

社会医疗保险基金不同支付模式下的 保险欺诈行为分析

刘 潇

(中国人民大学 劳动人事学院, 北京 100872)

摘 要: 由于社会医疗保险中责任关系的复杂性以及医疗领域的专业性, 医疗保险欺诈行为非常难于监管控制, 本文从支付模式的角度分析医患两方的保险欺诈行为, 以期为医保基金安全寻求制度保障。本文的结论为, 对于患者欺诈行为的防范, 板块式比通道式更具有管理上的优势, 而防范医院欺诈行为则需要不同的结算方式结合, 不能把服务质量作为风险防范与成本控制的代价。

关键词: 社会医疗保险; 支付模式; 保险欺诈; 道德风险

中图分类号: F840.684 **文献标识码:** A **文章编号:** 1000-4149(2008)02-0064-07

An Analysis on the Social Health Insurance Fraud under Different Payment Modes

LIU Xiao

(School of Labor and Human Resources, Renmin University of China, Beijing 100872, China)

Abstract: Due to the intricacy of social health insurance and specialty of medical service, it is hard to supervise health insurance fraud. To constrain and encourage certain behaviors of both the doctors and the patients by adopting different payment modes will serve as an effective way to protect the security of the health insurance fund. To prevent the patients' fraud, the Block Model is better than the Channel Model in terms of management, while in the prevention of fraud of hospital staff a combination of different payment modes should be adopted. Furthermore, the risk prevention and cost control should not be at the cost of service quality.

Keywords: social health insurance; payment mode; insurance fraud; moral risk

一、问题的提出

保险欺诈行为由来已久, 几乎从保险诞生之日起, 欺诈就如影随形, 其根源在于保险契约双方信息不对称引起的道德风险。理性人会自然地利用信息优势使自己利益最大化, 因此对欺诈行为必须有一个强有力的约束机制才能保障保险市场的健康运行。我国《保险法》将

投保人、被保险人或受益人的如下行为定义为保险欺诈活动: “投保人故意虚构标的, 骗取保金的; 未发生保险事故而谎称发生保险事故, 骗取保金的; 故意造成财产损失的保险事故, 骗取保金的; 故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病等人身事故, 骗取保金的; 伪造、变造与保险事故有关的证明、资料和其他

收稿日期: 2007-08-28

作者简介: 刘潇(1983—), 女, 黑龙江哈尔滨人, 中国人民大学劳动人事学院社会保障专业硕士研究生, 研究方向为社会保障政策和医疗卫生政策。

证据,或者指使、唆使收买他人提供虚假证明、资料或者其他证据,编造虚假的事故原因或者夸大损失程度,骗取保金的。^[1]”这是基于商业保险双方关系的法律约束,而社会医疗保险中医保机构、医院、患者三方错综关系使其保险欺诈行为比商业保险的情况更为复杂。社保机构一方面对患者来说是保险人,另一方面对定点医院来说是监管者,因此,本文研究的欺诈行为包括患者骗保和定点医院骗保两种,当然很多情况是医患合谋——医院与患者欺诈行为的结合。

由于医疗行业的高度专业性和医疗信息的高度不对称性,社会医疗保险欺诈行为具有相当的隐蔽性,因而法律约束常常不能发挥最优效果,导致欺诈、骗保行为的大量存在并已成为医保基金的一大威胁,本文考察了医疗保险基金不同支付模式对欺诈行为的影响和激励,以期通过支付方式的有效选择,为医保基金安全寻求制度保障。

二、基金支付模式介绍

(一) 基金统账结合模式

目前我国统账结合方式大体分为两种:通道式和板块式,也有将这两者结合改良的中间方式。以下分别介绍这两种模式的内容。

1. 通道式。以两江(江苏镇江和江西九江)试点为代表的通道式,按发生医疗费用数额划分支付范围。参保人员年内在门诊发生的费用,先个人账户支付;个人账户用完后,在起付标准内的费用由个人自付;超过起付标准的费用,由统筹基金支付,超过最高限额部分个人自付或通过补充医疗保险解决,其中起付标准是指地方规定的医保社会统筹基金起付线。在这个基础上改良的支付方式如:把个人账户变成家庭账户,家人可以共同使用,门诊超过起付标准的部分按不同等级医院自付不同比例费用,其余由统筹基金支付^[2]。通道式设计较为繁琐,管理也比较复杂。

2. 板块式。大多数城市起步阶段都采取的板块式基金支付方法。按门诊和住院划分支付范围,个人账户支付门诊医疗费用,统筹账户支付住院医疗费用,互不挤占,但为了避免

患者负担过重,可允许一部分门诊大病的医疗费用按规定转由统筹支付。这种方式的特点是费用用途清晰,管理简便,但灵活性较差。

(二) 基金结算模式

劳动与社会保障部《关于印发加强城镇职工基本医疗保险费用结算管理意见的通知》规定:“基本医疗保险费用的具体结算方式,应根据社会保险经办机构的管理能力以及定点医疗机构的不同类别确定,可采取总额预付结算、服务项目结算、服务单元结算等方式,也可以多种方式结合使用。……采取服务单元结算方式的,可以诊断病种、门诊诊疗人次和住院床日等作为结算的服务单元。^[3]”

总额预付是以医院近年经验数据为参考,计算出一个人均费用,再按定点医院就医人数算出总费用,然后将总额预支给医院,如果实际发生的费用超支,超支部分将由医院自己承担,如果有剩余则医院可留存待用。服务项目结算是应用很广泛的一种结算方式,属于传统的后付制,即按照实际发生的医疗服务项目的内容和数量报销医疗费用。服务单元结算即基本医疗保险经办机构根据定点医院提供的有关资料,按照同等级医疗机构的服务单元的平均费用剔除不合理因素后,在年初制定出平均服务单元费用标准,然后根据定点医院的服务单元量进行费用偿付,并根据物价指数进行适时调整。

三、不同支付模式下医疗保险欺诈行为分析

(一) 患者的欺诈行为分析

假设 1. 患者是理性人。

假设 2. 医疗服务是同质的,只有数量上的差异(实际中虽然显然有质的差别,但我们可以以低质服务为数量的基本单元,把高质的服务分解,那么高质的服务就相当于多倍量的低质服务)。

假设 3. 个人账户余额是一静态的数值(尽管现实中这一数值是动态的,但当我们只考虑患者某次看病的决策时,个人账户余额是时点值,因此被看做静态的常数是合理的)。

分析:某次医疗行为中,患者是否进行保险欺诈取决于其效用最大化时医疗服务数量的

取值，如果这一最优取值大于现实消费量，患者就有动机进行欺诈以扩大医疗消费从而实现个人最大效用。患者获得的效用取决于接受的医疗服务量和个人花费，其在某次医疗行为中的效用函数为 $U = f(S) - C$ ，其中 U 表示患者从医疗服务中获得的净效用， $f(S)$ 是医疗服务带来的总效用， S 为医疗服务的量， C 为患者支付的费用，包括个人账户支付与自付费用，但因为统筹基金不属于患者个人，所以一个理性患者不考虑统筹基金支付的费用。下面就依据这一模型，分别具体分析通道式和板块式账户下患者的效用函数及其影响下的欺诈行为。

1. 通道式账户下患者的欺诈行为

(1) 模型分析。在通道式账户模式下， C 是分段函数。令 K_1 为个人账户余额（即个人账户所能支付的最大值）， K_2 为统筹基金起付线， K_3 为统筹基金支付封顶线，分别令 C_0 ， C_1 ， C_2 为自付费用、个人账户支付的费用和统筹基金支付的费用，则 $U = f(S) - C = f(S) - C_0 - C_1$ 。在第一段，即个人账户支付段， $C_0 = 0$ ， $C_2 = 0$ ， $C_1 < K_1$ 。当患者的消费属于第一段，患者获得的净效用为：

$$U = f(S) - C = f(S) - C_1 = f(S) - PS, \quad 0 < S < K_1/P$$

其中 P 为医疗服务的价格，因为医疗服务同质，且非市场定价，所以 P 为常数。

当患者的消费落入第二段自付段，此时 $C_1 = K_1$ ， $C_2 = 0$ ， $C_0 < K_2 - K_1$ ，则净效用为：

$$U = f(S) - C = f(S) - (C_1 + C_0) = f(S) - PS, \quad K_1/P \leq S < K_2/P$$

当患者消费落入第三段即统筹支付段， $C_1 = K_1$ ， $C_0 = K_2 - K_1$ ， $C_2 = K_3$ ，此时患者的净效用为：

$$U = f(S) - C = f(S) - (C_0 + C_1) = f(S) - K_2, \quad K_2/P \leq S < K_3/P$$

当患者消费落入第四段即统筹基金封顶线以上，则只能自付费用。此时 $C_1 = K_1$ ， $C_0 = K_2 - K_1$ ， $C_2 = K_3 - K_2$ ， $C_3 = PS - C_0 - C_1 - C_2$ ，那么患者净效用为：

$$U = f(S) - C = f(S) - (C_0 + C_1 + C_2 + C_3) = f(S) - PS + K_3, \quad S > K_3/P$$

$$\text{综上, } U = \begin{cases} f(S) - PS, & 0 < S < K_2/P \\ f(S) - K_2, & K_2/P \leq S < K_3/P \\ f(S) - PS + K_3, & S > K_3/P \end{cases}$$

效用函数图中，可通过总效用曲线 $f(S)$ 与成本曲线 $C(S)$ 之间的距离来反映净效用的大小。 $f(S)$ 随 S 递增而递增，但由于边际效用递减，所以 $f(S)$ 是斜率逐渐减小的向右上方倾斜的曲线。由下图可见，通道式模式下，患者的成本曲线未必一直在总效用曲线的下方，净效用有正有负，最优点是 $f(S)$ 比 $C(S)$ 高出最多的点，可能出现在四个阶段中的任何一个阶段，这取决于两条曲线的形状和相对位置。而最优点出现在统筹支付段则是欺诈行为的强大诱因，相反，如果最优点在非统筹段，欺诈行为就是不理性或不必要的了。另外，从 U 的表达式可以看出， K_1 大小对曲线形状位置均无影响，从另一个侧面验证了将账户余额看作常数对分析结果不产生干扰。

通道式效用函数图具体划分，大致有如下几种情况：

最优点出现在第一或第二段的情况

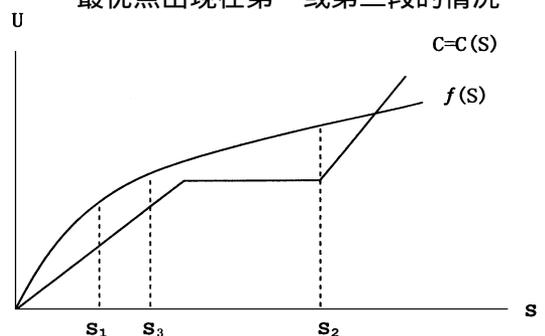


图1 最优点出现在第一或第二段的患者效用曲线

如图1所示， S_1 是最优点， S_2 对应的费用值是统筹基金封顶线。出现这种图形可能是该患者身体非常健康，对医疗服务需求很少，所以其总效用曲线凸出的地方靠近原点（即服务量较小的位置）。这样的患者骗保的激励比较小，发生保险欺诈行为的概率比较低。但不是没有可能。须注意的是，医疗服务需求是一

种引致需求，由于医疗信息的高度不对称，患者的需求严重受医生的引导，即便自己没有强烈的动机，如果医生建议提供的服务超过了 S_1 ，那么最优平衡就可能被打破。图中 S_3 与 S_2 点效用相等，且它们之间的各点的效用值都比这两个端点低，那么如果医生提供的服务量居于 S_3 和 S_2 之间，患者在不能实现最优选择 S_1 点的情况下就有激励去实现 S_2 ——医生处方约束下的最优点。那么患者就可能与医生合谋骗保（如果医生也有开大处方的激励的话），或者在其他条件不变的情况下，患者可以下一次通过将医保卡借给别人的方式来实现 S_2 的超额医疗服务。

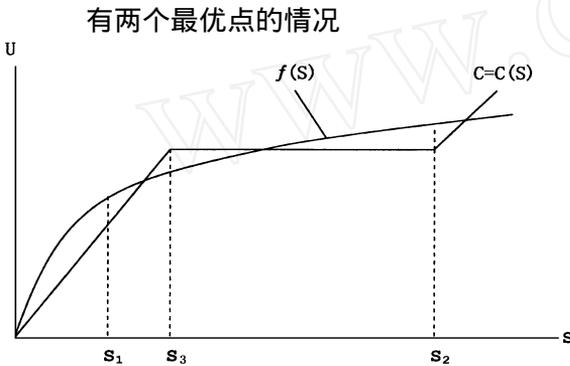


图2 有两个最优点的效用函数图

如图2， S_1 和 S_2 是两个净效用相等的最优点，分别出现在个人账户支付（或自付）段和统筹基金封顶线，分析与图1类似， S_1 和 S_2 之间的区域是患者不愿意选择的，如果医生处方落点在这两点之间，患者就有动机去进行保险欺诈。而且图2情况比图1情况的患者欺诈动机更强。

最优点在统筹基金封顶线的情况

这种情况下，效用函数图有两种形状。首先如图3，只有一个最优点即统筹基金封顶线。通道式账户模式下，患者对统筹基金的使用权取决于个人账户的使用情况，用完个人账户才能使用统筹基金，由于对统筹支付的预期，患者希望快速将账户余额用光后转入统筹基金的使用。为了最优化个人选择，在监管不到位或者甚至医生愿意合谋的情况下，该患者

完全有理由进行欺诈，最常见的是出借和冒用医保卡。

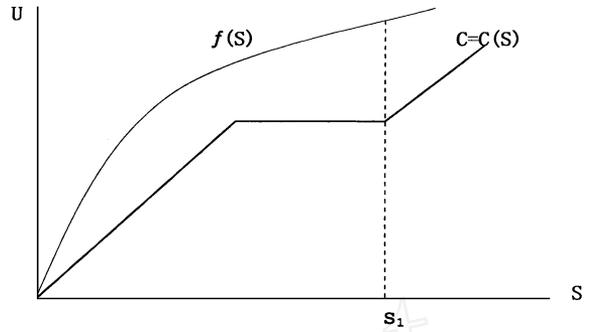


图3 最优点在统筹基金封顶线的效用函数图 (1)

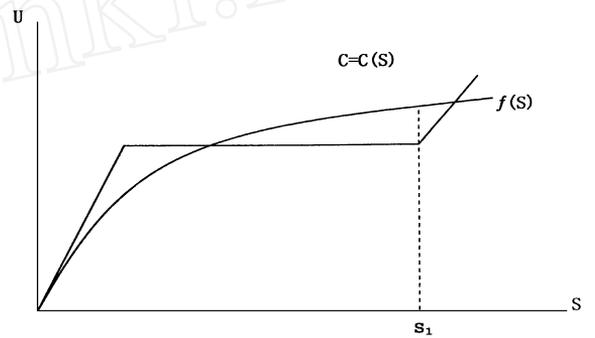


图4 最优点在统筹基金封顶线的效用函数图 (2)

其次如图4，较上述几种情况来讲，此时患者最易进行保险欺诈，因为不仅最优点在统筹基金封顶线处，而且个人账户支付和自付部分净效用都是负值。这种情况很可能是医疗费用过高，个人难以承担，用个人账户和自付可能都是杯水车薪，花了钱也不解决问题，那么患者就不愿意花钱看病了，认为看了还不如不看，这可以解释净效用值为负的原因。而在医药费如此高昂的情况下，一旦去看病，该患者就会一用到底，直到花光个人可用的统筹基金，甚至有患者与医生合谋多开贵重药，然后贩卖，这种欺诈对医保基金的损害比借用和冒用账号大得多。

最优点在第四段的情况

在图5中，最优点 S_1 出现在第四段，即统筹基金支付封顶线以上的部分。 S_1 点左侧， $f(S)$ 的斜率均大于 $C(S)$ 的斜率，而在 S_1 点 $f(S)$ 与 $C(S)$ 的斜率相等，两曲线间的距离为最大值。该图反映了实际情况中的有很

高医疗服务需求同时经济上比较宽裕的患者，他们可能是患有重病或慢性病因而对医疗服务需求大，也可能因为医疗服务价格对他们来说比较低，对其购买和消费产生的影响很小，总之这部分人在医疗服务中得到的效用远远高于成本。由于他们对医疗的实际需求已经很大，因此几乎不可能将自己的医疗卡借给别人，也无须通过虚假或过度消费个人账户来迅速进入统筹基金使用，因为他们的实际使用应该已经足以进入统筹段。这部分患者可能的欺诈行为是冒用别人的医保卡以骗取基金来满足自己的巨大医疗需求。

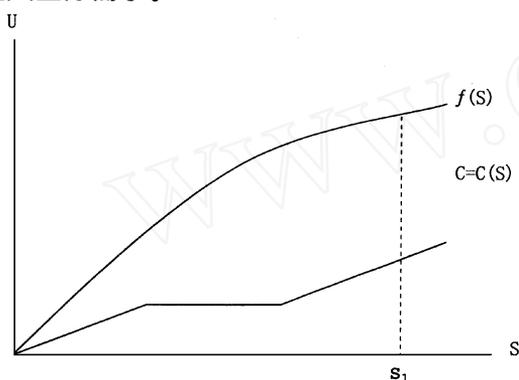


图5 最优点在第四段的效用函数图

(2) 小结。通道式的统账结合会激励患者加速支取个人账户以期能够享受统筹基金，主要方法有冒用借用医保卡，用卡购买非医保药品以及过度医疗消费，后两种欺诈行为需要有药店和医生的共谋。

此外，当耗尽个人账户，转向统筹基金后，不管患者的效用曲线形状如何、位置怎样，患者几乎都有动机尽量多用，因为统筹基金段的最优点只能出现在封顶线处。这在现实中也非常容易理解，用统筹基金支付医疗费等于是花大家的钱办自己的事，如果没有有效的约束机制，保险欺诈将愈加猖獗。因此对统筹基金的运用需要更加强有力的监管。而通道式设计中，统筹基金与个人账户功能并不分开，使统筹基金使用分散，增大了管理难度。

改良的通道式在统筹支付段也规定了自付比例，这样可以对过度的医疗消费起到一定抑制作用，但如果比例很低则作用不大，而比例过高又会使统筹基金的共济性和保障性降低，

偏离了建立社会医疗保险的根本目的。

2. 板块式账户下患者的欺诈行为

板块式统账结合基金的功能定位很清晰。门诊全部使用个人账户，用自己的钱买自己的东西，不存在保险的道德风险问题，也就不会发生保险欺诈行为。住院费用主要由统筹基金支付，用公共的钱买自己的东西，道德风险问题就很大了。尽管有少部分自付，但这个自付部分通过统筹的杠杆可以使患者享受到几倍的医疗服务或利益，于是小病大治、住院和冒用医疗卡住院的欺诈行为就很常见了。不过板块式管理更加集中方便，主抓住院即可，但是如果医患合谋，板块式模式下的欺诈一样会屡禁不止。医院是诱导乃至创造医疗需求的主动方，也是信息优势者，光从患者的需求角度入手来约束道德风险和控制费用无法明显奏效，有效设计定点医院约束机制是解决医疗保险欺诈问题的关键。

(二) 定点医院的欺诈行为

1. 总额预付结算

总额预算结算方式下，定点医院从医疗保险机构获得的收入既定，而成本不定，如果节约成本乃至降低药品和服务质量以削减成本，那么医院将从中获利，反之如浪费则受损。在这样的情况下，医院的保险欺诈行为较少，几乎没有可能从医保机构骗取额外保费，但出现了另一种角度的欺诈，即减少服务数量或降低服务质量欺骗患者。常见的行为有减少服务、让患者提前出院等。这些行为不会影响基金安全，但会降低参保人享受的医疗待遇。

2. 按服务项目结算

作为传统的后付制结算方式，项目结算法由于没有预先的控制机制对医疗行为进行约束，而事后的控制（如病历审核）又因医疗行为的不确定性和特异性而难以做出确定的判断，这种结算方式很容易成为滋生定点医院欺诈行为的温床。该方式下常见的欺诈和违规行为有过度医疗（包括检查、用药、各种附加服务等），违反标准收费等。多数城市都采取或部分采取这种结算方式，以上欺诈行为屡见不鲜。

3. 按单元结算

(1) 以人次或住院床日为单元。这种结算

方式下医院可以有两种方式欺诈以获得自身利益，一是以分解门诊、分解住院的方式增加收入，二是减少服务以节省成本。医疗服务的分解除了给医保基金造成损失外，还造成了很多隐形的损失，如：大大增加了挂号费、诊察费、交通费、误工费就就医成本。

(2) 以病种为单元。以病种为单元付费属于一种分类细化的预付制，给病种定价后则按此结算，不管实际发生的费用是多少。除了不同病种价格不同，同一病种在不同级别医院诊治或不同严重级别或不同出院疗效，费用都是不同的。按病种付费的难点是病种的定级和定价，这同时也是医院欺诈行为做文章之处：由于相同病种不同级别的价格不同，严重程度越高级别费用越多，那么医生可将低级别的疾病划分到高级别，以骗取额外医疗保险金支付。

4. 小结

医疗保险基金风险更多来自医疗服务提供

者即供方的“道德风险”，由于医疗保险的保单偿付没有现金价值，其偿付手段是提供必要的医疗服务，因此必须有第三方即医疗服务提供方共同参与方可完成。因此不考虑医院行为，医疗保险欺诈行为研究就不可能完整，解决方案也不可能行之有效。然而控制费用保障基金安全不是结算方式设计的全部目的，更不是医疗保险管理的基本目的，只有很好地保障了参保人的健康权益，提供了必需的医疗服务，才是根本，当然基金安全是实现这一目标的前提。不过，风险防范和费用控制往往与医疗服务质量是矛盾的，严格控制费用的结算方案会牺牲服务质量，而宽松的方案虽然有利于服务开展但更可能催生违规和欺诈行为。下表小结了各种医疗费用结算模式的利弊，的确没有一种方式能够十全十美，实践中各地方多采取几种模式相结合的方式，各取所长。

不同结算方式的利弊比较

结算方式	利	弊
总额预算	<ol style="list-style-type: none"> 1. 从机制上消除医疗服务供方提供过度医疗服务的经济动因，使医院自觉参与成本控制 2. 结算方式简便，管理成本低 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 供方降低积极性，医疗服务质量下降或数量减少 2. 推诿重病人 3. 医患矛盾激烈，患者合理需求得不到满足
按项目付费	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有利于调动供方的积极性 2. 有利于高新技术的发展 3. 服务质量好，病人满意度高 4. 医保机构操作简单，可以获得大量的医疗服务信息 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 供方诱导医疗需求，重复检查、大处方 2. 供方重视高新技术，忽视预防保健 3. 医保机构审核工作量大、难度大
按人次或住院床日付费	<ol style="list-style-type: none"> 1. 鼓励医院降低次均费用 2. 医保机构偿付简便 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 诱使医疗机构延长住院床日、分解门诊人次，重复挂号、假出院 2. 给病人带来多次就诊的麻烦，连带交通和时间成本的浪费 3. 推诿重病人，不能保证医疗质量
按病种付费	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有利于医院选择成本低效果好的治疗方案，合理提供各类服务 2. 有利于缩短住院天数 3. 有利于促进医院、医保标准化管理 4. 费用审核简单 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 标准制定困难，需要大量统计数据支持 2. 供方可能出现提高诊断级别、推诿重病人、分解病种 3. 只能控制病种的服务价格，无法控制服务总量，供方可能增加患者自费项目 4. 可能影响服务质量

注：表中内容参考了中国医疗保险研究会的课题成果。

四、结论与建议

每个支付主体在欺诈行为控制中的地位和

作用，取决于其在医疗卫生总费用中的筹资比例和支付份额，因此从支付方式角度讨论风险防范是从根源上和动机上解决道德风险问题。

张亚东. 医疗费用控制与医疗保险纵向一体化研究 [D]. 华中科技大学. 博士学位论文. 2003. 10. 15.
中国医疗保险研究会. 医疗保险基金支付管理及风险防范研究总报告 [R]. 项目编号 LA2004 - 06. 2007. 4.

患者的保险欺诈行为主要受其账户基金使用方式影响,患者普遍有过度使用统筹基金的倾向,而通道式模式还有激励患者快速使用个人账户从而进入统筹基金使用的作用,助长了基金浪费和保险欺诈行为,这一效应在医院缺乏约束机制医生与病人合谋的状况下可能被放大,从而造成更大的损失。板块制下个人账户的使用相对安全节约,但统筹基金也面临着与通道式类似的风险,但板块式管理相对容易,在这方面比通道式更为优势。综合上述考虑,板块式比通道式更具有风险防范方面的管理优势。

医院的行为同样决定于其利益趋向,不同的基金结算方式会有不同的促进和约束效应,其中总额预算最有利于减少医院的保险欺诈,有利于基金安全,但可能降低医疗服务质量;按项目付费最有利于优质服务的提供,但会带来大量难以避免的欺诈与浪费行为。其余的居中,一般多种模式结合较为适合,能够清晰定

义病种的可按病种付费,不能清晰定义的可按项目或单元付费,同时总额可以加以限制。

此外,没有完美的模式,在任何模式下,道德风险、违规违纪、欺诈骗保都是不可能完全避免的。因此在制度设计尽量合理的同时,完善的立法,科学的管理,透明的监督以及专业的人才都是防风险反欺诈的重要保障。

参考文献:

- [1] 中华人民共和国保险法 [S]. 1995年6月30日中华人民共和国主席令第五十一号公布. 北京: 中国法制出版社, 2005.
- [2] 王永其, 陈吉林. 做实个人账户促进医改上新台阶. 中国卫生经济 [J], 2004, (11).
- [3] 劳动和社会保障部法制司. 关于印发加强城镇职工基本医疗保险费用结算管理意见的通知. 劳动和社会保障政策法规汇编 (1999). 北京: 中国劳动社会保障出版社, 2000.

[责任编辑 王树新]

(上接第8页)

- [5] Myers S. M. Childhood migration and social integration in adulthood [J]. Journal of Marriage and the Family, 1999, 61 (3): 774 - 789.
- [6] 何汇江. 城市贫困群体的社会分裂和融合 [J]. 人文杂志, 2004, (3): 164 - 169.
- [7] 钱文荣, 张忠明. 农民工在城市社会的融合度问题 [J]. 浙江大学学报 (人文社会科学版), 2006, 36 (4): 115 - 121.
- [8] Myers S M. Childhood migration and social integration in adulthood [J]. Journal of Marriage and the Family, 1999, 61 (3): 774 - 789.
- [9] Landecker W S. Types of integration and their measurement [J]. The American Journal of Sociology, 1951, 56 (4): 332 - 340.
- [10] Scott R A. Deviance, sanctions, and social integration in small-scale societies [J]. Social Forces, 1976, 54 (3): 604 - 620.
- [11] 李树茁, 任义科, 费尔德曼, 杨绪松. 中国农民工的整体社会网络特征分析 [J]. 中国人口科学, 2006, (3): 19 - 29.
- [12] 李树茁, 杨绪松, 悦中山, 靳小怡. 农民工社会支持网络的现状及其影响因素研究 [J]. 西安交通大学学报 (社会科学版), 2007, (1): 67 - 76.
- [13] 李树茁, 杨绪松, 任义科, 靳小怡. 农民工的社会网络与职业阶层和收入: 来自深圳调查的发现 [J]. 当代经济科学, 2007, (1): 25 - 33.
- [14] 同 [7].
- [15] Alwin D F, Converse P E, Martin S S. Living arrangements and social integration [J]. Journal of Marriage and the Family, 1985, 47 (2): 319 - 334.
- [16] Agneessens F, Waeghe H, Lievens J. Diversity in social support by role relations: A typology [J]. Social Networks, 2006, (28): 427 - 441.
- [17] Van del Poel M G M. Delineating personal support network [J]. Social Forces, 1993, (15): 49 - 70.
- [18] 李汉林. 关系强度与虚拟社区——农民工研究的一种视角. 李培林. 农民工: 中国进城农民工的经济社会分析 [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2003. 96 - 115.
- [19] Grannovetter M. The strength of weak ties [J]. The American Journal of Sociology, 1973, 78 (6): 1360 - 1380.
- [20] Bian Y. Bringing strong ties back in: Indirect connection, bridge, and job search in China [J]. American Sociological Review, 1997, (62): 266 - 285.
- [21] 边燕杰, 张文宏. 经济体制、社会网络与职业流动 [J]. 中国社会科学, 2001, (2): 77 - 89.

[责任编辑 崔凤垣]