IIP: WJHSS
IIP
World Journal of Humanities and Social Sciences

An Online Peer-Reviewed / Refereed Journal
Vol: 01 No. Issue IV, (October-December) (2025)
Impact Factor: IIFS: 5.75
ISSN: 3107-6661 (Online)

बीड जिल्ह्यातील कुटुंबाचा आरोग्यावरील खर्च प्रवृत्तीचा चिकीत्सक अभ्यास

डॉ. सुनिल अंबऋषी गोंड

सहाय्यक प्राध्यापक
सावित्रीबाई फुले महिला महाविद्यालय, सातारा

Article Info

Article History:
Received: 15th Dec 2025
Accepted: 18th Dec 2025
Published: 20th Dec 2025

Keywords:

आरोग्य, वार्षिक उत्पन्न, वार्षिक खर्च, कर्ज इत्यादी.

ABSTRACT

विकासाच्या दृष्टिकोनातून मनुष्य बळाचा विचार करताना लोकसंख्येच्या संख्यात्मक वाढीपेक्षा गुणात्मक वाढ विचारात घेणे जास्त आवश्यक असते. कारण राष्ट्राच्या विकास प्रक्रियेत लोकसंख्येच्या संख्यात्मक स्थितीपेक्षा गुणात्मक स्थितीचे प्रतिबिंब उमटत असते. लोकसंख्येची संख्यात्मक व गुणात्मक स्वरूपाची संसाधन स्थिती व आर्थिक विकास यांचा परस्पर संबंध मानवी विकास विवेचनाच्या दृष्टिकोनातून विचारात घेणे आवश्यक आहे. आर्थिक विकासाच्या प्रक्रियेमध्ये मनुष्यबळ हा आवश्यक आणि मुलभूत असा घटक आहे. मनुष्यबळाची उत्पादकता, कुशलता, संशोधकता आणि गतिमानता यासंबंधीची क्षमता कायम राखण्यासाठी व वाढविण्यासाठी अन्न, वस्त्र, निवारा, आरोग्य, शिक्षण, प्रशिक्षण, मनोरंजन आणि समान संधी या विकासाच्या संकल्पनेतील अंगभूत बाबींची पूर्णत: व नेहमीची तरतूद असणे आवश्यक आहे. या अनुषंगाने आरोग्य हा सद्य स्थितीमध्ये अत्यंत महत्वाचा घटक असलेला दिसून येतो. आरोग्य हीच संपत्ती या उक्तीप्रमाणे ज्या व्यक्तीचे आरोग्य उत्तम असते तो व्यक्ती स्वतःच्या आणि देशाच्या आर्थिक विकासामध्ये महत्वाची भूमिका बजावू शकतो. प्रस्तुत शोध निबंधामध्ये बीड जिल्यातील लोकांचे वार्षिक उत्पन्न, वार्षिक खर्च, आजारावरील खर्च, कर्ज, कर्जाची परतफेड इत्यादी गोष्टींचा अभ्यास करण्यात आलेला आहे.

Plagiarism Check Report:
Date of Report: Dec 17, 2025
Similarity Index: 3%
Remarks: No significant matching text. All citations and matches are properly referenced. The manuscript is considered original.

Copyright © 2025 The Author(s). This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

How to Cite: Gond, S. A. (2025). *बीड जिल्ह्यातील कुटुंबाचा आरोग्यावरील खर्च प्रवृत्तीचा चिकित्सक अभ्यास.* IIP: World Journal of Humanities and Social Sciences (IIPWJHSS), 1(IV), **1048–1058.**

