

Nytt Pensjonskassedirektiv - Risikostyringsfunksjonen

Adm.direktør: Mariann S. Bendriss



nær - nøktern - nyttig

Agenda

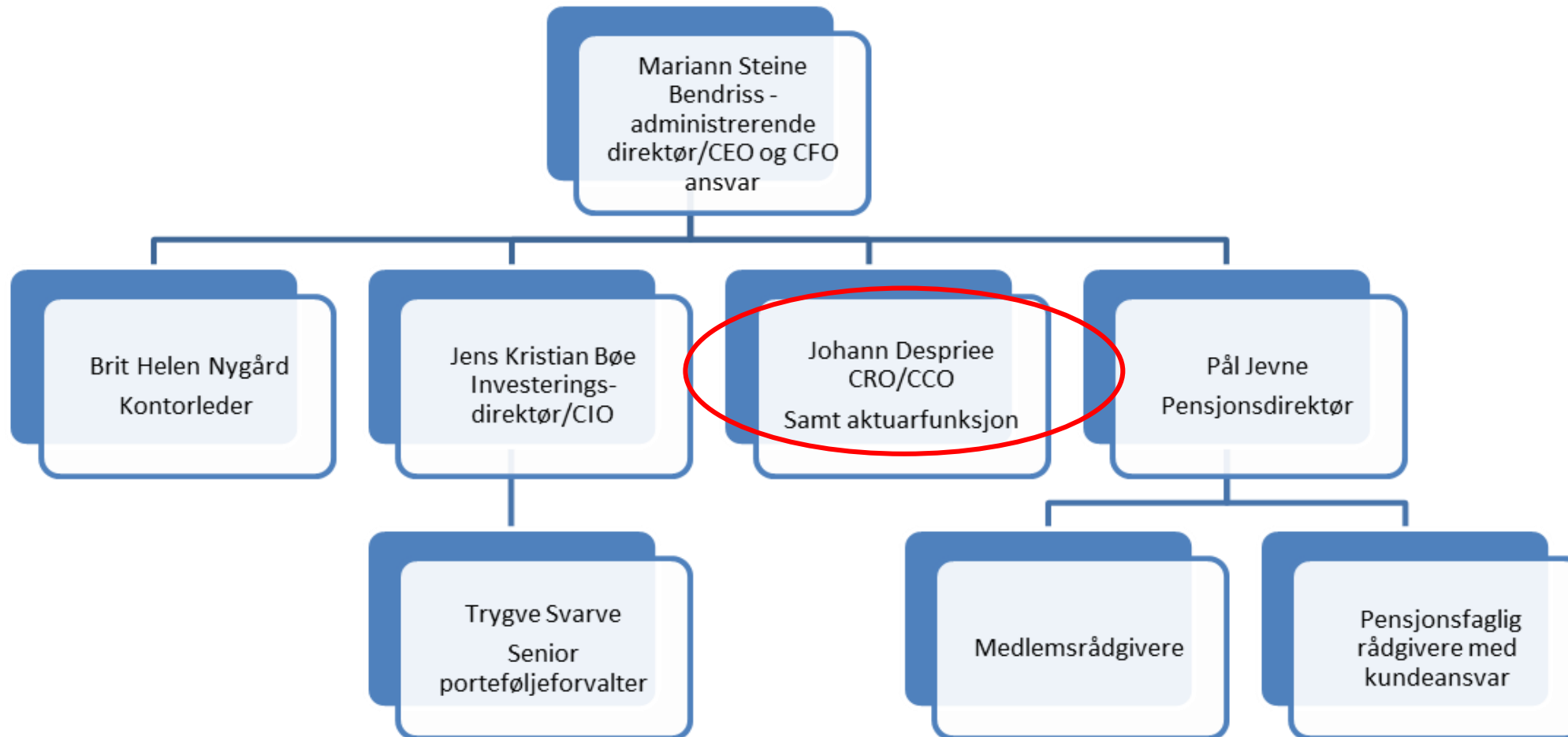
PKHs risikostyringsfunksjonen - forsøkt tilpasset direktivet

- **PKHs organisering**
 - Administrasjonen
 - Kjerneprosesser – og støtteprosesser
 - Styringsdokumenter
 - Styringsprosesser
- **Risikostyringsfunksjonen/Kontrollopplegget i PKH**
 - Retningslinje for risiko- og compliance funksjonen
 - Årlige risikovurderinger/kartlegging av kjerneprosesser samt IKT og POL
 - Årlig orientering til styret om **planlagt** kontrollopplegg i PKH
 - Periodisk risk- og compliance testing (plukket fra kontrollkalender)
 - Kvartalsvis risikorapportering til styret
 - Årlig risikorapportering til styret (ikke helt OR(S)A nivå..)
 - Styrets arbeid og risikostyring i PKH (2018)
 - Hendelsesregister

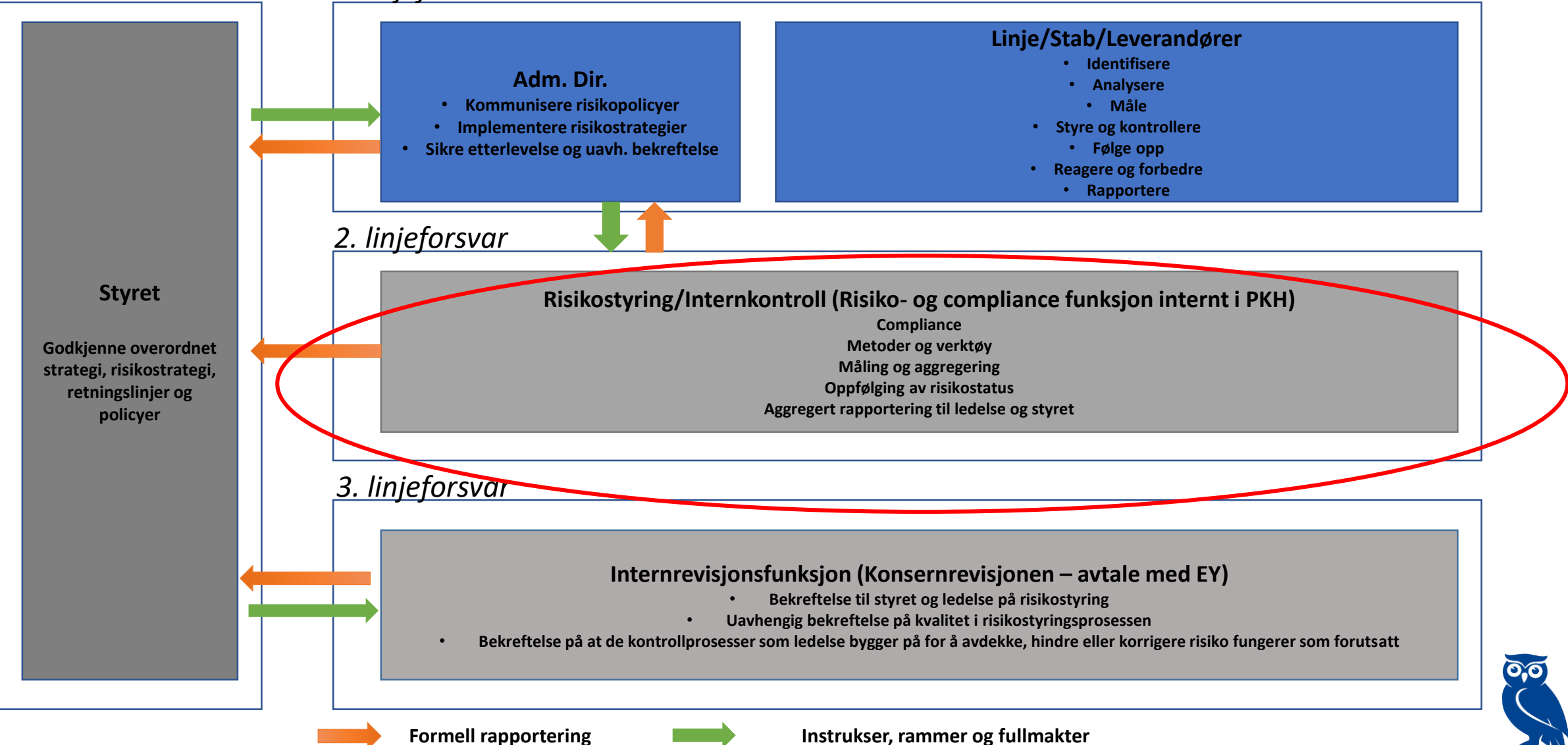
nær nyttig
nær nyttig
nøktern



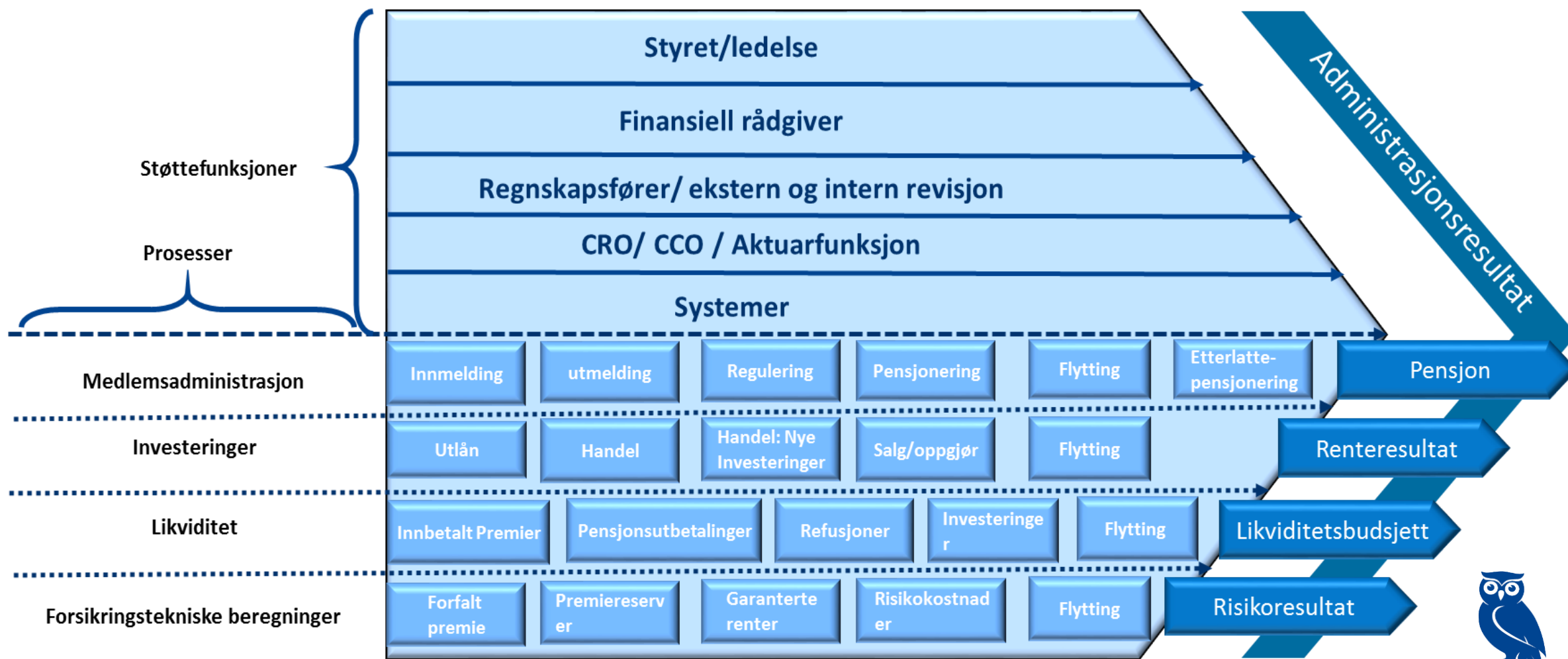
PKHs organisering - administrasjon



PKHs organisering - administrasjon



Kjerneprosesser- og støtteprosesser



Styringsdokumenter

Formål:	Dokumenttype:	Fastsettes av:
Nivå 1: Strategiplan, corporate governance, etisk rammeverk osv.	Overordnede mål og strategier: - Overordnet strategi med mål for bufferkapital - Budsjett - Styringsmodell (eget dokument) - Fullmaktsmatrise - Etiske retningslinjer	Styret (årlig revisjon)
Nivå 2: Overordnede holdninger til risikotoleranse og risikovilje samt prinsipper for styring og rapportering.	Overordnet risikostyring: - Risikostrategi - Retningslinje for funksjon: - Intern revisjon - Aktuar - Risikostyring og internkontroll (styret blir orientert om årlig kontrollkalender)	Styret (årlig revisjon)
Nivå 3: Detaljerte dokumenter som i større grad skal veilede enn overordnede dokumenter. De skal sikre felles forståelse for hva som gjøres, hvem som er ansvarlig og hvordan det skal gjøres.	Policydokumenter: - Kapitalforvaltning (inkl likviditetsstyring) - Eiendomsinvesteringer - Forsikringsrisiko - Utlån - Operasjonell risiko - Kommunikasjon (inkl beredskapsplan) - Godtgjørelse - Utkontraktering - Personopplysninger - IKT - Egnethet	Styret (årlig revisjon)
Nivå 4: Risikovurderinger med handlingsplaner på kjerneprosesser samt overordnet nivå som skal sikre at gjenværende risiko er i tråd med styrets risikoappetitt.	Risikovurderinger: - Overordnet strategi - Pensjons - og premieberegningsprosessen inkl forsikringstekniske avsetninger og premie - Kapitalforvaltning - Utlån - Personopplysningsloven - IKT forskriften	Ledergruppe
Nivå 5: Beskriver vesentlige prosesser, inkludert roller og ansvar samt hvordan det er etablert god intern kontroll i hver prosess.	Prosessnivå: - Prosesskart og rutiner - Instrukser - Tiltak basert på handlingsplaner (ligger i dokumentasjon av risikovurderinger)	Ledergruppe



Styringsdokumentenes oppgave

- Sikre tydelige roller, ansvar og fremgangsmåter for hvordan pensjonskassen styres og kontrolleres. Dokumentene bidrar til forutsigbarhet, effektivitet, kvalitet og compliance i pensjonskassens aktiviteter
 - Strukturert rammeverk for hvordan virksomheten styres og kontrolleres
- Styret fastsetter overordnede føringer som regulerer prinsipper, roller og kontrollregime. Styrets kontroll av at PKH drives i tråd med dette skjer gjennom en detaljert avrapportering fra ledelsen og CRO (risikostyringsfunksjonen), eksterne partnere og resultat av kontroller i PKH (årlig kontrollkalender)
- CRO/CCO koordinerer utvikling, vedlikehold, depot og tilgjengeliggjøring av styringsdokumenter i PKH – samt følger opp og rapporterer ivaretagelse (risikorapporter)
- Det er et lederansvar å sikre tilstrekkelige og hensiktsmessige styringsdokumenter innen eget ansvarsområde, mens CRO/CCO bistår med kvalitetssikring og generell veiledning på basis av eksternt regelverk



Styringsprosesser/styringsverktøy

Styringsaktivitet	Prosess/verktøy
Årsplanlegging	• Rullerende langtidsstrategi (4 år) • Årlig handlingsplan/aktivitetsplan • Budsjett • Styrets årsplan (styremøter, seminarer, evaluering) • Risikokartlegging, Årsplan/kontrollkalender risk- og compliance • Internrevisors årsplan
Kvartalsvis oppfølging	• Administrerende direktørs orientering (månedlig) • Kapitalforvaltningsrapport – utvidet med honorarer osv - Mercer • Aktuarrapport • Regnskapsrapport • Risikorapport (utvidede analyser av stresstest og utvikling over tid) • Utlånsrapport (halvårlig) • KPI rapport Storebrand Pensjonstjenester • KPI rapport pensjons- og forsikringsområdet (internt i PKH)
Månedlig oppfølging	• Kapitalforvaltningsrapport inkl SKD
Årlig oppsummering	• Årsrapport • Risiko- og internkontroll fra adm.direktør (ORSA) • Forvalterevaluering og porteføljesammensetning på vekst, verdi osv • Statusrapport handlingsplan/aktivitetsplan • Internrevisors årsrapport • Kundetilfredshetsundersøkelse pensjons- og forsikringsområdet • Omdømmeanalyse
Løpende oppfølging	Gjennom etablerte lederroller, møtefora og rapporteringsregime. Dokumentasjon nedfelt i styringsdokumenter nivå 5.



Riskstyringsfunksjonen/kontrollopplegget i PKH

Retningslinje for risk- og compliance funksjonen:

- 1 Formål**
- 2 Virkeområde**
- 3 Pensjonskassens struktur for internkontroll**
- 4 Rolle og ansvar for risikostyring og internkontroll**
 - 4.1 Organisatorisk plassering**
 - 4.2 Beskrivelse av arbeidsoppgaver**
 - 4.3 Uavhengighet**
 - 4.4 Kompetanse og ressurser**
- 5 Årshjul og kontrollkalender for risk- og compliancearbeidet**
 - 5.1 Årlig plan for risikostyring og internkontroll**
 - 5.2 Kontrollbeskrivelser – dokumentasjon av gjennomførte aktiviteter**
- 6 Styre – og ledelsesrapportering**
 - 6.1 Rapportering av løpende kontrollaktiviteter**
 - 6.2 Kvartalsvis risiko rapportering**
- 7 Godkjenning av retningslinje for risikostyring og internkontroll**



