



Intern Revision

KØBENHAVNS KOMMUNE

7. november 2016

REVISIONSRAPPORT 2016

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Administration af beboermidler

MODTAGER

Katja Kayser
Hanne Baastrup
Kopi:
Lars Matthiesen
Karen Hansen

INTERN REVISION

Jesper Andersen
Henrik A. Poulsen

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING OG FORMÅL	3
2. LEDELSESRESUME OG KONKLUSION	4
3. OBSERVATIONER, RISIKOVURDERINGER OG ANBEFALINGER	6
4. FORVALTNINGENS TILTAG	7
5. ADMINISTRATION AF BEBOERMIDLER	8
BI LAG 1	9
BI LAG 2	10

Bilag

1. Definition af prioriteter for risiko og væsentlighed
2. Oversigt stikprøvevis kontrol ved institutionerne

1. Indledning og formål

Som led i den løbende revision af København Kommunes regnskab 2016, har vi foretaget en undersøgelse af administrationen af beboer-midler i Sundheds- og omsorgsforvaltningen.

Revisionens formål

Revisionens formål er at undersøge, om aktiviteten administreres betryggende og i overensstemmelse med borgerrepræsentationens beslutninger, gældende love og andre forskrifter samt med indgåede aftaler og sædvanlig praksis. Formålet er endvidere, at foretage en kritisk gennemgang af forretningsgange og de kontroller, der er etableret på området.

Det bedste værn mod uregelmæssigheder er hensigtsmæssige forretningsgange og gode interne kontroller. Revisionen er derfor i vidt omfang har baseret sig på at efterprøve forretningsgange og interne kontroller, men ikke at foretage undersøgelser specielt med henblik på at opdage uregelmæssigheder.

Det påhviler ledelsen, at tilrettelægge kontrolsystemer og forretningsgange der er betryggende efter forvaltningens forhold.

Revisionens omfang og afgrænsning

Omfanget af vores arbejde fastlægges ud fra vores samlede vurdering af væsentlighed og risikoen for væsentlig fejl.

Revisionen er baseret på en forventning om, at der er tilrettelagt et velfungerende internt kontrolsystem og en pålidelig bogføring.

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

Revisionen er en del af Intern Revisions arbejde med understøttelse af Borgerrepræsentationens tilsyn med de respektive forvaltninger. Revisionen er udført i overensstemmelse med revisionsplanen for 2016 og er bl.a. gennemført ved besøg hos Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) og Koncernservice (KS).

Revisionen omfatter ikke en gennemgang af samtlige beboerregnskaber og transaktioner, men udføres ved, at vi stikprøvevis indhenter dokumentation for eller på anden måde får bekræftet transaktionernes rigtighed i udvalgte beboerregnskaber.

Rapporten forelægges for Revisionsudvalget samt fremsendes til kommunens eksterne revisor Deloitte til orientering. 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 overfor Økonomiudvalget.

2. Ledelsesresumé og konklusion

Intern Revision (IR) har gennemført en undersøgelse med det formål, at gennemgå og vurdere kommunens regelsæt for administration af beboermidler, samt at påse hvorvidt regelsættet er implementeret på institutionerne. Endelig har vi stikprøvevis gennemgået udvalgte beboerregnskaber på institutioner med det formål, at påse hvorvidt kontrollerne har fungeret efter hensigten og har medvirket til at forebygge eller opdage tilsigtede samt utilsigtede fejl og mangler.

Institutioner, der medvirker ved opbevaring af likvide midler for den enkelte beboer, har SUF opgjort til 18 enheder - heraf udgør de 5 kommunale institutioner, mens resten er selvejende institutioner.

Revisionen har omfattet 2 kommunale institutioner.

Revisionen har givet anledning til følgende observationer:

2.1 Design af regler og retningslinjer

De overordnede regler fremgår af kommunens kasse- og regnskabsregulativ med tilhørende bilag, hvor det er anført, at der skal udarbejdes retningslinjer for opbevaring og registrering af værdier tilhørende andre med det formål, at beskytte beboerne mod besvigelser samt beskytte personalet mod uberettiget mistanke.

Reglerne skal sikre at der udarbejdes hensigtsmæssige og betryggende forretningsgange og interne kontroller, så risikoen for utilsigtede og tilsigtede fejl imødegås.

I overensstemmelse hermed, har SUF udarbejdet egne retningslinjer for håndteringen i "Vejledning om boenhedernes praktiske håndtering og eventuelle medvirken omkring beboernes kontante midler og evt. opbevaring af værdigenstande".

Forvaltningen har oplyst, at vejledningen er under revision, som følge af implementering af en cashguard-løsning¹ på institutionerne.

Konklusion

Det er vores vurdering, at SUF's retningslinjer er udarbejdet i overensstemmelse med kommunens overordnede retningslinjer og at regler og retningslinjer samlet set er designet hensigtsmæssigt og betryggende. Dog er det tydeligt, at regelsættet er midlertidigt, da opsætning og implementering af cashguard-løsning på institutionerne vil medføre en væsentligt ændring af forretningsgangen på området. Dertil vil administrationen i overgangsfasen ikke i alle tilfælde blive foretaget i overensstemmelse med den nuværende forretningsgang.

Forvaltningen oplyser, at alle institutioner med håndtering af beboermidler vil være overgået til cashguard-løsning inden udgangen af 2016, hvorefter den praktiske håndtering vil blive indført i regelsættet for området.

2.2 Implementering af regler og retningslinjer

SUF anvender kommunens intranet til advisering af forvaltningens institutioner om gældende regler.

Konklusion

Ved vores besøg på 2 udvalgte institutioner kunne vi konstatere, at de 2 institutioner var bekendt med regelsættet, og at dette var implementeret i de daglige rutiner.

De udarbejdede skabeloner til administrationsaftaler er ved en fejl ikke lagt på intranettet, hvorfor skabelonerne ikke er kendt og anvendt på de 2 institutioner.

De 2 udvalgte institutioner har anvendt egne administrationsaftaler, som i al væsentlighed indeholder de samme oplysninger som i skabelonerne.

Dog er administrationsaftalerne ikke påført underskrifter af parterne.

Det er oplyst af forvaltningen, at skabelonerne implementeres fremadrettet når nye beboere tilkommer institutionerne.

¹ CashGuard er et tyverisikkert kontanthåndteringssystem, som nedbringer røverforsøg og forhindrer fejl både ved tilbagebetaling og kasse-opgørelse. Cashguard er et lukket system, hvor ingen kan komme til mønter og pengesedler. Hævninger og kontantindsætning logges altid, som samtidig bogføres automatisk i kommunen.

2.3 Stikprøvevis kontrol af beboerregnskaber


Vi har stikprøvevis indhentet dokumentation eller på anden vis fået bekræftet transaktionernes rigtighed i udvalgte beboerregnskaber.



Konklusion

Gennemgangen har ikke givet anledning til bemærkninger.

3. Observationer, risikovurderinger og anbefalinger

Vedrørende vores gennemgang af kommunens administration af beboermidler har vi følgende bemærkninger:

