

**Korean**

**Medicare Advantage and Prescription Drug Plan  
(MA & PDP) CAHPS<sup>®</sup> Survey**

**2026 Medicare Advantage Plan Survey**

# 2026 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 응답해주시요. 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.

- 2026년 Medicare 플랜을 변경하셨다면, 2025년 마지막 6개월간의 경험을 떠올리며 질문에 답해주시요
- 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?  
☐ 1 년 미만  
☐ 1 년에서 3 년  
☐ 3 년 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 (2027년 11월 30일 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 2025 년에 귀하의 의료 서비스는 뒤 페이지에 기재된 플랜이 보장하였습니다. 맞습니까?

☐ 예 → '예'인 경우 3 번 질문으로  
가십시오

☐ 아니요

2. 2025 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  
☐ 1 번  
☐ 2 번  
☐ 3 번  
☐ 4 번  
☐ 5~9 번  
☐ 10 번 이상

8. 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

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 26 번  
질문으로 가십시오

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

☐ 없음 → '없음'인 경우 26 번  
질문으로 가십시오

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

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

☐ 전혀 없음  
☐ 가끔  
☐ 대부분  
☐ 항상

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

- ☐ 전혀 없음
- ☐ 가끔
- ☐ 대부분
- ☐ 항상

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

- ☐ 전혀 없음
- ☐ 가끔
- ☐ 대부분
- ☐ 항상

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

- ☐ 전혀 없음
- ☐ 가끔
- ☐ 대부분
- ☐ 항상

16. 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

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

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

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

- ☐ 전혀 없음  
☐ 가끔  
☐ 대부분  
☐ 항상

21. 지난 6 개월간 처방약을 복용하신 적이 있습니까?

- ☐ 예  
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 23 번

질문으로 가십시오

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

- ☐ 전혀 없음  
☐ 가끔  
☐ 대부분  
☐ 항상

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

- ☐ 예  
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 26 번

질문으로 가십시오

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

- ☐ 예  
☐ 아니요 → '아니요'인 경우 26 번

질문으로 가십시오

25. 지난 6 개월간 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  
주십시요

☐ 아니요

27. 지난 6 개월간 전문의 의료 서비스를  
예약하신 적이 있습니까?

☐ 예

☐ 아니요 → '아니요'인 경우 32 번  
질문으로 가십시요

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

☐ 전혀 없음

☐ 가끔

☐ 대부분

☐ 항상

29. 지난 6 개월간 몇 명의 전문의에게  
상담을 받으셨습니까?

☐ 없음 → '없음'인 경우 32 번  
질문으로 가십시요

☐ 1 명

☐ 2 명

☐ 3 번

☐ 4 명

☐ 5 명 이상

30. 지난 6 개월간 가장 자주 상담을 받으신  
전문의를 평가해주시요. 0 에서 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

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 36 번  
**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 37 번  
**질문으로 가십시오**

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

- ☐ 전혀 없음  
☐ 가끔  
☐ 대부분  
☐ 항상



37. 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

---

**귀하에 대하여**

---

38. 대체적으로 귀하의 전반적 건강  
상태가 어떻다고 생각하십니까?

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

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

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

40. 귀하의 가정에서 주로 사용하시는  
언어는 무엇입니까?

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

41. 지난 6 개월간 하루 이상 병원에  
입원하신 적이 있습니까?

- ☐ 예  
☐ 아니요

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

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

43. 처방약 비용의 일부 또는 전액을  
부담하는 보험에 가입하셨습니까?

- ☐ 예  
☐ 아니요  
☐ 모름

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

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

45. 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<br>동맥성 심장질환 .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 고혈압.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>피부암을 제외한</u> 암.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 폐기종, 천식,<br>COPD(만성 폐색성<br>폐질환)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 모든 당뇨병 유형,<br>고혈당.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

46. 걷거나 계단을 오르는 데 심각한  
어려움이 있으십니까?

- ☐ 예  
☐ 아니요

47. 옷을 입거나 목욕을 하는 데  
어려움이 있으십니까?

- ☐ 예  
☐ 아니요

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

- ☐ 예  
☐ 아니요

49. 2025 년 7 월 1 일 이후로 독감  
예방주사를 맞으신 적이 있습니까?

- ☐ 예  
☐ 아니요  
☐ 모름

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

- ☐ 예  
☐ 아니요  
☐ 모름

51. 귀하의 최종 학력은 어떻게  
되십니까?

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

52. 귀하의 인종 또는 민족은 무엇입니까? 하나 이상 표시하십시오.

- ☐ 미국 원주민 또는 알래스카 원주민
- ☐ 아시아인
- ☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인
- ☐ 히스패닉 또는 라틴계
- ☐ 중동 또는 북아프리카인
- ☐ 하와이 원주민 또는 태평양 제도인
- ☐ 백인

53. 현재 귀하를 포함하여 몇 명이 함께 살고 계십니까?

- ☐ 1 명
- ☐ 2~3 명
- ☐ 4 명 이상

54. 가정에서 인터넷을 사용하십니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요

55. 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

56. 이 설문에 응답하는 데 누군가가 도와드렸습니까?

- ☐ 예
- ☐ 아니요 → 감사합니다.

작성하신 설문지를 우편  
요금 선납 봉투에 넣어  
보내주시기 바랍니다.

57. 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]**

계약명: \_\_\_\_\_

**[OPTIONAL]**

다음 이름으로 귀하의 플랜을 아실 수 있습니다.