



预防可避免的盲症和视力损害

秘书处的报告

1. 第五十九届世界卫生大会在有关消灭可避免盲症的 WHA59.25 号决议中，要求总干事“与国际伙伴合作，监测消灭可避免盲症全球行动的进展以及每隔三年向执行委员会汇报”。预防包括盲症¹在内的视力损害包含在经过修订的 2008 - 2013 年中期战略性计划的战略目标 3 之中²，以及 2008 - 2009 年规划预算内。在第六十一届世界卫生大会期间，秘书处曾被要求在预防和控制非传染病全球战略的行动计划背景下，起草一份预防可避免盲症的行动计划，并提交给执行委员会³。
2. 在可能制定相应的战略并且设立预防盲症全球联盟之前，需要确定盲症和视力损害的病因及严重程度。90 年代曾经发行了第一份关于疾病病因和严重程度的综合性全球报告，该报告提到世界上高达 80% 的盲症可以得到预防或治疗。1999 年设立了“视觉 2020：享有看见的权利”全球倡议，这是世卫组织和国际防盲机构之间建立起的一种伙伴关系，目标是消灭可避免的盲症。这一倡议对世卫组织预防可避免盲症和视力损害战略带来了推动作用，这一战略是根据疾病控制人力资源开发和基础设施以及相关技术来制定的。为使这项战略在各国得以使用，卫生大会在 WHA56.26 号决议中，敦促会员国设立有关眼健康和防盲的视觉 2020 国家委员会。秘书处以及国际防盲机构区域协调办事处支持会员国实施国家和次国家级视觉 2020 计划，并且定期对其进行监测和评估，以促进眼健康并且预防盲症。

¹ “盲症”定义为利用现有矫正方法之后，较好眼睛的视敏度低于 3/60，或相应的视野丧失达到 10 度以下的情况。“严重视力损害”定义为视敏度在低于 6/60 到 3/60 之间的情况，“中度视力损害”定义为视敏度低于 6/18 到 6/60 之间的情况。本文件中，“视力损害”包含了严重视力损害和中等视力损害两种情况。

² 预防和减少由慢性非传染性病证、精神障碍、暴力和伤害以及视力损害造成的疾病、残疾和过早死亡。

³ 文件 WHA61/2008/REC/3，甲委员会第八次会议摘要记录。

3. 继续系统性地收集了盲症和视力损害方面的流行病学数据，这使得世卫组织在 2004 年和 2006 年发表了更加详细的统计数据。目前，在世界范围内约有 3.14 亿人在存有视力损害的情况下生活，这种视力损害由眼部疾病或者未经矫正的屈光不正造成。其中有 4500 万人属于盲人，它们中的 90% 生活在低收入国家，主要的病因有白内障（39%）、未经矫正的屈光不正（18%）、青光眼（10%）、年龄相关性黄斑变性（7%）、糖尿病性视网膜病变（4%）、沙眼（3%）、儿科眼疾（3%）以及盘尾丝虫病（0.7%）。截止目前，已经在 65 个国家开展了流行病学调查，但是为了确定改进眼健康所采取的必要措施，必须收集更多的流行病学数据，特别是针对那些缺乏数据的国家。

4. 2008 年 9 月，根据 WHA56.26 和 WHA59.25 号决议的要求，118 个会员国报告称，已经建立有关眼健康和防盲方面的视觉 2020 国家委员会，有 104 个会员国报告已经制定了视觉 2020 国家计划。同期，150 个会员国的国家委员会与秘书处和国际合作伙伴联合举办了国家和次国家级研讨班。这些研讨班为分享社区眼健康方面的知识和国际经验以及促进需求分析并且制定国家和次国家级计划带来了机遇。

5. 一些低收入和中等收入国家制定了较完善的综合性国家计划，这些计划含有清晰明确、与时间挂钩并且可衡量的目标和指标，大大改善了眼卫生保健服务的提供。对一些符合成本效益的眼保健干预措施适当划拨资源，会对眼保健服务的改善带来促进，这种促进将会超过仅凭国家社会经济的逐步增长所确定的水准。但是，由于缺乏资源和领导力，有些国家取得的进展不仅缓慢而且支离破碎，制定的眼健康计划以及国家防盲活动并没有对提供眼保健服务带来实质性的改善。有必要作出保证，国家计划在实施阶段的活动应由眼健康和防盲国家委员会进行充分管理并且给予积极支持。

