

स्वास्थ्य क्षेत्रमा नागरिक समाज : नेपालको आँखा उपचार क्षेत्रले मारेको फड्को

जीवन क्षेत्री

पृष्ठभूमि

जुलाई २०१९ मा काठमाडौँस्थित तिलगंगा आँखा केन्द्रलाई विश्व स्वास्थ्य संगठनले नेपालका लागि आफ्नो सहकार्य केन्द्रको मान्यता दियो । यस अगाडि नेपालस्थित सार्क क्षयरोग तथा एचआइभी केन्द्रले मात्रै विश्वभरका ८०० सहकार्य केन्द्रमध्ये एकको मान्यता पाएको थियो । संगठनका अनुसार प्राध्यापन, शोध, उपचार र तालिमका लागि नमुना बनेकाले तिलगंगालाई त्यस्तो केन्द्रका रूपमा छनोट गरिएको हो (विश्व स्वास्थ्य संगठन २०१९) ।

तर नेपालका लागि स्वास्थ्य क्षेत्रको यस्तो सुखद समाचार अपवादका रूपमा आउने गरेको छ । सामान्यतः नेपालमा स्वास्थ्य सेवाको अवस्था सन्तोषजनक छैन । सन् २०१४ मा मानव विकास सूचकांकमा १४५ औँ स्थानमा रहेको नेपाल सन् २०१८ मा १४९ औँ स्थानमा पुग्यो । सन् २०१४ मा नेपालको कुल गार्हस्थ्य उत्पादनको ५.८ प्रतिशत मात्रै स्वास्थ्यमा खर्च भएको थियो जबकि उक्त सूचकांकको शीर्ष स्थानमा रहने नर्वेमा त्यो आँकडा ९.३ प्रतिशत थियो । नेपालमा सरकारको कुल खर्चको ११.१८ प्रतिशत मात्रै स्वास्थ्यमा खर्च भएको थियो (नर्वे १८.२१%) । त्यस्तै, स्वास्थ्यमा हुने कुल खर्चको निकै ठूलो हिस्सा (५९.६७%) सेवग्राहीको निजी खर्च भएको थियो (नर्वे १४.५१%) । सन् २०१४ र २०१८ बीच मानव विकास सूचकांक खस्किनुले पनि हाम्रो स्वास्थ्य र

शिक्षा लगायतका क्षेत्रका चुनौतीहरू दर्शाउँछन् ।^१ सन् १९९०-२०१५ को अवधिलाई हेर्ने हो भने मातृ मृत्युदर घटाउने जस्ता सीमित प्रगति (बाँस्तोला सन् २०१७) बाहेक नेपालको समग्र स्वास्थ्य क्षेत्रले अपेक्षित विकास गर्न सकेको छैन ।^२

नेपालमा स्वास्थ्य सम्बन्धी समाचारको अधिक स्थान योग्य चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीको अभाव, अस्पताल र स्वास्थ्य केन्द्रहरूमा व्याप्त खराब व्यवस्थापन, सामयिक उपचारको अभावमा हुने बिरामीको मृत्यु, सरकारी अस्पतालमा सेवाको अभाव, निजी अस्पतालको चर्को शुल्क, अस्पताल र चिकित्सकसँग बिरामी पक्षको द्वन्द्व जस्ता विषयले ओगटेका छन् । पछिल्लो समयमा देशभर नयाँ-नयाँ निजी स्वास्थ्य संस्थाहरू थपिए पनि छिमेकी देशका महँगै अस्पतालमा सेवा लिन जाने नेपालीहरूको लस्करबारे समेत समाचार आएको पाइन्छ (न्यौपाने सन् २०१८) । तर सतहमा देखिने यी यावत् समस्याहरूको जडमा पुगेर गरिने विश्लेषण र अनुसन्धान चाहिँ निकै कम हुने गरेका छन् । फलस्वरूप हाम्रो स्वास्थ्य सेवा प्रवाह प्रणालीका संरचनागत समस्याको अभिलेखीकरणसम्म हुन सकेको छैन ।

नेपाली स्वास्थ्य क्षेत्रको यो अवस्था बुझ्न विद्यमान स्वास्थ्य प्रणालीको विकासक्रमलाई ध्यान दिनुपर्छ । राणा शासनको अन्त्य हुँदा सन् १९५१ तिर नेपालको औसत आयु जम्मा २८ वर्ष थियो भने त्यति बेला एक चौथाईभन्दा बढी शिशुहरू, जन्मेको एक वर्षमा मर्ने (शिशु मृत्युदर वा आईएमआर : २५५ प्रति १००० जीवित जन्म) [दीक्षित सन् १९९५] । सन् २०१८ मा आउँदा नेपालीको औसत आयु ७०.३१ वर्ष पुगेको छ^३ भने

^१ यस परिच्छेदका सबै तथ्यांकका लागि हेर्नुहोस्, विश्व स्वास्थ्य संगठन र संयुक्त राष्ट्रसंघीय विकास कार्यक्रम लगायतका यी वेबसाइटहरू : <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/NPL>; <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDCHEGDPSHA2011?lang=en>; <https://apps.who.int/gho/data/node.cco.ki-NPL?lang=en>; <https://apps.who.int/gho/data/node.cco.ki-NOR?lang=en>; www.mhtf.org/2017/12/29/the-current-state-of-maternal-health-in-nepal/; www.healthdata.org/nepal; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको ।

^२ सन् १९९० मा नेपालको 'हेल्थकेयर एक्सेस एण्ड क्वालिटी इण्डेक्स' २१.० रहेकोमा सन् २०१६ मा त्यो बढेर ४०.० पुगेको छ । उक्त सुधारको दरलाई त्यो आँकडा निकाल्ने इन्स्टिच्यूट फर हेल्थ मेट्रिक्स एण्ड इम्ब्यालुएशनले उल्लेख्य माने पनि नर्वेको आँकडा (सूचकांक सन् १९९० : ८४.०, सन् २०१६ : ९६.६) हेर्‍यो भने हामी उक्त सूचकांकमा कति पछि छौं भन्ने प्रस्ट हुन्छ । हेर्नुहोस्, www.healthdata.org/norway; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको ।

^३ यस सम्बन्धी अद्यावधिक तथ्यांकका लागि हेर्नुहोस्, www.macrotrends.net/countries/NPL/nepal/life-expectancy; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको ।

वर्ष दिनभित्र मर्ने शिशुको संख्या ३ प्रतिशतभन्दा कममा झरेको छ ।^४ राणा शासनका बेला वीर अस्पताल लगायत सीमित स्वास्थ्य संस्था भएको नेपालमा सन् १९५१ देखि १९९० को अवधिमा चाहिँ स्वास्थ्य संस्थाहरूको व्यापक विस्तार भयो ।^५ फलस्वरूप सन् १९६३ सम्म आउँदा नेपालमा ३२ अस्पताल र १०४ स्वास्थ्य केन्द्र खुलिसकेका थिए (मरासिनी सन् २००३) ।

त्यसरी खुल्ने अस्पताल र स्वास्थ्य संस्थामध्ये धेरैजसो सरकारी थिए । तर सन् १९५४ मा ललितपुरमा शान्तभवन अस्पताल खुलेसँगै गैरसरकारी क्षेत्रबाट पनि भक्तपुर, बनेपा, कास्की, गोरखा, ओखलढुंगा, नवलपरासी र पाल्पामा मिसन अस्पतालहरू खोलिए भने ललितपुर, कास्की र डडेल्धुरामा कुष्ठरोग अस्पतालहरू खोलिए । सन् १९५८ मै राष्ट्रिय गैरसरकारी संस्थाले काठमाडौँको थापाथलीमा इन्द्रराज्यलक्ष्मी मातृ अस्पताल खोल्थ्यो । लगत्तैको दशकमा १४ अञ्चल र ७५ जिल्लाको प्रशासकीय विभाजनसँगै सरकारका तर्फबाट अञ्चल अस्पतालहरू (विराटनगर, राजविराज, जनकपुर, वीरगञ्ज, बुटवल, पोखरा र नेपालगञ्ज) खोलिए भने केही स्वास्थ्य चौकीहरू जिल्ला अस्पतालमा स्तरोन्नति भए । सन् १९७३-१९९० को अवधिमा चाहिँ विशेषज्ञ सहित एकल विधाका अस्पताल खुल्ने क्रम चल्यो । त्यसरी खुल्ने ११ आँखा अस्पतालमध्ये सबै गैरसरकारी क्षेत्रबाट खोलिएका थिए (मरासिनी सन् २००३) ।

सन् १९९० पछि छिमेकी भारतमा जस्तै नेपालमा पनि आएको अर्थतन्त्र उदारीकरणको लहरमा स्वास्थ्य र शिक्षा क्षेत्र समेत समेटिनु र निजी स्कूल तथा अस्पतालहरू खुल्नु अस्वाभाविक थिएन । तर त्यस पछिका दिनमा ती दुवै क्षेत्रमा तीव्र व्यापारीकरण हुन पुग्यो । राजनीतिक नेतृत्वको ध्यान पनि निजी संस्थालाई नियमन र गुणस्तर प्रवर्द्धन गर्नेतर्फ भन्दा निजी स्कूल र अस्पताल खोलेर नाफा कमाउनेतर्फ गयो । सन् १९९० मा देशमा १६ ओटा मात्रै निजी अस्पताल थिए भने सन् २०१४ मा तिनको संख्या ३०१ पुगेको थियो जसमा देशका दुई तिहाई शैया थिए र ६० प्रतिशत चिकित्सकहरूले काम गर्थे (गुरुड र गल्ड सन् २०१६) । यस्तो परिवेशमा विपन्न मानिस समेत अत्यन्तै सीमित क्षमताका सार्वजनिक स्वास्थ्य संस्थाको सेवाबाटै वञ्चित भएर निजी क्षेत्रमा चर्को शुल्क तिरेर सेवा लिन बाध्य भए भने ठूलो भौगोलिक क्षेत्रमा खास गरी विशेषज्ञ तहको स्वास्थ्य सेवा पुग्ने सकेन । फलस्वरूप नागरिकले पाउने स्वास्थ्य सेवाको पहुँच र गुणस्तर उसको

^४ यस सम्बन्धी अद्यावधिक तथ्यांकका लागि हेर्नुहोस्, www.indexmundi.com/nepal/infant_mortality_rate.html; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको ।

^५ सन् १९५२ तिर नेपालमा ८५ लाख जनसंख्याका लागि जम्मा ५० जना डाक्टर उपलब्ध थिए भने अस्पताल जम्मा ३३ ओटा थिए (दीक्षित सन् १९९५) ।

क्रयशक्ति र बसोबास गरेको क्षेत्रले निर्धारण गर्ने भयो (रसाइली सन् २००७) । नेपालको सार्वजनिक स्वास्थ्य क्षेत्र स्थिर रहँदा वा मागको तुलनामा सेवाको आपूर्ति खुम्चिएर जाँदा सिर्जित अभाव पूर्ति गर्न स्वास्थ्य सेवामा निजी क्षेत्र सक्रिय भयो । यसले अत्यावश्यक सेवासम्म सर्वसाधारणको पहुँच त बढेको छ तर चर्को मूल्यको समस्यासँगै ती संस्थाहरूको असमान भौगोलिक वितरणको समस्या पनि छ किनकि नाफा सुनिश्चित नहुने ठाउँमा निजी संस्था जाँदैनन् ।

नेपालको समग्र स्वास्थ्य सेवाको यस्तो निराशाजनक अवस्थाबीच आँखा उपचार क्षेत्र भने अपर्याप्त सरकारी सेवा र महँगो निजी सेवाको दुष्चक्रबाट बाहिर छ । यो क्षेत्रले सन् १९९० भन्दा अगाडि शुरू गरेर अहिलेसम्म निरन्तर प्रगति गरिरहेको छ (अवाले सन् २०१९) । यो आलेख तयारी गर्दै गर्दा विश्व स्वास्थ्य संगठनले काठमाडौँस्थित तिलगंगा आँखा प्रतिष्ठानलाई आफ्नो “सहकार्य केन्द्र” का रूपमा मान्यता दिएको छ (पौडेल सन् २०१९) । तिलगंगा आँखा प्रतिष्ठानले देशमा निःशुल्क वा न्यूनतम शुल्कमा गुणस्तरीय सेवा मात्र नदिई ६० भन्दा बढी मुलुकमा सस्तो र उच्च गुणस्तरको आँखाको लेन्स निर्यात गरेर ख्याति कमाएको छ ।^६ साथै, अरू १९ आँखा अस्पतालहरूको सञ्जालले नेपालभर नेपाली मात्रै नभई भारतको समेत ठूलो जनसंख्यालाई सस्तो र गुणस्तरीय आँखा उपचार सेवा दिइरहेको छ (क्रिस्टोफ सन् २०१५; रुइत र अरू सन् २००७) ।

नेपालले आँखा स्वास्थ्यको क्षेत्रमा कसरी अपवादमूलक रूपमा फड्को मार्न सक्यो ? किन त्यही सफलता अन्य विधाको स्वास्थ्य क्षेत्रमा दोहोरिन सकेन ? यी प्रश्नको जबाफ खोज्न फरक विधामा सेवा दिइरहेका अग्रणी संस्थाहरूको मिहीन अध्ययन आवश्यक छ । तर सर्सर्ती हेर्दा नेपाली आँखा स्वास्थ्य क्षेत्रको एउटा विशेषता टड्कारो देखिन्छ: यसमा गैरसरकारी संस्थाहरूको केन्द्रीय भूमिका छ ।^७ तिलगंगा आँखा प्रतिष्ठान सन् १९९२ मा स्थापित नेपाल आँखा कार्यक्रम अन्तर्गत पर्छ भने नेपालभर १९ आँखा अस्पतालहरूको

^६ तिलगंगा आँखा केन्द्र (हाल तिलगंगा आँखा प्रतिष्ठान) सम्बन्धी थप आँकडाका लागि हेर्नुहोस्, https://tilganga.org/wp-content/uploads/2019/07/Tio-Annual-Report-2018_New.pdf; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको ।

^७ यसको अर्थ देशका सार्वजनिक अस्पतालहरूमा आँखा उपचार सेवा हुँदै नभएको भन्ने चाहिँ होइन । काठमाडौँस्थित त्रिवि शिक्षण अस्पताल र धरानस्थित बीपी कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानले विशेषज्ञ तहको आँखा उपचार सेवा दिनुका साथै स्नातकोत्तर तह (एमडीको अण्थाल्मोलोजी) पाठ्यक्रम अध्यापन समेत गराउँछन् । त्यस बाहेक ठुला शहरमा केही निजी आँखा अस्पताल पनि सञ्चालनमा छन् । गैरसरकारी क्षेत्रबाट नेपाल आँखा कार्यक्रम र नेपाल नेत्रज्योति संघ बाहेक काठमाडौँमा नेपाल आँखा अस्पताल, जनकपुरमा जानकी आँखा अस्पताल र सुर्खेत आँखा अस्पताल सञ्चालनमा छन् ।

