

**Interne audit en ombudsfunctie in de gemeente: een vergelijking.  
(Nancy Peeters)**

***LIJST VAN BIJLAGEN***

***BIJLAGE BIJ DE INLEIDING***

Bijlage 0.1	Beschrijving van de interviews met verantwoordelijken uit gemeenten	I
-------------	---	---

***BIJLAGEN BIJ HOOFDSTUK 3***

Bijlage 3.1	Stappenplan voor doelmatigheidsanalyse in de gemeente	III
Bijlage 3.2	EFQM Excellence Model: criteria en subcriteria	VI

***BIJLAGEN BIJ HOOFDSTUK 4***

Bijlage 4.1	Organogram van het stadsbestuur Antwerpen en de stafdienst	VIII
Bijlage 4.2	Voorbeeld van een gemeentelijk auditcharter	X
Bijlage 4.3	Code of Ethics	XII
Bijlage 4.4	Standards for the Professional Practice of Internal Auditing	XIII
Bijlage 4.5	Afpuntlijst met betrekking tot een operationele audit	XVII
Bijlage 4.6	Afpuntlijst met betrekking tot een financiële audit	XVIII
Bijlage 4.7	Reglement inzake de gemeentelijke ombudsman van Antwerpen	XIX
Bijlage 4.8	Stroomdiagram bevoegheids- en ontvankelijkheidsonderzoek	XXIV
Bijlage 4.9	Stroomdiagram klachtbehandeling	XXV

**BIJLAGE 0.1 BESCHRIJVING VAN DE INTERVIEWS MET VERANTWOORDELIJKEN UIT GEMEENTEN**

**1. Interview met een verantwoordelijke van de interne auditdienst**

- Dhr. Manfred Vandewalle
- Interne auditor van de stad Antwerpen
- Datum van het interview: 17-04-2002
- Besproken thema's:
  - Instelling van de interne auditfunctie
  - Werking van de interne auditdienst
  - Bevoegdheden van de dienst
  - Positie van de dienst in de gemeente
  - Evaluatie van de interne auditfunctie
  - Behoefte aan een interne auditdienst in elke gemeente
  - Vergelijking tussen interne auditfunctie en ombudsfunctie
  - Verhouding tussen interne auditfunctie en ombudsfunctie

**2. Interview met een ombudsman**

- Dhr. Wim Vandenbroeck
- Ombudsman van de stad Antwerpen
- Datum van het interview: 26-04-2002
- Besproken thema's:
  - Instelling van de ombudsfunctie
  - Werking van de ombudsdienst
  - Bevoegdheden van de dienst
  - Positie van de dienst in de gemeente
  - Evaluatie van de ombudsfunctie
  - Behoefte aan een ombudsman in elke gemeente
  - Vergelijking tussen ombudsfunctie en interne auditfunctie
  - Verhouding tussen ombudsfunctie en interne auditfunctie

**3. Interview met een politiek verantwoordelijke**

- Dhr. Marc Van Peel
- Schepen voor bestuurlijke organisatie, decentralisatie, personeel en patrimonium van de stad Antwerpen
- Mevr. Karin Nauwelaerts

- Kabinetsadviseur van de schepen voor bestuurlijke organisatie, decentralisatie, personeel en patrimonium van de stad Antwerpen
- Datum van het interview: 15-04-2002
- Besproken thema's:
  - Strategie achter de instelling van de interne auditfunctie en de ombudsfunctie
  - Positie van beide functies in de gemeente
  - Evaluatie van beide functies
  - Belang van beide functies in de gemeente
  - Vergelijking tussen beide functies
  - Verhouding tussen beide functies

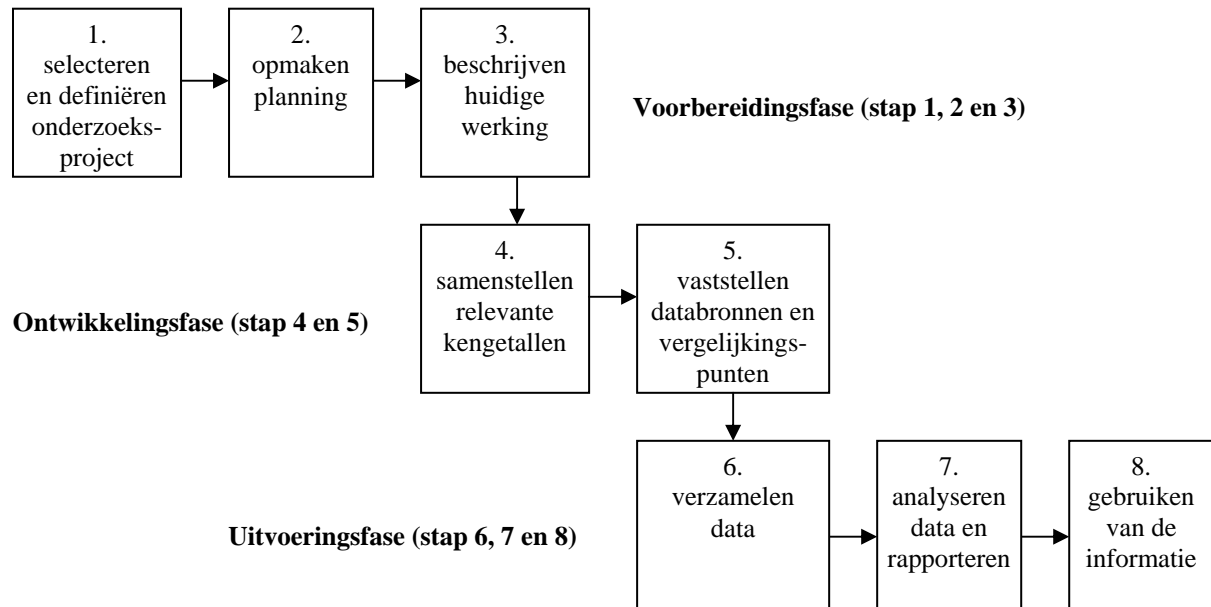
#### **4. Interview met een bestuursdirecteur**

- Dhr. Roel Verhaert
- Bestuursdirecteur van de stad Antwerpen
- Datum van het interview: 16-04-2002
- Besproken thema's:
  - Strategie achter de instelling van de interne auditfunctie en de ombudsfunctie
  - Werking van beide functies
  - Bevoegdheden van de beide functies
  - Positie van beide functies in de gemeente
  - Evaluatie van beide functies
  - Belang van beide functies in de gemeente
  - Vergelijking tussen beide functies
  - Verhouding tussen beide functies

#### **5. Interview met een gemeentesecretaris**

- Dhr. Jerry Verspreet
- Gemeentesecretaris van de gemeente Laakdal
- Datum van het interview: 24-04-2002
- Besproken thema's:
  - Opzet van de interne audit
  - Resultaten van de interne audit
  - Evaluatie van de interne audit
  - Houding van de betrokken actoren
  - Belang van interne auditdienst in de gemeente
  - Belang van de ombudsfunctie in de gemeente
  - Evaluatie van de ombudsfunctie
  - Behoeftte aan beide instrumenten in elke gemeente

**BIJLAGE 3.1 STAPPENPLAN VOOR DOELMATIGHEIDSANALYSE IN DE GEMEENTE**



<b>1. Selecteren en definiëren van het onderzoeksobject</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is het onderzoeksobject duidelijk identificeerbaar?</li> <li>- Is het onderzoeksobject van relatief groot gewicht (financieel, risico) voor de organisatie?</li> <li>- Welke zijn de beleidsdoelstellingen die van toepassing zijn op het onderzoeksobject?</li> <li>- Wie zijn de klanten van de dienstverlening?</li> <li>- Zijn er duidelijke prestatieafwijkingen waardoor het onderzoeksobject een prioriteit is voor doorlichting en verandering?</li> <li>- Kan de dienstverlening gevoelig worden verbeterd?</li> </ul>	<p>Sterkte/zwakte analyse, enquête, interview, klachtenregister, anonieme inspectie, pareto-analyse, audit planning system, enz.</p>
<b>2. Opmaken van een planning</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uit hoeveel personen moet de begeleidende stuurgroep bestaan.</li> <li>- Wie moet er deel van uitmaken?</li> <li>- Wie kan de stuurgroep ondersteunen ?</li> <li>- Is er een consensus over de te volgen aanpak?</li> <li>- Welke stappen moeten achtereenvolgens worden verricht?</li> <li>- Hoe lang duurt iedere fase?</li> <li>- Wie staat in voor de uitvoering?</li> </ul>	<p>Pert-analyse (instrumenten) (Program Evaluation and Review Technique), gantt-kaart, activiteitenregistratiesysteem, CPM/MPM, enz.</p>

<b>3. Beschrijven van de huidige werking</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe is de dienst georganiseerd?</li> <li>- Waar bevindt de dienst zich in de globale organisatie?</li> <li>- Hoe ziet de bestaande informatievoorziening er uit met betrekking tot het onderzoeksobject?</li> <li>- Hoe ziet het proces eruit?</li> </ul>	<p>Organogram, formulierbehandelingsschema, proces stroomdiagram, data flow diagram, pert-analyse (werking), productmatrices, enz.</p>
<b>4. Samenstellen relevante kengetallen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welke kengetallen moeten worden ontwikkeld om te meten in hoeverre de dienstverlening succesvol is geweest?</li> <li>- Dekken de kengetallen de volgende elementen: input, activiteiten, output, effecten, zuinigheid, efficiëntie, effectiviteit en kwaliteit?</li> <li>- Situeren de kengetallen zich op het juiste niveau?</li> <li>- Bevorderen de kengetallen niet de kortetermijntendens ten koste van het langetermijndenken?</li> </ul>	<p>Enquête, brainstorming, checklist, succesfactorenanalyse, enz.</p>
<b>5. Vaststellen van databronnen en vergelijkingspunten</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welke gegevens moeten er worden verzameld om de vooropgestelde kengetallen te meten?</li> <li>- Welke data met betrekking tot input, activiteiten, output en effecten zijn reeds beschikbaar?</li> <li>- Is de inspanning (ingezette middelen) van de datagaring gerechtvaardigd?</li> <li>- Rekening houdend met voorgaande vragen, dienen bepaalde kengetallen te worden gedefinieerd of gesupprimeerd?</li> <li>- Welke 'meetlat' gaan we gebruiken om de kengetallen te toetsen?</li> </ul>	<p>Checklist, benchmarking, enz.</p>
<b>6. Verzamelen van de data</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welke data zijn reeds beschikbaar?</li> <li>- Wie dient welke data waar te verzamelen?</li> <li>- Aan de hand van welke methoden en instrumenten dient de datagaring te gebeuren?</li> <li>- Zijn er bepaalde gegevens die alsnog onmeetbaar zijn?</li> </ul>	<p>Registratiebladen, tijdstudie, tijdschrijven, tijdsladder, fractional professional estimate, survey, kostenallocatiesystemen (ABC), budgetanalyse, analyse</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overschrijdt de kost van de gegevensverzameling niet de mogelijke baten?</li> </ul>	<p>personeelsbehoefteplan/functiebeschrijvingen, enz.</p>
<p><b>7. Analyseren en interpreteren van de data en rapporteren van de informatie</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoe moeten de verzamelde data worden geanalyseerd?</li> <li>- Hoe moet de informatie worden geïnterpreteerd?</li> <li>- Op welke manier dient de informatie te worden gerapporteerd (aan wie, met welke periodiciteit en in welke vorm)?</li> </ul>	<p>Lijndiagram, controlekaart, taartdiagram, pareto-analyse, scorekaart, regressie-analyse, omgevingsfactoren, oorzaak/gevolg-analyse (brainstorming, visgraatdiagram, foutenboom), enz.</p>
<p><b>8. Gebruiken van de informatie</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welke activiteiten kan men ondernemen op basis van de informatie?</li> <li>- Wie is hiervoor verantwoordelijk?</li> <li>- Is een verdere uitdieping van het project noodzakelijk?</li> </ul>	<p>Besluitvormingsprocessen, normering, monitoring, operationele verbeteringen, organisationele verbeteringen, public marketing, rapportages, Demingcirkel, enz.</p>

Bron: Vankeirsbilck, 2000: 7-8.

## **BIJLAGE 3.2 EFQM EXCELLENCE MODEL: CRITERIA EN SUBCRITERIA**

### **1. Leadership**

How leaders develop and facilitate the achievement of the mission and vision, develop values required for long term success and implement these via appropriate actions and behaviours, and are personally involved in ensuring that the organisation's management system is developed and implemented.

- 1a. Leaders develop the mission, vision and values and are role models of a culture of excellence.
- 1b. Leaders are personally involved in ensuring the organisation's management system is developed, implemented and continuously improved.
- 1c. Leaders are involved with customers, partners and representatives of society.
- 1d. Leaders motivate, support and recognise the organisation's people.

### **2. Policy and Strategy**

How the organisation implements its mission and vision via a clear stakeholder focused strategy, supported by relevant policies, plans, objectives, targets and processes.

- 2a. Policy and Strategy are based on the present and future needs and expectations of stakeholders.
- 2b. Policy and Strategy are based on information from performance measurement, research, learning and creativity related activities.
- 2c. Policy and Strategy are developed, reviewed and updated.
- 2d. Policy and Strategy are deployed through a framework of key processes.

- 2e. Policy and Strategy are communicated and implemented.

### **3. People**

How the organisation manages, develops and releases the knowledge and full potential of its people at an individual, team-based and organisation-wide level, and plans these activities in order to support its policy and strategy and the effective operation of its processes.

- 3a. People resources are planned, managed and improved.
- 3b. People's knowledge and competencies are identified, developed and sustained.
- 3c. People are involved and empowered.
- 3d. People and the organisation have a dialogue.
- 3e. People are rewarded, recognised and cared for.

### **4. Partnerships and Resources**

How the organisation plans and manages its external partnerships and internal resources in order to support its policy and strategy and the effective operation of its processes.

- 4a. External partnerships are managed.
- 4b. Finances are managed.
- 4c. Buildings, equipment and materials are managed.
- 4d. Technology is managed.
- 4e. Information and knowledge are managed.

### **5. Processes**

How the organisation designs, manages and improves its processes in order to support its policy



and strategy and fully satisfy, and generate increasing value for, its customers and other stakeholders.

- 5a. Processes are systematically designed and managed.
- 5b. Processes are improved, as needed, using innovation in order to fully satisfy and generate increasing value for customers and other stakeholders.
- 5c. Products and Services are designed and developed based on customer needs and expectations.
- 5d. Products and Services are produced, delivered and serviced.
- 5e. Customer relationships are managed and enhanced.

## **6. Customer Results**

What the organisation is achieving in relation to its external customers.

## **7. People Results**

What the organisation is achieving in relation to its people.

- 7a. Perception Measures
- 7b. Performance Indicators

## **8. Society Results**

What the organisation is achieving in relation to local, national and international society as appropriate.

