



## แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒

### คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ประธาน

พญ.อรรรัตน์ จันทร์เพ็ญ

รองประธาน

นพ.นนท์ จินดาเวช

นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์

นพ.ไพศาล สุธสา

นพ.จักรกฤษณ์ สุรการ



# คณะที่ ๓ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ



จังหวัดรับตรวจราชการ	ระหว่างวันที่	ประธานคณะ
ปราจีนบุรี	17-19 ธันวาคม 2561	พญ.อรรรัตน์ จันทรเพ็ญ
สมุทรปราการ	24-26 ธันวาคม 2561	นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์
ฉะเชิงเทรา	7-9 มกราคม 2562	นพ.นนท์ จินดาเวช
ชลบุรี	14-16 มกราคม 2562	นพ.นนท์ จินดาเวช
ตราด	21-23 มกราคม 2562	นพ.ไพศาล สุธะสา
ระยอง	28-30 มกราคม 2562	นพ.ไพศาล สุธะสา
จันทบุรี	11-13 กุมภาพันธ์ 2562	พญ.อรรรัตน์ จันทรเพ็ญ
สระแก้ว	25-27 กุมภาพันธ์ 2562	นพ.กสิวัฒน์ ศรีประดิษฐ์

# แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒

## คณะ ๓ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

หัวข้อ : HRH Transformation

ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ  
ตัวชี้วัดที่ ๒ จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

หัวข้อ : Digital Transformation

ตัวชี้วัดที่ ๓ เขตสุขภาพดำเนินการ Digital transformation  
ตัวชี้วัดที่ ๔ มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง

หัวข้อ : Financial Management

ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๔

หัวข้อ : Quality Organization

ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของ รพ. สังกัด กสธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓  
ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ  
การบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

หัวข้อ : เขตสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีนวัตกรรมการบริหารจัดการ

หัวข้อ : ระบบธรรมาภิบาล

ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กสธ. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA  
ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายใน  
ควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

# ตัวชี้วัดที่ ๓.๑ : ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

สูตรการคำนวณ :

ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ  $\geq 70\%$

จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ( $\geq$  ร้อยละ 70 ของจังหวัดภายในเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ได้คะแนนมากกว่า 70 คะแนน)

12 เขตสุขภาพ

$\times 100$

ประสิทธิภาพ

ประสิทธิภาพ 4 ประเด็น (คะแนน 100 คะแนน)

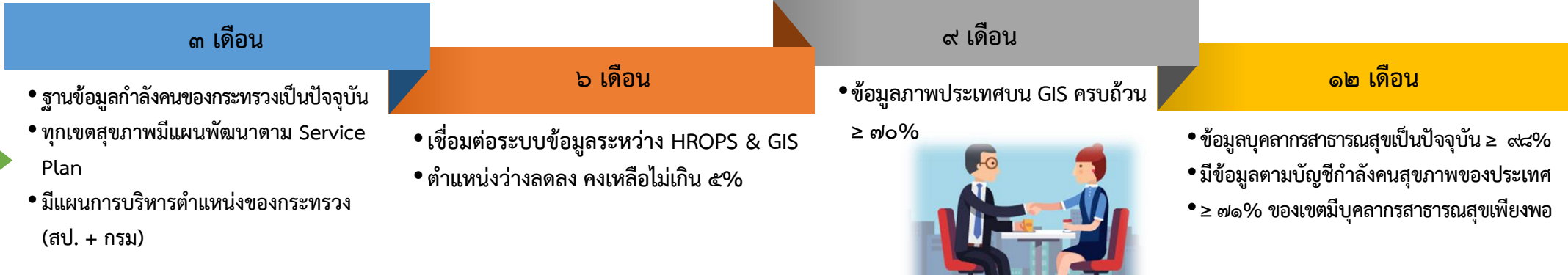
1. มีข้อมูล (25 คะแนน)
2. มีแผนบริหารตำแหน่ง (25 คะแนน)
3. มีการดำเนินงานตามแผน (25 คะแนน)
4. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (25 คะแนน)

(ต้องได้คะแนนรวม  $\geq 70$  คะแนน)

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบ ๑	๑.๑ พัฒนารฐานข้อมูลกำลังคน HRP ๒.๑ แผนการผลิต HRD ๒.๒ แผนการพัฒนา ๒.๓ การดำเนินการพัฒนา	๑. เขตสุขภาพมีระบบการบริหารจัดการข้อมูลด้านกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ + รอบที่ ๒ ๒. เขตสุขภาพมีแผนบริหารตำแหน่ง ๓. มีการดำเนินงานตามแผน (ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด) + รอบที่ ๒	๑. มีข้อมูลบุคลากรที่เป็นปัจจุบันและมีการนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนกำลังคน + รอบที่ ๒ ๒. มีแผนบริหารตำแหน่ง ๓. ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด + รอบที่ ๒
รอบ ๒	๓.๑ แผนบริหารตำแหน่ง แผนกระจายอำนาจ HRM ๓.๒ การสรรหาเชิงรุก ๓.๓ พัฒนามาตรฐาน PMS ๓.๔ ขับเคลื่อนนโยบายการกระจายอำนาจดำเนินงาน HR ตามมาตรฐาน	๔. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	๔. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

Small success

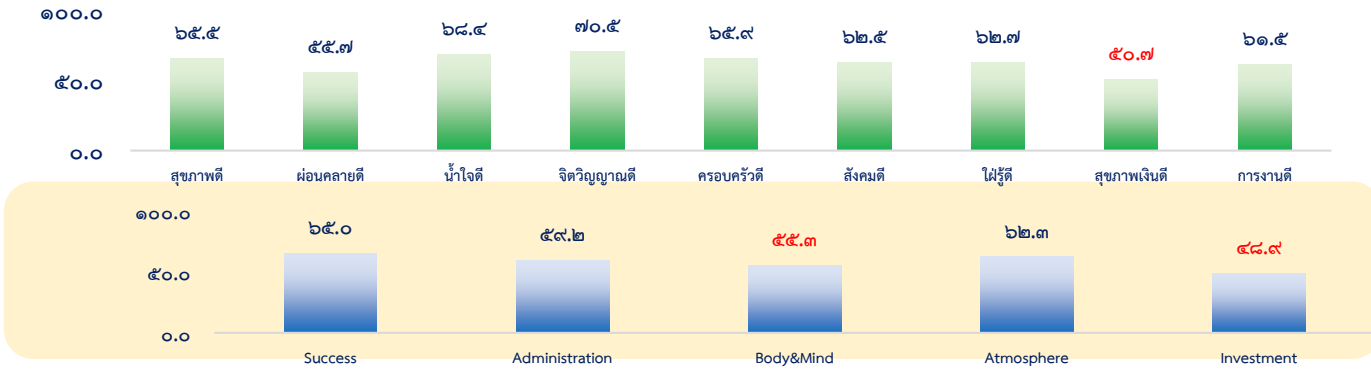


# ตัวชี้วัดที่ ๓.๒ : จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข

สถานการณ์ :



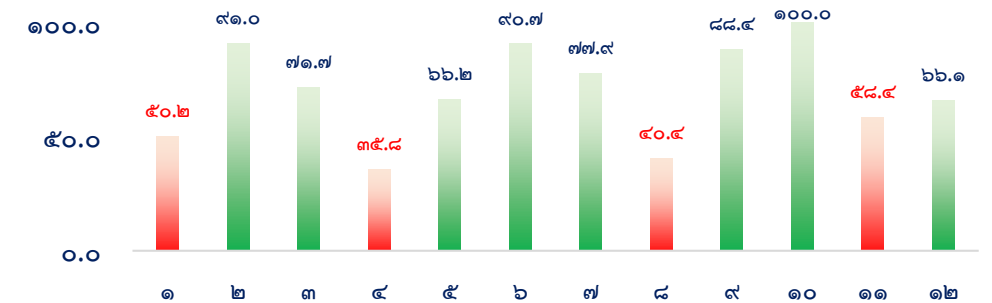
## สถานการณ์ปี ๒๕๖๐ Happinometer ๖๒.๖%, HPI ๕๖.๗%



## สถานการณ์ปี ๒๕๖๑

ร้อยละ ๖๐ (๖๘.๑)

