

陕西省宁强县地震灾后医疗救助及其政策建议

梁 鸿* 仇思隽 仇育彬

复旦大学社会发展与公共政策学院 上海 200433

【摘要】“5·12”汶川大地震影响范围广,造成的人民生命财产损失特别严重。地震发生后,全国上下同心协力,抗震救灾。在国家民政部的组织下,“汶川地震灾后紧急医疗救助评估基线调查”调查组迅速成立,深入灾区,对灾区居民的受灾情况、医疗卫生需求,以及政府相关的医疗救助工作进行了详细了解。旨在探索更有效的医疗救助机制,并提出科学有效的政策建议。本文首先对宁强基本概况和受灾情况作了全面的介绍,而后对政府的救援工作进行概述,最后对宁强的灾后医疗救助情况进行重点分析,探讨存在的问题并提出政策建议。

【关键词】受灾情况;灾后医疗救助;政策建议

中图分类号:R129 文献标识码:A 文章编号:1674-2982(2009)05-0016-06

The post-earthquake-disaster medical assistance and policy recommendation of Ningqiang county Shanxi province

LIANG Hong, QIU Si-jun, QIU Yu-bin

School of Social Development and Public Policy, Fudan University, Shanghai 200433, China

【Abstract】“5·12” Wenchuan earthquake affected a wide range, and people's lives and property were destroyed seriously. After the earthquake, the whole country worked together on earthquake relief. With the organization of China Ministry of Civil Affairs, the investigation team, which named “The baseline survey of assessment of emergency medical assistance to Wenchuan earthquake disaster”, set up rapidly. This team went to the affected areas, and launched in-depth investigation into the disaster situation, the victims' needs of medical and health services, and the government's medical assistance. The purposes of the investigation are exploring more effective mechanisms of the medical assistance, and putting forward scientific and effective policy recommendations. First, this article gives a comprehensive introduction to the basic profiles and disaster situation of Ningqiang County. Second, it overviews the government's rescue work. Finally, it analyses the post-disaster medical assistance of Ningqiang, which includes discussion about issues and recommendation of policy.

【Key words】 The disaster situation, Post-earthquake medical assistance, Policy recommendation

1 宁强基本概况及受灾情况

1.1 基本概况

宁强位于陕西省西南角、汉中西部,由14个乡、12个镇构成。2007年,宁强县第一产业增值占三产的比重为36.1%,第二产业增值占28.0%,第三产业增值占35.9%,是一个比较典型的农业县。

截至2007年底,宁强地方财政收入3600万元左右,财政支出3亿元,资金缺口26400万元,主要

依靠上级拨款和转移支付的扶持,属于国家级贫困县。

城镇居民年人均可支配收入为8177元,农民的人均收入水平较低,仅1823.4元,城乡收入差距较大。城镇低保线为150元/月,农村绝对贫困线为625元/年,低保线为693元/年。城镇居民中有5130人享受最低生活保障,占城镇人口的15.2%。农村贫困人口为29800人,低保人口为26748人,分别占农村人口的9.7%和8.7%。

* 基金项目:中国卫生政策支持项目(HPSP)。

作者简介:梁鸿,男(1962年-),复旦大学社会发展与公共政策学院副院长,教授,博士生导师,主要研究方向为社会保障、医疗卫生政策研究,E-mail:lianghong@fudan.edu.cn。

全县常住人口共 340 063 人,其中城镇居民 33 849 人,农村居民 306 214 人,约占 90%。农村居民 2007 年参合率约为 89%。

1.2 受灾情况

宁强距震中汶川县边界距离 225.7 公里,北川县 138.7 公里。由于距震中直线距离较短,受“5·12”地震和随后余震的影响,宁强县 26 个乡镇普遍受灾,直接经济损失 20 亿元,其中居民财产损失 10 亿多元,损失惨重,属于重灾区。

1.2.1 人员伤亡情况

宁强县地震受灾人数共计 24 万,其中 1 078 人受伤,11 人遇难(6 名男性,5 名女性),无人失踪。

1.2.2 因灾导致的三无、三孤人员

因灾导致的三无人员共计 75 105 人,其中无房可住者为 66 542 人,无生产资料者为 3 427 人,无收入来源者为 5 236 人;因灾导致的三孤人员总计 1 615 人,其中孤老为 906 人,孤儿为 43 人,孤残为 666 人。

1.2.3 房屋、耕地受损情况

全县共计有 227 378 间房屋因地震受到不同程度的损坏,其中因灾倒塌的房屋为 14 835 间,须拆除的危房为 62 454 间,受损房屋为 150 089 间。受灾耕地面积占全县耕地总面积的 14%,其中粮食作物耕地毁坏面积为 33 200 亩,占全县粮食作物耕地面积的 12%。

1.2.4 当地经济损失情况

地震后,当地企业、厂矿停产数为 6 家,停产企业年产值为 12 600 万元,占该地区工业产值的 12.6%;停产企业的职工人数为 780 人,占该地区产业工人总人数的 26.6%。受灾情况数据来源为汶川地震灾后紧急医疗救助评估基线调查。

2 灾后政府救援情况

地震发生后,当地政府迅速启动《宁强县自然灾害救助应急预案》,同时成立了县抗震救灾指挥部,启动地震应急预案三级响应,紧急实施应急抢险、转移群众、救治伤员、发放救灾物资。

采取的具体救灾措施:“一是成立了 26 个工作组,由县级领导带队分赴各乡镇查灾救灾;二是由县委办、政府办发出抗震救灾紧急通知,要求各乡镇立即深入村组农户查灾救灾;三是县抗震救灾指挥部发布通告,在城区张贴,并在县电视台滚动播放,动员居民不要在室内活动,确保不发生安全事故;四是组织

公安干警上街巡逻,维持社会秩序;五是对受伤的群众立即组织医疗机构进行救治;六是组织电力、通讯、供水等部门抢修受损设施,保证通讯联络畅通,保障供应。”^[1]

灾后政府救助状况如表 1 所示,截至 2008 年 7 月 31 日,政府(包括本级和上级)拨款共计 26 555 万元,发放临时生活补助金 4 106 万元,临时补助金享受人数为 75 105 人,此外政府还发放救济粮共计 2 346.3 千公斤;接受社会捐赠 732.12 万元,其中包括 602.74 万元的资金和价值 129.38 万元的物资,其中,药品价值为 10 万元。

灾后,政府集中安置户数为 2 210 户,集中安置人数为 7 856 人;分散安置户数 19 703 户,分散安置人数 58 812 人。

表 1 灾后政府救助状况(截至 2008 年 7 月 31 日)

1. 灾后享受政府临时生活补助金的人数(人)	75 105
发放生活补助金额(万元)	4 106
2. 灾后政府发放救济粮总量(千公斤)	2 346.3
3. 灾后接受社会捐赠(万元)	732.12
其中:资金(万元)	602.74
物资价值(万元)	129.38
其中:药品价值(万元)	10
4. 政府拨款(包括本级和上级)(万元)	26 555
5. 灾后集中安置户数(户)	2 210
集中安置人数(人)	7 856
6. 灾后分散安置户数(户)	19 703
分散安置人数(人)	58 812

数据来源:汶川地震灾后紧急医疗救助评估基线调查。

3 灾后医疗救助

据统计,宁强因地震受伤的人数为 1 078 人。灾后,紧急医疗救治、救助工作显得刻不容缓、异常重要。因灾受伤人员的医疗救助与贫困人口医疗救助,组成灾后医疗救助的主要工作内容。

3.1 因地震受伤人员救治、救助情况

3.1.1 灾后医疗救治救助情况

灾后 3 日内,全县因灾门诊人次数为 953 人次,因灾住院 46 人次,因灾手术 5 人次。截止到 2008 年 7 月 31 日,全县因灾门诊人次数为 1 065 人次,因灾住院 88 人次,因灾手术 11 人次。

紧急医疗救治期间,宁强全县提供的住院及观察床位最大量为 312 张,其中外来医疗援助队、外省援建医院提供的住院及观察床位为 40 张。另外,外来医务人员的数量为 70 人。

地震发生后,宁强县立即下拨农村医疗救治资金 10 万元,用于农村灾后医疗救治工作。截止到 2008 年 7 月,宁强县在紧急医疗救助方面的投入共计 55 万元。

为减轻因地震受伤、住院人员的医疗费用负担,国家及时出台了重灾区三个月免费医疗政策,为因灾受伤的群众就医买单。

3.1.2 基线调查相关情况

(1) 调查背景

调查组成员共走访了宁强县高寨子镇、黄坝驿乡、广坪镇和汉源镇等 4 个乡镇下的 8 个行政村,调查共涉及 429 户人家。

受访者中,农村居民为 1 460 人,占 86.7%,城市居民为 223 人,占 13.3%,农村居民占本次调查对象的绝大多数。

受访家庭中,高收入家庭为 202 户,占 47.1%;中收入家庭为 168 户,占 39.2%;低收入家庭为 125 户,占 13.8%。^①

据调查,有 81.9% 的受访者参加了农村合作医疗,3.0% 参加了城市医疗保险^②,1.5% 参加了其它医疗保障,另有 13.6% 的受访者表示自己没有任何

医疗保障。

(2) 因灾受伤、住院人员基本情况及经济负担

受访者中,因地震受伤的共 23 人,其中门诊治疗为 10 人,占 43.5%;住院治疗为 12 人,占 52.2%;没有进行治疗的为 1 人,原因是损伤较轻。

因灾住院的 12 人中 11 人情况详细,其中 6 名男性,5 名女性;4 人骨折,1 人脱位或扭伤,1 人脑损伤,2 人骨折且脱位或扭伤,2 人骨折且出现开放性创伤,1 人骨折、脱位扭伤,且有开放性创伤;10 人为农村居民,皆参加了新农合,1 人为城镇居民,没有任何医疗保障。

由表 2 可以看出,受访者中因灾住院病人的医疗费用平均为 11 344.5 元,自付比例高达 94.4%,可见住院费用对于病人家庭而言是一笔不小的开销。

从免费医疗政策的具体实施效果来看,因灾住院的居民自付比例依然很高,这一方面与患者治疗周期尚未结束,治疗费用没有结算有关;另一方面也反映出免费医疗政策在具体实施时存在一定的滞后性,补助资金的拨付相对较慢,患者需要先自行垫付。

表 2 不同收入居民因灾住院医疗费用情况

收入	平均住院天数(天)	住院医疗费用(元)	个人付费(元)	住宿交通费用(元)	医疗总费用(元)	个人支付比例(%)
高	18.0	14 250.0	14 250.0	393.3	14 643.3	100.0
中	40.3	7 750.0	6 000.0	375.0	8 125.0	78.5
低	16.7	11 166.7	11 166.7	103.3	11 270.0	100.0
合计	24.3	11 045.5	10 409.1	299.0	11 344.5	94.4

数据来源:汶川地震灾后紧急医疗救助评估基线调查

3.2 医疗救助政策

宁强地区目前实施的医疗救助包括农村医疗救助及城市医疗救助。农村医疗救助开展于 2006 年,实施的依据是《汉中市农村医疗救助实施细则》;城市医疗救助开展于 2008 年下半年,才刚刚起步,实施的依据是《汉中市城市医疗救助实施细则》。这里重点对宁强农村医疗救助的有关情况进行分析。

农村医疗救助是指“政府拨款和社会各界自愿捐助等多渠道筹资,对患大病农村五保户和贫困农民家庭实行医疗救助的制度”^[2]。汉中市农村医疗

救助相关细则^[3]如下:

3.2.1 救助细则

救助对象:具有汉中市辖区农业户口的以下人员:农村五保对象,农村最低生活保障对象,重点优抚对象(不含 1~6 级残疾军人),以及其它特殊困难群众。

救助基础:进行农村医疗救助的基础是资助救助对象参加新型农村合作医疗;

救助方式:分为日常医疗救助、大病医疗救助和临时医疗救助。资金安排上以日常及大病医疗救助为主,临时医疗救助为辅。

^① “高收入”是指 2007 年人均纯收入大于 3.5 倍贫困线者,“中收入”是指大于 1 倍贫困线且小于等于 3.5 倍贫困线者,“低收入”是指小于等于 1 倍贫困线者。

^② 城市医疗保险包括城镇职工基本医疗保险、公费医疗、城镇居民基本医疗保险。商业医疗保险归入其它类别。

救助内容:日常医疗救助——主要针对一些农村的五保对象、丧失劳动能力的重残人员、需长期维持院外治疗的重病人员及 70 周岁以上老人等,由县区民政部门每年按照 200 元或 300 元,最高不超过 500 元的限额标准一次性核发汉中市农村医疗救助卡,用于该救助对象门诊或者购药的救助。

大病医疗救助——资助救助对象在定点医疗机构住院治疗。救助对象因患病住院治疗,其治疗费用在一定限额内的,按新型农村合作医疗规定的报销比例报销后,其自付部分在一定范围内给予全额报销,超过一定范围的按剩余总额的一定比例进行资助。具体如表 3 所示:

表 3 汉中市农村医疗救助大病医疗救助细则

医疗机构分类	全额救助标准(元)	全额救助线以上的报销比例(%)	个人累计最高年救助标准(元)
中心卫生院、乡镇卫生院	≤100	40	≤500
县级医院	≤200	40~50	≤2 500 元
县境外医院	≤300	35~45	≤3 000 元
市级医院	≤900	35	≤3 500 元
省级医院	≤1 000	30	≤4 500 元

临时医疗救助——主要是指因大病医疗费用过高,造成家庭生活特别困难的,视情况给予一定数额的临时医疗救助,年度内个人累计救助资金总额最高不得超过 5 000 元(含日常医疗救助、大病医疗救助和临时医疗救助)。

资金来源:主要是中央、省下拨的农村医疗救助资金,以及市级、县级财政根据实际需要和财力情况安排的农村医疗救助资金,另外还有一部分来自社会捐助及其它资金。

3.2.2 救助特点

(1) 医疗救助与新农合相衔接

汉中市农村医疗救助规定的救助模式是:首先资助救助对象参加新农合,在具体救助过程中,先由新农合对救助对象进行医疗费用的报销,在报销后剩余金额仍较大的情况下,再由医疗救助进行救助。

目前医疗救助与新农合的衔接模式主要有三种:一是仅为救助对象缴纳参合费用,这种救助模式将农村贫困人口拉回到医疗保障体系之中,但是缺乏加入新农合之后的具体救助措施,因此救助仅停留在形式上。很多救助对象因为经济困窘根本无法支付新农合报销的起付线,依然得不到经济上的援助,救助也就无从谈起;二是为救助对象垫平或降低新农合的起付线:在救助对象自己无法越过报销“门槛”时,医疗救助对其进行救助,帮助其达到起付线所需的标准。这种救助模式建立在帮助贫困人口参合的基础上,是相对而言层次较高的救助模式;三是首先资助救助对象参合,在进行救助时,先由新农合进行报销,根据实际情况医疗救助为一些经济负担仍比较重的救助对象再报销部分医疗费。这种模式

较之前两种,更加的科学、合理,救助效果也更好。若其中含有帮助救助对象达到起付线的细则,则这种衔接模式会更加无缝化,更加理想。

宁强地区的农村医疗救助从政策角度来看,基本属于第三种模式,其中含有为救助对象支付起付线以下费用的规定,但只针对农村五保户。医疗救助依托的是新农合力量,其自身主要起补充和完善的作用,旨在最大程度减轻救助对象的医疗费用负担。

(2) 大病医疗救助不设起助线,不限定病种

作为医疗救助中非常重要的救助内容,宁强地区大病医疗救助对起助线和病种不设限制,从而放宽了救助的范围,扩大了受益的群体,增加了医疗救助的公平性和可及性,可以更好地实现医疗救助的政策目标。

(3) 救助过程公开、透明

救助全程实行村民委员会、镇人民政府(街道办事处)和县区“三级公示”,救助政策、救助程序、救助对象、救助金额“四公开”。保证救助的各个环节都公开化、阳光化,有利于群众的监督。

3.2.3 存在问题探讨及相关建议

(1) 存在的问题

①救助标准较低。日常医疗救助中规定救助对象每年发放一次医疗救助卡,最高不超过 500 元,大多情况下为 200 元或 300 元。且每年只能享受一次,不能重复享受。对于大部分贫困人口而言,平均每月能得到的救助仅仅是十几元二十几元,最多不会超过 42 元。这样的救助标准对于那些需要长期用药的重病患者,或者无劳动能力的重残者而言实在

是杯水车薪。

大病医疗救助中,虽然规定救助者一年可以享受一次或多次救助,但是全额救助一年只能享受一次。且救助金额设置封顶线,最高为一年累计不得超过4 500元。这与某些农村医疗救助水平较高的地区存在一定的差距。

临时救助同样设定封顶线,包括日常救助、大病救助及临时救助在内,每人每年总共累计不超过5 000元。

补偿比例较低。各级医疗机构的补偿比在30%~50%的范围内,省级医院的补偿比最低为30%,县级医院的补偿比较高,但最高也只是50%。

所谓大病医疗救助,其救助的对象基本上都因为患有重大疾病,自己无力支付医疗费,从而出现因病致贫、返贫的情况。在很多情况下,其病情是县级或以下的医疗机构难以医治的,需要到医疗水平较高、医疗技术较先进的市级、省级大医院进行治疗。而这些医院的医疗费用通常较高,动辄几万、十几万、甚至几十万。面对如此高的医疗费,贫困人口需要的救助也更多、更迫切。

但在实际中,对于在此类医疗机构产生的高额医疗费,新农合相对应的起付线也较高,且新农合和医疗救助对此的补偿比例均较低。这主要是出于引导患者就医下沉,提倡合理就医的目的。但是在一些实际的情况中,这些规定大大限制了救助的范围,削弱了救助的力量,很难达到救助贫困人口、帮助其走出困境的目的。

②筹资水平较低。医疗救助的实施主体是政府,各级财政所拨专款是救助资金的重要组成部分。在财力相对薄弱的宁强,用于医疗救助的专项资金比较有限:2007年上级医疗救助专款约70万元,地方投入5万~10万元,合计约80万元。但按照相关政策计算,全县医疗救助方面的资金需求为1 000万,存在巨大的资金缺口。而低水平的筹资情况下,医疗救助的救助水平也无法提高。

在宁强,虽然其医疗救助政策较为完善,但由于财力有限,政策在具体落实中存在一定的难度:农村医疗救助的资金有相当一部分用来帮助贫困人口缴纳参合费用,而用于大病医疗救助的救助资金则非常有限。

③知晓率较低。基线调查结果显示,28.9%的受访者知道医疗救助,知晓率较低;其中,来自低收入家庭的59位受访者的医疗救助知晓率更是仅为

16.9%,低于平均水平,而这部分人恰恰是最可能需要医疗救助的人群。

这部分低收入受访者2007年因为其他疾病住院的平均天数为16.5天,平均每人花费的医疗总费用为4 153.2元,其中人均自付金额为3 231.5元,自付比例达77.8%。

这从一定程度上可以看出,知晓率低导致的一个结果就是:由于贫困人口对医疗救助的不了解,其在支付医疗费用时,往往靠一己之力苦苦支撑。而一旦发现自己再也无力支付医疗费时就立即中止治疗,从而贻误了治疗时机,最终失去恢复健康的机会。

知晓率低引发的另一个结果就是医疗救助的资金利用率低,没有帮助到应该帮助或可以帮助的人。医疗救助的救助能力被束缚,没有达到预期的政策目标。^[4]

(2)政策建议

医疗救助是多层次医疗保障体系的基础,是将弱势群体纳入医疗保障体系的“网底”。宁强医疗救助目前存在的问题主要是资金基础薄弱,救助水平较低,群众知晓率低等。政府应针对这些问题,采取有效的措施。

①拓宽筹资渠道,提高救助水平。筹资水平低直接影响到医疗救助的发展和救助水平的提高,不利于政府对贫困人口的医疗救助。在当地社会经济水平发展的基础之上,相关部门需努力拓宽社会筹资渠道,如通过发行福利彩票等形式,汇集社会的援助力量,积极扩充医疗救助的资金储备,有效提高医疗救助的水平。

②提高救助标准,完善救助细则。目前,医疗救助的救助比例以及总金额都相对较低,建议适当提高二、三级医院医疗救助的救助比例,切实解决救助对象的实际困难。在经济条件允许的前提下,根据实际情况提高乃至取消救助金额的封顶线,最大程度释放医疗救助的效用。另外,宁强对于如何帮助救助对象迈过新农合报销起付线缺乏相关规定,两个制度的衔接存在断层,相关政府部门需要在发展医疗救助本身的同时,注意完善其与新农合的衔接,从而更好地整合两个制度的救助力量,使救助对象更好地享受到新农合和医疗救助的帮助。

③加大相关宣传力度。借助形式多样的传播媒介加大宣传力度,提高群众知晓率,特别是贫困人口等弱势群体的知晓率。提高医疗救助资金利用率,

确保资金最大程度发挥作用。

④由事中、事后救助向事前救助转变。目前的医疗救助大部分内容本质上属于事中或事后救助,也就是说救助对象在接受到救助的时候,已经因身染重病而致贫、返贫。政府应从保障贫困人口健康的角度出发,加大对贫困人口日常保健、疾病预防等方面的资金投入,从事后补救向事前干预转变,同时适当扩大受益人群,尽量降低贫困人口患大病的可能性,减少因病致贫、因病返贫的现象。^[5]

参 考 文 献

[1] 宁强“5·12”地震灾害损失严重抗震救灾有序进行[EB/

OL]. (2008-05-14) [2009-04-02]. http://www.nq.gov.cn/new/News_View.asp?NewsID=536.

- [2] 民政部,卫生部,财政部. 关于实施农村医疗救助的意见[Z]. 2003.
- [3] 汉中市民政局. 汉中市农村医疗救助实施细则[Z]. 2007.
- [4] 柳拯. 全国农村医疗救助工作现状、问题与思路[J]. 社会福利, 2004, (10): 34-37.
- [5] 梁鸿, 赵德余, 曲大维. 中国贫困医疗救助模式的制度缺陷及其改进思路[J]. 中国卫生资源, 2008, 11(1): 32-34.

[收稿日期:2009-05-09 修回日期:2009-05-14]

(编辑 田晓晓)

· 动态讯息 ·

世界卫生组织召开第 62 届世界卫生大会

2009 年 5 月 18 日到 22 日,世界卫生组织在日内瓦召开第 62 届世界卫生大会。本届会议通过了多项重要决议和战略计划,与会国家向世界表达了他们对于卫生工作的承诺。而对于甲型 H1N1 流感疫情,总干事表示,各国尤其是发展中国家仍需提高警惕。

世界卫生大会是世界卫生组织的最高权力机构,每年召开一次。由于本届大会正值甲型 H1N1 流感疫情在全球肆虐的特殊时期,为使各国卫生官员能够尽快回到工作岗位,世卫大会常委会将为期 9 天的会期压缩到了 5 天。同时,流感问题也成为了大会上最引人瞩目的话题。

针对流感疫情,世卫组织在世卫大会期间召开了高级别磋商会议,并与全球 30 家制药企业代表进行会晤,商讨流感疫苗的生产事宜。各大疫苗生产企业都已向世卫组织作出承诺,共同参与到疫苗生产工作中来。世卫组织助理总干事福田敬二在 22 日大会结束后的新闻发布会上确认,疫苗最早将于 6 月底上市。

对于广受关注的疫情警报级别问题,陈冯富珍在大会举行期间多次强调,目前的警报级别及各国采取的防控措施是适当的,也是基于该病毒目前所表现出的毒性而制定的,无需提升。但对于流感的危险性,陈冯富珍也在不断地提醒。她在闭幕致词中表示,甲型 H1N1 流感病毒的传染性依然很大,还

有很强的隐蔽性,而随着南半球进入流感高发期,它还存在着与其他流感病毒结合的可能。此外,一旦该病毒在一定范围内高发,那么它的致死率有可能会明显增加。她还特别强调,发展中国家应该提高警惕,因为那里的人民最易受到伤害。

除甲型 H1N1 流感以外,大会还讨论了许多其他议题。最终,大会通过了预防和控制结核病等 15 项决议。此外还通过了关于“公共卫生、创新和知识产权”的战略行动计划,评估和解决气候变化对健康影响的工作计划,并就推动建立流感病毒数据及疫苗共享机制达成一致。大会还认真听取并讨论了各国卫生系统为应对金融危机所做的工作。本届大会主席,斯里兰卡卫生部长德席尔瓦在闭幕讲话中表示,各国代表在讨论有争议问题时表现出的合作精神和灵活性是值得赞扬的。

联合国秘书长潘基文 19 日出席大会时说,卫生工作是一切工作的基础,意义重大,但目前卫生工作面临着种种危机,团结一致是应对这些危机的关键。在多重危机阴影下召开的本届大会虽然因流感疫情的出现而舍弃了一些议题,但至少展示出了各国在卫生这一基础工作中的团结合作态度。

(来源:世界卫生组织和国际在线网站;摘编:马琳)