

ARBETSMATERIAL

Rapport över löpande granskning 2020

Konsultens rapport

Patientnämnden

Upprättat av huvudansvarig revisor
Rebecka Hansson vid PwC

Innehållsförteckning

1.	Rapportens inriktning och omfattning	3
2.	Intern styrning och kontroll	3
2.1	Ekonomistyrning	3
2.2	Representation	3
2.3	Risکانالys och internkontrollplan	4
2.4	Arvoden till stödpersoner	7
2.5	Arvoden till förtroendevalda	8
2.6	Inköpsprocessen	9
2.7	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	9
2.8	Sammanfattande bedömning av intern styrning och kontroll	9
3.	Räkenskaper	9
3.1	Delårsrapport 2020-08-31	9
3.2	Granskning av merkostnader kopplade till covid-19	10
3.3	Kvalitet i redovisningen	11
3.4	Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer	11
3.5	Sammanfattande bedömning av räkenskaper	11

1. Rapportens inriktning och omfattning

I denna rapport redovisas de delar av granskningen som har utförts av konsulten.

Granskningen omfattar följande delar:

- Intern styrning och kontroll
- Räkenskaper

2. Intern styrning och kontroll

2.1 Ekonomistyrning

Utfört arbete:

Intervju med redovisningsansvarig samt genomgång av nämndens budget, delårsrapport samt Patientnämndens protokoll januari-augusti 2020.

Iakttagelser:

Förvaltningen hade per den 31 augusti 2018 ett ekonomiskt överskott på 2,2 mnkr. Till stor del beror det på att personalkostnaderna inklusive kostnader för stödpersoner är 2,1 mnkr lägre än budgeterat. De lägre personalkostnaderna är budgeterat beror bland annat på lägre stödpersonskostnader samt att förvaltningen inte har anställt några nya handläggare under året. I början på året slutade en handläggare sin tjänst vid förvaltningen.

Patientnämnden har enligt *Budget 2020* ett fastställt resultatkrav som uppgår till 0 mnkr. Förvaltningens prognos för utfallet på året är plus cirka 800 tkr. Förvaltningen uppger bland annat att IT-kostnaderna kan komma att öka något på grund av vidareutveckling av förvaltningens ärendehanteringssystem samt funktioner kopplat till 1177. Samtidigt ser förvaltningen att övriga kostnader förväntas minska till följd av covid-19, så som kommunikationsinsatser, resor och personalrepresentation. Förvaltningen ser inte att merkostnader/intäkter kopplat till covid-19 kommer att påverka prognos och det har inte heller påverkat resultatet hittills i år.

[Redacted text block]

2.2 Representation

Utfört arbete:

En granskning har gjorts avseende representation för perioden januari till augusti 2020. Sammantaget har 3 redovisningstransaktioner granskats, vilket är samtliga transaktioner som finns på konto 7000 (representation).

Iakttagelser:

Av de två granskade leverantörsfakturor/redovisningstransaktioner var två stycken fullständiga och korrekt hanterade med avseende på syftesbeskrivning, deltagarförteckning, momsavdrag samt attestants oberoende och behörighet. En av de granskade transaktionerna avsåg julklapp till leverantör, vilket ur perspektivet risk för mutor och

bestickning, inte bör förekomma. Detta har kommunicerats till förvaltningen i samband med granskningen.

[Redacted text block]

[Redacted text block]

2.3 Riskanalys och internkontrollplan

Utfört arbete:

Ett väl fungerande arbete med riskanalyser är viktigt för en organisation så som Kulturnämnden. Inte minst krävs ett gediget arbete med att identifiera, värdera och hantera risker kopplat till basala ekonomi- och personaladministrativa processer och rutiner. Granskningen inriktas mot följande moment/områden och bedömning av dessa:

- processen kring riskhantering,
- internkontrollplan för 2020,
- en väsentlig utgångspunkt för granskningen blir att i dialog med PAN identifiera och bedöma på vilket sätt internkontrollarbetet bidrar till att stärka den interna kontrollen.

Iakttagelser:

Patientnämnden har den 17 december 2019 fastställt internkontrollplan för år 2020. Internkontrollplanen har utformats utifrån centrala anvisningar.

