



居民就医行为偏好及其影响因素研究

刘 旋, 何 凯, 何依婷, 王辰语, 肖锦铖

安徽医科大学卫生管理学院, 安徽 合肥 231200

摘要:文章分析居民就医行为偏好及其影响因素,并从现状偏差理论视角解释居民维持既有就医选择的倾向,为优化就医结构、推进分级诊疗政策提供参考。采用多阶段分层抽样法,于2025年11—12月在安徽省合肥市进行问卷调查和分析。结果显示,居民现状偏差平均得分为 (3.12 ± 0.69) 分;性别、家庭人均月收入、慢性病情况、年就医频次、自感病情严重程度、经常就医机构及就医惯性是现状偏差的影响因素($P < 0.05$),其中就医惯性影响最为显著($\beta = 0.301$);女性、低收入、患慢性病、年就医频次较高、自感病情较重及经常在大医院就医者对既有就医机构的维持倾向更强。研究表明,居民就医行为偏好具有一定稳定性,现状偏差理论可为理解居民维持既有就医选择提供行为经济学解释。应针对不同群体,采取降低机构转换成本,强化连续照护与双向转诊衔接,提升基层服务可及性和确定性等差异化策略,引导趋高就医居民下沉基层。

关键词:就医行为;分级诊疗;现状偏差;行为经济学

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2026)04-399-007

doi:10.7655/NYDXBSS260163

长期以来,我国居民形成了自主选择医疗机构就医的方式^[1]。为有效解决“看病难”问题,2015年国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》(国办发〔2015〕70号),旨在通过政策制度安排引导居民合理就医。推进分级诊疗制度,主要是为了破解我国医疗卫生资源的不平衡配置与就诊患者流向不合理的问题^[2]。就医行为是一个连续性过程,涵盖疾病症状识别、疾病相关角色行为变化、医生诊疗与转诊、治疗措施实施及治疗依从等环节,主要包括就医决策和疾病治疗两个方面。前者指个体患病后是否采取就医行动,如自我治疗或前往医疗机构就诊,后者指实际发生的就医行为,如选择医疗机构类型及治疗方式等^[3]。

近年来,行为经济学逐渐被应用到公共政策和医疗卫生领域。行为经济学认为,在很多决策情境中,人们并不是完全理性的,而是会受到各种认知偏差的影响。现状偏差(status quo bias, SQB),又叫安于现状偏差,是指人们在决策过程中倾向于维持

当前状态,即使现有状态在客观上劣于其他可选方案;或在信息不完整的情况下,人们往往会选择保持现状,并倾向于将任何改变都视为一种损失^[4-5]。现状偏差是一种普遍存在的决策偏差,对这一现象进行研究具有重要的理论意义和应用价值^[6]。近年来,现状偏差理论逐渐被国内学者应用于个体的行为意愿相关研究。既有研究表明,转换成本、沉没成本、惯性等现状偏差相关因素会影响个体知识付费、移动应用持续使用及医疗机器人采纳等行为意愿^[7-10]。现状偏差作为人类对当前事态的偏好,也被认为是健康促进和疾病预防的重要工具之一^[11-12]。

目前,国内关于居民就医行为的研究较多,但多数研究主要从医疗资源、医疗服务质量以及居民健康需求等方面进行分析^[13-15],对居民为何维持既有就医选择的心理倾向关注较少。因此,本研究以安徽省合肥市居民为研究对象,分析居民就医行为偏好及其影响因素,并以现状偏差理论为解释视

基金项目:公共健康社会治理安徽省哲学社会科学重点实验室项目“基于心理账户理论的患者就医行为决策研究”(PHG202308)

收稿日期:2026-04-13

作者简介:刘旋(2001—),女,河北保定人,硕士研究生在读,研究方向为医院管理与卫生政策;肖锦铖(1968—),男,安徽合肥人,教授,研究方向为医院管理与卫生政策,通信作者:jchxiao@ahmu.edu.cn。

角,探讨人口学特征、健康状况以及就医行为特征对居民维持既有就医选择的影响,为优化居民就医结构提供参考。

一、资料与方法

(一)数据来源

本研究采用多阶段分层抽样法选取调查对象。第一阶段依据医疗机构层级及人群来源,将调查总体分为三级医院就医人群、社区卫生服务中心就医人群和社区居民三层,从合肥市随机抽取1所三级综合医院、1所社区卫生服务中心及1个社区作为调查点;第二阶段在各调查点采用系统抽样法选取调查对象,调查期间(2025年11—12月)于调研点每隔3名居民抽取1名,并由经过统一培训的调查员进行调查。

纳入标准:①年龄≥18岁;②在合肥市居住时间≥6个月;③意识清晰,具备基本沟通及理解能力;④知情同意并自愿参与。排除标准:①病情危重无法配合者;②具有影响调查进行的视力、听力及表达障碍者。

(二)调查工具与变量选取

本研究采用自主设计的调查问卷,经预调查及多次小组讨论后形成最终问卷。基于现状偏差理论与既有研究的成熟量表,围绕居民维持既有就医选择的心理倾向设计题项,分别从转换成本、后

悔规避、沉没成本和医疗习惯四个维度衡量现状偏差^[16-18]。其中,转换成本主要反映居民对重新检查、适应新就医流程和寻找新医疗机构所需时间与精力成本的顾虑;后悔规避主要反映居民对更换医疗机构后可能因病情延误、治疗效果不佳而产生后悔心理的担忧;沉没成本主要反映居民对既往就医过程中已投入精力、形成流程熟悉感和建立机构信任的考虑;医疗习惯主要反映居民基于既往就医经验形成的惯性选择倾向,以及对继续沿用原有就医路径合理性的认知。采用Likert 5级量表进行测量,得分范围为1~5分(1=非常不同意,2=不同意,3=中立,4=同意,5=非常同意),计算各题项均值作为现状偏差综合指数,得分越高表示现状偏差程度越高,以现状偏差综合指数作为因变量。本文所称现状偏差主要用于刻画居民就医选择中的维持现状倾向,并不等同于判断个体选择必然错误或非理性。

自变量包括三类因素。第一类是人口学特征,包括性别、年龄、学历、家庭人均月收入 and 职业等。第二类是健康状况,包括是否患慢性病、自感病情严重程度等。第三类是就医行为特征,包括主要医疗保障类型、经常就医机构、年就医频次以及就医惯性等。将调查对象经常就医的医疗机构进行分类,其中,村卫生室和社区卫生服务中心(站)归为基层医疗卫生机构,二级及以上医院归为大医院,见表1。

表1 各变量赋值情况

变量	赋值
性别	1=男;2=女
年龄	1=18~29岁;2=30~44岁;3=45~59岁;4=60岁及以上
学历	1=小学及以下;2=初中;3=高中(中专、职高);4=本科(大专)及以上
职业	1=机关及事业单位职工;2=企业职工;3=农民;4=学生;5=离退休人员;6=个体经营或自由职业者;7=其他
家庭人均月收入	1=<2 500元;2=2 500~<5 000元;3=5 000~<7 500元;4=7 500~<10 000元;5=10 000元及以上
主要医疗保障类型	1=城镇职工基本医疗保险;2=城乡居民基本医疗保险;3=商业保险;4=其他;5=未参加任何保险
慢性病	0=否;1=是
自感病情严重程度	1=不严重;2=不太严重;3=一般;4=很严重;5=非常严重
年就医频次	1=0次;2=1~2次;3=3~5次;4=6次及以上
经常就医机构	0=大医院;1=基层医疗卫生机构
就医惯性	1=非常不同意;2=不同意;3=中立;4=同意;5=非常同意

