



KØBENHAVNS KOMMUNE
Intern Revision

15. marts 2017

REVISIONSRAPPORT

2016

Sundheds- og Omsorgs- forvaltningen

Risikobaseret ledelsestilsyn

MODTAGER

Katja Kayser
Hanne Baastrup

INTERN REVISION

Jesper Andersen
Tommy Jacobsen

Indholdsfortegnelse

1.	INDLEDNING OG FORMÅL	3
2.	LEDELSESRESUME OG KONKLUSION	4
2.1	DESIGN AF KØBENHAVNS KOMMUNES STYRINGSREGLER (ØKONOMIFORVALTNINGEN)	4
2.2	IMPLEMENTERING AF STYRINGSREGLER I SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN	5
2.3	SELVEVALUERING AF RISIKOOMRÅDER I SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN	5
3.	OBSERVATIONER, RISIKOVURDERINGER, ANBEFALINGER OG FORVALTNINGENS TILTAG	6
4.	FORVALTNINGENS TILTAG	8
5.	UDFØRT ARBEJDE	8
5.1	DESIGN AF KØBENHAVNS KOMMUNES STYRINGSREGLER.....	8
5.2	IMPLEMENTERING AF STYRINGSREGLER I SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN	13
5.2.1	Identifikation af risikoområder (risikounivers) og selvevaluering af status	13
5.2.2	Delegation af ansvar	14
5.3	SELVEVALUERING AF RISIKOOMRÅDER I SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN	15
BILAG 1	FORMÅL MED RISIKOBASERET LEDELSESTILSYN	16
BILAG 2	RAMMESÆTNING FOR EVALUERING AF STATUS FOR FORVALTNINGERNES LEDELSESTILSYN	17
BILAG 3	DEFINITION AF PRIORITETER FOR RISIKO OG VÆSENTLIGHED	19

1. Indledning og formål

Økonomiudvalget har besluttet at anmode revisionen om fremover i forbindelse med årsregnskabet proaktivt at rapportere til Økonomiudvalget om, hvorvidt det ledelsestilsyn, som foretages i forvaltningerne, er betryggende.

Omfanget af revisionen fastlægges ud fra en samlet vurdering af væsentlighed og risikoen for væsentlige fejl.

Revisionsmålet for undersøgelsen er at foretage en overordnet vurdering af kommunens design af styringsregler samt forvaltningernes implementering heraf:

Design af regler og retningslinjer

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 hensigtsmæssigt drift og et regnskab udarbejdet i overensstemmelse med gældende regler.

Implementering af regler og retningslinjer

Regler og retningslinjer skal være implementeret i forvaltningerne, før de har en effekt. Det betyder, at regler og retningslinjer skal være kendt, accepteret og indført i praksis.

Det betyder endvidere, at ledelsen skal have overblik over forvaltningens risikoområder, og roller og ansvar skal være præciseret (delegation). Der skal systematisk arbejdes med effektive processer i et end-to-end perspektiv herunder kvalitet i opgaveløsningen.

Forvaltningsledelse og medarbejdere skal have forandringsevne for at kunne følge udviklingen i den kommunale forvaltning og skal kunne anvende de løsninger, der stilles til rådighed.

Afgrænsning

Ledelsestilsyn i denne undersøgelse er afgrænset til de regler og retningslinjer, der følger af kommunens Kasse- og Regnskabsregulativ samt Regulativ for IT-sikkerhed og de risikoområder, der i samarbejde med forvaltningerne er identificeret.

I 2016 og 2017 er fokus på design af styringsregler i Københavns Kommune og implementering af ledelsestilsyn i forvaltningerne. I 2017 og 2018 vil fokus være rettet mod, hvorvidt der for de enkelte risikoområder er tilrettelagt forretningsgange, interne kontroller og relevant styringsinformation til ledelsen.

Rapportering

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

Rapporten vil endvidere - som følge af Økonomiudvalgets lovpligtige indseende med de økonomiske og almindelige administrative forhold inden for alle kommunens administrative områder - blive sendt til Økonomiforvaltningens direktion til eventuel videreførelse overfor Økonomiudvalget. Uddrag af rapporten vil endvidere indgå i en sammenfatning, som sendes til Økonomiudvalget.

