

RAPPORT D'ANALYSE PRÉVISIONNEL DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE DES DÉPENSES DU SECTEUR HOSPITALIER



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Inspection générale de la sécurité sociale

Version du 4 septembre 2026

Sommaire

INTRODUCTION.....	4
1 LE SECTEUR HOSPITALIER.....	5
1.1 LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS VISÉS PAR L'EBG	5
1.2 ÉVOLUTION DES FRAIS FIXES ET VARIABLES DU SECTEUR HOSPITALIER SUR LA PÉRIODE 2016-2025.....	9
1.3 ANALYSE DES RÉSERVES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS.....	10
1.3.1 Analyse de l'évolution des réserves financières hospitalières de certains établissements hospitaliers entre 2018 et 2025	11
1.3.2 Réserves de tous les établissements hospitaliers sur base des budgets internes pour l'année 2025	16
1.3.3 Analyse détaillée des comptes annuels de certains établissements hospitaliers sur base des budgets internes et externes pour les exercices 2024 et 2025.....	17
1.3.4 Constatations générales.....	19
2 PROJECTIONS DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE DES DÉPENSES DU SECTEUR HOSPITALIER	21
2.1 PROJECTION DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE.....	21
2.1.1 Projection de l'activité hospitalière basée sur l'évolution des unités d'œuvre des différentes entités fonctionnelles des établissements hospitaliers	21
2.1.2 Projection de l'activité hospitalière basée sur l'évolution des différents types de prise en charge des établissements hospitaliers	23
2.1.3 Croissance moyenne retenue	24
2.2 PROJECTION DES FRAIS FIXES ET FRAIS VARIABLES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS	24
3 PROPOSITION POUR LA FIXATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE.....	29
3.1 IMPACT DE L'ÉCHELLE MOBILE DES SALAIRES	29
3.2 RECOMMANDATIONS DU SEMESTRE EUROPÉEN DANS LE CADRE DE LA GOUVERNANCE EUROPÉENNE	30
3.3 APPRÉCIATION DES PROJECTIONS AU REGARD DE LA TRAJECTOIRE BUDGÉTAIRE.....	31
3.4 CONCLUSION ET PROPOSITION DE L'IGSS	31
ANNEXE 1 – ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DU SECTEUR HOSPITALIER.....	33
1. HOSPITALISATIONS ET TYPE DE PRISE EN CHARGE.....	33
2. DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR	36
3. DÉPENSES POUR SOINS HOSPITALIERS.....	38
ANNEXE 2 – PROJECTION MACRO-ÉCONOMIQUE DU LUXEMBOURG	42
1. ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET DE L'EMPLOI	42
2. ÉVOLUTION DES RECETTES DE COTISATIONS POUR L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ, SOINS DE SANTÉ	42
ANNEXE 3 – SITUATION FINANCIÈRE ET BUDGETS DEMANDÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS	44
1. SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ	44
2. BUDGETS DEMANDÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR LES ANNÉES 2027 ET 2028.....	44
ANNEXE 4 - D'UNE PRISE EN CHARGE DE PRESTATIONS HOSPITALIÈRES NON BUDGÉTISÉES VERS UNE BUDGÉTISATION ET VERS UNE EBG	46
1. LE FINANCEMENT DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES AVANT 1992.....	46
2. LE FINANCEMENT DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES DEPUIS 1992	47
3. LE FINANCEMENT DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES DEPUIS 2011	48
GLOSSAIRE	49
SOMMAIRE DES TABLEAUX.....	50
SOMMAIRE DES GRAPHIQUES	52

INTRODUCTION

Le rapport d'analyse prévisionnel de l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier (EBG) est établi, en exécution de l'article 74 du Code de la sécurité sociale (CSS), par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). Sur base de ce rapport, le Gouvernement fixe, les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir, à savoir 2027 et 2028.

1 LE SECTEUR HOSPITALIER

1.1 LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS VISÉS PAR L'EBG

D'après les dispositions de l'article 60, alinéa 2 du CSS et de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, les établissements hospitaliers visés par l'EBG sont repris au tableau qui suit.

Tableau 1 – Établissements hospitaliers visés par l'EBG

Nom de l'établissement	Site(s)
CENTRES HOSPITALIERS	
Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)	Belair, Eich, Potaschbiert
Hôpitaux Robert Schuman (HRS)	Luxembourg-Gare, Kirchberg, Esch-sur-Alzette
Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)	Esch-sur-Alzette, Dudelange, Niederkorn
Centre Hospitalier du Nord (CHdN)	Ettelbruck, Wiltz
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPÉCIALISÉS	
Centre National de Radiothérapie François Baclesse (CFB)	Esch-Alzette
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle (INCCI)	Belair
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation (RHZ - Rehazenter)	Kirchberg
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)	Ettelbruck, Manternach, Useldange, Diekirch, Putscheid, Luxembourg
Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS - Établissement Hospitalier Spécialisé en Rééducation Gériatrique)	Steinfort
Centre de Réhabilitation du Château de Colpach (CRCC - Établissement Hospitalier Spécialisé en Réhabilitation Physique et Post-Oncologique)	Colpach
ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL POUR PERSONNES EN FIN DE VIE	
Haus Omega (O90)	Hamm
CENTRE DE DIAGNOSTIC	
Laboratoire National de Santé (LNS - Centre de diagnostic dans le domaine de la génétique humaine et de l'anatomo-pathologie)	Dudelange

Concernant ces établissements hospitaliers, la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière fixe les capacités maximales autorisées en matière de lits hospitaliers afin de garantir une offre de soins adaptée aux besoins de la population tout en assurant une répartition cohérente des ressources sur le territoire. La loi du 19 décembre 2025 modifiant ladite loi, a par la suite, adapté ces capacités pour tenir compte de l'évolution des besoins sanitaires et renforcer la résilience du système hospitalier, notamment par l'introduction d'une réserve sanitaire dédiée.

Conformément à l'article 8 de cette loi, le nombre maximal de lits pouvant être autorisés au niveau national s'établit à 3 745 pour 2026, dont 2 745 lits aigus, 840 lits de moyen séjour et 160 lits de longue durée. Parmi les lits aigus, 200 lits au maximum sont destinés à constituer une réserve sanitaire.

Au 1^{er} juillet 2026, le nombre de lits autorisés par le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale s'élève à 2 813, répartis en 2 151 lits aigus et 662 lits de moyen séjour et de longue durée. A ces capacités s'ajoutent 774 lits d'hospitalisation de jour et 54 lits-portes.

Les capacités autorisées ne correspondent toutefois pas nécessairement aux capacités retenues dans le cadre du financement de l'assurance maladie-maternité (AMM). La Caisse nationale de santé (CNS) arrête en effet un nombre de lits budgétisés correspondant à l'activité hospitalière opposable à l'AMM. Pour l'exercice 2026, la CNS budgétise ainsi 2 753 lits, dont 2 099 lits aigus et 654 lits de moyen séjour et de longue durée. A ceux-ci s'ajoutent 606 lits d'hospitalisation de jour et 40 lits-portes.

Tableau 2 – Nombre de lits budgétisés en 2026

Établissement hospitalier	Lits aigus, lits de moyen séjour et de longue durée	Lits aigus		Lits de moyen séjour et de longue durée					Lits d'hospitalisation de jour			Lits-portes
		Soins normaux	Soins intensifs	Rééducation gériatrique ou fonctionnelle	Rééducation physique ou oncologique	Rééducation psychiatrique	Soins palliatifs	Lits de longue durée	Lits d'hospitalisation de jour (chir., non chir., pédi., autre)	Lits d'hospitalisation de jour psychiatrie	Postes dialyse	
CHL	599	526	63	0	0	0	10	0	87	16	26	15
CHEM	574	480	28	58	0	0	8	0	42	21	20	6
CHNP	247	0	0	0	0	180	0	67	0	60	0	0
HIS	40	0	0	40	0	0	0	0	0	0	0	0
CFB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INCCI	19	9	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RHZ	73	0	0	73	0	0	0	0	0	0	0	0
CHdN	359	304	16	33	0	0	6	0	58	40	22	11
O90	15	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0
HRS	767	630	33	70	0	0	14	20	118	47	29	8
CRCC	60	0	0	0	60	0	0	0	20	0	0	0
LNS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2 753	1 949	150	274	60	180	53	87	325	184	97	40

Source : CNS.

Le tableau suivant présente l'évolution du personnel hospitalier budgétisé par la CNS entre 2022 et 2026 pour les différents établissements hospitaliers.

Tableau 3 – Évolution du personnel budgétisé entre 2022 et 2026 (en équivalents temps plein - ETP)

Établissement hospitalier	2022 ¹⁾	2023 ²⁾	2024 ³⁾	2025	2026
CHL	1 656,9	1 677,8	1 699,3	1 756,6	1 779,5
CHEM	1 627,7	1 585,9	1 571,4	1 609,2	1 620,1
CHNP	420,4	433,8	437,4	449,8	459,5
HIS	83,1	87,6	87,8	88,8	90,4
CFB	56,1	57,2	57,4	58,9	59,5
INCCI	106,9	111,2	115,7	129,0	133,9
RHZ	250,8	252,6	253,6	264,8	269,8
CHdN	913,8	923,0	929,9	963,4	994,9
O90	24,1	24,7	24,8	25,5	25,6
HRS	1 902,1	1 901,8	1 909,1	1 968,1	2 004,4
CRCC	85,3	89,6	89,9	92,8	93,2
LNS	176,9	176,9	183,1	189,3	199,7
TOTAL	7 304,1	7 322,2	7 359,4	7 596,1	7 730,4
<i>Variation annuelle ⁴⁾</i>	<i>1,5%</i>	<i>1,0%</i>	<i>0,9%</i>	<i>3,3%</i>	<i>1,8%</i>

1) Y compris les 84,9 ETP supplémentaires liés à la COVID-19 en 2022.

2) Y compris les 34,1 ETP supplémentaires liés à la COVID-19 en 2023.

3) Y compris les 7,3 ETP dans le cadre des prises en charge « Long Covid » en 2024.

4) Ne tient pas compte des ETP supplémentaires liés à la COVID-19.

Source : CNS

Le personnel est défini en fonction des autorisations d'exploitation et des normes de dotation en personnel retenues. En 2026, un total de 7 730,4 équivalents temps plein (ETP) est budgétisé, dont 1 268,7 ETP administratifs. Cela correspond à une augmentation de 134,3 ETP par rapport à 2025, soit une progression de 1,8%.

La rémunération de la majorité du personnel des établissements hospitaliers est régie par la convention collective de travail applicable aux salariés occupés dans les établissements hospitaliers membres de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (CCT-FHL). Toutefois, O90 n'étant pas membre de la FHL, son personnel est rémunéré conformément à la convention collective de travail pour les salariés du secteur d'aides et de soins et du secteur social (CCT-SAS). Quant au LNS, son personnel relève de deux régimes distincts : une partie est employée sous le statut employé privé et soumise à sa propre convention collective, tandis que l'autre est composée d'agents relevant du statut du personnel de la fonction publique de l'Etat.

Le tableau 4 présente la répartition du personnel des établissements hospitaliers en 2025, à l'exclusion du LNS¹, selon les différentes carrières administratives et de soins.

¹ La répartition des carrières selon la CCT-FHL et la CCT-SAS n'est pas d'application au LNS.

Tableau 4 – Répartition des ETP par carrière administrative (CA) et de soins (CS) dans les établissements hospitaliers en 2025 (hors LNS)

Carrière	Libellé	Répartition en %
CA1	Salarié à capacité manuelle sans diplôme	0,1%
CA2	Salarié sans diplôme	8,1%
CS2	Salarié sans diplôme	0,3%
CA3	Salarié ayant réussi la 5e secondaire ou la 9e secondaire technique et ayant une expérience professionnelle de 2 ans au moins.	1,0%
CA4	Salarié détenteur d'un CATP ou CAP ou DAP Salarié ayant réussi la classe de 3e secondaire Salarié détenteur du certificat de fin d'études de l'enseignement moyen Salarié ayant réussi 5 années d'enseignement secondaire technique dans le régime technique ou dans le régime du technicien	5,9%
CS4	Salarié détenteur d'un CATP ou CAP ou DAP Salarié ayant réussi la classe de 3e secondaire Salarié détenteur du certificat de fin d'études de l'enseignement moyen Salarié ayant réussi 5 années d'enseignement secondaire technique dans le régime technique ou dans le régime du technicien	3,4%
CA5	Salarié avec Brevet de maîtrise Salarié avec diplôme de technicien (régime technicien dans l'enseignement secondaire technique)	1,7%
CA6	Salarié détenteur du certificat de fin d'études secondaires ou du certificat de fin d'études secondaires techniques et l'ingénieur-technicien	4,6%
CS6	Salarié détenteur du certificat de fin d'études secondaires ou du certificat de fin d'études secondaires techniques et l'ingénieur-technicien	0,2%
CA7	Salarié avec Brevet de technicien supérieur (BTS) : infirmier, assistant technique médical de laboratoire, BTS administratifs	0,7%
CS7	Salarié avec Brevet de technicien supérieur (BTS) : infirmier, assistant technique médical de laboratoire, BTS administratifs	37,6%
CA8	Salarié avec Brevet de technicien supérieur spécialisé (BTSS) : assistant technique médical de radiologie, assistant technique médical de chirurgie, infirmier psychiatre, infirmier en pédiatrie, infirmier en anesthésie et réanimation, sage-femme	0,1%
CS8	Salarié avec Brevet de technicien supérieur spécialisé (BTSS) : assistant technique médical de radiologie, assistant technique médical de chirurgie, infirmier psychiatre, infirmier en pédiatrie, infirmier en anesthésie et réanimation, sage-femme	19,0%
CA9	Salarié avec Bachelor	3,2%
CS9	Salarié avec Bachelor	6,5%
CA10	Salarié avec Master (Bac +5/6)	2,7%
CS10	Salarié avec Master (Bac +5/6)	3,7%
HCCT	Hors CCT	1,4%

Source : CNS sur base d'un recensement réalisé auprès des établissements hospitaliers.

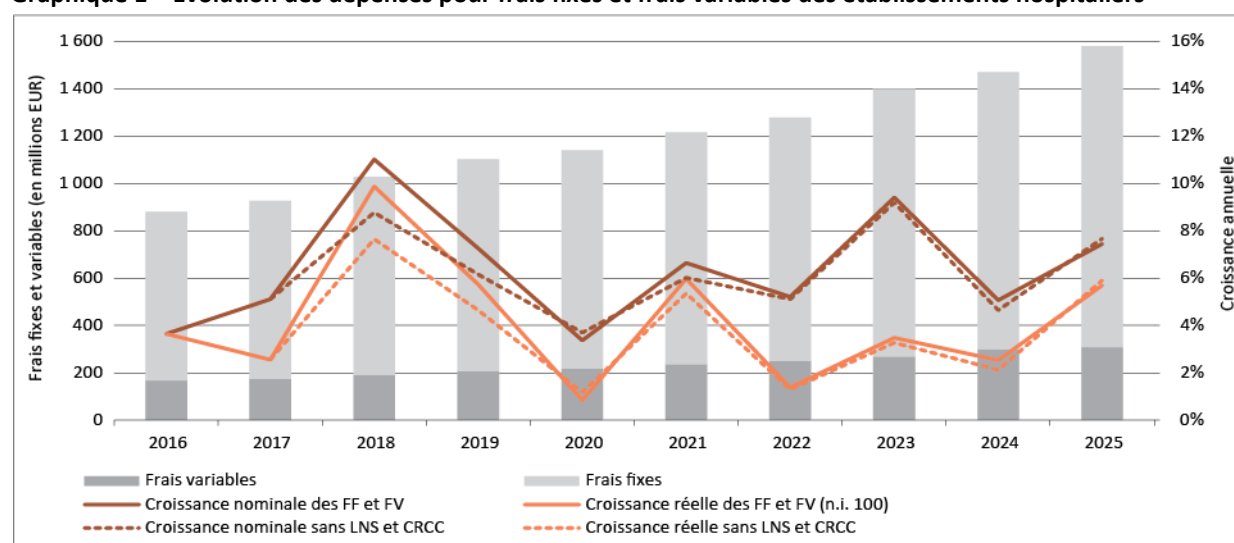
La carrière la plus représentée est la carrière CS7. Cette carrière, qui regroupe notamment les infirmiers, représente 37,6% de l'ensemble des ETP. À l'inverse, la carrière CS4, regroupant les aides-soignants, ne représente que 3,4% de l'ensemble des ETP.

Concernant le LNS, et en excluant les agents relevant du statut de la fonction publique de l'État qui représentent 16,4% des ETP, une part de 70,6% du personnel engagé restant et recensé en 2025 dispose d'un diplôme de niveau Bachelor ou supérieur.

1.2 ÉVOLUTION DES FRAIS FIXES ET VARIABLES DU SECTEUR HOSPITALIER SUR LA PÉRIODE 2016-2025

Le graphique qui suit présente l'évolution des dépenses des établissements hospitaliers visés par l'EBG à travers leurs deux composantes que sont les frais fixes (FF) et les frais variables (FV), ainsi que leurs croissances annuelles nominales et réelles sur la période allant de 2016 à 2025 à partir des données comptables. Par la suite, toute référence aux dépenses des établissements hospitaliers concerne les dépenses visées par l'EBG². Pour les années 2016 à 2021, les décomptes ont été signés avec tous les établissements hospitaliers. Pour les années 2022 et 2023, huit décomptes ont été signés tandis qu'un seul décompte l'a été pour l'exercice 2024. Par conséquent, les données disponibles à partir de l'année 2022 sont susceptibles de faire l'objet de modifications ultérieures.

Graphique 1 – Évolution des dépenses pour frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers



Source : CNS.

En 2018, l'augmentation annuelle réelle des dépenses pour frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers s'élève à 9,9%. Cette croissance résulte principalement d'une augmentation considérable des frais de personnel consécutive à l'adaptation de la CCT-FHL, d'une hausse du nombre des ETP ainsi que de l'intégration, à partir du 1^{er} avril 2018, de deux nouveaux établissements hospitaliers, à savoir le LNS et le CRCC dans l'EBG. En excluant le LNS et le CRCC du calcul, la croissance réelle des frais fixes et frais variables s'élève à 7,7%. La croissance observée en 2018 reflète ainsi les implications financières de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière sur les dépenses des établissements hospitaliers³.

Les croissances annuelles réelles des frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers s'élèvent à 5,7% en 2019 et à 0,8% en 2020. En excluant le LNS et le CRCC, ces taux se situent à 4,7% respectivement à 1,2%. En 2020, la crise sanitaire liée à la COVID-19 a entraîné des changements importants dans la prise en charge des assurés, notamment en raison de la suspension temporaire des activités non urgentes pendant la phase aiguë de la pandémie. Toutefois, malgré l'impact significatif de la pandémie⁴ sur l'activité hospitalière, les frais hospitaliers n'ont pas diminué de manière proportionnelle. Cette situation s'explique par le poids prépondérant des frais fixes dans la structure des coûts hospitaliers, notamment les frais de personnel, les contrats de maintenance, les frais énergétiques, etc.

² Ne sont donc pas visées les prestations prises en charge individuellement suivant l'article 21 de la convention entre la CNS et la FHL ainsi que les dépenses financées par forfaits dans le cadre des antennes sur sites supplémentaires. Pour rappel, les dépenses pour soins hospitaliers à charge de l'AMM comprennent les dépenses y relatives à financer par l'EBG, les prestations prises en charge individuellement suivant l'article 21 de la convention entre la CNS et la FHL et les dépenses financées par forfaits dans le cadre des antennes sur sites supplémentaires.

³ Rapport sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité, IGSS, 2019 – <https://igss.gouvernement.lu/dam-assets/publications/rapports-quadri/rapport-quadri-2019.pdf>

⁴ Rapport sur la situation financière de l'assurance maladie-maternité, IGSS, 2021 – <https://igss.gouvernement.lu/dam-assets/publications/rapports-quadri/rapport-quadripartite-2021.pdf>

Les croissances annuelles réelles des frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers s'élèvent à 6,0% en 2021 et à 1,4% en 2022. Durant cette période, l'évolution de l'échelle mobile des salaires (EMS) a fortement influencé l'écart entre les taux de croissance réels et nominaux. En effet, l'EMS a progressé de 0,6% en 2021, contre 3,8% en 2022, ce qui explique le rapprochement des taux de croissance nominaux observés sur ces deux exercices, à savoir 6,6% en 2021 et 5,5% en 2022.

L'année 2023 a quant à elle été marquée par une forte progression de l'échelle mobile des salaires, qui a augmenté de 5,7%, exerçant ainsi une pression accrue sur les coûts des établissements hospitaliers.

A cet égard, il convient de relever que l'accord tripartite entre le Gouvernement, l'UEL et les organisations syndicales OGBL, LCGB et CGFP du 7 mars 2023 a prévu que l'État compense aux entreprises la 3e tranche indiciaire appliquée en septembre 2023, et ce jusqu'en janvier 2024 inclus. Cette compensation a été mise en œuvre par le biais d'une diminution du taux de cotisation moyen de la Mutualité des employeurs (MDE) qui, bien que très majoritairement mise en œuvre au cours de l'année 2024, s'étale sur la période 2024-2026 afin d'assurer que les taux de cotisation des différentes classes de risque de la MDE restent positifs.

Pour le secteur hospitalier, cette mesure de compensation représente un montant de 8,5 millions EUR pour l'exercice 2023 et de 1,8 millions EUR pour l'exercice 2024.

Ainsi, la croissance nominale des frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers s'élève à 9,4% en 2023. En faisant abstraction de la compensation décrite ci-dessus, la croissance nominale de ces frais s'établirait à 10,1%.

