

ชื่อหน่วยงาน.....

หน่วยรับตรวจ.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบสอบถามระบบการควบคุมภายใน

ด้าน การเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ฯ

โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๖๖

ลำดับ ที่	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/ สมบูรณ์	ไม่มี/ไม่ใช่/ ไม่สมบูรณ์	
๑	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษ ฯ			
๒	เอกสารประกอบการขอรับเงิน - แบบคำขอรับเงินฯ ที่ลงนามจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด - หนังสือสัญญาการรับเงินฯ ที่ลงนามจากผู้มีอำนาจ ได้แก่ ๑) กรณีผู้ปฏิบัติราชการประจำอยู่ในราชการบริหารส่วนกลาง ลงนาม โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒) กรณีผู้ปฏิบัติราชการประจำอยู่ในราชการบริหารส่วนภูมิภาค ลงนาม โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ๓) กรณีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ให้สัญญา ลงนามโดยผู้ตรวจ ราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพ - ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ/ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ (ที่มีอายุการใช้งานเป็นปัจจุบัน) - สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาบัตรประชาชน (ถ้ามี)			
๓	หลักฐานการผ่านการตรวจสอบรับรองความถูกต้องจากกลุ่มงานทรัพยากร บุคคลของหน่วยงาน			
๔	รายงานการประชุมของคณะกรรมการพิจารณาการเบิกจ่ายเงิน เพิ่มพิเศษฯ ที่ มีมติอนุมัติให้ได้รับเงินเพิ่มพิเศษ			
๕	หนังสือแจ้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจากกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล แจ้งมติคณะกรรมการพิจารณาการเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษฯ			
๖	รายงานการประชุมของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่มีมติให้ได้รับเงิน เพิ่มพิเศษฯ			

ชื่อหน่วยงาน.....

หน่วยรับตรวจ.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบสอบทานระบบการควบคุมภายใน

ด้าน การเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ฯ

๗	ตรวจสอบเอกสารประกอบการเบิกจ่าย - กรอกข้อมูลในแบบคำขอฯ และสัญญารับเงินครบถ้วน - ผู้ขอรับเงินไม่ถูกลงโทษให้พักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ - เอกสารการลงเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า ๑๕ วันทำการในแต่ละเดือน - เอกสารหลักฐานการส่งการกรณีให้ไปปฏิบัติงานอื่นตามความประสงค์ของหน่วยบริการหรือหน่วยงาน (ถ้ามี)			
	- เอกสารลาอุปสมบท ลาไปประกอบพิธีฮัจญ์ หรือการลา คลอดบุตร (ถ้ามี) - เอกสารกรณีที่ได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมฝึกอบรม หรือประชุมทางวิชาการไม่เกิน ๑๐ วันทำการต่อเดือน (ถ้ามี)			
๘	เอกสารหลักฐานการทบทวนการอนุมัติผู้รับเงินเพิ่มพิเศษอย่างน้อยทุกหนึ่งปี			
๙	กรณีผิดสัญญา ๙.๑ เอกสารหลักฐานการเรียกค่าปรับ ๒ เท่าของเงินเพิ่มพิเศษ พร้อมดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ ๑๕ ต่อปีนับตั้งแต่วันที่ผิดสัญญา ๙.๒ เอกสารการจัดส่งเงินค่าปรับพร้อมดอกเบี้ยส่งเป็นเงินรายได้แผ่นดินหรือเป็นเงินบำรุงของหน่วยบริการ			
๑๐	หนังสือแจ้งความประสงค์ไม่ขอรับเงินเพิ่มพิเศษเสนอหัวหน้าหน่วยงานและยื่นต่อคณะกรรมการฯ ไม่น้อยกว่า ๓๐ วันก่อนถึงวันเลิกรับเงินเพิ่มพิเศษ			
๑๑	รายงานผลการเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษฯ ทุกสิ้นปี ให้กับ - นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (กรณีโรงพยาบาล) ตามแบบฟอร์มที่กำหนด - ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กรณีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)			

สรุปผลการสอบทาน

ลงชื่อ

(ผู้สอบทาน)