Årlige risikovurdering av kjerneprosesser og IKT/POL

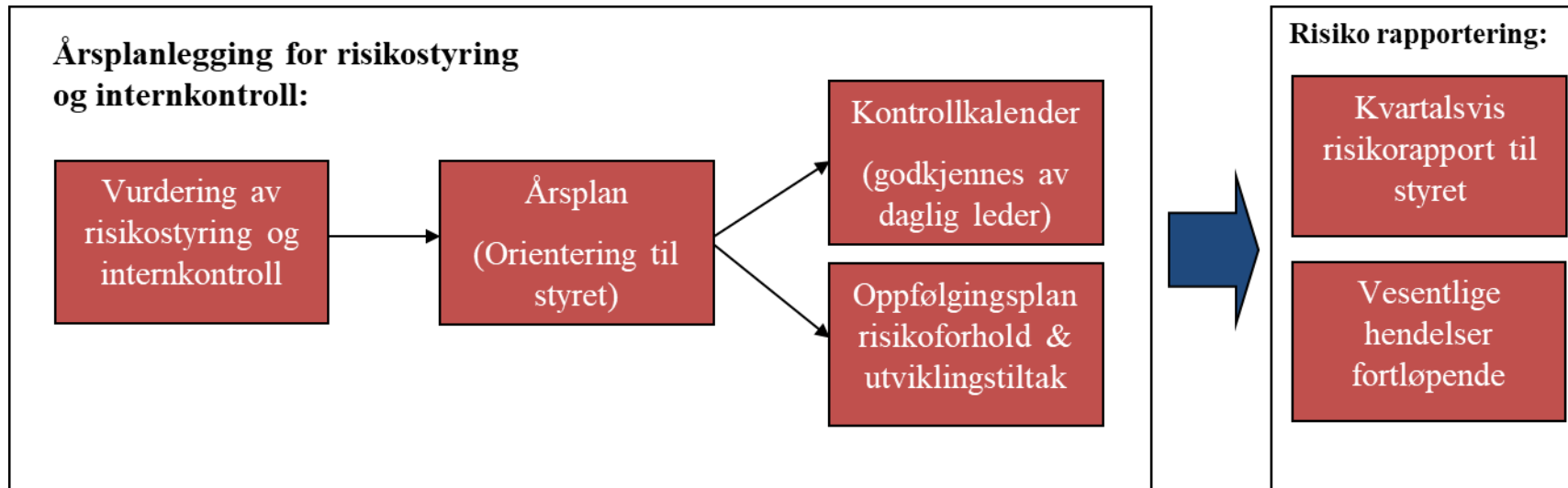
Innhold i dette dokumentet:

1. Formål
2. Sammendrag av kap 4 til 7 - hvor **kap 6 og 7 ferdigstilles i oktober 2017**
3. Overordnede oppgaver/målsetninger som håndteres av området 2017
4. Vurdering av områdets styring og kontroll ved inngangen til 2017
5. Vurdering av vesentlige risikoer, kontroll og tiltaksbehov ved inngangen til 2017
 - 5.1 Risikosammendrag
 - 5.2 Detaljert risikovurdering
6. **Vurdering av internkontrollen og risikohåndteringen gjennom 2017 (oktober 2017 til CEO)**
7. **Sammendrag av tiltaksbehov ved årsslutt 2017 (oktober 2017 til CEO)**

#	Målsetning/Risikobeskrivelse	IS ¹⁾	IK ²⁾	Iboende risikonivå ³⁾	Eksisterende risikohåndtering/ internkontroll (beskrivelse)	GS ¹⁾	GK ²⁾	Gjen-værende risikonivå ³⁾	Kommentar/tiltak (evt justeringer gjennom året)
1	Manglende overholdelse av rammer definert i policy	H	H	H	SLA avtale med hver enkelt forvalter med mandater i tråd med rammene. Uavhengig overvåking fra ekstern rådgiver med månedlig og kvartalsvis rapportering til styret, herunder rammeovervåking.	L	M	UBETYDELIG	
2	Ufullstendig og unøyaktig rapportering av porteføljestatus fra rådgiver	M	H	H	Kvartalsvis avstemming av portefølje mellom regnskapsfører og rådgiver (uavhengig parter – dualitet i data). CFO i PKH tar halvårlig test av avstemming for å påse at eventuelle avvik er rettet opp og evt iverksettelse av tiltak ved behov. Tilsvarende kontroll med stresstesting mht rapportering til styret– innrapporterte forvalterdata – bokføring gevinst/tap osv. Se kontrollkalender 2017.	L	M	UBETYDELIG	



Årlig orientering til styret om planlagt kontrollopplegg i PKH



- Styret skal årlig orienteres av CEO om planlagt kontrollarbeid (årsplan) for kommende år. Dette danner grunnlaget for fokusområdene pensjonskassen har i forlengelse av risikovurderinger som er gjort med tilhørende nøkkelkontroller som skal testes.
- Forslag til årsplan utarbeides av CRO/CCO på basis av vurdering av risiko og internkontroll i pensjonskassen. Årsplanen operasjonaliseres deretter videre gjennom en kontrollkalender som godkjennes av CEO.



