

Verbijzonderde Interne Controleplan Gemeente Zeist 2022-2023



Team Control
12 augustus 2022
Vastgesteld op 30 augustus 2022

Inhoudsopgave

Inleiding	3
1. Rechtmatigheidsverantwoording.....	5
1.1 Rechtmatigheid	5
1.2 Normenkader	5
1.3 Verordeningen en nota's	5
2. Interne beheersomgeving	7
2.1 Three lines model.....	7
2.2 Taken en verantwoordelijkheden volgens het Three lines model.....	8
2.3 Randvoorwaarden controleorganisatie	8
3. Uitgangspunten (Verbijzonderde) interne controle	9
3.1 Te controleren processen	9
3.2 IT-Audit.....	10
3.3 Overige controles/ aandachtsgebieden	10
4. Vastlegging	12
4.1 Inhoud controlememorandum	12
4.2 Bepalen controlefrequentie en controlenorm van de controlepunten	12
4.3 Controlemomenten.....	13
4.4 Vastlegging controles.....	14
5. Verantwoording van de resultaten	15
6. Toleranties accountantscontrole	17
6.1 Goedkeuringstoleranties accountant	17
6.2 Verantwoordingsgrens rechtmatigheidsverantwoording College van B&W	18
7. Toekomst	19
7.1 Datagedreven werken	19
7.2 In Control Statement	19
8. Planning boekjaar 2022	20

Inleiding

Afgelopen jaren stelde het team Control jaarlijks een Verbijzonderde Interne Controleplan op. Dit Verbijzonderde Interne Controleplan stellen we voor twee jaar op, boekjaar 2022 en 2023. Dit is mogelijk omdat de werkzaamheden die zowel voor de getrouwheid als rechtmatigheid verricht dienen te worden niet wezenlijk per jaar veranderen. De wens is om het Verbijzonderde Interne Controleplan door te ontwikkelen naar een kaderdocument voor meerdere jaren en een uitvoeringsplan per jaar waarin aanvullende accenten gelegd kunnen worden. Dit zal in 2024 voor het eerst opgeleverd worden.

Het Verbijzonderde Interne Controleplan 2022-2023 geeft inzicht in de uit te voeren (verbijzonderde) interne controlewerkzaamheden binnen de gemeente Zeist. De voorgestelde (verbijzonderde) interne controlewerkzaamheden hebben als doel om zicht te krijgen op de getrouwheid van de financiële verantwoording en de rechtmatigheid van handelingen en transacties met een financieel gevolg. Met de uitkomsten leggen we een basis voor het - ook door de externe accountant - benodigde inzicht in de financiële verantwoording van boekjaar 2022 en 2023. De getrouwheid van de financiële verantwoording betekent dat de balans inclusief de exploitatierekening een getrouw beeld geeft. De rechtmatigheid van de financiële verantwoording betekent dat de baten en lasten inclusief balansmutaties in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving zijn verantwoord.

Het doel van het intern controleplan is om een adequate inrichting en uitvoering van onze werkzaamheden te waarborgen, zodat er een uitspraak kan worden gedaan omtrent onze rechtmatigheid. De invoering van de wettelijk verplichte rechtmatigheidsverantwoording vereist dat het college zelfstandig verantwoording aflegt over rechtmatig handelen binnen de gemeente. Tevens trachten wij een maximale aansluiting te realiseren tussen de uitgevoerde verbijzonderde interne controle (VIC) en de door de extern accountant te verrichten werkzaamheden. Uitgangspunt hierbij is: dat de interne auditfunctie vast wil stellen of de organisatie 'in control' is; dat de externe accountant gebruik kan maken van de werkzaamheden van onze interne auditfunctie. Een ander belangrijk doel van dit intern controleplan is een bijdrage te leveren aan het lerend vermogen van de organisatie. Jaarlijks komen uit de controle diverse aandachts- en verbeterpunten naar voren. Door opvolging te geven aan deze aanbevelingen en het verankeren van de verbeteringen in onze dagelijkse werkzaamheden wordt invulling gegeven aan continue procesverbetering. Door de opvolging van deze punten expliciet te monitoren leveren we ook een bijdrage aan de invulling van de PDCA principe waarbij we continu willen leren (het morgen weer beter willen doen dan vandaag).

Naast de werkzaamheden met betrekking tot boekjaar 2022 en 2023 worden ook werkzaamheden uitgevoerd om ons voor te bereiden op de eigen rechtmatigheidsverantwoording in 2023, maar ook ter voorbereiding op de ambitie die wij als gemeente in de toekomst hebben, het In Control Statement (ICS). Een nadere duiding van het ICS is opgenomen in hoofdstuk 7.

Het Verbijzonderde Interne Controleplan biedt de basis om vast te stellen welke processen onderdeel van de (verbijzonderde) interne controle uitmaken en wat de diepgang van de (verbijzonderde) interne controle werkzaamheden zal zijn. Het team Control voert in overeenstemming met het bestuurlijk vastgesteld Verbijzonderde Interne Controleplan de verbijzonderde interne controle uit om de rechtmatigheid en de omvang van de risico's met betrekking tot financieel kritische processen vast te stellen. De resultaten van de verbijzonderde interne controle en eventuele (aanvullende) onderzoeken geven informatie over in hoeverre de gemeente Zeist beheersing heeft over haar bedrijfsvoering, oftewel 'in control' is.

Het Verbijzonderde Interne Controleplan Gemeente Zeist 2022-2023 wordt, na afstemming met de accountant, ter vaststelling voorgelegd aan het College en ter kennisname voorgelegd aan de Auditcommissie. Het team Control bespreekt dit plan met verantwoordelijke proceseigenaren en rapporteert over de status van de implementatie van het Verbijzonderde Interne Controleplan in de Audit rapportages.

Leeswijzer

In het controleplan komt in hoofdstuk 1 het wettelijke kader van de rechtmatigheidsverantwoording aan de orde. Hoofdstuk 2 geeft inzicht in de interne beheersomgeving van de gemeente Zeist inclusief de taken verantwoordelijkheden en bevoegdheden van diverse gremia. De tekst geeft inzicht in het 'Three lines model' en de daadwerkelijke vertaling hiervan naar de gemeente Zeist. De hoofdstukken 3 tot en met 6 behandelen de daadwerkelijk uit te voeren controlewerkzaamheden en de rapportering hierover. In hoofdstuk 7 kijken we naar de toekomst met data-gedreven werken en het ICS. We sluiten dit controleplan af met de planning over het boekjaar 2022.