Organisationsområde i KK	SUF	Revisionsområde/ emne	Beboermidler	
Ref.	Observation	Risikobeskrivelse	Anbefaling	Risiko & væsentlighed
Regler og retningslinjer for administration af beboermidler	<p>Det er tydeligt, at regelsættet er midlertidigt, samt at opsætning og implementering af cashguard-løsning på institutionerne vil medføre en væsentligt ændring af forretningsgangen på området.</p> <p>Forvaltningen oplyser, at alle institutioner med håndtering af beboermidler vil være overgået til cashguard-løsning inden udgangen af 2016, hvormed den praktiske håndtering vil blive indført i regelsættet for området.</p> <p>For at kompensere for et regelsæt i forandring, har forvaltningen tilrettelagt en stram central håndtering af beboermidler, hvor alle transaktioner gennemgås og afstemmes via kommunens økonomisystem. Det er i økonomisystemet muligt at udtrække alle transaktioner for hver enkelt beboer, der samtidig dokumenteres af vedhæftede bilag. Desuden sikrer processen, at der er funktionsadskillelse mellem håndteringen ude ved institutionerne og registreringen af transaktioner centralt fra. Forvaltningen oplyser, at der endnu ikke er udarbejdet en nedskrevet forretningsgang for den centrale håndtering af beboermidler, da denne også vil blive ændret ved indførelsen af cashguard-løsningen.</p>	<p><u>Operationel risiko</u></p> <p>Risiko for tab i omdømme som følge af u hensigtsmæssige eller mangelfulde interne forretningsgange, menneskelige og systemmæssige fejl eller som følge af eksterne begivenheder.</p> <p><u>Besvigelsesrisiko</u></p> <p>Risikoen for, at der foretages utilsigtede/svigagtige handlinger, samt risiko for uberettiget mistanke mod personalet om uregelmæssigheder.</p>	<p>Vi vurderer, at den praktiske håndtering af beboermidler er hensigtsmæssig og betryggende.</p> <p>Vi vil ved vores revision i 2017 påse, at regelsættet er ajourført i forhold til overgangen til cashguard-løsningen.</p>	
Forvaltningens iværksatte tiltag	<p>Det midlertidige regelsæt er udarbejdet på et tidspunkt, hvor der var et stort behov for klarhed omkring registrering af beboermidler i forvaltningens regnskab.</p> <p>Derfor blev regelsættet udmeldt som en midlertidig vejledning, selvom ikke alle de forudsatte funktioner i Cash-Guard ordningen var til stede. Tilvejebringelsen af sidstnævnte viste sig mere ressourcekrævende end forventet, men netop nu gennemføres den endelige test. Det betyder, at så snart testen falder heldigt ud, vil regelsættet blive udmeldt i sin endelige form med tilhørende formularsæt. Samtidig vil det blive revurderet, i hvilket omfang de beskrevne alternativer til Cash-Guard ordningen skal tilbydes fremover.</p>			

Implementering af regler og retningslinjer	<p>De besøgte institutioner udviste begge kendskab til forvaltningens regelsæt.</p> <p>Dog var der ikke kendskab til skabelonen til administrationsaftaler, hvorfor institutionerne havde anvendt egen udviklede administrationsaftaler.</p> <p>Vi konstaterede, at der for de stikprøvevis gennemgåede beboere foreligger administrationsaftaler.</p> <p>SUF har lagt skabelonen til administrationsaftale på intranettet 6. juli 2016 og oplyser, at den tages i brug fremover for nye beboere ved institutionerne.</p>	<p><u>Operationel risiko</u></p> <p>Risiko for tab i omdømme som følge af uhensigtsmæssige eller mangelfulde interne forretningsgange, menneskelige og systemmæssige fejl eller som følge af eksterne begivenheder.</p> <p><u>Besvigelsesrisiko</u></p> <p>Risikoen for, at der foretages utilsigtede/svigagtige handlinger, samt risiko for uberettiget mistanke mod personalet om uregelmæssigheder.</p>	<p>Regler og retningslinjer vurderes generelt at være implementeret og gennemgangen har ikke givet anledning til væsentlige kommentarer.</p>	
Forvaltningens iværksatte tiltag	<p>Det nye formularsæt vil blive anvendt fremadrettet, men forudsætter ikke, at samtlige eksisterende skriftlige aftaler om håndteringen af den enkelte beboers økonomi genoptages.</p>			
Stikprøvevis kontrol af beboerregnskaber	<p>Vi oplevede ved institutionerne, at der for de gennemgåede stikprøver forelå underliggende bilag til dokumentation for transaktionen vedhæftet bogføringerne i kommunens økonomisystem. Desuden afstemmes depotkontiene tilknyttet transaktionerne for beboermidler løbende og senest hver måned.</p>	<p><u>Operationel risiko</u></p> <p>Risiko for tab i omdømme som følge af uhensigtsmæssige eller mangelfulde interne forretningsgange, menneskelige og systemmæssige fejl eller som følge af eksterne begivenheder.</p> <p><u>Besvigelsesrisiko</u></p> <p>Risikoen for, at der foretages utilsigtede/svigagtige handlinger, samt risiko for uberettiget mistanke mod personalet om uregelmæssigheder.</p>	<p>Transaktioner vedrørende lømpepenge ved de to besøgte institutioner vurderes generelt at være administreret betryggende, og gennemgangen har ellers ikke givet anledning til kommentarer.</p>	
Forvaltningens iværksatte tiltag	<p>Ingen yderligere bemærkninger.</p>			

4. FORVALTNINGENS TILTAG

Rapports konklusion er drøftet med ledelsen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, der er enig i indholdet af rapporten, og har tilsluttet sig IR risikovurderinger i tilknytning hertil. På dette grundlag har forvaltningen formuleret en række tiltag, som det fremgår ovenfor i afsnit 3.

IR vurderer, at de anførte tiltag ovenfor i afsnit 3, vil reducere de identificerede risici. IR vil følge op på regelsættets endelige form med tilhørende formularsæt ved revisionen for 2017.

Forvaltningens ansvarlige for implementering er regnskabschef Karen Hansen.

Tidsfrist for afslutning af implementering er: Alle institutioner med håndtering af beboermidler vil være overgået til Cash-Guard-løsning med udgangen af 2016, hvorefter regelsættet vil blive ajourført primo 2017.

5. Administration af beboermidler

Overordnede regler

De overordnede regler fremgår af kommunens kasse- og regnskabsregulativ, hvor det er anført, at der skal udarbejdes retningslinjer for opbevaring og registrering af værdier tilhørende andre.

Desuden fremgår det i bilag til regulativet om Intern kontrol, at ledelsen skal sikre, at der gennemføres et synligt ledelsestilsyn.

I supplerende materiale til kasse- og regnskabsregulativet er håndteringen af beboermidler yderligere uddybet i "Opbevaring og sikring af midler". Formålet med bestemmelserne er, at sikre fornøden dokumentation for anvendelsen af beboeres midler, samt at beskytte personalet mod uberettiget mistanke om uregelmæssigheder. I det supplerende materiale er følgende beskrevet:

- Generelle principper
- Registrering og opbevaring
- Administration for beboere og klienter
- Kapitaler tilhørende fonde og legater
- Ikrafttrædelsesbestemmelser

SUF har udarbejdet egne retningslinjer for håndteringen i "Vejledning om boenhedernes praktiske håndtering og eventuelle medvirken omkring beboernes kontante midler og evt. opbevaring af værdigenstande".

Ledelsestilsyn

Det fremgår af SUF's vejledning afsnit K, at ledelsen i løbet af regnskabsåret skal gennemføre og dokumentere tilsyn med, at forretningsgangen følges og de foreskrevne kontroller bliver gennemført.

Desuden fremgår det af afsnit L, at der ved gennemførelse af ledelsestilsyn skal sikres, at de skriftlige retningslinjer overholdes. Det er således forstanderes ansvar, at ledelsestilsyn gennemføres og ved påtegning på materiale, notat eller tilsvarende skal fremgå, at ledelsestilsyn er gennemført.

Forvaltningen oplyser, at dokumentationen for udført ledelsestilsyn udgøres af institutionslederens underskrift af kasserapport.

BILAG 1

Definition af prioriteter for risiko og væsentlighed

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

Prioritet 1 – markeres med

- Prioritet 1 markeringer anvendes for risici, der anses for kritiske. I forbindelse med beretninger kan det observerede forhold efter nærmere vurdering eventuelt give anledning til en revisionsbemærkning.
- En risiko 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. Observationen medtages i delberetninger og beretninger til Økonomiudvalget og Borgerrepræsentationen.

Prioritet 2 – markeres med

- Prioritet 2 markeringer anvendes for risici, der anses for væsentlige. Observationerne må ikke have en karakter, der kan medføre revisionsbemærkninger i årsberetningen.
- En risiko 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 med anbefaling om, at disse forelægges for det stående udvalg. Observationen medtages ikke i delberetninger og beretninger.

Prioritet 3 – markeres med

- Anvendes for risici, der 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.

Bilag 2

Oversigt stikprøvevis kontrol ved institutionerne

	Administrationsaftale		Beboerøkonomi håndteres af administrationen	Beboerregnskab udarbejdet og ajour	Transaktioner og bilag vedhæftet i bogføringen	Ledelseskontrol	
	Obligatorisk skabelon	Egen udviklet				Udført	Dokumenteret ved underskrift af kasserapport
Institution A*		✓	Ja - lommepenge	✓	✓	✓	✓
Institution B*		✓	Ja - lommepenge	✓	✓	✓	✓

* Skabelonen har ved en fejl ikke været tilgængelig på intranettet – forvaltningen oplyser at efterhånden som nye beboere flytter ind vil skabelonen for administrationsaftalen fremadrettet blive implementeret