Periodisk risk- og compliance testing (plukket fra kontrollkalender)

#	Aktivitet/Prosesser	Tidspunkt
1.	Pensjonsberegningsprosessen: • Påse at avvik fra stikkprøver på pensjonsvedtak utført av 2-linjen til Storebrand blir fulgt opp av PKH • Overvåke at PKH følger opp at det ikke foreligger gamle saker som ikke blir behandlet i kundeportalen til Storebrand • Påse at PKH overvåker at etablerte kontroller for kvalitet i medlemsdata blir ivare tatt hos Storebrand • Påse at PKH har møte med aktuar før kvartalsvis premiefakturering med dokumenterte kontroller for å ivareta fullstendighet og nøyaktighet i faktureringen • Aktuarrapport: aktuar utarbeider kvartalsvis en helhetlig rimelighetsvurdering/analyse av alle bevegelser/endringer i bestand. Arbeidet inneholder omfattende dialog med SBP, PKH og evt SP, der evt avvik fanges opp og korrigeres/meldes tilbake til SBP for oppfølging. Aktuarrapport skal gjennomgås og rimelighetsvurderes av CRO/CCO før rapportering til styret. • Innhente årlig ISAE 3402 bekreftelse (januar året etter) fra Storebrand på pensjonsberegningsprosessen • Innhente årlig internkontrollbekreftelse fra Storebrand Pensjonstjenester og Lillevold&Partners (Q3) på at de overholder forskrift for risikostyring og interkontroll samt POL og IKT forskriften.	Q1/Q2/Q3

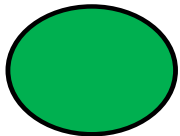


Periodisk risk- og compliance testing (plukket fra kontrollkalender)

1.	Kapitalforvaltning og likviditet: • Avstemme kapitaldekningrapportering til FT utført av Mercer/Arctic Funds Management (AFM) mot regnskapsførte tall i regnskapssystem – rapporterte tall inn i porteføljesystemet – og innrapporterte tall fra aktuar på livforsikringsrisiko samt beste estimat risikomargin • Ta stikkprøver av registrerte tall i porteføljestyringssystemet mot mottatte forvalterrapporter • Påse at det er gjort tilstrekkelig vurderinger av nye investeringer • Påse at regnskapsfører avstemmer regnskapsførte tall på avkastning og verdier i investeringsporteføljen mot registrert portefølje i porteføljestyringssystemet hos Mercer/AFM (dualitetsprinsippet) • Ta stikkprøver av bokførte tap/gevinster ifm realisasjon av verdipapirer eller mottatte innbetalinger mot sluttsedler og rapporter fra forvaltere/megler. Påse korrekt bokføring • Påse at det er gjennomført kvartalsvis måling av likviditet mot «policy for kapitalforvaltning inkl likviditet» • Innhente årlig internkontrollbekreftelse (Q3) fra underleverandører på ivaretagelse av forskrift for risikostyring og internkontroll samt IKT forskriften • Årlig analyse (Q4) på risiko og kvalitet i porteføljen (fondsnivå)	Q1/Q2/Q3
----	--	----------



Periodisk risk- og compliance testing (malverk for dokumentasjon av testing)

Risk og compliance rapport – Tema	
Prosess:	
Oppsummering av hovedinntrykk:	
	Her skal det ligge en oppsummering med konklusjon
Kontrollen omfatter følgende - vurderingskriterier:	
Her skal det ligge en beskrivelse av hva kontrollen skal omfatte – hvilke kontroller	
Det skal beskrives hvilke kriterier som ligger til grunn for at det foreligger avvik	
Utvalgsmetode:	
Hvordan skal kontrollen testes – metode benyttet for å beslutte omfanget som testes – fra hvilke kilder hentes dokumentasjon osv	
Følgende områder i rapporteringen er kontrollert:	
Her skal det ligge en beskrivelse av hvordan man har gjennomført kontrollene – og hva som er kontrollert.	
Følgende avvik er notert i gjennomgangen;	
Alle avvik skal beskrives. Husk etablerte vurderingskriterier	
Forbedringsområder;	
Viktig å være tydelig på løsninger. Dette skal legges frem for ansvarlig på området.	

Oslo; dd.mm.år

Utført av xxx for å ivareta uavhengighet i kontrollen (signatur)

Godkjent av CRO/CCO eller adm.dir hvis kontroll utført av CRO/CCO (signatur)



Kvartalsvis risikorapportering til styret

Innhold

Oppsummering på samlet risiko 1. kvartal 2019	2
Forutsetninger.....	3
Bufferkapitalsituasjon.....	3
Samlet kapitalkrav	4
Solvenskapitaldekning (SKD)	4
Solvensmargin.....	4
Risikoanalyse.....	4
Compliance rapport 1. kvartal 2019 (strategisk risiko og operasjonell risiko).....	5
Resultat fra kontrollhandlinger i 1. kvartal	6
Nye lover, regler, rundskriv etc fra Finansdepartementet, Finanstilsynet og andre relevante organer.....	8
Rapporterte vesentlige hendelser 1. kvartal (brudd på interne rutiner eller eksterne lovpålagte krav)	8
Oppfølingspunkter fra internrevisjon 1. kvartal 2019:.....	9
Korrespondanse med Finanstilsynet i perioden (F'T)	9



Kvartalsvis risikorapportering til styret i PKH

Risikorammer	Grønn sone	Gul sone	Oransje sone	Rød sone	Insolvens
Solvenskapitaldekning	>155%	155% -135%	135% -115%	115% -100%	<100%
BKU	<65%	65% -75%	75% -85%	85% -100%	>100%
Markedsrisiko	<58%	58% -67%	67% -76%	>76%	
Forsikr.risk ex.avg risk	<3%	3% -4%	3% -4%	>4,5%	
Avg.risk	<15%	15% -20%	20% -25%	>25%	
Motp.risk	<2%	2 %	2 %	>2%	
Operasjonell risiko	<2%	2% -3%	2% -3%	>3%	

- Kontrollkalender: strategisk risiko og operasjonell risiko (inkl omdømme hos PKH)
- Eksempler:
 - brudd på rammer eller mandater
 - manglende måloppnåelse på kvalitet i bestandsdata
 - manglende måloppnåelse ift. avkastning, rett pensjon til rett tid (herunder refusjonspensjoner)
 - manglende måloppnåelse ift. aktiviteter og service mot kunder (responstid telefon – veiledninger osv)
 - brudd på lover eller regler
 - ufullstendig vurderinger ifm. nye investeringer (krav fra styret ift vurderinger som skal dokumenteres)
 - Hendelsesregisteret



Årlig risikorapportering til styret (ikke helt OR(S)A nivå)

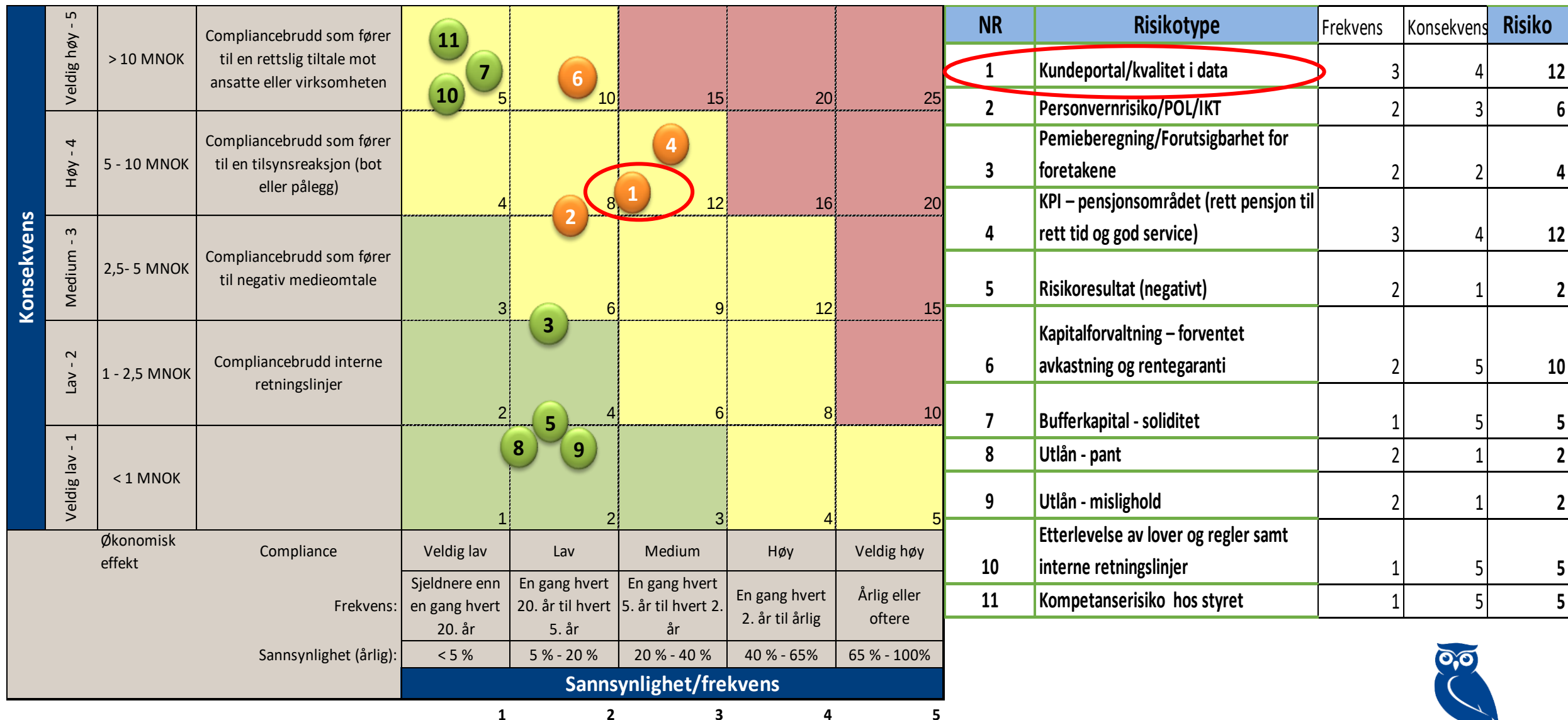
Innhold

1. Innledning.....	3
2. Om prosessen	4
3. Målsettinger	4
4. Risikovurderinger i virksomhetsområdene.....	4
5. Internrevisjonens rapporter.....	5
6. Oppsummering av årlig risiko og internkontrollgjennomgang	5
7. Oppsummering:	14