प्रस्तावना-

भारत हा सार्वभौम प्रजासत्ताक लोकशाही शासन प्रणालीचा अंगिकार केलेला जगातील सर्वांत मोठा देश आहे. प्राचीन काळापासून या देशात लोकशाही तत्वांची मुहूर्तमेढ रोवलेली दिसून येते. नागरीकांच्या सर्वांगीण विकासाची जबाबदारी शासनावर पडली. कल्याणकारी राज्याची संकल्पना प्रत्यक्षात आणण्यासाठी लोकांचे कल्याण आणि विकास कार्यात जनतेचा सहभाग वाढविण्यासाठी शासनाकडून विविध प्रकारच्या कल्याणकारी ध्येय धोरणांना प्राधान्य देण्यात आले. शासनाच्या वतीने देशातील सर्व स्तरातील व्यक्तींना विविध प्रकारच्या सेवा सुविधा पुरविल्या जातात. या अनेक सेवापैकी एक महत्त्वाची सेवा म्हणून आरोग्य सेवेला मानवी जीवनात महत्त्वाचे स्थान आहे. अन्न, वस्त्र आणि निवारा या मानवाच्या मूलभूत गरजा असून त्यांची पूर्तता केली की, मानवी जीवन जगता येते ही संकल्पना सध्याच्या युगात बदललेली असून मानवी जीवनात अन्न, वस्त्र, निवा-याएवढेच आरोग्याला सुध्दा महत्व प्राप्त झाले आहे. आरोग्य ही संकल्पना व्यक्तिगत फायद्याची बाब नसून ती व्यक्तीची, समाजाची व देशाची खरी संपत्ती आहे. भारतीय संस्कृतीत 'आरोग्य हीच खरी संपत्ती असे मानले आहे. त्यामुळेच कल्याणकारी राज्यात आरोग्य ही संकल्पना महत्त्वपूर्ण ठरलेली आहे. व्यक्तिची आर्थिक स्थिती तसेच समाजाच्या व राष्ट्राच्या आर्थिक विकासाचा स्तर हा आरोग्य निर्धारणाचा सर्वांत महत्वाचा घटक आहे. भारतासारख्या कल्याणकारी राज्याची संकल्पना स्विकारलेल्या देशात समाजाचे आरोग्य अबाधित राखण्यासाठी वर उल्लेखलेल्या सर्व घटकांच्या माध्यमातून सार्वजनिक आरोग्याची संकल्पना वृद्धींगत करण्यावर अधिकाधिक भर देणे गरजेचे आहे.

संशोधनाची उद्दीष्टे -

१. आरोग्याची संकल्पना समजावून घेणे.
२. बीड जिल्ह्यातील कुटुंबाच्या आर्थिक स्थितीचा अभ्यास करणे.
३. बीड जिल्ह्यातील कुटुंबाच्या आरोग्यावरील खर्च प्रवृतीचा अभ्यास करणे.
४. बीड जिल्ह्यातील कुटुंबाच्या कर्ज प्रवृतीचा अभ्यास करणे.

संशोधनाची गृहीतके –

गृहीतक-1

H_0- बीड जिल्ह्यातील कुटुंबाची आर्थिक स्थिती समाधानकारक नाही.

H_1- बीड जिल्ह्यातील कुटुंबाची आर्थिक स्थिती समाधानकारक आहे.

गृहीतक-2

H_0- बीड जिल्ह्यातील कुटुंबाच्या आजारावरील खर्चामध्ये घट होत आहे.

H_1- बीड जिल्ह्यातील कुटुंबाच्या आजारावरील खर्चामध्ये वाढ होत आहे.

संशोधन पद्धती-

प्रस्तुत संशोधन हे प्राथमिक आणि दुय्यम साधन सामग्रीवर आधारित आहे.

संशोधन क्षेत्राची निवड:-

संशोधन कार्यासाठी बीड जिल्ह्याची हेतुपुरस्सर पद्धतीने निवड करण्यात आली आहे.

नमूना निवड –

प्रस्तुत संशोधनासाठी बीड जिल्ह्यातील 11 तालुक्यामधून लोकसंख्येच्या आधारे 400 नमून्यांची निवड ($n = N / 1 + Ne^2$) करण्यात आली आहे. यापैकी 320 नमून्यांची निवड ही ग्रामीण भागातून तर 80 नमून्यांची निवड ही शहरी भागातून करण्यात आली आहे. तसेच धर्मनिहाय नमूनांची निवड ही त्या त्या तालुक्यातील लोकसंख्येच्या प्रमाणात करण्यात आलेली आहे. त्याचप्रमाणे 259 नमूनांच्याची निवड ही प्राथमिक आरोग्य केंद्र व उपकेंद्र असलेल्या गावातून तर 141 नमून्यांची निवड ही प्राथमिक आरोग्य केंद्र व उपकेंद्र नसलेल्या गावातून सहेतुक पद्धतीने करण्यात आली आहे.

द्वितीयक स्त्रोत -

आरोग्य सेवांच्या मूल्यमापनासाठी व इतर आवश्यक माहितीसाठी विविध पुस्तके, मासिके, नियतकालिके, बीड जिल्हा परिषदेचे आरोग्य विभागाचे वार्षिक अहवाल, जिल्हा आर्थिक व सामाजिक समालोचन अहवाल, महाराष्ट्राची आर्थिक व सामाजिक समालोचन अहवाल, विविध समित्यांचे आरोग्याशी संबंधित अहवाल, आरोग्य पत्रिका इत्यादी माहितीचा वापर करण्यात आलेला आहे.

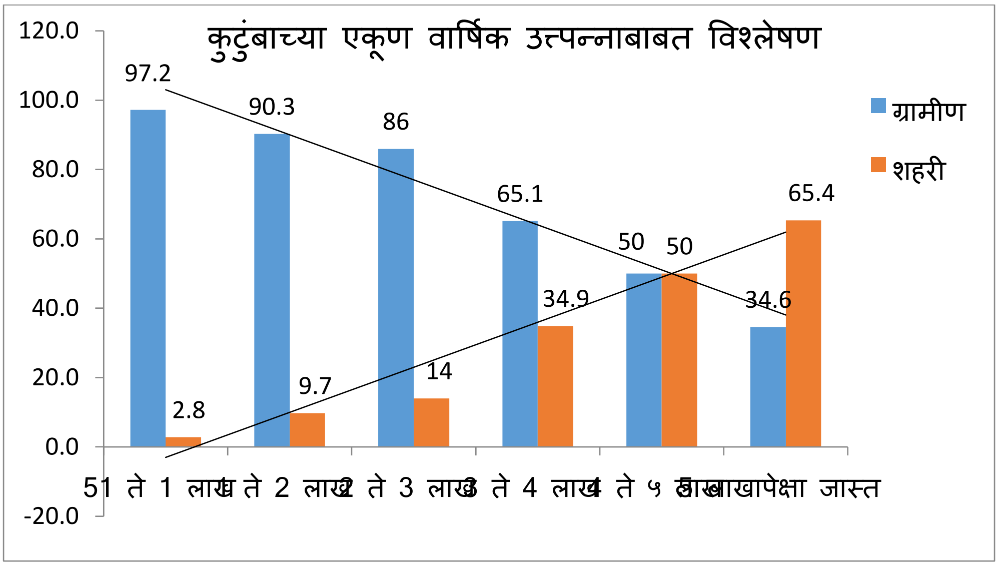
कुटुंबाचे एकूण वार्षिक उत्पन्न :

बीड जिल्ह्यातील कुटुंबाचे एकूण वार्षिक उत्पन्न तक्ता क्र. 1 मध्ये दर्शविलेले आहे.

तक्ता क्र. 1
कुटुंबाचे एकूण वार्षिक उत्पन्न (लाखात)

उत्पन्न	ग्रामीण	%	शहरी	%	एकूण जिल्हा	%
51 ते 1 लाख	35	97.2	1	2.8	36	100
1 ते 2 लाख	139	90.3	15	9.7	154	100
2 ते 3 लाख	92	86.0	15	14.0	107	100
3 ते 4 लाख	28	65.1	15	34.9	43	100
4 ते ५ लाख	17	50.0	17	50.0	34	100
5 लाखापेक्षा जास्त	9	34.6	17	65.4	26	100
एकूण	320	80.0	80	20.0	400	100

आलेख क्र. 1



वरील तक्ता व आलेखामध्ये कुटुंबाच्या वार्षिक उत्पन्नानुसार लोकसंख्या वर्गीकरण दर्शवण्यात आलेले आहे. रु. 51 ते 1 लाख उत्पन्न असणारे लोकसंख्येचा 97.2% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 2.8% प्रमाण शहरी भागात आहे. रु. 1 ते 2 लाख उत्पन्न असणारे लोकसंख्येचे 90.3% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 9.7% प्रमाण शहरी भागात आहे. रु. 2 ते 3 लाख उत्पन्न असणाऱ्या लोकसंख्येचे 86.0% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 14.0% प्रमाण शहरी भागात आहे. रु. 3 ते 4 लाख उत्पन्न असणाऱ्या लोकसंख्येचे 65.1% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 34.9% प्रमाण शहरी भागात आहे. रु. 4 ते 5 लाख उत्पन्न असणाऱ्या लोकसंख्येचे 50.0% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 50.0% प्रमाण शहरी भागात आहे. रु. 5 लाखापेक्षा जास्त उत्पन्न असणाऱ्या लोकसंख्येचे 34.6% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 65.4% प्रमाण शहरी भागात आहे.

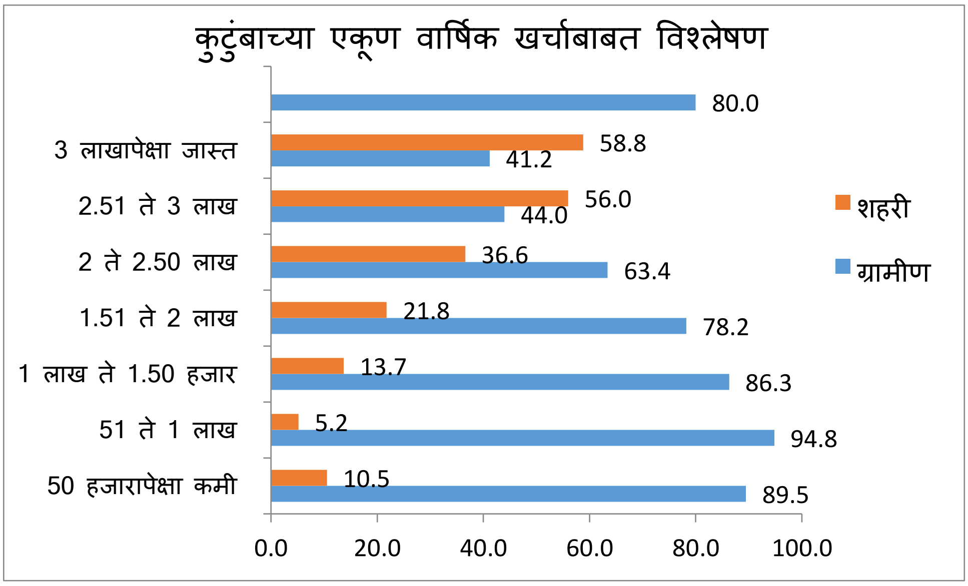
कुटुंबाच्या एकूण वार्षिक खर्चाचे वर्गीकरण :

