



สำนักงานส่งเสริมสนับสนุนสุขภาพท้องถิ่น

แบบประเมินความพึงพอใจและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่อการดำเนินงาน  
กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. ....หรือเทศบาล.....

กรุณาทำเครื่องหมาย ☐ ☒ เพื่อตอบคำถามต่อไปนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
๒. อายุ..... ปี
๓. ระดับการศึกษาสูงสุด ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น  
☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ☐ ปวส./อนุปริญญา  
☐ปริญญาตรี/เทียบเท่า หรือสูงกว่า ☐ อื่นๆ ระบุ.....
๔. อาชีพ ☐ เกษตรกรรม ☐ ค้าขาย /ธุรกิจ/กิจการส่วนตัว  
☐ พนักงานบริษัท/โรงงาน ☐ พ่อบ้าน, แม่บ้าน  
☐ นักเรียน, นักศึกษา ☐ ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป  
☐ รับราชการ ☐ อสม.  
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ ๒ การรับรู้และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

๑. ท่านรู้จัก กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือไม่  
☐ รู้จัก ☐ ไม่รู้จัก
๒. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีการดำเนินงานด้านใด  
☐ ส่งเสริมและจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนในชุมชน  
☐ จัดสรรเงินกู้หรือจัดสวัสดิการให้กับคนในชุมชนที่มีปัญหาทางการเงิน
๓. ท่านได้รับบริการใดจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)  
☐ ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย ☐ ได้รับความรู้ป้องกันโรค  
☐ ได้รับการตรวจสุขภาพ ☐ ได้รับการจัดสรรเงินกู้  
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ .....
๔. ใครเป็นเจ้าของ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)  
☐ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ☐ สปสช.  
☐ อสม. ☐ ประชาชนในชุมชน  
☐ โรงพยาบาล/สถานีนุบาล ☐ รัฐบาล

๕. ท่านมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในระดับใด

☐ ดี เหตุผล

☐ ต้องปรับปรุง เหตุผล

☐ เฉย ๆ เหตุผล

๖. ท่านมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เกี่ยวกับการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อย่างไร?

๗. ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ จดหมายจากทางราชการ

☐ วิทยุ

☐ โทรทัศน์

☐ หนังสือพิมพ์

☐ แผ่นพับ/โปสเตอร์

☐ จดหมายข่าว สปสช.

☐ แพทย์/พยาบาล/บุคลากรด้านสาธารณสุข

☐ญาติ/เพื่อนบ้าน

☐ ผู้นำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน

☐อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.)

☐ เสียตามสายไฟหมู่บ้าน

☐ สายด่วน บัตรทอง โทร. ๑๓๓๐

☐ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

๘. ท่านพึงพอใจในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในระดับใด

☐ ดี เหตุผล

☐ ต้องปรับปรุง เหตุผล

☐ เฉย ๆ เหตุผล

๙. ถ้าคะแนนความพึงพอใจเต็ม ๑๐ คะแนน ท่านให้คะแนนความพึงพอใจต่อการทำงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในตำบลของท่าน เท่าใด

(ระบุตัวเลข โดยกำหนดให้ ๐ = ไม่พึงพอใจเลย จนถึง ๑๐ = พึงพอใจมากที่สุด)

ระบุ .....คะแนน

คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต./เทศบาล.....

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินครั้งนี้

ลงชื่อ .....

(.....)

นายก อบต./เทศบาล.....

ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่