2. Ledelsesresumé og konklusion

Intern Revision har gennemført en undersøgelse med det formål at foretage en overordnet vurdering af kommunes design og implementering af styringsregler og forvaltningernes ledelsestilsyn.

Det er vores vurdering, at forvaltningernes arbejde med implementering af et samlet risikobaseret ledelsestilsyn med procesbeskrivelser, interne kontroller og ledelsesinformation vil være en flerårig proces.

Revisionen har givet anledning til følgende observationer:

2.1 Design af Københavns Kommunes styringsregler (Økonomiforvaltningen)

I overensstemmelse med handlingsplan til sikring af betryggende administrative processer, som er godkendt af Økonomiudvalget, har Økonomiforvaltningen afsluttet arbejdet med at opdatere Kasse- og Regnskabsregulativet, som sammen med en række Fælles administrative forretningscirkulærer behandles af Økonomiudvalget i marts 2017.

Kasse- og Regnskabsregulativet behandles derudover af Borgerrepræsentationen. Dokumenterne træder i kraft ved henholdsvis Økonomiudvalgets og Borgerrepræsentationens godkendelse.

Der udestår herefter to væsentlige områder, som kan henføres til IT og persondataområder samt Forretningscirkulære for Personale.

Konklusion

Det er vores vurdering, at Økonomiforvaltningens arbejde med kommunens styringsregler forløber godt og planmæssigt. Governance på IT-området er efter vores opfattelse en væsentlig opgave, som bør prioriteres højt.

Vi anbefaler, at governance på IT-området fastlægges i en række styringsregler og retningslinjer samt entydig placering af beslutningsansvar, som skal være en integreret del af kommunens strategiske ledelsesarbejde. Forretningskritiske IT-beslutninger skal være forankret hos den øverste ledelse i kommunen. Den øverste ledelses styring og beslutninger bør understøttes af en tværgående compliance struktur, som følger op på de to hovedprocesser på IT-området: It-livscyklus og beskyttelse/sikkerhed med hensyn til design. Som en naturlig konsekvens af de manglende styringsregler er der endnu ikke udarbejdet delegationsbeskrivelser i forhold til procesansvar og organisatoriske ændringer.

2.2 Implementering af styringsregler i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har generelt redegjort for roller og ansvar i økonomistyringen, herunder de budgetansvarlige ledes ansvar og opgaver i forhold til budget, budgetopfølgning, regnskabsføring og regnskabsafklæggelse. Tillige fremgår, at den enkelte leder inden for sit ansvarsområde skal sikre, at love og regler overholdes, samt at opgaverne løses i overensstemmelse med gældende kvalitetsstandarder og politiske beslutninger. Endvidere foreligger beskrivelse af ansvarsfordelingen af ledelsestilsynet på personale- og regnskabsområdet. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med sparring fra Intern Revision identificeret en række risikoområder.

Konklusion

Der foreligger nu et samlet overblik over alle risikoområder i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Forvaltningen har dog ikke foretaget en udtrykkelig delegation, hvilket efter vores vurdering vil kunne medvirke til mere klarhed over rammer og grænser for delegationen.

2.3 Selvevaluering af risikoområder i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen


Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fra centralt hold vurderet, at der udover de forhold som revisionen allerede har påpeget ikke er risikoområder, som vurderes kritiske.


Konklusion


Vi tager ovenstående til efterretning, og forudsætter, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger op på handleplanen og sikrer, at der udarbejdes procesbeskrivelser i overensstemmelse med kommunens kvalitetsstandard.

3. Observationer, risikovurderinger, anbefalinger og forvaltningens tiltag

Vores undersøgelse af kommunens design og implementering af et risikobaseret ledelsestilsyn har givet anledning til følgende bemærkninger:

