



## 2014 - 2019 年预防可避免的盲症和 视力损害行动计划草案

### 面向普遍的眼健康：2014 - 2019 年 全球行动计划

#### 秘书处的报告

1. 执行委员会在其第 132 届会议上审议了本报告的前一版本<sup>1</sup>，并通过了 EB132.R1 号决议，其中建议卫生大会通过有关“面向普遍的眼健康：2014-2019 年全球行动计划”的决议<sup>2</sup>。所附行动计划草案已经根据执委会的讨论意见作了更新（见附录 3 行动 2.1、2.4、2.5 和 3.3）。
2. 2009 年 5 月，第六十二届世界卫生大会 WHA62.1 号决议批准了 2009-2013 年预防可避免的盲症和视力损害行动计划。2012 年 1 月，执行委员会在第一三〇届会议上通过 EB130(1)号决定，决定为 2014-2019 年制定新的预防可避免的盲症和视力损害行动计划，要求总干事在制定该计划时与会员国和国际合作伙伴密切磋商，并通过执委会向第六十六届世界卫生大会提交草案。
3. 为准备 2014-2019 年行动计划初步草案，秘书处于 2012 年 2 月 24 日至 3 月 16 日间进行了一次基于网络的磋商。会员国和国际合作伙伴受邀回答了一系列关于 2009-2013 年行动计划和 2014-2019 年计划应包括哪些新的目标或优先工作领域的问题。一个月后，秘书处发布了一份讨论文件，与会员国和国际合作伙伴进行了进一步为期四周的基于网络的磋商。
4. 2012 年 8 月 31 日，世界卫生组织网站发布了“零号草案”，供与会员国、国际合作伙伴和联合国系统机构代表进行非正式磋商时讨论（日内瓦，2012 年 10 月 8 日）。与会者不仅贡献了观点，还要求秘书处举行一次后续性非正式磋商，讨论行动计划草

<sup>1</sup> 见文件 EB132/9 和执行委员会第 132 届会议第三次会议摘要记录。

<sup>2</sup> 关于该决议内容以及通过该决议对秘书处的财政和行政影响，见文件 EB132/2013/REC/1。

案中应该包括的全球目标。该会议于 2012 年 10 月 31 日召开，为此还草拟并散发了一份进一步的讨论文件。

5. 秘书处在准备后附行动计划草案时已纳入了首次非正式磋商的意见，包括了 10 月 31 日会议通过的目标。

## **卫生大会的行动**

6. 请卫生大会批准执行委员会在 EB132.R1 号决议中建议的决议草案并通过 2014-2019 年眼健康全球行动计划。

## 附件

### 草案

#### 普遍的眼健康：2014-2019 年全球行动计划

1. 2012年1月，执行委员会审查了实施2009-2013年预防可避免的盲症和视力损害行动计划<sup>1</sup>的进展，决定应立即启动2014-2019年后续计划工作，要并求总干事与会员国和国际合作伙伴密切磋商，制定2014-2019年预防可避免的盲症和视力损害行动计划草案，通过执行委员会向世界卫生大会提交<sup>2</sup>。经过与会员国、国际合作伙伴和联合国系统内部组织的磋商，草拟了后附的全球行动计划。

#### 世界视力损害现状

2. 2010年，世卫组织估计全球2.85亿人视力受损，其中3900万人失明。

3. 根据2010年的数据，80%的视力损害（包括盲症）都是可避免的。世界上视力损害的两个主要原因是未经矫正的屈光不正（42%）和白内障（33%）。所有国家都有降低两种情况负担的符合成本效益的干预措施。

4. 视力损害在老年年龄组更为常见。2010年，82%的盲人和65%中重度失明的人为50岁以上的人群。人群越贫困，越容易受包括盲症在内的视力损害的影响。

#### 过去的进展

5. 卫生大会近期的决议将消除可预防盲症作为一项公共卫生问题强调了其重要性。关于该议题最近的2009年WHA62.1号决议中批准了预防可避免的盲症和视力损害行动计划。2012年，提请第六十五届世界卫生大会注意的一份报告和讨论文件对实施2009-2013年行动计划过程中的经验教训进行了描述。这些发现的结果和收到的关于讨论文件的反馈是制定本全球行动计划内容的重要组成因素。部分吸取的经验教训载列如下。

---

<sup>1</sup> 见文件 WHA62/2009/REC/1，附件 1。

<sup>2</sup> 见决定 EB130（1）。

(a) 在所有国家，评估视力损害严重程度、原因和服务的有效性都至关重要。重要的是确保有系统能监测视力损害的患病率和原因，包括序时变化，以及眼健康和作为整个卫生体系一部分的康复服务的有效性。监测与评估眼健康服务和眼病流行趋势应纳入国家卫生信息系统。监测与评估得到的信息应用于指导制定服务和资源配置计划。

(b) 制定和实施国家预防可避免的盲症和视力损害政策和计划仍然是战略行动的基石。尽管部分针对眼病的规划在制定和实施政策和计划方面已取得了相当大的成功，在医疗卫生体系的各个层面都将眼病控制规划纳入到更广泛的医疗卫生服务系统中仍然是必要的。对人力资源开发、财务和财政拨款分配、私营部门和社会企业家的有效参与和对最脆弱群体的关怀而言，更是如此。越来越多的国家正在积累制定和实施有效的眼健康服务方面的经验，并将其纳入更广泛的卫生体系。这些经验应更好地得以记载和散发，使所有国家均能从中受益。

(c) 政府及其合作伙伴需要投资于符合成本效益的干预措施，减少可预防的视力损害，支持那些遭受不可逆视力损害的人们，帮助其在获得医疗保健、康复、支持和帮助时，在环境、教育和就业方面克服面临的障碍。尽管对于医疗保健的投入存在互相竞争的优先重点，白内障和屈光不正作为可避免的视力损害的两大原因，广泛采用的白内障手术和矫正屈光不正干预措施是非常具有成本效益的。通过纵向举措成功提供眼健康服务的实例很多，尤其在低收入条件下。重要的是在更广泛的卫生服务和体系中，将其完全纳入到全面的眼保健服务中。对充分的、可预测的和持续的财务资源的动员，可通过将预防可避免视力损害包含到更广泛的发展合作议程和举措中得以加强。在过去几年中，对通过创新性筹资为卫生筹集额外资源的讨论日益增多，但为减少最常见眼病而进行投资却相对缺失于创新性筹资的辩论和主要的卫生财务投入。需要对预防可避免视力损害和康复开展进一步的成本效益分析工作，以最大限度利用好现有的资源。

(d) 国际合作伙伴关系和联盟有助于制定和加强预防视力损害的有效公共卫生应对。如同前盘尾丝虫病控制规划、非洲盘尾丝虫病控制规划和世卫组织2020年全球消除沙眼联盟已证明的那样，资金充分、持续协调的国际行动已取得了可观的成就。视觉2020：享有看见的权利，这一世卫组织和预防盲症国际机构联合开展的消除可避免盲症全球倡议，对于提高人们对可避免盲症的认识是重要的，并已推动区域和国家实体的建立，促进开展广泛的活动。当前的挑战是加强全球和区

域伙伴关系，确保其支持建设强健、可持续的卫生系统，并使伙伴关系更加有效。

(e) 消灭可避免盲症取决于其他全球卫生和发展议程的进展，比如卫生系统的全面发展、卫生发展的人力资源、孕产妇、儿童及生殖健康领域的改善，和安全饮用水和基本卫生设施的提供等。眼健康应包含在更广泛的非传染性和传染性疾病的框架以及应对人口老龄化的框架中。某些致盲原因（例如：糖尿病、吸烟、早产、风疹和维生素A缺乏症）的已证实的风险因素需要通过多部门的干预措施不断地予以解决。

(f) 研究是重要的，需要得到资助。开发新的和更符合成本效益的干预措施，特别是那些适用于低收入和中等收入国家的生物医学研究是很重要的。实施性研究将为克服服务提供和采用中的障碍、改进适宜的成本效益策略和方法提供证据，以满足不断增长的、改善和保护社区眼健康的公共卫生需求。

(g) 全球目标和国家指标是重要的。全球目标展现计划清晰的整体方向，并集中合作伙伴所做的努力。宣传目的和评估行动计划的总体影响也是重要的。国家指标有助于会员国及其合作伙伴评估进展，计划未来的投资。

## 2014-2019年全球行动计划

6. 全球行动计划的**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够实现他们全部的潜力，全面的眼保健服务普遍可及。

7. 2014-2019年全球行动计划旨在持续并扩大会员国、秘书处和国际合作伙伴的努力，进一步改善眼健康，并致力于实现上述的愿景。其**总目标**是减少作为全球公共卫生问题的可避免视力损害<sup>1</sup>，保证视力受损者能够得到康复服务。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目标。附录1提供进一步详

---

<sup>1</sup>“视力损害”包含严重视力损害和中等视力损害，以及盲症。“盲症”定义为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”定义为视敏度低于 6/60 并等于或好于 3/60 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（世卫组织。盲症和视力损害定义。日内瓦，世界卫生组织，2012 年 <http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf>；2013 年 3 月 12 日登录）。本行动计划使用“视力损害”这一术语。

情。该计划的基础是五项原则和方法是：普遍可及和公平、人权、基于证据的实践、生命历程方法和赋予视力受损人群权力。附录2提供进一步详情。

8. 会员国、国际合作伙伴和秘书处提出的**行动**建议围绕三个**目标**（见附录3）：

目标一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。

目标二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<sup>1</sup>的眼健康活动，增强普遍性。

目标三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。

9. 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。附录4提供更多详情。

- **视力损害的患病率和原因。**理解视力损害的严重程度及原因，和随着时间变化的趋势是重要的。该信息对资源配置、计划和与其他规划的协同至关重要。
- **按组成细分的眼保健人员数量。**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。
- **白内障手术率**（每年、每百万人口开展的白内障手术数量）和**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。

---

<sup>1</sup>人人有责：加强卫生系统，改善健康状况：世卫组织的行动框架。世界卫生组织，日内瓦，2007。[http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)（2013年3月12日登录）。

10. 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%<sup>1</sup>。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，占有所有视力损害的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。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<sup>2</sup>。

---

<sup>1</sup> 2010年全球可避免视力损害的患病率为3.18%。降低25%意味着到2019年患病率应为2.37%。

<sup>2</sup> 根据国际货币基金组织，到2019年，低收入国家和中低收入国家基于购买力平价的平均人均国内生产总值将增长24%，中高收入国家22%，高收入国家则为14%。（<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2012/02/weodata/index.aspx>；2013年3月12日登录）。

## 附录 1

## 愿景、总目标和目的

<b>愿景</b>			
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。			
<b>总目标</b>	<b>可衡量指标<sup>1</sup></b>	<b>核实手段</b>	<b>重要假设</b>
减少作为全球公共卫生问题的可避免视力损害，保证视力受损者能够得到康复服务 <sup>2</sup>	视力损害的患病率和原因 全球目标：到 2019 年，全球可避免的视力损害患病率比 2010 年的基线值减少 25%	在国家级和次国家级收集流行病学数据，进行区域和全球估算	实施了各人权公约，在所有政策中实现了公平性，视力受损者获得了充分赋权 行动计划结束前实现了持续投资
<b>目的</b>			
增加整合在卫生系统中的全面眼部保健服务的可及性	每百万人口中获得眼部保健的人数 白内障手术率	会员国提供的总结国家数据的报告	所有人群完全、公平获得服务

<sup>1</sup> 另见附录 4。

<sup>2</sup> 秘书处预防盲症规划的目标被表述为“预防和控制主要的盲症可避免原因并让所有人能够获得基本的眼保健……长期具体目标是将国家级盲症率下降到低于 0.5%，各团体中的盲症率不超过 1%”。载于《国家级预防盲症规划的形成和管理》。日内瓦，世界卫生组织，1990（文件 WHO/PBL/90.18）。

## 附录 2

## 跨领域原则和方法

普遍可及和公平	人权	基于证据的实践	生命历程方法	赋予视力受损者权力
无论其年龄、性别和社会地位如何，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	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	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	眼健康和相关政策、计划和规划应考虑生命历程所有阶段的健康和社会需求	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

附录 3  
目标和行动

目标 1	可衡量的指标	核实手段	重要假设
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	<p>2019 年之前过去五年间开展和发表患病率调查的会员国数量 (%)</p> <p>2019 年之前过去五年间已经完成和发表眼保健服务测评的会员国数量 (%)</p> <p>会员国报告的世界爱眼日观测</p>	<p>会员国向秘书处报告有关视力损害患病率和原因的流行病学和经济测评</p> <p>使用眼健康服务测评和成本效益研究结果制定国家级和次国家级眼健康政策和计划</p> <p>国家、区域和全球倡导和宣传活动报告</p>	尽管当前全球金融环境不理想并存在各种竞争议题，仍成功倡导增加眼健康投资
<b>目标 1 行动</b>	<b>提议的会员国投入</b>	<b>秘书处投入</b>	<b>提议的国际合作伙伴投入</b>
1.1 开展有关视力损害患病率及其原因的基于人群的调查	<p>分配所需资源，与合作伙伴协作开展调查</p> <p>发表和散发调查结果，并将结果送交秘书处</p>	<p>向会员国提供调查工具和技术意见</p> <p>提供区域和全球级患病率估算</p>	<p>倡导开展调查的必要性</p> <p>明确和供应额外资源以补充政府对于调查的投资</p>
1.2 评测会员国提供全面眼保健服务的能力并明确差距	<p>分配所需资源，评测眼保健服务交付情况。测评应覆盖所提供服务的可用性、可及性、可负担性、可持续性、质量和公平性，包括眼部健康规划的成本效益分析。</p> <p>收集和汇编国家级数据，明确服务提供差距</p>	<p>向会员国提供眼保健服务测评工具和技术意见</p> <p>发表和散发会员国和国际合作伙伴提供的数据总结报告</p>	<p>倡导开展眼保健服务测评的必要性</p> <p>支持会员国收集和散发数据</p> <p>明确和供应额外资源以补充政府对于眼保健服务测评的投入</p>

	发表和散发调查结果，并将结果报告给秘书处		
1.3 记载提高眼保健普遍可及方面的最佳实践实例并用于倡导宣传	明确和记载成功的干预措施和教训 发表结果并将结果报告给秘书处	开发工具并连同技术意见一起提供给会员国 整理和散发来自会员国的报告	倡导记载最佳实践的必要性 支持会员国记载最佳实践和散发结果 明确额外资源以补充政府投资
<b>目标 2</b>	<b>可衡量的指标</b>	<b>核实手段</b>	<b>重要假设</b>
按照世卫组织加强卫生体系以改善健康成果的行动框架，制定和/或加强并实施国家眼健康政策、计划和规划	报告眼健康政策、计划和规划实施情况的会员国数量（%） 设有眼健康/盲症预防委员会，和/或国家级盲症预防协调员，或同等机制的会员国数量（%） 将眼保健内容纳入国家基本药物、诊断工具和卫生技术清单的会员国数量（%） 报告将眼健康纳入国家卫生计划和预算的会员国数量（%） 报告具有包含眼保健人力资源的国家计划的会员国数量（%） 报告有关眼健康规划成本效益的研究证据的会员国数量（%）	会员国提供的数据总结报告	政策、计划和规划充分遍及所有人群 有需要的人能够获得服务

目标 2 行动	提议的会员国投入	秘书处投入	提议的国际合作伙伴投入
2.1 为制定/更新、实施和监测国家级/次国家级眼健康政策和计划提供领导和治理	<p>在关键利益攸关方的参与下，制定/更新眼健康和预防视力损害国家级/次国家级政策、计划和规划，包括指标和具体目标</p> <p>保证将初级眼保健纳入初级卫生保健</p> <p>设立全新和/或保持现有协调机制（如国家协调员、眼健康/盲症预防委员会、其它国家级/次国家级机制）以监督政策、计划和规划的实施和监测/评估。</p>	<p>就按照全球行动计划如何制定和实施国家级/次国家级政策、计划和规划向会员国提供指导</p> <p>向会员国提供有关初级眼保健的工具和技术意见，以及开发、实施、监测和评估全面综合眼保健服务的良好领导及治理实践证据</p> <p>建立/保持负责眼健康/预防视力损害的全球和区域人员队伍</p> <p>在战略相关和资源允许的地方设立眼健康/预防视力损害国家职位</p>	<p>倡导制定政策、计划和规划的国家级/次国家级领导力</p> <p>支持国家级领导层明确实施政策/计划和将初级眼保健纳入初级卫生保健所需的财务和技术资源</p> <p>保证秘书处在总部、区域和驻在国关键职位的筹资</p>
2.2 保证有足够的财务资源通过国家级政策、计划和规划改善眼健康并提供纳入卫生体系的全面眼保健服务	<p>确保在全面综合医疗保健服务中为眼健康提供资金</p> <p>进行可避免视力损害预防和康复服务的成本效益分析并开展眼健康规划的成本效益研究以优化可用资源的使用</p>	<p>在会员国明确具有成本效益的干预措施中提供工具和技术支持并保证所需的财务资源</p>	<p>在国家级和国际级倡导充足资金及有效用于实施国家级/次国家级政策、计划和规划</p> <p>明确资金来源以补充国家级对于眼保健服务和成本效益分析的投资</p>
2.3 建立和保持可持续的提供全面眼保健服务的人员队伍，以此作为卫生人员队伍更广泛人力资源的一部分	<p>开展眼保健人力资源作为更广泛卫生人力资源一部分进入卫生规划的规划，并在其它相关部门进行眼健康人力资源规划</p> <p>为眼健康专业人士提供培训和职业发展</p>	<p>提供所要求的技术支持</p> <p>整理和发表最佳实践实例</p>	<p>倡导可持续眼健康人员队伍的重要性</p> <p>通过国家级协调机制支持培训和专业发展</p> <p>为会员国收集和散发数据提供支持</p>

	<p>确保设立并实施眼健康人员留任战略</p> <p>明确、记载和向秘书处及其他合作伙伴散发有关眼健康人力资源的最佳实践</p>		
2.4 与国家沙眼和盘尾丝虫病消除活动相结合，在初级、二级和三级各级提供全面和公平的眼保健服务。	<p>提供和/或协调全面和公平的眼保健服务的普遍可及，重点是儿童和老年人等脆弱群体</p> <p>加强转诊机制和面向视力受损人群的康复服务</p> <p>确立眼保健质量标准 and 规范</p>	向会员国提供世卫组织现有的工具和技术支持	<p>倡导全面公平眼保健服务的重要性</p> <p>通过国家级协调机制，依照各项政策、计划和规划，支持包括康复服务在内的眼保健服务提供方面的本地能力建设</p> <p>通过国家级协调机制，依照各项国家级政策、计划和规划，监测、评估和报告所提供的服务</p>
2.5 使人们能够享有和获得质量有保证的基本药物、诊断工具和卫生技术，特别关注脆弱群体和服务不足人群，并且探索用以提高以证据为基础的新技术可负担性的机制	<p>确保存在基本医疗产品、国家级诊断和治疗规程和相关设备清单</p> <p>确保基本药物、诊断工具和卫生技术的可用性和可及性</p>	提供技术支持和工具支持会员国	<p>倡导基本药物、诊断工具和卫生技术的重要性</p> <p>依照国家级政策提供基本药物、诊断工具和卫生技术</p>
2.6 在国家信息系统中纳入眼保健服务提供及质量监测指标	<p>在国家级信息系统中采用一套国家级指标和具体目标，包括有关康复的国家级指标和具体目标</p> <p>定期收集、分析和解读数据</p> <p>向秘书处报告数据</p>	<p>向会员国提供技术支持，将国家级指标和具体目标纳入国家级卫生体系</p> <p>每年整理和散发会员国报告的数据</p>	<p>倡导使用国家级议定的指标进行监测的重要性</p> <p>为收集和分析国家级和次国家级数据提供财务和技术支持</p>

目标 3	可衡量的指标	核实手段	重要假设
多部门参与和有效伙伴关系，加强改善眼健康	<p>在国家级眼健康/预防盲症政策、计划和规划中提及多部门方法的会员国数量（%）</p> <p>世卫组织 2020 年全球消除沙眼联盟、非洲盘尾丝虫病控制规划和美洲盘尾丝虫病消灭规划按照其战略计划开展工作</p> <p>已将眼健康纳入相关减贫战略、举措和更广泛社会经济政策的会员国数量（%）</p> <p>将眼健康作为部门间协作的一部分进行报告的会员国数量（%）</p>	<p>秘书处收到和整理的来自会员国的报告</p> <p>收到来自伙伴关系的年段报告和出版物</p>	非卫生部门投资于更广泛的社会经济发展
目标 3 行动	提议的会员国投入	秘书处投入	提议的国际合作伙伴投入
3.1 让非卫生部门参与制定和实施眼健康/预防视力损害政策和计划	<p>卫生部委明确和邀请其他部门参与，如教育部、财政部、福利部和发展部等的下属部门</p> <p>将经验报告给秘书处</p>	<p>就非卫生部门的具体作用向会员国提出意见并在会员国明确和邀请非卫生部门参与时提供支持</p> <p>整理和发表会员国经验</p>	<p>在各部门倡导多部门工作的附加价值</p> <p>向多部门活动（如水和清洁卫生）提供财务和技术能力</p> <p>在会员国收集和散发经验时提供支持</p>

3.2 加强有效的国际和国家伙伴关系和联盟	<p>促进积极参与和合适时设立与国家级优先重点、政策、计划和规划协调一致的伙伴关系和联盟</p> <p>明确和促进国家间协作的合适机制</p>	<p>合适时参与并领导支持、协调和符合会员国优先政策、计划和规划的伙伴关系和联盟，包括邀请联合国其他机构参与</p> <p>协助和支持建立国家间协作</p>	<p>促进参与和积极支持协调和符合会员国优先工作、政策、计划和规划的伙伴关系、联盟和国家间协作</p>
3.3 将眼健康纳入减贫战略、举措和更广泛的社会经济政策	<p>明确并将眼健康纳入相关减贫战略、举措和社会经济政策</p> <p>确保患有可避免及不可避免的视力受损者能获得教育机会，并开展、实施和评估残疾包容实践</p>	<p>撰写和散发政策制定者要旨</p> <p>就如何将眼健康/预防视力损害纳入减贫战略、举措和社会经济政策向会员国提出意见</p>	<p>倡导将眼健康纳入减贫战略、举措和社会经济政策</p>

## 附录 4

## 预防可避免的盲症和视力损害的国家指标

## 1. 视力损害的发病率和原因

目的/理由	衡量包括盲症在内的视力损害的严重程度，监测消除可避免的盲症和控制可避免的视力损害的进展
定义	包括盲症在内的视力损害的患病率及其原因，最好按年龄和性别分列
首选的数据收集方法	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
测量单位	根据人口调查确定的视力损害的患病率
数据收集的频率	在国家级至少每 5 年 1 次
数据的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处定期更新视力损害的患病率和原因的全球估计数

## 2.1 主要眼保健人员的数量：眼科医生

目的/理由	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
首选的数据收集方法	国家专业和监管机构的注册登记
测量单位	每百万人口眼科医生数量

数据收集的频率	每年 1 次
局限性	该数字并不反映手术不活跃的眼科医生比例；临床产出（例如分类专科医师）；绩效；和干预措施质量。除非进行区分，该数据并不反映地域分布
信息的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处每年根据会员国提供的国家数据发布一份全球更新

## 2.2 主要眼保健人员的数量：验光师

目的/理由	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
首选的数据收集方法	国家专业和监管机构的注册登记
测量单位	每百万人口验光师数量
数据收集的频率	每年 1 次
局限性	该数字并不代表绩效，尤其是减少可避免的盲症的干预措施的质量。因为课程没有标准化，一个国家和另一国家的验光师的知识和技能存在很大的差别 数字并不反映眼科临床人员、屈光矫正人员和其他类似群体的比例，在那些该类人员不足或没有的国家他们发挥验光师作用。
信息的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处每年根据会员国提供的国家数据发布一份全球更新

### 2.3 主要眼保健人员的数量：有关眼科人员

目的/理由	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
首选的数据收集方法	来自政府、非政府组织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
测量单位	每百万人口有关眼科人员数量
数据收集的频率	每年 1 次
局限性	数字并不代表绩效，尤其是减少可避免的盲症的干预措施的质量。知识和技能存在很大的差别。这些数据有助于监测各国随着时间取得的进展，但因为命名上的差别，不能可靠地用于国家间的比较
信息的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处每年根据会员国提供的国家数据发布一份全球更新

### 3.1 白内障手术率

目的/理由	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况的替代指标
定义	每百万人口每年开展的白内障手术数量
首选的数据收集方法	政府卫生信息记录、调查情况

测量单位	每百万人口开展的白内障手术数量
数据收集的频率	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	只有当包含了一个国家开展的全部白内障手术，即既包括政府机构也包括非政府机构的手术时，该指标才有意义
评论	使用官方来源的人口数据（联合国）进行计算
信息的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处每年根据会员国提供的国家数据发布一份全球更新

### 3.2 白内障手术覆盖率

目的/理由	评测白内障手术服务需求得到满足的程度
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
首选的数据收集方法	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。
测量单位	比例
数据收集的频率	由开展国家/地区盲症和视力损害患病率及其原因研究的频率决定
局限性	需要以人口为基础进行研究，推广性可能有限
评论	数据最好按照性别、年龄、城市/乡村或地区分类
信息的来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会
数据的散发	秘书处定期发布更新