



REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC

西太平洋区域办事处

区域委员会

WPR/RC64/5

第六十四届会议
菲律宾马尼拉
2013年10月21-25日

2013年6月25日

原文：英文

临时议程项目 11

预防盲症

盲症和视力损害的患病率相当高。2010年，西太平洋区域有9000万视力损害患者，1000多万人失明。研究显示，80%的成人视力损害患者和失明都可治疗或预防。尽管如此，盲症仍是一项需要卫生部门和整个社会做出更有力应对的公共卫生问题。

多项世界卫生大会决议都强调了加强消除可避免性盲症之工作的重要性。2009年，第WHA62.1号决议批准了《2009-2013年预防可避免性盲症和视力损害行动计划》。2012年，执行委员会第130届会议通过的第EB130(1)号决定呼吁制定一个新的行动计划。最近，2013年5月召开的世界卫生大会批准了《普遍的眼健康：2014-2019年全球行动计划》。

为支持全球计划，现提交《实现普遍眼健康：西太平洋区域行动计划（2014-2019）》草案（见附件）供审批，以便为世卫组织根据亚太地区的具体情况展开支持提供一个区域性的视角。

1. 现况

盲症和视力损害的患病率相当高。据世界卫生组织估计，2010年，2.85亿人患有视力损害，其中3900万人失明。全世界9/10的视力损害患者在发展中国家。同样在2010年，西太平洋区域约有9000万视力损害患者，其中1000多万人失明。

视力损害和盲症可导致对他人的依赖，让个人及其家庭备受煎熬。失明或视力不佳严重损害了受教育、赚钱就业的机会和生产力。盲症和视力损害影响到各国的经济增长和发展。据2000年估计，视力损害每年给全球造成的经济损失达420亿美元。据预测，这项损失到2020年将升至1100亿美元。

对低收入和中等收入国家来说，收集数据和良好的监测是一项挑战。多达80%的盲症和视力损害都是可以治疗或预防的，但许多政策制定者却并不知道一些简单的干预措施的效果和成本效益性。针对盲症和视力损害的工作常常缺乏相互关联；应加强社区预防工作与转诊系统之间的联系。

多项世界卫生大会决议都强调了将消除可避免性盲症作为一项公共卫生问题不断加强的努力的重要性。2009年，第WHA62.1号决议批准了《2009-2013年预防可避免性盲症和视力损害行动计划》。在2012年的执行委员会第130届会议上，执委会通过了第EB130(1)号决定，呼吁制定新的预防可避免性盲症和视力损害的行动计划。2013年5月，世界卫生大会批准了《普遍的眼健康：2014-2019年全球行动计划》。

为支持全球计划，2013年制定了《实现普遍眼健康：西太平洋区域行动计划（2014-2019）》草案（见附件）。该行动计划将为世卫组织根据亚太地区的具体情况展开支持提供一个区域性的视角。该计划草案提出了一套会员国和世卫组织可采取的行动；针对本区域的不同情况和环境，并与会员国磋商后，可对这些行动确定优先和加以调整。

2. 问题

为支持会员国的工作，特制定了《实现普遍眼健康：西太平洋区域行动计划（2014-2019）》草案，突出了以下重要原则：

2.1 在公共卫生议程中更加重视盲症和视力损害的预防

对会员国来说，这是一项重要事项和挑战，因为要加大宣传力度才能说服决策者对可纳入国家卫生计划的预防措施进行投入。为阐明加强盲症和视力损害预防工作的益处，我们需要进一步努力摸清这一问题在各国的严重程度。盲症及视力损害的数据收集应与卫生信息系统相结合。

要向决策者更明确地阐述预防措施的社会经济效益。例如，白内障手术效果极好，几乎可以立即恢复视力。治疗屈光不正的干预措施也具有极高的成本效益性，而眼镜是矫正屈光不正最简便安全的方法。现在，在大多数国家，都能以不到 5 美元的价格买到质量可靠的眼镜。

