

Korean

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan
(MA & PDP) CAHPS® Survey**

**2025 Medicare Advantage and Prescription Drug Plan
Survey**

2025 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 응답해주시고, 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.

- 2025년 Medicare 플랜을 변경하셨다면, 2024년 마지막 6개월간의 경험을 떠올리며 질문에 답해주시고.
- 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 경우 3번 질문으로 가십시오]. 다음 예시를 참고하십시오.

예시

1. 현재 보청기를 착용하고 계십니까?

☐ 예
☒ 아니요 → '아니요'인 경우 3번 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** (TBD 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, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C1-25-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

1. 저희 기록에 따르면 2024년에 귀하의 의료 서비스는 뒤 페이지에 기재된 플랜이 보장하였습니다. 맞습니까?

☐ 예 → '예'인 경우 3번 질문으로
가십시오
☐ 아니요

2. 2024년에 귀하께서 사용한 건강 플랜의 이름을 아래에 적으시고, 그 플랜에 따른 경험을 바탕으로 나머지 질문에 답변해 주십시오. (정자로 적어주십시오)
- _____

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

☐ 예
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 5번
질문으로 가십시오

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

☐ 전혀 없음
☐ 가끔
☐ 대부분
☐ 항상

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

☐ 예
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 7번
질문으로 가십시오

6. 지난 6개월간 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
☐ 1번
☐ 2번
☐ 3번
☐ 4번
☐ 5~9번
☐ 10번 이상

8. 숫자 0에서 10중 최악의 의료 서비스가 0, 최고의 의료 서비스가 10이라면, 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

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

☐ 전혀 없음
☐ 가끔
☐ 대부분
☐ 항상

주치의 관련

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

☐ 예
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 26번
질문으로 가십시오

11. 지난 6개월간 대면으로 또는 전화나 영상 통화로 건강에 관해 주치의와 몇 번 상담하셨습니까?

☐ 없음 → '없음'인 경우 26번
질문으로 가십시오

☐ 1번
☐ 2번
☐ 3번
☐ 4번
☐ 5~9번
☐ 10번 이상

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

☐ 전혀 없음
☐ 가끔
☐ 대부분
☐ 항상

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

- ☐ 전혀 없음
- ☐ 가끔
- ☐ 대부분
- ☐ 항상

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

- ☐ 전혀 없음
- ☐ 가끔
- ☐ 대부분
- ☐ 항상

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

- ☐ 전혀 없음
- ☐ 가끔
- ☐ 대부분
- ☐ 항상

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

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

17. 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

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

- ☐ 예
- ☐ 아니요 → '아니요'인 경우 21번 질문으로 가십시오

19. 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

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

☐ 전혀 없음
☐ 가끔
☐ 대부분
☐ 항상

21. 지난 6개월간 처방약을 복용하신 적이 있습니까?

☐ 예
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 23번

질문으로 가십시오

22. 지난 6개월간 복용하는 모든 처방약에 관해 주치사와 얼마나 자주 이야기를 나누셨습니까?

☐ 전혀 없음
☐ 가끔
☐ 대부분
☐ 항상

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

☐ 예
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 26번
질문으로 가십시오

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

☐ 예
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 26번
질문으로 가십시오

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

☐ 확실히 받음
☐ 어느 정도 받음
☐ 아니요

전문의 의료 서비스 관련

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

26. 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

27. 지난 6개월간 전문의 의료 서비스를
예약하신
적이 있습니까?

☐ 예

☐ 아니요 → '아니요'인 경우 32번
질문으로 가십시오

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

☐ 전혀 없음

☐ 가끔

☐ 대부분

☐ 항상

29. 지난 6개월간 몇 명의 전문의에게
상담을 받으셨습니까?

☐ 없음 → '없음'인 경우 32번
질문으로 가십시오

☐ 1명

☐ 2명

☐ 3명

☐ 4명

☐ 5명 이상

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

☐ 최악의 전문의

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

31. 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

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

- ☐ 예
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 35번 질문으로 가십시오

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

- ☐ 전혀 없음
☐ 가끔
☐ 대부분
☐ 항상

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

- ☐ 전혀 없음
☐ 가끔
☐ 대부분
☐ 항상

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

☐ 예
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 37번
질문으로 가십시오

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

☐ 전혀 없음
☐ 가끔
☐ 대부분
☐ 항상

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

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

38. 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

39. 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

처방약 플랜 관련

이제 귀하의 처방약 플랜이 제공하는 처방약 보장에 관하여 질문드리겠습니다.

40. 지난 6개월간 개인병원, 약국 또는 귀하의 처방약 플랜에서 귀하께 연락하여

예 아니요

- a. 처방약을 조제 또는 처방전 리필을 받으셨는지 확인한 적이 있습니까? ☐ ☐
- b. 지시대로 약을 복용하고 계신지 확인한 적이 있습니까? ☐ ☐

41. 지난 6개월간 의사가 처방한 의약품을 처방약 플랜을 사용하여 쉽게 구매하신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- ☐ 전혀 없음
☐ 가끔
☐ 대부분
☐ 항상
☐ 지난 6개월간 처방약 플랜을 사용하여 의약품을 구매한 적이 없음

42. 지난 6개월간 지역 약국에서 처방약 플랜을 사용하여 약을 조제 받으신 적이 있습니까?

- ☐ 예
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 44번 질문으로 가십시오

43. 지난 6개월간 지역 약국에서 처방약 플랜을 사용하여 약을 쉽게 조제 받으신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- ☐ 전혀 없음
☐ 가끔
☐ 대부분
☐ 항상

44. 지난 6개월간 처방약 플랜을 사용하여 처방약을 우편으로 받으신 적이 있습니까?

- ☐ 예
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 46번 질문으로 가십시오

45. 지난 6개월간 처방약 플랜을 사용하여 우편 처방약을 쉽게 조제 받으신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- ☐ 전혀 없음
☐ 가끔
☐ 대부분
☐ 항상

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

- ☐ 0 최악의 처방약 플랜
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 최고의 처방약 플랜

귀하에 대하여

47. 대체적으로 귀하의 전반적 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

- ☐ 최상임
- ☐ 매우 좋음
- ☐ 좋음
- ☐ 보통임
- ☐ 나쁨

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

- ☐ 최상임
- ☐ 매우 좋음
- ☐ 좋음
- ☐ 보통임
- ☐ 나쁨

49. 귀하의 가정에서 주로 사용하시는 언어는 무엇입니까?

- ☐ 영어
- ☐ 스페인어
- ☐ 중국어
- ☐ 한국어
- ☐ 타갈로그어
- ☐ 베트남어
- ☐ 기타 언어 → 정자로 적어주십시오: _____

50. 지난 6개월간 하루 이상 병원에 입원하신 적이 있습니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

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

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

52. 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	☐	☐
b. 장애	☐	☐
c. 연령	☐	☐
d. 문화 또는 종교	☐	☐
e. 언어 또는 말씨	☐	☐
f. 인종 또는 민족성	☐	☐
g. 성별(여성 또는 남성)	☐	☐
h. 성적 지향	☐	☐
i. 젠더 또는 성 정체성	☐	☐
j. 수입	☐	☐

53. 의사가 다음과 같은 건강 상태라고 진단한 적이 있습니까?

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

54. 걷거나 계단을 오르는 데 심각한 어려움이 있으십니까?

- ☐ 예
☐ 아니요

55. 옷을 입거나 목욕을 하는 데 어려움이 있으십니까?

- ☐ 예
☐ 아니요

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

- ☐ 예
☐ 아니요

57. 2024년 7월 1일 이후로 독감 예방주사를 맞으신 적이 있습니까?

- ☐ 예
☐ 아니요
☐ 모름

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

- ☐ 예
☐ 아니요
☐ 모름

59. 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까?

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

60. 히스패닉 또는 라티노이십니까?

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

61. 귀하의 인종은 무엇입니까? 하나 이상 표시하십시오.

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

62. 현재 귀하를 포함하여 몇 명이 함께 살고 계십니까?

- ☐ 1명
- ☐ 2~3명
- ☐ 4명 이상

63. 가정에서 인터넷을 사용하십니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

64. 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

65. 이 설문에 응답하는 데 누군가가 도와드렸습니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요 → 감사합니다.

**작성하신 설문지를 우편
요금 선납 봉투에 넣어
보내주시기 바랍니다.**

66. 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: