QHP Enrollee Survey Foreign Language Materials Supplement - CHINESE

Version 2.0
November 7, 2017

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS FOR CUSTOMER SUPPORT

CHINESE

概述

本文件中的問題與回答經過編製，以協助調查服務商職員回應與 QHP 投保人調查相關的常見問題 (FAQ)。已提供與本調查相關的一般問題、參與調查的顧慮以及與完成調查相關問題的回答。

I. 與本調查相關的一般問題

1. 誰在進行這項調查？

我是 [SURVEY VENDOR NAME] 的提問人。[QHP ISSUER] 已要求本機構協助進行這項調查，調查旨在獲取投保人的意見反應。

2. 誰在贊助這項調查？

依據平價健保法案 (Affordable Care Act) 第 1311(c)(4) 節規定，調查由 [QHP ISSUER] 贊助。

3. 調查的目的是甚麼？

這項調查的目的是瞭解您在過去 6 個月中透過您的健保計畫取得照護的體驗。透過回答問題，您將提供與您健保計畫品質相關的資訊，這些資訊可能與其他資訊一併使用，以協助 Marketplace 消費者選擇健保計畫。此外，[QHP ISSUER] 日後可使用該資訊為投保人提供更好的服務。

4. 將如何使用資訊 / 資料？

從本調查取得的資訊 / 資料將與其他資料合併，然後提供給透過 [MARKETPLACE NAME] 選擇購買健康保險的消費者，幫助他們選擇健保計畫。[QHP ISSUER] 也將使用調查資料，以便日後為投保人提供更好的服務。

5. 是否有我可以聯絡的政府機構，以便查詢關於本調查的更多資訊？

有的，您可聯絡健康與人類服務部 (Department of Health and Human Services) 所屬的聯邦政府機構 Medicare & Medicaid 服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services)，電子郵件 marketplace_quality@cms.hhs.gov。

6. 調查需要多久時間？

填寫 QHP 投保人調查問卷平均需要約 15 分鐘。填寫調查問卷實際用到的時間將取決於您提供的回答。

7. 將會詢問甚麼問題？

調查問題會詢問您從您健保計畫取得服務的相關體驗。

8. 我已將調查問卷寄回。

我們的紀錄顯示，我們的檔案中並沒有您的調查問卷，並且我們想確保我們能取得您的意見反應。我們希望您能現在透過電話完成調查。

II.參與調查的顧慮

1. 您為何打電話給我？

因為我們要求您參與一項調查，瞭解您在過去 6 個月中透過您的健保計畫取得照護的體驗。透過回答問題，您將提供與您健保計畫品質相關的資訊，這些資訊可能與其他資訊一併使用，以協助 Marketplace 消費者選擇健保計畫。此外，
[QHP ISSUER] 日後可使用該資訊為投保人提供更好的服務。您的參與十分重要。

2. 誰會看到我的回答？

您的回答將保密處理，且只有代表您健保計畫進行調查的 [SURVEY VENDOR] 授權人員才能看到。所有回答均會匯總至已去除身分識別資訊的大型資料庫，並將與 Medicare & Medicaid 服務中心 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 分享。將會移除所有能識別您身分的資訊。

3. 我以為隱私法會保障我資訊的保密性。您是如何取得我的聯絡資訊的？

我們正在進行的調查完全遵循隱私法「健康保險可攜性與問責法案」
(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 的規定。我們已取得 [QHP ISSUER] 和 Medicare & Medicaid 服務中心授權進行這項調查，並將確保您提供的所有資訊完全獲得保密。

4. 您是如何知道我的名字的？我是如何入選參加調查的？

我們從截至 2017 年 12 月 31 日所有投保您健保計畫的會員中隨機挑選出您的名字。

5. 您是如何取得我的電話號碼的？

為了進行調查，[QHP ISSUER] 向 [SURVEY VENDOR] 提供了您的聯絡資訊。

6. 我不參加任何調查。

我瞭解。不過，我希望您能考慮參加。這項調查十分重要，因為您的回答將有助於提升 [QHP ISSUER] 為投保人提供的服務的品質，並且日後也能幫助消費者選擇健保計畫。

7. 我沒有興趣參加。

[QHP ISSUER] 真的需要您的幫助。您的參與將協助改進為您和其他投保人提供的健康照護服務。

8. 我很忙。我沒有時間。

您的時間十分寶貴，但這項調查也十分重要，我希望您今天能幫助我們。訪談大約需要 15 分鐘。我可以安排在您方便的時間進行調查訪談。

9. 您打的電話是我的手機號碼。您能不能在 [ENROLLEE SPECIFY] 再打來，這樣就不會占用我的手機通話時間？

是。我們可以在 [ENROLLEE SPECIFY] 再打電話給您。
[IF THE CALL BACK CANNOT BE MADE AT THE *ENROLLEE'S* SPECIFIED TIME, THEN「是，但是不會剛好在這個時間。」[SET A FUTURE DATE AND TIME FOR THE TELEPHONE INTERVIEW.]]

10. 我不想回答很多個人 / 人口統計問題。

我瞭解。請瞭解，這項調查十分重要，因為您的回答將有助於提升 [QHP ISSUER] 為投保人提供的服務的品質，並且日後也可能幫助其他消費者選擇健保計畫。如果有特定問題您不想回答，只需告訴我，我可以跳到下一個問題。何不現在就開始，讓您看看都是甚麼樣的問題？

11. 我對 [QHP NAME OR ISSUER NAME] 很不滿意，我不明白為何應幫助他們做這項調查。

很抱歉您覺得不滿意。您參與這項調查將可幫助 [QHP ISSUER] 瞭解您曾經遇到的問題以及所需的改進。

12. 我是否必須完成調查？

要不要參與純屬自願。您不會因為不參加而遭受懲罰。請瞭解，這項調查十分重要，因為您的回答將有助於提升 [QHP ISSUER] 為您和其他投保人提供的服務的品質，並且日後也可能幫助其他消費者選擇健保計畫。

13. 如果我參與調查，是否會收到垃圾郵件？

不會。您不會因參與這項調查而收到任何垃圾郵件。您的姓名、電話號碼和地址都會完全保密，並且只會用於本調查。

14. 我不希望任何人到我家裡來。

沒有人會到您家裡去。本調查是透過網路、郵件或電話調查的方式收集資訊。

15. 我的名字在*拒絕來電清單*上。您不應該打電話給我。

*拒絕來電清單*禁止的是銷售與電話行銷來電。但我們並沒有要銷售產品，也不會讓您花錢。我們是調查研究公司。您的健保計畫要求我們進行這項調查。

16. 我不想購買任何東西。

我們沒有在銷售產品，我們只想詢問您一些問題，瞭解您對 [QHP ISSUER] 提供的照護和服務的體驗。

17. 我幾乎從不生病。我不認為調查我對你們有甚麼幫助。

每個被選中參加這項調查的人都能為我們提供重要資訊，將協助改進您健保計畫提供的服務。

18. 我的回答是否會影響到我的醫師？

您的醫師不會看到您調查問卷中的回答。我們調查的是您健保計畫提供的服務，而非個別醫師提供的服務。

19. 我還沒用過我的健保計畫。是否仍應作答？

是。即使您尚未使用您計畫的任何保健服務，您能提供的任何資訊都會對我們有用。

20. 我已經不是本健保計畫的投保人。

我們瞭解，但請您依據您 2017 年下半年 (也就是 2017 年 7 月到 12 月) 對本健保計畫的體驗回答調查問題。

21. 請將我從這項調查中移除而且不要再與我聯絡 *(透過電子郵件寄出)*。

請提供信函上所列的專屬 ID 號碼[SURVEY VENDOR SPECIFIES UNIQUE ID LOCATION]，以便我們能將您從我們的聯絡清單上移除。

III. 與完成調查相關的問題

1. 我要在調查問卷中甚麼地方提供我的名字或地址？

請不要在問卷中提供您的姓名或地址。每份調查問卷都已被指派一組識別號碼，我們能透過這組號碼追蹤記錄誰已經交回了填妥的問卷。

2. 我無法親自完成調查。是否能讓我的 _____ 幫助我？

如果您覺得無法親自完成調查，可以請「代理人」為您完成調查。「代理人」通常是家人或親人，但也可也是照護提供者或好友。代理人應該要很瞭解您並能代表您準確回答與您健康相關的問題，前提是您授權讓他們代表您。

3. 我還沒用過這個健保計畫，但我家中的其他人用過。我是否應讓用過的人來完成調查？

請不要這麼做。您是被隨機選中來完成這項調查，並且我們需要您來完成調查。每個被選中參加這項調查的人都能為我們提供重要資訊，將協助改進您健保計畫提供的服務。

4. 我無法在線上完成調查，您能否幫助我？

很抱歉您無法在線上完成調查，但因為每個人使用的電腦類型、作業系統以及網際網路瀏覽器都不同，不好意思我無法提供技術支援。但是，如果您希望的話，我可以現在透過電話和您一起完成調查，也可以安排其他人在您方便的時間致電聯
絡您。

[IF ABLE AND RESPONDENT AGREES, COMPLETE SURVEY OR SCHEDULE CALLBACK.]