2.2 制定具有成本效益性、一体化、全面的盲症及视力损害预防与管理干预措施

在许多情况下，可通过改善整体卫生系统、尤其是改善妇幼保健规划（例如预防早产、提供高质量的早期新生儿保健、接种风疹疫苗、补充或强化维生素 A）来消除可避免性盲症。加强糖尿病预防和控制，可使成千上万的人（尤其是太平洋岛国和地区的人民）免受糖尿病视网膜病导致的视力损害。致盲性沙眼仍是 11 个亚太国家的公共卫生问题之一，而提供安全用水、改善卫生条件和卫生设施，是解决造成致盲性沙眼之感染的重要干预措施。包括控烟和戒烟在内的高血压预防及管理规划，可减缓发生视网膜病的进程。

2.3 通过加强卫生系统预防盲症和视力损害，同时强调初级和二级保健

社区和村级卫生工作者可在基层医疗机构提供眼保健服务方面发挥重要作用，特别是在岛屿和资源匮乏地区。在开展社区卫生活动和宣传活动的同时，还要提高卫生系统早期发现与转诊、治疗与管理的能力。应加强区级眼保健服务。训练有素的中级医务人员是在二级和三级医疗机构成功开展大量白内障手术的关键。应将屈光矫正和眼科服务纳入国家卫生体系，这也包括持续开展人员培训。同时要保证当地买得起的眼镜的连续供应。

2.4 加强监测、评价和报告

要将国家政策和省级行动计划很好地纳入国家总体卫生和发展计划。卫生部在实施和提出战略方向方面发挥着牵头作用，而对工作进展要定期进行监测与评价。为此，全球和区域层面推荐的重要指标可能也适用于国家层面，如：视力损害的患病率和原因；眼保健人员数量；白内障手术率和覆盖率等。第一个指标与一项全球目标有关，即，到 2019 年让可避免的视力损害患病率在 2010 年的基础上降低 25%。

2.5 扩大与各利益相关方的合作关系和网络联系

非卫生部门的参与将有助于解决与贫困和健康的社会决定因素相关的病因。在解决盲症和视力损害这样一个公共卫生问题时，教育起着关键作用。学校系统提供了一个早期发现并管理儿童、家庭和社区所面临的视力损害风险的宣传平台。教育宣传活动还强调了老年人服务及其他健康老龄化活动的必要性。

3. 建议采取的行动

提请区域委员会审议并考虑批准《实现普遍眼健康：西太平洋区域行动计划（2014-2019）》草案。

草案
实现普遍眼健康：西太平洋区域行动计划
(2014–2019)

世卫组织西太平洋区域办事处
菲律宾马尼拉



世界卫生组织
西太平洋区域

1. 为什么要防治视力损害问题.....	9
2. 实现普遍眼健康：西太平洋区域行动计划（2014–2019）	10
2.1 概述	10
2.2 愿景、总体目标和宗旨	12
2.3 交叉原则和方法	12
3. 目标	13
3.1 目标一	13
3.2 目标二	14
3.3 目标三	16
附件一： 预防可避免性盲症和视力损害的国家指标	18
附件二： 验证方法和重要假设	24
附件三： 测量指标	25

1. 为什么要防治视力损害问题

拥有视力被认为是理所当然之事。但对于很多人而言，视力不佳或盲症让他们和家人备受煎熬。视力丧失患者可能需要家庭和社区的支持。视力不佳或盲症严重损害了受教育、挣钱就业的机会和生产力。这些问题在贫困人口中更为显著，他们无法获得基本眼保健或康复服务。

整个西太平洋区域尚未实现眼保健服务的普及，各地原因各异。一些国家无力提供专业的卫生服务，而且可能缺乏受过培训的眼保健人员。因此，眼保健服务可能只在市中心提供，对于很多不能作长途旅行的人而言就遥不可及了。其他国家可能有足够的受过培训的眼保健人员和所需的基础设施来提供全面的服务，但这些眼保健服务可能已私有化，价格高昂，而最需要这些服务的贫困人口负担不起。

因此，要改善优质眼保健服务的提供情况，不同国家之间，甚至是同一个国家要采取不同的方法。但本区域大多数国家，特别是中、低收入国家适用一些重点干预措施，包括白内障和屈光不正的治疗。屈光不正一般通过佩戴眼镜和隐形眼镜来实施矫正。

在全球范围内，四分之三的视力损害是由未矫正屈光不正（42%）和白内障（33%）造成的。白内障手术和佩戴合适的眼镜是成本效益最高的干预措施之一，可立即恢复视力。

由糖尿病导致的视力丧失是本区域所面临的一项越来越严峻的挑战。在太平洋岛屿国家和地区，糖尿病视网膜病变是视力损害的主因之一。我们需提倡改善筛查手段和预防方法。

沙眼是最常见的致盲传染病因。虽然部分亚洲国家在消除沙眼方面取得进展，但来自一些太平洋岛屿国家和地区的数据显示，沙眼仍是一个公共卫生问题。

维生素 A 缺乏（VAD）在本区域很多低收入国家，特别是太平洋岛屿国家和地区，是一个公共卫生问题，对幼童和孕妇的影响最大。维生素 A 缺乏是导致儿童可预防性盲症的主因，且维生素 A 补剂具有较高成本效益，而儿童通常摄入量极低。

本区域常被忽略的问题是缺乏对不可逆视力损害患者的支持。低视力和康复服务非常有限，在中低收入国家尤为如此。即便有提供这些服务，但患者和服务提供方当中在这方面的意识非常薄弱，往往导致服务未被充分利用，保健的连续性差。

视力损害会造成沉重的经济负担。2000 年，据估计，视力损害每年给全球造成的经济损失达 420 亿美元；据预测，到 2020 年将升至 1,100 亿美元。

随着本区域实施了富有成本效益的战略，以减轻不必要的视力损害带来的沉重负担，眼保健同时需要促进社会经济发展、人权和公平。改善眼保健的工作应纳入加强卫生系统的整体方法，从而确保侧重于单一疾病带来的益处扩大到其他交叉领域，这对于低收入国家尤应如此。

2. 实现普遍眼健康：西太平洋区域行动计划（2014–2019）

2.1 概述

根据 2013 年 5 月第六十六届世界卫生大会批准的《实现普遍眼健康：2014–2019 年全球行动计划》，《实现普遍眼健康：西太平洋区域行动计划 2014–2019》草案的愿景是在这个世界上，没有人遭受不必要的视力损害，不可避免性失明患者可以充分发挥自己的潜力，全面的眼保健服务普遍可及。

本区域行动计划草案旨在保持和扩大成员国、世卫组织秘书处和国际合作伙伴的努力，进一步改善眼健康，并致力于实现该行动计划的愿景。本区域行动计划的目标是减少作为全球公共卫生问题的不可避免性视力损害，并保证视力损害患者能够获得低视力和康复服务。¹本区域行动计划的宗旨是通过扩大被纳入卫生系统的、全面的眼保健服务的覆盖面，实现本行动计划的上述目标。更多详情见附件一。本计划有五项基本原则和方法：普及与公平、人权、循证实践、生命全程保健方法、视力损害患者赋权。

建议成员国、国际合作伙伴和世卫组织秘书处采取的行动以下列三个目标为中心：

目标一 针对收集视力损害的严重程度和原因以及眼保健服务方面的证据的需求，并利用这些证据倡导成员国加大对眼健康的政治和资金承诺力度。

目标二 鼓励制定并实施针对改善普遍眼健康的、一体化的国家眼健康政策、计划和规划，并根据世卫组织的行动框架《人人有责：加强卫生系统，改善健康成果》开展活动。²

目标三 解决多领域参与及有效的合作伙伴关系问题，以加强眼健康。

¹ 视力损害包括中度视力损害、重度视力损害和盲症。“盲症”定义为视力较佳的一只眼睛的日常生活视力在 3/60 以下或视野减小至 10 度以下的情况。“重度视力损害”的定义为日常生活视力大于等于 3/60 但小于 6/60 的情况。“中度视力损害”的定义为日常生活视力在 6/60 到 6/18 之间的情况。（世卫组织. 盲症和视力损害的定义. 日内瓦, 世卫组织, 2012 年。