1. Rechtmatigheidsverantwoording

Naar aanleiding van het rapport “Vernieuwing van de begroting en verantwoording van gemeenten” van de commissie Depla is een wetstraject gestart om te komen tot een rechtmatigheidsverantwoording door het College, in plaats van de accountant. Dit om de verantwoordelijkheid van het College voor de rechtmatige besteding van de middelen te benadrukken en de kader stellende en controlerende rol van de Raad te versterken. De accountantscontrole richt zich dan op de getrouwheid van de jaarrekening, waarvan de rechtmatigheidsverantwoording deel uit maakt.

Het streven was dat deze wetgeving van kracht werd met ingang van het boekjaar 2021. De wetgeving is echter vertraagd. De Tweede Kamer heeft het wetsvoorstel op 31 mei 2022 aangenomen. Het ministerie van BZK heeft in haar IBI nieuwsbrief 109 van juni 2022 laten weten dat de invoering van de rechtmatigheidsverantwoording ingaat met ingang van verslagjaar 2023.

De gemeente Zeist is voornemens om het boekjaar 2022, evenals boekjaar 2021 het geval was, als proefjaar voor de rechtmatigheidsverantwoording te gebruiken. Wij zullen aandacht besteden aan de inrichting van de interne beheersorganisatie inclusief taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Daarnaast wordt de toetsing van de effectiviteit van de beheersmaatregelen nog verder geïntensiveerd. In de hoofdstukken 2 tot en met 6 van dit document wordt dit nader toegelicht.

1.1 Rechtmatigheid

Het juridische begrip rechtmatigheid heeft betrekking op het voldoen aan wettelijke kaders en regelgeving. Hierbij gaat het niet om alleen om zogenaamde externe regelgeving, zoals Europese en nationale wetgeving, maar ook om eigen regels van de gemeente. Het begrip rechtmatigheid in het kader van de rechtmatigheidsverantwoording is een minder omvattend begrip. Bij rechtmatigheid in het kader van de rechtmatigheidsverantwoording bestaat er een duidelijke relatie met het financiële beheer. Er moet worden vastgesteld dat *baten, lasten en balansmutaties* rechtmatig tot stand zijn gekomen. Het gaat om de financiële beheershandelingen.

1.2 Normenkader

De voor de rechtmatigheidsverantwoording relevante wet- en regelgeving wordt vastgelegd in het zogenaamde normenkader. Dit normenkader wordt jaarlijks herzien op basis van nieuwe wet- en regelgeving. Control stelt jaarlijks het geactualiseerde normenkader op, na uitvraag bij de teams. Voorheen werd het normenkader minimaal ter kennisname voorgelegd aan de Raad. Met ingang van boekjaar 2022 heeft de Commissie BBV in de Kadernota Rechtmatigheid opgenomen dat het normenkader elk jaar vastgesteld dient te worden door de Raad.

1.3 Verordeningen en nota's

Het normenkader geeft inzicht in de van kracht zijnde wet- en regelgeving en bestaat uit de externe wet- en regelgeving, verordeningen en interne nota's. De verordeningen en interne nota's zijn de door de Raad vastgestelde kaders richtinggevend voor het uit te voeren beleid door het college van B&W. De onderstaande verordeningen respectievelijk nota's worden in 2022 in ieder geval geactualiseerd en opnieuw aan de Raad aangeboden:

- Legesverordening;
- Verordening parkeerbelastingen;
- Besluit vaststelling kosten naheffingsaanslag parkeerbelastingen (besluit naheffingsaanslag parkeerbelastingen);
- Verordening afvalstoffenheffing;
- Verordening begraaf- en crematierechten;
- Verordening marktgeld;
- Verordening rioolheffing;
- Verordening onroerende zaakbelastingen;
- Verordening toeristenbelasting;
- Financiële verordening gemeente Zeist 2017 (art. 212).

Met uitzondering van de laatste bullet is de actualisatie van de andere verordeningen in overeenstemming met voorgaande jaren. De bovengenoemde verordeningen (met uitzondering van de laatste) zullen ook voor 2023 geactualiseerd worden. Tevens zullen de 'Nota reserves en voorzieningen' en de 'Nota waarden en afschrijven materiële vaste activa' naar alle verwachting in 2023 herzien worden.

2. Interne beheersomgeving

De gemeente Zeist heeft in de afgelopen jaren fors geïnvesteerd in de verbetering van de interne beheersomgeving en de daarin opgenomen maatregelen van interne controle. Deze investeringen blijven noodzakelijk om een getrouwe en rechtmatige financiële verantwoording te kunnen garanderen. De accountant rapporteert jaarlijks zowel in de managementletter als in het accountantsverslag over de kwaliteit van de interne beheersomgeving. De accountant constateert dat er voldoende basis van interne beheersing aanwezig is, maar dat dit mede komt door de inzet van de 3^e lijn. Het advies is om diverse controlewerkzaamheden die nu uitgevoerd worden in de 3^e lijn door team Control te beleggen in de 2^e of 1^e lijn zodat de 3^e lijn zich kan richten op de werking van het gehele stelsel. Deze bevinding past in de ontwikkeling om het Three lines model volledig in te voeren in Zeist en de verantwoordelijkheden voor de interne beheersing en (verbijzonderde) interne te controle te beleggen op de plek waar ze horen. Tevens is deze inrichting in de toekomst noodzakelijk om te kunnen voldoen aan de vereisten voor een In control statement.