- 8a. Perception Measures
- 8b. Performance Indicators

## **9. Key Performance Results**

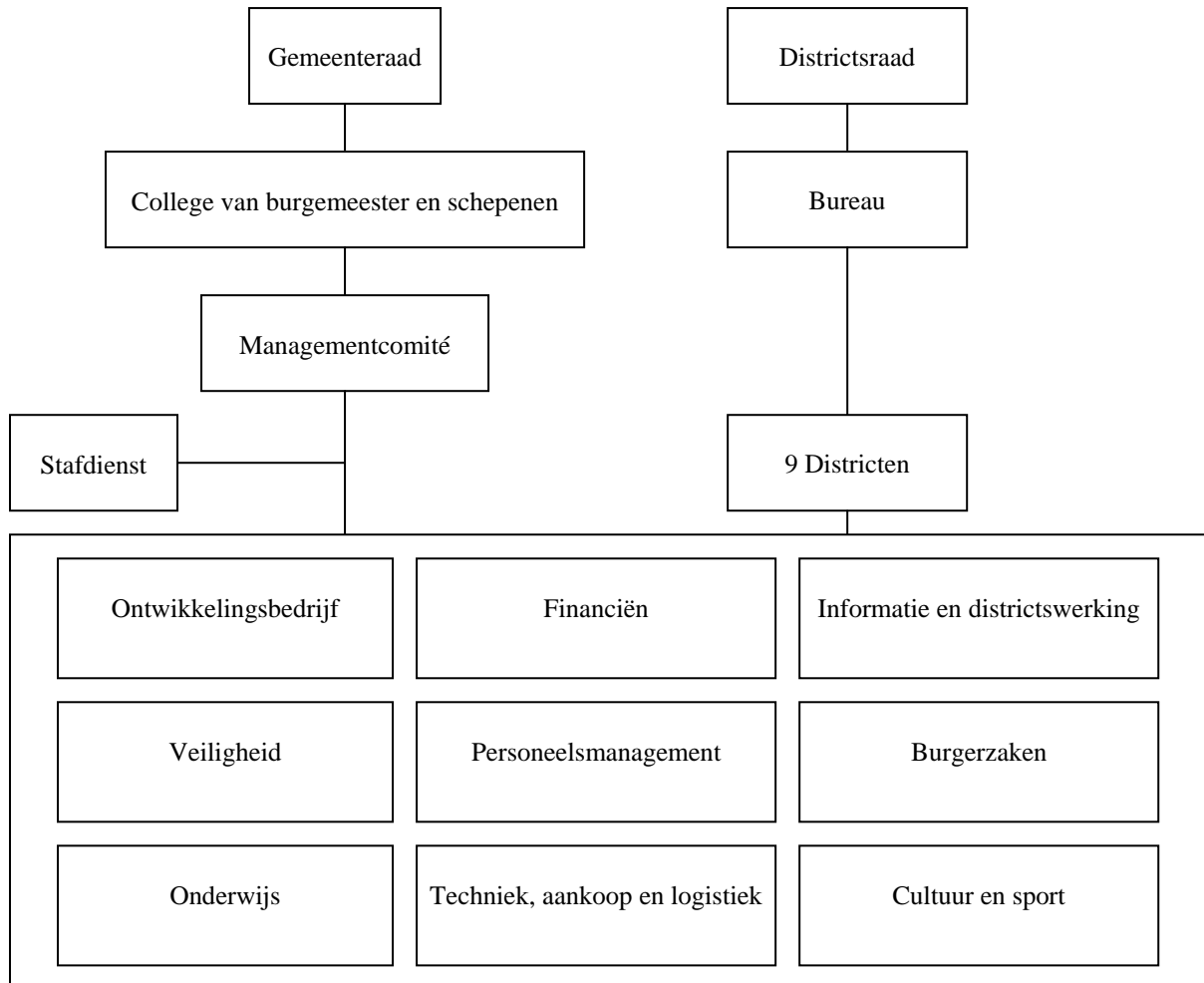
What the organisation is achieving in relation to its planned performance.

- 9a. Key Performance Outcomes.
- 9b. Key Performance Indicators.

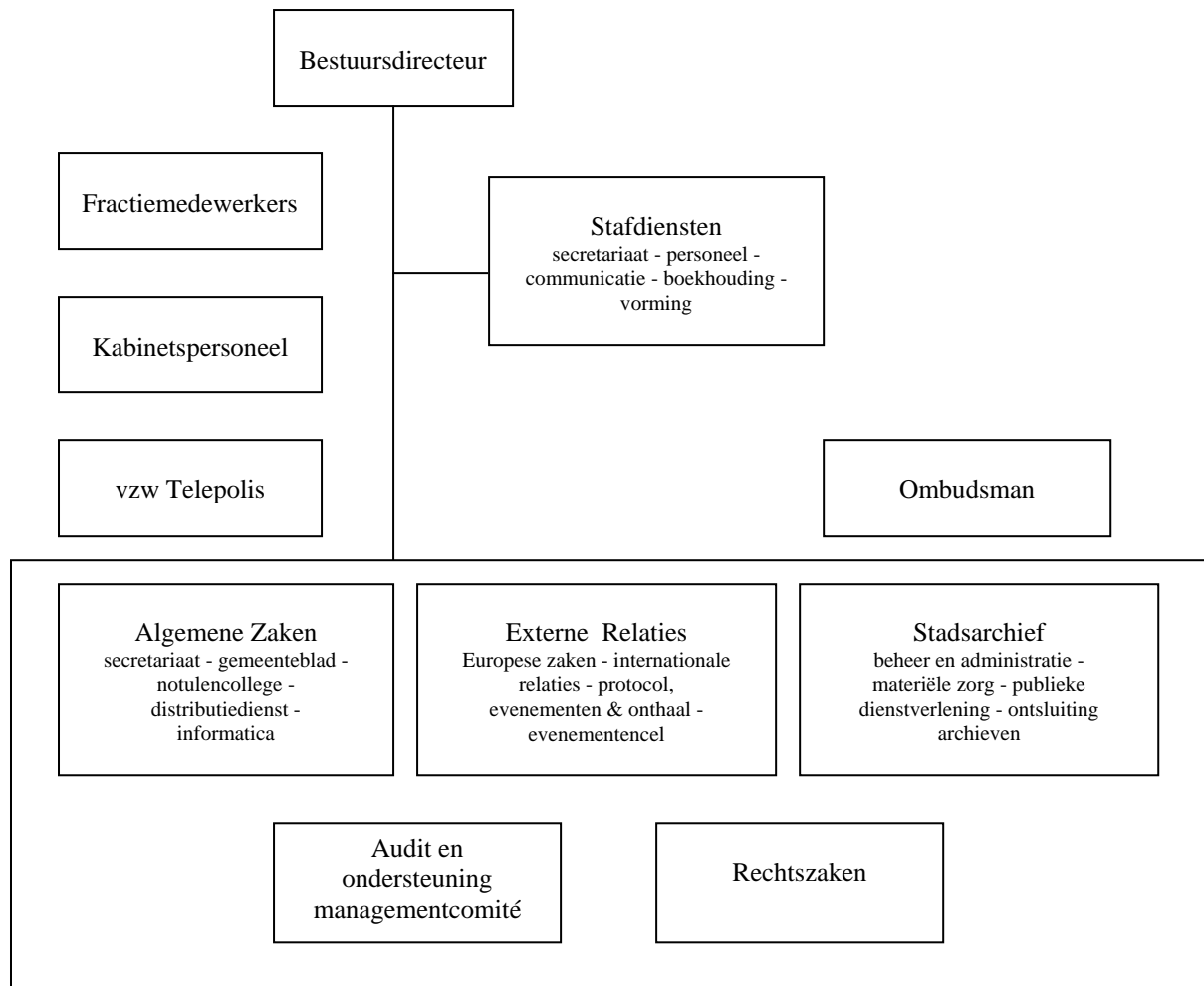
Bron: European Foundation for Quality Management, 1999: 15-17.

**BIJLAGE 4.1 ORGANOGRAM VAN HET STADSBESTUUR ANTWERPEN EN DE STAFDIENST**

**Stad Antwerpen**



## Stafdienst stad Antwerpen



Bron: Ombudsman stad Antwerpen, 1999-2000: 154.