बीड जिल्ह्यातील कुटुंबाच्या एकूण वार्षिक खर्चाचे वर्गीकरण तक्ता क्र. 2 मध्ये दर्शविलेला आहे.

तक्ता क्र. 2
कुटुंबाच्या एकूण वार्षिक खर्चाचे वर्गीकरण (लाखात)

खर्च(रु.)	ग्रामीण	%	शहरी	%	एकूण जिल्हा	%
50 हजारापेक्षा कमी	17	89.5	2	10.5	19	100
51 ते 1 लाख	91	94.8	5	5.2	96	100
1 लाख ते 1.50 हजार	107	86.3	17	13.7	124	100
1.51 ते 2 लाख	61	78.2	17	21.8	78	100
2 ते 2.50 लाख	26	63.4	15	36.6	41	100
2.51 ते 3 लाख	11	44.0	14	56.0	25	100
3 लाखापेक्षा जास्त	7	41.2	10	58.8	17	100
एकूण	320	80.0	80	20.0	400	100

आलेख क्र. 2
कुटुंबाच्या एकूण वार्षिक खर्चाचे



वरील तक्ता व आलेखामध्ये कुटुंबाच्या वार्षिक खर्चानुसार लोकसंख्येचे वर्गीकरण दर्शवण्यात आलेले आहे. रु. 50 हजारापेक्षा कमी खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे 89.5% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 10.5% प्रमाण शहरी भागात आहे. रु. 51 ते 1 लाख खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे 94.8% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 5.2% प्रमाण शहरी भागात आहे. रु. 1 लाख ते 1.50 लाख खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे 86.3% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 13.7% प्रमाण शहरी भागात आहे. रु. 1.51 ते 2 लाख खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे 78.2% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 21.8% प्रमाण शहरी भागात आहे. रु. 2 ते 2.50 लाख खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे 63.4% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 36.6% प्रमाण शहरी भागात आहे. रु. 2.51 ते 3 लाख खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे 44.0% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 56.0% प्रमाण शहरी भागात आहे. रु. 3 लाखापेक्षा जास्त खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे 41.2% प्रमाण ग्रामीण भागात आणि 58.8% प्रमाण शहरी भागात आहे.

कुटुंबाचा सर्वसाधारण आजारावरील खर्च

तक्ता क्र. 3
कुटुंबाचा सर्वसाधारण आजारावरील खर्च (हजारात)

सर्वसाधारण आजारावरील खर्च	ग्रामीण	%	शहरी	%	एकूण जिल्हा	%
1 त्ते 10 हजार	221	84.4	41	15.6	262	100
10 ते 20 हजार	84	73.0	31	27.0	115	100
20 हजारापेक्षा जास्त	15	65.2	8	34.8	23	100
एकूण	320	80.0	80	20.0	400	100

वरील तक्त्यात कुटुंबाच्या सर्वसाधारण आजारावरील खर्च दर्शविण्यात आलेला आहे. ग्रामीण भागात सर्वसाधारण आजारावर रु. 1 ते 10 हजार खर्च करणाऱ्या लोकांचे प्रमाण 84.4% असून शहरी भागात हे प्रमाण 15.6% आहे. ग्रामीण भागात रु. 10 ते 20 हजार खर्च करणाऱ्यांचे प्रमाण 73.0% असून शहरी भागात हे प्रमाण 27.0% आहे. ग्रामीण भागात रु. 20 हजारापेक्षा जास्त खर्च करणाऱ्यांचे प्रमाण 65.2% असून शहरी भागात हे प्रमाण 34.8% आहे.

कुटुंबाचा जुनाट आजारावरील खर्च :

बीड जिल्ह्यातील कुटुंबांचा जुनाट आजारावरील खर्च तक्ता क्र. 4 मध्ये दर्शविलेला आहे.

