过去五年眼保健服务的评估并且公布评估结果的成员国数(%) 各成员国报告的世界爱眼日观察结果	各成员国向秘书处报告的有关视力损伤发病率和病因的流行病学和经济学评估结果 用来制定国家级和次国家级眼保健政策与计划的眼保健服务评估和成本效益研究结果 关于国家、地区和全球性倡导与提高意识活动的报告	无论当前的全球金融环境和竞争局势如何，倡导活动都能在增加眼保健投资方面取得成功。
<b>针对具体目标1的行动</b>	<b>成员国的任务</b>	<b>秘书处的任务</b>	<b>国际合作伙伴的任务</b>
1.1 对视力损伤的发病率及其病因进行基于人口的调查。	与合作伙伴协作进行调查，按需要分配资源。 公布和传播调查结果，并且将调查结果提交到秘书处。	为各成员国提供调查工具和技术建议。 提供地区级和全球级的发病率估测数据。	宣传调查的必要性。 确定并提供附加资源，以补充各国政府的调查投资。
1.2 评估各成员国提供综合性眼保健服务的能力，并且找出差距。	对眼保健服务的提供进行评估，按需要分配资源。评估应涵盖所提供服务的可用性、可及性、可承受性、可持续性、质量和平等性，包括对眼保健项目进行成本效益分析。 采集并汇编国家级数据，找出服务提供方面的差距。 公布和传播调查结果，并且将调查结果报告给秘书处。	为各成员国提供眼保健服务评估工具和技术建议。 公布和传播汇总各成员国和国际合作伙伴所提供数据的报告。	宣传眼保健服务评估的必要性。 支持各成员国采集和传播数据。 确定并提供附加资源，以补充各国政府的眼保健服务评估投资。

1.3 制成文件并且用文件进行倡导，列举促进人人享有眼保健的最佳作业规范的事例。	确定和记录成功的干预措施和所得教训。 公布结果，并且将结果报告给秘书处。	开发工具，并且将工具随同技术建议一起提供给各成员国。 整理和传播各成员国提交的报告。	宣传记录最佳作业规范的必要性。 支持各成员国记录最佳作业规范和传播结果。 确定附加资源，以补充各国政府的投资。
<b>具体目标2</b>	<b>量化指标</b>	<b>验证方法</b>	<b>重要设想</b>
按照世界卫生组织强化医疗卫生系统以改善健康结果的行动框架，加强制定和增强并且实施促进人人享有眼保健服务的国家级眼保健政策、计划和项目。	报告眼保健政策、计划和项目实施情况的成员国数（%） 已经具有眼保健/防盲委员会和/或国家级防盲协调员或同等机制的成员国数（%） 将眼保健部分纳入其国家级基本医学、诊断学和卫生技术清单的成员国数（%） 报告将眼保健纳入国家级医疗卫生计划和预算的成员国数（%） 报告具有包括眼保健人力资源的国家级计划的成员国数（%） 报告眼保健项目成本效益研究证据的成员国数（%）	用报告汇总各成员国提供的数据。	政策、计划和项目充分惠及全部人口。 贫困人群能享受到服务。

针对具体目标2的行动	成员国的任务	秘书处的任务	国际合作伙伴的任务
2.1 为制定/更新、实施和监测国家级/次国家级眼保健政策和计划提供领导和管理。	制定/更新国家级/次国家级眼保健与视力损伤预防政策和计划，纳入指标和目标，并且让关键利益相关者参与其中。保证把初级眼保健纳入初级卫生保健。建立新的协调机制和/或维持现有的协调机制（例如，国家级协调员、眼保健/防盲委员会及其他国家级/次国家级机制），以监督政策、计划和项目的实施与监测/评估。	就如何按照全球行动计划来制定并实施国家级与次国家级政策、计划和项目为成员国提供指导。为成员国提供工具和有关初级眼保健的技术建议，并且提供有关在综合性集成眼保健服务的制定、实施、监测和评估方面的良好领导和管理实践的证据。建议/维持负责眼保健/视力损伤预防的全球性和地区性工作人员队伍。在具有战略相关性并且资源允许的情况下，建立负责眼保健/视力损伤预防的国家职位。	在政策、计划和项目的制定方面，倡导国家级/次国家级领导。 在确定实施政策/计划以及将初级眼保健纳入初级卫生保健所需的财政和技术资源方面，支持国家领导。保障地区级和国家级总部秘书处的关键职位所需的资金。
2.2 保障有足够的财政资源用来改善眼保健，并且提供通过国家政策、计划和项目融入医疗卫生系统的综合性眼保健服务。	确保综合性集成卫生保健服务内的眼保健所需的资金。 对可避免视力损伤的预防和康复服务进行成本效益分析，并且对眼保健项目的成本效益率进行研究，以优化可用资源的利用。	在确定具有成本效益的干预措施方面，为成员国提供工具和技术支持，并且保障所需财政资源。	在国家级和国际级进行倡导，以争取足够的资金并且促进将这些资金有效用于国家级/次国家级政策、计划和项目的实施。 确定资金来源，以补充国家在眼保健服务和成本效益分析方面的投资。



