

Le DIPA : Quoi qu'il en coûte MAIS...

... on ne vous DIPA tout !

Actuellement les demandes de remboursement du DIPA concernent environ la moitié des professionnels de santé libéraux, conséquence du changement des modalités de calcul initialement annoncées au printemps 2020.

Le DIPA, Dispositif d'Indemnisation de la Perte d'Activité, a été mis en place par l'ordonnance du 2 mai 2020. L'objectif était de couvrir une partie des charges fixes des professionnels de santé libéraux. Ce n'était pas une compensation de revenus.

Le mode de déclaration initial (mensualisé) induisait en erreur, car les périodes de déclaration semblaient indépendantes ; or, il s'est avéré en définitive que les périodes prises en compte ont été regroupées en une seule et même période.

Il n'y a donc eu qu'une seule aide en lien avec la période du 16 mars au 30 juin 2020 (soit sur 3,5 mois) calculée sur le chiffre d'affaires de ces mois-là, comparé à une moyenne globale de 3 mois et demi de l'année 2019, sans prendre en compte l'impact économique du confinement sur l'activité des cabinets libéraux qui a duré au-delà du 30 juin 2020.

C'est précisément cette perte d'activité sur le long terme qui n'a pas été prise en compte dans le nouveau mode de calcul. Il aurait été plus juste de comparer les chiffres d'affaires des deux années d'exercice complètes : 2019 et 2020.

Le mode de calcul final est apparu dans le décret du 30 décembre 2020 :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042841083>

Pour plus de précisions sur le calcul de cette aide, Tf étant le taux de charge fixe moyen :

Le calcul est le suivant (H 2019 - H 2020) x Tf - Aide

Pour 2019 les honoraires (H2019) sont calculés ainsi : total des honoraires sans dépassement perçu en 2019 réduit à la période d'aide.

SNIR 2019 x 3,5 mois / 12 mois

Pour 2020 : H 2020 est le total des honoraires sans dépassement facturés ou à facturer pendant la période d'aide donc ne concerne que la période d'aide.

Tf est le taux de charge fixe moyen soit :

Si l'activité du pro a été en 2020 / 2019 < 30 % le Tf est 39 %

> 30% et > 60% → Tf = 40,8 %

> 60 % → Tf = 44,5 %

Nous vous invitons à être vigilant en demandant si besoin le détail du calcul à la CPAM afin de vérifier l'exactitude des montants. Une contestation peut se faire dans les deux mois qui suivent la date de réception de la lettre de la CPAM en saisissant la commission de recours amiable de la CPAM du département d'exercice par lettre recommandée avec tous les éléments contestés.

Un étalement des remboursements peut également être demandé jusqu'à fin 2022.