En 2024, les frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers ont enregistré une croissance nominale de 5,1%, dont la moitié est imputable à la progression de 2,5% de l'EMS. La croissance réelle de ces frais se situait à 2,5%.

L'évolution des frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers affiche une évolution en dents de scie. En effet, les années impaires, qui suivent les négociations budgétaires des établissements hospitaliers, sont généralement marquées par des taux de croissance plus élevés que les années qui les suivent. Ce phénomène s'observe de nouveau en 2025, année au cours de laquelle la croissance nominale des frais s'élève à 7,5% et la croissance réelle des frais s'élève à 5,7%.

Cette évolution s'explique notamment par les investissements significatifs consacrés au renforcement de la sécurité des infrastructures informatiques afin de réduire les risques de cyberattaques. De plus, un accord intermédiaire relatif à la CCT-FHL a été signé. Celui-ci prévoit notamment une augmentation linéaire de 1,5% de la valeur du point indiciaire, ainsi que l'octroi de primes rétroactives destinées à compenser les mesures de revalorisation mises en place dans la fonction publique au cours des années précédentes.

1.3 ANALYSE DES RÉSERVES FINANCIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Dans le cadre des missions de surveillance prévues à l'article 409 du CSS, l'IGSS a analysé l'évolution du niveau des réserves financières des établissements hospitaliers.

1.3.1 Analyse de l'évolution des réserves financières hospitalières de certains établissements hospitaliers entre 2018 et 2025

Dans la présente section, l'analyse des réserves financières des établissements hospitaliers (ci-après les réserves) se limite aux quatre centres hospitaliers et se base sur leurs budgets internes⁵. Contrairement au budget arrêté dans le cadre de la procédure budgétaire hospitalière, le budget interne reflète les besoins et prévisions propres de l'établissement et peut inclure des dépenses non opposables à la CNS.

L'analyse de l'IGSS se base sur les capitaux propres qui incluent notamment le capital souscrit, les primes d'émission et primes assimilées, les résultats de l'exercice, les résultats reportés et cumulés et les subventions d'investissement en capital. Aux fins de cette analyse, l'IGSS a rajouté les provisions aux capitaux propres.

L'analyse porte sur les exercices comptables 2018 à 2025. Les données relatives aux capitaux propres et aux provisions sont issues des comptes annuels audités disponibles au Registre de commerce et des sociétés (RCS) et les informations provenant de la comptabilité des hôpitaux et des décomptes de fin d'exercice clôturés (ci-après décompte) mises à disposition par la CNS.

Les provisions présentées dans le tableau ne concernent pas seulement les décomptes. Elles comprennent aussi des provisions liées au personnel (hors décompte), notamment pour les heures supplémentaires prestées et les congés non pris.

Il convient toutefois de souligner que les données des différents établissements hospitaliers ne sont actuellement que difficilement comparables. En effet, le traitement comptable des provisions et des créances en lien avec le décompte pour les exercices antérieurs, ainsi de la prime annuelle en lien avec le programme qualité diffère d'un établissement hospitalier à l'autre.

En ce qui concerne les primes annuelles, les tableaux qui suivent renseignent deux vues :

1. la vue exercice de paiement pour les besoins de l'analyse des réserves : présentation des montants sur base de l'exercice lors duquel le paiement a été réalisé par la CNS indépendamment de l'exercice de prestation concerné.
2. la vue exercice de prestation à titre purement informatif et pour cette raison présentée en italique : les primes annuelles qui correspondent aux programmes qualité de l'exercice respectif sans pour autant avoir nécessairement été payées lors dudit exercice de prestation.

De manière générale, la prime annuelle d'un exercice de prestation donné est payée avec un retard de plusieurs années et son paiement intervient souvent en plusieurs tranches. Certains établissements comptabilisent dès lors une créance à recevoir au titre de la prime annuelle se rapportant à l'exercice concerné, tandis que d'autres adoptent une approche comptable différente. Ces disparités peuvent affecter la comparabilité des niveaux de réserves entre établissements. Les tableaux qui suivent indiquent l'évolution des capitaux propres, des provisions et des paiement liés à la prime annuelle des sociétés, fondations et établissements publics suivants :

- Fondation Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) ;
- Établissement public dénommé Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) ;
- Établissement public dénommé Centre hospitalier du Nord (CHdN) ;
- Groupe Hôpitaux Robert Schuman (HRS) composé de la
 - Société anonyme dénommée Hôpitaux Robert Schuman (HRS SA) ;
 - Fondation Hôpitaux Robert Schuman (fondation HRS).

⁵ Extrait de l'article 4 de la convention entre la CNS et la FHL : Le terme « budget interne » détermine le budget intégral de l'établissement regroupant tous les charges et produits prévisibles, indépendamment de leur opposabilité à la CNS. Le terme « budget externe » détermine la partie du budget intégral qui est opposable à la CNS, ci-après dénommé « budget ».

Tableau 5 – Situation financière du CHEM - Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)

Année	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Capital souscrit (a)	11 721	11 721	11 721	11 721	11 721	11 721	11 721	11 721
Primes d'émission et assimilés (b)	0	0	0	0	0	0	0	0
Résultats de l'exercice (c)	- 1 414	5 410	- 4 086	- 6 562	- 5 031	16 147	2 585	-5 013
Résultat reporté (d)	34 796	33 381	38 791	34 705	28 144	23 113	39 260	41 844
Résultat cumulé (e=c+d)	33 381	38 791	34 705	28 144	23 113	39 260	41 844	36 831
Évolution Résultats reportés	3 353	- 1 414	5 410	- 4 086	- 6 562	- 5 031	16 147	2 585
Réserve (f)	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Réserves (g=e+f)	33 381	38 791	34 705	28 144	23 113	39 260	41 844	36 831
Subventions d'inv. en capital (h)	82 546	85 299	90 360	92 999	93 485	89 487	97 459	105 539
Capitaux propres (a+b+g+h)	127 648	135 811	136 786	132 864	128 318	140 468	151 025	154 091
Provisions	3 665	4 601	8 330	15 312	13 298	11 343	15 030	19 281
Prime annuelle (exercice paiement)	0	3 398	2 682	4 600	0	3 203	7 876	7 500
<i>Prime annuelle (exercice prestation)</i>	<i>2 559</i>	<i>3 919</i>	<i>1 209</i>	<i>4 364</i>	<i>3 500</i>	<i>4 000</i>	<i>4 750</i>	

Source : Comptes annuels audités.

Après une forte hausse en 2023 et en 2024, le total des réserves du CHEM a diminué en passant de 41,8 millions EUR en 2024 à 36,8 millions EUR en 2025. Cette évolution s'explique principalement par le déficit de l'exercice 2025, qui s'élève à 5,0 millions EUR. Parallèlement, les provisions du CHEM augmentent d'environ 4,3 millions EUR pour atteindre 19,3 millions EUR, hausse qui résulte en premier lieu des montants en lien avec les décomptes (voir aussi tableaux 11 et 12).

Entre 2018 et 2025 (exercice paiement), le CHEM a reçu, de la CNS, un montant cumulé de 29,3 millions EUR, au titre des primes annuelles du programme qualité correspondant aux exercices prestation 2014 à 2023.

L'analyse met également en évidence l'incidence significative des primes annuelles du programme qualité sur le résultat de l'exercice. Leur versement contribue de manière sensible à l'équilibre financier du CHEM, voire à la réalisation d'un excédent.

Tableau 6 – Situation financière du CHL - Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)

Année	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Capital souscrit (a)	86 853	86 853	86 853	86 853	86 853	86 853	86 853	86 853
Primes d'émission et assimilés (b)	0	0	0	0	0	0	0	0
Résultats de l'exercice (c)	3 461	5 115	- 940	- 5 290	896	- 1 705	2 093	-58
Résultat reporté (d)	33 657	37 118	42 233	41 293	36 003	36 898	35 194	37 286
Résultat cumulé (e=c+d)	37 118	42 233	41 293	36 003	36 898	35 194	37 286	37 228
Evolution Résultats reportés	3 520	3 461	5 115	- 940	- 5 290	896	-1 705	2 093
Réserve (f)	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Réserves (g=e+f)	37 118	42 233	41 293	36 003	36 898	35 194	37 286	37 228
Subventions d'inv. en capital (h)	67 726	70 766	71 400	73 202	76 384	113 787	146 977	168 919
Capitaux propres (a+b+g+h)	191 696	199 852	199 546	196 057	200 135	235 833	271 116	293 000
Provisions	1 283	1 365	2 583	1 405	1 079	1 154	1 023	1 650
Prime annuelle (exercice paiement)	21	3 635	3 227	7 800	641	3 081	9 600	9 900
<i>Prime annuelle (exercice prestation)</i>	<i>3 340</i>	<i>5 131</i>	<i>2 196</i>	<i>5 769</i>	<i>4 800</i>	<i>5 100</i>	<i>5 400</i>	

Source : Comptes annuels audités.

Sur la période allant de 2018 à 2025, le total des réserves du CHL a fluctué entre 35,2 millions EUR et environ 42,2 millions EUR. En 2025, il s'établit à 37,2 millions EUR en 2025, contre 37,3 millions EUR en 2024, soit un niveau globalement stable. Le résultat de l'exercice 2025 est ainsi légèrement déficitaire de 58 000,0 EUR. Par ailleurs, les provisions ont augmenté, passant de 1,0 million EUR en 2024 à 1,7 million EUR en 2025 et comprennent un montant limité lié au décompte.

Il convient également de noter que le résultat cumulé au 31 décembre 2025 comporte un montant de 20,8 millions EUR, provenant de l'activité médicale et réservé à celle-ci conformément à l'article 9 de la loi modifiée du 10 décembre 1975 créant un établissement public dénommé Centre hospitalier de Luxembourg. A titre de comparaison, ce montant s'élevait à 18,1 millions EUR à la fin de l'exercice 2024. Dès lors, ces fonds ne peuvent pas être affectés à des acquisitions ou à des investissements qui ne concernent pas le secteur médical.

Contrairement aux trois autres centres hospitaliers, les résultats d'exercice du CHL sont impactés par cette activité médicale spécifique. En tenant compte de cette affectation légale, la part des réserves effectivement disponible s'élève à 16,4 millions EUR en 2025.

Enfin, la hausse des subventions d'investissement en capital observée entre 2022 et 2025 s'explique principalement par le projet de construction du Nouveau Bâtiment Centre.

Entre 2018 et 2025 (exercice paiement), le CHL a perçu 37,9 millions EUR au titre des primes annuelles du programme qualité relatives aux exercices prestation 2014 à 2023.

Tableau 7 – Situation financière du CHdN - Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)

Année	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Capital souscrit (a)	10 205	10 205	10 205	10 205	10 205	10 205	10 205	10 205
Primes d'émission et assimilés (b)	0	0	0	0	0	0	0	0
Résultats de l'exercice (c)	- 436	7 961	- 3 821	- 2 698	10 347	2 224	2 652	5 171
Résultat reporté (d)	8 029	7 464	13 450	7 848	5 092	15 032	14 683	11 340
Résultat cumulé (e=c+d)	7 593	15 425	9 629	5 150	15 439	17 255	17 335	16 510
Evolution Résultats reportés	2 337	- 565	5 986	- 5 602	- 2 755	9 939	-348	-3 344
Réserve (f)	9 825	7 068	8 971	8 965	8 802	6 928	7 520	11 610
Total Réserves (g=e+f)	17 418	22 493	18 600	14 115	24 241	24 183	24 855	28 121
Subventions d'inv. en capital (h)	48 145	48 821	46 911	43 102	38 270	37 696	39 861	45 852
Capitaux propres (a+b+g+h)	75 767	81 519	75 716	67 422	72 717	72 084	74 921	84 178
Provisions	5 367	4 964	6 059	11 548	7 321	9 981	12 744	20 786
Prime annuelle (exercice paiement)	0	2 000	1 649	3 150	322	1 624	4 601	4 700
Prime annuelle (exercice prestation)	1 531	2 424	894	2 621	2 200	2 500	2 540	

Source : Comptes annuels audités.

Sur la période allant de 2018 à 2025, le total des réserves du CHdN a évolué de 10,8 millions EUR pour atteindre 28,1 millions EUR en 2025, contre 24,9 millions EUR en 2024.

Entre 2018 et 2025 (exercice paiement), le CHdN a bénéficié de 18,0 millions EUR au titre des primes annuelles du programme qualité relatives aux exercices prestation 2014 à 2023. En 2025, le CHdN a reçu des avances à hauteur de 4,7 millions EUR en lien avec les programmes qualité des exercices de prestation 2022 et 2023, dont l'évaluation n'était pas encore finalisée à la date de clôture.

La hausse des provisions observée en 2024 et 2025 résulte principalement des provisions réalisées en 2024 et 2025 pour les décomptes de fin d'exercice. Les provisions incluent également des montants liés au personnel (hors décompte), notamment au titre des heures supplémentaires prestées et des congés non pris.

L'analyse des réserves montre par ailleurs que le CHdN a eu recours à ses réserves pour financer une partie de ses acquisitions. En effet, certains investissements ont été financés au moyen des résultats reportés et des réserves accumulées. Dès lors, l'évolution des résultats reportés ne correspond pas à la simple addition des résultats des exercices successifs et des résultats reportés des exercices antérieurs.

Tableau 8 – Situation financière du HRS - Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)

Année	2018		2019		2020		2021	
	Fondation HRS	HRS SA	Fondation HRS	HRS SA	Fondation HRS	HRS SA	Fondation HRS	HRS SA
Capital souscrit (a)		2 000		2 000		2 000		2 000
Primes d'émission (b)	18 166	17 271	18 166	17 271	18 166	17 271	18 166	17 271
Résultats de l'exercice (c)	5 918	40	7 852	151	7 852	151	7 329	4 603
Résultat reporté (d)	80 501	738	86 419	738	86 419	738	100 832	- 4 652
Résultat cumulé (e=c+d)	86 419	778	94 271	889	94 271	889	108 161	- 50
Evolution Résultats reportés	7 141	741	5 918	0	5 918	0	6 561	- 5 029
Réserve (f)		39		79		79	0	591
Total Réserves (g=e+f)	86 419	817	94 271	968	94 271	968	108 161	542
Subventions d'inv. capital (h)	43 656	37 489	37 549	52 850	37 549	52 850	27 719	77 645
Capitaux propres (a+b+g+h)	148 241	57 577	149 986	73 089	149 986	73 089	154 045	97 458
Provisions	4 648	30 796	4 491	31 351	4 491	31 351	4 258	35 255
Prime annuelle (exercice paiement)	78	0	4 027	0	4 027	0	142	5 650
<i>Prime annuelle (exercice prestation)</i>	<i>0</i>	<i>3 152</i>	<i>0</i>	<i>4 759</i>	<i>0</i>	<i>1 392</i>	<i>0</i>	<i>5 417</i>

Année	2022		2023		2024		2025	
	Fondation HRS	HRS SA	Fondation HRS	HRS SA	Fondation HRS	HRS SA	Fondation HRS	HRS SA
Capital souscrit (a)	0	2 000	0	2 000	0	2 000	0	2 000
Primes d'émission (b)	18 166	17 271	18 166	17 271	18 166	17 271	18 166	17 271
Résultats de l'exercice (c)	4 366	439	5 816	2 915	5 445	704	7 535	1 363
Résultat reporté (d)	108 161	- 50	112 526	20	118 342	1 889	123 786	2 318
Résultat cumulé (e=c+d)	112 526	389	118 342	2 934	123 786	2 593	131 322	3 682
Evolution Résultats reportés	7 329	4 603	4 366	69	5 816	1 869	5 445	429
Réserve (f)	0	591	0	961	0	2 006	0	2 281
Total Réserves (g=e+f)	112 526	981	118 342	3 895	123 786	4 600	131 322	5 963
Subventions d'inv. capital (h)	23 835	74 818	20 080	69 511	16 573	67 057	13 219	66 165
Capitaux propres (a+b+g+h)	154 527	95 070	156 588	92 678	158 525	90 928	162 706	91 339
Provisions	4 192	35 611	4 184	40 328	4 077	46 891	0	40 085
Prime annuelle (exercice paiement)	989	0	0	3 409	0	10 065	0	10 000
<i>Prime annuelle (exercice prestation)</i>	<i>0</i>	<i>4 500</i>	<i>0</i>	<i>5 500</i>	<i>0</i>	<i>5 710</i>	<i>0</i>	

Source : Comptes annuels audités.

En 2017, les Hôpitaux Robert Schuman S.A. (HRS SA) ont été constituées par la fusion des quatre hôpitaux Hôpital Kirchberg, la Clinique Sainte-Marie, la Clinique Privée du Dr. E. Bohler et la ZithaKlinik. Depuis cette date, l'activité hospitalière se retrouve dès lors au niveau de la HRS SA, tandis que les autres activités, toutes non-opposables à la CNS, sont regroupées au sein la Fondation HRS.

Le résultat de la Fondation HRS est notamment impacté par des décomptes relatifs aux exercices antérieurs à 2017 (reprises de provisions sont supérieures au solde qui est en faveur de la CNS) et par le paiement de la prime annuelle relative aux programmes qualité de ces mêmes exercices. En effet conformément à la convention d'apport, l'impact financier des décomptes non encore signés se rapportant aux exercices antérieurs à 2017 est supporté par les apporteurs, soit la Fondation HRS. L'incidence de ces éléments sur le résultat de la HRS SA est dès lors neutre. À partir de 2017, les effets

liés aux décomptes de fin d'exercice et aux programmes qualité sont toutefois enregistrés au niveau de la HRS SA.

A titre d'exemple, la Fondation HRS a bénéficié en 2022 d'un montant de 1,0 million EUR relatif au programme qualité 2016 des quatre établissements cités plus haut. Par ailleurs, les avances de 10,1 millions EUR en 2024 et de 10,0 millions EUR en 2025 ont été versées au titre des programmes qualité des exercices prestation 2017 à 2023. Au total sur la période 2018 à 2025, concernant les exercices prestation 2013 à 2023, les HRS et la Fondation ont reçu le paiement de 37,9 millions EUR (exercice paiement) au titre des prime annuelle liées aux programmes qualité.

Le total des réserves de HRS SA, y compris celles de la Fondation HRS, s'élève à 137,3 millions EUR en 2025, contre 128,4 millions EUR en 2024.

Les HRS ont réalisé un bénéfice modéré de 0,7 million EUR en 2024 et de 1,4 million EUR en 2025. Les provisions qui atteignent 40,1 millions EUR en 2025 sont principalement liées au personnel notamment aux congés non pris, aux heures supplémentaires prestées et au pécule de vacances, ainsi qu'aux décomptes de fin d'exercice. La diminution des provisions observée en 2025 s'explique principalement par la signature des décomptes relatifs aux exercices 2022 et 2023.

Le tableau suivant présente les capitaux propres pour les sociétés, fondations et établissements publics sous rubrique.

Tableau 9 – Situation financière cumulée des sociétés, fondations et établissements sous rubrique – Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)

Année	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Capital souscrit (a)	110 779	110 779	110 779	110 779	110 779	110 779	110 779	110 779
Primes d'émission et assimilés (b)	35 437	35 437	35 437	35 437	35 437	35 437	35 437	35 437
Résultats de l'exercice (c)	7 569	26 489	- 7 315	- 2 618	11 016	25 396	13 478	8 998
Résultat reporté (d)	157 720	165 120	189 121	180 025	177 350	187 588	209 368	216 575
Résultat cumulé (e=c+d)	165 289	191 609	181 807	177 407	188 366	212 985	222 846	225 573
Evolution Résultats reportés	17 092	7 400	24 002	- 9 096	- 2 676	10 239	21 779	7 207
Réserve (f)	9 864	7 147	9 563	9 556	9 393	7 889	9 526	13 892
Total Réserves (g=e+f)	175 152	198 756	191 370	186 964	197 759	220 874	232 371	239 465
Subventions d'inv. en capital (h)	279 562	295 285	308 296	314 667	306 792	330 561	367 928	399 694
Capitaux propres (a+b+g+h)	600 929	640 256	645 881	647 847	650 767	697 651	746 514	785 375
Provisions	45 759	46 771	56 419	67 777	61 501	66 990	79 765	81 802
Prime annuelle (exercice paiement)	99	13 059	11 108	21 342	1 952	11 317	32 142	32 100
Prime annuelle (exercice prestation)	10 582	16 234	5 691	18 171	15 000	22 810	18 410	

Source : Comptes annuels audités.

La vue consolidée des sociétés, fondations et établissements sous rubrique met en évidence le rôle important des primes annuelles liées au programme qualité dans les résultats financiers des établissements.

Entre 2018 et 2025 (exercice paiement), les primes annuelles versées par la CNS aux sociétés, fondations et établissements sous rubrique au titre des programmes de qualité 2013-2023 représentent un montant cumulé de 123,1 millions EUR. Les paiements de 32,1 millions EUR réalisés par la CNS en 2025 concernent les programmes qualité des exercices de prestation 2022 et 2023. Ces versements ont été effectués sous forme d'avances, l'évaluation des deux programmes qualité n'étant pas encore finalisée.

En 2025, le total des réserves cumulées s'élève à 239,5 millions EUR, contre 232,4 en 2024. Les provisions atteignent 81,8 millions EUR et ne sont pas entièrement liées aux décomptes, une part importante concerne également le personnel (hors décompte).

1.3.2 Réserves de tous les établissements hospitaliers sur base des budgets internes pour l'année 2025

Le tableau suivant présente les résultats et les réserves de l'ensemble des établissements hospitaliers visées par l'EBG en 2025.

Tableau 10 – Situation financière 2025 de tous les établissements hospitaliers visés par l'EBG (en milliers EUR) hors Fondation HRS

	Capital souscrit	Primes d'émission et primes assimilées	Résultats de l'exercice	Résultats reportés	Résultats cumulés	Réserves	Résultats cumulés+ Réserves	Subventions d'investissement en capital	Provisions
CHL	86 853	0	-58	37 286	37 228	0	37 228	168 919	1 650
CHEM	0	11 721	-5 013	41 844	36 831	0	36 831	105 539	19 281
HRS SA	2 000	17 271	1 363	2 318	3 682	2 281	5 963	66 165	40 085
CHdN	10 205	0	5 171	11 340	16 510	11 610	28 121	45 852	20 786
CHNP	1 299	0	2 892	32 808	35 701	274	35 975	61 130	24 067
HIS	0	0	-1 128	1 128	0	0	0	3 497	2 987
CFB	0	0	681	10 954	11 635	687	12 322	11 304	4 933
INCCI	50	0	2 330	8 073	10 404	0	10 404	5 055	3 902
RHZ	4 637	0	2 854	4 452	7 306	0	7 306	3 013	5 284
O90	0	0	0	2 200	2 200	7 918	10 118	2 291	0
CRCC	0	0	-52	32	-20	1 573	1 553	12	1 278
LNS	0	0	2 741	9 326	12 068	0	12 068	82 369	3 556
Total	105 043	28 992	11 783	161 762	173 545	24 343	197 888	555 148	127 810

Source : Comptes annuels audités.

En 2025, les réserves et les résultats reportés cumulés de tous les établissements hospitaliers (hors Fondation HRS) s'élèvent à 197,9 millions EUR, contre 185,8 millions EUR en 2024, soit une augmentation de 6,5%.

La somme des résultats de l'exercice 2025 de tous les établissements atteint 11,8 millions EUR, contre 4,1 millions EUR en 2024 et 31,4 millions EUR en 2023. Le niveau exceptionnel observé en 2023 est principalement lié à la régularisation des décomptes de fin d'exercice relatifs à des exercices antérieurs.

Contrairement à l'exercice 2023, les résultats des exercices 2024 et 2025 ont été peu, voire pas du tout influencés par la régularisation des décomptes. Les décomptes signés au cours de ces deux années concernent surtout les établissements spécialisés et non pas les quatre centres hospitaliers. Parmi ces derniers, seuls les HRS ont déjà signé les décomptes et ces derniers sont en faveur de la CNS.

Pour les frais fixes qui représentent environ 80% des budgets hospitaliers, les rectifications budgétaires sont généralement réalisées en cours d'exercice, par exemple lors de l'entrée en vigueur d'une tranche indiciaire ou de la signature d'un nouvel accord dans le cadre de la convention collective de travail FHL. En revanche, pour les frais variables, qui comprennent notamment les médicaments, les rectifications budgétaires ne sont effectuées qu'au moment de l'établissement du décompte de fin d'exercice.

La majorité des établissements spécialisés⁶ ont signé en 2025 et en 2026 les décomptes relatifs aux exercices 2022 et 2023.

Pour l'exercice 2022, le solde global des décomptes s'élève à 2,3 millions en faveur de la CNS, dont 1,1 millions EUR au titre des frais fixes et 1,2 million EUR au titre des frais variables.

En ce qui concerne les décomptes de fin d'exercice relatifs à l'année 2023, le solde global s'établit à 1,5 million EUR en faveur de la CNS.

1.3.3 Analyse détaillée des comptes annuels de certains établissements hospitaliers sur base des budgets internes et externes pour les exercices 2024 et 2025

L'analyse détaillée des comptes annuels porte sur les sociétés, fondations et établissements publics suivants :

- Fondation Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) ;
- Établissement public dénommé Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) ;
- Établissement public dénommé Centre hospitalier du Nord (CHdN) ;
- Société anonyme dénommée Hôpitaux Robert Schuman (HRS SA).

L'analyse se limite aux années 2024 et 2025 et se base sur la comptabilité desdits établissements, leurs décomptes antérieurs signés avec la CNS (exercices antérieurs) ainsi que sur leurs comptes annuels audités par les réviseurs.

Sur base des données disponibles, une évaluation financière des activités hospitalières opposables et non-opposables à la CNS a été réalisée. Le tableau qui suit présente, pour l'exercice 2024, les résultats des budgets internes et des budgets externes des établissements concernés.

Tableau 11 – Résultat du budget interne et du budget externe des centres hospitaliers pour l'exercice 2024 (en milliers EUR)

2024	CHEM	CHL	CHdN	HRS SA	Total
Résultat sur budget interne (a)	2 585	2 093	2 652	704	8 033
Frais fixes (b)	240 291	255 123	149 375	288 692	933 480
Frais variables hors article 21(c)	57 159	76 297	36 477	67 838	237 771
Participations assurés (d)	3 202	2 438	2 036	3 339	11 015
Total reçu (e=b+c+d)	300 651	333 859	187 887	359 869	1 182 266
Frais réels opposables (f)	-303 544	-341 830	-191 460	-364 948	-1 201 782
Résultat sur budget externe avant décompte (g=e+f)	-2 892	-7 972	-3 573	-5 079	-19 516
Dotations aux provisions pour décomptes (h)	-4 313	3 235	-2 365	-6 881	-10 324
Charges/produits exceptionnels en relation avec les exercices antérieurs (i)	0	0	0	1 642	1 642
Résultat sur budget externe après décompte (j=g+h+i)	-7 205	-4 737	-5 938	-10 318	-28 198
Prime annuelle 2024 (estimation) (k)	5 000	6 733	1 922	0	13 655
Prime annuelle exercices antérieurs (l)	0	0	40	512	551
Résultat hors activité non-opposable (m=j+k+l)	-2 205	1 996	-3 976	-9 806	-13 992
Solde activité non-opposable (n=a-m)	4 790	97	6 628	10 510	22 025

Calcul IGSS : Source Comptabilité des Hôpitaux et Comptes annuels audités.

Pour l'exercice 2024, les sociétés, fondations et établissements publics sous rubrique ont réalisé, sur base de leurs budgets internes, un bénéfice global de 8,0 millions EUR.

⁶ CFB, CHNP, CRCC, INCCI, LNS, O90, RHZ

Selon l'analyse réalisée, le résultat sur budget externe, correspondant à l'activité hospitalière opposable à la CNS, présente un déficit de 19,5 millions EUR pour l'ensemble des établissements hospitaliers en 2024, alors que les frais (réels) opposables à la CNS s'élèvent à 1 201,8 millions EUR.

En tenant compte des provisions et des décomptes relatifs aux exercices antérieurs, le résultat de l'activité hospitalière opposable s'établit à -28,2 millions EUR en 2024.

En revanche, en incluant les recettes estimées à 14,2 millions EUR au titre de la prime annuelle du programme qualité, le résultat hors activité non-opposable s'établit à -14,0 millions EUR et le résultat de l'activité non opposable est excédentaire en 2024.

Au cours de l'année 2024, la CNS a versé un montant total de 32,1 millions EUR aux quatre établissements concernés au titre de la prime annuelle du programme de qualité. Ces paiements se rapportent aux exercices de prestation 2017, 2018, 2020 et 2021.

Le CHL, le CHEM et le CHdN ayant déjà comptabilisé une créance à recevoir au cours des exercices concernés, le tableau 11 ci-dessus, ne reprend que le solde après déduction des créances.

Les HRS, qui n'avaient pas comptabilisé de créance à recevoir au titre des exercices concernés, ont comptabilisé en produit un montant de 0,5 million EUR correspondant à la prime perçue. Le solde, soit 9,5 millions EUR, a été comptabilisé dans un compte de régularisation du passif au titre de solde non affecté de la prime. Par conséquent, le versement de la prime aux HRS n'a eu qu'un impact limité sur le résultat de l'exercice 2024.

Le résultat de l'activité non-opposable, qui comprend les prestations étrangères au champ de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance accident, les prestations délivrées à titre de convenance personnelle aux assurés et non-assurés ainsi que les prestations du secteur médical du CHL, s'élève à 22,0 millions EUR en 2024.

Le tableau qui suit affiche les résultats des budgets internes et externes des établissements hospitaliers pour 2025.

Tableau 12 – Résultat du budget interne et du budget externe des centres hospitaliers pour l'exercice 2025 (en milliers EUR)

2025	CHEM	CHL	CHdN	HRS SA	Total
Résultat sur budget interne (a)	-5 013	-58	5 171	1 363	1 463
Frais fixes (b)	259 840	287 879	160 989	308 287	1 016 994
Frais variables (c)	60 497	84 025	37 708	69 976	252 205
Participations assurées (d)	3 312	2 758	2 160	3 433	11 664
Total reçu (e=b+c+d)	323 648	374 661	200 857	381 696	1 280 863
Frais réels opposables (f)	-321 056	-370 785	-199 128	-381 006	-1 271 975
Résultat sur budget externe avant décompte (g=e+f)	2 592	3 876	1 729	690	8 888
Dotations aux provisions pour décomptes (h)	-2 172	-835	-2 735	-5 761	-11 504
Charges/produits exceptionnels en relation avec les exercices antérieurs (i)	0	2 053	0	4 806	6 858
Résultat sur budget externe après décompte (j=g+h+i)	420	5 093	-1 006	-266	4 242
Prime annuelle 2025 (estimation)(k)	0	6 065	2 079	0	8 144
Prime annuelle exercices antérieurs (l)	1 060	0	1 875	501	3 436
Résultat hors activité non-opposable (m=j+k+l)	1 480	11 159	2 948	236	15 822
Solde activité non-opposable (n=a-m)	-6 493	-11 217	2 223	1 128	-14 359

Calcul IGSS : Source Comptabilité des Hôpitaux et Comptes annuels audités.

Pour l'exercice 2025, les sociétés, fondations et établissements publics sous rubrique ont réalisé sur base de leurs budget internes, un bénéfice global de 1,5 million EUR.

Selon l'analyse réalisée, le résultat sur budget externe, correspondant à l'activité opposable à la CNS, présente un excédent de 8,9 millions EUR en 2025, pour un montant total des frais opposables à la CNS de 1 272,0 millions EUR.

Si les dotations aux provisions relatives au décompte de fin d'exercice 2025, qui s'élèvent à 11,5 millions EUR, sont prises en compte, ce résultat devient déficitaire et s'établit à -2,6 millions EUR. Il convient toutefois de noter que les pratiques comptables en matière de constitution de provisions diffèrent selon les établissements.

Parmi les quatre centres hospitaliers, seuls les HRS ont signé les décomptes de fin d'exercice relatifs aux exercices 2022 et 2023 pour un montant total de 11,7 millions EUR en faveur de la CNS. Ce résultat est principalement imputable aux frais de personnel, tandis qu'au niveau des frais variables, un léger solde demeure en faveur de l'hôpital. Comme les HRS avaient cependant effectué des dotations aux provisions cumulées de 16,5 millions pour ces exercices, les reprises de provisions, comptabilisées en produit, dépassent le solde négatif des deux décomptes de 4,8 millions EUR.

En tenant compte des décomptes de fin d'exercice des HRS et d'une reprise des provisions enregistrées par le CHL, le résultat du budget externe après décompte passe à un excédent de 4,2 millions EUR. En y ajoutant les recettes estimées à 11,6 millions EUR au titre de la prime annuelle du programme de qualité, le résultat de l'activité opposable représente un excédent qui s'établit à 15,8 millions EUR.

En 2025, la CNS a versé au total 32,1 millions EUR aux quatre centres hospitaliers concernés au titre de la prime annuelle. Ces paiements constituent des avances relatives au programme qualité des années 2022 et 2023. Comme en 2024, les HRS ont comptabilisé un produit de 0,5 million EUR, le montant restant, soit 9,5 millions EUR, a été inscrit aux comptes de régularisation du passif.

Dès lors, le résultat de l'activité non opposable est déficitaire à hauteur de -14,4 millions EUR en 2025.

1.3.4 Constatations générales

L'analyse des réserves des 4 centres hospitaliers indique que les comptes ne sont actuellement que difficilement comparables. En effet, le traitement comptable des provisions et des créances en lien avec le décompte de fin d'exercice de la CNS pour les exercices antérieurs, ainsi de la prime annuelle en lien avec le programme qualité diffère d'un acteur à l'autre.

En ce qui concerne le paiement de la prime, en 2023 les HRS ont commencé à comptabiliser la majeure partie de la prime annuelle sur le compte de régularisation passif. Le solde du compte de régularisation a atteint un montant de 22,5 millions EUR en 2025. L'impact de la prime sur le résultat est ainsi très limité au niveau des HRS.

La CNS prévoit, tel que demandé par l'IGSS, que la prime soit utilisée pour le financement des prestations opposables⁷. Ainsi, à titre d'exemple, les établissements ont déjà utilisé la prime pour le financement des dépassements des frais opposables non couverts par le budget hospitalier et de projets spécifiques identifiables comme l'accréditation ou le (pré)financement d'équipements innovants et de projets spécifiques et coûteux validés en Commission permanente des hôpitaux (CPH). Le solde de la prime non encore affecté est reportable d'année en année.

⁷ Extrait de l'article 41 de la convention entre la CNS et la FHL : [...] L'établissement hospitalier fournit à la suite de l'arrêt du décompte définitif par la CNS en vertu de l'article 79, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, un relevé chiffré de l'affectation de la prime annuelle sur les différentes catégories de frais fixes respectivement les différentes entités fonctionnelles en ce qui concerne les frais variables pour l'exercice décompté en question. Le solde de la prime annuelle non affecté est reportable d'année en année. [...]

Les réserves et résultats inscrits dans les comptes des établissements hospitaliers sont impactés par des clôtures tardives des décomptes, ce qui, ensemble avec les pratiques comptables non harmonisées à la clôture de l'exercice, fait que lesdites situations financières sont à considérer avec prudence et peu comparables. En particulier, la forme juridique de l'établissement peut aussi constituer un facteur explicatif des divergences dans les principes comptables retenus lors de la clôture de l'exercice comptable.

Par ailleurs, les réserves et résultats repris des rapports des réviseurs des établissements hospitaliers ne proviennent pas exclusivement de l'activité hospitalière, et ne sont ainsi pas entièrement disponibles à l'exploitation hospitalière. Pour le CHL par exemple, une partie des réserves est réservée au secteur médical.

Le groupe HRS présente une particularité par rapport aux autres établissements qui est principalement liée à la fusion en 2017. Dès lors l'activité hospitalière se retrouve au niveau des Hôpitaux Robert Schuman S.A. tandis que la Fondation Hôpitaux Robert Schuman ne comprend plus que les activités non hospitalières. Lors de la fusion, la Fondation Hôpitaux Robert Schuman, la clinique Bohler S.A. et la Zithaklinik S.A. ont effectué un apport en capital sans rémunération de titres d'un total de 60,3 millions EUR au 1er janvier 2017 et ont ensuite procédé à un remboursement aux apporteurs de l'ordre de 43,0 millions EUR de sorte que seulement un montant restant de 17,0 millions EUR est comptabilisé au niveau des primes d'émissions et s'ajoute aux réserves et résultats des Hôpitaux Robert Schuman S.A.

Pour tenir compte de l'évolution des comptes du groupe HRS au fil des années, les comptes de la fondation HRS sont impérativement à considérer, tout en sachant que ces derniers ne concernent plus d'activité hospitalière à partir de 2017, mais incluent des actifs constitués dans le passé à partir de prestations opposables par nature.

En particulier, le budget externe opposable à la CNS des établissements hospitaliers est en principe un budget de dépenses effectives et les possibilités de faire des bénéfices à ce niveau sont réduites, bien que les recettes reçues lors de la clôture de décomptes des exercices antérieurs influencent souvent les résultats, les pertes réalisées de l'exercice peuvent le cas échéant être diminuées par les recettes résultant de la clôture de décomptes des exercices antérieurs. S'y ajoutent les recettes liées à une sous-dotation en personnel de moins de 1,0%. Si la sous-dotation est supérieure à 1,0% de la dotation accordée, la CNS déduit les frais de personnel relatifs à la sous-dotation qui dépassent la limite de 1,0%. Concernant le budget interne (comprenant les prestations opposables et non opposables à la CNS), les bénéfices proviennent notamment de la prime annuelle liée au programme qualité payée avec un certain retard, ainsi que des prestations non opposables (convenances personnelles et autres).

L'analyse se complique par le fait que les décomptes des exercices antérieurs ont souvent été clôturés avec un retard de plusieurs années. Cette situation s'est améliorée ces dernières années : le retard dans la clôture des décomptes a été réduit. La majorité des décomptes des années 2022 et 2023 a été finalisée ou ces décomptes sont en cours de finalisation. Au mois d'août, quatre décomptes pour l'exercice 2022, quatre décomptes pour l'exercice 2023 et onze décomptes pour l'exercice 2024 sont encore à finaliser.

En effet, dans le cadre des relations avec le secteur hospitalier, la CNS doit arrêter le décompte définitif d'un exercice donné d'un établissement au plus tard douze mois après la fin de cet exercice (article 79 du CSS). Or, malgré les efforts réalisés ces dernières années, l'IGSS constate toujours un certain retard dans la finalisation des décomptes définitifs.

2 PROJECTIONS DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE DES DÉPENSES DU SECTEUR HOSPITALIER

L'EBG accordée pour 2026 par le Conseil de Gouvernement s'élève à 1 702,6 millions EUR et dépasse ainsi de 57,3 millions EUR les dépenses prévisionnelles 2026 à financer par l'EBG, estimées en juillet 2026 par la CNS à 1 645,3 millions EUR, ce qui correspond à 96,6% de l'EBG accordée.

Tableau 13 – Estimation des frais fixes et frais variables établie par la CNS pour l'exercice 2026, constituant la base de calcul pour les projections relatives aux exercices 2027 et 2028

Frais fixes	1 334 657 783 EUR
Frais variables	310 651 790 EUR
Total dépenses prévisionnelles	1 645 309 573 EUR

Source : Estimations CNS (juillet 2026).

Cette estimation des frais fixes et frais variables sert de base de référence à l'élaboration des projections des EBG pour les exercices 2027 et 2028.

Dans une première étape, l'activité hospitalière pour les exercices 2027 et 2028 est projetée selon deux méthodologies distinctes, élaborées à partir de l'évolution observée de l'activité hospitalière entre 2023 et 2025. La moyenne des résultats obtenus par ces deux approches est retenue pour la projection.

Dans une deuxième étape, cette projection d'activité est appliquée aux dépenses prévisionnelles de l'exercice 2026. D'autres facteurs influençant l'évolution des coûts sont également pris en compte, notamment l'impact de EMS, l'évolution des normes, l'adaptation des CCT, ainsi que les charges d'amortissement liées aux infrastructures hospitalières.

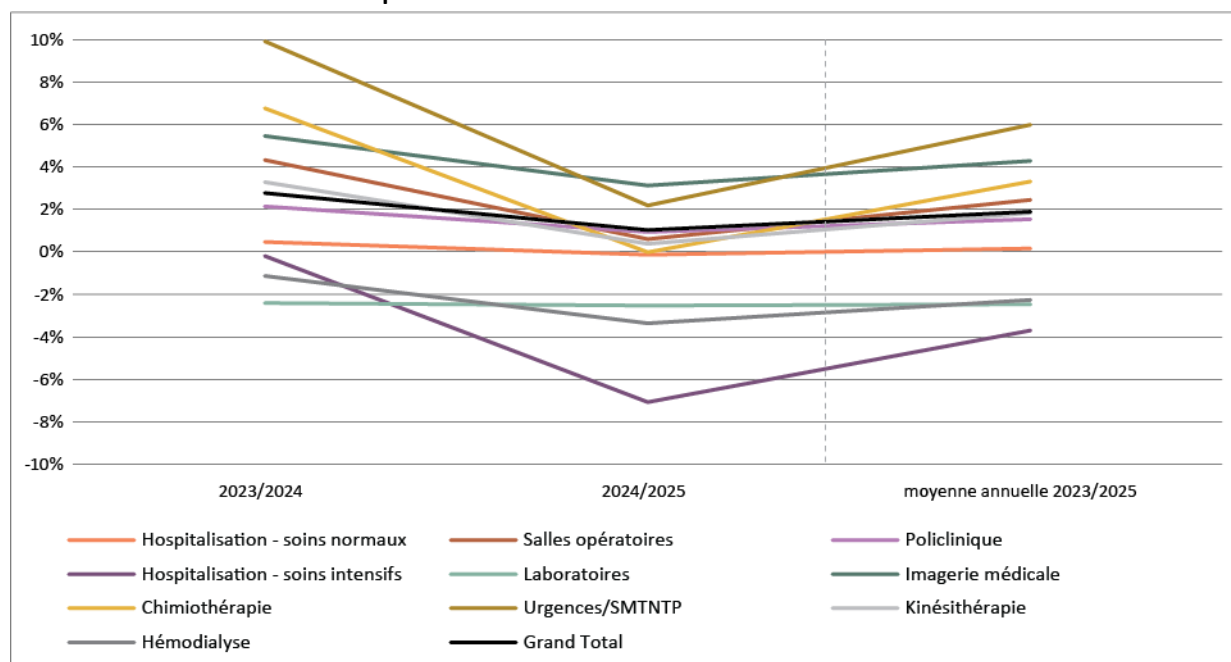
2.1 PROJECTION DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

Deux projections de l'activité des établissements hospitaliers pour les années 2027 et 2028 sont réalisées, dont l'une se base sur l'évolution annuelle moyenne observée entre de 2023 et 2025 du nombre d'unités d'œuvre (UO) enregistrées dans les différentes entités fonctionnelles (EF) et l'autre sur l'évolution du nombre des différents types de prise en charge pour la même période. L'évolution annuelle moyenne résultant des deux projections est ensuite retenue comme estimation de la progression de l'activité pour les exercices 2027 et 2028.

L'annexe 1 présente une analyse de l'activité hospitalière observée ainsi qu'une description détaillée des différents types de prises en charge utilisés dans le cadre des projections.

2.1.1 Projection de l'activité hospitalière basée sur l'évolution des unités d'œuvre des différentes entités fonctionnelles des établissements hospitaliers

Le graphique 2 affiche l'évolution, entre 2023 et 2025, du nombre d'UO des dix EF les plus coûteuses ainsi que celle de l'ensemble des UO. Il met également en évidence le taux de croissance annuel moyen observé sur cette période. Les dépenses pour ces dix EF représentent 84,9% des dépenses de l'ensemble des EF opposables à l'AMM.

Graphique 2 – Taux de croissance annuel et taux de croissance annuel moyen du nombre d'UO des 10 EF les plus coûteuses des établissements hospitaliers entre 2023 et 2025

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En 2024, le volume des UO de l'ensemble des EF a augmenté de 2,8%. La progression se poursuit en 2025, bien qu'à un rythme plus modéré (1,0%). Il en résulte une croissance moyenne annuelle de 1,9% sur la période allant de 2023 à 2025.

Parmi les dix EF les plus coûteuses, la plus forte croissance annuelle moyenne est observée pour les UO de l'EF urgences/SMTNTP⁸ (6,0%). À l'inverse, les UO de l'EF Hospitalisation - soins normaux demeurent globalement stables sur la période.

Les activités d'hospitalisation de jour enregistrent des évolutions plus dynamiques. Les UO des EF Hôpital de jour chirurgical, Hôpital de jour non chirurgical et Hôpital de jour pédiatrique (non repris dans le graphique) affichent ainsi des taux de croissance annuels moyens respectifs de 5,4%, 17,4% et 4,5% entre 2023 et 2025.

Concernant l'EF IRM, les UO progressent en moyenne de 15,4% par an sur la période allant de 2023 à 2025. Cette évolution s'explique notamment par la mise en service de nouveaux équipements ainsi que par l'extension des plages horaires d'ouverture au cours des dernières années⁹.

De manière générale, les évolutions observées au niveau des différentes EF sont plus contrastées que celles observées pour l'ensemble des activités hospitalières. Elles peuvent notamment s'expliquer par la création de nouveaux services, la fermeture temporaire de services pour rénovation ou restructuration, l'acquisition de nouveaux équipements ou l'extension des capacités existantes (par exemple en IRM), mais également par des changements dans les modalités de prise en charge des patients, comme dans le domaine de la chimiothérapie.

Les taux de croissance retenus pour la projection basée sur l'évolution historique des UO sont les taux de croissance moyens observés entre 2023 et 2025 par EF. Cette approche permet de tenir compte à la fois de l'évolution démographique et des progrès thérapeutiques¹⁰. Afin de limiter l'incidence des variations exceptionnellement faibles ou élevées, un taux de croissance minimum de 0,5% et d'un taux maximum de 6,0% sont appliqués. Cette hypothèse suppose d'une part une augmentation continue de la productivité pour les activités à faible croissance et, d'autre part un ralentissement des activités ayant

⁸ Services médico-techniques non programmés triés.

⁹ De plus amples informations, concernant l'évolution du nombre d'IRM ainsi que du volume horaire annuel d'ouverture, sont disponibles dans le fascicule 3 de la carte sanitaire 2025 - <https://obs.gouvernement.lu/fr/publications/carte-sanitaire-2025-fascicule-3.html>.

¹⁰ Car supposées identiques à l'évolution passée.

connu une forte progression dans le passé notamment à la suite de la mise en place de capacités supplémentaires.

Les tarifs fixés par EF comprennent une composante fixe et une composante variable. La composante fixe sert à couvrir les frais fixes, alors que la composante variable sert à couvrir les frais variables des dépenses des établissements hospitaliers.

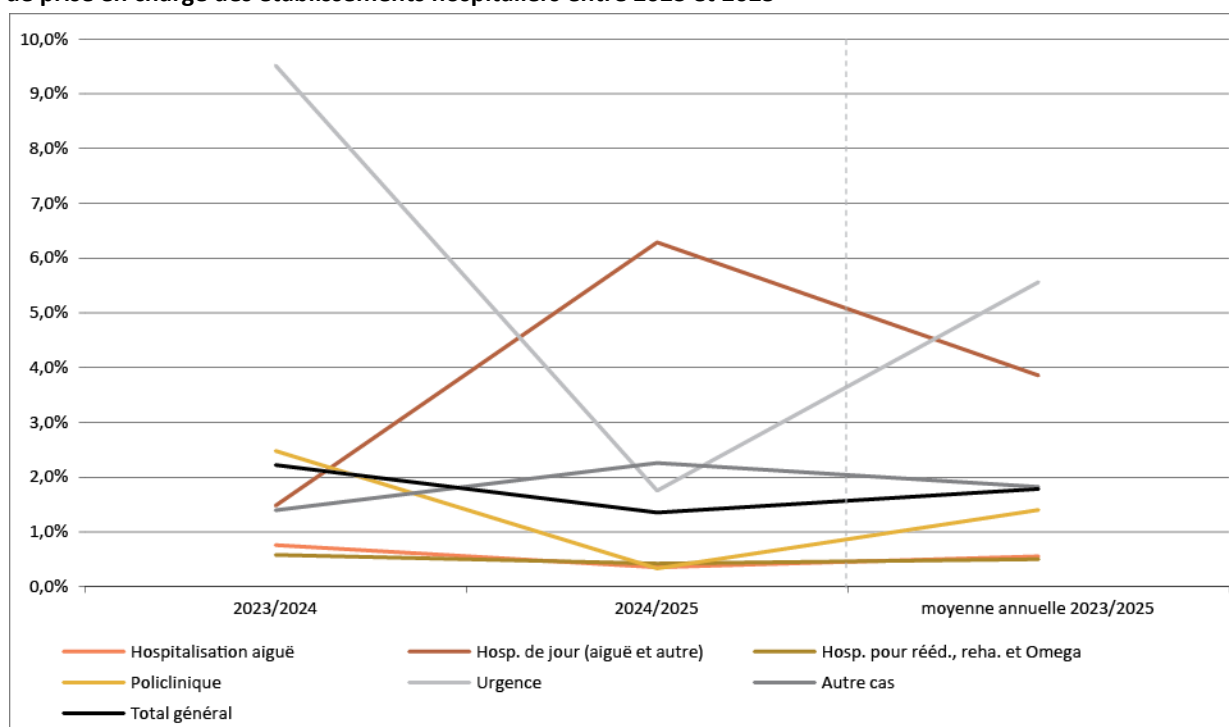
La répartition du tarif entre composante fixe et composante variable diffère par entité fonctionnelle, étant donné que les ressources nécessaires pour l'exécution des tâches varient. Cette différence justifie l'établissement de projections distinctes pour la composante fixe et pour la composante variable. Afin d'estimer l'évolution des coûts (indice 100), le coût moyen (composante fixe et composante variable) par EF de 2025 est appliqué à la projection du nombre d'UO des EF pour les années 2026-2028.

Sur cette base, la projection de l'activité reposant sur l'évolution des UO des différentes EF aboutit à une croissance réelle des dépenses relatives à la composante fixe de 2,1% en 2027 comme en 2028. Pour les dépenses relatives à la composante variable, les taux de croissance estimés s'élèvent à 3,0% en 2027 et à 3,1% en 2028.

2.1.2 Projection de l'activité hospitalière basée sur l'évolution des différents types de prise en charge des établissements hospitaliers

Le graphique 3 présente l'évolution de l'activité hospitalière par type de prise en charge entre 2023 et 2025.

Graphique 3 – Taux de croissance annuel et taux de croissance annuel moyen de l'activité hospitalière par type de prise en charge des établissements hospitaliers entre 2023 et 2025 ¹¹



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Les fluctuations observées dans le graphique peuvent s'expliquer par les fermetures temporaires de certains services pour des raisons de rénovation ou restructuration et par la mise en place de capacités supplémentaires.

Pour la projection basée sur l'historique des différents types de prise en charge, les taux de croissance moyens observés entre 2023 et 2025 sont retenus, selon les mêmes modalités que pour les UO (application d'un taux plancher de 0,5% et d'un taux plafond de 6,0%).

¹¹ Évolution des nuitées en cas d'hospitalisation complète.

Le coût moyen par type de prise en charge est déterminé par les différentes UO d'EF qui le composent en moyenne. Par conséquent, la répartition des coûts entre composante fixe et composante variable diffère, comme pour les EF, par type de prise en charge, étant donné que les ressources nécessaires pour l'exécution des tâches varient. Cette différence explique pourquoi la projection prévoit des estimations séparées pour la composante fixe et pour la composante variable.

A noter que la plupart des frais liés à une chimiothérapie sont pris en charge soit dans le cadre d'une 'policlinique sans hospitalisation', soit dans le cadre d'une prise en charge 'autre cas', ce qui impacte fortement les frais moyens liés à la composante variable pour une telle prise en charge. Pour cette raison, la projection basée sur les différents types d'hospitalisation ne tient pas compte des frais liés à la composante variable de l'EF chimiothérapie¹². Ces frais sont pris en compte dans un second temps dans la projection en intégrant les résultats de la projection basée sur l'évolution des UO des EF, en retenant les hypothèses obtenues pour l'évolution de l'EF chimiothérapie.

Sur base de ce qui précède, la croissance réelle qui résulte de la projection de l'activité hospitalière basée sur l'évolution des différents types de prise en charge est de 1,5% en 2027 comme en 2028 pour les dépenses relatives à la composante fixe et de 2,3% en 2027 comme en 2028 pour la composante variable.

2.1.3 Croissance moyenne retenue

La croissance moyenne des deux projections précédentes est retenue pour estimer les besoins financiers des établissements hospitaliers. Cette croissance moyenne s'élève à 1,8% en 2027 et en 2028 pour les dépenses relatives à la composante fixe et à 2,7% en 2027 et en 2028 pour la composante variable.

2.2 PROJECTION DES FRAIS FIXES ET FRAIS VARIABLES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Les dépenses prévisionnelles établies par la CNS pour les frais fixes et variables pour l'exercice 2026 servent de base pour projeter les EBG de 2027 et 2028.

Le tableau 14 illustre qu'en complément de l'augmentation de l'activité hospitalière, plusieurs facteurs contribuent à la progression des différents éléments qui composent les frais fixes et frais variables.

Tableau 14 – Facteurs pris en compte dans la projection des frais fixes et frais variables

	Augmentation de l'activité	EMS	Glissement des carrières et CCT	Autres facteurs
Frais fixes				
Consommation fixe				x
Autres charges externes/d'exploitation	x	x		
Personnel	x	x	x	
Amortissement				x
Frais financiers				x
Subvention				x
Développement de la qualité				x
Frais variables	x			

Source : IGSS.

Le tableau 15 présente les hypothèses du scénario central relatives à l'évolution de l'EMS du STATEC du 5 août 2026 et qui intègrent les mesures arrêtées dans le cadre de l'accord tripartite conclu le 8 juin 2026¹³. Le tableau reprend également l'évolution de l'EMS selon les scénarios bas et haut établis par le

¹² Le tarif de l'EF chimiothérapie ne dispose pas de composante fixe.

¹³ <https://gouvernement.lu/dam-assets/images-documents/actualites/2026/06-juin/08-accord-tripartite/docs/accord-tripartite-final-juin-2026.pdf>

STATEC. Ces scénarios reposent sur des hypothèses alternatives qui reflètent les incertitudes caractérisant l'environnement international.

Tableau 15 – Prévisions de l'EMS

		2026	2027	2028
Scénario central <i>y compris accord tripartite</i>	EMS (côtes d'application) - Variation annuelle moyenne	+2,3%	+2,1%	+1,9%
	Moyenne annuelle	982,16	1 002,58	1 021,28
Scénario bas	EMS (côtes d'application) - Variation annuelle moyenne	+2,3%	+1,9%	+1,7%
	Moyenne annuelle	982,16	1 000,51	1 017,05
Scénario haut	EMS (côtes d'application) - Variation annuelle moyenne	+2,9%	+4,0%	+1,4%
	Moyenne annuelle	988,36	1 027,64	1 042,47

Source : STATEC (août 2026).

Compte tenu des prévisions du STATEC¹⁴ concernant l'évolution des prix de l'énergie et des produits pétroliers, et de l'absence de hausse prévue dans les demandes budgétaires des établissements hospitaliers pour la consommation fixe, aucune progression de ces charges n'a été intégrée dans les projections.

Le taux de croissance de l'EMS et le taux de croissance de la composante fixe issu de la projection de l'activité, sont appliqués à la partie 'autres charges externes et aux autres charges d'exploitations' des frais fixes. Or, seule une partie de ces frais, tels que certains contrats de maintenance, évolue directement en fonction de l'EMS. Une autre partie correspond à des frais relativement stables. Dès lors, l'application du taux de croissance de l'EMS à l'ensemble de ces charges génère une marge budgétaire permettant de couvrir d'éventuelles dépenses supplémentaires susceptibles d'être engagés par les établissements hospitaliers, telles que la conclusion de nouveaux contrats de maintenance.

Pour les besoins du présent rapport, les hypothèses¹⁵ relatives au glissement des carrières retenues dans les demandes budgétaires des établissements hospitaliers ont été reprises, à savoir une progression de 0,7% en 2027 et en 2028.

La CCT-FHL arrivera à échéance le 31 décembre 2027. Les revendications relatives à son éventuel renouvellement n'étant pas connues à ce stade, aucune hypothèse spécifique concernant une nouvelle convention n'a été retenue pour l'établissement des EBG 2027 et 2028. Toutefois, conformément aux dispositions de la CCT-FHL, les incidences des adaptations catégorielles et générales des rémunérations, des traitements et des conditions de travail dans la fonction publique luxembourgeoise seront transposées aux salariés relevant de la CCT-FHL lors de son prochain renouvellement. Dès lors, toute adaptation future des conditions de travail et de rémunération dans la fonction publique entraînera des répercussions directes sur les négociations de la prochaine CCT-FHL, et par conséquent, sur l'évolution des dépenses hospitalières, et ceci même avec un effet rétroactif pour 2026, 2027 ou 2028 en fonction de l'année d'adaptation de la fonction publique.

Le renouvellement de la CCT propre au LNS devra intervenir prochainement. Comme son impact est déjà connu, il est intégré dans l'estimation des dépenses hospitalières pour 2026.

¹⁴ <https://statistiques.public.lu/fr/actualites/2026/stn33-previsions-inflation.html>

¹⁵ Adaptation de la méthodologie relative à la prise en compte du glissement des carrières. Dans les éditions précédentes, l'IGSS retenait le taux de glissement des carrières figurant dans la circulaire budgétaire de l'IGF. Toutefois, il a été constaté que ce taux est supérieur à celui observé dans les établissements hospitaliers. Dès lors, le présent rapport se fonde sur un taux moyen de glissement des carrières établi par la CNS sur la base des demandes budgétaires des établissements hospitaliers.

Outre l'évolution de l'activité hospitalière, de l'EMS ainsi que du glissement des carrières, d'autres facteurs sont également pris en compte pour projeter l'évolution des frais fixes :

- Les frais financiers, l'amortissement, la subvention d'exploitation et d'investissement ne sont pas liés à l'activité. L'amortissement est déjà connu, en grande partie, à l'avance par la CNS ainsi que les subventions y relatives. Les budgets demandés par les établissements hospitaliers pour les trois points précités seront pris en compte pour les prévisions des EBG 2027 et 2028.
- Les imprévus et projets planifiés, mais non chiffrés sont estimés à 2,0% du total des FF et FV.
- Les pensions complémentaires comprises dans les frais de personnel sont adaptées sur base de l'EMS.
- Les autorisations d'exploitation des services hospitaliers, émises par le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, sont encore en vigueur jusqu'au 31 décembre 2030. Pour l'instant, aucun changement majeur n'est connu, l'activité est donc projetée selon les hypothèses retenues ci-avant.
- L'extension et la mise en exploitation de certains services et infrastructures sont demandés pour 2027 et 2028, à savoir :
 - Réseaux de compétences
 - Maladies neuro-dégénératives - dénommé ParkinsonNet
 - Immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant
 - Douleur chronique
 - Diabète et obésité avec comorbidité de l'enfant
 - Diabète et obésité avec comorbidité de l'adulte
 - CHNP – hôpital de jour psychiatrique – juvénile
 - CHL – installation 2e robot opératoire
 - CHL – extension IRM et aménagement plateau technique et de radiologie
 - CHL – mise en conformité par rapport aux établissements critiques et mise en sécurité des dispositifs médicaux
 - CHL – transformation de la Kannerklinik
 - RHZ – hôpital de jour et pédiatrie

Ces projets sont inclus dans les demandes budgétaires des établissements hospitaliers.

Néanmoins, étant donné que la mise en place de nouveaux services ainsi que l'extension de services existants requièrent généralement un certain délai, l'IGSS estime que, dans une première phase, 80% des budgets demandés pour la création et l'extension des réseaux de compétence seront suffisants.

Par ailleurs, un délai s'écoule inévitablement entre l'autorisation à recruter du personnel supplémentaire et son engagement effectif. L'IGSS part donc de l'hypothèse que le nouveau personnel autorisé entrera en fonction au milieu de l'année concernée.

Le besoin de financement supplémentaire est ainsi estimé à 14,9 millions EUR pour 2027 et à 19,1 millions EUR pour 2028.

- L'adaptation des normes des médecins coordinateurs entraînera une augmentation de leur nombre accordé, dont le coût est estimé à 3,0 millions EUR pour 2027 et à 4,0 millions EUR à partir de 2028¹⁶.
- Le projet de loi 8760 portant modification 1° du Code de la sécurité sociale ; 2° de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière prévoit l'engagement d'un médecin infectiologue au sein de chaque centre hospitalier¹⁷. Le coût annuel de cette mesure, estimé à 350 000 EUR par médecin, est pris en compte dans les projections à partir de 2028.

¹⁶ La différence entre le montant estimé pour 2027 et 2028 tient compte du temps nécessaire pour engager le personnel supplémentaire.

¹⁷ <https://www.chd.lu/fr/dossier/8760>

En ce qui concerne le développement de nouveaux réseaux de compétence prévu par le projet de loi, l'IGSS considère qu'ils ne seront opérationnels qu'à partir de 2029 et par conséquent aucun impact budgétaire n'a été intégré dans les projections.

- Le développement de la qualité correspond à 1,8% des frais pour consommation fixe, autres charges externes et d'exploitation, frais de personnel, amortissements et frais financiers, subvention d'exploitation et frais variables.
- Les projets de développement informatique et de renforcement de la sécurité informatique, pour lesquels des moyens supplémentaires avaient été prévus dans les EBG 2025 et 2026 ont connu une mise en œuvre plus lente qu'initialement envisagée. Par conséquent, l'intégralité de ce budget ne sera pas engagée en 2026. Afin de poursuivre ces efforts, une augmentation de 5,0 millions EUR est à prévoir à partir de 2027 dans le cadre du Contrat d'objectifs et de moyens (COM) informatique.
- En ce qui concerne le budget opérationnel de la FHL, ainsi que les COM Achat et Physique médical, un supplément annuel d'environ 1 million EUR est à prévoir afin de couvrir l'augmentation des charges résultant de l'EMS et du glissement des carrières, les effets de la CCT-FHL, ainsi que les besoins complémentaires identifiés au niveau des deux COM. Une fois que la Centrale Nationale d'Achat et de Logistique (CNAL) opérationnelle, le budget correspondant sera transféré de la FHL vers la CNAL. Toutefois, comme celui-ci continuera à être intégré dans les dépenses hospitalières couvertes par l'EBG, ce transfert n'aura donc pas d'impact sur les dépenses globales des établissements hospitaliers.

Le tableau 16 ci-après affiche une estimation des dépenses hospitalières à financer par l'EBG pour les années 2027 et 2028 basée sur les hypothèses précitées.

En prenant en compte l'ensemble des facteurs, l'augmentation de l'EBG est estimée à 3,8% en 2027 par rapport à l'EBG accordée pour 2026. Les dépenses estimées pour 2028 prévoient une croissance de 3,6% par rapport à l'estimation 2027.

A noter que les prestations opposables en relation avec les réseaux de compétence sont à considérer en application de l'article 76, alinéa 1er, tiret 5 du CSS et à financer en dehors de l'EBG. Or, les EBG 2027 et 2028 incluent encore ces dépenses en attente de l'établissement d'une routine dans la prestation de ces activités et d'une certaine prévisibilité de ces dépenses. A préciser que les soins de santé à charge de l'assurance maladie-maternité et réalisés dans les sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires sont financés par des forfaits en dehors de l'EBG.

L'impact sur les frais de personnel dû à l'augmentation de l'activité hospitalière projetée de 1,8% pour les frais fixes permet d'augmenter le personnel soignant de 109,3 ETP en 2027 et de 110,0 ETP en 2028 (total : 219,3 ETP)¹⁸.

Les hypothèses retenues par l'IGSS constituent des hypothèses de travail et ne peuvent dès lors pas être considérées comme des acquis par les interlocuteurs conventionnés de la CNS.

¹⁸ Estimation sur base du coût moyen pour les nouveaux ETP demandés par les établissements hospitaliers.

Tableau 16 – Projection de l'EBG 2027 et de l'EBG 2028 (en millions EUR)

	EBG 2026	% EBG 2026	↗ de l'activité	EMS	Glissement des carrières	Autres facteurs	2027	Croissance	↗ de l'activité	EMS	Glissement des carrières	Autres facteurs	2028	Croissance
Frais fixes opposables (FF)	1 334,66	78,4%					1 398,30	4,8%					1 448,66	3,6%
<i>Consommation fixe</i>	31,52	1,9%	0,0%	0,0%			31,52	0,0%	0,0%	0,0%			31,52	0,0%
<i>Autres charges externes/ d'exploitation</i>	177,32	10,4%	1,8%	2,1%			184,21	3,9%	1,8%	1,9%			191,01	3,7%
<i>Personnel</i> ¹⁾	1 063,89	62,5%	1,8% x 71,7% = 1,3%	2,1%	0,7%		1 107,31	4,1%	1,8% x 71,7% = 1,3%	1,9%	0,7%		1 150,32	3,9%
<i>Normes + Adaptation de la loi</i> ²⁾						Source CNS/loi	3,00					Source CNS/loi	5,40	80,0%
<i>Δ FHL opérationnel, COM IT, COM Achat</i>						b.d. ³⁾	6,06					b.d. ³⁾	6,05	-0,2%
<i>Amortissement</i>	59,13	3,5%				b.d. ⁴⁾	68,33	15,6%				b.d. ⁴⁾	63,75	-6,7%
<i>Frais financiers</i>	2,00	0,1%				b.d. ⁴⁾	1,69	-15,1%				b.d. ⁴⁾	1,76	4,2%
<i>Subvention exploitation + amort. subv. d'investissement</i>	-28,30	-1,7%				b.d. ⁴⁾	-34,44	21,7%				b.d. ⁴⁾	-32,90	-4,5%
<i>Développement de la qualité</i> ⁵⁾	29,08	1,7%				Hyp. IGSS	30,61	5,3%				Hyp. IGSS	31,73	3,6%
Frais variables (FV)	310,65	18,2%	2,7%				318,89	2,7%	2,7%				327,43	2,7%
Nouveaux services, mises en exploitations et réseaux de compétence (FF et FV) ⁶⁾						Source CNS	14,92					Source CNS	19,07	27,8%
Total FF + FV	1 645,31	96,6%					1 732,11	5,3%					1 795,15	3,6%
<i>Réserve pour imprévus</i>						2% (FF+FV)	34,64					2% (FF+FV)	35,90	3,6%
Dépenses prévisionnelles	1 645,31	96,6%					1 766,76	7,4%					1 831,06	3,6%
<i>Reste disponible</i>	57,29	3,4%												
EBG accordée 2026 et dépenses prévisionnelles 2027 et 2028	1 702,60	100,0%					1 766,76	3,8%					1 831,06	3,6%

1) La croissance estimée de 1,8% est appliquée uniquement au personnel soignant qui représente 71,7% des ETP accordés.

2) Impact estimé sur base des informations fournies par la CNS et du projet de loi 8760.

3) Estimations CNS/IGSS sur base des demandes budgétaires.

4) Budgets demandés par les établissements hospitaliers.

5) 1,80% des frais pour consommation fixe, autres charges externes et d'exploitation, frais de personnel, amortissements et frais financiers, subvention d'exploitation et frais variables.

6) Estimation CNS/IGSS sur base des demandes des établissements hospitaliers.

Source : Estimation IGSS selon le scénario central de l'EMS.

3 PROPOSITION POUR LA FIXATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE

La loi modifiée du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé a mis en évidence l'importance de l'accès équitable de tous les assurés à des soins hospitaliers de qualité par une utilisation efficiente des ressources financières du système hospitalier tout en assurant un financement durable du système de santé. La loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière a confirmé ces objectifs en instituant la planification hospitalière ayant comme finalité de faire progresser la coopération entre les différents prestataires de soins en milieu hospitalier afin d'utiliser d'une façon plus efficiente les ressources financières disponibles, tout en promouvant la qualité des soins dont bénéficient les assurés en milieu hospitalier. L'EBG des établissements hospitaliers constitue un des moyens permettant d'atteindre ces objectifs au motif impérieux de l'intérêt général et de contenir le risque grave et manifeste d'un déséquilibre financier de l'AMM.

La détermination de l'EBG des établissements hospitaliers pour 2027 et 2028 s'appuie sur les dépenses prévisionnelles à financer en 2026, qui servent de base de calcul.

Ainsi, les projections pour 2027 et 2028 reposent sur une estimation de l'évolution de l'activité hospitalière, établie à partir des tendances observées entre 2023 et 2025, puis appliquée aux dépenses prévisionnelles à financer par l'EBG en 2026. Elles tiennent en outre compte des principaux facteurs d'évolution des coûts, à savoir de l'impact de l'EMS, de l'évolution des normes, de l'adaptation des CCT et des charges d'amortissement liées aux infrastructures hospitalières.

3.1 IMPACT DE L'ÉCHELLE MOBILE DES SALAIRES

Le tableau 17 présente les projections de l'IGSS qui aboutissent, dans le scénario central de l'EMS du STATEC, à un taux de croissance nominal de l'EBG de 3,8% pour l'année 2027 par rapport à l'EBG accordée par le Gouvernement pour l'année 2026, et de 3,6% pour 2028 par rapport à l'EBG calculée pour 2027.

Tableau 17 – Enveloppe budgétaire globale projetée pour 2027 et 2028 en millions EUR

	2026	2027	2028
Scénario central			
EBG	1 702,6 ¹⁹	1 766,8	1 831,1
Variation		3,8%	3,6%
Scénario bas			
EBG	1 702,6	1 764,0	1 825,3
Variation		3,6%	3,5%
Scénario haut²⁰			
EBG	1 702,6	1 800,1	1 859,8
Variation		5,7%	3,3%

Source : Estimation IGSS.

L'IGSS souhaite rappeler que l'évolution de l'EMS exerce une influence déterminante sur celle de l'EBG. Ainsi l'évolution de l'EMS selon le scénario bas établi par le STATEC, impliquerait une croissance projetée de l'EBG pour 2027 de 3,6% et de 3,5% pour 2028, ce qui représente une diminution de l'EBG pour 2027 de 2,7 millions EUR et pour 2028 de 5,7 millions EUR par rapport au scénario central.

¹⁹ EBG 2026 accordée par le Gouvernement. L'EBG prévisionnelle 2026 est estimée à 1 645,3 millions EUR.

²⁰ L'année 2026 correspond au scénario central, l'estimation 2027 du scénario haut est obtenue en appliquant une EMS qui passe de 982,16 en 2026 à 1 027,64 en 2027.

L'évolution de l'EMS selon le scénario haut impliquerait, quant à elle, une croissance projetée de l'EBG pour 2027 de 5,7% et pour 2028 de 3,3%, ce qui correspond à un supplément de 33,3 millions EUR pour 2027 et de 28,7 millions EUR pour 2028 par rapport au scénario central.

A noter que la projection de l'IGSS, fondée sur le scénario central du STATEC pour l'évolution de l'EMS, telle que reprise au tableau 17, intègre une réserve pour imprévus de 2% des dépenses. Dans l'hypothèse où cette réserve resterait entièrement disponible, elle permettrait de couvrir le surcroît de dépenses résultant d'une évolution de l'EMS suivant le scénario haut du STATEC.

3.2 RECOMMANDATIONS DU SEMESTRE EUROPÉEN DANS LE CADRE DE LA GOUVERNANCE EUROPÉENNE

Afin de tenir compte des recommandations du Semestre européen dans le cadre de la gouvernance économique européenne réformée en 2024, le Luxembourg est appelé à suivre une trajectoire pluriannuelle de ses dépenses publiques, compatible avec la soutenabilité de la dette et une politique budgétaire prudente.

Dans ce contexte, la surveillance budgétaire repose désormais principalement sur l'évolution des dépenses primaires nettes, qui constituent l'indicateur opérationnel central du cadre européen. Cette trajectoire, spécifique à chaque État membre, est définie sur la base d'une analyse de soutenabilité de la dette et formalisée dans un plan budgétaire et structurel à moyen terme, approuvé au niveau européen.

Les recommandations du Semestre européen appellent dès lors à respecter cette trajectoire de dépenses, tout en assurant un équilibre entre discipline budgétaire, investissements prioritaires et réformes structurelles. Plus concrètement, la politique budgétaire doit être calibrée de manière à garantir que la croissance des dépenses primaires nettes reste compatible avec une trajectoire prudente de la dette publique et avec le maintien du déficit public en dessous de 3,0% du PIB.

Pour les années 2027 et 2028, le critère retenu pour apprécier l'évolution de l'enveloppe budgétaire globale correspond aux taux de croissance maximaux des dépenses primaires nettes fixés dans la trajectoire nationale approuvée par le Conseil de l'Union européenne le 21 janvier 2025 dans le cadre du plan budgétaire et structurel à moyen terme du Luxembourg. Ces taux, spécifiques au pays, constituent désormais la référence opérationnelle pour la programmation budgétaire.

Ainsi, les taux indiqués au tableau 18 devraient servir de référence à la fixation des taux de croissance de l'EBG.

Tableau 18 – Trajectoire des dépenses primaires nettes 2026-2028

	2024	2025	2026	2027	2028	Moyenne 2027-2028
Taux de croissance annuel maximal	8,0%	5,8%	4,7%	3,8%	5,4%	
Taux de croissance annuel observé/projeté	6,3%	8,7%	3,5%			
Déviations cumulées	-1,6%	1,3%	0,1%			
Taux de référence EBG ¹⁾				3,7%	5,4%	4,5%

1) Calcul IGSS.

Source : Plan budgétaire et structurel à moyen terme 2025-2029 – COUNCIL RECOMMENDATION of 3 June 2026 on the economic, social, employment, structural and budgetary policies of Luxembourg.

3.3 APPRÉCIATION DES PROJECTIONS AU REGARD DE LA TRAJECTOIRE BUDGÉTAIRE

Dans ce contexte, l'appréciation des projections de l'IGSS ne peut se limiter à une comparaison avec l'EBG accordée pour 2026. Bien que les projections de l'IGSS pour 2027 et 2028 paraissent compatibles avec les taux de référence lorsqu'elles sont rapportées à cette enveloppe budgétaire accordée, une telle lecture doit toutefois être nuancée. En effet, l'EBG accordée pour 2026 est sensiblement supérieure aux dépenses prévisionnelles pour cet exercice et ne constitue dès lors qu'un point de référence imparfait pour apprécier l'évolution effective des dépenses. À cet égard, les dépenses prévisionnelles 2026 constituent une base de référence plus pertinente pour évaluer la dynamique sous-jacente des dépenses.

Les dépenses prévisionnelles estimées par la CNS et à financer par l'EBG en 2026 s'élèvent à 1 645,3 millions EUR, alors que l'EBG accordée par le Gouvernement atteint 1 702,6 millions EUR, soit un écart de 57,3 millions EUR. Cet écart s'explique principalement par une progression moins rapide que prévue de l'EMS (valeur de 992,24 supposée en 2024 contre 982,16 selon les dernières prévisions), par une évolution limitée des frais de consommation fixe (énergie, eau, etc.), par un effet de glissement de carrière moins important qu'anticipé ainsi que par des retards dans la réalisation de certains investissements et dans la mise en œuvre de contrats informatiques.

Rapportées aux dépenses prévisionnelles à financer par l'EBG en 2026, les projections de l'IGSS conduisent à une croissance des dépenses de 7,4% pour 2027, puis de 3,6% pour 2028.

3.4 CONCLUSION ET PROPOSITION DE L'IGSS

Dans un souci d'équilibre entre le respect des taux de référence découlant des recommandations du Semestre européen, la préservation de l'équilibre financier de l'AMM et la prise en considération des contraintes opérationnelles du secteur hospitalier, l'IGSS propose au Gouvernement de tenir compte des mesures de maîtrise des dépenses discutées actuellement au sein du comité stratégique pour la pérennisation financière de l'AMM, mis en place à l'initiative de la Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale lors de la réunion du comité quadripartite du 13 octobre 2025, ce comité a pour mission d'identifier des mesures structurelles permettant de ralentir la progression des dépenses et de rétablir durablement l'équilibre financier de l'AMM, dont la situation demeure tendue.

S'agissant du secteur hospitalier, les principales mesures²¹ actuellement examinées sont :

- la maîtrise comptable des dépenses hospitalières, permettant une réduction des dépenses estimée à 15,0 millions EUR à partir de 2026 ;
- la réduction de la durée moyenne de séjour, permettant une réduction des dépenses estimée à 3,0 millions EUR à partir de 2028 ;
- la mutualisation des laboratoires hospitaliers, permettant une réduction des dépenses estimée à 7,0 millions EUR en 2027 et à 14,0 millions EUR à partir de 2028.

En tenant compte de ces mesures et du fait que la réserve pour imprévus, qui représente 2% des dépenses, est calculée sur base de dépenses moins élevées, l'EBG proposée pour 2027 s'élève à 1 744,3 millions EUR et accuse ainsi une progression de 6,0% par rapport aux dépenses prévisionnelles à financer par l'EBG en 2026. L'EBG proposée pour 2028 s'élève, quant à elle, à 1 798,4 millions EUR et accuse ainsi une progression de 3,1% par rapport à l'EBG proposée pour 2027. Le taux de progression annuel moyen pour les années 2027 et 2028 s'élève alors à 4,6% et, par conséquent, dépasse légèrement le taux annuel moyen de référence de 4,5%.

²¹ Source CNS.

Ainsi, l'IGSS propose au Gouvernement de fixer l'EBG 2027 à 1 744,3 millions EUR et de fixer l'EBG 2028 à 1 798,4 millions EUR en précisant que les enveloppes respectives contiennent une réserve pour imprévus de 2% des dépenses prévisionnelles.

Tableau 19 – Proposition de l'IGSS pour la fixation par le Gouvernement de l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir, à savoir 2027 et 2028

	2026		Proposition IGSS	
	EBG accordée par le Gouvernement	Dépenses prévisionnelles	EBG 2027	EBG 2028
EBG	1 702,6	1 645,3	1 744,3	1 798,4
Variation p.r. aux dépenses prévisionnelles			6,0%	3,1%
Variation moyenne 2027/2028			4,6%	
Variation par rapport à l'EBG accordée			2,5%	3,1%

Source : Calcul IGSS.

Sur base des observations historiques, le taux annuel moyen de recours effectif à la réserve pour imprévus (2% des dépenses) est de l'ordre de 50%, bien que celle-ci ait été intégralement utilisée lors de certains exercices. Ainsi, et à titre d'information, en supposant un taux de recours de 50% sur les années 2027 et 2028, les dépenses pour 2027 seraient inférieures à l'EBG proposée et s'élèveraient à 1 727,2 millions EUR, accusant ainsi une progression de 5,0% par rapport aux dépenses prévisionnelles de 2026. Les dépenses pour 2028 s'élèveraient, quant à elle, à 1 780,8 millions EUR, accusant toujours une progression de 3,1% par rapport aux dépenses pour 2027. Le taux de progression annuel moyen pour les années 2027 et 2028 s'élèverait alors à 4,0% et, par conséquent, serait inférieur au taux annuel moyen de référence de 4,5%.

La plausibilité d'un tel scénario est en outre confortée par le développement progressif des sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires prévu dans le projet de loi N°8760 portant modification de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et des sites supplémentaires dédiés aux soins de santé ambulatoires, dont les effets devraient se traduire par un transfert graduel d'activités et, par conséquent, d'une partie des financements hors du périmètre de l'EBG. Dans la mesure où les impacts financiers de ces évolutions ne sont pas encore intégrés dans les projections initiales de l'IGSS, ceux-ci devraient contribuer à renforcer la soutenabilité de la trajectoire proposée pour les exercices 2027 et 2028.

Par ailleurs, l'IGSS préconise le recours ponctuel aux réserves des établissements hospitaliers qui pourrait être envisagé pour financer certaines prestations opposables, afin d'accompagner la transition vers une trajectoire de dépenses compatible avec l'objectif de soutenabilité financière de l'AMM.

Dans le même esprit, l'IGSS réitère la position défendue lors des précédents exercices consistant à exclure progressivement du périmètre de l'EBG le financement des réseaux de compétence et à privilégier un financement par forfaits. Si leur intégration dans l'EBG peut se justifier durant la phase de mise en œuvre, l'IGSS estime qu'un financement distinct doit être instauré dès lors que les coûts correspondants peuvent être identifiés avec suffisamment de précision.

En revanche, l'IGSS rappelle que les présentes projections reposent sur le scénario central du STATEC en matière d'EMS ainsi que sur les dispositions législatives et réglementaires connues à ce jour. Elles ne tiennent compte ni d'une éventuelle modification du taux de cotisation de l'AMM ni des incidences financières que pourraient entraîner de futurs accords salariaux dans la fonction publique susceptibles d'affecter les dépenses hospitalières en 2027 et 2028. Par rapport à tous ces éléments, il y a lieu de rappeler que les EBG 2027 et 2028 incluent à chaque fois une réserve pour imprévus de 2% des dépenses.

ANNEXE 1 – ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DU SECTEUR HOSPITALIER

Au mois de juin 2026, la majorité des établissements hospitaliers avaient transmis à la CNS les factures relatives aux prestations réalisées en 2025. L'analyse de l'activité hospitalière se concentre dès lors sur cette année afin de disposer des données les plus récentes possibles²². Elle se limite, sauf indication contraire, aux prestations prises en charge par l'AMM luxembourgeoise. La période allant de 2023 à 2025 sert de référence pour déterminer l'évolution annuelle moyenne de l'activité retenue pour les projections.

L'analyse suivante propose un aperçu des activités hospitalières prises en compte dans le cadre des projections. Elle examine dans un premier temps les hospitalisations selon leur type de prise en charge, puis analyse l'évolution de la durée moyenne de séjour. Enfin elle s'intéresse aux dépenses pour soins hospitaliers.

Pour un état des lieux plus détaillé du secteur hospitalier, il est renvoyé à la carte sanitaire, publiée par l'Observatoire national de la santé en juin 2026²³.

1. HOSPITALISATIONS ET TYPE DE PRISE EN CHARGE

Méthodologie :

Les différents types de prise en charge sont définis comme suit :

- **Hospitalisation aiguë complète** : il s'agit des cas aigus pour lesquels l'hôpital a fait une déclaration de prise en charge comportant au moins une journée entière avec présence du patient à minuit et pour lequel le séjour est terminé. Un épisode d'hospitalisation peut comporter des hospitalisations successives dans plusieurs hôpitaux.
- **Hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie** : il s'agit des hospitalisations pour réhabilitation fonctionnelle, gériatrique ou psychiatrique, ainsi que des séjours dans un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie et pour lesquelles le séjour est terminé.
- **Hospitalisation de jour (aiguë et subaiguë)** : il s'agit des cas pour lesquels l'hôpital a fait une déclaration de prise en charge avec entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit, respectivement où l'hôpital a facturé une hospitalisation de jour pédiatrique, chirurgicale, non chirurgicale ou psychiatrique.
- **Passage en policlinique sans admission subséquente** : il s'agit des cas où l'hôpital a facturé un passage en policlinique. Lorsqu'une hospitalisation s'ensuit, le passage en policlinique n'est pas repris dans cette catégorie, car il est déjà classé dans une des catégories précédentes.
- **Passage en urgence sans admission subséquente** : il s'agit des cas où l'hôpital a facturé un passage en urgence non programmé trié. Lorsqu'une hospitalisation s'ensuit, le passage en urgence n'est pas repris dans cette catégorie, car il est déjà classé dans une des catégories précédentes.
- **Autres cas** : il s'agit des assurés ayant recours à des services médicotechniques de l'hôpital sans passage en policlinique et des assurés dont l'hospitalisation n'est pas encore terminée (pas de déclaration de sortie). Les UO attribuées à ces derniers sont donc également prises en compte.

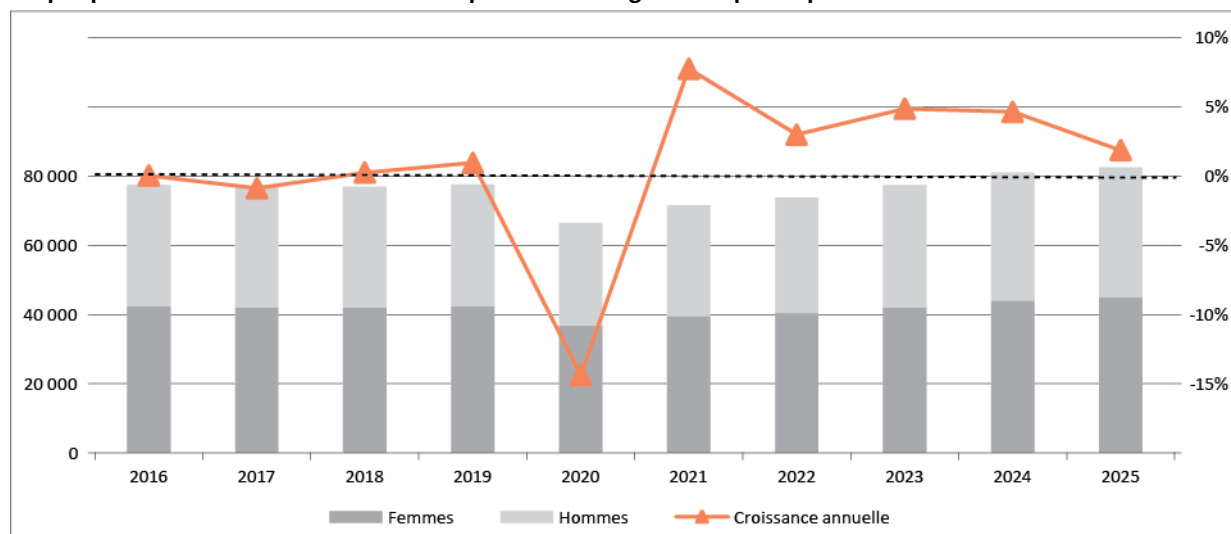
En 2025, les UO les plus fréquemment enregistrées dans la catégorie 'autres cas' concernaient l'anatomie pathologique (27,2%), l'imagerie médicale (26,3%), la kinésithérapie (11,6%), l'IRM (7,5%), le laboratoire (6,6%), l'ergothérapie (5,7%) et l'hémodialyse (4,1%). Dans la plupart des cas (57,1%), les assurés concernés ont également bénéficié, le même jour, d'un acte repris dans la nomenclature des médecins et médecins-dentistes, réalisé soit à l'intérieur de l'hôpital soit en dehors de celui-ci.

²² Les statistiques se basent sur la situation connue en date du 10 juin 2026 (extraction des données utilisées).

²³ <https://obs.gouvernement.lu/fr/rapports/carte-sanitaire/carte-sanitaire2025.html>

Le graphique 4 montre l'évolution du nombre d'hospitalisations aiguës complètes par sexe (résidents et non-résidents, opposables à l'AMM ou aux autres caisses) entre 2016 et 2025.

Graphique 4 – Évolution du nombre d'hospitalisations aiguës complètes par sexe de 2016 à 2025

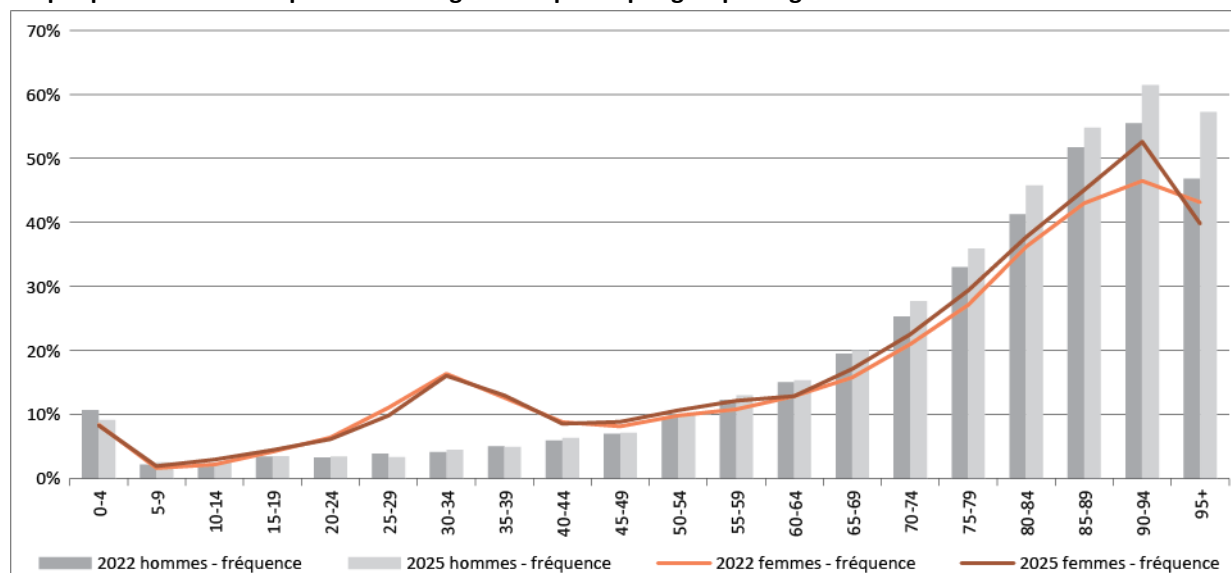


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le nombre d'hospitalisations aiguës complètes est resté assez stable entre 2016 et 2019. Une forte baisse est enregistrée en 2020, année marquée par le début de la pandémie de la COVID-19. À partir de 2021, l'activité hospitalière connaît une reprise progressive et retrouve, dès 2023, son niveau d'avant pandémie de 2019. En 2024, le nombre d'hospitalisations augmente de 4,7%, avant d'enregistrer une croissance plus modérée de 1,9% en 2025.

Le graphique 5 montre le taux d'hospitalisation²⁴ par sexe et groupe d'âge pour les hospitalisations aiguës complètes (avec nuitée) de la population protégée résidente (PPR)²⁵ pour les années 2022 et 2025.

Graphique 5 – Taux d'hospitalisations aiguës complètes par groupe d'âge et sexe de la PPR en 2022 et 2025



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

De manière générale la fréquence des hospitalisations augmente avec l'âge.

²⁴ Nombre d'hospitalisations des assurés résidents par effectif de la population protégée résidente en fonction du groupe d'âge et sexe.

²⁵ Il s'agit du nombre moyen de nuits passées à l'hôpital. Un épisode d'hospitalisation suivi immédiatement par un deuxième épisode dans un autre hôpital, et ainsi de suite, compte pour une seule hospitalisation. Pour le calcul de la DMS utilisée pour des comparaisons internationales, les périodes sont considérées individuellement par hôpital. Il s'ensuit que la DMS calculée selon la méthode internationale est légèrement plus courte.

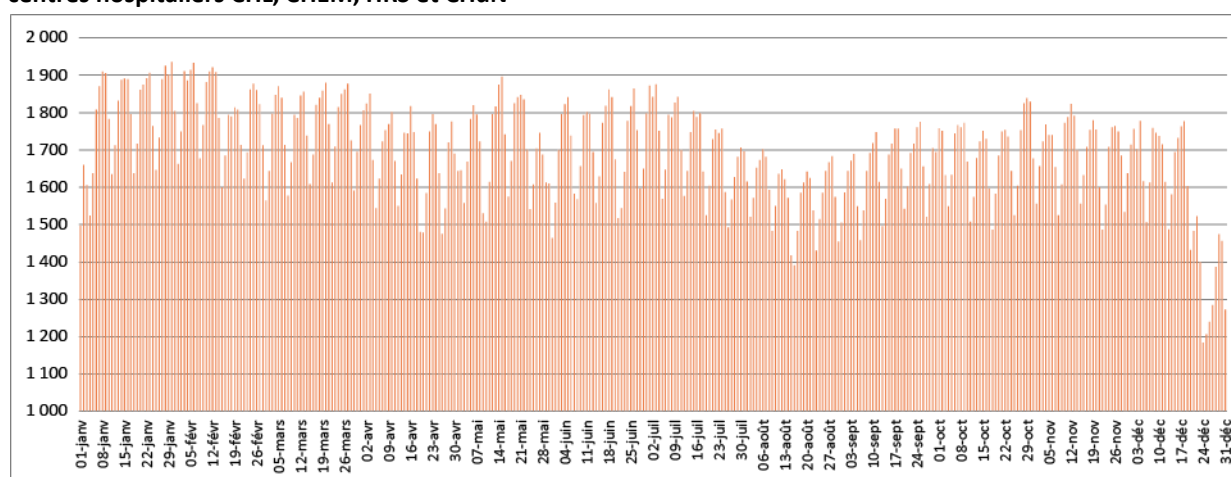
Le taux d'hospitalisations aiguës complètes a augmenté entre 2022 et 2025 tant chez les hommes que chez les femmes. Cette évolution s'explique principalement par une hausse de la fréquence des hospitalisations parmi les personnes âgées de 70 ans et plus, tandis que les taux observés dans les groupes d'âge plus jeunes demeurent globalement stables.

Les taux d'hospitalisation observés chez les femmes âgées de 20 à 39 ans sont sensiblement plus élevés que ceux des hommes du même groupe d'âge, ce qui s'explique principalement par les prises en charge liées à la grossesse et à l'accouchement.

Un certain nombre de lits hospitaliers est bloqué par des personnes âgées en attente d'une place dans un établissement d'aides et de soins à séjour continu, ce qui engendre des frais évitables pour l'assurance maladie-maternité et ce qui représente des inconvénients majeurs pour les personnes hospitalisées. En effet, il est démontré que pour des personnes âgées fragiles, le risque de perte d'autonomie et des infections nosocomiales augmente avec la durée d'hospitalisation.

Le graphique 6 montre l'évolution journalière des EF soins normaux et soins intensifs facturées²⁶ en 2025 pour les 4 centres hospitaliers CHL, CHEM, HRS et CHdN.

Graphique 6 – Évolution journalière du nombre d'EF soins normaux et soins intensifs facturées en 2025 par les centres hospitaliers CHL, CHEM, HRS et CHdN

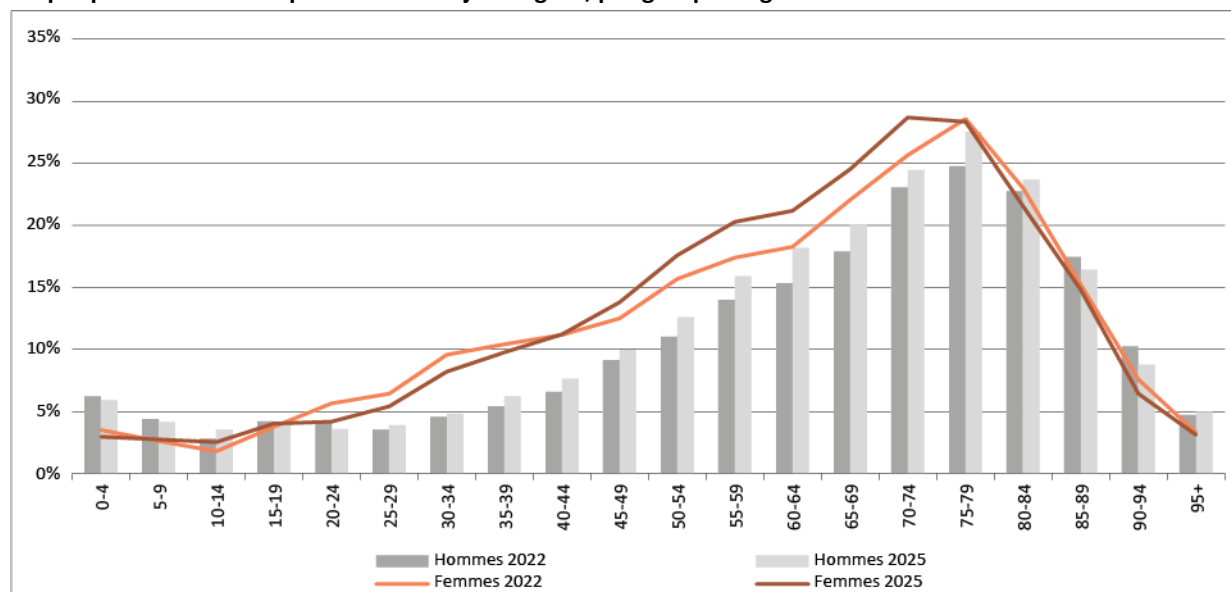


Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le graphique met en évidence une activité en dents de scie au sein des 4 centres hospitaliers. Celle-ci diminue systématiquement le weekend. De plus, l'intensité de l'activité est généralement plus faible pendant les mois d'été ainsi qu'au cours des fêtes de fin d'année.

Le graphique 7 présente le taux d'hospitalisations aiguës de jour des assurés résidents opposables à l'AMM par sexe et groupe d'âge en 2022 et en 2025.

²⁶ Y compris les prestations couvertes par une assurance de maladie étrangère respectivement par l'assurance accident.

Graphique 7 – Taux d'hospitalisations de jour aiguës, par groupe d'âge et sexe de la PPR en 2022 et 2025

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

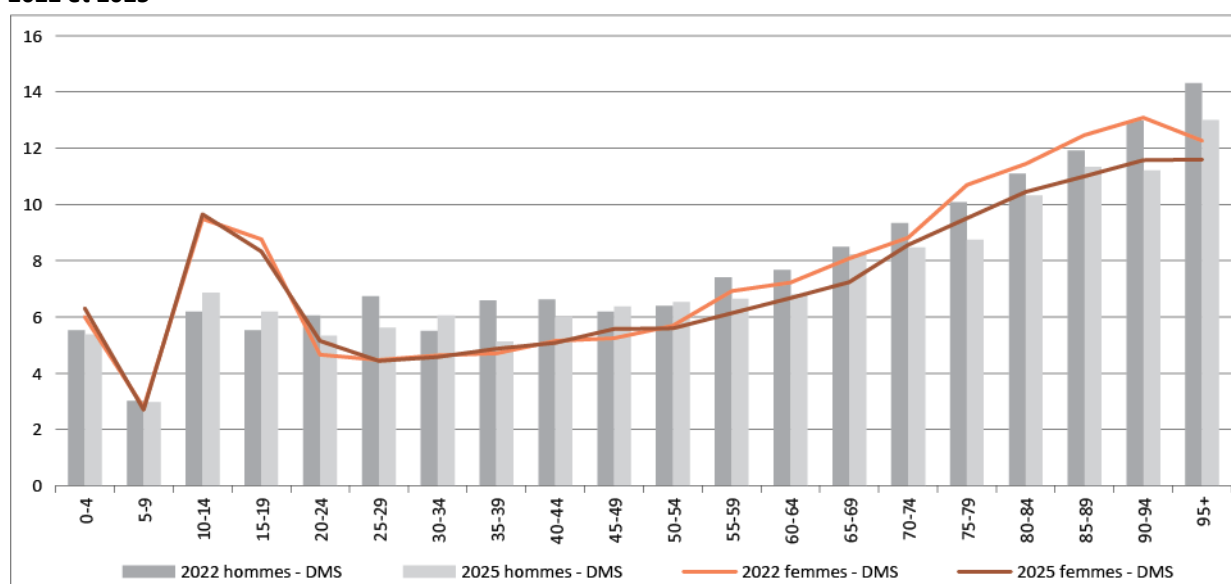
Le taux d'hospitalisations aiguës de jour est en augmentation dans tous les groupes d'âge entre 40 et 75 ans.

Le taux global passe de 10,3% en 2022 à 11,1% en 2025, et se rapproche ainsi du taux d'hospitalisations aiguës complètes qui s'élève à 11,4% en 2025.

Le recours aux hospitalisations aiguës de jour atteint son niveau le plus élevé chez les assurés âgés entre 70 et 79 ans. Au-delà de ce groupe d'âge, ce taux diminue progressivement, traduisant un recours accru aux hospitalisations aiguës complètes.

2. DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

Le graphique 8 présente l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS) des hospitalisations aiguës complètes par groupe d'âge et sexe entre 2022 et 2025.

Graphique 8 – Durée moyenne de séjour des hospitalisations aiguës complètes par groupe d'âge et sexe en 2022 et 2025

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

La DMS des assurés résidents et non-résidents avec au moins une nuitée se situe à 7,3 jours en 2025 (7,7 jours en 2022). Pour les hommes comme pour les femmes, la durée moyenne de séjour progresse avec l'âge. L'exception à cette tendance sont les enfants de moins de 1 an qui affichent une durée moyenne de séjour plus élevée. Cela étant donné que le séjour à la maternité d'un nouveau-né en bonne santé n'est pas considéré comme une hospitalisation pour le bébé, mais pour la mère et n'est donc pas pris en compte dans le calcul de la DMS. Par contre, les accouchements par césarienne, ainsi que les nouveau-nés présentant des complications sont inclus.

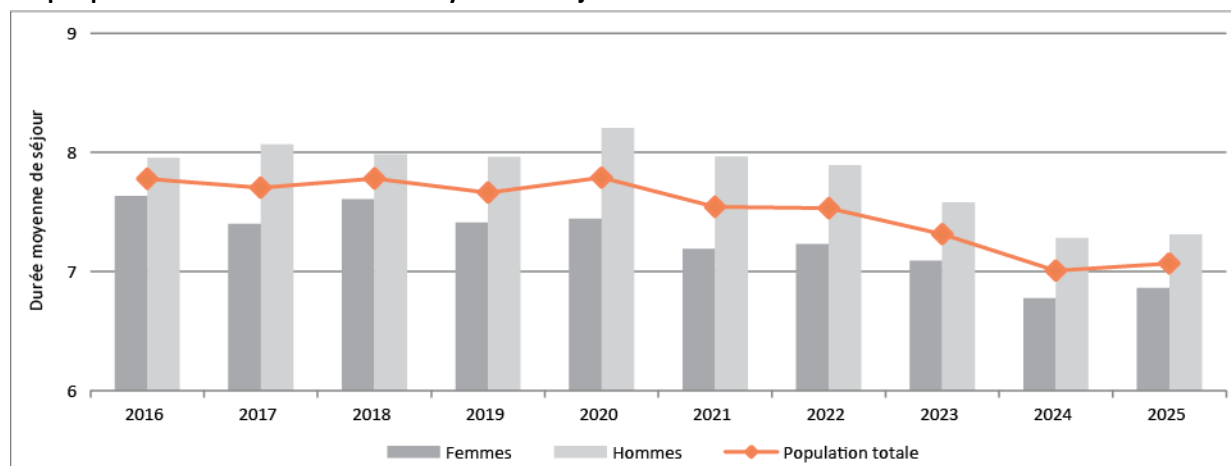
Compte tenu du nombre limité d'hospitalisations parmi les jeunes, quelques séjours de longue durée peuvent avoir une incidence importante sur la DMS. Ainsi, bien que les filles âgées entre 10 et 19 ans présentent un taux d'hospitalisation faible et comparable à celui des garçons du même groupe d'âge, leur DMS est plus élevée. Cette différence s'explique notamment par une proportion plus importante de séjours de longue durée : 1,2%²⁷ des hospitalisations des filles âgées entre 10 et 19 ans dépassent 100 jours, contre 0,6% pour les garçons du même groupe d'âge.

En revanche, la DMS des personnes âgées de plus de 55 ans a diminué en 2025 par rapport à 2022.

Un certain nombre de lits est occupé par des patients âgés dont le séjour peut être assimilé à un simple hébergement. En effet, ces personnes sont hospitalisées pendant une période prolongée, sans constater une quelconque activité médicale nécessitant un séjour hospitalier. Pour les personnes âgées de 70 ans et plus, les durées d'hospitalisation dépassent souvent largement les durées d'hospitalisation moyennes.

Le graphique 9 montre l'évolution de la DMS standardisée entre 2016 et 2025 pour les hospitalisations aiguës complètes (résidents et non-résidents, opposables à l'AMM ou aux autres caisses). Afin de neutraliser l'effet des changements dans la structure démographique des patients hospitalisés, les DMS observées par âge et sexe pour chaque année ont été appliquées à la répartition des hospitalisations par âge et sexe observée en 2025.

Graphique 9 – Évolution de la durée moyenne de séjour standardisée de 2016 à 2025



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En faisant abstraction de l'année 2020, année marquée par la pandémie de la COVID-19, la DMS standardisée présente une faible baisse entre 2018 et 2024. Cette évolution s'inverse toutefois en 2025 où la DMS atteint 7,1 jours en moyenne. Par ailleurs, 11,7% des admissions pour une hospitalisation complète aiguë ont une durée de séjour supérieure à 14 jours en 2025. Ces hospitalisations représentent 50,3% de l'ensemble des nuitées.

²⁷ Parmi les séjours d'une durée ≥ 100 jours chez les filles âgées entre 10 et 19 ans, aucun n'a donné lieu à la facturation d'une EF salle OP.

3. DÉPENSES POUR SOINS HOSPITALIERS

L'analyse qui suit présente tout d'abord l'évolution des dépenses liées à l'activité hospitalière par type de prise en charge. Elle étudie ensuite l'évolution de ces dépenses en la comparant à celle de la PPR. Enfin elle conclut par la détermination du coût moyen journalier par type de prise en charge.

Le tableau 20 représente l'évolution de la répartition des dépenses liées à l'activité hospitalière opposable²⁸ à l'AMM par type de prise en charge de 2022 à 2025.

Tableau 20 – Evolution de la répartition des dépenses liées à l'activité hospitalière opposable à l'AMM par type de prise en charge de 2022 à 2025

Type de prise en charge	2022	2023	2024	2025	Variation annuelle moyenne 2022/2025
Hospitalisation aiguë complète	47,7%	47,0%	47,5%	46,1%	1,5%
Hospitalisation de jour (aiguë et autre)	11,8%	11,9%	11,3%	12,0%	3,1%
Hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie	11,6%	11,4%	11,0%	11,0%	1,0%
Policlinique sans admission subséquente	10,2%	10,8%	10,9%	11,6%	7,1%
Urgence sans admission subséquente	5,1%	4,9%	5,5%	5,2%	3,0%
Autres cas	13,5%	14,0%	13,7%	14,1%	4,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	2,7%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Seule de faibles évolutions s'observent dans la répartition des prestations facturées entre 2022 et 2025. Ainsi, la part de l'hospitalisation aiguë complète a diminué de 1,6 point de pourcentage depuis 2022 pour atteindre 46,1% de l'activité hospitalière opposable à l'AMM en 2025. A l'inverse, la part de l'activité liée aux passages en policlinique sans admission subséquente a progressé de 1,4 point de pourcentage sur la même période.

Tableau 21 – Répartition des dépenses liées à l'activité hospitalière opposable à l'AMM par type de prise en charge et résidence en 2025

Type de prise en charge	Résidents	Non-résidents
Hospitalisation aiguë complète	46,5%	41,6%
Hospitalisation de jour (aiguë et autre)	11,7%	15,5%
Hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie	11,6%	5,4%
Policlinique sans admission subséquente	11,4%	13,8%
Urgence sans admission subséquente	4,9%	7,5%
Autres cas	13,9%	16,1%
TOTAL	100,0%	100,0%

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

La comparaison des dépenses liées à l'activité hospitalière opposable à l'AMM entre résidents et non-résidents en 2025 met en évidence des différences dans le recours aux différents types de prise en charge. Ces écarts s'expliquent notamment par les différences de structure d'âge entre ces deux populations, la population protégée non-résidente étant en moyenne plus jeune que la population protégée résidente.

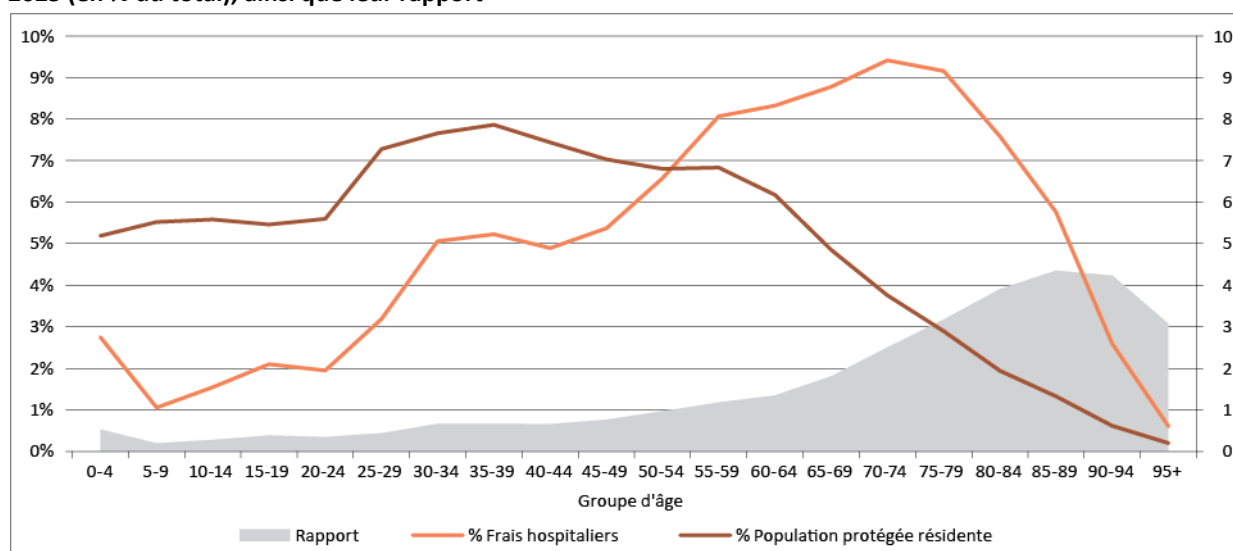
Le recours à l'hospitalisation de jour, aux consultations en policlinique ainsi qu'aux services d'urgence est plus fréquent parmi la population protégée non-résidente que parmi la PPR. A l'inverse la PPR recourt davantage à l'hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie.

²⁸ Frais fixes et frais variables correspondant aux EF.

Tous types de prise en charge confondus, les non-résidents présentent 8,5% des dépenses liées à l'activité hospitalière opposable à l'AMM. Cette proportion varie toutefois sensiblement selon le type de prise en charge : elle est de 4,2% pour l'hospitalisation pour rééducation, réhabilitation et accueil pour personnes en fin de vie tandis qu'elle atteint 12,4% pour les passages aux urgences sans admission subséquente.

Le graphique 10 montre la répartition, en pourcentage, de la PPR et des frais hospitaliers par groupe d'âge, par rapport à leur total respectif. Il montre également le rapport (axe secondaire) entre la part des frais hospitaliers et la part de la PPR pour chaque groupe d'âge.

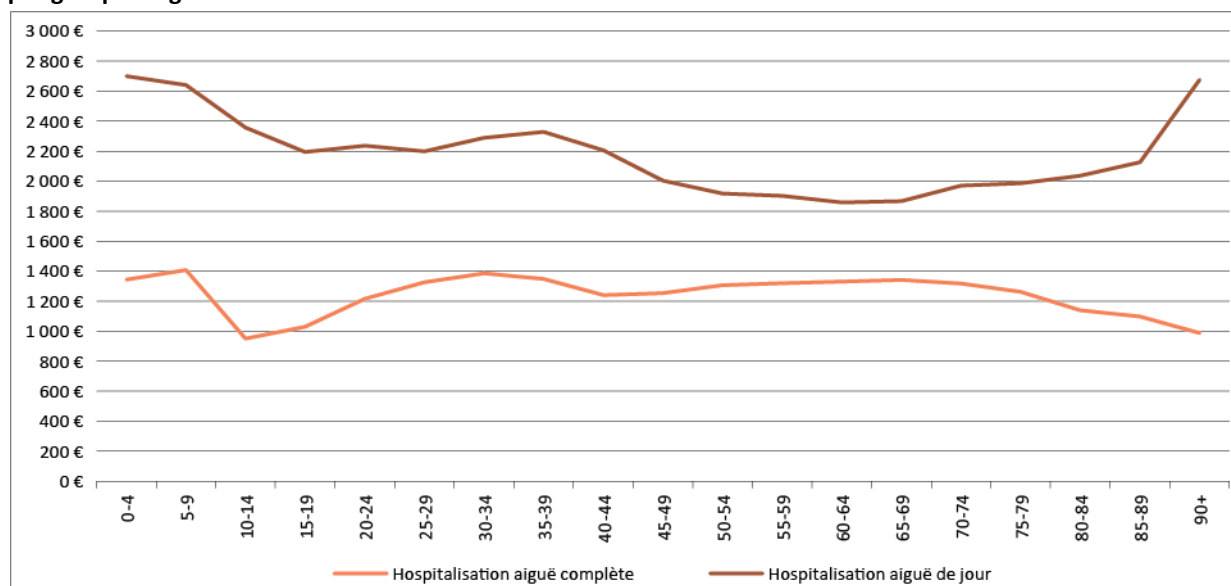
Graphique 10 – Répartition de la population protégée résidente et des frais hospitaliers par groupe d'âge en 2025 (en % du total), ainsi que leur rapport



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Ainsi, le groupe d'âge des 60-64 ans est à l'origine de 8,3% des frais hospitaliers, alors qu'il ne représente que 6,2% de la PPR. Le graphique met en évidence une augmentation progressive du poids relatif des frais hospitaliers avec l'âge. Le rapport entre la part des frais hospitaliers et la part de la PPR dépasse 1 (axe secondaire) dès l'âge de 55 ans et continue généralement à croître pour les groupes d'âge plus élevés.

Le graphique 11 montre le coût moyen journalier (hors frais médicaux) des assurés résidents opposable à l'AMM par groupe d'âge en 2025 pour une hospitalisation aiguë complète et pour une hospitalisation de jour (avec et sans interventions chirurgicales).

Graphique 11 – Coût moyen journalier des assurés résidents opposable à l'AMM pour une hospitalisation aiguë par groupe d'âge en 2025

Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

Le coût moyen journalier d'une hospitalisation est constitué de 84,8% de frais relatifs à la part fixe pour les hospitalisations aiguës complètes, contre 69,5% pour les hospitalisations de jour aiguës.

Le graphique 11 met en évidence que le coût moyen journalier d'une hospitalisation aiguë de jour est supérieur à celui d'une hospitalisation aiguë complète. Cette différence s'explique par le fait que les frais occasionnés lors de l'hospitalisation, comme les frais liés au séjour hospitalier (soins normaux, soins intensifs, ...) et les frais liés à l'intervention (salle OP, imageries, labos, ...), sont répartis sur la durée du séjour. Or, celle-ci est limitée à un jour dans le cas d'une hospitalisation de jour, contre 7,3 jours en moyenne pour une hospitalisation complète. Comme les coûts d'une hospitalisation complète sont particulièrement élevés durant les premiers jours puis diminuent progressivement, il est donc normal que le coût moyen journalier y soit inférieur à celui d'une hospitalisation de jour.

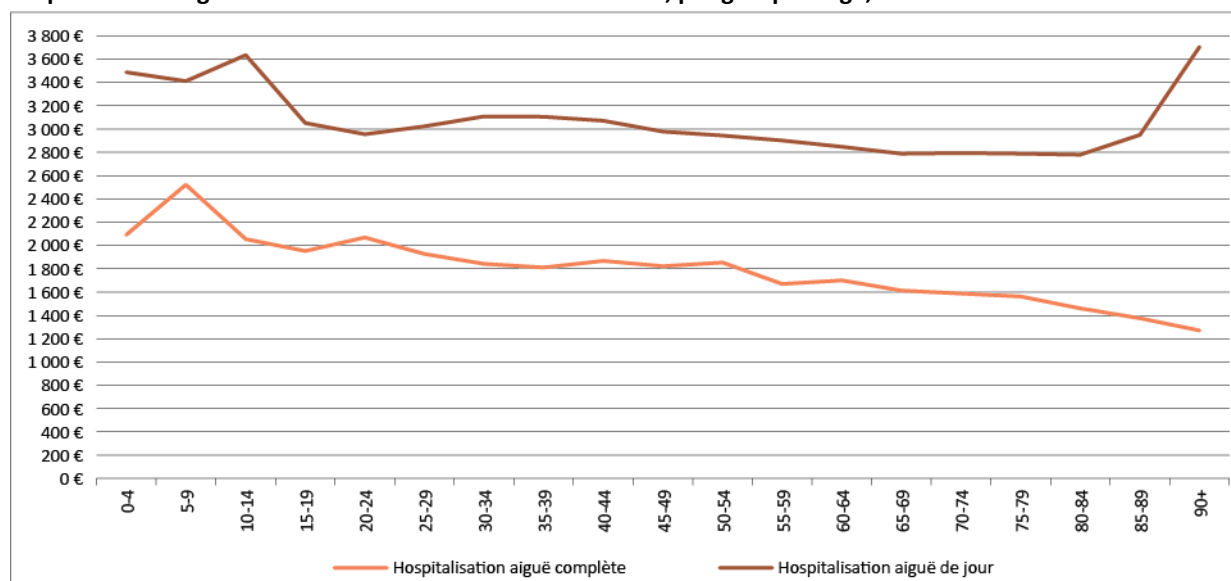
À partir de 65 ans, le coût moyen journalier d'une hospitalisation aiguë complète diminue avec l'âge du patient. Cette évolution s'explique notamment par l'augmentation de la durée moyenne de séjour, la proportion plus importante des séjours sans intervention chirurgicale, la réalisation d'interventions généralement moins complexes et l'augmentation des prises en charges en soins palliatifs.

En 2025, les frais de médecine, facturés notamment par les médecins via la nomenclature des actes et services de médecins, représentent en moyenne 22,8% des frais d'hospitalisation dans le cadre d'une hospitalisation aiguë complète, contre 29,2%²⁹ dans le cadre d'une hospitalisation aiguë de jour. Ces frais médicaux sont des dépenses opposables à l'AMM mais hors de l'EBG, et s'ajoutent aux frais hospitaliers.

Le graphique 12 montre le coût moyen journalier (hors frais médicaux) à charge de la CNS par groupe d'âge en 2025 pour une hospitalisation aiguë complète et pour une hospitalisation aiguë de jour pour lesquelles une intervention en salle OP est facturée.

²⁹ Estimation IGSS – ne considère que les prises en charge en milieu hospitalier pour lesquels l'AMM a pris en charge des frais de médecine pour la période d'hospitalisation. Ce taux ne peut pas être appliqué pour connaître les frais de médecine liés à un passage policlinique, une dialyse, etc.

Graphique 12 – Coût moyen journalier des assurés résidents opposable à l'AMM à charge de la CNS pour une hospitalisation aiguë avec intervention en salle OP facturée, par groupe d'âge, en 2025



Source : Bases de données de la sécurité sociale, calcul IGSS.

En limitant l'analyse aux hospitalisations aiguës pour lesquelles une intervention en salle OP a été facturée, l'écart de coût journalier moyen entre une hospitalisation aiguë de jour et une hospitalisation aiguë complète³⁰ se creuse davantage. En 2025, il atteint 1 312,3 EUR, tous âges confondus.

Le coût moyen journalier d'une hospitalisation est constitué de 80,8% de frais relatifs à la part fixe pour les hospitalisations aiguës complètes avec intervention en salle OP, contre 71,9% pour les hospitalisations aiguës de jour avec intervention en salle OP.

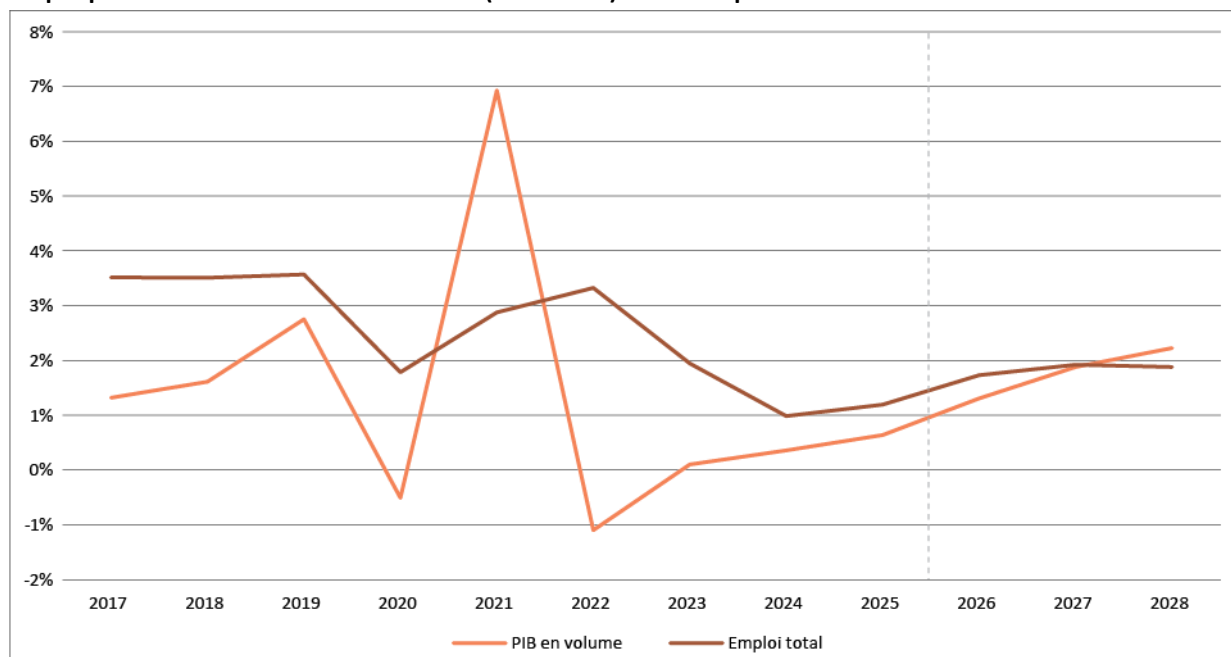
³⁰ La durée de séjour d'une hospitalisation aiguë complète avec une intervention en salle OP s'élève à 6,1 jours en moyenne en 2025.

ANNEXE 2 – PROJECTION MACRO-ÉCONOMIQUE DU LUXEMBOURG

1. ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE ET DE L'EMPLOI

Après une croissance annuelle moyenne de 1,4% (en volume) sur la période 2017-2024, le PIB luxembourgeois a affiché une progression de 0,6% à l'issue de l'année 2025.

Graphique 13 – Croissance annuelle du PIB (en volume) et de l'emploi



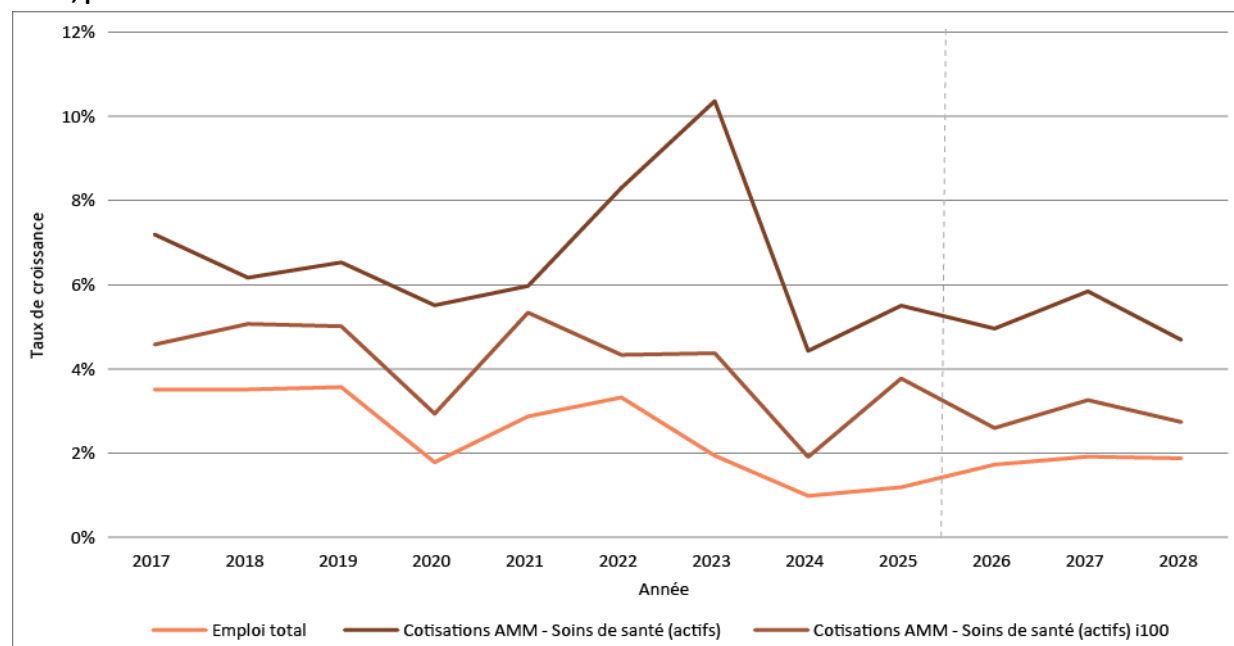
Source : STATEC (juin 2026).

Selon les paramètres macroéconomiques communiqués par l'IGF le 22 juin 2026, la croissance du PIB devrait atteindre 1,3% en 2026, 1,9% en 2027 puis 2,2% en 2028. La croissance de l'emploi devrait, quant à elle, afficher un taux de 1,7% en 2026, 1,9% en 2027 puis 1,9% 2028 (graphique 13).

2. ÉVOLUTION DES RECETTES DE COTISATIONS POUR L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ, SOINS DE SANTÉ

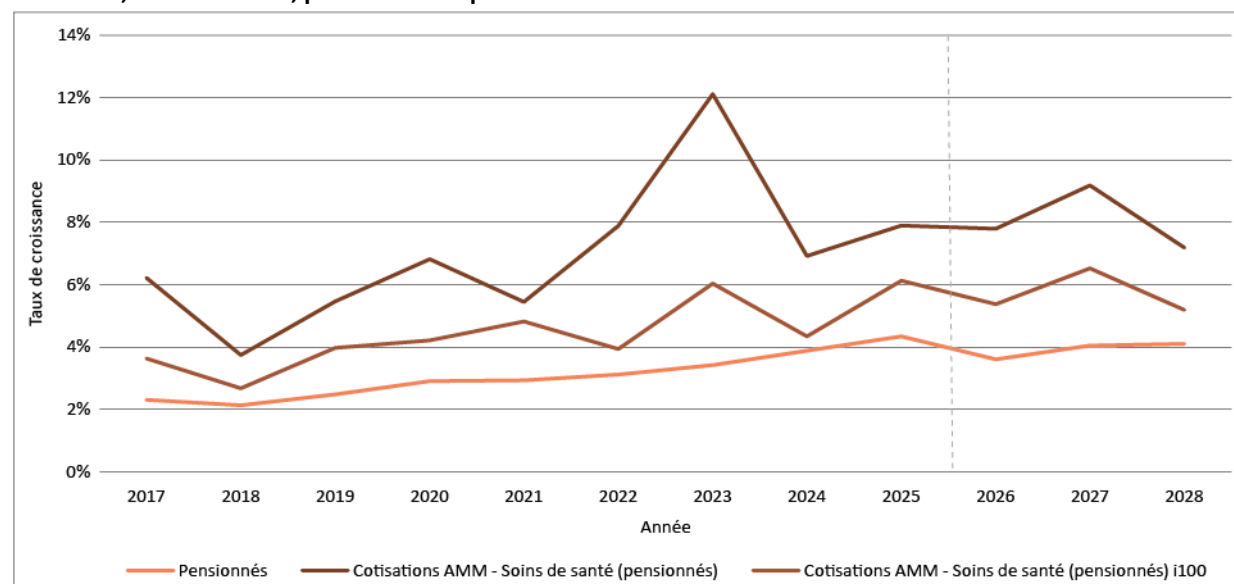
En 2025, le montant des recettes en cotisations pour l'AMM, soins de santé, a atteint 2 665 millions EUR. Ces cotisations, qui proviennent des revenus des assurés actifs, à raison de 81%, et des pensions, à raison de 19%, ont représenté 95% de l'ensemble des recettes en cotisations de l'AMM.

De manière générale, l'évolution des cotisations provenant des revenus des assurés actifs (respectivement des pensions) est dictée par l'EMS, l'évolution réelle du revenu cotisable moyen ainsi que l'évolution de l'emploi (respectivement du nombre de pensionnés) (graphiques 14 et 15).

Graphique 14 – Croissance annuelle de l'emploi et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, soins de santé, provenant des revenus des assurés actifs

Source : STATEC– IGSS (juin 2026).

Sur la période 2026-2028, la croissance des cotisations, déterminée à la valeur cent de l'indice pondéré du coût de la vie (ci-après : à l'indice 100 ou i100), qui provient des revenus des assurés actifs, devrait être en moyenne de 2,9% par an. Sur ce même intervalle, la croissance annuelle de l'emploi devrait atteindre 1,8% en moyenne.

Graphique 15 – Croissance annuelle du nombre de pensionnés et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, soins de santé, provenant des pensions

Source : IGSS (juin 2026).

Sur la période 2026-2028, la croissance des cotisations, réduites à l'indice 100, qui provient des pensions, devrait être en moyenne de 5,7% par an. Sur ce même intervalle, la croissance annuelle du nombre de pensionnés (cotisants pour le régime d'AMM luxembourgeois) devrait atteindre 3,9% en moyenne.

ANNEXE 3 – SITUATION FINANCIÈRE ET BUDGETS DEMANDÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

1. SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Pour faire face à ses dépenses, l'AMM applique un système de répartition avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses. En cas de non-respect prévisible de cette contrainte budgétaire, l'article 30 du CSS prévoit une adaptation du taux de cotisation par le Conseil d'administration de la CNS.

La majorité des ressources financières de la CNS (60%) provient de cotisations des assurés et des employeurs prélevées sur base notamment des salaires. Les autres 40% sont supportés par le budget de l'État.

Le tableau 22 reprend la situation financière de l'AMM.

Tableau 22 – Situation financière de l'assurance maladie-maternité (en millions d'EUR)

Exercice	Décompte			Estimation
	2023	2024	2025	2026
Recette courantes	4 303,9	4 524,5	4 776,9	5 062,4
<i>Var. en %</i>	<i>10,1%</i>	<i>5,1%</i>	<i>5,6%</i>	<i>6,0%</i>
Dépenses courantes	4 203,7	4 550,3	4 879,1	5 188,9
<i>Var. en %</i>	<i>6,4%</i>	<i>8,2%</i>	<i>7,2%</i>	<i>6,3%</i>
Solde des opérations courantes	100,1	-25,8	-102,2	-126,5
<i>En % des dép. courantes</i>	<i>2,4%</i>	<i>-0,6%</i>	<i>-2,1%</i>	<i>-2,4%</i>
Solde global cumulé	961,7	936,0	833,8	707,3
<i>Solde global cumulé/dép. courantes</i>	<i>22,9%</i>	<i>20,6%</i>	<i>17,1%</i>	<i>13,6%</i>
Fonds de roulement minimum	420,4	455,0	487,9	518,9
<i>Taux FDR/Dép. courantes</i>	<i>10,0%</i>	<i>10,0%</i>	<i>10,0%</i>	<i>10,0%</i>
Résultat de l'exercice	74,9	-60,4	-135,0	-157,5
Résultat cumulé	541,4	480,9	345,9	188,4

Source : estimations CNS, présentées au comité quadripartite du 6 mai 2026.

2. BUDGETS DEMANDÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR LES ANNÉES 2027 ET 2028

Les hôpitaux introduisent les années paires leur demande de budget et leurs activités prévisionnelles pour les deux années à venir.

Les tableaux 23 et 24 présentent les dépenses prévisionnelles 2026³¹ à financer par l'EBG, estimées par la CNS et la variation annuelle des budgets demandés par les établissements hospitaliers pour 2027 et 2028³² par type de dépense, respectivement par établissement.

³¹ Ne tient pas compte du montant pour le développement de la qualité.

³² Les demandes budgétaires des établissements sont établies sur base d'un nombre indice moyen de 1 000,5 pour 2027 et de 1 019,2 pour 2028.

Tableau 23 – Dépenses prévisionnelles 2026 et variation annuelle des budgets opposables demandés pour 2027 et 2028 par type de dépense (en millions EUR)

Type de dépense			Variation		
	2026	En % du total	2026/2027	2027/2028	2026/2028
Frais fixes	1 305,6	80,8%	11,6%	4,1%	16,1%
<i>Consommation fixe</i>	31,5	2,0%	-19,3%	7,3%	-13,4%
<i>Autres charges externes/d'exploitations</i>	177,3	11,0%	23,0%	2,4%	25,9%
<i>Personnel</i>	1 063,9	65,8%	10,5%	4,6%	15,6%
<i>Amortissement</i>	59,1	3,7%	28,1%	-0,7%	27,2%
<i>Charges financières</i>	2,0	0,1%	-15,1%	4,2%	-11,6%
<i>Subvention</i>	-28,3	-1,8%	39,6%	4,3%	45,6%
Frais variables	310,7	19,2%	11,9%	3,3%	15,6%
Total	1 616,2	100,0%	11,7%	3,9%	16,0%

Source : CNS, calcul IGSS.

Les budgets demandés par les établissements hospitaliers au titre des frais fixes et frais variables s'élèvent pour 2027 à 1 804,8 millions EUR et pour 2028 à 1 875,2 millions EUR.

Tableau 24 – Dépenses prévisionnelles 2026 et variation annuelle des budgets opposables demandés pour 2027 et 2028 par établissement hospitalier (en millions EUR)

Etablissement hospitalier			Variation		
	2026	En % du total	2026/2027	2027/2028	2026/2028
CHL	384,1	23,8%	14,6%	4,3%	19,6%
CHEM	332,3	20,6%	11,5%	1,9%	13,6%
CHNP	76,6	4,7%	9,6%	3,9%	13,9%
HIS	12,4	0,8%	17,8%	0,5%	18,5%
CFB	13,3	0,8%	5,5%	4,8%	10,5%
INCCI	46,8	2,9%	31,0%	5,2%	37,9%
RHZ	49,5	3,1%	8,9%	7,4%	17,0%
CHdN	218,6	13,5%	11,7%	3,0%	15,0%
O90	4,8	0,3%	18,7%	3,3%	22,6%
HRS	416,1	25,7%	7,6%	4,9%	12,9%
CRCC	17,7	1,1%	16,8%	2,4%	19,7%
LNS	44,1	2,7%	9,2%	5,9%	15,7%
Total	1 616,2	100,0%	11,7%	3,9%	16,0%

Source : CNS, calcul IGSS.

Une augmentation significative du budget demandé est constatée pour les autres charges externes. Les établissements justifient cette hausse par divers facteurs, notamment l'augmentation des coûts liés aux contrats de sous-traitance, à l'informatique et à la digitalisation, l'ajustement à l'indice des prix, la prise en compte de l'évolution des CCT des sociétés partenaires, la conformité aux normes du Haut-Commissariat à la protection nationale, ainsi que la mise en place des réseaux de compétence.

Au niveau de la consommation fixe, une baisse des dépenses est prévue pour 2027, principalement en raison d'une révision à la baisse des coûts de l'énergie par rapport aux prévisions établies pour 2026.

ANNEXE 4 - D'UNE PRISE EN CHARGE DE PRESTATIONS HOSPITALIÈRES NON BUDGÉTISÉES VERS UNE BUDGÉTISATION ET VERS UNE EBG

1. LE FINANCEMENT DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES AVANT 1992

Avant 1992, et donc avant l'entrée en vigueur de la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, les rapports entre l'assurance maladie et le secteur hospitalier étaient régis par la convention conclue le 31 décembre 1974 entre l'Entente des hôpitaux luxembourgeois (devenue dans la suite la FHL) et l'Union des caisses de maladie (devenue dans la suite la CNS) sur base de l'article 308bis du Code des assurances sociales. Cette convention avait été amendée et complétée dans la suite par une quarantaine d'avenants.

La convention prévoyait une prise en charge par les caisses de maladie des frais de soins hospitaliers dans le secteur stationnaire par le biais de trois mécanismes principaux, à savoir le prix de journée, la rémunération individuelle de certains actes et fournitures, et les forfaits chirurgicaux.

Le séjour hospitalier était pris en charge par un prix de journée uniforme pour tous les hôpitaux quels que soient leur structure et leur type d'activité. Il existait deux prix uniformes différents, l'un pour le séjour normal et l'autre pour le séjour en réanimation.

Les prestations médico-techniques étaient prises en charge par le biais d'une facturation individuelle de l'acte ou de la fourniture. Cette facturation concernait le laboratoire, les médicaments, le radiodiagnostic, la radiothérapie, les prestations paramédicales, les fournitures et la location d'appareils.

Le tarif de six forfaits chirurgicaux variait suivant l'importance de l'intervention et des moyens techniques mis en œuvre. Les forfaits chirurgicaux englobaient en principe les fournitures nécessitées au cours des interventions chirurgicales, notamment les pansements, les narcotiques et les tranquillisants.

Fondé sur des tarifs uniformes pour l'ensemble du secteur, le système de prise en charge par l'assurance maladie du traitement hospitalier avait réussi à maintenir un certain équilibre financier global. En revanche, il n'avait pas permis d'équilibrer les recettes et les dépenses au niveau de chaque établissement hospitalier.

Aussi étant donné que les dépenses du secteur hospitalier n'étaient comptabilisées qu'à partir du moment de la date de la réalisation de la prestation, elles étaient considérées comme imprévisibles puisque non liées à une démarche de budgétisation. Cette imprévisibilité, qui se retrouvait au niveau de chaque hôpital, est contraire au principe de bonne gouvernance qui implique une planification et un suivi des dépenses dans le temps. Le résultat en était alors une déresponsabilisation des gestionnaires des hôpitaux.

2. LE FINANCEMENT DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES DEPUIS 1992

L'assurance maladie a été profondément réformée par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé. La loi précitée codifia la législation en matière d'assurance maladie qui jusque-là faisait l'objet de lois multiples. Alors que le régime des ouvriers était intégré au Code des assurances sociales (devenu dans la suite le Code de la sécurité sociale) depuis 1925, les règles applicables aux employés privés, aux professions indépendantes et aux agriculteurs étaient régies par des lois spéciales. De plus, cette loi a introduit le principe de la budgétisation dans la législation.

Le projet de loi portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, déposé le 31 mars 1991 et amendé par le Gouvernement en date du 14 novembre 1991, proposait dès lors que sur base de règles communes, arrêtées dans les négociations, chaque établissement hospitalier présente son budget qui couvre tous les frais qui résultent du traitement et du séjour des assurés de l'assurance maladie dans cet établissement.

Spécifiquement, la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé a dès lors inscrit au Code des assurances sociales le principe de l'individualisation de la budgétisation pour la prise en charge par l'assurance maladie des prestations en secteur hospitalier. Un budget séparé est arrêté d'un commun accord entre l'Union des caisses de maladie et chaque établissement hospitalier. Comme par définition les budgets sont fixés avant la période qu'ils couvrent, ce procédé a un impact positif sur la planification des dépenses de l'assurance maladie.

Ainsi, outre un budget 'interne' comprenant l'ensemble des recettes et dépenses, chaque établissement hospitalier établit un budget 'externe' opposable à l'Union des caisses de maladie, dans la suite nommé le budget, comprenant dans une mesure suffisante et appropriée les prestations de soins de santé en relation avec l'assurance maladie et, par ricochet, de l'assurance accidents.

Ne sont pas opposables, les prestations qui sont soit étrangères à l'objet de l'assurance maladie (et de l'assurance accidents), soit prestées à des personnes non protégées en vertu de l'assurance maladie ou soit dépassant l'utile et le nécessaire ou ne respectant point la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et la conformité aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.

Sont portées en déduction du budget, bien qu'opposables par nature, des prestations de l'établissement hospitalier qui sont financées par d'autres biais.

Lors de l'élaboration du budget, les établissements hospitaliers sont obligés à ventiler leurs frais dans deux catégories, à savoir les frais directement proportionnels au niveau de l'activité (frais variables) et ceux non liés à l'activité (frais fixes). En effet, une grande partie des frais résulte de la seule mise à la disposition de l'infrastructure de l'hôpital et de ses services. Ces frais sont versés sous forme d'avances mensuelles sur base du budget arrêté, quel que soit le niveau de l'activité. Les frais directement en rapport avec le niveau de l'activité continueront à être versés par l'Union des caisses de maladie à l'établissement hospitalier sur base d'un état justificatif, le tarif par passage résultant de la division des frais variables prévus au budget arrêté par le nombre prévisible de passages.

Encore les établissements hospitaliers, en accord avec l'Union des caisses de maladie, peuvent retenir des prestations opposables par nature et à rémunérer en dehors du budget, et ceci soit individuellement, soit sous forme de forfaits. Le premier mode de prise en charge s'impose pour certaines prestations exceptionnelles, particulièrement coûteuses et souvent imprévisibles. Le deuxième mode de prise en charge, sous forme de forfaits, inspiré du système des groupements homogènes de maladie, permet d'orienter les hôpitaux vers une exploitation plus rationnelle.

3. LE FINANCEMENT DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES DEPUIS 2011

Le projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant : 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, déposé le 6 octobre 2010 et amendé par le Gouvernement en date du 16 novembre 2010, a proposé des adaptations du mécanisme de budgétisation introduit en 1992. Ainsi, et en continuation avec un objectif de planification des dépenses du secteur hospitalier, les budgets externes séparés des établissements hospitaliers seront dès à présent à subordonner à une EBG, représentant une borne supérieure à fixer par le Gouvernement pour la totalité des budgets à arrêter séparément pour tous les établissements hospitaliers visés à l'article 74 du CSS des prestations de soins de santé opposables à la CNS. Il est à relever que le principe de la prise en charge en dehors du budget des prestations à rémunérer soit individuellement, soit sous forme de forfaits, est maintenu.

Ainsi la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant : 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers impose un cadrage financier au secteur hospitalier dans sa globalité visant l'obligation d'une recherche d'efficience et de synergies des établissements hospitaliers. Les établissements hospitaliers ne peuvent plus se contenter d'une stratégie isolationniste, mais doivent s'intégrer dans une approche nationale de l'organisation des services hospitaliers. En outre, l'EBG oblige les établissements hospitaliers à mieux planifier et organiser leurs activités et à intégrer activement le principe de l'utile et du nécessaire dans leur gestion.

Sur base de ce qui précède, le rapport d'analyse prévisionnel à établir par l'IGSS limite l'EBG des dépenses du secteur hospitalier aux prestations de soins de santé opposables à la CNS en excluant les prestations à rémunérer en dehors de ces budgets, soit individuellement, soit sous forme de forfaits.

En particulier, les prestations opposables en relation avec les pathologies énumérées à l'article 28, paragraphe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière relative aux réseaux de compétence, sont à considérer en application de l'article 76, alinéa 1er, tiret 5 du CSS et à financer en dehors de l'EBG.

GLOSSAIRE

Activité non opposable	Il s'agit des services et prestations non couverts par la CNS, notamment parce que le bénéficiaire n'est pas un assuré de la CNS ou parce que l'activité n'est pas reprise dans le catalogue des activités couvertes par la CNS.
Activité opposable	Il s'agit des services et prestations couverts par la CNS.
CCT	Convention collective de travail
CFB	Centre National de radiothérapie François Baclesse
CHdN	Centre Hospitalier du Nord
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CNAL	Centrale Nationale d'Achat et de Logistique
CNS	Caisse nationale de santé
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CRCC	Centre de Réhabilitation du Château de Colpach
CSS	Code de la sécurité sociale
DMS	Durée moyenne de séjour
Durée de séjour	La durée de séjour renseigne le nombre de jours pendant lesquels un patient suit un traitement stationnaire dans un hôpital
EMS	Échelle mobile des salaires
Entité fonctionnelle (EF)	Une entité fonctionnelle désigne une section de frais de l'hôpital qui facture des prestations à la CNS.
Épisode	Un épisode d'hospitalisation commence avec l'hospitalisation du patient et se termine avec l'autorisation de rentrer soit à la maison soit dans une structure d'hébergement autre qu'un établissement hospitalier.
ETP	Équivalent temps plein
Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)	La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL, anciennement Entente des Hôpitaux Luxembourgeois) est l'association représentant les institutions de santé du secteur aigu (hôpitaux et cliniques), respectivement certaines institutions du secteur long séjour (établissements de soins) au niveau de leurs directions.
Haus Omega - O90	Centre de soins palliatifs pour personnes en fin de vie
HIS	Hôpital Intercommunal de Steinfort
HRS	Hôpitaux Robert Schuman
Hospitalisation complète	Hospitalisation avec nuitée
Hospitalisation de jour	Hospitalisation avec entrée et sortie le même jour, sans présence à minuit. Il ne faut pas la confondre avec un passage en polyclinique ou un traitement ambulatoire à l'hôpital (dialyse etc).
IGF	Inspection générale des Finances
INCCI	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle
LNS	Laboratoire National de Santé
PPR - Population protégée résidente	Il s'agit de la population résidente couverte par l'assurance maladie-maternité nationale
RCS	Registre de commerce et des sociétés
Rehazenter (RHZ)	Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation
Unité d'œuvre (UO)	Une unité d'œuvre désigne les prestations d'une entité fonctionnelle

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Établissements hospitaliers visés par l'EBG	5
Tableau 2 – Nombre de lits budgétisés en 2026	6
Tableau 3 – Évolution du personnel budgétisé entre 2022 et 2026 (en équivalents temps plein - ETP) ...	7
Tableau 4 – Répartition des ETP par carrière administrative (CA) et de soins (CS) dans les établissements hospitaliers en 2025 (hors LNS)	8
Tableau 5 – Situation financière du CHEM - Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)	12
Tableau 6 – Situation financière du CHL - Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)	12
Tableau 7 – Situation financière du CHdN - Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)	13
Tableau 8 – Situation financière du HRS - Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)	14
Tableau 9 – Situation financière cumulée des sociétés, fondations et établissements sous rubrique – Évolution des capitaux propres, des provisions et des paiements liés à la prime annuelle (en milliers EUR)	15
Tableau 10 – Situation financière 2025 de tous les établissements hospitaliers visés par l'EBG (en milliers EUR) hors Fondation HRS	16
Tableau 11 – Résultat du budget interne et du budget externe des centres hospitaliers pour l'exercice 2024 (en milliers EUR)	17
Tableau 12 – Résultat du budget interne et du budget externe des centres hospitaliers pour l'exercice 2025 (en milliers EUR)	18
Tableau 13 – Estimation des frais fixes et frais variables établie par la CNS pour l'exercice 2026, constituant la base de calcul pour les projections relatives aux exercices 2027 et 2028	21
Tableau 14 – Facteurs pris en compte dans la projection des frais fixes et frais variables	24
Tableau 15 – Prévisions de l'EMS	25
Tableau 16 – Projection de l'EBG 2027 et de l'EBG 2028 selon le scénario central de l'EMS du STATEC (en millions EUR)	28
Tableau 17 – Enveloppe budgétaire globale projetée pour 2027 et 2028 en millions EUR	29
Tableau 18 – Trajectoire des dépenses primaires nettes 2026-2028	30
Tableau 19 – Proposition de l'IGSS pour la fixation par le Gouvernement de l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir, à savoir 2027 et 2028	32
Tableau 20 – Evolution de la répartition des dépenses liées à l'activité hospitalière opposable à l'AMM par type de prise en charge de 2022 à 2025	38
Tableau 21 – Répartition des dépenses liées à l'activité hospitalière opposable à l'AMM par type de prise en charge et résidence en 2025	38
Tableau 22 – Situation financière de l'assurance maladie-maternité (en millions d'EUR)	44

Tableau 23 – Dépenses prévisionnelles 2026 et variation annuelle des budgets opposables demandés pour 2027 et 2028 par type de dépense (en millions EUR).....	45
Tableau 24 – Dépenses prévisionnelles 2026 et variation annuelle des budgets opposables demandés pour 2027 et 2028 par établissement hospitalier (en millions EUR)	45

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 – Évolution des dépenses pour frais fixes et frais variables des établissements hospitaliers	9
Graphique 2 – Taux de croissance annuel et taux de croissance annuel moyen du nombre d'UO des 10 EF les plus coûteuses des établissements hospitaliers entre 2023 et 2025	22
Graphique 3 – Taux de croissance annuel et taux de croissance annuel moyen de l'activité hospitalière par type de prise en charge des établissements hospitaliers entre 2023 et 2025	23
Graphique 4 – Évolution du nombre d'hospitalisations aiguës complètes par sexe de 2016 à 2025.....	34
Graphique 5 – Taux d'hospitalisations aiguës complètes par groupe d'âge et sexe de la PPR en 2022 et 2025	34
Graphique 6 – Évolution journalière du nombre d'EF soins normaux et soins intensifs facturées en 2025 par les centres hospitaliers CHL, CHEM, HRS et CHdN.....	35
Graphique 7 – Taux d'hospitalisations de jour aiguës, par groupe d'âge et sexe de la PPR en 2022 et 2025	36
Graphique 8 – Durée moyenne de séjour des hospitalisations aiguës complètes par groupe d'âge et sexe en 2022 et 2025.....	36
Graphique 9 – Évolution de la durée moyenne de séjour standardisée de 2016 à 2025	37
Graphique 10 – Répartition de la population protégée résidente et des frais hospitaliers par groupe d'âge en 2025 (en % du total), ainsi que leur rapport	39
Graphique 11 – Coût moyen journalier des assurés résidents opposable à l'AMM pour une hospitalisation aiguë par groupe d'âge en 2025.....	40
Graphique 12 – Coût moyen journalier des assurés résidents opposable à l'AMM à charge de la CNS pour une hospitalisation aiguë avec intervention en salle OP facturée, par groupe d'âge, en 2025.....	41
Graphique 13 – Croissance annuelle du PIB (en volume) et de l'emploi	42
Graphique 14 – Croissance annuelle de l'emploi et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, soins de santé, provenant des revenus des assurés actifs	43
Graphique 15 – Croissance annuelle du nombre de pensionnés et des cotisations pour l'assurance maladie-maternité, soins de santé, provenant des pensions	43