· 卫生政策与管理 ·

广西基本医疗保险参保人员医疗机构选择偏好研究

盘慧思[1],江南[1],高洪达[1],陈荷[2],赵劲民[1]
1. 广西医科大学信息与管理学院,广西 南宁 530021;2. 广西中医药大学公共卫生与管理学院

摘要:目的　旨在系统探究广西基本医疗保险参保人员医疗机构选择偏好及其参保行为特征,重点剖析居民选择偏好的影响机制,为持续推进城乡医保统筹改革、深化分级诊疗制度实施提供实证依据与优化路径。**方法**　采用多阶段随机抽样方法,面向广西 14 个地级市的参保居民开展横断面现场调查,通过多元 logit 回归模型系统分析人口学特征、医保服务情况对医疗机构选择偏好的影响。**结果**　将单因素分析中有统计学意义的变量纳入多元 logit 回归后显示,户口性质(非农业户口,*OR* = 0.410)、教育程度(高中或中专,*OR* = 0.252;大专及以上,*OR* = 0.273)是选择更高级别医疗机构的促进因素;而医保类型(城乡居民医保,*OR* = 2.325)、住院经历(无住院史,*OR* = 3.151)是选择基层医疗机构的促进因素。缴费压力水平是选择高级别医疗机构的促进因素,认为缴费压力“比较高”(*OR* = 0.330)或“一般”(*OR* = 0.203)的患者更倾向选择三级医疗机构。**结论**　户口性质与医保类型共同影响参保人员对医疗机构层级的选择,住院经历是影响选择的主要健康相关因素,缴费压力差异导致参保人员在医疗机构选择上呈现不同偏好,需结合户口性质、医保类型、住院经历及缴费压力等因素,优化医保与分级诊疗相关政策。

关键词:基本医疗保险;参保人员;医疗机构;选择偏好
中图分类号:R197.1　　**文献标志码:**A　　**文章编号:**1003 - 8507(2026)10 - 1841 - 07
DOI:10.20043/j.cnki.MPM.202509390

Research on medical institution selection preferences of basic medical insurance participants, Guangxi

PAN Hui - si*, JIANG Nan, GAO Hong - da, CHEN He, ZHAO Jin - min
* *School of Information and Management, Guangxi Medical University, Nanning, Guangxi* 530021, *China*

Abstract: Objective　To systematically investigate the healthcare facility selection preferences and characteristics of insurance participation among basic medical insurance enrollees in Guangxi, with a focus on the influencing mechanisms of residents' selection preferences, so as to provide empirical evidence and optimization pathways for advancing the integration of urban - rural medical insurance and deepening the implementation of the tiered diagnosis and treatment system. **Methods**　A cross - sectional field survey was conducted among insured residents in 14 prefecture - level cities in Guangxi using a multi - stage random sampling method. A multinomial logit regression model was employed to systematically analyze the influence of demographic characteristics and medical insurance service factors on healthcarefacility selection preferences. **Results**　After incorporating variables with statistical significance in univariate analysis into multivariate Logit regression, household registration type(non - agricultural household registration, *OR* = 0.410) and education level(high school or technical secondary school, *OR* = 0.252; junior college and above, *OR* = 0.273) were facilitators for choosing higher - level medical institutions. In contrast, medical insurance type(urban and rural resident medical insurance, *OR* = 2.325) and hospitalization experience (no history of hospitalization, *OR* = 3.151) were facilitators for choosing primary medical institutions. Payment pressure level was a facilitator for choosing high - level medical institutions. Patients who perceived payment pressure as "relatively high" (*OR* = 0.330) or "general" (*OR* = 0.203) were more inclined to choose tertiary medical institutions. **Conclusion**　Household registration type and medical insurance type jointly influence insured residents' choice of medical institution level. Hospitalization experience is a key health - related factor affecting such choices. Variations in perceived premium payment pressure lead to different preferences among insured residents in selecting medical institutions. Therefore, policies related to medical insurance and the tiered diagnosis and treatment system should be optimized accordingly.

Keywords: Basic medical insurance; Insured residents; Medical institutions; Selection preferences

基金项目:国家社会科学基金项目(22XGL007);2022 年广西自然科学基金项目(2023GXNSFBA026174);2023 年广西哲学社会科学基金项目(23FGL027);2025 年度广西社科界智库重点课题(一般项目)(Zkybkt2025127)
作者简介:盘慧思(1999—),女,硕士在读,研究方向:社会医学与卫生事业管理
通信作者:高洪达,E - mail:gaohongda@gxmu.edu.cn

党的二十大三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》明确提出,应“促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局,加快分级诊疗体系建设,推进紧密型医联体发展,增强基层医疗卫生服务能力”[1]。分级诊疗制度旨在依据疾病严重程度与机构职能科学分流患者,优化资源配置、强化基层能力,推动不同层级医疗服务有效衔接[2]。基本医疗保险(基本医保)通过经济激励、支付改革等策略引导患者基层首诊与合理转诊,助推形成“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的格局[3]。自新一轮医药卫生体制改革以来,分级诊疗制度建设已成为深化医改的重要内容。

分级诊疗有效落地的核心前提在于精准把握居民医疗机构选择行为的内在逻辑。现有研究表明,医保类型、自付费用及机构技术水平是关键变量[4];健康状况较差者更重视诊疗安全[5];收入水平较高群体对价格敏感度较低[6];教育程度是选择三级医院的重要驱动因素[7];机构服务能力直接影响居民信任与选择倾向[8];交通条件的影响存在区域异质性,在可达性较差地区通勤时间成为主要限制[9];服务便捷性与住院保障能力构成关键参考因素[10];基层就诊经历作为路径依赖因素显著影响首诊意愿[11]。广西作为少数民族聚居区,城乡与区域医疗资源分布存在差异,居民就医选择受人口学特征与医保服务设计双重影响。探究这些因素对居民医疗机构层级选择偏好的作用,既能为当地优化医保政策、引导合理就医秩序提供依据,也能为民族地区及相似发展水平区域推进分级诊疗、优化资源配置提供参考。

1 资料与方法

1.1 *资料来源* 本研究于 2023 年 7 月至 9 月在广西 14 个地级市开展横断面调查,采用多阶段抽样方法选取参保居民。首先在每个地级市随机抽取 1 个县级行政区,随后在抽中的县域内分别从乡、镇、街道三类单位中各随机抽取 1 个,再以系统抽样法从每个乡级单位中选取 1 个村(居)委会,最后在每个村(居)委会按方便抽样原则纳入 83 ~ 86 名参保居民。调查由统一培训的调查员以一对一访谈形式完成纸质问卷填写并当场回收,共收回有效问卷 1 193 份。本研究聚焦其中对医疗机构作出选择的 467 名参保居民,纳入标准为:已参加至少一项基本医疗保险且有就诊报销经历,知情同意并自愿参与,具备正常交流与认知能力。

1.2 *研究方法* 研究资料主要采用问卷调查法进行收集,问卷主要调查内容包含调查对象的一般人口学特征,包括性别、年龄、教育程度、户口、就业情况等;研究的因变量为居民对医疗机构的选择,分为三个等级:①一级医疗机构;②二级医疗机构;③三级医疗机构,分别赋值 1、2、3。影响因素的选取主要基于文献研究,具体分为基本情况、医保服务情况两个纬度。其中基本情况具体包含性别、年龄、教育程度、户口、就业情况、医保类型、商业保险、慢病情况和自评健康状况指标。医保服务情况包含享受医保、门诊服务、住院服务、医药购药、缴费压力、便利程度及费用负担指标,指标具体解释见表 1。

表 1 指标解释及分类

Table 1 Indicator definition and classification

指标	具体内容解释	分类及赋值
医保服务情况		
享受医保	是否享受过医保待遇	1 = 是,0 = 否
门诊服务	过去一年内门诊就医情况	1 = 是,0 = 否
住院服务	过去一年内住院治疗情况	1 = 是,0 = 否
医保购药	是否有在药店用医保购药的行为	1 = 是,0 = 否
缴费压力	对医保的个人缴费压力高低的感受	1 = 非常高,2 = 比较高,3 = 一般,4 = 比较低,5 = 非常低
便利程度	对医疗费用报销流程便利程度的感受	1 = 非常不方便,2 = 不太方便,3 = 一般,4 = 比较方便,5 = 非常方便
费用负担	参加医保后对医药费用负担变化的感受	1 = 很大程度加重,2 = 略微加重,3 = 没有明显变化,4 = 部分减轻,5 = 很大程度减轻

1.3 *统计学方法* 问卷收回后,采用 Epidata 3.1 进行数据的双录入,数据选用 WPS Office 软件进行存储、清晰和筛选。采用频数和占比(%)对数据进行基本情况的描述性统计,采用 χ^2 检验进行单因素分析,该过程通过 SPSS 27.0 进行,显著性水平 α 取 0.05。对于单因素分析后具有统计学差异的变量进行赋值,进行多元 logit 回归分析,该过程通过 stata 18.0 软件进行分析,显著性水平 α 取 0.05。

2 结 果

2.1 *基本情况* 本次调查共纳入 467 名参保居民。性别分布上,男性 209 人(44.8%),女性 258 人(55.2%);年龄结构以 30 ~ 59 岁为主,共 323 人(69.2%),60 岁及以上 101 人(21.6%);教育程度方

面,初中及以下 236 人(50.5%),其中小学及以下 86 人(18.4%)、初中 150 人(32.1%),高中或中专 101 人(21.6%),大专及以上 130 人(27.8%);户口性质以农业户口为主,269 人(57.6%),居民户口 122 人(26.1%),非农业户口 76 人(16.3%);就业情况中,务农 182 人(39.0%),务工 146 人(31.3%);医保类型以城乡居民医保为主,304 人(65.1%),城镇职工医保 150 人(32.1%);商业保险参保 345 人(73.9%);慢病患者 339 人(72.6%);自评健康方面,"一般"健康比例最高,170 人(36.4%),"健康"与"比较健康"合计 196 人(42.0%),"比较不健康"与"很不健康"合计 79 人(16.9%)。

2.2 医疗机构选择偏好的单因素分析　结果显示,不同基本情况的参保居民在医疗机构选择上存在显著差异,其中性别、年龄、教育程度、户口、就业情况、医保类型、商业医保、慢病情况及自评健康状况均对选择偏好有影响($P<0.05$)。在医保服务方面,门诊服务、住院服务、医保购药及缴费压力亦与机构选择显著相关($P<0.05$)。总体而言,居民就医选择呈现多元化特征,受个体特征与医保服务体验共同影响。详见表 2 ~ 表 3。

2.3 医疗机构选择偏好的回归结果分析　多元 logit 回归以三级医疗机构为参照,模型拟合良好(伪 $R^2=0.279$,似然比 $\chi^2=259.25$,$P<0.001$)。结果显示:户口方面,非农业户口居民选择一级及以下机构的概率显著低于农业户口($OR=0.410$);医保类型方面,城乡居民医保参保者选择一级及以下机构的概率是城镇职工医保参保者的2.325倍;住院服务方面,无住

表 2　不同基本情况的参保居民医疗机构选择偏好差异性分析[n(%)]

Table 2　Analysis of differences in healthcare facility selection preferences among insured residents with different basic characteristics [n(%)]

指标[a]	类别	一级及以下医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构	χ^2	P
性别					7.723	0.021
	男	111(23.8)	38(8.1)	60(12.8)		
	女	126(27.0)	28(11.7)	118(49.2)		
年龄(岁)					18.993	<0.001
	18 ~ 29	15(3.2)	7(1.5)	21(4.5)		
	30 ~ 59	177(37.9)	35(7.5)	111(23.8)		
	60 ~ 103	45(9.6)	26(5.6)	30(6.4)		
教育程度					64.251	<0.001
	小学及以下	44(9.4)	17(3.6)	25(5.4)		
	初中	95(20.3)	30(6.4)	25(5.4)		
	高中或中专	59(12.6)	7(1.5)	35(7.5)		
	大专及以上	39(8.4)	14(3.0)	77(16.5)		
户口					48.034	<0.001
	农业户口	165(35.3)	39(8.4)	65(13.9)		
	非农业户口	18(3.9)	12(2.6)	46(9.9)		
	居民户口	54(11.6)	17(3.6)	51(10.9)		
就业情况[a]					46.604	<0.001
	务农	126(27.0)	23(4.9)	33(7.1)		
	务工	57(12.2)	19(4.1)	70(15.0)		
医保类型[a]					70.648	<0.001
	城镇职工	42(9.0)	19(4.1)	89(19.1)		
	城乡居民	191(40.9)	48(10.3)	65(13.9)		
商业医保[a]					12.835	0.012
	是	186(39.8)	47(10.1)	112(24.0)		
	否	29(6.2)	15(3.2)	41(8.8)		
慢病情况[a]					19.085	<0.001
	是	191(40.9)	41(8.8)	107(22.9)		
	否	37(7.9)	18(3.9)	36(7.7)		
自评健康状况[a]					21.585	0.017
	健康	37(7.9)	10(2.1)	28(6.0)		
	比较健康	70(15.0)	13(2.8)	38(8.1)		
	一般	86(18.4)	22(4.7)	62(13.3)		
	比较不健康	25(5.4)	14(3.0)	18(3.9)		
	很不健康	10(2.1)	8(1.7)	4(0.9)		

注:a 为不清楚或不愿回答选项的选择项分析时被设为缺失值不进行统计。

表 3 不同医保服务情况的参保居民医疗机构选择偏好差异性分析[n(%)]

Table 3 Analysis of differences in healthcare facility selection preferences among insured residents with different medical insurance service situations [n(%)]

指标[a]	类别	一级及以下医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构	χ^2	P
享受医保[a]					2.345	0.673
	是	208(44.5)	60(12.8)	136(29.1)		
	否	18(3.9)	6(1.3)	19(4.1)		
门诊服务					7.918	0.019
	是	187(40.0)	51(10.9)	143(30.6)		
	否	50(10.7)	17(3.6)	19(4.1)		
住院服务					13.589	0.001
	是	35(7.5)	22(4.7)	43(9.2)		
	否	202(43.3)	46(9.9)	119(25.5)		
医保购药					9.593	0.008
	是	145(31.0)	44(9.4)	123(26.3)		
	否	92(19.7)	24(5.1)	39(8.4)		
缴费压力[a]					69.229	<0.001
	非常高	144(30.8)	21(4.5)	44(9.4)		
	比较高	63(13.5)	28(6.0)	148(31.7)		
	一般	19(4.1)	15(3.2)	66(14.1)		
	比较低	1(0.2)	0(0.0)	5(1.1)		
	非常低	3(1.5)	0(0.0)	4(0.9)		
便利程度[a]					9.359	0.498
	非常不方便	0(0.0)	0(0.0)	1(0.2)		
	不太方便	7(1.5)	4(0.9)	11(2.4)		
	一般	43(9.2)	11(2.4)	33(7.1)		
	比较方便	88(18.8)	23(4.9)	64(13.7)		
	非常方便	10(2.1)	26(5.6)	49(10.5)		
费用负担[a]					16.610	0.083
	很大程度加重	3(0.6)	0(0.0)	1(0.2)		
	略微加重	8(1.7)	0(0.0)	5(1.1)		
	没有明显变化	32(6.9)	6(1.3)	15(3.2)		
	部分减轻	136(29.1)	37(7.9)	106(22.7)		
	很大程度减轻	50(10.7)	23(4.9)	25(5.4)		

注:a 为不清楚或不愿回答选项的选择项分析时被设为缺失值不进行统计。

院经历的居民选择一级及以下机构的概率显著更高(OR = 3.151);与认为缴费压力“非常高”者相比,认为缴费压力“比较高”(OR = 0.330)或“一般”(OR = 0.203)的患者更倾向于选择三级医疗机构。此外,教育程度对二级医疗机构选择存在影响,高中或中专(OR = 0.252)、大专及以上(OR = 0.273)学历者选择二级机构的概率均低于小学及以下者。其余变量无显著影响。详见表 4。

表 4 医疗机构选择偏好多元 logit 回归结果(y = 3)

Table 4 Multinomial logit regression results of healthcare facility selection preferences (y = 3)

指标	类别	一级及以下医疗机构		二级医疗机构	
		P 值	OR 值(95% CI)	P 值	OR 值(95% CI)
性别	男[a]				
	女	0.834	1.063(0.599 ~ 1.887)	0.210	0.625(0.300 ~ 1.302)
年龄(岁)	18 ~ 29[a]				
	30 ~ 59	0.797	1.131(0.441 ~ 2.905)	0.170	0.427(0.127 ~ 1.437)
	60 ~ 103	0.597	1.382(0.416 ~ 0.590)	0.718	0.427(0.174 ~ 3.326)
教育程度	小学及以下[a]				
	初中	0.250	1.649(0.703 ~ 3.868)	0.368	1.570(0.588 ~ 4.190)
	高中或中专	0.565	0.770(0.317 ~ 1.871)	0.026	0.252(0.075 ~ 0.847)
	大专及以上	0.106	0.431(0.155 ~ 1.195)	0.044	0.273(0.077 ~ 0.968)
户口	农业户口[a]				
	非农业户口	0.037	0.410(0.178 ~ 0.946)	0.745	0.847(0.314 ~ 2.287)
	居民户口	0.269	0.704(0.378 ~ 1.311)	0.101	0.493(0.211 ~ 1.147)