(三)统计学方法

样本量采用横断面调查公式估算,计算得基础样本量为384例,考虑设计效应(Deff)=1.5及预估10%无效率,确定目标样本量约640例。共发放问卷759份,回收有效问卷706份,有效回收率为93.02%。

采用SPSS 23.0软件进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料以频数和百分比表示。首先对现状偏差量表进行信度分析和效

度分析,其次进行单因素分析,比较不同人群之间现状偏差得分的差异,最后将有统计学意义的变量纳入多元线性回归模型进行分析。统计学检验水准设定为 $P<0.05$ 。

二、结 果

(一)调查对象基本情况

调查结果显示,在人口学特征方面,女性占比58.8%,略高于男性(41.2%);年龄结构呈现年轻化,

18~29 岁群体占比 42.5%;受教育程度总体较高,本科(大专)及以上学历者占比 76.5%;家庭人均月收入 5 000~<7 500 元较多,占比 32.6%。在健康状况方面,慢性病患者占比 22.2%;在最近一次就医经历中,自感病情不太严重的受访者占比 53.5%。在就医行为特征方面,主要医疗保障类型以城镇职工基本医疗保险居多,占比 52.5%;年就医频次以 1~2 次最多,占比 43.1%;医疗机构选择呈现一定程度的趋高倾向,经常前往大医院就医者占比 67.3%,高于常去基层医疗卫生机构者(32.7%);此外,居民表现出较强的就医惯性,对“倾向于选择熟悉医院”持肯定态度(含“同意”与“非常同意”)的受访者合计占比 54.3%,而持否定态度(含“不同意”与“非常不同意”)的受访者合计占比仅 16.8%,见表 2。现状偏差平均得分为(3.12±0.69)分,56.8%的受访者得分不低于理论中值(3 分),表明居民就医行为存在现状偏差。

(二)现状偏差量表信效度分析

对现状偏差量表进行信度分析,结果显示,现状偏差总量表 Cronbach's α 系数为 0.922,各维度 Cronbach's α 系数最小为 0.808,均大于 0.8,说明量表整体及各维度内部一致性较好。效度检验结果显示,KMO 值为 0.917,Bartlett 球形检验 $\chi^2=5\,331.385$, $P<0.001$,表明数据适合进行因子分析,量表具有较

好的结构效度检验基础。

(三)单因素分析

单因素分析结果显示,不同性别、年龄、家庭人均月收入、慢性病情况、自感病情严重程度、年就医频次、经常就医机构以及就医惯性的居民在现状偏差得分方面存在统计学差异($P<0.05$)。具体来说,女性、60 岁及以上年龄组、患有慢性病、经常在大医院就医的居民现状偏差得分均值相对较高。在家庭人均月收入方面,现状偏差得分随收入增加总体呈下降趋势,但在 10 000 元以上高收入阶段出现小幅回升。此外,现状偏差得分随自感病情严重程度、年就医频次及就医惯性的增加而升高(表 3)。

(四)多元线性回归分析

以现状偏差综合指数为因变量,将单因素分析中差异有统计学意义的变量纳入多元线性回归模型。结果显示,性别、家庭人均月收入、慢性病患者情况、年就医频次、自感病情严重程度、经常就医机构类型及就医惯性等均为居民现状偏差的独立影响因素(表 4)。在控制其他混杂因素后,家庭人均月收入与现状偏差呈负相关,即收入水平越高,现状偏差程度越低;而自感病情严重程度、年就医频次及就医惯性均与现状偏差呈正相关,表现为病情

表 2 调查对象基本情况($n=706$)

