

ANO DE 2022

PROC. N° 03.01.01/2022/4

AÇÃO DE CONTROLO AOS INSTRUMENTOS DE CONDUTA
E PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES
CONEXAS DA UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA DO FAIAL

RELATÓRIO FINAL

Volume Único (Fls. 1-75)



FICHA TÉCNICA

Título

Ação de Controlo aos Instrumentos de Conduta e de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas à Unidade de Saúde de Ilha do Faial

Inspetoras

Maria Paula Saraiva Raleiras de Lima

Cristina Rodrigues da Silveira

SECRETARIA REGIONAL DAS FINANÇAS, PLANEAMENTO E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Inspeção Administrativa Regional, da Transparência e do Combate à Corrupção¹

Rua Recreio dos Artistas, n.º 14-1.º

9700-160 Angra do Heroísmo

Tel: 295402 300

E-mail: iratcc@azores.gov.pt

¹ O XIII Governo Regional dos Açores, cuja orgânica foi aprovada pelo Decreto Regulamentar Regional (DRR) n.º 28/2020/A, de 10 de dezembro, foi objeto da sua primeira reestruturação em 2022, operada pelo DRR n.º 6/2022/A, de 29 de abril. Em consequência da reestruturação, a Inspeção Regional Administrativa e da Transparência (IRAT) passou a designar-se Inspeção Administrativa, da Transparência e do Combate à Corrupção (IATCC), conforme previsto na subalínea iv), alínea c), n.º 3, artigo 17.º, do diploma em apreço.

TERMO DE CERTIFICAÇÃO

Para efetivo conhecimento, certifica-se que o Relatório Final – “Ação de Controlo aos Instrumentos de Conduta e de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas à Unidade de Saúde de Ilha do Faial”, é constituído pelos seguintes volumes de numeração independente:

RELATÓRIO FINAL

Volume Único – Fls. 1 a 75

DOCUMENTOS

Volume 1 – documentos Projeto de Relatório – Fls. 1 a 218, inclui fl. 12-A

Volume 2 – documentos Projeto de Relatório– Fls. 219 a 335, inclui fl. 262-A

Volume 3 – documentos Projeto de Relatório– Fls. 336 a 482

Volume 4 – documentos Relatório Final – Fls. 483 a 639, inclui fls. 483-A e 507-A -Contraditório

Volume 5 – documentos Relatório Final – Fls. 640 a 787 – Contraditório

Volume 6 – documentos Relatório Final – Fls. 788 a 916 – Contraditório

Angra do Heroísmo, 15 de dezembro de 2022.

O Corpo de Inspeção e Auditoria,
GOVERNO DOS AÇORES

Secretaria Regional das Finanças,
Planeamento e Administração Pública,
Inspeção Administrativa Regional,

(*Maria Paula Saraiva Raleiras de Lima*)ção

GOVERNO DOS AÇORES

Secretaria Regional das Finanças,

Planeamento e Administração Pública

Inspeção Administrativa Regional,
da Transparência e do Combate à Corrupção

(*Cristina Rodrigues da Silveira*)

Inspetora

ÍNDICES

ÍNDICE DO RELATÓRIO

Termo de Certificação.....	2
Índices	3
Índice do Relatório.....	3
ÍNDICE QUADROS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
ÍNDICE DE APÊNDICES	6
Lista de Abreviaturas, Acrónimos E Siglas	7
Glossário da tipologia de beneficiário.....	9
Notas Prévias.....	9
PARTE I – INTRODUÇÃO.....	11
PARTE II – ENQUADRAMENTO.....	15
1. Natureza, âmbito e objetivos da ação inspetiva.....	15
2. Metodologia e procedimentos adotados	15
3. Constrangimentos e colaboração prestada	17
4. Contraditório	17
PARTE III – CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE.....	19
1. Breves traços enquadradores.....	19
2. Identificação da entidade	19
3. Identificação dos representantes legais	20
4. Estrutura organizacional.....	22
5. Recursos humanos.....	25
PARTE IV – DA AÇÃO DE CONTROLO	26
I. ELABORAÇÃO E CONTEÚDO DO PLANO –PPGRIC – (Fase de PLANEAMENTO)	26
1. ELABORAÇÃO DO PPGRIC	26
1.1. EVOLUÇÃO CRONOLÓGICA DO PPGRIC.....	27
2. CONTEÚDO DO PPGRIC.....	31

2.1. ESTRUTURA GENÉRICA DO PPGRCIC.....	31
2.2. PLANO DE RECUPERAÇÃO E RESILIÊNCIA	37
2.2.1. ENQUADRAMENTO LEGAL.....	37
2.2.2. OBJETIVOS DA SUA VERIFICAÇÃO	38
2.2.3. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EXECUTORA NO LOCAL	39
2.2.4. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DE CONTROLO E POLÍTICA ANTIFRAUDE A IMPLEMENTAR NO ÂMBITO DA EXECUÇÃO DE INVESTIMENTOS FINANCIADOS POR VERBAS DO PLANO DE RECUPERAÇÃO E RESILIÊNCIA NA USI_FAIAL	40
2.3. CONFLITO DE INTERESSES	44
2.4. TRANSPARÊNCIA DE PROCEDIMENTOS	48
2.5. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO CONCOMITANTE.....	49
2.6. MEIOS DE ALERTA DE RISCO DE IRREGULARIDADES.....	50
3. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DO PLANO	52
4. APROVAÇÃO DO PPGRCIC.....	53
II. APLICAÇÃO DO PLANO (execução).....	54
1. ENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES NA CULTURA DE PREVENÇÃO DE RISCOS	54
2. POLÍTICA DA TRANSPARÊNCIA	57
3. ENVIO DO PPGRCIC	58
III. AVALIAÇÃO DO PLANO (VERIFICAÇÃO).....	59
1. ELABORAÇÃO ANUAL DE UM RELATÓRIO SOBRE A EXECUÇÃO DO PLANO.....	59
2. AVALIAÇÃO DAS MEDIDAS PLANEADAS E APLICADAS	61
3. POLÍTICA DA TRANSPARÊNCIA	62
4. ENVIO DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO	63
IV. SISTEMA DE GESTÃO DE CONTROLO INTERNO E POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO	65
PARTE V – CONCLUSÕES E MELHORIAS A IMPLEMENTAR.....	67
PARTE VI – PROPOSTA DE ENVIO DO PRESENTE RELATÓRIO	72

ÍNDICE QUADROS

QUADRO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE.....	20
QUADRO 2 – REPRESENTANTES LEGAIS DA ENTIDADE.....	21
QUADRO 3 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	23
QUADRO 4 – RECURSOS HUMANOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2020.....	25
QUADRO 5 – CRONOLOGIA DE ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO PPGRIC.....	27
QUADRO 6 – DIAGNÓSTICO DA ELABORAÇÃO E ESTRUTURA DO PPGRIC DA USI_FAIAL.....	31
QUADRO 7 – ESTRUTURA DO PPGRIC DA USI_FAIAL.....	33
QUADRO 8 – ELABORAÇÃO E CONTEÚDO DO PPGRIC DA USI_FAIAL	34
QUADRO 9 – VERIFICAÇÃO DO INVESTIMENTO E BENEFICIÁRIO PRR.....	39
QUADRO 10 – IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	39
QUADRO 11 – EXECUÇÃO DE INVESTIMENTOS FINANCIADOS POR VERBAS PPR.....	40
QUADRO 12 – CRONOLOGIA DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS NO ÂMBITO DE EXECUÇÃO DE INVESTIMENTOS FINANCIADOS POR VERBAS PPR	41
QUADRO 13 – ANÁLISE CONFLITOS DE INTERESSES.....	47
QUADRO 14 – ANÁLISE TRANSPARÊNCIA DE PROCEDIMENTOS.....	48
QUADRO 15 – ANÁLISE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO CONCOMITANTE	50
QUADRO 16 – ANÁLISE MEIOS DE ALERTA DE RISCO DE IRREGULARIDADES	51
QUADRO 17 – ANÁLISE IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DO PPGRIC.....	52
QUADRO 18 – ANÁLISE APROVAÇÃO DO PPGRIC.....	53
QUADRO 19 – ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES NA CULTURA DE PREVENÇÃO DE RISCOS	55
QUADRO 20 – FORMAÇÕES REALIZADAS NO ÂMBITO NA ÁREA DE PREVENÇÃO DE RISCOS E INFRAÇÕES CONEXAS	56
QUADRO 21 – ANÁLISE DA POLÍTICA DE TRANSPARÊNCIA DO PPGRIC.....	58
QUADRO 22 – ANÁLISE REMESSA DO PPGRIC.....	58
QUADRO 23 – ANÁLISE ELABORAÇÃO ANUAL DO RELATÓRIO SOBRE EXECUÇÃO DO PPGRIC.....	60
QUADRO 24 – ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DAS MEDIDAS PLANEADAS E APLICADAS DO PPGRIC	61
QUADRO 25 – ANÁLISE DA POLÍTICA DA TRANSPARÊNCIA DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PPGRIC	63
QUADRO 26 – ANÁLISE DA REMESSA DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PPGRIC	64
QUADRO 27 – DOCUMENTOS ELABORADOS PELA USI_FAIAL- REFERENTES AO SISTEMA DE GESTÃO ANTICORRUPÇÃO.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 –ORGANOGRAMA USI_FAIAL.....	24
--------------------------------------	----

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I—ELEMENTOS DOCUMENTAIS QUE INTEGRAM O RELATÓRIO DA AÇÃO INSPETIVA DE CONTROLO À USI_FAIAL.....	75
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

BD	Beneficiário Direto
BF	Beneficiário Final
BI	Beneficiário Intermediário
CA	Conselho Administrativo
CCP	Código dos Contratos Públicos
CEC	Código Ética Corrupção
CIA	Corpo de Inspeção e Auditoria
CPA	Código do Procedimento Administrativo
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CRP	Constituição da República Portuguesa
DL	Decreto-Lei
DLR	Decreto Legislativo Regional
DRPFE	Direção Regional do Planeamento e Fundos Estruturais
DRR	Decreto Regulamentar Regional
DRSD	Direção Regional de Saúde e Desporto
EX	Entidade Executora
GAQ	Gabinete Apoio da Qualidade
GPCT	Gabinete de Prevenção da Corrupção e da Transparência
IATCC	Inspeção Administrativa, da Transparência e do Combate à Corrupção
IRAT	Inspeção Regional da Administração e da Transparência
MENAC	Mecanismo Nacional Anticorrupção
MRR	Mecanismo de Recuperação e Resiliência
n.º	número
n.ºs	números
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OS	Ordem de Serviço
PCA	Presidente do Conselho de Administração
PPGRCIC	Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
PR	Projeto de Relatório
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
PRR_AÇORES ou PRR_RAA	Plano de Recuperação e Resiliência da Região Autónoma dos Açores
RAA	Região Autónoma dos Açores
RGPC	Regime Jurídico da Prevenção e Corrupção
RJAI	Regime Jurídico da Atividade Inspetiva
SCI	Sistema de Controlo Interno
SGCI	Sistema de Gestão de Controlo Interno
SRES	Secretaria Regional da Saúde
SRFPAP	Secretaria Regional das Finanças, Planeamento e Administração Pública
SRS	Serviço Regional de Saúde
USI	Unidade de Saúde de Ilha
USI_Faial	Unidade de Saúde da Ilha do Faial

GLOSSÁRIO DA TIPOLOGIA DE BENEFICIÁRIO

Beneficiário Direto (BD)	Entidade pública responsável pela implementação e execução física e financeira de uma reforma e ou de um investimento inscrito no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) e que lhe permite beneficiar de financiamento.
Beneficiário Intermediário (BI)	Entidade pública globalmente responsável pela implementação física e financeira de uma reforma e ou de um investimento inscrito no PRR, mas cuja execução é assegurada por entidades terceiras por si selecionadas.
Beneficiário Final (BF)	Entidade responsável pela implementação e execução física e financeira de uma reforma e ou de um investimento, beneficiando de um financiamento do PRR diretamente enquanto « <i>Beneficiário Direto</i> », ou através do apoio de um « <i>Beneficiário Intermediário</i> ».
Entidade Executora ² (EX)	Entidade responsável pela execução do projeto decorrente das reformas e investimentos do PRR, rege-se por orientações técnicas que tornam a sua observância mais eficaz e eficiente. A entidade poderá beneficiar diretamente de um financiamento do PRR enquanto « <i>Beneficiário Direto</i> » ou através do apoio de um « <i>Beneficiário Intermediário</i> ».

NOTAS PRÉVIAS

Instrumento de Conduta e de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

Todas as referências efetuadas ao Instrumento de Conduta e de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, designado Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, pela Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), de 1 de julho de 2009, terão a designação, ao longo de todo o excuro do Relatório, Plano de Prevenção e Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC).

² Figura incluída pela Direção Regional da Planeamento e Fundos Estruturais (DRPFE), BI do Plano de Recuperação e Resiliência da Região Autónoma dos Açores (PRR_RAA). Este conceito não se encontra definido no Sistema de Gestão e Controlo Interno (SGCI) do PRR_RAA, nem se encontra definido no acervo legislativo aplicável ao PRR.

Inspeção Administrativa Regional, da Transparência e do Combate à Corrupção

A Inspeção Regional Administrativa e da Transparência (IRAT) passou a designar-se Inspeção Administrativa, da Transparência e do Combate à Corrupção (IATCC), por força do disposto na subalínea iv), alínea c), n.º 3, artigo 17.º do Decreto Regulamentar Regional (DRR) n.º 28/2020/A, de 10 de dezembro, que aprovou a reestruturação à orgânica do XIII Governo Regional dos Açores. Em abril de 2022, foi substituída pela designação de Inspeção Administrativa Regional, da Transparência e do Combate à Corrupção (IARTCC), conforme a subalínea iv) da al. b) do n.º 3 do artigo 17.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 6/2022/A, de 29 de abril, retificado pela Declaração de Retificação n.º 3/2022/A, de 28 de junho, que procedeu à primeira reestruturação do XIII Governo Regional dos Açores.

Neste Relato, todas as referências efetuadas à IRAT e à IATCC deverão ler-se IARTCC.

PARTE I – INTRODUÇÃO

No ano de 2007, a Assembleia da República aprovou a Convenção Contra a Corrupção³, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 31 de outubro de 2003.

No ano seguinte, foi criado o CPC⁴ e⁵, uma entidade administrativa independente que funciona junto do Tribunal de Contas e que desenvolve uma atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas. Esta entidade tem emitido recomendações dirigidas aos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza.

O Conselho da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) adotou, em 21 de janeiro de 2017, uma Convenção sobre Integridade Pública⁶, definindo esta como o *"alinhamento consistente e adesão a valores, princípios e normas éticas compartilhadas para defender e priorizar o interesse público sobre os interesses privados no setor público"*. Esta recomendação foi considerada pela OCDE como *"particularmente importante na resposta à pandemia COVID-19, uma vez que a crise criou ou exacerbou as oportunidades de fraude e corrupção"*.

Posteriormente, no ano de 2021, foi aprovada a Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024⁷. Esta estratégia enuncia, entre os seus quatro *objetivos* *"a promoção da transparência e da integridade como valores comuns, integrantes de uma cultura partilhada por todos os cidadãos"* e *"o fortalecimento das instituições públicas e da confiança que os cidadãos nelas devem depositar"*. E, nas sete prioridades que define, sublinhamos as duas primeiras *"1 - Melhorar o conhecimento, a formação e as práticas institucionais em matéria de transparência e integridade"* e *"2 - Prevenir e detetar os riscos de corrupção na ação pública"*.

Pelo DRR n.º 19/2021/A, de 23 de julho, foi aprovada a orgânica e o quadro de pessoal dirigente e de chefia da Secretaria Regional das Finanças, Planeamento e Administração Pública (SRFPAP),

³ Através da Resolução da Assembleia da República n.º 47/2007, de 19 de julho, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 183, de 21 de setembro de 2007.

⁴ Instituído pela Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 171, de 4 de setembro de 2008.

⁵ Ao CPC sucederá o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), aplicável por força do disposto no artigo 27.º do Decreto-Lei (DL) n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que cria esta entidade administrativa independente, com personalidade jurídica de direito público e poderes de autoridade, dotada de autonomia administrativa e financeira, que desenvolve atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas, bem como estabelece ainda o Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC). O DL entrará em vigor a partir de 7 de junho, com as datas de produção de efeitos previstas no artigo 28.º do mesmo diploma.

⁶ Através do Despacho n.º 898/2016, de 13 de janeiro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 12, de 19 de janeiro de 2016.

⁷ Por Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 18 de março, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 66, de 6 de abril de 2021.

e, nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 3.º do Anexo I do diploma acima mencionado, integra a IRAT como serviço de controlo, auditoria e fiscalização.

A IRAT é constituída, de entre outros serviços, pelo Corpo de Inspeção e Auditoria (CIA), conforme o disposto na alínea a) do artigo 73.º e artigo 74.º, ambos do DRR n.º 19/2021/A, de 23 de julho.

Nos termos do artigo 74.º do diploma em análise, o CIA integra o pessoal da carreira especial de inspeção, dotado de autonomia técnica, que funciona na dependência direta do inspetor regional, ao qual compete realizar inspeções, auditorias, ações de controlo, inquéritos, entre outras, nos domínios administrativo, orçamental, económico, financeiro e patrimonial, em cumprimento com os princípios da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira, às entidades da administração pública regional, incluindo os setores público empresarial regional, associativo e cooperativo, bem como das fundações de direito público, e ainda de quaisquer outras entidades, independentemente da sua natureza, quando sejam sujeitos de relações financeiras com a Região Autónoma dos Açores (RAA), bem como no âmbito da administração local.

A CIA realiza, igualmente, intervenções dirigidas à prevenção e deteção da corrupção e da fraude dos entes públicos, designadamente através do controlo dos planos de prevenção de riscos de corrupção, e infrações conexas, bem como realiza ações de sensibilização destinadas à promoção dos comportamentos profissionais adequados.

Por sua vez, na estrutura orgânica da IRAT está previsto o Gabinete de Prevenção da Corrupção e da Transparência (GPCT), que funciona na direta dependência do Inspetor Regional, conforme a alínea b) do artigo 73.º e no artigo 75.º do Anexo I, ao DRR n.º 19/2021/A, de 23 de julho,

O GPCT é uma estrutura destinada à prevenção e combate à corrupção, através da promoção de um ambiente de integridade na esfera pública, da coordenação dos planos setoriais de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas e do desenvolvimento de estratégias adequadas para a prevenção da corrupção. O Regulamento de Funcionamento do Gabinete foi aprovado pelo DRR n.º 31/2021/A, de 26 de novembro.

A estratégia de atuação definida para a IRAT através do GPCT, tem como finalidade a promoção de valor público através de sistemas de gestão e mecanismos de controlo interno robustos que respeitem os princípios da boa gestão financeira e da transparência, bem como por via da criação de uma cultura resistente à fraude e à corrupção.

A operacionalização desta área da estratégia da IRAT implica a realização de auditorias, e inspeções, ações de controlo aos organismos integrados na administração regional, a aquisição de conhecimentos sobre fraude a partir da análise de dados, de suspeitas e de avaliação de riscos e a adoção do trabalho colaborativo com entidades externas, nacionais e internacionais, para o

desenvolvimento de soluções inovadoras no âmbito da prevenção e deteção da fraude e da corrupção.

No Plano de Atividades da IRAT para o ano de 2022, dado a conhecer aos inspetores e que contempla a respetiva distribuição das ações, está vertida a "*Realização de Ações Específicas à adequação dos PPGRCIC, priorizando a aplicação do Plano de Recuperação e Resiliência na RAA*".

Assim, deu-se início a uma nova tipologia de ações: ações de controlo, previstas na alínea a) do n.º 1, no n.º 2, alínea b) do n.º 3 e n.º 4, todos do artigo 70.º, do DRR n.º 19/2021/A, de 23 de julho⁸.

Considerando-se esta nova tipologia de inspeções do núcleo duro das competências da IRAT, é do entender da equipa inspetiva que com esta ação potencia-se a criação de uma cultura à prova de fraude e corrupção nos serviços e organismos da RAA, procurando combater as fragilidades sistémicas na gestão das organizações e dos programas e promovendo a integridade dos dirigentes, trabalhadores e demais servidores da administração regional.

O caráter inovador deste tipo de intervenções justificou fase à inexistência de quaisquer instrumentos, instruções ou orientações, a criação *ex novo* de um documento que definisse os procedimentos a ter neste âmbito e fornecesse aos inspetores uma ferramenta de trabalho atual, clara e concisa na prossecução dos trabalhos de campo⁹.

Nesta medida, esta tipologia de ações inspetivas aos Instrumentos de Conduta e de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas e, em consequência, este primeiro Relato da ação inspetiva, teve como principais matrizes, no âmbito da apreciação dos Planos de Prevenção, as Recomendações emitidas pelo CPC, desde 2009, e, no PRR, particularmente, Regulamento (EU) 2021/241, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de fevereiro¹⁰, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2021, de 18 de março¹¹, o DL n.º 29-B/2021, de 4 de maio¹², a Resolução do Conselho de Ministros n.º 46-B/2021, de 4 de maio¹³ e o DRR n.º 23/2021/A, de 3 de setembro¹⁴, bem como a Checklist/Ficha de Inspeção, que serviu como forma de verificação e controlo dos Instrumentos de Conduta e de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da Unidade de Saúde de Ilha do Faial (USI_Faial), o primeiro a ser elaborado na IRAT, conforme nota de rodapé 9, e que serviu de base ao presente Relato, também ele pioneiro e inovatório no seu conteúdo.

⁸ Estas ações de controlo podem ser exercidas no âmbito da Administração Pública Regional, Setor Público Empresarial Regional, Associativo e Cooperativo, incluindo Fundações de Direito Público, Administração Local, e a quaisquer outras entidades, quando sejam sujeitos de relações financeiras com a RAA ou quando se mostre indispensável ao controlo, indireto, de entidades objeto de intervenção da IRAT (artigo 69.º, do DRR n.º 19/2021/A, de 23 de julho).

⁹ Documento este (checklist/ficha de inspeção), elaborado de raiz pela equipa inspetiva e apresentado ao Inspetor Regional na fase de planeamento da ação inspetiva.

¹⁰ Cria o Mecanismo de Recuperação e Resiliência (MRR).

¹¹ Que aprova a Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024,

¹² Estabelece o modelo de governação dos fundos europeus atribuídos a Portugal através do PRR.

¹³ Cria a Estrutura de Missão «Recuperar Portugal», enquanto entidade responsável pela coordenação técnica e pela coordenação de gestão da execução do PRR_RAA.

¹⁴ Que estabelece o modelo de governação das reformas e dos investimentos do PRR destinado à Região Autónoma dos Açores.



Foram também tidos em linha de conta as Orientações Técnicas elaboradas pela Estrutura de Missão «Recuperar Portugal», bem como o Manual de Procedimentos e documentação fornecida pela DRPFE, o BI na RAA.

PARTE II – ENQUADRAMENTO

1. NATUREZA, ÂMBITO E OBJETIVOS DA AÇÃO INSPETIVA

Em cumprimento do Plano de Atividades da IRAT para 2022, homologado oportunamente por sua Exa.^a o Secretário Regional das Finanças, Planeamento e Administração Pública, foi realizada a Ação de Controlo aos Instrumentos de Conduta e de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da USI_Faial, tendo por exercício de referência os aplicáveis à entidade à data da ação inspetiva (ano de 2022)¹⁵.

A ação teve o seu objeto circunscrito às matérias constantes da Ordem de Serviço (OS) n.º 5/2022, de 1 de março¹⁶: *“A ação deverá incidir sobre os instrumentos de Conduta e de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas e os demais aplicáveis à entidade”*.

O início desta auditoria foi previamente comunicado à Presidente do Conselho Administrativo (PCA) da USI_Faial, [REDACTED], através do ofício SAI-IRAT/2022/113, de 1 de março¹⁷.

Os trabalhos de campo decorreram durante a tarde do dia 7 de março do corrente ano, tendo sido conduzidos pelas inspetoras Maria Paula Saraiva Raleiras de Lima e Cristina Rodrigues da Silveira.

O presente Relato apresenta detalhadamente as verificações efetuada, metodologias utilizadas e conclusões extraídas.

2. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS ADOTADOS

A metodologia adotada para a ação de controlo teve por base as Recomendações emanadas pelo CPC e todo o acervo legislativo referente ao PRR aplicável.

A prossecução da ação inspetiva compreende as fases de planeamento, execução e elaboração do PR, audiência prévia e redação do relatório final¹⁸.

Durante a fase do planeamento da ação, foi necessário solicitar a apresentação de documentos/informações à USI_Faial, em suporte digital, no âmbito temático e temporal definido pela OS n.º 5/2022, através do Ofício SAI-IRAT/2022/116, de 3 de março¹⁹.

¹⁵ Esta ação decorre do disposto do n.º 4 do artigo 70.º, n.º 1 do artigo 75.º, do DRR n.º 19/2021/A, de 23 de julho, conjugado com o DRR n.º 31/2021/A, de 26 de novembro (vide competências do GPCT).

¹⁶ Cfr. doc. a fl. 1.

¹⁷ Cfr. docs. a fls. 2 e 3.

¹⁸ Vertidos no Capítulo II sob a epígrafe “Do Processo Inspetivo”, do Regulamento n.º 42/2006, de 7 de novembro.

¹⁹ Cfr. doc. a fls. 4 a 11.

No dia 5 de março, a USI_Faial, na pessoa da PCA, remeteu à IRAT a informação/documentos constantes dos Pontos 1 a 9, 12, 16 a 18²⁰, sendo certo que os Pontos 10, 11, e 13 a 15, não continham dados. Mais informou que os documentos requeridos nos Pontos n.ºs 19 a 21.12, sob a epígrafe “*Documentação referente ao PRR*”, do Anexo I ao Ofício SAI-IRAT/2022/116, de 3 de março, eram inexistentes na USI_Faial.

O Apêndice I²¹ do Relato identifica os elementos documentais que integram o Relatório da Ação Inspetiva de Controlo, incluindo os documentos entregues durante os trabalhos de campo e em momento posterior.

Na fase de execução, salienta-se que os trabalhos de campo decorreram apenas durante meio dia, concretamente, no período da tarde do dia 7 de maio. Nos trabalhos de campo foram entregues à equipa inspetiva documentação adicional, requerida no decurso dos trabalhos, bem como foi preenchida *in loco* a *Checklist*/ficha de inspeção indicada nas Partes III, IV e V do presente Relato.

Salienta-se que a *Checklist*²² foi preenchida no dia 7 de março, no local, como referido no § anterior, com o entendimento dos membros do CA, [REDACTED] (PCA) e [REDACTED] (vogal executiva do CA) e a equipa inspetiva, sendo que as notas/observações tecidas foram elaboradas por esta equipa inspetiva.

Após a conclusão dos trabalhos de campo da inspeção, a equipa de inspetoras procedeu à elaboração do Projeto de Relatório, suportado pela *Checklist*/Ficha da Inspeção constante deste procedimento, assente nos diplomas legais e normas técnicas em vigor, elencando as insuficiências detetadas e as respetivas melhorias a implementar para sua correção por parte da entidade visitada, sem prejuízo do envio da informação para outras entidades competentes na matéria para os fins considerados convenientes, de acordo com as respetivas competências.

Tendo em consideração o carácter inovador da presente ação inspetiva inserida no âmbito de ações de cariz pedagógico junto dos BI, BF e EX, no âmbito da sensibilização para a necessidade efetiva da elaboração e implementação de um Sistema de Controlo Interno (SCI) que previna, detete e corrija irregularidades, e que estabeleça procedimentos de prevenção de conflitos de interesses, de fraude e de corrupção, o Relatório não descurou a fundamentação teórica e legal necessária à boa compreensão das matérias expostas das competências de carácter pedagógico.

²⁰ Cfr. docs. a fls. 12 a 314.

²¹ Vide Apêndice I ao Relatório, página 60.

²² Cfr. docs a fls. 431 a 447.

3. CONSTRANGIMENTOS E COLABORAÇÃO PRESTADA

A ação em curso, a primeira desta índole, logo inovatória na sua natureza e execução, comportou constrangimentos, sobretudo a nível do planeamento e da execução dos trabalhos de campo.

O planeamento da ação foi elaborado num curto espaço de tempo, devido às imposições de prazos superiormente estabelecidas, o que se refletiu num curto excuro, quer para a equipa inspetiva, no pedido de elementos/documentos, quer para a própria entidade visada, na resposta e envio do solicitado.

Os constrangimentos decorrentes do curto prazo estabelecido à equipa inspetiva para os trabalhos de campo, designadamente um meio dia, também condicionaram o seu término: os trabalhos de campo prolongaram-se até muito depois da hora de expediente.

Salienta-se a disponibilidade da PCA e da vogal executiva, no acompanhamento e resposta às questões colocadas pela equipa inspetiva durante a execução dos trabalhos; mostraram-se igualmente bastante prestáveis em tentar encontrar documentação que pudesse integrar o solicitado.²³

Não obstante as condicionantes decorrentes dos prazos superiormente estabelecidos, regista-se a boa cooperação e colaboração por parte da USI_Faial, designadamente, do apoio prestado pela PCA e pela vogal executiva.

4. CONTRADITÓRIO

Tendo em vista o princípio do contraditório, previsto no n.º 1 do artigo 12.º do DL n.º 276/2007, de 31 de junho, que estabelece o Regime Jurídico da atividade de inspeção, auditoria e fiscalização dos serviços da administração direta do Estado – Regime Jurídico da Atividade Inspetiva (RJAI) – aplicável à IRAT *ex vi* artigo 3.º do Decreto Legislativo Regional (DLR) n.º 40/2012/A, de 8 de outubro, no artigo 86.º do DRR n.º 19/2021/A, de 23 de julho, bem como na norma constante do n.º 1 do artigo 12.º do Regulamento n.º 42/2006, de 7 de novembro, os responsáveis (a título institucional) foram instados para, querendo, se pronunciarem sobre os factos insertos no presente Relato, no prazo de 20 (vinte) dias úteis²⁴.

Foram apresentadas alegações/respostas subscritas a título institucional por [REDACTED] (PCA), [REDACTED] (Vogal Executiva do CA), e por [REDACTED] (Vogal Executiva do CA, em funções desde o dia 1 de abril de 2022)²⁵.

²³ O CA da USI_Faial tomou posse em 2021, pelo que em certas matérias, a PCA e a vogal executiva não se encontravam totalmente informadas, o que dificultou, a início, a obtenção atempada de documentos essenciais para a presente ação.

²⁴ Cfr. doc. a fl. 483.

²⁵ Cfr. docs. a fls. 484 a 916.



Saliente-se que o anexo ao contraditório, constituído por documentos referidos no texto elaborado pela edilidade, não se encontra devidamente organizado, numerado, paginado, nem é completo, tendo-se encontrado também repetições sistemáticas de vários documentos, o que dificultou a análise e até impossibilitou a verificação do alegado, nas situações em que o documento referenciado não foi devidamente apenso ao contraditório remetido.

As alegações foram tidas em consideração na elaboração do presente Relatório, constando dos respetivos pontos, a cor azul, na íntegra ou de forma sucinta, consoante a pertinência, tal como as respetivas respostas que acompanham o proferido pela entidade visada.

Com vista ao cumprimento pleno do exercício do princípio do contraditório, todas as alegações/respostas recebidas constam na íntegra dos Volumes IV, V e VI de documentos²⁶ do presente Relatório.⁴ Em sede de contraditório, a edilidade mostrou concordância com a análise feita *“relativa aos constrangimentos decorrentes do curto espaço de tempo que mediou entre a notícia da ação de controlo e os trabalhos de campo, sendo que estes terminaram cerca das 20h00”*

²⁷.

²⁶ Cfr. docs. a fls. 483 a 916.

²⁷ Cfr. doc. a fl. 492.



PARTE III – CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE

1. BREVES TRAÇOS ENQUADRADORES

O Estatuto do Serviço Regional de Saúde da RAA²⁸, aprovado pelo DLR n.º 28/99/A, de 31 de julho²⁹, prevê, no seu artigo 6.º, a existência de unidades de saúde de ilha (USI), enquanto estruturas locais de prestação de cuidados integrados de saúde.

Este enquadramento legal surge no contexto do Serviço Regional de Saúde (SRS) revalorizar a ilha enquanto unidade de base da organização, administração e prestação de cuidados e criar condições para a definição da extensão mínima de cuidados que devem ser assegurados e clarificar a coordenação entre unidades de saúde.

Esta filosofia do SRS veio consagrar a USI como estrutura de planeamento, coordenação e prestação de cuidados integrados de saúde, assumindo uma natureza de sistema local de saúde.

O SRS compreende nove USI³⁰, nos termos das alíneas a) a i), do n.º 6, do artigo 6.º do DLR n.º 28/99/A, de 31 de julho, sendo que cada uma exerce as respetivas atribuições no âmbito geográfico respetivo.

As USI são pessoas coletivas de direito público constituídas por todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde do sector público da respetiva ilha, podendo integrar centros de saúde, hospitais e serviços especializados.

Encontram-se dotadas de autonomia administrativa e financeira e exercem a sua atividade sob a orientação da Direção Regional da Saúde (DRS) e da tutela do membro do governo regional competente em matéria de saúde, concretamente a Secretaria Regional da Saúde e Desporto (SRSD). Dispõem ainda de uma orgânica própria e têm como órgãos o CA, o Conselho Consultivo e o Conselho Técnico.

Ao CA de cada USI compete gerir os recursos humanos, materiais e financeiros colocados à sua disposição e assegurar a prestação de cuidados de saúde à população da sua área de intervenção. Pelo DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro, foi aprovada em anexo, a orgânica da USI_Faial, que será analisada infra, no parâmetro organizacional.

2. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

A entidade objeto da presente ação inspetiva de controlo, como já aqui se referiu é USI_Faial, identificada nos presentes moldes:

²⁸ O Serviço Regional de Saúde foi criado pelo DLR n.º 32/80/A, de 11 de dezembro.

²⁹ Retificado pela Declaração de Retificação n.º 15-A/99, de 30-09, alterado e republicado pelo DLR n.º 2/2007/A, de 24 de janeiro e pelo DLR n.º 1/2010/A, de 4 de janeiro.

³⁰ DRR n.ºs 16/2003/A, de 1 de abril, 25/2006/A, de 2 de agosto, 19/2010/A, de 19 de novembro, 20/2010/A, de 19 de novembro, 2/2011/A, de 28 de janeiro, 3/2011/A, de 28 de janeiro, 5/2011/A, de 10 de fevereiro, 26/2011/A, de 9 de dezembro, e 27/2011/A, de 15 de dezembro, que aprovam a orgânica de cada unidade de saúde de ilha.

IDENTIFICAÇÃO	
Designação	Unidade de Saúde de Ilha do Faial
Endereço Postal	Vista Alegre - Matriz 9901-853
Endereço eletrónico	(inexistente)
Correio eletrónico	sres-usifaial@azores.gov.pt
Telefone	(+351) 292 207 200
NIF	510183085
Enquadramento no setor público/regime financeiro	Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro. Pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira.
Tutela	Secretaria Regional da Saúde e Desporto
Interlocutor (nome e cargo)	Dra [REDACTED] (Presidente CA)
	Enfª [REDACTED] vogal executiva do CA e Diretora de Enfermagem)

QUADRO 1 – IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE³¹

3. IDENTIFICAÇÃO DOS REPRESENTANTES LEGAIS³²

Nos termos do artigo 1.º do DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro, a USI_Faial é uma pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira, constituída pelo Centro de Saúde da Horta.

A USI_Faial é representada em juízo e fora dela, pelo PCA, que integra, juntamente com dois vogais, todos com funções executivas, o CA da USI_Faial, conforme alínea a) do artigo 14º e artigos 9.º e 13.º, conjugados com a alínea a) do artigo 7.º, todos do DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro. No quadro *infra*, está indicada a composição do CA: a PCA, [REDACTED], nomeada por Despacho do Senhor Secretário Regional da Saúde e do Desporto, de 9 de março de 2021³³; o Vogal Executivo e no cargo de Diretor Clínico da USI_Faial, [REDACTED], nomeado por Despacho do Senhor Secretário Regional da Saúde e do Desporto, de 28 de junho de 2021³⁴; e a Vogal Executiva e no cargo de Diretora de Enfermagem da USI_Faial, [REDACTED], nomeada por Despacho do Senhor Secretário Regional da Saúde e do Desporto, de 28 de junho de 2021³⁵.

³¹ Cfr. doc. a fl. 435.

³² Cfr: doc. a fl. 436.

³³ Cfr. doc. a fl. 319

³⁴ Cfr: docs. a fls. 322 a 323.

³⁵ Cfr: docs. a fls. 320 a 321.

Designação	Unidade de Saúde de Ilha do Faial
Regime Jurídico	Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro
	Pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira
Pessoa a contactar	Dra. [REDACTED]
Representantes Legais	[REDACTED] - Presidente do CA [REDACTED] Vogal Executivo e Diretor Clínico [REDACTED] Vogal Executiva e Diretora de Enfermagem

QUADRO 2 – REPRESENTANTES LEGAIS DA ENTIDADE³⁶

Em sede de contraditório, e tendo em conta a alteração do CA, a entidade optou por fazer referência à sua atualização face ao momento em que decorreu a ação inspetiva, como se identifica de seguida:

"Até 31 de março 2022: [REDACTED], Presidente do Conselho de Administração; [REDACTED], Vogal Executiva do Conselho de Administração e Diretora de Enfermagem; [REDACTED] Vogal Executivo do Conselho de Administração e Diretor Clínico.

A partir de 1 de abril de 2022: [REDACTED], Presidente do Conselho de Administração; [REDACTED] Vogal Executiva do Conselho de Administração e Diretora de Enfermagem; [REDACTED], Vogal Executiva do Conselho de Administração e Diretora Clínica"³⁷.

Os despachos de nomeação da Vogal Executiva foram também apensos ao contraditório e fazem parte integrante do presente Relato³⁸.

O CA é integrado por um presidente e dois vogais, todos com funções executivas, nomeados pelo membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde de entre profissionais com habilitação adequada, por um período de três anos, renovável³⁹.

³⁶ Cfr. doc. a fl. 435.

³⁷ Cfr. doc. a fl. 493.

³⁸ Cfr. docs. a fls. 547 a 548.

³⁹ O regime da composição e competências está previsto na Subsecção I da Secção II do Capítulo II do Anexo I ao DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro.

4. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

O artigo 7.º do DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro, identifica como órgãos da USI_Faial, o CA, o Conselho Consultivo e o Conselho Técnico.

O CA é integrado por um presidente e dois vogais, todos com funções executivas, nomeados pelo membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde de entre profissionais com habilitação adequada, por um período de três anos, renovável⁴⁰.

De entre as suas competências, refira-se a gestão dos recursos humanos, materiais, financeiros e patrimoniais da USI_Faial, a definição das diretrizes orientadoras da gestão e funcionamento da USI_Faial, a elaboração do plano anual de atividades e orçamento, do plano plurianual e orçamento previsional, relatório anual de atividades e conta de gerência, a celebração contratos-programa, protocolos de cooperação ou de apoio e contratos de prestação de serviços; a promoção da formação do pessoal, a promoção da cobrança e arrecadação da receita e autorização de despesas e o seu pagamento.⁴¹

O Conselho Consultivo é um órgão de participação junto do CA, composto por dois representantes da Assembleia Municipal, por ela designados, pelo Presidente da Câmara Municipal, por um representante de cada misericórdia com sede na ilha, pelo representante de cada uma das Instituições Particulares de Solidariedade Social e pelo PCA e respetivos vogais do CA, cujas competências estão previstas no artigo 17.º do Anexo I ao DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro.

Por sua vez, o Conselho Técnico, órgão consultivo e de apoio técnico, é constituído pelo PCA e vogais respetivos, pelos diretores clínicos e de enfermagem, e um representante para cada carreira/categoria: técnico superior de saúde, do técnico de diagnóstico e terapêutica e técnico superior de serviço social, respetivamente.⁴²

Resumidamente, os órgãos e responsáveis (CA) que compõem a estrutura organizacional da USI_Faial:

⁴⁰ O regime da composição e competências está previsto na Subsecção I da Secção II do Capítulo II do Anexo I ao DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro.

⁴¹ A este respeito, cfr. alíneas a), d), e), f), g), j), k), do n.º 1 e alíneas a), b) e c), do n.º 2 do artigo 13.º, do Anexo I ao DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro.

⁴² Veja-se, a este respeito, a Subsecção III da Secção I do Capítulo II do Anexo I ao DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro.

Estrutura organizacional	
Órgãos (executivo, deliberativo, consultivo, de fiscalização)	Conselho de Administração (Presidente do CA e dois vogais executivos; Conselho Consultivo; Conselho Técnico)
Existência ou não de gabinete de auditoria interna ou equivalente (a quem está subordinado, atribuições e âmbito das suas funções, n.º de pessoas que o integram)	Não existe Gabinete de auditoria interna ou equivalente
Identificação dos membros do órgão executivo	<div style="background-color: black; width: 150px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> - Presidente do CA <div style="background-color: black; width: 150px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> - Vogal Executivo e Diretor Clínico <div style="background-color: black; width: 150px; height: 1.2em; margin-bottom: 2px;"></div> - Vogal Executiva e Diretora de Enfermagem
Organograma (indicação do diploma e cópia)	Aprovado a 24-01-2020 - INT-USIF/2020/218

QUADRO 3 – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL⁴³

A esta estrutura acresce ainda os serviços de prestação de cuidados de saúde e os serviços administrativos.⁴⁴

Para a prestação de cuidados de saúde foram previstas nas várias alíneas do n.º 1 do artigo 24 do Anexo I ao DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro, quatro “*Unidades Funcionais*”: unidade de saúde familiar e comunitária, unidade de saúde pública, unidade de diagnóstico e tratamento e unidade básica de urgência⁴⁵.

Nos serviços administrativos⁴⁶ estão integradas a secção de pessoal, expediente e arquivo, e a secção de contabilidade, património e aprovisionamento.