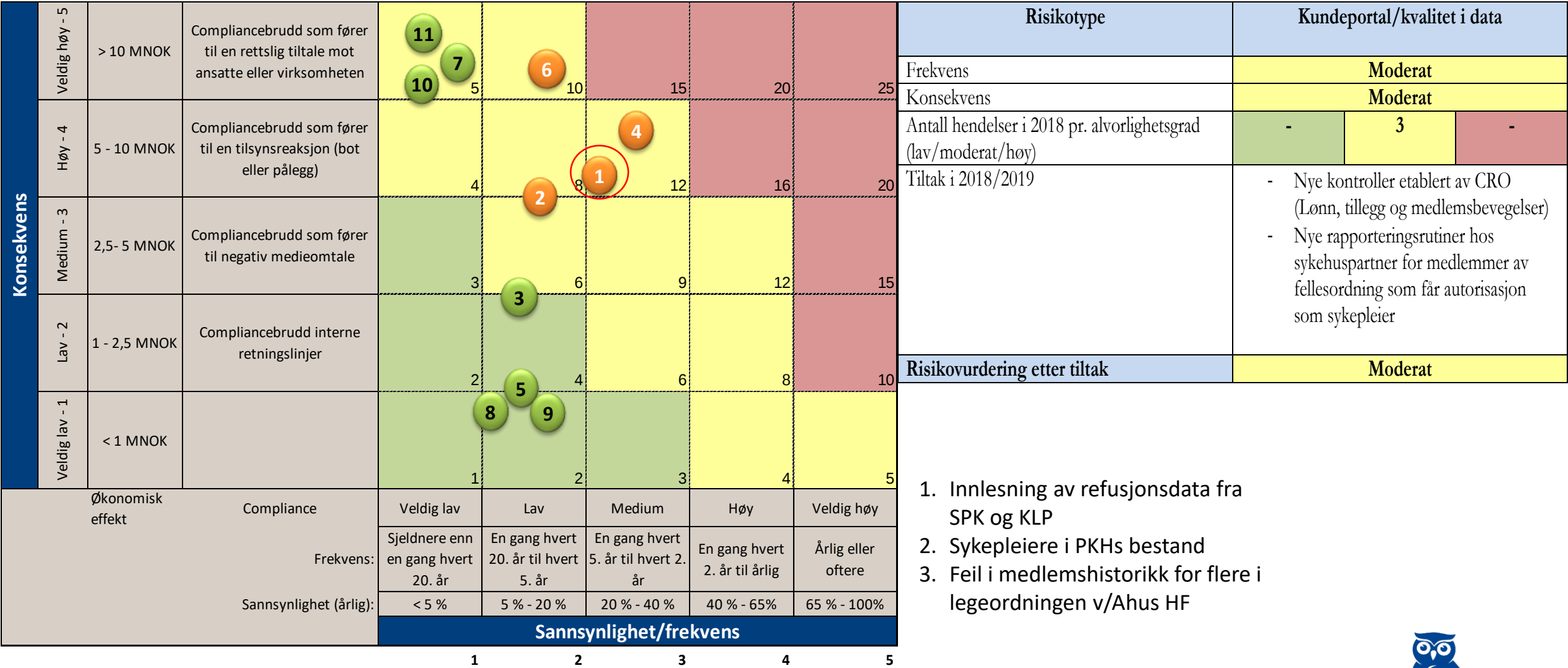
- **Inkluderer ikke – men som vil ligge i en ORA tror jeg:**
 - **Stress av stresstest – simuleringer (inkludert i kvartalsrapportene)**
 - **Fremskrivning av SKD med vurdering av fremtidig solvenskapitalbehov**
 - **Vurdering av samlet risiko inkl. det som ligger i pilar 1**
 - Usikker på om pensjonskassene skal vurdere om markedsrisiko i stresstest representerer PKHs markedsrisiko siden Sen er borte?



Årlig risikorapportering til styret (ikke helt OR(S)A nivå)



Årlig risikorapportering til styret: 1. Kundeportal/kvalitet i data



- 1. Innlesning av refusjonsdata fra SPK og KLP
- 2. Sykepleiere i PKHs bestand
- 3. Feil i medlemshistorikk for flere i legeordningen v/Ahus HF

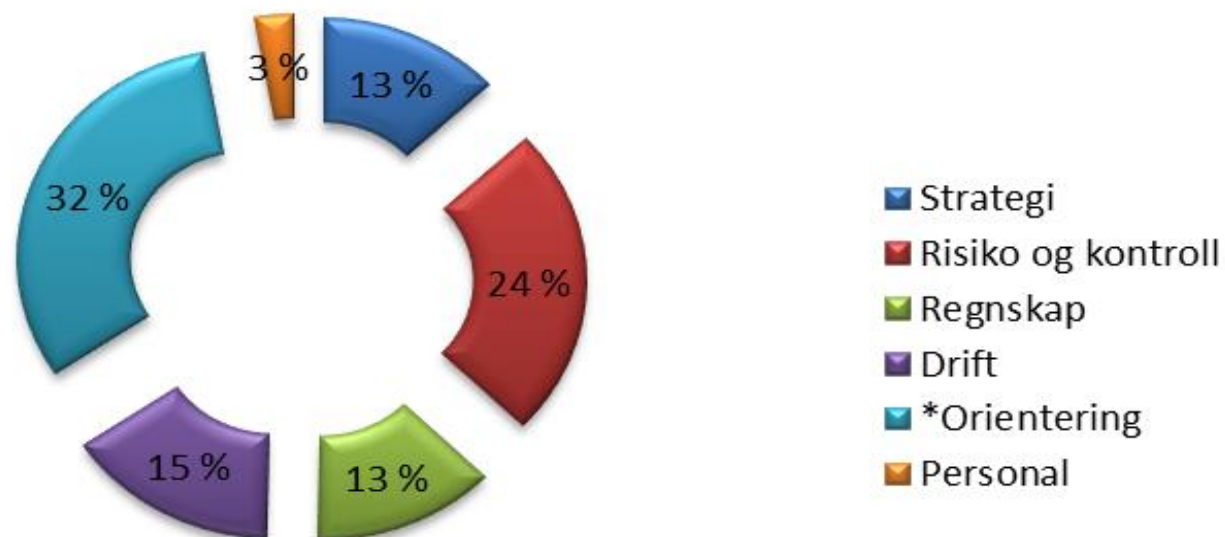


Styrets arbeid og risikostyring i PKH

Styremøter

	2018	2017	2016
Antall møter	9	12	12
Antall saker	95	89	83

Fordeling på saksområder 2018



* Orienteringssakene har i hovedsak vært relatert til kapitalforvaltningen



Hendelsesregister

- Det må lages en rutine:

