

6. maj 2020

Intern Revision



# REVISIONSRAPPORT

**INTERN REVISION**

Jesper Andersen  
Solveig Petersen

## Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

### Risikobaseret ledelsestilsyn

### 2019

**MODTAGER**

Adm. direktør Katja Kayser  
Direktør Lars Gregersen

**Indholdsfortegnelse**

1. INDLEDNING OG FORMÅL.....	3
2. LEDELSESRESUME.....	4
2.1 DESIGN AF KØBENHAVNS KOMMUNES STYRINGSREGLER (ØKONOMIFORVALTNINGEN).....	4
2.2 HANDLEPLAN FOR 2019 I SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN.....	5
3. KONKLUSION .....	5
4. FORVALTNINGENS TILTAG .....	5
5. UDFØRT ARBEJDE .....	6
5.1 DESIGN AF KØBENHAVNS KOMMUNES STYRINGSREGLER .....	6
5.2 SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGENS HANDLEPLAN FOR 2019 .....	8
BILAG 1 Formål med risikobaseret ledelsestilsyn .....	9
BILAG 2 Ledelsestilsyn - hvorfor og hvordan.....	10
BILAG 3 Definition af prioriteter for væsentlighedsniveau .....	12

## 1. INDLEDNING OG FORMÅL

Økonomiudvalget besluttede i 2016 at anmode revisionen om fremover i forbindelse med årsregnskabet proaktivt at rapportere til Økonomiudvalget på baggrund af dialog med forvaltningerne om, hvorvidt ledelsestilsynet er betryggende.

### Formål

I Forretningscirkulære ledelsestilsyn m.v. stilles der krav om, at der foretages ledelsestilsyn ud fra en risikobaseret tilgang og at ledelsestilsynet dokumenteres.

Det påhviler ledelsen at tilrettelægge kontrolsystemer og forretningsgange, der er betryggende efter organisationens, forvaltningens og enhedens forhold. Dette indebærer, at det overordnede kontrolmiljø og de organisatoriske rammer understøtter et velfungerende ledelses- og kontrolsystem, og at der på de enkelte aktivitetsområder er beskrevet og implementeret interne kontroller, som reducerer risikoen for væsentlige fejl og mangler i kommunens administration til et acceptabelt niveau.

Intern kontrol er defineret som de handlinger og procedurer, som udføres i organisationen/enheden med henblik på at sikre en pålidelig regnskabsmæssig rapportering, herunder forebyggelse mod tilsigtede og utilsigtede fejl og mangler samt overholdelse af gældende lovgivning.

Ved etablering af interne kontrolforanstaltninger skal der tages stilling til væsentlighed og risiko. Der skal derfor være et rimeligt forhold mellem de kontrolforanstaltninger, der iværksættes, og de risici, der er forbundet med administrationen af det pågældende område.

Skønnes det, at omfanget af eller sandsynligheden for fejl vil være kritisk, skal der straks sættes ind med foranstaltninger, der mindsker enten risiko eller omfanget af fejlen.

Områder, hvor besvigelsesrisikoen er væsentlig, skal identificeres. Der skal være etableret forretningsgangsbeskrivelser og interne kontroller inden for de væsentligste områder, som anses for dækkende til imødegåelse af risikoen for besvigelser.

### Rapportering

Rapporten forelægges Revisionsudvalget. Rapporten vil endvidere - som følge af Økonomiudvalgets lovpligtige indseende med de økonomiske og almindelige administrative forhold inden for alle kommunens administrationsområder - blive sendt til Økonomiforvaltningens direktion til eventuel videre foranstaltning over for Økonomiudvalget.

Uddrag af rapporten vil indgå i en sammenfatning, som vil blive fremsendt til Økonomiudvalget.

## 2. LEDELSESRESUME

Intern Revision har i dialog med Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) foretaget en opfølgning på SUF's vedtagne handleplan for 2019 og en vurdering af forvaltningens handleplan for 2020. Formålet er at vurdere hvorvidt ledelsen fører tilsyn på alle relevante områder, og at interne kontroller er tilstrækkelige ud fra en vurdering af væsentlighed og risiko.

Opfølgningen har givet anledning til følgende:

### 2.1 Design af Københavns Kommunes styringsregler (Økonomiforvaltningen)

Økonomiforvaltningen (ØKF) har udarbejdet et bilag til forretningscirkulære om Ledelsestilsyn (Bilag 1 - Forventninger og styringsinformation på de tværgående administrative områder). Bilaget tager afsæt i de fælles administrative forretningsgange og oplister de risici, som det påhviler forvaltningerne at vurdere og håndtere. Der udestår dog fortsat beskrivelse af væsentlige områder, som kan henføres til debitorprocessen samt dele af finansprocessen.