5. 我是否能在網絡上使用西班牙文[或中文]完成調查？

[FOR SURVEY VENDORS OFFERING THE INTERNET SURVEY IN SPANISH]：目前網路調查提供英文版和西班牙文版。如果您希望使用中文完成調查，我們可以透過郵件提供您中文版調查問卷，或者您也可透過電話使用中文完成調查。

[FOR SURVEY VENDORS NOT OFFERING THE INTERNET SURVEY IN SPANISH]：目前網路調查僅提供英文版。我們可以透過郵件提供您西班牙文版[或中文版]調查問卷，或者您也可透過電話使用西班牙文[或中文]完成調查。

6. 我把說明如何參加網路調查相關資訊的信函弄丟了。

Note to Customer Support Staff: *In this case, customer support staff may provide the sampled enrollee with the Internet survey URL and the corresponding login information either via telephone or e-mail.*

7. AFTER SECOND SURVEY MAILING: 您能否郵寄給我另一份調查問卷？

很抱歉，我們目前無法郵寄另一份調查問卷給您。您的回答十分重要，並且我們想確保能取得您的意見反應。我們希望您現在能透過電話完成調

QHP ENROLLEE SURVEY
MAIL MATERIALS

CHINESE

[FIRST AND LAST NAME]
[LINE ONE OF ADDRESS]
[LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)]
[CITY, STATE ZIP]

尊敬的[ENROLLEE FIRST AND LAST NAME]：

很快你將收到一項有關你在過去 6 個月裡從[QHP ISSUER NAME]那裡得到的醫療保健的調查問卷。這是一個你可以幫助你的健康保險計劃更好地為你服務的機會。作爲正在全國範圍內進行的努力的一部分，這個調查是爲了瞭解參保人對他們的健康保險計劃的體驗。調查結果將會有助于像你一樣的消費者作出有關他們醫療保健的重要選擇，並且將會幫助健康保險計劃改善它們所提供的醫療保健服務。你是作為你的健康保險計劃的參保人被隨機抽中的。你的回答是很重要的，并且我們無法用其他人取代你。這項調查問卷需要大概 20 分鐘來完成。

你的答案將成為一個綜合信息庫的一部分，這個信息庫是由參加了和你相同的健康保險計劃的人們所提供的信息組成的。我們只會與得到授權的人員分享你所提供的信息。你的健康保險計劃不會看到你的回答。**你可以選擇填寫這份問卷或不填寫。如果你選擇不填寫，這將不會影響到你所享受的福利。**但是，你的知識和體驗將幫助像你一樣的其他人選擇健康保險計劃，所以我們希望你能幫助我們。

[QHP ISSUER NAME]与[SURVEY VENDOR NAME]簽訂了合約來進行這項調查。如果你有任何關於這份問卷的問題，請在週一到週五(聯邦節假日除外)[SURVEY VENDOR LOCAL TIME] [XX:XX] a.m. 到 [XX:XX] p.m.之間致電[SURVEY VENDOR NAME]的免费热线(XXX) [XXX-XXXX]或發送郵件至[SURVEY VENDOR E-MAIL]。

If you would prefer a survey in English, please call (XXX) [XXX-XXXX].

謹上，

[SIGNATURE]

[NAME & TITLE OF SENIOR EXECUTIVE FROM SURVEY VENDOR or QHP ISSUER]

[FIRST AND LAST NAME]
[LINE ONE OF ADDRESS]
[LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)]
[CITY, STATE ZIP]

尊敬的[ENROLLEE FIRST AND LAST NAME]：

我們需要你的幫忙。請填寫本信所附的有關你在過去 6 個月裡從[QHP ISSUER NAME] 那裡得到的醫療保健的調查問卷。這是一個你可以幫助你的健康保險計劃更好地為你服務的機會。作爲正在全國範圍內進行的努力的一部分，這個調查是爲了瞭解參保人對他們的健康保險計劃的體驗。調查結果將會有助于像你一樣的消費者作出有關他們醫療保健的重要選擇，並且將會幫助健康保險計劃改善它們所提供的醫療保健服務。

你是作為你的健康保險計劃的參保人被隨機抽中的。你的回答是很重要的，并且我們無法用其他人取代你。如果你在 2018 年改變了你的健康保險計劃，請根據你在 2017 年七月到十二月間的健康保險體驗來回答問卷中的問題。回答這些問題大概需要 15 分鐘。我們希望你會利用這個機會來告訴我們你的體驗。

你的答案將成為一個綜合信息庫的一部分，這個信息庫是由參加了和你相同的健康保險計劃的人們所提供的信息組成的。我們只會與得到授權的人員分享你所提供的信息。你的健康保險計劃不會看到你的回答。**你可以選擇填寫這份問卷或不填寫。如果你選擇不填寫，這將不會影響到你所享受的福利。**但是，你的知識和體驗將幫助像你一樣的其他人選擇健康保險計劃，所以我們希望你能幫助我們。

請將完成的問卷放入隨信附上的預付費信封中寄回給我們。

[QHP ISSUER NAME]与[SURVEY VENDOR NAME]簽訂了合約來進行這項調查。如果你有任何關於這份問卷的問題，請在週一到週五(聯邦節假日除外) [SURVEY VENDOR LOCAL TIME] [XX:XX] a.m. 到 [XX:XX] p.m.之間致電[SURVEY VENDOR NAME]的免费热线(XXX) [XXX-XXXX]或發送郵件至[SURVEY VENDOR E-MAIL]。

謝謝你的幫忙！

If you would prefer a survey in English, please call (XXX) [XXX-XXXX].

謹上，

[SIGNATURE]

[NAME & TITLE OF SENIOR EXECUTIVE FROM SURVEY VENDOR or QHP ISSUER]

[FIRST AND LAST NAME]
[LINE ONE OF ADDRESS]
[LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)]
[CITY, STATE ZIP]

尊敬的[ENROLLEE FIRST AND LAST NAME]：

我們需要你的幫忙。作爲正在全國範圍內進行的努力的一部分，最近我們郵寄給你一份調查問卷來評估你對健康保險計劃的體驗。調查結果將會有助于像你一樣的消費者作出有關他們醫療保健的重要選擇，並且將會幫助健康保險計劃改善它們所提供的醫療保健服務。如果你覺得這項調查並不適用於你，或者你有任何問題，請在週一到週五(聯邦節假日除外) [SURVEY VENDOR LOCAL TIME] [XX:XX] a.m. 到 [XX:XX] p.m.之間致電[SURVEY VENDOR NAME]的免费热线(XXX) [XXX-XXXX]或發送郵件至[SURVEY VENDOR E-MAIL]。

我們在此再次附上這份問卷。請抽出時間來告訴我們你怎么看待在過去 6 個月中從你的健康保險計劃得到的醫療保健。請將完成的問卷放入隨信附上的預付費信封中寄回給我們。這是一個你可以幫助你的健康保險計劃更好地為你服務的機會。

[QHP ISSUER NAME]与[SURVEY VENDOR NAME]簽訂了合約來進行這項調查。你是作為你的健康保險計劃的參保人被隨機抽中的。你的回答是很重要的，并且我們無法用其他人取代你。如果你在 2018 年改變了你的健康保險計劃，請根據你在 2017 年七月到十二月間的健康保險體驗來回答問卷中的問題。這項調查問卷需要大概 15 分鐘來完成。

你的答案將成為一個綜合信息庫的一部分，這個信息庫是由參加了和你相同的健康保險計劃的人們所提供的信息組成的。我們只會與得到授權的人員分享你所提供的信息。你的健康保險計劃不會看到你的回答。**你可以選擇填寫這份問卷或不填寫。如果你選擇不填寫，這將不會影響到你所享受的福利。**但是，你的知識和體驗將幫助像你一樣的其他人選擇健康保險計劃，所以我們希望你能幫助我們。

If you would prefer a survey in English, please call (XXX) [XXX-XXXX].

謹上，

[SIGNATURE]

[NAME & TITLE OF SENIOR EXECUTIVE FROM SURVEY VENDOR or QHP ISSUER]

[FIRST AND LAST NAME]
[LINE ONE OF ADDRESS]
[LINE TWO OF ADDRESS (IF ANY)]
[CITY, STATE ZIP]

尊敬的[ENROLLEE FIRST AND LAST NAME]：

我們最近郵寄給你一份關於你的健康保險計劃的問卷調查。如果你已經寄回填寫完畢的調查問卷，那麼謝謝您並請忽略這封來信。

如果您還沒有填寫問卷，請填寫它並把它放入隨之郵寄的預付郵資的信封裡寄回。你的回答將幫助消費者對於他們的健康保險計劃作出重要的選擇，並且將幫助[QHP ISSUER NAME]改進他們的服務。請記住，你所提供的信息都將是保密的，而且你不必回答任何你不想回答的問題。

如果你沒有收到調查問卷或者找不到它了，請致電[SURVEY VENDOR PHONE NUMBER]，我們將會給你重新寄出一份調查問卷。

謝謝你！

If you would prefer a survey in English, please call (XXX) [XXX-XXXX].

謹上，

[SIGNATURE]

[NAME & TITLE OF SENIOR EXECUTIVE FROM SURVEY VENDOR or QHP ISSUER]

2018 Qualified Health Plan (QHP) Enrollee Experience Survey

Chinese (Traditional)

March 17, 2017

2018 年合格健康保險計劃參保者體驗調查

簡介

我們請求你完成這份有關你在過去 6 個月中對於[QHP ISSUER NAME]的體驗的問卷調查。如果你在 2018 年改變了你的健康保險計劃，請根據你在 2017 年七月至十二月間的健康保險體驗來回答問卷中的問題。

你的隱私是被保護的。你所提供的信息都將是保密的, 并且只會被本項研究使用。你的答案將是一個綜合信息庫的一部分。我們不會與任何人分享你的姓名或回答，除非法律要求。

你的參與是自願的。你不必回答任何你不想回答的問題。如果你選擇不回答，這將不會影響到你所享受的福利。

在你完成問卷後需要怎麼做。在你完成問卷後，請將問卷放入隨信附上的信封封好並且寄回到[SURVEY VENDOR ADDRESS]。

如果你有問題應該怎麼辦。[QHP ISSUER NAME]与[SURVEY VENDOR NAME]簽訂了合約來進行這項調查。如果你有任何關於這份問卷的問題，請在週一到週五(聯邦節假日除外) [SURVEY VENDOR LOCAL TIME] [XX:XX] a.m. 到 [XX:XX] p.m.之間致電[SURVEY VENDOR NAME]的免费热线(XXX) [XXX-XXXX]或發送郵件至[SURVEY VENDOR E-MAIL].

調查說明

回答問題時，請在你的答案左邊的空格內作標記。

在本項調查中，你有時會被告知跳過某些問題。在這種情況下，你將看到一個箭頭和說明，告訴你下一步要回答哪個問題。例如：

☐ 是
☒ 否⟶ **如果回答「否」，請前往第 1 題**

根據 1995 年的減少紙張使用法案，如果問卷調查上未顯示有效的行政管理和預算局(OMB)控制號，沒有人需要對問卷調查作出回應。本項問卷調查的有效行政管理和預算局(OMB)控制號是 0938-1221。完成這份問卷調查平均所需的時間預計為 15 分鐘，包括查看問卷調查的說明，搜索現有的數據資源，收集所需數據，以及完成和複查所提供的信息的時間。如果您有關於時間估算準確性的意見或改善本項問卷調查的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

1. 我們的紀錄顯示，您目前加入的是 [QHP ISSUER NAME]。是否正確？

1☐ 是 ⟶ **如為「是」，請前往 #3**
2☐ 否

2. 您健保計畫的名稱是甚麼？

請以正楷填寫： _____

_____

您過去 6 個月中的健康照護情況

以下問題詢問您的健康照護相關情況。請**不要**包括您在醫院過夜時所取得的照護。請**不要**包括您的牙科照護看診。如果您變更了您 2018 年度的健保計畫，則請依據您於 2017 年 7 月到 12 月使用原健保計畫的體驗回答問題。

3. 在過去 6 個月中，您是否曾出現**需要**在診所、急診室或醫師辦公室**立即取得照護**的疾病、傷害或病況？

1☐ 是
2☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #5**

4. 在過去 6 個月中，當您**需要立即取得照護**時，您多常能在需要時儘快取得照護？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

5. 在過去 6 個月中，您是否曾預約，以便於醫師辦公室或診所接受**檢查或例行照護**？

1☐ 是
2☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #7**

6. 在過去 6 個月中，您多常在需要時能儘快取得於醫師辦公室或診所接受**檢查或例行照護**的預約？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

7. 在過去 6 個月中，不算您前往急診室的次數，您前往醫師辦公室或診所為自己取得健康照護多少次？

☐ 沒有 →**如為「沒有」，請前往 #12**
☐ 1 次
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 到 9 次
☐ 10 次或以上

8. 使用從 0 到 10 中任何一個數字 (0 代表可能存在的最糟健康照護，10 代表可能存在的最佳健康照護)，您會用哪個數字來評價您過去 6 個月中取得的所有健康照護？

- ☐ 0 代表可能存在的最糟健康照護
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 代表可能存在的最佳健康照護

9. 在過去 6 個月中，您多常能輕鬆取得所需的照護、測試或治療？

- 1☐ 從未
- 2☐ 有時
- 3☐ 經常
- 4☐ 總是

10. 口譯員是幫助您與不會您語言的其他人交流的人員。在過去 6 個月中，您是否曾需要口譯員，以便您能與醫師辦公室或診所的人交流？

- 1☐ 是
- 2☐ 否 ⟶**如為「否」，請前往 #12**

11. 在過去 6 個月中，當您於醫師辦公室或診所需要口譯員時，您多常能取得口譯員幫助？

- 1☐ 從未
- 2☐ 有時
- 3☐ 經常
- 4☐ 總是

您的個人醫師

12. 個人醫師是您需要檢查，希望獲取健康問題相關建議，或者生病或受傷時向其求診的醫師。您是否有個人醫師？

- 1☐ 是
- 2☐ 否 ⟶**如為「否」，請前往 #30**

13. 在過去 6 個月中，您向您的個人醫師求診、為自己取得照護多少次？

- ☐ 沒有 →**如為「沒有」，請前往 #30**
- ☐ 1 次
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 到 9 次
- ☐ 10 次或以上

14. 在過去 6 個月中，您的個人醫師多常以易於理解的方式為您做出解釋？

- 1☐ 從未
- 2☐ 有時
- 3☐ 經常
- 4☐ 總是

15. 在過去 6 個月中，您的個人醫師多常仔細聽您講話？

- 1☐ 從未
- 2☐ 有時
- 3☐ 經常
- 4☐ 總是

16. 在過去 6 個月中，您的個人醫師多常對您講的話表示尊重？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

17. 在過去 6 個月中，您的個人醫師多常花足夠的時間為您看診？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

18. 當您在過去 6 個月中接受您的個人醫師的預約看診時，他或她多常準備了您的病歷或其他與您的照護相關的資訊？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

19. 在過去 6 個月中，您的個人醫師是否為您要求進行驗血、X 光或其他測試？

1☐ 是
2☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #22**

20. 在過去 6 個月中，當您的個人醫師為您要求進行驗血、X 光或其他測試時，您個人醫師辦公室的職員多常與您追蹤後續情況、為您提供相關結果？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

21. 在過去 6 個月中，當您的個人醫師為您要求進行驗血、X 光或其他測試時，您多常能在需要時儘快取得結果？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

22. 專科醫師是專職於健康照護某領域的醫師，如外科醫師、心臟科醫師、過敏科醫師、皮膚科醫師等。在過去 6 個月中，您是否曾向任何專科醫師求診？

1☐ 是
2☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #24**

23. 在過去 6 個月中，您的個人醫師多常表現出瞭解您從專科醫師處接受照護的最新情況？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

24. 使用從 0 到 10 中任何一個數字 (0 代表可能存在的最糟個人醫師，10 代表可能存在的最佳個人醫師)，您會用哪個數字來評價您的個人醫師？

☐ 0 代表可能存在的最糟個人醫師
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 代表可能存在的最佳個人醫師

25. 在過去 6 個月中，您是否曾服用任何處方藥物？

1☐ 是
2☐ 否 ⟶**如為「否」，請前往 #27**

26. 在過去 6 個月中，您和您的個人醫師多常討論您在服用的所有處方藥物？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

27. 在過去 6 個月中，您是否曾從超過一種健康照護服務提供者處取得照護或使用超過一種健康照護服務？

1☐ 是
2☐ 否 ⟶**如為「否」，請前往 #30**

28. 在過去 6 個月中，您是否需要您個人醫師辦公室職員的幫助管理您的照護，協調上述服務提供者和服務？

1☐ 是
2☐ 否 ⟶**如為「否」，請前往 #30**

29. 在過去 6 個月中，您多常**取得您所需的幫助**，讓您個人醫師的辦公室管理您的照護，協調上述服務提供者和服務？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

從專科醫師處取得健康照護

回答以下問題時，請**不要**包括牙科看診或您在醫院過夜時所取得的照護。

30. 專科醫師是專職於健康照護某領域的醫師，如外科醫師、心臟科醫師、過敏科醫師、皮膚科醫師等。在過去 6 個月中，您是否曾預約向專科醫師求診？

1☐ 是
2☐ 否 ⟶**如為「否」，請前往 #34**

31. 在過去 6 個月中，您多常能在需要時儘快取得專科醫師預約？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

32. 您在過去 6 個月中曾向多少專科醫師求診？

☐ 沒有 ⟶**如為「沒有」，請前往 #34**
☐ 1 位專科醫師
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 位或更多專科醫師

33. 我們希望瞭解您對過去 6 個月中您最常求診的專科醫師的評價。使用從 0 到 10 中任何一個數字 (0 代表可能存在的最糟專科醫師，10 代表可能存在的最佳專科醫師)，您會用哪個數字來評價您的專科醫師？

- ☐ 0 代表存在的最糟專科醫師
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 代表存在的最佳專科醫師

您的健保計畫

以下一系列問題詢問您對您健保計畫的體驗。如果您變更了您 2018 年度的健保計畫，則請依據您於 2017 年 7 月到 12 月使用原健保計畫的體驗回答問題。

34. 在過去 6 個月中，您是否曾在書面資料或網路上尋找關於您健保計畫的任何資訊？

1 ☐ 是
2 ☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #36**

35. 在過去 6 個月中，您多常在書面資料或網路上找到您所需的關於您健保計畫如何運作的資訊？

1 ☐ 從未
2 ☐ 有時
3 ☐ 經常
4 ☐ 總是

36. 有時人們需要超出定期或例行診間看診範圍的服務或器材，例如專科醫師照護、物理治療、助聽器或氧氣。在過去 6 個月中，您是否曾向您的健保計畫查詢您需為健康照護服務或器材支付多少費用？

1 ☐ 是
2 ☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #38**

37. 在過去 6 個月中，您多常透過您的健保計畫瞭解您需為健康照護服務或器材支付多少費用？

1 ☐ 從未
2 ☐ 有時
3 ☐ 經常
4 ☐ 總是

38. 針對部分健保計畫，您為處方藥物支付的金額可能因藥物不同而異，也可能因郵購補充藥物而非在藥房購買而不同。在過去 6 個月中，您是否曾向您的健保計畫查詢您在取得特定處方藥物前需支付多少費用？

1 ☐ 是
2 ☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #40**

39. 在過去 6 個月中，您多常透過您的健保計畫瞭解您需為特定處方藥物支付多少費用？

1 ☐ 從未
2 ☐ 有時
3 ☐ 經常
4 ☐ 總是

40. 在過去 6 個月中，您是否曾從您健保計畫的客戶服務部取得資訊或幫助？

1 ☐ 是
2 ☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #44**

41. 在過去 6 個月中，您多常從您健保計畫的客戶服務部取得您所需的資訊或幫助？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

42. 在過去 6 個月中，您健保計畫的客戶服務部職員多常以禮貌和尊重的方式對待您？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

43. 在過去 6 個月中，您等待與您健保計畫的客戶服務部職員通話的時間多常超過預期？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

44. 在過去 6 個月中，您的健保計畫是否曾向您提供任何表格要您填寫？

1☐ 是
2☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #50**

45. 在過去 6 個月中，您健保計畫給您填寫的表格容易填寫的頻率有多高？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

46. 在過去 6 個月中，在您填寫表格前，健保計畫多常向您解釋表格的目的？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

47. 在過去 6 個月中，您需要填寫的表格多常以您慣用的語言提供？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

48. 在過去 6 個月中，您是否曾需要表格以其他格式 (例如大字體或盲文) 提供？

1☐ 是
2☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #50**

49. 在過去 6 個月中，您需要填寫的表格多常以您所需的格式 (例如大字體或盲文) 提供？

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

50. 使用從 0 到 10 中任何一個數字 (0 代表可能存在的最糟健保計畫，10 代表可能存在的最佳健保計畫)，您會用哪個數字來評價過去 6 個月中您健保計畫的表現？

☐ 0 代表可能存在的最糟健保計畫
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10 代表可能存在的最佳健保計畫

51. 在過去 6 個月中，您的健保計畫多常**未**支付您醫師說您需要的照護？

1 ☐ 從未
2 ☐ 有時
3 ☐ 經常
4 ☐ 總是

52. 在過去 6 個月中，您多常需要自己支付您認為您的健保計畫會支付的照護？

1 ☐ 從未
2 ☐ 有時
3 ☐ 經常
4 ☐ 總是

53. 在過去 6 個月中，您多常因擔憂費用問題而延遲或**取消**向醫師求診？*請**不要**包括牙科照護。*

1 ☐ 從未
2 ☐ 有時
3 ☐ 經常
4 ☐ 總是

54. 在過去 6 個月中，您多常因擔憂費用問題而延遲或**取消**補充處方藥物？

1 ☐ 從未
2 ☐ 有時
3 ☐ 經常
4 ☐ 總是

您的相關資訊

55. 總體來說，您如何評價您的整體健康？

1 ☐ 極好
2 ☐ 非常好
3 ☐ 好
4 ☐ 一般
5 ☐ 不好

56. 總體來說，您如何評價您的整體**心理或情緒**健康？

1 ☐ 極好
2 ☐ 非常好
3 ☐ 好
4 ☐ 一般
5 ☐ 不好

57. 自 2017 年 7 月 1 日以來，您是否已接種流感疫苗或使用流感噴劑？

1 ☐ 是
2 ☐ 否
3 ☐ 不知道

58. 您目前是否每天、有時吸菸或使用菸草製品，還是完全不吸菸？

1 ☐ 每天
2 ☐ 有時
3 ☐ 完全不吸菸 ⟶ **如為「完全不吸菸」，請前往 #62**
4 ☐ 不知道 ⟶ **如為「不知道」，請前往 #62**

59. 在過去 6 個月中，您多常獲得醫師或您計畫中的其他健康服務提供者建議應戒菸或停止使用菸草製品？

1 ☐ 從未
2 ☐ 有時
3 ☐ 經常
4 ☐ 總是

60. 在過去 6 個月中，醫師或健康服務提供者多常推薦或討論藥物，以協助您戒菸或停止使用菸草製品？藥物範例包括：尼古丁口香糖、貼劑、鼻腔噴劑、吸入劑或處方藥。

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

61. 在過去 6 個月中，您的醫師或健康服務提供者多常討論或提供藥物以外的方法或策略協助您戒菸或停止使用菸草製品？方法或策略範例包括：電話專線、個人或團體諮商或戒菸方案。

