

**IDENTIFICAÇÃO**


<b>Nome do Indicador</b>	Número de Linhas de Cuidado criadas
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador mede o desempenho do projeto no estabelecimento de Linhas de Cuidado para os hospitais do complexo. As Linhas de Cuidado são um importante instrumento de organização dos processos assistenciais. Tal falta de organização foi apontada com um macroproblema da instituição, reflexo de fragilidades das normas e processos existentes, ausência de fluxo do paciente, comunicação ineficiente. E, isso impacta na capacidade da instituição em atender às demandas e expectativas do SUS em termos de volume de procedimentos e serviços prestados.
<b>Periodicidade da coleta</b>	Mensal
<b>Periodicidade da análise</b>	Bimensal
<b>Responsável pela coleta</b>	SAGUNI
<b>Responsável pela validação</b>	SAGUNI
<b>Responsável pela análise</b>	DGC
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Soma do número de Linhas de Cuidado criadas
<b>Unidade de medida</b>	Número Absoluto
<b>Limite</b>	1 ► ◀ 3
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor
<b>Parâmetros</b>	# Valores mais altos indicam um maior grau de organização dos fluxos e processos assistenciais, demonstrando eficácia da gestão e operação do hospital na oferta de serviços de saúde. # Valores abaixo dos limite podem indicar a necessidade de revisão das estratégias de gestão e operação para aumentar a eficiência e o cumprimento das metas estabelecidas no PDE.
<b>Meta 2025</b>	0
<b>Meta 2026</b>	1
<b>Meta 2027</b>	2
<b>Meta 2028</b>	3


IDENTIFICAÇÃO


<b>Nome do Indicador</b>	Proporção de consultas de primeira vez ofertadas para regulação
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador mede a proporção de primeiras consultas oferecidas pelos hospitais do complexo que são direcionadas para a regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é importante para avaliar o compromisso da instituição com o atendimento de pacientes provenientes do sistema de saúde, garantindo o acesso equitativo aos serviços oferecidos pelos hospitais. Além disso, monitorar a proporção de primeiras consultas destinadas à regulação SUS ajuda a avaliar a eficácia das políticas de acesso e priorização de atendimento implementadas.
<b>Periodicidade da coleta</b>	Mensal
<b>Periodicidade da análise</b>	Bimensal
<b>Responsável pela coleta</b>	UGPIA
<b>Responsável pela validação</b>	UGPIA
<b>Responsável pela análise</b>	STCOR
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados.
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número de primeiras consultas oferecidas para regulação SUS} / \text{Total de consultas realizadas}) \times 100$
<b>Unidade de medida</b>	Percentual (%)
<b>Limite</b>	12% ► ◀ 15%
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor
<b>Parâmetros</b>	# Valores mais altos indicam um maior compromisso do hospital com o atendimento de pacientes do SUS, promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde. # Valores abaixo do esperado podem indicar a necessidade de revisão das políticas de acesso e priorização de atendimento para garantir uma distribuição mais equitativa das consultas. # Aumentar 20% ao ano, levando em consideração o resultado alcançado no ano anterior.
<b>Meta 2025</b>	30%
<b>Meta 2026</b>	30%
<b>Meta 2027</b>	30%
<b>Meta 2028</b>	30%

**IDENTIFICAÇÃO**

<b>Nome do Indicador</b>	Tempo entre indicação cirúrgica e realização da cirurgia
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador mede o tempo médio decorrido entre a entrada de um paciente no hospital e o início do tratamento cirúrgico. Ele é fundamental para avaliar a eficiência dos processos de triagem, avaliação, agendamento e realização de cirurgias. O tempo de espera para o tratamento cirúrgico pode influenciar diretamente o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes, tornando esse indicador crucial para uma gestão hospitalar eficaz.
<b>Periodicidade da coleta</b>	Mensal
<b>Periodicidade da análise</b>	Bimensal
<b>Responsável pela coleta</b>	DADT
<b>Responsável pela validação</b>	DADT
<b>Responsável pela análise</b>	DGC
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados.
<b>Fórmula de cálculo</b>	(Soma dos tempos de espera de todos os pacientes cirúrgicos / Número total de pacientes que realizaram cirurgia)
<b>Unidade de medida</b>	Número de dias
<b>Limite</b>	5 ► ◀ 20
<b>Polaridade</b>	Quanto menor melhor
<b>Parâmetros</b>	# Valores mais baixos indicam um tempo mais curto para realização do procediment cirúrgico, o que pode estar associado a uma melhor gestão dos fluxos de pacientes. # Valores mais altos podem indicar a necessidade de revisão e otimização dos processos de triagem, avaliação e encaminhamento de pacientes cirúrgicos. # Reduzir 5 dias ao ano, levando em consideração o resultado alcançado no ano anterior.
<b>Meta 2025</b>	20
<b>Meta 2026</b>	15
<b>Meta 2027</b>	10
<b>Meta 2028</b>	5

 <b>EBSERH</b> HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	<b>FICHA DO INDICADOR</b>			<b>VERSÃO</b>	
				1.0	
	<b>TEMA ESTRATÉGICO:</b>	Sociedade (assistência)	<b>UNIDADE:</b>	CH-UFRJ	<b>CÓDIGO:</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>					
<b>Nome do Indicador</b>	Tempo entre diagnóstico e tratamento de câncer				
<b>Descrição e Justificativa</b>	<p>O indicador mede o tempo médio decorrido entre a entrada de um paciente oncológico de um hospital e o início do tratamento. Ele é crucial para avaliar a eficiência dos processos de triagem, avaliação e encaminhamento de pacientes com câncer, bem como para garantir que o tratamento seja iniciado de maneira oportuna. O tempo de espera para o início do tratamento pode ter um impacto significativo no prognóstico e na qualidade de vida dos pacientes com câncer, tornando esse indicador fundamental para a gestão da oncologia clínica.</p>				
<b>Periodicidade da coleta</b>	Mensal				
<b>Periodicidade da análise</b>	Bimensal				
<b>Responsável pela coleta</b>	DADT				
<b>Responsável pela validação</b>	DADT				
<b>Responsável pela análise</b>	DGC				
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados.				
<b>Fórmula de cálculo</b>	(Soma dos tempos de espera de todos os pacientes com câncer / Número total de pacientes com câncer que iniciaram tratamento)				
<b>Unidade de medida</b>	Número de dias				
<b>Limite</b>	0 ► ◀ 60				
<b>Polaridade</b>	Quanto menor melhor				
<b>Parâmetros</b>	<p># Valores mais baixos indicam um tempo mais curto para o início do tratamento, o que pode estar associado a uma melhor gestão dos fluxos de pacientes e a uma resposta mais ágil aos casos de câncer.</p> <p># Valores mais altos podem indicar a necessidade de revisão e otimização dos processos de triagem, avaliação e encaminhamento de pacientes na oncologia clínica.</p> <p># Reduzir 10% ao ano, levando em consideração o resultado alcançado no ano anterior.</p>				
<b>Meta 2025</b>	60				
<b>Meta 2026</b>	60				
<b>Meta 2027</b>	60				
<b>Meta 2028</b>	60				

	<b>FICHA DO INDICADOR</b>				<b>VERSÃO</b>
					1.0
	<b>TEMA ESTRATÉGICO:</b>	Sociedade (ensino)	<b>UNIDADE:</b>	CH-UFRJ	<b>CÓDIGO:</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>					
<b>Nome do Indicador</b>	Percentual de unidades acadêmicas com Termo de Cooperação Técnica (TCT) aprovadas com o CH-UFRJ				
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador mede a proporção de unidades acadêmicas da UFRJ com Termo de Cooperação Técnica (TCT) aprovadas com o complexo hospitalar. A interação entre as unidades acadêmicas e os hospitais da instituição é crucial para o desenvolvimento das atividades práticas de ensino e, portanto, para a formação dos futuros profissionais de saúde. Ter bem definidos os papéis e responsabilidades, com as devidas contrapartidas, em um instrumento bilateral facilita e organiza os processos de trabalho. Este indicador contribui para melhoria da integração entre os institutos e os hospitais do complexo hospitalar, cuja falta foi indicada como macroproblema.				
<b>Periodicidade da coleta</b>	Quadrimestral				
<b>Periodicidade da análise</b>	Quadrimestral				
<b>Responsável pela coleta</b>	UGES				
<b>Responsável pela validação</b>	UGES				
<b>Responsável pela análise</b>	SEGE				
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: Banco de dados da UGES (Planilha)				
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número unidades acadêmicas da UFRJ com TCT aprovado} / \text{Total de unidades acadêmicas com atividades práticas nos hospitais do complexo}) \times 100$				
<b>Unidade de medida</b>	Percentual (%)				
<b>Limite</b>	N/A				
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor				
<b>Parâmetros</b>	<p># Valores mais altos indicam uma maior integração, o que pode contribuir para uma melhor qualidade do ensino e da formação de profissionais de saúde.</p> <p># Valores abaixo do esperado podem indicar a necessidade de apoio institucional ao processo de negociação dos termos do compromisso entre as partes.</p> <p># Aumentar 25% ao ano, levando em consideração o resultado alcançado no ano anterior.</p>				
<b>Meta 2025</b>	25%				
<b>Meta 2026</b>	50%				
<b>Meta 2027</b>	75%				
<b>Meta 2028</b>	100%				


 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	<b>FICHA DO INDICADOR</b>				<b>VERSÃO</b>
					1.0
	<b>TEMA ESTRATÉGICO:</b>	Sociedade (ensino)	<b>UNIDADE:</b>	CH-UFRJ	<b>CÓDIGO:</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>					
<b>Nome do Indicador</b>	Número de ações de integração entre unidades acadêmicas e o CH-UFRJ				
<b>Descrição e Justificativa</b>	<p>O indicador dimensiona o número de ações de integração entre as unidades acadêmicas da UFRJ e os hospitais do complexo hospitalar. São consideradas ações de integração qualquer iniciativa em que o Setor de Gestão do Ensino (SEGE/SUPEP/CH-UFRJ) proporcione em apoio às unidades acadêmicas, como reuniões com as direções das Unidades de Ensino e/ou com alunos; participações na Congregação ou outras instâncias, apoio ao Teste de Progresso ou ENAMED ou ENARE, cursos sobre avaliação, oficinas de capacitação docente, apoio a simpósios. Para atuação no macroproblema de falta de integração entre os institutos, foi definida a implantação do Fórum Permanente no SEGE/SUPEP/CH-UFRJ. Este fórum será responsável pelo desenvolvimento de ações de integração entre os hospitais do complexo e os institutos da UFRJ. Neste sentido, o indicador reflete o progresso dos trabalhos deste fórum.</p>				
<b>Periodicidade da coleta</b>	Quadrimestral				
<b>Periodicidade da análise</b>	Quadrimestral				
<b>Responsável pela coleta</b>	UGES				
<b>Responsável pela validação</b>	UGES				
<b>Responsável pela análise</b>	SEGE				
<b>Forma de Validação</b>	<p>A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados.          Extração: Banco de dados do Fórum Permanente/UGES (Planilha)</p>				
<b>Fórmula de cálculo</b>	Soma do número de ações de integração realizadas				
<b>Unidade de medida</b>	Número Absoluto				
<b>Limite</b>	2 ► ◀ 8				
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor				
<b>Parâmetros</b>	<p># Valores mais altos indicam uma maior integração, o que pode contribuir para uma melhor qualidade do ensino e da formação de profissionais de saúde.          # Valores abaixo do esperado podem indicar a necessidade de revisão das estratégias do projeto e do fórum permanente.</p>				
<b>Meta 2025</b>	2				
<b>Meta 2026</b>	4				
<b>Meta 2027</b>	6				
<b>Meta 2028</b>	8				

IDENTIFICAÇÃO

<b>Nome do Indicador</b>	Índice de satisfação dos docentes e preceptores
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador avalia o nível de satisfação dos docentes e preceptores nos hospitais do complexo. Os docentes são responsáveis pelas atividades acadêmicas teóricas e práticas em ambiente hospitalar. Avaliar a satisfação é crucial para garantir um ambiente propício ao aprendizado e à realização de atividades acadêmicas. Além disso, a satisfação dos docentes e preceptores pode impactar diretamente na qualidade da formação dos estudantes e residentes.
<b>Periodicidade da coleta</b>	Anual
<b>Periodicidade da análise</b>	Anual
<b>Responsável pela coleta</b>	OUV
<b>Responsável pela validação</b>	OUV
<b>Responsável pela análise</b>	SEGE
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: Painel Satisfação dos docentes e professores
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número de docentes e preceptores satisfeitos} / \text{Total de docentes e preceptores avaliados}) \times 100$
<b>Unidade de medida</b>	Percentual (%)
<b>Limite</b>	60% ► ◀ 80%
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor
<b>Parâmetros</b>	# Valores mais altos indicam um maior nível de satisfação dos docentes e preceptores, o que pode contribuir para uma melhor qualidade da formação acadêmica e do ambiente de trabalho. # Valores abaixo do esperado podem indicar pontos de melhorar para atender às expectativas e necessidades dos docentes e preceptores. # Aumentar 10% ao ano, levando em consideração o resultado alcançado no ano anterior.
<b>Meta 2025</b>	60%
<b>Meta 2026</b>	70%
<b>Meta 2027</b>	80%
<b>Meta 2028</b>	90%


IDENTIFICAÇÃO


<b>Nome do Indicador</b>	Número de Projetos de Pesquisa cadastrados nas unidades do CH-UFRJ
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador quantifica o número de pesquisas aprovadas nos hospitais do CH-UFRJ em um determinado período. O registro de pesquisas é fundamental para garantir a transparência, a ética e a qualidade das atividades de pesquisa, além de contribuir para a organização e a gestão eficaz das iniciativas de pesquisa. Monitorar o número de pesquisas pode fornecer insights sobre o volume e a diversidade das atividades de pesquisa em andamento no hospital, bem como indicar o comprometimento da instituição com a pesquisa científica.
<b>Periodicidade da coleta</b>	Mensal
<b>Periodicidade da análise</b>	Trimestral
<b>Responsável pela coleta</b>	UGPESQ
<b>Responsável pela validação</b>	UGPESQ
<b>Responsável pela análise</b>	SEGE
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: Banco de dados da UGPESQ (Planilha)
<b>Fórmula de cálculo</b>	Soma do número de pesquisas registradas no período
<b>Unidade de medida</b>	Número Absoluto
<b>Limite</b>	50 ► ◀ 100
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor
<b>Parâmetros</b>	# Valores mais altos indicam um maior volume de atividades de pesquisa e um maior comprometimento com a promoção da pesquisa científica no hospital universitário. # Valores abaixo do esperado podem indicar a necessidade de promover a conscientização sobre a importância do registro de pesquisas entre os pesquisadores e melhorar os processos de monitoramento e documentação das atividades de pesquisa. # Aumentar 10% ao ano, levando em consideração o resultado alcançado no ano anterior.
<b>Meta 2025</b>	60
<b>Meta 2026</b>	70
<b>Meta 2027</b>	80
<b>Meta 2028</b>	90


 <b>EBSERH</b> HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	<b>FICHA DO INDICADOR</b>				<b>VERSÃO</b>
					1.0
	<b>TEMA ESTRATÉGICO:</b>	Sociedade (pesquisa)	<b>UNIDADE:</b>	CH-UFRJ	<b>CÓDIGO:</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>					
<b>Nome do Indicador</b>	Número de pessoas envolvidas (técnicos, professores, pacientes, alunos) em Projetos de Pesquisa				
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador quantifica o número de pessoas envolvidas em projetos de pesquisa desenvolvidos nos hospitais do CH-UFRJ. O número de pessoas envolvido em pesquisa reflete o grau de maturidade institucional quanto ao desenvolvimento de uma cultura de pesquisa. Monitorar o número de pessoas envolvidas é importante para compreender se a missão institucional dos hospitais de ensino está capilarizada junto a seus colaboradores.				
<b>Periodicidade da coleta</b>	Mensal				
<b>Periodicidade da análise</b>	Trimestral				
<b>Responsável pela coleta</b>	UGPESQ				
<b>Responsável pela validação</b>	UGPESQ				
<b>Responsável pela análise</b>	SGPITS				
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: Banco de dados da UGPESQ (Planilha)				
<b>Fórmula de cálculo</b>	Soma do número de pessoas envolvidas com pesquisa no período				
<b>Unidade de medida</b>	Número Absoluto				
<b>Limite</b>	100 ► ◀ 500				
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor				
<b>Parâmetros</b>	# Valores mais altos indicam um maior volume de atividades de pesquisa e um maior comprometimento com a promoção da pesquisa científica no hospital universitário. # Valores abaixo do esperado podem indicar a necessidade de promover a conscientização sobre a importância do registro de pesquisas entre os pesquisadores e melhorar os processos de monitoramento e documentação das atividades de pesquisa. # Aumentar 100% ao ano.				
<b>Meta 2025</b>	100				
<b>Meta 2026</b>	200				
<b>Meta 2027</b>	300				
<b>Meta 2028</b>	400				


IDENTIFICAÇÃO


<b>Nome do Indicador</b>	Percentual de Satisfação dos envolvidos em Pesquisa
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador mede o nível de satisfação dos pesquisadores que realizam atividades de pesquisa no hospital. Avaliar a satisfação dos pesquisadores é essencial para compreender o ambiente de pesquisa, identificar pontos fortes e áreas de melhoria, e promover um ambiente propício à produção científica e à inovação. Além disso, a satisfação dos pesquisadores pode influenciar na retenção de talentos, na produtividade científica e na reputação do hospital como instituição de pesquisa.
<b>Periodicidade da coleta</b>	Anual
<b>Periodicidade da análise</b>	Anual
<b>Responsável pela coleta</b>	SGPITS
<b>Responsável pela validação</b>	SGPITS
<b>Responsável pela análise</b>	SGPITS
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: Banco de dados da pesquisa (Planilha)
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número de pesquisadores satisfeitos} / \text{Total de pesquisadores avaliados}) \times 100$
<b>Unidade de medida</b>	Percentual (%)
<b>Limite</b>	60% ► ◀ 80%
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor
<b>Parâmetros</b>	# valores mais altos indicam um maior nível de satisfação dos pesquisadores com o ambiente de pesquisa do hospital universitário, o que pode contribuir para uma maior produtividade científica e uma melhor reputação institucional. # Valores abaixo do esperado podem indicar áreas em que o hospital precisa melhorar as condições de trabalho, oferecer mais suporte institucional e recursos, e criar mais oportunidades de desenvolvimento para os pesquisadores. # Aumentar 10% ao ano, levando em consideração o resultado alcançado no ano anterior
<b>Meta 2025</b>	60%
<b>Meta 2026</b>	70%
<b>Meta 2027</b>	80%
<b>Meta 2028</b>	90%


 <b>EBSERH</b> <small>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</small>	FICHA DO INDICADOR				VERSÃO	
					1.0	
	<b>TEMA ESTRATÉGICO:</b>	Responsabilidade ambiental, social e governança	<b>UNIDADE:</b>	CH-UFRJ	<b>CÓDIGO:</b>	4.1
IDENTIFICAÇÃO						
<b>Nome do Indicador</b>	Número de ações de sustentabilidade implementadas					
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador mede o número de ações de sustentabilidade implementadas nos hospitais do CH-UFRJ. Tais ações incluem diretrizes, normas e regulamentos para promover a sustentabilidade e a preservação ambiental. Monitorar a implementação dessas ações é fundamental para garantir a gestão responsável dos recursos naturais e o cumprimento das normativas legais relacionadas ao meio ambiente.					
<b>Periodicidade da coleta</b>	Mensal					
<b>Periodicidade da análise</b>	Trimestral					
<b>Responsável pela coleta</b>	DLIH					
<b>Responsável pela validação</b>	DLIH					
<b>Responsável pela análise</b>	SEGOV					
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: Banco de dados do DLIH (Planilha)					
<b>Fórmula de cálculo</b>	Soma do número de ações de sustentabilidade implementadas					
<b>Unidade de medida</b>	Número Absoluto					
<b>Limite</b>	1 ► ◀ 4					
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor					
<b>Parâmetros</b>	# Valores mais altos indicam uma maior adesão às práticas de responsabilidade socioambiental, refletindo o compromisso do hospital com a sustentabilidade ambiental e o desenvolvimento sustentável. # Valores abaixo do esperado podem indicar áreas em que o hospital precisa melhorar sua conformidade com as práticas recomendadas, implementando ações corretivas e estratégias para promover a responsabilidade socioambiental.					
<b>Meta 2025</b>	1					
<b>Meta 2026</b>	2					
<b>Meta 2027</b>	3					
<b>Meta 2028</b>	4					


	FICHA DO INDICADOR				VERSÃO
					1.0
	TEMA ESTRATÉGICO:	Responsabilidade ambiental, social e governança	UNIDADE:	CH-UFRJ	CÓDIGO:
IDENTIFICAÇÃO					
Nome do Indicador	Número de ações de responsabilidade social implementadas				
Descrição e Justificativa	O indicador mede o número de ações de responsabilidade social implementadas nos hospitais do CH-UFRJ. Tais ações incluem diretrizes, normas e regulamentos para promover o compromisso social nas instituições públicas. Monitorar a implementação dessas ações é fundamental para garantir o engajamento com a comunidade.				
Periodicidade da coleta	Mensal				
Periodicidade da análise	Trimestral				
Responsável pela coleta	DLIH				
Responsável pela validação	DLIH				
Responsável pela análise	SEGOV				
Forma de Validação	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: Banco de dados do DLIH (Planilha)				
Fórmula de cálculo	Soma do número de ações de responsabilidade social implementadas				
Unidade de medida	Número Absoluto				
Limite	1 ► ◀ 4				
Polaridade	Quanto maior melhor				
Parâmetros	<p># Valores mais altos indicam uma maior adesão às práticas de responsabilidade sociais, refletindo o compromisso do hospital com o desenvolvimento sustentável.</p> <p># Valores abaixo do esperado podem indicar áreas em que o hospital precisa melhorar sua conformidade com as práticas recomendadas, implementando ações corretivas e estratégias para promover a responsabilidade socioambiental.</p>				
Meta 2025	1				
Meta 2026	2				
Meta 2027	3				
Meta 2028	4				


	FICHA DO INDICADOR				VERSÃO
					1.0
	TEMA ESTRATÉGICO:	Desenvolvimento institucional	UNIDADE:	CH-UFRJ	CÓDIGO:
IDENTIFICAÇÃO					
Nome do Indicador	Percentual de obras contratadas em relação ao previsto no Plano Diretor de Investimentos (PDI)				
Descrição e Justificativa	O indicador monitora a proporção de obras contratadas em relação ao planejado pelo complexo hospitalar. O acompanhamento da execução das obras em comparação com o planejado é essencial para garantir o cumprimento dos cronogramas, orçamentos e metas estabelecidos, além de identificar possíveis desvios que possam impactar a qualidade e o prazo de entrega das obras. Isso contribui para uma gestão mais eficiente dos recursos financeiros, materiais e humanos envolvidos nas obras dos hospitais do complexo hospitalar.				
Periodicidade da coleta	Trimestral				
Periodicidade da análise	Trimestral				
Responsável pela coleta	SIF				
Responsável pela validação	DLIH				
Responsável pela análise	SUPAD				
Forma de Validação	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: Arqmed				
Fórmula de cálculo	$(\text{total das obras contratadas} / \text{total previsto de obras}) \times 100$				
Unidade de medida	Percentual (%)				
Limite	N/A				
Polaridade	Quanto maior melhor				
Parâmetros	<p># Valores próximos a 100% indicam que as obras contratadas estão de acordo com o planejado, o que sugere uma boa gestão e execução dos projetos de construção no hospital universitário.</p> <p># Valores abaixo de 100% podem indicar atrasos, desvios orçamentários ou outras questões que precisam ser investigadas e corrigidas para garantir o cumprimento dos objetivos das obras.</p>				
Meta 2025	25%				
Meta 2026	50%				
Meta 2027	75%				
Meta 2028	100%				


	FICHA DO INDICADOR				VERSÃO	
					1.0	
	<b>TEMA ESTRATÉGICO:</b>	Desenvolvimento institucional	<b>UNIDADE:</b>	CH-UFRJ	<b>CÓDIGO:</b>	5.2
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>						
<b>Nome do Indicador</b>	Percentual de projetos de obras executados em relação aos projetos contratados					
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador monitora a proporção de obras executadas em relação ao contratado pelo complexo hospitalar. O acompanhamento da finalização das obras em comparação com o executado é essencial para garantir a qualidade das atividades finalísticas: assistência, ensino e pesquisa. Isso contribui para uma gestão mais eficiente dos recursos financeiros, materiais e humanos envolvidos nos processos dos hospitais do complexo hospitalar.					
<b>Periodicidade da coleta</b>	Anual					
<b>Periodicidade da análise</b>	Anual					
<b>Responsável pela coleta</b>	SIF					
<b>Responsável pela validação</b>	DLIH					
<b>Responsável pela análise</b>	SUPAD					
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: GETs					
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{total das obras contratadas} / \text{total previsto de obras}) \times 100$					
<b>Unidade de medida</b>	Percentual (%)					
<b>Limite</b>	N/A					
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor					
<b>Parâmetros</b>	# Valores próximos a 100% indicam que as obras executadas estão de acordo com o contratado, o que sugere uma boa gestão e execução dos projetos de construção no hospital universitário. # Valores abaixo de 100% podem indicar atrasos, desvios orçamentários ou outras questões que precisam ser investigadas e corrigidas para garantir o cumprimento dos objetivos das obras.					
<b>Meta 2025</b>	25%					
<b>Meta 2026</b>	50%					
<b>Meta 2027</b>	75%					
<b>Meta 2028</b>	100%					

 <small>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</small>	FICHA DO INDICADOR				VERSÃO
					1.0
	<b>TEMA ESTRATÉGICO:</b>	Desenvolvimento institucional	<b>UNIDADE:</b>	CH-UFRJ	<b>CÓDIGO:</b> 5.3
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>					
<b>Nome do Indicador</b>	Percentual de resolução em 30 dias dos chamados de manutenção predial				
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador mede a eficácia do serviço de manutenção predial em resolver os chamados de manutenção recebidos dentro de um determinado período. Ele fornece insights sobre a capacidade da equipe de manutenção em atender às necessidades de reparo e manutenção das instalações prediais, garantindo um ambiente seguro e funcional para pacientes, funcionários e visitantes. Uma alta porcentagem de resolução indica uma eficiência operacional adequada e um bom gerenciamento de recursos.				
<b>Periodicidade da coleta</b>	Mensal				
<b>Periodicidade da análise</b>	Trimestral				
<b>Responsável pela coleta</b>	SIF				
<b>Responsável pela validação</b>	DLIH				
<b>Responsável pela análise</b>	SUPAD				
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: GLPI				
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número de chamados resolvidas} / \text{Total de chamadas recebidas}) \times 100$				
<b>Unidade de medida</b>	Percentual (%)				
<b>Limite</b>	60% ► ◀ 85%				
<b>Polaridade</b>	Quanto maior melhor				
<b>Parâmetros</b>	<p># Valores mais altos indicam uma eficácia maior na resolução dos chamados de manutenção predial, o que sugere uma operação mais eficiente e uma melhor gestão de recursos.</p> <p># É importante estabelecer metas específicas de resolução de chamados com base nas necessidades e na capacidade da equipe de manutenção predial.</p> <p># Monitorar regularmente esse indicador ao longo do tempo permite identificar tendências e tomar medidas corretivas, se necessário, para melhorar a eficiência da manutenção predial.</p>				
<b>Meta 2025</b>	25%				
<b>Meta 2026</b>	50%				
<b>Meta 2027</b>	75%				
<b>Meta 2028</b>	100%				

 <b>EBSERH</b> <small>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</small>	FICHA DO INDICADOR				VERSÃO
					1.0
	TEMA ESTRATÉGICO:	Desenvolvimento institucional	UNIDADE:	CH-UFRJ	CÓDIGO:
IDENTIFICAÇÃO					
Nome do Indicador	Tempo médio de manutenção corretiva dos equipamentos médico-hospitalares				
Descrição e Justificativa	<p>O indicador avalia o tempo médio necessário para realizar a manutenção de equipamentos médico-hospitalares dentro de um determinado período. Ele fornece insights sobre a eficiência do departamento de manutenção na resolução de problemas e na garantia da disponibilidade operacional dos equipamentos. Um tempo médio de manutenção mais baixo indica uma resposta mais rápida e eficaz às necessidades de manutenção, o que contribui para a minimização de tempo de inatividade dos equipamentos e para a garantia da qualidade e segurança dos serviços de saúde prestados.</p>				
Periodicidade da coleta	Mensal				
Periodicidade da análise	Trimestral				
Responsável pela coleta	STEC				
Responsável pela validação	DLIH				
Responsável pela análise	SUPAD				
Forma de Validação	<p>A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados.            Extração: GETs</p>				
Fórmula de cálculo	$(\text{Tempo total de manutenção} / \text{número total de chamados de manutenção}) \times 100$				
Unidade de medida	Numero de dias				
Limite	30 ► ◀ 15				
Polaridade	Quanto menor melhor				
Parâmetros	<p># Um tempo médio de manutenção mais baixo indica uma eficiência maior na resolução de problemas e na restauração da operacionalidade dos equipamentos.</p> <p># É importante estabelecer metas específicas de tempo médio de manutenção com base nas necessidades operacionais e nas características dos equipamentos.</p> <p># Monitorar regularmente esse indicador permite identificar tendências e desvios em relação às metas estabelecidas, possibilitando a tomada de ações corretivas e a melhoria contínua dos processos de manutenção</p>				
Meta 2025	30				
Meta 2026	25				
Meta 2027	20				
Meta 2028	15				

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	FICHA DO INDICADOR				VERSÃO
	TEMA ESTRATÉGICO:	Sustentabilidade financeira	UNIDADE:	CH-UFRJ	CÓDIGO:
IDENTIFICAÇÃO					
<b>Nome do Indicador</b>	Tempo médio (meses) do processo de aquisição de insumos para os hospitais do CH-UFRJ				
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador mede o tempo médio decorrido entre a solicitação de aquisição de material médico-hospitalar e o formalização da ata de registro de preço. Ele é fundamental para avaliar a eficiência e a agilidade do processo de aquisição de materiais para o funcionamento das unidades de saúde. Um tempo médio de contratação mais curto indica uma gestão eficiente dos processos de licitação, análise, negociação e formalização de contratos, garantindo que os materiais necessários estejam disponíveis no menor tempo possível para atender às demandas dos pacientes e profissionais de saúde.				
<b>Periodicidade da coleta</b>	Trimestral				
<b>Periodicidade da análise</b>	Semestral				
<b>Responsável pela coleta</b>	UPDE				
<b>Responsável pela validação</b>	SAFS/SAD				
<b>Responsável pela análise</b>	DLIH/DAF				
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: SEI				
<b>Fórmula de cálculo</b>	(Soma dos tempos decorrido entre a solicitação de contratação de materiais médico-hospitalares e o formalização da ata de registro de preço no semestre anterior/ Número total de pregões de material médico-hospitalar analisados no semestre)				
<b>Unidade de medida</b>	N[úmero de meses				
<b>Limite</b>	4,5 ► ◀6,0				
<b>Polaridade</b>	Quanto menor melhor				
<b>Parâmetros</b>	# Um tempo médio de contratação mais curto e desejável, pois indica uma maior eficiência no processo de aquisição de materiais médico-hospitalares, garantindo a disponibilidade oportuna de recursos essenciais para a prestação de serviços de saúde. # É importante estabelecer metas e benchmarks para o tempo médio de contratação e monitorar regularmente o desempenho em relação a esses padrões para identificar áreas de melhoria e implementar medidas corretivas, quando necessário. # A transparência, a conformidade com as normas de licitação e contratação pública e a qualidade dos materiais adquiridos são fundamentais para garantir a eficácia e a integridade do processo de aquisição de material médico-hospitalar.				
<b>Meta 2025</b>	6				
<b>Meta 2026</b>	5,5				
<b>Meta 2027</b>	5				
<b>Meta 2028</b>	4,5				

 <b>EBSERH</b> <small>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</small>	FICHA DO INDICADOR				VERSÃO
	TEMA ESTRATÉGICO:	Sustentabilidade financeira	UNIDADE:	CH-UFRJ	CÓDIGO:
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>					
<b>Nome do Indicador</b>	Proporção dos itens fracassados nos processos licitatórios				
<b>Descrição e Justificativa</b>	O indicador monitora a proporção de itens que não foram contratados com sucesso em um processo licitatório em relação ao total de itens licitados. O objetivo é avaliar a eficiência do processo licitatório e identificar a ocorrência de itens fracassados, que podem indicar problemas na concorrência ou na adequação dos requisitos do edital. Itens fracassados podem resultar em atrasos na aquisição de bens ou serviços necessários para o funcionamento adequado do hospital, impactando diretamente a qualidade dos serviços prestados.				
<b>Periodicidade da coleta</b>	Mensal				
<b>Periodicidade da análise</b>	Trimestral				
<b>Responsável pela coleta</b>	UCL				
<b>Responsável pela validação</b>	SAD				
<b>Responsável pela análise</b>	DAF				
<b>Forma de Validação</b>	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: compras.net Extração: SEI				
<b>Fórmula de cálculo</b>	$(\text{Número de itens fracassados do processo licitatório} / \text{número total de itens licitados}) \times 100$				
<b>Unidade de medida</b>	Percentual (%)				
<b>Limite</b>	20% ► ◀ 30%				
<b>Polaridade</b>	Quanto menor melhor				
<b>Parâmetros</b>	<p># Um percentual baixo de itens fracassados indica eficiência no processo licitatório, com uma alta taxa de sucesso na contratação dos itens necessários.</p> <p># Um aumento no percentual de itens fracassados pode indicar problemas na especificação dos requisitos no edital, falta de interesse dos fornecedores ou falhas na condução do processo licitatório.</p> <p># O monitoramento regular desse indicador permite identificar tendências e padrões que podem indicar a necessidade de ajustes nos procedimentos de compras e licitações do hospital.</p>				
<b>Meta 2025</b>	20%				
<b>Meta 2026</b>	15%				
<b>Meta 2027</b>	10%				
<b>Meta 2028</b>	5%				

 <b>EBSERH</b> <small>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</small>	FICHA DO INDICADOR				VERSÃO
					1.0
	TEMA ESTRATÉGICO:	Desenvolvimento do trabalhador	UNIDADE:	CH-UFRJ	CÓDIGO:
IDENTIFICAÇÃO					
Nome do Indicador	Número de ações de integração e de desenvolvimento do Corpo Social do CH-UFRJ/EBSERH				
Descrição e Justificativa	O indicador dimensiona o número de ações de integração e de desenvolvimento do Corpo Social dos hospitais do complexo hospitalar. Para atuação no macroproblema e causa raiz, foi definida a implantação de um Programa de Integração do Corpo Social à nova Estrutura organizacional da EBSErh. Este Programa será responsável pelo desenvolvimento de ações de integração e de desenvolvimento dos trabalhadores do CH-UFRJ. Neste sentido, o indicador reflete o progresso dos trabalhos deste fórum.				
Periodicidade da coleta	Quadrimestral				
Periodicidade da análise	Quadrimestral				
Responsável pela coleta	UDP				
Responsável pela validação	UDP				
Responsável pela análise	DIVGP				
Forma de Validação	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados. Extração: Banco de dados do Fórum Permanente/UGES (Planilha)				
Fórmula de cálculo	Soma do número de ações de integração realizadas				
Unidade de medida	Número Absoluto				
Limite	1 ► ◀ 4				
Polaridade	Quanto maior melhor				
Parâmetros	# Valores mais altos indicam uma maior integração, o que pode contribuir para uma melhor qualidade do ensino e da formação de profissionais de saúde. # Valores abaixo do esperado podem indicar a necessidade de revisão das estratégias do projeto e do fórum permanente.				
Meta 2025	1				
Meta 2026	2				
Meta 2027	3				
Meta 2028	4				