项目	分类	例数	构成比(%)	项目	分类	例数	构成比(%)
性别	男	291	41.2	主要医疗保障类型	城镇职工基本医疗保险	371	52.5
	女	415	58.8		城乡居民基本医疗保险	258	36.5
年龄	18~29 岁	300	42.5		商业保险	60	8.5
	30~44 岁	243	34.4		其他	8	1.2
	45~59 岁	84	11.9		未参加任何保险	9	1.3
	60 岁及以上	79	11.2	慢性病	是	157	22.2
学历	小学及以下	31	4.4		否	549	77.8
	初中	50	7.1	自感病情严重程度	不严重	76	10.8
	高中(中专、职高)	85	12.0		不太严重	378	53.5
	本科(大专)及以上	540	76.5		一般	222	31.4
职业	机关及事业单位职工	102	14.4		很严重	24	3.4
	企业职工	207	29.3		非常严重	6	0.9
	农民	18	2.6	年就医频次	0 次	88	12.5
	学生	124	17.6		1~2 次	304	43.1
	离退休人员	79	11.2		3~5 次	204	28.8
	个体经营者或自由职业	110	15.6		6 次及以上	110	15.6
	其他	66	9.3	经常就医机构	基层	231	32.7
					大医院	475	67.3
家庭人均月收入	<2 500 元	37	5.2	就医惯性	非常不同意	10	1.4
	2 500~<5 000 元	161	22.8		不同意	109	15.4
	5 000~<7 500 元	230	32.6		中立	204	28.9
	7 500~<10 000 元	146	20.7		同意	340	48.2
	10 000 元及以上	132	18.7		非常同意	43	6.1

越重、就医频次越高及就医惯性越强,居民的现状
偏差得分越高。此外,男性居民的得分低于女性,患有慢性病者高于未患慢性病者,经常在大医院就医者高于经常在基层医疗卫生机构就医者。

表3 居民现状偏差单因素分析

因素	得分(分, $\bar{x}\pm s$)	t/F 值	P 值	因素	得分(分, $\bar{x}\pm s$)	t/F 值	P 值
性别		-11.894	<0.001	自感病情严重程度		13.564	<0.001
男	2.77±0.67			不严重	2.66±0.64		
女	3.35±0.59			不太严重	3.10±0.71		
年龄		20.253	<0.001	一般	3.26±0.59		
18~29岁	2.97±0.66			很严重	3.33±0.54		
30~44岁	3.12±0.70			非常严重	3.71±0.87		
45~59岁	3.17±0.64			年就医频次		28.927	<0.001
60岁及以上	3.61±0.56			0次	2.73±0.65		
学历		1.774	0.151	1~2次	3.00±0.69		
小学及以下	3.35±0.61			3~5次	3.25±0.61		
初中	3.21±0.73			6次及以上	3.49±0.62		
高中(中专、职高)	3.06±0.69			经常就医机构		8.936	<0.001
本科(大专)及以上	3.10±0.69			基层	2.80±0.64		
家庭人均月收入		12.873	<0.001	大医院	3.27±0.66		
<2 500元	3.45±0.49			职业		0.733	0.623
2 500~<5 000元	3.38±0.58			机关事业单位	3.16±0.67		
5 000~<7 500元	3.04±0.67			企业职工	3.06±0.66		
7 500~<10 000元	2.90±0.71			农民	3.28±0.58		
10 000元及以上	3.09±0.74			学生	3.08±0.69		
慢性病		-12.958	<0.001	离退休	3.19±0.68		
否	2.98±0.68			自由/个体	3.14±0.76		
是	3.60±0.48			其他	3.09±0.70		
主要医疗保障类型		0.559	0.692	就医惯性		42.59	<0.001
城镇职工基本医疗保险	3.09±0.68			非常不同意	2.16±0.70		
城乡居民基本医疗保险	3.13±0.72			不同意	2.65±0.63		
商业保险	3.18±0.61			中立	2.94±0.61		
其他	3.33±0.51			同意	3.34±0.61		
未参加任何保险	3.24±0.66			非常同意	3.59±0.68		