Primo 2020 er der ligeledes foretaget enkelte væsentlige justeringer til Bilag 1 på Løn og Personale området, som skal implementeres i forvaltningerne i 2020.

KK implementerer en ny procesportal (ChangeDriver). Implementeringen er pt. er midt i pilotforløbet, og målet med portalen er at give den enkelte forvaltning/enhed overblik over end-to-end-processer på økonomiområdet. Portalen vil, når den er fuldt implementeret, kunne medvirke til at skabe sammenhæng mellem processer, tydeliggøre ejerskab, give indsigt i de risici og kontroller der er knyttet til processer, give mulighed for at arbejde målrettet og dynamisk med risici og kontroller samt tydeliggøre roller og ansvar for opgaveløsning.

#### Konklusion

Det er vores vurdering, at ØKF's arbejde med at udbygge og tilrette Bilag 1 - Forventninger og styringsinformation på de tværgående administrative områder samt implementeringen af procesportalen (ChangeDriver) vil medvirke til at styrke kontrolmiljøet i KK. Vi vil løbende i 2020 påse fremdriften herunder implementeringen af ovenstående tiltag i forvaltningerne og rapportere herom.

## 2.2 Handleplan for 2019 i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen


Direktionen i SUF godkendte primo 2019 en handleplan for arbejdet med håndtering af konkrete risikoområder i 2019.

### Konklusion

Det er vores vurdering, at SUF's handleplan for 2019 i al væsentlighed er gennemført som planlagt, og at indsatsen fremadrettet vil kunne medvirke til at håndtere forvaltningens risikoområder hensigtsmæssigt og betryggende.

## 3. KONKLUSION

Vores undersøgelse af kommunens design og implementering af et risikobaseret ledelsestilsyn har givet anledning til følgende observationer, konklusioner og anbefalinger:

Forvaltning	SUF	Revisionsområde	Ledelsestilsyn	Væsentlig- hedsniveau
Reference	Afsnit 5.2	Revisionsemne	Handleplan for 2019	
Observationer	<p>SUF's handleplan for 2019 omfatter håndtering af 10 risikoområder med henblik på udarbejdelse af forretningsgange i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandard.</p> <p>Af de 18 oprindeligt planlagte risikoområder, er alle nu håndteret. Efterfølgende er der identificeret nye risikoområder, som SUF arbejder med.</p>			
Konklusion og anbefalinger	<p>Det er vores vurdering, at SUF's arbejde med håndtering af risikoområder forløber godt og planmæssigt. De prioriterede risikoområder for 2019 er i al væsentlighed håndteret i overensstemmelse med planen.</p> <p>Vi anbefaler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>at SUF håndterer forvaltningsrisici på løn- og personaleområdet og på finansområdet på baggrund af Bilag 1 - Forventninger og styringsinformation på det fælles tværgående administrative område</li> <li>at SUF prioriterer implementeringen af procesportalen (ChangeDriver)</li> </ul> <p>Endvidere henstiller vi til, at SUF i 2020 får håndteret gamle og nye revisionsbemærkninger rettet mod forvaltningen jævnfør Revisionsberetningen for 2018 og 2019.</p>			
Forvaltningens iværksatte tiltag	<p>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er enig i Intern Revisions konklusion og anbefalinger og vil i 2020 sikre implementeringen af de fælles tværgående tiltag jf. ovenfor samt sikre, at revisionsbemærkninger rettet mod forvaltningen afsluttes.</p> <p>Forvaltningen har herudover ikke identificeret nye forvaltningsspecifikke risikoområder som der skal arbejdes med i 2020.</p>			

## 4. FORVALTNINGENS TILTAG

Rapportens konklusioner er drøftet med ledelsen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, der er enig i indholdet af rapporten og har tilsluttet sig vores konklusioner.

Direktionen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har godkendt handleplanen.

Handleplanen fremgår ovenfor under afsnit 3, "Forvaltningens iværksatte tiltag".

Det er vores vurdering, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for 2020 fremadrettet vil kunne medvirke til at håndtere de kritiske risikoområder hensigtsmæssigt og betryggende i kontrolmæssig henseende.

Forvaltningens ansvarlige for implementering er regnskabschef Karsten Riber.

Tidsfrist for afslutning af implementering er udgangen af 2020.

## 5. UDFØRT ARBEJDE

I dette afsnit redegøres der indledningsvis for status på design af kommunens styringsregler samt etablering af en fælles portal til dokumentation af forretningsgange og kommunikation af gældende regler og retningslinjer. Dernæst redegøres for vores opfølgning af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for 2019, herunder delegation samt design og implementering af forretningsgange på de risikoområder, som forvaltningen har identificeret i forbindelse med sin evaluering og prioritering af risikoområder.

### 5.1 Design af Københavns kommunes styringsregler

Økonomiudvalgets beslutning om, hvordan udvalget vil sikre indseende med de økonomiske og administrative forhold og varetage den umiddelbare forvaltning, der vedrører kommunens Kasse- og Regnskabsregulativ er et væsentligt element i forhold til arbejdet til sikring af betryggende administrative processer.

#### Ad. Regelhierarki

På Kasse- og Regnskabsregulativets område har Økonomiforvaltningen udarbejdet Bilag 1 - Forventninger og styringsinformation på de fælles administrative områder (ofte nævnt som "Bilag 1 til Forretningscirkulære Ledelsestilsyn mv.") vedrørende områderne Finans samt Løn og Personale. For finansområdet udestår der i bilag 1 dog fortsat beskrivelse af enkelte væsentlige områder:

- Hovedproces Kreditor
  - Intern handel
- Hovedproces Debitor (hele processen)
- Hovedproces Finans
  - Afstemning af balancekonti

- Administration af bankkonti – opret, luk og ændre
- Opstart af fagsystem med integration til Kvantum og Opus debitor.

Der er primo 2020 i Bilag 1 på Løn- og personaleområdet indarbejdet justeringer vedrørende særydelser og km. godtgørelse, som nogle forvaltninger selv indberetter via KAS. Vedrørende disse ydelser skal forvaltningerne selv gennemføre ud fra en risikobetragtning vurdere hvilke kontroller forvaltningen vil gennemføre for disse indberetninger.

#### **Ad. Fælles portal til dokumentation af forretningsgange og kommunikation af gældende regler**

Økonomikredsen besluttede i oktober 2016, at dokumentation af end-to-end processer skal ske i et procesdokumentationssystem.

I efteråret 2019 har Økonomiforvaltningen gennemført et udbud vedrørende procesportal. Ved udbuddet blev procesportalen ChangeDriver valgt. ØKF har efterfølgende fremlagt materiale for Budget- og Regnskabskredsen vedrørende blandt andet:

- Tidsplan for implementering
- Uddannelseskoncept for ChangeDriver
- Forslag til governancemodel for procesdokumentation og styring af ChangeDriver

ØKF har udarbejdet en tidsplan for implementering af ChangeDriver. Primo 2020 er er gennemført et pilotforløb i Koncernservice, som herefter vil foretage opfølgning og justering i uddannelsesprogrammet, inden uddannelsesforløbet igangsættes i forvaltningerne i august. I perioden august – december implementeres ChangeDriver i forvaltningerne.

Forud for forvaltningernes arbejde med at lægge forretningsgange i procesportalens skal brugerne uddannes i, hvordan systemet anvendes. Der er defineret 6 brugerroller:

- Administrator (udelukkende i KS)
- Forretningsgangsejer
- Forretningsgangsansvarlig
- Modellør
- Vejleder/superbruger
- Almindelig bruger

Der etableres en certificeringsordning for rollerne modellør og superbruger. For rollerne forretningsgangsejer, forretningsgangsansvarlig og almindelig bruger er uddannelsesomfanget begrænset.

KS har beskrevet udkast til en governancemodel for ChangeDriver. Governancemodellen omfatter beskrivelser af styringen og driften af ChangeDriver samt godkendelsesproceduren for forretningsgange tegnet i ChangeDriver. Den beskrevne godkendelsesprocedure er en justering af de nuværende godkendelsesprocedurer for forretningsgange

## 5.2 Sundheds- og Omsorgsforvaltningens handleplan for 2019

SUF's handleplan for 2019 omfatter håndtering af 9 risikoområder med henblik på udarbejdelse af forretningsgange i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandard.

Nedenstående oversigt viser status for håndtering af de risikoområder, som er prioriteret for 2019.

Risikoområde	Status
Apotekerafregning	Dækket af fælles forretningsgang
Kommunal medfinansiering	Håndteret
Opkrævning af husleje	Håndteret
Fællesordninger - område 8000 konti	Håndteret
Indkøb - varer	Håndteret
Indkøb - limitordre	Håndteret
Finans (3 processer)	Dækket af fælles forretningsgange
Kreditor - afregning af udlæg	Dækket af fælles forretningsgang
Bilag 1 - løn og personaleområdet	Igang
Bilag 1 - vedrørende økonomiområdet	Igang

Processerne vedr. finans (3 processer), kreditor afregning af udlæg samt apotekerafregning vil ikke blive udarbejdet særskilt, idet SUF har vurderet, at de er dækket af de fælles forretningsgange.

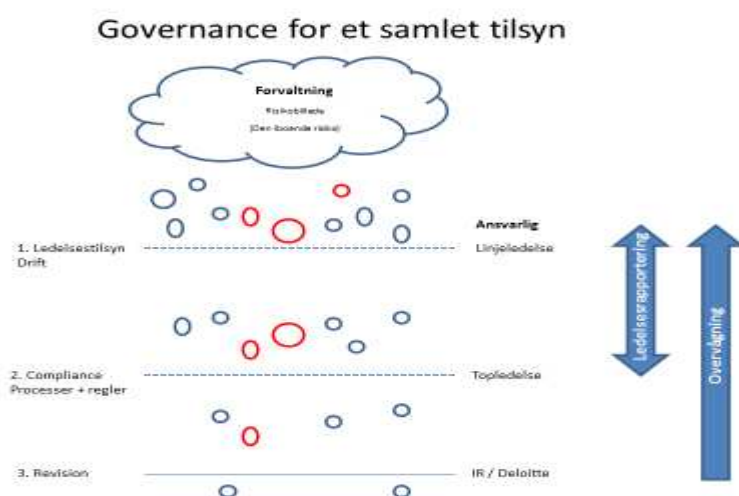
Gennemgangen har ikke givet anledning til bemærkninger.



## BILAG 1 Formål med risikobaseret ledelsestilsyn

### Tilrettelæggelse af intern styring og kontrol

Nedenstående figur illustrerer roller og ansvar for den interne styring og kontrol. Et effektivt ledelsestilsyn skal medvirke til at styrke 1. og 2. forsvarslinje og dermed medvirke til, at administrationen på de enkelte områder er hensigtsmæssig og betryggende i kontrolmæssig henseende, og at der administreres i overensstemmelse med gældende lovgivning, politiske beslutninger, meddelte bevillinger og øvrige beslutninger, indgåede aftaler og sædvanlig praksis.



Den 1. forsvarslinje består af forvaltningenheder, som har fået delegeret ansvar for at identificere og styre risici inden for eget forretningsområde.

Den 2. forsvarslinje består af styrings- og kontrolfunktioner i de enkelte forvaltninger eller tværgående servicefunktioner, som har til formål at understøtte 1. forsvarslinje. Den 2. forsvarslinje kan også udføre egne kontroller og skabe forudsætninger for at eventuelle risici og fejl, som har passeret den første forsvarslinje, bliver opdaget og korrigeret.

Etablering af compliancefunktioner i 2. forsvarslinje kan medvirke til at sikre, at fejl, der underslipper den 1. operationelle forsvarslinje, så vidt muligt opfanges, så der ikke er grundlag for revisionsbemærkninger.

Den 3. forsvarslinje illustrerer risici og fejl, der konstateres af kommunens revision.

## BILAG 2 Ledelsestilsyn - hvorfor og hvordan

Ifølge kommunens Kasse- og Regnskabsregulativ påhviler det den enkelte forvaltning at sikre, at ledelsen fører tilsyn på alle relevante områder, og at interne kontroller er tilstrækkelige ud fra væsentlighed og risiko.

Økonomiudvalget godkendte i marts 2017 Forretningscirkulære Ledelsestilsyn mv. Det påhviler ifølge cirkulæret ledelsen at tilrettelægge kontrolsystemer og forretningsgange, der er betryggende efter organisationens, forvaltningens og de enkelte enheders forhold.

Dette indebærer, at det overordnede kontrolmiljø og de organisatoriske rammer understøtter et velfungerende ledelses- og kontrolsystem, og at der på de enkelte aktivitetsområder er beskrevet og implementeret interne kontroller, som reducerer risikoen for væsentlige fejl og mangler i kommunens administration til et acceptabelt niveau.

Forretningscirkulæret beskriver en model til brug for indsamling af informationer, som kan danne grundlag for vurdering af forvaltningernes arbejde med udvikling af et risikobaseret ledelsestilsyn.

Modellen indeholder 5 overordnede elementer, som udgør fundamentet for ledelsestilsynet.



### *Styringsregler*

Formålet er, at aktuelle og tilgængelige regler er en forudsætning for at ledere og medarbejdere, dels kan udmønte gældende lovgivning, kommunalpolitiske beslutninger og regler, dels kan sikre en ensartet og effektiv opgaveløsning og endelig kan gennemføre de kontroller, der skal sikre en hensigtsmæssig drift og et regnskab, der er udarbejdet i overensstemmelse med gældende regler.

### *Organisation*

Det handler om, at ledelsen har overblik over forvaltningens processer (risikoområder), at opgaver og ansvar er præciseret (delegation), samt at der systematisk arbejdes med effektive processer i et end-to-end perspektiv herunder kvalitet i opgaveløsningen.

### *Medarbejdere*

Der er formålet, at forvaltningsledelse og medarbejdere har forandrings-evne til følge udviklingen i den kommunale forvaltning og kan anvende de løsninger, der stilles til rådighed.

*Processer*

Formålet er at kortlægge, hvilke risici der kan have væsentlig indvirkning på realiseringen af kommunens/forvaltningens mål, herunder regnskabsaf-læggelse og overholdelse af gældende lovgivning m.v. Risikovurdering har til formål at bestemme de identificerede risici i forhold til forvaltningens risikovillighed for at kunne opstille, prioritere og håndtere indsatser (be-skrive kontroller) i forhold til de enkelte risici.

Dette emne handler således om struktur i procesbeskrivelser samt identi-fikation, vurdering og håndtering af risici og etablering af kontroller, der reducerer risici til et acceptabelt niveau.

*Indikatorer (indgår ikke i 2019)*

Dette emne handler om målstyring og om at definere relevante KPI'er (Key Performance Indicator) og andre informationer, der har relevans for ledel-sen. Formålet er at udvælge de indikatorer, der giver ledelsen bedst muligt grundlag for at vurdere effektiviteten af de etablerede kontroller. Ud over internt fastsatte indikatorer kan eksterne indikatorer give input til risikosty-ring og bidrage til at undgå ubehagelige overraskelser.

*Styringsinformation (indgår ikke i 2019)*

Det handler om at fastsætte principper for rapportering til topledelsen fra underliggende ledelsesniveauer om kvaliteten i den daglige opgavevare-tagelse mv. Formålet er, at den øverste ledelse modtager information om væsentlige forretningskritiske risici, herunder om kontrollerne på de for-retningskritiske områder fungerer effektivt.

### BILAG 3 Definition af prioriteter for væsentlighedsniveau

I revisionsrapporter fra såvel Deloitte som Intern Revision vil formidlingen af risiko og væsentlighed på de enkelte observationer blive påført en prioritet ud fra følgende vurderingsgrundlag:

#### Prioritet 1 – markeres med



- Prioritet 1 markeringer anvendes for forhold, der anses for kritiske. I forbindelse med beretninger kan det observerede forhold efter nærmere vurdering eventuelt give anledning til en revisionsbemærkning.
- Et forhold anses for kritisk, såfremt der er en høj grad af sandsynlighed for, at forholdet indtræffer og/eller har en betydelig effekt og/eller har en betydelig udbredelse.
- Prioritet 1 markeringer rapporteres til ledelsen med påkrav om, at disse forelægges for det stående udvalg eller Økonomiudvalget.

#### Prioritet 2 – markeres med



- Prioritet 2 markeringer anvendes for forhold, der anses for væsentlige. Observationerne må ikke have en karakter, der kan medføre revisionsbemærkninger i årsberetningen.
- Et forhold anses for væsentlig, såfremt der er en middel grad af sandsynlighed for, at forholdet indtræffer og/eller har en vis effekt og/eller har en vis udbredelse.
- Prioritet 2 markeringer rapporteres til ledelsen i den reviderede forvaltning.

#### Prioritet 3 – markeres med



- Anvendes for forhold, der ikke har givet anledning til omtale eller kun anses for mindre væsentlige, og som derfor kun rapporteres til ledelsen som opmærksomhedspunkter.
- En risiko anses for mindre væsentlig, såfremt der er en lille grad af sandsynlighed for, at forholdet indtræffer og/eller har en lille effekt og/eller har en lille udbredelse.