

ÉTUDES et RÉSULTATS

juillet 2022
n° 1238

Dépense de santé en Europe : une forte hausse en 2020 sous l'effet de la pandémie de Covid-19

En 2020, les dépenses de santé ont fortement augmenté en Europe, du fait de la crise sanitaire : +15,7 % au Royaume-Uni, +6,3 % en Allemagne et +3,9 % en France. Le Royaume-Uni consacre à la santé 500 euros par habitant (en parité de pouvoir d'achat) de plus qu'en 2019, une hausse nettement plus marquée qu'en Allemagne (+300 euros) et qu'en France (+150 euros).

En France, au Royaume-Uni et en Allemagne, la croissance des dépenses de santé s'explique essentiellement par les coûts liés à l'épidémie : achat de masques, tests de dépistage, primes aux soignants, etc. Au Royaume-Uni, la hausse spectaculaire des dépenses de santé provient en particulier des coûts très élevés consacrés à l'acquisition de masques (achetés en trop grande quantité et au-dessus des prix du marché) et à la mise en place du système de dépistage et de suivi des malades.

Dans ces trois pays, les dépenses de santé ont néanmoins été freinées par la diminution des soins provoquée par les déprogrammations d'opérations non urgentes, ainsi que par la baisse d'activité des soins en ville lors des périodes de confinement. Les professionnels de santé ont été indemnisés financièrement pour ces pertes d'activité.

Solal Chardon-Boucaud (DREES)

> **Remerciements** aux conseillers aux affaires sociales du Royaume-Uni, de l'Allemagne et de la Suède ainsi qu'à la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI).

En 2020, sous l'effet de la crise sanitaire, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [encadré 1] augmente dans tous les pays européens ayant communiqué des données à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE¹), à l'exception de la Belgique. La variation de la DCSi entre 2019 et 2020 est très différenciée suivant les pays : elle s'échelonne entre -3,3 % pour la Belgique et +19,5 % pour la Tchéquie (*graphique 1*). Le Royaume-Uni enregistre la troisième hausse de la DCSi la plus élevée d'Europe (+15,7 %), loin devant les Pays-Bas (+8,1 %),

l'Allemagne (+6,3 %), la France (+3,9 %) et l'Italie (+2,6 %). La hausse généralisée de la DCSi tient pour l'essentiel aux dépenses exceptionnelles liées à l'épidémie de Covid-19. Néanmoins, à l'heure actuelle, ces surcoûts spécifiques sont difficiles à comparer de façon exhaustive et harmonisée entre les pays. Des premières estimations en France, en Allemagne et au Royaume-Uni (trois pays avec des systèmes de santé aux contextes différents) [encadré 2] permettent d'identifier les principaux éléments ayant contribué à l'augmentation de la DCSi.

1. Début juillet 2022, 26 pays européens ont communiqué leur DCSi 2020 à l'OCDE. Seuls ces pays sont analysés dans cet *Études et Résultats*.

•• Une augmentation plus forte qu'au cours des dix dernières années

Avec l'épidémie de Covid-19, la croissance de la DCSi entre 2019 et 2020 est bien supérieure aux tendances observées avant la crise sanitaire (taux de croissance annuel moyen entre 2010 et 2019) dans la quasi-totalité des pays européens de l'OCDE (*graphique 1*). Dans tous les pays considérés, sauf en Grèce, la DCSi augmente pourtant de façon structurelle entre 2010 et 2019. Elle croît même dans une majorité de pays plus rapidement que le PIB. Mais en France, en 2020, la hausse de la DCSi est 1,8 point supérieure à l'augmentation moyenne des neuf années précédentes (+3,9 % contre +2,1 % par an) ; en Allemagne, elle est 2,3 points plus élevée (+6,3 % contre +4,0 %). En France, l'augmentation des dépenses est traditionnellement pilotée via l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), qui fixe des cibles de dépenses de soins en ville et dans les hôpitaux (autour de +2,5 % avant la crise du Covid-19). Au Royaume-Uni, les dépenses de santé ont augmenté de 15,7 % en 2020, une croissance spectaculaire, beaucoup plus marquée que celle enregistrée entre 2010 et 2019 (+3,7 % par an en moyenne). La Belgique est l'unique pays d'Europe où la dépense de santé régresse en 2020 (-3,3 %). Cela tient essentiellement au fait que le pays n'a pas comptabilisé dans le calcul de la DCSi les indemnités versées aux professionnels de santé dont l'activité était limitée ou empêchée par la crise sanitaire. Sans prise en compte de

ces compensations, la dépense de santé est *de facto* réduite par la diminution des soins provoquée par les déprogrammations d'opérations non urgentes à l'hôpital, ainsi que par la baisse d'activité des soins en ville lors des périodes de confinement. La Belgique a également interdit les nouvelles admissions en maison de retraite pendant la crise, diminuant ainsi le volume de soins de longue durée.

Au Royaume-Uni, la dépense de santé a augmenté de 500 euros par habitant en 2020

En 2020, le Royaume-Uni consacre 2,1 points de PIB de plus qu'en 2019 à la santé (*graphique 2*). Cette hausse est largement supérieure à celle des autres pays européens : la Tchéquie, deuxième pays où l'augmentation est la plus marquée, ne consacre que 1,6 point de richesse nationale supplémentaire à la santé, davantage qu'en Allemagne (+1,1 point) et en France (+1,1 point).

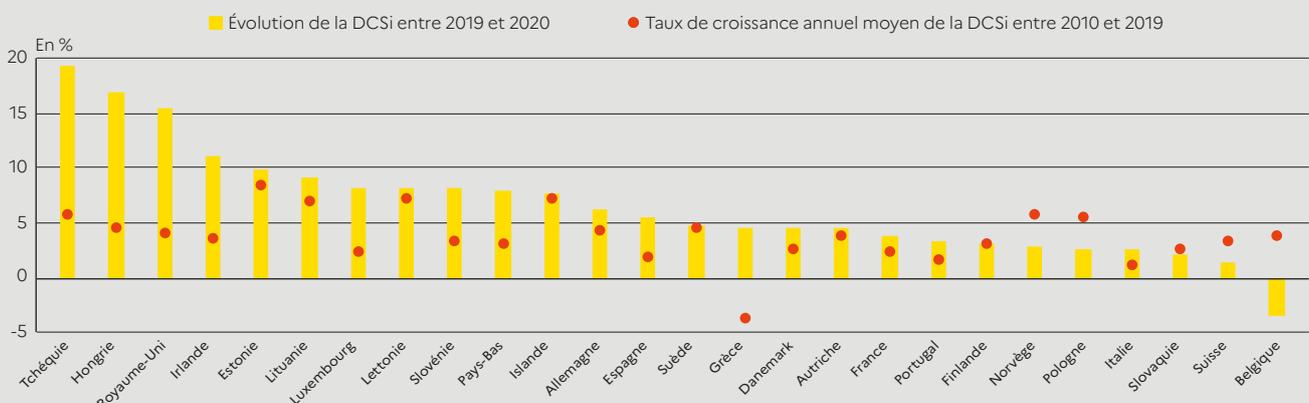
En 2020, les Britanniques consacrent 500 euros en parité de pouvoir d'achat (PPA) par habitant de plus qu'en 2019 à la santé, contre 300 euros en Allemagne et 150 euros en France (*graphique 3*). À l'inverse, la dépense par habitant n'augmente que de 50 euros en Slovaquie et en Suisse, et elle diminue de 150 euros en Belgique (pour les raisons citées précédemment). À l'aune de cet indicateur, c'est la Suisse qui présente la dépense la plus élevée en 2020 : elle consacre 5 450 euros par habitant à la santé, devant l'Allemagne (4 950 euros) et la Norvège (4 850 euros). La France se situe au

Encadré 1 La dépense courante de santé au sens international (DCSi)

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) correspond à la consommation finale effective de services sanitaires et de biens médicaux. Cette consommation peut être individuelle (comme une consultation médicale) ou collective (comme une campagne de prévention). Dans l'Union européenne des 15 (UE-15), en moyenne, en 2019, 80 % de la DCSi est financée par les États et par des assurances obligatoires publiques ou privées (Gonzalez, *et al.*, 2021). Une faible part des dépenses de santé de la DCSi est prise en charge par des assurances privées facultatives ou directement par les ménages. La DCSi est le seul agrégat harmonisé au niveau international permettant une comparaison des dépenses de santé entre pays. Elle est établie selon les règles du System of Health Accounts (SHA), piloté par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

La DCSi inclut quatre grandes catégories de dépenses : les dépenses liées au traitement direct des problèmes de santé (hôpitaux publics, cliniques privées, etc.), les soins de longue durée (soins aux personnes âgées en institution, soins infirmiers à domicile, etc.), les campagnes de prévention (centres de planification familiale, vaccins, etc.) et les dépenses liées à la gouvernance du système de santé (coûts de gestion des organismes de sécurité sociale et des mutuelles, etc.). Elle exclut toutes les dépenses qui ne correspondent pas à de la consommation, notamment les revenus de remplacement (indemnités journalières, rentes liées à un accident du travail) et les dépenses d'investissement (construction d'un hôpital, recherche médicale, etc.). Pour cette raison, la DCSi en 2020 compte très peu de dépenses liées à la vaccination contre le Covid-19. Les coûts de recherche et développement sont en effet exclus et les doses de vaccins ne sont comptabilisées qu'à partir du moment où elles sont administrées aux patients. Les campagnes de vaccination n'ayant débuté dans la majorité des pays qu'à la toute fin de l'année 2020, les montants correspondant aux injections sont très faibles. Ils seront bien sûr beaucoup plus importants en 2021.

Graphique 1 Évolution de la DCSi entre 2019 et 2020 et taux de croissance annuel moyen de la DCSi entre 2010 et 2019



Note > Début juillet 2022, 26 pays européens ont communiqué leur DCSi 2020 à l'OCDE. Seuls ces pays sont analysés dans cet *Études et Résultats*. Pour la Suède, le taux de croissance annuel moyen de la DCSi est calculé sur la période 2011-2019 (du fait d'une rupture méthodologique majeure en 2011).

Lecture > En 2020, la DCSi augmente de 15,7 % au Royaume-Uni. Elle y avait augmenté en moyenne de 3,7 % par an entre 2010 et 2019.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

> *Études et Résultats* n° 1238 © DREES

9^e rang des pays de l'échantillon étudié, avec une dépense de santé en euros PPA de 4 150 euros. Le Royaume-Uni se situe lui au 12^e rang, avec 3 800 euros PPA dépensés par habitant.

Royaume-Uni : une augmentation de la DCSi principalement due à l'acquisition de masques et d'équipements de protection individuelle

En 2020, les dépenses exceptionnelles liées à l'épidémie de Covid-19 expliquent l'essentiel de la hausse de la DCSi. Des premières estimations en France, en Allemagne et au Royaume-Uni permettent d'identifier les principaux éléments ayant nourri cette augmentation. Une partie des dépenses de santé exceptionnelles provient de l'acquisition des équipements rendus indispensables par la crise sanitaire. Ainsi, la France a consacré 3,9 milliards d'euros à l'achat de masques en 2020 et 0,7 milliard aux équipements de protection individuelle, soit un total de 4,6 milliards d'euros² [Schéma 1]. La majorité de ces dépenses ont été couvertes par une dotation exceptionnelle versée à l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France)³ [Gonzalez *et al.*, 2021]. 1,9 milliard d'euros de masques supplémentaires ont par ailleurs été stockés par Santé publique France, leur acquisition n'étant pas comptabilisée dans le calcul de la DCSi puisqu'ils n'ont pas été consommés. Le Royaume-Uni a consacré 14,8 milliards de livres⁴ (environ 16,5 milliards d'euros) à l'achat de masques et équipements de protection individuelle, stocks compris, dont une consommation effective de mars à fin octobre 2020 estimée à 10,0 milliards de livres (11,2 milliards d'euros) [Department of Health and Social Care, 2021]. Selon l'administration britannique, cette dépense extrêmement élevée s'explique par des erreurs de gestion en matière de planification des achats et d'utilisation opérationnelle, des équipements au-dessus des prix du marché, des achats de produits défectueux et une demande

Encadré 2 Des systèmes de santé différents en France, en Allemagne et au Royaume-Uni

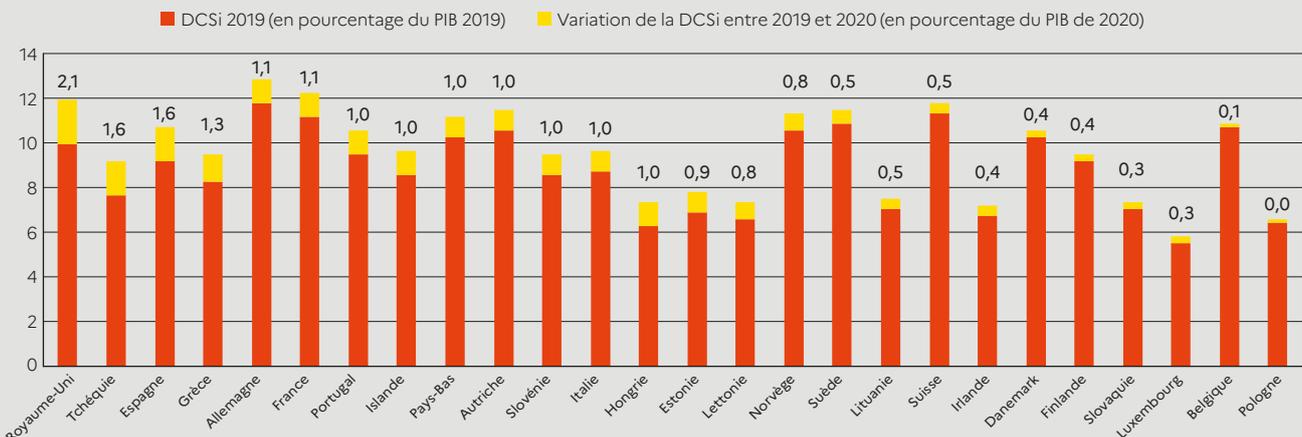
En termes d'organisation et de financement, le système de santé britannique, géré par l'État et financé par l'impôt, se distingue des systèmes français et allemand gérés par des caisses de sécurité sociale et financés par des cotisations. En Allemagne, les établissements privés occupent par ailleurs une place plus importante dans le système de soins qu'en France et qu'au Royaume-Uni (tableau 1).

