



Tlf: 46 37 30 33
roskilde@bdo.dk
www.bdo.dk

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab
Ringstedvej 18
DK-4000 Roskilde
CVR-nr. 20 22 26 70



REGION HOVEDSTADEN

Revisionsberetning nr. 19

LØBENDE REVISION

Side 622 – 635
Delberetning for regnskabsåret 2018

1	INDLEDNING	622
2	REVISIONENS BEMÆRKNINGER	622
2.1	GENERELT	622
2.2	REVISIONENS BEMÆRKNINGER	622
2.2.1	Opfølgning på tidligere revisionsbemærkninger	623
2.3	ØVRIGE FORHOLD TIL OPFØLGNING	623
2.3.1	Sundhedsplatformen	623
2.3.2	Tilgodehavende hos Region Hovedstadens Psykiatri	623
3	REGNSKABSFØRING OG INTERNE KONTROLLER	623
3.1	KASSE- OG REGNSKABSREGULATIVET	623
3.2	REGNSKABSFØRELSE	624
3.3	BEHOLDNINGSEFTERSYN OG GENNEMGANG AF UDVALGTE BALANCEKONTI	625
3.4	BOGFØRING OG BILAGSBEHANDLING	626
3.5	REGISTRERING AF MATERIELLE ANLÆGSAKTIVER	626
3.6	BUDGETOPFØLGNINGSPROCEDURE	627
3.7	DECENTRAL INDBERETNING AF LØN	627
3.8	PROJEKTSTYRING	627
3.9	PATIENTREGISTRERING	628
3.10	FORRETNINGSGANGE OMKRING LAGERKONTROL	628
3.11	BEBOERMIDLER/PATIENTMIDLER	628
4	REVISIONSMÆSSIG GENNEMGANG AF IT-SIKKERHEDEN	629
4.1	REVISION AF REGIONENS INTERNE IT-KONTROLLER	629
5	LØN- OG PERSONALEOMRÅDET	630
5.1	FORRETNINGSGANGE OG SAGSREVISION	630
5.2	VEDERLAG MV. TIL POLITIKERE	631
5.2.1	Gennemgang af udbetalt vederlag i 2017 og opstart af 2018	631
5.3	ØVRIGE FORHOLD	632
6	KVALITETSFONDSBYGGERIER	632

Til

Regionsrådet i Region Hovedstaden

1 INDLEDNING

I henhold til Lov om regioner og om nedlæggelse af amtskommunerne, Hovedstadens Udviklingsråd og Hovedstadens Sygehusfællesskab (regionsloven) og revisionsregulativet for Region Hovedstaden afgives hermed beretning om revisionsarbejder vedrørende regnskabsår 2018 udført indtil 31. januar 2019.

Revisionen er udført ved stikprøver med det formål at vurdere og efterprøve, om interne forretningsgange og kontrolsystemer fungerer hensigtsmæssigt og betryggende. Endvidere vurderes og efterprøves det, om regionens dispositioner vedrørende regnskabsmæssige forhold m.v. er i overensstemmelse med regionsrådets bevillinger og øvrige beslutninger, love og andre forskrifter samt indgåede aftaler og sædvanlig praksis.

I forbindelse med revisionen vurderes, om udførelsen af Regionsrådets beslutninger samt den øvrige forvaltning af regionens anliggender er varetaget på en økonomisk hensigtsmæssig måde.

Om revisionens tilrettelæggelse og udførelse samt ledelsens og revisors opgaver og ansvar henvises i øvrigt til vores beretning dateret 8. februar 2018 (beretning nr. 15).

Revisionen i den anførte periode indtil 31. januar 2019 har omfattet de områder, der er omtalt i denne beretning.

Vi gør opmærksom på, at revisionen for regnskabsåret 2018 først er afsluttet, når vi har revideret årsregnskabet og har afgivet revisionsberetning herom i juni 2019.

2 REVISIONENS BEMÆRKNINGER

2.1 GENERELT

Revisionsbemærkninger, der skal behandles af Regionsrådet og fremsendes til tilsynsmyndigheden, er anført under afsnit 2.2.

Vi har pligt til løbende at vurdere, om der skal skrives en revisionsbemærkning, hvis

- regnskabs poster ikke er i overensstemmelse med Regionsrådets beslutninger
- der er handlet i strid med gældende love og bestemmelser
- lovligheden af en post eller disposition anses for tvivlsom
- der ved gennemgang af de etablerede forretningsgange konstateres væsentlige mangler i kontrolmæssig henseende, idet revisionen samtidig kan fremsætte forslag til udbedring af konstaterede mangler
- foreskrevne forretningsgange i øvrigt ikke er fulgt.

2.2 REVISIONENS BEMÆRKNINGER

Den udførte revision har ikke givet anledning til bemærkninger.

2.2.1 Opfølgning på tidligere revisionsbemærkninger

Ved revisionen har vi foretaget opfølgning på tidligere revisionsbemærkninger samt andre forhold omtalt i tidligere revisionsberetninger.

Der er ikke afgivet revisionsbemærkninger i den seneste revisionsberetning.

2.3 ØVRIGE FORHOLD TIL OPFØLGNING

2.3.1 Sundhedsplatformen

Sundhedsplatformen har betydning for både regionens aktivitetsniveau, produktivitet og regionens indtjening/likviditet i form af tilskud baseret på registreringer og indberetninger gennem sundhedsplatformen.

Der var kendte udfordringer med registreringer og opretholdelse af samme aktivitet i forbindelse med indførelse af sundhedsplatformen.

Det blev således i december 2017 oplyst, at administrationen ud fra opgørelse af aktiviteten og indtjeningen ved afslutningen af regnskab 2017 påregnede at tilbageføre en væsentlig indtægt på 430 mio. kr. for meraktivitet. Den endelige opgørelse af meraktivitet for 2017 viste, at regionen ikke nåede den fulde ramme fastsat af staten, men manglede udnyttelse af rammen med 54 mio. kr.

Det forventes efter det oplyste også, at regionen i 2018 vil være i nærheden af den udstukne ramme, men dog vil nå denne.

Vi vil ved den afsluttende revision følge op på den faktiske aktivitet og indtjening.

2.3.2 Tilgodehavende hos Region Hovedstadens Psykiatri

I forbindelse med revision af årsregnskabet for 2017 kommenterede vi, at der udestod afklaring af Psykiatriens tilgodehavende hos andre regioner. Vi skrev således:

"Det skal dog anføres, at der som tidligere anført stadig udestår en afklaring af tilgodehavender hos Region Hovedstadens Psykiatri, hvor regionen har opkrævet en anden region for udenlandske patienter, som er på et hospital med en behandlingsdom. Denne anden region har gjort indsigelser mod opkrævningen. Det oplyses ved revisionen for 2017, at der fortsat er dialog om forholdet, som således ikke er afklaret. Saldoen omfatter nu ikke alene udenlandske patienter, og det udestående beløb oplyses ved udgangen af 2017 at udgøre ca. 130 mio. kr. Ledelsen har overfor os oplyst, at beløbet i al væsentlighed forventes at blive inddrevet, hvilket vi har taget til efterretning."

Det er os nu oplyst, at der er indgået aftale om tilgodehavendet. Det fremgår af denne aftale, at Region Hovedstaden foretager en delvis nedskrivning af tilgodehavendet.

3 REGNSKABSFØRING OG INTERNE KONTROLLER

3.1 KASSE- OG REGNSKABSREGULATIVET

Vi har gennemgået regionens kasse- og regnskabsregulativ og herunder vurderet, om regulativet fortsat beskriver rammen og reglerne for, hvordan regionens økonomistyring, kasse- og regnskabsvæsen m.v. udøves i praksis.

Konklusion

Det er fortsat vores opfattelse, at principperne for økonomistyring i fornødent omfang beskriver rammen og reglerne for regionens kasse- og regnskabsvæsen, herunder niveauet for de interne kontroller og ledelsestilsynet.

I de følgende afsnit har vi efterprøvet, om konkrete og væsentlige dele af principperne for økonomistyring fungerer i praksis.

3.2 REGNSKABSFØRELSE

Koncernregnskab forestår regionens bogholderi og løbende regnskabsførelse m.v. Revisionen har derfor taget udgangspunkt i Koncernregnskab. Det anføres, at Den Sociale Virksomhed ikke er omfattet af Koncernregnskab, hvorfor gennemgang af afstemninger, bogføring og materielle anlægsaktiver er gennemført ved besøg hos virksomheden.

Vi har aflagt besøg ved Koncernregnskab og vedrørende hospitaler og øvrige centrale og decentrale enheder foretaget gennemgang af:

- Afstemning af likvide beholdninger og øvrigt udvalgte konti
- Bogføring og bilagsbehandling
- Moms- og afgiftsforhold
- Registrering af materielle anlægsaktiver

Vi har endvidere i perioden oktober til december 2018 aflagt revisionsbesøg ved udvalgte enheder, og hvor det er vurderet relevant, har vi blandt andet undersøgt følgende områder:

- Budgetopfølgningsprocedurer
- Decentral indberetning af løn
- Projektstyring
- Forretningsgange omkring patientregistrering og DRG (sundhedsplatformen)
- Samt evt. individuelle forhold

Revisionsbesøg er gennemført ved følgende enheder:

- Den Sociale Virksomhed, samt herunder
 - Botilbud Lunden
 - Børnecenter for Rehabilitering
- Under Region Hovedstadens Psykiatri:
 - Psykiatrisk Center København, Gentofte
 - Psykiatrisk Center Stolpegård
- Center for IT, Medico og Telefoni, (CIMT)
- Center for Økonomi
- Center for Regional Udvikling
- Amager og Hvidovre Hospital
- Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
- Steno Diabetes Center
- Herlev og Gentofte Hospital
- Nordsjællands Hospital
- Rigshospitalet

3.3 BEHOLDNINGSEFTERSYN OG GENNEMGANG AF UDVALGTE BALANCEKONTI

Det er påset, at væsentlige kontante beholdninger kan afstemmes til bogføringen, og at konti i pengeinstitutter er afstemt med de respektive pengeinstitutters noteringer under hensyntagen til indsættninger og udtræk, der på eftersynstidspunktet endnu ikke var registreret i pengeinstitutternes eller i regionens bogføring.

Vi har undersøgt, om den etablerede kassevirksomhed fungerer betryggende og følger reglerne for kassekontrol m.v., som beskrevet i Kasse- og regnskabsregulativet.

Vi har endvidere vurderet de generelle forretningsgange for afstemning af balancekonti.

Afstemningsprocedurerne skal sikre, at balancens poster løbende bliver afstemt og udlignet, så der ikke opstår uafklarede mellemværender og differencer.

Vi har efterprøvet, om de enkelte enheder er ajour med afstemningsarbejdet på bankkonti og øvrige udvalgte konti.

Konklusion

Kontante beholdninger

Eftersynene har generelt bekræftet de likvide midlers tilstedeværelse, og vi vurderer, at forretningsgangene for kassekontrol generelt er hensigtsmæssige.

Der er dog omkring en institution under Nordsjællands Hospital givet kommentarer om gentagne mangler i afstemninger. Der er fra Hospitalet taget initiativer til afklaring af manglerne. Efter det oplyste forventes afstemninger udarbejdet i overensstemmelse med regionens bestemmelser inden udgangen af 2018. Vi vil følge op på dette ved den afsluttende revision.

