世界卫生组织

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

决议

西太平洋地区委员会

COMITE RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

WPR/RC64.R4
2013 年 10 月 24 日

防盲

地区委员会：

现已考虑有关《面向普遍的眼健康：西太平洋地区行动计划 2014-2019》的汇报和草案；

基于世界卫生大会关于消除可避免的盲的 WHA56.26 号决议、关于防治可避免的盲和视力损伤的 WHA59.25 和 WHA62.1 号决议、以及关于《面向普遍的眼健康：全球行动计划 2014-2019》的 WHA66.4 号决议；

认识到西太平洋地区约有 9000 万人遭受视力损伤，并且其中 80%都是可预防或可治疗的；

认识到普遍的眼健康地区行动计划草案（2014-2019）和非传染性疾病及被忽视的热带疾病防治工作之间的关联；

1. 现批准通过《面向普遍的眼健康：西太平洋地区行动计划（2014-2019）》；

2. 敦促各成员国：

(1) 加强对可避免的视力损伤、包括盲的防治工作，进一步将眼保健服务整合到国家卫生计划和卫生服务中；

(2) 依照国家重点工作规划和预算，落实面向普遍的眼健康地区行动计划（2014－2019），包括促进人人全面、平等地享有眼保健服务；

3. 要求区域主任：

(1) 为各成员国依照本国工作重点落实普遍的眼健康地区行动计划（2014－2019）提供技术支持；

(2) 进一步倡导对预防可避免的视力损伤、包括盲的投入；

(3) 定期向地区委员会汇报行动计划的执行情况。

第 7 次会议，2013 年 10 月 24 日

世界卫生组织

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

西太平洋地区办公室

地区委员会

第 64 次会议
菲律宾马尼拉
2013 年 10 月 21 至 25 日

临时议程第 11 项

WPR/RC64/5

2013 年 8 月 1 日

原语种：英文

防盲

目前，盲和视力损伤的患病率之高让人担忧。在 2010 年，西太平洋地区估计有 9000 万视力损伤患者，其中超过 1000 万为盲人。研究显示，成年人中有 80%的盲和视力损伤能够治疗或预防。尽管如此，盲仍然是亟待卫生部门和全社会进一步努力解决的公共卫生问题。

世界卫生大会多个决议都强调了继续努力消除可避免的盲的重要性。2009 年，WHA62.1 号决议批准通过了《防治可避免性盲和视力损伤行动计划（2009－2013）》。依据 2012 年召开的第 130 次会议上通过的 EB130(1)号决议，执行委员会呼吁制定新的行动计划。此外，世界卫生大会于 2013 年 5 月批准通过了《面向普遍的眼健康：全球行动计划（2014-2019）》。

为支持这一全球行动计划，现提交《面向普遍的眼健康：西太平洋地区行动计划（2014-2019）》（参见附件），以说明世界卫生组织在亚洲和太平洋地区如何开展眼保健工作，并以期通过。

1. 现状

目前，盲和视力损伤的患病率之高让人担忧。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 3900 万为盲人。全球 90%的视力损伤患者生活在发展中国家。2010 年，西太平洋地区约有 9000 万视力损伤患者，其中盲人数量超过 1000 万。

视力损伤和盲可能导致患者依附他人，损害个人及家庭的福祉。盲或视力低下会严重影响教育机会、就业机会和生产能力，同时对国家经济增长和发展产生不利影响。2000 年，因视力损伤导致的全球经济损失估计达到 420 亿美元。到 2020 年，这一数字预计将达到 1100 亿美元。

当前挑战之一是在低收入和中等收入国家收集数据并进行有效监测。尽管 80%的盲和视力损伤是可以治疗或预防的，许多决策者并没有认识到开展简单的干预就能带来低成本但高效益的回报。盲和视力损伤的防治工作往往零散而不成系统。社区预防工作和转诊体系间的联系也有待加强。