## **BIJLAGE 4.2 VOORBEELD VAN EEN GEMEENTELIJK AUDITCHARTER**

1. De interne auditdienst doet auditonderzoeken en verleent managementondersteuning in de vorm van rapporten, adviezen, doorlichtingen, audits, beleidsvoorbereidende nota's of projectbegeleiding. De interne auditdienst kan eveneens ingeschakeld worden voor het voeren van een casueel onderzoek naar fraude en onregelmatigheden binnen de gemeentelijke organisatie.
2. De interne auditdienst rapporteert in principe aan het college van burgemeester en schepenen. Dit rapport wordt voorafgaand schriftelijk ter kennis gebracht aan de leden van het auditcomité. Na het verstrijken van twee werkdagen, zonder dat deze leden telefonische, elektronisch, mondeling of schriftelijk hebben gereageerd, wordt het rapport op de eerstvolgende zitting van het college geagendeerd.
3. De leden van het auditcomité hebben dus twee werkdagen de tijd om:
  - opmerkingen te formuleren op het rapport;
  - een bespreking van het rapport in het auditcomité te vragen.
4. De interne auditdienst is niet verplicht met de opmerkingen van de leden van het auditcomité rekening te houden. Op uitdrukkelijke vraag van een lid, is de interne auditdienst wel verplicht zijn opmerkingen in een aparte bijlage bij hetzelfde collegepunt te vermelden. Indien het lid in kwestie een nota hierover opmaakte, zal dit eveneens in de bijlage aan het collegepunt worden opgenomen.
5. Het auditcomité oordeelt in welke mate het eindrapport kan of moet verspreid worden.
6. De rapporten van de interne auditdienst zijn niet openbaar en kunnen slechts ingezien of overgemaakt worden na toelating van het auditcomité.
7. De interne auditdienst mag in principe de titels van zijn rapporten publiceren op zijn website. In uitzonderlijk gevallen kan het auditcomité dit voor bepaalde rapporten verbieden.
8. Het auditcomité vergadert in principe driemaandelijks en telkens wanneer één van de leden een samenkomst aanvraagt.
9. Tot de vaste kern van het auditcomité behoren de burgemeester, de eerste schepenen, de gemeentesecretaris, de gemeenteontvanger en het hoofd van de interne auditdienst. De vergadering wordt uitgebreid met alle auditoren die betrokken zijn bij de agendapunten. Indien de vaste kern het unaniem eens is, kan het auditcomité uitgebreid worden met ad hoc leden.
10. De voorzitter van het auditcomité is de gemeentesecretaris.
11. Op de bijeenkomsten van het auditcomité rapporteert de interne auditdienst over werkzaamheden (inclusief adviezen en beleidsvoorbereidende nota's) en legt de prioriteiten van de binnengekomen auditvoorstellen vast. Met het oog op het vaststellen van de prioriteiten kan het auditcomité aan de auditdienst opdragen een risico-analyse uit te voeren van de auditvoorstellen.
12. Elk lid van de gemeentelijke organisatie, hetzij een mandataris, hetzij een gemeentepersoneelslid, heeft het recht om bij het auditcomité of bij de interne auditdienst een voorstel tot audit in te dienen. Dit kan alleen schriftelijk of elektronisch (via het intern elektronisch postsysteem of via de website van de interne auditdienst). Uiteraard zal dit voorstel moeten gemotiveerd worden. Het auditcomité is niet verplicht hierop in te gaan behalve wanneer het voorstel een beslissing is van de gemeenteraad of van het college. Indien het voorstel afkomstig is van een lid van de gemeenteraad of van het college, dan zal de beslissing, om er niet

op in te gaan, door het auditcomité schriftelijk en gemotiveerd binnen de 30 dagen moeten overgemaakt worden aan de betrokken mandataris.

13. De termijn waarbinnen een interne audit moet uitgevoerd worden, wordt eveneens door het auditcomité in overleg bepaald. Indien de afgesproken termijn niet kan gehaald worden, zal de interne auditdienst vooraf de leden van het auditcomité hiervan in kennis stellen.
14. Met uitzondering van een auditonderzoek, kan de gemeentesecretaris te allen tijde beleidsvoorbereidende nota's of advies vragen aan de interne auditdienst, zonder dat dit voorafgaand aan het auditcomité wordt voorgelegd.
15. De interne auditors hebben toegang tot alle gemeentelijke gebouwen en bestanden, inclusief de elektronische, waar ze zich ook bevinden. In het kader van een auditopdracht is elk personeelslid verplicht, op verzoek van de interne auditor die met het onderzoek belast is, medewerking te verlenen alsook zijn paswoord of cijfercombinaties kenbaar te maken of de sleutels tot lokalen of kasten te overhandigen.
16. Alle vzw's of verzelfstandigde eenheden die een toelage van de gemeente ontvangen en waarop de Wet van 14 november 1983<sup>1</sup> of een gemeentelijk reglement van toepassing is, vallen onder de bepalingen van artikel 14.
17. Van alle onderzoeken, uitbesteed aan externe bureaus, zal het auditcomité vooraf worden ingelicht. Daar waar mogelijk zal een samenwerkingsverband tussen de externe en de interne auditdienst georganiseerd worden met het oog op het zuinig omspringen met middelen. De samenwerking kan er onder meer in bestaan door het leveren van interne kennis voor en tijdens het onderzoek en het geven van gepaste commentaar bij het afleveren van de studie.
18. De interne auditdienst heeft initiatiefrecht onder de voorwaarden bepaald in artikel 11, behouden meldingen in verband met corruptie of misbruiken. In dat geval kan de interne auditdienst op eigen initiatief het onderzoek starten. De dienst zal van zodra hij het opportuun acht, het auditcomité van zijn onderzoek inlichten.
19. De leden van de interne auditdienst ressorteren administratief onder de gemeentesecretaris, maar operationeel functioneren zijn onder het toezicht van het auditcomité. Het hoofd van de interne auditdienst:
  - wordt jaarlijks gewaardeerd door het auditcomité;
  - waardeert jaarlijks de leden van de auditdienst.

Bron: Verhaert, 1997a: 16-18.

---

<sup>1</sup> Wet van 14 november 1983 betreffende de controle op de toekenning en op de aanwending van sommige toelagen (B.S. 6 december 1983).

## ***BIJLAGE 4.3 CODE OF ETHICS***

### **1. Integrity**

Internal auditors:

- 1.1 shall perform their work with honesty, diligence, and responsibility;
- 1.2 shall observe the law and make disclosures expected by the law and the profession;
- 1.3 shall not knowingly be a party to any illegal activity, or engage in acts that are discreditable to the profession of internal auditing or to the organization;
- 1.4 shall respect and contribute to the legitimate and ethical objectives of the organization.

### **2. Objectivity**

Internal auditors:

- 2.1 shall not participate in any activity or relationship that may impair or be presumed to impair their unbiased assessment, this participation includes those activities or relationships that may be in conflict with the interests of the organization;
- 2.2 shall not accept anything that may impair or be presumed to impair their professional judgment;
- 2.3 shall disclose all material facts known to them that, if not disclosed, may distort the reporting of activities under review.

### **3. Confidentiality**

Internal auditors:

- 3.1 shall be prudent in the use and protection of information acquired in the course of their duties;
- 3.2 shall not use information for any personal gain or in any manner that would be contrary to the law or detrimental to the legitimate and ethical objectives of the organization.

### **4. Competency**

Internal auditors:

- 4.1. shall engage only in those services for which they have the necessary knowledge, skills, and experience;
- 4.2. shall perform internal auditing services in accordance with the 'Standards for the Professional Practice of Internal Auditing';
- 4.3. shall continually improve their proficiency and the effectiveness and quality of their services.

Bron: The Institute of Internal Auditors, 2000a.

## ***BIJLAGE 4.4 STANDARDS FOR THE PROFESSIONAL PRACTICE OF INTERNAL AUDITING***

### **Attribute Standards**

#### 1000 – Purpose, Authority and Responsibility

The purpose, authority and responsibility of the internal audit activity should be formally defined in a charter, consistent with the Standards, and approved by the board.

#### 1100 – Independence and Objectivity

The internal audit activity should be independent and internal auditors should be objective in performing their work.

##### 1110 – Organizational Independence

The chief audit executive should report to a level within the organization that allows the internal audit activity to fulfill its responsibilities.

##### 1120 – Individual Objectivity

Internal auditors should have an impartial, unbiased attitude and avoid conflicts of interest.

##### 1130 – Impairments to Independence or Objectivity

If independence or objectivity is impaired in fact or appearance, the details of the impairment should be disclosed to appropriate parties. The nature of the disclosure will depend upon the impairment.

#### 1200 – Proficiency and Due Professional Care

Engagements should be performed with proficiency and due professional care.