तक्ता क्र. 4
कुटुंबाचा जुनाट आजारावरील खर्च (हजारात)

जुनाट आजारावरील खर्च	ग्रामीण	%	शहरी	%	एकूण जिल्हा	%
1 त्ते 10 हजार	130	83.3	26	16.7	156	100
10 ते 20 हजार	29	63.0	17	37.0	46	100
20 हजारापेक्षा जास्त	9	52.9	8	47.1	17	100
निश्चित सांगता येत नाही	152	84.0	29	16.0	181	100
एकूण	320	80.0	80	20.0	400	100

वरील दिलेल्या तक्त्यात आकडेवारीनुसार कुटुंबाच्या जुनाट आजारावरील खर्च ग्रामीण आणि शहरी भागांमध्ये विभागलेला आहे. कुटुंबाच्या जुनाट आजारावरील रु. 1 ते 10 हजार खर्च करणारे ग्रामीण भागात 83.3% आणि शहरी भागात 16.7% आहेत. रु. 10 ते 20 हजार खर्च करणारे 63.0% ग्रामीण भागात आणि 37.0% शहरी भागात आहेत. 20 हजारापेक्षा जास्त खर्च करणारे 52.9% ग्रामीण भागात आणि 47.1% शहरी भागात आहेत.

कुटुंबाचा आरोग्यावर होणारा एकूण वार्षिक खर्च

शहरी व ग्रामीण भागातील कुटुंबांचा आरोग्यावर होणारा एकूण वार्षिक खर्च तक्ता क्र. 5 मध्ये दर्शविलेला आहे.

तक्ता क्र. 5

एकूण वार्षिक खर्च	ग्रामीण	%	शहरी	%	एकूण जिल्हा	%
1 त्ते 10 हजार	53	81.5	12	18.5	65	100
10 ते 20 हजार	180	86.5	28	13.5	208	100
20 ते 30 हजार	57	74.0	20	26.0	77	100
30 to 40 हजार	16	66.7	8	33.3	24	100
40 to 50 हजार	9	60.0	6	40.0	15	100
50 हजार पेक्षा जास्त	5	45.5	6	54.5	11	100
एकूण	320	80.0	80	20.0	400	100

वरील तक्त्यामध्ये कुटुंबाच्या आरोग्यावर होणाऱ्या एकूण वार्षिक खर्चानुसार लोकसंख्या विश्लेषण केलेले आहे. कुटुंबाच्या आरोग्यावर होणारा एकूण वार्षिक खर्चानुसार लोकसंख्या वितरण केले

आहे. रु. 1 ते 10 हजार खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे प्रमाण 81.5% ग्रामीण भागात असून शहरी भागात हे प्रमाण 18.5%आहे. ग्रामीण भागात रु. 10 ते 20 हजार खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे प्रमाण 86.5% असून शहरी भागात हे प्रमाण 13.5% आहे.

ग्रामीण भागात रु. 20 ते 30 हजार खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे प्रमाण 74.0% असून शहरी भागात हे प्रमाण 26.0% आहे. ग्रामीण भागात रु. 30 ते 40 हजार खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे प्रमाण 66.7% असून शहरी भागात हे प्रमाण 33.3% आहे. ग्रामीण भागात रु.40 ते 50 हजार खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे प्रमाण 60.0% असून शहरी भागात हे प्रमाण 40.0% आहे. ग्रामीण भागात रु. 50 हजारापेक्षा जास्त खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे प्रमाण 45.5% असून शहरी भागात हे प्रमाण 54.5% आहे.

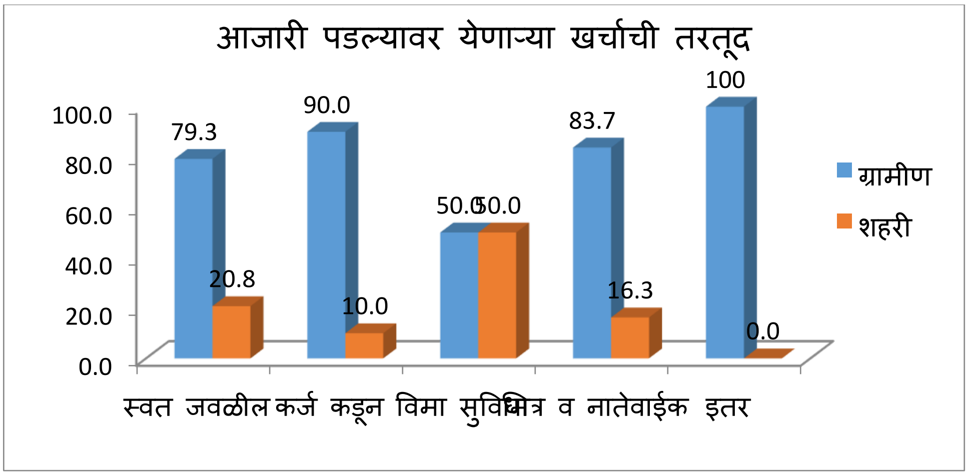
आजारी पडल्यावर येणाऱ्या खर्चाची तरतूद:

आजारी पडल्यानंतर येणाऱ्या खर्चाची तरतूद या संदर्भातील विश्लेषण तक्ता क्र. 6 मध्ये दर्शविलेले आहे.