<http://www.who.int/blindness/Change%20the%20Definition%20of%20Blindness.pdf>, 2013 年 3 月 12 日访问) 本区域行动计划使用视力损害这一术语。

² 人人有责：加强卫生系统，改善健康成果：世卫组织行动框架。世卫组织. 日内瓦, 2007 年。

http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf (2013 年 3 月 12 日访问)

这三个目标中的每个目标都有一套衡量进展的测量指标。在总体目标和宗旨水平方面有三个指标衡量国家层面的进展，尽管很多成员国可收集数据编制其他指标。这三个指标分别是：

(i) 视力损害的患病率和原因； (ii) 人口中拥有的眼保健人员的数量； (iii) 白内障手术率和白内障手术覆盖率。更多详情见附件一。

- *视力损害的患病率和原因。* 了解视力损害的严重程度和原因及随时间推移的趋势，这一点很重要。这些信息对于资源配置、计划和与其他规划发挥协同效应至关重要。
- *按组成细分的保健人员数量。* 该参数在确定眼健康工作人员的可用性方面非常重要。可以确定差距，并对人力资源规划作相应调整。
- *白内障手术率*（每年每百万人口接受的白内障手术数量）和 *白内障手术覆盖率*（在双眼白内障导致视力损害的个人患者中，接受单眼或双眼白内障手术的人数）。了解白内障手术率对于监测针对全球致盲主因之一的白内障的手术服务至关重要。此外，该手术率还可作为眼保健服务提供的重要替代性指标。成员国如拥有视力损害患病率和原因的相关数据，便可计算出白内障手术覆盖率；这是一项重要的衡量指标，可提供有关白内障手术服务需求满足程度的信息。

这些指标中的第一项指标有一个全球目标。它将对全面衡量本区域行动计划的影响。这个全球目标是：到 2019 年，可避免性视力损害患病率在 2010 年的基础上降低 25%。全球行动计划也将其选为全球目标。³ 在实现这一目标的过程中，预期最大的进展将来自 50 岁以上人口可避免性视力损害患病率下降。如上所述，白内障和未矫正屈光不正正是导致可避免的视力损害的两大主因，造成了 75% 的视力损害，而且在老年人中尤为常见。到 2019 年，估计有 84% 的视力损害患者发生于 50 岁或 50 岁以上的人群。

扩大全面的、一体化的、针对视力损害的主因的眼保健服务——及预期落实更广泛的发展举措（包括《全球非传染病防控行动计划 2013–2020》草案等战略）及全球范围内努力消除沙眼的努力，预计可改善健康状况——表明，这个全球目标虽然宏大，但是可以实现的。此外，预期中低收入国家的国内生产总值增长，这将带来更广泛的健康收益，从而将减少视力损害。

³ 2010 年全球可避免的视力损害患病率为 3.18%。降低 25% 意味着到 2019 年患病率将为 2.37%。

2.2 愿景、总体目标和宗旨

愿景

一个没有人患不必要的视力损害，不可避免性视觉丧失患者可充分发挥自己的潜力，实现全面的眼保健服务的普及的区域。

总体目标

所有成员国实现到 2019 年可避免性视力损害患病率在年的基础上降低 25% 的目标。

宗旨

改善被纳入卫生系统的、全面的眼保健服务的普及。

2.3 交叉原则和方法

普及与公平

无论年龄、性别、人种、地理位置或社会地位，所有人应平等地获得卫生保健以及达到或恢复到可达到的最高标准的健康的机会。

人权

治疗眼疾和预防促进眼健康的战略和干预措施须符合国际人权公约和协定。

循证实践

治疗眼疾和预防促进眼健康的战略和干预措施需以科学证据和良好做法为依据。

生命全程保健方法

眼健康和相关政策、计划和规划需考虑生命过程中所有阶段的健康和社会需求。

盲症和视力损害患者赋权

盲症或低视力患者有权能够充分参与社会、经济、政治和文化生活。

3. 目标

3.1 目标一

收集并使用证据来倡导成员国加大对眼健康的政治和资金承诺力度。

成员国的行动

1. 就视力损害的患病率和原因，与合作伙伴合作开展基于人口的调查，以支持国家眼保健规划的计划。在可能时，将眼健康纳入更广泛的健康调查。按要求配置资源。
2. 提高计划和开展基于人口的调查（包括针对眼保健的调查）的机构能力。
3. 评估在所有级别提供全面的眼保健服务（包括低视力和康复服务）的国家能力，并确定差距。
4. 配置开展评估所需的资源。
5. 通过将眼健康宣传信息纳入国家和地方卫生宣传活动，提高视力损害预防战略（例如洗脸和洗手、适当的营养、避免糖尿病等）和治疗战略（例如白内障服务等）方面的社区意识。

世卫组织的行动

1. 提供有关计划和落实调查的技术意见。
2. 提供有关将调查结果转化为国家眼保健规划依据的技术意见。
3. 提供有关计划和实施国家能力评估的技术意见。
4. 提供有关将评估结果转为国家眼保健规划依据的技术意见。
5. 世卫组织为成员国提供有关眼保健服务的交付模式、人力资源、基础设施、管理和安全与质量的建议。
6. 为成员国制定相关眼健康宣传活动信息和战略提供技术支持。
7. 将眼健康纳入在各个环境中落实的、既有的世卫组织健康宣传规划。
8. 提供机会分享经验和良好做法。

国际合作伙伴的行动

1. 宣传进行调查的必要性。
2. 确定和提供额外资源，以补充调查方面的政府投资。
3. 支持成员国收集和发布调查数据。
4. 确定和提供额外资源，以补充眼保健服务评估方面的政府投资。
5. 跨领域宣传促进眼健康的重要性。
6. 加强眼健康促进活动与既有的社区规划的整合。
7. 为制定和落实眼健康促进活动提供资金和技术实力支持。

3.2 目标二

依照世卫组织行动框架《人人有责：加强卫生系统，改善健康成果》，制定和/或加强并落实国家政策、计划和规划，以改善普遍眼健康。

成员国的行动

1. 制定/更新、落实和监测针对眼健康、低视力和康复的国家和次国家政策、计划和规划，包括指标和目标，关键利益相关方参与。
2. 将国家和次国家眼健康计划纳入国家卫生计划，以确保眼健康方面的投资决策以疾病负担和干预措施的成本效益性为依据。
3. 建立新的和/或维持既有的协调机制（例如国家协调员、眼健康/预防盲症委员会、其他国家/次国家机制）。
4. 对作为更广泛的卫生规划人力资源的一部分的眼保健人力资源进行规划。
5. 为卫生系统内的眼健康专业人员提供标准化培训和职业发展机会，包括屈光和光学服务提供方、低视力和康复服务提供方。
6. 承认并加强社区卫生工作人员在提供初级眼保健方面的作用。
7. 承认并加强中级眼保健人员在提供二级和三级眼保健方面的作用。

8. 发展/加强初级眼保健与初级卫生系统的相关整合。
9. 发展/加强由中级眼保健人员支持的区级眼保健服务和基础设施。
10. 评估和监测白内障手术服务和屈光服务，包括服务可用性、可及性和质量。
11. 制定/加强糖尿病/非传染病（NCD）国家规划，并整合各系统，以通过定期筛查、及时转诊和适当治疗，预防由糖尿病视网膜病变导致的视觉丧失。
12. 在疑似流行国家，继续评估沙眼的分布情况和严重程度，并在有需要时，制定沙眼行动计划。
13. 在疑似维生素 A 缺乏的领域，开展评估并为短、长期干预措施提供依据，包括母乳喂养、补充、宣传富含维生素 A 的饮食、食品强化等。
14. 确保存在并能够提供国家基本医药制品清单、国家诊断和治疗方案和相关设备，其中包括针对眼保健的清单、方案和设备。
15. 在国家卫生信息系统内，采用一套常规的眼保健指标和目标。
16. 利用针对卫生普及的国家卫生融资方法，支持涉及基本眼保健、低视力和康复服务的融资渠道。

世卫组织的行动

1. 为计划、落实、监测和评估在所有级别的卫生系统（以初级为重点）提供最优眼保健服务的情况，提供技术支持。
2. 为制定国家劳动力目标和界定每一个级别的卫生系统的眼健康专业人员的作用和责任，提供所需的技术支持。
3. 按要求，提供白内障手术成果监测工具方面的培训。
4. 宣传将可及的、可负担的屈光和光学服务纳入国家卫生系统的成功模式。
5. 提倡鼓励糖尿病患者定期进行眼部检查的指导方针。
6. 支持糖尿病患者眼部筛查的相关模式和指导方针的制定。

7. 支持《西太平洋区域被忽视的热带病防控行动计划（2012-2016）》草案的落实。
8. 在适当时，提倡将儿童盲症与维生素 A 缺乏挂钩。
9. 为确定被纳入国家清单的眼保健基本药品、诊断和技术，提供技术援助。
10. 为界定相关的眼保健指标和国家专项目标，提供技术支持。
11. 每年整理和发布眼保健指标数据。

国际合作伙伴的行动

1. 提倡在制定政策、计划和规划中的国家/次国家领导地位。
2. 支持在确定为落实政策/计划所需的资金和技术资源中的国家领导地位。
3. 宣传全面的、公平的眼保健服务对国家整体疾病负担的重要性。
4. 通过国家协调机制，支持根据国家政策和计划，提供眼保健服务，包括康复服务。
5. 为国家评估提供资金和技术支持，为议定的基本眼保健服务提供培训和设备。
6. 宣传可持续的眼健康工作人员的重要性，并通过国家协调机制支持培训和专业发展。
7. 支持根据国家政策提供眼保健基本药品、诊断和卫生技术。
8. 宣传利用在全国范围内议定的指标对眼保健服务进行监测的重要性，并为数据收集和发布，提供资金和技术支持。
9. 宣传通过保险方案实现眼保健服务普及的重要性。

3.3 目标三

针对改善眼健康的多领域参与和有效的合作伙伴关系得到加强。

成员国的行动

1. 各国卫生部确定非卫生领域，例如教育部下辖领域（例如眼保健工作人员的培训、学校筛查等）、财政部、福利部（例如残疾人获得眼保健服务等），并让这些领域参与制定和落实眼健康政策和计划。

2. 促进、发展和加强有效的、协调一致的眼健康合作伙伴关系。
3. 确保可避免性和不可避免性视力损害患者可获得受教育机会，并制定、落实和评估视力残疾的社会包容做法。
4. 为国家间合作和双边培训合作伙伴关系，提供便利和支持。
5. 为本区域就收集证据及落实国家眼睛卫生政策、计划和规划进行合作，提供便利和支持。

世卫组织的行动

1. 参与并领导旨在支持、协调和符合成员国优先重点的合作伙伴关系和联盟关系，包括让其他联合国实体一起参与进来。
2. 协助和支持国家间和区域内合作。

国际合作伙伴的行动

1. 在各领域倡导多领域工作的附加价值以及具有包容性的国家眼健康协调机制的必要性。
2. 为多领域活动（例如水和卫生设施）提供资金和技术支持。
3. 支持成员国收集和发布有关成功地让非卫生领域参与的经验。
4. 加强与区域组织和国际组织之间的合作伙伴关系，一起为眼健康工作作出贡献。

附件一：预防可避免性盲症和视力损害的国家指标

1. 视力损害的患病率和原因。

目的/理由	测量视力损害（包括盲症）的严重程度，并监测在消除可避免性盲症和控制可避免性视力损害方面取得的进展。
定义	视力损害（包括盲症）的患病率及其原因最好按年龄和性别分列。
首选数据收集法	方法合理并具有代表性的患病率调查是最可靠的方法。此外，可避免性盲症快速评估和白内障手术服务快速评估是获得针对视力损害患病率最高的年龄组，即 50 岁以上的年龄组结果的两个标准方法。
计量单位	视力损害患病率由人口调查确定。
数据收集频率	在国家层面，至少每五年一次。
数据来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会。
数据发布	世卫组织秘书处定期更新有关视力损害患病率和原因的全球估值。

2.1 按组成细分的眼保健人员数量：眼科医师

目的/理由	评估眼健康工作人员的可用情况，以制定能力发展应对规划，加强国家卫生系统。眼科医师是提供医学和手术眼保健干预措施的主要力量。
定义	由国家机构根据经政府批准的认证标准认证为眼科医师的医生人数。眼科医师是受过眼科医学和/或手术训练、评估和治疗眼疾的医生。
首选数据收集法	国家专业机构和监管机构的登记。
计量单位	每百万人口中的眼科医师人数。
数据收集频率	每年一次
局限性	该人数并不反映手术不活跃的眼科医师的比例、临床产出（例如分类专科医师）、绩效和干预措施质量。除非进行细分，数据并不反映地理分布情况。
资料来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会。
数据发布	世卫组织秘书处基于成员国提供的国家数据，每年发布全球最新数据。

2.2 按组成细分的眼保健人员数量：验光师

目的/理由	评估眼保健人员的可用情况，以制定能力发展应对规划，加强国家卫生系统。在越来越多的国家，验光师通常是眼疾患者最先接触的人。
定义	通过国家机构认证，符合经政府批准的认证标准的验光师人数。
首选数据收集法	国家专业机构和监管机构的登记。
计量单位	每百万人口中的验光师人数。
数据收集频率	每年一次
局限性	<p>该人数并不代表绩效，特别是减少可避免性盲症的干预措施的质量。因为教学没有标准化，一个国家的验光师掌握的知识和技能与其他国家的有很大的差别。</p> <p>该人数并不反映眼科临床人员、屈光矫正人员以及在一些国家验光师人手不足或不履行这类专科人员职责的其他该等群体的比例。</p>
资料来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会。
数据发布	世卫组织秘书处基于成员国提供的国家数据，每年发布全球最新数据。

2.3 按组成细分的眼保健人员数量：眼科辅助人员

目的/理由	评估眼保健人员的可用情况，以制定能力发展应对规划，加强国家卫生系统。不同国家间，甚至是某个特定国家之内，对于眼科辅助人员的教育要求、立法和执业法规、执业技能和范围有所不同。一般而言，眼科辅助人员包括配镜师、眼科护士、视力矫正师、眼科和验光助手、眼科和验光技师、视力治疗师、义眼制作师、眼科摄影师/成像师，以及眼科行政管理人员。
定义	由所报告的成员国具体说明的由各种专业类别组成的眼科辅助人员人数。
首选数据收集法	将来自政府、非政府和私人眼保健服务提供方的次国家（地区）数据汇编成国家数据。
计量单位	每百万人口中的眼科辅助人员人数。
数据收集频率	每年一次
局限性	该人数并不代表绩效，特别是减少可避免性盲症的干预措施的质量。知识和技能存在广泛的差异。这些数据对监测各国随时间推移取得的进展非常有用，但因术语差异，所以无法可靠地用于国家间的比较。
资料来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会。
数据发布	世卫组织秘书处基于成员国提供的国家数据，每年发布全球最新数据。

3.1 白内障手术率

目的/理由	在全球范围内，白内障仍是致盲主因。有效的治疗方式（白内障摘除合并人工晶状体植入）既安全又可有效恢复视力，所以白内障导致的视力损害和盲症是可避免的。白内障手术率是白内障手术服务提供的量化指标。该手术率可用于制定国家内部目标，但不能用于国家间比较。还通常用作整体眼保健服务提供的替代性指标。
定义	每百万人口每年接受的白内障手术数量
首选数据收集法	政府卫生信息记录和调查。
计量单位	每百万人口接受的白内障手术数量。
数据收集频率	在国家层面每年一次。较大的国家最好在次国家层面整理数据。
局限性	该指标只有当包含了一国实施的所有白内障手术（即在政府和非政府机构实施的白内障手术）在内时才有意义。
说明	使用官方人口数据来源（例如联合国）进行计算。
资料来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会。
数据发布	世卫组织秘书处基于成员国提供的国家数据，每年发布全球最新数据。

3.2 白内障手术覆盖率

目的/理由	评估白内障手术服务需求的满足程度。
定义	在双眼白内障适合进行白内障手术的个人患者中，接受过单眼或双眼（3/60 和 6/18 水平）白内障手术的比例。
首选数据收集法	使用来自方法合理且具有代表性的患病率调查的数据进行计算。此外，可避免性盲症快速评估和白内障手术服务快速评估是获得针对视力损害患病率最高的年龄组，即 50 岁以上的年龄组结果的两个标准方法。
计量单位	比例
数据收集频率	由就盲症和视力损害患病率和原因开展的国家/地区调查的频率确定。
局限性	需进行基于人口的研究，普遍推广性有限。
说明	数据最好按性别、年龄和城市/农村或地区分列。
资料来源	卫生部或国家预防盲症/眼健康协调员/委员会。
数据发布	世卫组织秘书处定期发布最新数据。

附件二：验证方法和重要假设

	验证方法	重要假设
总体目标： 减少作为全球公共卫生问题的可避免性视力损害，并保证视力损害患者能够获得康复服务。	收集国家和次国家层面的流行病学数据，计算区域和全球估值。	落实人权公约，实现所有政策的公平性，视力损害患者充分赋权。 在区域行动计划结束之前，持续投资。
宗旨： 改善被纳入卫生系统的、全面的眼保健服务的普及。	对成员国提供的国家数据进行概述的报告。	所有人群充分地、公平地获得服务。
具体目标一： 收集并使用证据以提倡成员国加大对眼健康的政治和资金承诺力度。	对成员国向世卫组织秘书处报告的视力损害患病率和原因进行流行病学和经济学评估。 被用于制定国家和次国家眼健康政策和计划的眼保健服务评估和成本效益研究结果。 全球、区域和国家宣传报告及提高意识的活动。	成功地提倡加大对眼健康的投资，尽管现行全球金融环境和竞争议程并不乐观。
具体目标二： 依照世卫组织的加强卫生系统以改善卫生成果的行动框架，制定和/或加强并落实加强普遍的眼健康的国家眼健康政策、计划和规划。	对成员国提供的数据进行概述的报告。	政策、计划和规划有效覆盖所有人口。 需要服务的人获得服务。
具体目标三： 针对改善眼健康的多领域参与和有效的合作伙伴关系得到加强。	世卫组织秘书处收到并整理的成员国报告。 收到的合作伙伴的年度报告和出版物。	非卫生领域投资促进社会经济发展，例如水和卫生设施。

附件三：测量指标

目标一：

测量指标

1. 已开展患病率调查并将发布到 2019 年的调查结果的成员国数量（%）。
2. 到 2019 年为止在过去的五年里完成并发布眼保健服务评估的成员国数量（%）。
3. 成员国报告的纪念世界爱眼日的情况。

目标二：

测量指标

1. 报告国家计划（包括眼健康方面的人力资源）的成员国数量（%）。
2. 报告眼健康政策、计划和规划落实情况的成员国数量（%）。
3. 设有眼健康/预防盲症委员会，和/或国家预防盲症协调员或等同机制的成员国数量（%）。
4. 在国家基本药品、诊断和卫生技术清单中包括眼保健部分的成员国数量（%）。

目标三：

测量指标

1. 在国家眼健康/预防盲症计划和政策中提及多领域方法的成员国数量（%）。
2. 世卫组织全球消除致盲性沙眼联盟实现其 2020 年战略计划中设定目标的情况。