##### 1210 – Proficiency

Internal auditors should possess the knowledge, skills and other competencies needed to perform their individual responsibilities. The internal audit activity collectively should possess or obtain the knowledge, skills and other competencies needed to perform its responsibilities.

##### 1220 – Due Professional Care

Internal auditors should apply the care and skill expected of a reasonably prudent and competent internal auditor. Due professional care does not imply infallibility.

##### 1230 – Continuing Professional Development

Internal auditors should enhance their knowledge, skills and other competencies through continuing professional development.

#### 1300 – Quality Assurance and Improvement Program

The chief audit executive should develop and maintain a quality assurance and improvement program that covers all aspects of the internal audit activity and continuously monitors its effectiveness. The program should be designed to help the internal auditing activity add value and improve the organization's operations and to provide assurance that the internal audit activity is in conformity with the Standards and the Code of Ethics.

##### 1310 – Quality Program Assessments

The internal audit activity should adopt a process to monitor and assess the overall effectiveness of the quality program. The process should include both internal and external assessments.

#### 1320 – Reporting on the Quality Program

The chief audit executive should communicate the results of external assessments to the board.

#### 1330 – Use of ‘Conducted in Accordance with the Standards’

Internal auditors are encouraged to report that their activities are ‘conducted in accordance with the Standards for the Professional Practice of Internal Auditing’. However, internal auditors may use the statement only if assessments of the quality improvement program demonstrate that the internal audit activity is in compliance with the Standards.

#### 1340 – Disclosure of Noncompliance

Although the internal audit activity should achieve full compliance with the Standards and internal auditors with the Code of Ethics, there may be instances in which full compliance is not achieved. When noncompliance impacts the overall scope or operation of the internal audit activity, disclosure should be made to senior management and the board.

## **Performance Standards**

### 2000 – Managing the Internal Audit Activity

The chief audit executive should effectively manage the internal audit activity to ensure it adds value to the organization.

#### 2010 – Planning

The chief audit executive should establish risk-based plans to determine the priorities of the internal audit activity, consistent with the organization’s goals.

#### 2020 – Communication and Approval

The chief audit executive should communicate the internal audit activity’s plans and resource requirements, including significant interim changes, to senior management and to the board for review and approval. The chief audit executive should also communicate the impact of resource limitations.

#### 2030 – Resource Management

The chief audit executive should ensure that internal audit resources are appropriate, sufficient and effectively deployed to achieve the approved plan.

#### 2040 – Policies and Procedures

The chief audit executive should establish policies and procedures to guide the internal audit activity.

#### 2050 – Coordination

The chief audit executive should share information and coordinate activities with other internal and external providers of relevant assurance and consulting services to ensure proper coverage and minimize duplication of efforts.

#### 2060 – Reporting to the Board and Senior Management

The chief audit executive should report periodically to the board and senior management on the internal audit activity’s purpose, authority, responsibility and performance relative to its plan. Reporting should



also include significant risk exposures and control issues, corporate governance issues and other matters needed or requested by the board and senior management.

#### 2100 – Nature of Work

The internal audit activity evaluates and contributes to the improvement of risk management, control and governance systems.

##### 2110 – Risk Management

The internal audit activity should assist the organization by identifying and evaluating significant exposures to risk and contributing to the improvement of risk management and control systems.

##### 2120 – Control

The internal audit activity should assist the organization in maintaining effective controls by evaluating their effectiveness and efficiency and by promoting continuous improvement.

##### 2130 – Governance

The internal audit activity should contribute to the organization's governance process by evaluating and improving the process through which (1) values and goals are established and communicated, (2) the accomplishment of goals is monitored, (3) accountability is ensured and (4) values are preserved.

#### 2200 – Engagement Planning

Internal auditors should develop and record a plan for each engagement.

##### 2210 – Engagement Objectives

The engagement's objectives should address the risks, controls and governance processes associated with the activities under review.

##### 2220 – Engagement Scope

The established scope should be sufficient to satisfy the objectives of the engagement.

##### 2230 – Engagement Resource Allocation

Internal auditors should determine appropriate resources to achieve engagement objectives. Staffing should be based on an evaluation of the nature and complexity of each engagement, time constraints and available resources.

##### 2240 – Engagement Work Program

Internal auditors should develop work programs that achieve the engagement objectives. These work programs should be recorded.

#### 2300 – Performing the Engagement

Internal auditors should identify, analyze, evaluate and record sufficient information to achieve the engagement's objectives.

##### 2310 – Identify Information

Internal auditors should identify sufficient, reliable, relevant and useful information to achieve the engagement's objectives.

##### 2320 – Analysis and Evaluation

Internal auditors should base conclusions and engagement results on appropriate analyses and evaluations.

#### 2330 – Recording Information

Internal auditors should record relevant information to support the conclusions and engagement results.

#### 2340 – Engagement Supervision

Engagement should be properly supervised to ensure objectives are achieved, quality is assured and staff is developed.

#### 2400 – Communicating Results

Internal auditors should communicate the engagement results promptly.

##### 2410 – Criteria for Communicating

Communications should include the engagement's objectives and scope as well as applicable conclusions, recommendations and action plans.

##### 2420 – Quality of Communications

Communications should be accurate, objective, clear, concise, constructive, complete and timely.

##### 2430 – Engagement Disclosure of Noncompliance with the Standards

When noncompliance with the Standards impacts a specific engagement, communication of the results should disclose the:

- standard(s) with which full compliance was not achieved;
- reason(s) for noncompliance and
- impact of noncompliance on the engagement.

##### 2440 – Disseminating Results

The chief audit executive should disseminate results to the appropriate individuals.

#### 2500 – Monitoring Progress

The chief audit executive should establish and maintain a system to monitor the disposition of results communicated to management.

#### 2600 – Management's Acceptance of Risks

When the chief audit executive believes that senior management has accepted a level of residual risk that is unacceptable to the organization, the chief audit executive should discuss the matter with senior management. If the decision regarding residual risk is not resolved, the chief audit executive and senior management should report the matter to the board for resolution.

Bron: The Institute of Internal Auditors, 2000c.

**BIJLAGE 4.5 AFPUNTLIJST MET BETREKKING TOT EEN OPERATIONELE AUDIT**

	<b>C</b>	<b>F</b>	<b>P</b>	<b>J</b>	<b>T</b>	<b>V</b>	<b>O</b>
Dient de organisatie de belangen van de burgers (toegevoegde waarde)?			x	x	x	x	x
Worden de doelstellingen per workflow gerealiseerd?			x	x	x	x	x
Zijn de procedures gekend, up-to-date en worden ze nageleefd?			x	x	x	x	
Wordt de wet op de openbaarheid van bestuur nageleefd?	x		x				
Wordt de wet op de privacy nageleefd?	x		x				
Worden de taken of programma's doelgericht uitgevoerd?	x			x	x	x	x
Worden de juiste middelen ingezet (personeel, materieel, informatica)?				x	x	x	x
Is het management afgestemd op de organisatie-module?							x
Komt de taakomschrijving overeen met wat de persoon in realiteit verricht?	x	x	x				x
Zijn de flow charts en organogrammen actueel?	x				x	x	
Wordt er te veel vergaderd of te weinig gecommuniceerd (horizontaal/verticaal)?			x				x
Wordt het gebouw (of materieel) voldoende benutted of is er een tekort?			x				x
Onderzoek naar de werkomstandigheden (ergonomie, VGV-toestanden).	x						x
Beschikken de personeelsleden over voldoende materiaal?	x	x	x		x	x	x
Onderzoek van de interne werkplanning.	x		x				x
Zijn de formulieren gebruiksvriendelijk en efficiënt?	x		x				x
Worden de afdelingen voldoende bewegwijzerd?	x						x
Wordt er gewerkt volgens de procedures, regelgeving en huisstijl?	x	x	x				x