表4 居民现状偏差多元线性回归

因素	非标准化系数		标准化系数			
	回归系数	标准误	回归系数	t	P	VIF
(常量)	1.575	0.139		11.350	<0.001	
性别	0.297	0.044	0.213	6.821	<0.001	1.185
年龄	0.026	0.023	0.038	1.134	0.257	1.336
家庭人均月收入	-0.059	0.018	-0.098	-3.352	0.001	1.053
慢性病	0.278	0.058	0.168	4.822	<0.001	1.489
年就医频次	0.083	0.025	0.109	3.366	0.001	1.284
自感病情严重程度	0.094	0.028	0.101	3.369	0.001	1.094
经常就医机构	-0.255	0.044	-0.175	-5.868	<0.001	1.079
就医惯性	0.237	0.024	0.301	9.996	<0.001	1.105

模型拟合优度 $R^2=0.429$, 调整 $R^2=0.422$, $F=65.388$, $P<0.001$, D-W=1.918。

三、讨论

(一)居民就医行为偏好的总体特征与分级诊疗困境

研究显示,居民现状偏差综合指数为 (3.12 ± 0.69) 分,且56.8%的受访者得分不低于理论中值,说明居民在医疗机构选择中并非每次都重新比较所有可选方案,而是容易延续既有就医路径。67.3%的居民首选大医院,仅32.7%选择基层医疗卫生机构,这种就医选择的趋高现象表明,尽管合肥市已推行紧密型医联体及家庭医生签约服务等^[19-20],居民就医路径的改变仍然有限。近年来有关我国分级诊疗和基层医疗卫生机构绕行行为的研究也显示,患者偏好三级医院、绕过基层医疗卫生机构就诊,既与医疗资源分布和机构体验有关,也与既往就医经验和认知启发式等有关^[21-23]。因此,除依靠供方的改变以扭转需方的就医偏好外,也可从居民风险规避心理和熟悉机构偏好等行为经济学视角探寻深层动因。

(二)就医惯性与居民维持既有就医选择密切相关

多元线性回归分析表明,就医惯性是现状偏差的最强影响因子。就医惯性可能反映居民对既有就医流程、医生沟通方式等熟悉性优势。更换医疗机构意味着重新适应流程、建立信任,并可能面临重复检查和治疗衔接不确定性,因此居民更容易维持既有就医选择。这一发现可从禀赋效应和损失厌恶角度加以解释,即个体往往会对熟悉选项赋予更高主观价值,并对改变现状可能带来的潜在损失更加敏感^[24-25]。Polites等^[16]关于用户转换行为的研究也表明,习惯性依赖会抑制个体对替代方案的接受。因此,在就医情境中,居民维持原有就医路径不仅是基于客观便利性的理性计算,更是出于对未知医疗风险的规避及对既有心理安全感的维护。

(三)健康需求刚性群体更易维持既有就医选择

研究发现,慢性病、自感病情严重程度和年就医频次均与现状偏差呈正相关,说明居民健康需求越刚性,其对既有就医机构的维持倾向越明显。慢性病患者通常需要长期复诊、持续用药和病情监测,更换机构可能带来病历资料衔接不足、治疗方案调整等问题。已有研究显示,医生服务水平、转诊便利性和上下联动会影响慢性病患者就医偏好^[26]。家庭医生签约2型糖尿病患者的基层就诊行为与机构信任、医疗服务评价等因素有关^[27],多病共存患者在就医机构选择时也会综合考虑医疗可及性、医疗技术水平等因素^[28]。因此,自感病情较重者更关注诊疗质量和及时性,更容易将变更机构视为可能延误治疗的风险,而年就医频次较高者则在反复就医过

程中积累了更多信任。这表明,应将健康需求较强人群作为连续照护和双向转诊衔接的重点对象。

(四)人口社会学特征对就医行为中现状偏差的影响

回归结果显示,女性、低收入及经常在大医院就医者的现状偏差程度更高。女性通常承担家庭照护责任,对就医流程的稳定性要求更高,表现出更强的风险厌恶倾向,这与既往关于女性健康决策更为保守的研究一致^[29]。收入与现状偏差呈负相关。有研究发现,收入是影响医疗服务利用不平等的重要因素^[30],高收入群体拥有更强的信息获取能力与社会支持网络,试错成本承受力高,故更愿意尝试新机构以追求优质服务;而低收入群体受限于信息匮乏及对试错成本的敏感,更倾向于依赖既有路径,表现出保守的选择倾向。经常在大医院就医者表现出更强的现状偏差,印证了三级医院的“虹吸效应”^[31],患者依赖进一步强化大医院就医偏好,进而削弱基层首诊的政策效果。

年龄的单因素效应在多因素模型中不再显著,说明年龄与居民就医行为偏好之间的关系可能受到慢性病患者情况、年就医频次等因素的共同影响。虽然也有研究显示年龄与现状偏差直接相关^[32],但在本研究中,健康状况和既往就医行为特征与现状偏差综合指数的关联更为稳定,这可能与研究情境、样本结构等有关。

四、小结与建议

(一)小结

本研究基于现状偏差理论,分析了居民就医行为偏好及其影响因素。结果显示,居民对既有就医选择具有一定维持倾向。女性、低收入群体、慢性病患者、年就医频次较高者、自感病情较重者、就医惯性较强以及经常在大医院就医者更容易形成就医选择的维持倾向。上述结果提示,推进分级诊疗不仅需要提高基层医疗卫生机构服务能力,也需要从需求侧识别不同人群的心理转换成本和风险感知,采取针对性的行为引导策略。本研究尚存在一定不足:样本来源于单一城市,以省会城市年轻、教育程度较高群体为主,代表性存在一定限制,结论外推需谨慎;医疗保险类型按主要保障类型填报,未涉及居民多重医疗保障情况,后续研究可进一步优化医保类型题项设计。

(二)建议

第一,针对就医惯性较强且经常在大医院就医者,重点降低机构转换成本。可依托医疗联合体或城市医疗集团,推进检查检验结果互认、电子病历跨机构调阅和转诊信息互通,减少居民因更换医疗机构产生的重复检查、资料携带和流程适应成本。

同时,在大医院门诊设置基层首诊和转诊咨询窗口,为适宜基层管理的常见病、多发病、慢性病患者提供明确的下转路径。上述措施可依托医疗联合体建设和数字健康技术推进,以降低跨机构协同成本^[33-34]。

第二,针对慢性病患者、年就医频次较高者及自感病情较重者,重点强化连续照护和双向转诊衔接。可由家庭医生团队建立重点人群台账,按照疾病类型、复诊频率、病情感知和用药需求等进行分类管理,通过电话沟通、定期随访、复诊提醒和用药指导等方式了解其就医需求。对病情稳定、适宜基层管理者,可通过专科医生与基层家庭医生联合管理,引导其转向基层医疗卫生机构复诊;对病情变化或风险较高者,应通过规范转诊渠道及时上转,保障诊疗连续性和就医安全性。

第三,针对女性、低收入群体等成本敏感人群,重点提升基层医疗服务的可及性和确定性。基层医疗卫生机构可通过线上咨询、就医流程说明、医疗保障报销说明和常见病就诊指引等方式,降低其信息搜寻成本和就医不确定感。社区层面可面向家庭照护者开展健康教育和就医指导,明确常见病、多发病及慢性病稳定期优先选择基层医疗卫生机构的适用情境。针对居民对基层服务能力了解不足、信任程度不高等现实问题,可公开可诊疗病种、签约医生资质、专家下沉安排和服务质量评价等,并通过专家定期坐诊、远程会诊等改善基层就医体验。

参考文献

- [1] 张开翼,褚越亚,石鹏. 基于多分类logistic模型的我国城乡居民选择医疗服务机构的影响因素研究[J]. 中国卫生统计, 2021, 38(3): 405-408
- [2] 李勇,邢影影. 分级诊疗背景下患者门诊就医选择行为实证研究[J]. 中国医院管理, 2020, 40(6): 50-54
- [3] 刘庆,胡书孝,杨碧雯,等. 居民分级诊疗认知水平对就医行为的影响研究[J]. 中国医院管理, 2022, 42(8): 20-24
- [4] Karl F M, Holle R, Schwettmann L, et al. Status quo bias and health behavior: findings from a cross-sectional study[J]. Eur J Public Health, 2019, 29(5): 992-997
- [5] Samuelson W, Zeckhauser R. Status quo bias in decision making[J]. J Risk Uncertain, 1988, 1(1): 7-59
- [6] 刘腾飞,徐富明,张军伟,等. 安于现状偏差的心理机制、影响因素及应用启示[J]. 心理科学进展, 2010, 18(10): 1636-1643
- [7] 卢恒,张向先,张莉曼. 语音问答社区用户知识付费意愿影响因素研究——基于现状偏差的视角[J]. 情报科学, 2019, 37(6): 119-125, 162
- [8] 朱娅茹,查先进,严亚兰. 用户体验和现状偏差视角下移动阅读APP持续使用意愿影响因素研究[J]. 国家图书馆学刊, 2020, 29(6): 41-53
- [9] 李丽滢,陈丽丽. 现状偏差视角下移动阅读APP用户持续使用意愿影响研究[J]. 情报探索, 2022(8): 34-40
- [10] 王焱,冀鸿. 基于现状偏差理论的医疗聊天机器人用户采纳行为影响因素研究[J]. 情报探索, 2025(6): 64-71
- [11] Rice T. The behavioral economics of health and health care[J]. Annu Rev Public Heal, 2013, 34: 431-447
- [12] Roberto C A, Kawachi I. Use of psychology and behavioral economics to promote healthy eating [J]. Am J Prev Med, 2014, 47(6): 832-837
- [13] 缪清清,唐卫卫,宁莉燕,等. 基层患者就诊体验对就医行为意向的影响及关系研究——以江苏省南通市为例[J]. 中国卫生事业管理, 2025, 42(1): 32-35, 68
- [14] 陈晨,郑梦,高一瑞,等. 分级诊疗背景下基于CHNS数据的我国居民就医行为影响因素分析[J]. 中国医院, 2022, 26(6): 19-22
- [15] 杜雯雯,刘萍,徐伟. 慢性病门诊待遇对患者就医行为、健康产出及医疗费用的影响研究:以高血压患者为例[J]. 中国卫生经济, 2024, 43(3): 1-6, 15
- [16] Polites G L, Karahanna E. Shackled to the status quo: the inhibiting effects of incumbent system habit, switching costs, and inertia on new system acceptance [J]. MIS Q, 2012, 36(1): 21-42
- [17] 陈芳,许丽忠,林黎阳,等. 基于维持现状偏差视角的居民饮用水安全保障意愿分析[J]. 福建师范大学学报(自然科学版), 2014, 30(6): 85-95
- [18] Polites G L. The duality of habit in information technology acceptance[D]. Athens: University of Georgia, 2009
- [19] 顾维波,王汉文,汪卓赞,等. 基于DEA的安徽省城市医联体内各成员单位运行效率分析[J]. 福建医科大学学报(社会科学版), 2023, 24(3): 15-20
- [20] 刘彤,高雨菲,李慧,等. 需方视角下基层家庭医生签约服务现状及对策[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2022, 22(4): 395-400
- [21] Li B. From habit to justification: a dual process theory approach to primary care bypassing in China[J/OL]. Heal Care Anal, 2025: 548 [2026-03-17]. DOI: 10.1007/s10728-025-00548-9
- [22] Xie W W, Liu J Y, Huang Y K, et al. Capturing what matters with patients' bypass behavior? evidence from a cross-sectional study in China[J]. Patient Prefer Adherence, 2023, 17: 591-604
- [23] Wu S L, Lei Z X, Liu T L, et al. The analysis of factors influencing patient choice of healthcare providers between tertiary hospitals and community clinics [J]. Front Public Health, 2025, 13: 1510311