Organisationsområde i KK		Økonomiforvaltningen	Revisionsområde/ emne	Ledelsestilsyn	
Ref.	Observation	Risikobeskrivelse	Anbefaling	Risiko & væsentlighed	
Design af styringsregler 5.1	<p>Det er vores vurdering, at Økonomiforvaltningens arbejde med kommunens styringsregler forløber godt og planmæssigt.</p> <p>Der udestår herefter to væsentlige områder, som kan henføres til IT og persondataområder samt Forretningscirkulære for Personale.</p> <p>Governance på IT-området er efter vores opfattelse en væsentlig opgave, som bør prioriteres højt.</p>	<p><u>Compliance risiko</u> Manglende overholdelse af lovgivningen.</p> <p><u>Operationel risiko</u> Risiko for økonomisk / omdømme som følge af uhensigtsmæssige eller mangelfulde interne forretningsgange, menneskelige og systemmæssige fejl eller som følge af eksterne begivenheder.</p> <p><u>Besvigelserisiko</u> Risikoen for, at der foretages utilsigtede/svigagtige handlinger, samt risiko for uberettiget mistanke mod personalet om uregelmæssigheder.</p>	<p>Vi anbefaler, at governance på IT-området fastlægges i en række styringsregler og retningslinjer samt entydig placering af beslutningsansvar, som skal være en integreret del af kommunens strategiske ledelsesarbejde.</p> <p>Forretningskritiske IT-beslutninger skal være forankret hos den øverste ledelse i kommunen. Den øverste ledelses styring og beslutninger bør understøttes af en tværgående compliance struktur, som følger op på de to hovedprocesser på IT-området: It-livscyklus og beskyttelse/sikkerhed med hensyn til design.</p>		

Organisationsområde i KK		Sundheds- og Omsorgsforvaltningen	Revisionsområde/ emne	Ledelsestilsyn	
Ref.	Observation	Risikobeskrivelse	Anbefaling	Risiko & væsentlighed	
Implementering af styringsregler 5.2	<p><u>Risikoområder</u> Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har med sparring fra Intern Revision identificeret en række risikoområder fordelt på henholdsvis støtte- og kerneprocesser.</p> <p>Forvaltningen har fra central hold anført for de enkelte områder, hvem der har procesansvaret.</p> <p><u>Delegation</u> Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ikke implementeret egentlige delegationsbeskrivelser.</p> <p>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har redegjort for roller og ansvar i økonomistyringen herunder de budgetansvarlige ledeses ansvar og opgaver.</p>	<p><u>Compliance risiko</u> Manglende overholdelse af lovgivningen.</p> <p><u>Operationel risiko</u> Risiko for økonomisk / omdømme som følge af uhensigtsmæssige eller mangelfulde interne forretningsgange, menneskelige og systemmæssige fejl eller som følge af eksterne begivenheder.</p> <p><u>Besvigelserisiko</u> Risikoen for, at der foretages utilsigtede/svigagtige handlinger, samt risiko for uberettiget mistanke mod personalet om uregelmæssigheder.</p>	<p>Vi anbefaler – af hensyn klarhed over præcist hvilke områder beslutningskompetence er delegeret og i hvilket omfang – at delegation sker udtrykkeligt, så der er klarhed over rammer og grænser for delegationen.</p> <p>Vi vurderer, at dette er hensigtsmæssigt i forhold til både det organisatoriske niveau, der delegeres fra, og det organisatoriske niveau, der delegeres til.</p> <p>Endvidere vil en udtrykkelig overdragelse af udøvelse af beslutningskompetence også gøre muligt</p>		