Afstemninger af beholdninger i pengeinstitutter og øvrige afstemninger for balancekonti

Det er generelt vores opfattelse, at der er etableret betryggende forretningsgange for afstemning af balancens konti, som sikrer en løbende afstemning af balancens poster. Dette underbygges af vores stikprøver på udvalgte balanceposter.

Der er dog set eksempler på mangelfulde afstemninger, og på nogle konti konstateret poster af ældre dato, som burde være afklaret.

Debitorer

Vi har foretaget gennemgang af regionens opfølgning på debitorer og rykkerprocedure. Det er vores vurdering, at der sker en hensigtsmæssig og systematisk opfølgning på debitorer i regi af koncernregnskab. Det er dog anført, at der ikke sker tilskrivning af renter eller rykkergebyrer, hvilket bør vurderes, evt. undtaget visse debitorgrupper.

Der er givet anbefaling til ændrede principper for registrering af opkrævning hos udenlandske patienter, som sker gennem staten.

Mellemværende med Region Sjælland

Region Sjælland har gennem en periode fra 2017 tilbageholdt betalinger til Region Hovedstaden for behandling af patienter, da modtagen fakturering ikke indeholdt tilstrækkeligt specificerende bilag. Der var på et tidspunkt over 1. mia. kr. i mellemværende.

Der er til Region Sjælland gennem 2018 fremsendt specifikation for væsentlige dele af faktureringen, hvorfor der er sket aconto afregning af 820 mio. kr. sidst i april og 150 mio. kr. i maj 2018. Det er oplyst, at betalingerne efter Region Sjællands gennemgang af specifikationer nu anses for endelige. Der udestod dog ved udgangen af 2018 stadig et mellemværende tilbage fra 2017 på 195 mio. kr., hvor der

på tidspunktet for vores revision ikke var opnået fuldstændig enighed om specifikationen, og som derfor ikke er betalt. Det er efterfølgende oplyst af administrationen, at der nu er opnået enighed om det resterende mellemværende, hvilket vi følger op på ved den afsluttende revision af årsregnskabet for 2018.

Kreditorer

Det er observeret, at der i afstemning af kreditorer indgår en ikke uvæsentlig del overforfaldne kreditorer. Dette er drøftet med ledelsen, som er enige i, at det skal tilsikres, at der sker fremskyndelse af godkendelsesproces for bilag, så betaling kan ske rettidigt til kreditorer. Der vil dog være overforfaldne kreditorer, som kan henføres til uenighed om leverance eller fakturering, hvorfor godkendelsen i disse tilfælde skal tilbageholdes.

3.4 BOGFØRING OG BILAGSBEHANDLING

Det er for alle enheder ved besøg hos Koncernregnskab undersøgt, om forretningsgangene vedrørende bilagsbehandling og bilagskontrol er hensigtsmæssige og betryggende og i overensstemmelse med bestemmelserne i Kasse- og regnskabsregulativet. Det er herunder stikprøvevis undersøgt, om fastsatte forretningsgange efterleves.

Der er foretaget stikprøvevis gennemgang af bilag. Det er her blandt andet undersøgt, om:

- Bogføringen er sket på baggrund af faktisk og reelle bilag
- Bilag er godkendt i overensstemmelse med gældende bestemmelser
- Bilag er konteret korrekt i regionens kontoplan
- Bilag er behandlet korrekt momsmæssigt

Konklusion

Der er generelt konstateret hensigtsmæssige forretningsgange omkring bogføringen og bilagsbehandlingen. Der er dog givet kommentarer til enkelte bilag omkring mangler i dokumentation eller fejl i kontering. Den manglende dokumentation har primært kunnet henføres til manglende angivelse af deltagere til givne arrangementer.

Regionens forretningsbeskrivelse "Værd at vide før du bruger Region H.'s penge", der er gældende fra 1. januar 2018. Beskrivelsen har lempet kravene til dokumentation blandt andet omkring repræsentation og rejsebilag.

Vedrørende rejse- og repræsentationsbilag vil det efter vores opfattelse være hensigtsmæssigt, at formål og deltagere fremgår af bilaget - enten som vedhæftet dokumentation eller oplyst i kommentarfelt i bogføringssystem. Vi har drøftet forholdet med administrationen, som er enige heri og har igangsat en proces herom. Det skal anføres, at udgifter betalt af regionen, men som ikke kan dokumenteres at være arbejdsmæssigt betingede, som udgangspunkt er at anse for skattepligtig indkomst for modtageren, og at regionen i yderste konsekvens kan blive pålagt at skulle indestå for skattebetaling heraf.

3.5 REGISTRERING AF MATERIELLE ANLÆGSAKTIVER

Vi har ved revisionsbesøg hos Koncernregnskab foretaget gennemgang af forretningsgangen for registrering af materielle anlægsaktiver.

Der er, i overensstemmelse med gældende regnskabspraksis, generelt konstateret gode forretningsgange omkring registrering af nye anskaffelser i anlægskartotek.

Der er tidligere konstateret manglende registrering af afgang, og dermed forekom registreringer af anlægsaktiver i anlægskartotek og regnskab, som ikke længere er i regionens besiddelse.

Der er nu af koncernregnskab etableret systematiske opfølgning på anlægsaktivernes tilstedeværelse, som gennem en kortere årrække vil sikre et opdateret anlægskartotek.

Konklusion

Det vurderes, at de igangsatte tiltag har sikret korrektion af de væsentligste afvigelser i anlægskartoteket.

Vi vil ved den afsluttende revision for 2018 følge op på gennemførelse af tilstedeværelseskontrollen.

3.6 BUDGETOPFØLGNINGSPROCEDURE

Vi har for de besøgte enheder fået beskrevet forretningsgangen samt foretaget gennemgang af seneste budgetopfølgning på de besøgte enheder. Vi har endvidere fået beskrevet proceduren for udarbejdelse af handleplaner/tiltag ved budgetafvigelser.

Konklusion

Det vurderes, at enhederne har tilrettelagt en betryggende budgetopfølgning samt, at regionens krav på området efterleves.

Der sker i nogen udstrækning anvendelse af regneark til budget eller regnskabsformål. Det er vores generelle anbefaling, når regneark anvendes på centrale områder, at der stilles krav om beskrivelse af formålet med arket, hvilke data der skal indtastes i arket, og hvilke data der bliver genereret ud fra dette. Der bør endvidere være en forretningsgang for ændringsstyring og versioner, som gemmes, så det er muligt at følge historikken af ændrede forudsætninger eller nye tiltag m.m. Dette underbygger efter vores opfattelse øget sikkerhed for korrekt anvendelse af regnearkene og de beregnede data, samt reducerer risikoen for afhængighed af nøglepersoner. Vi har drøftet forholdet med administrationen, som er enige heri og har iværksat en proces herfor. Vi vil følge op på forholdet ved efterfølgende revisionsbesøg.

3.7 DECENTRAL INDBERETNING AF LØN

Løn udbetales af Center for HR. Vi har for de besøgte enheder foretaget en gennemgang af den decentral del af løn-behandlingen, hvor der sker indberetning af vagter, ekstratimer og fravær m.m.

Vi har fået beskrevet forretningsgangene omkring indberetningen og foretaget stikprøvevis gennemgang af indberetninger for udvalgte afdelinger.

Konklusion

Det vurderes, at forretningsgangen omkring decentral lønadministration generelt er hensigtsmæssig.

Det er dog for enkelte enheder anført, at der mangler tilsyn med grundlaget for indberetninger i vagtplanlægningen, samt for andre, at dette tilsyn kan styrkes. Det er henstillet, at regionens bestemmelser for tilsyn efterleves.

3.8 PROJEKTSTYRING

Ved de gennemførte besøg har vi foretaget en opfølgning på styringen og ledelsesmæssigt tilsyn med projekter, herunder særligt budgetopfølgning.

Konklusion

Der er konstateret stor forskel på enhedernes ledelsestilsyn og særligt budgetopfølgning af projekterne. Der er således enheder, som fører et hensigtsmæssigt tilsyn og kontrol, mens andre har fået kommentarer om væsentlige mangler i budgetopfølgning for nogle projekttyper. Forholdet er drøftet med administrationen, der er enige og har iværksat en proces med fokus på forholdet. Vi følger op herpå ved senere revisionsbesøg.

3.9 PATIENTREGISTRERING

Vi har ved besøg på et hospital foretaget en vurdering af regionens registrering af patienter i sundhedsplatformen, herunder registrering, som danner grundlag for afregning fra staten og kommuner.

Den interne kontrol omkring indberetningerne, herunder sikring af afslutning af de enkelte registreringer, samt den løbende orientering og opdatering af ansatte og opdateringer i systemet, er stadig prioriteret, og efter det oplyste, vurderes der fremgang i anvendelsen af systemet og hermed i produktiviteten.

Der er hos både somatiske og psykiatriske hospitaler gennemført intern journalaudit.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at der generelt bliver gennemført et hensigtsmæssigt tilsyn med anvendelsen af koder og afslutning af patienter, samt at der for besøgte enheder er gennemført journalaudit.

3.10 FORRETNINGSGANGE OMKRING LAGERKONTROL

Vi har foretaget gennemgang af forretningsgange omkring lageroptælling og styring på Regionslagret og Apotekets lager. Vi har endvidere deltaget ved den seneste kontroloptælling på Apotekets lager, samt foretaget kontroloptællinger på Regionslagret.

Der er ikke konstateret væsentlige afvigelser ved kontroloptællingerne, og vi har fået oplyst, at der i løbet af året ikke i væsentligt omfang har været konstateret ukurans eller svind.

Konklusion

Det vurderes, at forretningsgangen for varelageroptællinger og gennemførelsen er hensigtsmæssig. Lagerbeholdningerne vurderes i væsentlighed til stede i overensstemmelse med registreringen.

3.11 BEBOERMIDLER/PATIENTMIDLER

Vi har foretaget gennemgang af forretningsgange for administration af beboermidler/patientmidler på de besøgte institutioner og centre under Psykiatrien.

Vi har endvidere efterprøvet forretningsgangene på udvalgte aktuelle poster.

Konklusion

Forretningsgangen omkring opbevaring af patientmidler for institutionerne vurderes generelt hensigtsmæssig.

4 REVISIONSMÆSSIG GENNEMGANG AF IT-SIKKERHEDEN

4.1 REVISION AF REGIONENS INTERNE IT-KONTROLLER

Omfang

Revisionen har omfattet revision af regionens generelle it-kontroller og udvalgte applikationskontroller for de it-systemer, der har betydning for regionens regnskabsføring og regnskabsaflæggelse.

Vi har tilrettelagt revisionen efter et rotationsprincip, således at ikke alle områder revideres i samme omfang hvert år. I 2018 har revisionen omfattet følgende områder:

- Procedurer og kontroller for ændring og vedligeholdelse af regionens Sundhedsplatform.
- Adgangssikkerhed til økonomistyringssystem, Windows AD og Sundhedsplatform og sygesikrings-system, herunder brugeradministration, brugerrettigheder, adgangskontrol og systemadministration.
- Outsourcing af centrale it-systemer, herunder regionens egne kontroller samt indhentelse og vurdering af revisorerklæringer fra it-serviceleverandører.

Revisionen har desuden omfattet elementer af forvaltningsrevision inden for it-organisation, it-politikker og it-risikovurderinger. Endvidere har revisionen omfattet en opfølgning på konstaterede indsats-områder fra sidste år.

Det udførte arbejde

Vi har foretaget forespørgsler hos it-ledelsen, medarbejdere med ansvar og opgaver inden for it samt systembrugere.

Vi har udført revisionshandling i form af inspektioner, observationer og udførelse af kontroller, herunder gennemgang af modtagne dokumenter og materialer, efterprøvelse af interne it-kontroller og dokumentation herfor samt test af de interne it-kontrollers funktionalitet, hvor dette er relevant.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at regionen i det væsentligste har implementeret hensigtsmæssige interne it-kontroller, der medvirker til at opretholde informationernes integritet og sikkerheden af data, som it-systemerne behandler i forhold til regnskabsføringen og regnskabsaflæggelsen. Endvidere er det vores opfattelse, at regionens overordnede styring af it-sikkerheden inden for størstedelen af de gennemgåede områder er tilfredsstillende, idet vi dog har nedenstående bemærkninger.

Generelle it-kontroller understøttende Sundhedsplatformen

I forbindelse med vores gennemgang af regionens drift af Sundhedsplatformen, har vi gennemgået brugeradministration, adgangsrettigheder og ledelsestilsyn. Vores overordnede vurdering af regionens kontroller for brugeradministration og ledelsestilsyn er, at disse kontroller i det væsentligste er tilstrækkelige til at sikre mod uautoriseret og utilsigtet rettighedstildeling. Vi anbefaler dog, at regionen retter fokus mod at formalisere procedurer for den lokale leders periodiske review af brugers tildelte rettigheder, såvel som at præcisere retningslinjer for dokumentation af den lokale leders godkendelse af tildelte rettigheder i forbindelse med brugeroprettelsen. Vi er bekendt med, at regionen er ved at implementere ovenstående anbefalinger.

Vi har foretaget en gennemgang af de firewalls, som afgrænser adgangen til Sundhedsplatformen mod det interne netværk i Region Hovedstaden, det vil sige på infrastrukturen bag den primære Firewall, som afgrænser adgangen til Region Hovedstadens netværk fra omverdenen. Overordnet set er Sundhedsplatformen godt beskyttet mod udefrakommende adgang, og vores gennemgang har alene givet anledning til at anbefale en ekstra gennemgang af regelsættet i forhold til de interne adgange, som er tildelt til platformen.

I forbindelse med vores gennemgang af ændringsstyring for Sundhedsplatformen har vi bemærket, at procedurer og dokumentation ikke i alle henseender er tilstrækkeligt formaliseret. Det er endvidere vores vurdering, at der er risiko for, at ændringer i relation til Sundhedsplatformen ikke er kvalitetssikret i fuldt omfang, og at ændringsprocessen ikke er dokumenteret i alle relevante henseender. Vi er bekendt med, at regionen løbende arbejder med tilvejebringelse af yderligere dokumentation for de implementerede og gennemførte kontroller.

It-sikkerhed

Informationssikkerhed er i regionen højt på agendaen. Trusselsniveauet er generelt meget højt i Danmark, og regionen behandler store mængder personfølsomme oplysninger om borgernes helbred, som er attraktive data for hackere. I forbindelse med vores gennemgang af regionens it-sikkerhed har vi fulgt op på indsatsområder identificeret som led i 2017 revisionen. Opfølgningen har givet anledning til at anbefale, at regionen implementerer kontroller, som sikrer et overblik over udviklingen af ukendte it-enheder på regionens netværk såvel som et overblik over udviklingen i kritiske sårbarheder på regionens netværk. Overblikket bør danne grundlag for løbende ledelsestilsyn med området samt vurdering af behovet for eventuel tilførsel af ressourcer til arbejdet med it-sikkerhed i regionen.

Ud over ovennævnte forhold har vi overfor administrationen påpeget nogle konkrete områder, hvor vi anser kontrollen for mangelfuld, eller mangelfuldt beskrevet/dokumenteret, som vi vil følge op på i 2019 i samarbejde med ledelsen.

Endnu ikke afsluttede områder ved afgivelse af nærværende revisionsberetning

Vi har på nuværende tidspunkt ikke afsluttet revisionen af ledelsens it-relaterede kontroller. Herunder, IT-organisation, IT-Politikker, IT-Risikovurdering og IT-Beredskabsplaner samt opfølgning på indsatsområder fra IT-Revision 2017 omkring udvalgte områder indenfor EU Persondataforordningen (GDPR).

Vi baserer revisionen på eksterne revisorerklæringer med høj grad af sikkerhed for de dele af it-systemerne, som ATOS A/S og Silkeborg Data A/S er ansvarlige for i henhold til aftale med regionen. De eksterne revisorerklæringer for 2018 er endnu ikke modtaget.

5 LØN- OG PERSONALEOMRÅDET

5.1 FORRETNINGSGANGE OG SAGSREVISION

Vi har foretaget stikprøvevis lønrevision for perioden januar til oktober 2018. Lønrevisionen har til formål at sikre, at procedurerne omkring indberetning og udbetaling af løn fungerer betryggende.

Vores lønrevision tager afsæt i en vurdering af de arbejdsgange og interne kontroller, som har væsentlig betydning for løndannelsen både centralt og decentralt. På baggrund af denne vurdering har vi udvalgt lønsager til test af forretningsgangene.

I lønsagerne har vi bl.a. påset,

- at der foreligger underskrevet ansættelsesbrev
- at lønindplaceringen, jf. ansættelsesbrevet, er i overensstemmelse med gældende overenskomst
- at der er overensstemmelse mellem ansættelsesbrevet og den udbetalte løn
- at der for udbetaling af særydelser foreligger dokumentation for den udbetalte ydelse
- at den udbetalte særydelse er udbetalt med korrekt beløbssats

Ved decentrale besøg har vi gennemgået forretningsgange for decentral indberetning samt foretaget efterprøvelse af disse.

Konklusion

Det er vores opfattelse, at regionens etablerede forretningsgange vedrørende lønadministrationen er betryggende.

Det er dog konstateret, at der på enkelte områder ikke i fuldt omfang sker gennemførsel af vedtagne interne kontroller, herunder at der ikke er et ledelsestilsyn, som sikrer dette.

Vi har ikke fundet væsentlige fejl eller mangler i de af os foretagne stikprøver. Der er dog konstateret mindre beløbsmæssige fejl, specielt omkring kørselsgodtgørelse.

Det skal anbefales, at der sikres overholdelse af vedtaget kontrolniveau.

5.2 VEDERLAG MV. TIL POLITIKERE

Vi har foretaget stikprøvevis gennemgang af udbetalte vederlag, diæter og godtgørelser til regionrådsformand, udvalgsformænd og regionsrådsmedlemmer for perioden januar til oktober 2018.

Konklusion

Gennemgangen af udbetalt vederlag m.v. har vist, at udbetalingerne er foretaget i henhold til gældende regler og regionens bestemmelser i øvrigt.

5.2.1 Gennemgang af udbetalt vederlag i 2017 og opstart af 2018

Efter anmodning fra Revisionsudvalget har vi foretaget revision af udbetalt vederlag til samtlige medlemmer af Regionsrådet for 2017.

Vi har yderligere foretaget kontrol af, at vederlæggelsen til fratrædende medlemmer ultimo 2017 er stoppet. Endeligt har vi foretaget gennemgang af indplaceringen af nye regionsrådsmedlemmer, som er tiltrådt primo 2018, i forhold til vederlagssatser for fast vederlag og udvalgsvederlag. Der er blandt andet påset, at satser for børnetillæg og beskatning af fri telefon er korrekt, men vi har ved gennemgangen ikke kontrolleret disse forhold til underliggende dokumentation.

Gennemgangen har endvidere omfattet en stikprøve i udbetaling af variable ydelser i 2017, f.eks. fraværsgodtgørelse, befordringsgodtgørelse, udlæg m.v.

Konklusion

Forretningsgangen for 100 % kontrol af udbetaling til politikere er ikke efterlevet fuldt ud vedrørende faste vederlag. Det anbefales, at forretningsgangen efterleves, eller at der sker en revurdering af behovet i forhold til fastlæggelse af frekvens til kontrol af faste vederlag.

Faste vederlag

Ved gennemgangen for 2017 er der alene konstateret en enkelt uoverensstemmelse, som er påset rettet efterfølgende.

Variable ydelser

Det bør sikres, at der til regionsrådsmedlemmer sker godtgørelse for kørsel i egen bil, i overensstemmelse med de af ministeriet fastsatte principper i vejledning nr. 9619 af 2. august 2018. Denne vurderes ikke fuldt efterlevet.

Ved udbetaling af mødediæter anbefales det, at dokumentation for deltagelse i møder vedhæftet som bilag i Improvento, medmindre mødet kan findes på regionens hjemmeside under mødereferater.

5.3 ØVRIGE FORHOLD

I forbindelse med vores revision af andre områder og projekter er det konstateret, at der er sket udbetaling af fratrædelsesgodtgørelse til en ansat.

Den ansatte, som var åremålsansat, har fået udbetalt en fratrædelsesgodtgørelse på 1,4 mio. kr., svarende til 12 måneders løn. Rammeaftalen for chefer med kontraktansættelse giver adgang til dette, såfremt der ikke er tale om misligholdelse. Vi har derfor indhentet regionens grundlag for og beslutning om, hvorfor der ikke er tale om misligholdelse.

Regionens advokat har vurderet, at der ikke var tale om grov misligholdelse fra den ansattes side, bl.a. fordi der ikke var bevis for, at den ansatte havde haft personlig vinding ved sagen.

Regionsrådet besluttede derfor ikke at bortvise den ansatte, hvorfor han blev fristillet med fratrædelsesgodtgørelse.

Vi har taget advokatens vurdering af sagen til efterretning.

6 KVALITETSFONDSBYGGERIER

Vi har foretaget særskilt revision af de af regionen udarbejdede kvartalsrapporter for kvalitetsfundsbyggerierne. Her fremhæves konstaterede forhold for seneste reviderede periode, som omfatter 3. kvartal 2018.

Kvalitetsfondsfinansierede anlægsprojekt "Nyt Hospital Bispebjerg"

Regnskabet udviser samlet udgifter for 644,8 mio. kr. i løbende priser.

I kvartalsrapporten er beskrevet forskellige forhold, hvoraf vi i vores erklæring har fundet grundlag for at fremhæve følgende.

- Afsnit 5.1, vedrørende Projektets risici pr. 30. september 2017, hvor der beskrives en række økonomiske risici.
- Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på Kvartalsrapporten for Kvalitetsfundsbyggeri "Nyt Hospital Bispebjerg", afsnit 5.1, hvor der fremgår følgende vedr. manglende myndighedsbehandling: "Jf. referat af møde i projektstyregruppen (dateret d. 25/9-18) fremgår det, at CEJ ikke forventer, at byggetilladelsen til Akuthuset modtages fra København Kommune, inden udbuddet udsendes.
- Samtidig noteres i 3. kvartalsrapporten, at der fra Københavns Kommune er modtaget meddelelse om, at der først sker myndighedsbehandling af projektet primo 2019. På den baggrund er det besluttet at udsende udbudsmaterialet ultimo 2018, uden et godkendt myndighedsprojekt.

DTØ anbefaler, at projektet overvejer, hvorvidt alle økonomiske risici, ift. at igangsætte udbuddet uden en kommunal byggetilladelse, er tilstrækkelig vurderet og kapitaliseret i eget risikobillede. Herunder, hvorvidt evt. øgede risici alene relateret til totalrådgiver, alligevel kan risikere at få en negativ afsmittende effekt på projektet som helhed. Desuden bør vurderes, hvorledes forholdet kan risikere at påvirke bydende totalentreprenørers prissætning."

Kvalitetsfondsfinansierede anlægsprojekt "Det Nye Rigshospital"

Regnskabet udviser samlede udgifter på 1.706 mio. kr. i løbende priser.

I kvartalsrapporten er i øvrigt beskrevet forskellige forhold, hvoraf vi i vores erklæring har fundet grundlag for at fremhæve følgende:

- Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på Kvartalsrapporten for Kvalitetsfundsbyggeri "Det Nye Rigshospital", afsnit 4.1, Status for Det Nye Rigshospital pr. 3. kvartal 2018, hvoraf følgende fremgår: "Sundheds- og Ældreministeriet har 29. august 2016 skriftligt meddelt Region Hovedstaden, at ministeriet med virkning fra 1. oktober 2016 har valgt at påbegynde et skærpet administrativt tilsyn af projektet. Ministeriet begrunder det skærpede tilsyn med, at ministeriet vurderer, at der er større potentiel risiko for, at projektet ikke kan

realiseres indenfor den bevilgede ramme. Ministeriets vurdering sker på baggrund af projektets rapportering om netop den risiko. Administrationen er enig i denne vurdering."

- Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på Kvartalsrapporten for Kvalitetsfundsbyggeri "Det Nye Rigshospital", afsnit 4.1, Status for Det Nye Rigshospital pr. 3. kv. 2018, hvoraf det fremgår: "de aktuelle forsinkelser og udfordringer ift. fremdriften betyder, at den samlede risiko for totalrammeoverskridelse er forværret yderligere i forhold til sidste kvartalsrapportering. Det medfører, at der nu er en forøget risiko for, at regionen for egne midler skal supplere med et betydeligt beløb. Der er afsat midler i investeringsbudgettet for 2019 til at supplere det reservede beløb til projektet."
- Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på Kvartalsrapporten for Kvalitetsfundsbyggeri "Det Nye Rigshospital", afsnit 4.1, Status for Det Nye Rigshospital pr. 3. kv. 2018, hvoraf følgende fremgår: "Byggeledelsen vurderer, at de aktuelle forsinkelser og øvrige risici for fremdriften nu kan give en samlet risiko for aflevering op til 3 måneder efter aftalen d. 21. december 2018, hvilket er en yderligere forsinkelse med 4 uger i forhold til sidste kvartalsrapportering. Derudover er der et afklarings- og koordineringsarbejde i gang i forhold til begrænsninger og konsekvenser af de afsluttende indreguleringsarbejder, frem til aktuelt den 1. juli 2018 for planlagte aktiviteter i masterplanperioden, som løber fra 1. marts 2018 – 6. oktober 2019. Såfremt udfordringerne ift. fremdrift for byggearbejderne og de efterfølgende konsekvenser for indregulering mm. ikke løses, er der risiko for yderligere forsinkelser af projektafslutning og således også risiko for forsinkelse af ibrugtagning af Nordfløjen. Dette er drøftet på sidste risikoworkshop for Nordfløjen."
- Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på Kvartalsrapporten for Kvalitetsfundsbyggeri "Det Nye Rigshospital", afsnit 5.1.1, Risikorapport – kvartalsrapportering for 3. kvartal 2018 for Det Nye Rigshospital, hvoraf følgende gengivelse af Det Tredje Øjes vurdering fremgår: "Ved udgangen af 3. kvartal 2018 vurderes der fortsat at være en samlet sandsynlig overskridelse af totalrammen for kvalitetsfundsprojektet, udover den allerede aftalte mellemfinansiering via IMT-budgettet. Den samlede sandsynlige overskridelse er væsentligt forøget i forhold til 2. kvartal 2018, idet der igen kan konstateres yderligere forsinkelser på byggearbejderne med heraf afledte yderligere forsinkelsesomkostninger, samt øgede udgifter til ekstraarbejder. Projektets ledelse har en styrket og fokuseret indsats på en lang række områder. Dette har ikke indtil videre fået entreprenørerne til at mande op eller iværksætte andre tiltag til at indhente forsinkelsen. DTØ forudser derfor, at der helt frem til afslutning af masterplanperioden kan blive realiseret yderligere meromkostninger, som kan medføre behov for yderligere regional medfinansiering. Regionen vil i forbindelse med aflæggelse af endeligt byggegenskab for kvalitetsfundsprojektet være nødsaget til at finansiere overskridelsen med regionale midler. Risikoen håndteres af Center for Økonomi. Der er fortsat et stort spænd mellem best og worst case i kapitaliseringen af risikoen for overskridelsen af totalrammen, hvorfor risikovurderingen, og det heraf afledte regionale budgetpres, fortsat er behæftet med en væsentlig usikkerhed."

Kvalitetsfondsfinansierede anlægsprojekt "Nyt Hospital Hvidovre"

Regnskabet udviser samlede udgifter på 693,6 mio. kr. i løbende priser.

I kvartalsrapporten er i øvrigt beskrevet forskellige forhold, hvoraf vi i vores erklæring har fundet grundlag for at fremhæve følgende:

- Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på afsnit 5.1 i kvartalsrapport for Kvalitetsfundsbyggeriet "Nyt Hospital Hvidovre" vedrørende projektets risici pr. 30. september 2018, hvor der beskrives en række økonomiske risici.
- Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på afsnit 5.1 i Kvartalsrapporten, hvor der fremgår følgende, "DTØ erfarer, at sluttidspunkt for aktivering af emner under nybyggeriet primært ligger i 1. kvartal 2019, hvor der fortsat ikke kan gives en endelig prognose på reservetrækket i nybyggeriet. Dertil er der med udgangen af 3. kvartal 2018 forholdsvis få change request emner i projektet. Dette kan i yderste konsekvens reducere mulige change request til reduktion af budgettet til it/medico svarende til pl-indeksering fra 2009-2014, som for nuværende er opgjort til 13 mio. kr. (18-pl) samt change request vedrørende slutrengøring, som reelt blot er at flytte anlægsudgifter til drift. Dette udgør efter DTØ's opfattelse en mang-

lende handlefrihed i projektets slutfase." Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på afsnit 4.1 om tidsplan, hvor det fremgår, at "Siden indsendelse af udbetalingsanmodningen er tidsplanen for afslutningen af det samlede projekt forlænget med ni måneder. Forlængelsen vedrører tre måneder til ibrugtagning af de sidste Rokade-plans- og Sengestueombygninger, der fejlagtigt ikke har været indarbejdet i den styrende tidsplan for det samlede projekt. Hertil kommer forlængelsen på seks måneder som følge af HBSG-beslutningen på baggrund af tredjepartsgranskningen."

- Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på kvartalsrapporten afsnit 1, hvor det fremgår: "På HBSG-mødet i maj 2018 blev det besluttet at flytte projektøkonomien fra hospitalets omkostningssted til Center for Ejendommens omkostningssted i en til formålet nyoprettet projektnummerstruktur, samt implementere økonomistyringssystemet PPM. Arbejdet med at implementere PPM kræver et omfattende samarbejde i Region Hovedstadens administration.

Derudover pågår et tilhørende parallelt implementeringsspor med den eksterne PPM-systemleverandør Captyst, med support af Bygherrerådgiver Cowi. Til dette implementeringsprojekt er udarbejdet en styrende proces og aktivitetsplan. Status er, at Captyst har fået indrettet deres PPM-system i henhold til Center for Ejendommens ønsker. Aktuelt mangler den nødvendige og relativt omfattende datakonvertering i Region Hovedstaden."

Kvalitetsfondsfinansierede anlægsprojekt "Ny Retspsykiatri Sct. Hans"

Regnskabet udviser samlede udgifter på 109,8 mio. kr. i løbende priser.

Vores revision har ikke givet anledning til fremhævelse af forhold.

Kvalitetsfondsfinansierede anlægsprojekt "Nyt Hospital Nordsjælland"

Regnskabet udviser samlede udgifter på 470,0 mio. kr. i løbende priser.

I kvartalsrapporten er i øvrigt beskrevet forskellige forhold, hvoraf vi i vores erklæring har fundet grundlag for at fremhæve følgende:

- Uden at tage forbehold, skal vi endvidere henlede opmærksomheden på Kvartalsrapporten for Kvalitets-fondsbyggeri "Nyt Hospital Nordsjælland", afsnit 5.1.1, hvor der fremgår følgende: *"Region Hovedstaden har foretaget en samlet vurdering af projektets risikoprofil. Vurderingen omfatter risici for at projektet ikke realiseres inden for den fastlagte ramme, med den forventede kvalitet til den aftalte tid. Vurderingen skal ses i sammenhæng med det tredje øjes erklæring om projektets risikoprofil."*
- Derudover skal vi henlede opmærksomheden på Det Tredje Øjes vurdering: *"Overordnet er det DTØ's vurdering, at projektorganisationens risikorapportering i al væsentlighed giver et dækkende billede af projektets risikoprofil på rapporteringstidspunktet. Uanset det aktuelle reserverniveau, et udvidet CR-katalog og mulige supplerende projektoptimeringer, vil der fortsat være behov for yderligere risikomitigeringer med henblik på at sikre, at reserverniveauet fremadrettet er tilstrækkeligt til at dække de identificerede risici."*
- Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på Kvartalsrapporten for Kvalitets-fondsbyggeri "Nyt Hospital Nordsjælland", afsnit 5.1.1, "Identificerede risici" vedrørende projektets risici pr. 30. september 2018, hvor der beskrives en række væsentlige risici

Kvalitetsfondsfinansierede anlægsprojekt "Nyt Hospital Herlev"

Regnskabet udviser samlet udgifter for 1.882,6 mio. kr. i løbende priser.

I kvartalsrapporten er i øvrigt beskrevet forskellige forhold, hvoraf vi i vores erklæring har fundet grundlag for at fremhæve følgende:

- Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på Kvartalsrapport for Kvalitets-fondsbyggeri "Nyt Hospital Herlev", afsnit 4, vedrørende overblik, hvor der beskrives overblik-

ket over delprojekterne, hvoraf det fremgår, at "Grundet en række udfordringer i udførelsesfasen, er det besluttet at udskyde afleveringen fra entreprenører fra maj 2019 til december 2019. Det betyder, at ibrugtagning forventes at ske i september 2020.

- Uden at tage forbehold, skal vi henlede opmærksomheden på Kvartalsrapport for Kvalitetsfundsbyggeri "Nyt Hospital Herlev", afsnit 4.1, Status for Nyt Hospital Herlev pr. 3. kvartal 2018, vedrørende delprojekt A, hvoraf det fremgår, at "*Økonomiske konsekvenser som følge af justeringer i tidsplanen er modtaget vedr. apterings, gulve/murer- og malerarbejder. Der igangsættes forhandlinger med alle entreprenørerne om tidskrav. Bygherre vil have en række modkrav for udførelsesfejl, som har forsinket projektet. Ud over de nævnte udførelsesfejl, konstateres der løbende fejl og mangler i projektet, hvilket afleder ekstrakrav. UFO-rammen er således under pres. Konsortiet og entreprenører har forsikringsanmeldt nogle af projekt- og udførelsesfejlene. Desuden er flere vandskader meldt til forsikringen. Der er endnu ikke modtaget afgørelse fra forsikringen på de anmeldte sager. Gulv-murer entreprenøren har indledt voldgiftssag, som forventes afklaret i løbet af 2019.*"

Roskilde, den 25. februar 2019

BDO Statsautoriseret revisionsaktieselskab



Per Lund
Statsautoriseret revisor



Lasse Jensen
Statsautoriseret revisor