En 2019, avant la crise sanitaire, les dépenses de santé sont un peu plus élevées en Allemagne (11,7 % du PIB, 4 950 euros en parité de pouvoir d'achat [PPA]/habitant) qu'en France (11,1 % du PIB, 4 050 euros PPA par habitant), et plus basses au Royaume-Uni (9,9 % du PIB, 3 300 euros PPA/habitant). De nombreux facteurs contribuent à ces écarts, notamment l'organisation des soins, la densité du personnel médical et la structure par âge de la population (les dépenses de santé incluent en effet les soins de longue durée pour les personnes âgées).

L'Allemagne se distingue par son nombre élevé de lits d'hôpitaux par habitant, sa forte densité de médecins et d'infirmiers (notamment par rapport au Royaume-Uni, en situation de sous-effectif chronique) et le niveau élevé de dépenses qu'elle consacre aux soins de longue durée.

globalement surestimée et mal calibrée⁵. Des critiques ont également été émises en Allemagne vis-à-vis d'une politique d'achat de masques et d'équipements de protection jugée coûteuse (un peu plus de 7 milliards d'euros) et mal planifiée par la cour des comptes allemande (Bundesrechnungshofes, 2021). Comme au Royaume-Uni, les auditeurs critiquent le ministère en charge de la santé pour avoir acheté trop de masques au printemps 2020, à une époque où le coût de ces équipements était particulièrement élevé dans le monde entier. Ce surapprovisionnement est attribué

Graphique 2 La DCSi en 2019 et variation de la DCSi entre 2019 et 2020 en pourcentage du PIB



Note > Début juillet 2022, 26 pays européens ont communiqué leur DCSi 2020 à l'OCDE. Seuls ces pays sont analysés dans cet *Études et Résultats*.

Lecture > En 2019, la DCSi représentait 9,9 % du PIB 2019 du Royaume-Uni. En 2020, elle augmente de 2,1 points de PIB, ce qui la porte à 12,0 % du PIB britannique de 2020.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

> *Études et Résultats* n° 1238 © DREES

2. La DCSi française ne retient pas 3,9 milliards d'euros au titre de la dépense de masques, mais 2,5 milliards d'euros, car 1,4 milliard d'euros correspondent à des achats par les entreprises pour leurs salariés et ne sont pas pris en compte. De même, les achats directs des ménages pour leur protection ne sont pas pris en compte.

3. De mars à octobre, les masques distribués (en pharmacie, directement aux soignants...) ont été presque intégralement financés par les achats de Santé publique France. À partir d'octobre, les différents distributeurs (pharmacies, grandes surfaces...) ont dû s'approvisionner eux-mêmes pour assurer la vente du milliard de masques consommés sur l'année 2020.

4. Sur la période du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021 (année financière de référence au Royaume-Uni).

5. Le rapport estime une surfacturation de 4,7 milliards de livres (5,2 milliards d'euros) liée aux fluctuations des prix du marché au cours de l'année 2020 ; 0,7 milliard de livres (0,8 milliard d'euros) d'équipements défectueux et 2,6 milliards de livres (2,9 milliards d'euros) inadaptés. Enfin, certains équipements étaient simplement non nécessaires : 0,7 milliard de livres (0,8 milliard d'euros).