सञ्जाल नेपाल नेत्रज्योति महासंघ मातहत छ।^८ दुवै गैरनाफामूलक, गैरसरकारी संगठनहरू हुन्। दुवै संस्थाले देशभित्र र बाहिरका परोपकारी व्यक्ति र संस्थाहरूबाट सहयोग लिएर काम गरिरहेका छन्।

नेपालमा आँखा उपचार क्षेत्रले गरेको प्रगतिको मात्रात्मक र गुणात्मक पाटो के छ भन्नेमा यस लेखको पहिलो खण्ड केन्द्रित छ। त्यसका लागि नेतृत्वदायी व्यक्ति र संस्थाहरू—नेपाल नेत्रज्योति संघका डा. रामप्रसाद पोखरेल र नेपाल आँखा कार्यक्रमका डा. सन्दुक रुइत—ले सन् १९८० को दशकको शुरुतिर दयनीय अवस्थामा रहेको नेपालको आँखा उपचार क्षेत्रलाई आजको अवस्थामा पुऱ्याउन कस्तो योगदान दिए भन्ने चर्चा गरिएको छ। दोस्रो खण्डमा नेपालको आँखा उपचार क्षेत्रले यसरी अपवादमूलक फड्को मार्न कसरी सम्भव भयो भनेर विश्लेषण गरिएको छ। त्यस क्रममा देश-विदेशका सहयोगी र दाताहरूले कसरी यो क्षेत्रलाई टेवा दिए र आँखा उपचारलाई गुणस्तरीय र सस्तो वा निःशुल्क बनाउन कस्ता सिर्जनशील उपाय अपनाइए भन्ने चर्चा गरिएको छ। अन्त्यमा यस क्षेत्रका आगामी दिनका चुनौतीहरूबारे छोटो चर्चा गरिएको छ।

नेपालको आँखा उपचार क्षेत्रले मारेको फड्कोका आयाम^९

सन् १९७३ मा काठमाडौँको त्रिपुरेश्वरमा नेपाल आँखा अस्पताल खुल्नुअघि देशभरमा वीर अस्पतालको आँखा विभागमा मात्रै आँखाको उपचार हुन्थ्यो। “आँखा बा” भनेर चिनिने

^८ नेपाल नेत्रज्योति संघ अन्तर्गतका अस्पतालहरूबारे थप विवरणका लागि हेर्नुहोस्, <http://nnjs.org.np/>; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको।

^९ अध्ययनका क्रममा यहाँ प्रयोग भएका बाहेक आँखा उपचार क्षेत्रको प्रगतिका अन्य सम्भावित मापकहरूबारे समेत चर्चा गर्ने प्रयास गरिएको थियो। तीमध्ये आँखा अस्पतालहरूमा सेवाप्रति बिरामीमा सन्तुष्टिको दरलाई अन्य अस्पतालको उस्तै दरसँग गरिने तुलना सान्दर्भिक हुन सक्थ्यो। तर अहिलेसम्म भएका त्यस खालका थोरै अध्ययनहरू एउटै अस्पतालमा सीमित पाइए भने तिनको अध्ययन विधिमा तुलना गर्न मिल्ने खालको समानता पाइएन। बिरामीको सन्तुष्टि दर पत्ता लगाउनका लागि उही अस्पतालका चिकित्सक वा विद्यार्थीले भन्दा पनि अन्यत्रका अध्येताहरूले अध्ययन गर्नु जरूरी देखिन्छ। त्यस्तै, चिकित्सक तथा स्वास्थ्यकर्मी र जनसंख्याको अनुपात अर्को सान्दर्भिक मापक हुन सक्थ्यो। नेपालको आँखा क्षेत्रका हकमा त्यस्तो अनुपातको सान्दर्भिकता दुई कारणले कम छ: एक, नेपालको तराईका अधिकांश आँखा अस्पतालमा बहुसंख्यक बिरामी भारतबाट आउने हुँदा नेपालको मात्रै जनसंख्यासँग लिइने अनुपातले जनशक्तिको पर्याप्तताबारे गलत सन्देश दिन्छ। दुई, एक जना आँखा रोग विशेषज्ञले वर्षमा गर्ने शल्यक्रियाको संख्या अक्सर २,००० भन्दा माथि हुन्छ, जबकि तुलना गरिने अन्य विधाका शल्यचिकित्सकहरूले त्योभन्दा निकै कम शल्यक्रिया गर्छन्। त्यसैले यी दुवै मापकलाई यो लेखमा समावेश गरिएको छैन।

नेपाल नेत्रज्योति संघका संस्थापक महासचिव डा. रामप्रसाद पोखरेलका अनुसार त्यतिखेर आँखा उपचार सरकारको प्राथमिकतामा थिएन । सन् १९७१ मा बेलायतबाट फर्केर वीर अस्पतालमा सेवा गरेका डा. पोखरेलले त्यति बेलाको अवस्थालाई यसरी सम्झन्छन् :

आँखा विभागका लागि जम्मा १६ बेड थिए, हप्तामा एक दिन मात्रै थिएटरमा आँखा विभागको पालो आउँथ्यो । त्यसरी गरिने शल्यक्रियामध्ये अधिकांश संक्रमित आँखालाई निकालेर संक्रमणबाट बाँकी ज्यान बचाउने हुन्थे । उपचारबाट दृष्टि फर्काउन सकिने बिरामीलाई आँखाको शल्यक्रियाका लागि एक वर्षसम्म पालो कुराउनुपर्दा तीमध्ये कति फर्केर आउँदैनथे र दृष्टिविहीन भएर जीवन बिताउँथे । यो समस्या हल गर्न अलग्गै आँखा अस्पतालको प्रस्ताव ल्याउँदा सरकारका मानिसहरूले मलाई “झाडापखाला वा औलो जस्ता उपचार नगरे बिरामी नै मर्ने रोगलाई पो प्राथमिकता दिनु त, अन्धो भएर त कोही मर्दैन” भन्ने जबाफ दिए ।^{१०}

नेपालमा आँखा स्वास्थ्यको विकराल अवस्था तालिका १ ले देखाउँछ । उक्त सर्वेक्षण अनुसार दृष्टिविहीनहरूमध्ये ८० प्रतिशतको समस्या रोकथाम गर्न सकिने खालको थियो र तीमध्ये अधिकांशमा मोतियाबिन्दुको समस्या थियो । उक्त सर्वेक्षणअघि अन्धोपनको समस्याबारे कस्तो अनभिज्ञता थियो भने सन् १९७६ मा विश्व स्वास्थ्य संगठनका प्रतिनिधिले नेपाल आएर गरेको सीमित अध्ययनका क्रममा डाक्टरहरूसँगको अन्तर्वार्ता र उपलब्ध तथ्यांकका आधारमा आँखाका समस्याहरूको सूचीकरण गर्दा मोतियाबिन्दु शीर्ष चारमा समेत परेको थिएन (निजेटिक सन् १९७६) । सर्वेक्षण अनुसार कुल ७९ हजार जनामा दुवै आँखाका मोतियाबिन्दुका कारणले भएको पूर्ण अन्धोपन, ५९ हजारमा टूकोमाका कारण आसन्न अन्धोपन र झण्डै एक तिहाई जनसंख्यामा रहेको आँखाको पावर सम्बन्धी समस्या चाँडै समाधान गर्नुपर्ने थियो । त्यसैले आँखा उपचारको त्यस पछिको बाटो भनेको चुस्त रूपमा ठूलो संख्याका बिरामीलाई शल्यचिकित्साको व्यवस्था सहितका आँखा अस्पतालहरू स्थापना गर्नु थियो, जुन काम नेपालजस्तो देशका लागि सहज थिएन ।

राज्यको खास चासो, तत्परता वा ठूलो लगानीबिना त्यस पछिका दशकहरूमा नेपालको आँखा उपचार क्षेत्रले उदाहरणीय प्रगति गयो । सन् १९८० तिर वर्ष भरिमा आँखाको दृष्टि फर्काउन ८०० जति शल्यक्रिया हुने गरेका थिए (पोखरेल सन् २००३) । तर सन् २०१८ को आँकडा अनुसार नेपाल आँखा कार्यक्रम र नेपाल नेत्रज्योति संघ अन्तर्गतका आँखा अस्पतालबाट मात्रै झण्डै तीन लाख व्यक्तिको आँखाको शल्यक्रिया भएको र ३२ लाखभन्दा

^{१०} डा. पोखरेलसँग भदौ १६, २०७६ मा गरिएको कुराकानी ।

तालिका १ : सन् १९८०/१९८१ मा भएको अन्धोपन सर्वेक्षण

जनसंख्या	१,४०,००,०००
आँखा परीक्षण गरिएको जनसंख्या	३९,८८७
एक वा दुवै आँखाको समस्या हुने बिरामी संख्या	६,८५५
दुवै आँखा नदेख्ने संख्या	१,७७,६२० (०.८९%)
एक आँखा नदेख्ने संख्या	२,३३,६१० (१.७%)
दृष्टिविहीनहरूको-बसोबास	९२% गाउँमा र ८% शहरमा
रोकन वा उपचार गर्न सकिने अन्धोपन	८०%
आँखाको पावर सम्बन्धी समस्या हुने जनसंख्या	३३%
अन्धोपनका कारणहरू	१. मोतियाबिन्दु २. ट्रकोमा ३. आँखाको संक्रमण ४. भिटामिनको कमीले हुने समस्या ५. जलबिन्दु

स्रोत : पोखरेल (सन् २००३) ।

बढी बिरामीले सेवा लिएका थिए (हेर्नुहोस्, अनुसूची १)।^{११} खास गरी तराईका अस्पतालमा भारतबाट समेत उल्लेख्य संख्यामा बिरामी आउँछन् । वीरगञ्जस्थित केडिया आँखा अस्पतालले भारतको विहार, उत्तर प्रदेश, पश्चिम बंगाल र झारखण्डको झण्डै ४.५ करोड जनसंख्यालाई सेवा दिएको दाबी गर्छ ।^{१२} भैरहवास्थित लुम्बिनी आँखा प्रतिष्ठानले उत्तर प्रदेश र वरपरका भारतीय प्रदेशहरूका दशौँ करोड जनसंख्यालाई सेवा दिएको दाबी छ । तराई क्षेत्रका आँखा अस्पतालले सेवा दिएका बिरामीमध्ये सरदर तीन चौथाई भारतीय बिरामी छन् (पोखरेल सन् २००३)।^{१३}

सन् २०१८ मा सबैभन्दा धेरै बिरामीलाई सेवा दिने विराटनगर आँखा अस्पताल थियो । यसले वर्षभरिका कार्यालय समयमा दैनिक २३८ का दरले शल्यक्रिया गरेको थियो

^{११} अनुसूची १ को तालिका लगायत यस लेखमा संलग्न सबै तालिकामा सेवा प्रदान गरेका बिरामीको संख्या सम्बन्धित अस्पतालले उपलब्ध गराए बमोजिम राखिएको छ । अस्पतालहरूको अभिलेखमा सामान्यतः एक हप्तापछि “फलोअप” मा आउने बिरामीलाई पुरानो बिरामी भनेर पुनः दर्ता गर्ने हुँदा यस्ता सबै आँकडामा उही बिरामी एकभन्दा बढी पटक गनिने गरेको हुन सक्छ । त्यसैले सेवाग्राहीको गणना यहाँ उल्लिखित संख्याभन्दा कम हुन्छ । तर समग्र सेवा प्रवाहको अध्ययनका लागि सेवा दिइएको पटकको गन्ती पनि उत्तिकै उपयोगी हुन्छ ।

^{१२} थप विवरणका लागि हेर्नुहोस्, <http://kediaeyes.org/index.php/2013-12-22-10-08-03/introduction>; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको ।

^{१३} लहानस्थित सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पतालको भारतमा कस्तो “ख्याति” छ भने भारतकै उत्कृष्ट आँखा सेवा दिने शंकर नेत्रालयका अस्पतालमा “अब दृष्टि फर्किदैन” भनेर पठाइएका बिरामीहरू समेत दृष्टि फर्काउने आशामा उक्त अस्पतालमा आइपुगेको अनुभव त्यहाँ कार्यरत चिकित्सकहरूको छ ।

(हेर्नुहोस्, अनुसूची १) । नेत्रज्योति संघ मातहतकै पूर्व क्षेत्र आँखा उपचार कार्यक्रम अन्तर्गतका सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पताल र विराटनगर आँखा अस्पतालले विगत ३६ वर्षमा ८६ लाख बिरामीको उपचारका साथै झण्डै १७ लाख बिरामीमा आँखाको शल्यक्रिया गरेका छन्।^{१४} सन् २०१३ यता दुवै अस्पतालमा गरी शल्यक्रिया सेवा लिने बिरामीको संख्या हरेक वर्ष एक लाख नाघेको छ (सन् २०१८ मा १ लाख २९ हजार ९९४) । आँखासँगै कानको समेत समस्या लिएर आउने बिरामीको सुविधाका लागि विराटनगर र सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पतालमा स्थापित कान विभागले ठूलो संख्यामा कानका बिरामीलाई शल्यक्रिया सहितको सेवा दिएको छ (हेर्नुहोस्, तालिका २) ।

तालिका २ : नेपाल नेत्रज्योति संघको पूर्व क्षेत्रीय आँखा कार्यक्रम (सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पताल र विराटनगर आँखा अस्पताल) का उपलब्धि

स्थापनाकाल देखिका उपलब्धि (सन् १९८३-२०१८)	
उपचार पाउने कुल बिरामी	८६,३०,७२०
शल्यक्रिया	१६,७३,४४१
वर्ष २०१८ को सेवा विवरण*	
सेवा लिने कुल बिरामी	१०,००,५२१
शल्यक्रिया	१,२९,९९४
आँखाको नानी प्रत्यारोपण	२४७
कानको सेवा लिने बिरामी संख्या	१,३९,४३६
कानको शल्यक्रिया	१,३४९

स्रोत : नेपाल नेत्रज्योति संघ, पूर्व क्षेत्रीय आँखा कार्यक्रमको वेबसाइट (www.erec-p.org/) तथा वार्षिक प्रतिवेदन सन् २०१८ - www.erec-p.org/images/pdf/annual_report_2018.pdf)

* तालिका २ र ३ बाहेक अन्यत्र कुनै पनि आँकडालाई रोग वा उपचार पद्धति अनुसार वर्गीकरण गरिएको छैन । खास गरी आँखा उपचार क्षेत्रभित्र कुन उपविधाको अवस्था के छ भनेर जान्नका लागि त्यस्तो वर्गीकरण उपयोगी हुन सक्थ्यो । तर यो लेखको सीमित दायराभित्र त्यो पक्ष समेट्न सम्भव छैन ।