6. 尽管很多国家在国家计划和委员会的采用和发展方面取得了很大进展，可避免盲症的流行率仍然很高，令人不可接受。要说服国际和国内捐助者对防盲活动提供支持，强有力的国际伙伴关系会起到推动作用¹。已经取得了一些成绩，但是已经看到将眼健康和防盲列入国家议程方面所投入的可用资源仍存在大量短缺。

7. 秘书处经过与会员国和国际合作伙伴进行协商，起草了一份预防可避免盲症和视力损害行动计划。2008 年 9 月 19 日，该计划已经在世卫组织网站上发布，供公众进行评议并提出意见。同时还邀请常驻联合国日内瓦办事处和其它国际组织代表团的代表

¹ 例如，非洲盘尾丝虫病控制规划、美洲盘尾丝虫病消灭规划、世卫组织全球消灭致盲性沙眼联盟以及视觉 2020：享有看见的权利。

对行动计划草案进行评议并提出意见，常驻团的代表在一次非正式协商会（2008年10月3日，日内瓦）上提出了积极并且具有建设性的反馈意见。

8. 附于本报告之后的预防盲症和视力损害行动计划草案，陈述了过去十年开展防盲活动中所取得的现有经验，利用了获得公认的工作成就并且力求解决存在的缺陷。这个行动计划旨在通过在国家和次国家层面制定综合性眼保健规划，扩大会员国、秘书处和国际合作伙伴的工作，为实现2008 - 2013年中期战略性计划中所列出的全组织范围防盲预期成果提供了办法。这份计划草案含有五项目标，在每项目标之下列出了三套行动建议，供会员国、秘书处和国际合作伙伴采用，以便指导国家、区域和全球层面预防可避免盲症和视力损害的工作。计划的时间跨度涉及中期战略性计划的剩余时间段，即2009 - 2013年。由于致盲疾患属于慢性病症并且大多数情况下由非传染性疾病造成，这份计划是对卫生大会以WHA61.14号决议批准的预防和控制非传染病全球战略行动计划作出的补充。

执行委员会的行动

9. 请执委会注意这份报告并审议行动计划草案。

附件

预防可避免的盲症和视力损害行动计划草案

1. 根据世卫组织最新估计，世界范围内约有 3.14 亿人患有由于眼睛疾病或者未经矫正的屈光不正造成的视力损害。其中有 4500 万盲人，他们中的 90% 生活在低收入国家。造成盲症的主要原因是白内障（39%）、未经矫正的屈光不正（18%）、青光眼（10%）、年龄相关性黄斑变性（7%）、糖尿病性视网膜病变（4%）、沙眼（3%）、儿童眼疾（3%）以及盘尾丝虫病（0.7%）。由于仍然缺少某些致病原因（如老视）方面的流行病学详细情况，盲症和视力损害的实际严重程度可能会比估计数字更高。
2. 利用当今的知识和技术，高达 80% 的全球盲症可以得到预防或治疗。已经具有符合成本效益的干预措施来对付可避免盲症的主要病因。近些年来，已经设立了一些重要的国际伙伴关系，包括非洲盘尾丝虫病控制规划、美洲盘尾丝虫病消灭规划、世卫组织全球消灭致盲性沙眼联盟以及视觉 2020：享有看见的权利。
3. 最近通过的两项卫生大会决议（WHA56.26 和 WHA59.25）重点涉及到可避免的盲症和视力损害问题，决议敦促会员国主要通过制定专门的计划以及将这一主题纳入到国家卫生计划和规划之中，在预防疾病方面开展工作。尽管在眼健康领域已经取得了很大进展，但是许多国家和社区的可避免盲症流行率仍然很高，令人不可接受。

目的

4. 该计划旨在通过在国家和次国家层面制定综合性眼健康规划，扩展会员国、秘书处和国际合作伙伴在预防盲症和视力损害方面所作出的努力。
5. 为加强和协调现有的活动，特别是针对低收入和中等收入国家，本计划试图：
 - (a) 加强对消灭可避免盲症的政治和财政承诺；
 - (b) 促进起草符合成本效益并且基于证据的干预措施的标准和指南；
 - (c) 审查在实施预防盲症和视力损害的政策、计划和规划方面所取得的国际经验并且分享吸取的教训以及最佳实践；

- (d) 强化与预防可避免盲症相关的利益攸关者之间的伙伴关系并加强协调；
- (e) 系统地收集、分析并传播在全球、区域和国家预防可避免盲症方面的趋势和取得进展的信息。

范围

6. 如国际疾病分类第十一次修订本草案所定义的那样¹，该计划的重点放在可避免盲症以及严重和中度视力损害的主要病因方面。该计划不涉及那些缺乏以证据为基础的预防和/或治疗干预措施的较轻类型视力损害或眼疾；这些病例需要采取有效并且适当的康复措施，使身患残疾的病人能够获得并尽最大的可能维持其独立性，同时完全融入并参与到生活的各个方面。

7. 由于致盲疾患属于慢性病并且大多数情况下由非传染病造成，这份计划是对卫生大会以 WHA61.14 号决议批准的预防和控制非传染病全球战略行动计划作出的补充。但是由于多数致盲计划并不具有同样的危险因素，预防战略存在很大差异，而不象非传染性疾病计划中所涉及的烟草使用那样。像非传染病一样，尽管初级卫生保健和基于社区的干预措施对于预防盲症和视力损害是必不可少的，但是要提供高质量的眼保健服务需要具备特定的技能、技术以及基础设施。

8. 有证据表明，像是由沙眼和盘尾丝虫病以及与麻疹有关的眼科并发症造成的可避免盲症的严重程度正在逐步减轻，但是由非传染性、与年龄相关的眼科疾病（如白内障、青光眼和糖尿病性视网膜病变）造成的盲症在不断上升。需要继续作出努力，开展针对盘尾丝虫病和沙眼的规划活动，以控制疾病并且避免复发。需要对传染性和非传染性疾病采取一种部门间协调一致的策略。

与现有战略和计划的关系

9. 预防可避免盲症和视力损害是卫生大会通过的数项决议的主题内容²，其中鼓励该领域全球层面的数个国际伙伴关系和联盟开展协作。该行动计划对世卫组织 2008 -

¹ “盲症”定义为利用现有矫正方法之后，较好眼睛的视敏度低于 3/60，或相应的视野丧失达到 10 度以下的情况。“严重视力损害”定义为视敏度在低于 6/60 到 3/60 之间的情况，“中度视力损害”定义为视敏度低于 6/18 到 6/60 之间的情况。本文件中，“视力损害”包含了严重视力损害和中等视力损害两种情况。

² 有关消灭可避免盲症的 WHA22.29、WHA25.55、WHA28.54、WHA47.32、WHA51.11 和 WHA56.26 号决议，以及有关预防可避免的盲症和视力损害的 WHA59.25 号决议。

2013 年第十一个工作总规划以及 2008 - 2013 年中期战略性计划的实施发挥支持作用，特别是对包含预防和控制可避免的盲症和视力损害工作内容的战略目标 3 带来支持。也会支持现有区域决议和计划的实施¹。

资源

10. 2008 - 2009 年规划预算对秘书处实现战略性目标 3 要作工作的所需财务资源进行了描述。在未来的双年度内，还需要获得更多资源。全球、区域和国家层面要在预防可避免的盲症和视力损害方面取得进一步进展，取决于所获得的额外资源的数量。包括政府间和非政府组织、学术团体和研究机构以及私立部门在内的所有合作伙伴，都需要在所有层面为动员资金进一步作工作。

时限

11. 这份行动计划旨在涵盖 2009 - 2013 年这个时段、也就是中期战略性计划的剩余六年。

形势分析

盲症和视力损害的严重程度、病因和影响

12. 为确定重点、设计有针对性的战略以及建立国际防盲联盟，有必要确定盲症病因和盲症的严重程度。近几年，全球盲症和视力损害病因和严重程度的可得信息已增加很多。过去，病因调查使用了种类繁多的方法和定义，而世卫组织制定的标准化和可行方法，促进了从会员国收集具有可比性的流行病学和卫生体系数据，例如快速评估白内障外科服务和可避免盲症的情况。儿童盲症治疗方案也是这类进展的又一个例证。

13. 迄今为止，已在 65 个国家开展了流行病学调查。然而，在其他国家没有进行调查和缺少数据的状况，严重阻碍了干预措施详细计划的制定以及监测和评价工作。此外，缺少人口视力健康状况的流行病学数据，对于进一步分析视力损害的趋势以及及时制定适当的公共卫生干预措施带来了限制。

