

Korean

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

2021 Medicare Advantage Prescription Drug Survey

THIS PAGE
INTENTIONALLY
LEFT BLANK

2021 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 응답해 주십시오. 부디 시간을 내어 본 설문조사를 완료해 주시기 바랍니다. 귀하의 응답은 저희에게 매우 중요합니다. 완료하신 설문지는 동봉된 우편 요금 선납 봉투에 넣어 [SURVEY VENDOR](으)로 보내주시기 바랍니다.

- 2021년 Medicare 플랜을 변경하셨다면, 2020년 마지막 6개월간의 경험을 떠올리며 질문에 답해 주십시오.
- 다음과 같이 답변 왼쪽 상자에 "X" 표시를 하여 모든 질문에 답해 주십시오.
- 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 착용하셨습니다?

- 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**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 2020년에 귀하의 건강 서비스는 뒤 페이지에 기재된 플랜이 보장하였습니다. 맞습니까?

- 예 → '예'인 경우 3 번 질문으로 가십시오
 아니요

2. 2020년에 귀하께서 사용한 건강 플랜의 이름을 아래에 적으시고, 그 플랜에 따른 경험을 바탕으로 나머지 질문에 답변해 주십시오. (정자로 적어주십시오)

지난 6개월간 받은 진료 관련

3. 지난 6개월간 병원, 응급실이나 의사 진료실에서 즉시 진료를 받으셔야 했던 질병, 부상 또는 증세가 있었습니까?

- 예
 아니요 → '아니요'인 경우 5 번 질문으로 가십시오

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

- 전혀 없음
 가끔
 대개
 항상

5. 지난 6개월간 의사 진료실이나 병원에서 검진 또는 일상적인 진료 예약을 하신 적이 있습니까?

- 예
 아니요 → '아니요'인 경우 7 번 질문으로 가십시오

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

- 전혀 없음
 가끔
 대개
 항상

7. 지난 6개월간 응급실에 간 횟수를 제외하고, 본인의 진료를 받으러 의사 진료실이나 병원에 가신 횟수는 몇 번입니까?

- 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
 대개
 항상

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

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

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

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상

주치의 관련

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

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 27 번 질문으로 가십시오

12. 지난 6 개월간 본인의 진료를 받기 위해 주치의를 방문하신 횟수는 몇 번입니까?

- 없음 → '없음'인 경우 27 번 질문으로 가십시오
- 1 번
- 2 번
- 3 번
- 4 번
- 5~9 번
- 10 번 이상

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

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상

14. 지난 6 개월간 주치가 귀하의 의견을 주의 깊게 들은 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상

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

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상

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

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상

17. 숫자 0 에서 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 6 개월간 주치의를 예약 방문하셨을 때, 주치의가 귀하의 의무 기록 또는 기타 진료 정보를 갖고 있던 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상

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

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 22 번 질문으로 가십시오

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

- 전혀 없음 → '전혀 없음'인 경우 22 번 질문으로 가십시오

- 가끔
- 대개
- 항상

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

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상

22. 지난 6 개월간 어떤 처방약이든 복용하신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 24 번 질문으로 가십시오

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

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상

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

예
 아니요 → '아니요'인 경우 27 번 질문으로 가십시오

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

예
 아니요 → '아니요'인 경우 27 번 질문으로 가십시오

26. 지난 6 개월간 각기 다른 제공자와 진료 서비스를 통해 진료를 받을 때 주치의 진료실로부터 필요한 도움을 받으셨습니까?

확실히 받음
 어느 정도 받음
 아니요

전문의 진료 관련

27. 전문의는 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
 주치의가 없음

28. 지난 6 개월간 전문의 진료를 약하신 적이 있습니까?

예
 아니요 → '아니요'인 경우 33 번 질문으로 가십시오
 나 대신 다른 사람이 전문의 진료 예약을 해주었음

29. 지난 6 개월간 전문의 진료가 필요할 때 바로 원하는 시간에 예약하신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

전혀 없음
 가끔
 대개
 항상

30. 지난 6 개월간 몇 명의 전문의에게 진료를 받으셨습니까?

없음 → '없음'인 경우 33 번 질문으로 가십시오
 1 명
 2 명
 3 번
 4 명
 5 명 이상

31. 지난 6 개월간 가장 자주 진료를 받으신 전문의를 평가해 주십시오. 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 6 개월간 귀하께서 받으신 전문의 진료에 관해 귀하의 주치의가 잘 알고 최신 정보를 숙지한다고 여기신 적은 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상
- 주치의가 없음
- 지난 6 개월간 주치의를 방문하지 않음
- 주치의가 전문의임

건강 플랜 관련

33. 지난 6 개월간 귀하의 건강 플랜 고객 서비스로부터 정보나 도움을 받으신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 36 번 질문으로 가십시오

34. 지난 6 개월간 귀하의 건강 플랜 고객 서비스로부터 필요한 정보나 도움을 받으신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상

35. 지난 6 개월간 귀하의 건강 플랜 고객 서비스 직원이 예의 있고 공손하게 응대하신 적이 얼마나 자주 있었습니까?

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상

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

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 38 번 질문으로 가십시오

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

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상

38. 숫자 0 에서 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 의사 진료실이나 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

처방약 플랜 관련

이제 귀하의 처방약 플랜이 제공하는 처방약 보장에 관하여 질문드리겠습니다.

41. 지난 6개월간 의사 진료실, 약국 또는 귀하의 처방약 플랜에서 귀하께 연락하여

예 아니요

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

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

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

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

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 45 번 질문으로 가십시오

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

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상
- 지난 6 개월간 지역 약국에서 처방약 플랜을 사용하여 처방약을 조제 받은 적이 없음

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

- 예
- 아니요 → '아니요'인 경우 47 번 질문으로 가십시오
- 내 처방약 플랜이 우편 처방약을 보장하는지 모름 → 47 번 질문으로 가십시오

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

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상
- 지난 6 개월간 처방약 플랜을 사용하여 우편으로 약을 받은 적이 없음
- 내 처방약 플랜이 우편 처방약을 보장하는지 모름

47. 숫자 0 에서 10 중 최악의 처방약 플랜이 0, 최고의 처방약 플랜이 10 이라면, 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

48. 대체적으로 귀하의 전반적 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

- 최상임
- 매우 좋음
- 좋음
- 보통임
- 나쁨

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

- 최상임
- 매우 좋음
- 좋음
- 보통임
- 나쁨

50. 지난 6 개월간 하루 이상 병원에 입원하신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요

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

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

52. 지난 6 개월간 요청하지 않은 약품을 우편으로 받으신 적이 있습니까?

- 예
- 아니요
- 모름

53. 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"/> |

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. 2020 년 7 월 1 일 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.

- 매일
- 가끔
- 전혀 안 함 → '전혀 안 함'인 경우 61 번 질문으로 가십시오
- 모름 → '모름'인 경우 61 번 질문으로 가십시오

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

- 전혀 없음
- 가끔
- 대개
- 항상
- 지난 6 개월간 방문한 적 없음

61. 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까?

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

62. 히스패닉 또는 라티노이십니까?

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

63. 귀하의 인종은 무엇입니까? 하나 이상 표시하십시오.

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

64. 현재 귀하를 포함하여 몇 명이 함께 살고 계십니까?

- 1명
- 2~3명
- 4명 이상

65. 가정에서 인터넷을 사용하십니까?

- 예
- 아니요

66. Medicare 프로그램이 귀하가 받으신 진료에 관하여 자세히 알아보거나 진료 관련 주제에 대한 그룹 토론이나 인터뷰에 귀하를 초대하기 위해 나중에 연락을 드려도 될까요?

- 예
- 아니요

67. 이 설문에 응답하는 데 누군가가 도와드렸습니까?

- 예
- 아니요 → 감사합니다.

작성하신 설문지를 우편
요금 선납 봉투에 넣어
보내주시기 바랍니다.

68. 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: