

2024 Medicare 경험 조사

MEDICARE 설문지 작성 안내

본 설문조사는 귀하의 정보와 지난 6개월간 받으신 의료 서비스에 관한 것입니다. 귀하 자신과 귀하가 직접 대면, 전화 또는 영상 통화를 통해 의료 서비스를 받으셨을 때를 떠올리며 각 질문에 응답해주시시오. 부디 시간을 내어 본 설문조사를 완료해주시기 바랍니다. 귀하의 응답은 저희에게 매우 중요합니다. 완료하신 설문지는 동봉된 우편 요금 선납 봉투에 넣어 [SURVEY VENDOR](으)로 보내주시기 바랍니다.

- 2024년 Medicare 플랜을 변경하셨다면, 2023년 마지막 6개월간의 경험을 떠올리며 질문에 답해주시시오.
- 다음과 같이 답변 왼쪽 상자에 "X" 표시를 하여 모든 질문에 답해 주십시오.
 예
- 반드시 모든 선택지를 읽고 답변해 주십시오.
- 이 설문조사에는 답변하지 않아도 되는 질문도 있습니다. 이럴 때 화살표와 함께 다음에 답해야 하는 질문을 지시하는 설명이 있습니다. 예시: [→'아니요'인 경우3번 질문으로 가십시오]. 다음 예시를 참고하십시오.

예시

1. 현재 보청기를 착용하고 계십니까?
 예
 아니요 → '아니요'인 경우3번 질문으로 가십시오
2. 얼마나 오래 보청기를 착용하셨습니까?
 1년 미만
 1년에서 3년
 3년 넘게
 보청기를 착용하지 않음
3. 지난 6개월 사이에 두통을 앓으신 적이 있습니까?
 예
 아니요

1995년 문서감축법에 따라, 유효한 OMB 관리 번호가 제시되지 않았을 때는 정보 수집에 응답하실 필요가 없습니다. 이것은 의무적으로 수집된 정보와 자발적으로 수집된 정보 모두에 적용됩니다. 본 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 **0938-0732** (2025년 1월 31일 만료)입니다. 본 정보 수집을 완료하는 데 필요한 예상 소요 시간은 설문지 작성 안내 검토, 기존 자료 출처 검색, 필요 자료 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 평균 **15분**입니다. 예상 소요 시간의 정확성에 관한 의견 또는 본 설문지를 개선할 제안은 아래 주소로 보내주시기 바랍니다. CMS, 7500Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland21244-1850.

1. 저희 기록에 따르면 2023 년에 귀하의 의료 서비스는 뒤 페이지에 기재된 플랜이 보장하였습니다. 맞습니까?

예 → '예'인 경우 3 번 질문으로 가십시오

아니요

2. 2023 년에 귀하께서 사용한 건강 플랜의 이름을 아래에 적으시고, 그 플랜에 따른 경험을 바탕으로 나머지 질문에 답변해 주십시오. (정자로 적어주십시오)

지난 6 개월간 받은 의료 서비스 관련

다음은 귀하께서 클리닉, 응급실 또는 개인병원에서 직접 받으시는 의료 서비스에 관한 질문입니다. 이는 귀하께서 대면으로 또는 전화나 영상 통화로 받으신 서비스를 포함합니다.

3. 지난 6 개월간 급하게 진료를 받으셔야 했던 질병, 부상 또는 증세가 있었습니까?

예

아니요 → '아니요'인 경우 5 번 질문으로 가십시오

4. 지난 6 개월간 급하게 진료가 필요할 때 바로 진료를 받으셨던 적이 얼마나 자주 있었습니까?

전혀 없음

가끔

대부분

항상

5. 지난 6 개월간 대면으로 또는 전화나 영상 통화로 정기 검진 또는 일상적 진료를 예약한 적이 있으십니까?

예

아니요 → '아니요'인 경우 7 번 질문으로 가십시오

6. 지난 6 개월간 정기 검진 또는 일상적인 진료가 필요할 때 바로 원하는 시간에 예약하신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

전혀 없음

가끔

대부분

항상

7. 지난 6개월간 응급실에 간 횟수를 제외하고, 의료 서비스를 대면으로 또는 전화나 영상 통화로 몇 번 받으셨습니까?

없음 → '없음'인 경우 9 번
질문으로 가십시오

- 1 번
- 2 번
- 3 번
- 4 번
- 5~9 번
- 10 번 이상

8. 대기 시간은 대기실과 검사실에서 기다린 시간을 포함합니다. 지난 6개월간 예약 시간으로부터 15분 이내에 진료 예약한 사람을 보신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

9. 숫자 0에서 10 중 최악의 의료 서비스가 0, 최고의 의료 서비스가 10 이라면, 지난 6개월간 받은 모든 의료 서비스에 몇 점을 주시겠습니까?

- 0 최악의 의료 서비스
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 최고의 의료 서비스

10. 지난 6개월간 귀하께 필요한 진료, 검사 또는 치료를 쉽게 받으신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

주치의 관련

11. 주치의는 검진이 필요하거나 건강 문제에 대한 조언을 얻고 싶을 때, 아프거나 다쳤을 때 상담하는 의사입니다. 주치의가 있으십니까?

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 27 번
질문으로 가십시오

12. 지난 6개월간 대면으로 또는 전화나 영상 통화로 건강에 관해 주치의와 몇 번 상담하셨습니다?

없음 → '없음'인 경우 27 번
질문으로 가십시오

- 1 번
- 2 번
- 3 번
- 4 번
- 5~9 번
- 10 번 이상

13. 지난 6개월간 주치의가 이해하기 쉽게 정보를 설명한 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

14. 지난 6개월간 주치의가 귀하의 말씀을 귀 기울여 들은 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

15. 지난 6개월간 주치의가 귀하의 의견에 존중을 표한 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

16. 지난 6개월간 주치의가 시간을 충분히 들여 귀하를 진료한 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

17. 숫자 0에서 10 중 최악의 주치의가 0, 최고의 주치의가 10 이라면, 귀하의 주치의에게 몇 점을 주시겠습니까?

- 0 최악의 주치의
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 최고의 주치의

18. 지난 6개월간 주치의와 예약된 진료를 하는 동안, 주치의가 귀하의 의무 기록 또는 기타 진료 정보를 갖고 있던 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

19. 지난 6개월간 주치의가 혈액 검사, 엑스레이 또는 기타 검사를 지시한 적이 있습니까?

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 22 번
질문으로 가십시오

20. 지난 6개월간 주치의가 혈액 검사, 엑스레이 또는 기타 검사를 지시했을 때, 주치의 병원에서 추후 연락하여 그 결과를 귀하께 전달한 적은 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

21. 지난 6개월간 주치의가 혈액 검사, 엑스레이 또는 기타 검사를 지시했을 때, 필요한 즉시 결과를 받으신 적은 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

22. 지난 6개월간 처방약을 복용하신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 24 번
질문으로 가십시오

23. 지난 6개월간 복용하는 모든 처방약에 관해 주치의와 얼마나 자주 이야기를 나누셨습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

24. 지난 6개월간 한 명 이상의 의료 서비스 제공자에게서 진료를 받거나 한 종류 이상의 의료 서비스를 이용하셨습니까?

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 27 번
질문으로 가십시오

25. 지난 6개월간 각기 다른 제공자와 의료 서비스를 통해 진료를 받을 때 주치의 병원의 도움이 필요하셨던 적이 있습니까?

- 예
 아니요 → '아니요'인 경우 27 번

질문으로 가십시오

26. 지난 6개월간 각기 다른 제공자와 의료 서비스를 통해 진료를 받을 때 주치의 병원으로부터 필요한 도움 받으셨습니까?

- 확실히 받음
 어느 정도 받음
 아니요

28. 지난 6개월간 전문의 의료 서비스를 예약하신 적이 있습니까?

- 예
 아니요 → '아니요'인 경우 33 번

질문으로 가십시오

29. 지난 6개월간 전문의 의료 서비스가 필요할 때 바로 예약하신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
 가끔
 대부분
 항상

30. 지난 6개월간 몇 명의 전문의에게 상담을 받으셨습니까?

- 없음 → '없음'인 경우 33 번
질문으로 가십시오

- 1 명
 2 명
 3 번
 4 명
 5 명 이상

전문의 의료 서비스 관련

다음 질문에 답변하실 때는
대면으로 또는 전화나 영상 통화로
받으신 서비스를 포함해주시시오.

27. 전문의(스페셜리스트)는 외과 의사, 심장병 의사, 알레르기 의사, 피부과 의사 및 치료의 한 분야를 전문으로 하는 그 외 의사를 말합니다. 귀하의 주치의는 전문의입니까?

- 예 → '예'인 경우, 전문의에 관한
아래 질문에 답변할 때
귀하의 주치의를 떠올려
주십시오

- 아니요

31. 지난 6개월간 가장 자주 상담을 받으신 전문의를 평가해주시요. 0에서 10 중 최악의 전문의가 0, 최고의 전문의가 10 이라면, 해당 전문의에게 몇 점을 주시겠습니까?

- 0 최악의 전문의
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 최고의 전문의

32. 지난 6개월간 귀하께서 받으신 전문의 의료 서비스에 관해 귀하의 주치의가 잘 알고 최신 정보를 숙지한다고 여기신 적은 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상
- 주치의가 없음
- 지난 6개월간 주치의와 상담한 적 없음
- 주치의가 전문의임

건강 플랜 관련

33. 지난 6개월간 귀하의 건강 보험사 고객 서비스 담당직원으로부터 정보나 도움을 받으신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 36 번 질문으로 가십시오

34. 지난 6개월간 귀하의 건강 보험사 고객 서비스 담당직원으로부터 필요한 정보나 도움을 받으신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

35. 지난 6개월간 귀하의 건강 보험사 고객 서비스 담당직원이 예의 있고 공손하게 응대한 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상

36. 지난 6개월간 귀하의 건강 플랜으로부터 작성이 필요한 서식을 받으신 적이 있습니까?

예
 아니요 → '아니요'인 경우 38 번 질문으로 가십시오

37. 지난 6개월간 귀하의 건강 플랜으로부터 받으신 서식이 작성하기 쉬웠던 적이 얼마나 자주 있었습니까?

전혀 없음
 가끔
 대부분
 항상

38. 숫자 0에서 10 중 최악의 건강 플랜이 0, 최고의 건강 플랜이 10 이라면, 귀하의 건강 플랜에 몇 점을 주시겠습니까?

0 최악의 건강 플랜
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 최고의 건강 플랜

39. 코페이는 개인병원이나 병원을 방문할 때 귀하께서 내셔야 하는 부담금입니다. 지난 6개월간 귀하의 건강 플랜에서 건강 문제(고혈압 등)를 이유로 코페이를 내리겠다고 제의한 적이 있습니까?

예
 아니요
 잘 모름
 코페이가 없음
 건강 문제가 없음
 다른 이유로 코페이 인하를 제의했음

40. 건강 플랜 혜택은 해당 플랜에서 받을 수 있는 여러 서비스를 말합니다. 지난 6개월간 귀하의 건강 플랜에서 건강 문제(고혈압 등)를 이유로 귀하께 추가 혜택을 제의한 적이 있습니까?

예
 아니요
 잘 모름
 건강 문제가 없음
 다른 이유로 추가 혜택을 제의했음

귀하에 대하여

41. 대체적으로 귀하의 전반적 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

- 최상임
- 매우 좋음
- 좋음
- 보통임
- 나쁨

42. 대체적으로 귀하의 전반적 정신적 또는 정서적 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

- 최상임
- 매우 좋음
- 좋음
- 보통임
- 나쁨

43. 귀하의 가정에서 주로 사용하시는 언어는 무엇입니까?

- 영어
- 스페인어
- 중국어
- 한국어
- 타갈로그어
- 베트남어
- 기타 언어 → 정자로

적어주십시오: _____

44. 지난 6개월간 하루 이상 병원에 입원하신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요

45. 지난 6개월간 의사가 처방한 의약품을 쉽게 구입하신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상
- 지난 6개월간 의사가 약을 처방해 준 적이 없음

46. 처방약 비용의 일부 또는 전액을 부담하는 보험에 가입하셨습니까?

- 예
- 아니요
- 모름

47. 지난 6개월간 약품 가격 때문에 처방약 조제를 연기하거나 조제를 받지 않으신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요
- 지난 6개월간 의사에게 약을 처방받은 적이 없음

48. 지난 6개월간 귀하께서 서비스를 받은 클리닉, 응급실 또는 개인병원 직원이 다음과 같은 이유로 귀하를 불공평하거나 무신경하게 대한 적이 있습니까?