¹ 见有关视觉 2020：享有看见的权利 - 消灭可避免的盲症的 EM/RC49/R.6 号决议、有关预防可避免的盲症和视力损害的 EM/RC52/R.3 号决议、文件 AFR/RC57/6（加快消灭可避免的盲症 - 世卫组织非洲区的一项战略）以及泛美卫生组织：2008 - 2012 年眼部健康战略和行动计划草案。

14. 收集可靠、标准化的流行病学数据，是那些缺少这些数据国家的一项重点工作。同时，需要采取行动，开发出模式作法，以明确趋势、制定具体目标，从而使预防可避免盲症和视力损害的计划更能突出重点并以证据作为基础。同时，还需要改进系统地收集有关人力资源、基础设施和现有技术的标准化信息的机制；各国必须准备好应对这些已知的需求。

把预防盲症和视力损害作为国家卫生发展计划和世卫组织与会员国技术合作的组成部分

15. 尽管世卫组织掌握盲症严重程度、病因以及预防战略的大量信息，但是许多国家的决策者和卫生保健提供者显然并没有完全意识到现已存在的眼保健干预措施、具备的成本效益，以及可预防或治疗全球 80% 的可避免盲症的潜力。国家合作战略反映出各国卫生部与世卫组织共同商定的联合议程。到目前为止，尽管卫生大会通过了七个有关预防可避免盲症和视力损害的决议，并且世卫组织已经存在预防盲症方面的长期性重要国际伙伴关系，以及在减少可避免盲症方面取得了重要成功，例如世卫组织的盘尾丝虫病控制规划，但却很少把预防盲症纳入这类议程文件内。在国家层面，尚缺乏用来预防盲症的足够资源，这是一个主要障碍。此外，由于资源限制状况不断加剧，捐助国和受援国通常把重点放在与死亡相关的疾病控制规划上，而不是放在解决残疾问题的规划方面。同时，缺少有经验的工作人员协调区域和国家层面的防盲活动。

16. 在卫生发展计划和国家合作战略中应更为重视防盲工作。同时需要采取行动，对那些盲症和视力损害属于一个主要卫生问题的会员国，加强技术支持，并提出更多专家建议。

国家眼健康和防盲委员会

17. 成立眼健康和防盲国家委员会和规划十分重要。其作用是与所有国内和国际的主要合作伙伴沟通，分享信息并执行国家眼健康和防盲等方面的协调工作。国家委员会可发挥作用是制定国家防盲计划及其执行、监测和定期评估的前提。有些国家，特别是那些分权管理或联邦制的国家，在次国家层面设有类似的委员会。

18. 到 2008 年 10 月，有 118 个会员国报告称成立了国家委员会。然而，并非所有国家的委员会在发挥作用；可惜的是，在很多情况下这些委员会还没有成功地采取行之有效的行动。某些情况下，通常挑选一些具有奉献精神的眼保健专业人员，靠他们发挥领导作用，担当防盲计划和规划的推动力量。委员会的成员构成通常不够统一，从所有主要合作伙伴都有代表性（包括国家卫生保健当局）的最理想状况，到只有一组具有奉献精神的眼保健专业人员为成员的情况。

国家眼健康和防盲规划

19. 经验表明，在低收入和中等收入国家，一个包含明确具体目标和指标、有时间限定、可被衡量的综合性国家计划，可以极大地改善眼科卫生保健服务的提供。

20. 大多数低收入和中等收入国家（截至 2008 年 10 月为 104 个会员国）报告称制定了国家眼健康和防盲计划，但是对计划执行和产生的影响所作出的报告和评估尚不够充分。一些国家的计划不包含可衡量的具体目标、执行时间表和适当的监测和评价工具。一些国家的计划只是得到部分执行。此外，由于缺少资源和领导力，一些国家仅取得了缓慢进展或取得的进展零七八碎，其眼健康和国家防盲计划没有对眼保健服务的提供带来切实改善。有必要确保国家计划在执行阶段得到良好管理，同时必须采取标准化方法，监测和评价国家和次国家层面的眼健康和防盲规划。

世卫组织预防盲症和视力损害战略和技术支持的提供

21. 世卫组织预防盲症和视力损害战略基于三个核心内容：疾病控制、人力资源开发和基础设施与技术。这一方针自 1999 年“视觉 2020：享有看见的权利”全球行动以来一直在加以提倡，该行动是作为世卫组织与国际防盲机构之间建立伙伴关系而设立的。过去十年里，在制定和执行世卫组织有关控制盲症和视力损害的传染性病因方面取得了重要进展。盘尾丝虫病和沙眼控制方面的成绩，是在会员国和国际合作伙伴接受和执行了世卫组织利用伊维菌素并由社区对治疗进行指导的战略，以及沙眼控制方面的 SAFE 战略为基础而取得的。这种统一的方式促进了针对数百万处在丧失视力危险中人口的预防工作，同时说服了主要捐助者，需要作出长期的承诺。