	<p>Retningslinjerne indeholder en detaljeret beskrivelse af lederansvaret i forhold til budget, budgetopfølgning, regnskabsføring og regnskabsafregning. Det fremgår til lige, at den enkelte leder inden for sit ansvarsområde skal sikre, at love og regler overholdes, samt at opgaverne løses i overensstemmelse med gældende kvalitetsstandarder og politiske beslutninger.</p> <p>Endvidere er der udarbejdet en beskrivelse af ansvarsfordelingen af ledelsestilsynet på personale- og regnskabsområdet, hvoraf fremgår den organisatoriske placering af ansvaret for ledelsestilsyn, samt hvilke konkrete forretningsgange der sikres overholdt.</p>		<p>for andre end de involverede dele af forvaltningen at få kendskab til, i hvilket organisatorisk niveau i forvaltningen en given kompetence udøves</p>	
<p>Selvevaluering af risikoområder i forvaltningen 5.3</p>	<p>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fra centralt hold vurderet, at der udover de forhold som revisionen allerede har påpeget ikke er risikoområder, som vurderes kritiske.</p>		<p>Vi forudsætter, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger op på, at der udarbejdes procesbeskrivelser for kritiske områder, herunder de afgivne revisionsbemærkninger.</p>	
<p>Forvaltningens iværksatte tiltag</p>	<p>Handleplan samt opfølgning på revisionsbemærkninger, jf. Økonomiudvalget den 6/12 2016.</p> <p>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i en længere periode samarbejdet med kommunens eksterne revision om beskrivelse af processer end-2-end. Forvaltningen har efter økonomikredsens beslutning om arbejdet med processer genoptaget organiseringen af dette arbejde. Det fremadrettede arbejde med processer vil bygge videre på det tidligere arbejde.</p> <p>Forvaltningens handleplan for 2017:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I foråret 2017 nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter fra hele forvaltningen, som får til opgave at verificere områder. 2. I foråret 2017 udpeges procesdesignere og proceseksperter i forvaltningen. 3. Når organiseringen er på plads april/maj 2017 vil arbejdet med at lægge de allerede afdækkede processer ind i QLM samtidig med at evt. forretningsgangsbeskrivelser revideres og lægges ind. <p>Sideløbende med dette arbejde vil nuværende vejledninger og retningslinjer blive gennemgået og bearbejdet, så de er tilpasset de nye arbejdsgange i Kvantum.</p> <p>De processer der er identificeret sammen med Intern Revision vil ligge til grund for det arbejde, der iværksættes i foråret 2017.</p> <p>Ifølge Økonomiudvalgets status på revisionbemærkninger (6/12 2016) henføres en revisionsbemærkning vedr. indkøbsområdet bl.a. til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Der forudsættes, at der udarbejdes processer, i det omfang bemærkningen relaterer sig hertil. (Bemærkningen forventes gentaget for 2016 og lukket i 2017).</p> <p>Endvidere har Intern Revision for 2017 afgivet revisionsbemærkning vedr. børneattester.</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 risikovurderinger i tilknytning hertil. På dette grundlag har forvaltningen formuleret en række tiltag, som det fremgår ovenfor under afsnit 3, "Forvaltningens tiltag".

Vi vurderer, at de anførte tiltag vil reducere de identificerede risici.

Forvaltningens ansvarlige for implementering er administrationschef Lars Matthisen.

Tidsfrist for afslutning af implementering er 31. december 2017.

5. UDFØRT ARBEJDE

I dette afsnit er redegjort for det arbejde, der er udført i samarbejde med forvaltningen herunder grundlaget for vores evaluering og observationer i forbindelse med arbejdet.

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, herunder den handleplan som blev vedtaget i mødet den 16. juni 2015, er et væsentligt element i forhold til det fremtidige arbejde til sikring af betryggende administrative processer.

Målsætningerne for handlingsplanen er følgende:

- Der skal eksistere en klar beskrivelse af ansvarsdelingen mellem Økonomiudvalget og forvaltninger på det administrative område, så det er klart for Økonomiudvalget, hvordan udvalget kan leve op til dets lovfæstede ansvar.
- Der skal eksistere et risikounivers med et samlet overblik over kommunens risikoområder i den administrative forvaltning.
- Der skal etableres et balanceret kontrolmiljø. Det medfører, at der ikke skal udføres flere kontroller, men kontrollerne skal være effektive og digitalt understøttet.
- Kommunen skal have styr på reglerne, og der skal være designet interne kontroller.
- Kommunens ansatte skal have forudsætningerne for at overholde reglerne.
- Kommunens administrative retningslinjer skal overholdes.

I overensstemmelse hermed har Økonomiforvaltningen igangsat et arbejde med bl.a.:

- Regelhierarki i Københavns Kommune herunder delegation.
- Opdatering af Kasse- og Regnskabsregulativet.
- Udarbejdelse af Fælles administrative forretningscirkulærer for kommunens væsentligste støtte- og kerneprocesser end-to-end.
- Udarbejdelse og vedligeholdelse af Fælles administrative forretningsgange.
- Etablering af en fælles portal til visning/kommunikation af gældende regler.

Ad. Regelhierarki og delegation

Det overordnede vedtagne regelhierarki i Københavns Kommune er illustreret i figuren nedenfor.



Hierarkiet er styrende for udarbejdelsen af kommunens regelsæt.