1 Formål

2 Virkeområde/målgruppe

3 Definisjoner

3.1 Uønskede hendelser

3.2 Vesentlighetsgrad

4 Krav til -og ansvar for registrering av hendelser

4.1 Data som skal registreres



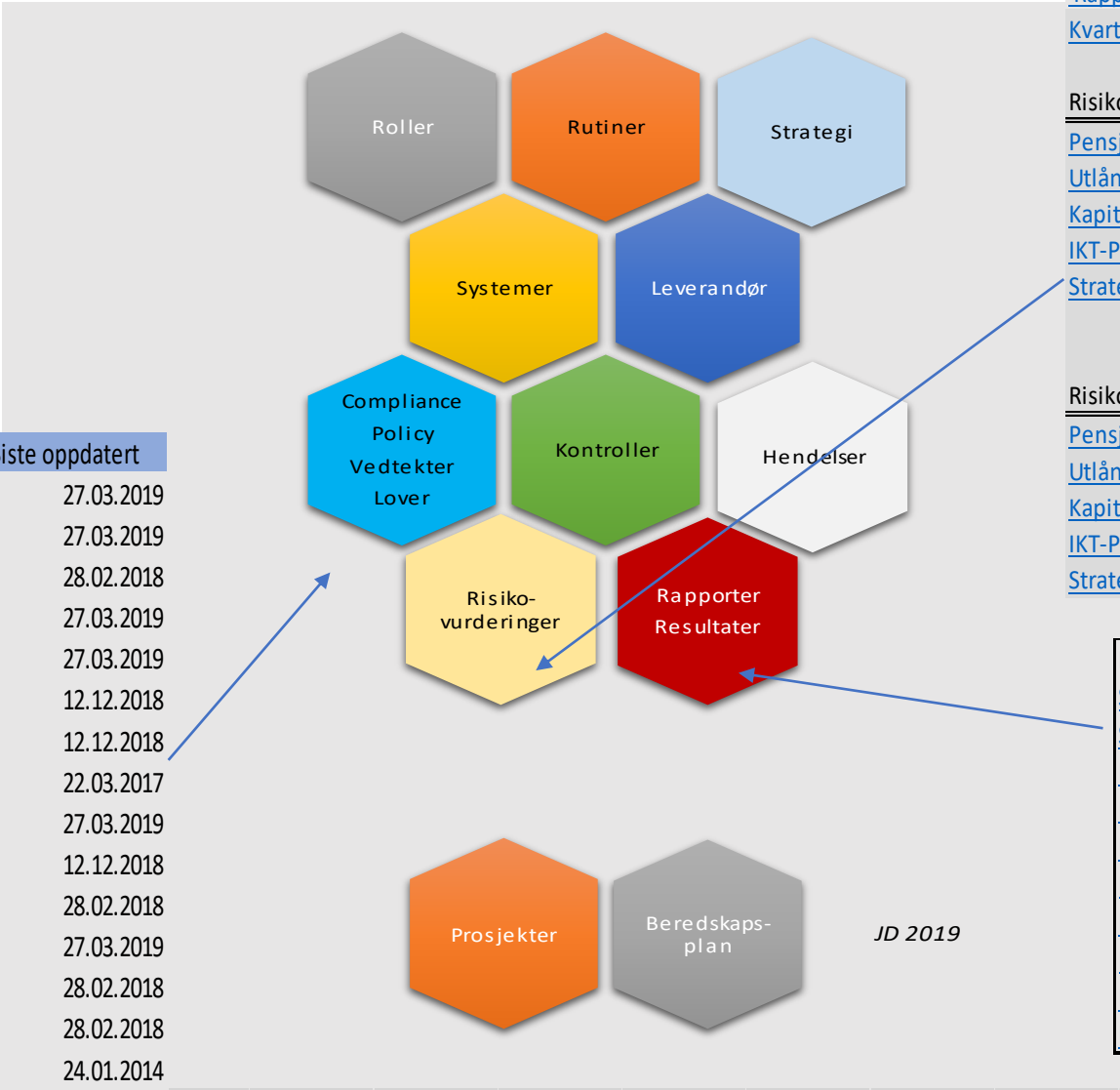
Hendelsesregister

- Det må lages et register hvor alle hendelser blir registrert i tråd med rutine:

ID	Navn	Beskrivelse	Dato da hendelsen skjedde	Registreringsdato	Rapportert av	Hendelseskategori	Involverte leverandører	Økonomisk konsekvens (NOK)	Omdømmetap	Vesentlighet/Alvorlighetsgrad	Etterlevelsesbrudd?	Status hendelse	Ansvarlig	Oppfølgings tiltak	Frist tiltak		Status tiltak	Rapportert til Finanstilsynet?	Rapportert til Personvernombud?	Rapportert til Datatilsynet?



IORP II journal PKH



Policy og retningslinjer	Siste oppdatert
Etiske retningslinjer	27.03.2019
Policy for egnethetsvurderinger	27.03.2019
Policy for eiendomsinvesteringer	28.02.2018
Policy for forsikringsrisiko	27.03.2019
Policy for godtgjørelse	27.03.2019
Policy for IKT	12.12.2018
Policy for kapitalforvaltning	12.12.2018
Policy for kommunikasjon	22.03.2017
Policy for operasjonell risiko	27.03.2019
Policy for personopplysninger (GDPR)	12.12.2018
Policy for utkontraktering	28.02.2018
Policy for utlån	27.03.2019
Retningslinje for aktuar	28.02.2018
Retningslinje for risikostyring og internkontroll	28.02.2018
Retningslinje for internrevisjon	24.01.2014

Dokument	sist oppdatert
Rapport fra adm. dir vedrørende risiko og internkontr	31.10.2018
Kvartalsvisrapport til styret	31.12.2018
Risikovurderinger	
Pensjon	01.01.2019
Utlån	01.01.2019
Kapitalforvaltning	01.01.2019
IKT-POL	01.01.2019
Strategi	01.01.2019
Risikobekreftelser	
Pensjon	21.10.2018
Utlån	21.10.2018
Kapitalforvaltning	11.10.2018
IKT-POL	12.10.2018
Strategi	29.10.2018

Rapport	Sist oppdatert	Årsrapporter
Solvenskrav I	31.12.2018	2014
Stresstest	31.12.2018	2015
Porteføljereport	31.12.2018	2016
PORT	31.12.2018	2017
Nøkkeltallsrapport	31.12.2018	2018
Kvartalsregnskap	31.12.2018	
Resultatanalyse	31.12.2018	
Risikoreport	31.12.2018	
Internrevisjon 2018 og plan 2019	12.12.2018	
Internrevisjon GDPR	12.12.2018	

Takk for oppmerksomheten!



Telefon:

22 42 50 00

Adresse:

Karenslyst allé 2, 0278 Oslo

E-post aktive medlemmer:

pkh@pkh.no

E-post pensjonister:

pensjon@pkh.no