ของหน่วยงานที่ดำเนินงานถึงระดับที่ ๕ (มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน)



ประเด็นการตรวจ  
ราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบ ๑	จัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	ตรวจแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	หน่วยงานมีการวิเคราะห์ผลและจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข
รอบ ๒	การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขอย่างเป็นรูปธรรม	ผลการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	จังหวัด/กรมละ ๑ หน่วยงาน Happy MOPH: Success Story

Small success



# ตัวชี้วัดที่ ๓.๓ : เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

เป้าหมาย : รพศ./รพท./รพช. สังกัด สป. และ รพ. สังกัด กรม ใน สธ.

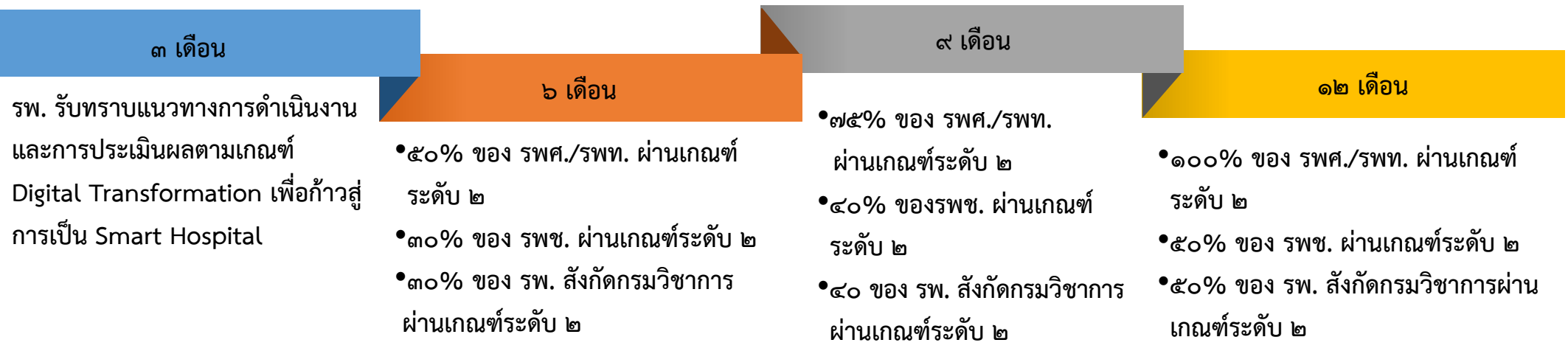
เกณฑ์ : ผ่านเกณฑ์ Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ระดับ ๒ ขึ้นไป

ประเด็นการตรวจ  
ราชการที่มุ่งเน้น



เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบ ๑ รอบ ๒	<ul style="list-style-type: none"> <li>ศทส./กยผ. ชี้แจงเกณฑ์ Smart Hospital</li> <li>ศทส. จัด Work Shop ติดตั้ง HIS Gateway เพื่อนำไปใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล</li> <li>รพ. จัดหา/พัฒนาและให้บริการจองคิวหรืออื่นๆ ออนไลน์ผ่าน HIS Gateway, MOPH Connect</li> <li>รพ. ปรับกระบวนการและใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลการดำเนินงานผ่านการประชุมทางไกล (VDO Conf.) ทุกเดือน โดยเขตสุขภาพ/จังหวัด</li> <li>สรุปรายงานจากระบบรายงานต่างๆ (กยผ./ศทส.) ทุกเดือน</li> <li>ทีมนิเทศออกตรวจประเมินตามเกณฑ์ Smart Hospital</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>รพศ./รพท. ทุกแห่งมีบริการระบบจองคิวออนไลน์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่าน HIS Gateway และปรับกระบวนการเพื่อใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์</li> <li>๕๐% ของ รพช. และ รพ. สังกัดกรมฯ มีบริการระบบจองคิวออนไลน์ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่าน HIS Gateway และปรับกระบวนการเพื่อใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์</li> </ul>

Small success



# ตัวชี้วัดที่ ๓.๔ : มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เป้าหมาย : ทีม PCC ทุกแห่ง ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี ๒๕๖๒

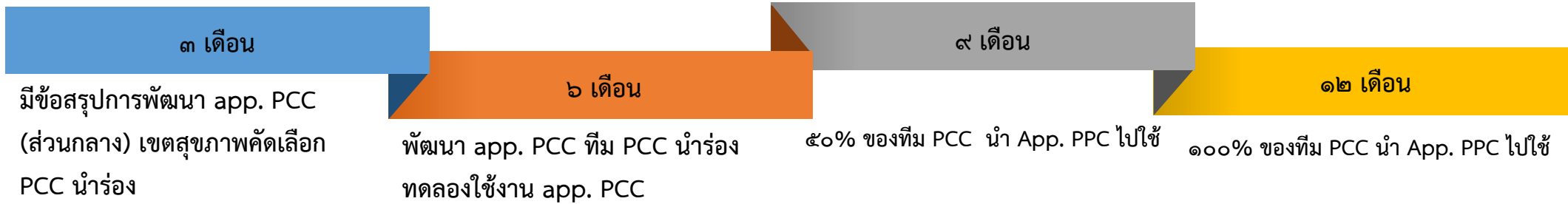
เกณฑ์ : มีการนำ App. PPC ไปใช้ปฏิบัติงานบริการประชาชนในความรับผิดชอบ

ประเด็นการตรวจ  
ราชการที่มุ่งเน้น



Small success

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบ ๑ รอบ ๒	<ul style="list-style-type: none"> <li>ประกาศนโยบายการใช้ App. PCC</li> <li>ศทส./สสป. และทีม PCC เข้าร่วม Work Shop คัดเลือกและพัฒนา App PCC ให้ตอบโจทย์ทีมหมอครอบครัว</li> <li>จังหวัด จัด Work shop และสนับสนุนการใช้งาน App PCC</li> <li>จัดอบรมการใช้งาน App PCC</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>รายงานผลการดำเนินงานผ่านการประชุมทางไกล โดยจังหวัด/เขตฯ ทุกเดือน</li> <li>สสป. ติดตาม รวบรวมและรายงานผลดำเนินงาน</li> <li>ทีมนิเทศออกตรวจประเมินการใช้งาน App PCC</li> </ol>	ทีม PCC ทุกแห่ง ที่ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ของ สสป. ในปี ๒๕๖๒ มีการนำ App. PPC ไปใช้ปฏิบัติงาน



# ตัวชี้วัดที่ ๓.๕ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสิทธิภาพวิกฤตทางการเงินระดับ ๗ (ไม่เกิน ๕%)

ประเด็นการตรวจ  
ราชการที่มุ่งเน้น

สถานการณ์ปี ๒๕๕๔ - ปี ๒๕๖๑

## ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสิทธิภาพวิกฤตการเงินระดับ 7 ปี 2554 - 2561 (ไตรมาส 4)

ปี	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
จำนวน (แห่ง) ที่ติดระดับ 7	115	123	58	78	136	116	87	42

