关于启动北京大学“天晴基金”药事服务管理与科研创新专项

**申报工作的通知**

各直属附属医院科研处、药学部/药剂科：

为针对性支持北京大学直属附属医院药学服务管理及科研创新工作高质量发展，北京大学临床医学高等研究院特设立**北京大学“天晴基金”药事服务管理与科研创新专项**，旨在提升临床药学人员的服务管理及科研能力，促进实现以患者为中心的合理用药、医疗质量和患者安全保障，推动形成北大医学临床药学高质量发展的新范式、新路径。

1. **申报任务**

为充分尊重和满足临床药学服务管理及科研实际需求，本专项采取“开放式”申报形式，内容围绕药事服务管理与药学科研相关工作开展，不设具体方向。

1. **资助期限、强度、类型**
2. 项目执行期原则上为1年（2026年1月1日-2026年12月31日）。
3. 本年度专项总金额为70万，各项目具体金额不事先规定，将通过专家评审及遴选后确定。项目经费将一次性拨付，并统一在北京大学医学部建账管理。
4. 专项拟分为“定向委托”项目和“自由申报”项目。
5. **申报要求及注意事项**
6. 项目负责人应为北京大学直属附属医院药学部/药剂科在职人员。
7. 项目负责人须具有中级及以上专业技术职务（职称），且具有博士学位，且工作需满5年。
8. 上报立项建议需经科内集体讨论后上报。对于“定向委托”项目，项目负责人应立足六家直属附属医院共性问题提出不超过1项的立项建议（请填写附件1）；对于“自由申报”项目，每家医院提出不超过2项的立项建议（请填写附件2）。
9. 建议书内容不得与现有其他在研项目重复。
10. 鼓励多家医院联合提出立项建议。
11. 北京大学临床医学高等研究院办公室作为专项管理部门，将针对立项建议书进行专家评审并确定拟资助项目和金额，重点评估临床实际价值、创新性和可行性。确定的拟资助项目后续需要提交项目任务书并制定详细的研究实施方案。
12. **申报方式**

立项建议书统一由各医院科研处于2025年10月14日下午17:00前提交至pkuiacm@bjmu.edu.cn

联系人： 孔 菲 82266849、18813108341

张晓方 13811049599

附件1.“定向委托项目”申报建议书

附件2.“自由申报项目”申报建议书

北京大学临床医学高等研究院

2025年9月28日

附件1. “定向委托项目”申报建议书

**“定向委托”项目申报建议书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目负责人信息** | | | |
| 姓名： | 科室： | | 职务/职称： |
| 工作年限： | 邮箱： | | 手机： |
| **建议项目信息（不超过500字）** | | | |
| 项目名称：（请立足北大直属附属医院整体需求提出） | | | |
| 拟申请经费总额（万元）： | | | |
| 立项依据及内容：（请突出必要性） | | | |
| 项目创新点： | | | |
| 对临床实际工作的现实价值： | | | |
| 预计产出：（如上报国家医保局的政策咨询建议、形成管理路径范式并出版） | | | |
| 经费预算： | | | |
| **项目申请人/科室负责人承诺** | | | |
| 我保证上述填报内容是真实的。将严格遵守北京大学“天晴基金”药事服务管理与科研创新专项各项管理要求，切实保证按计划开展工作，按时报送有关材料，接受检查与监督。  **项目申请人签名：** | | 经科室集体决策，同意申报。  **科室核心组成员签名：** | |

附件2.“自由申报项目”申报建议书

**“自由申报”项目立项建议书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目负责人信息** | | | |
| 姓名： | 科室： | | 职务/职称： |
| 工作年限： | 邮箱： | | 手机： |
| **建议项目信息（不超过800字）** | | | |
| 项目名称： | | | |
| 拟申请经费总额（万元）： | | | |
| 立项依据及内容：（请突出必要性） | | | |
| 项目创新点： | | | |
| 对临床实际工作的现实价值： | | | |
| 技术路线： | | | |
| 现有研究基础： | | | |
| 项目成员及单位科室：（可以包含其他直属附属医院的成员） | | | |
| 预计成果产出： | | | |
| 经费预算： | | | |
| **项目申请人/科室负责人承诺** | | | |
| 我保证上述填报内容是真实的。将严格遵守北京大学“天晴基金”药事服务管理与科研创新专项各项管理要求，切实保证按计划开展工作，按时报送有关材料，接受检查与监督。  **项目申请人签名：** | | 经科室集体决策，同意申报。  **科室核心组成员签名：** | |