

医疗卫生领域显示性偏好与陈述性偏好的对比研究：现状、方法与挑战

李金枝^{1,2*} 陶颖^{1,2,3} 陈英耀^{1,2} 刘世蒙^{1,2}

1. 复旦大学公共卫生学院 上海 200032

2. 复旦大学国家卫生健康委卫生技术评估重点实验室 上海 200032

3. 中国医学科学院皮肤病医院/皮肤病研究所 江苏南京 210042

【摘要】陈述性偏好研究越来越多地应用于医疗卫生领域,为复杂健康背景下的健康决策提供偏好证据。关于显示性偏好与陈述性偏好之间的假想偏差和陈述性偏好结果的外部效度也逐渐受到学术界的关注与讨论。本研究通过文献综述对利用选择实验法测量的陈述性偏好与基于真实世界选择行为获取的显示性偏好在医疗卫生领域对比研究的现状、路径方法以及潜在挑战进行分析,以期为显示性偏好和陈述性偏好的对比研究提供借鉴和参考。

【关键词】显示性偏好; 陈述性偏好; 医疗卫生; 假想偏差; 外部效度

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2026.05.010

A comparative study of Revealed Preference and Stated Preference in the field of health care: Current state, methods and challenges

LI Jin-zhi^{1,2}, TAO Ying^{1,2,3}, CHEN Ying-yao^{1,2}, LIU Shi-meng^{1,2}

1. School of Public Health, Fudan University, Shanghai 200032, China

2. NHC Key Laboratory of Health Technology Assessment, Fudan University, Shanghai 200032, China

3. Hospital for Skin Diseases, Institute of Dermatology, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Nanjing Jiangsu 210042, China

【Abstract】 Stated preference research is being increasingly applied in the healthcare field, providing preference evidence for health-related decision-making in complex health contexts. The hypothetical bias between Revealed Preference (RP) and Stated Preference (SP), as well as the external validity of SP results, has gradually attracted academic attention and discussion. This study conducts a literature review to analyze and summarize the current state, methodological approaches, and potential challenges of comparative studies between SP measured using choice experiments and RP derived from real-world choice behaviors in the healthcare field, aiming to provide references for future comparisons between RP and SP.

【Key words】 Revealed Preference; Stated Preference; Health care; Hypothetical bias; External validity

患者偏好是其内在效用获益和风险权衡的外化表现,是患者参与医疗卫生决策的信息表达载体。^[1]患者偏好日趋成为评估和保障医疗服务质量的关键,同时也逐渐成为卫生技术评估(Health technology assessment, HTA)的重点环节。^[2]考虑患者价值观与

偏好可以为药物早期临床研究的结局指标选择、药品监管审批阶段的风险获益权衡、医保报销阶段的卫生技术评估决策等提供信息。^[3-4]纵观全球,患者偏好的测量与应用已成为医疗卫生决策中各利益相关方关注的焦点,在此背景下,国家药品监督管理局药品审

* 基金项目:国家自然科学基金青年项目(72404059)

作者简介:李金枝(2003年—),女,硕士研究生,主要研究方向为医院管理与卫生技术评估。E-mail:jinzhi22@m.fudan.edu.cn

通讯作者:刘世蒙。E-mail:smliu@fudan.edu.cn

评中心也发布了《关于公开征求ICH〈E22:患者偏好研究的一般考虑〉指导原则草案意见的通知》。^[5]

按形成的假设条件不同,患者偏好有两种表现形式,即显示性偏好(Revealed Preference, RP)和陈述性偏好(Stated Preference, SP)。RP通过真实世界中患者的选择和决策行为揭示个体的偏好信息,患者需要承担由决策带来的风险和获益;SP基于假设条件下受访者的反馈信息进行分析,患者无需承担任何风险。^[6]两种偏好方法的经典假设均是追求效用最大化,但不同的是由于患者在实际选择时无法获取与备选方案相关的全部信息,因此,RP下的效用最大化为患者在实际决策场景下基于有限理性假设能够做出的“次优选择”;而SP是指在完全理性的情境下,患者会做出对他们而言效用最大的选择。^[7-8]

完全理性情境下的SP与有限理性条件下的RP之间存在的差异被称为假想偏差(Hypothetical Bias)或偏好偏差(Stated-Revealed Preference Gap),以下简称“RP-SP偏差”。^[9-10]有学者将假想偏差解释为具有假设性质的SP缺乏后果性或激励相容性^[11],亦有研究将其归因于社会期许效应^[12]。虽然当前尚未形成一个被广泛接受的理论模型来解释假想偏差的成因,但“RP-SP偏差”已成为学术研究和实践应用领域的重要热点问题。越来越多的经济学家和社会学家开始关注个体在虚拟市场中的选择行为,发现虚拟情境和真实场景下的假想偏差始终存在。“RP-SP偏差”的存在限制了SP证据在卫生决策、经济评估等领域的应用,例如SP与RP不一致导致医疗服务与患者偏好不能匹配,从而造成患者依从性下降、治疗结局不佳^[13];SP对医疗服务实际接受概率(up take rate)的高估则可能造成对增量成本效果比(incremental cost-effectiveness ratio, ICER)的低估^[14]。

目前,SP研究在卫生领域的应用较为广泛,而RP研究相对较少;RP和SP联合研究在其他领域如交通运输、市场营销、食品选择等方面存在^[15-17],在卫生领域较为缺乏。当前,逐渐有学者探索联合SP和RP数据并分析两者之间存在的偏差问题。^[18-19]基于此,本研究旨在对医疗卫生领域中利用选择实验法测量的SP与基于真实行为获取的RP的比较应用现状进行文献综述,分析RP-SP偏差研究的方法、路径以及潜在挑战,以期对RP与SP偏差研究提供循证依据,并为未来研究设计与方法优化提供参考。

1 资料来源与方法

本研究在中国知网、万方、PubMed和Web of Science四个数据库进行了文献检索,检索时间范围为建库至2025年10月。检索式采用主题词与自由词相结合的方式,围绕三个主题构建:陈述性偏好(Stated preference, Discrete choice, Choice model, Best-worst scaling, Conjoint analysis, Choice experiment, Contingent valuation等)、显示性偏好(Revealed preference, Revealed choice, Actual choice, Actual behavior, Observed behavior, Observed choice, Real choice, Real behavior等)、假想偏差(Hypothetical bias, External validity等),并根据不同数据库的检索规则进行适当调整。

文献筛选纳入标准包括:(1)研究情境限定于医疗服务、卫生政策、医疗保险产品、公共卫生服务等医疗卫生领域;(2)研究对象为患者或进行医疗决策的普通公众;(3)研究内容比较了显示性偏好和陈述性偏好两种方法在测量同一医疗决策问题时的概念差异、方法学比较、一致性探讨等方面。

排除标准包括:(1)研究背景非医疗卫生领域(如交通、环境、农业经济等);(2)仅单独使用SP或仅单独使用RP方法;(3)缺乏对两种方法进行比较的研究。

初步检索获得1 619篇文献,由两名研究者根据纳入、排除标准进行文献筛选,首先基于标题和摘要进行初筛,再对潜在符合条件的文献进行全文评估,筛选过程中的任何分歧通过内部讨论解决,最终纳入9篇文献。确定最终纳入文献后,采用预先设计的数据表进行信息提取,主要包括研究基本特征(如作者、发表年份及研究地区)、研究对象和情境、样本量、显示性偏好与陈述性偏好的具体研究方法、两类方法的比较方式和主要研究结论等。本研究采用定性综合方法对纳入研究进行归纳与整合,从方法学特征、应用场景及研究结论等维度对相关研究进行分析。

2 显示性偏好与陈述性偏好的比较研究

当前,医疗卫生领域逐渐开展联合RP和SP数据并比较两种偏好之间一致性或差异性的研究,主要内容可以分为以下三种:(1)比较RP和SP之间存在的偏差大小;(2)分析RP和SP之间偏差大小的影响因素;(3)探究减少RP和SP之间偏差的途径。

2.1 比较RP和SP之间存在的偏差大小

在医疗卫生领域,已有少量研究尝试探讨通过

选择实验法测量的 SP 与基于真实行为获取的 RP 之间的假想偏差大小(表 1)。无论是在总体还是个体层面,RP 与 SP 之间的差异通常处于中等或偏低水平,而利用选择实验法测量的 SP 对实际行为的预测准确性则通常处于中等或偏高水平,这与 2018 年一项对离散选择实验(Discrete choice experiment, DCE)测量的 SP 与现实选择进行比较的综述研究结果一致。^[24]在个体层面,SP 对 RP 的预测准确率在 53% 至 80% 之间。^[18, 22, 23]在总体层面,多项研究从健康干预

和医疗决策角度评估了 SP 预测与实际选择之间的偏差。例如,关于父母对新生儿乙肝疫苗接种偏好^[18]、2 型糖尿病患者参与联合生活方式干预的偏好^[22]以及公众对精准医疗的偏好研究^[20],均发现 SP 预测与实际选择之间的差异不超过 10%。此外,当比较不同医疗服务方案的选择分布或市场份额时,现有研究仍表明,SP 预测结果与实际观察值之间可能存在一定程度的偏差。^[21, 23]

表 1 比较 RP 和 SP 之间存在偏差大小的研究

发表年份	第一作者	研究对象	样本量 (RP/SP)	RP 数据来源	个体/总体水平比较	RP 和 SP 的差异	敏感性/特异性
2015	LAMBOOIJ M S ^[18]	尚未符合乙肝疫苗接种条件的新生儿父母	247/896	荷兰国家 Praeventis 数据库	个体/总体	个体水平一致性: 80%; 群体水平: 实际 84%, 预测 76%。	0.92/0.15
2019	REGIER D A ^[20]	近期有医疗保健经历的公众	未报告/1 124	美国 Genomic Health 年度报告	总体	预测值与实际值的相关性>90%; 均方根预测误差为 0.11。	无
2022	SALAMPESSY B H ^[21]	四家医院乳腺癌患者和白内障患者	1 740/1 740	荷兰医保数据库/国家数据库	总体	预测患者比: 7.4%, 8.5%, 58.5%, 25.6%; 实际患者比: 17.7%, 27.3%, 21.7%, 33.3%。	无
2015	SALAMPESSY B H ^[22]	2 型糖尿病患者	54/206	病历和问卷调查	个体/总体	个体水平一致性: 74.1%; 群体水平: 预测 70.1%, 实际 75.9%。	0.80/0.44
2015	KRUCIEN N ^[23]	接受睡眠呼吸暂停检查的患者	138/138	法国 Decision board 调查	个体/总体	个体水平一致性: 53.6%; 群体水平: 预测市场份额分别为 36.1%、48.0%、15.9%, 实际市场份额分别为 55.7%、41.4%、2.8%。	无

注:SP 数据均通过离散选择实验获取;除 KRUCIEN 的研究采用广义多项式 logit 模型以外,其他研究均采用混合 logit 模型进行分析。

2.2 分析影响 RP 和 SP 之间偏差大小的因素

当前,医疗卫生领域针对 RP 与 SP 之间假想偏差的研究仍相对有限。然而,当 SP 方法得到的预测结果与个体实际选择不一致时,探究偏差产生的影响因素对于提高 SP 结果的预测效率以及探索减少偏差的策略至关重要。现有研究表明,个体特征、社会支持及分析模型可能是影响假想偏差产生及偏差程度的重要因素(表 2)。

具体而言,HULS 等^[25]在结直肠癌筛查中发现健康状况更佳且在参与筛查决策中获得更多来自全科医生支持的个体,其 SP 与 RP 一致性更高;DE BEKKER-GROB 等^[27]在流感疫苗接种研究中发现,阻碍个体按照自身偏好做出行为决策的因素涉及目标冲突、宗教信仰、恐惧以及社会规范等。因此,探索影响 RP 和 SP 之间偏差大小的因素时应关注个体内部特征与外部情境约束的综合作用。

此外,SP 数据的分析模型复杂程度也是影响假想偏差的重要因素。已有研究比较了不同模型在 SP 与 RP 一致性上的表现:从最简单的假设偏好同质性的标准多项式 logit 模型,到考虑系统规模异质性的异方差 logit 模型,再到允许偏好异质性的异方差 logit 模型,以及同时考虑系统规模异质性、偏好异质性及截距随机性的模型。^[25-27]在决策理论方面,除传统的随机效用最大化理论外,也有研究尝试应用后悔最小化模型(Regret Minimization Framework)。^[27]研究证据表明,无论在总体还是个体层面,当模型同时考虑系统规模异质性和偏好异质性时,SP 预测实际行为的准确性更高,偏差程度更小^[25-27];而对于不同决策理论的应用,目前证据仍有限,仅有一项研究显示,在同时考虑系统规模异质性、偏好异质性和参数随机性的条件下,基于后悔最小化理论的模型可进一步降低 SP 与 RP 之间的偏差^[27]。

表2 探索 RP 和 SP 之间偏差的影响因素及减少方法研究

发表年份	第一作者	研究对象	样本量 (RP/SP)	RP 数据来源	个体/总体水平比较	分析模型	RP 和 SP 的一致性/差异性	偏差的影响因素/减少方法
2022	HULS S P I ^[25]	55~75 岁居民	568/568	线上问卷调查	个体	多项 Logit 模型(1) 加入系统偏好异质性的多项 Logit 模型(2) 加入规模异质性的多项 Logit 模型(3) 加入系统偏好异质性和规模异质性的多项 Logit 模型(4) 在模型(4)基础上添加随机截距模型(5)	模型(1) 89.87%, 模型(2) 89.81%, 模型(3) 89.65%, 模型(4) 89.87%, 模型(5) 不收敛	SP 与 RP 匹配的个体通常更健康, 且认为全科医生对其筛查决定的支持更重要。
2019	DE BEKKER-GROB E W ^[26]	接种流感疫苗的 60 岁及以上人群; 接受结肠癌筛查的 55~75 岁人群	流感疫苗接种: 1 429/1 429; 结肠癌筛查: 1 421/1 421	模仿现实世界的选择的问卷调查	个体/总体	多项 Logit 模型(1) 加入系统规模异质性的多项 Logit 模型(2) 在模型(2)基础上加入系统偏好异质性的多项 Logit 模型(3) 在模型(3)基础上加入随机截距模型(4)	流感疫苗接种的个体水平一致性: 模型(1) 56.8%, 模型(2) 59.6%, 模型(3) 74.6%, 模型(4) 81.6%; 群体水平: 实际 64.5%, 预测: 模型(1) 73.3%, 模型(2) 76.6%, 模型(3) 66.2%, 模型(4) 65.9% 结肠癌筛查的个体水平一致性: 模型(1) 80.6%, 模型(2) 89.9%, 模型(3) 90.5%, 模型(4) 91.2%; 群体水平: 实际 92.9%, 预测: 模型(1) 97.4%, 模型(2) 96.6%, 模型(3) 95.2%, 模型(4) 95.0%	DCE 备选方案数量及分析模型的复杂程度。
2020	DE BEKKER-GROB E W ^[27]	60 岁以下适合接种流感疫苗的人群	377/377	荷兰疫苗接种登记数据库	个体/总体	决策理论(随机效用最大化/随机后悔最小化); 多项 Logit 模型(1) 加入系统规模异质性的多项 Logit 模型(2) 在模型(2)基础上加入系统偏好异质性的多项 Logit 模型(3) 在模型(3)基础上加入随机截距模型(4)	随机效用最大化理论下个体水平一致性: 模型(1) 56.1%, 模型(2) 53.9%, 模型(3) 80.0%, 模型(4) 90.8%; 群体水平: 实际 65.0%, 预测: 模型(1) 66.4%, 模型(2) 62.1%, 模型(3) 66.9%, 模型(4) 63.8% 随机后悔最小化理论下个体水平一致性: 模型(1) 59.0%, 模型(2) 54.5%, 模型(3) 79.1%, 模型(4) 91.1%; 群体水平: 实际 65.0%, 预测: 模型(1) 74.4%, 模型(2) 63.9%, 模型(3) 77.9%, 模型(4) 68.5%	态度、社会支持、计划行动、障碍和意图。
2020	DE CORTE K ^[19]	献血者	23 981/23 981	英国 PULSE 数据库	总体	有序 logit 模型	假想偏差: 男性的平均捐赠频率差异从预调查的 0.71 次/年降到正式调查的 0.55 次/年; 女性从 0.37 次/年降到 0.04 次/年; 中介作用解释了女性假想偏差的 86%, 男性假想偏差的 29%。	事前迭代调查设计(通过大规模的预调查提供假想偏差的初步估计并优化属性及水平)、事后识别影响 SP 准确反映 RP 的约束因素并作为中介纳入分析。

注:SP 数据均通过离散选择实验获取。

假想偏差的大小还可能受病种特异性和决策严重性影响。DE BEKKER-GROB等^[26]研究发现,在相同“最优分析模型”条件下,结直肠癌筛查的个体预测一致性(97.1%)高于流感疫苗接种(93.6%)。由于模型因素已得到控制,这一差异可能源于疾病性质不同:与流感疫苗接种这种“预防性决策”相比,结直肠癌筛查更接近“生死决策”,患者在面对后者时更倾向于谨慎和规避风险,其SP与实际行为之间的偏差也更小。