तिलगंगा आँखा केन्द्रले सन् २०१८ मा २ लाख ७० हजार ३३६ मानिसहरूलाई काठमाडौँस्थित अस्पतालबाट सेवा दियो र तीमध्ये २२ हजार ३५ जनाको शल्यक्रिया गरेको छ । त्यस बाहेक सामुदायिक आँखा उपचार कार्यक्रमबाट २ लाख १६ हजार ८९७ मानिसलाई सेवा दिएको छ । साथै भारत र कम्बोडियामा गरिएका पाँच शल्यक्रिया सहितका शिविरहरूमा ४ हजार २५३ बिरामीको जाँच गरेर २ हजार ६७७ शल्यक्रिया

^{१४} थप विवरणका लागि हेर्नुहोस्, www.erec-p.org/; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको ।

गरिएका थिए। नेपालमा भएका त्यस्ता ३० शिविरमा ५१ हजार ६४३ बिरामी जाँचेर ५ हजार ७२९ शल्यक्रिया गरिएका थिए। सन् २०१८ मा केन्द्रले ३ लाख २२ हजार कृत्रिम लेन्स उत्पादन गरेर तीमध्ये २ लाख ८१ हजार लेन्स विभिन्न देशमा बिक्री गर्‍यो। स्थापनाकाल (सन् १९९६) देखि प्रतिष्ठान अन्तर्गतको फ्रेड होलोज ल्याबोरेटरीबाट उत्पादित भएका लेन्सको संख्या ५६ लाख कटेको छ भने बिक्री र प्रयोग भएका लेन्सको संख्या ५३ लाख कटेको छ। तिलगंगाले गरेका आँखाको नानी प्रत्यारोपणको संख्या दश हजार कटेको छ। तिलगंगाले उपत्यका बाहिरका कम जनघनत्व भएका ठाउँहरूका लागि नमुनाका रूपमा खोलेको हेर्दाँडा आँखा अस्पतालले सन् २०१८ मा ९० हजार ५४४ बिरामीलाई उपचार गरेर तीमध्ये ४ हजार ५ बिरामीको शल्यक्रिया गरेको छ।^{१५} तिलगंगाले सञ्चालन गरेका शिविरहरूबाट नेपाली मात्र नभई भुटान, भारत, बर्मा, चीन, कम्बोडिया, उत्तर कोरिया जस्ता मुलुकका बिरामीहरू समेत लाभान्वित भएका छन् (ग्रिपर २०७६)। त्यति मात्र नभई भुटान जस्ता देशहरूमा स्तरीय र दिगो आँखा उपचार प्रणाली स्थापनामा डा. सन्दुक रइतको समूहले सघाएको छ।

तालिका ३ : नेपाल आँखा कार्यक्रमका स्थापनाकाल देखिका उपलब्धि (सन् १९९२-२०१८)^{१६}

विवरण	संख्या
उपचार पाउने कुल बिरामी	६०,००,०००
शल्यक्रिया	४,००,०००
कोर्निया प्रत्यारोपण	१०,०००
आँखा क्षेत्रको जनशक्ति उत्पादन	५४०
कृत्रिम लेन्स उत्पादन	५०,००,०००
आँखा क्षेत्रका शैक्षिक तालिम	१८,०००

स्रोत : तिलगंगा इन्स्टिच्यूट अफ अप्थाल्मोलोजी (सन् २०१९)।

^{१५} सबै सम्बन्धित तथ्यांकका लागि हेर्नुहोस्, https://tilganga.org/wp-content/uploads/2019/07/Tio-Annual-Report-2018_New.pdf; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको।

^{१६} तिलगंगा आँखा केन्द्रको मातृसंस्था नेपाल आँखा कार्यक्रम अन्तर्गत सेवा दिन थालेको वर्ष (सन् १९९२) देखिको आँकडा यो तालिकामा छ। तिलगंगा अस्पताल चाहिँ सन् १९९४ मा मात्रै सञ्चालनमा आएको थियो। अस्पताल अन्तर्गतको कृत्रिम लेन्स कारखाना सन् १९९६ देखि सञ्चालनमा आएको हो।

यसरी केन्द्रले एकतिर जनसंख्यामा मोतियाबिन्दुको भार कम गर्न उल्लेख्य भूमिका खेलेको छ भने अर्कोतिर मरणोपरान्त आँखाको नानी दान गर्ने व्यक्ति पाए मात्रै सम्भव हुने नानी प्रत्यारोपण जस्ता चुनौतीपूर्ण शल्यक्रिया मार्फत दसौँ हजारको दृष्टि फर्काएको छ । यो लेखले अन्तिम रूप पाउँदै गर्दा केन्द्रले एक दाताका आँखाबाट चार जनाको दृष्टि फर्कने प्रविधि भित्र्याएको समाचार आएको छ (खतिवडा २०७६) ।

बिरामीको उपचारमा मात्रै नभई अस्पताल व्यवस्थापन र दिगो सेवा सञ्चालनमा पनि नेपालका आँखा अस्पतालहरूले उल्लेखनीय मानक बनाएका छन् । नेत्रज्योति संघ अन्तर्गतका १८ आँखा अस्पतालमध्ये आर्थिक वर्ष २०७५/७६ मा आय-व्यय विवरण सार्वजनिक गर्ने दश अस्पतालले सञ्चालनबाट नाफा आर्जन गरेका छन् भने एउटा अस्पतालले मात्रै सञ्चालन घाटा बेहोरेको छ ।^{१७} तीमध्ये विराटनगर आँखा अस्पतालले एक वर्षमा सर्वाधिक १६ करोड ३६ लाख रुपैयाँ नाफा गरेको थियो (नेपाल नेत्रज्योति संघ २०७५) । स्वास्थ्यका बाँकी क्षेत्रहरूमा सरकारी अस्पतालमा आवश्यकता अनुसारको क्षमता नहुँदा खास गरी शल्य चिकित्सा र सघन उपचार जस्ता खर्चिला सेवाका लागि निजीमै जानुपर्ने बाध्यता छ भने निजी अस्पतालको सेवा अत्यन्त खर्चिलो छ । तर आँखा उपचारमा भने बस चढेर अस्पतालसम्म आउन नसक्ने बिरामीका लागि गाउँगाउँ पुगेर शल्यक्रिया सहितका सेवा दिने चलन बसेको छ । हाल नेपाल नेत्रज्योति संघ अन्तर्गत विभिन्न आँखा अस्पतालका मातहतमा ८० ओटा आँखा उपचार केन्द्र छन् ।^{१८} त्यस्तै, तिलगंगा आँखा केन्द्रको सामुदायिक आँखा कार्यक्रम विभिन्न २२ जिल्लामा पुगेको छ ।^{१९} यी सबले गर्दा दृष्टि गुमाएकाहरूको दृष्टि फर्काएको मात्रै छैन, दृष्टि गुम्ने क्रममा रहेका तर समयमै अस्पतालमा नपुग्ने मानिसलाई समेत सामयिक उपचार गरेर दृष्टिविहीनता र अपांगताबाट बचाएको छ ।

अन्तर्राष्ट्रिय गुणस्तरको तर पश्चिमा देशहरूमा भन्दा झण्डै बीस गुणा कम मूल्यमा पाइने तिलगंगाको फ्रेड हलोज ल्याबोरेटरीमा निर्मित लेन्सले नेपाल र यस्तै विपन्न मुलुकहरूमा सस्तो र गुणस्तरीय आँखा उपचारलाई सम्भव बनाइदिएको छ । मोतियाबिन्दुका कारण अपारदर्शी बनेको प्राकृतिक लेन्स निकालेपछि त्यसको ठाउँमा आँखाभित्रै राखिने त्यस्तो कृत्रिम लेन्सले अपरेशनपछि मोटो चश्मा लगाउने बाध्यता हटाइदिन्छ र फर्केको दृष्टिको

^{१७} गैरनाफामूलक संस्था भएकाले सञ्चालन नाफालाई ती संस्थाहरूको प्रतिवेदनमा “बचत” भनिएको छ । तर संस्थाको दिगोपनका लागि बुझ्न सहज हुने भएकाले यहाँ सञ्चालन नाफा भनिएको हो ।

^{१८} त्यस्ता आँखा उपचार केन्द्र नेपालकै सबैभन्दा पिछडिएका जिल्लाहरू—हुम्ला, जुम्ला, कालिकोट, मुगु, दार्चुला, बैतडी, बझाङ, बाजुरा, आदि—मा समेत खुलेका छन् ।

^{१९} यो कार्यक्रमले मनाङ, मुस्ताङ र सोलुखुम्बु जस्ता विकट जिल्लालाई समेत समेटेको छ ।

गुणस्तर निकै बढाइदिन्छ । त्यसरी निःशुल्क वा आफ्नो क्रय क्षमता भित्रको शुल्क तिरेर तिलगंगामा निर्मित कृत्रिम लेन्स लगाउने बिरामीहरूको संख्या अहिले ५० लाख कटिसकेको छ । चीन जस्तो विशाल मुलुकमा कृत्रिम लेन्सको आवश्यकताको उल्लेख्य प्रतिशत अहिले तिलगंगाबाट आपूर्ति भइरहेको छ ।^{२०}

आँखा उपचार क्षेत्रले फड्को मारनुका कारण

माथिको चर्चाबाट स्वास्थ्य क्षेत्रको आँखा उपचार विधामा नेपालले गरेका उपलब्धि प्रस्ट हुन्छन् । तर त्यसलाई अन्य क्षेत्रको (अ)विकासको सापेक्ष राखेर हेर्ने हो भने त्यस्तो प्रगति झनै टड्कारो देखिन्छ । जस्तो कि, नेपालका दुई ठुला क्यान्सर अस्पतालमध्ये एउटा सरकारी अस्पताल (बीपी कोइराला मेमोरियल क्यान्सर अस्पताल) राजनीतिक हस्तक्षेप, भ्रष्टाचार र खराब व्यवस्थापनका कारण कमजोर अवस्थामा छ (क्षेत्री सन् २०१९) भने गैरनाफामूलक क्षेत्रबाट सञ्चालित अर्को भक्तपुर क्यान्सर अस्पताल अनियमितता र भ्रष्टाचारका आरोपबीच द्वैध स्वामित्वमा पुगेर अस्तव्यस्त भएको छ (कान्तिपुर २०७६) । सन् २०१८ मा सेवा शुरू गरेको नेपालगञ्जस्थित नयाँ सरकारी क्यान्सर अस्पताल जनशक्ति र उपकरणको अभावमा निकै कम क्षमतामा मात्रै सञ्चालित छ । केही वर्षअघि सरकारले भरतपुरस्थित क्यान्सर अस्पतालका लागि राख्ने भनेको क्यान्सर उपचारमा अत्यावश्यक पीईटी स्क्यान सेवा अहिलेसम्म शुरू हुन सकेको छैन (गुप्ता सन् २०१८) । काठमाडौँमा निजी क्षेत्रबाट सञ्चालनमा रहेको पीईटी सेवा समेत हाल बन्द भएका कारण बिरामीहरू ठूलो मूल्य चुकाएर भारत पुगनुपर्ने बाध्यता छ ।

अन्य क्षेत्रमध्ये खास गरी सुलभ शल्यक्रिया सेवा आवश्यकता हुने विधाहरू (चोटपटक तथा हाडजोर्नी, प्रसुति, शल्यचिकित्सा, आदि) मा सेवा वितरणमा विकराल समस्या छ । हिमाली क्षेत्रको ठूलो जनसंख्या सामयिक उपचारका लागि अझै हेलिकप्टर मार्फत सुविधा भएका स्थानमा आउनु पर्दछ भने पहाडी क्षेत्रको ठूलो हिस्सामा विशेषज्ञ तहको स्वास्थ्य सेवा पुगेकै छैन । तर आँखा अस्पतालहरू योजनाबद्ध रूपले विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रहरू समेट्ने गरी खोलिएका छन् । त्यस अन्तर्गत विकट जिल्लाहरूमा सामुदायिक आँखा कार्यक्रम तथा नियमित शिविरहरू चलाइएकाले अति दुर्गमका बिरामी समेत शल्यक्रिया समेतको सेवाबाट लाभान्वित भएका छन् ।

गैरसरकारी, गैरनाफामूलक क्षेत्रको संलग्नता निर्विवाद यस्तो प्रगतिको मुख्य कारण थियो । यसमा डा. पोखरेल र डा. रुइतको समान अनुभव छ : सरकारको प्राथमिकतामा आँखा स्वास्थ्य नपर्ने, अनि निजी क्षेत्रले दिने सेवाबाट चर्को मूल्यका कारण देशका अधिकांश

^{२०} डा. सन्दुक रुइतसँग साउन २७, २०७६ मा गरिएको कुराकानी ।

विपन्न नागरिक वञ्चित हुने अवस्थाले दुवै जनालाई गैरनाफामूलक बाटोमा डोऱ्यायो । गैरनाफामूलक हुनासाथ नेपाली आँखा उपचार क्षेत्रलाई फ्रेड होलोज फाउण्डेशन जस्ता दर्जनौँ अन्तर्राष्ट्रिय र राष्ट्रिय संस्थाहरूको सहयोग लिन र परिचालन गर्न सहज हुन पुग्यो । सरकारी अस्पतालहरूको कमजोर व्यवस्थापन, राजनीतिक हस्तक्षेप तथा ढिलासुस्तीबाट यो क्षेत्र अलग्गै रह्यो र उपचारको मूल्य निजीमा झैँ बढेन । नेपालको आँखा उपचार क्षेत्र गैरनाफामूलक भएकैले तत्कालीन राजा र रानी समेत प्रत्यक्ष जोडिएर यसलाई सघाउन सके (पोखरेल सन् २००३) । त्यस बाहेक नेपालको आँखा क्षेत्रले फड्को मार्नुका निम्न तीन कारण प्रमुख देखिन्छन् ।

उदाहरणीय नेतृत्वदायी व्यक्ति र संस्थाहरू

नेपाली आँखा उपचार क्षेत्रको यस्तो प्रगतिको केन्द्रमा दुई उदाहरणीय व्यक्ति र संस्था छन् : डा. रामप्रसाद पोखरेलको अगुवाइमा स्थापित नेपाल नेत्रज्योति संघ, तथा डा. सन्दुक रुइत नेतृत्वको नेपाल आँखा कार्यक्रम । न्युजिल्याण्ड-अस्ट्रेलियन आँखा चिकित्सक डा. फ्रेड होलोज र उनको देहान्तपछि सक्रिय फ्रेड होलोज फाउण्डेशनले तिलगंगा आँखा केन्द्रलाई भूणावस्थादेखि हालसम्म सघाएर अन्तर्राष्ट्रिय स्तरको संस्था बन्न मद्दत गरेको छ । डा. पोखरेल र डा. रुइतले आफ्नो समयका आम चिकित्सक झैँ निजी अभ्यासमा संलग्न भएर आफ्नो जीविकाको मात्र चिन्ता लिएको भए सायद आज नेपालको आँखा उपचार क्षेत्रको चित्र बेग्लै हुने थियो । धेरै सम्भावना यही थियो कि नेपालमा स्वास्थ्य क्षेत्रका बाँकी विधाहरूजस्तै आँखा उपचार पनि अपर्याप्त सरकारी सेवा र महँगो निजी क्षेत्रको सेवाको चेपमा अड्किराखेको हुने थियो ।

बनारस हिन्दू विश्वविद्यालयबाट आयुर्वेद विज्ञानमा आचार्य (स्नातकोत्तर) गर्ने पहिला नेपालीहरू मध्येका एक कविराज नरपति शर्माका छोरा डा. पोखरेलले भारतको अलाहाबादबाट विज्ञान विषयमा प्रमाण-पत्र तह र लखनउस्थित किङ जर्ज मेडिकल कलेजबाट सन् १९५९ मा चिकित्साशास्त्रमा स्नातक उत्तीर्ण गरेका थिए । उनले अर्को वर्ष आफ्नो गृहजिल्ला धनकुटाको सरकारी अस्पतालमा मेडिकल अधिकृतको सेवा शुरू गरेका थिए । धनकुटापछि जलेश्वर र विराटनगरमा काम गरेका डा. पोखरेल सन् १९६२ मा सरकारी छात्रवृत्तिमा स्नातकोत्तर अध्ययनका लागि बेलायत पुगे । त्यस पछिको नौ वर्षमा कान र घाँटी तथा आँखा विषयमा विशेषज्ञ बनेर फर्केका डा. पोखरेलले कछुवा गतिको नेपालको स्वास्थ्य सेवा प्रणाली हेर्नुअघि फ्रान्स, जर्मनी, स्पेन, इटली, आयरल्याण्ड, डेनमार्क, हल्याण्ड, स्वीडेन र नर्वेको स्वास्थ्य प्रणाली हेरेर त्यहाँका विख्यात आँखा विशेषज्ञहरूलाई भेटेका थिए । आखिरमा अमेरिकाका लागि काम गर्ने स्थायी अनुमति पाइसकेका तथा बेलायतमै विशेषज्ञ चिकित्सक बनिरहने

विकल्प भएका उनी सन् १९७१ मा नेपाल फर्के र यहाँको आँखा उपचार प्रणाली विकास गर्न नेतृत्वदायी भूमिका खेले ।

पोखरेल नेपाल फर्केर आफ्नो जीविकाको साँघुरो चिन्ता छाडेर नेपालमा रहेको अन्धोपन विरुद्ध डटेर लागे । डा. पोखरेलको संस्मरणात्मक पुस्तक (पोखरेल सन् २००३) अनुसार त्यो समयका सम्भ्रान्तहरूलाई परोपकारका लागि एक ठाउँमा जोड्नु (हेर्नुहोस्, अनुसूची २), प्रविधि र आर्थिक स्रोत दुवै हुने विदेशी संस्था र राज्यहरूको विश्वास जितेर तिनको सहयोग लिनु (हेर्नुहोस्, अनुसूची ३), सर्वशक्तिमान राजसंस्थालाई समेत आफ्नो मिसनमा संलग्न गरेर राज्य तर्फबाट आउने व्यवधान चिर्नु डा. पोखरेलको अभियान सफल हुनुका मुख्य कारण थिए । आफूले काम गर्ने अस्पताल र सामुनेको बिरामीलाई केन्द्रमा राख्नुको सट्टा देशभरकै अन्धोपनको विकराल समस्यालाई केन्द्रमा राखेर त्यस विरुद्ध लड्नु डा. पोखरेलको मुख्य विशेषता थियो (स्वास्थ्य खबरपत्रिका २०७६) ।

नेपालकै पहिलो नेपाल आँखा अस्पताल डा. पोखरेलको अगुवाइमा गुठी संस्थानको स्वामित्व रहेको जमिन उपयोग गरेर स्थानीयहरूको सहयोगमा सन् १९७३ मा स्थापित भएको थियो । विश्व स्वास्थ्य संगठनको सहयोगमा सन् १९८०-१९८१ मा नेपालमै पहिलोपल्ट जनसंख्यामा आधारित अन्धोपन सर्वेक्षण भएसँगै आँखा उपचारको योजनाबद्ध विकास सम्भव भयो । सन् १९७८ मा स्थापित नेशनल सोसाइटी फर कम्प्रिहेन्सिभ आइकेयर सन् १९८० मा विधिवत् रूपमा नेपाल नेत्रज्योति संघ नामबाट गैरसरकारी संस्थामा दर्ता भएसँगै नेपालमा आँखा उपचारको क्षेत्रले नयाँ गोरेटो कोच्यो । डा. पोखरेल संघका संस्थापक महासचिव थिए र पछि लामो समयसम्म अध्यक्ष भई काम गरे । संघले त्यसपछि देशभरका आँखा अस्पतालहरूको स्थापना र विकासमा समन्वयकारी भूमिका खेल्यो (आँखा अस्पतालहरूको स्थापनाकालबारे जान्नका लागि हेर्नुहोस्, अनुसूची १) । त्यस बेला शुरु गरेर संघले आँखा उपचार र दृष्टिविहीनता रोकथामका लागि राष्ट्रिय र अन्तर्राष्ट्रिय रूपमा कार्यरत जति संस्थाको सहयोग जुटाउन सक्यो, त्यो आफै उदाहरणीय थियो (हेर्नुहोस्, अनुसूची ३) । उपयुक्त संरचना तथा कुशल र समन्वयकारी नेतृत्व हुने हो भने कसरी सक्षम र मनकारी दाता र स्वयंसेवकहरूको सहयोग संसारभरबाट भित्र्याउन सकिन्छ भन्ने उदाहरण नेपाल नेत्रज्योति संघले पेस गरेको छ ।

डा. पोखरेलको नेतृत्वमा नेपाल नेत्रज्योति संघले स्तरीय स्वास्थ्य सेवाको पहुँच बाहिर रहेका अनि दृष्टि फर्काउने आशा मारेका मानिसहरूलाई देशका कुनाकुनाबाट ल्याएर वा त्यहीं पुगेर दृष्टि फर्काउने काम गर्नु भन्ने डा. रुइत र उनको समूहले तिलगंगा स्थापित नहुँदै देखिको प्रयासबाट त्यस्तो सेवालालाई चार किसिमले नयाँ उचाइमा पुऱ्यायो : (१) त्यति बेला विकसित देशका सम्पन्न मानिसहरूको पहुँचमा मात्रै भएको कृत्रिम लेन्स प्रत्यारोपण सहितको बिनाचश्मा पूर्ण रूपमा दृष्टि फर्काउने

आधुनिक प्रविधि नेपालका विपन्न बिरामीको पहुँचमा मुख्यतः निःशुल्क पुऱ्याएर, (२) नेपालजस्तो विकट भूगोल भएका विपन्न मुलुकहरूका लागि प्रविधिको न्यूनतम प्रयोग गरेर छिटो ठीक हुने गरी सानो घाउ बनाएर गरिने शल्यक्रिया विधि विकास गरेर, (३) शिविरहरू मार्फत देश बाहिरका विपन्न र पिछडिएका मानिसहरूको दृष्टि फर्काउने तथा ती देशमा समेत उन्नत खालको आँखा उपचार प्रणाली स्थापनामा सहयोग गरेर, र (४) सस्तो मूल्यका विश्वस्तरीय कृत्रिम लेन्स उत्पादन गरेर अविकसित देशहरूमा मोतियाबिन्दुको सस्तो उपचार सम्भव गराएर (हेर्नुहोस्, तालिका ४) [ग्रिपर २०७६] ।

तालिका ४ : तिलगंगाद्वारा निर्मित कृत्रिम लेन्सको मूल्य (सन् २०१९)

लेन्सको प्रकार	नेपालका लागि मूल्य	अन्य देशका लागि मूल्य
पीएमएमए (नदोब्रिने)	रु. २५०	४ अमेरिकी डलर
दोब्रिने लेन्स	रु. १,२००	१४ अमेरिकी डलर

स्रोत : तिलगंगा आँखा केन्द्र ।

सन् १९८५ मा नेपाल आएका डा. फ्रेड होलोज र डा. सन्दुक रुइत बीचको साझेदारीको नतिजा स्वरूप सन् १९९४ मा तिलगंगा आँखा केन्द्र (हाल तिलगंगा आँखा प्रतिष्ठान) स्थापित भयो । पशुपति क्षेत्र विकास कोषको जगामा राष्ट्रिय-अन्तर्राष्ट्रिय दाताहरूको आर्थिक सहयोगमा प्रतिष्ठानको भवन निर्माण भएको थियो । सन् १९९३ मा डा. फ्रेड होलोजको मृत्यु भएपछि फ्रेड होलोज फाउण्डेशन सँगको सहकार्यमा प्रतिष्ठानले मोतियाबिन्दुको उपचारमा उपयोग हुने आँखाको कृत्रिम लेन्स उत्पादन र विकासमा महत्त्वपूर्ण भूमिका खेलेको । खास गरी नेपाल जस्ता विकासोन्मुख देशका लागि सुरक्षित, व्यावहारिक र सस्तो शल्यचिकित्साको विधि विकासमा प्रतिष्ठानको मुख्य भूमिका छ । स्थापनाको केही वर्षभित्रै प्रतिष्ठानले दुई महत्त्वपूर्ण काम गर्‍यो । एक, “टिस्यू ब्यांक इन्टरनेशनल” को सहयोगमा नेपालको पहिलो “आँखा बैंक” स्थापना । दुई, “हिमालयन क्याटाराक्ट प्रोजेक्ट” को सहयोगमा स्थानीय चिकित्सकहरूलाई अन्धोपन रोकथामका लागि सशक्तीकरण, सीप हस्तान्तरण, शोध र आँखा उपचार केन्द्रहरूको सञ्जाल निर्माण ।^{२१}

परिणामतः स्थापना यताका २३ वर्षमा (सन् १९९६–२०१८) प्रतिष्ठानको मातहतको “फ्रेड होलोज इन्ट्राअकुलर लेन्स ल्याब” ले ५६ लाख ३५ हजार ८४९ आँखाको कृत्रिम लेन्स उत्पादन गरेर तीमध्ये ५३ लाख १० हजार ८२ ओटा लेन्स बिक्री गरेको छ । ती ३० भन्दा बढी मुलुकमा निर्यात भएका छन् । त्यसमा पनि ल्याबले पछिल्ला वर्षहरूमा सानो

^{२१} थप विवरणका लागि हेर्नुहोस्, <https://tilganga.org/about-us/>; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको ।

घाउ बनाएर लगाउन सकिने “फोल्डेबल” (दोब्रिने) लेन्सको उत्पादन बढाएर त्यसभन्दा अधिल्लो पुस्ताको पीएमएमए लेन्सको उत्पादन घटाउँदै लगेको छ । अझ आधुनिक दुई किसिमका लेन्सहरूको प्रयोगात्मक उत्पादन हाल चलिरहेको छ ।

तिलगंगा आँखा केन्द्रको प्रगतिमा भूमिका खेल्ने व्यक्ति र संस्थाहरू धेरै छन् (हेर्नुहोस्, अनुसूची २ र ३) । तर त्यो समग्र प्रणालीको मियो डा. रुइत हुन् । डा. रुइतको जीवनी लेख्ने, अलि ग्रिपर (२०७६) का अनुसार नेपालको विकटतम् भूगोलमा जन्मेर हुकेंका उनमा १९ वर्षको उमेरभित्रै तीन दाजु बहिनी गुमाउनुको पीडाले निकै गहिरो छाप छोड्यो र स्वास्थ्य सेवा प्रणालीलाई हेर्ने बिल्कुल फरक दृष्टिकोण विकास भयो । आफू जन्मनुअघि नै एक दाइलाई झाडापखालाबाट गुमाएका डा. रुइत दुई बहिनीहरू चुन्दुक र याङ्लाको क्रमश ज्वरो र क्षयरोगका कारण मृत्यु भए पछिको पीडा यसरी सम्झन्छन् :

नेपालमा एउटा परिवारका ५० प्रतिशत मानिस मर्नु कुनै अस्वाभाविक कुरा हैन । धेरैजसो मानिसले चार जना केटाकेटीमध्ये एक जनालाई गुमाउनुलाई सामान्य नियति मानिन्थ्यो । हठात् मेरो मनमा तर्कना तरंग उठ्यो—खाली गरिब हुँदैंमा र संसारको दुर्गम कुनामा बस्दैमा मेरो परिवारका आधा मानिसले किन मर्नुपर्ने हो ? मैले यो कुरा पटककै बुझ्न सकिनँ । न त मैले यो कुरा स्वीकार गर्न नै सकें । (ग्रिपर २०७६ : ३१)

व्यावसायिक जीवनको शुरूदेखि नै उनका लागि स्वास्थ्य पेसाभन्दा बढी सेवा थियो र त्यसका लागि ठूलो जोखिम उठाउन उनी तयार थिए । बाल्यकालदेखि नै परेको बौद्ध दर्शनको प्रभावले पनि उनमा अदम्य सेवाभाव जागेको देखिन्छ । लामो समय दूरदराजमा निरन्तर सेवा गरेर उपचार विधि परिस्कृत गर्दै गएका अन्तर्मुखी स्वभावका डा. रुइत जब राष्ट्रिय र अन्तर्राष्ट्रिय मिडियाको ध्यानमा परे, उनले आफ्नो ख्याति संसारभरका झन् धेरै मानिससम्म स्तरीय आँखा उपचार सेवा पुऱ्याउन उपयोग गरे । भारत, पाकिस्तान, भुटान, म्यानमार, इण्डोनेशिया, कम्बोडिया, भियतनाम, माल्दिभ्स, इथियोपिया, मंगोलिया, घाना, युगाण्डा, सुडान, इराक, दक्षिण अमेरिका र दक्षिण अफ्रिकाबाट अहिले चिकित्सक र स्वास्थ्यकर्मीहरू तिलगंगा आएर यहाँ विकसित उपचार विधि सिक्छन् । फलस्वरूप तिलगंगा अस्पतालले आउँदा दशकहरूमा एसिया र अफ्रिकाका दसौँ करोड मानिसहरूलाई पश्चिमा विश्वको उपचार पद्धतिसँग तुलनायोग्य आँखा उपचार सेवामा पहुँच दिने निश्चित छ (ग्रिपर २०७६) ।^{२२}

^{२२} हेर्नुहोस्, www.cureblindness.org/work/where-we-work/nepal; असोज २०, २०७६ मा हेरिएको ।

त्यसरी तिलगंगामा विकसित उपचार विधिको “निर्यात” किन महत्त्वपूर्ण छ त ? ग्रिपर सँगको कुराकानीमा एक विदेशी विश्लेषक भन्छन् :