2.1 Three lines model

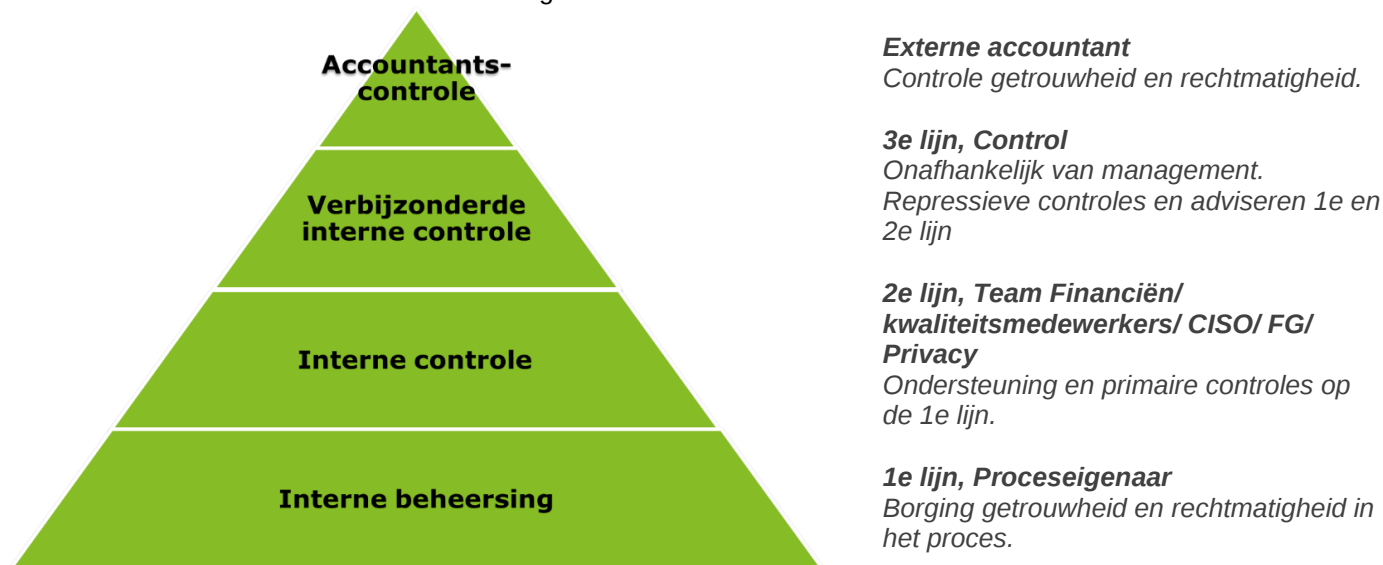
De gemeente Zeist wil de interne beheersomgeving verder versterken en verbeteren aan de hand van de het zogeheten 'three lines model' opgesteld door The Institute of Internal Auditors. De inrichting volgens het three lines model draagt bij aan het versterken van de interne beheersomgeving. Dit omdat er preventieve controles plaatsvinden in de eerste en tweede lijn, hierdoor worden fouten voorkomen. Constateringen leiden tot procesverbeteringen, waardoor de bedrijfsvoering efficiënter en effectiever wordt.

De redenen van de inrichting van de interne beheersing langs dit model zijn:

- De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn per lijn duidelijk geconcretiseerd. De 1^e en 2^e lijn vallen duidelijk onder verantwoordelijkheid van het management. De 2^e lijn is concreter geformuleerd en dient als ondersteuning van de 1^e lijn;
- De genoemde lijnen zijn rollen binnen de organisatie en geen structuren. Dit maakt het model dynamisch en toepasbaar voor de hele organisatie. Zo kunnen ook lijnen/rollen zijn samengevoegd binnen 1 functie;
- De benadering van dit model is volledig vanuit het brede begrip van governance, in plaats van het kleinere risicomanagement. Governance wordt in het model ingevuld door drie elementen zijnde verantwoording (1^e lijn), acties (2^e lijn) en toezicht en advies (3^e lijn).

De toepasbaarheid van het model wordt vooral bereikt door de formulering van een duidelijke rolverdeling, coördinatie, communicatie en samenwerking tussen functies en professionals.

Schematisch ziet het bovenstaande er als volgt uit:



2.2 Taken en verantwoordelijkheden volgens het Three lines model

De 1^e lijn (proceseigenaar):

- Primair verantwoordelijk van de opzet van de processen en het afdekken van de getrouwheids- en rechtmatigheidsrisico's;
- Verantwoordelijk voor kwalitatieve analyse en toelichting op de Planning en Control producten;
- Het implementeren van advies uit de 3e lijn en zorgen dat het proces in-control is en blijft.

De 2^e lijn (Kwaliteitsmedewerkers / team Financiën):

- Ondersteunt de 1^e lijn bij de opzet en controles van de primaire processen (procesbeheersing);
- Verricht een lijncontrole (door middel van documentatie het *bestaan* van het proces aantonen);
- Voert controles uit op de 1^e lijn, *onder regie van de 3^e lijn*.

De 3^e lijn (Control):

- Opereert onafhankelijk en objectief;
- Heeft een regierol op het hele proces inclusief de interne controles in de 1^e en 2^e lijn;
- Voert (verbijzonderde) interne controles uit op de getrouwheid en rechtmatigheid van de financieel-kritische processen (de werking van het proces). Bij processen waarbij de 2^e lijn is ingericht, wordt een review verricht op de door de 2^e lijn verrichte interne controles;
- Adviseert over verbetering in de 1e en 2e lijn en rapporteert richting bestuur en directie;
- Stelt de rechtmatigheidsverantwoording op.

De bovenstaande opsomming geeft inzicht in de taken en verantwoordelijkheden per lijn. Naast deze specifieke taken zijn tevens acties nodig die niet specifiek per lijn te zijn benoemen maar de hele organisatie raken. Deze zijn opgenomen in paragraaf 2.3. Op dit moment werken we nog niet (volledig) conform het 3 lines model. De komende jaren wordt dit steeds verder vormgegeven.

2.3 Randvoorwaarden controleorganisatie

Jaarlijks dienen de volgende proces-overstijgende activiteiten te worden uitgevoerd:

- Actualisatie Normenkader rechtmatigheid (externe wetgeving en eigen regelgeving);
- Aanpassen Controleprotocol;
- Actualisatie Verbijzonderde Interne Controleplan en werkprogramma's;
- Actualisatie controle- en rapportage formats;
- Afspraken maken met de externe accountant ten aanzien van de interim- en jaarrekening controle, waaronder de Lijst op te leveren stukken (LOTS).

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van deze activiteiten is in handen van control.

3. Uitgangspunten (Verbijzonderde) interne controle

In de hoofdstukken 2 en 3 is een uiteenzetting gegeven van het theoretische kader met betrekking tot de rechtmatigheidsverantwoording en een nadere duiding van het three lines model. De werkzaamheden in het controleplan vinden op dit moment nog hoofdzakelijk plaats in de 3^e lijn (verbijzonderde interne controle). Deze werkzaamheden worden in dit hoofdstuk nader toegelicht.

3.1 Te controleren processen

In overeenstemming met de Nadere Voorschriften Controle- en Overige Standaarden (NV COS) dient een organisatie inzicht te verwerven in de, voor de controle, relevante interne beheersingsactiviteiten. Met andere woorden, beheersingsactiviteiten waarvan de interne auditfunctie van mening is dat het inzicht hierin noodzakelijk is. De reden voor deze noodzakelijkheid is dat de organisatie inzicht krijgt in de risico's op een afwijking van materieel belang en op verdere controlewerkzaamheden die de ingeschatte risico's verkleinen. Alle kosten- en batensoorten waarbij de omvang van het begrote bedrag groter is dan 1% van de totale lasten, inclusief dotaties aan de reserves, worden aangemerkt als materieel.

