



통계법 제32조(성실응답의무), 통계법 제33조(비밀의 보호)

응답하신 내용은 통계법 제33조에 따라 엄격히 보호되며, 통계 작성 목적 외 다른 용도로 사용되지 않으므로 성실하고 정확하게 응답해 주시기 바랍니다.

2025 의료서비스경험조사(안)

인사 말씀

보건복지부에서는 국내 의료기관의 서비스 수준 및 국민의 의료제도 인식에 관한 사항을 파악하기 위해 매년 '의료서비스경험조사'를 실시하고 있습니다. 조사 결과는 의료서비스 개선 등 보건의료정책 수립의 기초 자료로 활용되오니 귀하의 적극적인 협조와 정확한 작성을 부탁드립니다. 귀중한 시간을 내어 조사에 협조해 주신 데 대해 감사드리며, 귀댁에 항상 행복이 가득하시기를 기원합니다.

※ 표지 부분은 조사 담당자가 작성합니다.

주소	시도	시군구	읍면동	도로명 + 건물번호	공동주택명 + 동호	
관리 사항	행정구역 분류 부호			조사구 번호	가구 번호	가구원 번호
	<input type="text"/>					

조사자 성명	
(휴대전화 번호)	- -
가구당 조사표 부수	총 ()부 중 (1)부
조사표 작성 방법	1 면접 조사 2 응답자 기입

구분	계	남	여
총가구원 수			
비대상자(15세 미만) 수			
대상자(15세 이상) 수			
본인 응답			
가족 대상 대리 응답			



< 조사표 작성 요령 >

- * 지난 1년(2023. 7. 1.~2024. 6. 30.)에 해당하는 경험을 응답해 주세요.
- * 각 항목별로 응답 항목에 ○ 또는 √표를 해 주십시오.
- * 응답 항목 중에서 기타에 해당되는 경우 그 내용을 () 안에 구체적으로 써넣으십시오.
- * 화살표(→)로 표시된 것은 지정된 항목으로 가서 써넣어 주십시오.
- * 장애가 있거나 연로하여 가족이 대신 응답하는 경우 **'개인 관련 사항'에는 장애가 있거나 연로한 당사자의 내용을 써넣되, '조사표'는 보호자 역할을 하는 가족의 경험을 바탕으로** 응답합니다.

이 설문지는 ① 본인 ② 보호자 이/가 작성하였습니다.

I

건강 수준

1 귀하의 전반적인 건강은 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 좋다 ② 좋은 편이다 ③ 보통이다 ④ 나쁜 편이다 ⑤ 매우 나쁘다

2 귀하는 지난 1년 동안(2023. 7. 1.~2024. 6. 30.) 다음의 만성질환으로 진료를 받은 적이 있습니까?
있다면 해당되는 사항을 모두 선택해 주십시오.
(외래/입원 진료를 모두 포함합니다.)

- | | | | |
|-------------|------------------------|-------------|--|
| ① 없음 | 있음 ▶ ▶ ▶ 해당 만성질환 모두 선택 | | |
| ② 고혈압 | ③ 당뇨병 | ④ 정신 및 행동장애 | |
| ⑤ 호흡기질환 | ⑥ 심장질환 | ⑦ 뇌혈관질환 | |
| ⑧ 신경계질환 | ⑨ 암 | ⑩ 갑상선의 장애 | |
| ⑪ 간의 질환 | ⑫ 만성신부전증 | | |
| ⑬ 기타(_____) | | | |

II

의료서비스 이용 경험

- ◇ 외래서비스: 치료를 목적으로 당일 의료기관을 방문하여 받은 서비스를 의미합니다.
※ 건강검진, 성형, 미용, 비만관리 등 치료 이외의 목적은 제외
- ◇ 입원서비스: 치료나 수술을 목적으로 하룻밤 이상 의료기관에서 취침한 경우를 의미합니다.
※ 건강검진, 성형, 미용, 비만관리 등 치료 이외의 목적은 제외
- ※ 의료기관: 병원(장기 요양병원은 병원에 해당되나, 요양원은 해당되지 않음), 의원, 한방 병의원, 치과 병의원, 보건의료원, 보건소, 보건진료소, 보건지소

3 귀하는 지난 1년 동안(2023. 7. 1.~2024. 6. 30.) 의료기관에서 외래서비스나 입원서비스를 이용한 경험이 있습니까?