Årsrapport 2019

Av årsrapporten framgår att det i revisionens delrapport avrapporterades första delen i granskning av nämndens arbete med intern kontroll. Den första delen i granskningen visade att förvaltningen under 2018 påbörjade arbetet med att anpassa arbetet med intern kontroll till det nya arbetssättet i systemet Stratsys, och den del som kallas Stödet. Nämnden hade inte i enlighet med regionens policy¹ antagit konkreta och lokala regler samt anvisningar för att upprätthålla en god intern kontroll. Däremot hade förvaltningen en rutin för intern kontroll som biläggs till den årliga intern kontrollplanen. Intervjuade vid förvaltningen har uppgett att nämnden varit involverad i internkontrollarbetet, till exempel genom att anta internkontrollplanen.

Av årsrapporten framkommer att nämnden fastställt en för 2019 aktuell intern kontrollplan upprättad i Stödet, som utgått ifrån en dokumenterad

¹ Policy för intern kontroll för Stockholms läns landsting och bolag (LS 1303-0431), beslutad av landstingsfullmäktige 2015

risk- och väsentlighetsanalys. I jämförelse med regionledningskontorets lathund för internkontroll har nämndens interna kontrollplan inte angett någon ansvarig för de åtgärder som beskrivs i intern kontrollplanen. I utkast till intern kontrollplan har dock åtgärdsansvariga angetts, men dessa uppgifter uppgavs av de intervjuade inte följt med när utkastet överfördes till Stödet. Vidare var flera kontrollmoment inte heller beskrivna så att det på ett tydligt sätt framgick hur risken är tänkt att kontrolleras. Snarare beskrevs risken än själva kontrollmomentet.

Det framkommer att uppföljning av internkontrollplanen har presenterats för nämnden i samband med del- och årsbokslut. I samband med delårsbokslutet föreslogs nämnden fastställa en uppdaterad intern kontrollplan, då planen kompletterats med en ytterligare risk gällande sekretess och konfidentialitet. Risken följdes upp redan innan nämnden beslutade huruvida den skulle ingå i den interna kontrollplanen eller inte. Med anledning av revisionens granskning beslutade nämnden i oktober 2019 att godkänna reviderad plan för intern kontroll 2019 inklusive bilagor. Den andra delen av granskningen, som avrapporteras i och med årsrapport 2019, visade att årsuppföljning av intern kontroll har upprättats i systemet Stödet. I uppföljningen ska enligt regionledningskontorets utfärdade anvisningar en bedömning göras av åtgärdernas riskreducerande effekter². Granskningen visar att det saknades bedömningar av vilka riskreducerande effekter åtgärderna har.

Revisionen gör i årsrapport 2019 samma bedömning som i delrapport 2019 att nämnden håller på att anpassa sitt arbete med intern kontroll till det nya arbetssättet i Stödet. Revisionen bedömer att nämnden i sitt arbete med intern kontroll bör följa av regionledningskontoret utfärdade anvisningar.

Regionrevisorernas årliga redogörelse 2019

I rapporten bedömer revisionen att det i huvudsak finns riktlinjer och rutiner för att säkerställa en tillräcklig styrning och intern kontroll inom nämndens verksamhet. Nämnden bör utveckla ekonomistyrning och hantering av kostnader för representation. Nämnden bör även fortsätta utveckla sitt arbete med intern kontroll.

Utifrån regionsrevisorernas genomförda granskning 2019 bedöms den interna styrningen och kontrollen vara tillräcklig. Bedömningen är oförändrad jämfört med 2018.

Riskanalys och internkontrollplan 2020

I intervju framkommer att riskanalys genomförs på hösten av economicontroller och samordnare för analys- och strategiarbete, efter inhämtning av information från förvaltningens övriga medarbetare. Riskanalysen går sedan igenom tillsammans med utvecklingschef och förvaltningschef innan den tas upp för att antas av nämnden i samband med verksamhetsplanen i december.

² En så kallad trafikljusmodell, med färgerna grönt, gult och rött, ska användas för bedömning av åtgärdens riskreducerande effekt.

Av *Plan för intern kontroll 2020* framkommer att patientnämnden har en intern kontrollplan enligt regionens aktuella riktlinjer. Dock hänvisas till regionens gamla policy för internkontroll från 2015.

I planen identifierades 14 riskområden, vilka uppges ska följas upp och kontrolleras enligt plan under året. Förvaltningen har identifierat ett område med hög risk och fem områden med medelhög risk. Riskerna är följande: avtal med kommuner och stadsdelar, bevarande av data i förvaltningens databas, sekretess och konfidentialitet, registrering i förvaltningens databas, ansträngd psykosocial arbetsmiljö och kompetensförlust vid pensionsavgångar.

Nämndens internkontrollplan innehåller en fördjupad sammanställning av de sex riskerna ovan. Riskbedömningar har genomförts utifrån sannolikhet och konsekvens, vilket redovisas i dokumentet. Till varje riskområde anges riskägare. I bilagor redogörs för kontrollmoment och frekvens för kontroller. I internkontrollplanen uppges att inga åtgärder är planerade inom riskområdena för perioden vilket i intervju uppges stå för att kontroller ska genomföras enligt plan men inga övriga åtgärder ska vidtas. Enligt planen ska förvaltningen se över internkontrollplanen två till tre gånger per år för att identifiera potentiella ändringar som har skett sedan sist. De sex riskerna i internkontrollplanen och resterande av de 14 i riskanalysen samt eventuellt nya uppkomna risker ska följas upp. Förvaltningens storlek och den relativt begränsade mängden identifierade risker beskrivs göra det enkelt att få en överblick över potentiella avvikelser. Av internkontrollplanen framkommer att förvaltningen samlar alla avvikelser i en fil där identifierat område, datum samt avvikelse beskrivs. Detta följs upp av ledningen och/eller ansvariga medarbetare för att säkerställa att avvikelsen blivit hanterad.

I och med regionledningens direktiv om lättnader i uppföljningskrav i tertiär rapport 1 2020 har patientnämndens internkontrollplan ännu inte följts upp. Det beskrivs att internkontrollplanen ska följas upp i nämndens delårsrapport och att riskerna ska värderas på nytt. Det kan då bytas ut eller läggas till risker till årets internkontrollplan beroende på vad som framkommer i analysen inför delårsredovisningen.

I föregående årsgranskning rekommenderade regionrevisorerna att patientnämnden i sitt arbete med intern kontroll bör följa av regionledningskontoret utfärdade anvisningar. Sedan dess har ny riktlinje för regionens arbete med internkontroll antagits³ där det inte längre är nödvändigt för nämnderna att ta fram lokala regler eller anvisningar. Förvaltningens uppföljning i Stratsys är i linje med det regiongemensamma riktlinjerna. I intervjun uppges att övergången till Stratsys har förenklats och förtydligat hur riskanalyser och arbetet med internkontrollplanen ska gå till.

³ Riktlinje Intern kontroll för Region Stockholm (RS-S-1699261), beslutad av regionfullmäktige 2019-10-22, samt Bilaga 5 till regionens budget 2020: Integrerad ledning och styrning av Region Stockholm, beslutad av regionfullmäktige 2019-11-20.



2.4 Arvoden till stödpersoner

Utfört arbete:

Årets granskning inriktas mot kontroll att arvoden utbetalats i enlighet med gällande regelverk samt att tillräcklig intern kontroll föreligger.

Vidare omfattar granskningen en stickprovskontroll av att utbetalda arvoden till stödpersoner är rimliga till sin omfattning och frekvens och överensstämmer med avtal. Stickprovskontroll av ett antal transaktioner under året.

Iakttagelser:

Per augusti 2020 finns ca 200 stödpersoner varav 174 med uppdrag. Antalet stödpersoner och antalet uppdrag kan variera över tid och över året. I dokumentet *Ersättning till stödpersoner* (reviderad 2016-10-13) framkommer de rutiner och direktiv som finns gällande ersättning, arvode och omkostnadsersättning för stödpersoner.

Ersättningen beräknas efter förordnandets längd. För en hel månad utgår till exempel 1500 kr. Ersättningsnivåerna till stödpersoner är beroende av om de har haft telefonkontakt eller fysiska besök, om de använder bil (antalet km) eller möjligtvis andra färdmedel för resor utanför länet. I så fall beviljas tåg/bus. Omkostnadsersättningen ska täcka stödpersonens kostnader för till exempel parkering, trängselavgift, biobesök, konserter, idrottsevenemang och fika. Stödpersonen behöver inte betala patientens kostnader men kan göra det om hen så vill. Kvitton beviljas inte utom för separat beviljade resor med tåg/buss.