यी [अविकसित देशका] टोलीहरूलाई प्रशिक्षणका निम्ति संयुक्त राज्य अमेरिका वा संयुक्त अधिराज्यमा लगियो भने स्वदेश फर्केपछि त्यहाँ सिकेका कुरा हुबहु गर्न सकिएला भन्ने कुराको विश्वास उनीहरूमा हुँदैन । तर त्यही कुरा रइतले विश्वको एउटा अति गरिब देशमा गरेको देख्दा ती प्रशिक्षार्थीहरूमा विश्वासको भावना जागृत हुन्छ । उनीहरू त्यही काम रइतले जस्तै गरी गर्न सकिने कुरा बुझे र त्यसमा विश्वस्त भएर फर्किन्छन् । (ग्रिपर २०७६ : १७३)

डा. पोखरेल र डा. रइत दुवैको एउटा समानता के हो भने दुवै चुस्त र परिणामदायी टिम बनाउनमा कुशल थिए । डा. पोखरेलका अनुसार जनरल रवि शमशेर राणाको अध्यक्षताका कारण नेपाल आँखा अस्पताल र नेत्रज्योति संघको सञ्चालन सहज भएको थियो भने सदस्य रहेका तोलाराम दुगड, मणिहर्ष ज्योति र बनवारीलाल मित्तल जस्ता नेपालका शीर्ष उद्योगीहरूले संस्थाको आर्थिक र लेखापरीक्षणको पाटो हेरेका थिए । अर्का सदस्य निर्माण व्यवसायी राजकृष्ण श्रेष्ठले नेपाल आँखा अस्पतालको भवन बनाउनमा सघाएका थिए । पूर्व अञ्चलाधीश बट्टीविक्रम थापाले नेपाल आँखा अस्पतालका लागि शुरूमा स्रोत जुटाउन सघाएका थिए भने पछि गुठी संस्थानको प्रमुख भएपछि अस्पतालका लागि थप जमिन उपलब्ध गराएका थिए । अर्का सदस्य अनंगमान शेरचनले आफू प्रमुख रहेको साल्ट ट्रेडिङ कर्पोरेशनबाट नेपाल आँखा अस्पतालका लागि रु. एक लाखको अनुदान उपलब्ध गराएका थिए । संघका सदस्य कमलमणि दीक्षितले महत्त्वपूर्ण निर्णय प्रक्रियाहरूमा डा. पोखरेललाई सघाउँथे (पोखरेल सन् २००३) ।

डा. रइतलाई चाहिँ उनले “शानदार सात” भन्ने गरेका सहकर्मीहरूको एउटा टोलीले शिविर र अस्पतालको सेवामा सघाउँथ्यो । त्यस्तै, नेपाल आँखा कार्यक्रमका सदस्यहरूले (हेर्नुहोस्, अनुसूची २) तिलगंगा परियोजना सफल बनाउन आर्थिक स्रोत संकलन लगायत मुख्य भार बहन गरेका थिए । प्राविधिक टोलीका दुई विज्ञ चिकित्सकहरूमध्ये हाल तिलगंगाका प्रमुख कार्यकारी अधिकृत डा. रीता गुरुड पनि डा. रइत झैं विद्यालय नभएको सानो गाउँमा हुकेकी थिइन् । अर्का डा. गोविन्द पौड्याललाई डा. रइत आध्यात्मिक झुकाव र महान् चरित्र भएका मानिस मान्छन् । त्यस बाहेक प्रशासकहरू भगीरथ बानियाँ र रवीन्द्र श्रेष्ठ, नेत्र सहायक नवीन राई, नर्सहरू विना शर्मा र करुणा श्रेष्ठ पनि उक्त टोलीमा थिए ।

तिलगंगा केन्द्रको संस्थापक टोलीको नेतृत्व तामाकोशी सेवा समाज मार्फत समाज सेवाको अनुभव बटुलिसकेका लेखक जगदीश घिमिरेले गरेका थिए । डा. रइतको छवि र पहिचान समाजमा व्यापक नभइसकेको त्यो समयमा कलाकार हरिवंश आचार्यले बोर्डमै बसेर ठूलो भूमिका खेले भने कलाकार मदनकृष्ण श्रेष्ठ र पत्रकार विजयकुमार पाण्डेले बाह्रैबाट

मद्दत गरे । व्यापारी दिवाकर गोल्ल्या, कान्छा सगरमाथा आरोही शम्भु तामाङ, नेबिको बिस्कुटका उद्यमी रवीन्द्र श्रेष्ठ र अर्का युवा उद्यमी सुहृद घिमिरे पनि बोर्डमा सामेल भएर परियोजनालाई भरथेग गरे । अर्का बोर्ड सदस्य सुशील पन्तले शुरूआतदेखि नै केन्द्रको कानूनी सल्लाहकार भई काम गरे । बोर्ड सदस्य हिमालय पाण्डे र उनको परिवारले आँखा बैंक स्थापनाका लागि चाहिँदो रकम अनुदान दिए (ग्रिपर २०७६) । तिलगंगा केन्द्र निर्माणका बेला खटेर लागेका नेपालका लागि तत्कालीन अस्ट्रेलियाली राजदूत लेस डग्लसले त तिलगंगाको निर्माण नसकिएका कारण नेपालमा आफ्नो कार्यकाल नै आठ महिना थपेका थिए । कतिसम्म भने, प्रधानमन्त्रीले अस्पताल सम्बन्धी अन्तिम योजनाहरूलाई स्वीकृति दिन आनाकानी गर्दा गाँठो फुकाउन डग्लसले प्रधानमन्त्रीको ढोका ढकढक्याउँथे । डग्लसले अस्ट्रेलियाली सहायता नियोगबाट ७० हजार डलर र अस्ट्रेलियाली उद्यमी डिक स्मिथबाट एक लाख डलर दिलाइदिएको रकम र नेपाल आँखा कार्यक्रम अस्ट्रेलियाले पठाएको ३० हजार डलरले तिलगंगा स्थापनाको शुरूआती खर्चको ठूलो हिस्सा धानेको थियो ।^{२३} डा. रुइतसित शल्यक्रिया गराएका तृतीय जामगोन कोडटुलको फाउण्डेशनले दिएको ७१ हजार डलरले चाहिँ नयाँ शल्यक्रिया कक्ष बनेको थियो । त्यस बाहेक नेपाल भित्रैका दाताहरूबाट समेत ठूलो सहयोग जुटेको थियो (ग्रिपर २०७६) ।

अन्तर्राष्ट्रिय सहयोगको उचित र सिर्जनशील परिचालन

नेपालको आँखा उपचार क्षेत्रमा सहयोग र योगदान पुऱ्याउने संस्थाहरूको सूची लामो छ (हेर्नुहोस्, अनुसूची १) । तर यहाँ कार्यरत गैरनाफामूलक संस्थाहरूको चुस्तता र विश्वसनीयताबिना त्यस्तो सहयोग असम्भव थियो । अन्तर्राष्ट्रिय सहयोग कसरी परिभरताको कारक नभई आत्मनिर्भरताको माध्यम बन्न सक्छ भन्ने नेत्रज्योति संघ र तिलगंगा दुवैले देखाएका छन् । डा. रुइतले चिनजानका आधारमा अनुदानमा ल्याएका कृत्रिम लेन्सको भरमा धेरै वर्ष सेवा दिएपछि नेपाललाई अन्ततः त्यस्ता लेन्स निर्माण र निर्यातको समेत हब बनाए । डा. पोखरेलले नेत्रज्योति संघ मार्फत खास देशका व्यक्ति र संस्था वा सरकारलाई नेपालको निश्चित क्षेत्रमा आँखा उपचारको पूर्वाधार निर्माण तथा शुरूका १०-१५ वर्ष सञ्चालन खर्चको समेत जिम्मा दिए । त्यसपछि क्रमशः आँखा अस्पतालहरू आत्मनिर्भर हुँदै गए (हेर्नुहोस्, तालिका ५) ।

यस्ता सहयोगीहरूमध्ये डा. हेनिडले ३१ वर्षसम्म सेवा दिई लहानस्थित सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पताललाई स्थापित गराए । त्यस्तै, डा. कोल्स्टाड २५ वर्ष धनगढीको गेटामा बसेर त्यहाँको आँखा अस्पताललाई आत्मनिर्भर बनाएका थिए । पश्चिम तराईका

^{२३} डा. रुइतको योजनालाई भरथेग गर्न उनका अस्ट्रेलियाली मित्र फ्रेड हलोज, उनकी पत्नी गाबी र साथीहरूले खोलेको संस्था ।

ट्रकोमा ग्रस्त गाउँहरूमा पुगेर डा. फ्रेड हलोजले गरेको अध्ययनका आधारमा नेपाल ट्रकोमा कार्यक्रम शुरु गर्न सम्भव भएको थियो। यस कार्यक्रम अन्तर्गत फिजर कम्पनीद्वारा उत्पादित एन्टिबायोटिक ठूलो परिमाणमा लगेर ट्रकोमाको उपचार गरिएको थियो (पोखरेल सन् २०१८)। व्यवस्थित रूपमा जिम्मेवारीको बाँडफाँट गरिनाले दाताको सहयोग पनि छरिएर र क्षेत्र विशेषमा आँखा उपचारको अवस्था शून्यबाट उन्नत हुन पुग्यो। यसरी संयुक्त राज्य अमेरिका, नर्वे, नेदरल्याण्ड्स, जापान, क्यानडा, स्वीजरल्याण्ड र जर्मनी जस्ता देशका अग्रज आँखा रोग विशेषज्ञहरूले त्यहाँको प्रविधि र ठूलो हदसम्म व्यवस्थापन प्रणाली समेत नेपालमा भित्र्याएर विभिन्न क्षेत्रमा आत्मनिर्भर आँखा उपचार प्रणाली निर्माण गरे।

तालिका ५ : नेपाल नेत्रज्योति संघको समन्वयमा नेपालमा आँखा अस्पताल स्थापनामा मुख्य भूमिका खेल्ने व्यक्ति र संस्था

क्षेत्र	अस्पताल	नेतृत्वदायी व्यक्ति	सहयोगी संस्था
पूर्व र मध्यतराई	सगरमाथा आँखा अस्पताल	डा. अल्बर्ट हेनिड, जर्मनी	क्रिष्टोफर ब्लाइण्डेन मिसन
नारायणी क्षेत्र	केडिया आँखा अस्पताल	डा. इतारु कुरोजुमी, जापान	एशोसिएशन फर अप्थाल्मिक कोअपरेसन टु एसिया, निप्योन २४ एचटीभी च्यारिटी कमिटी
मध्य तराई	गौर आँखा अस्पताल		
सुदूरपश्चिम	गेटा आँखा अस्पताल	डा. ए. कोल्स्टाड, नर्वे	नर्वेजियन चर्च एड र नर्वेजियन एजेन्सी फर डेभलपमेन्ट कोअपरेशन
राप्ती क्षेत्र	राप्ती आँखा अस्पताल		
लुम्बिनी क्षेत्र	रण अम्बिका शाह अस्पताल (लुम्बिनी आँखा प्रतिष्ठान)	ल्यारी ब्रिलियन्ट, अमेरिका	सेवा फाउण्डेशन, अमेरिका, सेवा सर्भिस सोसाइटी, क्यानडा
मध्यपश्चिम	फतेह बाल आँखा अस्पताल	डा. स्मिट, स्वीजरल्याण्ड	स्विस रेडक्रस
भित्री मधेस	भरतपुर आँखा अस्पताल		बीसीसीआई फाउण्डेशन पाकिस्तान, सेवा फाउण्डेशन, अमेरिका तथा सेवा क्यानडा सोसाइटी, क्यानडा
गण्डकी क्षेत्र	हिमालयन आँखा अस्पताल	डा. जेराल्ड स्मिथ, नेदरल्याण्ड्स	आइकेयर फाउण्डेशन, नेदरल्याण्ड्स

स्रोत : पोखरेल (सन् २००३)।

सस्तो र स्तरीय सेवा विस्तारका नवीन उपायको प्रयोग

नेपालमा अहिले निजी क्षेत्रमा स्वास्थ्य सेवा महँगो छ नै, त्रिवि शिक्षण अस्पताल जस्ता सरकारी संस्थाहरूमा समेत निःशुल्क बेड अति न्यून छन् र बाँकी बिरामीका लागि सेवाको मूल्य उल्लेखनीय छ। खास गरी विपन्न नागरिकहरूका लागि कसरी सस्तो स्वास्थ्य सेवा दिन सकिन्छ भन्ने प्रश्नको उत्तर हाम्रो स्वास्थ्य सेवा प्रणालीले खोज्न सकेको छैन।

तर आँखा उपचार क्षेत्र त्यसको अपवाद बनेको छ । यो क्षेत्रमा अपनाइएका सेवालार्ई स्तरीय, सस्तो र सुलभ बनाउन अपनाइएका केही नवीन उपाय यस्ता छन् जसले आँखा अस्पतालहरूलाई आत्मनिर्भर समेत बनाएका छन् । ती उपायमध्ये पहिलो हो, बिरामीको अत्यधिक भारलाई अवसरमा बदल्ने । खास गरी शल्यक्रिया गर्नुपर्ने बिरामीको चाप बढ्दा जनशक्ति र भौतिक पूर्वाधारको लागत बढ्छ । तर निश्चित जनशक्ति र पूर्वाधारमा अधिकतम शल्यक्रियाहरू गर्ने हो भने प्रति शल्यक्रिया शुल्क सस्तो भए पनि अस्पतालको आमदानी बढी हुन्छ ।^{२४} तराई क्षेत्रका दश आँखा अस्पतालले सीमावर्ती भारतीय क्षेत्रका पिछडिएको स्वास्थ्य सेवालार्ई यसरी नै अवसरमा बदलेका छन् ।^{२५}

उपचार सेवालार्ई सबैको पहुँचमा पुऱ्याउने अर्को उपाय हो लचिलो र “मानवीय” शुल्क प्रणाली । क्रयशक्ति बढी हुने बिरामीहरूले कुनै उपचार विधिको आधार मूल्यभन्दा चालीस गुणासम्म मूल्य तिर्ने विकल्प हुन्छ । त्यस्तै, विपन्न बिरामीहरूका लागि निःशुल्क वा हदैसम्म सस्तो शुल्कमा तुलनायोग्य उपचार उपलब्ध हुन्छ (हेर्नुहोस्, तालिका ६) ।

त्यसै गरी बहुविध स्रोत परिचालनका कारण अक्सर बिरामीसँग उठाइने शुल्कले अस्पतालको सञ्चालन खर्च मात्रै चलाउने गरिन्छ । भवन लगायत ठुला भौतिक पूर्वाधारका लागि दाताहरूको सहयोग परिचालन हुन्छ । आँखा अस्पतालका लागि जग्गा दान गर्ने प्रचलन कति नियमित भइसकेको छ भने एक वृद्ध दम्पतीले छोरीसित न्यायिक लडाइँ लडेर नेपालगञ्जस्थित फतेह आँखा अस्पताललाई झण्डै एक अर्ब मूल्यको घरजग्गा दान गरे (सत्याल २०७४) ।

आम रूपमा नेपालका आँखा अस्पतालहरूले उपयोग गर्ने स्रोतहरूलाई यसरी वर्गीकरण गर्न सकिन्छ : सरकारबाट जमिन प्रयोगको अनुमति; विद्युत, पानी र सडकको सुविधा लिने; धनाढ्य निजी दाताहरूबाट जमिन र विभिन्न प्रयोजनका लागि नगद दान लिने । मुख्यतः ठुला विदेशी दाताबाट भवन र महँगो मुख्य उपकरण खरिद, अत्याधुनिक विदेशी प्रविधिको आयात जस्ता सहयोग लिने अनि निश्चित अवधिसम्म जनशक्ति परिचालन र प्रशासनिक खर्च सहित सञ्चालनको जिम्मा समेत दिन सकिने । बिरामीबाट लिइने लचिलो शुल्कबाट दैनिक अस्पताल सञ्चालन खर्च मात्र उठाउने (पोखरेल सन् २००३) ।

^{२४} सामान्यतः एउटा सर्जनले आफ्नो दुईतिर रहेका बेडमा तयार पारिएका बिरामीको पालैपालो शल्यक्रिया गर्छ । एकतिरको शल्यक्रिया नसकिँदै अर्कोतिर बिरामी तयार भइसके हुँदा एकाध मिनेटको समय समेत नफाली शल्यक्रिया गर्ने गरिन्छ र सर्जनको उत्पादकत्व निकै बढेर जान्छ । आँखा उपचारमा दक्षिण एसियामै अग्रणी मानिने भारतको अरबिन्द आइ केयर सिस्टमले विकास गरेको यो पद्धति नेपालमा पनि निकै प्रभावकारी छ ।

^{२५} सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पतालमा कार्यरत डा. सञ्जीव चौधरी र लुम्बिनी आँखा प्रतिष्ठानमा कार्यरत डा. श्वेता सिंहसँग कात्तिक १, २०७६ मा गरिएको कुराकानी ।

तालिका ६ : विभिन्न आँखा अस्पतालमा स्वास्थ्य सेवाको मूल्य

अस्पताल	नदोब्रिने लेन्स, सानो घाउ बनाई हातैले गरिने शल्यक्रिया (रु.)	दोब्रिने लेन्स, अत्याधुनिक मेशिनको महतले गरिने शल्यक्रिया (रु.)	शुल्कका विकल्पहरू
तिलगंगा आँखा केन्द्र	८,०००	१२,०००	पूर्ण रूपमा निःशुल्क मोतियाबिन्दु शल्यक्रिया पाउने बिरामी ९.५ प्रतिशत—अस्पतालमा मात्र, ४४ प्रतिशत (समुदायमा हुने शिविर सहित)
सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पताल र विराटनगर आँखा अस्पताल	१,२००	१०,०००-५०,०००	सस्तो मूल्यमा भारतमा निर्मित दोब्रिने लेन्स प्रयोग हुने, महँगो मूल्यमा जर्मनी वा अमेरिकामा निर्मित लेन्स प्रयोग गर्ने विकल्प
गेटा आँखा अस्पताल	३,२००	२४,०००	दुबै खाले लेन्स तिलगंगामा निर्मित
भरतपुर आँखा अस्पताल	७,०००	१३,०००-३०,०००	तिलगंगामा निर्मित नदोब्रिने लेन्स, दोब्रिने आयातित लेन्स प्रयोगमा कम वा बढी मूल्यको लेन्स प्रयोगको विकल्प दिइने
लुम्बिनी आँखा प्रतिष्ठान	४,०००	१०,०००-३९,०००	विभिन्न मूल्यका दोब्रिने लेन्ससँगै शुल्कमा लचकता।

स्रोत : सम्बन्धित अस्पताल प्रशासन।

यसरी सरकारी स्रोतको उपयोग हुँदा समेत सञ्चालन प्रक्रिया—सरकारी कर्मचारीतन्त्र, त्यहाँको ढिलासुस्ती र भ्रष्टाचारबाट मुक्त हुन्छ। निजी क्षेत्रको स्रोत उपयोग हुँदा पनि त्यसले नाफामुखी चरित्र ग्रहण गर्दैन। वैदेशिक दाताको सहयोग लिँदा पनि त्यसले परनिर्भरता नभई आत्मनिर्भरताको विकासलाई सघाउँछ। फलस्वरूप अस्पताल सञ्चालन खर्चको निकै सानो अंशको भार मात्रै अस्पताल आउने बिरामीमा पर्छ। अनि खर्च हालेर अस्पतालसम्म पुग्न नसक्ने बिरामीले समुदायमै निःशुल्क शल्यक्रिया समेतको सेवा पाउँछन्।

त्यसै गरी मूर्त सहयोग गर्नेहरूलाई अमूर्त पुरस्कार दिने अर्को उपायको पनि निकै प्रयोग भएको छ। जस्तो कि नेपालको आँखा क्षेत्रलाई माथि उठाउन पूर्वाधारदेखि जनशक्ति र प्रशासकीय सहयोग समेत पुऱ्याउने धेरैजसो विदेशी व्यक्तिहरूले बदलामा तत्कालीन राजाबाट पदक र विभूषणहरू पाएका छन्। नेत्रज्योति संघ अन्तर्गतका आठ अस्पतालका नाममा दाताहरूको नाम जोडिएको छ (हेर्नुहोस्, तालिका ७)। लहानमा अस्पतालका लागि आठ बिघा जग्गा मात्रै नभएर सञ्चालनका लागि वार्षिक तीन लाख रुपैयाँ (सन् १९८३ मा त्यो ठूलो रकम थियो) समेत दिने चौधरी परिवारको नाम सगरमाथा चौधरी

तालिका ७ : आँखा अस्पताल स्थापनाका लागि जग्गा दान गर्ने व्यक्ति

अस्पताल	दान गर्ने व्यक्ति	थप जानकारी
सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पताल	छविलाल चौधरी, पद्मनारायण चौधरी र चौधरी परिवार	थप वार्षिक रु. ३ लाखको अनुदान (पछि त्यसको सट्टा थप १६ बिघा जमिन दान)
केडिया आँखा अस्पताल	केडिया ट्रस्ट	
लुम्बिनी आँखा प्रतिष्ठान (रण अम्बिका शाह आँखा अस्पताल)	रणबहादुर शाह	थप सञ्चालन खर्चका लागि रु. दश लाखको मुद्दति खातामा जम्मा
फतेह बाल आँखा अस्पताल	फतेहजंग शाह, श्रीजंग शाह र रुद्रकुमारी शाह	अस्पताल स्थापनाका लागि जग्गा दान अस्पतालका लागि मरणोपरान्त एक अर्ब मूल्यको घर र जग्गा दान
छन्दा (काले बाबु) नारायणी आँखा अस्पताल	नारायणी शाह	

स्रोत : पोखरेल (सन् २००३), नेपाल नेत्रज्योति संघ (www.nnjs.org.np/eye-hospital) र सत्याल (२०७४) ।

आँखा अस्पतालमा जोडियो भने परिवारका छविलाल चौधरीले गोरखा दक्षिण बाहु प्रथम पाएका थिए (पोखरेल सन् २००३) ।

लागत कम गर्ने र आय आर्जन गर्ने अरू सिर्जनशील उपायहरू स्थानीय परिवेश अनुसार फरक-फरक छन् । सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पतालले चौधरी परिवारबाट दान पाएको आठ बिघा जग्गा र नियमित वार्षिक अनुदानको तीन लाख रुपैयाँबाट पनि चलन गाह्रो हुने देखिएपछि नयाँ जुक्ति लगायो । नेत्रज्योति संघले दातालाई वार्षिक नगद अनुदानको सट्टा थप १६ बिघा जग्गा अनुदान गर्न मनायो र त्यसमा केरा खेती शुरू गर्‍यो जसबाट आउने आमदानीले अस्पताल सञ्चालनमा भरथेग गर्‍यो । अफ्रिकाको अनुभव बटुलेर नर्वेदेखि सन् १९८२ मा नेपाल आएका डा. ए. कोल्स्टाड श्रीमती सहित वर्षौं धनगढी बजारबाट अलि पर अनकण्टार जस्तो गेटामा बसे र १०० बेडको अस्पताल बनाए । जापानबाट मुख्य “अप्टिक” भागहरू ल्याएर स्थानीय सामान मिलाएर माइक्रोस्कोप तयार पारे । पर्वतारोहणपछि छाडिएका ग्यास सिलिण्डरहरूबाट उपचारका लागि आवश्यक “क्रायो” मेशिनको जुगाड गरे, जुन जम्मा २० डलरमा तयार हुन्थ्यो । युरोपबाट रसायनहरू र भारतबाट प्लास्टिकका बोतल ल्याएर आवश्यक पर्ने आँखाका थोपा औषधीहरू बनाए । गेटा आँखा अस्पतालले नर्सहरूले गर्ने अनेक मसिना कामहरू बिरामीका कुरुवाहरूलाई गराएर जनशक्तिको आवश्यकता घटायो । स्थापनाको शुरू कालमा नेपाल आँखा अस्पतालले सञ्चालन खर्च जुटाउन “आँखा चिठ्ठा” चलाएको थियो । त्यस्तै, सेवा शुरू गर्नका लागि डा. पोखरेलले आफ्नो क्लिनिकबाट फर्निचर तथा आँखा उपचारका आफूसित भएका साधनहरू ल्याएर नेपाल आँखा अस्पतालको सेवा शुरू गरेका थिए ।

डा. रुइतको समूहले पनि किफायती विधिबाट उपचार गर्ने भएकाले तिलगंगा अस्पताल स्थापना हुनु अगाडिदेखि सस्तोमा वा निःशुल्क उपचार सम्भव भएको हो । उनको टोलीले वर्षौंसम्म दुर्गममा शिविर चलाउँदा भीडभाड हुने बसका छतमा समेत बसेर यात्रा गर्थ्यो । सामान्यतः एक पटकको प्रयोगपछि फालिने टाँका लगाउने सुईहरू निर्मलीकरण गरेर चार/पाँच पटकसम्म प्रयोग गरियो । जर्मनी वा अमेरिकामा बनेका ४० हजार डलर पर्ने माइक्रोस्कोपको सट्टा जापानमा बनेको छ हजार डलर पर्ने माइक्रोस्कोपले काम चलाइयो । अझै पनि दुर्गममा हुने शिविरहरूमा स्कूलका कोठाहरू टालटुल र छोपछोप पारेर शल्यचिकित्सा कक्ष बनाइन्छन् । भान्साका टेबल वा स्कूलका डेस्कबाट शल्यक्रियाका लागि टेबलहरू तयार पारिन्छन् । तिलगंगामा विश्वस्तरका कृत्रिम लेन्स उत्पादन हुनुभन्दा धेरै वर्ष अगाडिदेखि डा. रुइतले पश्चिमा देशमा पुराना र झण्डै अनुपयोगी भइसकेका तर नेपालमा आइनसकेका लेन्सहरू बाकसका बाकस मगाएर मानिसहरूको दृष्टि फर्काउन प्रयोग गरे । त्यस क्रममा डा. रुइतका अमेरिकी मित्र डिक लिटविनले हेरेकपल्ट आउँदा बाकसभरि त्यस्ता लेन्स ल्याइदिएर सहयोग गरे (ग्रिपर २०७६) ।

नेपालको आँखा उपचार क्षेत्रका अबका चुनौती

आँखा उपचार क्षेत्रमा देखापरेका चुनौतीहरूलाई यहाँ निम्न पाँच बुँदामा चर्चा गरिएको छ । एक, खास गरी मोतियाबिन्दुका कारण समाजमा रहेको अन्धोपनको दशकौँ देखिको बोझ कम गर्न तथा ट्रकोमा जस्ता रोगबाट हुनसक्ने अन्धोपन रोक्न नेपालको आँखा उपचार प्रणालीले जे गर्थ्यो त्यो संसारकै लागि उदाहरण बनेको छ । तर त्यस क्रममा देशभर खुलेका अस्पतालहरूको ध्यान शल्यक्रियाबाट दृष्टि फर्काउने “सर्जिकल” पाटोमा अधिक केन्द्रित भयो र आँखा उपचारको “मेडिकल” पाटो सापेक्षतः ओझेलमा पर्थ्यो । अहिले नेपालमा मोतियाबिन्दुको बोझ घट्दै गए पनि मोटोपन जस्ता कारणले मधुमेह र त्यसको फलस्वरूप हुने आँखाका समस्या निरन्तर बढिरहेका छन् । तिनको रोकथामका लागि आँखा उपचारको मेडिकल पाटोलाई अघि बढाउनुका साथै जनचेतना बढाउन र चिकित्साका बहुविधाहरूबीच समन्वय र सहकार्य गर्न अनिवार्य छ (पोखरेल सन् २०१८) । अहिले नेपालका आँखा अस्पतालहरूको आम अभ्यास के छ भने आँखा रोग विशेषज्ञ चिकित्सकहरू दैनिक रूपमा शल्यक्रिया कक्षमा हुन्छन् र बहिरंग विभागमा सेवा दिनका लागि सामान्यतः प्राविधिकहरू मात्रै उपलब्ध हुन्छन् । आँखा चिकित्सकहरूका अनुसार आँखाका समस्याको “मेडिकल” उपचारलाई पनि सँगसँगै अघि बढाउन आवश्यक छ ।^{२६}

^{२६} सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पतालमा कार्यरत डा. सञ्जीव चौधरीसँग कात्तिक १, २०७६ मा गरिएको कुराकानी ।

आँखा विशेषज्ञहरूको संख्या बढेसँगै बहिरंग सेवामा पनि उनीहरूलाई खटाएर त्यस्तो प्रयास शुरू गर्न सकिन्छ ।

दुई, मोतियाबिन्दु उपचारमा जति प्रगति भएको छ, आँखाको नानी प्रत्यारोपण जस्ता विधिको व्यापकताका लागि नेपालले धेरै गर्न बाँकी छ । आँखाको नानी दानको अभ्यास पहिलेभन्दा निकै बढेको (हेडन सन् २००२) भए पनि त्यसलाई अझै व्यापक बनाउन आवश्यक छ (केसी सन् २००७) । त्यसमा अस्पतालहरूले मात्र नभई बृहत्तर समाजले पनि भूमिका खेल्नु आवश्यक छ ।

तीन, जुनसुकै कारणले दृष्टि गुमेको भए पनि लामो समयसम्म उपचार नपाउने हो भने आँखाको नसा सुक्छ । शुरूको अवस्थामा उपचारयोग्य समस्या समेत पछि जटिल बन्छ र केही गर्दा पनि दृष्टि फर्कदैन । त्यसैले रोकथाम गर्न सकिने अन्धोपन हुने झन् धेरै बिरामीकहाँ पुगेर समयमै उपचार गर्ने चुनौती पनि छ । त्यसका लागि नेपालका अहिले पनि आँखा उपचारको नियमित पहुँचबाट टाढा रहेका धेरै पहाडी र हिमाली जिल्लासम्म सेवा विस्तार हुनु जरुरी छ ।^{२७} दृष्टि स्थायी रूपमा गुमिसकेको अवस्थामा समाजमा पुनर्स्थापनाको जुन प्रक्रिया हुन्छ, त्यसमा नेपाल निकै पछाडि छ र त्यस क्षेत्रमा आँखा अस्पताल लगायत राज्य र समाजले गर्नुपर्ने काम थुप्रै छन् ।