(외래서비스와 입원서비스를 모두 이용한 분은 4번 문항부터 모두 응답해주세요. 의료서비스 이용 경험이 전혀 없는 분은 34번 문항부터 응답해주세요.)

- ① 외래 서비스 ▶ ▶ ▶ 로 이동
- ② 입원 서비스 ▶ ▶ ▶ 으로 이동
- ③ 전혀 없다 ▶ ▶ ▶ 으로 이동

[II-1. 외래 서비스]

- ◆ 질문 **3** 에서 ‘외래서비스’ 에 응답한 경우에만 작성합니다.
- ◆ **가장 최근에** 이용한 외래서비스 경험 사례를 기준으로 응답합니다.

4 귀하는 **가장 최근에 어떠한 질환으로 외래서비스를 이용하셨습니까?**
(주요한 질환 **하나만** 선택해 주십시오.)

고혈압과 당뇨병	<input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병	심뇌혈관질환	<input type="checkbox"/> 협심증 <input type="checkbox"/> 심근경색증 <input type="checkbox"/> 뇌출혈 <input type="checkbox"/> 뇌경색
갑상선 기능장애	<input type="checkbox"/> 갑상선 기능 저하증 <input type="checkbox"/> 갑상선 기능 항진증 <input type="checkbox"/> 기타 갑상선 질환		
호흡기 질환	<input type="checkbox"/> 감기 및 독감 <input type="checkbox"/> 비염, 인후염, 부비동염 <input type="checkbox"/> 중이염 <input type="checkbox"/> 코로나19 <input type="checkbox"/> 폐렴/기관지염 <input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 폐기종 <input type="checkbox"/> 기관지확장증 <input type="checkbox"/> 만성폐쇄폐질환 <input type="checkbox"/> 기타		
간질환	<input type="checkbox"/> 급성간염(A형 간염 등) <input type="checkbox"/> 만성간염(B, C형) <input type="checkbox"/> 간경화 <input type="checkbox"/> 기타 간질환	위장 질환	<input type="checkbox"/> 위염(급성, 만성) 및 위궤양 <input type="checkbox"/> 장염 <input type="checkbox"/> 기타
근골격계 질환	<input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 무릎관절증 <input type="checkbox"/> 퇴행관절염 <input type="checkbox"/> 류마티스 관절염 <input type="checkbox"/> 통풍	<input type="checkbox"/> 어깨병변 <input type="checkbox"/> 추간판 장애(추간판(디스크)탈출증, 척추관협착증 등) <input type="checkbox"/> 등 통증 <input type="checkbox"/> 기타 척추 질환(기형, 척추염 등) <input type="checkbox"/> 기타 관절 통증 및 근육통(염좌, 타박상 등)	
암 (악성신생물)	<input type="checkbox"/> 위암 <input type="checkbox"/> 대장암 <input type="checkbox"/> 폐암 <input type="checkbox"/> 유방암 <input type="checkbox"/> 자궁경부암 <input type="checkbox"/> 갑상선암 <input type="checkbox"/> 기타 암		
산부인과 질환	<input type="checkbox"/> 산과 질환: 임신과 관련한 산전진찰, 분만, 입덧, 임신중독증 등 <input type="checkbox"/> 부인과 질환: 부정출혈, 자궁내막증, 난소질환, 골반염, 양성 종양 등		
기타	<input type="checkbox"/> 치매 <input type="checkbox"/> 우울증/조울증 <input type="checkbox"/> 만성신부전 <input type="checkbox"/> 담석증/담낭염 <input type="checkbox"/> 치질(치핵/치루) <input type="checkbox"/> 비뇨기 장애 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 상해 불명 열 <input type="checkbox"/> 어지럼증 <input type="checkbox"/> 안과 질환 <input type="checkbox"/> 피부질환 <input type="checkbox"/> 치과질환 <input type="checkbox"/> 고지혈증 <input type="checkbox"/> 기타		

5 귀하가 **가장 최근에 외래로 의료기관에 방문한 시기**는 언제입니까?

⇒ 년 월

6 귀하가 **가장 최근에 방문한 의료기관의 형태**는 다음 중 어디에 속합니까?

- ① 상급 종합병원
- ② 병원(종합병원 등 병원급 의료기관)
- ③ 요양병원
- ④ 정신병원
- ⑤ 의원
- ⑥ 한방 병의원
- ⑦ 치과 병의원
- ⑧ 기타(_____)

6-1 이 의료기관은 평소에 자주 이용하던 곳입니까?

- ① 예
- ② 아니요

6-2 의료기관명(_____)

* 의료기관명이 기억나지 않으실 경우 쓰지 않고 넘어가셔도 좋습니다.
지역명 (_____)

7 당시 그 의료기관을 이용하게 된 이유는 무엇입니까? (주요한 이유 **하나만** 선택해 주십시오.)

- ① 가까워서
- ② 친절해서
- ③ 치료 효과가 좋아서
- ④ 유명해서
- ⑤ 주변에서 권해서
- ⑥ 비용이 적정해서
- ⑦ 의사의 성별 때문에
- ⑧ 기타(_____)

8 귀하가 당시 경험한 **담당 의사의 태도**는 어떠하였습니까?

항목	매우 그랬다	대체로 그랬다	보통 이었다	별로 그리지 않았다	전혀 그리지 않았다
1) 담당 의사는 귀하에게 예의를 갖추어 대했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 담당 의사는 어떤 검사를 왜 받아야 하는지, 또는 어떤 치료나 시술을 했을 때 나타날 수 있는 효과와 부작용 등을 알기 쉽게 설명 했습니까?	①	②	③	④	⑤
3) 담당 의사는 귀하가 질문을 하거나 관심사를 말할 수 있도록 배려 했습니까?	①	②	③	④	⑤
4) 담당 의사는 검사 여부나 치료법을 선택할 때 귀하의 의견을 잘 반영 했습니까?	①	②	③	④	⑤
5) 담당 의사는 귀하의 건강 상태에 대한 불안에 공감 했습니까?	①	②	③	④	⑤
6) 담당 의사로부터 추후 치료 계획이나 주의사항에 대해서 설명 을 들었습니까?	①	②	③	④	⑤
7) 담당 의사와 대화를 충분히 했습니까?	①	②	③	④	⑤
7-1) 담당 의사가 귀하를 진료한 시간은 얼마나 되었습니까? <input type="text"/> 분 정도 의사의 진료를 받았다.					

9 당시 경험한 **담당 간호사의 태도**는 어떠하였습니까?

항목	매우 그랬다	대체로 그랬다	보통 이었다	별로 그리지 않았다	전혀 그리지 않았다
1) 담당 간호사는 귀하에게 예의를 갖추어 대했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 담당 간호사가 진료 절차 등을 알기 쉽게 설명 했습니까?	①	②	③	④	⑤

10 당시 경험한 **의료기관에 대해서는 어떻게 생각**하십니까?

항목	매우 그랬다	대체로 그랬다	보통 이었다	별로 그렇지 않았다	전혀 그렇지 않았다
1) 의료기관의 시설 은 이용 시 편안 했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 행정 부서(접수, 수납)의 서비스 에 만족 했습니까?	①	②	③	④	⑤
3) 진료나 검사를 할 때 신체 노출 등으로 인해 수치감이 들지 않도록 의료진이 충분히 배려 했습니까?	①	②	③	④	⑤
4) 귀하가 의료기관을 이용하시는 동안 의료진이나 직원들이 귀하의 개인정보(연령, 병명 등)가 노출되지 않도록 주의 했습니까?	①	②	③	④	⑤
5) 주변에 이 의료기관을 이용 하겠다는 분이 있다면 추천 하고 싶습니다습니까?	①	②	③	④	⑤

11 귀하는 해당 의료기관을 이용하는 동안 다음 내용을 경험하였습니까?

항목	했다 (있었다)	하지 않았다 (없었다)	모르겠다	해당 없음
1) 의료진은 진료 전에 귀하의 신분(성명, 생년월일)을 확인했습니까?	①	②	③	
2) 의료진은 주사제 투약 전에, 주사제를 투여해야 하는 이유를 설명했습니까?	①	②	③	④
3) 의료진은 주사제 투약 전에, 의료진의 손(소독제, 물 등)을 닦았습니까?	①	②	③	④
4) 의료진은 주사하기 전에 귀하의 주사부위를 소독했습니까?	①	②	③	④
5) 귀하는 약과 관련된 부작용과 이에 대한 대처방법에 대해서 설명을 충분히 들었습니까?	①	②	③	④
6) 의료기관을 이용하는 동안 감염에 대한 불안감을 느낀 적이 있습니까?	①	②	③	
7) 의료기관을 이용하는 동안 비상구, 소화기와 같은 안전 시설물을 쉽게 볼 수 있었습니까?	①	②	③	④

12 귀하는 당시 해당 의료기관에서 진료받기 위해 어느 정도 기다렸습니까?

- ① 당일 진료
- ② 예약 진료: 내가 원하는 날짜
- ③ 예약 진료: 내가 원하는 날짜로부터 _____ 일 대기

13 귀하는 진료 당일에 진료를 접수한 후 어느 정도 기다렸습니까?

(예약한 경우 예약한 시간으로부터 얼마나 대기하였는지 응답해 주십시오.)

_____ 시간 _____ 분 정도를 기다렸다.

14 귀하는 의료서비스를 이용하는 과정에서 환자로서 권리를 보장받았다고 생각하십니까?

- ① 매우 보장받았다
- ② 대체로 보장받았다
- ③ 보통이었다
- ④ 별로 보장받지 못했다
- ⑤ 전혀 보장받지 못했다

15 귀하가 받은 진료 또는 치료 결과에 만족하십니까?

- ① 매우 만족했다
- ② 대체로 만족했다
- ③ 보통이었다
- ④ 별로 만족하지 않았다
- ⑤ 전혀 만족하지 않았다

16 당시 경험한 외래서비스에 전반적으로 만족하십니까?

- ① 매우 만족했다
- ② 대체로 만족했다
- ③ 보통이었다
- ④ 별로 만족하지 않았다
- ⑤ 전혀 만족하지 않았다

※ **16** 에서 ④, ⑤에 응답한 사람은 **16-1** 로 이동

(**16** 에서 ④와 ⑤에 응답한 경우만 작성해 주십시오.)

16-1 당시 경험한 외래서비스에 전반적으로 만족하지 않았다면, 그 이유는 무엇입니까?

(주요한 이유 3가지를 우선순위대로 말씀해 주십시오. 1순위: ____, 2순위: ____, 3순위: ____)

- ① 병원 내 직원(의료진 포함)들의 불친절
- ② 진료비가 비쌌
- ③ 치료결과 미흡
- ④ 진료 불성실
- ⑤ 긴 대기시간(진료, 치료, 검사 등)
- ⑥ 의료시설 낙후 또는 미비
- ⑦ 과잉진료
- ⑧ 전문 의료인력 부족
- ⑨ 기타 ()

[Ⅱ-2. 입원서비스]

- ◆ 질문 **3** 에서 ‘입원서비스’ 에 응답한 경우에만 작성하며, 해당 사항이 없을 경우 **34** 로 이동합니다.
- ◆ 가장 최근에 입원한 사례를 기준으로 응답합니다.

17 귀하는 가장 최근에 어떠한 질환으로 의료기관에 입원하셨습니다?
(주요한 질환 하나만 선택해 주십시오.)

고혈압과 당뇨병	<input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병	심뇌혈관질환	<input type="checkbox"/> 협심증 <input type="checkbox"/> 심근경색증 <input type="checkbox"/> 뇌출혈 <input type="checkbox"/> 뇌경색
갑상선 기능장애	<input type="checkbox"/> 갑상선 기능 저하증 <input type="checkbox"/> 갑상선 기능 항진증 <input type="checkbox"/> 기타 갑상선 질환		
호흡기 질환	<input type="checkbox"/> 감기 및 독감 <input type="checkbox"/> 비염, 인후염, 부비동염 <input type="checkbox"/> 중이염 <input type="checkbox"/> 코로나19 <input type="checkbox"/> 폐렴/기관지염 <input type="checkbox"/> 천식 <input type="checkbox"/> 폐기종 <input type="checkbox"/> 기관지확장증 <input type="checkbox"/> 만성폐쇄폐질환 <input type="checkbox"/> 기타		
간질환	<input type="checkbox"/> 급성간염(A형 간염 등) <input type="checkbox"/> 만성간염(B, C형) <input type="checkbox"/> 간경화 <input type="checkbox"/> 기타 간질환	위장 질환	<input type="checkbox"/> 위염(급성, 만성) 및 위궤양 <input type="checkbox"/> 장염 <input type="checkbox"/> 기타
근골격계 질환	<input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 무릎관절증 <input type="checkbox"/> 퇴행관절염 <input type="checkbox"/> 류마티스 관절염 <input type="checkbox"/> 통풍	<input type="checkbox"/> 어깨병변 <input type="checkbox"/> 추간판 장애(추간판(디스크)탈출증, 척추관협착증 등) <input type="checkbox"/> 등 통증 <input type="checkbox"/> 기타 척추 질환(기형, 척추염 등) <input type="checkbox"/> 기타 관절 통증 및 근육통(염좌, 타박상 등)	
암 (악성신생물)	<input type="checkbox"/> 위암 <input type="checkbox"/> 대장암 <input type="checkbox"/> 폐암 <input type="checkbox"/> 유방암 <input type="checkbox"/> 자궁경부암 <input type="checkbox"/> 갑상선암 <input type="checkbox"/> 기타 암		
산부인과 질환	<input type="checkbox"/> 산과 질환: 임신과 관련한 산전진찰, 분만, 입덧, 임신중독증 등 <input type="checkbox"/> 부인과 질환: 부정출혈, 자궁내막증, 난소질환, 골반염, 양성 종양 등		
기타	<input type="checkbox"/> 치매 <input type="checkbox"/> 우울증/조울증 <input type="checkbox"/> 만성신부전 <input type="checkbox"/> 담석증/담낭염 <input type="checkbox"/> 치질(치핵/치루) <input type="checkbox"/> 비뇨기 장애 <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 두통 <input type="checkbox"/> 상세 불명 열 <input type="checkbox"/> 어지럼증 <input type="checkbox"/> 안과 질환 <input type="checkbox"/> 피부질환 <input type="checkbox"/> 치과질환 <input type="checkbox"/> 고지혈증 <input type="checkbox"/> 기타		

18 귀하가 가장 최근에 의료기관에 입원한 시기와 기간은 어떻게 됩니까?

입원 시기	입원 기간
____년 ____월	총 ____일

19 귀하가 가장 최근에 입원한 의료기관의 형태는 다음 중 어디에 속합니까?

- ① 상급 종합병원
- ② 병원(종합병원 등 병원급 의료기관)
- ③ 요양병원
- ④ 정신병원
- ⑤ 의원
- ⑥ 한방 병의원
- ⑦ 치과 병의원
- ⑧ 기타(_____)

19-1 의료기관명(_____)

* 의료기관명이 기억나지 않을 경우 쓰지 않고 넘어가셔도 좋습니다.

지역명 (_____)

20 귀하가 이 의료기관을 선택한 이유는 무엇이었습니까? (주요한 이유 **하나만** 선택해 주십시오.)

- ① 가까워서
- ② 친절해서
- ③ 치료 효과가 좋아서
- ④ 유명해서
- ⑤ 주변에서 권해서
- ⑥ 비용이 적정해서
- ⑦ 의사의 성별 때문에
- ⑧ 기타()

21 귀하가 당시 경험한 담당 의사의 태도는 어떠하였습니까?

항목	매우 그랬다	대체로 그랬다	보통 이었다	별로 그러지 않았다	전혀 그러지 않았다
1) 담당 의사는 귀하에게 예의를 갖추어 대했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 담당 의사는 어떤 검사를 왜 받아야 하는지, 또는 어떤 치료나 시술을 했을 때 나타날 수 있는 효과와 부작용 등을 알기 쉽게 설명했습니까?	①	②	③	④	⑤
3) 담당 의사는 귀하가 질문을 하거나 관심사를 말할 수 있도록 배려했습니까?	①	②	③	④	⑤
4) 담당 의사는 검사 여부나 치료법을 선택할 때 귀하의 의견을 잘 반영했습니까?	①	②	③	④	⑤
5) 입원 중 의사를 만나고 싶을 때 담당 의사가 잘 응했습니까?	①	②	③	④	⑤
6) 담당 의사는 귀하의 건강 상태에 대한 불안에 공감했습니까?	①	②	③	④	⑤

22 당시 경험한 담당 간호사의 태도는 어떠하였습니까?

항목	매우 그랬다	대체로 그랬다	보통 이었다	별로 그러지 않았다	전혀 그러지 않았다
1) 담당 간호사는 귀하에게 예의를 갖추어 대했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 담당 간호사가 진료 절차 등을 알기 쉽게 설명했습니까?	①	②	③	④	⑤
3) 귀하가 담당 간호사에게 연락(콜)을 했을 경우 바로 응대했습니까?	①	②	③	④	⑤
4) 담당 간호사는 퇴원 후에 지켜야 할 주의 사항을 상세히 설명했습니까?	①	②	③	④	⑤

23 당시 경험한 의료기관에 대해서는 어떻게 생각하십니까?

항목	매우 그랬다	대체로 그랬다	보통 이었다	별로 그렇지 않았다	전혀 그렇지 않았다
1) 의료기관의 시설은 이용 시 편안했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 행정 부서(접수, 수납)의 서비스에 만족했습니까?	①	②	③	④	⑤
3) 병원 생활에 대한 안내(식사 시간, 회진 시간 등)를 잘 받았습니까?	①	②	③	④	⑤
4) 진료나 검사를 할 때 신체 노출 등으로 인해 수치감이 들지 않도록 의료진이 충분히 배려했습니까?	①	②	③	④	⑤
5) 귀하가 의료기관을 이용하는 동안 의료진이나 직원들이 귀하의 개인정보(연령, 병명 등)가 노출되지 않도록 주의했습니까?	①	②	③	④	⑤
6) 의료기관을 이용하는 동안 밤에 방문객, 텔레비전 소음 등으로 인해 시끄러워서 불편함을 느낀 적이 있습니까?	①	②	③	④	⑤
7) 주변에 이 의료기관을 이용하겠다는 분이 있다면 추천하고 싶습니까?	①	②	③	④	⑤

24 귀하는 당시 해당 의료기관을 이용하는 동안 다음의 내용을 경험하였습니까?

항목	했다 (있었다)	하지 않았다 (없었다)	모르겠다	해당 없음
1) 의료진은 투약, 검사, 수술(시술) 전에 귀하의 신분(성명, 생년월일)을 항상 확인했습니까?	①	②	③	
2) 의료진은 입원기간을 예측할 수 있는 설명을 했습니까?	①	②	③	④
3) 의료진은 주사제 투약 전에, 주사제를 투여해야 하는 이유를 설명했습니까?	①	②	③	④
4) 의료진은 주사제 투약 전에, 의료진의 손(소독제, 물 등)을 닦았습니까?	①	②	③	④
5) 의료진은 주사하기 전에 귀하의 주사부위를 소독했습니까?	①	②	③	④
6) 귀하는 약과 관련된 부작용과 이에 대한 대처방법에 대해서 설명을 충분히 들었습니까?	①	②	③	④
7) 입원 기간 동안 귀하가 받은 진료 및 치료에 대해 안전하다는 확신이 있었습니까?	①	②	③	
8) 의료기관을 이용하는 동안 감염에 대한 불안감을 느낀 적이 있습니까?	①	②	③	
9) 의료기관을 이용하는 동안 비상구, 소화기와 같은 안전 시설물을 쉽게 볼 수 있었습니까?	①	②	③	④
10) 귀하는 입원 기간 동안 환자 안전 사고를 경험한 적이 있습니까?	①	②	③	

※ 10)에서 ①에 응답한 경우만 10-1)를 작성해 주십시오.
 10-1) 귀하가 경험한 환자 안전 사고에 대해 말씀해 주십시오.
 ()

25 귀하는 당시 해당 의료기관에 입원하기 위해 어느 정도 기다렸습니까?

- ① 당일 입원
- ② 예약 입원: 내가 원하는 날짜
- ③ 예약 입원: 내가 원하는 날짜로부터 _____ 일 대기

▶ ▶ ▶ **26** 로 이동
 ▶ ▶ ▶ **25-1** 로 이동

25-1 당시 입원하기 위해 대기한 이유는 무엇이었습니까? (주요한 이유 하나만 선택해 주십시오.)

- ① 특정 전문의의 처치를 받기 위해서
- ② 입원 병상이 없어서
- ③ 수술 일정이 잡히지 않아서
- ④ 기타()

26 귀하는 어떤 경로로 입원하였습니까?

- ① 응급실을 통해 입원
- ② 외래 진료를 마치고 당일 입원
- ③ 예약한 날짜에 입원
- ④ 다른 병원에서 이송되어 입원
- ⑤ 대기하다가 병원의 연락을 받은 후에 입원
- ⑥ 기타()

26-1 해당 질병의 치료를 위해 이 의료기관에 입원하기 전에 다른 의료기관을 이용하였습니까?

- ① 예 >>> **26-2** 로 이동
- ② 아니요 >>> **27** 로 이동

26-2 몇 개의 의료기관을 이용하였습니까?(해당되는 사항에 모두 응답해 주십시오.)

- ① 상급 종합병원: _____ 개소
- ② 병원(종합병원 등 병원급 의료기관): _____ 개소
- ③ 요양병원: _____ 개소
- ④ 정신병원: _____ 개소
- ⑤ 의원: _____ 개소
- ⑥ 한방 병원: _____ 개소
- ⑦ 치과 병원: _____ 개소
- ⑧ 기타: _____ 개소

27 귀하는 처음에 어느 병실에 입원하였습니까?

- ① 1인실(특실, VIP 병실 등 포함)
- ② 2인실
- ③ 3인실
- ④ 다인실(4인 이상)

27-1 귀하는 어느 병실에서 퇴원하였습니까?

- ① 1인실(특실, VIP 병실 등 포함)
- ② 2인실
- ③ 3인실
- ④ 다인실(4인 이상)

27-2 퇴원할 때의 병실은 귀하가 원하는 병실이었습니까?

- ① 예
- ② 아니요

27-3 귀하는 입원 중에 중환자실을 이용하신 적이 있었습니까?

- ① 예
- ② 아니요

28 귀하는 입원 기간 중에 고충 처리 절차에 대해서 안내를 받았습니까?

- ① 예
- ② 아니요

29 귀하는 의료서비스를 이용하는 과정에서 환자로서 권리를 보장받았다고 생각하십니까?

- ① 매우 보장받았다
- ② 대체로 보장받았다
- ③ 보통이었다
- ④ 별로 보장받지 못했다
- ⑤ 전혀 보장받지 못했다

30 귀하가 기대했던 치료 결과를 달성하였습니까?

- ① 달성했다
- ② 대체로 달성했다
- ③ 보통이었다
- ④ 별로 달성하지 못했다
- ⑤ 전혀 달성하지 못했다

31 당시 경험한 입원서비스에 전반적으로 만족하였습니까?

- ① 매우 만족했다
- ② 대체로 만족했다
- ③ 보통이었다
- ④ 별로 만족하지 않았다
- ⑤ 전혀 만족하지 않았다

※ **31** 에서 ④, ⑤에 응답한 사람은 **31-1** 로 이동

(**31** 에서 ④와 ⑤에 응답한 경우만 작성해 주십시오.)

31-1 당시 경험한 입원서비스에 전반적으로 만족하지 않았다면, 그 이유는 무엇입니까?

(주요한 이유 3가지를 우선순위대로 말씀해 주십시오. 1순위: ____, 2순위: ____, 3순위: ____)

- ① 병원 내 직원(의료진 포함)들의 불친절
- ② 진료비가 비쌌
- ③ 치료결과 미흡
- ④ 진료 불성실
- ⑤ 긴 대기시간(진료, 치료, 검사 등)
- ⑥ 의료시설 낙후 또는 미비
- ⑦ 과잉진료
- ⑧ 전문 의료인력 부족
- ⑨ 기타 ()

◆ 다음은 간병 서비스 이용 경험에 관한 문항입니다.

32 귀하는 앞선 입원서비스를 이용하던 중에 **간병과 관련된 서비스를 받은 적이 있습니까?**

- ① 간호·간병통합서비스 병동 입원 ▶ ▶ ▶ **35** 로 이동
- ② 개인 간병인 고용 ▶ ▶ ▶ **30-1** 에 응답하고 **33** 로 이동
- ③ 공동 간병인 고용 ▶ ▶ ▶ **30-1** 에 응답하고 **33** 로 이동
- ④ 해당 없음 ▶ ▶ ▶ **30-1** 에 응답하고 **36** 로 이동

30-1 당시 입원하였을 때 **가족이나 보호자가 간병한 적이 있습니까?**

- ① 예(가족이나 보호자가 간병한 일수: _____ 일)
- ② 아니요

33 귀하는 간병인을 **며칠 동안 고용하였습니까?**

_____ 일

34 **일평균 간병비는 얼마였습니까?**

_____ 원

35 전반적인 **간병 서비스에 얼마나 만족하였습니까?**

- ① 매우 만족했다 ② 대체로 만족했다 ③ 보통이었다 ④ 별로 만족하지 않았다 ⑤ 전혀 만족하지 않았다

※ **35** 에서 ③, ④, ⑤에 응답한 사람은 **35-1** 로 이동

35-1 **조금이라도 불만족스러운 부분이 있었다면 어떤 부분입니까?**
(해당되는 사항을 모두 선택해 주십시오.)

- ① 간병비가 비쌌다 ② 간병인을 구하기가 어려웠다 ③ 간병인이 간병 서비스에 서툴렀다
- ④ 기타(_____)

III

보건의료제도 인식

36 귀하는 우리나라의 보건의료 제도를 어떻게 생각하십니까?

◇ 보건의료 제도란 질병이나 사고, 장애의 발생에 대비하여 사전에 예방하거나, 치료, 재활, 간호, 요양 서비스를 받을 수 있도록 기반을 마련하고 지원하는 각종 제도를 의미합니다. 예를 들면 예방접종, 국가 건강검진, 금연·절주, 만성질환관리 등 건강증진사업, 응급의료서비스, 의료비 지원사업이 있습니다.

항목	매우 그렇다	대체로 그렇다	보통이다	별로 그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
1) 우리나라의 전반적인 보건의료 제도를 잘 알고 있다.	①	②	③	④	⑤
2) 우리나라 보건의료 제도를 신뢰한다.	①	②	③	④	⑤
3) 우리나라의 보건의료 제도가 만족스럽다.	①	②	③	④	⑤
4) 우리나라의 보건의료 제도는 개선될 필요가 있다.	①	②	③	④	⑤
5) 귀하는 보건의료 제도의 개선(국민의 건강관리 향상, 감염병 대응 체계 강화, 의료비 부담 경감, 보장성 확대 등)을 위해서라면 건강보험료를 추가로 낼 의향이 있다.	①	②	③	④	⑤
5-1) 보건의료 제도에서 개선이 필요한 부분이 있다면 의견을 적어 주십시오. ()					

IV

의료비용 부담 인지

(**3** 에서 ①과 ②에 응답한 경우만 작성해 주십시오.)

37 귀하는 지난 1년 동안(2023. 7. 1.~2024. 6. 30.) '의료비용의 부담'으로 인해 다음의 경험을 한 적이 있습니까? (성형, 미용 등 치료 외의 목적인 경우는 제외)

항목	있었다	없었다	모르겠다 (해당 없음)
1) 비용이 부담되어 의료기관을 방문(진료)하지 못한 적이 있다.	①	②	③
2) 비용이 부담되어 받지 못한 치료 가 있다.	①	②	③
3) 비용이 부담되어 받지 못한 검사 가 있다.	①	②	③
4) 비용이 부담되어 원하는 의약품 을 처방받지 못한 경험이 있다.	①	②	③
5) 의사에게 처방은 받았으나 , 비용이 부담되어 구매하지 못한 의약품 이 있다.	①	②	③

38 귀하는 지난 1년 동안(2023. 7. 1.~2024. 6. 30.) '의료비용이 부담'되더라도 치료를 받은 경험이 있습니까?

- ① 있었다 ▶ ▶ ▶ **38-1** 로 이동
- ② 없었다 ▶ ▶ ▶ **39** 로 이동

※ **38** 에서 ①에 응답한 사람은 **38-1** 에 응답하고 **39** 로 이동

38-1 귀하는 지난 1년 동안(2023. 7. 1.~2024. 6. 30.) 의료비용이 부담되더라도 치료를 받은 경험이 있다면 귀하는 **의료비용의 부담**을 어느 정도로 느꼈습니까?
(1점에서 10점 사이의 범위 내에서 숫자로 응답해 주십시오. 1점에 가까울수록 부담이 없는 것이며 10점에 가까울수록 부담이 매우 큰 것입니다.)



39 귀하가 지난 1년 동안(2023. 7. 1.~2024. 6. 30.) 받은 진료 중에 **과잉진료(치료, 검사, 의약품 처방 등)**로 의심되는 경우가 있었습니까?

- ① 있었다
- ② 없었다
- ③ 모르겠다(해당 없음)