Förvaltningens kontrollprocess gällande rapportering av uppdraget:

1. Stödpersoner redovisar uppdrag på för ändamål framtagna rapportunderlag. Dessa skall skickas till förvaltningen en gång per månad och ligger till grund för utbetalningar.
2. Inga utbetalningar görs utan underlag undertecknade av stödperson. Underlag utan namnteckning skickas tillbaka för underskrift.
3. Controller och ekonomiansvarig på förvaltningen kontrollerar inkomna stödpersonsrapporter mot beslut i respektive förordnande,

registrerar rapporter och förbereder underlag till lönekontoret. Controllern markerar eventuella oklarheter för vidare kontroll.

4. Efter det kontrolleras underlag av stödpersonssamordnare som försöker reda ut oklarheter, exempelvis ringer vården eller stödpersoner för förtydliganden. I samband med ändringar skickas underlag tillbaka till controller för nytt underlag.
5. Därefter kopierar administratör underlaget till lönekontoret, skriver ut listor och kontrollerar så att det inte finns dubletter innan det skickas till lönekontoret (originalunderlag skickas med post, underlag till lönekontoret är det hädanefter godkänt att mejla).

Utöver kontrollerna som finns i samband med rapporteringen görs stickprov i en del ärenden under året där förvaltningen kontrollerar om patienter träffar stödpersoner. Resultatet av kontrollerna dokumenteras inte.

Vi har genomfört ett stickprov på 10 stödpersoner där vi verifierat att dessa personer har giltigt förordnande och får rätt ersättning enligt gällande riktlinjer. Avstämning har gjorts mot lönespecifikationer och mot förordnande. Inga avvikelser har noterats i stickprovet.

[REDACTED]

2.5 Arvoden till förtroendevalda

Utfört arbete:

Vi har granskat om arvoden till förtroendevalda utbetalas på rätt sätt. Granskningen har genomförts genom stickprov av tre nämndledamöter under perioden januari-maj 2020. Patientnämnden har under perioden haft sammanträde i januari, februari och maj månad. April månads sammanträde blev inställt. Vi har kontrollerat närvaro genom protokoll från nämndens sammanträde samt stämt av att utbetald ersättning i form av årsarvode respektive sammanträdesersättning överensstämmer med Region Stockholms arvodesreglemente för mandatperioden 2018-2022 (Dnr LS 2018-0684, bilaga 1 förteckning över arvoden för uppdrag i Region Stockholms organ för perioden 2020-01-01 – 2020-06-30).

Iakttagelser:

Vid stickprov av utbetalt arvode för tre förtroendevalda i patientnämnden under perioden januari-maj 2020 har vi inte noterat några avvikelser. Samtliga utbetalda arvoden är i enlighet med gällande arvodesreglemente och förteckning över arvodesnivåer för den aktuella perioden.

[REDACTED]



2.6 Inköpsprocessen

Utfört arbete:

Kostnaderna för inköp av reklam, marknadsföring och IT uppgår till väsentliga belopp för nämnden. Det är angeläget att det finns en tillräcklig intern kontroll kopplat till hanteringen av dessa. Stickprovvis kontroll av att nämnden har tillräckliga rutiner för att säkerställa en ändamålsenlig intern kontroll kopplat till inköp av reklam, marknadsföring och IT.

Iakttagelser:

Ett stickprov har tagits på fem fakturor inom aktuella områden där vi tagit del av fakturakopia, attestflödet för respektive faktura, nämndens attestförteckning 2020 samt avtalet/beställningarna som ligger till grund för fakturorna.

I stickproven har vi stämt av att attest har skett av behörighet enligt gällande attestförteckning samt att fakturorna stämmer överens med avtal/beställning.

Vi noterar inga avvikelser i vårt stickprov.



2.7 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

Det finns inga rekommendationer från tidigare revisionsrapporter att följa upp.