तक्ता क्र. 6
आजारी पडल्यावर येणाऱ्या खर्चाची तरतूद

खर्चाची तरतूद	ग्रामीण	%	शहरी	%	एकूण जिल्हा	%
स्वत जवळील	317	79.3	83	20.8	400	100
कर्जकाडून	45	90.0	5	10.0	50	100
विमा सुविधा	3	50.0	3	50.0	6	100
मित्र व नातेवाईक	237	83.7	46	16.3	283	100
इतर	2	100.0	0	0.0	2	100
एकूण	317	79.3	83	20.8	400	100

आलेख क्र. 3



वरील तक्ता व आलेखावरून असे दिसून येते की, आजारी पडल्यावर येणाऱ्या खर्चाची तरतूद ग्रामीण आणि शहरी भागांमध्ये खालीलप्रमाणे विभागलेली आहे. आजारी पडल्यावर खर्चाची तरतूद

स्वतःजवळील पैसे वापरून ग्रामीण भागातील 79.3% आणि शहरी भागातील 20.8% लोक करतात. ग्रामीण भागातील 90% लोक आजारी पडल्यानंतर कर्ज काढून आपल्या खर्चाची तरतूद करतात तर शहरी भागातील फक्त 10% लोक आजारी पडल्यानंतर कर्ज काढून खर्चाची तरतूद करतात. ग्रामीण व शहरी भागात प्रत्येकी 50% लोकसंख्या आरोग्य विमा सुविधा वापरून आरोग्य खर्चाची तरतूद करतात. आरोग्य विषयक खर्चाच्या तरतुदीसाठी ग्रामीण भागातील 83.7% लोकसंख्या मित्र व नातेवाईक यांच्याकडून कर्ज घेतात तर शहरी भागातील16.3% लोकसंख्या मित्र व नातेवाईक यांच्याकडून कर्ज घेऊन आपल्या आरोग्य विषयक खर्चाची तरतूद करतात.

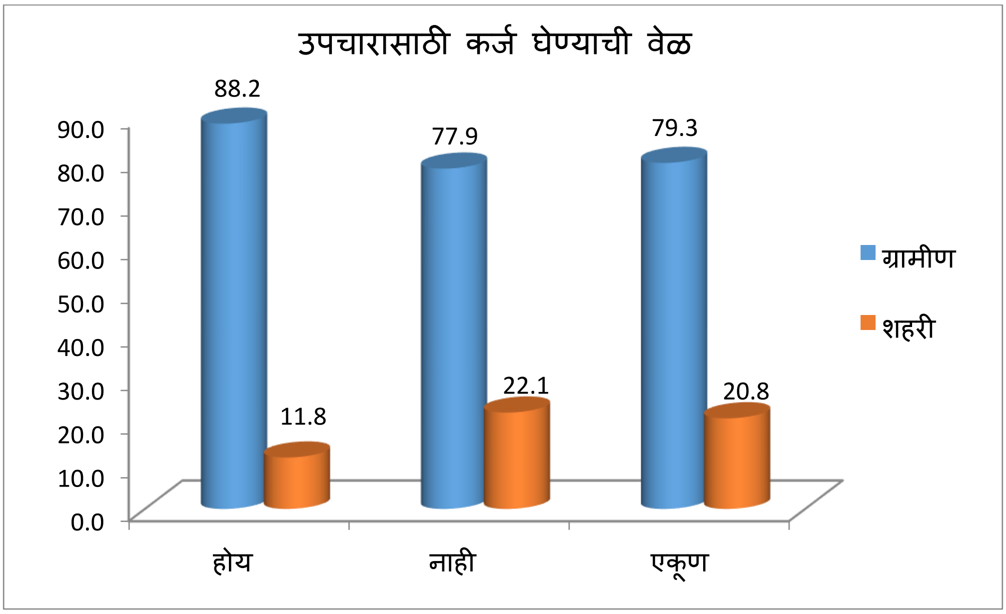
उपचारासाठी कर्जाचे स्त्रोत व परतफेड :

आजारी पडल्यानंतर उपचार करण्यासाठी कर्जाचे स्त्रोत व त्याची परतफेड या संबंधिचे विश्लेषण तक्ता क्र. ७ मध्ये दर्शविलेले आहे.

तक्ता क्र. ७
उपचारासाठी कर्ज घेण्याची वेळ

कर्ज घेण्याची वेळ	ग्रामीण	%	शहरी	%	एकूण जिल्हा	%
होय	45	88.2	6	11.8	51	100
नाही	272	77.9	77	22.1	349	100
एकूण	317	79.3	83	20.8	400	100
जर उत्तर होय असेल तर कोणाकडून						
कोणाकडून	ग्रामीण	%	शहरी	%	एकूण जिल्हा	%
बँक	0		0		0	100
सावकार	5	83.3	1	16.7	6	100
सराफी	4	80.0	1	20.0	5	100
व्यापारी	6	85.7	1	14.3	7	100
मित्र व नातेवाईक	24	88.9	3	11.1	27	100
बचतगट	6	100.0	0	0.0	6	100
एकूण	45	88.2	6	11.8	51	100
कर्जाची परतफेड करण्यात आली आहे काय						
कर्जाची परतफेड	ग्रामीण	%	शहरी	%	एकूण जिल्हा	%
होय	38	88.4	5	11.6	43	100
नाही	7	87.5	1	12.5	8	100
एकूण	45	88.2	6	11.8	51	100

आलेख क्र. ४



वरील तक्ता व आलेखामध्ये उपचारांसाठी कर्ज घेण्याची स्थिती, कर्ज घेण्याची वेळ, कर्जाची परतफेड, आणि कर्ज घेण्याच्या स्त्रोतांची माहिती दर्शवण्यात आली आहे. ग्रामीण भागातील 88.2% लोकांनी उपचारांसाठी कर्ज घेतले आहे तर शहरी भागातील 11.8% लोकांनी उपचारांसाठी कर्ज घेतले आहे.

ग्रामीण भागातील लोक मुख्यतः सावकार 83.3%, सराफी 80.0%, व्यापारी 85.7%, मित्र व नातेवाईक 88.9% आणि बचत गट 100.0% यांच्याकडून कर्ज घेतात. शहरी भागातील लोक कमी प्रमाणात कर्ज घेतात आणि ते मुख्यतः सावकार 16.7%, सराफी 20.0%, व्यापारी14.3%, आणि मित्र व नातेवाईक 11.1% यांच्याकडून घेतात. ग्रामीण भागातील 88.4% लोकांनी कर्जाची परतफेड केली आहे तर शहरी भागातील 11.6% लोकांनी कर्जाची परतफेड केली आहे.

निष्कर्ष –

1. रु. 51 ते 1 लाख आणि रु. 1 ते 2 लाख उत्पन्न श्रेणीतील लोकसंख्येचे प्रमाण ग्रामीण भागात जास्त आहे तर रु. 5 लाखापेक्षा जास्त उत्पन्न श्रेणीतील लोकसंख्येचे प्रमाण शहरी भागात जास्त आहे. यामुळे ग्रामीण आणि शहरी भागांमधील उत्पन्न वितरणात असमतोल दिसून येतो. याचे कारण म्हणजे शहरी भागांमध्ये अधिक रोजगाराच्या संधी, उच्चशिक्षणाची उपलब्धता, आणि पायाभूत सुविधांची प्रगती आहे. यामुळे शहरी भागातील लोकांचे उत्पन्न ग्रामीण भागाच्या तुलनेत जास्त आहे.
2. रु. 50 हजारापेक्षा कमी, रु. 51 ते 1 लाख, रु. 1 लाख ते 1.50 लाख, रु. 1.51 ते 2 लाख, आणि रु. 2 ते 2.50 लाख खर्च श्रेणीतील लोकसंख्येचे प्रमाण ग्रामीण भागात जास्त आहे तर रु. 2.51 ते 3 लाख आणि रु. 3 लाखापेक्षा जास्त खर्च श्रेणीतील लोकसंख्येचे प्रमाण शहरी भागात जास्त आहे.

