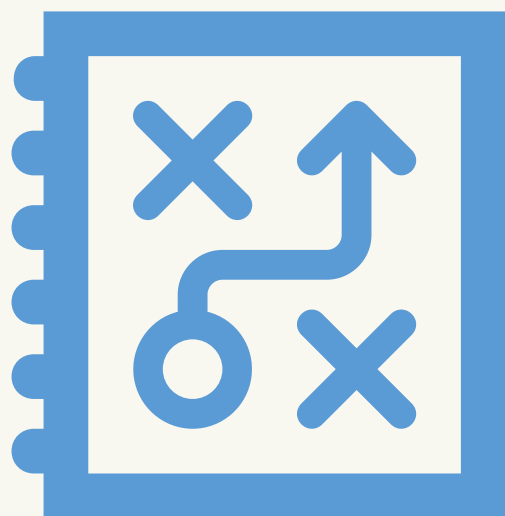




Plano de Negócios 2023

Indicadores, metas e projetos estratégicos

■ Base Estatutária e Legal	3
■ Sobre a Estratégia da Rede Ebserh	5
■ Plano de Negócios 2023	15
■ Riscos Estratégicos 2023	18
■ Fichas dos Indicadores e Projetos Estratégicos	20

Plano de Negócios e Estratégia de Longo Prazo

Base estatutária e legal

ESTATUTO SOCIAL

Art. 47. Compete ao Conselho de Administração:

XII - aprovar e acompanhar o plano de negócios, estratégico e de investimentos, e as metas de desempenho, que deverão ser apresentados pela Diretoria Executiva; (...)

XXII - realizar a avaliação anual, individual e coletiva, de seu desempenho, observados os quesitos mínimos: (...) c) consecução dos objetivos estabelecidos no plano de negócios e atendimento à estratégia de longo prazo. (...)

XXXIII - promover anualmente análise de atendimento das metas e resultados na execução do plano de negócios e da estratégia de longo prazo, sob pena de seus integrantes responderem por omissão, devendo publicar suas conclusões e informá-las ao Congresso Nacional e ao Tribunal de Contas;

Art. 57. Compete à Diretoria Executiva, no exercício das suas atribuições e respeitadas as diretrizes fixadas pelo Conselho de Administração: (...)

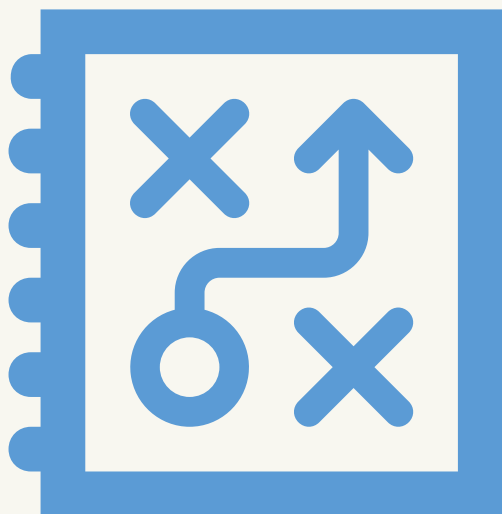
XIV - apresentar, até a última reunião ordinária do Conselho de Administração do ano anterior, plano de negócios para o exercício anual seguinte e estratégia de longo prazo atualizada com análise de riscos e oportunidades para, no mínimo, os próximos (5) cinco anos;

LEI 13.303/2016: Art. 23, § 1º; Art. 13, III, c

DECRETO 8945/2016: Art. 37, § 1º, 3º e 5º; Art. 24, III, c

Plano de Negócios é um **instrumento derivado da estratégia de longo prazo**, de caráter anual, que comunica aos stakeholders as **prioridades em relação a projetos e metas**.

Além de contribuir para fortalecer a governança da Ebserh, o documento cumpre uma exigência prevista na Lei das Estatais (Lei nº 13.303/2016) (Brasil, 2016) e é utilizado nas avaliações do Indicador de Governança da Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais do Ministério da Economia (IG-SEST).



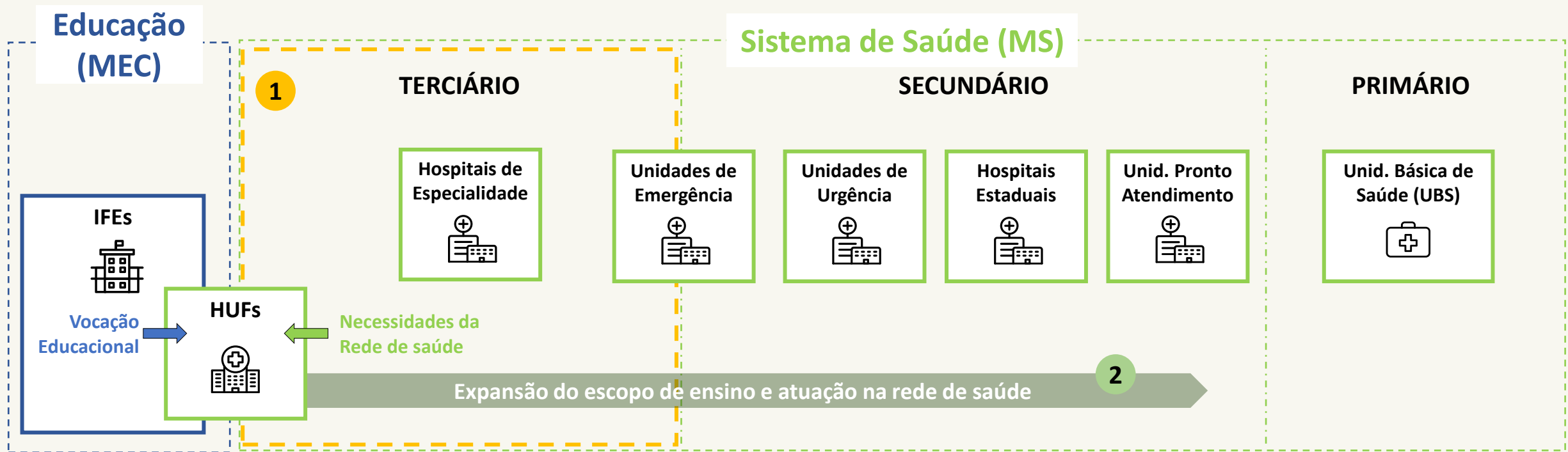
Um pouco sobre a Estratégia da Rede Ebserh

Direcionadores Estratégicos

Dimensões	Perguntas Chave	Estruturação dos Direcionadores	Direcionadores
 Modelo Assistencial	• Como deve ser a atuação ideal da Ebserh sob o ponto de vista da oferta de assistência?	• Atuação assistencial 100% SUS • Oferta de assistência sustentável e associada à formação • Oferta de serviços em saúde com padrões de qualidade na Rede	• 100% SUS • Equilíbrio entre demandas assistenciais e de ensino • Qualidade e segurança assistenciais
 Modelo Educacional	• Em relação à formação dos profissionais de saúde, qual deveria ser o foco de atuação dos hospitais da Ebserh?	• Excelência na formação profissional para a saúde • Alavancagem da Rede na estratégia de formação profissional para a saúde	• Formação e capacitação multiprofissional para a saúde • Estratégias de educação em Rede
 Modelo de Pesquisa e Inovação	• Qual o papel da Rede Ebserh na cadeia de pesquisa em saúde? • Como a Rede deve atuar em relação a inovação e disrupção tecnológica?	• Inovação e vanguarda em pesquisa aplicada • Atuação na agenda das entidades de fomento • Alavancagem de parcerias no ecossistema • Atuação como incubadora de inovação e tecnologia em saúde	• Vanguarda em pesquisa • Fomento à inovação • Aplicação na assistência e no ensino
 Modelo Operacional	• Em relação a processos de suporte e gestão, qual deveria ser a estratégia da Rede Ebserh?	• Modelo voltado para eficiência, escala e agilidade • Informatização da operação • Serviços e soluções de inteligência baseados em dados e inovação	• Escala, eficiência e eficácia • Transparência • Soluções com inteligência de dados
 Modelo de Atuação	• Como deve ser a forma de atuação entre HUFs e Sede? • Como deve ser a atuação da Rede com o Ecossistema?	• Direcionamento qualificado de políticas públicas • Priorização do coletivo na atuação em Rede • Alavancagem de forças individuais para toda a Rede	• Direcionamento de políticas públicas • Articulação com entes externos • Atuação híbrida, em Rede
 Crescimento e Expansão	• Qual deve ser o foco do esforço para crescimento e expansão da Rede?	• Crescimento sustentável da Rede no âmbito assistencial • Expansão de serviços não assistenciais para o mercado	• Sustentabilidade econômica, social e ambiental em Rede • Novas fontes de financiamento

Posicionamento no Ecosistema de Saúde e Educação

CONCEITUAL

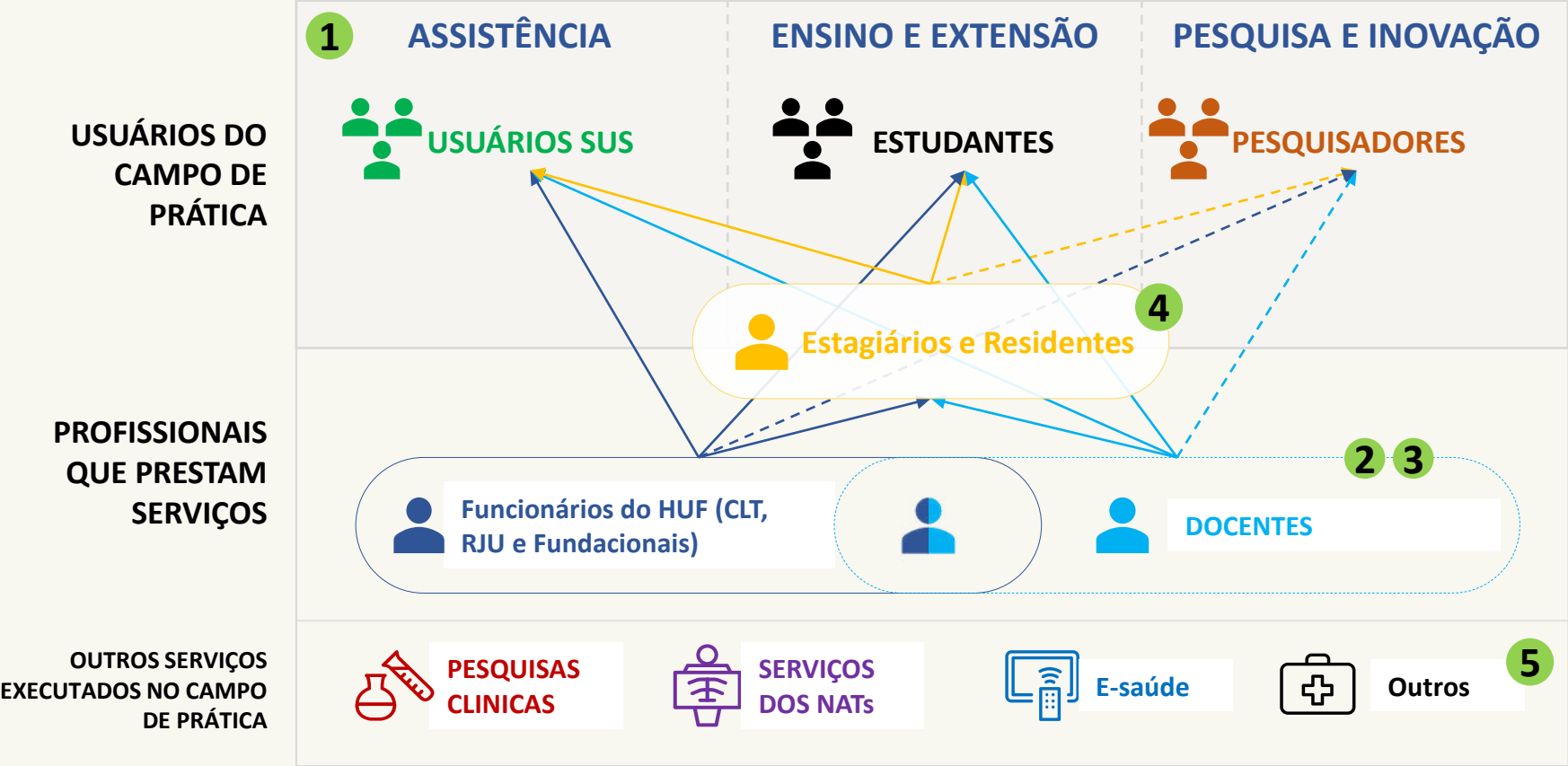


Atuação dos HUFs:

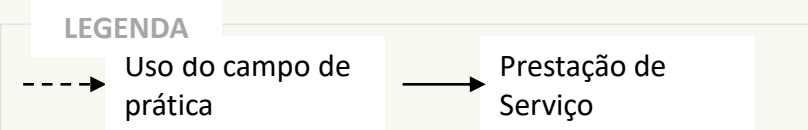
- 1º** Campo de prática para formação profissional no âmbito da saúde, equilibrando a **vocação acadêmica** (IFEs) e as **necessidades de assistência da rede de atenção à saúde** (Hospitais federais)
- 2º** Atuação na esfera secundária da rede de saúde para atender as necessidades de **campo de prática e de assistência regionais**, **somente** em locais com **insuficiência de rede**

Atores do Campo de Prática

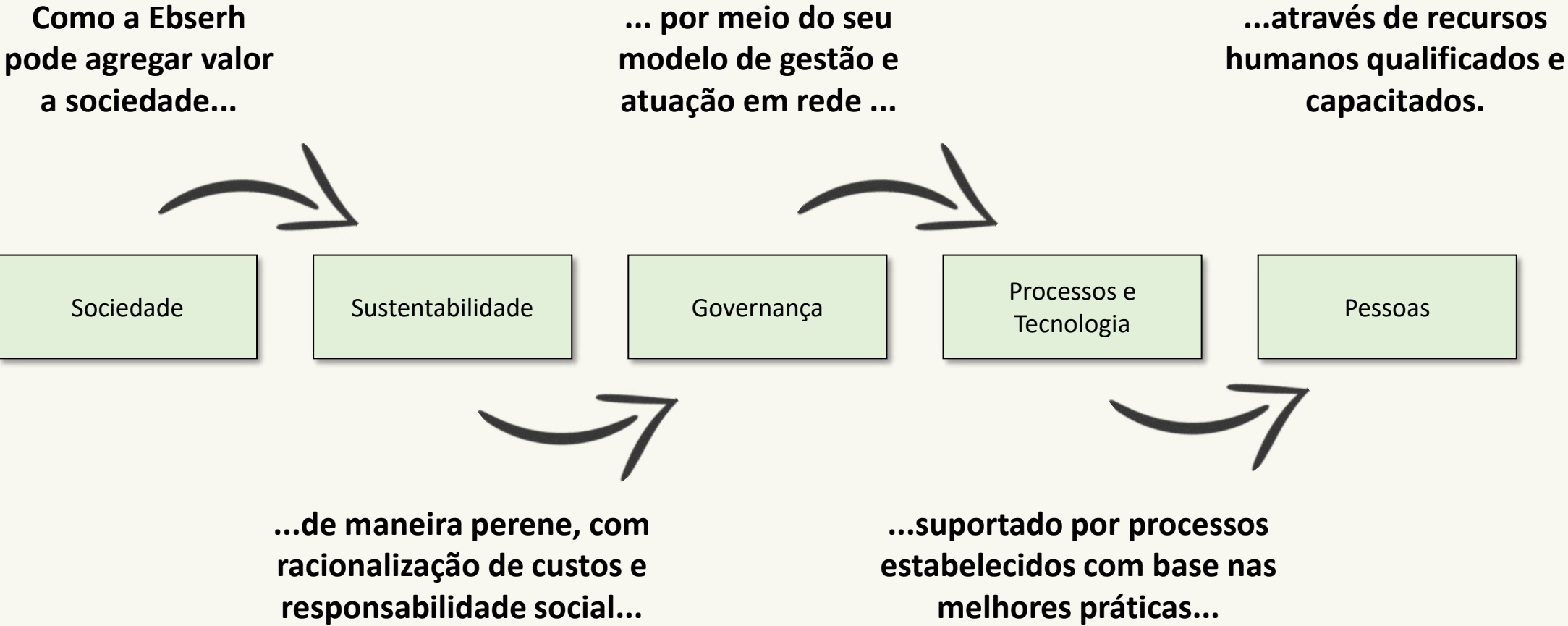
CONCEITUAL



- 1** O campo de prática é composto por prestação de assistência, ensino e pesquisa, executadas de forma interdependentes
- 2** A interdependência com as IFES é uma das principais fortalezas dos HUFs, mas também apresenta desafios de gestão e governança
- 3** Os docentes são atores fundamentais na qualidade do campo, mesmo sem relação de hierarquia com a gestão do HUF
- 4** Os residentes e internos, além de usuários do campo de prática, têm o papel de prestação de assistência de qualidade
- 5** A qualidade do campo de prática é fortalecida por serviços complementares



Relação entre os Objetivos Estratégicos



Objetivos Estratégicos

Pilares				
(1) Sociedade	(2) Sustentabilidade	(3) Governança	(4) Processos e Tecnologia	(5) Pessoas
Objetivos				
<i>Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente</i>	<i>Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede</i>	<i>Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades na Rede</i>	<i>Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas</i>	<i>Valorizar, capacitar e reter os talentos</i>

Mapa Estratégico



Horizonte da Estratégia

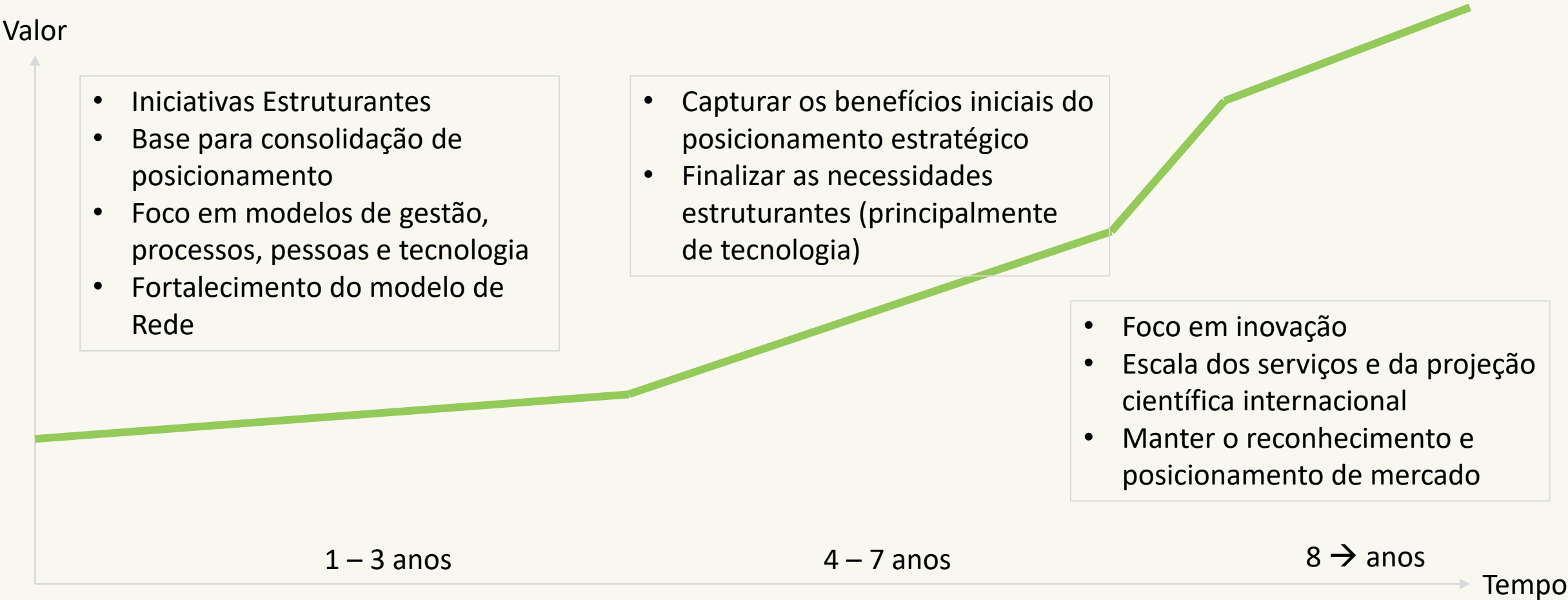
Horizonte de 5 anos

Direcionadores	Principais conclusões do Plano de 5 anos
 • 100% SUS • Equilíbrio entre demandas assistenciais e de ensino • Qualidade e segurança assistenciais	• Foco na definição da qualidade assistencial e padronização da experiência do paciente • Participar ativamente de iniciativas com o Ministério da Saúde (Grupos de trabalho; participações em consultas públicas e etc)
 • Formação e capacitação multiprofissional para a saúde • Estratégias de educação em Rede	• Organizar a Rede Ebserh para ofertar um modelo de ensino em Rede e criar o diferencial competitivo com as outras instituições de ensino
 • Vanguarda em pesquisa • Fomento à inovação • Aplicação na assistência e no ensino	• Criar as estruturas fundamentais para criar novas oportunidades de pesquisa e inovação • Estruturar novos modelo de negócios para pesquisa e inovação
 • Escala, eficiência e eficácia • Transparência • Soluções com inteligência de dados	• Organizar processos, modelos de gestão e estruturar o arcabouço de tecnologia necessário para alavancar assistência, ensino e pesquisa em toda a rede
 • Direcionamento de políticas públicas • Articulação com entes externos • Atuação híbrida, em Rede	• Construir um modelo de atuação em Rede consistente com a participação de todos os HUFs • Criar um posicionamento fortalecido com os órgãos governamentais com atuação propositiva da Rede
 • Sustentabilidade econômica, social e ambiental em Rede • Novas fontes de financiamento	• Focar na sustentabilidade dos HUFs da Rede Ebserh, limitando o crescimento em oportunidades que acelerem este crescimento sustentável.

10 anos

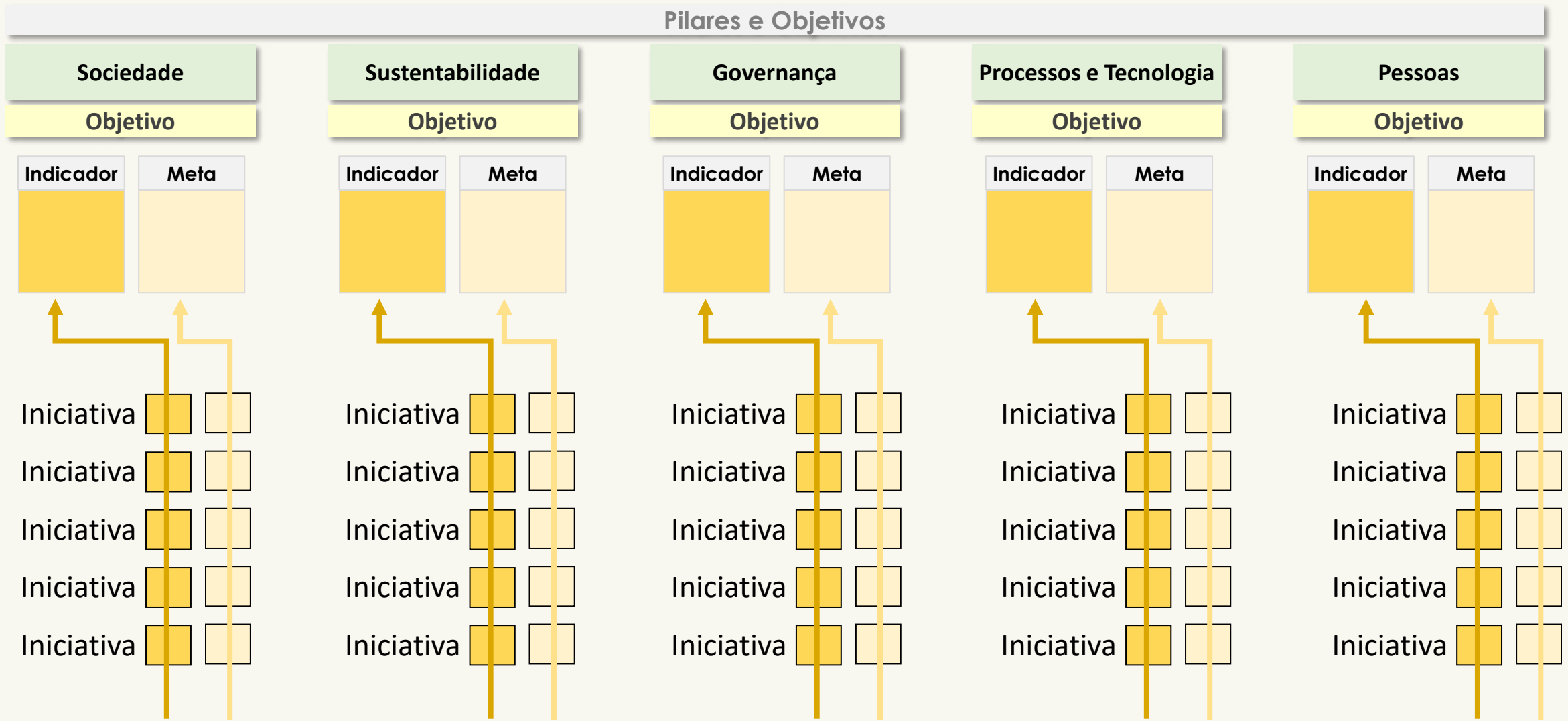
Direcionadores 10 Anos
• Atuar de forma inovadora nas principais especialidades médicas • Oportunidade para revisar o modelo de negócio assistencial
• Consolidação da posição de líder em educação em saúde • Referencia de métodos de ensino e estrutura para ensino
• Expandir modelo de pesquisa e garantir uma relevância da pesquisa nas fontes de receitas da Rede • Projeção internacional
• Inovação, automação • Foco em trazer a gestão hospitalar para as melhores práticas reconhecidas no âmbito da saúde brasileira
• Consolidação do modelo de atuação • Utilização de um modelo 100% em rede para determinadas atividades (especificação técnica de itens de compra; definição de protocolos médicos)
• Expandir a atuação da Rede Ebserh para Novos Hospitais • Criação de Novos Serviços assistenciais e de ensino

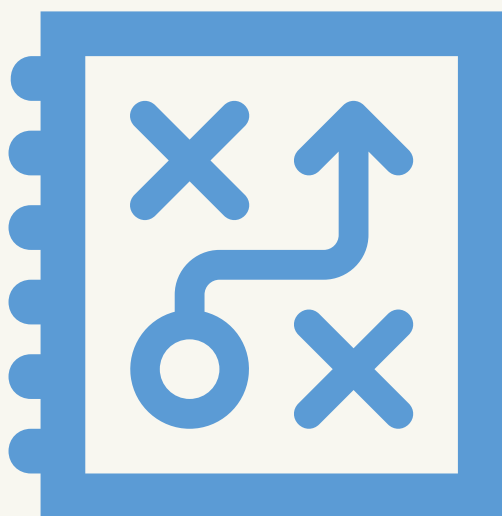
Roadmap Estratégico – 10 anos



Contribuição de Projetos, Indicadores e Metas aos Objetivos Estratégicos

CONCEITUAL



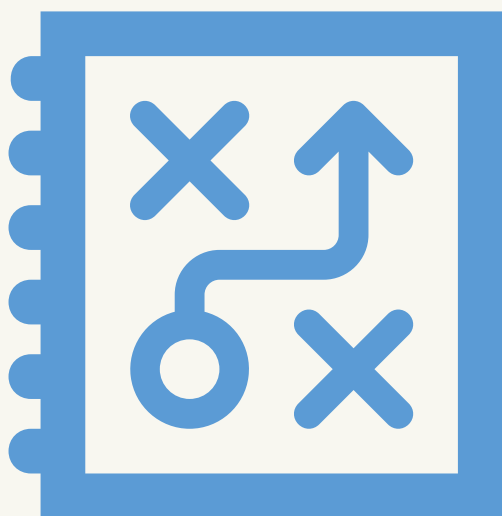


Plano de Negócios 2023

Painel de Contribuição

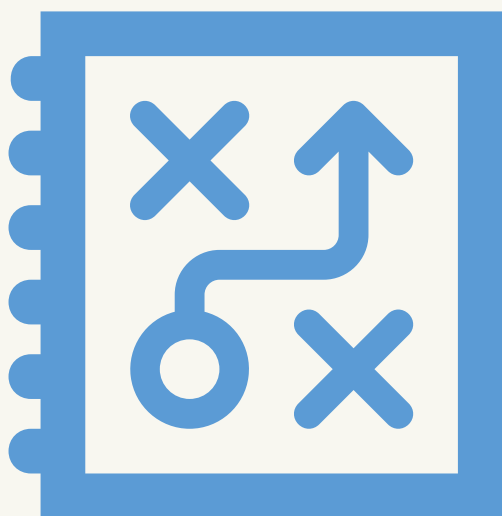
	Objetivo Estratégico	Indicador Estratégico		Meta	Projeto Prioritário		Área Responsável
				2023			
Sociedade	Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente	1i	Número de HUF avaliados quanto à aderência ao Programa Ebserh de Humanização	29	P104	Implementação de diretrizes e práticas de humanização com foco no cuidado centrado no paciente	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde
		1j	Nota média de satisfação dos residentes em relação à infraestrutura de ensino	6,2	P105	Modernização da infraestrutura para as atividades de ensino da Rede Ebserh	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde
		1m	Taxa de variação das vagas disponibilizadas por meio do Exame Nacional de Residência	20%	P107	Ampliação do Exame Nacional de Residência	Diretoria de Gestão de Pessoas
		1k	Taxa de variação da quantidade de projetos de pesquisa aprovados com aplicação na Rede Ebserh	10%	P106	Qualificação da Pesquisa na Rede Ebserh	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde
		1l	Número de HUFs que receberam aporte financeiro destinado aos Centros de Pesquisa Clínica (CPC)	30			
Sustentabilidade	Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede	2a	Número de hospitais operando em situação de equilíbrio orçamentário	40	P201	Alcance de equilíbrio orçamentário dos hospitais	Diretoria de Orçamento e Finanças
		2h	Taxa de financiamento do custeio dos hospitais da Rede Ebserh (TFC)	82,96%	P202	Implantação de metodologia de monitoramento das receitas e despesas dos hospitais	Diretoria de Orçamento e Finanças
					P203	Implementação de métodos de apuração de desempenho e mensuração da eficiência do gasto na Rede Ebserh	Diretoria de Orçamento e Finanças
		2c	Taxa de representatividade de compras centralizadas	7%	P207	Central de compras da Rede Ebserh	Diretoria de Administração e Infraestrutura
		2f	Percentual de Conformidade Ambiental Hospitalar (PCAH)	>70%	P206	Estruturação do programa de gestão ambiental	Vice-Presidência
		2g	Número de HUFs com o quadro de pessoal das áreas administrativas dimensionado	10	P208	Implementação da metodologia de dimensionamento de pessoal das áreas administrativas	Diretoria de Gestão de Pessoas

	Objetivo Estratégico	Indicador Estratégico		Meta 2023	Projeto Prioritário		Área Responsável
Governança	Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades na Rede	3b	Indicador de Governança das Empresas Estatais (IG-Sest)	9,1	P304	Instituição do modelo de governança corporativa	Vice-Presidência
Processos e Tecnologia	Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas	4g	Número de hospitais da Rede com escritório de processos instituído	20	P410	Implementação da gestão por processos na Rede Ebserh	Vice-Presidência
		4b	Número de estudos e manuais de infraestrutura física, tecnológica e de apoio logístico de hotelaria hospitalar elaborados	10	P402	Elaboração de plano de gerenciamento de infraestrutura e apoio logístico em hotelaria para hospitais de ensino	Diretoria de Administração e Infraestrutura
		4c	Números de hospitais com plano diretor físico hospitalar elaborado	1			
		4d	Número de ordens de serviços emitidas para projetos de arquitetura e engenharia	40			
		4e	Percentual de hospitais com plano de investimento elaborado	100%			
		Projeto transversal: contribui para todo o objetivo estratégico			P403	Estruturação de complexos hospitalares da Rede Ebserh	Vice-Presidência
		4i	Quantidade de hospitais com diagnóstico arquivístico realizado	5	P411	Diagnóstico do acervo de prontuários físicos dos hospitais da Rede Ebserh	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde
Pessoas	Valorizar, capacitar e reter os talentos	5e	Número de HUFs com plano de melhoria da percepção do clima organizacional	5	P505	Melhoria da percepção do clima organizacional	Diretoria de Gestão de Pessoas



Riscos Estratégicos 2023

Descrição do Risco	Análise do Risco		
	Probabilidade	Impacto	Grau
Inobservância do Contrato de Gestão por parte das universidades contratantes	4	5	 Crítico
Alteração de serviços assistenciais	3	5	 Crítico
Desequilíbrio entre receitas e despesas dos HUFs	4	4	 Crítico
Comprometimento do orçamento (obrigatório, carências do quadro geral e discricionário)	3	5	 Crítico
Fraudes e corrupção	2	5	 Alto
Perda de controle sobre a questão da insalubridade	2	4	 Alto
Descontinuidade do modelo de gestão estratégica da Rede Ebserh	3	4	 Alto
Contratualização com o Gestor do SUS desatualizada e desalinhada com a produção	3	3	 Alto
Incorporação de novos hospitais	2	5	 Alto
Indisponibilidade do AGHU	2	4	 Alto
Incêndio em algum hospital da Rede	1	5	 Moderado



Anexos

Fichas dos Indicadores e Projetos Estratégicos

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente
CÓDIGO DO INDICADOR	1i
NOME DO INDICADOR	Número de HUF avaliados quanto à aderência ao Programa Ebserh de Humanização
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	O indicador permite verificar o número de HUF que responderam ao instrumento de avaliação de aderência às diretrizes e aos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) destacados no Programa Ebserh de Humanização. A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.
FÓRMULA	Trata-se de número absoluto. Não há fórmula.
TERMOS	Número de HUF avaliados quanto à aderência ao Programa Ebserh de Humanização = quantidade de HUF que responderam a todas as perguntas do instrumento de avaliação de aderência ao Programa Ebserh de Humanização, e encaminharam para o Serviço de Gestão da Qualidade, dentro do prazo estipulado, após validação da Superintendência
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	O instrumento de avaliação de aderência dos HUF é baseado no Programa Ebserh de Humanização e elaborado no Microsoft Forms. É encaminhado pelo Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) para os Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) por meio de Processo Sei, com as respostas registradas automaticamente no aplicativo. A validação pela Superintendência é registrada no Processo Sei. A resposta é analisada pelo SGQ para constatação da conformidade, conforme critérios previstos.
FONTE	Instrumento de avaliação de aderência dos HUF ao Programa Ebserh de Humanização respondido pelo GTH, validado pela Superintendência e analisado pelo SGQ
UNIDADE DE MEDIDA	Número
RESPONSÁVEIS (COLETA, VALIDAÇÃO E ANÁLISE)	RESPONSÁVEL PELA COLETA: Grupo de Trabalho de Humanização RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO: Superintendência
FORMA DE VALIDAÇÃO	A validação é realizada por meio de documento Sei assinado pelo Superintendente, que confirme as respostas presentes no instrumento de avaliação preenchido pelo GTH.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual
PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Anual
META 2023	29
POLARIDADE	Quanto maior o resultado, melhor está o indicador
LIMITE	Não se aplica.
PARÂMETROS	Não se aplica.
LIMITAÇÕES E VIESES	O conhecimento dos integrantes do GTH e da Superintendência a respeito da importância da PNH para a assistência aos usuários pode favorecer a adesão ao instrumento de avaliação
REFERÊNCIAS	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente
CÓDIGO DO INDICADOR	1j
NOME DO INDICADOR	Nota média de satisfação dos residentes em relação à infraestrutura de ensino
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	O indicador mede a nota média de satisfação dos residentes dos programas de residência dos Hospitais Universitários Federais (HUFs) da Rede Ebserh em relação à infraestrutura de ensino. A Pesquisa de Satisfação dos Residentes, realizada anualmente, é destinada a avaliar o nível de satisfação dos residentes enquanto usuários dos serviços ofertados nos hospitais na seara do ensino, em sua respectiva área de formação. É importante porque ajuda a identificar pontos fortes e pontos de melhoria dos programas de residência, buscando a manutenção e reforço dos aspectos positivos e correção do que eventualmente estiver causando insatisfação.
FÓRMULA	TNR / TR
TERMOS	TNR: Somatório das notas de todos os participantes da pesquisa de satisfação dos residentes em relação à infraestrutura de ensino TR: Quantidade total de residentes participantes da pesquisa de satisfação dos residentes em relação à infraestrutura de ensino
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	A pesquisa é aplicada anualmente pela Ouvidoria Geral da Ebserh por meio de formulário eletrônico. As Ouvidorias dos HUFs apoiam o processo em diversos aspectos operacionais durante a coleta.
FONTE	Trata-se de fonte primária decorrente da percepção dos residentes participantes da pesquisa.
UNIDADE DE MEDIDA	Numeral
RESPONSÁVEL	RESPONSÁVEL PELA COLETA: Ouvidorias Geral RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO: Ouvidoria dos HUFs e Ouvidoria Geral RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE: Coordenadoria de Gestão do Ensino da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde (CGEN/DEPAS)
VALIDAÇÃO	A Ouvidoria Geral realiza uma validação estatística dos dados coletados.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual
PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Anual
META 2023	6,2
POLARIDADE	Quanto maior o resultado, melhor está o indicador
LIMITE	Não se aplica
PARÂMETROS	Nota (Média) 2019 = 5,81 Nota (Média) 2020 = 5,92 Nota (Média) 2021 = 6,09
LIMITAÇÕES E VIESES	Não se aplica
REFERÊNCIAS	Relatório da Pesquisa de Satisfação do Residente 2019, 2020 e 2021. Plano de Trabalho da Pesquisa de Satisfação do Residente 2019, 2020, 2021 e 2022.

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente
CÓDIGO DO INDICADOR	1k
NOME DO INDICADOR	Taxa de variação da quantidade de projetos de pesquisa aprovados com aplicação na Rede Ebserh
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	O indicador permite verificar a variação do número de pesquisas aprovadas para aplicação no âmbito dos Hospitais Universitários Federais (HUFs) da Rede Ebserh do ano anterior para o ano seguinte. O número de projetos de pesquisa aprovados reflete as ações de fomento à pesquisa da Ebserh, o uso adequado do sistema Rede Pesquisa e a atratividade da Rede Ebserh aos pesquisadores das Universidades às quais os HUFs se vinculam.
FÓRMULA	$TVP = ((NPC / NPA) - 1) * 100$
TERMOS	TVP: Taxa de variação dos projetos de pesquisa aprovados para realização nos HUFs NPC - Número de projetos de pesquisa aprovados para realização nos HUFs no ano corrente NPA - Número de projetos de pesquisa aprovados para realização nos HUFs no ano anterior
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	Durante o mês de dezembro, é realizada a extração de relatórios do sistema Rede Pesquisa com dados relativos ao ano corrente e ano anterior.
FONTE	Trata-se de fonte primária decorrente do registro de projetos no sistema Rede Pesquisa pelo pesquisador.
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem
RESPONSÁVEL	RESPONSÁVEL PELA COLETA: Serviço da Gestão da Pesquisa CGPITS/DEPAS RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO: Chefia de Serviço da Gestão da Pesquisa/CGPITS/DEPAS RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE: Coordenadoria de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde (CGPITS/DEPAS)
FORMA DE VALIDAÇÃO	É realizada dupla checagem nos dados coletados do sistema. Além disso, são revalidados os dados discrepantes ou inconsistentes.
PERIODICIDADE DA COLETA	É possível obter os dados a qualquer momento, mas a coleta é realizada anualmente.
PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Anual
META 2023	10%
POLARIDADE	Quanto maior o resultado, melhor está o indicador
LIMITE	Não se aplica
PARÂMETROS	Valores negativos equivalem a decréscimo da quantidade de pesquisas. Valores positivos equivalem ao crescimento da quantidade de pesquisas.
LIMITAÇÕES E VIESES	É possível que alguns HUFs não façam uso do Sistema Rede Pesquisa, o que inviabiliza o conhecimento dos dados desses HUFs para efeito do cálculo do indicador. Uma vez que não há histórico de medição desse indicador, é possível que as estimativas estejam afastadas da realidade a ser observada. Não se conhece a dispersão dos dados, o que poderia prejudicar a média.
REFERÊNCIAS	Não se aplica

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente
CÓDIGO DO INDICADOR	1I
NOME DO INDICADOR	Número de HUFs que receberam aporte financeiro destinado aos Centros de Pesquisa Clínica (CPC)
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	O indicador permite conhecer quantos HUFs foram contemplados, em um determinado ano, com recursos financeiros destinados à criação ou melhoria dos Centros de Pesquisa Clínica (CPC). Os HUFs que contam com CPC têm maiores chances de execução de seus projetos de pesquisa com seres humanos dentro das normas bioéticas e maiores chances na geração de resultados de qualidade.
FÓRMULA	Trata-se de número absoluto. Não há fórmula.
TERMOS	Número de HUFs que receberam aporte financeiro para utilização em infraestrutura de pesquisa
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	O número de HUFs contemplados com recursos financeiros para investimento em infraestrutura de pesquisa clínica é obtido na publicação do resultado anual do Edital de Fomento.
FONTE	Resultado do edital de fomento de infraestrutura para pesquisa clínica
UNIDADE DE MEDIDA	número
RESPONSÁVEL	RESPONSÁVEL PELA COLETA: Serviço da Gestão da Pesquisa CGPITS/DEPAS RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO: Chefia de Serviço da Gestão da Pesquisa/CGPITS/DEPAS RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE: Coordenadoria de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde (CGPITS/DEPAS)
VALIDAÇÃO	Não se aplica
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual
PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Anual
META 2023	30
POLARIDADE	Quanto maior o resultado, melhor está o indicador
LIMITE	O número máximo de HUFs da Rede Ebserh.
PARÂMETROS	Não se aplica
LIMITAÇÕES E VIESES	A limitação orçamentária pode prejudicar o atingimento da meta.
REFERÊNCIAS	Não se aplica

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente
CÓDIGO DO INDICADOR	1m
NOME DO INDICADOR	Taxa de variação das vagas disponibilizadas por meio do Exame Nacional de Residência
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	O indicador permite verificar a variação do número de vagas disponibilizadas por meio do Exame Nacional de Residência (Enare) do ano anterior para o ano seguinte. Esse indicador é importante por que o Enare é um instrumento que democratiza o acesso à especialização profissional na área da saúde.
FÓRMULA	$TVV = ((NVC / NVA) - 1) * 100$
TERMOS	TVV: Taxa de variação das vagas disponibilizadas por meio do Exame Nacional de Residência NVC - Número de vagas disponibilizadas pelo Enare no ano corrente NVA - Número de vagas disponibilizadas pelo Enare no ano anterior
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	As instituições informam no sistema da banca realizadora do exame, as vagas que serão disponibilizadas no ano corrente e as vagas disponibilizadas no ano anterior. A banca aplicadora coleta essas informações no sistema e informa para a equipe do SESP/ CPP/ DGP.
FONTE	Sistema da banca realizadora do exame.
UNIDADE DE MEDIDA	Porcentagem
RESPONSÁVEIS (COLETA, VALIDAÇÃO E ANÁLISE)	RESPONSÁVEL PELA COLETA: Banca RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO: CPP/DGP RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE: SESP/ CPP/ DGP
FORMA DE VALIDAÇÃO	Não se aplica
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual
PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Anual
META 2023	20%
POLARIDADE	Quanto maior, melhor.
LIMITE	Não se aplica
PARÂMETROS	Considerando que atualmente, apenas 10% das instituições aderiram ao Enare, estima-se que é possível uma expansão significativa no número de vagas disponibilizadas em 2023, a partir da adesão de novas instituições.
LIMITAÇÕES E VIESES	Não se aplica
REFERÊNCIAS	Não se aplica

Objetivo Estratégico*	<i>Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede</i>
Número do indicador*	2a
Nome do indicador*	Número de Hospitais Operando em Situação de Equilíbrio Orçamentário
Descrição e Justificativa*	Este indicador é fundamental para o cumprimento dos dispositivos legais relativos à execução do orçamento público federal, bem como para a manutenção do equilíbrio orçamentário e financeiro das contas da Empresa.
Fórmula*	Σ de hospitais com saldo das Contas Contábeis de Credores Nacionais com Indicador de Superávit Financeiro Permanente $\cong 0$
Termos	Contas Contábeis de Credores Nacionais: as contas contábeis avaliadas para mensurar esse indicador são as contas patrimoniais “213110100 – FORNECEDORES NACIONAIS” e “213110400 – CONTAS A PAGAR CREDITORES NACIONAIS”, relacionadas no Plano de Contas Aplicado ao Setor Público; Indicador de Superávit Financeiro: conforme artigos 43 e 105 da Lei nº 4.320/64, transcritos abaixo: “Art. 43 [...]” § 2º Entende-se por superávit financeiro a diferença positiva entre o ativo financeiro e o passivo financeiro, conjugando-se, ainda, os saldos dos créditos adicionais transferidos e as operações de crédito a eles vinculadas.” “Art. 105 [...]” § 4º O Passivo Permanente compreenderá as dívidas fundadas e outras que dependam de autorização legislativa para amortização ou resgate.”
Metodologia de coleta e compilação	O indicador é composto a partir do saldo inscrito nas contas contábeis “213110100 – FORNECEDORES NACIONAIS” e “213110400 – CONTAS A PAGAR CREDITORES NACIONAIS” pelas Unidades Gestoras (UG) relativas aos hospitais vinculados à Ebserh. O registro dessas contas é realizado por cada UG no Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI. Para apuração, é extraído um único relatório consolidado em formato “.xlsx” (Microsoft Office Excel) a partir da ferramenta “Tesouro Gerencial”, acessível com senha para usuários cadastrados no SIAFI. O relatório permite que os dados sejam lidos diretamente, sem necessidade de consolidação. Porém, para facilitar a visualização, os dados são carregados no Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras da DOF, disponível em https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/receitas-e-despesas/painel-de-informacoes-orcamentarias-e-financeiras , na seção “Passivo sem Cobertura Orçamentária”.
Fonte*	Sistema de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI e Tesouro Gerencial.
Unidade de Medida*	Unidade
Responsável*	Ésio Moreira Leal
Validação	No fechamento de cada mês é importante realizar a conciliação dos resultados extraídos do Tesouro Gerencial com a consulta direta dos saldos das contas no SIAFI, apenas para verificar se não há erros estruturais no arquivo gerado pelo Tesouro Gerencial e/ou erros no carregamento dos dados no Painel de Informações. Considerando que o registro das informações no SIAFI é realizado pelo usuário designado em cada UG para essa operação, foi emitido o Ofício-Circular - SEI nº 3/2019/DOF-EBSERH, de 27 de maio de 2019, acerca dos procedimentos para o registro adequado.
Periodicidade da coleta*	Mensal
Periodicidade da análise	Anual
Metas*	
Meta 2019	23 hospitais
Meta 2020	27 hospitais
Meta 2021	32 hospitais
Meta 2022	36 hospitais
Meta 2023	40 hospitais
Parâmetros*	O cenário ideal para fins de equilíbrio orçamentário e financeiro é que o saldo registrado nas Contas Contábeis de Credores Nacionais seja igual a zero, indicando que não há passivos financeiros permanentes com impacto no superávit. Porém, o saldo dessas contas é dinâmico, podendo ocorrer que, no momento da apuração dos dados, alguma unidade apresente saldo residual resultante de alguma intercorrência superveniente, que pode ser dirimida mediante a execução da despesa representada no passivo permanente. Assim, mesmo que haja saldo registrado na conta, para monitoramento e avaliação das metas é prudente mensurar se o montante registrado é representativo em relação ao volume de recursos de custeio movimentado pela unidade hospitalar no exercício. Caso não seja representativo, é muito provável que o saldo em questão seja de fácil resolução e pode ser um rigor excessivo considerar descumprimento da meta por parte da unidade hospitalar envolvida.
Limitações e vieses	A correta representação do saldo nas Contas Contábeis de Credores Nacionais depende do registro adequado dessa informação no SIAFI por usuário cadastrado. Caso o usuário não efetue o registro ou cometa algum erro no lançamento do dado na origem, pode ser uma tarefa difícil detectar esse erro. Para isso, a Ebserh emitiu, especialmente no exercício de 2019, orientações quanto à importância de realizar esses lançamentos e da confiabilidade dos valores lançados.
Referências	1. Brasil. Ministério da Economia/Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público. 8ª ed. Disponível em: https://www.tesouro.fazenda.gov.br/mcasp 2. Brasil. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320compilado.htm

*Preenchimento prioritário

Objetivo Estratégico*	<i>Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede</i>
Número do indicador*	2c
Nome do indicador*	Taxa de Representatividade de Compras Centralizadas
Descrição e Justificativa*	Este indicador mensura a proporção entre o valor total empenhado nos processos de compras centralizadas e o volume total dos empenhos emitidos pelos hospitais. Este indicador é fundamental para verificar se as compras efetivadas para os hospitais estão utilizando as contratações geradas pelo modelo de compras centralizadas.
Fórmula*	[a] Empenho realizado pela Sede em favor dos Hospitais [b] Empenho realizado pelo HUF nas contratações centralizadas [c] Empenho realizado pelo HUF Fórmula: $(a + b) / (a + c) * 100$
Termos	[a] Empenho realizado pela Sede em favor dos Hospitais: valor total anual dos empenhos realizados pela Sede referentes a contratações centralizadas em contratos cujo objeto contempla os Hospitais; [b] Empenho realizado pelo HUF nas contratações centralizadas: valor total anual dos empenhos realizados pelos Hospitais referentes a contratações centralizadas; [c] Empenho realizado pelo HUF: valor total anual de todos os empenhos emitidos pelo HUF.
Metodologia de coleta e compilação	As informações são extraídas das fontes a partir de janeiro do ano subsequente.
Fonte*	DW/Siasg Tesouro Gerencial
Unidade de Medida*	Percentual
Responsável*	Viviane Mafissoni
Validação	O valor total empenhado pelos HUFs nas compras centralizadas não pode ser superior ao valor total empenhado pelo HUF.
Periodicidade da coleta*	Mensal
Periodicidade da análise	Anual
Metas*	
Meta 2019	-
Meta 2020	3%
Meta 2021	5%
Meta 2022	7%
Meta 2023	7%
Parâmetros*	Importante considerar que pelos menos 60% do valor empenho pelos hospitais se tratam de prestação de serviço, objeto que praticamente não é contratado de forma centralizada, em razão de peculiaridades e mercado local. Ademais, no ano de 2021, o valor empenhado pela rede em bens/materiais/equipamentos representa 40% do orçamento total empenhado (em torno de 1 bilhão). Ou seja, o percentual de taxa de representatividade em compras centralizadas nunca chegará aos 100%.
Limitações e vieses	As fontes dos dados não estão sob gestão da Ebserh.
Referências	

*Preenchimento prioritário

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede
CÓDIGO DO INDICADOR	2f
NOME DO INDICADOR	Percentual de Conformidade Ambiental Hospitalar (PCAH)
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	O indicador permite verificar o percentual de requisitos ambientais atendidos pelos HUFs em relação aos itens de conformidade ambiental aplicáveis à realidade hospitalar. É importante para compilar uma base de dados para classificar os HUFs quanto ao seu desempenho ambiental com o objetivo de promover o atendimento à legislação e normas ambientais. A partir do monitoramento do indicador, é possível promover ações para o atendimento dos requisitos ambientais por HUF.
FÓRMULA	$PCAH = [C / (C + NC)] \times 100$
TERMOS	C: número de requisitos ambientais atendidos; NC: número de requisitos ambientais não atendidos.
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	O responsável pela gestão ambiental com apoio de integrantes dos diversos setores do HUF realizará anualmente a verificação da conformidade ambiental dos requisitos constantes da Lista de Verificação, classificando as evidências conformes (C), não conformes (NC) e não aplicáveis (NA) à realidade do HUF. Os resultados por HUF deverão ser consolidados para formar o resultado da Rede Ebserh.
FONTE	Lista de Verificação do Programa de Conformidade Ambiental respondida pelo HUF. A Lista é disponibilizada pela Administração Central a todos os HIFs.
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual (%).
RESPONSÁVEIS (COLETA, VALIDAÇÃO E ANÁLISE)	RESPONSÁVEL PELA COLETA: Setores de Governança e Estratégia do HUFs (SEGOVs); RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO: Superintendentes dos HUFs; RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE: Assessoria da Vice-Presidência.
FORMA DE VALIDAÇÃO	Os Chefes do SEGOV dos HUFs deverão realizar verificação do resultado do HUF. Para PCAH > 90%, o Assessor da Vice-Presidência deverá realizar verificação das evidências apresentadas para os itens conformes, garantindo dupla checagem.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual.
PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Anual.
META 2023	>70%
POLARIDADE	Quanto maior o resultado, melhor está o indicador.
LIMITE	100%
PARÂMETROS	< 30% = crítico ≥ 30% e ≤ 50% = péssimo > 50% e ≤ 70% = adequado > 70% e ≤ 90% = bom > 90% = excelente
LIMITAÇÕES E VIESES	A ausência de especialistas na área ambiental prejudicará o desempenho ambiental do HUF. Há necessidade de capacitar anualmente os conformadores ambientais dos HUF a partir de 2023.
REFERÊNCIAS	ABNT NBR ISO 14001:2015; Manual de Planejamento de Formulação e Análise de Indicadores da Rede Ebserh-2022; e Programa de Conformidade Ambiental do Exército Brasileiro-2018.

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio
CÓDIGO DO INDICADOR	2g
NOME DO INDICADOR	Número de HUFs com o quadro de pessoal das áreas administrativas dimensionado
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	O indicador permite verificar o número de HUFs onde foi concluído o processo de dimensionamento do quadro de pessoal das áreas administrativas, conforme a metodologia estabelecida pela Diretoria de Gestão de Pessoas. O dimensionamento é importante para a Rede Ebserh, visto que a atual autorização da Sest/ME para o quadro de pessoal das áreas administrativas não atende às reais necessidades da Ebserh.
FÓRMULA	Trata-se de número absoluto. Não há fórmula.
TERMOS	Número de HUFs com o quadro de pessoal administrativo dimensionado = quantidade de HUFs onde o Mapa por Atribuições e Produtos (MAP) foi preenchido conforme as orientações da Diretoria de Gestão de Pessoas e validado/aprovado pela Administração Central e pelo HUF.
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	As informações são consolidadas pela equipe da Diretoria de Gestão de Pessoas por meio do preenchimento da ferramenta MAP (Mapa de Atribuição por Produtos) que contém a divulgação do resultado final do dimensionamento para cada área administrativa do HUF e a concordância dos responsáveis envolvidos.
FONTE	Ferramenta MAP (Mapa de Atribuição por Produtos) validada pelos responsáveis envolvidos
UNIDADE DE MEDIDA	número de hospitais
RESPONSÁVEIS (COLETA, VALIDAÇÃO E ANÁLISE)	RESPONSÁVEL PELA COLETA: Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO: Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE: Serviço de Dimensionamento e Monitoramento de Pessoal
FORMA DE VALIDAÇÃO	A validação é realizada por meio da coleta do documento do SEI assinado pelo Diretor de Gestão de Pessoas e pelo Superintendente.
PERIODICIDADE DA COLETA	Conforme execução do cronograma de realização do dimensionamento nos HUFs.
PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Anual
META 2023	10
POLARIDADE	Quanto maior o resultado, melhor está o indicador
LIMITE	Não se aplica
PARÂMETROS	Durante o ano de 2022 foi realizado o dimensionamento em 5 HUFs do grupo piloto, como última etapa da capacitação na metodologia. Considerando o aprendizado adquirido a partir da implementação piloto, estima-se que o trabalho em cada um dos próximos HUFs seja concluído em menor tempo.
LIMITAÇÕES E VIESES	Não se aplica
REFERÊNCIAS	Manual de Dimensionamento de Pessoal para as Áreas Administrativas (a ser publicado até DEZ/22)

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede
CÓDIGO DO INDICADOR	2h
NOME DO INDICADOR	Taxa de Financiamento do Custeio dos Hospitais da Rede Ebserh (TFC)
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	O objetivo do indicador é mensurar a capacidade dos hospitais da Rede Ebserh de financiar a manutenção de suas atividades assistenciais com os recursos provenientes de sua Contratualização SUS e de Receitas Próprias Diretamente Arrecadadas. Como essas duas fontes de financiamento são estabelecidas em instrumentos contratuais e, em tese, são contrapartida direta de serviços prestados, elas conferem ao planejamento orçamentário e financeiro das unidades maior segurança e sustentabilidade, reduzindo sua dependência de complementação de recursos por fontes do Tesouro Nacional para manter sua relação receita/despesa equilibrada.
FÓRMULA	$TFC = (CS / CT) \times 100$
TERMOS	TFC: Taxa de Financiamento do Custeio dos Hospitais da Rede Ebserh CS: Despesas de Custeio Empenhadas com Orçamento da Contratualização SUS e Orçamento de Receita Própria Diretamente Arrecadada CT: Total das Despesas de Custeio Empenhadas com Orçamento destinado à Manutenção das Atividades Assistenciais Custeio = despesas classificadas no Grupo de Natureza da Despesa "3 - Outras Despesas Correntes" destinadas à manutenção das atividades das unidades hospitalares; Orçamento da Contratualização SUS = orçamento descentralizado pelo Ministério da Saúde para os hospitais da Rede Ebserh em ações orçamentárias destinadas à prestação de serviços assistenciais de média e alta complexidade; Orçamento de Receita Própria Diretamente Arrecadada = orçamento financiado por arrecadações da prestação direta de serviços pelos hospitais, conforme conceituação do Manual Técnico de Orçamento (MTO) vigente; Orçamento destinado à Manutenção das Atividades Assistenciais = orçamento destinado a despesas que contribuem diretamente na manutenção das atividades assistenciais dos hospitais (obs.: não considera orçamento recebido de emendas parlamentares e créditos extraordinários/especiais e orçamento de ações com finalidade específica, como sentenças judiciais, capacitação ou ensino e pesquisa).
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	Os dados são extraídos do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - Siafi, por meio da plataforma Tesouro Gerencial, em formato Excel. Em seguida, as informações de Despesas Empenhadas dos hospitais da Rede Ebserh (incluindo UG vinculada à Universidade e UG vinculada à Ebserh) são filtradas conforme os critérios descritos nos Termos acima.
FONTE	Fonte: Siafi/Tesouro Gerencial. Acesso por meio do endereço " https://tesourogerencial.tesouro.gov.br/ ", mediante habilitação de perfil com senha para o usuário. A consulta, intitulada "01-Base_TG", está disponível para acesso aos usuários habilitados no sistema pelo diretório "Relatórios Compartilhados > Consultas Gerenciais > Relatórios de Bancada dos Órgãos Superiores > 26000 - Ministério da Educação > 01 - ADMINISTRAÇÃO DIRETA, CAPES, INEP, FNDE, EBSEH > EBSEH - Sede > Bases Diárias". O indicador também pode ser visualizado e monitorado por meio do Painel de Informações Orçamentárias e Financeiras da DOF/Ebserh, na seção "Indicadores e Projetos Estratégicos>Indicador de Financiamento do Custeio dos HUF", por meio do endereço " https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiY2U1NTEyOTU2M2I1ZC00OWI2LWE3MDMtMmQ0YzViMGQ5MDk3IiwidCI6IjY0ZDM0ZGRkLWFmZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNWw4NDVINSJ9 ".
UNIDADE DE MEDIDA	Percentual (%). A fórmula é uma razão direta entre dois valores em unidade monetária.
RESPONSÁVEIS (COLETA, VALIDAÇÃO E ANÁLISE)	Coleta: Chefe do Serviço de Planejamento Orçamentário/CPEO/DOF e Chefe do Serviço de Informações Gerenciais e Gestão de Custos/CCF/DOF Validação: Assessor de Planejamento/DOF Análise: Assessor de Planejamento/DOF
FORMA DE VALIDAÇÃO	A checagem dos dados é feita mensalmente. A base de dados orçamentária detalhada, a partir da qual são extraídos os dados para o cálculo do indicador, é consolidada em resultados agregados e comparada com outros relatórios sintéticos extraídos do Siafi, para verificar se os valores analíticos agregados e os valores sintéticos são compatíveis.
PERIODICIDADE DA COLETA	Diária

PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Mensal
META 2023	82,96%
POLARIDADE	Quanto maior o resultado, melhor está o indicador.
LIMITE	Tolerância de variação: $\pm 4,1\%$ As despesas financiadas com a Contratualização SUS representam na estimativa de 2022 aproximadamente 78% do custeio geral da Rede Ebserh, sendo a variável mais representativa. Considerando que sua série histórica dos últimos 5 anos possui comportamento estritamente ascendente, e que esta variável compõe tanto o numerador quanto o denominador do indicador, o risco sobre essa variável é mínimo, pois seu comportamento é estável e seu impacto na razão é equilibrado nos dois lados da fração. O risco maior reside nos recursos de custeio complementares financiados pelo orçamento da Ebserh, pois representam aproximadamente 18% do custeio geral e possuem impacto apenas no denominador do indicador, tendendo a afetar negativamente seu resultado. Considerando: i) os cenários recorrentes de contingenciamentos, elevação de preços de insumos de saúde, complementações de créditos orçamentários, dentre outros; ii) o percentual limite de 30% para alteração de créditos dentro de uma mesma rubrica orçamentária e; iii) o histórico de variabilidade do orçamento discricionário da Ebserh; a variação de 4,1% a mais ou a menos no indicador permanece dentro do limite aceitável, representando uma variação máxima tolerável de 30% no orçamento discricionário da Ebserh.
PARÂMETROS	As melhores práticas e resultados para o indicador dependem basicamente de 4 dimensões: i) melhoria dos valores recebidos por meio da contratualização SUS: depende fortemente da participação da DEPAS em avaliar as oportunidades de revisão dos contratos e apoiar os hospitais nos processos de negociação; ii) otimização dos valores recebidos de Receita Própria Diretamente Arrecadada: depende da gestão adequada dos hospitais dos serviços prestados e remuneração recebida por meio dos contratos de receita própria e da avaliação da DOF e, quando necessário, da DEPAS para mensurar os impactos de aumentos e reduções desses valores; iii) Redução da necessidade de recursos complementares para custeio: requer avaliação da DOF e, quando necessário, da Vice-Presidência e demais instâncias da Empresa, pois possui forte relação com os valores pactuados nos instrumentos de planejamento orçamentário do exercício; iv) Redução das despesas de custeio: a redução da necessidade de recursos complementares deve necessariamente ser acompanhada de redução de despesas, sob risco de desequilibrar o financiamento dos hospitais e incorrer na assunção de dívidas. As oportunidades de redução de despesas são mais bem percebidas pelo próprio hospital, que possui visão mais direta sobre suas atividades e despesas, devendo ser monitorado e orientado pela DOF.
LIMITAÇÕES E VIESES	Apesar da tendência do indicador ser positiva (quanto maior o resultado, melhor), ele é constituído por informações estritamente orçamentárias, relacionadas à disponibilidade de orçamento para contrair despesas no exercício e não ao custo efetivo das atividades realizadas. Para ter a análise do custo, a Empresa deveria dispor de sistema de mensuração de custos integrado em toda a Rede, o que ainda não é uma realidade. Assim, o aumento do indicador por si só não indica necessariamente uma melhora na sustentabilidade da Empresa. Por exemplo: i) a redução dos recursos complementares representará um aumento do resultado do indicador, porém se essa redução decorrer de um contingenciamento é muito provável que os recursos sejam insuficientes para financiar as despesas (custos) das atividades dos hospitais; ii) um aumento da receita própria também aumentaria o resultado do indicador, porém se esse aumento não for monitorado corretamente, pode implicar na redução de recursos complementares da Fonte Tesouro para outros hospitais da Rede que necessitam dessa complementação, gerando uma disparidade interna de sustentabilidade entre hospitais em situações diferentes, que pode não ser captado pelo indicador. Por isso a importância de acompanhamento do indicador por meio de projeto estratégico adequado, contando com monitoramento e relatórios situacionais periódicos que permitam avaliar essas nuances.
REFERÊNCIAS	Manual Técnico de Orçamento - MTO 2023. Disponível em < https://www1.siop.planejamento.gov.br/mto/lib/exe/fetch.php/mto2023:mto2023-atual.pdf >

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede
CÓDIGO DO INDICADOR	3b
NOME DO INDICADOR	Indicador de Governança das Empresas Estatais (IG-Sest)
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	O Indicador de Governança das Empresas Estatais, desenvolvido no âmbito do Ministério da Economia, mede o desempenho das empresas estatais federais no que se refere ao cumprimento dos requisitos exigidos pela Lei nº 13.303/2016, regulamentada pelo Decreto nº 8.945/2016, e das Resoluções da Comissão Interministerial de Governança Corporativa e de Administração de Participações Societárias da União (CGPAR). A Ebserh é respondente do indicador e seu resultado é instrumento de acompanhamento contínuo das empresas estatais federais, permitindo comparações, verificação de mudanças e tendências. Em resumo, o indicador fomenta a adoção de boas práticas pela empresa e auxilia a identificação dos aspectos em que há espaço para melhorias.
FÓRMULA	IG-Sest = $\Sigma ((ND \times PD)) / (\Sigma (PD))$ Onde: $ND = (\Sigma (NB \times PB)) / (\Sigma PB)$ $NB = [(\Sigma (IA \times PIA)) / (\Sigma (PIA))]\times 10$
TERMOS	ND: Nota da Dimensão; PD: Peso da Dimensão; NB: Nota do Bloco; PB: Peso do Bloco; IA: Item de Avaliação; PIA: Peso do Item de Avaliação. IG-Sest é a média ponderada das ND. ND (Nota da Dimensão) é a média ponderada das notas dos blocos que a compõem. NB (Nota do Bloco) é a média ponderada das questões, desconsideradas aquelas aceitas como “Não se aplica”.
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	A avaliação do IG-Sest é realizada por meio de aplicação de questionário disponibilizado no Sistema de Informações das Estatais - Siest, cujas questões são respondidas pelas próprias estatais participantes. As respostas que indiquem o atendimento às questões, integral ou parcialmente, devem ser devidamente comprovadas por meio de documentos anexados no sistema ou pela inclusão de links para páginas de acesso público, os quais evidenciem a efetiva existência, nas empresas avaliadas, das práticas descritas nos enunciados. Após envio do questionário preenchido por meio do Siest pela estatal, a Comissão de Avaliação da Sest/ME realiza a análise dos questionários respondidos, verificando a documentação apresentada e decidindo quanto à sua adequação e completude. A Comissão de Avaliação é composta por representantes da Sest e por membros independentes. Cada questionário será avaliado em etapas, dentre as quais destacamos: 1. Primeira avaliação Sest 2. Segunda avaliação Sest (apenas se houver retorno do questionário à empresa) 3. Primeira avaliação externa (por membro independente) 4. Revisão Sest 5. Análise conjunta (apenas em casos específicos em que haja divergências entre a avaliação Sest e a avaliação externa) 6. Avaliação final, com emissão de parecer conclusivo. Ao final do processo de avaliação, a cada questão será atribuída uma pontuação, de acordo com a resposta marcada pela própria empresa ou com a resposta indicada pela Comissão de Avaliação para fins de cálculo do Indicador: a) “Sim” : 1 (um ponto) b) “Parcialmente”: 0,5 (meio ponto) c) “Não” e respostas não validadas pela comissão de avaliação, sem a indicação de outra opção a ser considerada: 0 (zero). Nos casos em que for informado “Não se aplica”, a questão será desconsiderada do cálculo se a justificativa apresentada pela empresa for aceita pela Comissão de Avaliação. Caso contrário, será tratada como resposta “Não”.
FONTE	Fonte primária a partir do preenchimento do questionário pela Ebserh.
UNIDADE DE MEDIDA	Nº
RESPONSÁVEIS (COLETA, VALIDAÇÃO E ANÁLISE)	RESPONSÁVEL PELA COLETA: Assessoria de Conformidade, Controle Interno e Gerenciamento de Riscos (ACCIGR) RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO: Sest/ME (externo) RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE: Assessoria de Conformidade, Controle Interno e Gerenciamento de Riscos

FORMA DE VALIDAÇÃO	Trata-se de processo realizado por ente externo. A Sest conta com uma Comissão de Avaliação composta por seus representantes e membros independentes. Além disso, a ACCIGR, ao organizar as respostas, realiza uma simulação da pontuação alcançada, conferindo dupla checagem da pontuação apresentada pela Sest.
PERIODICIDADE DA COLETA	Anual
PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Anual
META 2023	9,1
POLARIDADE	Quanto maior o resultado, melhor
LIMITE	Considerando a média das últimas três avaliações, ocorridas em 2018 (6,87 pontos), 2019 (7,25 pontos) e 2021 (8,86 pontos), dada a característica de manutenção das boas práticas para os ciclos vindouros, é aceito um limite inferior de 8,86, visto que o questionário sempre sofre alterações entre um e outro ciclo de avaliação.
PARÂMETROS	O resultado do último ciclo de avaliação (5º Ciclo) ordenou, por meio do cálculo de quartis, as empresas participantes. Ao todo, foram 23 empresas classificadas nos dois primeiros quartis. 12 empresas encontram-se no 1º quartil e foram certificadas para o Nível 1 (variação de 9,085 para a 12ª empresa a 10 pontos para a 1ª empresa). A média da pontuação dessas empresas foi de 9,44 e a mediana de 9,36. O Nível 2 foi ocupado por 11 empresas (variação de 7,787 para a 11ª a 9,034 para a 1ª empresa do 2º quartil). A Ebserh ocupou o 3º lugar do 2º quartil, ou 15º lugar entre as 23 empresas classificadas, recebendo a certificação para o Nível 2. A meta é 9,085, sendo a mediana entre as pontuações apresentadas no 1º e 2º quartis.
LIMITAÇÕES E VIESES	O indicador é respondido com base em um questionário que é revisado a cada ciclo e os resultados não comparam exatamente as mesmas práticas.
REFERÊNCIAS	• Regulamento Indicador de Governança da Sest - 6º Ciclo. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/igsest/arquivos/ig-sest-regulamento-6o-ciclo-26_04_2022-1.pdf. Acesso em: 13/10/2022. • Lei nº 13.303/2016 - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13303.htm • Decreto nº 8.945/2016 - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8945.htm • Resoluções da CGPAR - https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/empresas-estatais-federais/legislacao/resolucoes/resolucao • Código de Melhores Práticas de Governança Corporativa do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC). Disponível em: https://conhecimento.ibgc.org.br/Lists/Publicacoes/Attachments/21138/Publicacao-IBGCCodigo-CodigodasMelhoresPraticasdeGC-5aEdicao.pdf. Acesso em: 13/10/2022. • Diretrizes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) sobre Governança Corporativa de Empresas Estatais, Ed. 2015. Disponível em: https://www.oecd.org/publications/diretrizes-da-ocde-sobre-governanca-corporativa-de-empresas-estatais-edicao-2015-9789264181106-pt.htm. Acesso em: 13/10/2022.

Objetivo Estratégico*	<i>Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas</i>
Número do indicador*	4b
Nome do indicador*	Número de Estudos e Manuais de Infraestrutura Física, Tecnológica e de Apoio Logístico de Hotelaria Hospitalar elaborados
Descrição e Justificativa*	Este indicador é essencial para se verificar a normatização e padronização dos processos em Rede relacionados a Infraestrutura Física, Tecnológica e Apoio Logístico de Hotelaria Hospitalar para incrementar o uso de melhores práticas.
Fórmula*	Σ de estudos e manuais publicados para a Rede
Termos	
Metodologia de coleta e compilação	Contagem pelo número de produtos entregues ao longo do tempo.
Fonte*	DAI
Unidade de Medida*	Unidade
Responsável*	Márcio Borsio
Validação	A validação ocorre nas etapas de entrega de cada produto, conforme estabelecido no edital de contratação.
Periodicidade da coleta*	Mensal
Periodicidade da análise	Anual
Metas*	
Meta 2019	-
Meta 2020	4
Meta 2021	8
Meta 2022	9
Meta 2023	10
Parâmetros*	Referência 2018 = 0
Limitações e vieses	O quantitativo final previsto para 2023 está indicado de modo acumulativo.
Referências	

*Preenchimento prioritário

Objetivo Estratégico*	<i>Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas</i>
Número do indicador*	4c
Nome do indicador*	Número de Hospitais com Plano Diretor Físico Hospitalar
Descrição e Justificativa*	Este indicador mede a quantidade de Planos Diretores Físico Hospitalares (PDFH) entregues e aprovados conforme o modelo estabelecido pela Sede, no ano de referência. O PDFH tem por objetivo estabelecer diretrizes viáveis e exequíveis para diagnosticar a infraestrutura física existente e definir seu potencial de utilização, por um longo período, em alinhamento à estratégia organizacional. O Plano possibilita uma melhor compreensão quanto à real necessidade dos investimentos em infraestrutura dos Hospitais da Rede Ebserh.
Fórmula*	Σ de Hospitais com Plano Diretor Físico Hospitalar aprovado pela Sede no ano
Termos	Plano Diretor Físico Hospitalar (PDFH): Plano em conformidade com o fluxo de elaboração e aprovação de PDFH da Rede Ebserh.
Metodologia de coleta e compilação	Contagem pelo número de PDFH entregues e aprovados pela Sede ao longo do ano de referência. As metas, a partir de 2022, referem-se ao quantitativo do ano de referência, não sendo cumulativas.
Fonte*	DAI
Unidade de Medida*	Unidade
Responsável*	Ramon Nascimento
Validação	A validação de cada PDFH entregue ocorre conforme o fluxo de aprovação estabelecido pela Sede.
Periodicidade da coleta*	Anual
Periodicidade da análise	Anual
Metas*	
Meta 2019	-
Meta 2020	1
Meta 2021	7
Meta 2022	1
Meta 2023	1
Parâmetros*	Referência 2018 = 0
Limitações e vieses	Não é possível realizar aferições intermediárias no decorrer do ano de referência.
Referências	

*Preenchimento prioritár

versão aprovada pelo CA em xx/xx/2022

Objetivo Estratégico*	<i>Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas</i>
Número do indicador*	4d
Nome do indicador*	Número de Ordens de Serviços Emitidas para Projetos de Arquitetura e Engenharia
Descrição e Justificativa*	Este indicador é essencial para se verificar a reestruturação física da Rede por meio de projetos elaborados.
Fórmula*	Σ de Ordens de Serviços emitidas para projetos de arquitetura e engenharia/ano
Termos	
Metodologia de coleta e compilação	Contagem pelo número de ordens de serviço entregues ao longo do tempo.
Fonte*	DAI
Unidade de Medida*	Unidade
Responsável*	Ramon Nascimento
Validação	A validação ocorre nas etapas de entrega da solicitação, conforme estabelecido manual de uso da ata de projetos.
Periodicidade da coleta*	Mensal
Periodicidade da análise	Anual
Metas*	
Meta 2019	10
Meta 2020	40
Meta 2021	40
Meta 2022	40
Meta 2023	40
Parâmetros*	Referência 2018 = 0
Limitações e vieses	O quantitativo final previsto para cada ano não é acumulativo com o quantitativo dos demais anos.
Referências	

*Preenchimento prioritário

Objetivo Estratégico*	<i>Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas</i>
Número do indicador*	4e
Nome do indicador*	Percentual de Hospitais com Plano de Investimento Elaborado
Descrição e Justificativa*	Este indicador é essencial para se verificar o valor de investimento em obras, equipamentos e itens de hotelaria na Rede.
Fórmula*	Número de hospitais com plano de investimentos elaborado no exercício / número total de hospitais da Rede Ebserh
Termos	
Metodologia de coleta e compilação	Contagem pelo percentual de Planos de Investimentos elaborados ao longo do tempo para todos os Hospitais da rede.
Fonte*	Diretoria de Infraestrutura e Administração
Unidade de Medida*	Percentual
Responsável*	Marcio Borsio
Validação	A validação ocorre nas etapas de entrega de cada Plano de Investimento.
Periodicidade da coleta*	Anual
Periodicidade da análise	Anual
Metas*	
Meta 2019	100%
Meta 2020	100%
Meta 2021	100%
Meta 2022	100%
Meta 2023	100%
Parâmetros*	Referência 2018 = 0
Limitações e vieses	O percentual final previsto para cada ano não é acumulativo com o percentual dos demais anos.
Referências	

*Preenchimento prioritário

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas
CÓDIGO DO INDICADOR	4g
NOME DO INDICADOR	Número de hospitais da Rede com Escritório de Processos instituído
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	O indicador permite verificar o número de hospitais com Escritório de Processos instituído por portaria, com a composição mínima estabelecida pelo Serviço de Gestão por Processos, com regimento interno aprovado pelo Colex e com uma priorização de processos aprovada pelo Colegiado Executivo. O indicador é importante porque a instituição do Escritório de Processo representa o compromisso do hospital na adoção de práticas de gestão estabelecidas em Rede.
FÓRMULA	Trata-se de um número absoluto. Não há fórmula.
TERMOS	O Escritório de Processos é um colegiado multidisciplinar, estabelecido com o objetivo de desenvolver iniciativas de gerenciamento de processos de negócio no âmbito da instituição. Os Hospitais Universitário Federais compreendem os hospitais gerais, hospitais especializados e maternidades das Instituições Federais de Ensino Superior, geridos, por força do Contrato de Gestão Especial, pela Ebserh.
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	Entrar em contato com os chefes dos Setores de Governança e Estratégia ou Coordenador do Escritório de Processos, questionando se houve a instituição de Escritório de Processos no HUF e solicitando as seguintes evidências: 1. Portaria de instituição; 2. Regimento Interno do Escritório de Processos, validado pelo Colex e publicado; e 3. Ata da reunião do Colex com a aprovação da priorização dos processos.
FONTE	Setor de Governança e Estratégia ou Coordenador do Escritório de Processos
UNIDADE DE MEDIDA	Número de Hospitais.
RESPONSÁVEL	SGPS/CEIC/VP na Administração Central
VALIDAÇÃO	Realizar a verificação da documentação comprobatória (portaria, regimento e ata de priorização)
PERIODICIDADE DA COLETA	Mensal
PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Mensal
META 2023	20 (vinte) HUFs com Escritório de Processos instituído por portaria, com a composição mínima estabelecida pelo Serviço de Gestão por Processos, com regimento interno aprovado pelo Colex.
POLARIDADE	Quanto maior, melhor está o indicador.
LIMITE	Não se aplica.
PARÂMETROS	Não se aplica.
LIMITAÇÕES E VIESES	Serão considerados somente hospitais com o Escritório de Processos instituído conforme diretrizes da Administração Central.
REFERÊNCIAS	CBOK, 4.0 - ABPMP 2019

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas
CÓDIGO DO INDICADOR	4i
NOME DO INDICADOR	Quantidade de hospitais com diagnóstico arquivístico realizado
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	O indicador mede o número de Hospitais Universitários Federais (HUFs) da Rede Ebserh com diagnóstico arquivístico realizado. É importante, porque permite compreender a grandeza da quantidade de prontuários físicos atualmente armazenada nos HUFs.
FÓRMULA	$\sum$ relatórios de diagnóstico arquivístico aprovados pela DEPAS
TERMOS	N/A
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	A coleta relativa a cada HUF será realizada mediante documento da DEPAS que ateste o diagnóstico arquivístico concluído.
FONTE	SRA/CGC/DEPAS
UNIDADE DE MEDIDA	Número
RESPONSÁVEL	Chefe de Serviço do SRA/CGC/DEPAS
FORMA DE VALIDAÇÃO	N/A
PERIODICIDADE DA COLETA	Mensal
PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Mensal
META 2023	5
POLARIDADE	Quanto maior, melhor
LIMITE	N/A
PARÂMETROS	N/A
LIMITAÇÕES E VIESES	N/A
REFERÊNCIAS	Processo SEI 23477.004262/2022-66

Requisitos	Informações do indicador
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Valorizar, capacitar e reter os talentos
CÓDIGO DO INDICADOR	5e
NOME DO INDICADOR	Número de HUFs com plano de melhoria da percepção do clima organizacional
DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA	Esse indicador permite aferir quantos hospitais elaboraram um plano de ação visando a melhoria da percepção do clima organizacional considerando os resultados da pesquisa aplicada no âmbito da Rede Ebser em 2022.
FÓRMULA	Não se trata de fórmula.
TERMOS	Número de HUFs com plano de melhoria da percepção do clima organizacional = hospital que elaborou um plano de melhoria com objetivo, entregas, responsáveis e datas, considerando como base os resultados da pesquisa de clima aplicada em 2022.
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	O plano de ação de cada hospital será elaborado durante oficina realizada entre a equipe do hospital e equipe da Administração Central. Posteriormente, o plano de ação será validado pela equipe da CDP/DGP.
FONTE	Plano de ação publicado na Intranet da Ebserh em conformidade aos modelos estabelecidos pela Administração Central.
UNIDADE DE MEDIDA	Número
RESPONSÁVEIS (COLETA, VALIDAÇÃO E ANÁLISE)	CDP/DGP com apoio dos hospitais participantes.
FORMA DE VALIDAÇÃO	Não se aplica.
PERIODICIDADE DA COLETA	A medida que os planos forem publicados.
PERIODICIDADE DA ANÁLISE	Anual
META 2023	5
POLARIDADE	Quanto maior, melhor.
LIMITE	Não se aplica.
PARÂMETROS	A meta de 5 hospitais refere-se a: 1 Complexo Hospitalar 1 Hospital do Tipo I 1 Hospital do Tipo II 1 Hospital do Tipo III 1 Hospital do Tipo IV
LIMITAÇÕES E VIESES	Os custos relacionados ao deslocamento, podem ser dificultadores da realização das oficinas presenciais, o que pode comprometer o alcance da meta.
REFERÊNCIAS	Não se aplica.

FICHA DO PROJETO

Versão

TIPO: Projeto estratégico **UNIDADE:** DEPAS **CÓD:** P104

IDENTIFICAÇÃO

Nome do projeto:	Implementação de Diretrizes e Práticas de Humanização com Foco no Cuidado Centrado no Usuário
Gerente do projeto:	Márcia Amaral Dal Sasso
Gerente do portfólio:	SGP/CEIC/VP
Área responsável:	SGQ/CGC/DEPAS
Data de início do projeto:	01/2023
Data de término do projeto:	12/2023
Tema estratégico:	1.01 Assistência
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Número de HUF avaliados quanto à aderência ao Programa Ebserh de Humanização
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Índice implantação das ações de humanização nos hospitais (a ser implementado)
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	
Macroproblema:	Gestão pouco orientada ao cuidado centrado no usuário
Causa raiz:	Insuficiência de diretrizes, política e cultura para o cuidado centrado no usuário
Objetivo do projeto	Revisar a diretriz de humanização com foco no cuidado centrado no usuário, além de elaborar um diagnóstico da aderência dos HUF à Política Nacional de Humanização (PNH) e um plano de ação de fortalecimento da PNH na Rede, a fim de favorecer a assistência humanizada de usuários atendidos nos hospitais Ebserh.

CRONOGRAMA DE MARCOS

Cód. da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Responsável	Data de início	Data limite
	Revisar a Diretriz Ebserh de Humanização com foco nos dispositivos voltados ao cuidado centrado no usuário	Programa Ebserh de Humanização	SGQ/CGC/DEPAS	01/02/2023	30/05/2023
	Revisar o instrumento de avaliação de aderência dos HUF ao Programa Ebserh de Humanização	Instrumento de avaliação de aderência dos HUF ao Programa Ebserh de Humanização	SGQ/CGC/DEPAS	01/06/2023	30/07/2023
	Aplicar e analisar o instrumento de avaliação	Avaliação de aderência dos HUF ao Programa Ebserh de Humanização	SGQ/CGC/DEPAS	01/08/2023	30/10/2023
	Elaborar plano de ação de fortalecimento do Programa Ebserh de Humanização	Plano de ação de fortalecimento do Programa Ebserh de Humanização	SGQ/CGC/DEPAS	01/11/2023	20/12/2023

Versão: 0 Data de criação da ficha do projeto: Última atualização: 28/11/2022 11:26
Identificador: 811

FICHA DO PROJETO

Versão

TIPO: Projeto estratégico

UNIDADE: DEPAS

CÓD:

P105

IDENTIFICAÇÃO

Nome do projeto:	Modernização da infraestrutura para as atividades de ensino da Rede Ebserh
Gerente do projeto:	Maria Luisa Nogueira Dantas
Gerente do portfólio:	SGP/CEIC/VP
Área responsável:	SGPOS/CGEN/DEPAS
Data de início do projeto:	11/2022
Data de término do projeto:	12/2023
Tema estratégico:	1.02 Ensino
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Nota média de satisfação dos residentes em relação à infraestrutura de ensino
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Percentual de aderência aos padrões mínimos definidos para infraestrutura física e tecnológica para as atividades de ensino (A IMPLEMENTAR)
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	
Macroproblema:	Insuficiência das condições de infraestrutura física e tecnológica essenciais do cenário de prática.
Causa raiz:	Inexistência de processo definido para investimento em infraestrutura física e tecnológica de apoio as atividades de ensino/Ineficiência na execução dos recursos aplicados
Objetivo do projeto	Aprimorar a Infraestrutura Física das áreas de ensino dos HUF da Rede Ebserh para apoiar as atividades de ensino e formação profissional qualificadas.

CRONOGRAMA DE MARCOS

Cód. da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Responsável	Data de início	Data limite
1		Pesquisa de satisfação dos residentes	CGEN/DEPAS	10/11/2022	30/11/2023
1.1	Definir proposta de cronograma de aplicação da pesquisa de satisfação dos residentes em consonância com a Ouvidoria	Novo cronograma de aplicação da pesquisa de satisfação dos residentes	CGEN/DEPAS	10/11/2022	10/12/2022
1.2	Avaliar escopo e conteúdo da pesquisa de satisfação dos residentes	Diagnóstico e proposição de melhorias sobre a pesquisa de satisfação dos residentes	CGEN/DEPAS	20/02/2023	20/03/2023
1.3	Elaborar a ficha do indicador de pesquisa de satisfação dos residentes no que se refere ao eixo da infraestrutura de ensino	Ficha do indicador: Índice de Satisfação dos Residentes em Relação à Infraestrutura de Ensino	CGEN/DEPAS	10/10/2023	10/11/2023
2		Planejamento de investimentos	CGEN/DEPAS	01/12/2022	30/12/2023
2.1	Definir com a Vice-presidência prazo de registro de informações de investimento de ensino no contrato de objetivos anual alinhado com o PRO-RES	Cronograma de alinhamento entre os planos de investimento dos HUFs e o PRO-RES	CGEN/DEPAS	01/12/2022	20/12/2022
2.2	Elaborar modelo de planejamento do investimento dos HUFs baseado na satisfação dos residentes	Modelo de planejamento do investimento baseado na satisfação dos residentes	CGEN/DEPAS	01/09/2023	30/09/2023

2.3	Realizar diagnóstico do plano de investimento dos HUFs com base nas ações do PRO-RES	Diagnóstico do plano de investimentos	CGEN/DEPAS	01/10/2023	30/11/2023
	Elaborar a ficha do indicador de aderência aos padrões de infraestrutura física e tecnológica para atividades de ensino	Ficha do indicador: Percentual de aderência aos padrões mínimos definidos para infraestrutura física e tecnológica para as atividades de ensino	CGEN/DEPAS	30/11/2023	30/12/2023
3		Revisão do Programa de Desenvolvimento das Residências em Saúde da Rede Ebserh (PRO-RES)	CGEN/DEPAS	20/01/2023	29/04/2023
3.1	Elaborar nova proposta de Manual do PRO-RES	Proposta de Manual do PRO-RES	CGEN/DEPAS	20/01/2023	20/02/2023
3.2	Aprovar novo Manual do PRO-RES	Portaria da nova versão do Manual do PRO-RES publicada	CGEN/DEPAS	21/02/2023	10/03/2023
3.3	Instituir nova versão do Manual do PRO-RES	Novo Manual do PRO-RES divulgado	CGEN/DEPAS	20/03/2023	25/05/2023
Versão: 0 Data de criação da ficha do projeto: Última atualização: 28/11/2022 11:31 Identificador: 811					

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		FICHA DO PROJETO					Versão
		TIPO:	Projeto estratégico	UNIDADE:	DEPAS	CÓD:	

IDENTIFICAÇÃO	
Nome do projeto:	Qualificação da Pesquisa na Rede Ebserh
Gerente do projeto:	Juliana de Brito Seixas Neves
Gerente do portfólio:	SGP/CEIC/VP
Área responsável:	SGPQ/CGPITS/DEPAS
Data de início do projeto:	01/2023
Data de término do projeto:	12/2023
Tema estratégico:	1.03 Pesquisa
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Taxa de variação da quantidade de projetos de pesquisa aprovados com aplicação na Rede Ebserh
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Número de HUFs que receberam aporte financeiro destinado aos Centros de Pesquisa Clínica (CPC)
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	
Macroproblema:	Insuficiência das condições de infraestrutura física e tecnológica essenciais para a atratividade de pesquisadores na Rede Ebserh
Causa raiz:	Ineficiência na execução dos recursos para melhorias na infraestrutura física e tecnológica focada na pesquisa e dificuldade de acesso a infraestrutura disponível
Objetivo do projeto	Promover a qualificação da pesquisa na Rede Ebserh, tornando-a mais atrativa para os pesquisadores das Ifes, por meio do estabelecimento de diretrizes, automatização de processos e fomento para melhoria na infraestrutura física e tecnológica nos HUFs da Rede.

CRONOGRAMA DE MARCOS					
Cód. da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Responsável	Data de início	Data limite
1		Sistema de gestão de Centros de Pesquisa Clínica			
1.1	Instituir equipe de planejamento da contratação	Equipe de Planejamento		30/01/2023	28/02/2023
1.2	Elaborar estudo técnico preliminar	Estudo Técnico Preliminar		01/03/2023	30/05/2023
1.3	Elaborar termo de referência	Termo de Referência		01/06/2023	30/06/2023
1.4	Realizar a seleção de fornecedor	Seleção		03/07/2023	29/09/2023
1.5	Contratar fornecedor	Contratação		02/10/2023	30/11/2023
2		Guia com consolidação das Normas de Pesquisa e Inovação Tecnológica			
2.1	Instituir grupo de trabalho	Grupo de Trabalho		01/02/2023	28/02/2023
2.2	Analisar documentos vigentes (normas e política)	Análise da documentação existente		01/03/2023	28/04/2023
2.3	Elaborar o Guia	Elaboração do Guia		02/05/2023	30/06/2023
2.4	Publicar Guia em Boletim de Serviço e divulgar junto ao HUFs por meio de ações de comunicação social	Publicação e divulgação do Guia		03/07/2023	28/07/2023
3		Evolução do Sistema Rede Pesquisa			

3.1	Levantar a percepção dos usuários sobre a necessidade de melhorias no sistema - Pesquisador e equipes GEP	Levantamento de demandas dos usuários nos HUFs		01/02/2023	28/02/2023
3.2	Listar demandas de melhoria para o sistema Rede Pesquisa	Levantamento de demandas da equipe da DEPAS		01/03/2023	30/03/2023
3.3	Validar as melhorias desenvolvidas pela DTI no sistema Rede Pesquisa	Melhorias do sistema validadas		01/04/2023	20/12/2023
Versão: 0 Identificador: 811 Data de criação da ficha do projeto: Última atualização: 28/11/2022 11:35					

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		FICHA DO PROJETO						Versão
		TIPO:	Projeto estratégico	UNIDADE:	DGP	CÓD:		P107

IDENTIFICAÇÃO	
Nome do projeto:	Ampliação do Exame Nacional de Residência
Gerente do projeto:	Mauro Oliveira
Gerente do portfólio:	SGP/CEIC/VP
Área responsável:	SESP/PPP/DGP
Data de início do projeto:	01/2023
Data de término do projeto:	12/2023
Tema estratégico:	1.01 Assistência
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Taxa de variação das vagas disponibilizadas por meio do Exame Nacional de Residência
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	
Macroproblema:	Desconhecimento do Enare por parte das instituições públicas ou sem fins lucrativos que ofertam vagas de residência em programas de formação profissional na área de saúde.
Causa raiz:	Comunicação incipiente em relação às instituições passíveis de adesão ao Enare.
Objetivo do projeto	Ampliar a democratização, promovida pelo Enare, do acesso dos candidatos aos programas de residência por meio do estímulo às instituições que ofertam vagas de residência em programas de formação profissional na área da saúde.

CRONOGRAMA DE MARCOS					
Cód. da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Responsável	Data de início	Data limite
	Solicitar publicação portaria do MEC	Institucionalização do Exame Nacional de Residência	SESP/PPP/DGP	01/10/2022	31/12/2022
	Elaborar fluxos de trabalho e modelos para monitoramento do processo de inscrição	Painéis BI e fluxos de trabalho	SESP/PPP/DGP; Banca	01/05/2023	30/06/2023
		Campanha publicitária			
	Solicitar campanha na SESU/MEC	Pedido de campanha para o MEC	SESP/PPP/DGP	01/02/2023	28/02/2023
	Desenvolver a campanha para instituições	Peça publicitária para divulgação da campanha para instituições - mídia gratuita	SESU/MEC	01/03/2023	30/04/2023
	Desenvolver a campanha para candidatos	Peça publicitária para divulgação da campanha para candidatos - mídia gratuita	SESU/MEC	01/03/2023	30/04/2023
	Divulgar a campanha para instituições	Divulgação da campanha para as instituições	SESU/MEC	01/05/2023	30/06/2023
	Divulgar a campanha para candidatos	Divulgação da campanha para os candidatos	SESU/MEC	01/09/2023	30/09/2023
	Inserir a possibilidade de trainees no edital do processo seletivo	Edital do processo seletivo incluindo trainees	SESP/PPP/DGP	01/08/2023	30/08/2023

Versão:	0	Data de criação da ficha do projeto:		Última atualização:	28/11/2022 11:38
Identificador:	811				

2.01

Informações do projeto

■Fim: 12/2023

Indicadores

Custo estimado

Custo operacional da Ebserh

Principais riscos	Prob.	Imp.	Grau
■Contingenciamento orçamentário	2	3	6
■Mudança de gestores na área administrativa-financeira dos HUFs	3	2	6
■Divergências nos dados declaratórios apresentados quanto a passivos	2	2	4

Cronograma de marcos

Macroatividade	Entregável	Data
Construir ferramentas de monitoramento	Ferramenta disponibilizada no Painel de Informações	12/2019
Estabelecer metodologia de diagnóstico situacional dos hospitais	Metodologia de análise das informações do Painei	03/2020
Meta 2020		11/2020
Priorizar 4 hospitais para o Projeto Piloto 2020	Lista de hospitais selecionados	01/2020
Realizar diagnóstico situacional dos hospitais	Relatório situacional	08/2020
Analisar os resultados dos diagnósticos nos hospitais	Relatório de análise	08/2020
Propor ações de conformidade aos hospitais	Plano de Ação para cada hospital	09/2020
Acompanhar a implementação dos planos de ação	Relatório final de monitoramento	11/2020
Meta 2021		11/2021
Priorizar 5 hospitais para a Meta 2021	Lista de hospitais selecionados	08/2020
Realizar diagnóstico situacional dos hospitais	Relatório situacional	10/2020
Analisar os resultados dos diagnósticos nos hospitais	Relatório de análise	12/2020
Propor ações de conformidade aos hospitais	Plano de Ação para cada hospital	01/2021
Acompanhar a implementação dos planos de ação	Relatório final de monitoramento	11/2021
Meta 2022		12/2022
Priorizar 4 hospitais para a Meta 2022	Lista de hospitais selecionados	07/2021
Realizar diagnóstico situacional dos hospitais	Relatório situacional	08/2021
Analisar os resultados dos diagnósticos nos hospitais	Relatório de análise	10/2021
Propor ações de conformidade aos hospitais	Plano de Ação para cada hospital	12/2021
Acompanhar a implementação dos planos de ação	Relatório final de monitoramento	12/2022
Meta 2023		12/2023
Priorizar 4 hospitais para a Meta 2023	Lista de hospitais selecionados	07/2022
Realizar diagnóstico situacional dos hospitais	Relatório situacional	08/2022
Analisar os resultados dos diagnósticos nos hospitais	Relatório de análise	10/2022
Propor ações de conformidade aos hospitais	Plano de Ação para cada hospital	12/2022
Acompanhar a implementação dos planos de ação	Relatório final de monitoramento	12/2023

Implantação de Metodologia de Monitoramento das Receitas e Despesas dos Hospitais				2.02
Objetivo do projeto		Informações do projeto		
<i>Promover melhorias na gestão do orçamento por parte dos HUFs visando prepará-los para cenários de restrição orçamentária. A ideia do projeto parte do pressuposto que a remuneração que o SUS concede aos hospitais universitários, pelos serviços de média e alta complexidade prestados, deve ser capaz de cobrir as despesas com os insumos utilizados para a realização desses serviços, equivalendo a mesma ideia para os contratos que viabilizam a arrecadação de receitas próprias. A concretização desse objetivo torna os hospitais menos dependentes de outras subvenções para seu financiamento, cujo aporte é discricionário e passível de contingenciamento.</i>		■Área Responsável: Diretoria de Orçamento e Finanças - DOF		
		■Gerente do Projeto: Ésio Moreira Leal		
		■Chefia imediata: Iara Ferreira Pinheiro		
		■Áreas envolvidas: DAS, DAI, DTI, DVPE, HUFs, Ass. Parlamentar		
		■Início: 06/2019		
		■Fim: 06/2023		
Escopo		Indicadores		
<i>Elaborar e implementar metodologia de monitoramento das receitas e despesas dos hospitais para identificar oportunidades de melhoria na eficiência dos gastos e potenciais incrementos de receita.</i>		■Quantidade de hospitais com plano de ação implementado		
		Custo estimado		
		Custo operacional da Ebserh		
		Principais riscos	Prob.	Imp.
<i>Não escopo: Não serão incluídos neste projeto os valores relativos a folha de pagamento. As despesas de capital (investimentos) serão contempladas na análise no que couber, porém o foco são as despesas de custeio.</i>		■Mudança de gestores na área administrativa-financeira dos HUFs	2	3
		■Impacto de fatores/decisões políticas sobre os serviços ofertados pelos hospitais	3	3
		■Situações de crise financeira ou emergenciais não previstas nas projeções orçamentárias	2	3
Cronograma de marcos				
Macroatividade	Entregável		Data	
Metodologia			10/2020	
<i>Propor metodologia de mensuração e monitoramento das receitas e despesas</i>	<i>Disponibilização do monitoramento no Painel de Inform.</i>		<i>03/2020</i>	
<i>Priorizar os hospitais para inclusão no projeto</i>	<i>Relação de hospitais para prioridade</i>		<i>03/2020</i>	
<i>Implementar metodologia na sede</i>	<i>Estabelecer rotina de monitoramento na sede</i>		<i>05/2020</i>	
<i>Elaborar diretrizes gerais para o Plano de Ação dos hospitais</i>	<i>Relatório de diretrizes para os Planos de Ação</i>		<i>10/2020</i>	
Meta 2020			12/2020	
<i>Priorizar 2 hospitais para inclusão no projeto no exercício</i>	<i>Relação de hospitais selecionados</i>		<i>10/2020</i>	
<i>Identificar potenciais incrementos de receita para os hospitais selecionados</i>	<i>Relatório de receitas do hospital</i>		<i>10/2020</i>	
<i>Apropriar resultados dos projetos das demais diretorias que podem contribuir para redução das despesas</i>	<i>Relatório de potenciais reduções de despesas</i>		<i>11/2020</i>	
<i>Elaborar Plano de Ação para os hospitais selecionados</i>	<i>Plano de Ação elaborado</i>		<i>11/2020</i>	
<i>Monitorar implementação dos Planos de Ação junto aos hospitais</i>	<i>Relatório final de monitoramento</i>		<i>12/2020</i>	
Meta 2021			10/2021	
<i>Priorizar 4 hospitais para inclusão no projeto no exercício</i>	<i>Relação de hospitais selecionados</i>		<i>01/2021</i>	
<i>Avaliar necessidade de revisão da metodologia</i>	<i>Documento de formalização da revisão metodológica</i>		<i>01/2021</i>	
<i>Identificar potenciais incrementos de receita para os hospitais selecionados</i>	<i>Relatório de receitas do hospital</i>		<i>03/2021</i>	
<i>Apropriar resultados dos projetos das demais diretorias que podem contribuir para redução das despesas</i>	<i>Relatório de potenciais reduções de despesas</i>		<i>04/2021</i>	
<i>Elaborar Plano de Ação para os hospitais selecionados</i>	<i>Plano de Ação elaborado</i>		<i>05/2021</i>	
<i>Monitorar implementação dos Planos de Ação junto aos hospitais</i>	<i>Relatório final de monitoramento</i>		<i>10/2021</i>	
Meta 2022			09/2022	
<i>Priorizar 7 hospitais para inclusão no projeto no exercício</i>	<i>Relação de hospitais selecionados</i>		<i>10/2021</i>	
<i>Avaliar necessidade de revisão da metodologia</i>	<i>Documento de formalização da revisão metodológica</i>		<i>10/2021</i>	
<i>Identificar potenciais incrementos de receita para os hospitais selecionados</i>	<i>Relatório de receitas do hospital</i>		<i>12/2021</i>	
<i>Apropriar resultados dos projetos das demais diretorias que podem contribuir para redução das despesas</i>	<i>Relatório de potenciais reduções de despesas</i>		<i>01/2022</i>	
<i>Elaborar Plano de Ação para os hospitais selecionados</i>	<i>Plano de Ação elaborado</i>		<i>02/2022</i>	
<i>Monitorar implementação dos Planos de Ação junto aos hospitais</i>	<i>Relatório final de monitoramento</i>		<i>09/2022</i>	
Meta 2023			06/2023	
<i>Priorizar 10 hospitais para inclusão no projeto no exercício</i>	<i>Relação de hospitais selecionados</i>		<i>10/2022</i>	
<i>Avaliar necessidade de revisão da metodologia</i>	<i>Documento de formalização da revisão metodológica</i>		<i>10/2022</i>	
<i>Identificar potenciais incrementos de receita para os hospitais selecionados</i>	<i>Relatório de receitas do hospital</i>		<i>12/2022</i>	
<i>Apropriar resultados dos projetos das demais diretorias que podem contribuir para redução das despesas</i>	<i>Relatório de potenciais reduções de despesas</i>		<i>01/2023</i>	
<i>Elaborar Plano de Ação para os hospitais selecionados</i>	<i>Plano de Ação elaborado</i>		<i>02/2023</i>	
<i>Monitorar implementação dos Planos de Ação junto aos hospitais</i>	<i>Relatório final de monitoramento</i>		<i>06/2023</i>	

Implementação de Métodos de Apuração de Desempenho e Mensuração da Eficiência do Gasto na Rede Ebserh

2.03

Objetivo do projeto O objetivo do projeto é desenvolver métodos que viabilizem a apuração e mensuração de informações acerca do custo e da eficiência do gasto dos hospitais, visando fomentar melhorias de gestão na área orçamentária e financeira e, contribuindo assim, com ao alcance das metas de sustentabilidade econômico-financeiras da empresa.	Informações do projeto ■Área Responsável: Diretoria de Orçamento e Finanças - DOF ■Gerente do Projeto: Ézio Moreira Leal ■Chefia imediata: Iara Ferreira Pinheiro ■Áreas envolvidas: DAS, DAI, DVPE, DGP, DTI, HUFs ■Início: 10/2019 ■Fim: 06/2023			
Escopo O projeto é constituído por três componentes principais, que servirão de ferramentas para análise do desempenho dos hospitais: i) Implantação do Módulo de Materiais e Medicamentos do AGHU: o processo de implantação necessitará efetivamente da colaboração da Diretoria de Tecnologia e Infraestrutura - DTI em parceria à equipe técnica da DOF no processo de viabilizar o devido funcionamento do Módulo quanto à operacionalização das unidades e da equipe central da sede; ii) Implantação de gestão de gastos por meio da Metodologia de Apuração e Mensuração da Eficiência do Gasto, por meio do Indicador de Complexidade Estrutural – ICE e da Unidade Relativa de Produção – URP e; iii) Elaboração de Planos de Providência a partir dos resultados comparativos do custo e do gasto dos hospitais.	Indicadores ■ N° hospitais com módulo implantado / N° total de hospitais ■ Indicador de Implantação da Metodologia ICE e URP (6 etapas) ■ Indicador de Implantação dos Planos de Providências (3 etapas) Custo estimado Custo operacional da Ebserh			
	Principais riscos	Prob.	Imp.	Grau
	■ Risco da necessidade de retificação/ajuste no módulo do AGHU	2	3	6
	■ Risco do não cumprimento de prazo relacionado à implementação e uso dos módulos pela rede	3	2	6
	■ Risco de atraso na divulgação dos resultados de 2013 a 2019 (processo de validação)	1	1	1
	■ Risco do não cumprimento de prazo relacionado ao desenvolvimento de indicadores de resultados e análises	1	1	1
	■ Risco da falta alinhamento de gestão em tópicos transversais que afetem os resultados de eficiência do gasto	2	2	4
	■ Risco da não adoção de medidas de incentivos aos HUF diante dos resultados mensurados	2	2	4
Cronograma de marcos				
Macroatividade	Entregável	Data		
Implantar o Módulo de Apuração de Custos de Material Médico-Hospitalar no AGHU		03/2021		
Validação da metodologia	Metodologia validada	03/2020		
Orientação e divulgação dos pré-requisitos para implantação do módulo	Documento de divulgação para a Rede	07/2020		
Implementação do módulo nos hospitais	Módulos implementados	12/2020		
Análise e divulgação dos primeiros resultados	Relatório de divulgação de resultados	03/2021		
Implantar a Análise do Índice de Complexidade Estrutural (ICE) e Unidade Relativa de Produção (URP)		10/2020		
Priorizar 5 hospitais para a Meta 2021	Relação de hospitais selecionados	08/2020		
Realizar diagnóstico situacional dos hospitais	Relatório de análise situacional	08/2020		
Analisar os resultados dos diagnósticos nos hospitais	Relatório de análise final	10/2020		
Apurar o Desempenho e Mensurar a Eficiência do Gasto		06/2023		
Priorizar 4 hospitais para a Meta 2022	Relação de hospitais selecionados	05/2021		
Realizar diagnóstico situacional dos hospitais	Relatório de análise situacional	07/2021		
Monitorar os resultados dos indicadores (para avaliação do comportamento dos indicadoes ao longo do tempo)	Relatórios periódicos de monitoramento dos indicadores	12/2022		
Analisar os resultados dos diagnósticos nos hospitais	Relatório de análise final	03/2023		
Acompanhar a implementação dos planos de ação	Relatórios de monitoramento dos planos de ação	06/2023		

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		FICHA DO PROJETO					Versão
		TIPO:	Projeto estratégico	UNIDADE:	VP	CÓD:	
IDENTIFICAÇÃO							
Nome do projeto:	Estruturação do Programa de Gestão Ambiental						
Gerente do projeto:	José Antonio Mendonça da Cruz						
Gerente do portfólio:	SGP/CEIC/VP						
Área responsável:	AVP/VP						
Data de início do projeto:	07/2022						
Data de término do projeto:	12/2023						
Tema estratégico:	2.01 Sustentabilidade						
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Percentual de Conformidade Ambiental Hospitalar (PCAH)						
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	-						
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	-						
Macroproblema:	Não cumprimento pleno das legislações e normas ambientais vigentes.						
Causa raiz:	Ausência de sistema de gestão ambiental em conformidade com a ABNT NBR ISO 14001:2015- Sistemas de gestão ambiental- Requisitos com orientações para uso.						
Objetivo do projeto	Estabelecer o Sistema de Gestão Ambiental (SGA) da Rede Ebserh em consonância com suas ações de governança, de modo a atender à legislação e normas ambientais aplicáveis às atividades hospitalares, aperfeiçoar seu desempenho ambiental e contribuir para o pilar ambiental da sustentabilidade.						
CRONOGRAMA DE MARCOS							
Cód. da EAP	Macroatividade	Entregas previstas			Responsável	Data de início	Data limite
1	Consultoria externa	1.1 Elaboração de TR para contratação de consultores - PRODOC			AVP/VP	20/06/2022	19/08/2022
		1.2 Contratação de consultoria PRODOC			SGICC/CEIC/VP	20/09/2022	01/09/2022
		1.3 Avaliação Técnica das Entregas previstas no TR			AVP/VP	17/10/2022	27/03/2023
		1.4 Visitas Técnicas Ambientais aos HUF			AVP/VP; UNOPS	11/07/2022	30/03/2023
2	Documentos Técnicos	2.1 Metodologia para elaboração do Diagnóstico Ambiental dos HUF			AVP/VP; UNOPS	31/08/2022	17/10/2022
		2.2 Caderno de Avaliação Ambiental			AVP/VP; UNOPS	31/08/2022	10/11/2022
		2.3 Diagnóstico Situacional em caráter piloto de um ou mais HUF			AVP/VP; UNOPS	31/08/2022	09/12/2022
		2.4 Metodologia para elaboração do Plano de Gestão Ambiental (PGA)			AVP/VP; UNOPS	31/08/2022	16/01/2023
		2.5 Metodologia para elaboração do Manual de Gestão Ambiental			AVP/VP; UNOPS	31/08/2022	16/01/2023
		2.6 Programa de Conformidade Ambiental			AVP/VP; UNOPS	31/08/2022	16/01/2023
		2.7 Política Ambiental			AVP/VP; UNOPS	31/08/2022	16/01/2023
		2.8 Consolidação das Autoavaliações dos HUFs			AVP/VP; UNOPS	25/11/2022	15/02/2023
		2.9 Manual para implantação do SGA			AVP/VP; UNOPS	31/08/2022	16/01/2023
		2.10 Relatório Final para a implantação do SGA			AVP/VP; UNOPS	16/02/2023	10/03/2023

3	Comunicação Social	3.1 Plano de Comunicação Social	AVP/VP; CCS/PRES	03/10/2022	10/03/2023
4	Sistema de Gestão Ambiental (SGA)	4.1 Implantação do SGA na Rede Ebserh	AVP/VP	13/03/2023	31/12/2023
		4.2 Proposta de adequação da estrutura organizacional	AVP/VP	31/08/2022	09/12/2022
		4.3 Proposta de adequação das competências regimentais e cadeia de valor	AVP/VP	31/08/2022	09/12/2022
		4.4 Proposta de redimensionamento de pessoal	AVP/VP	31/08/2022	09/12/2022
		4.5 Atualização do Regimento Interno da Administração Central	AVP/VP; CEIC/VP	13/03/2023	31/12/2023
		4.6 Atualização do Regimento Interno dos HUFs	AVP/VP; CEIC/VP	13/03/2023	31/12/2023
		4.7 Dimensionamento de pessoal	AVP/VP; DGP	13/03/2023	31/12/2023
5	Capacitação	5.1 Estágio de Conformador Ambiental	AVP/VP	13/03/2023	31/12/2023
Versão: 0		Data de criação da ficha do projeto:		Última atualização:	28/11/2022 11:46
Identificador: 811					

CCS - Coordenadoria de Comunicação Social

CEIC - Coordenadoria de Estratégia e Inovação Corporativa

SGICC - Serviço de Gestão da Inovação Corporativa e do Conhecimento

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		FICHA DO PROJETO					Versão
		TIPO:	Projeto estratégico	UNIDADE:	DAI	CÓD:	

IDENTIFICAÇÃO	
Nome do projeto:	Central de Compras da Rede Ebserh
Gerente do projeto:	Viviane Mafissoni
Gerente do portfólio:	SGP/CEIC/VP
Área responsável:	SCCEN/CAD/DAI
Data de início do projeto:	01/2023
Data de término do projeto:	12/2023
Tema estratégico:	2.01 Sustentabilidade
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Taxa de Representatividade de Compras Centralizadas
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	
Macroproblema:	Falta de padronização de bens e serviços; Falta de planejamento de compra vinculado ao orçamento disponível; Falta de pessoal capacitado em quantidade adequada para condução dos processos de compra.
Causa raiz:	Falta de catálogo técnico único de bens e serviços sem replicações desnecessárias; Falta de cultura organizacional de planejar o orçamento e os gastos; Dimensionamento inadequado e ausência de trilha de capacitação.
Objetivo do projeto	Conceber catálogo único para aquisição de bens e contratação de serviços padronizados, a partir da inclusão de categorias de compras e definição de itens padrões para serem comprados por toda Rede, otimizando as compras, gerando economia em processos operacionais de compras. Propiciar trilhas de capacitação para compradores da Rede, bem como definir matriz de competências e perfil profissional daqueles que atuam em compras da Ebserh, como forma de valorização da mão de obra e incentivo para melhorias nos processos de trabalho.

CRONOGRAMA DE MARCOS					
Cód. da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Responsável	Data de início	Data limite
1		Matriz de competências e de capacitação			
1.1	Elaborar matriz de competências	Matriz de competências voltado as áreas de compras	SCCEN/CAD/DAI	01/03/2023	30/06/2023
1.2	Elaborar e publicar normativo com definição de matriz de competências	Normativo com definição de matriz de competências	SCCEN/CAD/DAI	01/06/2023	30/09/2023
1.3	Definir as trilhas de capacitação em compras	Trilhas regulares de capacitação em compras	SCCEN/CAD/DAI	01/09/2023	30/11/2023
1.4	Elaborar plano de capacitação continuada	Plano de Capacitações Continuadas	SCCEN/CAD/DAI	01/11/2023	20/12/2023
3		Catálogo único para aquisição de bens e serviços padronizados			

3.1	Elaborar e publicar norma de padronização para aquisição de bens e serviços	Norma de padronização para aquisição de bens e serviços	SCCEN/CAD/DAI	01/03/2023	30/05/2023
3.2	Criar e implementar o catálogo técnico único para aquisição de bens - piloto	Institucionalização de catálogo técnico único para aquisição de bens - piloto	SCCEN/CAD/DAI	01/05/2023	30/08/2023
3.3	Criar e implementar o catálogo técnico único para contratação de serviços - piloto	Institucionalização de catálogo técnico único para contratação de serviços - piloto	SCCEN/CAD/DAI	01/09/2023	20/12/2023
Versão: 0 Data de criação da ficha do projeto: Última atualização: 28/11/2022 11:49 Identificador: 811					

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		FICHA DO PROJETO					Versão
		TIPO:	Projeto estratégico	UNIDADE:	DGP	CÓD:	

IDENTIFICAÇÃO					
Nome do projeto:	Implementação da metodologia de dimensionamento de pessoal das áreas administrativas				
Gerente do projeto:	Ana Paula Santos de Lima				
Gerente do portfólio:	SGP/CEIC/VP				
Área responsável:	SEDIMP/_CPP/DGP				
Data de início do projeto:	10/2020				
Data de término do projeto:	12/2023				
Tema estratégico:	2.01 Sustentabilidade				
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Número de HUFs com o quadro de pessoal das áreas administrativas dimensionado				
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto					
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto					
Macroproblema:	A atual autorização para o quadro de pessoal administrativo não atende às reais necessidades da Ebserh.				
Causa raiz:	Não existe uma metodologia própria da Ebserh para o dimensionamento de pessoal da área administrativa.				
Objetivo do projeto	Dimensionar o quadro de pessoal das áreas administrativas da Rede Ebserh				

CRONOGRAMA DE MARCOS					
Cód. da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Responsável	Data de início	Data limite
1		Capacitação			
1.1	Contratar a capacitação em uma metodologia de dimensionamento de pessoal das áreas	Capacitação contratada.	SEDIMP/_CPP/DGP	10/10/2020	10/12/2020
1.2	Realizar a capacitação em uma metodologia de dimensionamento de pessoal das áreas	Capacitação realizada.	SEDIMP/_CPP/DGP	01/02/2021	01/12/2021
2		Piloto			
2.1	Aplicar a metodologia de dimensionamento de pessoal das áreas administrativas em 5 HUFs piloto	Mapa por Atribuições e Produtos (MAPs) dos HUFs piloto	SEDIMP/_CPP/DGP	10/01/2022	20/12/2022
2.2	Validar a metodologia de dimensionamento de pessoal das áreas administrativas em 5 HUFs piloto	Diagnóstico da aplicação piloto	SEDIMP/_CPP/DGP	10/01/2022	20/12/2022
3		Dimensionamento			
3.1	Realizar o dimensionamento de pessoal das áreas administrativas de 10 HUFs	Mapa por Atribuições e Produtos (MAPs) aprovado	SEDIMP/_CPP/DGP	10/03/2023	20/12/2023

Versão:	0	Data de criação da ficha do projeto:		Última atualização:	28/11/2022 12:02
Identificador:	811				

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		FICHA DO PROJETO					Versão
		TIPO:	Projeto estratégico	UNIDADE:	PRES	CÓD:	

IDENTIFICAÇÃO	
Nome do projeto:	Instituição do Modelo de Governança Corporativa
Gerente do projeto:	Marcos Boaventura dos Santos
Gerente do portfólio:	SGP/CEIC/VP
Área responsável:	SGP/CEIC/VP
Data de início do projeto:	12/2022
Data de término do projeto:	12/2023
Tema estratégico:	3.01 Governança
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Indicador de Governança das Empresas Estatais (IG-Sest)
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	
Macroproblema:	Falta de integração entre os modelos de governança corporativa da Administração Central e dos hospitais
Causa raiz:	Indefinição sobre quais das boas práticas de governança corporativa devem ser adotadas na Administração Central e nos hospitais
Objetivo do projeto	Realizar diagnóstico e propor modelo de governança corporativa adequado a complexidade da Rede Ebserh, composta pela administração central e hospitais, a fim de possibilitar a adoção adequada de boas práticas relacionadas a ética e conduta, transparência, equidade, prestação de contas, responsabilidade corporativa, gestão de riscos, controle interno e conformidade.

CRONOGRAMA DE MARCOS					
Cód. da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Responsável	Data de início	Data limite
1	Gestão do Projeto				
1.1	Instituição de grupo de trabalho para suporte ao projeto	Portaria do Grupo de trabalho publicada	SGP/CEIC/VP	01/12/2022	30/12/2022
1.2	Detalhamento de cronograma do projeto	Cronograma do projeto detalhado	GT	02/01/2023	31/01/2023
1.3	Planejamento de Comunicação, Gestão de Mudança e Capacitação do projeto	Plano de comunicação, gestão da mudança e de capacitação	GT	02/01/2023	31/01/2023
2	Levantamento de Referências e Experiências em GovC				
2.1	Levantamento e Análise de documentos orientadores em relação ao tema	Relatório de documentos orientadores analisados	GT	01/02/2023	03/03/2023
2.2	Identificação e análise de normativos relativos ao tema	Relatório de normativos analisados	GT	01/02/2023	03/03/2023
2.3	Levantamento de boas práticas implementadas na rede em GovC	Relação de boas práticas em governança corporativa	GT	06/03/2023	17/03/2023
2.4	Levantamento de referências para avaliação de competências em GovC de gestores e/ou administradores	Relação de referências para avaliação de competências	GT	06/03/2023	17/03/2023

3	Análise Comparativa e Definição de Requisitos				
3.1	Análise comparativa entre os documentos orientadores de governança	Documento com o comparativo entre os orientadores de governança	GT	20/03/2023	21/04/2023
3.2	Definição de requisitos a serem alcançados pela Sede e Hospitais	Lista de Requisitos para avaliação de governança corporativa institucional definidos	GT	24/04/2023	26/05/2023
3.3	Definição de requisitos para avaliação de competências em GC de gestores e/ou administradores	Lista de Requisitos para avaliação de competências em GC de gestores e/ou administradores definidos	GT	29/05/2023	09/06/2023
3.4	Elaborar modelo de pesquisa sobre aspectos de governança corporativa para público interno e exteno	Modelo de pesquisa sobre GovC para público interno e externo	GT	29/05/2023	09/06/2023
3.5	Validação dos Requisitos institucionais de GovC para a Sede e HUFs e dos requisitos para avaliação de competências em GC dos gestores - validar com colex hospitais e administradores Sede	Lista de Requisitos validados	ACCIGR/PRES	12/06/2023	23/06/2023
4	Avaliação e Plano de Ação				
4.1	Levantamento de percepção sobre público interno e externo quanto a aspectos relacionados a GovC	Relatório com o resultado da pesquisa sobre aspectos de GovC	ACCIGR/PRES	26/06/2023	14/07/2023
4.2	Avaliação de atendimento aos requisitos institucionais de GC - sede e hospitais	Resultado da avaliação da sede e dos hospitais	SEGOV e ACCIGR/PRES	26/06/2023	18/08/2023
4.3	Elaboração de planos de evolução em GovC institucional - sede e hospitais	Plano de Ação	SEGOV e ACCIGR/PRES	21/08/2023	08/09/2023
4.4	Avaliação das competências em GC de gestores e/ou administrador	Resultado da avaliação das competências	SEGOV e ACCIGR/PRES	26/06/2023	18/08/2023
4.5	Elaboração de planos de evolução em GovC - individual gestor e/ou administrador	Plano de evolução em GovC para gestores e administradores	SEGOV e ACCIGR/PRES	21/08/2023	08/09/2023
4.6	Definição dos componetes do IC-Sest para monitoramento contínuo	Indicador IC-Sest e subsídios para aferição	SEGOV e ACCIGR/PRES	26/06/2023	18/08/2023
5	Definição de Modelo				
5.1	Definição de papéis e competências (Guardião dos Processos GovC)	Papéis e competências definidos	GT	02/01/2023	20/11/2023
5.2	Elaboração de documento normativo de Governança Corporativa da Ebserh	Normativo de Governança Corporativa da Ebserh	GT	21/08/2023	20/11/2023
5.3	Elaboração de Manual de boas práticas de governança da Ebserh	Manual de boas práticas de governança da Ebserh	GT	21/08/2023	20/11/2023
5.4	Definição de fluxos e processos a serem transformados ou implementados	Relação de fluxos e processos a serem transformados ou implementados	GT	11/09/2023	20/11/2023
5.5	Definição de indicadores a serem monitorados/implementados	Relação de indicadores a serem monitorados ou implementados	GT	11/09/2023	20/11/2023
5.6	Deliberação sobre o modelo	Documento que formaliza o modelo (com manual, processos, fluxos, planos, papeis, diretrizes etc)	DIREX/CA	27/11/2023	07/12/2023
Versão: 0 Data de criação da ficha do projeto: Última atualização: 28/11/2022 11:54					

Elaboração de Plano de Gerenciamento de Infraestrutura e Apoio Logístico em Hotelaria para Hospitais de Ensino

4.02

Objetivo do projeto	Informações do projeto			
<i>Estabelecer processo para o desenvolvimento sustentável e planejado para os Hospitais da Rede Ebserh, no que tange ao gerenciamento de diretrizes, ferramentas e conhecimento para o aprimoramento contínuo da infraestrutura física, tecnológica e o apoio logístico da hotelaria hospitalar, visando ofertar atendimento assistência adequado, bem como promover ambientes qualificados para ensino e pesquisa.</i>	■Área Responsável: DAI			
	■Gerente do Projeto: Ramon Nascimento Sousa			
	■Chefia imediata: Márcio Luis Borsio			
	■Áreas envolvidas: DAS, DVPE, DTI, Presidência (CFP e CPIT)			
	■Início: 01/2020			
Escopo	■Fim: 12/2023			
	Indicadores			
	■Número de estudos e manuais de infraestrutura física, tecnológica e apoio logístico de hotelaria			
	■Número de hospitais com Plano Diretor Físico Hospitalar elaborados.			
	■Número de ordens de serviços emitidas para projetos de arquitetura e engenharia			
<i>Definir e implementar um processo de etapas para o desenvolvimento sustentável e planejado dos HUs, visando garantir produtos de conhecimento técnico, produtos que direcionem o crescimento, ferramentas de execução e padronização do planejamento, bem como dispor meios para a viabilidade financeira das propostas correlacionadas às temáticas do Projeto.</i> <i>Todos os participantes desses produtos terão a responsabilidade de fiscalizar os consultores e empresa contratada na elaboração dos manuais, no que tange ao conteúdo exposto, para que alcancem o objetivo do contrato, que é a padronização de procedimentos na rede Ebserh, concernente a manutenção predial, contratação e fiscalização de obras, parâmetro de projeto, plano diretor físico hospitalar, boas práticas de hotelaria hospitalar, gerenciamento de resíduos, manutenção de equipamentos médicos e gestão de viabilidade de contratação de serviços terceirizados nas áreas temáticas correlacionadas neste Projeto.</i> <i>Referência: Processo SEI 23477.003961/2020-27; Ficha 9393579</i>	■ Percentuais de hospitais com Planos de Investimentos elaborados.			
	Custo estimado			
	R\$ 230 milhões			
	Principais riscos	Prob.	Imp.	Grau

Cronograma de marcos		
Macroatividade	Entregável	Data
<i>Estabelecer diretrizes de infraestrutura física, tecnológica e para o apoio logístico de hotelaria hospitalar adequados para a prática assistencial, de ensino e pesquisa nos HUFs.</i>	<i>Manual de Manutenção Predial Hospitalar</i>	<i>jun/21</i>
	<i>Manual de Parâmetros projetuais</i>	<i>jun/21</i>
	<i>Manual de Contratação e Fiscalização de Obras Hospitalares</i>	<i>ago/21</i>
	<i>Manual de Plano Diretor Físico Hospitalar</i>	<i>jun/21</i>
	<i>Manual Sistematização de Práticas de Hotelaria Hospitalar</i>	<i>jun/21</i>
	<i>Manual de Planejamento do Gerenciamento de Resíduos de Saúde</i>	<i>jun/21</i>
	<i>Manual de Manutenção de Equipamentos Médicos</i>	<i>jul/21</i>
	<i>Manual de Estudo de Viabilidade para avaliação e contratação de serviços de apoio logístico</i>	<i>ago/21</i>
	<i>Estudo ou Manual 09</i>	<i>dez/22</i>
	<i>Estudo ou Manual 10</i>	<i>dez/23</i>
<i>Fazer Planos Diretores Físicos Hospitalares - PDFH</i>	<i>Planos Diretores Físicos Hospitalares (2021 a 2023)</i>	<i>dez/23</i>
<i>Elaborar projeto básico e executivo de arquitetura e engenharia das unidades assistenciais e apoio</i>	<i>Ordens de Serviço para elaboração de projetos de arquitetura e engenharia (2020 a 2023)</i>	<i>dez/23</i>
<i>Realizar estudo do investimento necessário para a adequação da Rede</i>	<i>Planos de Investimentos em infraestrutura física, tecnológica e apoio logístico de hotelaria hospitalar (2020 a 2023)</i>	<i>dez/23</i>

Estruturação de Complexos Hospitalares da Rede Ebserh 4.03

Objetivo do projeto	Informações do projeto			
<i>Centralização da administração das unidades hospitalares vinculadas a uma mesma Universidade, com o objetivo de otimizar processos, eliminar redundâncias e racionalizar gastos, visando a eficiência operacional.</i>	■Área Responsável: Vice-Presidência			
	■Gerente do Projeto: Francisco Ítalo Lopes França			
	■Chefia imediata: Leandro Ambrósio			
	■Áreas envolvidas: VP, DGP, DEPAS, DTI, DOF e DAI			
	■Início: Outubro de 2020			
	■Fim: Dezembro de 2023			
Escopo	Indicadores			
<i>1. Implementação dos Complexos Hospitalares da Rede Ebserh a partir da definição de um documento com as diretrizes que serão referência para a Rede e que subsidiam, para cada hospital: i) a preparação de proposta de estrutura organizacional; ii) o diagnóstico situacional dos hospitais do complexo; iii) a definição de estratégia de implementação do complexo.</i> <i>Além desses produtos de planejamento, o projeto contempla a migração para a nova arquitetura de Complexos Hospitalares das seguintes unidades:</i> <i>-Hospitais piloto: Hospitais Universitários da UFS (HU-UFS e HUL-UFS);</i> <i>-Hospitais elegíveis: Huac-UFCG, HUJB-UFCG, Hupes-UFBA, MCO-UFBA, Huol-UFRN, MEJC-UFRN e Huab-UFRN.</i> <i>2. Implementação da nova estrutura organizacional aprovada pela Sest/ME para os atuais complexos: CH-UFC e CHC-UFPR.</i> <i>3. Implementação da nova estrutura organizacional aprovada pela Sest/ME para os seguintes hospitais separadamente (não complexos): Hupes-UFBA, MCO-UFBA, Huol-UFRN, MEJC-UFRN e Huab-UFRN.</i> <i>Não escopo desse projeto: Complexo da UFPA (CHU-UFPA)</i>	<i>Variação do gasto com a operação do Complexo</i> <i>Percentual de processos centralizados no Complexo</i>			
	Custo estimado			
	Principais riscos	Prob.	Imp.	Grau
	<i>Falta de anuência da Reitoria sobre a migração para o modelo de complexo hospitalar</i>	3	3	9
	<i>Atraso no tempo de resposta da Sest-ME em relação às propostas de alteração do quadro de FG e CC</i>	3	3	9

Cronograma de marcos		
Macroatividade	Entregável	Data
Elaborar proposta inicial de estrutura organizacional dos complexos	Estrutura organizacional dos complexos	set/21
Elaborar Diretrizes para Implementação de Complexos Hospitalares - DICH	Documento de Diretrizes para Implementação	dez/22
Fase I - Implantação da Estrutura Intermediária em alinhamento com aprovação Sest		
-Implementar estrutura organizacional intermediária nos HUFs da UFCG	Estrutura organizacional dos hospitais implementada	dez/22
-Implementar estrutura organizacional intermediária nos HUFs da UFBA	Estrutura organizacional dos hospitais implementada	dez/22
-Implementar estrutura organizacional intermediária nos HUFs da UFRN	Estrutura organizacional dos hospitais implementada	dez/22
-Implementar estrutura organizacional intermediária no CHC-UFPR	Estrutura organizacional do complexo implementada	dez/22
-Ajustar estrutura organizacional do CH-UFC	Estrutura organizacional do complexo implementada	dez/22
Fase II - Implementação da Estrutura Completa dos Complexos		
CHU-UFS: Complexo Hospitalar da UFS		
-Elaborar proposta de estrutura do Complexo	Proposta de estrutura organizacional	set/21
-Aprovar proposta de estrutura do Complexo	Autorização Reitoria, Direx e CA	out/21
-Autorizar implementação do novo quadro de CC e FG do Complexo	Autorização Sest/ME	jun/22
-Realizar diagnóstico situacional dos HUFs utilizando as DICH	Documento de Diagnóstico Situacional	dez/22
-Elaborar estratégia de implementação do Complexo	Fases e cronograma de implementação	fev/23
-Implementar estrutura organizacional do Complexo	Estrutura organizacional do complexo implementada	jun/23
CHU-UFCG: Complexo Hospitalar da UFCG		
-Elaborar proposta de estrutura do Complexo	Proposta de estrutura organizacional	mar/22
-Aprovar proposta de estrutura do Complexo	Autorização Reitoria, Direx e CA	dez/22
-Autorizar implementação do novo quadro de CC e FG do Complexo	Autorização Sest/ME	abr/23
-Realizar diagnóstico situacional dos HUFs utilizando as DICH	Documento de Diagnóstico Situacional	jun/23
-Elaborar estratégia de implementação do Complexo	Fases e cronograma de implementação	jul/23
-Autorizar implementação do novo quadro de CC e FG do Complexo	Estrutura organizacional do complexo implementada	dez/23
Demais Complexos		
-Elaborar proposta de estrutura do CHU-UFBA	Proposta de estrutura organizacional elaborada	dez/23
-Elaborar proposta de estrutura do CHU-UFRN	Proposta de estrutura organizacional elaborada	dez/23
-Elaborar proposta de estrutura do CHC-UFPR	Proposta de estrutura organizacional elaborada	dez/23
-Reavaliar estrutura do CH-UFC	Proposta de estrutura organizacional elaborada	dez/23

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		FICHA DO PROJETO					Versão
		TIPO:	Projeto estratégico	UNIDADE:	VP	CÓD:	
IDENTIFICAÇÃO							
Nome do projeto:	Implementação da Gestão por Processos na Rede Ebserh						
Gerente do projeto:	Pedro Ferreira						
Gerente do portfólio:	SGP/CEIC/VP						
Área responsável:	SGPS/CEIC/VP						
Data de início do projeto:	04/2021						
Data de término do projeto:	12/2023						
Tema estratégico:	4.01 Processos e tecnologia						
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Número de hospitais da Rede com Escritório de Processos instituído						
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	N/A						
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	N/A						
Macroproblema:	Dificuldades para avançar na implantação da cultura de gestão por processos na Rede.						
Causa raiz:	Dificuldade em estabelecer a priorização e a condução de iniciativas de gestão e melhoria contínua de processos em Rede.						
Objetivo do projeto	Implantar a Gestão por Processos na Rede, alinhada à estratégia organizacional, por meio da estruturação de Escritórios de Processos e definição de uma notação e metodologia comum para toda a Rede.						

CRONOGRAMA DE MARCOS					
Cód. da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Responsável	Data de início	Data limite
1	Diretrizes				
1.1	Realizar a atualização da Cadeia de Valor	Cadeia de Valor da Rede Ebserh atualizada	SGPS/CEIC/VP	01/01/2023	31/12/2023
1.2	Estabelecer as fases e atividades necessárias para o desenvolvimento de iniciativas de Gestão de Processos no HUF	Ciclo de Gestão de Processos da Rede	SGPS/CEIC/VP	01/01/2022	30/06/2022
1.3	Definir uma Política de Gestão por Processos.	Política de Gestão por Processos da Rede Ebserh	SGPS/CEIC/VP	01/10/2022	30/03/2023
2	Estruturação dos Escritórios de Processos				
2.1	Estabelecer uma portaria padrão para instituição de Escritórios de Processos	Portaria Modelo de criação dos Escritórios de Processos da Rede Ebserh	SGPS/CEIC/VP	01/04/2021	30/07/2021
2.2	Estabelecer a Minuta padrão do Regimento dos Escritórios de Processos	Minuta do Regimento Interno Modelo para os Escritórios de Processos	SGPS/CEIC/VP	01/04/2021	30/07/2021
2.3	Instituir o Escritório de Processo da Administração Central	Escritório de Processos da Administração Central instituído	SGPS/CEIC/VP	01/10/2022	31/12/2022
2.4	Induzir a instituição de Escritórios de Processos nos HUFs	Escritórios de Processos dos HUFs instituídos	SGPS/CEIC/VP	01/01/2021	31/12/2023
3	Capacitação				
3.1	Contratar e disponibilizar capacitação em Notação de Gerenciamento de Processos de Negócio (BPMN)	Formação de facilitadores em BPMN na Rede Ebserh	SGPS/CEIC/VP	01/03/2022	30/03/2022
		Capacitação padrão em Notação de Gerenciamento de Processos de Negócio na plataforma 3EC	SGPS/CEIC/VP	01/04/2022	31/12/2022
3.2	Contratar e disponibilizar capacitação em Notação de Gerenciamento de Processos de Negócio (BPMN)	Formação de facilitadores no Ciclo BPM Rede Ebserh	SGPS/CEIC/VP	01/04/2022	30/04/2022
		Capacitação padrão do Ciclo BPM da Rede Ebserh na plataforma 3EC	SGPS/CEIC/VP	01/05/2022	31/12/2022
3.3	Realizar 2(duas) Capacitações em BPMN para as diretorias e hospitais com Escritório de Processos	Membros dos Escritórios de Processos capacitados em BPMN;	SGPS/CEIC/VP	01/01/2023	31/12/2023
3.4	Realizar 2(duas) Capacitações do Ciclo BPM da Ebserh para as diretorias e hospitais com Escritório de Processos	Membros dos Escritórios de Processos capacitados no Ciclo BPM da Ebserh;	SGPS/CEIC/VP	01/01/2023	31/12/2023
4	Automação de Processos				
4.1	Contratar solução de automação de processos para a Ebserh	Solução de BPMS contratada.	SGPS/CEIC/VP	01/01/2023	31/12/2023
4.2	Estabelecer metodologia para automação de processos utilizando a ferramenta BPMS	Metodologia para automação de processos, utilizando a ferramenta BPMS, elaborada.	SGPS/CEIC/VP	01/01/2023	31/12/2023
Versão:	0	Data de criação da ficha do projeto:	Última atualização:	28/11/2022 11:56	

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		FICHA DO PROJETO						Versão
		TIPO:	Projeto estratégico	UNIDADE:	DGP	CÓD:		P505
IDENTIFICAÇÃO								
Nome do projeto:	Melhoria da percepção do clima orgnizacional							
Gerente do projeto:	Eloá Todarelli Junqueira							
Gerente do portfólio:	SGP/CEIC/VP							
Área responsável:	CDP/DGP							
Data de início do projeto:	01/2023							
Data de término do projeto:	12/2023							
Tema estratégico:	5.01 Pessoas							
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Número de HUFs com plano de melhoria da percepção do clima organizacional							
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto								
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto								
Macroproblema:	Limitações constatadas a partir da avaliação de percepção do empregado em relação à valorização e reconhecimento por parte da empresa.							
Causa raiz:	Poucas ações estruturadas para promoção do reconhecimento e valorização dos colaboradores.							
Objetivo do projeto	Estruturar os processos de gestão do clima organizacional, da análise dos pontos de atenção identificados na pesquisa de clima organizacional aplicada em 2022 e da elaboração dos planos de ação junto aos HUFs para melhoria da percepção do clima organizacional.							

CRONOGRAMA DE MARCOS					
Cód. da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Responsável	Data de início	Data limite
1		Processos			
1.1	Elaborar fluxos dos processos de gestão do clima: aplicação do questionário, análise dos resultados, planos de melhoria e monitoramento	Fluxos dos processos de gestão da percepção do clima organizacional	CDP/DGP	01/02/2023	30/04/2023
1.2	Elaborar modelos de diagnóstico, de planos de ação e de monitoramento, a nível da Rede e dos HUFs	Modelos de planos de ação e de monitoramento	CDP/DGP	01/05/2023	30/05/2023
2		Plano de melhoria para Rede			
2.1	Analisar resultados da pesquisa de clima a nível de Rede	Diagnóstico de pontos críticos sobre o clima organizacional a nível de Rede	CDP/DGP	01/06/2023	30/07/2023
2.2	Elaborar plano de melhoria de percepção do clima organizacional para a Rede Ebserh	Plano de melhoria de percepção do clima organizacional para Rede	CDP/DGP	01/08/2023	30/09/2023
3		Planos de melhoria para grupo de HUFs piloto			
3.1	Analisar resultados da pesquisa de clima a nível local	Diagnóstico de pontos críticos sobre o clima organizacional a nível local	CDP/DGP	01/06/2023	30/07/2023
3.2	Realizar oficinas de levantamento de pontos críticos de percepção do clima organizacional por hospital	Relatório de pontos críticos de percepção do clima organizacional do hospital	CDP/DGP	01/06/2023	30/10/2023
3.3	Elaborar planos de melhoria de percepção do clima organizacional por hospital	Planos de melhoria de percepção do clima organizacional por hospital	CDP/DGP	01/06/2023	30/10/2023
Versão: 0		Data de criação da ficha do projeto:		Última atualização:	28/11/2022 11:54

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		FICHA DO PROJETO						Versão
		TIPO:	Projeto estratégico	UNIDADE:	DEPAS	CÓD:		P411
IDENTIFICAÇÃO								
Nome do projeto:	Diagnóstico do acervo de prontuários físicos dos hospitais da Rede Ebserh							
Gerente do projeto:	Fábio Campelo Santos da Fonseca Ribeiro							
Gerente do portfólio:	SGP/CEIC/VP							
Área responsável:	SRA/CGC/DEPAS							
Data de início do projeto:	03/2022							
Data de término do projeto:	12/2023							
Tema estratégico:	4.01 Processos e tecnologia							
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto	Quantidade de hospitais com diagnóstico arquivístico realizado							
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto								
Indicador estratégico/local impactado pelo projeto								
Macroproblema:	Condições inadequadas de armazenamento e de conhecimento/controlado sobre o conteúdo dos prontuários físicos, gerando riscos de segurança da informação.							
Causa raiz:	Ausência de políticas, investimentos, conhecimento e visão de médio e longo prazo para qualificação e modernização da gestão de documentos clínicos na Ebserh.							
Objetivo do projeto	Estruturar a primeira etapa da modernização da gestão do acervo de prontuários físicos em todos os hospitais da Rede Ebserh.							

CRONOGRAMA DE MARCOS

Cód. da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Responsável	Data de início	Data limite
		Contratação de Empresa Especializada			
1.1		Estudo Técnico Preliminar	Equipe de Planejamento da Contratação	20/04/2022	27/10/2022
1.2		Termo de Referência	Equipe de Planejamento da Contratação	29/06/2022	27/10/2022
1.3		Licitação	SCL/CAD/DAI	01/11/2022	01/02/2023
1.4		Contratação	SCC/CAD/DAI	02/02/2023	01/03/2023
2		Capacitação			
2.1		Curso de Capacitação para membros das Comissões Permanentes de Avaliação de Documentos	Empresa Contratada	02/03/2023	30/06/2023
2.2		Curso de Capacitação para membros das Comissões de Revisão de Prontuários	Empresa Contratada	02/03/2023	30/06/2023
		Planejamento			
3.1		Plano de Inicialização - Preparação dos HUFs	Empresa Contratada	02/03/2023	31/05/2023
3.2		Diagnóstico Arquivístico dos HUFs da Rede	Empresa Contratada	03/04/2023	20/12/2023
3.3		Plano de Ação da 2ª fase do Projeto	Empresa Contratada	31/07/2023	20/12/2023
Versão:	0	Data de criação da ficha do projeto: 10/10/2022 00:00	Última atualização:	28/11/2022 11:55	