

湖南地质灾害隐患点多达18570处,年度地质灾害防治方案发布

# 4月至9月为地质灾害重点防范期



扫码看视频

三湘都市报5月20日讯 湖南省人民政府新闻办公室今天召开新闻发布会,介绍《湖南省2024年地质灾害防治方案》的相关情况。记者从会上获悉,截至2023年

底,全省共有地质灾害在册隐患点18570处,数量居全国第五。根据2024年地质灾害趋势预测,4至9月我省地质灾害发生频率较高,为重点防范期。

## 今年地灾数量同比增加两倍多

湖南地貌类型多样,山地、丘陵和岗地占全省总面积的80.5%,是全国地质灾害最严重的省份之一,地质灾害发灾数多年位居全国第一。截至2023年底,全省已查明各类地质灾害隐患点18570处(特大型45处、大型130处),居全国第五,威胁人口70.87万,威胁财产319.47亿元。

同时,我省人口分布稠密,为全国平均水平的2.3倍,人类工程活动强烈,特别是山地丘陵区农村切坡建房现象比较普遍。目前全省有88.29万农村切坡建房户,农村切坡建房引发地质灾害形势严峻,交通、水利等工程建设项目引发地质灾害或安全事故近年来也逐渐突出。

总体来看,我省地质灾害主要由强降雨和人类工程活动诱发。

截至5月15日,2024年全省共发生地质灾害183起,造成财产损失2276万元,成功避让30起,涉及可能伤亡308人,避免经济损失2008万元。与去年同期相比,地质灾害起数增加57起,增幅221.05%;直接经济损失增加1695.3万元,增幅291.94%。

湖南省自然资源厅总规划师申志军介绍,湖南地质灾害发灾数量较去年同期增幅较大,气候条件诱发是主要原因。今年以来,我省共出现3次低温雨雪冰冻灾害天气过程(1月和2月)和16轮强降雨过程(3月底以来)。1至4月,全省平均降水量526.6毫米,较常年偏多24%。冰雪消融、强降雨天气,造成斜坡表面重量增加、软化滑动面,以及雨水多次冻结体积膨胀加大裂隙宽度等,导致成灾情况频发。

## 今年将在390处隐患点部署设备

据气象部门预测,今年我省汛期(4至9月)降水较常年总体偏多,涝重于旱,汛期地质灾害发生频率较高,为重点防范期。

针对以上情况,今年地质灾害防治主要任务有五项:推进1:10000地质灾害调查与风险评价成果的集成和应用;实施重要地质灾害工程治理和突发性地质灾害排危除险,加强地质灾害防治国债资金项目管理,确保按时按质完成任务;进一步完善“递进式”地质灾害气象预报预警机制,提升市县“递进式”精准预报能力;持续推进地质灾害“点面双控”体系建设;强化科技攻关,加强防治装备建设,扩大宣传培训范围。

值得一提的是,目前湖南正大力通过科技手段来提升地质灾害预警能力。在已有群测群防体系基础上,湖南已在全省3957处隐患点部署了专业监测设备,在山地丘陵区村组建设有2000个雨量计,监测点覆盖率为21.31%。根据规划,2024年我省将继续加强部署监测设备,完成390处隐患点的设备部署,对424处地质灾害监测点进行改建,新建设1814处村镇雨量计。

■文/视频 全媒体记者 潘显璇



扫码看视频

DRG,全称为按疾病诊断相关分组付费方式,被很多人称为“打包付费”。这个“打包付费”是指医保经办机构对医院的服务单元进行“打包”确定医疗服务费用的支付标准,超出支付标准外的费用,医保不再支付。

近三年来,湖南省推行医保支付方式改革,在湘潭市、郴州市等部分统筹区以“DRG”的方式来施行改革。那么,这种针对医院的打包付费方式,能不能帮患者降低住院费用呢?5月20日,湖南省医保局释疑。

■文/视频 三湘都市报全媒体记者 李琪 通讯员 新稼轩



长沙市民在医保窗口结算医疗费用。资料配图

## DRG如何帮助参保人住院“少花钱”

### 省医保局解读医保DRG付费模式

#### DRG能帮患者降低住院费用

DRG支付改革会降低参保人负担吗?湖南省医保局工作人员介绍,在DRG支付改革之前,医院按照每一种药品、每一种检查、每一种手术操作方法的价格和数量收费,每一项费用均为参保人和医保部门成本,由双方来承担,医院就有“大处方”“大检查”等过度医疗的冲动,反正有人照单付费。

在DRG支付改革之后,医保部门根据疾病诊断和治疗方式等因素形成的分组结果来支付,如急性阑尾炎切除术就归入“阑尾切除术组”按照固定价格“打包支付”,医院自负盈亏,医生使用的每一个药品、检查和操作都将计入医院成本并承担经济风险,为此医院和医生就有规范行为、提升效率、降低成本的内生动力,医疗总费用下降。

由此可见,虽然参保人自付部分按项目付费不变,但由于医保经办机构向医院按DRG付费,使得医院趋向控制医疗总费用。

医疗总费用降低了,患者相应的个人负担也就减轻了。

#### DRG如何为参保人降低负担

针对这个问题,湖南省医保局相关工作人员通过一个极简模型,展示DRG的基本原理。

医保部门经过大数据测算,确定某医院治疗A病组的医疗费用付费标准(即所谓的“打包”价格)为10000元。参保人张三(化名)到该医院住院,根据疾病诊断和治疗方式等因素归入A病组,根据张三现有医保待遇政策计算,假定张三的自付比例为40%。

治疗方案一:实际发生医疗总费用为11000元,医院收入10000元(张三支付11000元×40%+医保经办机构支付5600元),相当于医院净亏1000元。

治疗方案二:实际发生医疗总费用为9000元,医院收入10000元(张三支付9000元×40%+医保经办机构支付6400元),相当于医院增收1000元。

对比可见,在效果相同的情况下,医院将采取措施加强管理、优化流程、降低成本向第二个方案看齐,从根本上规范临床医疗行为,遏制医院过度医疗

的动力。这个变化过程中,患者的医保待遇报销比例60%是不变量,由于医院主动控费,医疗总费用降低,患者的自付费用也就随之减少。

#### 医保“打包支付”会导致治疗不足吗

实行DRG付费后,医疗机构会不会出现治疗不足、强制出院等现象?湖南省医保局解析,目前政府部门联合制定了一系列监管制度和措施,严防这种情况出现。如有参保人遭遇这样的情形,请大胆向医院投诉,向媒体曝光,还可向医保、卫健部门举报,政府部门一定会严肃处理。

#### 链接

#### 支付方式改革是简单“控费”吗

有人说医保支付方式改革是因为要控制医保基金费用支出,这一说法有根据吗?

日前,国家医保局有关负责人答复,医保支付方式是医保经办机构向医疗机构支付费用的具体方式,包括按项目付费、按病种付费、按床日付费等,不同方式对临床诊疗行为有不同的引导作用。我国先后启动DRG(按病组)和DIP(按病种分值)付费支付方式试点。

到2023年底,超九成统筹地区已开展DRG/DIP支付方式改革。改革后,改革地区住院医保基金按项目付费占比下降到1/4左右。

需要说明的是,支付方式改革的目的是不是简单的“控费”,而是引导医疗机构聚焦临床需求,采用适宜技术因病施治、合理诊疗,避免大处方、滥检查,更好保障参保人员权益。

改革后的支付标准随社会经济发展、物价水平变动等适时提高。每年,医保基金支出都维持增长趋势,并高于GDP和物价的增幅。