3. रु. 1 ते 10 हजार आणि रु. 10 ते 20 हजार खर्च श्रेणीतील लोकसंख्येचे प्रमाण ग्रामीण भागात जास्त आहे तर रु. 20 हजारापेक्षा जास्त खर्च श्रेणीतील लोकसंख्येचे प्रमाण शहरी भागात जास्त आहे. यामुळे ग्रामीण आणि शहरी भागांमधील सर्वसाधारण आरोग्य खर्चामध्ये असमतोल दिसून येतो.
4. रु. 1 ते 10 हजार आणि रु. 10 ते 20 हजार खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे प्रमाण ग्रामीण भागात जास्त आहे तर 20 हजारापेक्षा जास्त खर्च श्रेणीतील लोकसंख्येचे प्रमाण शहरी भागात जास्त आहे. यामुळे ग्रामीण आणि शहरी भागांमधील जुनाट आजारावरील खर्चामध्ये असमतोल दिसूनयेतो. याचे मुख्य कारण म्हणजे शहरी भागांमध्ये अधिक आरोग्य सेवा, तज्ज्ञ डॉक्टर आणि वैद्यकीय सुविधांची उपलब्धता जास्त आहे.
5. ग्रामीण भागात रु. 1 ते 10 हजार आणि रु. 10 ते 20 हजार खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे प्रमाण जास्त आहे. तर शहरी भागात रु. 50 हजारपेक्षा जास्त खर्च करणाऱ्या लोकसंख्येचे प्रमाण जास्त आहे. विषमतेचे कारण शहरी भागांमध्ये अधिक आरोग्य सेवा, तज्ज्ञ डॉक्टरांची उपलब्धता, आणि वैद्यकीय सुविधांची प्रगती आहे. याशिवाय, ग्रामीण भागातील लोकसंख्येचे प्रमाण जास्त असताना देखील त्यांचा आरोग्य खर्च कमी आहे. याचे कारण म्हणजे आरोग्य सेवांची कमी उपलब्धता, शिक्षणाची कमी संधी, आणि पायाभूत सुविधांची कमतरता आहे.
6. ग्रामीण भागातील लोक आजारी पडल्यावर खर्चाची तरतूद करण्यासाठी स्वतःच्या जवळील स्रोतांचा 79.3% आणि मित्र व नातेवाईकांची मदत 83.7% वापर करतात. तर शहरी भागातील लोक विमा सुविधांचा 50.0% अधिक वापर करतात. ग्रामीण भागातील लोकसंख्या कमी उत्पन्न आणि कमी वित्तीय साक्षरतेमुळे स्वतःच्या जवळील स्रोतांवर आणि मित्र-नातेवाईकांच्या मदतीवर अधिक अवलंबून आहेत. तर शहरी भागातील लोक अधिक विमा सुविधांचा वापर करून आर्थिक जोखीम कमी करताना दिसत आहेत.
7. ग्रामीण भागातील लोक उपचारांसाठी कर्ज घेण्यास अधिक प्रवृत्त आहेत आणि ते मुख्यतः पारंपरिक स्त्रोतांवर (सावकार, सराफी, व्यापारी, मित्रवनातेवाईक, बचतगट) अवलंबून आहेत. शहरी भागातील लोक कमी प्रमाणात कर्ज घेतात तसेच कर्जाची परतफेडीची स्थिती दोन्ही भागांमध्ये चांगली आहे.

शिफारशी-

1. ग्रामीण आणि शहरी भागातील आरोग्य सेवांमध्ये समतोल साधणे गरजेचे आहे.
2. ग्रामीण आणि दुर्गम भागात डॉक्टर, नर्स आणि औषधांचा पुरेसा पुरवठा सुनिश्चित करावा.
3. कर्करोग तसेच दुर्धर आजारासाठी आधुनिक उपचार केंद्रे प्रत्येक तालुक्याच्या ठिकाणी स्थापन करावीत. तसेच हृदयविकार, मधुमेह, किडनी व न्यूरोलॉजी यांसाठी विशेष डॉक्टर नेमावेत.

4. गरीब व अल्प उत्पन्न गटासाठी लोकांना आयुष्मान भारत योजना अंतर्गत मोफत उपचार सुवेधेचा लाभ मिळावा यासाठी शासनाने प्रत्येक गावामध्ये आयुष्मान भारत योजनेची प्रभावी अंमलबजावणी करावी. तसेच खाजगी रुग्णालयांनी या योजनेत सामील होऊन कमी खर्चात सेवा पुरवावी.
5. आरोग्य विषयक सेवांच्या प्रभावी अंमलबजावणीसाठी स्थानिक प्रशासन, आरोग्य विभाग, आणि स्वयंसेवी संस्था एकत्र काम करणे अत्यंत गरजेचे आहे.

संदर्भ सूची -

1. Park K. (2012), 'Essentials of Community Health Nursing', M/s. Banaridas Bhanot Publishers, Jabalpur, VI-Edition.
2. माडीवाले लीला बं. (2008),'वैयक्तिक आणि सामाजिक आरोग्य', अनंत प्रकाशन, नागपूर.
3. चौगुले भारती (2009), 'सामाजिक आरोग्य परिचर्या', प्रकाशन, विनायक कि. चोरगे, पुणे, द्वितीय आवृत्ती.
4. ज.शं. आपटे (2009), 'महाराष्ट्राची लोकसंख्या नियोजन व विकास', डायमंड पब्लिकेशन, पुणे, प्रथम आवृत्ती.
5. ऑटिया, दत्त कसबेकर (2001), 'स्वास्थ्य और चिकित्सा एक जन आंदोलन', सामाजिक स्वास्थ्य अनुसंधान संस्था, पुणे.
6. मोमीन एम.आय. (2013), 'सामाजिक आरोग्य परिचर्या', एम.आय. प्रकाशन, कोल्हापूर.