22. 随后，盲症病因类型的主要变化被记载下来，传染性病因呈下降趋势，而年龄相关性慢性眼科疾患则不断上升。对诸如白内障和糖尿病性视网膜病变等一些主要病患的公共卫生干预措施进行了系统审查，世卫组织已提出了相应建议。需要制定控制其它病患的战略，如青光眼。

23. 到 2008 年 10 月，有 150 个会员国组织了国家级或次国家级“视觉 2020”研讨班，介绍世卫组织眼健康战略。这些讲习班是共享社区眼健康专门知识的平台，促进了需求评估和随后制定国家级和次国家级防盲计划的进程。

把预防可避免盲症和视力损害作为一个全球卫生问题

24. 为控制大多数可避免盲症的主要病因，需要可靠的流行病学数据及成本效益良好的干预措施，这表明了在保护眼健康问题上加强国家行动的重要性。卫生大会在其第 WHA56.26 号和第 WHA59.25 号决议中，建议在防盲活动中使用统一的方法，督促会员国成立国家委员会、制定国家防盲计划，以及确立计划执行的监测和评价机制。此外，已经认识到，对预防视觉损失的宣传需覆盖更大范围的受众，在公共卫生领域和社区还需进一步促进提高眼健康保护的重要性。

25. 在一些国家，卫生大会的决议对于划拨新资源，用来制定和执行防盲计划所带来的影响，与期望值相比相距甚远。大多数国家采取的行动十分缓慢，执行适当的防盲活动方面所取得的进展十分有限。

26. 在全球层面以及有时在区域层面，均有防盲计划和规划。但是现在要求采取的行动是为会员国提供支持，使它们运用国际经验和科学证据，以制定和执行其自身的防盲措施。要求采取进一步行动，把眼健康议程及其对减贫的影响纳入到总体发展议程之中。

国际伙伴关系

27. 在过去十年里，主要国际伙伴关系得以形成，以协助世卫组织为会员国的防盲工作提供支持，例如“视觉 2020：享有看见的权利”。这种伙伴关系取得了相当大的进展，主要是在盲症的传染性病因控制方面。它们还鼓励和支持长期性资源筹集工作，包括捐助规划（比如默沙东用于控制盘尾丝虫病的伊维菌素捐助项目和辉瑞的一项控制沙眼用阿奇霉素发放捐助项目）。全球伙伴关系极大地联合和加强了主要国际利益攸关者使用世卫组织疾病控制战略所采取的防盲行动。

28. 需要对国际合作伙伴的工作进行协调并及时作出评价，以使其所采用的方法与防盲领域的其它活动保持一致。尽管国家和次国家级收集防盲活动的的数据工作取得了相当大的进展，但是综合性报告仍然有限。一个原因是许多国家的监测系统不够完善，另一个原因是各国与它们国际伙伴之间的信息共享和交换存在局限性。

29. 现在需要采取的行动，是改善所有利益攸关者之间的协调和信息交换。

人力资源和基础设施

30. 尽管为加强眼健康人力资源做出了努力，但是眼健康人员短缺这一严重问题在许多低收入国家始终存在。比如非洲区域许多国家每 100 万居民中只有一名眼科医生。此外，现有的人力资源通常集中在大型城区，而农村地区得到的服务很差，甚至根本没有服务。另外，许多公立和大学所属卫生保健机构中受过良好培训的人员脱离收入低的岗位，寻求到国内私立卫生保健部门工作，甚至到国外寻找工作机会。因此，正是低收入国家最贫穷的地区处境最为不利，这是由于数量短缺、生产力低下和不公平配置导致的未达到最佳标准的工作队伍而造成的。