à une mauvaise estimation des besoins et à l'absence de procédure de contrôle systématique des quantités, ayant conduit différents acteurs (services d'achat de l'État fédéral, ministère en charge de la santé, Länder) à acquérir des quantités extrêmement élevées et de façon non coordonnée. Ici aussi, une partie des équipements

acquis est jugée défectueuse, du fait de contrôles qualité trop laxistes à l'achat. En France, la Cour des comptes souligne aussi que les achats de masques ont été effectués dans des conditions difficiles et à des prix élevés, même si les tarifs sont « cohérents avec les éléments comparatifs dont il est possible de disposer et se sont progressivement

Tableau 1 Les systèmes de santé en France, en Allemagne et au Royaume-Uni avant la crise sanitaire

Pays	France	Allemagne	Royaume-Uni
Type de système	Assurance santé nationale statutaire	Assurance santé statutaire ou assurance privée	Système de santé national
Organisation et financement	Système d'assurance maladie obligatoire géré par des caisses publiques de sécurité sociale, financé essentiellement par des cotisations.	Système d'assurance maladie géré par de nombreuses caisses de sécurité sociale, financé essentiellement par des cotisations.	Service national de santé géré par l'État et financé par l'impôt. Secteur privé restreint.
Financier principal de la DCSi en 2019 (en % de la DCSi)	Assurance publique obligatoire (71 %)	Assurance publique obligatoire (71 %)	État et autorités locales (79 %)
Reste à charge des ménages en 2019 (en % de la DCSi)	9,5 %	13,4 %	15,3 %
État de santé de la population	Espérance de vie à la naissance élevée (4 ^e pays de l'UE-27), particulièrement chez les femmes, avec un faible taux de mortalité évitable. Proportion de personnes âgées relativement faible (légèrement en-dessous de l'UE-27).	Espérance de vie à la naissance moyenne (proche de la moyenne de l'UE-27). Forte proportion de personnes âgées 65 ans ou plus (3 ^e de l'UE-27).	Espérance de vie à la naissance moyenne (proche de la moyenne de l'UE-27) et taux de mortalité évitable élevé. Faible proportion de personnes âgées 65 ans ou plus.
Espérance de vie à la naissance en 2019 (en années)	82,9	81,4	81,4
Année de vie en bonne santé à la naissance (2019 pour la France et l'Allemagne, 2018 pour le Royaume-Uni)	64,1	66,3	61,2
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans (2019 pour l'Allemagne et la France, 2018 pour le Royaume-Uni) [en années]	12,2	11,0	10,4
Proportion de personne âgées (65 ans ou plus) en 2019	20,0 %	21,5 %	18,4 %
Taux de mortalité évitable grâce à la prévention ou aux traitements pour 100 000 habitants (2019 en Allemagne et au Royaume-Uni, 2016 en France)	153,0	175,0	216,0
Dépenses de santé avant crise en 2019	Deuxième pays de l'UE-27 en % du PIB, proche de la moyenne de l'UE-15 en PPA par habitant.	Premier pays de l'UE-27 en % du PIB et en PPA par habitant.	Niveaux légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE-27 en % du PIB et en PPA par habitant.
En % du PIB 2019	11,1 %	11,7 %	9,9 %
En euros PPA par habitant en 2019 (France = 1)	4 050	4 950	3 300
Hôpitaux	Secteur public prédominant malgré un important secteur hospitalier privé. Dépenses à l'hôpital et nombre de lits disponibles proches de la moyenne de l'UE-15.	Aujourd'hui : 1/3 d'hôpitaux publics, 1/3 privés sans but lucratif, 1/3 privés à but lucratif. Depuis les années 2000, transformation massive des hôpitaux publics en hôpitaux privés, du fait du désengagement des Länder pour des raisons de coûts.	Hôpitaux 100 % publics, qui ont été transformés en établissements autonomes (trusts). Faible nombre de lits disponibles et dépenses de santé à l'hôpital limitées.
Part des lits dans des hôpitaux à but non lucratif en 2018 (publics ou privés)	76,0 %	70,0 %	100,0 %
Dépenses de soins courants à l'hôpital en 2019 (en euros PPA par habitant pour l'ensemble des biens et services consommés)	1 000,0	1 300,0	780,0
Nombre de lits d'hôpitaux (ensemble des lits) pour 1 000 habitants en 2019	5,8	7,9	2,5
Médecins et infirmiers	Médecins libéraux pour les soins de ville, salariés du public ou avec des statuts mixtes à l'hôpital. Densité de médecins légèrement inférieure à la moyenne de l'UE-15, mais densité d'infirmiers supérieure à la moyenne.	Forte densité de médecins et d'infirmiers entraînant des problèmes de surcapacité et de chômage.	Médecins salariés dans les hôpitaux. Densité de médecins et d'infirmiers très inférieure à la moyenne de l'UE-15, malgré une part importante des professionnels formés à l'étranger.
Nombre de médecins pour 1000 habitants en 2019	3,2	4,4	3,0
Nombre d'infirmiers pour 1000 habitants en 2019	11,1	14,0	8,2
Soins de longue durée	Niveau moyen de dépenses consacré aux soins de longue durée (proche de la moyenne de l'UE-15). Recours au système de santé et à des prestations spécifiques en espèces ou en nature (comme l'APA).	Niveau élevé de dépenses pour les soins de longue durée (supérieur à la moyenne de l'UE-15). Assurance sociale de la dépendance, mais qui ne prend en charge que les personnes les plus dépendantes.	Niveau moyen de dépenses consacrées aux soins de longue durée (proche de la moyenne de l'UE-15). Aides attribuées sous conditions de ressources dans une logique assistancielle.
Dépenses de soins de longue durée en 2019, composante médicale (en % du PIB)	1,8 %	2,2 %	1,8 %
Nombre de lits en hébergement en 2019 pour 1000 personnes âgées de 65 ans ou plus	49,1	54,2	42,5