（续表）

指标	类别	一级及以下医疗机构		二级医疗机构	
		P 值	*OR* 值(95% *CI*)	*P* 值	*OR* 值(95% *CI*)
就业情况	务农[a]				
	务工	0.924	0.891(0.396 ~ 2.005)	0.486	1.473(0.495 ~ 4.385)
医保类型	城镇职工[a]				
	城乡居民	0.048	2.325(1.049 ~ 5.150)	0.414	1.514(0.558 ~ 4.104)
商业医保	是[a]				
	否	0.059	0.510(0.253 ~ 1.026)	0.382	1.460(0.624 ~ 3.417)
慢病情况	是[a]				
	否	0.167	0.584(0.272 ~ 1.251)	0.716	0.838(0.323 ~ 2.171)
自评健康状况	健康[a]				
	比较健康	0.383	1.439(0.634 ~ 3.266)	0.789	0.861(0.289 ~ 2.563)
	一般	0.890	1.058(0.470 ~ 2.383)	0.658	0.789(0.278 ~ 2.241)
	比较不健康	0.558	1.372(0.475 ~ 3.963)	0.319	1.937(0.527 ~ 7.110)
	很不健康	0.176	3.032(0.607 ~ 15.132)	0.197	3.164(0.549 ~ 18.239)
门诊服务	是[a]				
	否	0.352	1.415(0.680 ~ 2.946)	0.087	2.235(0.888 ~ 5.620)
住院服务	是[a]				
	否	0.001	3.151(1.628 ~ 6.101)	0.814	1.096(0.506 ~ 2.373)
医保购药	是[a]				
	否	0.436	0.442(0.175 ~ 1.114)	0.940	0.736(0.224 ~ 2.421)
缴费压力	非常高[a]				
	比较高	<0.001	0.330(0.179 ~ 0.607)	0.735	1.150(0.511 ~ 2.585)
	一般	<0.001	0.203(0.086 ~ 0.476)	0.878	0.924(0.338 ~ 2.523)
	比较低	0.131	0.151(0.013 ~ 1.758)	0.990	
	非常低	0.249	7.266(0.249 ~ 211.564)	0.993	
伪 R^2	0.279				
模型拟合	$P<0.001$				
似然比 χ^2(df)	259.25(82)				

注：a 为参考类型。

3　结　论

3.1　*户口性质与医保类型共同影响居民对医疗机构层级的选择*　非农业户口居民更倾向选择高等级医疗机构，而城乡居民医保参保者选择高等级医疗机构的概率显著低于城镇职工医保参保者，反映出户籍关联的医疗资源可及性差异与医保待遇差异共同影响居民就医选择偏好。非农业户口居民多居住于城镇，高等级医疗机构分布更密集、可及性更高，且经济承受能力更强[6]。城镇职工医保报销范围更广、比例更高，降低了费用约束，而城乡居民医保向基层倾斜，参保者更容易选择低等级机构[12]。针对上述问题，需构建更加统一、公平的保障体系：职工医保与居民医保筹资差异，本质是职业身份对医保权益的前置分割，因此需要统一筹资规则，打破职业身份与保障水平的线性绑定[13]；应加强医保与养老保险、失业保险及教育补贴等政策的协同配合，构建覆盖全民全生命周期的社会保障安全网[14]；完善“基本医保 + 补充医保 + 医疗救助”的多层次保障架构，逐步统一筹资标准与待遇水平，借助中央调剂金制度平衡地区间基金收支压力[15]。

3.2　*是否住院成为影响医疗机构选择的主要健康因素*　优化资源在不同层级机构间的分配是分级诊疗落地的关键。研究结果发现，个人的实际健康需求并非驱动选择行为的主要原因。相反，是否有过住院服务体验产生了显著影响，表明居民的选择偏好更多由过往服务体验塑造，存在路径依赖和偏好高级别倾向[11]。有住院经历的居民选择高等级医疗机构的概率显著更高，这与高等级机构在急重症诊疗、复杂病情处理上的资源优势相关，也体现了居民对其诊疗安全性的优先考量[16]。针对这一问题，需构建以居民健康需求为核心的整合式医疗体系：建立以医联体为单位的绩效考核机制，将协同成效与等级评审挂钩，构建规范顺畅的上下转诊机制，提升居民对基层医疗的信任[17]；完善家庭医生签约服务，探索基于健康结果的医保预付制，推动服务重心向健康管理前移[18]；构建整合各级资源的数字平台，通过标准化诊疗和智能转诊提升基层服务能力[14]。

3.3　*不同缴费压力的居民医疗机构选择偏好存在差异*　个人对医保缴费压力高低的感受是患者选择医疗机构级别的首要影响因素，其所代表的经济能力是预测机构选择的信号[6]。认为缴费压力越高的居民

越倾向于选择一级及以下医疗机构,缴费压力降低后则更愿意转向更高等级机构,呈现出缴费压力越高,越倾向基层医疗机构;缴费压力越低,越偏好高级别医疗机构的梯度特征,表明当具备一定经济能力时,居民对高质量医疗服务的需求会充分释放。针对这一问题,需构建更加公平、精准的医疗保障筹资与风险分担机制:在收入维度上,建立与居民收入水平联动的动态调整机制,制定差异化缴费标准[19];在生命周期维度上,依据年龄与收入双要素实施精准分段筹资,劳动人口按收入比例缴费,退休人员缴费与养老金挂钩[20]。通过构建收入与年龄双维度的筹资模式,建立精准灵活的调节机制,有效缓解代际负担失衡,提升医保基金统筹效率与制度公平性。

利益冲突声明 本研究不存在任何利益冲突

参考文献

[1] 中国人民政府网. 中共中央关于进一步全面深化改革推进中国式现代化的[EB/OL]. [2026 - 04 - 20]. https://www.gov.cn/zhengce/202407/content_6963770.htm? slb = true.
The State Council of the People's Republic of China. Resolution of the Central Committee of the Communist Party of China on further deepening reform comprehensively to advance Chinese modernization[EB/OL]. [2026 - 04 - 20]. https://www.gov.cn/zhengce/202407/content _ 6963770.htm? slb = true. (In Chinese)

[2] 傅利平,王奕辉,徐小凤,等. 健康需求与协同治理:分级诊疗制度建设实践逻辑——基于公共价值视角的扎根理论研究[J]. 公共管理学报,2024,21(3):111 - 123, 173,174.
Fu LP, Wang YH, Xu XF, et al. Health demand and collaborative governance: the practical logic of hierarchical diagnosis and treatment system construction——the grounded theoretical analysis from the perspective of public value[J]. Journal of Public Management, 2024, 21(3): 111 - 123, 173,174. (In Chinese)

[3] 陈巧,王玉伟,马爽,等. 分级诊疗制度下我国基层医疗卫生服务能力综合评价[J]. 卫生软科学,2024,38(6):1 - 6.
Chen Q, Wang YW, Ma S, et al. Comprehensive evaluation on servicecapacity of China's primary medical and healthcare under the hierarchical diagnosis and treatment system[J]. Soft Science of Health, 2024, 38(6): 1 - 6. (In Chinese)

[4] 唐林可,吴有维,顾花蓉,等. 我国城乡居民就医行为差异及其影响因素分析[J]. 现代预防医学,2023,50(18):3341 - 3346.
Tang LK, Wu YW, Gu HR, et al. Differences of Chinese urban and rural residents' health seeking behavior and its influencing factors[J]. Modern Preventive Medicine, 2023, 50(18): 3341 - 3346. (In Chinese)

[5] 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.
Chen C, Zheng M, Gao YR, et al. Study on the influencing factors of residents' healthcare seeking behavior in China under the background of Hierarchical Medical System——Based on CHNS data[J]. Chinese Hospitals, 2022, 26(6): 19 - 22. (In Chinese)

[6] 周婧涵,邢林艳,王留明,等. 海南县域医疗机构医保省级统筹和医疗服务质量对患者就医行为影响[J]. 中国医院,2025,29(6):22 - 26.
Zhou JH, Xing LY, Wang LM, et al. Impact of provincial - level pooling of medical insurance and healthcare service quality on patients' healthcare - seeking behavior in county - level medical institutions in Hainan Province[J]. Chinese Hospitals, 2025, 29(6): 22 - 26. (In Chinese)

[7] 吴培,贺晓宇,刘敏,等. 衡阳市居民就医行为及其影响因素分析[J]. 社区医学杂志,2021,19(8):506 - 509.
Wu P, He XY, Liu M, et al. Health seeking behavior and its influencing factors among community residents in Hengyang[J]. Journal of Community Medicine, 2021, 19(8): 506 - 509. (In Chinese)

[8] 赵璐,王晓雯,孔祥金,等. 基于计划行为理论的三甲医院患者基层首诊意愿影响因素研究[J]. 中国医院管理,2021,41(4):30 - 34.
Zhao L, Wang XW, Kong XJ, et al. Analysis of the influence factors on the first visit willingness of primary hospital of patients in tertiary hospital based on theory of planned behavior[J]. Chinese Hospital Management, 2021, 41(4): 30 - 34. (In Chinese)

[9] 赵金鸣,邴龙飞,冯浩洲,等. 分级诊疗背景下社区居民就医行为影响因素研究[J]. 中国卫生事业管理,2023,40(10):741 - 744, 785.
Zhao JM, Bing LF, Feng HZ, et al. Study on influencing factors of community residents' medical seeking behavior under the background of hierarchical diagnosis and treatment[J]. Chinese Health Service Management, 2023, 40(10): 741 - 744 + 785. (In Chinese)

[10] 程银霞,魏来,周丽,等. 分级诊疗背景下患者就医机构选择意愿及其影响因素研究[J]. 卫生软科学,2022,36(8):15 - 19.
Cheng YX, Wei L, Zhou L, et al. Research on patients' willingness to choose medical institutions and its influencing factors under the background of hierarchical diagnosis and treatment[J]. Soft Science of Health, 2022, 36(8): 15 - 19. (In Chinese)

[11] 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.
Liu Q, Hu SX, Yang BW, et al. Research on the influence of residents' cognitive level of diagnosis and treatment on medical treatment behavior[J]. Chinese Hospital Management, 2022, 42(8):20 - 24. (In Chinese)

[12] 张柳玲,柳亮. 广西各市乡镇卫生院卫生资源配置效率评价[J]. 江苏卫生事业管理,2025,36(4):466 - 469.
Zhang LL, Liu L. Evaluation of health resource allocation efficiency of township health centers in Guangxi cities[J]. Jiangsu Healthcare Administration, 2025, 36(4): 466 - 469. (In Chinese)

[13] 顾莉莉. 分级诊疗背景下公立医院与基层医疗机构协同管理模式的实践与探索[J]. 中国卫生产业,2025,22(11):133 - 136.
Gu LL. Practice and exploration of collaborative management model between public hospitals and grassroots medical institutions under the back - ground of graded diagnosis and treatment[J]. China Health Industry, 2025, 22(11): 133 - 136. (In Chinese)

[14] 牛秀红,王亚男,徐忠文. 数字经济发展对中国资源错配改善的影响研究[J]. 中国物价,2024,(12):75 - 80.

Niu XH, Wang YN, Xu ZW. Research on the impact of digital economy development on the improvement of resource misallocation in China[J]. China Price, 2024, (12): 75 - 80. (In Chinese)

[15] 崔靖茹,田玲,章成. 医疗保险、分享发展与共同富裕[J]. 保险研究,2025,(3):3 - 18.
Cui JR, Tian L, Zhang C. Medical insurance, shared development and common prosperity[J]. Insurance Studies, 2025, (3): 3 - 18. (In Chinese)

[16] 张丙岳,段磊,李阳,等. 我国分级诊疗体系建设进展,问题与对策研究[J]. 健康发展与政策研究,2026,29(1):105 - 112.
Zhang BY, Duan L, Li Y, et al. Research on the progress, problems and countermeasures of the construction of hierarchical medical system in China[J]. Health Development and Policy Research, 2026, 29(1): 105 - 112. (In Chinese)

[17] 徐超,赵亚利,常艺. 基于政策框架下的北京市家庭医生签约服务发展现状及优化建议[J]. 中华全科医学,2025,23(9):1449 - 1453.
Xu C, Zhao YL, Chang Y. The development status and optimization suggestions of family doctor contract services in Beijing based on policy framework[J]. Chinese Journal of General Practice, 2025, 23(9): 1449 - 1453. (In Chinese)