चार, देशमा विकसित आँखा उपचार प्रणालीको पहुँच सामान्य अस्पतालमा छैन । त्यसैले सामान्य अस्पतालमा पुग्ने आँखाका बिरामीहरूले देशमा उपलब्ध हुने अधिकतम गुणस्तरको आँखा उपचार सेवा पाउन सकेका छैनन् । जस्तै, दुर्घटनापछि आँखा समेत अनुहार र टाउकोमा गम्भीर चोट हुने बिरामीहरू स्वभावतः सामान्य अस्पतालमा पुग्छन् ।^{२८} त्यस्ता अस्पतालमै विज्ञ आँखा चिकित्सक, उपकरण र उम्दा उपचार प्रणाली भए मात्रै उनीहरूको आँखाको चोटले सामयिक उपचार पाउन सक्छ । त्यसैले देशभरका ठुला बहु-विभागीय अस्पतालहरूमा समेत आँखा उपचारलाई विकसित गर्न र समग्रमा आँखा उपचार क्षेत्रलाई देशको स्वास्थ्य सेवा प्रवाह प्रणालीमा जोड्नु जरुरी छ । हाल आँखा विभागमा विशिष्ट सेवा र शिक्षा दिइरहेका त्रिवि शिक्षण अस्पताल काठमाडौँ र बीपी कोइराला स्वास्थ्य विज्ञान प्रतिष्ठानले त्यस किसिमको एकीकृत सेवा दिइरहेकोमा अब त्यसको विस्तार हुनु आवश्यक छ ।

^{२७} यस्ता थप चुनौतीबारे एक आँखा विशेषज्ञको पावरप्व्वाइन्टका लागि हेर्नुहोस्, http://v2020eresource.org/content/files/Eyecare_Nepal.pdf; कात्तिक १५, २०७६ मा हेरिएको ।

^{२८} लेखकले एक अस्पतालको आकस्मिक विभागमा मेडिकल अधिकृतका रूपमा काम गर्दा बारम्बार भोगेको अनुभव ।

पाँच, आँखा उपचारको जनशक्ति उत्पादनमा नेपालले निकै ठूलो फड्को मारेको छ तर अझ पनि अध्ययनरत शल्यचिकित्सकहरूको अभ्यासका लागि जनावरहरूमा शल्यक्रिया सिकने सुविधा छैन । त्यसकारण सिकाइको अभ्यास समेत बिरामीमै गर्नुपर्ने अवस्था छ । त्यसले शल्यचिकित्सकहरूको सीप विकासमा कठिनाइ पुऱ्याएको छ भने बिरामीका लागि समेत जोखिम सिर्जना गरेको छ । त्यसैले आजसम्म आँखाका बिरामीको उपचारमा मारिएको संख्यात्मक फड्कोलाई थप गुणात्मक बनाउने, असफल शल्यक्रियाको अनुपात घटाउँदै जाने र समग्रमा सेवाको गुणस्तर बढाउँदै लैजाने चुनौतीहरू कायम छन् । त्यसका लागि उपचारको परिणाम सम्बन्धी ठुला वैज्ञानिक अध्ययनहरू गर्ने र तिनको नतिजाका आधारमा उपचारलाई थप विकसित र परिस्कृत गर्दै जाने थिति बस्नु आवश्यक छ । साथै जनावरहरूमा गरिने सिकाइका लागि आवश्यक कानूनी र व्यवस्थापकीय कार्यहरू पनि गरिनु जरुरी छ ।

निष्कर्ष

गत चार दशकमा नेपालको आँखा क्षेत्रले जुन प्रगति गऱ्यो, त्यो दुई कारणले विशेष छ । एक, यो क्षेत्रले समेटेको परिधि विशाल छ । आँखा उपचार क्षेत्रले काम थाल्ने समयमा नेपालमा आँखा स्वास्थ्यको अवस्था दयनीय थियो । मानिसले अन्धोपनका लागि भगवानलाई दोष दिन्थे । अनि सरकारको प्राथमिकतामा प्राणघातक रोगहरू मात्र थिए । त्यो समयमा नेपालका मात्र नभई भारतका समेत बीसौँ करोड जनसंख्यालाई उपचार सेवा दिने अहिलेको अवस्था कल्पना गर्न गाह्रो थियो । दुई, यसले छोटै समयमा यत्रो उपलब्धि हासिल गरेको हो । जुन गतिमा आँखा उपचारले नेपालमा फड्को माऱ्यो, बाँकी विधाको स्वास्थ्य सेवा त्यसको हाराहारीमा कहिल्यै पुगेन । आँखा उपचारमा जसरी विकसित देशका शल्यचिकित्सकहरू उपकरण, प्रविधि र नगद सहयोग लिएर नेपाल छिरे र निश्चित भौगोलिक क्षेत्रमा आँखा अस्पतालको स्थापना र दिगोपन सुनिश्चित गरे, अरू विधामा त्यसो भएन । स्वदेशी दाताबाट आँखा अस्पतालहरूलाई दान गरिएको आजको मूल्यमा दसौँ अर्ब पर्ने अचल सम्पत्ति र ठूलो नगद सहयोग पनि अन्य विधामा दोहोरिएन । फलस्वरूप धर्मराउँदो सरकारी स्वास्थ्य सेवाले छाडेको विशाल खाली ठाउँ भर्न निजी क्षेत्र आयो । खास गरी धेरै बिरामी र नाफाको सुनिश्चितता खोज्दा निजी अस्पतालहरू शहरी क्षेत्रमा झुम्मिए । जमिनको मूल्य लगायतका कारणले त्यो सेवा असाध्य महँगो हुन पुग्यो ।

नेपालमा आँखा उपचारको देशव्यापी सञ्जाल निर्माण, भविष्यमुखी जनशक्ति उत्पादनको रणनीति, राज्य र देशको सम्भ्रान्त वर्ग सँगको संयोजनमा स्रोत-साधनको जोहो र विदेशी दाताहरूको सहयोगको उचित र दिगो परिचालन जस्ता कामहरू डा. रामप्रसाद पोखरेलको नेतृत्वमा नेपाल नेत्रज्योति संघले गर्दै आयो । आँखा उपचार

सेवाको दिगोपनका लागि अनेक रचनात्मक उपायहरू पनि विकास भए। नेपाल र सीमावर्ती भारतीय राज्यहरूमा रोकथाम गर्न सकिने अन्धोपनको अत्यधिक बोझलाई अवसरको रूपमा उपयोग गर्दै संघले सस्तो, गुणस्तरीय र दिगो उपचार सेवालाई सम्भव बनायो। चालीस वर्षको अवधिमा दृष्टि फर्काउने शल्यक्रियाहरूको वार्षिक संख्या आठ सयबाट बढाएर अढाई लाख कटाउनु लर्तरी प्रयास र व्यवस्थापनले हुने काम होइन।

नेत्रज्योति संघले त्यसरी सेवा विस्तार गरिरहँदा डा. सन्दुक रुइत नेतृत्वको नेपाल आँखा कार्यक्रम र तिलगंगा आँखा केन्द्रले सेवामा गुणस्तरको छलाङ मात्रै लगाएनन् नेपाल बाहिरका थुप्रै देशका दसौँ हजार बिरामीको दृष्टि फर्काए। त्यहाँ दिगो र गतिशील आँखा उपचार प्रणालीको विकासमा समेत सघाए। मोतियाबिन्दुले अपारदर्शी बनाएको लेन्स हटाएपछि मोटा, ह्याब्रे चश्मा लगाउने पुरानो प्रविधि विस्थापित गरेर आँखाभित्रै कृत्रिम लेन्स लगाउने पश्चिमा विश्व सरहको सेवा नेपालमा दिन डा. रुइतले शुरूमा दानी दाताको भर परे। अन्ततः दाताकै सहयोगमा भए पनि काठमाडौँमा कृत्रिम लेन्सको कारखाना स्थापित गरेर सस्तो मूल्यको लेन्स देशभित्र मात्र नभई तीसौँ देशमा निर्यात गर्नसक्ने अवस्था उनले सिर्जना गरेका छन्। आँखा उपचारको पहुँच र गुणस्तर बढाउने र मूल्य घटाउने दिशामा तिलगंगाले पाएको सफलताले नेपालजस्तै विपन्न मुलुकका करोडौँ विपन्न नागरिकहरूले सस्तो वा निःशुल्क आँखा उपचार पाउन सम्भव भयो।

नेपालको समग्र स्वास्थ्य सेवा प्रणालीमा आम नागरिकलाई कसरी स्तरीय, सस्तो र सुलभ सेवा दिन सकिन्छ भन्ने राम्रो उदाहरण आँखा अस्पतालहरूले देखाएका छन्। यस्तो सफलता अन्य क्षेत्रमा किन दोहोरिएन भनेर गम्भीर अध्ययन हुनु जरुरी छ। खास गरी आँखा स्वास्थ्यको क्षेत्रमा यति उदारताका साथ सहयोग गर्ने विदेशी र स्वदेशी व्यक्ति, संस्था र देशहरू अन्य विधामा आउने अवस्था किन बनेन भनेर खुट्याउनु जरुरी छ। आँखा अस्पतालहरूले स्थापित गरेको सरकार वा स्वदेशी दाताको जग्गा, विदेशी दाताको निर्माण र प्राविधिक सहयोग तथा चुस्त गैरनाफामूलक संस्थाको संयोजन र व्यवस्थापन सहितको मोडल अन्यत्र अनुकरण गर्न खोज्ने हो भने नेपालमा विकसित आँखा उपचार प्रणाली र अन्य विधाको उपचार प्रणालीबीच सूक्ष्म तुलनात्मक अध्ययन हुनु जरुरी छ। निजी क्षेत्रले अहिले नेपालको स्वास्थ्य सेवा प्रवाहको जुन हिस्सा ओगटेको छ, त्यसका कारण अन्य विधामा गैरनाफामूलक क्षेत्रको प्रवेश खाली ठाउँमा जस्तो सजिलो पक्कै हुने छैन। तर स्तरीय स्वास्थ्य सेवालाई हुने खानेको मात्र नभई हुँदा खानेको पनि अधिकारका रूपमा स्थापित गर्ने हो भने हाल कायम अपर्याप्त सरकारी र अति महँगो निजी क्षेत्रको सेवाको विकल्पमा गैरनाफामूलक क्षेत्रको विकास गर्नु अत्यावश्यक देखिन्छ।

धन्यवाद

नेपाली आँखा उपचार क्षेत्रको भित्रबाट देखिने दृश्य तथा आँखा क्षेत्रका चुनौतीहरूबारे खुलेर बताइदिएकोमा तथा सम्बन्धित अस्पतालका आँकडा दिलाइदिएकोमा सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पतालमा कार्यरत डा. सञ्जीव चौधरी तथा लुम्बिनी आँखा प्रतिष्ठानमा कार्यरत डा. श्वेता सिंहलाई विशेष धन्यवाद । तिलगंगा आँखा केन्द्रका भगीरथ बानियाँ, नेपाल नेत्रज्योति संघका शैलेशकुमार मिश्र तथा शैलेन्द्रमान सिंहको निरन्तर सहयोग र समन्वयबिना यस लेखको तथ्यांक संकलन सम्भव थिएन । विस्तृत अन्तर्वार्ता मार्फत आँखा उपचार क्षेत्रको चार दशक लामो यात्राबारे खुलेर बोलिदिनुहुने डा. रामप्रसाद पोखरेल र डा. सन्दुक रुइतको साधना र सहयोग दुवैका लागि म कृतज्ञ छु । साथै, लेखन प्रक्रियामा महत्त्वपूर्ण सुझाव दिने सहकर्मी अध्येताहरू, दुई अज्ञात समीक्षकहरू तथा लेखलाई खास रूप दिन तथा खँदिलो बनाउन निरन्तर सुझाव दिइरहने प्रत्यूष वन्तप्रति पनि म कृतज्ञ छु ।

सन्दर्भ सामग्री

- कान्तिपुर । २०७६ । क्यान्सर अस्पतालमा दुई सञ्चालक समिति । <https://ekantipur.com/national/2019/08/22/156644531999763148.html> मा उपलब्ध; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको ।
- खतिवडा, मीरा । २०७६ । तिलगंगाले भित्र्यायो एक जनाको आँखाबाट ४ जनालाई दृष्टि दिने प्रविधि । www.setopati.com/kinmel/medical/193353 मा उपलब्ध; मंसिर ३, २०७६ मा हेरिएको ।
- ग्रिपर, अली । २०७६ । सन्दुक रुइत । खगेन्द्र संग्रौला, अनुवादक । काठमाडौँ : फाइनप्रिन्ट बुक्स ।
- नेपाल नेत्रज्योति संघ । २०७५ । वार्षिक प्रतिवेदन २०७५ । काठमाडौँ : नेपाल नेत्रज्योति संघ ।
- सत्याल, मनोज । २०७४ । छोरीसँग लडेर एक अर्बको जग्गा दान । www.setopati.com/social/135170 मा उपलब्ध; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको ।
- स्वास्थ्य खबरपत्रिका । २०७६ । उत्कृष्ट सामाजिक संस्था : फर्काउँदै आँखाको ज्योति, फैलाउँदै आशाको ज्योति । <https://swasthyakhabar.com/story/29106> मा उपलब्ध; असोज २९, २०७६ मा हेरिएको ।
- Awale, Sonia. 2019. Nepal's Far-sighted Eye Care. Available at www.nepalitimes.com/banner/nepals-far-sighted-eye-care/; accessed August 15, 2019.

- Banstola, Amrit. 2017. The Current Status of Maternal Health in Nepal. Maternal Health Task Force. Available at www.mhtf.org/2017/12/29/the-current-state-of-maternal-health-in-nepal/; accessed August 8, 2019.
- Chhetri, Samuel. 2019. Dr Shrestha Jailed in Illegal Property Case. Available at <https://kathmandupost.com/national/2018/10/30/special-court-convicts-dr-bhaktaman-shrestha-on-corruption-charges>; accessed October 1, 2019.
- Dixit, Hemang Mani. 1995. Medicine in the Beginning. In *Nepal's Quest for Health*. Pp. 1–21. Kathmandu: Educational Books.
- Gupta, Arun. 2018. PET/CT Imaging, an Essential Means for Cancer Management: Where We Are? Available at <https://swasthyakhabar.com/story/24911>; accessed August 15, 2019.
- Gurung, Gagan and Robin Gauld. 2016. Private Gain, Public Pain: Does a Booming Private Healthcare Industry in Nepal Benefit Its People? *British Medical Journal Opinion*. Available at <https://blogs.bmj.com/bmj/2016/09/30/does-a-booming-private-healthcare-industry-in-nepal-benefit-its-people/>; accessed November 25, 2019.
- Heiden, David. 2002. Dr. Sanduk Ruit and Corneal Transplantation in Nepal. *Western Journal of Medicine* 176(1): 71–72. DOI:10.1136/ewjm.176.1.71
- KC, Kokila. 2007. 50 pc of Curably Blind Awaiting Cornea Donors. Available at <https://thehimalayantimes.com/nepal/50-pc-of-curably-blind-awaiting-cornea-donors/>; accessed October 25, 2019.
- Kristof, Nikolas. 2015. In Five Minutes, He Lets the Blind See. Available at www.nytimes.com/2015/11/08/opinion/sunday/in-5-minutes-he-lets-the-blind-see.html; accessed November 25, 2019.
- Marasini, Babu Ram. 2003. Health and Hospital Development in Nepal: Past and Present. *Journal of Nepal Medical Association* 42: 306–311.
- Neupane, Suresh Raj. 2018. Nepali Cancer Patients Forced to Seek Cure in Delhi as Home Hospitals Cannot Care. Available at <https://>

- kathmandupost.com/national/2018/12/23/nepalis-forced-to-seek-cure-in-delhi-as-home-hospital-cant-care; accessed November 25, 2019.
- Nizetic, B. 1976. Public Health Ophthalmology in Nepal. Assignment Report 24–29 August, unpublished report, World Health Organization.
- Pokharel, Ram Prasad. 2003. *Reaching the Unreached: Struggle of Three Decades in Nepal*. Kathmandu: Everest Nursing Home.
- Pokharel, Ram Prasad. 2018. Eye Care in Four Decades in Nepal. *Nepalese Journal of Ophthalmology* 10(19): 1–21.
- Poudel, Arjun. 2019. Tilganga Institute of Ophthalmology Recognised as WHO's Collaborating Centre. *The Kathmandu Post*, July 23, p. 3.
- Rasaili, Drona Prasad. 2007. Challenges in Nepal's New Era: Health Inequalities, Inequalities and Disparities. *Proceedings of Unfolding Futures: Nepalese Economy, Society, and Politics*. Available at <https://cffn.ca/2007/10/challenges-in-nepals-new-era-health-inequalities-inequalities-and-disparities/>; accessed November 25, 2019.
- Ruit, Sanduk, Geoffrey Tabin, David Chang, Leena Bajracharya, Daniel C. Kline, William Richeimer, Mohan Shrestha and Govinda Paudyal. 2007. A Prospective Randomized Clinical Trial of Phacoemulsification vs Manual Sutureless Small-Incision Extracapsular Cataract Surgery in Nepal. *American Journal of Ophthalmology* 143(1): 32–38.
- Tilganga Institute of Ophthalmology. 2019. *Annual Report 2018*. Kathmandu: Tilganga Institute of Ophthalmology.
- World Health Organization. 2019. News Release. Available at www.who.int/nepal/news/detail/21-07-2019-tilganga-institute-of-ophthalmology-recognized-as-who-collaborating-centre; accessed May 4, 2020.

**अनुसूची १ : नेपाल आँखा कार्यक्रम र नेपाल नेत्रज्योति संघ अन्तर्गतका
अस्पतालहरूले सन् २०१८ मा प्रदान गरेको सेवा विवरण^{२९}**

आँखा अस्पताल (स्थापना वर्ष)	कुल ओपीडी	कुल शल्यक्रिया	सहयोगी संस्था
तिलगंगा आँखा प्रतिष्ठान (१९९४)	२,१५,०४५	२२,०३५	हेर्नुहोस्, यसैको अनुसूची ३
रामप्रसाद पोखरेल आँखा अस्पताल, धनकुटा (सन् १९८७)	२६,७१९	९३९	
डा. बिनोद नीता कँडेल आँखा अस्पताल, परासी (सन् १९८९)	५५,७१२	२,४८४	
छन्दा (काले बाबु) नारायणी आँखा अस्पताल, बहादुरगञ्ज, कपिलवस्तु (सन् २०१२)	७९,११५	११,१६६	जग्गा दान (नारायणी शाह) सहकार्य : नर्वेजियन एशोसिएशन अफ ब्लाइण्ड एण्ड पार्सियल्ली साइटेड
बुटवल लायन आँखा अस्पताल (सन् १९९६)	६९,२१८	१,१४०	भवन तथा अन्य सहयोग : लायन्स क्लब अफ बुटवल
गेटा आँखा अस्पताल, कैलाली (सन् १९८१)	३,३६,५१४	३२,१२०	नर्वेजियन एजेन्सी फर डेभलपमेन्ट कोअपरेशन
फतेह बाल आँखा अस्पताल, नेपालगञ्ज (सन् १९८६)	१,३९,१८०	१०,१८५	स्थापनाका लागि आर्थिक सहयोग : स्विस् रेडक्रस र लायन्स क्लब एमडी १०२ स्वीजरल्याण्ड र लिटेन्टेइन्
राप्ती आँखा अस्पताल, दाङ (सन् १९८६)	१,६३,१५०	४,३५९	स्थापनाका लागि आर्थिक सहयोग : नर्वेजियन चर्च एड; सञ्चालन सहकार्य : नर्वेजियन एशोसिएशन अफ ब्लाइण्ड एण्ड पार्सियल्ली साइटेड
लुम्बिनी आँखा प्रतिष्ठान, भैरहवा (सन् १९८३)	२,४६,४५६	३२,९४५	जग्गा दान : रणबहादुर शाह र सिद्धार्थनगर नगरपालिका; भवन निर्माणका लागि आर्थिक सहयोग : सेवा फाउण्डेशन, अमेरिका; सेवा क्यानडा सोसाइटी, क्यानडा

^{२९} यस लेखले समेटेको मुख्य अध्ययन अवधि सन् १९९०-२०१५ भए पनि यहाँ आँखा अस्पतालहरूको सन् २०१८ को आँकडा लिइएको छ किनभने : (१) यसले केही अस्पतालहरूको सन् २०१५ र २०१८ बीचको तीव्र प्रगतिलाई समेत समेटेछ, र (२) सन् १९९०-२०१५ बीचको प्रगतिबिना सन् २०१८ मा यो स्तरको सेवा सम्भव थिएन ।

आँखा अस्पताल (स्थापना वर्ष)	कुल ओपीडी	कुल शल्यक्रिया	सहयोगी संस्था
पाल्पा लायन्स लाकौल आँखा अस्पताल (सन् २००४)	४६,३५१	७३६	
हिमालय आँखा अस्पताल, पोखरा (सन् १९९३)	२,३३,९३८	५,७९०	आर्थिक सहयोग : आइकेयर फाउण्डेशन, नेदरल्याण्ड्स (सञ्चालन खर्चको १० प्रतिशत बेहोर्ने तथा समुदायमा आधारित कार्यक्रमहरू, मानव संसाधन विकास र उपकरण खरिदको खर्च बेहोर्ने)
हिरालाल, सन्तुदेवी आँखा प्रतिष्ठान (भरतपुर आँखा अस्पताल), भरतपुर (सन् १९८७)	२,११,९८२	६,७२२	आर्थिक, प्राविधिक र व्यवस्थापकीय सहयोग : बीसीसीआई फाउण्डेशन पाकिस्तान, सेवा फाउण्डेशन, अमेरिका तथा सेवा क्यानडा सोसाइटी, क्यानडा
केडिया आँखा अस्पताल, वीरगञ्ज (सन् १९७५)	२,१५,८००	१४,१६२	स्थापना सहयोग : केडिया सेवा ट्रस्ट उपकरण तथा भौतिक संरचना सहयोग : एशोसिएशन फर अथ्यालमिक कोअपरेशन इन एसिया, २४ एचटीभी च्यारिटी कमिटी, जापान
गौर आँखा अस्पताल (सन् १९९७)	१,१७,२११	८,२३७	स्थापना सहयोग : एशोसिएशन फर अथ्यालमिक कोअपरेशन इन एसिया, २४ एचटीभी च्यारिटी कमिटी, जापान
विराटनगर आँखा अस्पताल, विराटनगर (सन् २००६)	५,३३,९७२	७१,५१६	सहयोगी संस्थाहरू : सीबीएम इन्टरनेशनल, युरोपियन कमिसन, सिङ्ग इज बिलिभिड, अर्बिस र स्ट्याण्डर्ड चार्डर्ड बैंक
सगरमाथा चौधरी आँखा अस्पताल, लहान (सन् १९८३)	४,६६,५४९	५८,४७८	सहयोगी संस्थाहरू : सीबीएम इन्टरनेशनल, युरोपियन कमिसन, सिङ्ग इज बिलिभिड, अर्बिस र स्ट्याण्डर्ड चार्डर्ड बैंक
लमही आँखा अस्पताल, दाङ (सन् २००२)	४०,२७४	१,५९९	जमिन प्रदान : नगर विकास समिति, लमही आर्थिक सहयोग : नर्वेजियन एशोसिएशन अफ ब्लाइण्ड एण्ड पार्सियल्ली साइटेड
कीर्तिपुर आँखा अस्पताल (सन् २०१७)	२०,१८३	६७९	स्थानीय सहयोगी : लायन्स क्लब, रोटीरी क्लब र रेडक्रस
महेन्द्रनगर आँखा अस्पताल, कञ्चनपुर (सन् १९८६)	२३,०२०	९२१	
जम्मा	३२,४०,३८९	२,८६,२१३	

स्रोत : नेपाल आँखा कार्यक्रमको वार्षिक प्रतिवेदन, सन् २०१८ र नेपाल नेत्रज्योति संघको वेबसाइट ।

अनुसूची २ : नेपाल नेत्रज्योति संघ र नेपाल आँखा कार्यक्रमका संस्थापक

नेपाल नेत्रज्योति संघ	नेपाल आँखा कार्यक्रम
जनरल रवि शमशेर राणा, अध्यक्ष डा. रामप्रसाद पोखरेल, महासचिव मणिहर्ष ज्योति, कोषाध्यक्ष सदस्यहरू बद्री विक्रम थापा अनंगमान शेरचन बनवारीलाल मित्रल तोलाराम दुगड राजकृष्ण श्रेष्ठ कमलमणि दीक्षित	जगदीश घिमिरे, अध्यक्ष रवीन्द्र श्रेष्ठ, उपाध्यक्ष दिवाकर गोल्छा, कोषाध्यक्ष डा. सन्दुक रुइत, सदस्य सचिव सदस्यहरू हरिवंश आचार्य हिमालय बहादुर पाण्डे सुहृद घिमिरे शम्भु तामाङ सुशील पन्त

स्रोत : पोखरेल (सन् २००३) तथा तिलगंगा आँखा अस्पताल प्रशासन ।

अनुसूची ३ : नेपालको आँखा उपचार क्षेत्रलाई सहयोग गर्ने राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय संस्था

नेपाल नेत्रज्योति संघका सहयोग दाता		नेपाल आँखा कार्यक्रमका सहयोग दाता	
अन्तर्राष्ट्रिय	राष्ट्रिय	अन्तर्राष्ट्रिय	राष्ट्रिय
भारत सरकार	केडिया च्यारिटी ट्रस्ट, वीरगञ्ज	यूएसएआईडी, अमेरिका	आनन्द संघ, नेपाल
क्रिस्टोफेल ब्लाङ्ण्डेनमिसन	गोल्छा च्यारिटी ट्रस्ट, विराटनगर	यूएसएआईडी, अस्ट्रेलिया	अस्ट्रेलियाली दूतावास, काठमाडौँ
फ्रेड होलोज फाउण्डेशन	चौधरी ट्रस्ट, लहान	अल फर च्यारिटी अस्ट्रेलिया/हडकड	हिमाली हेल्थ एण्ड इन्भाइरोन्मेन्ट सर्भिसेज
हिमालयन क्याटाराक्ट प्रोजेक्ट	गुठी संस्थान	अर्बिस इन्टरनेशनल, अमेरिका	जेओवाई फाउण्डेशन, नेपाल
सेवा फाउण्डेशन/सेवा क्यानडा सोसाइटी	हेल्पएज इन्टरनेशनल, कुण्डोल	इन्टरनेशनल फेडेरेशन अफ आइ एण्ड टिस्यु बैंकस्, अमेरिका	लहुन ड्रुप छोलिङ गुम्बा
नर्वेजियन एशोसिएशन अफ ब्लाङ्ण्ड एण्ड पार्सियल्ली साइटेड		निक साइमन फाउण्डेशन	लायन्स क्लब

नेपाल नेत्रज्योति संघका सहयोग दाता		नेपाल आँखा कार्यक्रमका सहयोग दाता	
अन्तर्राष्ट्रिय	राष्ट्रिय	अन्तर्राष्ट्रिय	राष्ट्रिय
आइकेयर वर्ल्डवाइड		वेन गिभिड, अस्ट्रेलिया	नेपाल स्काउट्स
आईएनएफआईएल फाउण्डेशन, नर्वे		भिजन हिमालय फाउण्डेशन	नेपाल रेडक्रस सोसाइटी
आइकेयर फाउण्डेशन हाल्लेम, नेदरल्याण्ड्स		रोटरी क्लब इन्टरनेशनल	रोटरी क्लब
एशोसिएशन फर अप्याल्मिक केयर टु एसिया, निप्पोन ट्वेन्टी फोर आवर्स टीभी		नेपाल अस्ट्रेलिया फ्रेण्डसीप एशोसिएशन	स्ट्याण्डर्ड चार्टर्ड बैंक लिमिटेड, काठमाडौं
जोन हकिन्स युनिभर्सिटी		सोलिस्टस फाउण्डेशन, क्यानडा	सत्य साइ केन्द्र
इन्टरनेशनल ट्रकोमा इनिशिएटिभ		फ्री युनिभर्सिटी, नेदरल्याण्ड्स	तामाकोशी सेवा समिति
स्विस रेडक्रस		नेपाल ग्लकोमा आइ क्लिनिक एशोसिएशन, अस्ट्रेलिया	नमस्ते नेपाल, काठमाडौं
नर्वेजियन चर्च एड		लण्डन भिजन क्लिनिक फाउण्डेशन	नेपाल ग्लकोमा सपोर्ट ग्रुप
जाइका			नबिल बैंक लिमिटेड
लायन्स इन्टरनेशनल			हिमालयन बैंक लिमिटेड
डार्क एण्ड लाइट ब्लाइण्ड केयर, नेदरल्याण्ड्स			पशुपतिक्षेत्र विकास कोष
अर्बिस इन्टरनेशनल			सानिमा बैंक
हेलेन केलर इन्टरनेशनल, अमेरिका			

स्रोत : नेपाल आँखा कार्यक्रम तथा नेपाल नेत्रज्योति संघ ।