1☐ 從未
2☐ 有時
3☐ 經常
4☐ 總是

62. 在過去 6 個月中，您是否曾因相同病況或問題而取得 3 次或以上健康照護？

1☐ 是
2☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #64**

63. 該病況或問題是否持續至少 3 個月時間？*請**不要**包括懷孕或絕經。*

1☐ 是
2☐ 否

64. 您目前是否需要或服用由醫師開立處方的藥物？*請**不要**包括避孕藥。*

1☐ 是
2☐ 否 ⟶ **如為「否」，請前往 #66**

65. 該藥物是否用於治療持續至少 3 個月的病況？*請**不要**包括懷孕或絕經。*

1☐ 是
2☐ 否

66. 您是否耳聾或有嚴重聽力障礙？

1☐ 是
2☐ 否

67. 您是否眼盲或即使配戴眼鏡卻仍有嚴重視力障礙？

1☐ 是
2☐ 否

68. 您是否因生理、心理或情緒狀況而對集中精力、記住人或事，或做決定有嚴重困難？

1☐ 是
2☐ 否

69. 您是否對行走或爬樓梯有嚴重困難？

1☐ 是
2☐ 否

70. 您是否因生理、心理或情緒狀況而對穿衣或洗澡有嚴重困難？

1☐ 是
2☐ 否

71. 您是否因生理、心理或情緒狀況而對獨自辦事 (例如：造訪醫師辦公室或購物) 有嚴重困難？

1☐ 是
2☐ 否

72. 您的年齡為何？

1☐ 18 到 24 歲
2☐ 25 到 34 歲
3☐ 35 到 44 歲
4☐ 45 到 54 歲
5☐ 55 到 64 歲
6☐ 65 到 74 歲
7☐ 75 歲或以上

73. 您的性別為何？

1☐ 男性
2☐ 女性

74. 你已完成的最高年級或教育水平為何？

1☐ 8 年級或更低
2☐ 上過高中，但未畢業
3☐ 高中畢業生或 GED
4☐ 上過大學或 2 年文憑
5☐ 4 年制大學畢業生
6☐ 超過 4 年大學學歷

75. 以下哪項**最能**描述您的聘僱狀態？*請僅標記一項。*

1☐ 全職工作
2☐ 兼職工作
3☐ 家庭主婦 / 家庭主夫
4☐ 全職學生
5☐ 退休
6☐ 因健康原因無法工作
7☐ 失業
8☐ 其他

76. 您是否是西班牙語裔、拉丁裔或西班牙裔？

1☐ 是，我是西班牙語裔、拉丁裔或西班牙裔
2☐ 否，我不是西班牙語裔、拉丁裔或西班牙裔 ⟶ **如為「否」，請前往 #78**

77. 以下哪項最能描述您的情況？

1☐ 墨西哥人、墨西哥裔美國人
2☐ 波多黎各裔
3☐ 古巴裔
4☐ 其他西班牙語裔、拉丁裔或西班牙裔

78. 您的種族為何？*請標記一或多項。*

1☐ 白種人
2☐ 黑人或非裔美國人
3☐ 美國印地安人或阿拉斯加原住民
4☐ 印度裔
5☐ 華裔
6☐ 菲律賓裔
7☐ 日裔
8☐ 韓裔
9☐ 越南裔
10☐ 其他亞裔
11☐ 夏威夷原住民
12☐ 關島或查莫洛裔
13☐ 薩摩亞裔
14☐ 其他太平洋島裔

79. 您對健康保險詞彙的理解自信程度為何？

1☐ 完全沒有自信
2☐ 有點自信
3☐ 自信程度居中
4☐ 非常有自信

80. 您對以下敘述的自信程度為何：您瞭解使用健康保險所需要瞭解的大部分事項。

1☐ 完全沒有自信
2☐ 有點自信
3☐ 自信程度居中
4☐ 非常有自信

81. 是否有人幫助您填寫本調查？

1☐ 是
2☐ 否 →**謝謝您。請使用已付郵資的信封將填妥的調查問卷寄回。**

82. 這個人是如何幫助您的？*請標記一或多項。*

1☐ 把問題唸出來給我聽
2☐ 寫下我提供的答案
3☐ 為我回答問題
4☐ 將問題翻譯成我的語言
5☐ 以其他方式提供幫助

謝謝您。
請使用已付郵資的信封將填妥的調查問卷寄回。

COMPUTER ASSISTED TELEPHONE INTERVIEW SCRIPT

CHINESE

Qualified Health Plan (QHP) Enrollee Experience Survey

Computer Assisted Telephone Interview Script

Language: Chinese (Traditional)
Data Collection: 2018
Reference Period: 6 months

Interviewer/CATI Programmer Formatting Conventions

NOTE: The following formatting conventions are used only for the purposes of this document. Survey vendors may use their own formatting conventions, if different from those presented here, as long as the intended results are the same (e.g., the same text is read aloud, the same words are emphasized, the same programming instructions are implemented, etc.) and the conventions are applied consistently throughout the script.

- CATI programmer instructions appear in [ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN BRACKETS].
- Inserts or fills from the sample frame appear in {ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN CURLY BRACKETS}.
- Interviewer instructions appear in <ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN ANGLE BRACKETS> or (ENGLISH UPPERCASE LETTERS ENCLOSED IN PARENTHESES).
- Text in UPPERCASE LETTERS should not be read aloud. For example, “DON’T KNOW” and “REFUSED” answer categories appear in uppercase and should <u>not</u> be read to the respondent, but may be used for coding a response.
- Interviewers should read aloud all text that appears in **bold, lowercase letters**.
- Text that is <u>underlined</u> should be emphasized by the interviewer.

介紹腳本

[HELLO] 您好，請問能和 {ENROLLEE'S NAME} 通話嗎？

1	YES	→ [GO TO INTRO1]
2	NOT AVAILABLE	→ [SCHEDULE CALLBACK]
3	NO / REFUSAL	→ [CODE AS REFUSAL]
4	MENTALLY/PHYSICALLY UNABLE	→ [GO TO INTRO2]

<IF ASKED WHO IS CALLING> 我是 {SURVEY VENDOR} 的 {INTERVIEWER NAME}，我們代表 {QHP ISSUER NAME} 打電話來。

<IF SOMEONE OTHER THAN THE ENROLLEE INDICATES THAT THE ENROLLEE IS MENTALLY/PHYSICALLY UNABLE, THEN ASK TO SPEAK TO THE ENROLLEE TO CONFIRM AND ASK FOR PERMISSION TO USE A PROXY. ENROLLEE MUST PROVIDE PERMISSION FOR A PROXY. IF UNABLE TO SPEAK WITH THE ENROLLEE OR GET PERMISSION FOR A PROXY, THEN ASSIGN DISPOSITION CODE "MENTALLY OR PHYSICALLY INCAPACITATED.">

[INTRO1] 您好，我是 {SURVEY VENDOR} 的 {INTERVIEWER NAME}，我們代表 {QHP ISSUER NAME} 打電話來，想請您參與一項保密的調查，瞭解過去 **6** 個月內您對 {QHP ISSUER NAME} 的體驗。您的姓名是隨機選出的，代表投保 {QHP ISSUER NAME} 的民眾。您的回答非常重要，日後將用來幫助民眾比較健保計畫。您要不要參與純屬自願，不會影響您取得的任何福利。這次訪談最多只要 **15** 分鐘便可完成。這通電話可能會監聽或錄音，以進行品質控管。如果您目前方便，我希望現在就開始訪談。

<ANSWER ANY QUESTIONS, THEN GO TO QUESTION 73.>

<IF ENROLLEE DOES NOT HAVE TIME TO PARTICIPATE IN INTERVIEW NOW, GO TO CALLBACK SCREEN AND ARRANGE AN APPOINTMENT TO CALL BACK.>

<INTO2 IF PROXY MAY BE REQUIRED>

[INTRO2] 如果您需要幫助來完成這次電話訪談，或如果您覺得您無法自行完成訪談，您可以請家人或友人幫助您，或代表您進行訪談。這個人應該要很瞭解您並且能回答與您過去 **6** 個月中接受醫療照護相關的問題。