Økonomiforvaltningen forestår udarbejdelsen af de overordnede styringsregler og de fællesadministrative forretningscirkulærer og forretningsgange. Forvaltningerne udarbejder forvaltningsspecifikke forretningsgange.

Økonomiudvalget har i forbindelse med vedtagelse af handleplanen forudsat, at forvaltningerne beskriver, hvordan de arbejder med delegation af roller og ansvar.

Intern delegation foreligger, når der sker delegation til et andet led eller en anden enhed inden for samme forvaltning. Begrebsmæssigt indebærer delegation af beslutningskompetence, at en forvaltningsmyndighed overlader udøvelsen af kompetencen til andre. At der er tale om en overdragelse af udøvelsen indebærer ikke, at den der delegerer, selv mister beslutningskompetencen som følge af delegationen. Delegationen indebærer dog, at afgørelsen almindelig vis træffes af det led eller den enhed der delegeres til. Således har den der delegerer, fortsat ansvaret for løsningen af de opgaver, i forhold til hvilke kompetencen er delegeret.

I praksis vil der i forvaltningen være et udstrakt behov for intern delegation for at sikre, at sagsbehandlingen/administrationen kan tilrettelægges hensigtsmæssigt uden unødigt forsinkelse, samt på en måde der tilsikrer den nødvendige ekspertise på de mange varierende områder, som den enkelte forvaltning dækker. En omfattende delegation er, efter vores vurdering nødvendig for at sikre, at der er klarhed over præcist, på hvilke områder beslutningskompetence er delegeret og dermed klarhed over rammer og grænser for delegationen.

Dette vurderes endvidere, at være hensigtsmæssigt i forhold til både det organisatoriske niveau, der delegeres fra, og det organisatoriske niveau, der delegeres til. Endvidere vil en udtrykkelig overdragelse af udøvelse af beslutningskompetence også gøre muligt for andre end de involverede dele af forvaltningen at få kendskab til, i hvilket organisatorisk niveau i forvaltningen en given kompetence udøves.

Ad. Kasse- og Regnskabsregulativet og Forretningscirkulærer

Økonomiforvaltningen har med sparring fra Intern Revision opdateret Kasse- og Regnskabsregulativet samt udarbejdet Forretningscirkulærer for ledelsestilsyn m.v., indkøb og indtægter. Styringsdokumenterne er behandlet i Budget- og Regnskabskredsen og er efterfølgende godkendt af Økonomikredsen.

Styringsdokumenterne er udarbejdet i overensstemmelse med det vedtagne regelhierarki i Københavns Kommune.

Helt overordnet har der været fokus på at afgrænse indholdet i selve regulativet til at beskrive, hvad der skal udarbejdes regler for. I overensstemmelse med regulativet udarbejdes forretningscirkulærer, der nærmere beskriver reglerne.

Forretningscirkulære for ledelsestilsyn m.v. indeholder både retningslinjer for tilrettelæggelsen af ledelsestilsyn, men indeholder derudover også et metodeværktøj til inspiration til tilrettelæggelsen af den enkelte forvaltnings ledelsestilsyn. Dette er under hensyn til, at den enkelte forvaltning selv skal kunne tilrettelægge sit ledelsestilsyn.

I forhold til det nuværende Kasse- og Regnskabsregulativ med bilag er der foretaget en række tekstmæssige præciseringer i styringsdokumenterne, hvoraf de væsentligste er følgende:

- Der oplystes andre udgifts- og indtægtstyper i cirkulæerne for indkøb og indtægter for at gøre opmærksom på andre områder, der ikke følger den sædvanlige proces for henholdsvis indkøb og indtægter.
- Nærmere beskrivelse af indtægtsdækket virksomhed, herunder præcisering af krav til dokumentation af hjemmel.
- Der er tilføjet retningslinjer for governance for administration af indtægter.
- Debet- og/eller kreditkort skal kun udstedes i begrænset omfang og hvor øvrige indkøbsformer ikke kan anvendes.
- Københavns Kommune indgår som hovedregel ikke leje- og leasingaftaler.
- Nye udbetalings- og faktureringsløsninger skal godkendes af Økonomiforvaltningen (Koncernservice).
- Beløbsgrænsen for aflæggelse af anlægsregnskab er øget fra 1 mio. kr. til 2 mio. kr.