2.3 探究减少RP和SP之间偏差的途径

减少RP与SP之间的假想偏差、提升SP结果的外部效度,从而获得更为准确的偏好证据,对于支持卫生决策具有重要意义。然而,目前针对如何有效降低假想偏差的研究仍相对匮乏。DE CORTE等^[19]指出,假想偏差主要来源于两个方面:一是SP调查设计不完善,难以充分反映受访者真实偏好;二是外在约束因素影响了SP与RP之间的关系。基于此,其提出了相应的改进路径:一方面,通过事前开展迭代式调查优化SP研究设计,例如利用预调查初步评估假想偏差,并据此调整属性及其水平设置;另一方面,在事后分析中识别影响SP准确反映RP的关键约束因素,并将其作为中介变量纳入模型,例如在特定医疗情境下识别并控制未被纳入属性体系但会共同影响个体行为的外生因素。其研究表明,经过迭代优化调查设计后,假想偏差显著下降;在献血情境中,SP与RP之间的差异部分可由“推迟献血”这一行为解释,在对该因素进行调整后,女性受访者的假想偏差减少了86%,男性减少了29%。上述发现为减少假想偏差提供了有益思路,但相关证据仍有待进一步丰富,未来亟需开展更多系统性研究以探索有效的干预路径。

3 存在的问题

3.1 数据的获取面临挑战

DCE是研究者量化SP的主要方法^[28],其通过分析受访者对由不同属性及水平构成的选项集的选择结果以获得自述偏好信息,经证明是有效且可靠的技术^[29]。优劣尺度法(Best-Worst Scaling, BWS)作为选择实验法的另一种类型,要求受访者在单一备选方案中选出其认为最重要和最不重要的属性及水平以分析偏好结果,近年来BWS的应用不断增加,但实践经验仍不如DCE丰富。这两种测量工具在量化SP

结果方面的有效性、可靠性和一致性如何,尤其是当其针对不同决策背景或受访人群时这些指标表现如何,当前的实证研究证据十分有限且还未达成共识。而当出现更多SP测量工具时,选择不同方法获取SP结果是否会影响假想偏差程度以及究竟如何选择适用于不同场景的偏好获取方法是值得关注的重要问题。此外,尽管卫生经济学和结果研究专业协会(ISPOR)提出了开展SP研究的最佳实践和指南^[30-31],但并未对具体的研究设计操作进行详细说明。因此,无论是DCE还是BWS,仍然需要考虑如何利用这些工具获得高质量的SP证据。

传统的RP数据收集方法主要是回忆性问卷调查和模拟实验,但回忆调查可能面临数据客观性、信息量限制、准确性、回应率等问题,在卫生领域设计具有激励相容机制的实验诱导受访者表达其真实偏好也存在较高难度。随着信息化发展,医疗^[32]、医保^[33]、医药^[34]三大领域的真实世界研究深入推进,RP数据的获取方式正从传统问卷调查转向基于真实世界数据(Real World Data, RWD)的客观挖掘。基于医保数据、电子病历、可穿戴设备记录信息等RWD生成的真实世界证据(Real-World Evidence, RWE),能够动态捕捉偏好变化趋势,用于对SP模型进行实时校验与参数校准,使预测更贴近临床实际。但是RWD的获取仍存在挑战,如医保数据主要覆盖参保人群的就医行为,对于自费(如非处方健康产品)或具有公共卫生性质(如疫苗接种)的干预选择可能没有记录;利用电子病历涉及隐私,可能面临复杂的伦理审查问题;不同品牌的可穿戴设备系统之间也可能存在数据壁垒,难以实现互联互通。因此,获取客观、高质量的真实行为数据也面临一定挑战。

3.2 假想偏差的理论基础有待深化

对于RP和SP之间产生假想偏差的潜在驱动因素或理论解释,无论是在医疗卫生领域还是其他领域,尚未形成定论,缺乏从理论上深入剖析差异性产生的根源。^[35]有学者将假想偏差归因于具有假设性质的SP缺乏后果性或缺乏激励相容性^[11],具体表现在受访者做出SP问题回答后,当前处境并不会改变(既无实际收益,也无须承担责任)^[36],也不会产生任何即时的后果,而只是满足了研究人员的需求,因此受访者缺乏动力在调查中做到实事求是。另一种假想偏差的解释是社会期许效应,当SP研究背景呈现道德性或亲社会性特点时,受访者可能会选择他们

认为在研究者看来更符合社会需要或更利他主义的选项,尤其是针对具有积极社会意义的公共产品。^[12]其他学者还提出计划行为理论^[19]、认知失调作用^[37]等来试图解释假想偏差来源,但目前为止,尚未发展出一般广义性的假想偏差理论来解释为什么受访者的RP和SP会存在差异^[9]。

3.3 对比研究的方法学面临挑战

医疗卫生领域对于RP和SP的比较应用仍处于探索阶段,未发现相关的最佳实践和指南共识以指导研究设计或对比分析,在方法学应用上存在一定的不确定性。样本总体层面的对比分析中,就属性及水平对应关系而言,现有研究的常见做法是将受访者在真实场景下接受医疗服务所具有的特性映射到SP研究所纳入的属性及水平,再利用SP分析模型的参数估计计算接受概率;当真实场景下的医疗服务有众多选择时,如何科学地将实际行为选择对应到所研究的属性及水平取值是需要考虑的问题。在对比指标方面,使用预测接受率和实际接受率评估单一方案选择的偏好差异较为常见,但在可选择不同方案的情景下,如何确定合适的对比指标是需要考虑的问题。此外,在数据可得性的基础上,样本内和样本间的差异对比结果也会存在差异。^[38]

无论是总体还是个体层面的偏好对比,确定合适的分析模型也至关重要。目前研究中使用的分析模型包括标准多项式logit模型、纳入规模或偏好异质性的异方差logit模型、混合logit模型、广义多项logit模型等,如何选择合适的模型预测总体和个体层面的偏好结果,现有研究也缺乏对具体过程的详细介绍。模型选择时,既要考虑预测准确性,也要谨慎过度拟合,更优的模型拟合不一定会产生更准确的预测。^[27]这些均是后续研究者在开展偏好调查与RP-SP对比过程中需要关注与解决的问题。

4 小结

近年来,医疗卫生领域逐渐关注SP结果的外部效度及其与RP之间的假想偏差。尽管已有少量研究尝试评估RP与SP之间偏差的大小、影响因素及其校正方法,但总体证据仍较为有限。随着“以患者为中心”日益成为卫生政策制定的重要导向,系统探究RP与SP之间的偏差,不仅有助于提升SP方法在健康经济学与卫生决策中的可信度与应用价值,也有助于促进医疗服务与患者真实偏好的匹配,从而提

高治疗依从性并改善健康结局。然而,在医疗卫生领域开展RP与SP的比较研究仍面临诸多挑战,包括高质量RP与SP数据的获取、偏差形成机制的理论阐释,以及对比分析方法的规范化等,亟需进一步深入研究。

作者贡献:李金枝负责文献筛选、论文撰写与修订;陶颖负责文献检索、文献筛选与论文撰写;陈英耀负责理论指导、论文审稿;刘世蒙负责研究指导、重要结论审定与论文修订。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

参 考 文 献

- [1] BRIDGES J, ONUKWUGHA E, JOHNSON F, et al. Patient preference methods: a patient centered evaluation paradigm[J]. ISPOR Connect, 2007, 13 (6): 4-7.
- [2] BRIDGES J F, JONES C. Patient-based health technology assessment: a vision of the future[J]. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2007, 23 (1): 30-35.
- [3] BOUVY J C, COWIE L, LOVETT R, et al. Use of Patient Preference Studies in HTA Decision Making: A NICE Perspective[J]. Patient, 2020, 13 (2): 145-149.
- [4] 刘世蒙, 杨毅, 孙辉, 等. 患者偏好证据应用于卫生技术评估的价值、方法及挑战 [J]. 中国卫生政策研究, 2022, 15 (5): 52-58.
- [5] 国家药品监督管理局药品审评中心. 关于公开征求ICH《E22:患者偏好研究的一般考虑》指导原则草案意见的通知 [EB/OL]. (2026-01-23) [2026-03-16]. <https://www.cde.org.cn/main/news/viewInfoCommon/9a9c3213a4f44e502bf7b18bbe93333d>
- [6] 任建超. 自述偏好与显示偏好之间的假想偏差: 一个文献综述 [J]. 社会科学动态, 2017 (8): 52-59.
- [7] LOUVIÈRE J, TIMMERMANS H. Stated preference and choice models applied to recreation research: A review [J]. Leisure Sciences, 1990, 12 (1): 9-32.
- [8] 严俊, 李婷婷. 有限理性行动者的偏好变化与行为策略: 一个初步的理论模型 [J]. 社会学评论, 2018, 6 (6): 16-28.
- [9] LOOMIS J. What's to Know About Hypothetical Bias in Stated Preference Valuation Studies[J]. Journal of Economic Surveys, 2011, 25 (2): 363-370.
- [10] JOHANSSON-STENMAN O, SVEDSÄTER H. Self-image and valuation of moral goods: Stated versus actual willingness to pay [J]. Journal of Economic Behavior & Organization, 2012, 84 (3): 879-891.
- [11] BUCCELLI J, WHITE J S, SHANG C. Can incentive-

- compatibility reduce hypothetical bias in smokers' experimental choice behavior? A randomized discrete choice experiment[J]. *Journal of Choice Modelling*, 2020, 37: 1-9.
- [12] AUGER P, DEVINNEY T M, LOUVIERE J J. Using best-worst scaling methodology to investigate consumer ethical beliefs across countries [J]. *Journal of Business Ethics*, 2007, 70 (3): 299-326.
- [13] LINDHIEM O, BENNETT C B, TRENTACOSTA C J, et al. Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: a meta-analysis [J]. *Clinical Psychology Review*, 2014, 34 (6): 506-517.
- [14] GOVATHSON C, LONG L C, RUSSELL C A, et al. A modelling framework for translating discrete choice experiment results into cost-effectiveness estimates: an application to designing tailored and scalable HIV and contraceptive services for adolescents in Gauteng, South Africa [J]. *Journal of the International AIDS Society*, 2023, 26 (7): e26124.
- [15] WHITEHEAD J C, PATTANAYAK S K, VAN HOUTVEN G L, et al. Combining Revealed and Stated Preference Data to Estimate the Nonmarket Value of Ecological Services: An Assessment of the State of the Science[J]. *Journal of Economic Surveys*, 2008, 22 (5): 872-908.
- [16] BUCCELLI J, HESS S. Stubbing out hypothetical bias: improving tobacco market predictions by combining stated and revealed preference data [J]. *Journal of Health Economics*, 2019, 65: 93-102.
- [17] 陈默, 尹世久, 徐迎军. 消费者自述偏好与现实选择比较研究: 以有机牛奶为例 [J]. *统计与信息论坛*, 2015 (1): 100-105.
- [18] LAMBOOIJ M S, HARMSSEN I A, VELDWIJK J, et al. Consistency between stated and revealed preferences: a discrete choice experiment and a behavioural experiment on vaccination behaviour compared [J]. *BMC Medical Research Methodology*, 2015, 15: 19.
- [19] DE CORTE K, CAIRNS J, GRIEVE R. Stated versus revealed preferences: An approach to reduce bias [J]. *Health Economics*, 2021, 30 (5): 1095-1123.
- [20] REGIER D A, VEENSTRA D L, BASU A, et al. Demand for Precision Medicine: A Discrete-Choice Experiment and External Validation Study [J]. *Pharmacoeconomics*, 2020, 38 (1): 57-68.
- [21] SALAMPESSEY B H, IKKERSHEIM D, PORTRAIT F R M, et al. Do patients' preferences prevail in hospital selection?: a comparison between discrete choice experiments and revealed hospital choice[J]. *BMC Health Services Research*, 2022, 22 (1): 1136.
- [22] SALAMPESSEY B H, VELDWIJK J, SCHUIT A J, et al. The Predictive Value of Discrete Choice Experiments in Public Health: An Exploratory Application [J]. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 2015, 8 (6): 521-529.
- [23] KRUCIEN N, GAFNI A, PELLETIER-FLEURY N. Empirical Testing of the External Validity of a Discrete Choice Experiment to Determine Preferred Treatment Option: The Case of Sleep Apnea[J]. *Health Economics*, 2015, 24 (8): 951-965.
- [24] QUAIFE M, TERRIS-PRESTHOLT F, DI TANNA G L, et al. How well do discrete choice experiments predict health choices? A systematic review and meta-analysis of external validity [J]. *European Journal of Health Economics*, 2018, 19 (8): 1053-1066.
- [25] HULS S P I, DE BEKKER-GROB E W. Can healthcare choice be predicted using stated preference data? The role of model complexity in a discrete choice experiment about colorectal cancer screening [J]. *Social Science & Medicine*, 2022, 315: 115530.
- [26] DE BEKKER-GROB E W, SWAIT J D, KASSAHUN H T, et al. Are Healthcare Choices Predictable? The Impact of Discrete Choice Experiment Designs and Models [J]. *Value in Health*, 2019, 22 (9): 1050-1062.
- [27] DE BEKKER-GROB E W, DONKERS B, BLIEMER M C J, et al. Can healthcare choice be predicted using stated preference data? [J]. *Social Science & Medicine*, 2020, 246: 112736.
- [28] MITANI Y, FLORES N E. Hypothetical Bias Reconsidered: Payment and Provision Uncertainties in a Threshold Provision Mechanism [J]. *Environmental and Resource Economics*, 2014, 59 (3): 433-454.
- [29] JOHNSON F R, HAUBER A B, POULOS C M. A brief introduction to the use of stated-choice methods to measure preferences for treatment benefits and risks[R]. *Research Triangle Park: RTI Press*, 2009.
- [30] HAUBER A B, GONZALEZ J M, GROOTHUIS-OUDSHOORN C G, et al. Statistical Methods for the Analysis of Discrete Choice Experiments: A Report of the ISPOR Conjoint Analysis Good Research Practices Task Force [J]. *Value in Health*, 2016, 19 (4): 300-315.
- [31] JOHNSON F R, LANCSAR E, MARSHALL D, et al. Constructing experimental designs for discrete-choice experiments: report of the ISPOR Conjoint Analysis Experimental Design Good Research Practices Task Force [J]. *Value in Health*, 2013, 16 (1): 3-13.
- [32] 国家医疗保障局. 关于《医疗服务真实世界医保综合评价评价管理指南(试行)》公开征求意见的公告 [EB/OL]. (2026-01-05) [2026-03-19]. <https://www.nhsa.gov>.

gov.cn/art/2026/1/5/art_109_19241.html

- [33] 国家医疗保障局办公室. 国家医疗保障局办公室关于开展真实世界医保综合价值评价试点工作的通知 [EB/OL]. (2025-09-23) [2026-03-19]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2025/9/23/art_109_17984.html
- [34] 国家医疗保障局. 关于《药品真实世界医保综合价值评价系列指南(试行)》公开征求意见的公告 [EB/OL]. (2026-01-14) [2026-03-19]. https://www.nhsa.gov.cn/art/2026/1/14/art_109_19359.html
- [35] HAGHANI M, BLIEMER M C J, ROSE J M, et al. Hypothetical bias in stated choice experiments: Part II. Conceptualisation of external validity, sources and explanations of bias and effectiveness of mitigation methods [J]. *Journal of Choice Modelling*, 2021, 41: 1-12.

- [36] ZAWOJSKA E, BARTCZAK A, CZAJKOWSKI M. Disentangling the effects of policy and payment consequentiality and risk attitudes on stated preferences [J]. *Journal of Environmental Economics and Management*, 2019, 93: 63-84.
- [37] ALFNES F, YUE C, JENSEN H H. Cognitive dissonance as a means of reducing hypothetical bias [J]. *European Review of Agricultural Economics*, 2010, 37(2): 147-163.
- [38] MURPHY J J, ALLEN P G, STEVENS T H, et al. A meta-analysis of hypothetical bias in stated preference valuation [J]. *Environmental and Resource Economics*, 2005, 30(3): 313-325.

[收稿日期:2026-01-08 修回日期:2026-04-26]

(编辑 刘博)

脂肪性肝病首次纳入 WHO 全球非传染性疾病防控框架

2026年5月,《脂肪性肝病:全球非传染性疾病应对工作中缺失的环节》在第79届世界卫生大会上正式获得通过,这是全球公共卫生领域具有里程碑意义的标志性事件。

该决议首次将脂肪性肝病正式纳入全球非传染性疾病防控体系,使其成为继心血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病和精神疾病之后,第6个被世卫组织明确认定的全球重点非传染性疾病。据世卫组织官方数据,当前全球约17亿人口受脂肪性肝病影响,是增速最快的慢性肝病类型,其发病与不健康饮食、肥胖、缺乏运动等可干预危险因素高度相关,同时与2型糖尿病、心血管疾病等代谢类疾病存在紧密关联,未及时干预可逐步进展为肝硬化甚至肝癌。

决议明确要求各会员国将脂肪性肝病纳入本国非传染性疾病防控战略,更新现有慢病监测框架纳入肝脏健康相关指标,将脂肪性肝病的筛查、诊断与管理服务纳入国家基本卫生服务包,重点覆盖儿童、青少年等高风险人群。同时要求世卫组织为成员国提供配套技术支持,每两年向全球通报一次相关防控工作进展。

该决议标志着肝脏健康首次被正式纳入全球公共卫生优先议程,将推动各国加大相关公共卫生资源投入,带动基层无创筛查技术普及、公众健康认知提升,填补此前全球慢病防控体系中肝脏健康板块的长期空白。

(摘编自:WHO官方网站)