

국외출장 결과보고서

1 출장 개요

☐ 출장목적

- 인도사회보장제도 현황 및 쟁점 파악

☐ 과제명

- 아시아 사회보장제도 비교연구: 남아시아 주요국을 중심으로

☐ 출장기간

- 2019년 08월 18일 ~ 2019년 08월 25일

☐ 출장국가(도시)

- 인도 뉴델리, 인도 케랄라주 에르나쿨렘

☐ 출장자

- 노대명 선임연구위원, 류정희 연구위원

☐ 일정요약

일자	국가(도시)	방문기관	면담자	주요 활동상황
2019.08.18	인천공항-뉴델리 이동	국가 간 이동		
2019.08.19	인도 뉴델리 인도 뉴델리	보건가족복지부	Dr.Gudakesh Yadav	-National Family Health Survey-5 개요 및 결과소개
2019.08.20		자와할랄네루대 (The Jawaharlal Nehru 대학교)	Prof. Anuja, Prof Pranav Kumar, Deepak	-인도정부의 아동가족복지 및 보건복지정책
		차별과 배제 연구센터(Center for the Study of Discrimination and Exclusion), 자와할랄네루대	Prof. Yagati Chinna Rao	-인도의 카스트제도와 불가촉천민에 대한 차별
2019.08.21	뉴델리-케랄라	도시간 이동		
2019.08.22	인도 케랄라	케랄라 사회서비스국 외	강재동 교수, Prof. Joseph, Prof. Saju, Prof. Mary Venus Joseph, PProf. Thampali 외 (Rajagiri 대학 사회과학관련 학과 교수들)	- 인도와 케랄라주의 사회보장정책과 건강보장정책
2019.08.23	인도 케랄라	라자기리대학 Rajagiri College	강재동 교수	-향후 라지기리대학과 KIHASA의 연구교류 및 협력방안에 대한 논의
2019.08.24.-25	케랄라-인천	국가 간 이동		

2 출장 주요내용

①	National Family Health Survey-5 개요 및 결과소개
일 시	2019-08-19 14:00-16:30
장 소	뉴델리 Ministry of Health and Social Affairs
참석자	Dr. Gudakesh Yadav(Ministry of Health and Family Welfare New Delhi), 노대명 선임연구위원, 류정희 연구위원(한국보건사회연구원), Deepak (The Jawaharlal Nehru 대학교)
○ NFHS(National Family Health Survey) 개요와 주요 설문문항에 대한 논의 - NFHS는 인도 전역의 대표적인 가구표본으로 대규모, 다양한 목적을 가진 설문조사임. - 1992-93 첫 번째 설문조사 이후 3차례의 조사가 실시되었음. - NFHS는 출산율, 영아·아동사망률, 가족계획, 모성 및 아동건강, 위생, 영양, 가족계획서비스의 질 등에 관한 인도의 국가 및 주정보를 제공. - NFHS는 다음과 같은 2가지 목적을 가짐 · 정책 및 프로그램 목적으로 보건복지부와 기타 기관에서 필요로 하는 건강 및 가족복지에 대한 기초데이터를 제공 · 새롭게 떠오르는 보건 및 가족복지 이슈에 대한 정보제공 - 인도 정부의 보건 복지부 (MOHFW)는 뭄바이의 국제 인구 과학 연구소(International Institute for Population Sciences (IIPS))를 중심기관으로 지정하여 설문 조사를 위한 조정 및 기술자문을 제공. · IIPS는 설문 조사 구현을 위해 여러 현장 조직 (FO)과 협력했으며, 각 FO는 NFHS가 적용되는 하나 이상의 주에서 설문조사를 담당 - NFHS에 대한 기술 지원은 주로 ORC Macro (미국) 및 기타 조직에서 특정 문제에 대해 제공했으며, 다양한 NFHS 라운드에 대한 편당은 USAID, DFID, Bill and Melinda Gates Foundation, UNICEF, UNFPA 및 MOHFW, GOI에 의해 제공되었음. - NFHS는 다음의 이슈를 포함.	

Malnutrition
Child marriage/age at marriage
Anemia
Infant and child mortality
Fertility/fertility preferences
Family planning
Domestic violence
Maternal health
Immunization
Menstrual hygiene
Child feeding practices
C-section delivery
Overweight/obesity
Sex ratio
Education
Tobacco use
Women's empowerment
General health indicators
Water and sanitation
Hypertension
Wealth/poverty
Health insurance

Alcohol use
Blood glucose
HIV knowledge
Sex preference for children
Childhood diseases
Literacy
Cervical/breast exams
Adult food consumption
Employment
Caste/tribe
Sexual behavior
Source of healthcare
Electricity
Clean cooking fuel
Integrated Child Dev't Scheme
Religion
Adult mortality
Health expenditure
Hysterectomy
Tuberculosis

○ NFHS의 주요결과

	NFHS-4	NFHS-4	NFHS-4	NFHS-3
	인도전체	농촌	도시	인도전체
6세이상아동재학율	68.8	63	80.6	58.3
15세이하 인구비율	28.6	30.5	24.9	34.9
성비(남성 1000명당)	991	1009	956	1000
지난5년간 출생아성비	919	927	899	914
5세이하출생등록비율	79.7	76.1	88.8	41.2
전기보급가구	88.2	83.2	97.5	67.9
건강보험보장	28.7	29	28.2	4.8
여성문해율	68.4	61.5	81.4	55.1
남성문해율	85.6	82.6	90.7	78.1
10년이상의 교육을 받은 여성	35.7	27.3	51.5	22.3
18세 전에 결혼한 20-24세여성	26.8	31.5	17.5	47.4
아동사망률	2.2	2.4	1.8	2.7
영아사망률(생존출생아1000명당)	41	46	29	57
5세미만아동사망률	50	56	34	74
(15-49세여성) 지난 12개월동안 현금급여를 받은 여성	24.6	25.4	23.2	28.6
배우자학대경험	28.9	31.5	23.7	37.2
여성단독/공동소유	38.4	40.1	35.2	NA
은행계좌소유	53	48.5	61	15.1
핸드폰소유여부	45.9	36.9	61.8	NA
여성흡연율	6.8	8.1	4.4	10.8

	여성흡연과 음주	44.8	48	39.2	57
	음주여성	1.2	1.5	0.7	2.2

②	인도정부의 아동가족복지 및 보건복지정책
일 시	2019년 08월 20일 11:00~12:30
장 소	The Jawaharlal Nehru 대학교
참석자	Prof. Anuja, Prof Pranav Kumar, Deepak (The Jawaharlal Nehru 대학교), 노대명 선임연구위원, 류정희 연구위원(한국보건사회연구원)
○ 인도의 아동 및 가족복지체계에 대한 개괄 - 인도 중앙정부의 아동복지제도는 통합아동발달서비스체계(The Integrated Child Development Services (ICDS)) 아래 6개의 핵심적인 프로그램으로 구성됨. - 통합아동발달서비스 (Integrated Child Development Services Scheme)는 인도 최대의 지역사회기반 프로그램 · 1975년 6세 이하의 아동, 임산부 및 수유부 및 16~44세의 여성을 대상으로 지역사회의 건강, 영양 및 교육을 개선하기 위한 목적을 가지고 시작되었음. · 통합아동발달서비스는 처음 4개의 농촌지역, 18개의 도시, 11개의 부족으로 구성되는 33개의 블록으로 시작되어 현재 5300개 이상의 블록과 300개의 도시빈민가를 포함하는 5614개의 프로젝트로 구성됨. · 대상적용범위에 속하는 사람의 수는 7천만 명에 이름 · 통합아동발달서비스 계획의 주요 목표는 0-6세 아동과 임산부 및 수유모의 건강 및 영양상태를 개선하고, 아동의 사망률과 학교중퇴율을 줄이고 적절한 신체적, 정서적, 사회적 발달을 위한 지원을 제공하는 것에 두어짐. · 아동발달지원을 제공하는 다양한 부처와 프로그램 사이의 정책 및 시행업무의 효과적인 조정자의 역할을 수행. · ICDS 계획은 영양보충, 취학전교육, 영양 및 건강교육, 예방접종, 건강검진, 리퍼럴 서비스 6가지의 서비스 프로그램을 제공 · 주무부처는 보건복지부 및 여성과 보육부(Ministry of Women and Child Care)로 ICDS 체계의 주요 특징은 서비스의 수렴(convergence)인데 ICDS Scheme에 따라 모든 서비스를 제공하기 위해 Anganwadi Center형태의 플랫폼을 제공.	

〈표 1〉 인도의 주요한 아동복지프로그램의 구성체계

아동복지제도 및 프로그램	역할과 기능	영역
통합아동발달서비스 (Integrated Child Development Services)	각 주요 아동복지프로그램의 Umbrella체계	
Anganwadi Services Scheme	농촌육아지원센터와 보건소의 역할	보건, 보육
Pradhan Mantri Matru Vandana Yojana	출산수당 프로그램	출산여성 지원
National Creche Scheme	아이돌봄 보육센터	육아지원
POSHAN Abhiyaan	영양실조대책	보건, 영양
Scheme for Adolescent Girls	여자청소년의 지원	영양, 교육
Child Protection Scheme	아동보호서비스	보호

○ 인도의 아동복지에 있어서의 주요 이슈

- 인도는 2016-17년 7%의 경제성장률을 보이며 가장 빠르게 성장하고 있는 나라이나 2016 UN 인간개발보고서에서 인도는 188개국 중 131위를 차지(UNDP, 2016).
- 고도의 경제성장과 낮은 인간개발은 불평등의 증가를 초래하게 되었으며, World Bank는 22%의 아동이 극심한 빈곤상태에 놓여있다고 보고.
- 인도의 불평등이슈는 성별, 지역별, 카스트와 부족 별로 달리 나타나고 있음.
- 성별 불평등의 정도는 매우 심각하게 나타났는데 Gender Inequality Index는 155개국 중 130위를 차지.
 - 여성은 가장 주변화된 집단으로, 복합적인 사회적, 정서적, 신체적, 경제적, 문화적, 카스트 관련 박탈과 차별을 경험.
- 낮은 카스트 지위로 인해 차별받는 지정카스트(Scheduled castes), 카스트 사회로부터 오랫동안 격리되어 살아온 지정부족(Scheduled Tribe) 등의 경우 빈곤, 영양실조, 아동 조혼, 낮은 학교출석율, 저조한 학습결과물, 위생시설의 부족 등 복합적인 박탈을 경험.
 - 지정부족은 가장 높은 비율의 아동발육부진 문제가 가장 심각했으며 농촌거주 지정 부족의 45%는 빈곤선 아래로 다른 그룹의 25%에 비해 높은 수치(Unicef India, 2011).
- 인도의 아동청소년은 2억 5천만명의 전체 인도 인구 13억6천만명 중 1/5을 차지하고 있으며 세계아동청소년 인구의 21%를 구성(UNICEF India, 2019. Generation Unlimited India Strategy).
 - 아동은 여성과 함께 가장 취약한 집단의 하나로서 착취와 차별에 그대로 노출되어 있으나 정확하고 적절한 데이터의 부재로 인해 그 심각성은 명확하게 드러나지 않고 있음.
- 2018년 기준 인도의 빈곤률은 55%로 2명중 1명이 빈곤상태에 있는 것으로 나타났으며 이러한 높은 빈곤률은 아동의 생존 및 발달과 관련된 각종 지표와 밀접히 연관됨(〈표 2〉).

- 5세 미만의 영유아 사망률은 12만명이며 발육부진아동은 전체 아동의 38%를 차지.
- 초과여아의 사망률은 13%로 인도사회의 전통적인 남아선호가치가 여전히 여아의 직간접적 사망률이 남아에 비해 높다는 것을 보여주고 있음.
- 22%에 달하는 높은 산모사망률은 18세 이전 여아의 조혼율과 밀접한 상관관계가 있음.
- 여아의 조혼율은 아동들의 높은 학업중단률과 연결되어 있으며, 아동의 학업중단률은 또한 아동노동문제, 특히 아동납치와 강제노동문제와 연관되어 있음.

〈표 2〉 인도의 아동복지 핵심지표

아동복지 핵심지표	2018기준
빈곤률	55%
5세 미만 영유아 사망률	120,000명
산모사망률(2013년 이후)	22%
영유아의 완전접종률	62%
아동성비	927/1000
초과 여아 사망률	13%
발육부진	38%
18세 이전 여아 조혼율	27%
학교밖 아동	6,000,000명

자료: UNICEF India(2018). Annual Report 2018.

③	인도의 카스트제도와 불가촉천민에 대한 차별
일 시	20190820 14:00~16:00
장 소	Center for the Study of Discrimination and Exclusion, The Jawaharlal Nehru 대학교
참석자	Prof. Yagati Chinna Rao (Center for the Study of Discrimination and Exclusion, The Jawaharlal Nehru 대학교), Deepak (The Jawaharlal Nehru 대학교), 노대명 선임연구위원, 류정희 연구위원(한국보건사회연구원)
○ 사회적 배제는 최근 인도 사회학계에서 크게 주목받고 있는 핵심주제 - 사회적 배제란 어느 사회의 한 집단이 다른 집단의 평등한 기회를 박탈함으로써 후자의 일원인 개인이 사회의 기본적인 정치, 경제, 사회적 기능을 수행할 능력을 잃게 되는 것을 의미 - 낙인과 가장 대표적으로 사용되는 의미로써 “사회적 배제”는 20세기 후반 유럽에서 경제적 구조조정이 사회에 미치는 부정적 효과를 완화시키기 위한 방법을 이해하고 법제화하는데 있어서 핵심 개념으로 사용됨. - 사회적 배제와 차별이 인종이나 피부색, 종교, 민족, 계급, 성 등 집단 정체성을 기반으로 한 “집단 개념”을 의미.	

- 집단 배제의 경우, 한 집단에 속한 모든 구성원들은 한 사회 집단 내에서 자신의 경제적 지위와는 무관하게 자신의 정체성 때문에 배제되어 버리며, 차별이 경제적 지위에 대해 중립성을 띄게 됨.

- 상위 카스트 구성원들이 불가촉천민(Untouchable)이라 부르는 달리트 계급을 차별화할 때 재정적인 상태가 아닌 카스트 정체성을 기반으로 차별.

- 따라서 할당제처럼 차별 관련 정책은 개인보다는 집단의 사회적 정체성을 바탕으로 이루어지며, 차별이 경제적 지위에 대해 중립적이라면, 법적 보호 기준과 정책은 집단 내 개인의 경제적 지위가 아닌 카스트를 중심으로 수립될 필요가 있음.

○ 인도의 카스트제도와 사회적 배제

- 인도에서는 배제가 카스트, 민족 등과 같은 집단 정체성을 바탕으로 일부 집단을 배제, 차별, 소외, 박탈하는 사회적 상호관계와 제도들 속에 내제되어 있음.

- 카스트 제도의 근본적인 특징은 각 카스트 계급에 대한 고정된 시민, 문화, 경제적 권리에 기반하고 있는데, 카스트 제도는 변화가 제약적이며 각 계급의 시민, 문화, 경제적 권리가 고정적이라는 특징을 가지고 있음.

○ 달리트에 대한 차별

- 달리트는 물리적 및 사회적 분리, 자유 부인, 사회 참여 제한, 여러 사회적 혜택 박탈 등 불평등한 권리와 기회에 대한 자격을 부여받은 가장 고통받는 계급

- 달리트 계급을 사회적 배제 대상으로 삼는 주요 분야는 다음과 같음.

- (1) 시민 및 문화 분야에서 불가촉천민들은 도로, 사원, 수역, 서비스 기관, 교육, 건강 및 기타 공공 서비스를 사용하는 데 차별과 배제를 당함.

- (2) 정치 분야에서 불가촉천민들은 자신의 정치적 권리 및 의사결정 과정 참여에서 차별을 당함.

- (3) 물리적 (혹은 거주지) 분리와 불가촉성이라는 관념을 기반으로 한 사회적 배제 때문에 불가촉천민들은 전반적으로 사회적 배제를 당함.

- (4) 카스트 체제의 관습적인 규범과 규칙을 규제하고 집행하는 사회적 기제 때문에 불가촉천민들은 특정 사회나 경제적 보이콧 및 폭력에 노출.

- 소외 집단 중에서도 지정 카스트(Scheduled Castes, SCs)와 지정 부족(Scheduled Tribes, STs)이 가장 심한 박탈 대상으로 카스트 정체성은 특히 주류 사회의 여러 분야에서 지정 카스트에게 가장 불리하게 작용해왔음.

- 지정 부족과는 다르게 지정 카스트들은 주류 사회 내 여러 카스트들이 섞여 있는 마을에

살고 집단 정체성을 기반으로 한 차별에 그대로 노출되어 있음.

- 카스트 정체성을 기반으로 발생하는 차별을 해소하기 위한 헌법적 안전조치와 특정 입법안에도 불구하고 적어도 지정 카스트의 관점에서 봤을 때 본질적으로 배제적인 사회 관계는 지속되고 있는 현실.

○ 달리트에 대한 차별실태

- 인도 전역에 걸쳐 달리트 계급에 대한 카스트 기반 차별과 만행이 증가하고 있는 추세. 특히, 비하르주, 마하라슈트라주, 하리아나주, 편자브주, 라자스탄주 등 많은 지역에서 달리트에 대한 폭력 수위는 린치, 살해, 신체절단 등 심각한 수준.

- 인도의 11개 주 565개 마을을 대상으로 인도 농촌의 불가촉천민에 대해 진행된 최근 연구결과는 달리트에 대한 차별실태를 적나라하게 보여줌.

- 33%의 마을에서 의료진이 달리트의 집을 방문하는 것을 거부
- 27.6%의 마을에서 달리트의 경찰서 출입을 금지
- 37.8%의 공립학교에서 달리트 아동들은 따로 떨어져 점심식사
- 전체 마을의 48.4%의 마을에서 불가촉천민에 대한 분리주의로 달리트 계층은 물사용 불가.
- 학교내 불가촉성 때문에 달리트 어린이들의 중퇴율과 문맹률이 일반 계층의 어린이들보다 훨씬 높음. 인도 농촌에 거주하는 달리트 여성의 문해율(literacy rate)은 38%, 달리트 아동의 약 50%는 영양실조, 21%는 '심각한 저체중' 상태, 5세 이전 영유아 사망률은 12%에 달함.

④	인도와 케랄라주의 사회보장정책과 건강보장정책
일 시	2019년 08월 22일 13:00~17:00
장 소	Rajagiri 대학
참석자	강재동 교수, Prof. Joseph, Prof. Saju, Prof. Mary Venus Joseph, PProf. Thampli 외 (Rajagiri 대학 사회과학관련 학과 교수들), 노대명 선임연구위원, 류정희 연구위원(한국보건사회연구원)

○ 인도의 사회보호체계 개괄

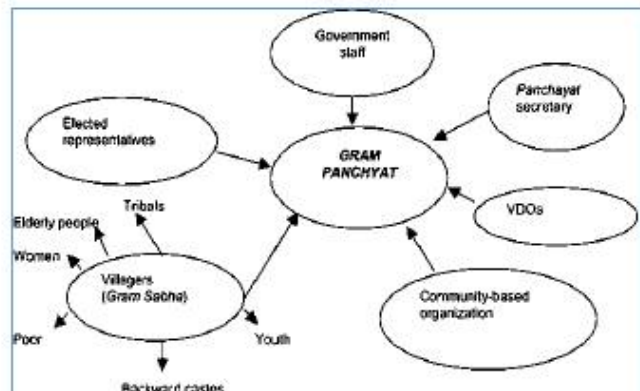
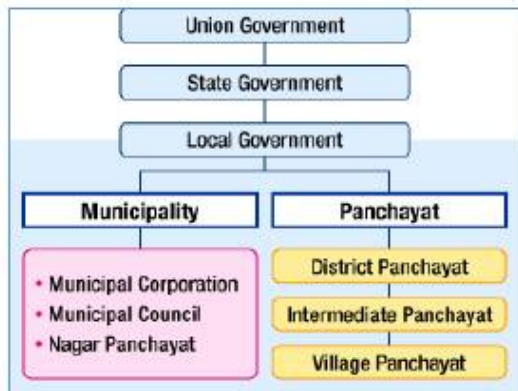
- 사회보호는 위기에 취약한 사람들의 취약성과 가난을 줄이는 수단인 동시에
- 실업, 사회적 배제, 질병 장애, 고령 등과 연관된 위기를 조절하는 능력을 향상시



키는 수단

○ 사회경제적 권리의 실현을 위한 국가의 의무와 책임에 대한 법적 규정은 1951년에 마련됨.

- 중앙과 지방, 도시와 지방의 행정체계가 동시에 사회적 보호에 대한 책임을 가짐.



○ 인도의 사회보호의 범위

- 잔여적인 또는 보호적인 수단으로서의 사회적 보호는 모두 중요함
- 높은 빈곤율과 취약성(77%)
- 많은 인구(13억 3천만)
- 92%의 노동자(농촌을 포함)가 비공식부문 노동자로, 대다수가 자영업자로 구성됨.
- 대부분이 생계불안정 상태
- 현재 인도는 보다 잔여적인 정책수단에 의존하고 있으며 예방적인 대응은 8%의 공식

부문 노

동자에게만 해당됨.

○ 사회보호의 6가지 차원

1. 아동의 교육, 영양, 건강상태

- 교육권 (Right to Education Act(2009))에 의해 아동이 표준화된 기준의 무상 교육을 받을 권리를 부여

- Anganwadis는 1975년에 인도정부에 의해 설립되어 확대된 아동보육센터로서 아동의 기아와 영양결핍에 대응하는 Integrated Child Development Services (ICDS)프로그램의 일부

- POCSO(아동성폭행에 대한) 법과 JJ(돌봄과 보호에 관한 아동보호법)는 인도의 핵심적인 법제

- Childline은 ICPS의 initiatives

Survival Indicators	Kerala Vs India
Child sex ratio at birth	967 Vs 900 (2016)
Neonatal Mortality	7 Vs 33
IMR	10 Vs 34 (2016)
US Mortality Rate	15 Vs 59

2. 고용과 생계안정

- MGNREGA는 농촌지역 비숙련 육체노동자에게 100일간 제공

- 국가농촌최저생활위원회(National Rural Livelihood Mission)-SGH 지역사회동원모델(Community Mobilization Model)

- 생계관련 정부부서-농업, 축산, 유제품 개발, 어업

3. 사회연금(Social Pensions)

- 국가사회부조제도(National Social Assistance Programme), 1995

- 고령자를 위한 사회정책(National Policy for Older Persons), 1999

- 2011 Indira Gandhi National Old Age Pension Scheme (IGNOAPS)
:13% (케랄라주, 20206년 20%예상) vs 8.2% (전국)

- 수명의 증가, 출산율의 저하, 거대한 비공식부분 노동력은 연금체계의 정비와 체계화를 필요로 함.

4. 건강보호

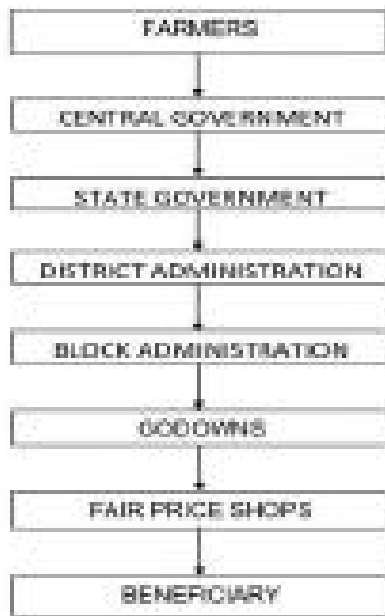


- 국가 보건정책 (National Health Policy), 2017
- 국가 정신보건정책 (National Mental Health Policy), 2014
- 국가보건위원회 (National Health Mission) (농촌과 도시)
- Ministry of AYUSH
- 2011년 인도 GDP의 3.9%가 보건영역에서 지출됨. 그중, 건강보험계좌는 5-10%, 고용주계정은 9%, 개인지출은 82%에 달했음(WHO, 2014 & CPPR, 2015)
- 건강보험: Rashtriya Swasthya Bima Yojna (RSBY) & ESI
- Pradhan Mantri Jan Arogya Yojana (PMJAY)는 2018년 도입된 the Ayushman Bharat Yojana (National Health Protection Mission) 중 하나의 프로그램

5. 식품안정성(Food Security)

- Public Distribution System (PDS)
- 국가 식품보장법(National Food Security Act, 2013)
 - 국민의 끼니를 보장하기 위한 권리중심의 접근
 - 인도인구의 가장 가난한 2/3에게 한달에 일인당 5킬로의 곡물을 저렴하게 지급.
 - 이 법안은 임신부여성, 신생아엄마, 아동 등을 지원하는 통합아동발달계획(Integrated Child Development Scheme)과 학교급식계획(Midday Meal Scheme)과 함께 PDS를 포함

5. 주거안정성



- Pradhan Mantri Awas Yojana-모두를 위한 주거지원(농촌/도시): 1996년부터 다른 형태로 시작됨. 농촌의 주택프로그램의 격차를 해소하고 2022년까지 ”모두를 위한 주택“을 제공할겠다는 정부의 약속을 고려하여 구상되었음.

- 지원규모는 평지의 경우 1.20 lakhs, 구릉의 경우 1.30 lakhs

· 사회경제적 상태에 기초해 선정되고 gramasabhas(지자체별 협의체)를 통해 승인됨

- Jawaharlal Nehru National Urban Renewal Mission (JNNURM): 정부의 주력사업으로 2005년에 시작됨.

· MoHUPAdp 의해 JnNURM은 도시빈민 통합적인 개발을 위해 shelter제공, 기본서비스 및 기타 시민편의시설을 제공하기 위해 1) Basic Services for Urban poor (BSUP)과 2) Integrated Housing and Slum Development Programme (IHSDP)로 구성됨.

○ 케랄라-신의 나라

- 높은 문해율
- 낮은 영아사망률
- 공동체의 네트워크로 구성된 독자적인 건강보호체계
- 가장 긴 기대수명 (74.9 대 67.9)
- 여성권한부여를 위한 케랄라 모델

Figure 3 : India SDG Index Score of States and UTs

State/UT	Score
HIMACHAL PRADESH	88
KERALA	88
WAKE, HARYANA	86
ARUNACHAL PRADESH	84
GOA	84
GUJARAT	82
KARNATAKA	82
MAHARASHTRA	82
TAMIL NADU	81
PUNJAB	80
UTTARANCHAL	80
BIHAR	78
GUJARAT	78
RAJASTHAN	78
CHHATTISGARH	78
SIKKIM	78
WEST BENGAL	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78
MIZORAM	78
ARUNACHAL PRADESH	78
MARATHI	78
GOA	78
CHHATTISGARH	78
GUJARAT	78
ASSAM	78
TRIPURA	78
JAMMU & KASHMIR	78
WADHWA PRADESH	78

Kerala's top rank is attributed to its superior performance in providing good health, reducing hunger, achieving gender equality and providing quality education. Himachal Pradesh ranks high on providing clean water and sanitation, in reducing inequalities and preserving mountain ecosystem.

Among the UAs, Chandigarh takes the lead because of its exemplary performance in providing clean water and sanitation to its people. It has further made good progress towards providing affordable and clean energy, generating decent work and economic growth, and providing quality education.

○ SDGs와 인도의 지역별 차이

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



Figure 2 – Performance of States and UTs in SDG Index India