Styringsdokumenterne behandles af Økonomiudvalget i marts 2017. Kasse- og regnskabsregulativet behandles derudover af Borgerrepræsentationen. Dokumenterne træder i kraft fra Borgerrepræsentationens godkendelse af regulativet.

Efter godkendelse af de her nævnte styringsdokumenter vil der fremover være følgende forretningscirkulærer (tidligere bilag til Kasse- og Regnskabsregulativet):

- Ledelsestilsyn m.v.
- Budget (Indkaldelsescirkulære)
- Budgetopfølgning
- Regnskab
- Indkøb
- Indtægter
- Ydelse af tilskud

Herefter udestår Forretningscirkulære for Personale, der forventes udarbejdet i løbet af foråret 2017.

For IT og persondataområdet udestår at ajourføre / supplere kommunens regelsæt. Herunder skal inkluderes overordnede governance regler for håndtering af person- og værdioplysninger samt retningslinjer for systemunderstøttelse, IT-anvendelse og IT-sikkerhed, samt regler, der sikrer overholdelse af den kommende Databeskyttelsesforordning.

Governance på IT-området skal fastsætte regler/retningslinjer for:

- Strategi – hvordan gennemføres kommunens / forvaltningernes strategiske arbejde og beslutninger, der dels sikrer overensstemmelse mellem forretningsstrategien og IT-strategien, så disse understøtter kommunens/forvaltningernes kort- og langsigtede udviklingsmål, og dels sikrer nødvendige strategiske overvejelser og beslutninger i forhold til risici og performance.
- Forretningsdrift – hvordan anskaffelse, driftsstyring og afvikling af IT skal håndteres, således at IT skaber værdi for kommunen/forvaltningerne, herunder dels understøtter kommunens/forvaltningernes evne til at levere kvalitet og følge de til enhver tid gældende love og regler, og dels understøtter kommunens / forvaltningernes evne til at være produktive og effektive, det vil sige medvirke til at udnytte menneskelige og økonomiske ressourcer hensigtsmæssigt.
- Sikkerhed (IT og data) – hvordan kommunens "sikkerhedsnet" skal etableres ud fra en risikobaseret tilgang, så intern sårbarhed og eksterne trusler håndteres optimalt og sikrer at de til enhver tid gældende love, regler og retningslinjer efterleves.

Styringsreglerne skal præcisere, hvordan disse skal udmøntes, herunder hvilke fælles administrative forretningsgange (hovedprocesser og delprocesser), der skal udarbejdes. I tilknytning hertil fastlægges ejerskab for de enkelte styringselementer, f.eks. hvad er omfattet af at være procesejer, dataejer, forretningsystemejer mv.

Ad. Fælles administrative forretningsgange, forvaltningsspecifikke forretningsgange og fælles portal til dokumentation af forretningsgange og visning/kommunikation af gældende regler

Med henblik på at adressere tiltag for at styrke governance på økonomi- og regnskabsområdet har Økonomikredsen i oktober 2016 godkendt:

- At udarbejdelse af alle nye forretningsgange (både fælles og forvaltningsspecifikke) samt opdatering og vedligeholdelse af eksisterende forretningsgange skal ske i overensstemmelse med "Kvalitetsstandard for udarbejdelse og dokumentation af forretningsgange i Københavns Kommune".
- At dokumentation af end-to-end processer på økonomi samt løn- og personaleområdet skal ske i procesdokumentationssystemet QLM (Qualiware Lifecycle Manager).

Økonomikredsen har dog samtidig præciseret, at anvendelsen af disse værktøjer skal ske ud fra en risikobaseret tilgang, samt at implementeringen i forvaltningerne forløber som en kontinuerlig proces, og ikke et projekt der afsluttes til en bestemt dato. Der er således ikke krav om udbredelse af værktøjerne til alle områder, og forvaltningerne identificerer selv relevante områder.

Kvalitetsstandarden skal sikre en entydig metodetilgang for dokumentation af forretningsgange i Københavns Kommune, og at disse indeholder tilstrækkelig faglig kvalitet.

