

## 关于第四届放疗科主诊教授岗位设置、床位安排和人员轮转的若干规定

为进一步充分调动科室人力资源的积极性，明确各级医师的责任及权益，根据医院《关于第四届主诊教授换届工作通知》【肿瘤防治（2016）54号】及《中山大学肿瘤防治中心主诊教授负责制实施方案》【肿瘤防治（2015）148号】，结合科室实际情况，现制定第四届放疗科主诊教授岗位设置、床位安排和人员轮转的若干规定如下：

### 一、主诊教授岗位设置及资格

#### （一）岗位设置原则

根据医院及放疗病种的流行病学特点，结合科室学科建设，按照病种/亚专业方向设置大PI岗及主诊教授岗，每个大PI岗必须至少管理两个主诊教授岗（包括大PI兼任的主诊教授岗）；由大PI统一协调管理下属主诊教授岗位的医疗、教学和科研工作。

#### （二）岗位设置情况

根据医院病种的及我科放疗病人的流行病学特点，结合我科学科发展，按照放疗部位进行设岗，具体如下：头颈组 11 个主诊教授岗，胸部组 6 个主诊教授岗，乳腺 3 个主诊教授岗，腹部 2 个主诊教授岗，盆腔 4 个主诊教授岗（其中宫颈癌 3 个，泌尿，男性生殖系统肿瘤 1 个），淋巴瘤及其他 2 个主诊教授岗（淋巴瘤 1 个，恶性黑色素瘤和软组织肉瘤 1 个），

根据放疗科的特殊情况，为鼓励本科室亚专科发展和开展临床研究，放疗科将继续执行医院的单病种管理，实行专病专收，放疗科各主诊教授岗临床研究主攻方

向疾病收治病例不低于其总收治病例数的 70%；非临床研究主攻疾病的病例数不得超过其总收治病例数的 30%。对于尚无主诊岗负责的病例数少的病种，可以考虑由相应人员兼，工作量算临床研究主攻方向工作量。主诊教授岗收治非临床研究主攻方向且科内已经设立亚专科的病种不计入核心工作量。对于尚无兼任的小病种的病例，全科各岗均算临床研究主攻方向工作量。由于学科发展需要，转方向的主诊教授本届内收治原亚专科可计为核心工作量。

### （三）主诊教授的岗位义务及权利

#### 1.行政管理方面

1.1 主诊教授须服从科室系主任以及临床大 PI 的领导，重大事项须逐级向临床大 PI、科主任、医院有关职能部门及分管领导请示汇报，由科室、医院协调处理。

1.2 主诊教授须率先严格执行卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗规范、常规。严格执行医院各项医疗管理制度。

#### 2.临床方面

2.1 主诊教授全面负责医疗组内的医疗活动，带领医疗组成员完成本医疗组门（急）诊、住院病人等全部诊疗工作，负责及时处理医疗组内疑难、复杂、危重临床情况，为病人提供优质医疗服务。

2.2 主诊教授须率先严格执行医疗操作规范及有关法律法规，杜绝医疗差错、事故的发生，保证医疗安全；负责本组的医疗质量管理；负责医保病人各项指标的监控；配合医务处接待投诉，解决医疗纠纷，承揽相应的医疗差错、事故和纠纷责任。

2.3 对疑难病人，应提请全科组织讨论和抢救，必要时提请全院或院外会诊；主诊教授须接受临床大 PI、科主任及上级主管部门组织查房；重大疑难手术，新开展的诊疗项目，主诊教授应按相关规定报批同意后方可开展，确保病人医疗安全。

2.4 医院为避免收治病人时出现无序竞争，影响医疗质量，实行专病专收，主诊教授组应积极收治其临床研究主攻方向的疾病，也可以适当收治科内尚未设立亚专科的病种，但其临床研究主攻方向疾病收治病例数不得低于其总收治病例数的 70%（以下简称“专病专收率”）。

2.5 主诊教授应对其所管理的下级医师的全部医疗行为负责，并对其医疗行为进行指导和监督。

2.6 主诊教授应给予主管医师一定范围内的自主权，包括收治符合专科发展规划的病人、独立查房等权限。

2.7 主诊教授组内的副主诊医师、住院医师是在科室主任统筹安排下实行双向选择，定期轮换。对组合不到的医生，由科室统筹安排。未定向医生按医院规定及科室规定在科内（院内）轮转，由科室统筹安排。

### 3.教学方面

主诊教授负责对本医疗组主治医师和住院医师的培训、继续医学教育；分担并完成下达给本科室的的教学任务（包括大课讲授、实习、见习等一切科室承担的教学工作任务）。

### 4.科研方面

4.1 主诊教授应与临床大 PI 讨论确定临床研究主攻方向，共同促进科室学科建

设，积极支持临床大 PI、科室内外联合攻关、技术合作。

4.2 主诊教授负责本医疗组的科研工作，负责组织课题的选项、申请立项及研究工作，确保完成医院下达、科室及临床大 PI 分配的科研指标及任务。

4.3 主诊教授医疗组收治的病例参与临床大 PI 主持或/和自己主持的临床研究参与率不得低于 20%。

#### (四) 主诊教授竞聘资格

##### 1. 必备条件 ( 须同时具备五项条件 )

1.1 获聘副主任医师资格三年及以上，医德医风好，具有丰富的理论基础、临床知识及实践能力，熟练掌握本专业疾病的诊断及治疗方法，业务技术强，能独立完成本专业疾病的诊断治疗工作，具备处理本专业复杂、疑难临床情况能力，具备指导下一级医生临床、科研能力，并具有一定管理能力。

1.2 近两年来无严重差错，无医疗事故，经查实的医疗投诉少于两起。

1.3 身体健康,近两年每年临床工作量 40 周以上，放疗人次等核心工作量不得低于科室同级别人员平均水平的 80%。其中对于参加临床研究的病例，临床工作量可以记为 3 倍，研究者发起的研究可以记为 2 倍。对于出国留学或进修回国人员，考评其出国前两年的临床工作量；其他特殊情况由医院或科务会讨论决定。

1.4 近两年来在本专业领域内有影响的学术刊物上发表第一作者 ( 含通讯作者 ) 论文 2 篇以上 ( 对于发表在  $IF \geq 5.0$  的杂志上多中心临床研究论文，在竞聘时，排名前三位作者均可按第一作者认定 )。

1.5 能胜任本专业的临床教学工作，近两年来无教学差错事故。

2. 优选条件 ( 须具备其中一项以上条件 )

2.1 获聘主任医师资格。

2.2 同等条件下，近两年工作量较优者，工作量按临床入组率、出院人次、门诊量计算。

2.3 近两年引进新技术、新业务、新方法或主持临床研究 1 项以上,诊疗方法有创新者。

2.4 近两年在被 SCI 收录的学术刊物上发表第一作者 ( 含通讯作者 ) 论文 ( 对于发表在 IF $\geq$  5.0 的杂志上多中心临床研究论文，在竞聘时，排名前三位作者均可按第一作者认定 ) 。

2.5 近两年主持部省级以上课题 1 项，或获部省级科技 ( 或教学 ) 成果奖 1 项并为第一完成人，或国家级科技成果 ( 或教学 ) 奖一项并为第一、二完成人。

3. 对于岗位少，申请人多时优先的原则 ( 科室的优先条件 ) :

3.1 正高，

3.2 工作量为亚专业组或专业组平均工作量 1.5 倍，

3.3 研究生导师

3.4 国家课题

3.5 医院的优先条件：主任导师，首席专家

3.6 退休人员为减分条件

## 二、副主诊教授资格及主诊教授岗中的副主诊教授搭配原则

### (一) 副主诊资格

已完成轮转的主治医师及以上人员；

(二)主诊教授岗中的副主诊教授搭配原则：

1. 由主诊教授及副主诊教授双向自愿选择为主、科室统筹为辅为安排原则；
2. 副主任医师以上的副主诊需选择病种方向一致的主诊教授岗；
3. 未能双向选择成功的副主诊医生，将由科室统筹安排定期轮转（轮转优先考虑的条件排序：科室学科建设，主诊教授意见，副主诊教授意见）；
4. 由科室统筹安排的副主诊轮转周期为半年；
5. 尚未完成规培轮转计划的医生，原则上先完成科外的轮转，再安排科内的轮转；
6. 在保证每个岗位均有副主诊的前提下，标化工作量高（标化工作量将由临床工作量，科研分数，大 IP 等条件进行标化）的主诊岗可多分配一位副主诊医生；
7. 后装的副主诊医生人数按照 4 个主诊岗进行分配。
8. 凡是因公，事假，病假，产假等原因，副主诊暂不能到岗，将由轮转医生进行顶替。
9. 由于孙瑞医生的特殊原因向科室提出申请报告，同时考虑胡伟汉教授也申请，暂同意他们配对，但孙瑞医生只能拿管床医生的绩效，同时明确明年底职称晋升必须完成主治医生，否则将给予轮转医生待遇。
10. 轮转医生在规培结束后将统一由科室安排参加轮转，但妇科肿瘤组的陈锴，李珺芸医生在规培结束后将安排到妇科肿瘤组工作，不参加科室其他岗位轮转。

**三、床位分配原则**

1. 每个主诊岗的基础床位数为 6 ；

2. 在此基础上，大瘤种的大 PI 岗增加 2 张床位，小瘤种的大 PI 岗增加 1 张床位，乳腺癌岗考虑到其患者的住院需求度，大 PI 岗亦不增加床位。（按 2015 年医院病种收治比例大于 5%的为 大瘤种，反之为小瘤种）。

3. 考虑到病种间差异，不同病种的岗位相应增加床位数，胸部组每个岗增加 3 张，腹部组每个岗增加 2 张，鼻咽头颈组、盆腔组、淋巴瘤及其他组每个岗增加 1 张，乳腺癌岗不增加。

4. 按照上面原则分配少 3 张床位，考虑乳腺及淋巴瘤组特殊性，经科务会讨论决定乳腺 PI 少分配的 2 张床位，淋巴瘤组 PI 少分配的 1 张床位。

5. 本方案先试行半年，再按收治病人和床位管理的状况，可再行适当的内部调整。

6. 分到各岗的床位，请该岗的主诊教授负责收治和管理病人，除急诊病人外，不得由其他主诊教授代为收治和管理。本岗的床位若不能自行收治管理，则由科室统一安排。