Voor de controlejaren 2022 en 2023 is de omvang van de baten en of lasten (materialiteit) van het proces bepalend voor de selectie van de te controleren processen. Fouten in deze processen geven de grootste financiële impact. Om het controleproces verder door te ontwikkelen ten behoeve van de rechtmatigheidsverantwoording, en op termijn een In Control Statement, dienen in de komende jaren meer processen periodiek gecontroleerd te worden aan de hand van een meerjarenschema dat is gebaseerd op de uitgangspunten onder punt "4.2 controlefrequentie".

Op de volgende bedrijfsprocessen worden in 2022 en 2023 (verbijzonderde) interne controle verricht op getrouwheid en/of financiële rechtmatigheid. Dit kan zowel gedurende het jaar of tijdens de jaarrekeningcontrole zijn. De keuze voor de controle van het proces kan zowel materieel als risicogericht zijn:

- Inkoop en aanbesteding (spendanalyse en factuurcontrole);
- Salarissen;
- Grondexploitatie;
- Subsidieverstrekingen;
- Verhuuropbrengsten;
- Subsidiebatens / specifieke uitkeringen;
- Leges begraven en cremieren (Bosrust);
- Leges burgerzaken;
- Leges omgevingsvergunningen;
- Jeugd;
- Wmo;
- SiSa-verantwoording;
- In- en aankoop vastgoed;
- Gemeentelijke bijdragen / verbonden partijen.

Belastingopbrengsten, Participatiewet en Parkeeropbrengsten hebben wel een (groot) materieel belang binnen de begroting. Deze administratie voert respectievelijk de BghU, Regionale Sociale Dienst Kromme Rijn Heuvelrug en ParkeerService uit. De getrouwheid en rechtmatigheid van deze processen worden beoordeeld door de door BghU, Regionale Sociale Dienst Kromme Rijn Heuvelrug en ParkeerService ingehuurd accountant en vallen hierdoor buiten de scope van dit controleplan.

Aan deze lijst kunnen processen toegevoegd worden indien gedurende het jaar blijkt dat deze een hoog risicoprofiel hebben (qua materialiteit, impact). De controlefrequentie is mede afhankelijk van de geïdentificeerde risico's en de geïdentificeerde omvang van zowel het risico als de financiële impact van de processen.

3.2 IT-Audit

IT-audit is gericht op het vaststellen of de beheersing van de belangrijkste IT-applicaties binnen de gemeente toereikend is. Dit met als doel dat de gemeente kan steunen op de output die uit de belangrijkste applicaties komt en om opzet, bestaan en werking van de IT-voorziening te beoordelen.

Een van de belangrijkste evaluaties is de jaarlijkse Eenduidige Normatiek Single Information Audit (ENSIA) gericht op informatieveiligheid gebaseerd op de Baseline Informatiebeveiliging Overheid (BIO). De BIO beschrijft de controls en maatregelen die minimaal benodigd zijn om beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid (BIV) van informatie(systemen) te waarborgen. De kritische informatiesystemen zijn hierbij het uitgangspunt.

Vanaf boekjaar 2022 willen we naast de reguliere beheersingsmaatregelen in processen ook starten met een controle op de geautomatiseerde beheersingsmaatregelen, de zogenaamde applicatie controles en IT-afhankelijke controles. Dit zal plaatsvinden op de applicaties die gebruikt worden voor de in 3.1 genoemde processen.

3.3 Overige controles/ aandachtsggebieden

Themaonderzoeken

Evenals voorgaande jaren zal control naast de reguliere controlewerkzaamheden, op verzoek of uit eigen beweging themaonderzoeken uitvoeren.

IT-Audits

Afgelopen jaren heeft het team Control onderzoek uitgevoerd naar Unit4 Financials. Het team Informatievoorziening heeft ter opvolging van de lopende acties sterke verbeteringen doorgevoerd. Afhankelijk van de implementatie van de verplichtingenadministratie en succesvolle afronding van fase 2 voor Unit4 Financials zal hier in 2022 opnieuw een themaonderzoek plaatsvinden.

Om een breder inzicht te krijgen in de IT-beheersing is later in 2021 nog een aanvullend onderzoek uitgevoerd. De conclusies uit dit aanvullende onderzoek waren dat de beheersmaatregelen rond de IT-functie voldoen aan de daaraan te stellen eisen, met uitzondering van bevindingen over Systeemarchitectuur, Beheersing van uitbestedingen, Informatiebeveiliging en Systeemimplementatie en opdrachtverlening leveranciers IT-Systemen. In 2022 zal een verdere monitoring van de aanbevelingen plaatsvinden.

Per 1 januari 2022 is AFAS/PAS ingevoerd als personeels-/salarissysteem. Gezien het belang van AFAS/PAS voor de financiële verantwoording zal hier, evenals naar Unit4 Financials in 2020, een onderzoek naar worden uitgevoerd. Na invoering van het subsidiesysteem (waarvan de livegang in 2022 gepland staat) zal ook een afzonderlijk onderzoek worden uitgevoerd.

De uitkomsten van deze werkzaamheden worden gerapporteerd in een afzonderlijke audit rapportage. Hierbij wordt het belang van IT nog verder benadrukt in de organisatie.

M&O (misbruik en oneigenlijk gebruik)-beleid

Bestuurders en ambtenaren van gemeenten nemen dagelijks beslissingen met soms grote financiële gevolgen. Het kan voor derden verleidelijk zijn deze beslissingen ongewenst of ongeoorloofd te beïnvloeden. Regelingen en overheids gelden kunnen zo misbruikt of oneigenlijk gebruikt worden. Sinds 2004 is het gemeentelijk beleid ter voorkoming en bestrijding van dit misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O-beleid) onderdeel van de rechtmatigheidscontrole van de externe accountant. Gemeenten moeten, net als de rijksoverheid, een beleid ter voorkoming en bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik hebben. Met de invoering van de Rechtmatigheidsverantwoording per boekjaar 2023 maakt het Misbruik & Oneigenlijk gebruik criterium onderdeel uit van de Rechtmatigheidsverantwoording.

De gemeente Zeist heeft een beleidsnota "Voorkoming en bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik" d.d. 20 oktober 2005 opgesteld. Het voornemen was om in 2021 een nieuwe nota op te stellen, dit is doorgeschoven naar 2022. De nota wordt opgesteld ter sturing en vastlegging van het bestaande beleid om misbruik en oneigenlijk gebruik van gemeentelijke regelingen en eigendommen te voorkomen. Tegelijkertijd biedt het vastleggen van M&O-beleid een kader voor toekomstige activiteiten als het gaat om de bestrijding van onder andere fraude en misbruik.

De nieuwe nota geeft een uiteenzetting van het algemene, integrale beleid van de gemeente Zeist inzake de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. De uitwerking van het M&O-beleid vindt plaats in de specifieke regelingen, bijbehorende verordeningen en processen. Overigens zijn de meeste regelingen gebonden aan wettelijke eisen en minimumnormen voor het nemen van maatregelen ter bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. Hieraan moet de gemeente uiteraard voldoen. Daarnaast wordt de meerwaarde van eenduidig en overkoepelend algemeen beeld ingezien. Een adequate inrichting en uitvoering van M&O-beleid draagt namelijk bij aan een goede interne beheersing en aan het in control zijn van de organisatie.

De beleidsnota wordt afgestemd met het GMT en daarna vastgesteld door de raad.

Toetsing op de prestatielevering van zorg in natura (ZIN)

De gemeente Zeist is in 2021 gestart met een pilot kwaliteit en rechtmatigheid van ZIN-verstrekingen.

De doelstellingen van deze pilot zijn:

- Vaststellen van de rechtmatigheid van de ZIN-verstrekingen, in contact met de begunstigde van de zorg wordt de daadwerkelijke levering vastgesteld. Voor de PGB-verstrekingen gebeurt dit al, voor ZIN nog niet of nauwelijks.
- Kwaliteitsverbetering, de controle biedt handvatten om kwaliteitsaspecten van de dienstverlening binnen de teams te verbeteren en te komen tot een cyclisch proces van 'plan-do-check-act'.
- Kosten reduceren, de pilot geeft mogelijk aanknopingspunten om in het Sociaal Domein kosten te besparen.
- Meer eenduidigheid in werkwijze, de uitkomst van de pilot geeft aanknopingspunten om de processen binnen de teams meer eenduidig te laten verlopen.
- Meer zicht op de prestatielevering van de zorgaanbieders.

De scope van de pilot inclusief de werkzaamheden is in samenwerking met medewerkers van het Sociaal Team en team Control vastgesteld. De eerste uitkomsten hebben al geleid tot verbeterpunten in de processen. Voor genoemde onderdelen willen we tweede helft 2022 meer focussen op de prestatielevering van ZIN verstrekingen. Control zal in samenwerking met de lijnfunctionarissen de uitkomsten reviewen en evalueren. De evaluatie is mogelijk aanleiding tot een herinrichting van de processen gericht op de verbetering van de interne toetsing van de prestatielevering van de ZIN.

Aandachtsgebieden benoemd door de accountant respectievelijk raad

Jaarlijks formuleert de raad 3 aandachtspunten voor de accountant waarbij de organisatie zorgt voor de input van de gegevens en de voorbereiding van de werkzaamheden. Het team Control coördineert deze werkzaamheden en zoekt de verbinding met collega's in de organisatie. De rapportering over de uitkomsten van de werkzaamheden vindt plaats binnen de reguliere cyclus zie hoofdstuk 5.

4. Vastlegging

Het voorgaande hoofdstuk gaf inzicht in de geselecteerde processen die in aanmerking komen voor interne controlewerkzaamheden. Tevens zijn in dit hoofdstuk de IT-audit en de overige aandachtspunten aan de orde gekomen. Het volgende hoofdstuk geeft een nadere toelichting op de rapportering over de uitkomsten van de werkzaamheden.

4.1 Inhoud controlememorandum

De nadere uitwerking van de te controleren processen is opgenomen in controle memoranda. Dit document bevat de volgende onderwerpen:

- Algemeen;
- De opsomming van de relevante wet- en regelgeving;
- De risicomatrix met de bruto en netto risico's binnen het proces;
- De controleaanpak en de planning van de (verbijzonderde) interne controles;
- Constateringen beoordeling opzet, bestaan en waar mogelijk de werking van de interne beheersmaatregelen;
- Inzicht in de wijze van totstandkoming en omvang van de steekproef;
- Conclusies naar aanleiding uitgevoerde (verbijzonderde) interne controle;
- Aanbevelingen.

De werkzaamheden en rapportages in het controle memorandum strekken ter vaststelling van zowel de getrouwheid als de rechtmatigheid van de financiële verslaggeving.

4.2 Bepalen controlefrequentie en controlenorm van de controlepunten

In 2020 is gestart met het classificeren van de netto risico's per proces. Een netto risico is het restrisico wat overblijft nadat we beheersmaatregelen hebben getroffen waarbij het risico niet verder te verlagen is. Van ieder proces worden de risico's bepaald en middels een zogenaamde risicomatrix geclassificeerd van laag naar hoog. Op basis van deze risico's worden beheersmaatregelen geformuleerd. Per beheersmaatregel is aangegeven wat de classificatie is van het risico waarop het controlepunt is gebaseerd.

Het is niet noodzakelijk dat alle controlepunten per definitie jaarlijks gecontroleerd worden. Dit is afhankelijk van de hoogte van het risico waarop het controlepunt gebaseerd is. Uitgangspunt is wel dat alle risico's minimaal éénmaal per drie jaar gecontroleerd worden. Hierbij wordt opgemerkt dat de scope is beperkt tot risico's die mogelijk een financiële impact hebben voor de organisatie. Het aantal te controleren dossiers per controlepunt (de controlenorm), is eveneens afhankelijk van het geclassificeerde risico's. Per risico wordt op grond van onderstaande tabel het aantal te controleren dossiers bepaald.

	Aantal te controleren dossiers, per controlepunt, gebaseerd op het geclassificeerde risico waarop het controlepunt toetst.		
Factor 4 : Aantal controle-momenten*	laag risico	middel risico	hoog risico
Jaarlijks	1	1	1
Kwartaal	2	2	2
Maandelijks	3	3	5
Wekelijks	5	10	15
Dagelijks	20	30	40
Meerdere keren per dag	25	45	60

De bovenstaande werkzaamheden inclusief frequenties van toetsing dienen ter vaststelling van de effectiviteit van de interne beheersmaatregel. Naast deze werkzaamheden is het voornemen om met ingang van 2022 meer gebruik gemaakt van data-analyse. Dit is nader uitgewerkt in hoofdstuk 7.

4.3 Controlemomenten

Controle in het proces (de 1^e lijn)

De proceseigenaar is verantwoordelijk voor het proces en draagt zorg voor een adequate controle op basis van wetgeving, gedelegeerde bevoegdheden, functiescheiding, vier-ogen-principe, raadsbesluiten e.d. om onvolkomenheden in de uitvoering van de bedrijfsvoering tijdig op te sporen en te herstellen. Als de controles op de beheershandelingen deel uitmaken van de procesbeschrijving en/of werkinstructie is het proces feitelijk geborgd. Ook de wijze van vastleggen (afvinken, paraferen, dossiervorming, e.d.) en het monitoren van de controles wordt geregeld binnen het proces van het team zelf.

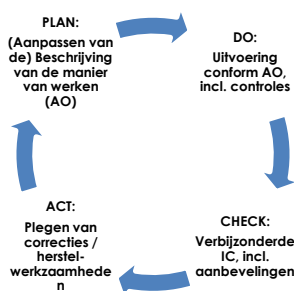
Interne controles (2^e lijn)

De interne controle in de 2^e lijn kan worden beschouwd als een preventieve controle op de controlemomenten in het proces. Hierbij worden delen of het totale proces, beleid, budget en wet- en regelgeving onder de loep genomen. Interne controles worden uitgevoerd door iemand van het proces zoals de kwaliteitsmedewerkers, of bij voorkeur uitgevoerd door iemand van buiten het proces, door medewerkers van het team Financiën, team Juridische zaken en team Inkoop. Een interne controle heeft als doel eventuele verbeterpunten in het proces vroegtijdig en vooraf te signaleren om zo de kwaliteit, de betrouwbaarheid en de rechtmatigheid van de bedrijfsvoering verder te verbeteren.

De 2^e lijn heeft naast een ondersteunende functie, met betrekking tot de risicobeheersing in het proces, ook een controlerende functie, in de vorm van financiële controles en gegevensgerichte controles. Zij ondersteunt en adviseert de 1^e lijn bij de "opzet" van het proces, toetst middels een "lijncontrole" het "bestaan" van het proces en verricht onder regie van de 3^e lijn de interne controle aan de hand van steekproeven. De 2^e lijn is nog in ontwikkeling, de daadwerkelijk uit te voeren controlemaatregelen worden op dit moment nog hoofdzakelijk door de 3^e lijn uitgevoerd. Daar waar binnen de organisatie de 2^e lijnsfunctie nog niet is ingericht, zal control deze functie tijdelijk overnemen.

Verbijzonderde interne controles (3^e lijn)

De controle in de 3^e lijn wordt achteraf verricht door control. Dit team opereert onafhankelijk en objectief van de eerste twee lijnen. De 3^e lijn toetst de effectiviteit van de controles en het risicomanagement van de eerste twee lijnen, adviseert over te maken verbeteringen, rapporteert hierover richting het bestuur en directie en stelt de rechtmatigheidsverklaring op. Dit draagt bij aan de realisatie van de bedrijfsdoelstellingen en de verbetering van de kwaliteit van de bedrijfsvoering. Door deze werkwijze ontstaat een cyclisch proces van controle en bijsturing, waarbij de risico's steeds verder worden teruggedrongen. Deze rol werd in het verleden hoofdzakelijk door de externe accountant uitgevoerd.



De gemeente hanteert in principe reeds deze PDCA-cyclus, met ingang van het boekjaar 2022 vindt een formalisering plaats. Deze formalisering impliceert de volgende punten:

1. Het opstellen van het controleplan 2022 en actualiseren van de procesbeschrijvingen zal uiterlijk Q3 plaatsvinden (Plan).
2. De toetsing van de interne beheersorganisatie zal 3 keer per jaar plaatsvinden, gericht op een cyclus van 4, 3 en 5 maanden. Hierdoor is de organisatie beter en sneller in staat om in te spelen

op mogelijke tekortkomingen en nemen van maatregelen om deze in de toekomst te voorkomen (Do en Check).

3. De bewaking van de opvolging van de bevindingen inclusief toetsing van verbeteringen wordt periodiek uitgevoerd (Act).

Door opvolging te geven aan de tekortkomingen en ze te verankeren in onze dagelijkse werkzaamheden wordt invulling gegeven aan continue procesverbetering. Door de opvolging van deze punten expliciet te monitoren leveren we ook een bijdrage aan de invulling van het PDCA principe waarbij we continu willen leren (het morgen weer beter willen doen dan vandaag).

4.4 Vastlegging controles

De controles, nu nog hoofdzakelijk door de 3^e lijn uitgevoerd, worden vastgelegd in standaard formats/checklists welke worden gefaciliteerd door team Control. Nadat de 1^e en 2^e lijn is versterkt en controles door de 2^e lijn worden opgepakt is team Control is verantwoordelijk voor de review op de uitgevoerde werkzaamheden en zal de controlememorandums opstellen. De inhoud van deze memorandums wordt afgestemd met de proceseigenaren en functionarissen uit de 2^e lijn.

De gemeente is voornemens om een applicatie aan te schaffen waarin alle uitkomsten inzake de werking van de beheersorganisatie zijn opgenomen. De implementatie van deze applicatie zal gefaseerd plaatsvinden.

5. Verantwoording van de resultaten

Een verdere versterking van de interne beheersorganisatie stelt eisen aan de inrichting van de organisatie, de versterking van de taken verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de lijn en een gedegen rapportage cyclus. In voorafgaande jaren is reeds veel geïnvesteerd in de rapportering over de uitkomsten van de toetsing van de interne beheersorganisatie. Over het boekjaar 2021 zijn in dit kader de volgende documenten opgesteld:

- Interne managementletter (interim auditverslag);
- Intern auditverslag (per jaareinde);
- Actualisatie frauderisico-analyse;
- Misbruik en oneigenlijk gebruik van overheidsmiddelen;
- Rapportage IT-audit.

De bovenstaande documenten worden in 2022 en 2023 weer opgesteld en besproken met het GMT. Daarna zal vaststellen door het college plaatsvinden. Met uitzondering van het intern auditverslag worden alle andere documenten ter kennisgeving aan de raad aangeboden door middel van een raadinformatiebrief. Het intern auditverslag wordt formeel aan de raad aangeboden na bespreking met de auditcommissie.

Een korte uiteenzetting van de inhoud van de rapportages is als volgt:

Interne managementletter

De interne managementletter geeft inzicht in de uitkomsten van de werkzaamheden inzake de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersingsmaatregelen van de belangrijkste processen, inclusief de geautomatiseerde gegevensverwerking. De bevindingen zijn gebaseerd op werkzaamheden door team Control en worden vooraf altijd afgestemd met verantwoordelijke lijnfunctionarissen. De bevindingen worden voorzien van aanbevelingen ter mogelijke verbetering en versterking van de interne beheersorganisatie. Deze rapporteringswijze biedt handvatten voor de bewaking van de opvolging van de mogelijk geconstateerde tekortkomingen. Deze rapportage wordt voorafgaand aan de Managementletter van de accountant opgesteld.