**C** = zijn de controles aanwezig en functioneren ze?

**F** = wordt de functiescheiding gerespecteerd?

**P** = wordt de procedure naar behoren nageleefd?

**J** = wordt er juist gehandeld?

**T** = wordt er tijdig gehandeld?

**V** = wordt er volledig gehandeld?

**O** = is de handeling opportuun?

**BIJLAGE 4.6 AFPUNTLIJST MET BETREKKING TOT EEN FINANCIËLE AUDIT**

	<b>C</b>	<b>F</b>	<b>P</b>	<b>J</b>	<b>T</b>	<b>V</b>	<b>O</b>
Begroting	x		x	x	x	x	
Begrotingsvoorstellen			x		x		x
Jaarrekening	x		x	x	x	x	
Innen van belastingen en retributies	x	x	x	x	x	x	x
Sociale steunverlening	x	x	x	x	x	x	x
Investerings (overheidsopdrachten)			x		x		x
Beheer van de activa (of deelaspecten zoals beleggingen, inventaris, enz.)	x	x		x	x		x
Leasing, leningen	x	x	x	x			x
Voorraadbeheer	x	x	x	x	x	x	x
Kwaliteit van boekhouding, kasbeheer, enz.	x	x	x	x	x	x	

**C** = zijn de controles aanwezig en functioneren ze?

**F** = wordt de functiescheiding gerespecteerd?

**P** = wordt de procedure naar behoren nageleefd?

**J** = wordt er juist gehandeld?

**T** = wordt er tijdig gehandeld?

**V** = wordt er volledig gehandeld?

**O** = is de handeling opportuun?

Bron: Verhaert, 1996: 46.

**BIJLAGE 4.7 REGLEMENT INZAKE DE GEMEENTELIJKE OMBUDSMAN VAN ANTWERPEN  
(GEMEENTERAADSBSLUIT VAN 22 NOVEMBER 1999)**

**TITEL I: Statuut**

Artikel 1: Instelling van de ombudsman/  
ombudsvrouw

De functie van ombudsman/ombudsvrouw wordt  
ingesteld.

Artikel 2: Benoemingsvoorwaarden

Kunnen voor benoeming tot ombudsman/  
ombudsvrouw in aanmerking komen, de kandidaten  
die:

1. de Belgische nationaliteit bezitten;
2. van onberispelijk gedrag zijn en de burgerlijke  
en politieke rechten genieten;
3. geneeskundig geschikt bevonden zijn door de  
stadsdokters;
4. houder zijn van en diploma dat bij  
overheidsinstellingen toegang verleent tot een  
bediening van niveau 1 of A;
5. over een ruime ervaring beschikken op  
maatschappelijk en administratief gebied.

Artikel 3: Onafhankelijkheid

De ombudsman/ombudsvrouw is bij de uitoefening  
van zijn/haar taak volledig onafhankelijk van enig  
gemeentelijk gezag.

Artikel 4: Onverenigbaarheden

De functie van ombudsman/ombudsvrouw is  
onverenigbaar met

1. de uitoefening van:
  - 1.1. een bezoldigd openbaar mandaat;
  - 1.2. een bij verkiezing verleend openbaar  
mandaat;
  - 1.3. het beroep van advocaat;
  - 1.4. een bestuurs- of beheersfunctie bij een  
politieke partij of politieke beweging;

1.5. een bestuurs- of beheersfunctie bij een  
vakorganisatie;

1.6. een bestuurs- of beheersfunctie bij een  
vereniging zonder winstoogmerk, waaraan  
de stad in meerderheid participeert;

2. het ambt van notaris, magistraat of  
gerechtsdeurwaarder;
3. de militaire of geestelijke stand;
4. een door de stad of door het openbaar centrum  
voor maatschappelijk welzijn bezoldigde  
functie.

Artikel 5: Aanstellingsduur

De ombudsman/ombudsvrouw wordt door de  
gemeenteraad aangesteld voor een vernieuwbare  
termijn van zes jaar waarvan, bij een eerste  
aanduiding, het eerste jaar als proeftijd geldt.

Artikel 6: Andere beroepsactiviteiten

Zonder voorafgaande toelating van het college van  
burgemeester en schepenen mag de ombudsman/  
ombudsvrouw geen andere beroepsactiviteit  
uitoefenen. De commissie voor algemene  
bestuurlijke aangelegenheden wordt vooraf  
geraadpleegd.

Artikel 7: Discretieplicht

De ombudsman/ombudsvrouw zal de vereiste  
discretie in acht nemen betreffende inlichtingen  
waarvan hij/zij uit hoofde van zijn/haar functie  
kennis heeft. Daarenboven zal hij/zij de naam van  
de verzoeker niet kenbaar maken indien deze laatste  
hiertegen bezwaar heeft.

Artikel 8: Belofte

De ombudsman/ombudsvrouw legt ten overstaan  
van de gemeenteraad in handen van de

burgemeester de belofte af dat hij/zij zijn/haar opdracht getrouw en overeenkomstig de bepalingen van dit reglement zal vervullen en dat hij/zij geen voordelen zal aanvaarden die van aard zouden kunnen zijn om zijn/haar activiteit te beïnvloeden.

#### Artikel 9: Administratief en geldelijk statuut

De statutaire en administratieve bepalingen die op het stadspersoneel van toepassing zijn gelden niet voor de ombudsman/ombudsvrouw.

De bruto-jaarvergoeding van de ombudsman/ombudsvrouw wordt vastgesteld op 2.290.588 BEF (01-01-1994) en wordt aangepast overeenkomstig de wedde-indexering geldig voor het stadspersoneel.

#### Artikel 10: Ontheffingsgronden

De ombudsman/ombudsvrouw wordt door de gemeenteraad uit zijn/haar functie ontheven in volgende gevallen:

1. op eigen verzoek van de ombudsman/ombudsvrouw;
2. bij het bereiken van de leeftijd van 65 jaar;
3. indien hij/zij een functie of ambt aanvaardt dat overeenkomstig artikel 4 onverenigbaar is met de functie van ombudsman/ombudsvrouw;
4. indien hij/zij wegens ziekte of gebrekkigheid blijvend ongeschikt is om zijn/haar functie uit te oefenen;
5. wegens zwaarwichtige redenen.

#### Artikel 11: Plaatsvervangende ombudsman/ombudsvrouw

In overleg met de ombudsman/ombudsvrouw stelt het college van burgemeester en schepenen een plaatsvervangende ombudsman/ombudsvrouw aan die het ambt van de titularis waarneemt gedurende de perioden van tijdelijke afwezigheid van deze laatste.

De plaatsvervangende ombudsman/ombudsvrouw heeft onder de verantwoordelijkheid van de ombudsman/ombudsvrouw dezelfde rechten inzake onderzoek als deze laatste.

Voor de plaatsvervangende ombudsman/ombudsvrouw gelden eveneens de bepalingen van artikelen 7 en 8 van dit reglement.

#### Artikel 12: Infrastructuur en personeel

Het college van burgemeester en schepenen stelt een ingericht kantoor ter beschikking van de ombudsman/ombudsvrouw en dat gevestigd is op een plaats die volledig gescheiden is van de stedelijke administratie.

Het personeelskader wordt vastgesteld door de gemeenteraad op voorstel van de ombudsman/ombudsvrouw.

Tegenover deze personeelsleden heeft de ombudsman/ombudsvrouw de bevoegdheid van een diensthoofd.

### **TITEL II: Werking**

#### Artikel 13: Bevoegdheidsomschrijving

De ombudsman/ombudsvrouw neemt een klacht over de wijze waarop iemand (elke natuurlijke of rechtspersoon) werd behandeld door een orgaan of een dienst van de stedelijke administratie en het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn in behandeling nadat hij/zij er zich terdege van vergewist heeft dat de persoon die beroep doet op de diensten van de ombudsman/ombudsvrouw, zich eerst gewend heeft tot administratieve diensten en/of geëigende stedelijke organen en organen van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn en aldaar geen genoegdoening heeft bekomen.

De ombudsman/ombudsvrouw is tevens bevoegd voor klachten van eenieder over de wijze waarop

hij werd behandeld door sociale huisvestingsmaatschappijen en andere privé- of rechtspersonen, zoals verenigingen zonder winstoogmerk, waaraan een taak van stedelijk belang wordt toevertrouwd.

De tussenkomst gebeurt hetzij naar aanleiding van een klacht, hetzij op verzoek van het college van burgemeester en schepenen. Daarbij worden de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake het toezicht geëerbiedigd. De concrete modaliteiten hiervoor worden in een afzonderlijk protocol of afsprakennota tussen gemeente en betreffende privé- of rechtspersonen opgenomen.

De betrokkene kan de klacht zowel mondeling als schriftelijk indienen en hij kan zich door een raadsman van zijn keuze laten bijstaan.

Klachten worden geregistreerd.

De tussenkomsten van de ombudsman/ombudsvrouw zijn gratis.

#### Artikel 14: Niet-behandeling

De ombudsman/ombudsvrouw neemt een klacht niet in behandeling wanneer:

1. de identiteit van de verzoeker hem/haar onbekend is;
2. de klacht betrekking heeft op feiten en gedragingen die zich voordeden 12 maanden voor de klacht;
3. de klacht niet eerst door het geëigende orgaan behandeld werd.

#### Artikel 15: Onbevoegdheid

De ombudsman/ombudsvrouw is niet bevoegd klachten in behandeling te nemen die betrekking hebben op:

1. algemeen geldende voorschriften en reglementeringen;
2. het algemeen beleid van het stadsbestuur;

3. handelingen die buiten de bevoegdheidssfeer vallen van in artikel 13 genoemde personen en instellingen;
4. aangelegenheden waarvoor de verzoeker zich tot de voogdijoverheid of tot een administratief rechtscollege kan of had kunnen wenden, voor wat deze administratieve procedure betreft;
5. aangelegenheden waarvoor de verzoeker het initiatief nam tot een burgerlijke rechtsvordering of waarvoor een strafrechtelijke procedure is ingesteld, voor wat deze gerechtelijke procedure betreft.

#### Artikel 16: Mededeling aan verzoeker

Zodra de ombudsman/ombudsvrouw een klacht niet of niet verder in behandeling neemt, meldt hij/zij dit schriftelijk aan de verzoeker met vermelding van de reden.

De verzoeker kan het dossier over de behandeling van zijn/haar klacht inkijken.

#### Artikel 17: Onderzoek: recht van de ombudsman

De ombudsman/ombudsvrouw is verplicht aan degene tegen wie een klacht werd ingediend en in voorkomend geval, eveneens aan diegene voor wie een klacht bezwarend zou kunnen zijn, daarvan kennis te geven op het ogenblik dat de ombudsman/ombudsvrouw bepaalde tekortkomingen vaststelt in hoofde van de ambtenaar. Deze hebben alsdan het recht daaromtrent mondeling of schriftelijke verklaringen af te leggen en inzage te nemen van het door de ombudsman/ombudsvrouw aangelegd dossier.

#### Artikel 18: Recht van - Onderzoek

Aan de ombudsman/ombudsvrouw wordt op zijn/haar verzoek de bescheiden waarop het onderzoek betrekking heeft, al dan niet in afschrift voorgelegd.

De ombudsman/ombudsvrouw of zijn/haar plaatsvervanger/plaatsvervangster kan, voor zover dit naar zijn/haar oordeel ten behoeve van het onderzoek vereist is, alle plaatsen, met uitzondering van woningen, betreden waar het administratief orgaan, wiens gedragingen worden onderzocht zijn taak verricht.

#### Artikel 19: Vraag om - Onderzoek

Het college van burgemeester en schepenen en de commissie voor algemene bestuurlijke aangelegenheden kunnen de ombudsman/ombudsvrouw vragen een bepaald onderzoek in te stellen

#### Artikel 20: Beoordeling en opvolging

De ombudsman/ombudsvrouw beoordeelt of de diensten, waarover hij/zij bevoegdheid heeft, bij de door hem/haar onderzochte klacht al dan niet onzorgvuldig hebben gehandeld.

#### 1. Klachten met betrekking tot de stad Antwerpen:

1.1. Indien een klacht naar het oordeel van de ombudsman/ombudsvrouw geheel of gedeeltelijk gegrond is, meldt hij/zij dit aan het college van burgemeester en schepenen en zendt hiervan afschrift aan de verzoeker. De gegronde klacht en de aanbeveling aan het college worden samen met het voorstel van antwoord, integraal in de agenda van het college van burgemeester en schepenen opgenomen.

1.2. Indien een reeks klachten een zelfde aangelegenheid betreft, kunnen deze gebundeld worden overgemaakt.

1.3. Indien een klacht naar het oordeel van de ombudsman/ombudsvrouw ongegrond is, deelt hij/zij dit mee aan de verzoeker in een gemotiveerd schrijven.

1.4. Zo mogelijk geeft de ombudsman/ombudsvrouw aanbevelingen aan het college van burgemeester en schepenen om feiten die aanleiding gaven tot de klachten in de toekomst te voorkomen.

1.5. Wanneer het college van burgemeester en schepenen het niet eens is met deze aanbevelingen geeft het daarvan kennis aan de ombudsman/ombudsvrouw met opgave van de redenen.

#### 2. Klachten met betrekking tot het openbaar centrum voor maatschappelijke welzijn Antwerpen:

2.1. Indien een geheel of gedeeltelijk gegronde klacht betrekking heeft op de werking van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn, meldt de ombudsman/ombudsvrouw dit aan de voorzitter van de raad voor maatschappelijk welzijn en zendt hiervan een afschrift aan de verzoeker en aan het college van burgemeester en schepenen.

2.2. Indien een reeks klachten een zelfde aangelegenheid betreft, kunnen deze gebundeld worden overgemaakt.

2.3. Indien een klacht naar het oordeel van de ombudsman/ombudsvrouw ongegrond is, deelt hij dit mee aan de verzoeker in een gemotiveerd schrijven.

2.4. Zo mogelijk geeft de ombudsman/ombudsvrouw aanbevelingen om feiten die aanleiding gaven tot de klachten en vragen te herstellen en/of in de toekomst te voorkomen.

2.5. Wanneer de voorzitter van de raad het niet eens is met deze aanbevelingen geeft hij daarvan kennis aan de ombudsman/ombudsvrouw met opgave van de redenen. Hiervan wordt door de voorzitter van de



raad voor maatschappelijk welzijn een afschrift gestuurd naar het college van burgemeester en schepenen. Wanneer de aanbevelingen worden geformuleerd deelt het college van burgemeester en schepenen of de voorzitter van de raad voor maatschappelijk welzijn mee op welke wijze aan deze aanbevelingen gevolg zal worden gegeven, tenzij in het geval dat zij niet akkoord gaan met deze aanbevelingen.

#### Artikel 21: Tussentijdse verslagen

Per kwartaal bezorgt de ombudsman/ombudsvrouw aan het managementcomité een tussentijds verslag met een overzicht van de gegronde klachten alsook enkele algemene opmerkingen.

Om de zes maanden bezorgt de ombudsman/ombudsvrouw aan het college van burgemeester en schepenen eveneens een tussentijds verslag, met een overzicht van de gegronde klachten alsook enkele algemene ontwikkelingen. Daaraan wordt een bespreking in een gemeenteraadscommissie gewijd.