世界卫生大会的多次决议中已经表明了消除作为公共卫生问题的可避免的盲的重要性。2009 年通过的 WHA62.1 号决议采纳了《防治可避免的盲和视力损伤的行动计划（2009 – 2013）》。在 2012 年第 130 次会议上，执行委员会通过了 EB130(1)号决议，呼吁制定新的《防治可避免的盲和视力损伤行动计划》。2013 年 5 月，世界卫生大会批准通过了《面向普遍的眼健康：全球行动计划（2014-2019）》。

为了支持全球行动计划，2013 年制定了《面向普遍的眼健康：西太平洋地区行动计划（2014-2019）》（参见附件）。这份行动计划描述了世界卫生组织针对亚太地区的具体需求提供协助的地区计划。根据成员国国情和地区特点，世界卫生组织将与成员国充分协商，确定该地区的重点工作，修缮工作日程。

2. 事宜

为了支持各成员国的工作，制定了《面向普遍的眼健康：西太平洋地区行动计划(2014-2019)》草案，该草案强调下列重要原则：

2.1 把盲和视力损伤防治工作放到公共卫生议程中更重要的位置

对于各成员国而言，这是一个重要事项和挑战，因此有必要进一步倡导决策者投入更多资源，将防盲纳入国家卫生工作计划。每个国家需要付出更多投入来确定本国的盲和视力损伤的状况，以便明确加强对盲和视力损伤的防治能带来的收益。为此，应当在卫生信息系统中整合入对盲和视力损伤数据的收集。

应当让决策者更清楚地了解防盲和视力损伤所产生的社会和经济利益。例如，白内障手术非常有效，几乎能立刻恢复视觉。屈光不正的治疗也具有很高的成本效益。眼镜是最简单、最安全的屈光不正纠正手段。如今，在大多数国家只需花不到 5 美元就可以买到优质眼镜。

2.2 开展高成本效益、综合、全面的盲和视力损伤的防治措施

在许多社会环境下，可以通过改善整个卫生系统来消除可避免的盲，特别是改善母婴保健（例如预防早产、提供优质新生儿护理服务、接种风疹疫苗以及补充或强化维生素 A）。通过加强对糖尿病的防治，可以帮助数十万人避免糖尿病视网膜病变带来视力损伤，尤其是在太平洋岛屿国家和地区。安全饮用水和卫生设施的改善是减少致盲性沙眼的重要干预措施，在亚太地区 11 个国家，致盲性沙眼仍是一个公共卫生问题。此外，高血压防治项目（包括控烟和戒烟）可以减缓视网膜病的发病进程。

2.3 加强卫生保健系统中对盲和视力损伤的防治工作，并侧重于初级和次级卫生保健

社区和村级卫生工作者在提供初级眼保健服务上可以发挥重要作用，尤其是在岛屿和资源贫乏地区。除了在社区开展卫生运动和认知提升活动，还有必要提升保健系统在早期检查、转诊、治疗以及管理方面的能力。应当加强区一级的眼保健服务。训练有素的中层保健人员对在次级和三级卫生系统中开展大量、成功的白内障手术十分重要。应当将屈光和验光服务以及持续的人员培训纳入到国家卫生系统中。此外，各地还需要持续不断地供应能支付得起的眼镜。

2.4 加强督导、评估和报告

将国家眼保健政策和区域行动计划纳入国家卫生总体发展规划中。卫生部负责领导眼保健事业并确立策略方向，以及定期督导和评估进展。据此，全球和地区级别的重要指标也可以适用于国家层次。这些指标包括：视力损伤的患病率和病因；眼保健工作人员数量；白内障手术率和覆盖面。第一个指标关联到全球目标：到 2019 年，可避免的视力损伤患病率（从 2010 年基线值）将下降 25%。

2.5 扩大合作伙伴关系，促进利益相关方的参与

非卫生部门的社会力量的参与有助于解决因贫困和社会因素导致的健康问题。教育对于解决盲和视力损伤这一公共卫生问题十分重要。学校为倡导儿童、家庭早期发现以及社区对视力损伤的风险管理提供了一个平台。教育活动也能凸显为老年人提供服务和其他老年人保健活动的必要性。

3. 拟定的行动

请地区委员会审阅并考虑批准《面向普遍的眼健康：西太平洋地区行动计划（2014-2019）》草案。

附件

面向普遍的眼健康：
西太平洋地区行动计划（2014–2019）
草案

世界卫生组织西太平洋地区办公室
菲律宾马尼拉

World Health Organization
Western Pacific Region

附件

附件

1. 防治视力损伤的重要性 9
2. 面向普遍的眼健康：西太平洋地区行动计划（2014–2019） 11
2.1 概述 11
2.2 愿景、总体目标和目的 13
2.3 总体原则与方法 13
3. 具体目标 15
3.1 具体目标 1 15
3.2 具体目标 2 16
3.3 具体目标 3 19
附录 1：预防可避免的盲和视力损伤的国家级指标 21
附录 2：核实手段和重要假设 27
附录 3：量化指标 29

附件

附件

1. 防治视力损伤的重要性

看得见的能力普遍被视作理应拥有。然而对很多人来说，视力低下或盲正使自己及家庭陷入不幸。失明的人往往需要依靠家人和社区的支持。视力低下或盲严重削弱受教育机会、就业机会和生产力。这些问题对于贫困人口尤为突出，后者很难获得基本眼保健或康复服务。

在西太平洋地区，无法普及眼保健服务的原因不一而足。一些国家没有能力提供专业卫生保健服务，而且可能缺少训练有素的眼保健工作人员。因此，眼保健服务可能只在城镇地区提供，许多人无法长途跋涉前往城镇地区获取。还有一些国家可能具备提供综合服务的、充足的、训练有素的眼保健工作人员及必要的基础设施，然而，这些服务却由私营部门提供，并收取较高的费用，让穷困人口也往往是最需要的人们不可望及。

因此，不同国家乃至同一国家的不同地区应当采用不同的方法来改善眼保健服务。而一些重点干预措施仍适用于西太平洋地区的大多数国家，特别是低收入和中等收入国家，包括对白内障和屈光不正的治疗。眼镜和隐形眼镜通常适用于纠正屈光不正。

全球四分之三的视力损伤病例来自未矫正的屈光不正（42%）和白内障（33%）。白内障手术和适宜的眼镜是最具成本效益的健康干预措施之一，能够很快地促进视力的恢复。

糖尿病导致的视力损伤已经成为西太平洋地区一个越来越严重的挑战，糖尿病视网膜病变是太平洋岛屿国家和地区视力障碍的主要病因之一。有必要针对改善筛查和预防方法进行倡导。

沙眼是导致失明的最常见传染性眼病。尽管亚洲一些国家在消除沙眼方面已经取得了进展，来自一些太平洋岛屿国家和地区的数据表明该疾病仍然是一个公共卫生问题。

维生素 A 缺乏在西太平洋地区的许多低收入国家（尤其是太平洋岛屿国家和地区）是一个公共卫生问题，幼儿和孕妇最容易患病。维生素 A 缺乏是可预防的幼儿失明的头号疾病，然而低成本高效益的维生素 A 补充措施却经常缺失。

附件

在西太平洋地区，一个经常被忽视的问题是对患有不可逆的视力损伤患者的支持。视力康复服务可及性较低，特别是在低收入和中等收入国家。即便在提供此类服务的地方，患者和服务提供者也往往没有充分的认知，导致服务利用率较低、护理服务提供不系统。

视力损伤所带来的经济负担十分巨大。2000 年，视力损伤造成的全球经济损失估计达到 4200 亿美元，2020 年预计会上升到 1100 亿美元。

为减少不必要的视力损伤所带来的负担，在西太平洋地区采取了高成本效益的策略，除此之外，眼保健事业还依靠社会和经济发展、人权和平等性等工作的进展。应当加强卫生系统对眼保健工作的整合，确保多领域防治取得成效，而不是关注单一疾病，在低收入国家尤应如此。

附件

2. 面向普遍的眼健康：西太平洋地区行动计划（2014–2019）

2.1 概述

根据2013年5月世界卫生大会第66次会议通过的《面向普遍的眼健康：全球行动计划(2014-2019)》，《面向普遍的眼健康：西太平洋地区行动计划(2014-2019)》的愿景是在这个世界上，没有人的视力会遭受不必要损害，不可避免遭受视力减退的人能实现他们全部的潜力，全面的眼保健服务普遍可及。

地区行动计划草案旨在通过各成员国、世界卫生组织秘书处、国际合作方进行持续、扩大的努力，进一步改善眼健康，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视力损伤，确保视力损伤患者能获得视力康复服务[1]。该行动计划的目的是通过增加整合在卫生系统中的全面眼保健服务可及性来实现这一总体目标。更多内容详见附录 1。该行动计划基于 5 项原则和方法：普遍可及和公平，人权，基于证据的实践，生命历程方法，赋予视力受损人群权利。

建议各成员国、国际合作方和世界卫生组织秘书处围绕 3 个具体目标开展行动：

具体目标 1 针对生成视力损害严重程度及原因和眼保健服务证据的需要，并以此倡导会员国对眼健康做出更大的政治和财务承诺。

具体目标 2 鼓励制定并实施综合性国家眼健康政策、计划和方案，开展符合世卫组织加强卫生系统、改善健康状况行动框架[2]的眼健康活动，增强普遍性。

---

[1] 视力损伤包括中度和重度视力损伤以及盲。“盲”的定义是测得的视敏度低于 3/60 或视力较好的眼睛的视野半径小于 10 度。“重度视力损伤”的定义是测得的视敏度低于 6/60 并且等于或高于 3/60。“中度视力损伤”的定义是测得的视敏度介于 6/60 到 6/18 之间（世界卫生组织. 对盲和视力损伤的定义. 日内瓦, 世界卫生组织, 2012. http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf, 2013 年 3 月 12 日检索）。地区行动计划采用“视力损伤”这一术语。

[2] 《人人有责：强化卫生系统以改善健康状况》：*世界卫生组织行动框架*. 世界卫生组织. 日内瓦, 2007. http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf（2013 年 3 月 12 日检索）.

附件

具体目标 3　针对多部门参与和有效伙伴关系以加强眼健康。

三个目标中的每个目标都有一套测量指标以衡量进展情况。在总目标和目的层面有三个指标衡量国家级进展，尽管很多会员国会愿意收集的更多。这三个指标包括:(1)视力损害的患病率和原因;(2>眼保健人员数量;和(3)白内障手术率和覆盖率。详细内容见附录 1。

- *视力损伤的患病率和病因。*该参数在确定眼健康人力资源的可用性时很重要。可以明确差距，并相应调整人力资源规划。
- *按领域划分的眼保健人员数目。*这一参数对了解眼保健人力资源的规模十分重要，有助于明确差距以及调整人力资源规划。
- *白内障手术率*（每年每百万人口的白内障手术数量）和*白内障手术覆盖率*（双眼白内障导致视力损害的个人中，接受单眼或双眼白内障手术的人数)。了解手术率对于监测针对全球盲症主要原因之一的手术服务很重要，该数据对于眼健康服务的供给也提供了一个有价值的替代指标。如果会员国有患病率和视力损害原因数据，则可以计算得出白内障手术覆盖率;这是一项重要的衡量指标，提供有关白内障手术服务需求得到满足程度的信息。

对于其中的第一项指标有一个全球目标。它将对行动计划的影响进行全面的测量。作为全球目标，本行动计划选定的是到 2019 年，将全球可避免的视力损害患病率从 2010 年的基线值减少 25 %。要实现这一目标，期望最大的进展来自 50 岁以上人群可避免的视力损害患病率的降低。如上所述，白内障和未经矫正的屈光不正是可避免视力损害的两个主要原因，占所有视力损害的 75%，且常见于老年人群。到 2019 年，预计所有视力损害中 84%发生于 50 岁或以上人群。

2010 年全球视力损伤患病率为 3.18%。到 2019 年减少 25%意味着届时患病率将为 2.37%。

附件

应对视力障碍的主要原因，扩大全面综合的眼健康服务，与实施更广泛的发展举措，包括诸如 2013-2020 年预防和控制非传染性疾病行动计划草案、全球消除沙眼的努力等策略预计可带来的健康改善一道，表明该目标尽管雄心勃勃，却是可以实现的。此外，随着预期中低收入和中等收入国家国内生产总值的增长所带来的更广泛的健康收益，也会对降低视力损害产生影响。[4]

2.2 愿景、总体目标和目的

愿景

帮助地区内没有人的视力会遭受不必要损害，不可避免遭受视力减退的人能实现他们全部的潜力，全面的眼保健服务普遍可及。

总体目标

所有成员国到 2019 年将可避免的视力损伤患病率从 2010 年的基线值下降 25%。

目的

促进人人享有融入卫生系统的综合性眼保健服务。

2.3 总体原则与方法

普遍可及和公平

无论其年龄、性别、种族、地理位置或社会地位，所有人都应能公平获得卫生保健和服务以实现或再次获得最高可实现的健康标准。

[3] 国际货币基金组织预计，2019 年低收入和中等偏低收入国家基于购买力平价的人均国内生产总值将增长 24%，中等偏高收入国家将增长 22%，高收入国家将增长 14%（http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/02/weodata/index.aspx；2013 年 3 月 12 日检索）。

附件

人权

治疗、预防和促进策略及干预措施必须遵从各项国际人权公约和协定。

基于证据的实践

治疗、预防和促进策略及干预措施应基于科学证据和良好实践。

生命历程方法

眼保健以及相关政策、计划和规划必须考虑生命历程中各阶段的健康与社会需求。

赋予视力受损者权力

盲症患者或视力低下者可以充分参与社会、经济、政治和文化生活。

附件

3. 具体目标

3.1 具体目标 1

生成和使用证据，倡导会员国为眼健康增加政治和财务承诺。

各成员国的任务

1. 与合作伙伴协作，进行关于视力损伤患病率及病因的人群调查，以便支持国家眼保健项目的规划。如有可能，在大规模健康调查中纳入眼健康调查。按需要分配资源。
2. 发展相关机构规划和实施人群调查（涵盖眼保健）的能力。
3. 评估各成员国提供综合性眼保健服务（包括视力康复服务）的能力，并且找出缺口。
4. 为开展评估活动划拨必要的资源。
5. 通过将眼健康宣传讯息纳入国家和地方卫生保健促进活动，提升社区对于视力损伤防治策略（例如洗脸和洗手、适当的营养补给、预防糖尿病）和治疗策略（例如白内障治疗服务）的认知。

世界卫生组织的任务

1. 提供关于规划和实施调查的技术咨询。
2. 就如何利用调查结果指导国家级眼保健项目提供技术咨询。
3. 就针对国家能力的评估计划和评估开展提供技术咨询。
4. 就如何利用评估结果指导国家级眼保健项目提供技术咨询。
5. 提供各成员国关于开展服务、人力资源、基础设施、管理以及眼保健服务的安全性和质量的咨询。

附件

6. 提供各成员国关于设计眼保健促进宣传运动的信息和策略的技术支持。
7. 将眼保健纳入世界卫生组织当前在各地区实施的健康促进项目中。
8. 提供分享经验和良好实践的机会。

国际合作伙伴的任务

1. 倡导调查的必要性。
2. 确定并提供附加资源，以补充各国政府在调查方面的投入。
3. 支持各成员国收集和传播调查数据。
4. 确定并提供附加资源，以补充各国政府在眼保健服务评估方面的投入。
5. 倡导各部门重视眼保健促进工作的意义。
6. 在现有的社区项目中进一步整合眼保健促进活动。
7. 为规划和实施眼保健促进活动提供经费和技术支持。

3.2 具体目标 2

按照世界卫生组织行动框架《人人有责：强化卫生系统以改善健康状况》，倡导制定和/或加强以及实施旨在促进人人享有眼保健服务的国家级眼保健政策、计划和规划。

各成员国的任务

1. 制定/更新、实施和督导国家级/地方眼保健及视力康复的政策、计划和项目，纳入指标和目标值，并且让关键利益相关者参与其中。

2. 将国家和地方眼保健计划整合到国家卫生计划中，以便确保眼保健的投资决策基于疾病负担和干预措施的成本效益。
3. 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/地方机制）。
4. 对眼保健的人力资源进行规划，将其作为卫生保健的整体人力资源规划的组成部分。
5. 为卫生系统内的眼保健专业人员提供标准化培训和职业发展机会，包括屈光和验光服务人员以及视力康复服务人员的能力建设。
6. 重视和加强社区卫生工作者在提供初级眼保健服务方面的作用。
7. 重视和加强中级眼保健工作人员在提供二级和三级眼保健服务方面的作用。
8. 将初级眼保健适宜地整合到初级卫生保健系统中。
9. 开发/加强地方级别的眼保健服务，支持相应的中级眼保健人员和基础设施。
10. 评估和监测白内障手术服务和屈光矫正服务，包括服务可用性、可及性和质量。
11. 开发/加强国家级糖尿病/非传染性疾病防治项目，并整合系统，以便通过定期筛查、及时转诊和适当治疗来预防糖尿病视网膜病变导致的盲。
12. 在可能存在流行眼病的国家，继续评估沙眼的分布和严重程度，并根据需要制定沙眼行动计划。
13. 在可能存在维生素 A 缺乏症的国家，开展评估并促进短期和长期干预措施，包括母乳喂养、营养补充、促进摄入富含维生素 A 的膳食以及食品强化。

附件

14. 确保国家有关基本医疗产品、国家级诊断及治疗方案以及相关设备的清单中涵盖眼保健内容，并得到推广。
15. 在国家卫生信息系统内采用一套常规眼保健指标和目标，包括有关康复的指标和目标。
16. 支持在国家全民卫生保健财政方案中有覆盖基本眼保健和视力康复服务的财政。

世界卫生组织的任务

1. 为在卫生系统各个层次规划、开展、督导和评估最佳眼保健服务提供技术支持，并侧重于初级层次。
2. 为制定国家级人力资源目标以及界定各级卫生系统的眼保健专业人员的角色和责任提供必要的支持。
3. 根据需要提供关于白内障手术效果评估工具的培训。
4. 促进在国家卫生系统中整合可及的、可负担的屈光矫正和验光服务的成功模式。
5. 倡导开发促进糖尿病患者定期接受视力检查的指南。
6. 支持开发糖尿病患者视力筛查的适当模式和指南。
7. 支持落实《西太平洋地区受忽视的热带疾病防治行动计划（2012－2016）》。
8. 提高对儿童盲和维生素 A 缺乏之间的联系的认知。
9. 提供技术支持以便帮助确定要纳入国家级清单中的眼保健基本药品、诊断用品和技术。
10. 为界定适当的眼保健指标和国家目标值提供技术支持。
11. 每年整理和传播眼保健指标数据。

附件

国际合作伙伴的任务

1. 倡导国家级/地方政府制定和开发眼保健政策、计划和项目。
2. 帮助国家政府明确实施政策/计划所需的财政和技术资源。
3. 宣传全面、平等的眼保健服务对于各国的重要性。
4. 按照政策和计划，通过国家协调机制来支持眼保健服务，包括康复服务。
5. 为基本眼保健服务的国家级评估、培训及设备配置提供经费和技术支持。
6. 通过国家协调机制，倡导可持续的眼保健工作者队伍的重要性，并支持培训和专业进修。
7. 依照国家政策，支持提供眼保健基本药品、诊断用品和技术。
8. 倡导使用既定的国家指标指导眼保健服务的重要性，并为数据收集和传播提供资金和技术支持。
9. 倡导保险方案覆盖眼保健的重要性。

3.3 具体目标 3

多部门参与和有效伙伴关系，加强改善眼健康。

各成员国的任务

1. 卫生部指定应参与制定和实施眼保健政策和计划的部门，并让其参与进来，例如教育部（可负责眼保健工作人员培训、学校筛查）、财政部以及社会福利部（可负责确保眼保健服务对于残障人士的可及性）的下属部门。
2. 促进、开发和加强有效的、协调的眼保健事业合作伙伴关系。

附件

3. 确保患有可避免或不可避免的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实践得到发展、贯彻和评估。
4. 促进和支持国家间协作和双边培训合作伙伴关系。
5. 协助和促进区域内有关证据收集及实施国家级眼保健政策、计划和项目的协作。

世界卫生组织的任务

1. 参与并领导合作伙伴关系和联盟，包括让其他支持、协调和协同发展成员国的重点事宜的联合国机构参与进来。
2. 促进和支持建立国家间和地区合作关系。

国际合作伙伴的任务

1. 倡导多部门合作的所带来的额外价值以及国家级综合眼保健发展协同机制的必要性。
2. 支持发展多部门活动（如供水和卫生）的财政和技术能力。
3. 支持各成员国总结和推广有关成功推动非卫生部门参与眼保健工作的经验。
4. 加强与地区和国际组织的合作伙伴关系，以便促进眼保健工作。

附录 1：防治可避免的盲和视力损伤的国家级指标

1. 视力损伤的患病率和病因

目的/必要性	衡量包括盲在内的视力损伤的患病程度，监测消灭可避免盲和控制可避免视力损伤的工作进展。
定义	包括盲在内的视力损伤的患病率及其病因，最好按年龄和性别分列。
数据收集的优先方法	方法完善并具有代表性的调查提供的方式最为可靠。此外，对可避免的盲症和白内障手术服务的快速评估是两种标准的获得视力损害患病率最高的年龄组，即 50 岁以上年龄组结果的方法
计量单位	根据人口调查确定视力损伤的患病率
数据收集的频度	至少每五年在国家级层面收集一次
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	世界卫生组织秘书处定期更新有关视力损伤患病率和病因的全球预测数据。

附录 1

2.1 眼保健人员数目：眼科医师

目的/必要性	评测眼保健人力资源的可用性情况，制定能力发展计划，加强国家卫生系统。眼科医生是提供医疗和外科眼保健干预措施的主要力量
定义	根据政府批准的认证标准，由国家机构认证为眼科医生的医生数量。眼科医生是在眼科用药，和/或手术方面接受了培训，可对眼病进行评估和治疗的医生
数据收集的优先方法	国家专业和监管机构的注册登记
计量单位	每百万人口中的眼科医师人数
数据收集的频度	每年 1 次
局限性	此数据无法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域分布情况。
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	世界卫生组织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 眼保健人员数目：验光师

目的/必要性	评测眼保健人力资源的可用性情况，制定能力发展响应计划，加强国家卫生系统。在越来越多的国家，验光师往往是眼病患者的首位接触者
定义	根据国家批准的认证标准，由国家机构认证为验光师的数量
数据收集的优先方法	国家专业和监管机构的注册登记
计量单位	每百万人口中的验光师人数
数据收集的频度	每年 1 次
局限性	此数字不能代表绩效，尤其不能说明为减少可避免的盲所进行干预的质量。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工作人员、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	世界卫生组织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 眼保健人员数目：眼科辅助人员

目的/必要性	评测眼保健人力资源的可用性情况，制定能力发展响应计划，加强国家卫生系统。不同国家间，甚至一国之内，有关眼科人员依不同的教育要求、立法和执业法规，和执业技能和范围而有所区别。通常情况下，有关眼科人员包括配镜师、眼科护士、视觉矫正师、眼科和验光助理、眼科和验光技师、视力治疗师、义眼制作师、眼科摄像/成像，以及眼科管理人员
定义	由所报告的会员国指定的执业类别组成的有关眼科人员数量
数据收集的优先方法	从来自政府、非政府和私营眼保健服务提供者，由次国家（地区）数据组成的国家数据汇编。
计量单位	每百万人口中的眼科辅助人员人数
数据收集的频度	每年 1 次
局限性	此数字不能代表绩效，尤其不能说明为减少可避免的盲所进行干预的质量。眼科辅助人员之间存在很大的知识和技能差异。这些数据可用来督导 国家内随时间取得的进展。但由于术语命名的差异性，不能可靠地将其用于国家间的比较。
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	世界卫生组织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/必要性	全球而言，白内障仍是盲症的首要原因。白内障导致的视力损害和盲症是可避免的，因为有效的治疗手段(白内障囊外摘除人工晶状体植入术)既安全，也可有效恢复视力。白内障手术率是衡量白内障手术服务提供情况的量化指标。该比率可在一国内用来设置目标，而不是用于国家间的比较。它也经常被用作一般性眼保健服务提供情祝的替代指标
定义	每年每百万人口中实施的白内障手术数量。
数据收集的优先方法	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次数
数据收集的频度	国家级每年 1 次。在较大的国家，最好在次国家一级整理数据
局限性	此指标仅在包含所有国家内的实施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实施的全部白内障手术。
注释	若用于计算，请使用官方（例如联合国）人口数据来源。
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	世界卫生组织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 白内障手术覆盖面

目的/必要性	评测白内障外科手术满足需求的程度。
定义	双眼白内障适合进行白内障手术的个人中，接受了单眼或双眼(在 3/60 和 6/18 水平)白内障手术的比例。
数据收集的优先方法	使用方法完善并具有代表性的患病率调查的数据进行计算。此外，使用对可避免的盲症和白内障手术服务的快速评估数据进行计算，这两种评估是获得视力损害患病率最高的年龄组，即 50 岁以上年龄组结果的标准方法。
计量单位	比例
数据收集的频度	取决于对盲和视力损伤患病率及其病因进行国家级/地区级调研的频度。
局限性	需要基于人口的调研，推广性可能有限。
注释	最好按年龄、性别以及城乡位置或地区分类。
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	世界卫生组织秘书处定期发布数据更新。

附录 2：核实手段和重要假设

	核实手段	重要假设
总体目标：减少作为全球公共卫生问题的可避免的视力损伤，确保视力损伤患者可获得视力康复服务。[5]	收集国家级和地方的流行病学数据，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。 到地区行动计划结束时实现可持续性投入。
目的：促进全民享有融入卫生系统的综合性眼保健服务。	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。
具体目标 1：形成证据，并且用证据来倡导各成员国为眼保健做出更多的政治和财政承诺。	各成员国向世界卫生组织秘书处报告的有关视力损伤患病率及病因的流行病学、经济学评估结果。 用来制定国家级和地方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格局如何，倡导活动都能在增加眼保健投资方面取得成功。
具体目标 2：按照世界卫生组织行动框架《强化卫生系统以改善健康状况》，倡导制定和/或加强实施旨在促进人人享有眼健康的国家级眼保健政策、计划和项目。	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。
具体目标 3：加强以改善眼保健为目的多部门参与和有效合作。	世界卫生组织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（例如供水与卫生）。

5. 世界卫生组织秘书处的防盲项目的具体目标是“预防和控制可避免的盲的主要病因，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（文件编号：WHO/PBL/90.18）。

附录 2

附录 3：量化指标

具体目标 1

量化指标

1. 到 2019 年完成患病率调查并且公布调查结果的成员国数（%）。
2. 到 2019 年前完成一次五年眼保健服务的评估并公布评估结果的成员国数（%）。
3. 各成员国报告的世界爱眼日观察结果。

具体目标 2

量化指标

1. 有制定涵盖眼保健的国家级人力资源发展计划的成员国数（%）。
2. 报告眼保健政策、计划和项目实施情况的成员国数（%）。
3. 具有眼保健/防盲委员会和/或国家级防盲协调员或类似机制的成员国数（%）。
4. 将眼保健纳入其国家级基本医药品、诊断用品和技术清单的成员国数（%）。

具体目标 3

量化指标

1. 在其国家级眼保健/防盲政策和计划中采用多部门参与方法的成员国数（%）。
2. “世界卫生组织全球消除致盲沙眼联盟”实现其 2020 年策略计划确立的目标。

（此译稿由弗雷德·霍洛基金会提供）