[18] 周锦涛,鱼向来,齐银芝,等. 数字健康对推进分级诊疗制度提升作用分析与思考[J]. 中国医院,2024,28(11):31 - 35.
Zhou JT, Yu XL, Qi YZ, et al. Analysis and reflections on the role of digital health in promoting the hierarchical medical system[J]. Chinese Hospitals, 2024, 28(11): 31 - 35. (In Chinese)

[19] 王英杰,黄晓欣,刘思彤,等. 基于行为经济学理论的农村青年医保参保决策行为研究[J]. 广东药科大学学报,2025,41(3):138 - 144.
Wang YJ, Huang XX, Liu ST, et al. Research on rural youth's medical insurance participation decision - making behavior based on behavioral economics theory[J]. Journal of Guangdong Pharmaceutical University, 2025, 41(3): 138 - 144. (In Chinese)

[20] 翟绍果,徐咪. 面向全民健康的医疗保险费用覆盖:理念框架、结构困境与制度转型[J]. 学术论坛,2025,48(3):142 - 156.
Zhai SG, Xu M. Health insurance cost coverage for Universal health: conceptual framework, structural dilemma and institutional transformation[J]. Academic Forum, 2025, 48(3): 142 - 156. (In Chinese)

收稿日期:2025-09-23

(上接第 1822 页)

[16] Lin L, Cao B, Chen WQ, et al. Association of adverse childhood experiences and social isolation with Later - Life cognitive function among adults in China[J]. JAMA Netw Open, 2022, 5(11): e2241714.

[17] Baron RM, Kenny DA. The moderator - mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations[J]. Journal of Personality and Social Psychology, 1986, 51(6): 1173 - 1182.

[18] Jiang CX, Jiang S. Effects of adverse childhood experiences on late - life mental health: potential mechanisms based on a nationally representative survey in China[J]. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2022, 100: 104648.

[19] Babatunde OA, Ramkumar SP, Nguyen SA, et al. Association between number of Adverse Childhood Experiences and depression among older adults is moderated by race[J]. Preventive Medicine, 2024, 181: 107921.

[20] Iob E, Lacey R, Steptoe A. Adverse childhood experiences and depressive symptoms in later Life: Longitudinal mediation effects of inflammation[J]. Brain Behavior and Immunity, 2020, 90: 97 - 107.

[21] Zajkowska Z, Gullett N, Walsh A, et al. Cortisol and development of depression in adolescence and young adulthood - a systematic review and meta - analysis[J]. Psychoneuroendocrinology, 2022, 136: 105625.

[22] Ding RX, He P. Associations between childhood adversities and late - life cognitive function: Potential mechanisms[J]. Social Science & Medicine, 2021, 291: 114478.

[23] Lin JY, Su YN, Lv XZ, et al. Childhood adversity, adulthood adversity and suicidal ideation in Chinese patients with major depressive disorder: in line with stress sensitization[J]. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2022, 272(5): 887 - 896.

[24] Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring[J]. Psychological Bulletin, 2002, 128(2): 330 - 366.

[25] Choi H, Gyul hwang S. Patterns of adverse childhood experiences and social isolation in young adulthood: Evidence from South Korea[J]. Children and Youth Services Review, 2023, 153: 107083.

[26] Ebbert AM, Infurna FJ, Luthar SS, et al. Examining the Link between emotional childhood abuse and social relationships in midlife: The moderating role of the oxytocin receptor gene[J]. Child Abuse & Neglect, 2019, 98: 104151.

[27] Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Do adverse childhood experiences predict adult interpersonal difficulties? The role of emotion dysregulation[J]. Child Abuse & Neglect, 2018, 80: 123 - 133.

[28] Inoue K, Haseda M, Shiba K, et al. Social isolation and depressive symptoms among older adults: a multiple bias analysis using a longitudinal study in Japan[J]. Annals of Epidemiology, 2023, 77: 110 - 118.

[29] Thompson KN, Oginni O, Wertz J, et al. Social isolation and poor mental health in young People: testing genetic and environmental influences in a longitudinal cohort study[J]. European Child & Adolescent Psychiatry, 2025, 34(4): 1445 - 1455.

[30] Zhang YW, Kuang JW, Xin ZH, et al. Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study[J]. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2023, 110: 104980.

收稿日期:2025-12-06