31. 尽管眼保健最新技术发展为诊断和治疗带来先进的方法，但是装备一个适宜的二级和/或三级眼保健中心的成本对于许多低收入国家来说仍过于高昂。

32. 要求各国在国内采取紧急行动，培训更多眼保健人员，并调整城市和农村地区现有工作队伍的配置。

资源筹集

33. 强有力的国际伙伴关系一直为说服国际和国内捐助人支持防盲活动起到推动作用（比如非洲盘尾丝虫病控制规划、美洲盘尾丝虫病消灭规划、世卫组织全球消灭致盲性沙眼联盟以及“视觉 2020：享有看见的权利”）。尽管这些针对特定疾病的活动取得了成绩，但是国家眼健康和防盲规划现有资源严重短缺问题一直存在。此外，还没有充分挖掘获得额外国际和国内资源的潜力。预防盲症和视力损害活动缺乏足够资源会严重阻碍眼科卫生保健的进步。

34. 现在要求采取的行动是，审查眼健康体系的现有筹资方法、强调盲症带来的社会经济影响、眼健康干预措施的成本效益，以及盲症和视力损害早期干预在财政方面带来的益处。

把眼健康纳入广泛的发展计划之中

35. 把眼健康纳入更广泛的部门间发展计划，将有助于形成全面、综合性卫生服务，以及资源和基础设施共享。那些把防盲工作纳入更广泛卫生发展规划和/或社会经济发展规划中的国家，就获得了一个附加价值。

36. 尽管有报告说明视力损害与受影响个体的社会经济机遇减少之间存在关联，但是许多国际和国内主要发展议程上并没有对防盲工作给以足够重视。关于盲症在各种社会经济环境下所产生影响的研究尚不够充分，有关低收入人群获得眼保健的限制因素方面的研究也是同样。现在需要采取的行动是进一步促进这些领域的研究。

目标和行动

目标一：加强宣传，提高会员国的政治、财政和技术承诺，消灭可避免盲症和视力损害

37. 为保护视力健康而进行的国际宣传，目的是提高对当前防盲计划的认识，特别是对具有成本效益的现有干预措施及其执行时的国际经验的认识。这项宣传工作的对象应是卫生保健专业人员和决策者，以鼓励采取针对眼科卫生保健体系的改善和把眼健康纳入更广泛卫生保健和发展计划所需要的部门间行动。还应针对潜在捐助者和那些确定研究优先顺序和资助水平的人，以便积累有关预防盲症和视力损害及其影响方面的证据。

38. 需进一步开展危险因素影响方面的研究，例如吸烟、紫外线辐射和缺乏个人卫生。同时，还需要进一步研究眼保健服务获得性的不公平问题。

39. 应特别重视提高公众认识，并寻找有关预防视觉损失和治疗眼疾方法的适当信息沟通途径。

会员国的行动建议

40. 会员国的行动建议在卫生部和其他主要机构酌情设立眼健康和防盲的国家协调员一职并提供支持。
41. 划拨用于眼健康和防盲工作的专项预算经费。
42. 促进并将眼健康融入各层面的卫生保健服务。
43. 重视世界爱眼日。
44. 将保持眼健康纳入健康促进议程中。

秘书处的行动

45. 在政治方面做出分析，以确定得到高层决策者的支持和对促进眼健康作出承诺的最佳方式，并探索将预防盲症纳入社会经济政策和规划的潜在影响及方法。[2009-2011]
46. 通过以证据为基础的信息和流行病学数据，使决策者了解眼部疾病、性别、贫困和发展之间的关系，并推进与眼健康问题有关的健康问题社会决定因素方面的工作。[2009-2010]
47. 协调国际合作伙伴在各种健康与发展论坛上使用的宣传信息。[2009-2010]
48. 促进世卫组织内部各规划及各组别的合作，以致力于解决视力损害的主要危险因素。

国际合作伙伴的行动建议

49. 支持世卫组织在倡导方面让所有利益攸关者都参加进来，提高对盲症和视力损害严重程度的认识，增加具有成本效益的干预措施的可及性及实施这些干预措施的国际经验。
50. 支持会员国成立论坛，使关键利益攸关者（包括非政府组织、专业协会、学术团体、研究机构和私立部门）可以针对可避免的盲症和视力损害共同采取行动。

目标二：制定并加强眼健康以及预防盲症和视力损害的国家政策、计划和规划

51. 针对眼健康以及预防可避免的盲症和视力损害的国家政策、计划和规划，是采取协调一致、基于证据、符合成本效益并且可持续性的干预措施必不可少的工具。将眼

健康纳入相关的国家卫生政策(包括与学校卫生和职业卫生相关的政策), 促进采取协调一致的多学科方法并形成全面的眼保健服务。

52. 设计了以证据为基础、解决可避免的盲症和视力损害几个主要病因的世卫组织战略, 以支持政策和规划的制定。已经制定了控制沙眼、盘尾丝虫病、维生素 A 缺乏、糖尿病性视网膜病变及白内障相关失明的一些战略, 但仍需针对造成失明的新出现主要病因制定战略。

会员国的行动建议

53. 如有足够的能力, 制定预防盲症和视力损害国家战略及相应指南; 否则, 可考虑使用世卫组织推荐的战略和指南。

54. 审查与视力健康有关的现行政策, 找出差距并制定有利于形成全面眼保健体系的新政策。

55. 将预防盲症和视力损害纳入减贫战略及相关的社会经济政策中。

56. 使相关的政府部门参与政策、计划及规划的设计和 implementation, 以预防盲症和视力损害。

57. 通过包含社区眼健康内容的培训规划, 发展一支眼健康人员队伍。

秘书处的行动

58. 审查旨在控制未矫正的屈光不正的公共卫生战略经验, 这些未矫正的屈光不正包括老视、青光眼、年龄相关性黄斑变性、遗传性眼疾及儿童的特定眼疾。[2009-2011]

59. 促进眼健康和国家防盲委员会的建立及活动开展, 并就上述委员会的成员、角色及作用问题向会员国提供指导, 为国家计划的制订、实施及评估提供直接技术支持。

60. 制定一个协调一致的标准化方法, 收集、分析并传播关于实施国家眼健康相关政策的信息及公共卫生方面的防盲最佳实践, 包括现有的健康保险制度及其对各方面眼保健的提供带来影响方面的信息。[2009-2011]

61. 促进与其它重要规划及伙伴关系(例如世卫组织全球卫生人力联盟)的合作, 以促进人力资源的发展, 在一级、二级和三级层面提供眼保健。[2009-2010]

62. 审查用于教育和培训眼科卫生保健专业人员的课程设置和最佳实践。[2010-2011]

63. 加强区域和国家办事处为眼健康和防盲提供技术支持的能力。

国际合作伙伴的行动建议

64. 推动世卫组织推荐的防盲和视力损害战略和指南的实施，并致力于收集实施方面的国家信息。
65. 为国家防盲计划的实施进行集资并协调各方支持，避免工作重复。
66. 为控制造成盲症的营养学及可传播病因方面的规划持续提供支持。

目标三：加强并扩展针对预防盲症和视力损害的研究

67. 为预防盲症和视力损害所采取的公共卫生行动需要以证据为基础且具有成本效益。在促进多方位及多部门研究方面进行国际合作，对发展全面、综合、平等、高质量及可持续性的眼保健体系必不可少。需要对利用现有证据的方法进一步进行研究。特别要把重点放在评估为在不同人群中早期发现和筛查盲症及视力损害的原因而采取的干预措施及不同战略上。

会员国的行动建议

68. 促进国家研究机构对社会经济决定因素、性别作用、干预措施的成本效益及高危人群的确定进行研究。
69. 评估盲症及视力损害的经济成本及其对社会经济发展带来的影响。
70. 决定贫困及其他决定因素对人们获取眼保健服务中的社会经济差距梯度的影响。
71. 将流行病学、行为学及卫生体系研究纳入眼健康及预防盲症和视力损害的国家规划中。

秘书处的行动

72. 与其它合作伙伴协作，对危险因素的现有数据进行整理，这些危险因素包括吸烟、不健康饮食、缺乏身体活动、紫外线辐射及缺乏个人卫生等，并协调制定与盲症的病因及预防相关的重点研究议程，特别将重点放在低收入和中等收入国家上。[2009-2011]
73. 支持会员国评估公共卫生政策及战略对眼健康现状带来的影响，并分享其成果。
74. 促进制定盲症及视力损害病因及严重程度的发展趋势的预测模型，并将优先考虑眼保健体系的发展及其目标的确立。[2010-2011]

国际合作伙伴的行动建议

75. 支持低收入和中等收入国家建设其在流行病学和卫生系统研究方面的能力，包括眼科疾病方面的规划实施和评价所需的分析和运作研究。
76. 支持低收入和中等收入国家的机构与高收入国家的机构之间展开合作。
77. 共同支持并优先考虑全球、区域及次区域层面上的眼科疾病研究。
78. 加强并支持世卫组织的合作中心及国家研究机构与预防盲症及视力损害相关的研究。