[24] Kahneman D, Knetsch J L, Thaler R H. Anomalies: the endowment effect, loss aversion, and status quo bias[J]. J Econ Perspect, 1991, 5(1): 193-206

[25] Anderson C J. The psychology of doing nothing: forms of decision avoidance result from reason and emotion[J]. Psychol Bull, 2003, 129(1): 139-167

[26] Luo D, Zhu X M, Qiu X Y, et al. Healthcare preferences of chronic disease patients under China's hierarchical medical system: an empirical study of Tianjin's reform practice[J]. Sci Rep, 2024, 14: 11631

[27] 陈聪, 朱海虹. 基于安德森模型的家庭医生签约2型糖尿病患者基层就诊行为影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2025, 28(7): 888-892

[28] 朱玉琴, 金花, 于德华. 分级诊疗背景下多病共存患者就医机构选择行为及其影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(13): 1598-1604

[29] Rosen A B, Tsai J S, Downs S M. Variations in risk attitude across race, gender, and education[J]. Med Decis Making, 2003, 23(6): 511-517

[30] Xie X, Wu Q H, Hao Y H, et al. Identifying determinants of socioeconomic inequality in health service utilization among patients with chronic non-communicable diseases in China[J]. PLoS One, 2014, 9(6): e100231

[31] Jiang S, Gu Y Y, Yang F, et al. Tertiary hospitals or community clinics? An enquiry into the factors affecting patients' choice for healthcare facilities in urban China[J]. China Econ Rev, 2020, 63: 101538

[32] Leukert-Becker K, Zweifel P. Preferences for health insurance in Germany and the Netherlands—a tale of two countries[J]. Health Econ Rev, 2014, 4: 22

[33] 郑文婷, 周俞余, 金启明, 等. 以患者获益为核心, 促进医联体可持续发展[J]. 协和医学杂志, 2024, 15(5): 1006-1010

[34] 郭熙铜, 张敏, 白闪闪, 等. 数字健康技术赋能优质医疗资源共享研究[J]. 中国工程科学, 2025, 27(6): 9-19

(本文编辑: 姜 鑫)

Healthcare-seeking behavior preferences among residents and their influencing factors

Liu Xuan, He Kai, He Yiting, Wang Chenyu, Xiao Jincheng
School of Health Management, Anhui Medical University, Hefei 231200, China

Abstract: This study analyzes residents' healthcare-seeking behavior preferences and their influencing factors, and interprets residents' tendency to maintain existing healthcare choices from the perspective of status quo bias theory, to provide references for optimizing the healthcare-seeking structure and advancing the implementation of the hierarchical diagnosis and treatment policy. A questionnaire survey was conducted among residents in Hefei City, Anhui Province, from November to December 2025 using multi-stage stratified sampling. Results indicate that the mean score of status quo bias was 3.12 ± 0.69 . Factors including gender, per capita monthly household income, chronic disease status, annual frequency of healthcare visits, self-perceived severity of illness, regular healthcare institution, and healthcare-seeking inertia significantly influenced status quo bias ($P < 0.05$), with healthcare inertia having the strongest impact ($\beta = 0.301$). Females, low-income individuals, those with chronic diseases, more frequent annual healthcare visits, self-perceived severe illness, and those seeking care at large hospitals exhibited a stronger tendency to continue using their existing healthcare institutions. These findings suggest that residents' healthcare-seeking behavior preferences exhibit a certain degree of stability, and that status quo bias theory provides a behavioral economics perspective on residents' tendency to maintain existing healthcare choices. Differentiated strategies should be adopted for different population groups, including reducing institutional switching costs, strengthening continuity of care and dual-referral coordination, and improving the accessibility and reliability of primary healthcare services, so as to encourage residents who tend to seek care at higher-level hospitals toward primary care institutions.

Key words: healthcare-seeking behavior; hierarchical diagnosis and treatment; status quo bias; behavioral economics