IT-systemet QLM vil give overblik over processerne i den enkelte forvaltning/enhed og vil give bedre indsigt i egen forvaltning og dermed et bedre beslutningsgrundlag i forhold til compliance og procesoptimering. Endvidere vil systemet give medarbejdere mulighed for at kende alle de procestrin, de skal udføre og dermed et grundlag for mere ensartethed i opgaveløsningen samt tydeliggøre ansvar og rollefordeling.

Det er hensigten, at QLM både skal være portal for forretningsgange/procesbeskrivelser og for Kasse- og Regnskabsregulativ samt Fælles administrative forretningscirkulærer. Der er dog ikke truffet endelig beslutning om sidstnævnte.

ØKF har igangsat et internt implementeringsforløb i efteråret 2016, og fastlæggelse af en fælles governance struktur for anvendelse af systemet.

I samarbejde med et konsulentfirma og Intern Revision afholdes kurser i anvendelse af metodeværktøjet i kvalitetsstandarden for udarbejdelse og dokumentation af forretningsgange samt i brugen af QLM. Der sker således en sammenkobling mellem metode- og systemanvendelse.

Uddannelsesaktiviteterne for forvaltningerne finder sted i 1. halvår 2017.

5.2 Implementering af styringsregler i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

5.2.1 Identifikation af risikoområder (risikounivers) og selvevaluering af status

Vi har i samarbejde med Sundheds- og Omsorgsforvaltningen identificeret og tilvejebragt overblik over forvaltningens risikoområder.

Identifikationen af risikoområder har taget udgangspunkt i Intern Revisions revisionsunivers, som indeholder en bruttoliste over de områder, der ud fra en revisionsmæssig tilgang danner grundlag for planlægningen af revisionen i kommunens forvaltninger årligt og over en årrække.

Revisionsuniverset er gennemgået med forvaltningen for at opnå enighed om risikobilledet herunder eventuel tilføjelse af yderligere områder således, at der foreligger et samlet overblik over alle risikoområder i forvaltningerne og for kommunen som helhed fordelt på støtte- og kerneprocesser.

På dette grundlag er der identificeret en række procesområder fordelt på henholdsvis støtte- og kerneprocesser.

Forvaltningen har i denne forbindelse oplyst, at der på områder hvor forvaltningen vurderer, at tværgående forretningsgangsbeskrivelser er dækkende for forvaltningens arbejdsgange, er der ikke, og vurderes der ikke at være behov for at udarbejde særskilte forvaltningsspecifikke forretningsgangsbeskrivelser.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har for de identificerede risikoområder anført, hvilke organisatoriske enheder, der har procesansvaret.

5.2.2 Delegation af ansvar

Ifølge handlingsplanen til sikring af betryggende administrative processer i Københavns Kommune, som er godkendt af Økonomiudvalget, skal arbejdet med delegation tænkes ind i udarbejdelsen af et nyt koncept for ledelsestilsyn i kommunen.

Det fremgår endvidere, at den enkelte forvaltning skal beskrive, hvordan der arbejdes med delegation af roller og ansvar.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i "Budget 2017 – Budgetudmøntning til de decentrale enheder" redegjort for roller og ansvar i økonomistyringen herunder de budgetansvarlige lederes ansvar og opgaver.

Publikationen indeholder en detaljeret beskrivelse af lederansvaret i forhold til budget, budgetopfølgning, regnskabsføring og regnskabsaflægning. Det fremgår tillige, at den enkelte leder inden for sit ansvarsområde skal sikre, at love og regler overholdes, samt at opgaverne løses i overensstemmelse med gældende kvalitetsstandarder og politiske beslutninger.

Endvidere er der udarbejdet en beskrivelse af ansvarsfordelingen af ledelsestilsynet på personale- og regnskabsområdet, hvoraf fremgår den organisatoriske placering af ansvaret for ledelsestilsyn, samt hvilke konkrete forretningsgange der sikres overholdt.

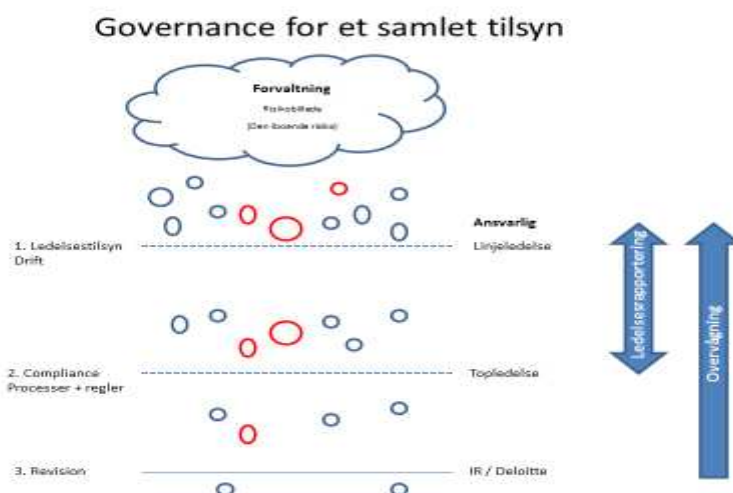
5.3 Selvevaluering af risikoområder i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ikke foretaget evaluering af status for de nuværende processer for de enkelte risikoområder, men har fra centralt hold foretaget en sammenfattende evaluering og har herunder lagt til grund, at kommunens eksterne revisor i sin rapportering har kvitteret for dette arbejde. Ifølge forvaltningen har der i en længere periode været et samarbejde med kommunens eksterne revisor om beskrivelse af processer end-2-end. Bl.a. på denne baggrund har forvaltningen vurderet, at der ikke er risikoområder, som vurderes kritiske.

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 forvaltningsenheder, 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 Rammesætning for evaluering af status for forvaltningernes ledelsestilsyn

Ledelsestilsyn - hvorfor og hvordan

Ifølge kommunens gældende Kasse- og Regnskabsregulativ påhviler det ledelsen at sikre, at der gennemføres et synligt ledelsestilsyn på alle relevante områder, og at interne kontroller bliver udført med udgangspunkt i kontrolpunkterne med den aftalte frekvens og omfang.

Økonomiudvalget har som nævnt anmodet revisionen om proaktivt i forbindelse med aflæggelse af årsregnskabet at rapportere til udvalget - på baggrund af en dialog med de enkelte forvaltninger - om, hvorvidt ledelsestilsynet er betryggende.

I overensstemmelse hermed har Intern Revision været i en dialog med forvaltningernes direktioner om tilrettelæggelse af et risikobaseret ledelsestilsyn, som fremadrettet kan sikre, at ledelsestilsynet tilrettelægges effektivt og kan medvirke til at udgå fejl i sagsbehandlingen med økonomiske konsekvenser, negativ omtale af kommunen, økonomiske tab, fejl i regnskabet, besvigelser, revisionsbemærkninger mv.

Vi har i denne anledning præsenteret en model, der vil kunne skabe fundamentet for at tilrettelægge et egentligt risikobaseret ledelsestilsyn.

Modellen sætter rammen for, hvilke elementer, der i et revisionsmæssigt perspektiv, bør indgået i et risikobaseret ledelsestilsyn, men det er den enkelte forvaltning, der selv tilrettelægger og bestemmer indholdet af sit ledelsestilsyn.

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



Da konceptet er udviklet, og arbejdet med design og implementering af de enkelte elementer er pågået i løbet af 2016, indgår udelukkende de 3 første elementer i undersøgelsen for 2016. I de kommende år vil vores undersøgelse af forvaltningernes ledelsestilsyn blive udvidet til at omfatte alle 5 elementer.

Styringsregler

Formålet er, at aktuelle og tilgængelige regler er en forudsætning for at ledere og medarbejdere, dels kan udmønte gældende lovgivning, kom-

municipalpolitiske beslutninger og regler, dels kan sikre en ensartet og effektiv opgaveløsning og endelig kan gennemføre de kontroller, der skal sikre en hensigtsmæssigt 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 (indgår ikke i 2016)

Formålet er, at kortlægge hvilke risici der kan have væsentlig indvirkning på realiseringen af kommunens/forvaltningens mål, herunder regnskabsaflæggelse 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 (beskrive kontroller) i forhold til de enkelte risici.

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

Indikatorer (indgår ikke i 2016)

Dette emne handler om målstyring og om at definere relevante KPI'er (Key Performance Indicator) og andre informationer, der har relevans for ledelsen. 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 risikostyring og bidrage til at undgå ubehagelige overraskelser.

Styringsinformation (indgår ikke i 2016)

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

BILAG 3 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.