#### Artikel 22: Jaarlijks verslag

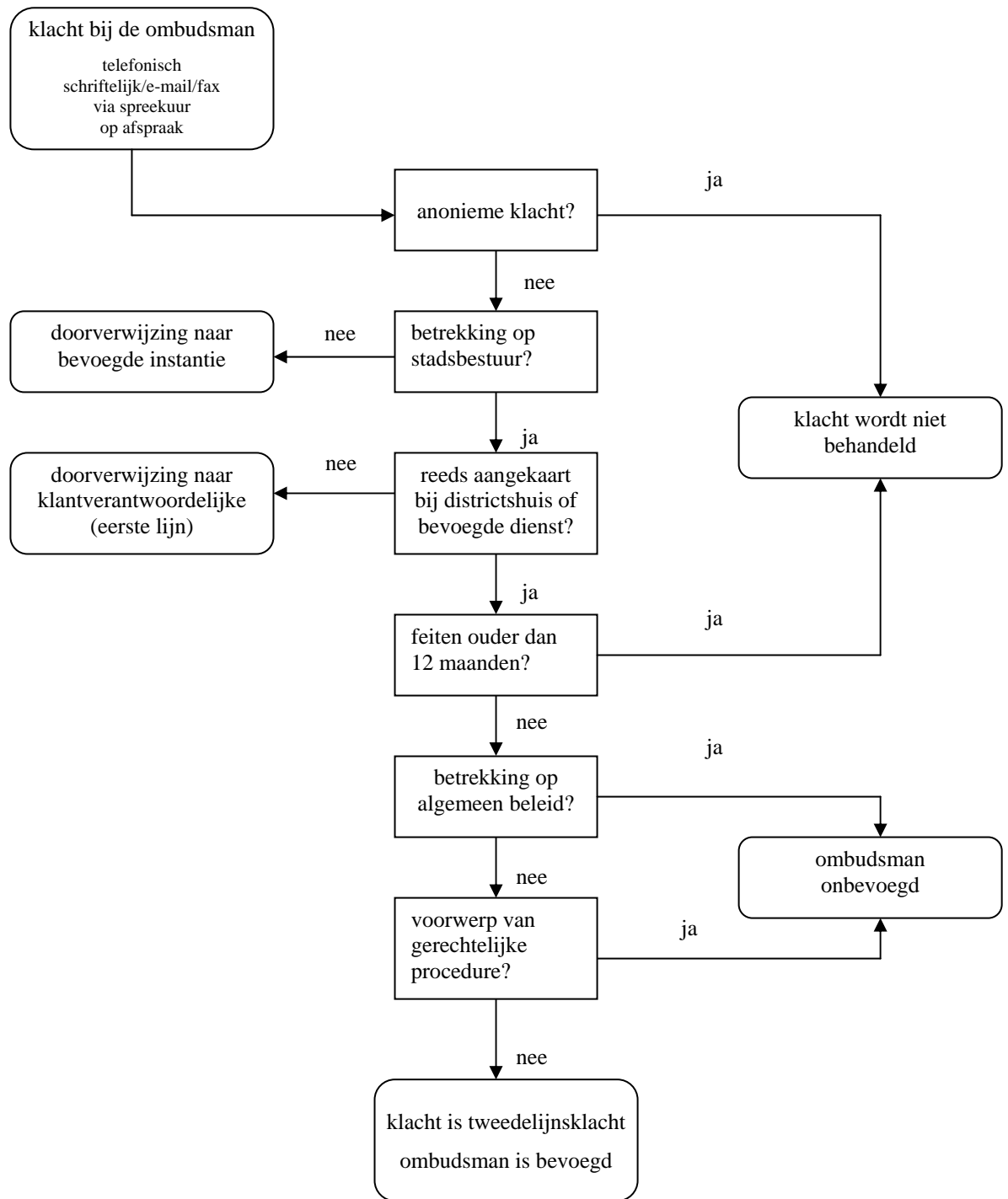
De ombudsman/ombudsvrouw brengt jaarlijks ten overstaan van de gemeenteraad schriftelijk verslag uit over zijn/haar werkzaamheden. Hieraan wijden zowel de gemeenteraad als de raad voor maatschappelijk welzijn of een bijzonder comité een bespreking.

#### Artikel 23: Aanwerving ombudsman/ombudsvrouw

De ombudsman/ombudsvrouw zal aangeworven worden analoog het reglement inzake de selectieprocedure bij benoemingen, bevorderingen en voordrachten van statutair personeel, met uitzondering van artikel 3 en rekening houdend met alle reglementeringen en wettelijke bepalingen ter zake. Er zal geen werfreserve worden aangelegd.

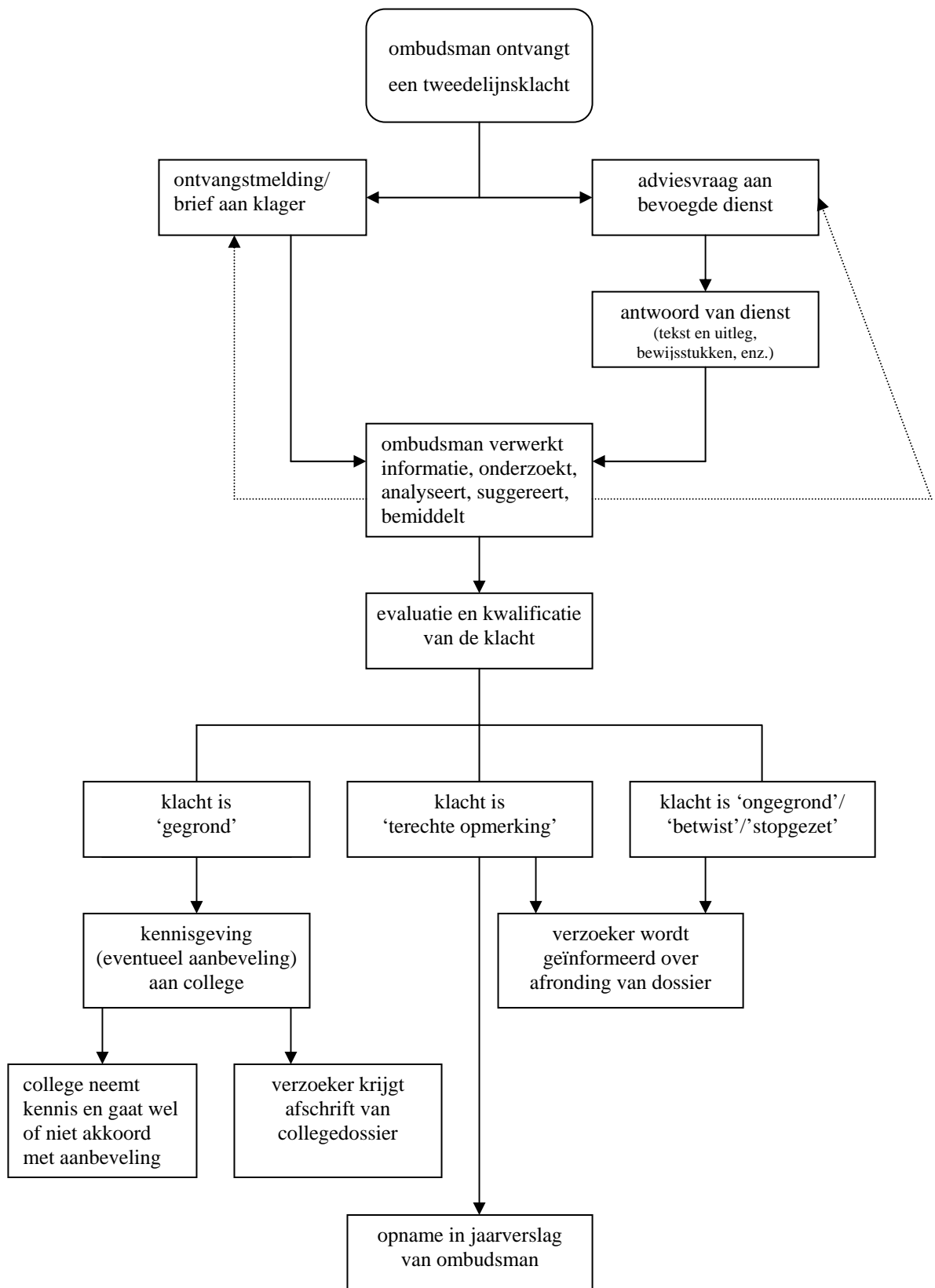
Bron: Ombudsman stad Antwerpen, 1999-2000:  
159-161.

**BIJLAGE 4.8 STROOMDIAGRAM BEVOEGDHEIDS- EN ONTVANKELIJKHEIDSONDERZOEK**



Bron: Ombudsman stad Antwerpen, 1999-2000: 24.

**BIJLAGE 4.9 STROOMDIAGRAM KLACHTBEHANDELING**



Bron: Ombudsman stad Antwerpen, 1999-2000: 25.