

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ระดับเขต ระดับจังหวัด

ชื่อหน่วยงาน.....

หน่วยรับตรวจ.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่

แบบสอบถามระบบการควบคุมภายใน

ด้านแผนเงินบำรุง

ลำดับ	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/ สมบูรณ์	ไม่มี/ไม่ใช่/ ไม่สมบูรณ์	
๑.	คำสั่งคณะกรรมการหรือการมอบหมายหน้าที่ในการจัดทำแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการ			
๒.	ขั้นตอนกระบวนการ (Flowchart) การจัดทำแผนเงินบำรุง			
๓.	การประชุมของคณะกรรมการ/คณะทำงานในการจัดทำแผนเงินบำรุง (รายงานการประชุม)			
๔.	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล/คณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) มีส่วนร่วมในการพิจารณาแผนเงินบำรุง			
๕.	มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องประกอบการพิจารณาการประมาณการ รายรับ - รายจ่าย แผนเงินบำรุง			
๖.	แผนรายรับ - รายจ่ายเงินบำรุงสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ/แผนจัดซื้อจัดจ้าง นโยบายและยุทธศาสตร์การบริหารงานของหน่วยบริการและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
๗.	แผนเงินบำรุงได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ			
๘.	มีการติดตามผลการรับ - จ่ายเงินบำรุง ปีงบประมาณปัจจุบัน โดยเปรียบเทียบแผนรายรับ - รายจ่ายเงินบำรุง กับ ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริง			
	๘.๑ ไตรมาส ที่ ๑			
	รายรับรวม ร้อยละ ๒๕			
	รายจ่ายรวม ร้อยละ ๒๕			
	๘.๒ ไตรมาส ที่ ๒			
	รายรับรวม ร้อยละ ๕๐			
	รายจ่ายรวม ร้อยละ ๕๐			
	๘.๓ ไตรมาส ที่ ๓			
	รายรับรวม ร้อยละ ๗๕			
	รายจ่ายรวม ร้อยละ ๗๕			
	๘.๔ ไตรมาส ที่ ๔			
	รายรับรวม ร้อยละ ๑๐๐			
	รายจ่ายรวม ร้อยละ ๑๐๐			
๙.	วิเคราะห์ ปัญหา/สาเหตุ และรายงาน เสนอผู้บริหาร/คณะกรรมการบริหารทราบ (รายไตรมาส)			

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ระดับเขต ระดับจังหวัด

ชื่อหน่วยงาน.....

หน่วยรับตรวจ.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่

แบบสอบถามระบบการควบคุมภายใน
ด้านแผนเงินบำรุง

ลำดับ	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/ สมบูรณ์	ไม่มี/ไม่ใช่/ ไม่สมบูรณ์	
๑๐.	มีการทบทวนปรับแผนรายรับ - รายจ่ายเงินบำรุงระหว่างปีให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจ (จำนวนครั้งการปรับแผนขึ้นอยู่กับนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)			

สรุปผลการสอบถาม

ลงชื่อ

ผู้สอบทาน