

郑州市惠济区卫生和计划生育委员会文件

惠卫疾控〔2018〕10号

惠济区卫生和计划生育委员会 关于印发《惠济区2018年死因监测工作方案》 的通知

辖区各医疗卫生计生单位：

为进一步提高死因数据的报告质量，规范死因监测工作，现结合我区实际情况，制定《惠济区2018年死因监测工作方案》，请各单位结合实际，认真贯彻落实。



惠济区 2018 年死因监测工作方案

居民死亡报告和死亡原因统计工作是通过持续、系统地收集人群死亡资料，并进行综合分析，研究死亡水平、死亡原因及变化趋势和规律的一项基础性工作。居民死亡资料是反映人民健康状况的重要指标之一，而目前死因监测工作依然存在较大问题，如死因数据的缺漏报率较高，根本死因的确定和死因编码不准确等，这均将影响对死亡率的准确评估。为进一步提高死因数据的报告质量，结合我区实际情况，特制定本方案。

一、监测目的

规范和完善人口死亡信息登记报告管理，获得及时、准确的死亡登记信息，提高死因数据的报告质量。

二、死因登记信息报告

（一）死亡个案的填报

1. 医疗卫生机构或来院途中死亡。

（1）凡在各医疗机构或来院途中发生的死亡个案（包括出诊医生到现场已死亡、到达医院时已死亡，院前急救过程中死亡、院内诊疗过程中死亡）均应由诊治医生做出诊断并逐项认真填写《居民死亡医学证明（推断）书》。死亡原因不明者必须将死亡者生前的症状、体征、主要的辅助检查结果及诊治经过记录在《居民死亡医学证明（推断）书》第一联背面的调查记录栏内，并由家属或知情人签字。

(2) 新生儿死亡，包括活产随即死亡的应由诊治医生或接生员（助产士）填写《居民死亡医学证明（推断）书》。

2. 家庭或其他场所死亡个案。

(1) 正常死亡个案。

在家中、养老服务机构、其他场所等死亡者，由现住址所在地的社区卫生服务机构或乡镇（街道）卫生院的医生，根据死者家属或其他知情人提供的死者生前病史、体征和医学诊断，做出正常死亡和非正常死亡判断。对于正常死亡者，应对其死因进行推断，填写《居民死亡医学证明（推断）书》，同时必须填写死亡调查记录（记录内容包括致死疾病的全称、诊断单位、时间、依据），并由家属签名。对于不能确定是否属于正常死亡者，需经公安司法部门判定死亡性质，公安司法部门判定为正常死亡者，由负责救治或调查的执业（助理）医师签发《居民死亡医学证明（推断）书》。

(2) 非正常死亡个案。

未经救治的院外死亡，医疗卫生机构不能确定是否属于正常死亡者，需经公安司法部门判定死亡性质，公安司法机构判断为非正常死亡者，由公安司法部门按照现行规定及程序办理。

(二) 网络报告

1. 死亡信息报告方式。

通过国家人口死亡信息登记管理系统网络报告《居民死亡医学证明（推断）书》第一联（含《死亡调查记录》），录入根本死

因和 ICD-10 编码。

2. 报告程序、时限。

(1) 区及区级以上医疗机构。

医疗机构指定专人每天收集本院内《居民死亡医学证明（推断）书》，并由病案室或防保科责任报告人在签发《居民死亡医学证明（推断）书》7 日内完成对卡片的审核和网络报告。网络填报时，需要将《居民死亡医学证明（推断）书》死因链、调查记录等原始信息如实录入，并进行根本死因确定及编码。

(2) 县级以下医疗机构。

乡镇卫生院（社区卫生服务中心）防保医生定期收集《居民死亡医学证明（推断）书》，在签发《居民死亡医学证明（推断）书》30 日内完成审核，并通过网络进行报告，网络填报时，需要将《居民死亡医学证明（推断）书》死因链、调查记录等原始信息如实录入，具备根本死因确定和编码能力的报告人，同时要
进行根本死因确定及编码。

(3) 其他医疗卫生机构。

其他不具备网络直报条件的医疗卫生机构应按照本规定进行死因登记报告，指定专人定期收集本院内《居民死亡医学证明（推断）书》，并于 10 日内通过邮寄等方式在本辖区乡镇卫生院（社区卫生服务中心）进行网络直报，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）定期加强督导管理。

三、信息管理

（一）死亡信息的审核

医疗机构的死亡报告管理人员应对收到的《居民死亡医学证明（推断）书》进行错项、漏项、逻辑错误等检查，对有疑问的《死亡证》必须及时向诊治（填写）医生进行核实。

区疾病预防控制中心死亡报告管理人员每个工作日需上网对辖区内报出的死亡信息进行审核，发现填写不合格者应注明具体审核意见，并反馈、督促报告单位核实、纠正。

对于核实无误的《居民死亡医学证明（推断）书》，区疾病预防控制中心应于7日内通过网络对报告的死亡信息完成初步审核确认。

（二）死亡信息的订正

对已审核确认的报告信息，如发生报告死亡病例死因诊断变更或填卡、编码错误时，应由填报单位及时报告区疾病预防控制中心，由后者负责订正。

（三）死亡信息的补报

乡镇卫生院/社区卫生服务中心责任人应当定期与街道派出所、养老服务机构、民政助理、计划生育专干和乡村医生等比对学校死亡名单（含新生儿死亡），及时发现漏报开展入户调查并补报信息。

区疾病预防控制中心和区妇幼保健所相互比对校核并补充漏报的孕产妇和5岁以下儿童死亡信息。

区疾病预防控制中心将每月收集的公安部门提供的非正常

死亡信息（法医鉴定书）移交乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心，乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心进行入户调查后补填，并报告《居民死亡医学证明（推断）书》第一联信息。

四、死亡信息的查重

区疾病预防控制中心按月对我区报告的人口死亡信息进行查重，对重复报告信息确认后删除。

五、质量控制

（一）漏报调查

区疾病预防控制中心按照市疾控中心漏报调查方案，定期组织开展漏报调查，获得死亡漏报率，并调整报告粗死亡率，进一步确保数据完整性。

（二）考核评估

区卫计委将死因报告工作，纳入各医疗卫生单位绩效考核中，并进行质量评估、建立结果通报制度，确保人口死亡数据质量。

1. 考核方式

一般采用网络报告资料考评与现场考评相结合的方式，在区卫计委领导下进行上级疾病预防控制中心对下级疾病预防控制中心、区疾病预防控制中心对本辖区医疗机构和医疗机构内部的考核评估等。

区疾病预防控制中心对辖区全部报告单位的考评至少半年一次，医疗机构内部至少每季度考评一次，所有考评均需有书面记录。

2. 考核内容

主要包括组织管理、网络建设、培训情况、报告质量、资料分析与利用等综合评价指标。

3. 评价指标

(1) 组织管理

制度建设与落实、经费保障、机构建设、岗位职责、人员配备及稳定性等。

(2) 网络建设

硬件设备、网络报告覆盖率（100%）、直报账户的管理等。

(3) 人员培训

培训次数、培训人数、培训记录等。

(4) 报告质量

① 报告卡填写的质量控制：项目填写完整率 $\geq 95\%$ ，项目填写正确率 $\geq 95\%$ ，凡属于多个原因逻辑顺序不正确，填写死前的临床表现或症状、死因不明，意外伤害未填写外部原因或外部原因不明确的均视为不正确。

② 各报告单位从填卡至网络报告的及时率 $\geq 95\%$ ；区疾病预防控制中心上网审核，按时限完成审核及时率、合格率 $\geq 95\%$ 。

③ 根本死因编码的质量控制：各医疗机构按 ICD-10 确定根本死因，编码正确率 $\geq 98\%$ ，根本死因的编码应为四位数，否则视为不正确，另外，凡是使用不作为根本死因的编码者均为不正确。确定肺心病为根本死因的比例 $< 10\%$ 。

④ 死因监测资料的质量控制：各医疗机构按时限网上填报《死亡卡》及时率应为 100%；各医疗单位，年度死因监测资料全部《死亡卡》中衰老填写项目合理，在全部死亡者中所占的比例 ≤1%；归类为其他疾病和诊断不明者 ≤5%；《死亡卡》计算机录入符合率 ≥98%；月、年报表的差错率 ≤5%。

（5）资料分析与利用

区疾控中心根据上报数据，加大分析频次，每月、季度、半年、年度做出死因分析，其中包括报告质量，数据质量等。乡镇卫生院（社区服务中心）每季度、年度进行本辖区死亡报告质量，数据质量进行分析，并上报区疾控中心。

六、制度保障

为确保工作质量，根据实际情况建立如下管理制度。

（一）例会制度

各直报单位应定期召开死亡资料报告、填写和审查的会议，总结日常填报质量问题，提高《死亡证》的填报质量。

区疾控中心每月定期召集辖区各医院、地段医院防保医生或乡镇医院医生，反馈上月死因报告质量及布置死亡报告等相关事宜。

（二）医疗机构死亡报告管理制度

各级医疗机构应建立健全死亡报告管理制度，完善填报网络，将此项工作纳入医院综合考核内容。明确相关科室职责，由专人负责全院的《居民死亡医学证明（推断）书》的收集、整理、查

核、盖章及编码工作，并进行台帐登记，建立死亡登记册。

（三）信息核查制度

乡镇卫生院（社区卫生服务中心）防保科应开展死亡信息核对，核对对象为家属、知情者甚至入户调查。

综合医疗机构和专科医院应安排专职人员及时审核医院上报的《居民死亡医学证明（推断）书》信息。

区疾控中心要对无法编码的《居民死亡医学证明（推断）书》进行复查，住院死亡以医院病历为依据；急诊死亡及来院时已死、无诊疗记录或病史不详的个案，要进行入户调查。

（四）死亡信息补漏制度

1. 医疗机构每周对院内急诊室和病房的死亡进行漏报检查工作，如发现漏报，应及时补报。社区卫生服务中心及乡镇卫生院应每月与辖区派出所、民政、居委会（村委会）、计生等部门进行死亡数据核对，及时将漏报病例补报。

