영아사망의 통계현황과 정책과제

韓英子 한국보건사회연구원 책임연구원

1. 서 언

영아사망률은 한 국가의 보건복지수준을 가늠하는 대표적 지표이며, 보건정책수립 및 평가시 이용되는 잣대이다. 우리나라가 OECD 회원국이 됨에 따라 영아사망률은 제출의무가 있는 기본통계가 되고있다. 국내적으로는 1995년 보건소법이 지역보건기본법으로 개정되어 각 보건소 단위에서 지역보건계획을 수립하도록 되어있는데 보건지표가 이 계획의 수립과 평가의 기초가 되기 때문에 정확한 영아사망률 생산의 중요성은 더 이상 언급할 필요가 없다고 본다.

그동안 우리나라에서는 영아사망률 생산을 위한 많은 노력과 연구가 있었으나 신뢰성 있는 영아사망률을 생산하지 못하

였다. 그 이유는 일반적으로 영아사망의 60~70%에 달하는 신생아사망(출생후 28 일 이내의 사망)의 대부분이 출생과 사망 신고가 동시에 누락되고 있기 때문이다. 대부분의 선진국에서는 의료기관이 동태 신고에 관여하고 있는 데 반해 우리나라는 본인이 신고하도록 하고 있다. 최근 우리 나라 인구통태 신고 수준이 급격히 상승되 어 통계의 질이 향상되고 있으나 영아사망 의 경우 신고율이 별로 향상되지 않고 있 다. 영아사망 통계개선을 위해 1986년에 모자보건법을 개정(법률 제3824호, 1986년 5월 10일)하여 보건기관(보건소 및 의료기 관)의 장은 당해 보건기관에서 임산부가 사망하거나 사산 또는 신생아가 사망한 때에는 시장·군수에게 보고하도록 하고 있음에도 불구하고 아직도 상당수의 신고

가 누락되고 있는 실정이다.

한국보건사회연구원은 1995년 우리나라 여건에 적합한 영아사망 조사방법을 개발 하였으며, 보건복지부와 공동으로 영아사 망조사를 실시하여 실제 자료가 뒷받침되 는 영아사망률을 최초로 생산하였다. 본 조사방법은 영아사망에서 가장 누락이 심 한 신생아사망을 확인하기 위해 의료보험 자료를 이용하여 출산부터 추적하여 출생 아의 생사여부를 확인하였으며, 의료기관 추적조사시 비보험분만과 출생아의 생사에 대해서도 함께 조사를 실시하였다. 또한 영아사망을 확인할 수 있는 기존의 거의 모든 자료를 수집하여 정리하였으며 중복 자료를 제거하는 과정을 거쳤다. 본 조사 에서 얻어진 영아사망률이 그동안 간접 추정된 영아사망률과 차별화되는 것은 이 자료가 전수조사로부터 얻어진 것이며, 의 료기관의 진료기록을 확인하여 정확한 자 료가 생산되었다는 점이다. 또한 본 조사 에서는 모자보건 정책의 기초가 되는 사 망원인을 포함해서 인구사회적 정보를 얻 을 수 있었다.

2. 영아사망 조사방법

조사대상은 1993년 1월 1일부터 12월 31일 기간중 출생한 전국의 출생아와 이 들 중에서 첫 돌 이전에 사망한 영아가 조사대상이 된다. 출생은 1년간에 걸쳐 발 생하는 반면, 이들 중 영아사망은 1993년 1월 1일부터 1994년 12월 30일까지 2년간 에 걸쳐 발생하게 된다.

우리나라는 일반적으로 영아사망의 60~70%에 달하는 신생아사망의 대부분이 출생과 사망신고가 동시에 누락되고 있어서 신뢰성 있는 지표가 산출되지 못하고 있다.

가. 기존자료조사

영아사망 정보를 포함한 기존자료원을 확인하여 자료를 확보하였다. 기존자료의 종류로는 의료보험 분만관련자료, 의료보 험 자격화일, 의료보험·보호 장제비 지급 자료, 인구동태신고자료, 주민등록자료, 임 산부 및 영유아 사망·사산자료(의료기관 보고자료), 입양시설기관 영아사망 실태자 료 등이 있다.

나. 의료기관조사

본 조사에서는 인구동태자료의 누락을 보완할 수 있는 출생초기 사망을 색출하 는 방법을 고안하였다. 이 방법은 의료보 험자료로부터 출생 미확인 분만급여자의 명부를 작성하여 급여청구 의료기관에 추 적 확인조사를 실시하는 것이며, 비보험 분만에 대한 의료기관 조사도 동시에 실 시하였다. 또한 영아사망이 발생할 수 있 는 전국의 의료기관을 영아사망 조사대상 기관으로 선정하여 조사를 실시하였다. 자 택에서의 분만에 관한 정보를 얻기 위해 의료보험·보호 분만급여 현금지급자료를 이용하였다.

다. 영아사망수 및 출생아수 추정

총영아사망수를 구하기 위하여 여러 자료원으로부터 수집 가능한 모든 자료를 확보한 다음, 자료를 통합하고 중복을 배제하는 작업을 시도하였다. 중복 배제작업시 동일인이 여러 자료에서 나타나는지확인하기 위해서는 사망아와 사망아 부모의 주민등록번호, 성명 등의 정보를 이용하였다. 총출생아수는 추정 영아사망수와일년 이상 생존자수를 합하여 산출하였다.데 생존자는 주민등록자료에서 구하였다.

3. 영아사망 조사결과

가. 영아사망률

1993년 출생코호트의 영아사망수는 남아 4,029명 여아 3,059명으로 총 7,088명이다. 신생아 사망은 남아 2,667명, 여아 2,025명 이며 신생아 전체 사망수는 4,692명이다.

표 1. 출생코호트의 성별 영아사망수(1993)

(단위: 명)

구 분	남	여	전체
신생아	2,667	2,025	4,692
신생아후기	1,362	1,034	2,396
영 아	4,029	3,059	7,088

본 조사에서 추정한 1993년 출생코호트 의 영아사망률은 출생아 천명당 9.9이며

표 2. 1993년 출생코호트 영아사망률

구 분	남	여	전 체
신생아	7.0	6.1	6.6
신생아후기	3.6	3.1	3.3
영 아	10.5	9.2	9.9

주: 출생아 1,000명당 영아사망수이며, 영아사망률 산출에 분모가 되는 출생아수는 715,817명이 며, 남아 383,561명, 여아 332,256명이다.

표 3. 주요 각국의 영아사망률(1990~95)

국가명		영아사망률	국:	가명	영아사망률
중	국	44	0 1	태리	8
중 일	본	4	<u>표</u> i	랑 스	7
북홍	한콩	24	독	랑 스 일	6
홍	콩	7	터	키	65
싱가.	포르	6		국	9
영	국	7		100	

자료: UN, World Population Prospects, 1995.

신생아사망률은 6.6, 신생아 후기사망률은 3.3으로 추정되었다(표 2 참조). 선진국의 영아사망률이 대체로 10 이하이며(표 3 참조), 우리나라도 선진국 수준으로 감소된 것으로 나타났다. WHO의 영아사망률 감소 목표는 2000년까지는 세계 모든 나라에서 영아사망률을 50 이하로 감소시키는 것이다. 한편 미국의 "Healthy People 2000"에서는 2000년의 목표를 영아사망률 7 이하로 감소시키는 것으로 세워놓고 있다. 영아사망률이 낮아진 상태에서도 하부 집단간 사망수준의 차이는 지속되기 때문에이러한 차이를 확인하고 사망원인의 추세를 분석한 바탕 위에 효과적인 정책수립

이 가능하다고 사료된다.

나. 인구·사회적 특성별 영아사망

⟨표 4⟩는 생존기간 및 성별로 영아사망 분포를 보여주고 있다. 신생아 사망이 전 체 영아사망의 66.2%를 점하고 있으며 생 존기간별 영아사망 분포에 있어서 성별 차이는 거의 없는 것으로 나타났다.

표 4. 성별, 생존기간별 영아사망 분포 (단위: %, 명)

생존기간	남아	여아	전 체
신생아 ¹⁾	66.2	66.2	66.2
신생아후기 ²⁾	33.8	33.8	33.8
1주	52.9	51.5	52.3
2주	7.2	7.3	7.3
3주	4.0	4.0	4.0
4주	2.1	3.4	2.7
5주~3개월	15.3	14.2	14.8
4~6개월	9.6	10.8	10.1
7~9개월	5.0	5.1	5.1
10~12개월	3.8	3.8	3.8
저테(여이)	100.0	100.0	100.0
전체(영아)	(4,029)	(3,059)	(7,088)

주: 1) 생후 0~28일; 2) 생후 29~365일

모의 연령별 영아사망률을 보면 모의 연령이 30세 이상인 연령군에서 영아의 사망률이 급격히 증가하는 것을 볼 수 있 다. 30~34세 연령군 모를 가진 영아의 사 망륰은 출생아 천명당 11.3이며 35~39세 모의 경우 영아사망률은 17.8, 40세 이상 의 경우 34.8로 나타나고 있다(표 5 참조). 이러한 결과는 일반적으로 20대 연령층 모에서의 출생아가 영아사망이 낮다는 점 신생아 사망이 전체 영아사망의 66.2%를 점하고 있으며, 모의 연령별 영아사망률은 모의 연령이 30세 이상인 연령군에서 급격히 증가하고 있다.

표 5. 모의 연령별 영아사망률

모연령	신생아	신생아후기	영아
14~19세	5.5	1.9	7.4
20~24세	4.7	2.5	7.2
25~29세	5.7	2.9	8.6
30~34세	8.0	3.3	11.3
35~39세	12.9	4.9	17.8
40세 이상	19.5	15.6	34.8
전 체	6.6	3.3	9.9

주: 모 연령별 영아사망률의 분모는 1993년도 동 태신고자료의 모 연령별 출생분포를 본 연구 결과의 출생수에 적용, 모 연령별로 출생아 수를 추정하였으며, 분자는 모 연령 미상 사 망아도 모 연령이 밝혀진 사망아와 같은 분 포를 할 것이라는 가정하에 전체 사망아에 대한 모 연령별 분포수를 구하여 추정함.

에서는 타 연구결과와 일치하지만 10대와 40대 이후에 사망률이 증가하는 U자형의 사망형태가 일반적인데 비해 본 연구결과 는 14~19세 연령층에서의 출생아의 사망 률이 낮게 나타나고 있다. 그러나 이는 10 대로부터의 출생아인 경우 모의 연령을 기재하지 않는 경우가 많아 사망률이 낮 게 나타났을 가능성이 크다.

다. 영아사망 원인분석

영아사망의 10대 사인중 1위는 주로 미숙아 또는 저체중아에 해당되는 태아 발육장애가 차지하였으며, 2위는 신생아 호흡곤란이었는데 이는 태아 발육장애와 밀접한 관련이 있는 질환으로서 신생아기의경우 두번째로 중요한 사인이었다(표 6 참조). 심장의 선천성 기형은 사망원인 3위를 차지하였으며, 연령이 증가할수록 상대

적으로 점차 중요한 사인이 되고 있다. 4 위는 기타 선천성 기형, 5위는 자궁내 저 산소증 및 출산 질식이었고, 6위는 신생아 기의 호흡기질환으로 태아 발육장애, 신생 아 호흡곤란 및 출산 질식 등과 밀접한 관계가 있었을 질환으로 사료된다.

신생아 사망원인 1위는 태아 발육장애 였으며, 신생아기 사인의 31.6%를 점하고 있다(표 7 참조). 2위는 신생아 호흡곤란 이었는데 이 또한 태아 발육장애와 밀접 한 관련이 있는 질환으로 신생아기 사인

표 6. 영아사망 10대 사인

(단위: 명, %)

	10위 합계	1위	2위	3위	4위	5위	6위	7위	'8위	9위	10위
전체 5,176 (100.0)	4,187 (80.9)	태아 발육장애 (25.3)	신생아 호흡곤란 (16.4)	심장기형 (9.7)	기타 기형 (6.2)	출산 질식 (5.8)	신생아 호흡기질환 (4.8)	신생아 패혈증 (4.8)	기타 주산기질환 (3.2)	신생아 출혈성질환 (2.5)	분만 합병증영향 (2.2)
남아 3,009	2,451	태아 발육장애	신생아 호흡곤란	심장기형	기타 기형	출산 질식	신생아 패혈증	신생아 호흡기질환	기타 주산기질환	신생아 출혈성질환	패혈증
(100.0)	(81.5)	(25.7)	(16.9)	(9.8)	(6.8)	(5.3)	(4.7)	(4.7)	(3.1)	(2.8)	(2.1)
여야 2,167 (100.0)	1,736	태아 발육장애 (24.6)	신생아 호흡곤란 (15.9)	심장기형 (9.5)	출산 질식 (6.5)	기타 기형 (5.3)	신생아 호흡기질환 (4.9)	신생아 패혈증 (4.8)	기타 주산기질환 (3.5)	분만 합병증영향 (2.8)	신생아 출혈성질환 (2.2)

표 7. 신생아기 사망 10대 사인

(단위: 명, %)

	10위합계	1위	2위	3위	4위	5위	6위	7위	8위	9위	10위
전체 3820명 (100.0)	3,553 (93.0)	태아 발육장애 (31.6)	신생아 호흡곤란 (20.5)	출산 질식 (7.4)	기타 기형 (6.7)	신생아 패혈증 (6.0)	신생아 호흡기질환 (5.9)	심장기형 (5.4)	기타 주산기질환 (4.0)	신생아 출혈성질환 (2.9)	분만 합병증영향 (2.7)
남 2216명 (100.0)	2,070 (93.4)	태아 발육장애 (32.3)	신생아 호흡곤란 (20.6)	기타 기형 (7.2)	출산 질식 (6.8)	신생아 패혈증 (5.9)	신생아 호흡기질환 (5.8)	심장기형 (5.8)	기타 주산기질환 (3.7)	신생아 출혈성질환 (3.3)	분만 합병증영향 (2.1)
여 1604명 (100.0)	1,482 (92.5)	태아 발육장애 (30.7)	신생아 호흡곤란 (20.3)	출산 질식 (8.3)	신생아 호흡기질환 (6.1)	신생아 패혈증 (6.1)	기타 기형 (5.9)	심장기형 (4.9)	기타 주산기질환 (4.3)	분만 합병증영향 (3.4)	신생아 출혈성질환 (2.3)

의 20.5%를 점하고 있다. 제3위 사인은 출 산질식, 4위 기타 기형, 5위 신생아 패혈 증이 각각 차지하고 있다.

4. 자료간 영아사망 포함률 비교

《표 8》은 본 연구에서 추정한 총영아사 망 7,088명에 대해 각 자료원별로 영아사 망을 어느 정도 포함하고 있는지 자료의 완전한 정도를 비교하여 보았다.

본 연구에서 추정한 총영아사망수에 대한 각 자료원별 포함률을 보면 의료기관조사자료는 73.3%로 가장 높고, 그 다음 의료기관 보고자료 33.0%, 그리고 주민등록자료가 29.0%였다. 총영아사망에 대한 포함률을 생존기간별로 세분하여 좀 더 정확한 정보를 얻을 수 있었다.

의료기관 조사자료는 신생아사망 부분 이 추정자료의 90.2%로 포함 범위가 상당 총영아사망수에 대한 각 자료원별 포함률을 보면 의료기관 조사자료 73.3%, 의료기관 보고자료 33.0%, 그리고 주민등록자료가 29.0%였다.

히 큰 반면, 신생아후기 사망은 추정수의 41.0%만을 포함하고 있다. 한편 주민등록 자료는 신생아사망에 있어서는 추정 사망아수의 3.1%만을 포함하고 있어서 신생아사망의 대부분이 신고되지 않고 있음을 입증하고 있다. 반면에 신생아후기 사망에 있어서는 79.8%로 다른 어떤 자료보다 신생아후기 사망에 대한 주민등록자료의 대

표 8. 자료원별 영아사망 포함률(Coverage Rate)

(단위: %, 명)

생존기간	추정 영아사망수	의료기관 조사	의료기관 보고	장제비	의료보험 자격	주민등록
신생아	100.0(4,692)	90.2	46.1	12.4	8.7	3.1
신생아후기	100.0(2,396)	41.0	7.5	47.2	53.4	79.8
1주	100.0(3,705)	93.5	46.6	9.8	6.4	0.4
2주	100.0(514)	82.1	44.6	19.1	13.6	5.1
3주	100.0(285)	78.6	53.7	26.3	20.7	16.5
4주	100.0(188)	63.8	29.3	24.5	23.4	30.9
5주~3개월	100.0(1,051)	46.2	5.5	45.4	45.5	71.2
4~ 6개월	100.0(717)	38.6	15.1	52.0	54.1	85.6
7~ 9개월	100.0(358)	36.0	2.0	45.8	64.2	85.5
10~12개월	100.0(270)	33.3	2.2	43.3	67.8	88.9
전 체	100.0(7,088)	73.3	33.0	24.2	23.8	29.0

주: 각 자료간 영아사망의 중복때문에 생존기간별로 각 자료의 합이 100%가 넘음.

표성이 높음을 보여주고 있다.

5. 영아사망 통계 생산체계 개선방안

자료 수집상의 많은 어려움이 있었으나 본 연구를 통하여 얻은 결론은 현재의 기 존의 각종 자료를 활용하여도 우리나라의 영아사망률의 산출은 가능하다는 것이다. 이처럼 우리가 가지고 있는 각종 자료는 그 효용가치가 매우 높음에도 관심의 부 족이나 합리적인 관리의 미숙으로 인하여 제대로 그 효능을 발휘하지 못하고 있는 것이다. 이에 따라 각종 자료의 관리나 운 영상의 개선점을 제시해 보고 이에 따라 효율적으로 영아사망률을 산출할 수 있는 방안을 제시해 보고자 한다. 우선 영아사 망률을 구할 수 있는 체계를 제시하면 다 음과 같다.

가. 출생아 데이터베이스 구축

출생은 의료기관 출생과 비의료기관 출

생으로 구분할 수 있다. 의료기관 출생의 경우는 출생의 사실을 명기하여 의료보험 에 진료비 청구를 한다. 이때 의료보험조 합은 출생을 확인하도록 하고 출생아 데 이터베이스에 수록한다. 비의료기관 출생 의 경우 의료기관에 치료를 위하여 출두 할 때 진료비 청구시에 의료보험등록이 되어 있지 않은 경우 의료보험 수혜대상 자로 포함할 것을 통보하도록 제도화한 다. 한편 출생신고가 완료된 경우는 의료 보험등록을 확인하고 아직 등록이 되어 있지 않은 경우는 등록할 수 있도록 주선 한다. 이에 따라 비의료기관 출생의 경우 도 확인되는 대로 출생아 데이터화일에 등재한다.

나. 사망영아 데이터베이스 구축

대부분의 영아는 위급상황에는 의료기 관 진료를 받게 되고 의료기관에서의 사 망시 해당 의료기관의 관리장부에 기재하

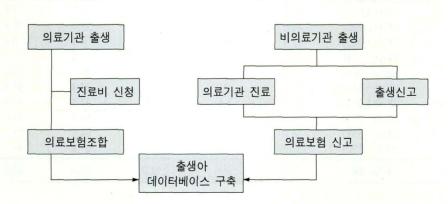


그림 1. 출생아 데이터베이스 구축

는 한편 모자보건법에 따라 보건소로 사 망영아의 발생을 통보하게 된다. 보건소에 서는 관할지역의 모든 의료기관에서 발생 하는 영아사망의 보고를 받고 있으므로 이 자료를 바탕으로 영아사망 데이터화일 을 구축한다. 한편 의료기관에서는 사망영 아에 대한 진료비 청구를 할 때 사망사실 을 명기하도록 하고, 의료보험에서는 이를 바탕으로 자격관리화일에 등재한다. 이 때 자격등재가 되어 있지 않은 경우 이를 보 완한다. 동시에 신청이 없어도 장제비를 수령할 수 있도록 통보하고 이를 바탕으 로 장제비화일을 구축한다. 의료보험측은 출생아 데이터베이스와 보건소로부터 영 아사망 데이터화일을 입수하여 출생-사 망연계종합 데이터베이스 화일을 구축한 다. 이러한 모형을 성공적으로 수행하기 위하여 각 자료화일의 문제점을 다음과 같이 개선하도록 한다.

기존의 각종 자료를 활용하여 현재 우리나라 영아사망률의 산출은 가능하나, 관심의 부족과 합리적인 관리의 미숙으로 제대로 그 효능을 발휘하지 못하고 있다.

다. 의료기관 조사자료

- 1) 정부에서는 영아사망통계 작성지침을 마련하여 관련기관의 협조를 얻어 각 의 료기관에서 작성하는 기록부를 일관성 있 게 사용하도록 권고한다.
- 2) 영아사망의 상당수가 주민등록번호가 미처 부여되지 않은 상태에서 사망을 하 게되므로 사망아의 신원을 확인할 수 있

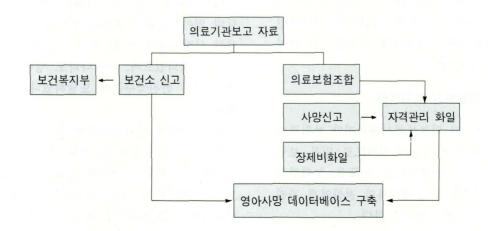


그림 2. 영아사망 데이터베이스 구축

도록 부모의 주민등록번호도 사망영아 정보와 동시에 기재하도록 한다. 특히 부모가 모두 존재하는 경우에는 부모의 주민등록번호를 기록하고 부가 없거나 신원이파악되지 않는 경우에는 산모의 신원을 중심으로 고유번호를 작성하다.

3) 정부는 의료기관에서 산부인과와 소 아과 이외의 과에서 발생하는 영아사망의 경우 정부에서 권장하는 작성지침에 따라 모든 영아사망을 집중관리하도록 영아사 망화일을 구축하는 것을 권장한다.

라. 의료보험 진료자료

모든 진료청구 명세서에는 진료 종료시의 형태를 보고하도록 한다. 즉, 출생, 사망, 일반진료, 기타 등으로 분류하여 별도의 란을 만들어 기록하도록 한다. 즉, 출산에 따른 의료비 청구에 대하여는 별도의 코드를 부여하는 것이 바람직하다.

마. 의료기관(보건소) 보고자료

사망영아의 신원파악을 위하여 부모의 주민등록번호를 함께 기입하고 사망원인 도 정확하게 기재하도록 지침을 마련하여 사용하도록 한다.

바. 의료보험 자격자료

1) 전국민 의료보험시대이지만 보험료납부에 따라 자격이 유지되므로 일부 보험 미가입자가 발생하는데 이들을 누락하지 말고 주민등록 등재자와의 전산연계 관리 로 명단은 확보하도록 한다. 2) 영아사망의 발견시 장제비를 지급하는 과정에서 미처 출생신고가 안되거나 또는 의료보험 미등재의 사실이 발견되면 이들도 자격화일에 등재한다.

사. 장제비 지급자료

- 1) 정부나 의료보험조합의 적극적 홍보 로 장제비 청구율을 높여야 하고 사망원 인과 거주지 등을 정확하게 기록하여야 하다.
- 2) 보건소를 통하여 접수되는 영아사망 자료를 통하여 영아사망이 발견되는 경우 이에 대한 장제비 지급을 자동화하여야 한다.
- 3) 출생신고를 하지 않은 상태에서 발생한 영아사망의 경우에도 장제비를 지급하되 이 를 홍보하여 신고를 유도한다.

6. 결론 및 정책제언

1993년도 출생코호트의 영아사망수는 7,088명으로 확인되었으며, 출생아수는 715,817명으로 나타났다. 1993년 출생코호트의 영아사망률은 출생아 천명당 9.9, 신생아 사망률 6.6, 신생아후기 사망률은 3.3으로 추정되었으며, 우리나라도 영아사망에 있어서 선진국수준에 도달하였다고 사료된다.

모의 연령별 영아사망률은 모의 연령이 높아지면서 급증하여 모 연령과 영아사망률간에는 밀접한 상관관계가 있는 것으로보인다. 영아사망 10대 사인은 1위가 태아발육장애로 25.3%를 차지하고 있으며, 2위

가 신생아 호흡곤란으로 16.4%, 3위가 심 장기형으로 9.7%를 차지하고 있다.

본 연구에서는 여러 자료워으로부터 자 료를 수집하여 분석하였는데 의료기관조 사자료는 신생아사망 부분에 있어서는 총 신생아사망의 90.2%를 포함하고 있어 대 표성이 높은 것을 볼 수 있었다. 주민등록 자료는 신생아후기 사망의 79.8%를 포함 하고 있어 생존기간별로 자료의 대표성이 다른 것으로 나타났다.

최근 인구동태신고율이 상당히 개선되 고 있고 동태신고체계 내에서 출생 및 사 망통계가 확보되어야 하지만 영아사망부 분은 아직도 상당기간 동안 보완책이 요 구된다고 본다. 각 부문에서 전산화가 진 행되고 있기 때문에 기존자료의 보고양식 을 약간 개선하고 철저한 기록의 중요성 을 홍보·교육한다면 영아사망자료의 질은 개선될 수 있다고 본다. 향후 주기적인 영 아사망 통계자료의 생산을 위하여 다음과 같은 점이 개선되어야 할 것이다.

첫째, 의료보험료자료의 활용을 위해서 모든 진료비 청구 명세서에는 진료 종료 시의 형태를 출생, 사망, 일반진료, 기타 등으로 구분하여 보고하도록 한다. 그리고 출산에 따른 의료비 청구시 별도의 코드 를 부여하도록 하면 출산아 자료를 파악 하는 데 많은 도움이 될 것이다.

1993년 영아사망률은 출생아 천명당 9.9. 신생아사망률 6.6. 신생아 후기사망률 3.3으로 추정되어 오리나라도 영아사막에 있어서 선진국수준에 도달하였다고 볼 수 있다.

둘째, 통계생산을 위한 기록의 정확성에 대하여 의료인을 대상으로 한 홍보교육이 필요하다고 본다.

셋째, 의료보험 자격자료 활용을 위해서 는 보험 미가입자가 있으므로 주민등록 등재자와의 전산연계관리가 필요하다.

넷째. 장제비 지급자료의 활용을 위해서 는 정부나 의료보험조합의 적극적 홍보로 장제비 청구율을 높여야 하며, 사망원인과 거주지 등에 대한 정확한 기록이 요청된다.

다섯째, 의료기관 보고자료는 사망영아 의 신원파악을 위하여 부모의 주민등록번 호를 함께 기입 관리하되 이를 조직적으 로 활용할 수 있는 체계를 수립하여야 할 것이다. 산부인과와 소아과 이외의 과에서 발생하는 영아사망의 경우 현재는 보고에 서 거의 누락되고 있으므로 별도의 지침 을 마련하여 집중 관리할 필요가 있다. 製