2.8 Sammanfattande bedömning av intern styrning och kontroll



3. Räkenskaper

3.1 Delårsrapport 2020-08-31

Utfört arbete:

Revisionen av den finansiella rapporteringen har utförts i enlighet med International Standard on Review Engagements ISRE 2410 Översiktlig granskning av finansiell delårsinformation. Granskningen har inriktats mot att göra förfrågningar samt genomföra en analytisk granskning. Fokus har bl.a. legat på att utifrån förväntade värden analysera och bedöma avvikelser

i resultat- och balansräkningen. Urvalsmässig genomgång har skett av specifikationer till balansräkningens poster.

Iakttagelser:

Granskningen har inriktats mot en analytisk granskning. Fokus har bl.a. legat på att utifrån förväntade värden analysera och bedöma avvikelser i resultat- och balansräkningen. Urvalsmässig genomgång har skett av specifikationer till balansräkningens poster.

Inga väsentliga avvikelser har noterats.

[Redacted text block]

3.2 Granskning av merkostnader kopplade till covid-19

Utfört arbete:

I syfte att kunna vidta rätt åtgärder utifrån uppkommen ekonomisk situation och för att kunna erhålla ersättning från staten för tillkommande merkostnader kopplat till Covid-19/Coronavirus, ska samtliga nämnder och bolag i Region Stockholm sammanställa en ekonomisk uppföljning.

För att centralt inom regionen kunna följa upp de extraordinära merkostnaderna kopplade till covid19/coronaviruset krävs att alla verksamheter har en rättvisande redovisning av dessa. Därför måste en granskning av riktigheten i de särredovisade extraordinära merkostnaderna göras.

Iakttagelser:

En genomgång av har gjorts av nämndens mall för *Sammanställning kostnader Covid-19/Coronavirus* för rapporteringsmånad augusti 2020. Av mallen framgår att nämnden inte har några merkostnader/intäkter eller merinvesteringar att rapportera under perioden januari-augusti 2020. Av nämndens delårsrapport framgår att Patientnämnden under aktuell period inte har drabbats av några ekonomiska avvikelser såsom intäktsbortfall eller väsentligt ökade sjuklönekostnader. Förvaltningen upplever inga problem som kan kopplas till anvisningarna och följer anvisningarna.

[Redacted text block]

3.3 Kvalitet i redovisningen

Utfört arbete:

God kvalitet i redovisningen är en förutsättning för att de analyser och slutsatser som dras är relevanta. Granskningen fokuserar på att granska att bokföringen är rätt, dvs att kontering sker på rätt konton, så att uppföljning och analys av resultaträkningen blir rättvisande. Inom ramen för granskningen har vi även kontrollerat att behörig har attesterat leverantörsfakturorna i enlighet med gällande attestförteckning.

Iakttagelser:

En registeranalys har gjorts över vilka leverantörer som finns på sex olika kostnadskontot för att granska att kontering har skett på rätt konton. En genomgång har gjorts av leverantörerna för samtliga leverantörsfakturer som finns bokförda på respektive kostnadskonto i syfte att bedöma ifall leverantören erbjuder den typen av varor eller tjänster som kostnadskontot avser.

De konton vi har granskat är:

- 4621 Övrig hälso-/sjukvård/vacc. (5 fakturer)
- 5590 Tolk, översättningar (18 fakturer)
- 5780 Datautrustning (3 fakturer)
- 6500 Vaktmästartjänster (4 fakturer)
- 7542 Konsultarvoden, IT-tjänster (6 fakturer)
- 8570 Bankkostnader (7 fakturer)

Samtliga fakturer har fakturerats från leverantörer som erbjuder den typ av vara/tjänst som kostnadskontot avser. Inga avvikelser har noterats.

För samtliga konton valdes 2 leverantörsfakturer ut slumpmässigt, dvs totalt 12 leverantörsfakturer, för att kontrollera att attest skett av behörig. Inga avvikelser har noterats i kontrollen.

[Redacted text block]

3.4 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

Det finns inga rekommendationer från tidigare revisionsrapporter att följa upp.

3.5 Sammanfattande bedömning av räkenskaper

[Redacted text block]

Härmed lämnas konsultens delrapportering av den årliga granskningen vid Patientnämnden år 2020.

.....

Rebecka Hansson
Huvudansvarig revisor