

# **EXPLIQUER :**

## **Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) et les Missions Régionales de Santé (MRS)**

(Mai 2007)

### **1 Du FAQSV au FIQCS**

Le Décret N°2007-973 du 15 Mai 2007 relatif au Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) insère une nouvelle section dans le Code de la Sécurité Sociale. Trois sous-sections : Instances Nationales, Instances Régionales, et Dispositions diverses (\*).

(\*) A la date d'entrée en vigueur du décret, les crédits non consommés au titre des Dotations Nationale ou Régionales de Développement des Réseaux (DNDR, DRDR) ou du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) sont transférés au FIQCS (à l'exception des fonds relatifs au financement de l'évaluation des pratiques professionnelles - EPP).

### **2 Gestion du FIQCS au niveau Régional**

L'attribution des aides du FIQCS est confiée aux Bureaux des Conseils Régionaux de la Qualité et de la Coordination des Soins (CRQCS – Cf. 3 & 4) au sein des Missions Régionales de Santé (MRS - Cf. 5). Le Comité National de Gestion notifie à chaque MRS les crédits qui lui sont délégués. Cette notification précise notamment la part réservée aux expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre des missions octroyées à l'Assurance Maladie :

*« ... promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et coordonner les actions menées à cet effet par les caisses régionales et les caisses primaires d'assurance maladie, dans le cadre des programmes prioritaires nationaux ... »*

L'attribution peut être pluriannuelle, pour une durée maximale de 5 ans, obligatoirement soumise à évaluation à l'issue de chaque période financée, et à minima tous les 3 ans. Une convention unique peut être signée entre un promoteur de projet et plusieurs MRS.

### 3

#### **Conseil Régional de la Qualité et de la Coordination des Soins (Constitution)**

1/ Collège de l'Assurance Maladie :

→ 8 représentants du conseil de l'URCAM, dont son président + au moins 1 représentant de la MSA + au moins 1 représentant du RSI

2/ Collège des professionnels de santé :

→ 2 membres de l'URML (1 généraliste + 1 spécialiste)

→ 4 représentants désignés parmi les membres d'organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national

→ 2 représentants de Conférences Médicales d'Etablissements (CME) de la région

3/ Fédérations d'établissements sanitaires et médicaux sociaux de la région :

→ 3 représentants

4/ Personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences dans le domaine de la santé ou de la protection sociale :

→ 3 représentants

5/ Elus locaux :

→ 3 dont 1 Conseiller Régional, un Conseiller Général, et un Maire

A part pour le 4/, chaque membre dispose d'un suppléant. Celui-ci n'assiste aux réunions qu'en cas d'absence du titulaire. Les suppléants remplacent les titulaires dans les mêmes conditions de statut et de durée de mandat restant à accomplir. Les membres du CRQCS sont nommés par arrêté du Préfet pour une durée de 3 ans. Ils cessent leur fonction en cas de perte de la qualité pour laquelle ils avaient été nommés.

Le Conseil se réunit au moins deux fois par an et donne son avis à la MRS sur les priorités d'actions et d'affectations de la dotation régionale. Le Conseil soumet à la MRS un rapport annuel d'activité. Les crédits non consommés au niveau régional sont reversés au Fonds national à la clôture de chaque exercice.

### 4

#### **Conseil Régional de la Qualité et de la Coordination des Soins (Bureau)**

Le Bureau du CRQCS est issu du CRQCS. Il comprend :

→ 4 représentants titulaires de l'URCAM, dont son président

→ 3 professionnels libéraux de santé

→ 1 représentant des fédérations d'établissements sanitaires et médicaux sociaux

Le Bureau est présidé par le président de l'URCAM. Il décide de l'attribution des aides en vue des expérimentations relatives aux soins de vieillesse et donne un avis sur les autres propositions d'attributions d'aides. Il est informé par le directeur de la MRS du suivi de l'exécution des aides attribuées. Les délibérations du Bureau sont soumises au contrôle du Préfet de Région qui peut demander une seconde délibération. Lorsqu'une décision d'attribution d'aide est devenue exécutoire, la contractualisation avec le bénéficiaire doit intervenir dans un délai de 3 mois.

## 5

### Mission Régionale de Santé (MRS)

D'après l'Article L.162-74 du Code de la Sécurité Sociale (Coordination des soins).

Une Mission Régionale de Santé (MRS) est constituée entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). Elle est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle détermine notamment :

→ Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et des centres de santé en tenant compte du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Ces orientations définissent en particulier les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs prévus par les conventions.

→ Après avis du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins.

→ Le programme annuel des actions destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine. La MRS en assure la conduite et le suivi.

→ Le programme annuel de gestion du risque dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires. La MRS en assure la conduite et le suivi. Ce programme intègre la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'évaluation de leur respect.

Cette mission est dirigée alternativement, par périodes d'une année, par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM.

Les orientations relatives à la Démographie et les propositions d'organisation du système de Permanence des Soins sont soumises à l'avis de la Conférence Régionale de Santé (CRS). Chaque année, la mission soumet les projets de programme de Coordination et de Gestion du Risque à l'avis de la CRS. Elle lui rend compte annuellement de la mise en œuvre de ces programmes. La CRS tient la MRS informée de ses travaux. La MRS apporte son appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en œuvre par le Groupement Régional de Santé Publique.