[INTRO2-1] 有人可以幫助您嗎？還是有人能代表您進行訪談？

1 YES → [GO TO INTRO2-2]
2 NO → [SCHEDULE CALLBACK]

[INTRO2-2] 我們能否請您同意，讓這個人代表您進行電話訪談？

1 YES → [GO TO INTRO2-3]
2 NO → (THANK RESPONDENT, TERMINATE INTERVIEW, CODE AS MENTALLY/PHYSICALLY INCAPABLE)

<IF ENROLLEE OR PROXY DOES NOT HAVE TIME TO PARTICIPATE IN INTERVIEW NOW, GO TO CALLBACK SCREEN AND ARRANGE AN APPOINTMENT TO CALL BACK.>

<INTRO2-3 TO BE READ WHEN PROXY IS ON THE PHONE.>

[INTRO2-3] 您好，我是 {SURVEY VENDOR} 的 {INTERVIEWER NAME}，我們代表 {QHP ISSUER NAME} 打電話來。 我們想請您參與一項保密的調查，瞭解過去 **6** 個月內 {ENROLLEE NAME} 對 {QHP ISSUER NAME} 的體驗。{他 / 她} 的姓名是隨機選出的，代表投保 {QHP ISSUER NAME} 的民眾。{他 / 她} 的回答非常重要，日後將用來幫助民眾比較健保計畫。 {他 / 她} 要不要參與純屬自願，不會影響 {他 / 她} 取得的任何福利。這次訪談最多只要 **15** 分鐘便可完成。這通電話可能會監聽或錄音，以進行品質控管。

您在回答調查問題時，提醒您，您是代表 {他 / 她} 在回答問題，所有調查問題都是關於 {他 / 她} 使用其健保計畫的體驗。 請您在回答問題時不要考慮您自己的體驗或資訊。如果您目前方便，我希望現在就開始訪談。

<IF PROXY DOES NOT HAVE TIME TO PARTICIPATE IN INTERVIEW NOW, GO TO CALLBACK SCREEN AND ARRANGE AN APPOINTMENT TO CALL BACK.>

<INTERVIEWER: GO TO Q73. FOR ALL QUESTIONS, REPLACE SECOND PERSON PRONOUNS (YOU, YOUR, ETC.) WITH THIRD PERSON PRONOUNS (HIS/HER, HIM/HER, HE/SHE) FOR PROXY SURVEY. ADJUST SENTENCE AS NECESSARY TO BE GRAMMATICALLY CORRECT. DURING INTERVIEW REMIND THE PROXY THAT HE/SHE IS ANSWERING ABOUT THE SAMPLED PERSON, NOT HIMSELF/HERSELF.>

[CALLBACK] 請問甚麼時候方便回電給您？

<RECORD CALLBACK TIME ON CALL RECORD.>

[CALLBACK TO COMPLETE A PREVIOUSLY STARTED TELEPHONE SURVEY]

您好，請問我可以跟 {ENROLLEE NAME} 說話嗎？

1 YES → [GO TO CONFIRM ENROLLEE]
2 NO / REFUSAL → [CODE AS REFUSAL]
3 NO, NOT AVAILABLE RIGHT NOW → [SCHEDULE CALLBACK]

<IF ASKED WHO IS CALLING: 我是 {SURVEY VENDOR} 的 {INTERVIEWER NAME}，我們代表 {QHP ISSUER NAME} 打電話來。{ENROLLEE NAME} 現在有空完成 {他 / 她} 前幾天開始的調查嗎？>

[CONFIRM ENROLLEE]

我是 {SURVEY VENDOR} 的 {INTERVIEWER NAME}，我們代表 {QHP ISSUER NAME**}** 打電話來。我想確認我說話的對象是 {ENROLLEE NAME}。我今天來電是要繼續前幾天開始的調查。

<CONTINUE SURVEY WHERE PREVIOUSLY LEFT OFF.>

1. 我們的紀錄顯示，您目前加入的是 {QHP ISSUER NAME}。是否正確？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES ⟶ [IF YES, GO TO #3]
2☐ NO

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

2. 您健保計畫的名稱是甚麼？

[INCLUDE LIST OF ALL VALID AND INVALID ALIASES PROVIDED IN TABLE 7-5 OF THE 2018 QAG AND ALL ALIASES RECEIVED FROM QHP ISSUER.]

<RECORD ANSWERS VERBATIM>

_____

1☐ VALID OR POSSIBLY VALID ALIAS ⟶ <SAY: 謝謝您。您說的計畫名稱與 **{QHP ISSUER NAME}** 相符。我可以繼續做調查嗎？>[IF YES, GO TO #3]

2☐ NO LONGER ENROLLED/INVALID ALIAS ⟶ (SAY: 謝謝您，耽誤您的時間了。可能是我們弄錯了。祝您順心愉快。)[TERMINATE INTERVIEW.DISPOSITION AS X40—INELIGIBLE: NOT ELIGIBLE OR ON A “DO NOT SURVEY” LIST.]

-1☐ REFUSED

-2☐ DON'T KNOW

以下問題詢問您的健康照護相關情況。請不要包括您在醫院過夜時所取得的照護。請不要包括您的牙科照護看診。

3. 在過去 **6** 個月中，您是否曾出現需要在診所、急診室或醫師辦公室立即取得照護的疾病、傷害或病況？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #5]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #5]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #5]

4. 在過去 **6** 個月中，當您需要立即取得照護時，您多常能在需要時儘快取得照護？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

5. 在過去 **6** 個月中，您是否曾在醫師辦公室或診所預約做檢查或例行照護？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #7]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #7]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #7]

6. 在過去 **6** 個月中，您多常在需要時能儘快取得於醫師辦公室或診所接受檢查或例行照護的預約？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

7. 在過去 **6** 個月中，不算您前往急診室的次數，您前往醫師辦公室或診所為自己取得健康照護多少次？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY.IF READING RESPONSES, SAY: 您覺得是 **…**)

0☐ 0 沒有⟶ [IF NONE, GO TO #12]
1☐ 1 (一) 次
2☐ 2 (兩) 次
3☐ 3 (三) 次
4☐ 4 (四) 次
5☐ 5 (五) 次到 9 (九) 次，或
6☐ 10 次或以上？

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #12]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #12]

8. 使用從 **0** 到 **10** 中任何一個數字 **(0** 代表可能存在的最糟健康照護，**10** 代表可能存在的最佳健康照護**)**，您會用哪個數字來評價您過去 **6** 個月中取得的所有健康照護？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

0☐ 0 WORST HEALTH CARE POSSIBLE
1☐ 1 (一)
2☐ 2 (二)
3☐ 3 (三)
4☐ 4 (四)
5☐ 5 (五)
6☐ 6 (六)
7☐ 7 (七)
8☐ 8 (八)
9☐ 9 (九)
10☐ 10 (十) BEST HEALTH CARE POSSIBLE

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

9. 在過去 **6** 個月中，您多常能輕鬆取得所需的照護、測試或治療？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

10. 口譯員是幫助您與不會您語言的其他人交流的人員。在過去 **6** 個月中，您是否曾需要口譯員，以便您能與醫師辦公室或診所的人交流？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #12]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #12]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #12]

11. 在過去 **6** 個月中，當您於醫師辦公室或診所需要口譯員時，您多常能取得口譯員幫助？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

以下一系列問題詢問有關您個人醫師的事。

12. 個人醫師是您需要檢查，希望獲取健康問題相關建議，或者生病或受傷時向其求診的醫師。您是否有個人醫師？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES

2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #30]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #30]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #30]

13. 在過去 **6** 個月中，您拜訪您的個人醫師、為自己取得照護多少次？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY.IF READING RESPONSES, SAY: 您覺得是 **…**)

0☐ 0 次⟶ [IF NONE, GO TO #30]
1☐ 1 (一) 次 TIME
2☐ 2 (兩) 次
3☐ 3 (三) 次
4☐ 4 (四) 次
5☐ 5 (五) 次到 9 (九) 次 TIMES, OR
10☐ 10 (十) 次 OR MORE TIMES

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #30]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #30]

14. 在過去 **6** 個月中，您的個人醫師多常以易於理解的方式為您做出解釋？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

15. 在過去 6 個月中，您的個人醫師多常仔細聽您講話？您覺得是 …

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

16. 在過去 **6** 個月中，您的個人醫師多常對您講的話表示尊重？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

17. 在過去 **6** 個月中，您的個人醫師多常花足夠的時間為您看診？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

18. 當您在過去 **6** 個月中拜訪您的個人醫師接受預約看診時，他或她多常準備了您的病歷或其他與您的照護相關的資訊？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

19. 在過去 **6** 個月中，您的個人醫師是否為您要求進行驗血、**X** 光或其他測試？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #22]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #22]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #22]

20. 在過去 **6** 個月中，當您的個人醫師為您要求進行驗血、**X** 光或其他測試時，您個人醫師辦公室的職員多常與您跟進、為您提供相關結果？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

21. 在過去 **6** 個月中，當您的個人醫師為您要求進行驗血、**X** 光或其他測試時，您多常能在需要時儘快取得結果？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

22. 專科醫師是專職於健康照護某領域的醫師，如外科醫師、心臟科醫師、過敏科醫師、皮膚科醫師等。在過去 **6** 個月中，您是否曾向任何專科醫師求診？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #24]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #24]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #24]

23. 在過去 **6** 個月中，您的個人醫師多常表現出對您從專科醫師處接受的照護瞭解情況？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

24. 使用從 **0** 到 **10** 中任何一個數字 **(0** 代表可能存在的最糟個人醫師，**10** 代表可能存在的最佳個人醫師**)**，您會用哪個數字來評價您的個人醫師？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

0☐ 0 WORST PERSONAL DOCTOR POSSIBLE
1☐ 1 (一)
2☐ 2 (二)
3☐ 3 (三)
4☐ 4 (四)
5☐ 5 (五)
6☐ 6 (六)
7☐ 7 (七)
8☐ 8 (八)
9☐ 9 (九)
10☐ 10 (十) BEST PERSONAL DOCTOR POSSIBLE

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

25. 在過去 **6** 個月中，您是否曾服用任何處方藥物？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #27]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #27]
-2☐ DON’T KNOW ⟶ [IF DON’T KNOW, GO TO #27]

26. 在過去 **6** 個月中，您和您的個人醫師多常討論您在服用的所有處方藥物？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

27. 在過去 **6** 個月中，您是否曾從超過一種健康照護服務提供者處取得照護或使用超過一種健康照護服務？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #30]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #30]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #30]

28. 在過去 **6** 個月中，您是否需要您個人醫師辦公室職員的幫助管理您的照護，協調上述服務提供者和服務？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #30]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #30]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #30]

29. 在過去 **6** 個月中，您多常取得<u>您所需的幫助</u>，讓您個人醫師的辦公室管理您的照護，協調上述服務提供者和服務？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

回答以下有關專科醫師提供照護的問題時，請<u>不要</u>包括牙科看診或您在醫院過夜時所取得的照護。

30. 專科醫師是專職於健康照護某領域的醫師，如外科醫師、心臟科醫師、過敏科醫師、皮膚科醫師等。在過去 **6** 個月中，您是否曾預約向專科醫師求診？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #34]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #34]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #34]

31. 在過去 **6** 個月中，您多常能在需要時儘快取得專科醫師預約？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

32. 您在過去 **6** 個月中曾向多少專科醫師求診？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY.IF READING RESPONSES, SAY: 您覺得是 **…**)

0☐ 0 ⟶ [IF NONE, GO TO #34]
1☐ 1 (一) 個專科醫師
2☐ 2 (二)
3☐ 3 (三)
4☐ 4 (四)
5☐ 5 (五) 個或更多個專科醫師？

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #34]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #34]

33. 我們希望瞭解您對過去 **6** 個月中您最常求診的專科醫師的評價。使用從 **0** 到 **10** 中任何一個數字 **(0** 代表可能存在的最糟專科醫師，**10** 代表可能存在的最佳專科醫師**)**，您會用哪個數字來評價您的專科醫師？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

0☐ 0 (零) WORST SPECIALIST POSSIBLE
1☐ 1 (一)
2☐ 2 (二)
3☐ 3 (三)
4☐ 4 (四)
5☐ 5 (五)
6☐ 6 (六)
7☐ 7 (七)

8 ☐ 8 (八)
9 ☐ 9 (九)
10 ☐ 10 (十) BEST SPECIALIST POSSIBLE

-1 ☐ REFUSED
-2 ☐ DON'T KNOW

以下一系列問題詢問您對您健保計畫的體驗。

34. 在過去 **6** 個月中，您是否曾在書面資料或網路上尋找關於您健保計畫的任何資訊？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 ☐ YES
2 ☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #36]

-1 ☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #36]
-2 ☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #36]

35. 在過去 **6** 個月中，您多常在書面資料或網路上找到您所需的關於您健保計畫如何運作的資訊？您覺得是 **…**

1 ☐ 從未，
2 ☐ 有時，
3 ☐ 經常，或
4 ☐ 一直是這樣？

-1 ☐ REFUSED
-2 ☐ DON'T KNOW

36. 有時人們需要超出定期或例行診間看診範圍的服務或器材，例如專科醫師照護、物理治療、助聽器或氧氣。在過去 **6** 個月中，您是否曾向您的健保計畫查詢您需為健康照護服務或器材支付多少費用？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1 ☐ YES
2 ☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #38]

-1 ☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #38]
-2 ☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #38]

37. 在過去 **6** 個月中，您多常透過您的健保計畫瞭解您需為健康照護服務或器材支付多少費用？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

38. 針對部分健保計畫，您為處方藥物支付的金額可能因藥物不同而異，也可能因郵購補藥而非在藥房購買而不同。在過去 **6** 個月中，您是否曾向您的健保計畫查詢您在取得特定處方藥物前需支付多少費用？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #40]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #40]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #40]

39. 在過去 **6** 個月中，您多常透過您的健保計畫瞭解您需為特定處方藥物支付多少費用？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

40. 在過去 **6** 個月中，您是否曾從您健保計畫的客戶服務部取得資訊或幫助？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #44]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #44]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #44]

41. 在過去 **6** 個月中，您多常從您健保計畫的客戶服務部取得您所需的資訊或幫助？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

42. 在過去 **6** 個月中，您健保計畫的客戶服務部職員多常以禮貌和尊重的方式對待您？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

43. 在過去 **6** 個月中，您等待與您健保計畫的客戶服務部職員通話的時間多常超過預期？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

44. 在過去 **6** 個月中，您的健保計畫是否曾向您提供任何表格要您填寫？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #50]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #50]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #50]

45. 在過去 **6** 個月中，您健保計畫給您填寫的表格容易填寫的頻率有多高？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

46. 在過去 **6** 個月中，在您填寫表格前，健保計畫多常向您解釋表格的目的？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

47. 在過去 **6** 個月中，您需要填寫的表格多常以您慣用的語言提供？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

48. 在過去 **6** 個月中，您是否曾需要表格以其他格式 **(**例如大字體或盲文**)** 提供？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #50]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #50]
-2☐ DON’T KNOW ⟶ [IF DON’T KNOW, GO TO #50]

49. 在過去 **6** 個月中，您需要填寫的表格多常以您所需的格式 **(**例如大字體或盲文**)** 提供？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

50. 使用從 **0** 到 **10** 中任何一個數字 **(0** 代表可能存在的最糟健保計畫，**10** 代表可能存在的最佳健保計畫**)**，您會用哪個數字來評價過去 **6** 個月中您健保計畫的表現？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

0☐ 0 (零) WORST HEALTH PLAN POSSIBLE
1☐ 1 (一)
2☐ 2 (二)
3☐ 3 (三)
4☐ 4 (四)
5☐ 5 (五)
6☐ 6 (六)
7☐ 7 (七)
8☐ 8 (八)
9☐ 9 (九)
10☐ 10 (十) BEST HEALTH PLAN POSSIBLE

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

51. 在過去 **6** 個月中，您的健保計畫多常未支付您醫師說您需要的照護？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

52. 在過去 **6** 個月中，您多常需要自己支付您認為您的健保計畫會支付的照護？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

53. 在過去 **6** 個月中，您多常因擔憂費用問題而延遲或取消向醫師求診？請不要包括牙科照護。您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

54. 在過去 **6** 個月中，您多常因擔憂費用問題而延遲或取消補充處方藥物？您覺得是 …

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

最後一系列問題詢問關於您的背景。

55. 總體來說，您如何評價您的整體健康？您覺得是 **…**

1☐ 極好，
2☐ 非常好，
3☐ 好，
4☐ 一般，或
5☐ 不好？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

56. 總體來說，您如何評價您的整體心理或情緒健康？您覺得是 **…**

1☐ 極好，
2☐ 非常好，
3☐ 好，
4☐ 一般，或
5☐ 不好？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

57. 自 **2017** 年 **7** 月 **1** 日以來，您是否已接種流感疫苗或使用流感噴霧？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO
3☐ DON'T KNOW

-1☐ REFUSED

58. 您目前是否每天、有時，還是完全不會吸菸或使用菸草製品？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ EVERY DAY
2☐ SOME DAYS
3☐ NOT AT ALL ⟶ [IF NOT AT ALL, GO TO #62]
4☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #62]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #62]

59. 在過去 **6** 個月中，您多常獲得醫師或您計畫中的其他健康服務提供者建議應戒菸或停止使用菸草製品？您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

60. 在過去 **6** 個月中，醫師或健康服務提供者多常推薦或討論藥物，以協助您戒菸或停止使用菸草製品？藥物範例包括：尼古丁口香糖、貼劑、鼻腔噴劑、吸入劑或處方藥。您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

61. 在過去 **6** 個月中，您的醫師或健康服務提供者多常討論或提供藥物以外的方法或策略協助您戒菸或停止使用菸草製品？方法或策略範例包括：電話專線、個人或團體諮商或戒菸方案。您覺得是 **…**

1☐ 從未，
2☐ 有時，
3☐ 經常，或
4☐ 一直是這樣？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

62. 在過去 **6** 個月中，您是否曾因相同病況或問題而取得 **3** 次或以上健康照護？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #64]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #64]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #64]

63. 該病況或問題是否持續至少 **3** 個月時間？

[IF Q73=FEMALE OR MISSING, PROGRAM SO THIS LANGUAGE APPEARS FOR INTERVIEWERS TO READ: 請不要包括懷孕或絕經。]

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

64. 您目前是否需要或服用由醫師開立處方的藥物？

[IF Q73=FEMALE OR MISSING, PROGRAM SO THIS LANGUAGE APPEARS FOR INTERVIEWERS TO READ: 請不要包括避孕藥。]

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #66]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #66]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #66]

65. 該藥物是否用於治療持續至少 **3** 個月的病況？

[IF Q73=FEMALE OR MISSING, PROGRAM SO THIS LANGUAGE APPEARS FOR INTERVIEWERS TO READ: 請不要包括懷孕或絕經。]

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

66. 您是否耳聾或有嚴重聽力障礙？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

67. 您是否眼盲或即使配戴眼鏡卻仍有嚴重視力障礙？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

68. 您是否因生理、心理或情緒狀況而對集中精力、記住人或事，或做決定有嚴重困難？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

69. 您是否對行走或爬樓梯有嚴重困難？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

70. 您是否因生理、心理或情緒狀況而對穿衣或洗澡有嚴重困難？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

71. 您是否因生理、心理或情緒狀況而對獨自辦事 **(**例如：造訪醫師辦公室或購物**)** 有嚴重困難？

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

72. 您的年齡為何？您是 **…**

(READ LIST, STOP AFTER A RESPONSE IS GIVEN)

1☐ **18** 到 **24** 歲，
2☐ **25** 到 **34** 歲，
3☐ **35** 到 **44** 歲，
4☐ **45** 到 **54** 歲，
5☐ **55** 到 **64** 歲，
6☐ **65** 到 **74** 歲，或
7☐ **75** 歲或以上？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

73. (IF NECESSARY ASK, OTHERWISE RECORD SEX) 請問您的性別是？ 您是 **…**

1☐ 男性，或
2☐ 女性？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

74. 你已完成的最高年級或教育水平為何？請問是 **…**

(READ LIST, STOP AFTER A RESPONSE IS GIVEN)

1☐ **8** 年級或更低，
2☐ 上過高中，但未畢業，
3☐ 高中畢業生或 **GED**，
4☐ 上過大學或 **2** 年文憑，
5☐ **4** 年制大學畢業生，或
6☐ 超過 **4** 年大學學歷？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

75. 以下哪項最能描述您的聘僱狀態？您覺得是 **…**

(ACCEPT ONLY ONE ANSWER. IF RESPONDENT INDICATES HE/SHE IS SELF-EMPLOYED, USE THE FOLLOWING PROBE TO DETERMINE THE MOST APPROPRIATE RESPONSE CATEGORY: 您覺得您是做全職工作、兼職工作，還是其他聘僱狀態？)

1☐ 全職工作，
2☐ 兼職工作，
3☐ 家庭主婦 / 家庭主夫，
4☐ 全職學生，
5☐ 退休，
6☐ 因健康原因無法工作，
7☐ 失業，或
8☐ 其他？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

76. 您是否是西班牙語裔、拉丁裔或西班牙裔？

[IF Q73=FEMALE, USE LATINA. IF Q73=MALE OR MISSING, USE LATINO]

(READ RESPONSE OPTIONS ONLY IF NECESSARY)

1☐ YES
2☐ NO ⟶ [IF NO, GO TO #78]

-1☐ REFUSED ⟶ [IF REFUSED, GO TO #78]
-2☐ DON'T KNOW ⟶ [IF DON'T KNOW, GO TO #78]

77. 您最符合以下哪一個族裔？

[IF Q73=FEMALE, USE MEXICAN/MEXICAN AMERICAN/CHICANA/LATINA. IF Q73=MALE OR MISSING, USE MEXICAN/MEXICAN AMERICAN/CHICANO/LATINO]

(ACCEPT ONLY ONE ANSWER)

1☐ 墨西哥人、墨西哥裔美國人，
2☐ 波多黎各裔，
3☐ 古巴裔，
4☐ 其他西班牙語裔、拉丁裔或西班牙裔？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

78. 我現在要唸出各類族裔名單。如果有哪一個類別符合對您的族裔的描述，請說「是」。我必須要唸出全部的類別，因為可能會有超過一個符合您的情況。

(INTERVIEWER: IF THE RESPONDENT WANTS TO KNOW WHY YOU ARE ASKING WHAT RACE THEY ARE, SAY: 我們完全是為了人口統計目的而詢問您的族裔。)

[PROGRAMMER: IF NO/DK/REF TO RESPONSE OPTION D,'ASIAN', THEN SKIP TO RESPONSE OPTION L,'NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER', AND MARK ALL ASIAN SUB-CATEGORIES AS 'NO'.' IF NO/DK/REF TO RESPONSE OPTION L, 'NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER', THEN SKIP TO Q79 AND MARK ALL NATIVE HAWAIIAN OR PACIFIC ISLANDER SUB-CATEGORIES AS 'NO'.]
(TREAT EACH ITEM AS A YES/NO QUESTION)

	YES	NO
[A.] 您是白種人？	1☐	0☐
[B.] 您是黑人或非裔美國人？	1☐	0☐
[C.] 您是美國印地安人或阿拉斯加原住民？	1☐	0☐
[D.] 您是亞裔？	1☐	0☐
[E.] 您是印度裔？	1☐	0☐
[F.] 您是華裔？	1☐	0☐
[G.] 您是菲律賓裔？	1☐	0☐
[H.] 您是日裔？	1☐	0☐
[I.] 您是韓裔？	1☐	0☐
[J.] 您是越南裔？	1☐	0☐
[K.] 您是其他類別的亞裔？	1☐	0☐
[L.] 您是夏威夷原住民或太平洋島民？	1☐	0☐
[M.]您是夏威夷原住民？	1☐	0☐
[N.] 您是關島人或查莫洛人？	1☐	0☐
[O.] 您是薩摩亞人？	1☐	0☐
[P.] 您是其他類別的太平洋島民？	1☐	0☐

-1☐ REFUSED
-2☐ DON'T KNOW

79. 您對健康保險詞彙的理解自信程度為何？您覺得是 **…**

1☐ 完全沒自信，

2☐ 有點自信，
3☐ 自信程度居中，
4☐ 非常有自信？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

80. 您對以下敘述的自信程度為何：您瞭解使用健康保險所需要瞭解的大部分事項。您覺得是 **…**

1☐ 完全沒自信，
2☐ 有點自信，
3☐ 自信程度居中，
4☐ 非常有自信？

-1☐ REFUSED
-2☐ DON’T KNOW

81. (INTERVIEWER NOTE: WAS THIS A PROXY INTERVIEW?)

1☐ YES
2☐ NO

以上就是我要問的全部問題。非常感謝您抽空完成這次的調查！