2. 区疾病预防控制中心要每月与公安、民政部门交换并核对死亡数据，发现漏报病例及时补报。

3. 区疾病预防控制中心和区妇幼保健所相互比对校核并补充漏报的孕产妇和5岁以下儿童死亡信息。

（五）档案管理制度

建立死亡信息（包括原始记录、死亡登记册、各种报表和计算机数据库）管理制度，原始资料须长期保存，录入后的数据应使用有效方式备份保存。需要利用信息，应按照信息管理的有关

规定和制度执行。

（六）人员培训制度

医疗机构每年要对全院和新上岗人员进行培训。医务人员必须参加“关于正确填写死亡证”课程的培训，每年至少两次。

区疾控中心要每年定期对辖区内医疗机构的死因报告专管员、临床医生、地段医院防保医生、乡镇医院医生、村医、社区医生有针对性的业务知识培训。着重加强各级医院医生，尤其是乡镇医院医生、村医和社区医生的培训，培训内容应侧重于出生死亡信息的收集和根本死因的确定。

（七）工作考核制度

区卫计委每年定期组织开展辖区内医疗机构死亡网络直报和常规死亡报告工作考核，并纳入单位考核内容，完善奖惩机制。

区疾病预防控制中心定期（每年1~2次）对辖区进行死亡信息登记报告的各医疗单位开展督导、检查，记录检查情况，定期进行通报，完善奖惩机制。

七、信息利用与管理

（一）信息保存

《居民死亡医学证明（推断）书》由出具单位纳入档案管理长期保存；人口死亡信息库由区疾病预防控制中心和统计信息机构长期保存并定期备份。

（二）信息的分析与利用

区疾病预防控制中心应对监测点死因登记报告信息和其它

全人群死因登记报告信息根据工作需要定期进行汇总、分析，并编写年度死因分析报告，报市疾病预防控制中心和区卫计委疾控科。

（三）信息安全

各单位应按照国家相关信息安全保护制度要求，保障人口死亡信息登记管理系统和数据安全，加强用户与权限管理。任何单位和个人不得泄露个人隐私信息。

八、 组织机构与职责

（一）区卫计委

1. 加强组织管理

负责本辖区内居民死亡登记报告信息工作的管理、完善本辖区内死亡登记报告网络系统，并提供必要保障，将死因登记报告工作纳入常规工作管理和考核；保证辖区内工作人员的相对稳定；组织有关人员进行督导检查并不定期的通报。

2. 做好部门协调

区卫计委除负责本系统内部机构的协调外，还负责与民政、公安、计生等相关部门协调工作，制定死因登记信息报告工作良性运转和可持续发展的工作机制。

（二）区疾病预防控制中心

1. 指定专门人员负责死因监测和报告工作，具体负责本辖区的人口死亡登记信息报告业务管理、技术培训和指导工作，建立健全人口死亡登记信息管理组织和制度。

2. 负责本辖区的人口死亡登记信息的收集、分析和反馈的日

常工作；定期召开例会；开展人口死亡信息报告工作考核和质量评价。

3. 负责对本辖区的人口死亡登记信息相关数据备份，确保报告数据安全。

4. 负责对本辖区内医疗机构和其他责任报告单位报告的人口死亡登记信息的审核；承担本辖区内不具备网络报告条件的责任报告单位报告的人口死亡登记信息的网络报告。

（三）各医疗卫生机构

1. 综合医疗机构和专科医院。

（1）认真执行人口死亡信息登记管理规范与相关方案，建立健全本单位人口死亡登记信息管理制度。

（2）及时、准确、完整地填写《居民死亡医学证明（推断）书》，指定专门的部门或人员审核并按程序完成网络上报。

（3）做好《居民死亡医学证明（推断）书》的日常管理与原始凭证保存。

（4）参加疾病预防控制机构召开的例会和培训，不断提高自身业务素质。

（5）协助区疾病预防控制中心与区妇幼保健机构开展人口死亡登记信息的质量控制和相关调查。

2. 乡镇卫生院（社区卫生服务中心）。

（1）对辖区内需要进行调查的死亡个案进行入户调查，填报《居民死亡医学证明（推断）书》。

(2) 指定专门的部门及人员负责网络报告。

(3) 参加疾病预防控制机构召开的例会和培训，不断提高自身业务素质。

(4) 开展多种形式的质量控制，对辖区内死亡报告工作进行培训和指导，定期检查所管辖村医（社区医生）的工作质量。

(5) 做好《居民死亡医学证明（推断）书居民死亡医学证明（推断）书》的日常管理与原始凭证保存。

(6) 乡镇卫生院（社区卫生服务中心）定期与公安、民政等管理部门核对出生、死亡资料，发现漏报和错报，应及时组织进行入户调查，并及时按程序补报和订正。

3. 村卫生室（社区卫生服务站）。

收集辖区内死亡个案信息，上报乡镇卫生院（社区卫生服务中心），并协助乡镇卫生院（社区卫生服务中心）防保医生进行入户调查与核实。

郑州市惠济区卫生和计划生育委员会办公室

2018年3月5日印发