目标四：国家和国际层面上的各伙伴关系和利益攸关者为预防盲症和视力损害加强协调

79. 为预防盲症和视力损害，大型的国际伙伴关系和联盟对形成有效的公共卫生应对措施非常重要。在此过程中，会员国、联合国机构、其它的国际机构、学术团体、研究中心、专业性卫生保健组织、非政府组织、服务性组织、民间社会和企业部门都是关键利益攸关者。所面临的挑战是，加强全球及区域伙伴关系并将预防盲症纳入更广泛的发展行动中，这些行动包括了为建立新的跨部门合作及联盟形式所作出的努力。

会员国的行动建议

80. 参与并积极支持现有的旨在预防可避免的盲症和视力损害的国际伙伴关系和联盟，包括与非传染病控制规划及被忽视的热带病防控活动的协调。
81. 促进公共、私立及志愿部门在国家及次国家层面上形成伙伴关系。

秘书处的行动

82. 根据 WHA56.26 号决议，召集成立世卫组织消灭可避免盲症监测委员会。[2009]
83. 将世卫组织合作中心的工作计划与此行动计划的实施结合起来，支持并加强世卫组织合作中心的作用。[2009-2010]

国际合作伙伴的行动建议

84. 为实施此行动计划的各项内容，与会员国和秘书处紧密合作并提供支持。

85. 与其它具有更广泛发展议程的国际组织和机构联络，发现合作机会。
86. 继续支持现有的控制盘尾丝虫病及沙眼的伙伴关系，直至这些作为公共卫生问题的疾病得到消灭。

目标五：监测国家、地区及全球层面上消灭可避免盲症取得的进展

87. 有关盲症及视力损害病因、严重程度、地域分布及发展趋势的信息，对以证据为基础的宣传和计划活动非常重要。同样，了解目前服务提供的限制因素和差距，并监测会员国如何对此加以解决，对行动计划的的成功实施至关重要。只有对防盲行动进行持续性监测并定期评估才能对行动计划作出必要及时调整。

会员国的行动建议

88. 定期提供关于盲症和视力损害的流行率及病因的最新数据和信息，这些数据和信息按年龄、性别和社会经济地位分列。
89. 运用世卫组织现有的工具(比如在白内障、沙眼及盘尾丝虫病工作中所使用的工具)，加强标准化的数据收集并建立监测体系。
90. 运用世卫组织标准化的报告系统，就国家防盲战略和计划的实施情况定期提供进展报告。

秘书处的行动

91. 与主要的利益攸关者合作，审查并更新用于监测及定期评估预防盲症及视力损害行动的指标清单，并确定目标和时间表。[2009-2011]
92. 审查数据输入，以确定国家层面上采取的预防可避免盲症及视力损害行动带来的影响，目的是根据 WHA56.26 号决议，展现出可避免盲症的严重程度已有所下降。[2009-2011]
93. 根据 WHA56.26 号决议，记录有成功防盲规划的国家的良好做法和防盲系统或典型，以便可加以调整或在其它发展中国家运用。[2009-2010]

94. 着手对预防盲症及视力损害工作(包括国际伙伴关系的工作)定期进行独立评估, 评估情况由世卫组织消灭可避免盲症监测委员会进行审查。[2009-2010]

95. 促进开展《全球疾病负担: 2005 年研究》¹。[2009-2010]

国际合作伙伴的行动建议

96. 为会员国及秘书处监测和评估地区及全球层面防控盲症及视力损害的进展, 提供协作支持。

97. 与世卫组织合作建立一个网络, 审查地区及全球在预防盲症及视力损害方面的进展监测与评估情况。

指标

98. 为了评估盲症及视力损害病因的发展趋势, 衡量会员国在预防盲症和视力损害方面的进展以及监测本行动计划的实施情况, 需要确定并界定一套核心程序及结果指标。这些指标的主要侧重点放在秘书处和会员国已采取的行动上。每个国家可依据重点和资源自行制定一套指标; 然而, 为了追踪全球及地区进展, 需要将数据及信息收集进行标准化。需要对世卫组织目前用于监测及报告预防盲症和视力损害全球现状的一套指标²进行审查并加以更新。许多指标的基线值可以从世卫组织获得; 对于现在无法获得的基线值, 将建立收集相关数据的机制。

= = =

¹ <http://www.globalburden.org/>。

² 文件 WHO/PBL/03.92。