คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ระดับเขต ระดับจังหวัด

ชื่อหน่วยงาน..... **หน่วยรับตรวจ**.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข **วันที่**

แบบสอบทานระบบการควบคุมภายใน

ด้าน <u>การตรวจสอบการใช้จ่ายเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว</u>

ลำดับ	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/สมบูรณ์	ไม่มี/ไม่ใช่/ไม่สมบูรณ์	
	ด้านการดำเนินงาน			
๑.	มีคำสั่งคณะกรรมการแรงงานต่างด้าวจังหวัด (ที่เป็นมติของจังหวัดส่งมาให้หน่วยบริการดำเนินการตามมติ)			
๒.	รายงานประชุม หรือ แนวทางการดำเนินงานจากคณะกรรมการแรงงานต่างด้าวระดับจังหวัด			
๓.	กำหนดผู้รับผิดชอบ หรือ หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแล หรือ ดำเนินการเกี่ยวกับตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว			
๔.	แนวทางของสถานพยาบาลเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม			
๕.	สถานพยาบาลปิดประกาศ ประชาสัมพันธ์ให้ทราบว่าเป็นสถานพยาบาลที่ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว			
	ด้านการรับเงิน การเก็บรักษาเงินและการจ่ายเงิน			
๖.	ค่าตรวจสุขภาพเป็นไปตามประกาศที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด			
๗.	การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้แก่แรงงานต่างด้าวเป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด			
	๗.๑ ค่าบริการทางการแพทย์			
	๗.๒ ค่าส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค			
	๗.๓ ค่าบริหารจัดการ			
๘.	ทะเบียนคุมลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าว			
๙.	ทะเบียนคุมรับ - จ่ายเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว			
๑๐.	หน่วยงานรับเงินตรวจสอบรวมทั้งออกใบเสร็จรับเงินทุกครั้งภายในวันที่รับเงิน			
๑๑.	เมื่อสิ้นเวลารับจ่ายเงิน ให้ส่วนราชการจัดให้มีผู้ตรวจสอบรายการจ่ายเงินที่บันทึกไว้ในระบบบัญชีกับหลักฐานการจ่ายในวันนั้น			
๑๒.	บันทึกบัญชีแรงงานต่างด้าว เป็นไปตามคู่มือ/ผังบัญชีสุขภาพ			
๑๓.	จัดทำทะเบียนคุมรับเงินที่ได้จากการหักค่าใช่จ่ายสำหรับให้บริการแก่ผู้ประกันตนแล้วนำเงินเข้าบัญชีเงินบำรุงเป็นรายรับสถานพยาบาล			
๑๔.	สรุปรายการโอนเงินหรือนำส่งเงินเข้าให้กองทุนส่วนกลางทุกเดือน			

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ระดับเขต ระดับจังหวัด

ชื่อหน่วยงาน..... **หน่วยรับตรวจ**.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข **วันที่**

แบบสอบทานระบบการควบคุมภายใน

ด้าน <u>การตรวจสอบการใช้จ่ายเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว</u>

ลำดับ	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/สมบูรณ์	ไม่มี/ไม่ใช่/ไม่สมบูรณ์	

สรุปผลการสอบทาน

ลงชื่อ _____

ผู้สอบทาน