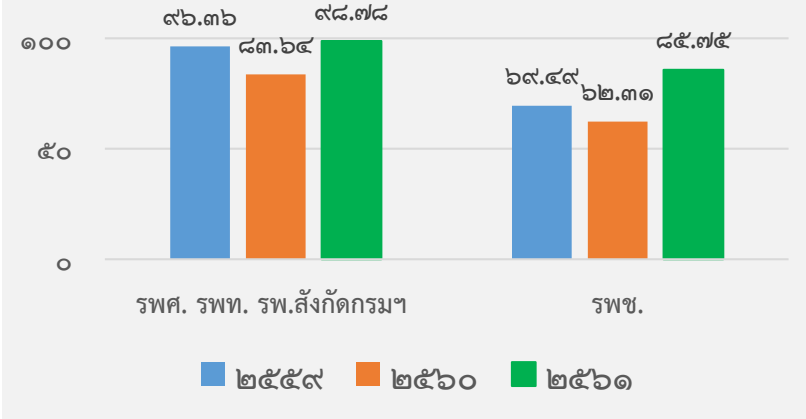


มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม
๑. การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ	๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์ ๑.๒ ร้อยละของหน่วยบริการมีรายได้ $\geq$ ค่าใช้จ่าย
๒. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี	๒.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ งบทดลอง เบื้องต้นจากระบบอิเล็กทรอนิกส์ ๒.๒ ร้อยละของหน่วยงานที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายมีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ถูกต้อง ตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบกระทหายอดเงินฝากธนาคาร ไม่ต่ำกว่า ๗๕ (๑๗๕ แห่ง) ๒.๓ ร้อยละของหน่วยเบิกจ่ายที่เป็นหน่วยบริการดำเนินการจ่ายเงิน-รับเงินและนำเงินส่งคลังผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์
๓. สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	๓.๑ พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วมของหน่วยบริการ โดยกำหนดให้มีในระดับเขตสุขภาพ เขตสุขภาพละ ๑ รูปแบบ
๔. ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน	๔.๑ ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกิน ๕% ๔.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน $\geq$ ๕ ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ Plus Efficiency) ๔.๓ ร้อยละของหน่วยบริการมีสัดส่วนของต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน



# ตัวชี้วัดที่ ๓.๖ : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓

ร้อยละของ รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่าน HA ชั้น 3



ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนคุณภาพบริการ</li> <li>๒. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ</li> <li>๓. ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพ</li> <li>๔. เยี่ยมกระตุ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ให้มีการวางแผนในการดำเนินงาน และมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อขับเคลื่อนองค์กรสู่การรับรอง HA ชั้น ๓</li> <li>• เตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสู่การประเมิน HA</li> <li>• ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแก่สถานบริการสุขภาพ</li> <li>• ระบบ Warning HA สำหรับผู้บริหาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• รพศ. รพท. รพ. สังกัดกรมฯ ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ๑๐๐%</li> <li>• รพช. ผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ ๙๐%</li> </ul>



Small success



ตัวชี้วัดที่ ๓.๗ : ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัด สป. ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

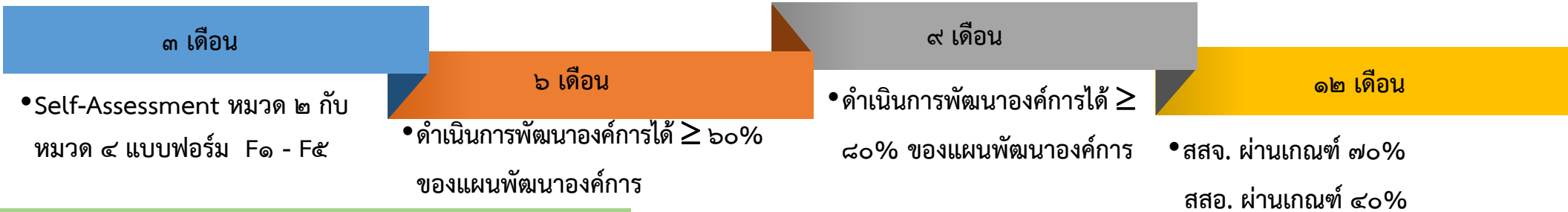
สถานการณ์ : ปี ๒๕๖๑ ส่วนราชการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด



เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบ ๑	ส่งเสริม สนับสนุน สสจ./สสอ. ดำเนินการประเมินตนเองหมวด ๒ และหมวด ๔ ตามแบบฟอร์ม F๑ - F๕	ติดตามความสำเร็จการประเมินตนเองของ สสจ./สสอ. จากแบบฟอร์ม F๑ - F๕	สสจ./สสอ. จัดทำแบบฟอร์ม F๑ - F๕ ได้ครบถ้วนและส่งภายในเวลาที่กำหนด
รอบ ๒	สสจ./สสอ. ส่งผลการดำเนินงานแผนพัฒนาองค์กรและผลลัพธ์ตัวชี้วัดครบ ๒ หมวดภายในเวลาที่กำหนด	ติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กรและผลลัพธ์ตัวชี้วัดเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดครบ ๒ หมวด	สสจ./สสอ. ดำเนินการได้ตามเกณฑ์ รอบ ๖ MO $\geq$ ๖๐% รอบ ๙ MO $\geq$ ๙๐%

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

Small success



# ตัวชี้วัดที่ ๓.๘ : ร้อยละของเขตสุขภาพมีนวัตกรรมการบริหารจัดการ (๑๐๐%)

สูตรการคำนวณ : จำนวนเขตที่ดำเนินงานสำเร็จตามขั้นตอน

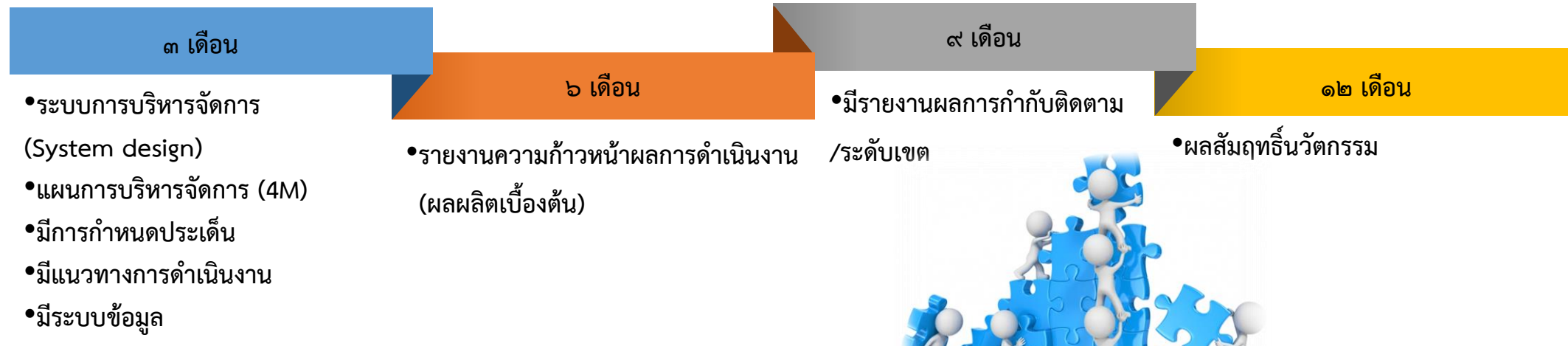
จำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด

ประเด็นการตรวจ  
ราชการที่มุ่งเน้น



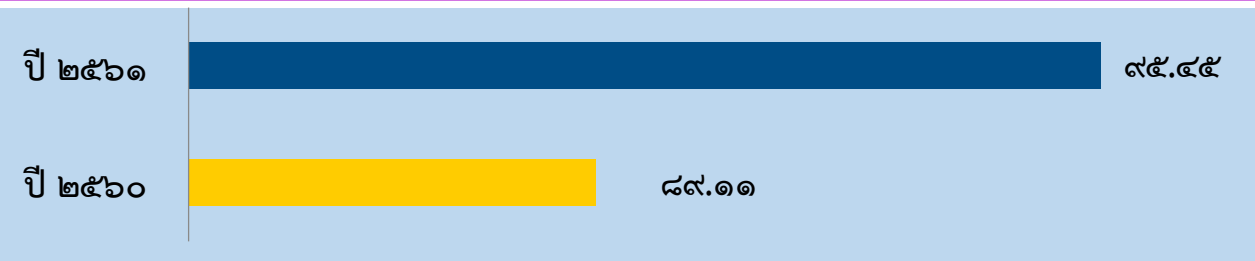
เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
มีการวางแผน มีกลไกการ ดำเนินงาน มีระบบข้อมูล	๑. พัฒนาระบบและกลไกการ ขับเคลื่อน ๒. พัฒนาการจัดการเชิงกลยุทธ์	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีแผนงานเชิงบูรณาการระดับเขต</li> <li>มีคณะทำงานขับเคลื่อนแผน</li> <li>ระบบข้อมูล</li> <li>รายงานความก้าวหน้าของการบริหารจัดการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ประเด็นนวัตกรรม</li> <li>รูปแบบการบริหารจัดการ</li> <li>ระบบข้อมูล</li> <li>ความก้าวหน้าการดำเนินงาน</li> </ul>
มีการกำกับ ติดตาม มีการประเมินผล	๓. มีระบบกำกับติดตามประเมินผล ๔. ขยายผล/ความร่วมมือกับ ภาคส่วนอื่น	รายงานความก้าวหน้าของการบริหารจัดการ (ข้อค้นพบ-ปัญหา)	ผลสัมฤทธิ์นวัตกรรม (รูปแบบการปฏิบัติงานที่ดี)

Small success



# ตัวชี้วัดที่ ๓.๙ : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

สถานการณ์ : หน่วยงานในสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA



ประเด็นการตรวจ  
ราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
รอบ ๑	เสริมสร้างความโปร่งใสและวัฒนธรรม สุจริต	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ EB ๑ - EB ๒๖	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ๑. ระดับ ๕ ในไตรมาสที่ ๑ (EB ๑ - EB ๔) ๒. ๘๐% ในไตรมาสที่ ๒ (EB ๑ - EB ๒๖)
รอบ ๒	เสริมสร้างความโปร่งใสและวัฒนธรรม สุจริต	แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ EB ๑ - EB ๒๖	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ๙๐%



**๑,๘๕๐ หน่วยงาน**  
 สสจ. ๗๖ แห่ง, รพศ/รพท. ๑๑๖ แห่ง  
 สสอ. ๘๗๘ แห่ง, รพช. ๗๘๐ แห่ง

Small success



# ตัวชี้วัดที่ ๓.๑๐ : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัด สป. มีระบบการตรวจสอบภายใน ควบคุมภายใน และบริหารความเสี่ยงระดับจังหวัด

## สถานการณ์

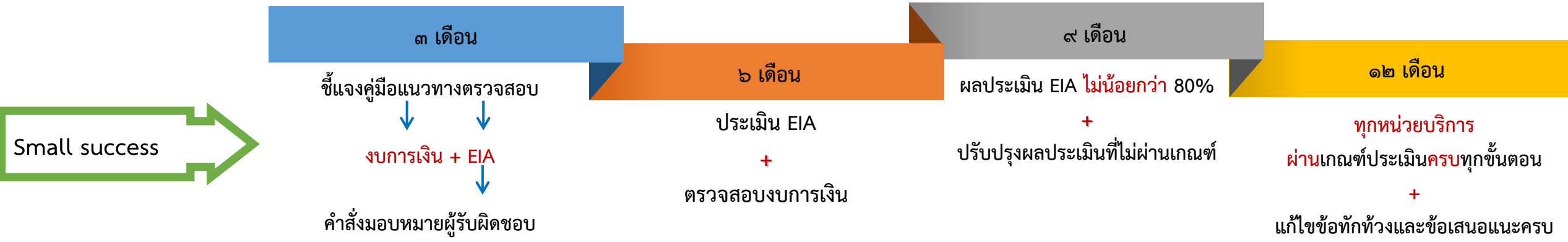
หน่วยบริการสังกัด สป. มีความเสี่ยงที่ตรวจพบโดย สตง. เรื่อง การเก็บรักษาเงินและการนำเงินส่งคลัง ระบบการควบคุมภายใน และการตรวจสอบภายใน

หน่วยบริการบางหน่วยยังประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน การกำกับและติดตามไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอและไม่มีเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์



ประเด็นการตรวจ  
ราชการที่มุ่งเน้น

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม
รอบ ๑	กำกับและติดตามผลการประเมินระบบควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) และการประเมินตามแนวทางการตรวจสอบงบการเงินของหน่วยบริการ	<p><u>กำกับให้ดำเนินการ</u></p> <p>๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ประเมินระบบควบคุมภายใน ๕ มิติ</p> <p>๒. ประเมินระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์(Electronics Internal Audit : EIA)</p> <p>๓. ประเมินตามแนวทางการตรวจสอบงบการเงิน</p>
รอบ ๒		<p><u>ติดตามและรายงานผล</u></p> <p>๑. การแก้ไขปรับปรุงตามผลการประเมิน</p> <p>๒. การแก้ไขข้อบกพร่องและข้อเสนอแนะจากผลการตรวจสอบงบการเงิน</p>





THANK  
YOU!