<p>2.3 为提供综合性眼保健服务，发展并维持一支可持续的工作人员队伍，将其作为卫生工作者队伍的更广大人力资源的组成部分。</p>	<p>对眼保健的人力资源进行规划，将其作为卫生保健规划的更广大人力资源的组成部分；并且对其他相关部门的眼保健规划的人力资源进行规划。 为眼保健专业人员提供培训和职业进修。 确保保留眼保健工作人员的策略存在并得以实施。 确定和记录涉及眼保健人力资源的最佳实践，并将其传达给秘书处和其他合作伙伴。</p>	<p>提供所需的技术协助。 整理并公布最佳实践的事例。</p>	<p>宣传可持续的眼保健工作者队伍的重要性。 支持通过国家协调机制来提供培训和专业进修。 为各成员国采集和传播数据提供支持。</p>
<p>2.4 提供平等的一级、二级和三级综合性眼保健服务，结合消灭沙眼和盘尾丝虫病的全国性活动。</p>	<p>提供和/或协调人人都享有的平等的综合性眼保健服务，侧重于儿童和老人等弱势群体。 加强转诊机制和面向视障者的康复服务。 为眼保健制定质量标准和规范。</p>	<p>为成员国提供世界卫生组织现有的工具和技术支持。</p>	<p>宣传平等的综合性眼保健服务的重要性。 支持地方在提供眼保健服务方面的能力建设，包括通过国家协调机制来按照政策、计划和项目提供康复服务。 对通过国家协调机制来按照国家政策、计划和项目提供的服务进行监测、评估和报告。</p>
<p>2.5 使确保质量的基本医学、诊断学和卫生技术具有可用性和可及性，特别侧重于弱势群体和服务匮乏的社区；并且探索可提高基于证据的新技术的可承受性的机制。</p>	<p>确保存在一份基本医疗产品、国家级诊断及治疗方案以及相关设备的国家级清单。 确保基本医学、诊断学和卫生技术的可用性和可及性。</p>	<p>提供技术协助和工具，以支持成员国。</p>	<p>宣传基本医学、诊断学和卫生技术的重要性。 提供符合国家政策的基本医学、诊断学和卫生技术。</p>

2.6 将眼保健服务的提供和质量的监测指标纳入国家信息系统。	在国家信息系统内采用一套国家级指标和目标，包括有关康复的指标和目标。 定期采集、分析和解译数据。 把数据报告给秘书处。	在将国家级指标和目标纳入国家卫生系统方面，为成员国提供技术支持。 每年整理和传播各成员国报告的数据。	宣传用全国认可的指标进行监测的重要性。 为国家级和次国家级数据的采集与分析提供财政和技术支持。
<b>具体目标3</b>	<b>量化指标</b>	<b>验证方法</b>	<b>重要设想</b>
加强以改善眼保健为目的的多部门参与和有效合作。	在其国家级眼保健/防盲政策、计划和项目中借助多部门方法的成员国数（%）  “世界卫生组织到2020年在全球消灭沙眼联盟”、“非洲盘尾丝虫病控制计划”和“美洲消灭盘尾丝虫病计划”按照其战略计划付诸实施。  已经将眼保健纳入相关的减贫战略、项目和更广泛的社会经济政策的成员国数（%）  将眼保健作为部门间协作的组成部分予以报告的成员国数（%）	秘书处接收并整理来自成员国的报告。接收来自合作伙伴关系的年度报告和出版物。	非卫生部门为更广泛的社会经济发展进行投资。

针对具体目标3的行动	成员国的任务	秘书处的任务	国际合作伙伴的任务
3.1 让非卫生部门参与眼保健/视力损伤预防政策和计划的制定与实施。	<p>卫生部确定应参与的部门并让其参与进来，例如教育部、财政部以及社会福利和发展部的下属部门。</p> <p>把经验报告给秘书处。</p>	<p>为成员国提供有关非卫生部门具体职责的建议，并且在确定非卫生部门并让其参与方面提供支持。</p> <p>整理和公布成员国的经验。</p>	<p>跨部门宣传多部门工作的附加价值。</p> <p>为多部门活动（如供水和卫生）提供财政和技术能力。</p> <p>为各成员国收集和推广经验提供支持。</p>
3.2 增进有效的国际和国内合作与联盟。	<p>促进积极参与，在适当情况下建立符合国家重点事宜、政策、计划和项目并与之相协调的合作伙伴关系和联盟。</p> <p>确定和推进国家间协作的适宜机制。</p>	<p>在适当情况下，参与并引导那些支持和符合国家重点事宜、政策、计划和项目并与之相协调的合作伙伴关系和联盟，包括让其他联合国实体参与进来。</p> <p>促进和支持国家间协作关系的建立。</p>	<p>促进参与，并且积极支持符合成员国的重点事宜、政策、计划和项目并与之相协调的合作伙伴关系、联盟和国家间协作。</p>
3.3 将眼保健纳入减贫战略、项目和更广泛的社会经济政策。	<p>确定眼保健项目，并将其纳入相关的减贫战略、项目和社会经济政策。</p> <p>确保患有可避免和不可避免视力损伤的人享有受教育的机会，并且确保让残疾人融入社会的做法得到发展、贯彻和评估。</p>	<p>为政策制定者撰写和传达关键信息。</p> <p>就如何将眼保健/视力损伤预防纳入减贫战略、项目和社会经济政策的方法，为成员国提供建议。</p>	<p>倡导将眼保健纳入减贫战略、项目和社会经济政策。</p>

## 附件4

## 预防可避免失明和视力损伤的国家指标

## 1. 视力损伤的发病率和病因

目的/原理	度量发生视力损伤（包括失明）的程度，并且监测消灭可避免失明和控制可避免视力损伤方面的进展。
定义	视力损伤（包括失明）的发病率及其病因，最好按年龄和性别分解。
数据采集的优先方法	在方法学上有效并且具有代表性的发病率调查可提供最可靠的方法。另外，“可避免失明快速评估法”和“白内障手术服务快速评估法”是两套标准方法，适用于获取视力损伤发病率最高的年龄组（即50岁以上年龄组）的结果。
计量单位	在人口调查中确定的视力损伤发病率
数据采集的频度	至少每五年在国家级采集一次
数据来源	卫生部或国家级防盲/眼保健协调员/委员会
数据的传播	秘书处定期更新有关视力损伤发病率和病因的全球估测数据。

## 2.1 眼保健基干人员人数：眼科医师

目的/原理	评估眼保健工作者队伍的可用性，以便为强化国家卫生系统制定一套能力发展响应方案。眼科医师是实施内科和外科眼保健干预的基干力量。
定义	由国家机构根据政府批准的认证条件认证为眼科医师的医生人数。眼科医师是经眼内科学和/或眼外科学培训后从事眼病评估和治疗的医生。
数据采集的优先方法	国家专业和监管机构的记录

计量单位	每百万人口的眼科医师人数
数据采集的频度	每年
局限性	此数据不能反映不参与外科手术的眼科医师所占的比例、临床效果（如准专科医师）、绩效和干预质量。如果不将数据分解，则该数据不能反映地理分布情况。
信息来源	卫生部或国家级防盲/眼保健协调员/委员会
数据的传播	秘书处每年根据成员国提供的国家数据发布全球数据更新。

## 2.2 眼保健基干人员人数：验光师

目的/原理	评估眼保健工作者队伍的可用性，以便为强化国家卫生系统制定一套能力发展响应方案。在越来越多的国家，验光师常常是眼疾患者的第一个接触点。
定义	经国家机构根据政府批准的认证条件认证的验光师人数。
数据采集的优先方法	国家专业和监管机构的记录
计量单位	每百万人口的验光师人数
数据采集的频度	每年
局限性	此数字不能指示绩效，尤其不能指示为减少可避免失明所进行干预的质量。由于课程的非标准化，各国验光师的知识和技能之间存在很大差异。 该数字不能反映眼科临床官员、配镜师及其他诸如此类人员所占的比例，这些人员在某些验光师配备不足或没有验光师的国家充当验光师。
信息来源	卫生部或国家级防盲/眼保健协调员/委员会
数据的传播	秘书处每年根据成员国提供的国家数据发布全球数据更新。

### 2.3 眼保健骨干人员人数：眼科辅助人员

目的/原理	评估眼保健工作者队伍的可用性，以便为强化国家卫生系统制定一套能力发展响应方案。在各国之间，甚至在某一给定国家内，眼科辅助人员在教育要求、立法和执业法规、技能和执业范围方面可以有不同的特质。通常，眼科辅助人员包括眼镜制造师、眼科护士、视轴矫正师、眼科及验光助理、眼科及验光技师、低视力治疗师、假眼制造师、眼科摄影师/影像师和眼科管理人员。
定义	包括专业人员类别的眼科辅助人员人数。这些专业人员类别需要由提交报告的成员国详细说明。
数据采集的优先方法	从来自政府、非政府和私营眼保健服务提供者的次国家级（地区）数据中汇编出国家级数据。
计量单位	每百万人口的眼科辅助人员人数
数据采集的频度	每年
局限性	此数字不能指示绩效，尤其不能指示为减少可避免失明所进行干预的质量。眼科辅助人员之间存在很大的知识和技能差异。这些数据可用于监测国家内随时间取得的进展。但由于术语命名法的差异性，不可将其可靠地用于国家间的比较。
信息来源	卫生部或国家级防盲/眼保健协调员/委员会
数据的传播	秘书处每年根据成员国提供的国家数据发布全球数据更新。

### 3.1 白内障手术率

目的/原理	在全球范围内，白内障一直是失明的头号病因。白内障导致的视力损伤和失明是可以避免的，因为用一种有效的治疗方法（使用人工晶状体植入的白内障摘除术）可以既安全又有效地实现复明。白内障外科手术率是对白内障外科手术服务提供状况的一种量化度量方法。白内障外科手术率可用于设定国家内的目标，但不能用来进行国家之间的比较。白内障外科手术率还常常用作衡量总体眼保健服务提供状况的代用指标。
定义	每年每百万人口中实施的白内障手术台数。
数据采集的优先方法	政府的卫生信息记录和调查结果

计量单位	每百万人口中实施的白内障手术台数
数据采集的频度	每年在国家级采集数据。较大的国家适宜在次国家级整理数据。
局限性	此指标仅当包含一个国家内进行的所有白内障手术时才有意义，也就是说要包含在政府部门和非政府部门内部实施的全部白内障手术。
注释	若用于计算，请使用人口数据的官方来源（联合国）。
信息来源	卫生部或国家级防盲/眼保健协调员/委员会
数据的传播	秘书处每年根据成员国提供的国家数据发布全球数据更新。

### 3.2 白内障手术覆盖率

目的/原理	评估白内障外科手术满足需求的程度。
定义	患有符合白内障手术条件的双侧白内障并且一只或两只眼接受了白内障手术（视力在3/60和6/18水平）的人所占的比例。
数据采集的优先方法	用在方法学上有效并且具有代表性的发病率调查所得数据计算。另外，用通过“可避免失明快速评估法”和“白内障手术服务快速评估法”得到的数据计算。这两种评估法是两套标准方法，可用来获取因白内障失明和视力损伤发病率最高的年龄组（即50岁以上年龄组）的结果。
计量单位	人口数
数据采集的频度	取决于对失明和视力损伤发病率及其病因进行国家级/地区级研究的频度。
局限性	需要基于人口的研究，而这种研究的普遍性有限。
注释	最好按年龄、性别以及城乡位置或地区分解。
信息来源	卫生部或国家级防盲/眼保健协调员/委员会
数据的传播	秘书处定期发布数据更新。

（该译稿由弗雷德·霍洛基金会提供）