Intern auditverslag

Het intern auditverslag wordt in juni van het daaropvolgende jaar aangeboden aan de raad en geeft inzicht in de overall uitkomsten van het voorgaande boekjaar. De volgende onderwerpen komen in de rapportage aan de orde:

- de kwaliteit van de interne beheersorganisatie;
- de uitkomsten van de gegevensgerichte werkzaamheden van de verbijzonderde interne controle;
- de aandachtspunten van de raad;
- actuele ontwikkelingen.

Actualisatie frauderisico-analyse

De gemeente Zeist beschikt over een formeel proces voor het vaststellen en beoordelen van het risico van fraude, omkoping en corruptie en voor het beheersen van deze risico's. Er is een frauderisicoanalyse opgesteld. Voor de beheersing van frauderisico's zullen wij de volgende werkzaamheden uitvoeren:

- Actualisatie van de Frauderisicoanalyse;
- Controle op de werking van de fraudebeheersmaatregelen;
- Rapportering over de uitkomsten;
- De uitkomsten van de werkzaamheden worden separaat gerapporteerd aan het college en tevens besproken met de auditcommissie.

Misbruik en oneigenlijk gebruik overheidsgelden (M&O)

In 2022 zal een nieuwe nota M&O-beleid worden opgesteld, dit is nader toegelicht in paragraaf 3.3. De nota beziet in eerste plaats welke eisen de wet- en regelgeving stelt ten aanzien van M&O, wat daarin is geregeld omtrent de handhaving en hoe zich dat heeft vertaald naar de opzet van de interne organisatie. Om dit te bewerkstelligen is een mix van maatregelen nodig gericht op het voorkomen van M&O. Het opstellen van een mix van maatregelen is de basis ter voorkoming, een effectieve werking de invulling hiervan. Met ingang van 2023 zal jaarlijks een rapportage worden opgesteld die inzicht geeft in de uitkomsten van de werkzaamheden door control gericht op de specifieke beheersmaatregelen ter voorkoming van M&O.

Rapportage IT-audit

De geplande werkzaamheden inzake IT zijn beschreven in paragraaf 3.2. Gegeven het belang van IT voor de hele organisatie wordt met ingang van het boekjaar 2021 hierover separaat gerapporteerd. Het rapport geeft inzicht in de bevindingen inzake IT en tevens de bewaking van de opvolging van de aanbevelingen.

6. Toleranties accountantscontrole

6.1 Goedkeuringstoleranties accountant

De accountant geeft in 2022, conform eerdere jaren, de verklaring omtrent de getrouwheid en de rechtmatigheid af. Het tweede proefjaar 2022 met betrekking tot de rechtmatigheidsverantwoording heeft geen invloed op de scope van de accountantsverklaring 2022. Met de invoering van de rechtmatigheidsverantwoording per controlejaar 2023 verandert de scope wel en behelst de accountantsverklaring alleen het oordeel inzake de getrouwheid. Dit is inclusief een oordeel over de getrouwheid van de rechtmatigheidsverantwoording.

De goedkeuringstolerantie is het bedrag dat de som van fouten in de jaarrekening of onzekerheden in de controle aangeeft, die in een jaarrekening maximaal mogen voorkomen, zonder dat de bruikbaarheid van de jaarrekening voor de oordeelsvorming door de gebruikers kan worden beïnvloed. De goedkeuringstolerantie is bepalend voor de oordeelsvorming; de strekking van de af te geven controleverklaring.

In het hierna opgenomen schema zijn de goedkeuringstoleranties voor de accountantscontrole opgenomen zoals door de gemeenteraad in het Controleprotocol is vastgesteld. Deze komen overeen met het wettelijk minimum. De goedkeuringstolerantie wordt berekend als een percentage van de totale lasten van de gemeente. De toleranties gelden voor zowel het getrouwe beeld als de rechtmatigheid.

Strekking controleverklaring:				
Goedkeuringstolerantie	Goedkeurend	Beperking	Oordeelonthouding	Afkeurend
Fouten in de jaarrekening (% lasten)	$\leq 1\%$	$>1\% < 3\%$	-	$\geq 3\%$
Onzekerheden in de controle (% lasten)	$\leq 3\%$	$>3\% < 10\%$	$\geq 10\%$	-

De goedkeuringstolerantie is 1% van de totale begrote lasten inclusief dotaties in de reserves. De uitvoeringstolerantie is 70% van de goedkeuringstolerantie. De reden van de afwijking tussen beide grootheden is het feit dat de controle altijd wordt uitgevoerd aan de hand van deelwaarnemingen lees steekproeven. Dientengevolge resteert altijd een "niet-ontdekte fout". Deze mogelijke fout wordt afgedekt door het verschil tussen de goed- en uitvoeringstolerantie.

De rapporteringstolerantie is de grens van mogelijke geconstateerde fouten en/of onduidelijkheden inzake de getrouw en rechtmatigheid waarover de raad geïnformeerd wenst te worden. De vaststelling van de grens is een verantwoordelijkheid van de raad. In artikel 2 van de Verordening voor de controle op het financieel beheer van de gemeente Zeist (verordening 213) staat dat de raad jaarlijks de rapporteringstolerantie moet vaststellen. In overeenstemming met voorgaande jaren wordt een tolerantie van € 100.000 voorgesteld.

Op basis van de begroting 2022 zijn de toleranties als volgt:

Soort tolerantie	Bedrag
Goedkeuringstolerantie	€ 1.800.000
Uitvoeringstolerantie	€ 1.350.000
Rapporteringstolerantie	€ 100.000

Single information Single audit (SiSa)

Voor de SiSa verantwoording geldt een afwijkende tolerantie. In het Controleprotocol is deze tolerantie opgenomen. SiSa staat voor: Single information, Single audit, eenmalige informatieverstrekking, eenmalige accountantscontrole. SiSa is sinds 2006 de manier waarop provincies, gemeenten en gemeenschappelijke regelingen zich per jaar verantwoorden over de besteding van specifieke (Rijks)uitkeringen en/of provinciale middelen.

Het team financiën stelt jaarlijks de SiSa verantwoording in concept op, de verbijzonderde interne controle is een verantwoordelijkheid van control. De externe accountant controleert jaarlijks deze verantwoording met specifieke toleranties en aan de hand van een voorgeschreven werkprogramma. In de accountantsverklaring wordt specifiek melding gemaakt over de getrouwheid van deze SiSa-tabel.

6.2 Verantwoordingsgrens rechtmatigheidsverantwoording College van B&W

Het boekjaar 2022 is opnieuw een jaar waarin het College als proef een verantwoording aflegt inzake de rechtmatigheid. Dit betreft dan een informele verklaring buiten de jaarrekening om, in de paragraaf bedrijfsvoering. Als de wetswijziging in 2023 van kracht is, zal de rechtmatigheidsverantwoording wel onderdeel uit gaan maken van de jaarrekening.

In de Kadernota Rechtmatigheid 2022 beschrijft de commissie BBV dat binnen de rechtmatigheidsverantwoording onderscheid wordt gemaakt tussen afwijkingen, fouten en onduidelijkheden en begrotingsonrechtmatigheden. Deze begrippen zijn onderling niet uitwisselbaar al kan er wel sprake zijn van overlap.

1. Afwijkingen: posten die niet rechtmatig tot stand zijn gekomen (fouten) en posten, waarbij voor het College van B&W een onduidelijkheid bestaat over de rechtmatigheid.
2. Fouten: Rechtmatigheidsfouten treden op bij financiële beheershandelingen, waarbij de in het normenkader beschreven wet- en regelgeving niet is nageleefd.
3. Onduidelijkheden: Indien het College van B&W in het kader van de verslaggeving niet kan aangeven of er sprake is van een rechtmatigheidsfout of niet.
4. Begrotingsonrechtmatigheden: Hiervan is sprake als het College van B&W bij de realisatie van doelen en het realiseren van activiteiten afwijkt van de budgetten die door raad zijn vastgesteld. Hiervan is sprake als het lasten- of investeringsbudget is overschreden(a), de baten (opbrengsten) door het doen of nalaten van een financiële beheershandeling lager zijn dan het door de raad vastgestelde budget (b) of voor het door de raad vastgestelde budget minder doelen of activiteiten zijn gerealiseerd dan begroot voor het betreffende budget (c).



De term 'onzekerheden' komt voort uit de accountantscontrole en is van een andere aard dan onduidelijkheden.

In de rechtmatigheidsverantwoording geeft het college aan of al dan niet rechtmatig is gehandeld, dat wil zeggen binnen de door de Raad vastgestelde verantwoordingsgrens. Blijven de fouten en onduidelijkheden onder de verantwoordingsgrens dan is er gehandeld conform het kader van de raad en worden er geen afwijkingen opgenomen in de rechtmatigheidsverantwoording. Fouten en onduidelijkheden boven de verantwoordingsgrens moeten wel opgenomen worden in de rechtmatigheidsverantwoording. Fouten en onduidelijkheden mogen daarbij niet bij elkaar opgeteld worden. Voor het proefjaar 2022 hanteren we dezelfde verantwoordingsgrens als de accountant deze voor de jaarrekening hanteert (zie 6.1).

7. Toekomst

De gemeente heeft aangegeven meer te willen doen aan datagedreven werken en naast de invoering van de rechtmatigheidsverantwoording te willen toewerken naar een zogenaamd In Control Statement. In de onderstaande paragrafen wordt kort beschreven hoe we hier in 2022 en 2023 mee om zullen gaan.

7.1 Datagedreven werken

Als gemeente beschikken we over veel data. De gemeente Zeist wil meer gaan investeren in datagedreven werken met de volgende ambitie en doelen:

1. Datagedreven werken zorgt voor efficiënte processen, het effectief inzetten van middelen en publieke meerwaarde voor burgers, bedrijven en instellingen.
2. Impuls geven aan de 'lerende organisatie' door, met behulp van data en analyse, in een vroeg stadium bijzonderheden te signaleren waardoor snel en actief bijgestuurd kan worden om organisatiedoelen te realiseren. Dit kan op het gebied van projecten, kredieten, budgetten, risico's en rechtmatigheid.
3. Faciliteren van de 1^e en 2^e lijn (three lines) bij het vaststellen van de rechtmatigheid waardoor wij het aantal handmatige controles kunnen terugdringen en wij in kunnen zoomen op bijzonderheden (afwijkingen). Hierdoor verkleinen wij de werkbelasting om tot een rechtmatigheidsverklaring te komen.

De komende jaren zal nader onderzoek gedaan worden naar hoe we dit in de (verbijzonderde) interne controles kunnen gaan toepassen en gebruiken. Dit is echter ook afhankelijk van de stand van de organisatie en haar systemen.

7.2 In Control Statement

Wij rapporteerden in hoofdstuk 6 dat met ingang van het boekjaar 2023 de rechtmatigheidsverantwoording wettelijk van kracht wordt. In deze verantwoording geeft het college aan dat alle financiële handelingen van de gemeente in overeenstemming met geldende wet- en regelgeving hebben plaatsgevonden. De gemeente heeft aangegeven de rechtmatigheidsverantwoording als eerste stap te zien om door te groeien naar een In Control Statement (ICS). Hoewel dit ICS niet (wettelijk) verplicht is wil het college verklaren dat zij in control is "op meer gebieden dan de financiële rechtmatigheid."

De exacte inhoud moet later bepaald worden, evenals de invoeringsdatum en het groeipad. In 2022 en 2023 worden eerste stappen daartoe genomen. Alleen al de invoering van de Rechtmatigheidsverantwoording vraagt op korte termijn genoeg van de organisatie. Allereerst dient de 1^e en 2^e lijn versterkt te worden en daarna dient decentrale verantwoording te worden doorgevoerd. Zodra dit is ingericht en iedereen zijn rol en verantwoordelijkheid kent en hier naar handelt, kan een uitbreiding plaatsvinden van het onderwerp financiële rechtmatigheid naar kwaliteit en bijvoorbeeld juridische rechtmatigheid.

8. Planning boekjaar 2022

Periode	Actie	Wie
Juni - september	Actualisatie processen, (n.a.v. gevoerde procesgesprekken met de proceseigenaren) en lijncontroles uitvoeren	1 ^e , 2 ^e en control
Juni - september	Lijncontrole verrichten en (V)IC op 1e halfjaar voor de significante processen	2e lijn / control
Oktober	Uitkomsten werkzaamheden delen met de accountant	Control
10 t/m 14 oktober	Interimcontrole door accountant	PWC i.s.m. control
Oktober	Ter vaststelling aanbieden aan de Raad: Financiële verordening/ Normenkader 2022. Ter kennisgeving Auditcommissie: Verbijzonderde Interne Controleplan 2022	Control
November	Opstellen interne managementletter inclusief bespreking met college en rapportering aan de raad	Control
November	Bespreking externe managementletter met PWC, college en raad.	Concerncontroller
November - Februari (t+1)	Uitvoering resterende controlewerkzaamheden boekjaar 2022. Opstellen rapportages per proces (incl. het wederhoor van proceseigenaren)	2e lijn / control
Maart (t+1)	Opstellen intern auditverslag boekjaar 2022	Control
27 maart t/m 13 april (t+1)	Eindejaarscontrole door accountant	PWC, financiën, control
1 mei t/m 5 mei (t+1)	Controle Sociaal Domein door accountant	PWC, control