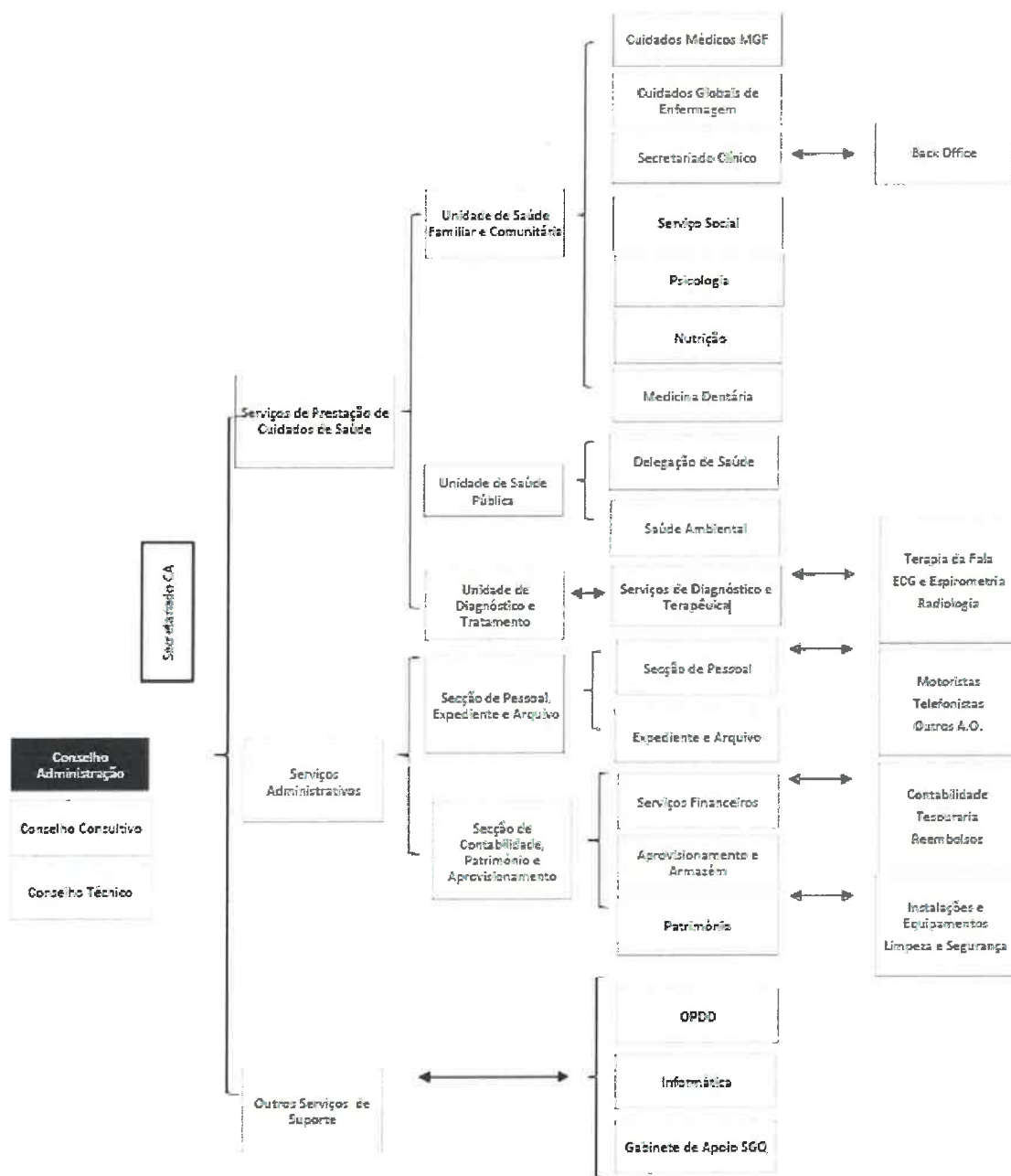
O organograma que abaixo se apresenta fornece uma visão esquemática da estrutura organizacional da USI_Faial, bem como das respetivas dependências hierárquicas e funcionais.

⁴³ Cfr: doc. a fl. 435.

⁴⁴ Alíneas a) e b) do artigo 8.º do Anexo I ao DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro.

⁴⁵ Quanto às competências atribuídas a cada unidade, atente-se ao disposto nos artigos 25.º a 28.º do Anexo I ao DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro.

⁴⁶ Previstos na Subsecção II da Secção III do Capítulo II do Anexo I ao DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro.



Fonte: USI_FAIAL

FIGURA 1 –ORGANOGRAMA USI_FAIAL⁴⁷

Às várias unidades, serviços e secções da USI_Faial estão afetos recursos humanos, entre os quais os constantes do Balanço Social, analisado no ponto seguinte⁴⁸.

⁴⁷ Cfr. docs. a fls. 29 a 30 e 315 a 318.

⁴⁸ Ponto 5 da Parte III do presente Relato.

5. RECURSOS HUMANOS

A 31 de dezembro de 2021, constava da Lista Nominativa do Pessoal do Quadro Regional da Ilha do Faial,⁴⁹, os dados constantes do quadro *infra*:

Recursos Humanos									
	Dirigente Superior de 1.º Grau	Dirigente Superior de 2.º Grau	Médico	Técnico Superior	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	Carreira Especial de Enfermagem	Técnico de Informática	Assistente Técnico	Assistente Operacional
Identificação dos dirigentes responsáveis até ao nível de Diretor de Serviços ou equiparado	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Número de efetivos discriminado por: carreiras e categorias, departamentos e serviços	1	1	13	10	4	26	4	28	15
									102

QUADRO 4 – RECURSOS HUMANOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2020⁵⁰

Fonte: Balanço Social 2021 e Lista Nominativa do Pessoal do Quadro Regional da Ilha do Faial, afeto à Unidade de Saúde de Ilha do Faial - comparar com o balanço social

⁴⁹ Cfr. docs. a fls. 13 a 28.

⁵⁰ Cfr. doc. a fl. 436.

PARTE IV – DA AÇÃO DE CONTROLO

I. ELABORAÇÃO E CONTEÚDO DO PLANO –PPGRCIC – (FASE DE PLANEAMENTO)

1. ELABORAÇÃO DO PPGRCIC

A análise ao presente ponto teve como base as Recomendações do CPC n.ºs 1/2009, 1/2010 e 1/2015, abaixo descritas.

O CPC, ao abrigo do disposto na alínea a), n.º 1, artigo 2.º, n.º 4, artigo 7.º e n.ºs 1 e 2 do artigo 9.º, todos da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, e tendo por base os resultados obtidos, decorrentes das respostas das entidades públicas a um questionário elaborado na reunião de 4 de março de 2009, aprovou a Recomendação de 1 de julho de 2009, sobre os PPGRCIC.

Esta Recomendação visou a elaboração de planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas pelos *“órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos”*, dando um prazo de 90 dias. Dos planos a elaborar deveriam constar os seguintes elementos:

“a) Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas;

b) Com base na referida identificação de riscos, indicação das medidas adoptadas que previnam a sua ocorrência (por ex., mecanismos de controlo interno; segregação de funções, definição prévia de critérios gerais e abstractos, designadamente na concessão de benefícios públicos e no recurso a especialistas externos, nomeação de júris diferenciados para cada concurso, programação de acções de formação adequada, etc.);

c) Definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão dirigente máximo;

d) Elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano”.

A Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho também referiu a necessidade de envio dos Planos e dos Relatórios de Execução ao CPC, e aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

O CPC, em reunião de 7 abril de 2010, aprovou, em complemento à Recomendação referida no § anterior, a Recomendação n.º 1/2010, de 7 abril, que estatuiu o dever de publicitação do PPGRCIC no sítio da respetiva entidade.

Volvidos mais de cinco anos da aprovação das Recomendações referentes aos PPGRCIC, em reunião de 1 de julho de 2015, o CPC aprovou uma nova Recomendação sobre o mesmo objeto,

na qual referiu que os Planos “devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas”⁵¹.

Salienta-se, da Recomendação de 1 de julho de 2015, os Pontos, abaixo transcritos:

- “2. Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo, mesmo quando decorram de processos eletivos;
3. Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais”, os quais poderão constituir um capítulo próprio dos relatórios de atividade das entidades a que respeitam;
4. As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos;
5. Os Planos devem ser publicados nos sítios da Internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.”

1.1. EVOLUÇÃO CRONOLÓGICA DO PPGRCIC

A resenha da elaboração/revisão do PPGRCIC da USI_Faial e respetivos relatórios de execução estão transcritos *infra*:

Cronologia elaboração/revisão PPGRCIC

	Data	Aprovação
Elaboração	2015	04/09/2015
	04/09/2018	NÃO EFETUADA
Revisão ^[1]	03/06/2019	21/02/2020
	11/02/2020	21/02/2020
	04/03/2020	06/03/2020

Cronologia relatórios de execução PPGRCIC

	Relativos aos anos de	Elaborado a:	Aprovação
Relatórios de execução	2016	SEM EVIDÊNCIA	
	2017		
	2018		04/03/2018
	2019	30/10/2020	SEM EVIDÊNCIA
	2020	SEM EVIDÊNCIA	
	2021	SEM EVIDÊNCIA	

^[1] A USJ, Falel estipulou que a revisão do Plano seria efetuada de 3 em 3 anos

^[1] A USI_Faial estipulou que a revisão do Plano seria efetuada de 3 em 3 anos

QUADRO 5 – CRONOLOGIA DE ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO PPGRCIC⁵²

⁵¹ Cfr: Ponto 1 da Recomendação 1/2015, de 1 de julho.

⁵² Cfr. docs. a fls. 436, 166 a 273 e 449 a 453.

Em sede de contraditório, a edilidade apresentou, quanto à elaboração e revisão do PPGRIC, notas adicionais ao Quadro 5 designado por “correção dos desvios”, para demonstrar evidências sobre a introdução de mecanismos de melhoria aos desvios verificados e relatados, como se evidencia de seguida:

Cronologia da elaboração e revisão PPGRIC			Correção dos desvios		
	Data	Aprovação	Data	Aprovação	Evidência
Elaboração	2015	04/09/2015			
Revisão ⁽¹⁾	04/09/2018	Não efetuada	Processo iniciado em agosto de 2018 e terminado 06/03/2020 (Int-USIF/2018/2356)		
	03/06/2019	21/02/2020			
	11/02/2020	21/02/2020			
	04/03/2020	06/03/2020			
Revisão 02	06/04/2023	Conforme ação de melhoria PPGRIC prevê-se uma antecipação da revisão tendo-se iniciado o processo onde serão tidas em atenção a correção dos não cumprimentos descritos neste Projeto de Relatório. Registro Interno: USIF-Int/2022/696			

⁽¹⁾A Revisão dos normativos é efetuada de 3 em 3 anos ou antecipada a sua revisão sempre que detetada a sua necessidade.

Do contraditório enviado, não foi possível analisar os documentos “Int-USIF/2018/2356” e “USIF-Int/2022/696”, uma vez que os mesmos não constam dos documentos enviados⁵³.

Da análise ao quadro *supra*, resulta que a USI_Faial pretende realizar a segunda revisão ao seu PPGRIC em 2023. Ora, face às lacunas detetadas e à nova implementação da legislação em vigor neste ano de 2022, a equipa inspetiva entende que a previsão da realização da revisão de três em três anos, neste caso planeada para 2023, deverá ser reponderada, pois não permite corrigir as deficiências detetadas de imediato nem implementar atempadamente as melhorias ou adaptações decorrentes das alterações legislativas, entretanto em vigor.

Quanto aos Relatórios de Execução do PPGRIC, a USI_Faial utilizou a mesma metodologia acrescentando ao relatado o seguinte:

⁵³ Cfr. docs. a fls. 516 e 517.

Cronologia da elaboração e revisão PPGRCIC				Correção dos desvios		
	Data	Elaborado	Aprovação	Data	Aprovação	Evidência
Elaboração	2016		Sem evidência	30-03-2017	26/04/2017	Int-USIF/2017/539 (relatório detalhado) Relatório execução anual 2016–
Revisão ⁽¹⁾	2017			17/05/2018	23/08/2018	Int-USIF/2018/1591 (relatório detalhado) Relatório execução anual 2017–
	2018		04/03/2018	29/05/2019	04/03/2020	Int-USIF/2019/1426 (relatório detalhado) Relatório execução anual 2018–
	2019	30/10/2020	Sem evidência	Efetuado para o biênio 2019-2020.		
	2020	Sem evidência		Int-USIF/2020/1876 Relatório execução anual 2019-2020		
				Ofícios de remessa –		
	2021	Sem evidência		08-04-2022	13/04/2022	Int-USIF/2022/785 (relatório detalhado) – Relatório execução anual 2021 Ofícios de remessa

Do contraditório enviado, constatou-se que:

- O título do quadro supra corresponde efetivamente à cronologia da elaboração e revisão dos Relatórios de Execução do PPGRCIC e não como identificado do Plano em si;
- O Relatório de Execução Anual de 2016⁵⁴, apesar de ser referido que foi aprovado pelo CA em 26/04/2017, não foi remetida a respetiva evidência;
- Não existe evidência da remessa da "Int-USIF/2017/539 (Relatório Detalhado)";
- Foi remetido o "Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2017/2217" ⁵⁵;
- Foi enviado o Relatório de Execução Anual de 2017⁵⁶;
- Não existe evidência da remessa da Ata do CA de aprovação de 23/08/2018 e da "Int-USIF/2018/1591 (Relatório Detalhado)" ⁵⁷;
- Foi remetido o "Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2018/5847" ⁵⁸;
- O Relatório de Execução Anual de 2018⁵⁹, apesar de ser referido que foi aprovado pelo CA em 04/03/2020, não foi remetida a respetiva evidência documental;
- Não existe evidência da remessa da "Int-USIF/2019/1426 (Relatório Detalhado)";
- Foi remetido o "Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2019/6160" ⁶⁰;
- Não existe evidência da remessa da Ata do CA de aprovação de 23/08/2018 e da "Int-USIF/2018/1591 (Relatório Detalhado)" ⁶¹;

⁵⁴ Cfr. docs. a fls. 516 a 517 e 549 a 577.

⁵⁵ Cfr. docs. a fls. 578 a 583.

⁵⁶ Cfr. docs. a fls. 516 a 517 e 584 a 615.

⁵⁷ Cfr. docs. a fls. 516 a 517.

⁵⁸ Cfr. docs. a fls. 616 a 618.

⁵⁹ Cfr. docs. a fls. 516 a 517 e 619 a 639.

⁶⁰ Cfr. docs. a fls. 640 a 646.

⁶¹ Cfr. docs. a fls. 516 a 517.

- Foi remetido o Relatório de Execução elaborado para o biénio 2019-2020⁶², não existindo evidência da sua aprovação em ata;
- Não existe evidência da remessa da “Int-USIF/2020/1876”;
- Foi remetido o “Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2020/10792”⁶³;
- Foram remetidos, também, as comunicações através de ofícios, ao Presidente do CPC, ao Secretário Regional da Saúde e ao Diretor Regional da Saúde, do Relatório de Execução do PPGRIC 2019 a 2020, acompanhados do Relatório Detalhado da Distribuição já referida USIFAIAL/2020/10792⁶⁴;
- Foi remetido um Relatório denominado “Relatório de Execução Anual de 2021”⁶⁵, não existindo evidência da sua aprovação pelo CA e o que não corresponde à informação constante no quadro supra enviado pela entidade, onde se constata a falta de evidência da elaboração e aprovação deste documento;
- Não existe evidência da remessa da “Int-USIF/2022/785 (Relatório Detalhado)”;
- Foi remetido o “Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2022/3911”⁶⁶;
- Foram remetidos, também, as comunicações através de ofícios, ao Presidente do CPC, ao Diretor Regional da Saúde, e ao Secretário Regional da Saúde, do Relatório de Execução do PPGRIC 2021, acompanhados do Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2022/4394, Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2022/4397, e o Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2022/4400, respetivamente⁶⁷;
- Foi ainda evidenciado o ofício de envio dos Relatórios de Execução do PPGRIC referentes ao biénio 2019-2020 e 2021 à IRAP e respetivo Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2022/6802⁶⁸.

A análise detalhada relativa à elaboração/revisão do PPGRIC da USI_Faial e respetivos relatórios de execução será efetuada no Ponto 4 do presente Ponto (I – Elaboração e Conteúdo do plano – PPGRCC) e no Ponto 1 do Ponto III – Avaliação do Plano (Verificação), deste relato.

⁶² Cfr. docs. a fls. 516 a 517 e 647 a 667.

⁶³ Cfr. docs. a fls. 668 a 674.

⁶⁴ Cfr. docs. a fls. 516 a 517 e 675 a 684.

⁶⁵ Cfr. docs. a fls. 516 a 517 e 685 a 707.

⁶⁶ Cfr. docs. a fls. 708 a 711.

⁶⁷ Cfr. docs. a fls. 516 a 517 e 712 a 723.

⁶⁸ Cfr. docs. a fls. 516 a 517 e 724 a 727.

2. CONTEÚDO DO PPGRIC

2.1. ESTRUTURA GENÉRICA DO PPGRIC

A análise efetuada à última versão da estrutura do PPGRIC da USI_Faial apresentada (aprovada pelo CA em 2020) consta do quadro seguinte:

Elaboração e conteúdo do PPGRIC					
ITEM	Sim	Não	N.A	Observações	Evidências
Diagnóstico Inicial					
1	Tem um Plano de Prevenção/Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRIC)?	✓		Revisão em 04 de março de 2020	PPGRIC
2	O PPGRIC é elaborado pelo serviço competente conforme previsto nas normas estatutárias e regulamentares?	✓			
3	O PPGRIC está atualizado de acordo com as recomendações atualizadas do Conselho de Prevenção da Corrupção?		X	Como o PPGRIC é de 2019, não contempla as últimas recomendações	
4	O PPGRIC foi revisado após 2015?	✓			
5	O PPGRIC contempla os serviços desconcentrados (caso existam)?			X	
6	O PPGRIC é elaborado com o contributo de todas as áreas/departamentos/unidades orgânicas da entidade?		X	Até ao momento não foram evidenciadas todas as unidades orgânicas	
7	O PPGRIC está publicitado na Intranet da entidade?	✓			
8	A estrutura do PPGRIC contempla:	✓		Enquadramento Caracterização da USI Faial Identificação e avaliação dos riscos Publicitação Controlo e Monitorização Bibliografia	

QUADRO 6 – DIAGNÓSTICO DA ELABORAÇÃO E ESTRUTURA DO PPGRIC DA USI_FAIAL⁶⁹

No diagnóstico inicial para a elaboração e conteúdo do PPGRIC, verificou-se:

- A existência de Plano, ainda que o mesmo não tenha sofrido revisões nas datas previamente planeadas (no 3.º ano após sua elaboração);
- A elaboração do PPGRIC (Gabinete Jurídico) pelo serviço competente;
- Apresentação da estrutura do plano⁷⁰;
- A sua publicitação na intranet da entidade⁷¹;
- A revisão ao PPGRIC⁷²;

Os restantes Pontos (3, 5 e 6) não se verificaram, pelos motivos tecidos no campo “observações”.

Em sede de contraditório, a edilidade referiu que “no decorrer do mês de março deste ano, foi aprovada um plano de ação de melhoria já acima mencionado e que prevê uma antecipação da

⁶⁹ Cfr. doc. a fl. 437.

⁷⁰ Cfr. docs. a fls. 179 a 216.

⁷¹ Cfr. docs. a fls. 262, 262-A e 263.

⁷² Cfr. docs. a fls. 166 a 178 e 199 a 216.

revisão (ver Doc. que se junta – Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2022/3545 e respetivo plano)".⁷³

Mais referiu que *"Para correção do desvio identificado no ponto 6 do referido quadro, o plano de ação de melhoria, já em curso, prevê que seja:*

"Enviado por email aos serviços que estão contemplados no PGRIC uma grelha em Excel, para identificarem os possíveis riscos existentes, quais os graus de probabilidade de ocorrência e de impacto verificados nos próprios serviços, bem como as medidas preventivas a adotar para cada risco identificado."

"Preenchimento da grelha em Excel com a identificação dos possíveis riscos existentes, dos graus de probabilidade de ocorrência e de impacto nos próprios serviços, bem como as medidas preventivas a adotar para cada risco identificado."

"Compilação dos riscos identificados por cada serviço."

"Avaliação do risco inerente, tendo em consideração o grau de probabilidade de ocorrência e de impacto definido por cada serviço".⁷⁴

As alegações apresentadas evidenciam o início de trabalhos para a correção das deficiências detetadas.

Relativamente à estrutura organizativa do PPGRIC da USI_Faial:

⁷³ Cfr. docs. a fls. 495, 517 e 848 a 856.

⁷⁴ Cfr. docs. a fls. 495, 517, 809 a 815 e 848 a 856.

Elaboração e conteúdo do PPGRIC					
ITEM	Sim	Não	N.A.	Observações	Evidências
Estrutura organizativa					
1	Está identificada a estrutura organizativa da entidade?	✓		Aprovada em 24 de janeiro de 2020, através da inf-USIF/2020/218	pág. 6 do PPGRIC; Distribuição USIFAIAL/2020/980
2	Estão identificadas as atribuições da entidade?	✓			
3	Existe organograma nominativo da entidade?		X	À data do PPGRIC não existia organograma nominal.	
4	Estão formalmente identificadas cominativamente a verificação do princípio de separação de funções?		X		
5	Estão identificadas as competências organizacionais (dirigentes, responsáveis de áreas e trabalhadores)?		X		
6	O PPGRIC está atualizado em função da entidade ser um BI do PRR?		X		
7	Está identificado o âmbito, aplicação do PPGRIC e objetivos?		X		
8	A gestão de riscos está devidamente fundamentada? • Conceitos; • Qualificação do risco; • Critérios de graduação.	✓			pág. 8 do PPGRIC
9	O PPGRIC identifica de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas para as funções, ações e procedimentos realizados cada uma das unidades da estrutura orgânica?		X		pág. 9 a 16 do PPGRIC
10	Existem trabalhos preparatório para alterar o PPGRIC de modo a contemplar as alterações efetuadas pelo Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC) que entra em vigor em 6 de junho de 2022? Designadamente: • Existência de PPGRIC; • Existência de Código de Conduta; • Existência de Programa de Formação; • Existência de Canal de Denúncias Interno; • Designação de Responsável pelo cumprimento normativo.		X		
11	O PPGRIC identifica os responsáveis pela implementação das medidas de prevenção identificadas?	✓		Gestão (Conselho de Administração e chefias Intermédias - Helena Reis (não está na entidade) Contratação e aprovisionamento - António Carvalho Área Financeira - Susana Simas Área de Pessoal - Manuela Rocha Secretariado clínico - Vítor Geraldo	pág. 9 a 16 do PPGRIC
				Testes a realizar: Verificar Declarações de confidencialidade de todos os trabalhadores e colaboradores; Testar obrigatoriedade de apresentação ou renovação anual do pedido de acumulação de funções; Verificar declarações de conflitos de interesses	

QUADRO 7 – ESTRUTURA DO PPGRIC DA USI_FAIAL⁷⁵

- À data da 1.ª revisão ao PPGRIC não existia cronograma nominal da USI_Faial;
- A não verificação, assim, dos Pontos 3 a 5;
- A não verificação da atualização do PPGRIC ao PRR, dos Pontos 6 e 7⁷⁶;
- A não identificação exaustiva dos riscos a cada uma das unidades da estrutura orgânica, mas sim a sua identificação por áreas⁷⁷;
- A não existência de evidências de trabalhos preparatórios para adaptação do PPGRIC ao RGPC;

⁷⁵ Cfr. doc. a fl. 437.

⁷⁶ Quanto ao PRR, vide Ponto 2.2. do presente Relato.

⁷⁷ Cfr. docs. a fls. 204 e 207.

- A verificação dos Pontos 1, 2, 8 e 11 do Quadro *supra*;

Em sede de contraditório, a entidade referiu que quanto à não verificação do Ponto 3, *"já foi elaborado um organograma nominativo da entidade do qual se deu conhecimento durante a ação inspetiva e foi disponibilizada na pasta em rede no próprio dia 7 de março e que junto se reenvia"*.⁷⁸

Quanto ao exposto, há a referir que não foi entregue à equipa inspetiva no dia dos trabalhos de campo documento que comprove a existência de organograma nominativo da entidade, nem está o mesmo apenso ao contraditório.

A edilidade alegou também, no contraditório apresentado, que nos Pontos 9 e 10 *"neste momento, está a ser preparada a revisão já contemplando o RGPC, conforme decorre dos documentos que se juntam (...) Existência de plano (...) Código de Conduta (...) Programa de formação (...) Canal de denúncias interno (...) Responsável pelo cumprimento"*.⁷⁹

As alegações apresentadas evidenciam a preparação dos trabalhos para a implementação do RGPD, para a correção das deficiências detetadas.

A USI_Faial identificou apenas a aplicação, em matéria de medidas preventivas, a segregação de funções nalgumas áreas e algumas medidas no âmbito da transparência dos procedimentos de contratação pública, como se evidencia no quadro seguinte:

Elaboração e conteúdo do PPGRIC					
ITEM	Sim	Não	N.A.	Observações	Evidências
Identificação das medidas preventivas					
1	O PPGRIC indica medidas preventivas como a segregação de funções?	✓			Procedimentos internos
2	O PPGRIC prevê a elaboração e atualização de manuais de procedimentos no âmbito dos mecanismos de controlo interno?		X		
3	O PPGRIC indica medidas que visam garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública, nomeadamente nomeação de júris diferenciados?	✓			
4	O PPGRIC indica medidas preventivas como a realização de ações de formação adequada para os trabalhadores?		X		
5	O PPGRIC indica medidas preventivas como a realização de ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus planos junto dos trabalhadores numa cultura de prevenção de riscos?		X		

QUADRO 8 – ELABORAÇÃO E CONTEÚDO DO PPGRIC DA USI_FAIAL⁸⁰

A USI_Faial evidenciou, no dia 7 de março à equipa inspetiva, procedimentos de controlo interno vertidos no seu Manual de Procedimentos⁸¹.

⁷⁸ Cfr. docs. a fls. 495, 517 e 786 a 787.

⁷⁹ Cfr. docs. a fls. 495, 517, 765 a 781, 782 a 787.

⁸⁰ Cfr. doc. a fl. 437.

⁸¹ Nas áreas financeira, contabilidade e tesouraria, aquisição de bens e serviços, serviço de pessoal e secretariado clínico.

O Ponto 3 do Quadro supra é comprovado no quadro intitulado “Contratação e Aprovisionamento” do PPGRIC na sua versão mais atual⁸².

Os restantes Pontos não se verificam no PPGRIC na versão atual.

Em sede de contraditório, a entidade alegou que *“todas as não conformidades detetadas serão tidas em consideração, como referido atrás, na revisão do plano”*, tendo juntado, para o efeito, evidências quanto à formação de 2019, 2020, 2021 e 2022.⁸³

Dos documentos que constam em anexo ao contraditório, não se evidenciam planeamentos e ações de formação adequadas para os trabalhadores em matéria de ética e de prevenção da corrupção, pelo que se mantém o vertido já em sede de PR.

A USI_Faial enviou, juntamente com os documentos requeridos no Ofício Sai-IRAT/2022/116, o Ponto 4 do Anexo I, designadamente o SCI da USI_Faial⁸⁴.

O documento é constituído por uma capa identificada com a imagética da USI_Faial e o título “Manual de Controlo Interno 2017”, e contém 117 páginas.

Através de uma simples leitura, constatou-se que o documento/manual não correspondia a um documento elaborado pela e para a USI_Faial, mas sim para a Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo (CCDR Alentejo).

O Manual apresentado definiu o plano da organização, os procedimentos e medidas de controlo internos nas áreas administrativa, financeira e de recursos humanos, bem como nas de gestão documental, processual e de recursos informáticos, da CCDR Alentejo, tendo sido aprovado em Évora, em janeiro de 2015, com referência ao Presidente da CCDR Alentejo, [REDACTED], embora sem a sua assinatura.

O documento apresentado corresponde ao Manual de Controlo Interno da CCDR Alentejo, datado de 2015, publicitado na página da internet da entidade, de fácil acesso e consulta, bastando para tanto aceder a https://www.ccdr-a.gov.pt/docs/ccdra/gestao/manual_controlo_interno.pdf

A USI_Faial retirou da internet o documento e fê-lo passar como sendo da sua autoria, substituindo a capa por outra com a imagética da USI_Faial. O documento apresentado é completamente desajustado da realidade da entidade a nível formal, material e organizacional.

A situação relatada, pela sua gravidade, suscitou um pedido de esclarecimentos à USI_Faial, em sede de contraditório, sob pena de se desencadearem mecanismos no sentido do apuramento das responsabilidades.

⁸² Cfr. doc. a fls. 209 e 210.

⁸³ Cfr. doc. a fls. 495 a 497, 517 a 519, 728 a 748.

⁸⁴ Cfr. doc. a fls. 44 a 165.

Face ao exposto, a entidade alegou, no exercício do contraditório, que *"não foi enviado juntamente com os documentos requeridos no Ofício Sai-IRAT/2022/116 (...) este documento foi disponibilizado no dia 7 de março aquando dos trabalhos de campo na pasta comum criada para o efeito à qual foi dado acesso às senhoras inspetoras que daí retiraram a documentação que consideraram pertinente e que se encontra junta ao presente relatório (...) a partilha daquele documento (...) visou apenas demonstrar que a USI_Faial tinha começado a trabalhar nessa situação em 2017, sendo aquele documento, um mero documento de trabalho completamente aberto e que segundo se percebe rapidamente pela leitura do mesmo estava a ser utilizado como estrutura para que quem estava a trabalhar o documento pudesse perceber o que se pretende de um Manual dedicado a esta temática."*⁸⁵.

Cumprir referir que a equipa inspetiva não retirou documentos, aliás, a USI-Faial entregou o documento de forma oficial, como sendo o seu Manual de Controlo Interno, não tendo sido referenciado qualquer documento de trabalho.

Ainda que a entidade venha alegar que se trata de um documento de trabalho, este foi entregue à equipa inspetiva, encontra-se capeado como sendo o Manual de Controlo Interno e tem algumas indicações referentes à USI_Faial, no excuro do documento, bem como a entidades que com esta se relacionam, como sendo a Saudaço e a Direção Regional do Orçamento e Tesouro.⁸⁶

Em contraditório, não juntaram igualmente um novo Manual de Controlo Interno.

Acresce referir que, a USI_Faial, já em 2015, não dispunha de Norma de Controlo Interno, conforme foi relatado no Processo n.º 56.07/2016/5 – "Auditoria à Unidade de Saúde da Ilha do Faial", assim como já havia sido referenciado em anteriores Ações realizadas pelo Tribunal de Contas, designadamente aquando da Auditoria efetuada à gerência de 2008 (Relatório n.º 14/2010-FS/SRATC) e na verificação Interna à conta da USI_Faial – Centro de Saúde da Horta – (2011) (Relatório n.º 37/2012-VIC/SRATC).

Constata-se que a USI_Faial não acatou a recomendação então efetuada, no sentido de elaborar, aprovar e implementar um SCI que integre princípios e procedimentos de controlo, pelo que se mantém o vertido em sede de PR.

⁸⁵ Cfr. doc. a fls. 497 a 499, 519 a 521 e 749 a 764.

⁸⁶ Atente-se à página 55, do Volume I de documentos

2.2. PLANO DE RECUPERAÇÃO E RESILIÊNCIA

2.2.1. ENQUADRAMENTO LEGAL

Através do Regulamento (EU) 2021/241, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de fevereiro, foi criado o MRR da União Europeia, enquadrado no Next Generation EU, para o período 2021-2026. O MRR determinou que os PRR dos Estados-Membros se traduzissem em medidas para a implementação de reformas e investimentos em face das profundas consequências em matéria de desenvolvimento económico e social consequência da grave emergência de saúde pública impulsionadas pela pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2.

Tendo como referência as opções e prioridades estabelecidas na Estratégia Portugal 2030, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 98/2020, de 13 de novembro, e, em articulação com os princípios de programação do Quadro Financeiro Plurianual 2021-2026 aprovados pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2020, de 13 de novembro, a programação do PRR tem sido desenvolvida a par do Acordo de Parceria e dos Programas Operacionais.

Deste modo, foi estabelecido pelo DL n.º 29-B/2021, de 4 de maio, o modelo de governação dos fundos europeus atribuídos a Portugal através do PRR, nomeadamente a estrutura orgânica, estratégica e operacional relativa ao acompanhamento e implementação do PRR para Portugal, designadamente das competências de gestão, monitorização, acompanhamento, avaliação, controlo e auditoria, financiamento, circuitos financeiros e sistema de informação de reporte e transmissão de dados à Comissão Europeia, nos termos do MRR da UE para 2021-2026.

O DL n.º 29-B/2021, de 4 de maio, estabeleceu o modelo de governação dos fundos europeus atribuídos a Portugal através do PRR, tendo sido instituído a "Recuperar Portugal", cometendo-lhe a coordenação técnica e a coordenação de gestão do PRR e, designadamente, a responsabilidade de implementar um SGCI que previna e detete irregularidades e, sobretudo, que permita a adoção de medidas corretivas oportunas e adequadas, de medidas antifraude eficazes e proporcionais.

A "Estrutura de Missão", foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 46-B/2021, de 4 de maio, enquanto entidade responsável pela coordenação técnica e pela coordenação de gestão da execução do PRR.

Na Região Autónoma dos Açores, foi publicado, pelo DRR n.º 23/2021/A, de 3 de setembro o modelo de governação das reformas e dos investimentos do PRR destinados à Região Autónoma. Este modelo assenta num conjunto organizado de órgãos com funções de coordenação política, de acompanhamento, de coordenação técnica e de monitorização e de auditoria e controlo.

As componentes e os respetivos investimentos estão repartidos no PRR em torno de três dimensões estruturantes:

- A Dimensão Resiliência, composta pelos Investimentos: C.1. Saúde; C.2. Habitação; C.3. Respostas Sociais; C.5. Capitalização e Inovação Empresarial; C.6. Qualificações e Competências; C.7. Infraestruturas;
- A Dimensão Transição Climática, composta pelos Investimentos: C.10. Mar, C. 14. Hidrogénio e Renováveis;
- A Dimensão Transição Digital, composta pelos Investimentos: C.19. Administração Pública Mais Eficiente; e C.20. Escola Digital.

À presente ação de controlo à USI_Faial, foi verificado o Investimento C.1. Saúde.

Ainda diretamente relacionada com a matéria, salienta-se a Resolução da Assembleia da República n.º 4/2021, de 16 de setembro, que recomenda ao Governo a prevenção de riscos de corrupção durante a pandemia, bem como a Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, que estabelece o estatuto do pessoal dirigente dos serviços e organismos da administração central, local e regional do Estado.

2.2.2. OBJETIVOS DA SUA VERIFICAÇÃO⁸⁷

A IRAT celebrou um Protocolo com a DRPFE, intitulado Protocolo de Colaboração para o Estabelecimento de Medidas Antifraude eficazes e proporcionais no âmbito do PRR_RAA, no qual foram estabelecidas obrigações para ambas as partes.

Na área da transparência, prevenção e combate à corrupção, salienta-se a alínea d) da Cláusula Quarta, que estabelece a realização por parte da IRAT de ações de caráter pedagógico junto dos BI, BF e EX, no âmbito da sensibilização para a necessidade efetiva da elaboração e implementação de um SCI que previna, detete e corrija irregularidades, e que estabeleça procedimentos de prevenção de conflitos de interesses, de fraude e de corrupção.

A Cláusula Segunda do Protocolo procede à Identificação dos Beneficiários Finais e dos Investimentos, sendo certo que o BF referente ao investimento “C01-i08-RAA - Hospital Digital da Região Autónoma dos Açores” é a Secretaria Regional da Saúde e Desporto⁸⁸.

Para o efeito, foi contratualizado entre a DRPFE e a SRSD o “Contrato de Financiamento – BF – Investimento C01-i08-RAA – “Hospital Digital da Região Autónoma dos Açores”.

A USI_Faial foi a entidade selecionada para a primeira ação inspetiva de controlo nesta matéria realizada pela IRAT e de acordo com o Ponto 8 da Ficha do Investimento correspondente ao C01-

⁸⁷ Cfr. doc. a fl. 445.

⁸⁸ Alínea a) da Cláusula Segunda do Protocolo.



i08-RAA- “Hospital Digital da Região Autónoma dos Açores”, figura na listagem de Entidades Executoras.

As respetivas identificações do BF e da EX são indicadas no quadro abaixo identificado:

Identificação do Investimento e do Beneficiário Final/Entidade Executora						
Dimensão Estruturante	Componente	Reforma/Investimento	Montante	Beneficiário Final	Contrato	Entidade Executora
Resiliência	Componente C01. Serviço Nacional de Saúde	Investimento C01-i08-RAA – “Hospital Digital da Região Autónoma dos Açores” (30ME)	30 ME	Secretaria Regional da Saúde e do Desporto	29/11/2021	Unidade de Saúde da Ilha do Faial

QUADRO 9 – VERIFICAÇÃO DO INVESTIMENTO E BENEFICIÁRIO PRR⁸⁹

2.2.3. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EXECUTORA NO LOCAL⁹⁰

Dada a existência de um contrato de financiamento sobre o Investimento C01-i08-RAA – “Hospital Digital da Região Autónoma dos Açores”, celebrado entre a DRPFE e a SRSD⁹¹, identificando este como BF e aquele como BI, foram solicitados os documentos referentes à gestão do PRR e o preenchimento dos quadros do Anexo II ao ofício SAI-IRAT/2022/116, de 3 de março.

A USI_Faial, não remeteu os documentos n.ºs 19 a 21.12⁹² solicitados no ofício supramencionado, tão-pouco preencheu o Anexo II. A PCA [REDACTED], afirmou desconhecer a contratualização de investimentos no âmbito do PRR.

Durante os trabalhos de campo, e confrontadas com tal situação, a PCA e a vogal do CA, diligenciaram no sentido de esclarecer e entregar a documentação solicitada, e constaram que dois *data logger* foram adquiridos com a indicação expressa de que a verba seria atribuída através do PRR⁹³.

Na *checklist* preenchida no dia dos trabalhos de campo, foi colocada a identificação do beneficiário (denominação e tipologia) como se identifica no quadro seguinte:

Identificação do Beneficiário		
Denominação	Tipo ⁽¹⁾	Ponto de contacto
Unidade de Saúde da Ilha do Faial	EX	-

⁽¹⁾ BI - Beneficiário Intermediário, nos termos do artigo 9.º do DL n.º 29/2021, de
BF- Beneficiário Final, os termos do artigo 9.º do DL n.º 29/2021, de
BD - Beneficiário Direto, os termos do artigo 9.º do DL n.º 29/2021, de
EX - Entidade Executora

QUADRO 10 – IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO⁹⁴

⁸⁹ Cfr. doc. a fl. 437.

⁹⁰ Cfr. doc. a fl. 445.

⁹¹ Cfr: docs. a fls. 337 a 376.

⁹² Cfr: docs. a fls. 4 a 10.

⁹³ Vide, a este respeito, docs. a fls. 377 a 430 e o Quadro 11 do presente Relato.

⁹⁴ Cfr. doc. a fl. 437.

2.2.4. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DE CONTROLO E POLÍTICA ANTIFRAUDE A IMPLEMENTAR NO ÂMBITO DA EXECUÇÃO DE INVESTIMENTOS FINANCIADOS POR VERBAS DO PLANO DE RECUPERAÇÃO E RESILIÊNCIA NA USI_FAIAL⁹⁵

Durante os trabalhos de campo foi preenchido o quadro resumo que integra a *checklist*/ficha de verificação que abaixo se apresenta:

Beneficiário Final e entidade executora do investimento C01-I08-RAA Hospital Digital da RAA					
ITEM (Sistema de Gestão)	Sim	Não	N.A.	Observações	Evidências
1 O beneficiário final do PRR - SRDS	✓			Celebrou Contrato de Financiamento - Investimento C01-I08-RAA (Anexo I)	
2 No contrato entre a SRSD (BF) e a DRFE(BI) estão estabelecidas as obrigações/direitos entre as partes na estrutura do PRR?	✓			Cláusula 3.º do Contrato de Financiamento	
3 Existe um contrato entre a SRSD (BF) e a USIF(EX) em que se estabeleça as obrigações/direitos entre as partes na estrutura do PRR?		✗		A UD não tinha assinado à data da realização dos trabalhos de campo (7 de março de 2022) Termo de Aceitação de entidade executora do investimento C01-I08-RAA (Anexo I), onde designadamente se estabelecem a relação sinalagmática entre as partes (BI/EX)	
Identificação das medidas preventivas referentes ao PRR no PPGRCIC da USI_Faial					
4 O PPGRCIC identifica as unidades orgânicas e os recursos humanos e meios afetos ao PRR?		✗		A USIF recebeu instruções específicas no âmbito da operacionalização do PRR. A USIF informou a equipa inspetiva, no dia 7-03-2022, que o único contacto com a DRS em 2022 visou um pedido de informação de equipamentos hospitalares para o corrente ano de 2022, por forma a planejar os investimentos do PRR. Para o ano de 2021, houve um contrato de investimento de €3.163,00€, sendo que 163€ no âmbito do PRR, assinado entre a SRSD, a DRS e a USIF.	Email com a DRS
5 O PPGRCIC identifica riscos específicos inerentes à execução de projetos financiados por verbas do PRR e respetivas ações preventivas?		✗			

QUADRO 11 –EXECUÇÃO DE INVESTIMENTOS FINANCIADOS POR VERBAS PRR⁹⁶

A USI_Faial entregou em mão e em versão digital os documentos relacionados com verbas atribuídas no âmbito do PRR_RAA *infra* mencionados:

⁹⁵ Cfr. doc. a fl. 445.

⁹⁶ Cfr. doc. a fl. 445.

Cronologia dos documentos apresentados no âmbito de execução de investimentos financiados por verbas PRR			
Identificação	Data	Conteúdo	Doc.
Email	27/07/2020	Pedido de auscultação informal ao fornecedor SUPPLYLAB	377 e 378
Email	04/11/2021	Atribuição de verbas - investimento em equipamento Comunicação da publicação da Portaria n.º 2062-2021, de 4 novembro	379 a 380
Email fornecedor SUPPLYLAB	18/11/2021	Envio de Proposta N.º P11339-10180-RC Anexos: Proposta_20200727_P11339-10180-RC.pdf; direção Regional Da Saúde - Portugal -suporta Ticket.msg; re Envio De Proposta N.º P11339-10168-rc.msg	381 a 392
Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2021/10962	18/11/2021	Envio de Proposta N.º P11339-10180-RC	393 a 398
Relatório Detalhado da Distribuição SRAS/2021/8564	22/11/2021	Comunicação do o Srº Diretor Regional da Saúde de Informar foi atribuída a verba de 163€ para a aquisição de 2 Data Logger para USI_Faial	399 a 401
Email	23/11/2021	Confirmação valores para fornecimento Registador temperatura - V.Ref: P11339-10180-RC	402 a 410
Email DRS	25/11/2021	Fonte de financiamento p/ o PRR	411 a 412
Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2021/11194 Comunicação fonte financiamento de ações financiadas pelo PRR	25/11/2021	Fonte de financiamento p/ o PRR	413 a 414
Email Grupo CERTILAB	30/11/2021	Confirmação valores para fornecimento Registador temperatura - V.Ref: P11339-10180-RC	415 a 416
Informação cabimento USI_Faial	30/11/2021	Doc. n.º 4011 - Proc. N.º 357/2021	417
Email USI_Faial	02/12/2021	Pedido fornecimento Registadores Temperatura - P11339-10180-RC Anexos: NE 719 - SUPPLYLAB	418 a 419
Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2021/12108	20/12/2021	FW: equipamento PRR	420 a 422
Email DRS	20/12/2022	Relativamente ao equipamento datalogger afeto ao PRR somos de solicitar a fatura, o auto receção e uma fotografia do equipamento.	423 e 424
Informação cabimento USI_Faial	05/01/2022	Doc. n.º 4011 - Proc. N.º 357/2021	430
Email DRS	09/02/2022	PRR- PLANEAMENTO DOS EQUIPAMENTOS 2022. Anexos: DRS-SAI-2022-583 - OF- CA ISIFAIAL.pdf; anexo lista equip PRR.xlsx	425 a 429
Registo da receção da verba na conta corrente da USI_Faial		NÃO FOI REMETIDA A INFORMAÇÃO SOLICITADA A 7/3/2022	
Extrato bancário		NÃO FOI REMETIDA A INFORMAÇÃO SOLICITADA A 7/3/2022	

QUADRO 12 – CRONOLOGIA DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS NO ÂMBITO DE EXECUÇÃO DE INVESTIMENTOS
FINANCIADOS POR VERBAS PRR⁹⁷

Da análise efetuada, constatou-se que:

- Não foi evidenciada a celebração de contrato/termos de aceitação entre a EX (USI_Faial) e o BF (DRSD)⁹⁸;
Foi igualmente referido o desconhecimento por parte do CA, nas pessoas de [REDACTED] (PCA) e [REDACTED] (Vogal do CA e Diretora de Enfermagem) da celebração de contratos desta natureza.

Contudo, como se afere dos documentos entregues em mão, no dia 7 de março, a USI_Faial é entidade executora no âmbito do PRR, e a ela foi solicitada pelo BF, de todos os documentos que constam do processo de aquisição de equipamentos sujeitos aos investimentos do PRR. Assim, o ofício da DRS constata que a entidade visada está abrangida por esses investimentos.

⁹⁷ Cfr. docs. a fls. 377 a 430.

⁹⁸ Refira-se, a este respeito, que o DL n.º 29-B/2021, de 4 de maio, no seu artigo 9.º, n.º 1, refere que “As reformas e os investimentos do PRR são objeto de contratualização entre a estrutura de missão «Recuperar Portugal» e os beneficiários diretos ou intermediários e entre estes últimos e os respetivos beneficiários finais”.

- A USI_Faial já recebeu verbas destinadas a adquirir equipamentos – *Data Loggers* – no âmbito do PRR, através da Portaria n.º 2062/2021, de 4 de novembro⁹⁹;
- Constatou-se que não foram mostradas evidências da aquisição física e financeira dos *Data Loggers*.

Convidou-se, neste sentido, a entidade visada, em sede de contraditório, a fazer prova dos registos contabilísticos e evidências documentais do recebimento da verba, assim como registos e evidências documentais da execução financeira dessa mesma verba.

A edilidade, quanto a este assunto, referiu “(...) *O que houve como consta aliás da extensa documentação junta sobre este assunto, foi a celebração do referido contrato de investimento que aqui se junta mas, embora tenha sido atribuída verba, a mesma só foi transferida para a conta da USI_Faial em janeiro de 2022. (...) Quanto à mencionada falta de evidência sobre a celebração de contrato entre a EX e o BF na página 36 do projeto de relatório, não se percebe ao que se refere porquanto pese embora não conste dos documentos anexos ao projeto de relatório, o contrato foi efetivamente entregue durante a ação inspetiva e é mencionado no projeto, desde logo, no ponto 2 do quadro 11 na página 35 e que para os devidos efeitos ora se junta*”¹⁰⁰.

Quanto ao exposto, cabe referir que a edilidade não entregou as evidências referentes ao PRR, conforme tinha sido solicitado nos documentos iniciais, por email de 3 de março de 2022, bem como não foi o contrato/termo de aceitação da EX entregue quando requerido pela equipa inspetiva no decurso dos trabalhos de campo.

Mais referiu que não era EX no âmbito do PRR e, consequentemente, não era parte contratual nem beneficiária de dinheiros públicos neste sentido.

Contudo, no dia dos trabalhos de campo, a PCA indicou a aquisição de equipamento médico tendo por base um acordo celebrado com a DRS, financiado por verbas do PRR.

Nesta medida, a equipa inspetiva solicitou o contrato/ termo de aceitação, celebrado entre a USI_Faial e a SRS, figurando aquela como EX e esta como BF, que a entidade continua a não evidenciar.

O contrato que a USI_Faial apensou ao seu contraditório indica a transferência da verba, através da emissão de Portaria de Investimento, e não se refere à qualidade dos intervenientes, SRS, DRS e USI_Faial, no âmbito do PRR.

A edilidade referiu ainda que “*não foi possível proceder à aquisição dos dois data loggers. Por um lado (...) a verba foi atribuída em 2021, mas apenas transferida em 28 de janeiro de 2022. Por outro*

⁹⁹ Publicada na II Série do Jornal Oficial da Região Autónoma dos Açores, n.º 219, de 4 de novembro de 2021, doc. a fl. 380.

¹⁰⁰ Cfr. docs. a fls. 499, 500 e 521 a 522 e 788 a 802.

(...) fomos confrontados com a informação do fornecedor – indicado pela DRS – que o mesmo não fornecia apenas as 2 unidades que estavam adstritas e contratadas para a USIFaial, mas sim um conjunto de 130 unidades como proposta que havia sido apresentada pelo fornecedor à DRS. (...) Posto isto, entendemos necessário proceder à revisão da necessidade de aquisição do equipamento em causa, após o que se comunicará à DRS para efeitos dos procedimentos a ter em conta com a verba atribuída que neste momento, está cativa para esse efeito”¹⁰¹.

A USI_Faial não evidenciou a comunicação à DRS quanto ao não fornecimento do equipamento, bem como a aquisição do evidenciar o registo contabilístico dessa cativação.

De salientar que o contrato enviado pela entidade tem como prazo de vigência 1 de janeiro de 2021 a 31 de dezembro de 2021, pelo que não se compreende a transferência da verba em 2022. Acresce referir que a entidade não evidenciou ainda, o cumprimento das suas obrigações acessórias contratualizadas, patentes na Cláusula 5.ª do contrato enviado, como por exemplo, o Plano de Gestão de Resíduos que incluía as especificações técnicas sobre a durabilidade, reparabilidade e reciclabilidade dos equipamentos a adquirir e instalar (*data loggers*) e a publicitação dos apoios concedidos ao abrigo do PRR.

Analizadas as alegações apresentadas que em nada vêm alterar/aditar/suprimir o relatado em sede de PR, mantém-se o exposto.

Dados os factos relatados, esta matéria deve merecer especial atenção da SRSD e da DRPFE, uma vez que envolvem fundos comunitários ao abrigo do PRR, sendo aquelas as entidades intervenientes (BF e BI, respetivamente).

Sendo a USI_Faial uma EX de investimentos financiados por verbas do PRR e tendo por base o âmbito das competências das entidades executoras, assim como a legislação referente à gestão do PRR, a USI_Faial encontra-se obrigada a definir uma estratégia antifraude e a desenvolver, autonomamente, o seu processo de avaliação do risco, designadamente de fraude, em alinhamento com a metodologia geral adotada pelo BI (DRPFE), processo pelo qual são inteiramente responsáveis.

Transcrito, *ipsis verbis*, do Relatório Anual de Progresso do PRR_Açores:

“As obrigações dos Beneficiários Finais e das Entidades Executoras são idênticas às do Beneficiário Intermediário (DREPFE) e estão vertidas em contratos e termos de aceitação para a execução dos investimentos e das respetivas medidas”¹⁰².

¹⁰¹ Cfr. docs. a fls. 499, 500 e 521 a 522 e 788 a 802.

¹⁰² Vide ainda, a este respeito, doc. a fl. 336.

2.3. CONFLITO DE INTERESSES

Em reunião de 7 de novembro de 2012, o CPC aprovou a Recomendação referente à gestão de conflitos de interesses no setor público, aos gestores e órgãos de direção de todas as entidades do Setor Público, incluindo os que a qualquer título ou sob qualquer forma tenham de gerir dinheiros, valores ou património públicos, criem e apliquem nas suas organizações medidas que previnam a ocorrência de conflitos de interesses.

A Recomendação define conflito de interesses no setor público como *“qualquer situação em que um agente público, por força do exercício das suas funções, ou por causa delas, tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza, que possam afetar, ou em que possam estar em causa, interesses particulares seus ou de terceiros e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas, ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas”*.

Também são classificadas como situações geradoras de conflitos, aquelas que *“envolvam trabalhadores que deixaram o cargo público para assumirem funções privadas, como trabalhadores, consultores ou outras, porque participaram, direta ou indiretamente, em decisões que envolveram a entidade privada na qual ingressaram, ou tiveram acesso a informação privilegiada com interesse para essa entidade privada ou, também, porque podem ainda ter influência na entidade pública onde exerceram funções, através de ex-colaboradores”*.

No que concerne à Prevenção de Conflitos de Interesses, o CPC na Recomendação, emitiu várias medidas a este respeito, salientando-se, de entre outras, as seguintes:

- Manuais de boas práticas e códigos de conduta, relativamente a todas as áreas de atuação;
- Identificação de potenciais situações de conflitos de interesses relativamente a cada área funcional da sua estrutura orgânica e medidas adequadas para a sua prevenção;
- Identificação e caracterização das áreas de risco, designadamente as que resultem das situações de acumulação de funções;
- Identificação de situações concretas de conflitos de interesses e respetiva sanção aplicável aos infratores;
- Promoção da cultura organizacional na qual impere forte intolerância relativamente às situações de conflitos de interesses, e promoção da responsabilidade individual de todos os trabalhadores;
- Desenvolvimento de ações de formação profissional de reflexão e sensibilização sobre esta temática, junto de todos os trabalhadores dos serviços;

- Subscrição, por todos os trabalhadores, de declarações de inexistência de conflitos de interesse relativamente a cada procedimento que lhe seja confiado no âmbito das suas funções e no qual, de algum modo, tenha influência;
- Subscrição, por todos os trabalhadores que se encontrem em regime de acumulação de funções, de uma declaração atualizada em que assumam de forma inequívoca que as funções acumuladas não colidem sob forma alguma com as funções públicas que exercem, nem colocam em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação;
- Declarações relativas a ofertas no exercício das funções;
- Promoção de mecanismos de monitorização da aplicação destas medidas, bem como do respetivo sancionamento.

No ensejo das alterações legislativas operadas pela Lei n.º 52/2019, de 31 de julho, pela Lei n.º 60/2019, de 13 de agosto, pela Lei Orgânica n.º 4/2019, de 13 de setembro e pela RAR n.º 210/2019, de 20 de setembro, o CPC, em reunião de 8 de janeiro de 2020, revogou a Recomendação de 7 de novembro de 2012 e aprovou a Recomendação sobre Gestão de Conflitos de Interesses no Setor Público, destinado a *“todas as entidades do Setor Público e a todas as demais entidades, independentemente da sua natureza, que tomam decisões, movimentam dinheiros ou valores e intervêm na gestão do património público”*, que contém, de entre outras recomendações, as seguintes:

- Criem e apliquem mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, designadamente manuais de boas práticas e códigos de conduta;
- Incluam nos seus PPRCIC e respetivos relatórios de execução, referência sobre a gestão de conflitos de interesses relativamente a todas as áreas de atuação, com identificação das situações de conflitos de interesses para cada área funcional da sua estrutura orgânica;
- Implementem medidas adequadas a prevenir e gerir situações de conflitos de interesses, reais, aparentes ou potenciais;
- Garantam a subscrição de declarações de interesses, incompatibilidades e impedimentos, pelos dirigentes e trabalhadores, relativamente a cada procedimento que lhes seja confiado no âmbito das suas funções e no qual tenham influência, nas quais assumam de forma inequívoca a inexistência de impedimentos ou de interesses privados que possam colocar em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação;
- Promovam uma cultura organizacional em ordem à inexistência de situações de conflitos de interesses e promovam a responsabilidade individual de todos os trabalhadores;
- Desenvolvam ações de formação profissional de reflexão e sensibilização sobre a temática dos conflitos de interesses, junto de todos os trabalhadores dos serviços;

- Estabeleçam mecanismos de monitorização da aplicação das medidas tomadas para prevenir e gerir situações de conflitos de interesses, bem como de sancionamento dos casos de incumprimento das obrigações declarativas de interesses, incompatibilidades e impedimentos;
- Identifiquem e caracterizem áreas de risco, designadamente as que resultem das situações de acumulação de funções, cujo tratamento deve ser efetuado no âmbito dos mesmos termos do PGRIC;
- Assegurem no caso do exercício de cargos públicos em acumulação ou por inerência de funções, a adoção de idênticos procedimentos de controlo que garantam a imparcialidade dos atos praticados, mediante a prévia verificação das situações de impedimento, designadamente as previstas no CPA;
- Estabeleçam situações de obrigatoriedade de declarar o recebimento de ofertas no exercício de funções.

Para o enquadramento legal do conflito de interesses, salienta-se, de entre outros, a Constituição da República Portuguesa (CRP), o Código do Procedimento Administrativo¹⁰³ (CPA), o DL n.º 11/2012, de 20 de janeiro¹⁰⁴, a Lei n.º 64/93, de 26 de agosto¹⁰⁵, a Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro¹⁰⁶, DL n.º 71/2007, de 27 de março¹⁰⁷, a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro¹⁰⁸, Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas¹⁰⁹, Código de Conduta do Governo¹¹⁰, Lei n.º 52/2019, de 31 de julho¹¹¹ e DL n.º 14/2014, de 22 de janeiro¹¹²

Da análise ao PGRIC da USI_Faial constatou-se que a entidade não verteu a maioria das diretrizes da Recomendação, como se evidencia no quadro seguinte:

¹⁰³ Aprovado pelo DL n.º 4/2015, de 7 de janeiro, alterado pela Lei n.º 72/2020, de 16 de novembro.

¹⁰⁴ Que aprova o Regime de Incompatibilidades do Pessoal de Livre Designação por Titulares de Cargos Políticos.

¹⁰⁵ Aprova o Regime de Incompatibilidades e Impedimentos dos Titulares de Cargos Políticos e Altos Cargos Públicos

¹⁰⁶ Aprova o Estatuto do pessoal dirigente dos serviços e organismos da Administração central, regional e local do Estado.

¹⁰⁷ Republicado pela Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, que aprova o Estatuto do Gestor Público.

¹⁰⁸ Aprova o Regime de vinculação de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exerçam funções públicas.

¹⁰⁹ Aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho

¹¹⁰ Em anexo à Resolução do Conselho de Ministros n.º 53/2016, de 21 de setembro.

¹¹¹ Aprova o Regime do exercício de funções por titulares de cargos políticos e altos cargos públicos.

¹¹² Aprova o Regime jurídico das incompatibilidades no âmbito dos estabelecimentos e serviços do Sistema Nacional de Saúde e dos serviços e organismos do Ministério da Saúde.

Conflitos de interesse					
ITEM	Sim	Não	N.A	Observações	Evidências
1		X		O PPGRCIC não prevê as especificidades da Recomendação.	
2		X			
3		X			
4		X			
5	✓			Entregue do procedimento	
6		X			
7		X			
8	✓				
9		X			
10	✓				
11		X			

QUADRO 13 – ANÁLISE CONFLITOS DE INTERESSES¹¹³

Refira-se que a USI_Faial evidenciou a existência procedimentos e de minutas de declarações de incompatibilidades e impedimentos, bem como de acumulação de funções.

No referente ao Item 8 do quadro *supra*, foram entregues em mão, no dia dos trabalhos de campo, a Nota Interna com a referência Int/USIF/2022/15¹¹⁴, relativa à apresentação pelos trabalhadores de requerimentos para acumulação de funções, indicação da minuta na intranet, respetivos pedidos de acumulação de funções¹¹⁵ e procedimento aplicável¹¹⁶.

Em sede de contraditório, a USI_Faial apresentou, quanto a este ponto, a carta de missão e valores da USI_Faial, o Código de Ética e Conduta, o Procedimento Acumulação de Funções/Incompatibilidades e Impedimentos que visa contribuir para o controlo e fiscalização do cumprimento das garantias de imparcialidade no desempenho das funções e um documento

¹¹³ Cfr. doc. a fl. 438.

¹¹⁴ Cfr. doc. a fl. 335.

¹¹⁵ Cfr. docs. a fls. 324 a 334.

¹¹⁶ Cfr. docs. a fls. 479 a 482.

enviado às chefias e responsáveis de modo a contemplar todos os riscos de todos os serviços/áreas na próxima revisão do PGRIC, para preenchimento¹¹⁷.

As alegações apresentadas evidenciam a o início dos trabalhos, para a correção das deficiências detetadas.

2.4. TRANSPARÊNCIA DE PROCEDIMENTOS

Na Recomendação aprovada em reunião do CPC de 2 de outubro de 2019¹¹⁸, foi estabelecido que todas as entidades que celebrem contratos públicos, deverão reforçar *"a atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, quanto à sua formação e execução, devendo, em especial, fundamentar a decisão de contratar, a escolha do procedimento, a estimativa do valor do contrato e a escolha do adjudicatário."*¹¹⁹

No que concerne à transparência de procedimentos, concluiu-se pela não verificação dos requisitos *infra* identificados:

Transparência de procedimentos						
ITEM	Sim	Não	N.A	Observações	Evidência	
1 O PGRIC identifica os riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, quanto à sua formação e execução, devendo a entidade, em especial, fundamentar a decisão de contratar, a escolha do procedimento, a estimativa do valor contratado e a escolha do adjudicatário?		X				
2 O PGRIC indica medidas que incentivam a existência de recursos humanos com formação adequada, nomeadamente para elaborar peças procedimentais (convite, programa do concurso, caderno de encargos)?		X				
3 O PGRIC indica mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses na contratação pública, designadamente os previstos no Código dos Contratos Públicos e no Código do Procedimento Administrativo?		X				
4 O PGRIC indica que deve ser privilegiado o recurso a procedimentos concursais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto?		X				
5 O PGRIC indica medidas que visam garantir a transparência nos procedimentos de contratação pública, nomeadamente através do cumprimento da obrigação de publicitação no portal da contratação pública (Portal Base)?		X				

QUADRO 14 – ANÁLISE TRANSPARÊNCIA DE PROCEDIMENTOS¹²⁰

Em sede de contraditório, a USI_Faial referiu que *"o plano de melhoria para a revisão que se prevê antecipada, do PGRIC irá contemplar estas recomendações"*¹²¹.

¹¹⁷ Cfr. docs. a fls. 501 a 502, 523, 765 a 781, 803 a 815.

¹¹⁸ Referida já no Ponto 2.3. *"Conflito de Interesses"* do presente Relato.

¹¹⁹ Conforme a alínea a) do Ponto 1, da Recomendação do CPC, de 2 de outubro de 2019, sobre Prevenção de Riscos de Corrupção na Contratação Pública.

¹²⁰ Cfr. docs. a fls. 439.

¹²¹ Cfr. docs. a fls. 501 a 502, 523 a 524 e 848 a 855.

As alegações apresentadas evidenciam a preparação dos trabalhos para suprir as deficiências detetadas.

2.5. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO CONCOMITANTE

Para o presente Ponto, foi tida em linha de conta a Recomendação, aprovada em reunião do CPC de 2 de outubro de 2019¹²², na qual se estabeleceu a instrução, aplicável a todas as entidades que celebrem contratos públicos, para:

“a) Reforçar a atuação na identificação, prevenção e gestão de riscos de corrupção e infrações conexas nos contratos públicos, quanto à sua formação e execução, devendo, em especial, fundamentar a decisão de contratar, a escolha do procedimento, a estimativa do valor do contrato e a escolha do adjudicatário;”

Foi igualmente considerada a Recomendação sobre Gestão de Conflitos de Interesses no Setor Público¹²³, pelo CPC, em reunião de 8 de janeiro de 2020, designadamente:

“a) Criem e apliquem mecanismos de acompanhamento e de gestão de conflitos de interesses, devidamente publicitados, designadamente manuais de boas práticas e códigos de conduta que incluam, também, os períodos que antecedem e sucedem o exercício de funções públicas, em conformidade com o quadro legal e os valores éticos da organização”.

A Recomendação sobre Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas no âmbito das medidas de resposta ao surto pandémico da Covid-19, aprovada em reunião do CPC de 6 de maio de 2020, aplicável a “todos os órgãos e entidades públicas e a todas as demais entidades, independentemente da sua natureza, que intervenham na gestão ou controlo de dinheiros e outros valores públicos”, cuja primeira recomendação se transcreve:

1- “Assegurar o controlo necessário para garantir a inexistência de conflitos de interesses, a transparência dos procedimentos de contratação pública e a integridade na execução dos contratos públicos, em especial, nas áreas da saúde e das infraestruturas;”

No que concerne à monitorização e avaliação concomitante, concluiu-se pela não verificação dos requisitos *infra* identificados:

¹²² Referida nos Pontos 2.3. “*Conflito de Interesses*” e 2.4. “*Transparência de Procedimentos*”, do presente Relato.

¹²³ Referida no Ponto 2.3. “*Conflito de Interesses*”, do presente Relato.



Monitorização e avaliação concomitante						
ITEM	Sím	Não	N.A	Observações		Evidências
1		X				
2		X				
3		X				
4		X				
5		X				
6		X				
7		X				

QUADRO 15 – ANÁLISE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO CONCOMITANTE¹²⁴

Quanto ao exposto, a edilidade referiu em contraditório que “foi elaborado um Plano de melhoria para a revisão do PPGRIC, prevendo-se a sua revisão antecipada”, bem como “já foi implementada o previsto no ponto 3 do quadro 15 da pag. 44 do projeto de relatório”¹²⁵.

As alegações apresentadas evidenciam a preparação dos trabalhos para suprir as deficiências detetadas.

2.6. MEIOS DE ALERTA DE RISCO DE IRREGULARIDADES

A Recomendação sobre Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas no âmbito das medidas de resposta ao surto pandémico da Covid-19, aprovada em reunião do CPC de 6 de maio de 2020, aplicável a “*todos os órgãos e entidades públicas e a todas as demais entidades, independentemente da sua natureza, que intervenham na gestão ou controlo de dinheiros e outros valores públicos*”. Salientam-se as seguintes recomendações, que se transcrevem:

“2-Reforçar os meios e instrumentos necessários para garantir a transparência, imparcialidade e integridade na atribuição de auxílios públicos e de prestações sociais, com o eventual recurso a plataformas de informação digital ou a portais de transparência;

¹²⁴ Cfr. doc. a fl. 439.

¹²⁵ Cfr. docs. a fls. 502, 524, 848 a 859.

3- Garantam a criação de instrumentos de monitorização e de avaliação concomitante da aplicação dos auxílios públicos, em obediência ao princípio da eficiência e da eficácia na aplicação de dinheiros públicos;

4- Exerçam um controlo efetivo sobre as operações de intervenção pública no Setor Empresarial e noutras Entidades Privadas beneficiárias, considerando, em especial, os sinais de alerta de risco de irregularidades, por forma a salvaguardar a legalidade, a correta aplicação dos recursos e a sua afetação às finalidades previstas”.

No que concerne aos meios de alerta de risco de irregularidades, concluiu-se pela não verificação dos requisitos *infra* identificados:

Meios de alerta de risco de irregularidades					
ITEM		Sím	Não	N.A	Observações
1	O PPGRIC indica meios de alerta de irregularidades para garantir a transparência, imparcialidade e integridade dos procedimentos e seus intervenientes, designadamente plataformas de informação digital ou portais de transparência?		X		
2	O PPGRIC indica meios de alerta de irregularidades no âmbito da intervenção pública no setor empresarial do Estado e em entidades privadas (por exemplo: gestão de doentes entre entidades), de modo a salvaguardar a transparência, imparcialidade e legalidade, a correta aplicação dos recursos e a sua afetação às finalidades previstas, designadamente canais de comunicação de denúncias, entre outros?			X	
3	O PPGRIC indica meios de alerta de irregularidades no âmbito da contratação de compra de equipamentos, de modo a salvaguardar a transparência, imparcialidade e legalidade, a correta aplicação dos recursos e a sua afetação às finalidades previstas, designadamente canais de comunicação de denúncias, entre outros?		X		
4	O PPGRIC indica meios de alerta de irregularidades no âmbito do recurso a agências funerárias, em particular no contexto de pandemia da COVID-19, de modo a salvaguardar a transparência, imparcialidade e legalidade, a correta aplicação dos recursos e a sua afetação às finalidades previstas, designadamente canais de comunicação de denúncias, entre outros?			X	
5	O PPGRIC indica meios de alerta de irregularidades no âmbito da vacinação contra a COVID-19, de modo a salvaguardar a transparência, imparcialidade e legalidade, a correta aplicação dos recursos e a sua afetação às finalidades previstas, designadamente canais de comunicação de denúncias, entre outros?		X		
6	O PPGRIC indica meios de alerta de irregularidades no âmbito da gestão de recursos humanos (por exemplo, contratação de pessoas, nomeação de chefes, acumulação de funções), de modo a salvaguardar a transparência, imparcialidade e legalidade, a correta aplicação dos recursos e a sua afetação às finalidades previstas, designadamente canais de comunicação de denúncias, entre outros?		X		

QUADRO 16 – ANÁLISE MEIOS DE ALERTA DE RISCO DE IRREGULARIDADES¹²⁶

Refira-se ainda que a USI_Faial não elaborou, em particular, o “Código de Ética e Conduta”, pelo que não possuiu um instrumento que incluía informação e procedimentos sobre normas desta índole, designadamente no que se refere a situações de conflito de interesse, sigilo profissional e tratamento de informação privilegiada, acumulação de funções e deteção e comunicação de fraude e corrupção.

¹²⁶ Cfr. doc. a fl. 440.

Em sede de contraditório, a USI-Faial referiu já ter sido aprovada a carta de missão e valores e o Código de Ética e Conduta, bem como *“já diligenciou no sentido de criar uma Política Antifraude e bem assim um Procedimento de Sistema de apresentação e tratamento de denúncias da USI Faial – Canal de Denúncia”*¹²⁷.

As alegações apresentadas evidenciam apenas a existência da carta de missão e valores e o Código de Ética e Conduta, mantendo-se no restante o relato já efetuado em sede de PR.

3. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DO PLANO

A Recomendação de 1 de julho de 2009, aprovada pelo CPC em reunião de 4 de março de 2009, refere, quanto à elaboração dos PPGRIC, na al. c) do Ponto 1.1., a *“definição e identificação dos vários responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão dirigente máximo”*.

A 1 de julho de 2015, o CPC aprovou uma nova Recomendação, que, no Ponto 3, prevê que os PPGRIC *“devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais os quais poderão constituir um capítulo próprio dos relatórios de atividade das entidades a que respeitam”*.

Nesta medida, o quadro *infra* espelha a realidade existente na USI_Faial.

Identificação dos responsáveis pela gestão do plano						
ITEM		Sim	Não	N.A.	Observações	Evidências
Responsabilidade do serviço de auditoria interna						
1	A elaboração do PPGRCIC enquadra-se nas competências do serviço de auditoria interna?		X		A entidade realiza auditorias transversais no âmbito da qualidade e da gestão dos objetivos (GAQ e EGOAC), assim como no âmbito da equipa do risco e segurança.	
Responsabilidade Geral						
2	O PPGRCIC identifica o responsável geral pela sua execução e monitorização?	✓			Identifica como responsáveis pela elaboração do documento a Enf.ª [REDACTED] (não se encontra no desempenho de funções).	
Responsabilidade Sectoriais						
3	O PPGRCIC identifica os responsáveis setoriais pela sua gestão e monitorização?	✓			Identifica como responsáveis pela revisão do documento a Dra. [REDACTED] e pelo acompanhamento e elaboração do Relatório anual de execução o Gabinete Jurídico da USI Faial	

QUADRO 17 – ANÁLISE IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DO PPGRIC¹²⁸

Da análise do quadro, constatou-se que os responsáveis pela elaboração e monitorização do PPGRIC, designadamente a Dra. [REDACTED], já não se encontra em exercício de funções na USI_Faial¹²⁹.

¹²⁷ Cfr. docs. a fls. 502, 524,765 a 781, 860 a 875.

¹²⁸ Cfr. doc. a fls. 440.

¹²⁹ Cfr. docs. a fls. 199 a 216.

Os representantes legais da USI_Faial não se encontram atualizados no PPGRIC, face à nomeação do novo CA: [REDACTED], como PCA¹³⁰ [REDACTED], como Vogal Executivo e Diretor Clínico¹³¹, e [REDACTED], como Vogal Executiva e Diretora de Enfermagem¹³².

A responsabilidade do serviço de auditoria interna no PPGRIC é inexistente, na medida em que a USI_Faial apenas realiza auditorias internas através do Gabinete de Apoio da Qualidade (GAQ), para aferir da qualidade e gestão dos objetivos no âmbito da certificação.

Em sede de contraditório, a USI_Faial referiu que o plano de melhoria já identifica e define as responsabilidades, não tendo evidenciado pela efetiva implementação¹³³.

4. APROVAÇÃO DO PPGRIC

Nos termos da Recomendação aprovada na reunião do CPC de 1 de julho de 2009, os "órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza, devem (...) elaborar [e aprovar] planos de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas" (aditamento nosso) que na USI_Faial, é o CA¹³⁴.

O PPGRIC USI_Faial foi aprovado pelo órgão competente, conforme se descreve no quadro abaixo:

Aprovação do plano					
ITEM	Sim	Não	N.A.	Observações	Evidências
1 O PPGRIC foi aprovado pelo órgão de gestão?	✓			PPGRIC 2015, aprovado 04/09/2015, pelo CA Última revisão de 2020, aprovada em 06/03/2020, pelo CA	Atas, Distribuição Edoclink e ata

QUADRO 18 – ANÁLISE APROVAÇÃO DO PPGRIC¹³⁵

A USI_Faial enviou os PPGRIC existentes, a saber: o PPGRIC de 2015¹³⁶, elaborado a 28 de julho de 2015, por [REDACTED] e aprovado a 4 de setembro de 2015 em reunião do CA da USI_Faial¹³⁷; e revisões ao PPGRIC¹³⁸, realizadas a 03/06/2019 por [REDACTED] (revisão formal), a 11/02/2020, por [REDACTED] (revisão do conteúdo),

¹³⁰ Cfr: doc. a fl. 319.

¹³¹ Cfr: docs. a fls. 322 a 323.

¹³² Cfr: docs. a fls. 320 a 321.

¹³³ Cfr: docs. a fls. 503, 525, 848 a 855.

¹³⁴ Conforme as competências que foram atribuídas a este órgão pelo artigo 13.º do Anexo I do DRR n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro.

¹³⁵ Cfr. doc. a fl. 441.

¹³⁶ Cfr: docs. a fls. 181 a 198.

¹³⁷ Cfr: docs. a fls. 217 a 218.

¹³⁸ Cfr. docs. a fls. 199 a 216.

aprovadas na reunião do CA de 21/02/2020, e revisão a 04/03/2020 por [REDACTED]
aprovada na reunião do CA de 06/03/2020¹³⁹.

II. APLICAÇÃO DO PLANO (EXECUÇÃO)

1. ENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES NA CULTURA DE PREVENÇÃO DE RISCOS

O CPC aprovou na reunião de 1 de julho de 2009, a Recomendação sobre Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas¹⁴⁰, mediante a qual as “*entidades gestoras de dinheiros, valores ou patrimónios públicos, seja qual for a sua natureza*”, devem elaborar PPGRIC que contenham, entre outras recomendações, a seguinte:

“b) Com base na referida identificação de riscos, indicação das medidas adotadas que previnam a sua ocorrência (por ex., mecanismos de controlo interno; segregação de funções, definição prévia de critérios gerais e abstratos, designadamente na concessão de benefícios públicos e no recurso a especialistas externos, nomeação de júris diferenciados para cada concurso, programação de ações de formação adequada, etc.).”

A respeito desta temática, na Recomendação do CPC de 2 de outubro, sobre Prevenção de Riscos de Corrupção na Contratação Pública¹⁴¹, é referido que todas as entidades que celebrem contratos públicos devem:

“c) Incentivar a existência de recursos humanos com formação adequada para a elaboração e aplicação das peças procedimentais respetivas, em especial, do convite a contratar, do programa do concurso e do caderno de encargos;

(...)

h) Assegurar que os gestores dos contratos são possuidores dos conhecimentos técnicos que os capacitem para o acompanhamento permanente da execução dos contratos e para o cabal cumprimento das demais obrigações decorrentes da lei”.

Da análise ao PPGRIC da USI_Faial constatou-se que a entidade não verteu toda as diretrizes da Recomendação, com exceção para a elaboração do Plano de Formação Interna 2019, como se evidencia no quadro seguinte:

¹³⁹ Cfr. docs. a fls. 166 a 178 e 216.

¹⁴⁰ Transcrita no Ponto 1, I “*Elaboração e Conteúdo do Plano*”, no presente Relato.

¹⁴¹ Que procedeu à revogação da Recomendação do CPC de 7 de janeiro de 2015.

Envolvimento dos trabalhadores na cultura de prevenção de riscos						
ITEM		Sim	Não	N.A.	Observações	Evidências
Ações de formação						
1	A entidade realizou ações de formação adequadas para os trabalhadores?	✓				Formação 2019
2	A entidade realizou ações de formação sobre o plano junto dos trabalhadores que contribuam para uma cultura de prevenção de riscos?	✓			Formação interna em 2019 que envolveu 14 inscitos (chefias e trabalhadores)	
3	A entidade incentiva a existência de recursos humanos com formação adequada para a elaboração e aplicação de peças procedimentais respetivas, em especial, do convite, do programa do concurso e do caderno de encargos?		X			
4	A entidade assegura que os gestores dos contratos possuem conhecimentos técnicos para acompanhar a sua execução e o cumprimento das demais obrigações decorrentes da lei?		X			
Ações de divulgação, reflexão e esclarecimento						
1	A entidade realizou ações de divulgação, reflexão e esclarecimento sobre o plano junto dos trabalhadores que contribuam para uma cultura de prevenção de riscos?		X			
2	A entidade realizou ações de formação profissional de reflexão e sensibilização sobre a temática dos conflitos de interesses, junto de todos os trabalhadores dos serviços?		X			
Outras ações para a promoção da cultura de prevenção de riscos - Aplicável pela Recomendação CPC 08/01/2020						
1	A entidade divulgou os mecanismos de acompanhamento e gestão de conflitos de interesses por si criados e implementados, designadamente manuais de boas práticas e códigos de conduta que incluem, também, os períodos que antecedem e sucedem o exercício de funções públicas, em conformidade com o quadro legal e os valores éticos da organização?		X		O PPGRIC foi aprovado em 2019 e não contempla esta Recomendação	
2	A entidade promove uma cultura organizacional tendo em vista a inexistência de situações de conflitos de interesses?		X			
3	A entidade promove a responsabilidade individual de todos os trabalhadores, reconhecendo e destacando as boas práticas e os bons exemplos de serviço público?		X			
4	A entidade promove a responsabilidade individual de todos os trabalhadores, promovendo também atitudes ativas de recusa de contacto e processamento relativamente a procedimentos administrativos em que, sob qualquer forma, tenham interesse, ainda que através de terceiro?		X			
5	A entidade define as situações de obrigatoriedade de declarar o recebimento de ofertas no exercício de funções?		X			

QUADRO 19 - ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES NA CULTURA DE PREVENÇÃO DE RISCOS^{142 143}

Existe um Plano de Formação Interna de 2021-2022, com conteúdos específicos nas áreas de equipamentos médicos, uso seguro dos equipamentos e dos equipamentos médicos, Controlo de Infecção (PPCIRA), Dor, Diabetes e Sessões Clínicas¹⁴⁴.

Ao nível de formação na prevenção de riscos de corrupção, atente-se no quadro seguinte:

¹⁴² Cfr. docs. a fls. 441, 274 a 300 e 453 a 478.

¹⁴³ Cfr. doc. a fl. 441.

¹⁴⁴ Cfr. docs. a fls. 274 a 276.

Formação					Trabalhadores que frequentaram a ação		Observações
N.º	Nome	Tipologia ⁽¹⁾	Horas	Data	N.º	Carreira / categoria	
2/2019	Prevenção de Risco e Corrupção	FI	7	09/10/2019	12	AT - 5 CEE - 3 TS - 3 Outros - 1	estavam inscritos 14 trabalhadores sendo que dois deles não frequentaram a ação de formação
	Ética, Integridade e Transparência	FE	14	30/11/2021 e 2 e 3/12/2021	1	PCA	Ação ministrada pelo CEFAPA
	Regime da Contratação Pública	FE	21	7, 9, 14/12/2021	1	PCA	
	Regime da Contratação Pública	FE	21	7, 9, 14/12/2021	1	PCA	
	Workshop do Novo CCP e formação da plataforma Saphety	FE	7	30/05/2019	1	AT	

⁽¹⁾ Formação interna (FI), ministrada pelos serviços da USI_Faial; Formação Externa (FE), ministrada por entidades externas à USI_Faial

⁽²⁾ Assistente técnico (AT), Carreira especial de enfermagem (CEE), Técnico superior (TS), Outros (trabalhadores que já não se encontram a desempenhar funções na USI)

QUADRO 20 – FORMAÇÕES REALIZADAS NO ÂMBITO NA ÁREA DE PREVENÇÃO DE RISCOS E INFRAÇÕES CONEXAS

É de referir ainda os seguintes documentos apresentados pela USI_Faial, no dia 09/03/2022, não indicados no quadro supra:

- Documento referente à “Formação em SNC-AP – Portaria n.º 128/2017, de 5 de abril”, da Unileo, sem mais informações, incluindo a data e a frequência de trabalhadores da USI_Faial¹⁴⁵;
- Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2021/3669, sobre a formação “A Simplificação e Agilização da Nova Contratação Pública e dos Procedimentos Administrativos”, a 7 de maio de 2021, do qual não é evidenciada qualquer inscrição de formandos pela USI_Faial¹⁴⁶;
- Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2021/10063, criada a 25/10/2021, com o assunto “INA | Formação na área da Contratação Pública”, a que corresponde a divulgação da oferta formativa, sem qualquer evidência de inscritos da USI_Faial¹⁴⁷;
- Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2017/9873, criada a 06/10/2017, com o assunto “Saudaço – Workshop do Novo CCP e Formação da plataforma Saphety”, com duas participações (dois formandos da USI_Faial) e ofícios enviados pela entidade formadora (Saudaço), com as referências Saud-Sai/2017/815 e Saud-Sai/2017/893, datados de 18/09/2017 e 04/10/2017, respetivamente¹⁴⁸.

Foi igualmente realizada uma formação no Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas (SNC-AP), em formato e-learning, promovido pelo Instituto Nacional da Administração (INA) em parceria com a Unidade de Implementação da Lei de Enquadramento Orçamental (Unileo), que obteve seis inscrições por parte da USI_Faial¹⁴⁹.

¹⁴⁵ Cfr: doc. a fl. 454.

¹⁴⁶ Cfr. docs. a fls. 464 a 467.

¹⁴⁷ Cfr. docs. a fls. 468 a 470.

¹⁴⁸ Cfr. docs. a fls. 471, 475 a 477.

¹⁴⁹ Cfr. docs. a fls. 31 a 43.

Em suma, dos cento e dois (102) trabalhadores existentes na USI_Faial em 2022, nenhum frequentou ações de formação e apenas três (3) trabalhadores desta entidade já frequentaram ações de formação com algum conteúdo em ética e prevenção da corrupção, e um (1) especificamente nesta temática, ainda que realizados entre o período de 2019 a 2021.

Registe-se que no ano de 2021, o trabalhador que frequentou a ação de formação em “*Ética, Integridade e Transparência*”, ministrou em regime de formação interna, o respetivo conteúdo, que contou com 12 participantes.

Em sede de contraditório, a edilidade juntou a documentos a formação de 2019, 2020, 2021 e 2022, que já se encontravam vertidos no relato e documentos do Projeto de Relatório, e fez notar que “(...) a Equipa do Núcleo de Formação encontra-se em gestão corrente estando a decorrer a reformulação da equipa para futura nomeação de nova equipa, altura em que se notificará para a necessidade de criar um pacote de “*formações obrigatórias de follow-up*” para as áreas de PPGRCIC, Fraude, Ética e Conduta prevendo-se para tal o envolvimento das chefias ou responsáveis de área”¹⁵⁰.

Dos documentos que constam em anexo ao contraditório, não se evidenciam planeamentos e ações de formação adequadas para os trabalhadores em matéria de ética e de prevenção da corrupção, pelo que se mantém o vertido já em sede de PR.

2. POLÍTICA DA TRANSPARÊNCIA

Seguindo o Ponto 1.1. da Recomendação do CPC de 1 de julho de 2009, conjugado com a Recomendação de 7 de abril de 2010, os planos elaborados pelas entidades devem ser publicitados “no sítio da respetiva entidade na INTERNET” e devem, tal-qualmente os relatórios de execução anuais, ser enviados ao CPC, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

A Recomendação do CPC de 1 de julho de 2015 vem igualmente referir, no Ponto 5, que os Planos “*devem ser publicados nos sítios da Internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.*”

Da análise ao PPGRCIC da USI_Faial constatou-se que a entidade não verteu toda as diretrizes da Recomendação, como se evidencia no quadro seguinte:

¹⁵⁰ Cfr. docs. a fls. 503 a 504, 525 a 526 e 728 a 748.

Política de transparência do Plano					
ITEM		Sim	Não	N.A.	Observações
Publicação do relatório na Internet					
1	O PPGRIC está publicitado na página da entidade na Internet?		X		Não existe
2	O PPGRIC está publicitado na Intranet da entidade?	✓			
Cumprimento do princípio de exceção da matéria reservada na publicação do relatório					
1	O PPGRIC publicado na página da entidade na Internet não inclui as matérias e as vertentes que apresentam uma natureza reservada?			X	

QUADRO 21 – ANÁLISE DA POLÍTICA DE TRANSPARÊNCIA DO PPGRIC¹⁵¹

Verificou-se que:

- A USI_Faial não tem sítio eletrónico próprio, pelo que o PPGRIC não está publicitado na internet (Item 1);
- O PPGRIC está publicitado na *intranet* da USI_Faial, conforme evidenciado *in loco*, a 7 de março de 2022¹⁵² (Item 2).

A edilidade referiu, em sede de contraditório, que “têm sido desenvolvidos vários esforços no sentido de que conclui o processo de criação da página da internet da instituição” ¹⁵³.

3. ENVIO DO PPGRIC

Os PPGRIC devem, nos termos da Recomendação do CPC de 1 de julho de 2009, ser enviados ao Conselho de Prevenção da Corrupção, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

Nesta senda, o presente Ponto tem por objetivo aferir do envio dos PPGRIC.

Dos documentos carreados ao processo constatou-se que a USI_Faial não publicitou o PPGRIC junto de todas as entidades referidas na Recomendação aludida, como se evidencia no quadro seguinte:

Remessa do plano					
ITEM		Sim	Não	N.A.	Observações
Envio do relatório de execução ao Conselho de Prevenção da Corrupção					
1	O PPGRIC é enviado ao Conselho de Prevenção da Corrupção?		X		Apenas ocorreu a remessa do Plano de 2015.
Envio do relatório aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e outras					
2	O PPGRIC é enviado à SRSD?	✓			Foi também remetido à Sudação
3	O PPGRIC é enviado à IRAT?		X		
4	O PPGRIC é enviado para os órgãos de controlo estratégico?		X		

QUADRO 22 – ANÁLISE REMESSA DO PPGRIC¹⁵⁴

¹⁵¹ Cfr. docs. a fls. 442 e 262 a 273.

¹⁵² A USI_Faial facultou igualmente cópia do printscreen da intranet onde consta a publicação do PPGRIC.

¹⁵³ Cfr. docs. a fls. 505, 527, 816 a 847.

¹⁵⁴ Cfr. docs. a fls. 442 e 249 a 261.

Dos documentos remetidos foi possível concluir que apenas o PPGRIC de 2015 foi enviado no ano de 2015 à Sudaçor, S.A.¹⁵⁵ e, em 2017, ao CPC¹⁵⁶, à SReS¹⁵⁷ e ¹⁵⁸, bem como à Direção Regional da Saúde (DRS)¹⁵⁹.

III. AVALIAÇÃO DO PLANO (VERIFICAÇÃO)

1. ELABORAÇÃO ANUAL DE UM RELATÓRIO SOBRE A EXECUÇÃO DO PLANO

A Recomendação de 1 de julho de 2009, aprovada pelo CPC em reunião de 4 de março de 2009, refere que, para além do dever de elaboração dos PPGRIC, os *“órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património públicos, seja qual for a sua natureza”* devem proceder à *“elaboração anual de um relatório sobre a execução do plano”* (alínea. d) do Ponto 1.1. da Recomendação).

A este relatório de elaboração anual deve ser incluída a referência sobre a gestão de conflitos de interesses *“relativamente a todas as áreas de atuação, com identificação das situações de conflitos de interesses para cada área funcional da sua estrutura orgânica, tendo em conta os resultados de autoavaliações que realizem sobre a respetiva política de gestão de conflitos de interesses”*, de acordo com a alínea b) do Ponto 1 da Recomendação n.º 3/2020, do CPC, de 8 de janeiro.

Em acréscimo, nos PPGRIC devem ainda estar designados os *“responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais os quais poderão constituir um capítulo próprio dos relatórios de atividade das entidades a que respeitam”*, conforme o Ponto 3 da Recomendação do CPC de 1 de julho de 2015.

Da análise ao PPGRIC da USI_Faial constatou-se que a entidade não verteu toda as diretrizes da Recomendação, com exceção para a elaboração do Plano de Formação Interna 2019, como se evidencia no quadro seguinte:

¹⁵⁵ Referenciado no Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2015/8994, a 09/09/2015, em doc. a fl. 258.

¹⁵⁶ Referenciado no Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2017/5971, e ofício SAI-USIF/2017/1382, de 06/06/2017, em docs. a fls. 249 a 251 e 259.

¹⁵⁷ Atual Secretaria Regional da Saúde e Desporto, cujas competências e organização foram aprovadas pelo DRR n.º 15/2021/A, de 6 de julho. Este departamento que integra o XII GRA, nos termos do DRR n.º 28/2020/A, de 10 de dezembro.

¹⁵⁸ Referenciado no Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2017/5972, e ofício SAI-USIF/2017/1383, de 06/06/2017, em docs. a fls. 252 a 254 e 261.

¹⁵⁹ Referenciado no Relatório Detalhado da Distribuição USIFAIAL/2017/5973, e ofício SAI-USIF/2017/1384, de 06/06/2017, em docs. a fls. 255 a 257 e 260.

Elaboração anual de um relatório sobre execução do plano					
ITEM	Sím	Não	N.A	Observações	Evidências
1		X		O último Relatório anual de execução do PPRCIC apresentado pela entidade foi elaborado em maio de 2019 e avalia o grau de implementação das medidas de mitigação dos riscos identificados no PPRCIC ao longo do ano de 2018. Existe elaborado em 2020 um Relatório de Execução do Plano de 2019 que ainda se encontra e circuito de aprovação.	USIFAIAL/2020/10792
2		X		Não foram elaborados Relatórios referentes a 2020 e 2021	
3			X	INTUSIF_2019_1426	
4		X			
5		X			
6		X			
7		X		Só das áreas selecionadas	
8		X			
9		X		A evidência existente é a do circuito em Edoclink USIFAIAL/2019/6160 e USIFAIAL/2020/10792	
10		X			
11		X		Também não foram evidenciados no Relatório de Atividades da entidade	

QUADRO 23 – ANÁLISE ELABORAÇÃO ANUAL DO RELATÓRIO SOBRE EXECUÇÃO DO PPRCIC¹⁶⁰

O PPRCIC de 2015 teve um relatório de execução¹⁶¹, referente ao ano de 2018, elaborado por [REDACTED] e aprovado em reunião do CA de 04/03/2020¹⁶², e divulgado na intranet da entidade, a 9 de março de 2020.

Foi ainda entregue à equipa inspetiva o relatório detalhado (*edoclink*) da distribuição USIFAIAL/2020/10792¹⁶³, referente ao relatório anual de execução do ano de 2019, não existindo registos da sua aprovação em reunião do CA nem da posterior divulgação.

Não foram entregues relatório de execução relativos a 2016, 2017, 2020 e 2021.

Em sede de contraditório, a equipa inspetiva detetou nos anexos remetidos nessa sede, relatórios de execução relativos aos anos de 2016, 2017, 2018, 2019-2020 e 2021.

¹⁶⁰ Cfr. docs. a fls. 441, 219 a 261.

¹⁶¹ Cfr: docs. a fls. 228 a 248.

¹⁶² Cfr: docs. a fls. 221 a 227.

¹⁶³ Cfr. docs. a fls. 219 a 220.

2. AVALIAÇÃO DAS MEDIDAS PLANEADAS E APLICADAS

Considerando o conteúdo do PPGRIC, neste ponto avalia-se o grau de implementação das medidas preventivas da ocorrência de riscos nele constantes.

Segundo a verificação efetuada *in loco* e retratada na *Checklist*/Ficha de Inspeção *infra* elaborada para o efeito, não foi possível verificar da avaliação das medidas planeadas e aplicadas, uma vez que não constam as mesmas do PPGRIC e, consequentemente, não foram elaborados relatórios de execução.

Avaliação das medidas planeadas e aplicadas					
ITEM	Sím	Não	N.A	Observações	Evidências
1		X			
2		X			
3		X			
4		X			
5		X			
6		X		Apesar de existirem medidas a incluir no plano do ano seguinte o mesmo não foi elaborado.	
7		X			
8		X			
9		X			
10		X			
11		X			

QUADRO 24 – ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DAS MEDIDAS PLANEADAS E APLICADAS DO PPGRIC¹⁶⁴

O objetivo do acompanhamento do Plano é o de criar mecanismos que diminuam a probabilidade de ocorrência de situações que potenciem os riscos, bem como dotar o USI_Faial de capacidade, para, por um lado, para atenuar falhas nas áreas mais expostas ao risco; e, por outro lado, de dar

¹⁶⁴ Cfr. doc. a fl. 441.

resposta imediata em caso de ocorrência de situações de corrupção, por via das responsabilidades e funções bem definidas.

Os responsáveis pelo acompanhamento das medidas inscritas no PPGRIC não evidenciaram a avaliação das medidas em concreto, situação que contribuiu também para a não elaboração dos relatórios de execução.

A edilidade, em sede de contraditório, alegou e evidenciou pela conclusão e aprovação do Relatório do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas biénio 2019-2020 e o Relatório Anual de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2021¹⁶⁵.

3. POLÍTICA DA TRANSPARÊNCIA

Nos termos da alínea a), do n.º 1, do artigo 2.º, da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, que cria o CPC, e do n.º 1, do artigo 46.º, do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, que aprova o regime jurídico do setor empresarial do estado, as empresas públicas cumprem a legislação e a regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção, devendo elaborar anualmente um relatório identificativo das ocorrências, ou risco de ocorrências, de factos de corrupção ativa ou passiva, de criminalidade económica e financeira, de branqueamento de capitais, de tráfico de influência, de apropriação ilegítima de bens públicos, de administração danosa, de peculato, de participação económica em negócio, de abuso de poder ou violação de dever de segredo, bem como de aquisições de imóveis ou valores mobiliários em consequência da obtenção ou utilização ilícitas de informação privilegiada no exercício de funções na Administração Pública ou no sector público empresarial, e publicitado nas páginas das entidades na Internet.

Acresce que, na Recomendação n.º 1/2009, de 1 de julho de 2009, no seu ponto 1.2, o Conselho de Prevenção da Corrupção refere que os relatórios de execução do PPGRIC devem ser remetidos ao próprio Conselho, bem como aos órgãos de superintendência, tutela e controlo.

O CPC recomenda que os planos, de acordo com o ponto 5 da Recomendação n.º 3/2015, de 1 de julho, devem ser publicados nos sítios da Internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, contribuindo, assim, para promover uma política de transparência na gestão pública.

¹⁶⁵ Cfr: docs. a fls. 505, 527, 647 a 674 e 678 a 711.



Não obstante, nos documentos de prestação de contas devem constar informações referentes aos relatórios de execução dos PPGRIC, pelo que entendeu-se estender a questão da publicitação na Internet também aos respetivos relatórios anuais de execução.

Em termos de política de transparência do relatório de execução do PPGRIC, e já na senda do referido quanto à publicitação do PPGRIC, constatou-se pela publicitação do relatório de execução (único existente na USI_Faial, datado de 2018) na *intranet*¹⁶⁶, mas não na página *web* da USI_Faial, conforme reproduzido infra:

Política de transparência do relatório de execução do plano					
ITEM	Sim	Não	N.A	Observações	Evidências
Publicação do relatório na Internet					
1		X			
2	✓			No relatório de execução elaborado em 29 de maio de 2019, está proposto que o mesmo seja divulgado junto de todos os trabalhadores da USIFaial, através da intranet corporativa bem como a respetiva remessa às entidades competentes. Aprovado em 2020	
Cumprimento do princípio de exceção da matéria reservada na publicação do relatório					
1		X			

QUADRO 25 – ANÁLISE DA POLÍTICA DA TRANSPARÊNCIA DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PPGRIC¹⁶⁷

Saliente-se que a inexistência de *síte* da USI_Faial com uma área alusiva à estratégia antifraude, onde se encontrem divulgados o Plano, a principal legislação e outros documentos sobre este tema, bem como os relatórios de execução anual produzidos, não garante, por esta via, a necessária visibilidade interna e externa a esta matéria.

A divulgação na intranet, e ainda através do endereço eletrónico institucional, fomenta uma cultura de transparência administrativa, de compromisso e de responsabilização de todos os colaboradores, contribuindo, assim, para fortalecer a credibilidade e reputação da USI_Faial.

A USI_Faial, em sede de contraditório, evidenciou pela divulgação dos relatórios de execução do PPGRIC na *intranet*¹⁶⁸.

4. ENVIO DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO

À semelhança das recomendações instituídas para envio dos PPGRIC, os relatórios de execução devem também ser remetidos “ao Conselho de Prevenção da Corrupção, bem como aos órgãos de

¹⁶⁶ Cfr: docs. a fls. 228 a 248 e 262 a 263.

¹⁶⁷ Cfr. doc. a fl. 444.

¹⁶⁸ Cfr: docs. a fls. 505, 527 e 876.

superintendência, tutela e controlo”, conforme Ponto 1.2. da Recomendação n.º 1/2009, do CPC, de 1 de julho de 2009.

Constatou-se que o único Relatório de Execução elaborado e datado de 2018 não foi enviado às entidades competentes, conforme abaixo se elucida:

Envio do relatório de execução					
ITEM		Sím	Não	N.A	Observações
Envio do relatório de execução ao Conselho de Prevenção da Corrupção					
1	O relatório de execução do PGRIC é enviado para o Conselho de Prevenção da Corrupção?		X		
Envio do relatório aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e outras					
2	O relatório de execução é enviado à Secretária Regional da Saúde e Desporto?		X		
3	O relatório de execução é enviado à IRAT?		X		

QUADRO 26 – ANÁLISE DA REMESSA DO RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DO PGRIC¹⁶⁹

Salienta-se que no decurso dos trabalhos de campo, no dia 7 de março, a PCA, após ter efetuado uma pesquisa no SGC/E-Doclink, verificou que não conseguia evidenciar o envio do relatório para a tutela e entidades de controlo.

Em sede de contraditório, a USI_Faial evidenciou a correção da falta no envio do Relatório de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas biénio 2019-2020 e o Relatório Anual de Execução do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas 2021, ficando assim, suprida esta deficiência¹⁷⁰.

¹⁶⁹ Cfr. doc. a fl. 445.

¹⁷⁰ Cfr. docs. a fls. 506, 528, 658 a 684 e 708 a 727.

IV. SISTEMA DE GESTÃO DE CONTROLO INTERNO E POLÍTICA ANTICORRUPÇÃO

As medidas e instrumentos de controlo e a Estratégia Antifraude instituída numa entidade espelha a cultura de transparência das atividades e dos processos, procedimentos e métodos de trabalho, de modo a cumprir com a missão que lhe está atribuída, reforçando a previsibilidade, transparência, celeridade e eficiência dos processos, procedimentos e métodos utilizados, bem como da qualidade do trabalho desenvolvido.

A USI_Faial, por força do acervo legislativo comunitário, nacional e regional aplicável, é obrigada a garantir que os seus procedimentos internos relacionados com as funções por si desempenhadas, se encontram objetivados em normas, descrições de sistemas e manuais de procedimentos. Estas premissas obrigam, naturalmente, à existência de instrumentos que garantem uma adequada gestão de riscos nomeadamente os identificados no quadro seguinte:

ITEM		Sim	Não	N.A.	Conteúdo do documento
Sistema de Gestão de Controlo Interno	1 Carta de Missão e Valores		X		Expressar a vontade da USI_Faial em alcançar um elevado nível ético, assim como demonstrar a vontade da sua divulgação interna e externa, de forma aberta e transparente, com vista à melhor prossecução do interesse público.
	2 Declaração de Política Antifraude		X		Formaliza e exprime, a nível interno e externo, a posição oficial da USI_Faial, no que concerne à fraude e à corrupção.
	3 Código de Ética e Conduta (CEC)		X		Integra um conjunto de princípios éticos e normas de conduta subjacentes a toda a atuação da entidade, quer no âmbito da prossecução da sua missão, quer no exercício das suas funções. Este Código aplica-se a todos os colaboradores da entidade, independentemente da sua função, vínculo e posição hierárquica, e constitui uma referência de grande importância na sua atuação, demonstrando a todos e, em especial, aqueles com quem se relaciona interna e externamente, um ambiente geral de confiança e integridade. Anualmente, os colaboradores devem ser convidados a renovar a sua adesão ao Código. Inclui informação e procedimentos sobre normas de condutas, no que se refere a conflitos de interesse, sigilo profissional e tratamento de informação privilegiada, acumulação de atividades e deteção e comunicação de corrupção e/ou fraude. Deve a entidade também designar um responsável pelo acompanhamento de todas as matérias relacionadas com a aplicação do CEC, pela sua interpretação e esclarecimento de dúvidas, bem como por zelar pelo seu cumprimento e por resolver qualquer questão relacionada com o seu incumprimento.
	4 Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses		X		Visa proteger o interesse público e a transparência da atividade desenvolvida e a salvaguarda do uso indevido de informações obtidas no exercício das funções públicas para fins privados. É exigida a todos os trabalhadores, no sentido de acautelar situações de eventual conflito entre os seus deveres e os respetivos interesses particulares de natureza comercial, financeira, empresarial e lúdica. Esta declaração deve encontrar-se publicada em anexo ao CEC e permanentemente disponível na intranet. Anualmente, a USI_Faial deve relembrar aos trabalhadores a necessidade de atualizarem, sempre que necessário, a sua Declaração de Conflitos de Interesses.
	5 Manual de Procedimentos	✓			Define a metodologia e procedimentos que permitirão, quer aos dirigentes, quer aos trabalhadores da USI_Faial, desempenhar as suas tarefas de forma rigorosa, garantindo a qualidade do seu trabalho.
	6 Segregação de funções		X		Constitui um importante mecanismo do sistema de gestão e controlo no domínio da prevenção da fraude, assegurando, na organização das equipas, uma adequada separação de funções potencialmente conflitantes ao longo do ciclo de vida das operações.
	7 Ações de formação e sensibilização em ética, conduta e integridade	✓			Constituem uma parte essencial da prevenção e deteção da fraude, pelo que a USI_Faial deve assegurar a integração no seu plano de formação de ações de formação e de sensibilização relevantes nesta matéria.
	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	✓			Constitui-se como um instrumento de gestão fundamental, dado que a sua implementação e acompanhamento permitem reforçar e consolidar os procedimentos e mecanismos de prevenção e deteção de riscos de gestão, designadamente de fraude e corrupção. O PPGRCIC da USI_Faial encontra-se desatualizado e desajustado à realidade.
	PPGRIC	✓			Desatualizado.
	Relatório de execução do PPGRCIC	✓			Não foram elaborados relatórios anuais.
	Ofícios de remessa do PPGRCIC a entidades externas	✓			Somente ao PPGRCIC de 2015.
	Ofícios de remessa do relatório do PPGRCIC a entidades externas		X		Não evidenciados.
	Metodologia de elaboração do PPGRCIC		X		Existe apenas uma referência no enquadramento do Plano.
	Tabelas de acompanhamento do PPGRCIC		X		Não evidenciados.
	Atas de reunião de trabalho no âmbito do PPGRCIC		X		Não evidenciados.
	Publicidade		X		O PPGRCIC encontra-se publicado apenas na intranet da USI_Faial.

ITEM	Sim	Não	N.A	Conteúdo do documento
9 Manual de Gestão do Risco		X		Define a metodologia aplicada pela USI_Faial na gestão e avaliação de risco de fraude e de reporte das situações de fraude às instâncias adequadas.
10 Descrição do Sistema de Gestão e Controlo		X		Deve descrever o Sistema de Gestão e Controlo interno da USI_Faial, tanto no âmbito da sua atividade geral como no âmbito do PRR. Identifica as unidades orgânicas e os recursos humanos e meios afetos ao sistema.
11 Manual de Controlo Interno		X		Traduz-se num sistema de controlo interno, que integra uma série de procedimentos com vista à otimização da gestão. Este sistema engloba o plano de organização interno, políticas, métodos, técnicas e procedimentos de controlo, bem como quaisquer outros a definir pelos respetivos órgãos de gestão que permitam assegurar o desenvolvimento das suas atividades de forma eficaz, eficiente e com qualidade. No aspeto contabilístico-financeiro, permite salvaguardar os seus ativos, a prevenção de ilegalidades e a exatidão e integridade de todos os registos contabilísticos e a preparação oportuna e atempada de toda a informação financeira. A USI_Faial, apesar de ter disponibilizado o Manual do Sistema de Controlo Interno, verificou-se, aquando da sua análise, que não correspondia a um documento elaborado pela e para a USI_Faial, mas sim da CCOR Alentejo. O documento apresentado é completamente desajustado da realidade da entidade a nível formal, material e organizacional.
12 Monitorização da estratégia antifraude		X		Com objetivo de verificar o cumprimento das responsabilidades nesta matéria, em particular o desenvolvimento dos seus exercícios de avaliação do risco e a revisão dos seus PPRCIC, a USI_Faial deve proceder, em sede da sua própria avaliação do risco, à monitorização da estratégia antifraude na sua entidade.
13 Mecanismos para comunicação e gestão das denúncias de suspeitas de fraude		X		A USI_Faial deve dispor de canais e mecanismos que possibilitem a apresentação e tratamento de denúncias de suspeitas de fraude, tanto por parte dos trabalhadores, como também provenientes do exterior, com a devida reserva e segundo o princípio da não retaliação, garantindo que a todas as denúncias é dado o devido tratamento.
14 Sistemas de Informação	✓			
15 Organograma que ilustre as funções relacionadas com a gestão da entidade, devendo também incluir um organograma específico para o PRR		X		O organograma não se encontra atualizado face ao PRR.

QUADRO 27 – DOCUMENTOS ELABORADOS PELA USI_FAIAL- REFERENTES AO SISTEMA DE GESTÃO ANTICORRUPÇÃO¹⁷¹

A falta de existência dos instrumentos de gestão identificados permite inferir que a USI_Faial não está munida de meios que lhe permitem gerir atempadamente potenciais riscos de gestão, designadamente de fraude e corrupção e, desta forma, garantir um nível tolerável de exposição ao risco.

Neste Ponto, a USI_Faial, no exercício do contraditório, remeteu para os documentos apensos às suas alegações¹⁷².

A análise ao contraditório permite verificar, como já aqui foi referido, a evidência do início de trabalhos para a supressão das deficiências mencionadas.

¹⁷¹ Cfr. doc. a fl. 441.

¹⁷² Cfr. docs. a fls. 528, 765 a 766, 767 a 781, 803 a 808, 860 a 864, 865 a 875, 848 a 855, 877 a 881.

PARTE V – CONCLUSÕES E MELHORIAS A IMPLEMENTAR

Através da análise de tudo o descrito no presente relatório é possível concluir que a USI_Faial necessita de criar um sistema robusto de controlo interno e definir uma política anticorrupção para ir de encontro ao exigido na legislação recentemente publicada, permitindo a sua aplicação antecipada.

Em jeito de conclusão, destacam-se os seguintes pontos:

Elaboração e Aprovação PPGRCIC		
Conclusões		
<p>1.1. A USI_FAIAL aprovou em dezembro de 2015 o seu primeiro PPGRCIC;</p> <p>1.2. Foram realizadas duas revisões ao PPGRCIC, designadamente a 03/06/2019 por [REDACTED] (revisão formal) e a 11/02/2020, por [REDACTED] (revisão do conteúdo), que foram aprovadas na reunião do CA de 21/02/2020; e uma terceira revisão a 04/03/2020 por [REDACTED] aprovada na reunião do CA de 06/03/2020;</p> <p>1.3. A última versão do PPGRCIC da USI_Faial não se encontra atualizado de acordo com as orientações emitidas pelo CPC;</p> <p>1.4. A USI_Faial até ao momento da realização dos trabalhos de campo, não tinha ainda encetado trabalhos preparatórios referentes à implementação do RGPC, assim como à identificação de riscos e medidas preventivas referentes à gestão do PRR;</p> <p>1.5. A USI_Faial não evidenciou também a sua política ou Sistema de Gestão Anticorrupção (SGAC).</p>		
Propostas de Melhorias a implementar		Medidas e Decisões adotadas na sequência da ação inspetiva, evidenciadas em sede de contraditório
<input checked="" type="checkbox"/> Rever e atualizar o PPGRCIC;		Sem evidência
<input checked="" type="checkbox"/> Rever e atualizar a Matriz de Riscos de Corrupção;		Sem evidência
<input checked="" type="checkbox"/> Incluir os novos riscos que se venham a ser identificados e outros que ficaram por mapear e avaliar, ainda que já tenham sido identificados. Por exemplo, os riscos associados: <ul style="list-style-type: none"> a) As obrigações para declarar incompatibilidades, impedimentos, no sentido de prevenir a ocorrência de conflitos de interesses; b) Ao Canal de denúncias; c) Aos Procedimentos Concursais de Recrutamento de Pessoal e de procedimentos de contratação pública; d) À Transparência e comunicação das decisões tomadas pelos dirigentes no âmbito das suas funções. 		Sem evidência
<input checked="" type="checkbox"/> Elaborar o quadro geral de competências, funções e responsabilidades, no âmbito do SGAC;		Sem evidência
<input checked="" type="checkbox"/> Desenhar o SGAC e sua Inserção no PPGRCIC.		Sem evidência

Conteúdo genérico do PPGRCIC		
Conclusões		
<p>2.1. A estrutura e conteúdo do PPGRCIC (2019) da USI_Faial não identifica riscos e as respetivas medidas em áreas cruciais para uma efetiva política anticorrupção, designadamente riscos de corrupção e infrações conexas, conduta ética e deontologia profissional, contratação pública, materialidade financeira das áreas em termos de orçamento e execução orçamental, interação com entidades externas, entre outros.</p> <p>2.2. De igual modo não identifica riscos no que respeita à gestão do PPR_RAA.</p>		
Propostas de Melhorias a implementar		Medidas e Decisões adotadas na sequência da ação inspetiva, evidenciadas em sede de contraditório
<input checked="" type="checkbox"/> Estruturar o PPGRCIC respeitando o desenho do SGAC;		Sem evidência
<input checked="" type="checkbox"/> Elaborar o plano respeitando e inserindo os aspectos/elementos que constam das recomendações do CPC;		Sem evidência
<input checked="" type="checkbox"/> Rever e atualizar a Matriz de Riscos de Corrupção;		Sem evidência
<input checked="" type="checkbox"/> Identificar claramente para todas as medidas (preventivas ou corretivas): <ul style="list-style-type: none"> a) O responsável; b) A limitação temporal do desenvolvimento/implementação da ação (data de início e fim); c) A definição do resultado/indicador/evidência que permita avaliar a implementação da medida. 		Sem evidência

Conflitos de Interesse		
Conclusões		
<p>3.1 A USI_Faial não identificou no seu PPGRIC as recomendações emitidas pelo CPC, no âmbito da identificação dos riscos inerentes ao Conflitos de Interesses;</p> <p>3.2 A USI_Faial não elaborou, em particular, o "Código de Ética e Conduta", pelo que não possui um instrumento que inclua informação e procedimentos sobre normas de condutas, designadamente no que se refere a situações de conflito de interesse, sigilo profissional e tratamento de informação privilegiada, acumulação de funções e deteção e comunicação de fraude e corrupção.</p>		
Propostas de Melhorias a implementar	Medidas e Decisões adotadas na sequência da ação inspetiva, evidenciadas em sede de contraditório	
Elaborar Manuais de boas práticas e códigos de conduta relativamente a todas as áreas de atuação, incluindo o período posterior ao exercício de funções públicas;	Implementado	
Identificar potenciais situações de conflitos de interesses;	Implementado	
Identificar situações que possam dar origem a um conflito real, aparente ou potencial de interesses que envolvam trabalhadores que deixaram funções privadas para exercer um cargo público;	Implementado	
Identificar e caracterizar as áreas de risco, nomeadamente as que resultem das situações de acumulação de funções;	Sem evidência	
Promover atitudes ativas de recusa de contacto e processamento relativamente a procedimentos administrativos em que, sob qualquer forma, possam gerar conflito de interesses;	Sem evidência	
Desenvolver ações de formação sobre esta temática junto de todos os trabalhadores;	Sem evidência	
Promover a subscrição, por todos os trabalhadores, de declarações de inexistência de conflitos de interesse relativamente aos procedimentos que lhe sejam confiados no âmbito das suas funções e nos quais, de algum modo, tenham influência;	Implementado	
Promover a subscrição, por todos os trabalhadores que se encontrem em regime de acumulação de funções, de uma declaração atualizada em que assumam de forma inequívoca que as funções acumuladas não colidem com as funções públicas que exercem, nem colocam em causa a isenção e o rigor que deve pautar a sua ação.	Implementado	
Identificar os riscos inerentes ao exercício de todas as funções/unidades orgânicas, incluindo as de direção superior.	Sem evidência	
Promover a prevalência do princípio da separação de funções no âmbito de ações onde se sugere o apuramento de responsabilidades de natureza disciplinar e a subsequente tramitação em sede disciplinar;	Sem evidência	
Elaborar Declarações relativas a ofertas no exercício das funções, matéria que, aliás, veio a ter consagração na já mencionada Lei n.º 52/2019, de 31 de julho (artigo 16º), a título de reforço da ideia de transparência.	Sem evidência	

Transparência de procedimentos		
Conclusão		
4.1 A USI_Faial cumpriu parcialmente o exposto nas Recomendações do CPC de 1 julho 2009 e de 7 de abril, do CPC, devido à inexistência de página web.		
Propostas de Melhorias a implementar	Medidas e Decisões adotadas na sequência da ação inspetiva, evidenciadas em sede de contraditório	
Divulgar o PPGRIC (revisões) na intranet da USI;	Implementado	
Divulgar o PPGRIC através do endereço eletrónico institucional da USI_Faial;	Implementado	
Publicar na página Web da entidade legislação e outros documentos sobre o tema;	Em fase de implementação	
Divulgar o PPGRIC junto dos trabalhadores, através de envio por email e, presencialmente, através de sessões de esclarecimento, numa ótica envolvimento dos trabalhadores e da sua participação ativa nos PPGRIC.	Sem evidência	

Monitorização e avaliação concomitante		
Conclusão		
5.1. A USI_Faial não procedeu à monitorização e revisão periódica do processo de gestão do risco, nomeadamente de fraude, etapa essencial para garantir que a avaliação dos riscos realizada continua correta e se mantém pertinente.		
Propostas de Melhorias a implementar	Medidas e Decisões adotadas na sequência da ação inspetiva, evidenciadas em sede de contraditório	
❑ Elaboração de cronograma de implementação do Plano;	Sem evidência	
❑ Realização de auditorias internas para avaliação do grau de cumprimento das medidas de prevenção;	Sem evidência	
❑ Implementar a monitorização dos riscos identificados e dos controlos existentes (ou seja, da evidência e eficácia dos controlos existentes para cada um dos riscos);	Sem evidência	
❑ Implementar a verificação periódica da implementação dos novos controlos previstos;	Sem evidência	
❑ Estabelecer a rotina de avaliação anual (relatório) do Plano (análise de dados, do resultado sobre as melhorias planeadas e decisões de melhoria, mapeamento dos Processos, com identificação do seu sistema de monitorização);	Sem evidência	
❑ Elaborar procedimentos internos sobre: conflito de interesses, controlos financeiros, controlos não financeiros (contratação pública), ofertas e hospitalidades, levantamento de preocupações internas e investigação sobre corrupção;	Parcialmente implementado	
❑ Elaboração de Relatório Anual onde deverá ser dada indicação, sempre que tal se revele necessário, de recomendações para atualização do Plano;	Parcialmente implementado	
❑ Adoção de novas medidas a tomar no ano seguinte, consolidadas em novo plano de ação.	Sem evidência	

Meios de alerta de risco de irregularidades		
Conclusão		
6.1. No que concerne aos meios de alerta de risco de irregularidades, concluiu-se pela não verificação dos requisitos constantes da Recomendação do CPC de 6 de maio de 2020.		
Propostas de Melhorias a implementar	Medidas e Decisões adotadas na sequência da ação inspetiva, evidenciadas em sede de contraditório	
❑ Reforçar os meios e instrumentos necessários para garantir a transparência, imparcialidade e integridade com o eventual recurso a plataformas de informação digital ou a portais de transparência.	Sem evidência	

Envolvimento dos trabalhadores na cultura de prevenção de riscos		
Conclusão		
7.1. A USI_Faial não verteu todas as recomendações do CPC de 1 de julho e de 2 de outubro de 2019.		
Propostas de Melhorias a implementar	Medidas e Decisões adotadas na sequência da ação inspetiva, evidenciadas em sede de contraditório	
❑ Promover uma cultura de responsabilização e observação do PPRCIC;	Sem evidência	
❑ Promover ações de formação contínua aos colaboradores da USI_Faial;	Sem evidência	
❑ Promover ações de sensibilização, bem como a ampla divulgação do Plano junto dos trabalhadores com vista à sua interiorização e reflexão de forma a contribuir para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos. Sensibilizar os trabalhadores da USI_Faial para o cumprimento do Código de Conduta, aquando da sua elaboração.	Sem evidência	
❑ Divulgar informação e sensibilizar os trabalhadores da USI_Faial para a denúncia de situações de potencial corrupção, aquando da sua deteção.	Sem evidência	

Elaboração do Relatório de Execução do PPGR/CIC e avaliação das medidas planeadas e aplicadas		
8	Conclusões	
	6.1. A USI_Faial não evidenciou a avaliação da eficácia das medidas planeadas e aplicadas referentes à execução/implementação do PPGR/CIC, o que não permitiu verificar se as situações de risco identificadas foram minimizadas.	
	6.2. A USI_Faial não evidenciou a existência de um controlo (ou sistema de controlo) na implementação das ações relativas à avaliação da eficácia das medidas planeadas e aplicadas referentes à execução/implementação do PPGR/CIC, o que não permitiu verificar se as situações de risco identificadas foram minimizadas.	
	6.3. Com exceção do ano de 2018, a USI_Faial não elabora, anualmente, os Relatórios de Execução do PPGR/CIC.	
	Propostas de Melhorias a implementar	Medidas e Decisões adotadas na sequência da ação inspetiva, evidenciadas em sede de contraditório
	Realizar ações de controlo interno com o objetivo de aferir o cumprimento das medidas constantes do Plano;	Sem evidência
	Elaborar quadro de acompanhamento das medidas previstas no PPGR/CIC que inclua designadamente a seguinte informação: a) Área; b) Risco; c) Ação de melhoria; d) Grau de implementação; e) Evidência de implementação (parcial ou total) ou justificação para a não implementação;	Sem evidência
	Elaborar um relatório (intercalar) sobre a monitorização realizada, o qual contribuirá para a avaliação anual e respetiva elaboração do relatório (anual);	Sem evidência
	Identificar ponto de contacto/responsável setorial e geral pelo acompanhamento e preparação do relatório anual;	Sem evidência
	Proceder à elaboração dos relatórios de execução anuais do PPGR/CIC.	Implementado

Remessa do PPGR/CIC		
9	Conclusão	
	9.1. A USI_Faial não remeteu o PPGR/CIC (última versão) para as entidades legalmente estabelecidas.	
	Propostas de Melhorias a implementar	Medidas e Decisões adotadas na sequência da ação inspetiva, evidenciadas em sede de contraditório
	Remeter Relatório à IARTCC, MENAC, e SRSD da aprovação de novo/revisão do PPGR/CIC.	Implementado

Sistema de Gestão de Controlo Interno e Gestão Anticorrupção		
10	Conclusão	
	10.1. A USI_Faial não elaborou documentos que integram o SGCI estabelecidos na lei, designadamente: Código de Ética e Conduta, Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses, Manual de Gestão de Riscos, Canal de Denúncias e Declaração de Política Antifraude, e Organograma que ilustre as funções relacionadas com o investimento PRR.	
	Propostas de Melhorias a implementar	Medidas e Decisões adotadas na sequência da ação inspetiva, evidenciadas em sede de contraditório
	Desenvolver uma Política Anticorrupção (legal e regulamentar);	Parcialmente implementado
	Definir as fases, o cronograma e o plano de ação a implementar do Sistema de Gestão Anticorrupção estabelecido nomeadamente pelo RGPC, e que prevê designadamente a elaboração dos seguintes documentos: 1. Código de Ética e de Conduta , devendo do mesmo estarem contemplados temas como: • Acumulação de funções público-privadas; • Conflito de Interesses; • Impedimentos; • Registo de Ofertas; • Obrigações declarativas; • Entre outros.	Parcialmente implementado
	2. Declaração de Inexistências de Conflitos de Interesses	Implementado
	3. Manual de Gestão de Riscos	Sem evidência
	4. Implementação do Canal de denúncias interno	Sem evidência
	5. Declaração de Política Antifraude	Sem evidência
	6. Criar Procedimento de Análise e Tratamento de Denúncias	Sem evidência

Em termos gerais, as situações verificadas na USI_Faial, no que respeita à prevenção do risco de corrupção e infrações conexas, permitem concluir sinteticamente que:

- Não existem instrumentos orientadores que concorram para o alinhamento do órgão de gestão e trabalhadores para a adoção de comportamentos e atitudes assentes nos princípios éticos que norteiam a atividade da USI;
- A USI_Faial não está dotada de normativos internos orientados para a prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, nomeadamente no que se refere à existência de Norma de Controlo Interno, Normativo Interno sobre Aceitação ou Oferta de Prendas e Hospitalidade, Política de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas, Política Global de Prevenção e Gestão de Conflitos de Interesses e Sistema de Comunicação Interna de Práticas Irregulares, bem como demais Regulamentos internos relativos às atividades realizadas pela USI e organograma nominativo;
- A USI_Faial não evidenciou nem demonstrou capacidade de adaptação às exigências impostas tanto pelas Recomendações do CPC, assim como pelo novo RGPC e demais legislação associada ao PRR, não evidenciando também a adequação dos meios de controlo, nomeadamente no que diz respeito ao fenómeno da corrupção;
- A USI_Faial deverá, assim, adaptar os seus instrumentos ao Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), designadamente ao Programa de Cumprimento Normativo, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, e ao Regime Geral de Proteção de Denunciantes de Infrações (RGPDII), aprovado pela Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, que transpõe a Diretiva (UE) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2019, relativa à proteção das pessoas que denunciam violações do Direito da União;
- A USI_Faial necessita de desenvolver esforços para um efetivo reforço e implementação dos meios de controlo interno, das suas estratégias antifraude e avaliação da gestão do risco das atividades nos termos legalmente exigidos. As insuficiências detetadas obrigam à implementação de medidas e melhorias nesta matéria;
- Em sede de contraditório, a USI_Faial acolheu algumas das medidas a implementar propostas pela equipa inspetiva e evidenciou a implementação das mesmas, conforme descrito nos Pontos 1 a 10 *supra*;



PARTE VI – PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Atento o conteúdo do ponto anterior, vai este relatório ser encaminhado ao conhecimento das seguintes entidades:

1. Ao Exmo. Sr. Secretário Regional das Finanças, Planeamento e Administração Pública, para homologação, em cumprimento do disposto na alínea p), do n.º 1 do artigo 9.º, do Decreto Regulamentar Regional n.º 6/2022/A, de 29 de abril, que aprovou a nova orgânica do XII Governo Regional dos Açores, retificado pela Declaração de Retificação n.º 3/2022/A, de 28 de junho, na alínea f) do artigo 81.º do Anexo I ao Decreto Regulamentar Regional n.º 14/2022/A, de 2 de setembro, que aprovou a nova orgânica e o quadro de pessoal dirigente e de chefia da SRFPAP e em conjugação com o n.º 1 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 276/2007, de 31 de julho, aplicável à Região Autónoma dos Açores, por força da alínea a) do artigo 2.º do Decreto Legislativo Regional n.º 40/2012/A, de 8 de outubro, e do artigo 14.º do Regulamento n.º 42/2006, de 7 de novembro;
2. Ao Secretário Regional da Saúde e Desporto, em consonância com a alínea b) do n.º 1 do artigo 96.º do Anexo I ao Decreto Regulamentar Regional n.º 14/2022/A, de 2 de setembro, que aprovou a nova orgânica e o quadro de pessoal dirigente e de chefia da SRFPAP, e em conjugação com o n.º 3 do artigo 1.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro, alínea a), n.º 2 do artigo 3.º do Anexo I ao Decreto Regulamentar Regional n.º 15/2021/A de 6 de julho de 2021, e alínea a) do artigo 11.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 6/2022/A, de 29 de abril, com a retificação operada pela Declaração de Retificação n.º 3/2022/A, de 28 de junho;
3. Ao Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), de acordo com o n.º 3 do artigo 34.º do RGPC, aprovado em Anexo ao Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro;
4. À DRPFE, por ser esta a estrutura que na RAA se assume como Beneficiário Intermediário, entidade globalmente responsável pela execução dos 11 investimentos dos Açores incluídos no PRR, conforme a atribuição estatuída na alínea f) do n.º 2 do artigo 35.º do Anexo I ao Decreto Regulamentar Regional n.º 14/2022/A, de 2 de setembro, bem como ao abrigo do Protocolo para o estabelecimento de medidas antifraude eficazes e proporcionais, bem como a sua monitorização, celebrado entre esta entidade e a IARTCC.

A USI_Faial está adstrita ao cumprimento:

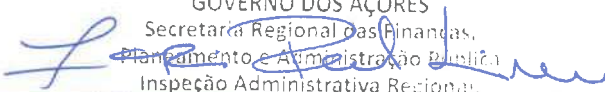
1. Da comunicação à IARTCC, no prazo de 60 dias contados à data da receção do presente Relatório Final, sobre as medidas e decisões entretanto adotadas, na sequência da sua intervenção, conforme o n.º 2 do artigo 96.º do Anexo I ao Decreto Regulamentar Regional n.º 14/2022/A, de 2 de setembro, que aprovou a nova orgânica e o quadro de pessoal

- dirigente e de chefia da Secretaria Regional das Finanças, Planeamento e Administração Pública (SRFPAP), podendo, ainda, pronunciar-se sobre o efeito da ação, pelo que se deverá enviar o presente Relatório Final ao Conselho de Administração da USI_Faial;
2. Do envio dos Instrumentos de Conduta e de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da USI_Faial, incluindo os relatórios de execução, ao Secretário Regional da Saúde e Desporto, à Inspeção Administrativa Regional, da Transparência e do Combate à Corrupção e ao Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), nos termos do n.º 7, do artigo 6.º e do n.º 6 do artigo 7.º, ambos do RGPC.

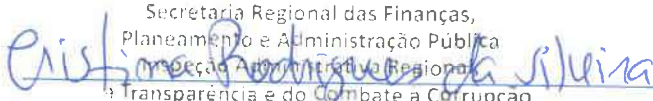
Angra do Heroísmo, 15 de dezembro de 2022

Inspeção Administrativa Regional, da Transparência e do Combate à Corrupção

O Corpo de Inspeção e Auditoria,

GOVERNO DOS AÇORES
Secretaria Regional das Finanças,
Planeamento e Administração Pública
Inspeção Administrativa Regional,
da Transparência e do Combate à Corrupção

Maria Paula Saraiva Raleiras de Lima

(Inspetora)

GOVERNO DOS AÇORES
Secretaria Regional das Finanças,
Planeamento e Administração Pública
Inspeção Administrativa Regional,
da Transparência e do Combate à Corrupção

Cristina Rodrigues da Silveira

(Inspetora)

APÊNDICES

APÊNDICE I—ELEMENTOS DOCUMENTAIS QUE INTEGRAM O RELATÓRIO DA AÇÃO INSPETIVA DE CONTROLO À USI_FAIAL

N.º	Documentação Recursos Humanos/Gerais	Remessa dia 5 de março		Entrega dia 7 de março (TRABALHO DE CAMPO)	Remessa dia 9 de março
		Obs.	Doc. e fls.	Doc. e fls.	Doc. e fls.
1	Mapa de pessoal afeto a cada Unidade Orgânica da entidade		13 a 15		
2	Balanco Social (2021)		16 a 26		
3	Organograma nominal da entidade		29 a 30	315 a 318	
Instrumentos de Conduta e de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas		Obs.	Doc. e fls.	Doc. e fls.	Doc. e fls.
4	Sistema de Controlo Interno (SCI)		31 a 165 255 a 257		
5	Plano de Prevenção de Gestão de Riscos Infrações Conexas (PPGRIC) (última versão)		166 a 218		
6	Metodologia de elaboração do PPGRIC	A entidade remeteu o PPGRIC atual para este ponto	199 a 216		
7	Relatórios de acompanhamento e execução (último): 2018 e 2019	A entidade remeteu ainda documento de trabalho em word referente ao relatório anual de 2019 nem ainda estar assinado pelo C.A. O documento não estava no	219 a 248		
8	Equipa responsável pelo cumprimento do normativo	A entidade remeteu o PPGRIC atual para este ponto	199 a 216		
9	Ofícios de remessa do PPGRIC a entidades externas e comprovativos de envio		249 a 261		
10	Ofícios de remessa do relatório do PPGRIC a entidades externas e comprovativos de envio	A entidade não remeteu documentação referente a este ponto	X		
11	Atas de reunião de trabalho no âmbito do PPGRIC	A entidade não remeteu documentação referente a este ponto	X		
12	Publicação e divulgação do mesmo		262 a 273		
13	Código de Conduta	A entidade não remeteu documentação referente a este ponto	X		
14	Código de Ética	A entidade não remeteu documentação referente a este ponto	X		
15	Publicação e divulgação do mesmo	A entidade não remeteu documentação referente a este ponto			
16	Programa de formação na entidade (2021 e 2022)		274 a 276		
17	Evidência de frequência em ações de formação nesta temática de dirigentes do serviço e trabalhadores		277 a 300		
18	Existência de canal de denúncias Interno	A entidade remeteu ainda o PPGRIC atual para este ponto	199 a 216 201 a 314		
Documentação referente ao PRR		Remessa	Doc. e fls.	Doc. e fls.	Doc. e fls.
19	Organograma abrangendo todas as funções relacionadas com o PRR, demonstrando a observância do princípio da simplificação de funções		X		
20	Especificação da capacitação institucional, técnica e administrativa do Beneficiário necessária à contratualização de reformas e investimentos previstos no PRR		X		
21	Descrição do Sistema de Gestão e controlo		X		
21.1	Caraterização das principais funções e tarefas de cada interveniente		X		
21.2	Identificação da equipa afeta ao PRR		X		
21.3	Lista de Projetos		X		
21.4	Orientações técnicas		X		
21.5	Declaração de políticas antifraude	Entidade informou que não era aplicável	X		
21.6	Código de Ética e Conduta		X		
21.7	Declaração de inexistência de Impedimentos e Incompatibilidades		X		
21.8	Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (vergente PRR);		X		
21.9	Manual de Gestão de Riscos		X		
21.10	Autoavaliação dos riscos de fraude		X		
21.11	Sistema de informação utilizado		X		
21.12	Existência de Canal de Denúncias		X		
Documentos adicionais fornecidos pela USI_FAIAL	Despachos de nomeação e pedido de acumulação de funções			319 a 335	
	Ata reunião de 06/03/2020				449 a 453
	Comprovativos de formação e demais documentação referente a este conteúdo da USI_FAIAL				454 a 478
	E-mail FW Envio de Proposta N.º P11339-10180-RC		377 a 378		
	E-mail Legislação - atribuição de verbas - investimento em equipamento		379 a 380		
	RE Confirmação valores para fornecimento Registador temperatura - V.Ref P11339-10180-RC		381 a 392		
	Distribuição USI_FAIAL_2021_10362		393 a 398		
	Distribuição SRAS_2021_8564		399 a 401		
	E-mail confirmação valores para fornecimento Reg. temperatura		402 a 410		
	E-mail fonte financiamento PRR		411 a 412		
	Distribuição equipamento PRR 2021_12108		420 a 422		
	Distribuição USI_FAIAL_2021_11194		413 a 414		
	E-mail RE Confirmação valores para fornecimento Registador temperatura - V.Ref P11339-10180-RC		415 a 416		
	PR5+357		417		
	PR5+357 A		430		
Documentos entregues pela DRFE	E-mail Pedido fornecimento Registadores Temperatura - P11339-10180-RC		418 a 419		
	Distribuição USI_FAIAL_2021_12108		420 a 427		
	E-mail fivel equipamentos PRR		423 a 424		
	E-mail FW PRR- PLANTAMENTO DOS EQUIPAMENTOS 2022		425 a 429		
IRAT	Ficha de verificação		431 a 447		