Sources > OCDE et Eurostat, statistiques sur la santé.

> Études et Résultats n° 1238 © DREES

normalisés avec le retour à un meilleur équilibre entre l'offre et la demande au niveau mondial » (Cour des comptes, 2021).

Au Royaume-Uni, une politique de dépistage coûteuse

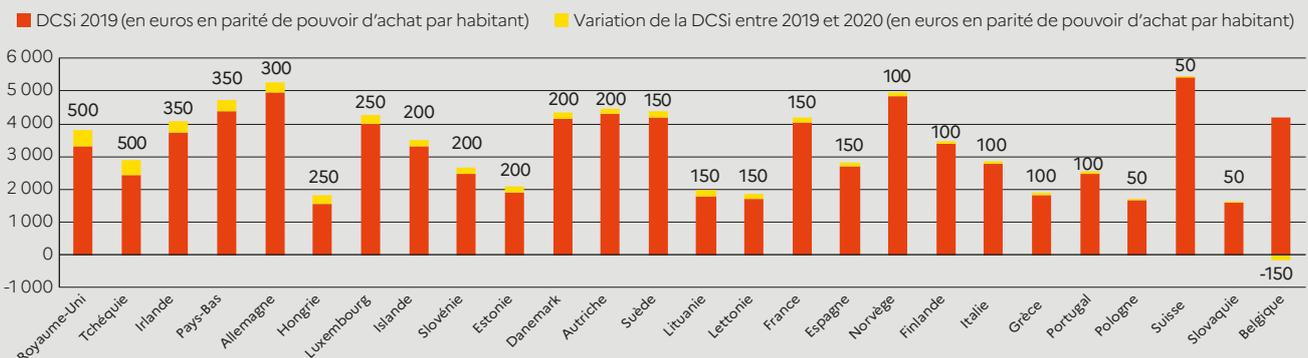
Au Royaume-Uni, la mise en place du dispositif national de dépistage et de suivi des malades, le « Test and Trace System », est évaluée à environ 4,8 milliards d'euros pour l'année 2020 (OCDE, 2022). Ces montants sont supérieurs à ceux dépensés en France et en Allemagne : les tests de dépistage et le suivi des malades ont en effet coûté, sur l'ensemble de l'année 2020, 2,7 milliards d'euros dans l'Hexagone, et 1,4 milliard d'euros en Allemagne (OCDE, 2022). Un rapport établi par une commission parlementaire britannique suggère que le surcoût du Test and Trace System tiendrait à la manière dont les fonds publics ont été alloués aux centres de test et aux laboratoires (House of Commons Health and Social Care, and Science and Technology Committees, 2021). Les professionnels de santé n'ont pas été remboursés en fonction du nombre de dépistages effectués : ils ont bénéficié d'une enveloppe globale destinée à assurer une capacité de tests. Les parlementaires britanniques critiquent également le recours massif à des consultants pour construire l'architecture du système et l'administrer. Il convient néanmoins de souligner qu'en termes de suivi épidémiologique, le Royaume-Uni est l'un des seuls pays à avoir testé très régulièrement et aléatoirement une partie de la population (mise en place de tests

en « rolling »). Cela lui a permis d'estimer des taux d'incidence non biaisés par la possibilité ou la propension qu'avait la population à se faire tester. En France, un rapport de la Cour des comptes signale que les tarifs accordés aux laboratoires de ville sont restés, jusqu'en juin 2021, nettement supérieurs à ceux pratiqués dans d'autres pays, notamment l'Allemagne (Cour des comptes, 2021).

Une hausse de la rémunération des soignants au Royaume-Uni et en France en 2020

Les rémunérations des personnels soignants ont augmenté en 2020, en raison des recrutements d'urgence effectués pour faire face à la crise, mais aussi des primes ou des revalorisations salariales accordées aux soignants ou au personnel des maisons de retraite. Le Royaume-Uni a accordé environ 700 millions d'euros de primes, mais avec des différences importantes entre l'Angleterre et les autres nations britanniques. En Angleterre, le National Health Service (NHS) a vu ses coûts salariaux augmenter de 2,1 milliards de livres (2,3 milliards d'euros) sur la période allant jusqu'à octobre 2020 (NHS, 2021). Cette hausse est d'autant plus notable que l'Angleterre est la seule des quatre nations qui composent le Royaume-Uni à n'avoir pas versé de prime aux soignants en 2020⁶. En France, 2,4 milliards d'euros de primes (hors mesures du Ségur de la santé, entrées en application en fin d'année 2020) ont été versés aux soignants en première ligne face à l'épidémie, que ce soit à l'hôpital ou en maison de retraite (Gonzalez et al., 2021).

Graphique 3 La DCSi en 2019 et variation de la DCSi entre 2019 et 2020 en euros PPA



Note > Début juillet 2022, 26 pays européens ont communiqué leur DCSi 2020 à l'OCDE. Seuls ces pays sont analysés dans cet *Études et Résultats*. Les PPA calculées par l'OCDE sont exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence (base 1 pour les États-Unis). Les PPA calculées ici utilisent l'euro comme monnaie référente et la France comme pays de référence (base 1), de telle sorte que chaque euro présenté corresponde à un « euro français ». Dans cette étude, les PPA appliquent par ailleurs le déflateur de la consommation individuelle effective aux dépenses de santé.

Lecture > En 2019, au Royaume-Uni, la DCSi représentait 3 300 euros de dépenses par habitant, en euros en parité de pouvoir d'achat (PPA). En 2020, ces dépenses augmentent de 500 euros PPA par habitant. À la suite de cette hausse, la DCSi représente un total de 3 800 euros PPA pour chaque britannique en 2020.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

> *Études et Résultats* n° 1238 © DREES

Schéma 1 Les surcoûts exceptionnels induits par la pandémie en Allemagne, en France et au Royaume-Uni en 2020



Notes > Les montants indiqués ici sont des estimations, établies sur la base des divers rapports consultés par la DREES dans le cadre de ses recherches. Il convient de les considérer avec prudence, et de s'attacher plutôt aux ordres de grandeur qu'aux montants précis. Pour les masques et équipements de protection, la période considérée pour le Royaume-Uni va de mars à octobre 2020. Les primes aux soignants ne tiennent pas compte des augmentations de salaire structurelles ou des embauches effectuées par ailleurs (élevées au Royaume-Uni).

Lecture > En 2020, au Royaume-Uni, les tests de dépistage et le suivi des malades ont représenté un coût total de 4,8 milliards d'euros.

Sources > Revue de littérature et calculs DREES ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

> *Études et Résultats* n° 1238 © DREES

6. L'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord ont tous accordé des bonus d'environ 500 livres aux médecins, infirmiers et personnel des maisons de retraite (coût total estimé de 600 millions de livres, soit 700 millions d'euros, calculs DREES). En Angleterre, des bonus ont néanmoins été accordés en 2021, parallèlement à la revalorisation des salaires décidée dans le cadre de la réforme du NHS initiée par Boris Johnson.

En Allemagne, des bonus ont également été accordés, mais pour un coût bien plus faible : 100 millions d'euros de primes ont été versés par le gouvernement fédéral aux employés des hôpitaux et des cliniques (cette somme ayant pu être complétée à la marge par les Länder ou les établissements de soins) [Bundesamts für Soziale Sicherung, 2021]. Cette subvention n'a été accordée qu'aux établissements ayant traité un grand nombre de patients atteints du Covid-19 en 2020 : moins du quart des cliniques allemandes étaient éligibles au dispositif, selon une estimation de la caisse d'assurance maladie (AOK). En revanche, l'enveloppe fédérale à destination des maisons de retraite a été dotée de moyens plus significatifs : 900 millions d'euros (qui a pu être complétée par les Länder et les employeurs).

L'augmentation des rémunérations des soignants, les recrutements d'urgence, mais aussi les coûts induits par le nettoyage renforcé ou l'achat d'équipements de protection dans les hébergements de personnes âgées ont contribué à l'augmentation des dépenses de soins de longue durée, qui constituent un élément important de la DCSi. En 2020, les soins de longue durée progressent ainsi dans des proportions relativement similaires en France (+8,6 %), en Allemagne (+8,6 %) et au Royaume-Uni (+9,2 %) [OCDE, 2022].