- | | <u>예</u> | <u>아니요</u> |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 건강 상태 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 장애 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 연령 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 문화 또는 종교 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 언어 또는 말씨 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 인종 또는 민족성 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 성별(여성 또는 남성) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 성적 지향 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 젠더 또는 성 정체성 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 수입 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

49. 의사가 다음과 같은 건강 상태라고 진단한 적이 있습니까?

- | | <u>예</u> | <u>아니요</u> |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 심장마비 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 협심증 또는 관상 동맥성 심장질환 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 고혈압 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>피부암을 제외한 암</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 폐기종, 천식, COPD(만성 폐색성 폐질환) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 모든 당뇨병 유형, 고혈당 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

50. 걷거나 계단을 오르는 데 심각한 어려움이 있습니까?

- 예
 아니요

51. 옷을 입거나 목욕을 하는 데 어려움이 있습니까?

- 예
 아니요

52. 신체적, 정신적, 정서적 증세 때문에 의사 방문이나 쇼핑 등 일상적인 활동을 하는 데 어려움을 겪고 있습니까?

- 예
 아니요

53. 2023년 7월 1일 이후로 독감 예방주사를 맞으신 적이 있습니까?

- 예
 아니요
 모름

54. 폐렴 예방주사를 한 번 이상 맞으셨습니까? 보통 일생에 두 번 맞으며, 독감 예방주사와는 다릅니다. 폐렴구균 백신이라고도 합니다.

- 예
 아니요
 모름

55. 현재 가끔 또는 매일 흡연을 하십니까, 아니면 전혀 하지 않으십니까?

- 매일
- 가끔
- 전혀 안 함 → '전혀 안 함'인 경우

**57 번 질문으로
가십시오**

- 모름 → '모름'인 경우 57 번 질문으로
가십시오

56. 지난 6 개월간 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 담배를 끊으라고 조언한 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대부분
- 항상
- 지난 6 개월간 대면으로 또는 전화나 영상 통화로 상담받은 적이 없음

57. 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까?

- 중졸 이하
- 고교 중퇴
- 고졸 또는 검정고시(GED)
- 대학 중퇴 또는 2 년제 대학 학위
- 대졸
- 대학원 이상

58. 히스패닉 또는 라티노이십니까?

- 예, 히스패닉 또는 라티노임
- 아니요, 히스패닉 또는 라티노가 아님

59. 귀하의 인종은 무엇입니까? 하나 이상 표시하십시오.

- 미국 원주민 또는 알래스카 원주민
- 아시아인
- 흑인 또는 아프리카계 미국인
- 하와이 원주민 또는 기타 태평양
- 제도인
- 백인

60. 현재 귀하를 포함하여 몇 명이 함께 살고 계십니까?

- 1 명
- 2~3 명
- 4 명 이상

61. 가정에서 인터넷을 사용하십니까?

- 예
- 아니요

62. Medicare 프로그램이 귀하가 받으신 의료 서비스에 관하여 자세히 알아보거나 의료 서비스 관련 주제에 대한 그룹 토론이나 인터뷰에 귀하를 초대하기 위해 나중에 연락을 드려도 될까요?

- 예
- 아니요

63. 이 설문에 응답하는 데 누군가가 도와드렸습니까?

예

아니요 → 감사합니다.

작성하신 설문지를 우편
요금 선납 봉투에 넣어
보내주시기 바랍니다.

64. 그분이 어떻게 도와드렸습니까?
하나 이상 표시하십시오.

내게 질문을 읽어주었음

내 응답을 받아 적었음

나를 대신해 응답했음

질문을 내가 사용하는 언어로
번역해 주었음

기타 방법으로 도움을 주었음

감사합니다.

작성하신 설문지를 우편 요금 선납 봉투에 넣어 보내주시기 바랍니다.

[SURVEY VENDOR RETURN ADDRESS FOR MAIL PROCESSING]

Contract Name: _____

[OPTIONAL]

또한, 다음 중 하나로도 플랜을 아실 수 있습니다: