

En réponse à la crise sanitaire, un soutien financier massif a été déployé en 2020 afin de garantir la protection des personnes, des soignants et du système de santé dans son ensemble. Cette fiche retrace les mesures et les dépenses exceptionnelles mises en œuvre dans le cadre de l'urgence sanitaire.

L'accompagnement des professionnels de santé

Le secteur libéral

Les mesures de restrictions de déplacement et d'activité mises en place lors du premier confinement, le 17 mars 2020, se sont traduites par une chute brutale de la fréquentation de certains professionnels de santé. Afin de préserver les capacités du système de santé dans la durée, le gouvernement a mis en place un dispositif exceptionnel d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA).

Cet accompagnement économique, qui vise à garantir la capacité des professionnels de santé à faire face à leurs charges fixes, couvre la période de mars à juin 2020. Il a été réactivé pour les seuls professionnels libéraux exerçant au sein d'établissements de santé pour les mois d'octobre à décembre 2020. L'Assurance maladie intègre dans le calcul des charges à couvrir au titre du DIPA, pour les généralistes, sages-femmes et infirmiers, une majoration forfaitaire

de 700 euros par mois afin de couvrir les frais d'adaptation de leur activité aux mesures de distanciation et pour l'achat d'équipements de protection individuels.

Au total, la dépense prise en charge par l'Assurance maladie au titre du DIPA pour les professionnels de santé exerçant en ville s'élève à 1,4 milliard d'euros en 2020. Au sein des comptes de la santé, cette dépense de gouvernance est considérée comme une subvention au système de santé, hors CSBM (annexe 2). Les médecins spécialistes et les dentistes, qui ont subi les plus fortes baisses d'activité, ont reçu respectivement 32 % et 25 % de l'enveloppe du DIPA.

Les revalorisations salariales

Au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, les primes et revalorisations des heures supplémentaires du personnel soignant (hors mesures « Ségur de la santé ») dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire se sont élevées à 2,4 milliards d'euros.

Tableau 1 Montants versés aux professionnels de santé en ville au titre du DIPA

En millions d'euros

	Prestations versées au titre du DIPA (en millions d'euros)	Part (en %)	Nombre de praticiens ¹	Montant moyen versé par praticien (en euros)
Médecins généralistes	173	11,9	66 634	2 593
Médecins spécialistes	471	32,5	61 968	7 597
Sages-femmes	3	0,2	7 637	378
Dentistes	362	25,0	37 077	9 769
Infirmiers	42	2,9	131 575	320
Masseurs-kinésithérapeutes	146	10,1	75 551	1 931
Orthophonistes	14	1,0	23 899	605
Orthoptistes	2	0,2	3 965	597
Pharmaciens	82	5,7	29 980	2 747
Transports sanitaires	153	10,5	n.d.	n.d.
TOTAL	1 449	100,0	n.d.	n.d.

1. Praticiens au statut libéral ou mixte. Les praticiens salariés ne pouvaient pas bénéficier du dispositif.

Note > Le montant des prestations versées au titre du DIPA est tiré des tableaux centraux de comptabilité (TCDC) des régimes obligatoires de l'Assurance maladie ; la répartition par professionnels de santé a été calculée grâce aux données statistiques mensuelles de la CNAM.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses médicales supplémentaires

Les tests de dépistage

En 2020, le coût des dispositifs de dépistage (tests PCR et tests antigéniques, prélèvements inclus) effectués en ville est estimé à 2,2 milliards d'euros. Celui des tests en établissements de santé est estimé à 0,4 milliard d'euros.

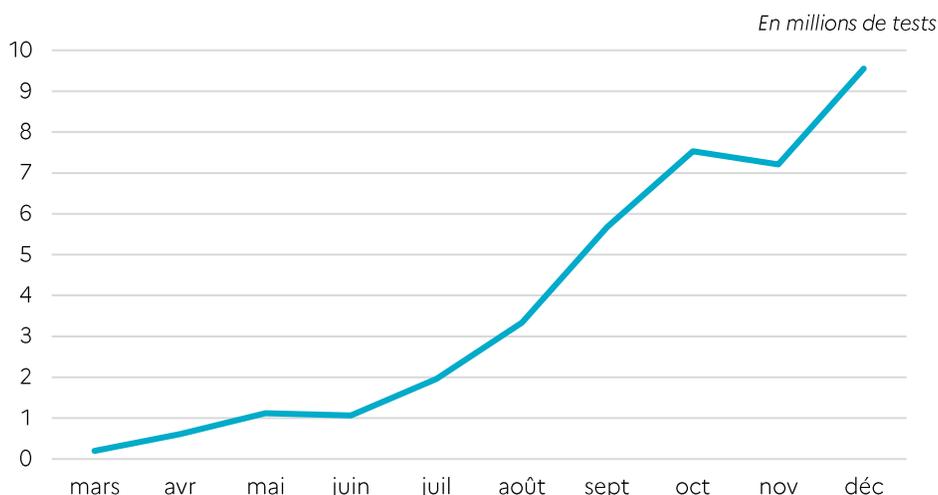
À compter de fin juillet, les tests PCR sont pratiqués sans ordonnance et sont pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. Ce type de test est effectué en laboratoire mais les prélèvements nécessaires à leur réalisation peuvent

être faits par des médecins biologistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que par des infirmiers.

Dans le contexte de reprise épidémique à l'automne, l'arrivée sur le marché des tests rapides antigéniques à la fin du mois de septembre a permis de compléter la stratégie de diagnostic. Ces tests ont été délivrés gratuitement aux pharmaciens, médecins, laboratoires d'analyses, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes et sages-femmes.

Au total, en 2020, plus de 38 millions de tests ont été réalisés que ce soit en ville ou à l'hôpital.

Graphique 1 Nombre de tests antigéniques et PCR



Champ > Ces données regroupent l'ensemble des tests effectués en ville ou à l'hôpital.

Lecture > Au mois de décembre 2020, 9,6 millions de tests PCR ou antigéniques ont été réalisés en France, en ville (offices, laboratoires ou praticiens libéraux) ou à l'hôpital.

Champ > France.

Source > Enquête SIDEP.

Les masques

Le montant des achats de masques par la France est estimé à 6 milliards d'euros au cours de l'année 2020. Plus des trois quarts des achats de masques ont été importés. Une part importante de ces achats (estimée à 2 milliards d'euros) a été stockée par les entreprises et les administrations (en particulier par Santé publique France) au cours de l'année 2020. Ainsi, la consommation totale de masques au cours de l'année 2020 est estimée à 4 milliards d'euros.

La distribution gratuite de masques opérée par l'État à compter de mars 2020 (aux personnes atteintes de la Covid-19, personnes fragiles, professionnels de santé...) s'est achevée en octobre. À partir de cette date, l'approvisionnement et

la délivrance s'effectuent à partir de stocks achetés par les pharmaciens d'officine. L'Assurance maladie prend en charge cette dépense en cas de prescription médicale. Pour le seul régime général, ce sont plus de 140 millions d'euros qui ont été remboursés au titre de la délivrance de masques.

Pour l'année 2020, la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) estime à 230 millions d'euros la rémunération des pharmaciens au titre des prélèvements de tests antigéniques et de la distribution des masques.

La téléconsultation

La période de confinement s'est accompagnée d'une modification des pratiques des professionnels de santé et des patients.

En effet, afin de faciliter le recours aux soins durant la crise et de protéger au mieux les professionnels de santé et les assurés, la télé-médecine s'est fortement développée. Elle représente près de 25% des consultations médicales au cours du premier confinement (*fiche 2*). Ces téléconsultations ont fait l'objet d'une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie et ont été ouvertes à différentes catégories de professionnels de santé. La CNAM estime à 410 millions d'euros le coût de leur prise en charge sur l'ensemble de l'année 2020, tous professionnels confondus.

Par ailleurs, à compter du 1^{er} mai 2020, des consultations longues en présentiel ou à distance (tarifées à 46 euros), également exonérées du ticket modérateur, ont été mises en place pour les personnes vulnérables n'ayant pas consulté durant le premier confinement. Le coût lié à l'exonération de ticket modérateur pour les téléconsultations et à la mise en place des consultations longues pour les personnes vulnérables est estimé à 0,1 milliard d'euros.

Les dotations à l'Agence nationale de santé publique et au fonds d'investissement régional

L'Assurance maladie a alloué une dotation supplémentaire à l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France) de 4,8 milliards d'euros pour lui permettre de financer notamment les achats de masques (3,0 milliards d'euros), d'équipements de protection (0,7 milliard d'euros), des médicaments et des vaccins (0,4 milliard d'euros), des respirateurs et matériels médicaux associés (0,3 milliard d'euros). Au sein des comptes de la santé, cette dépense est comptabilisée comme une dépense de prévention, hors CSBM (*fiche 21*).

Par ailleurs, le fonds d'investissement régional (FIR) a été doté d'une enveloppe supplémentaire de 0,3 milliard d'euros afin de garantir la gestion de financement local des agences régionales de santé (ARS).

Les indemnités journalières

Avec la crise sanitaire, un nouveau dispositif d'indemnités journalières a été mis en place afin de couvrir les assurés dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle compte tenu des restrictions de déplacements. Sont notamment couverts par ce dispositif les parents d'enfants sans mode de garde (du fait des fermetures des crèches et des établissements solaires) ainsi que les assurés considérés comme particulièrement à risque (ou vivant avec des personnes vulnérables).

Ce dispositif exceptionnel a également été étendu aux professionnels libéraux (avant la crise, seuls les artisans, commerçants et exploitants agricoles bénéficiaient d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie) et a été octroyé sans condition d'ouverture de droits et sans application de délai de carence (correspondant aux trois premiers jours d'arrêt dans le droit commun). À partir du 1^{er} mai 2020, le mécanisme d'activité partielle (financé par l'État et l'Assurance chômage) vient se substituer à l'extension des indemnités journalières pour les salariés du secteur privé, seuls les travailleurs indépendants et les non-salariés agricoles restant couverts par ce dispositif exceptionnel.

Le surcoût de ce dispositif dérogatoire pour les assurés relevant du régime général (y compris professionnels libéraux concernés par la mesure et annulation des jours de carence) est estimé à 1,7 milliard d'euros. Au total, les indemnités journalières versées par l'ensemble des régimes obligatoires au titre de la maladie augmentent de 19,4% (après +4,2% en 2019).

La compensation de perte de recettes des établissements de santé et établissements médico-sociaux

La déprogrammation des interventions non urgentes, décidée afin d'optimiser la capacité sanitaire pour des pathologies dont la prise en charge était prioritaire, a eu un impact sur l'organisation des établissements publics et privés et sur leurs recettes. Une garantie de financement a été mise en place pour l'ensemble des établissements sanitaires afin de leur assurer un niveau de recette minimal pour l'activité de soins couvrant la période de mars à décembre 2020.

Le montant versé au titre de cette garantie de financement est estimé à 1,0 milliard d'euros pour les cliniques privées. Le traitement comptable de ces garanties de financement est différencié entre les secteurs public et privé en raison des conventions spécifiques au cadre de la comptabilité nationale (*annexe 2*).

Un système de compensation des pertes de recettes a été également mis en place pour les établissements médico-sociaux, se traduisant par le versement de 0,5 milliard d'euros.

La contribution exceptionnelle des organismes complémentaires

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a mis en œuvre une contribution exceptionnelle, au titre des années 2020 et 2021, à la charge des organismes complémentaires.

En effet, compte tenu de la baisse des soins pendant les périodes de confinement, ces organismes ont enregistré de moindres dépenses. Ils sont mis à contribution afin de financer une partie des dépenses supplémentaires prises en charge par l'Assurance maladie. Cette taxe s'est

élevée à près de 1 milliard d'euros en 2020 (fiche 19). S'agissant d'un transfert des organismes complémentaires au bénéfice de l'Assurance maladie, ce montant n'est pas comptabilisé dans les comptes de la santé. ■

Pour en savoir plus

- > **Projet de loi de financement Sécurité sociale pour 2021** (2020, septembre).
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2021, juin). *Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2020, prévisions 2021.*
- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2021, juillet). *Rapport Charges et produits pour l'année 2022.*
- > **Les comptes de la nation en 2020** (2021, mai). Insee, *Insee première*, 1860.