Une baisse de l'activité des soins de ville en France, en Allemagne et au Royaume-Uni

En 2020, la baisse d'activité des soins en ville lors des périodes de confinement et les déprogrammations d'opérations dans les hôpitaux du fait de la priorisation des patients atteints de Covid-19 ont conduit à une contraction de l'activité pour de nombreux

soignants. Au Royaume-Uni, les rendez-vous chez les médecins généralistes ont baissé de 10,3 % en 2020 (contre +1,3 % en 2019) et les visites aux urgences de 26,8 % (contre +4,8 % en 2019) [Office of National Statistics, 2021]. En France, la consommation de soins de médecins généralistes diminue de 4,4 % en volume en 2020 ; la chute est encore plus marquée pour les dentistes (-9,7 %) [Gonzalez *et al.*, 2021]. En Allemagne, les traitements délivrés à l'hôpital ou en clinique ont diminué de 13 % (Destatis, 2021).

Ces chutes d'activité se sont mécaniquement traduites par des pertes de revenus. Pour y faire face, des subventions exceptionnelles ont été mises en place. Elles ont représenté, en 2020, une enveloppe de 4,7 milliards d'euros en France : 1,3 milliard d'euros au titre du dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA) à destination des praticiens libéraux, 1,6 milliard au titre des garanties de financement aux cliniques privées et des établissements médico-sociaux et 1,8 milliard à destination des hôpitaux. L'Allemagne a consacré des sommes plus élevées à ces compensations. En effet, parallèlement au « bouclier de protection » mis en place pour indemniser les médecins libéraux et dont le montant total n'est pas encore connu, 10,2 milliards d'euros ont été dépensés pour compenser les pertes de revenus des seuls hôpitaux et cliniques. Ce versement est toutefois entaché d'un soupçon de fraude selon un rapport de la cour des comptes allemande (Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Au Royaume-Uni, les professionnels de santé ont bénéficié des mêmes dispositifs que les entreprises ou les travailleurs indépendants affectés par une baisse de leur chiffre d'affaires⁷ – il n'existe à ce jour pas de chiffres consolidés pour le secteur de la santé. ●

7. Le Self-Employment Income Support Scheme accordait des subventions imposables représentant entre 70 % et 80 % du bénéfice commercial mensuel moyen d'une personne, plafonnées à 7 500 livres pour trois mois.

Mots clés : Covid-19 Dépenses de santé Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) Économies de la santé

Données associées à l'étude : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/depense-de-sante-en-europe-une-forte-hausse>

Pour en savoir plus

- > **Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS)** (2021). *Entwurf eines Gesetzes zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.*
- > **Bundesministerium für Gesundheit** (2021, avril). *Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise.*
- > **Bundesrechnungshofes** (2021). Akte IX 1 - 2020 – 0946.
- > **Cour des comptes** (2021, septembre). *Les dépenses publiques pendant la crise et le bilan opérationnel de leur utilisation.* Rapport.
- > **Department of Health and Social Care** (2021). *Annual Report and Accounts 2020-2021.* Rapport.
- > **Destatis** (2021, septembre). *13% weniger stationäre Krankenhausbehandlungen im Jahr 2020.* Communiqué.
- > **Gonzalez, L., Lefebvre, G., Mikou, M., Portela, M. (dir.)** (2021). *Les dépenses de santé en 2020.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **House of Commons Health and Social Care, and Science and Technology Committees** (2021). *Coronavirus: lessons learned to date.* News.
- > **NHS** (2021, octobre). *Financial position month 10 2020/21.*
- > **OCDE** (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators.* Paris, France : OECD Publishing.
- > **OCDE, Eurostat, WHO** (2022). *System of Health Accounts.*
- > **Office of National Statistics** (2021). *Healthcare expenditure, UK Health Accounts provisional estimates: 2020.*

La DREES sur internet

- > **Nos publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr
- > **Nos données**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
- > **Recevoir nos avis de parution**
drees.solidarites-sante.gouv.fr/

Directeur de la publication Fabrice Lenglard • **Responsable d'édition** Valérie Bauer-Eubriet • **Rédactrice en chef technique** Céline Roux • **Chargée d'édition** Élisabeth Castaing • **Composition et mise en pages** NDBD • **Conception graphique** Sabine Boulanger et Stéphane Jeandet • **Pour toute information** drees-infos@sante.gouv.fr • **Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources** • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr