



TEXTE DU PROJET

N° de projet : 31/2026-1

26 juin 2026

Couverture universelle de soins de santé

Proposition de loi portant création d'un droit à la couverture universelle de soins de santé et modifiant le Code de la sécurité sociale

Informations techniques :

N° du projet : 31/2026

Remise de l'avis : meilleurs délais

Ministère compétent : Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Commission : « Affaires sociales, sécurité et santé au travail et environnement »

**Proposition de loi
portant création d'un droit à la couverture universelle de soins de santé et
modifiant le Code de la sécurité sociale**

Document de dépôt

Dépôt : (Monsieur Claude Haagen, Député ; Madame Claire Delcourt, Députée) : 29.04.2026

*

EXPOSE DES MOTIFS

Contexte international et engagements du Luxembourg

L'accès effectif aux soins de santé constitue un élément fondamental du droit à la protection sociale et du droit à la santé, reconnus tant par les instruments internationaux que par les politiques publiques nationales.

En mai 2005, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA58.33 relative au financement durable de la santé, à la couverture universelle et à l'assurance maladie sociale. Cette résolution invite les États membres à planifier la transition vers des systèmes garantissant à l'ensemble de la population l'accès aux soins nécessaires sans exposition à un risque financier excessif, y compris dans les pays disposant déjà de régimes développés d'assurance maladie.

Ces engagements ont été renforcés par l'adoption, en 2015, de l'Agenda 2030 des Nations Unies et des Objectifs de développement durable. L'objectif 3, consacré à la santé et au bien-être, prévoit en sa cible 3.8 l'atteinte d'une couverture sanitaire universelle comprenant la protection contre les risques financiers et l'accès à des services de santé essentiels de qualité pour tous.

Le Luxembourg, en tant qu'État membre de l'Organisation mondiale de la santé et des Nations Unies, a souscrit à ces engagements et s'est engagé à les mettre en œuvre dans ses politiques de santé et de protection sociale.

Limites du système existant et constats partagés

Le système luxembourgeois d'assurance maladie garantit une couverture étendue à la très grande majorité de la population résidente et active. Néanmoins, malgré ce haut niveau de protection, certaines personnes vivant durablement sur le territoire restent exclues des mécanismes de l'assurance obligatoire ou volontaire et ne peuvent bénéficier ni de l'aide sociale ni d'une couverture étrangère.

Ces situations d'exclusion concernent notamment des personnes en grande précarité sociale ou administrative et se traduisent, en pratique, par une absence d'accès aux soins préventifs, à un suivi médical régulier et, souvent, par un report des soins jusqu'à l'apparition de situations d'urgence. Cette réalité engendre non seulement des atteintes aux droits fondamentaux des personnes concernées, mais aussi des conséquences défavorables en matière de santé publique.

Origine de la démarche

La présente proposition de loi trouve son origine dans un travail de fond mené par la société civile, en particulier au sein de la plate-forme « Ronnen Dësch », qui regroupe des organisations actives dans les domaines social, médical et humanitaire.

Par ailleurs, dès 2007, la Commission Nationale d’Ethique a effectué un travail d’étude approfondi sur « Les limites de l’accès aux soins au Grand-Duché de Luxembourg » (avis du 13 juin 2007).

À partir de 2017, un groupe de travail spécifique consacré à l’accès à la santé s’est constitué au sein du « Ronnen Dësch ». Réunissant des acteurs de terrain confrontés quotidiennement à des situations d’exclusion de l’assurance maladie, ce groupe a mis en évidence les limites des mécanismes existants et l’insécurité juridique résultant du recours à des solutions ponctuelles ou tolérées sur le plan administratif.

Sur cette base, des recommandations ont été élaborées en faveur de l’instauration d’une couverture sanitaire universelle reposant sur les mécanismes existants du Code de la sécurité sociale, en particulier l’assurance volontaire, assortie d’une prise en charge financière par l’État et d’une collaboration étroite avec des associations agréées. Ces propositions visaient explicitement à éviter toute stigmatisation des bénéficiaires et à garantir un accès aux soins dans des conditions équivalentes à celles de l’assurance maladie ordinaire.

Dès 2018, ces revendications ont été portées publiquement auprès des autorités politiques et des parlementaires. Elles ont progressivement trouvé un écho au niveau gouvernemental et ont été reprises dans l’accord de coalition 2018-2023, qui prévoyait l’accès aux soins de santé pour les personnes particulièrement vulnérables ne disposant pas d’une affiliation obligatoire.

Ce processus a débouché, en 2021, sur le lancement du projet-pilote de Couverture universelle de soins de santé (CUSS), mis en œuvre en collaboration avec des associations du terrain et financé par l’État. Les premiers résultats de ce projet-pilote ont confirmé la pertinence de l’approche retenue, tout en mettant en évidence la nécessité de doter le dispositif d’une base légale claire et pérenne.

Projet pilote de la CUSS : limites et adaptations nécessaires

Le projet pilote de la Couverture universelle des soins de santé (CUSS) a permis d’ouvrir l’accès aux soins de santé à des personnes jusqu’alors exclues de l’assurance maladie, notamment en raison de leur situation administrative, de l’absence de domicile ou de référence officielle. L’État y assume la prise en charge des cotisations, des frais de soins durant la période de carence de trois mois prévue en cas d’affiliation au titre de l’assurance facultative, ainsi que de la participation statutaire après intervention de la CNS.

Ce dispositif constitue une avancée importante en matière d’accès aux soins pour des personnes se trouvant dans des situations de grande vulnérabilité et ne remplissant pas les conditions d’accès à l’aide sociale classique. L’expérience acquise dans le cadre du projet pilote met toutefois en évidence plusieurs limites structurelles et pratiques.

D’une part, la procédure d’inscription, limitée à un nombre restreint d’associations et reposant sur un suivi social mensuel intensif, a entraîné une saturation de certaines structures, restreignant de facto l’accès au dispositif pour de nouveaux bénéficiaires. D’autre part, l’exigence d’un projet social d’intégration s’avère parfois difficilement applicable à des personnes confrontées à des problèmes de santé graves et à l’absence de perspectives réalistes de régularisation ou d’insertion professionnelle à court terme.

Par ailleurs, la gestion financière des soins durant la période de carence ainsi que de la participation statutaire après celle-ci représente une charge administrative et financière importante pour les associations concernées. Cette complexité est accentuée par les délais et l’incertitude entourant les remboursements par l’État des montants avancés, ce qui expose les associations à des situations financières parfois difficiles.

L'absence actuelle d'une base légale spécifique soulève également la question de la pérennité du financement de la CUSS, celui-ci dépendant d'inscriptions budgétaires annuelles sans garantie à long terme. Une base légale permet en outre de définir clairement le cercle des personnes éligibles et de justifier, au regard des principes constitutionnels d'égalité de traitement, la prise en charge intégrale des soins accordée aux bénéficiaires, eu égard à leur situation particulière de précarité et aux risques pour leur santé en l'absence d'alternative.

Compte tenu de la nature de la CUSS, qui relève davantage de l'aide sociale et de la santé publique que de la sécurité sociale au sens strict, il apparaît opportun de prévoir une base légale distincte, tout en assurant les renvois nécessaires au Code de la sécurité sociale pour le traitement administratif des affiliations et des prestations.

Enfin, le rattachement actuel des bénéficiaires de la CUSS au régime de l'assurance facultative, avec application d'une période de carence de trois mois, génère une complexité administrative disproportionnée, dès lors que les cotisations et les prestations sont prises en charge par l'État dès le premier jour. La suppression de cette période de carence, par une adaptation ciblée de l'article 2 du Code de la sécurité sociale, permettra de simplifier le dispositif et d'en renforcer l'effectivité. Cette approche sera utilement étendue à d'autres publics se trouvant dans une situation comparable : les demandeurs de protection internationale pris en charge par l'ONA.

Objectifs de la proposition de loi

La présente proposition de loi vise à instituer un droit à la couverture universelle de soins de santé afin de combler une lacune persistante du système de protection sociale luxembourgeois. Elle entend répondre à une revendication ancienne et largement partagée, issue du terrain, reconnue par les autorités publiques et fondée sur des principes de solidarité, de prévention et de santé publique.

La présente proposition de loi vise ainsi à garantir un accès effectif aux soins de santé et à renforcer la cohérence et l'équité du système de protection sociale luxembourgeois.

Elle a pour objectifs :

- de donner une base légale formelle et durable à un dispositif expérimenté avec succès, bien que perfectible en ce qui concerne le détail de l'application ;
- d'assurer la conformité du droit national avec les engagements internationaux du Luxembourg en matière de couverture sanitaire universelle ;
- de garantir l'égalité d'accès aux soins de santé, sans stigmatisation, par l'intégration du dispositif dans le régime de l'assurance maladie existant ;
- d'encadrer juridiquement les conditions d'accès, les droits des bénéficiaires et les modalités de financement.

Bénéfices de la couverture universelle de soins de santé pour la collectivité

Au-delà des droits qu'elle confère aux bénéficiaires directs, la couverture universelle de soins de santé présente des bénéfices importants pour l'ensemble de la société.

En premier lieu, elle contribue à la préservation de la santé publique. L'accès effectif aux soins préventifs, au suivi médical et aux traitements appropriés permet de limiter le recours aux soins d'urgence, de prévenir l'aggravation de pathologies chroniques et de réduire les risques liés aux maladies transmissibles. À long terme, cette approche favorise une utilisation plus rationnelle et plus efficiente des ressources du système de santé.

En second lieu, la CUSS renforce la cohésion sociale. En garantissant un accès aux soins indépendamment de la situation administrative ou financière, elle affirme le principe selon lequel la santé constitue un bien commun et un élément fondamental du vivre-ensemble. Un système de

soins juste et inclusif contribue à renforcer la confiance dans les institutions publiques et à réduire, à terme, l'exclusion ou la marginalisation.

La couverture universelle de soins de santé participe à la prévention des fractures sociales. L'absence d'accès aux soins est souvent corrélée à une accumulation de vulnérabilités sociales, susceptibles d'entraîner une dégradation de l'état de santé, une désinsertion sociale durable et, à terme, des coûts humains et financiers plus élevés pour la collectivité. En intervenant en amont, la CUSS constitue un outil de stabilisation et d'inclusion.

Enfin, l'intégration de la CUSS dans le régime général de l'assurance maladie contribue à une égalité de traitement des patients et à une absence de stigmatisation des bénéficiaires. Cette approche favorise une solidarité concrète entre les membres de la société et renforce le caractère universel et cohérent du système de protection sociale luxembourgeois.

En ce sens, la couverture universelle de soins de santé ne constitue pas uniquement une mesure de protection individuelle, mais un investissement collectif en faveur de la santé, de la cohésion sociale et de la durabilité du modèle social.

*

TEXTE DE LA PROPOSITION DE LOI

Art. 1er – Objet et nature de la couverture universelle de soins de santé

Il est créé un droit à la couverture universelle de soins de santé, ci-après dénommée « CUSS », ayant pour objet de garantir l'accès aux soins de santé aux personnes séjournant au Grand-Duché de Luxembourg et remplissant les conditions prévues par la présente loi.

La CUSS prend la forme d'une affiliation volontaire au titre de la CUSS au régime de l'assurance maladie prévu au livre premier du Code de la sécurité sociale.

Ce droit est accordé à titre subsidiaire, lorsque les conditions requises :

- 1° pour une assurance obligatoire au sens de l'article 1^{er} du Code de la sécurité sociale,
- 2° pour une assurance continuée ou facultative au sens de l'article 2, alinéas 1^{er} à 4, du même Code,
- 3° pour une extension de l'assurance au sens de l'article 7 du même Code

ne sont pas remplies, et en l'absence de toute couverture maladie au titre d'un régime étranger, de quelque nature que ce soit.

Art. 2 – Bénéficiaires de la CUSS

A droit à la CUSS toute personne qui remplit cumulativement les conditions suivantes :

- 1° être âgée de dix-huit ans au moins ;
- 2° séjourner de manière ininterrompue depuis au moins trois mois au Grand-Duché de Luxembourg ;
- 3° disposer de ressources inférieures au plafond fixé à l'article 6 ;
- 4° ne pas bénéficier de l'aide sociale prévue par la loi modifiée du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale.

La condition de durée minimale de séjour prévue au point 2° ne s'applique pas aux demandeurs de protection internationale au sens de la loi modifiée du 18 décembre 2015 relative à l'accueil des

demandeurs de protection internationale et de protection temporaire.

Sont exclues du bénéfice de la CUSS :

1° les personnes ayant obtenu une autorisation de séjour suite à un engagement écrit pris par un tiers de subvenir à leurs besoins ;

2° les personnes faisant l'objet d'une mesure de détention préventive ou d'une peine privative de liberté définitive, sauf pendant la période de congé pénal.

Art. 3 – Droits ouverts par la CUSS

Le bénéficiaire de la CUSS a droit à la prise en charge par l'État des cotisations personnelles dues au titre de l'article 32, alinéa 1^{er}, neuvième tiret, du Code de la sécurité sociale.

L'assiette de cotisation correspond au minimum prévu à l'article 39 du même Code.

Le bénéficiaire a en outre droit à la prise en charge par l'État de la participation aux prestations de soins de santé prévue aux statuts de la Caisse nationale de santé.

Art. 4 – Demande et affiliation

La demande de bénéfice de la CUSS est introduite par l'intéressé auprès :

1° d'un organisme agréé à cet effet en application de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique ; ou

2° de l'Office national de l'accueil (ONA) pour les demandeurs de protection internationale.

Les organismes visés aux points 1° et 2° sont désignés ci-après par les termes « organisme compétent ».

L'organisme compétent procède à la vérification des conditions d'accès prévues par la présente loi et à une analyse de la situation sociale du demandeur.

La demande est transmise pour validation au ministère ayant la santé dans ses attributions.

En cas de décision favorable, l'organisme compétent procède à l'affiliation du bénéficiaire auprès du Centre commun de la sécurité sociale au titre de l'assurance volontaire prévue à l'article 2, alinéa 5, du Code de la sécurité sociale.

La date d'affiliation correspond à la date de réception de la demande par le ministère.

Lorsque le bénéficiaire ne dispose pas d'une adresse de résidence ou d'une adresse de référence, l'adresse de l'organisme compétent peut être utilisée comme adresse de correspondance pour les besoins de la CUSS.

Sous peine du retrait du bénéfice de la CUSS, le bénéficiaire est tenu de maintenir un contact régulier avec l'organisme compétent afin de permettre la vérification du respect des conditions de séjour effectif sur le territoire.

Toute décision de refus ou de retrait du bénéfice de la CUSS est motivée et notifiée par écrit au demandeur par le ministère compétent. Elle peut faire l'objet d'un recours auprès de la juridiction compétente.

Les modalités d'application du présent article sont précisées par règlement grand-ducal.

Art. 5 – Prise en charge directe

La prise en charge directe prévue à l'article 24, alinéa 2, du Code de la sécurité sociale est accordée au bénéficiaire de la CUSS sur base d'une attestation écrite établie par l'organisme compétent.

Art. 6 – Conditions de ressources

Ne peut bénéficier de la CUSS que la personne dont les revenus, de quelque nature que ce soit, sont inférieurs au montant de l'allocation d'inclusion prévue à l'article 5 de la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale.

Art. 7 – Financement

Les cotisations personnelles dues par les bénéficiaires de la CUSS en application de l'article 32, alinéa 1^{er}, neuvième tiret, du Code de la sécurité sociale sont intégralement prises en charge par l'État.

Elles sont remboursées à l'organisme compétent qui en a fait l'avance.

La participation aux prestations de soins de santé prévue par les statuts de la Caisse nationale de santé est également à charge de l'État. Elle est remboursée à la Caisse nationale de santé en cas de prise en charge directe, ou à l'organisme compétent lorsque celui-ci en a fait l'avance.

Art. 8 – Dispositions modificatives

1° L'article 2 du Code de la sécurité sociale est complété par un nouvel alinéa 5 libellé comme suit :

« (5) Les bénéficiaires de la couverture universelle de soins de santé instituée par la loi du ... portant création d'un droit à la couverture universelle de soins de santé peuvent s'assurer volontairement. »

2° À l'article 24, alinéa 2, du même Code, la phrase suivante est ajoutée :

« La prise en charge directe est également accordée aux bénéficiaires de la couverture universelle de soins de santé sur base d'une attestation établie par l'organisme compétent selon les modalités prévues par les dispositions statutaires et conventionnelles. »

*

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Ad art. 1^{er}

Cet article institue un droit à la couverture universelle de soins de santé (CUSS), dont l'objet est de garantir l'accès effectif aux soins de santé pour les personnes séjournant au Grand-Duché de Luxembourg. Il pose ainsi le principe général de la loi.

La CUSS donne un accès subsidiaire à l'assurance maladie existante, par le biais d'une affiliation volontaire au régime de l'assurance maladie du Code de la sécurité sociale. Ce choix permet d'assurer une intégration complète des bénéficiaires dans le système de santé luxembourgeois, tant

au niveau des prestations que des procédures.

Le caractère subsidiaire de ce droit est expressément affirmé. La CUSS n'intervient qu'en l'absence de toute autre possibilité de couverture, qu'elle soit nationale (assurance obligatoire, continuée, facultative ou extension de l'assurance) ou étrangère. Cette hiérarchie vise à éviter les chevauchements de régimes et à préserver la cohérence financière et juridique du système de sécurité sociale.

Le fait de créer cette nouvelle catégorie d'assurance volontaire permet de ne pas rendre applicable la période de carence de trois mois aux bénéficiaires de la CUSS. Cette période de carence reste réservée aux bénéficiaires de l'assurance facultative qui ne sont généralement pas des personnes en situation de précarité.

Le fait de supprimer la période de carence pour les bénéficiaires de la CUSS permet également d'affilier leurs enfants au titre de la coassurance prévue à l'article 7 avec effet immédiat, de sorte que ces enfants ne doivent pas invoquer l'assurance obligatoire prévue à l'article 1^{er}, point 13 pendant cette période de carence. Il s'ensuit que l'on peut éviter l'imbroglie actuel où les parents bénéficient de la prise en charge intégrale dans la CUSS et où les enfants ne peuvent pas en bénéficier en tant qu'assurés obligatoires, alors que l'État paye une cotisation tant pour le bénéficiaire de la CUSS que pour chaque enfant au titre de l'assurance obligatoire.

Ad art. 2

Cet article définit de manière précise le champ des bénéficiaires de la CUSS, en posant quatre conditions cumulatives.

Le droit personnel à la CUSS ne s'applique qu'aux personnes majeurs. Ceci n'empêche pas que les enfants mineurs accompagnant le bénéficiaire de la CUSS puissent bénéficier de la coassurance au titre de l'article 7.

Pour invoquer la CUSS, la personne doit faire état par tous les moyens auprès de l'organisme gestionnaire de sa présence au Luxembourg depuis au moins trois mois et ceci de façon ininterrompue.

L'article aménage toutefois une exception pour les demandeurs de protection internationale, pour lesquels la condition de durée de séjour ne s'applique pas, tenant compte de leur situation particulière et des obligations internationales de l'État.

La condition de ressources, renvoyant à l'article 6, inscrit la CUSS dans une logique de protection sociale ciblée, destinée aux personnes en situation de précarité et ne remplissant pas les conditions pour avoir accès à l'aide sociale.

Enfin, certaines catégories de personnes sont explicitement exclues, notamment celles dont les besoins sont couverts par un engagement de prise en charge par un tiers, ainsi que les personnes privées de liberté, dont la couverture de soins relève de régimes spécifiques.

Ad art. 3

Cet article précise les droits concrets qui découlent de la CUSS.

En raison de son état de précarité, le bénéficiaire de la CUSS voit sa cotisation, calculée sur le salaire social minimum, intégralement prise en charge par l'État. S'agissant d'un régime d'assurance volontaire prévu à l'article 2 du CSS, la cotisation est calculée à un taux de 5,6 %.

Cette cotisation est versée mensuellement au Centre commun de la sécurité sociale par l'organisme compétent prévu à l'article 4 et celui-ci obtient le remboursement par l'État au titre de la convention avec le ministère de la Santé et de la Sécurité sociale.

En outre, la participation aux soins de santé prévue par les statuts de la CNS est versée aux prestataires de soins soit par la CNS (en cas d'application du tiers payant social), soit par l'organisme compétent. Elle est remboursée par l'État.

Ad art. 4

Cet article prévoit la procédure d'accès à la CUSS, en confiant l'introduction et le suivi des demandes aux acteurs du terrain.

La demande est introduite auprès d'un organisme agréé ou, le cas échéant, de l'Office national de l'accueil, ce qui permet une évaluation sociale individualisée et un accompagnement des personnes concernées. La validation par le ministère ayant la santé dans ses attributions garantit un contrôle administratif centralisé.

L'affiliation auprès du Centre commun de la sécurité sociale formalise l'intégration du bénéficiaire dans le régime d'assurance maladie. Le choix de la date de réception de la demande par le ministère comme point de départ des droits assure une sécurité juridique pour le demandeur.

L'article tient compte des situations de grande précarité en autorisant l'utilisation de l'adresse de l'organisme compétent ou de l'ONA comme adresse de correspondance. Il impose également que le bénéficiaire reste en contact régulier avec l'organisme compétent, condition nécessaire au contrôle du respect des conditions légales.

Enfin, les garanties procédurales sont assurées par l'obligation de motivation des décisions et par la possibilité d'introduire un recours.

Ad art. 5

En vue de réduire la complexité administrative du paiement des soins de santé aux prestataires par les organismes compétents, il est proposé d'étendre le tiers payant social aux bénéficiaires de la CUSS et d'adapter en conséquence la convention entre l'État et la CNS. Cette manière de procéder permet aux prestataires d'introduire les factures directement au service Tiers payant social de la CNS et d'obtenir le remboursement de la part à charge de la CNS et de la participation statutaire. Cette participation statutaire est ensuite refacturée par la CNS à l'État, ce qui peut se faire par voie informatique sans intervention administrative supplémentaire.

La procédure et l'attestation à délivrer sont définies de manière à refléter les dispositions applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale en matière de tiers payant social. Cet alignement vise à simplifier le système tant pour les bénéficiaires que pour les organismes qui les accompagnent et les prestataires de soins de santé.

Ad art. 6

Cet article définit le critère de ressources ouvrant droit à la CUSS en le liant au montant de l'allocation d'inclusion prévue par la législation relative au revenu d'inclusion sociale.

Le recours à ce seuil permet une harmonisation avec les instruments existants de lutte contre la précarité et garantit une appréciation cohérente de la situation économique des demandeurs.

Ad art. 7

Cet article définit les modalités de financement du dispositif, en mettant intégralement à la charge de l'État les cotisations personnelles et la participation aux prestations de soins.

Le mécanisme d'avance des frais par les organismes compétents, suivi d'un remboursement par l'État, vise à assurer la continuité du financement sans créer de charge administrative excessive pour les bénéficiaires ou pour la Caisse nationale de santé.

La prise en charge étatique de la participation aux soins complète la logique de protection intégrale et garantit que les bénéficiaires de la CUSS aient un accès effectif aux prestations de santé.

Ad art. 8

Cet article assure l'intégration de la CUSS dans le Code de la sécurité sociale par des adaptations ciblées.

La modification de l'article 2 du Code de la sécurité sociale reconnaît explicitement les bénéficiaires de la CUSS comme affiliés à l'assurance maladie. L'ajout à l'article 24 étend formellement le bénéfice de la prise en charge directe à ces personnes.

Ces modifications garantissent la cohérence du nouveau dispositif avec le cadre juridique existant et permettent sa mise en œuvre pratique par les institutions concernées.

*

FICHE FINANCIERE

(Article 79 de la loi modifiée du 8 juin 1999 sur le budget, la comptabilité et la trésorerie de l'État)

La présente proposition de loi ne comporte pas de dispositions susceptibles de grever le budget de l'État au-delà de ce qui est prévu à l'article budgétaire 33.002 du Ministère de la Sécurité sociale, « Remboursement aux associations conventionnées des frais liés à l'affiliation à l'assurance-maladie de personnes non affiliées par un autre moyen ». Les crédits inscrits au budget 2026 (Crédit non limitatif et sans distinction d'exercice) s'élèvent à 2 073 000 euros. La planification pluriannuelle pour ce même crédit prévoit une évolution positive atteignant 2 377 000 euros jusqu'en 2029.

*

VERSION CONSOLIDÉE PAR EXTRAITS

Code de la sécurité sociale LIVRE Ier – Assurance maladie maternité

Chapitre I. Étendue de l'assurance

Assurance volontaire

(...)

Art. 2

(1) La personne qui est âgée de dix-huit ans au moins, qui réside au Grand-Duché de Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré obligatoire ou la protection en qualité de membre de famille au sens de l'article 7 après en avoir bénéficié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la perte de cette qualité et qui ne peut bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie, peut demander à continuer son assurance. La condition de continuité ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. La demande doit être présentée au Centre commun de la sécurité sociale sous peine de forclusion dans un délai de trois mois suivant la perte de l'affiliation.

(2) Les personnes résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui ne peuvent bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie ont la faculté de s'assurer volontairement. Le droit aux prestations n'est ouvert qu'après un stage d'assurance de trois mois à partir de la présentation de la demande au centre commun de la sécurité sociale.

(3) Dans les conditions prévues à l'alinéa 2, l'État procède à l'affiliation des personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger, pour autant que ces personnes ne sont pas soumises à un autre titre à un régime d'assurance maladie.

(4) Les conditions et les modalités de l'assurance continuée et de l'assurance facultative peuvent être précisées par règlement grand-ducal.

« (5) Les bénéficiaires de la couverture universelle de soins de santé instituée par la loi du ... portant création d'un droit à la couverture universelle de soins de santé peuvent s'assurer volontairement. »

Chapitre II. Objet de l'assurance

(...)

Prestations de soins de santé

(...)

Art. 24

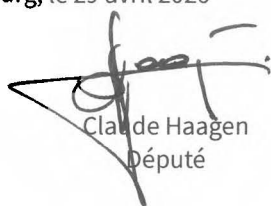
Les prestations de soins de santé sont accordées sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé et les caisses de maladie aux personnes protégées qui ont fait l'avance des frais. Des dispositions conventionnelles peuvent prévoir les conditions et modalités d'une prise en charge directe d'actes, services et fournitures par la Caisse nationale de santé, le prestataire de soins n'ayant dans ce dernier cas d'action contre la personne protégée que pour la participation statutaire éventuelle de celle-ci.

La prise en charge directe est encore accordée en cas d'indigence de la personne protégée dûment

documentée par une attestation établie par l'office social en charge, suivant les modalités déterminées par les dispositions statutaires et conventionnelles. **La prise en charge directe est également accordée aux bénéficiaires de la couverture universelle de soins de santé sur base d'une attestation établie par l'organisme compétent, selon les modalités prévues par les dispositions statutaires et conventionnelles.**

La Caisse nationale de santé envoie périodiquement à l'assuré un relevé des prestations lui fournies par voie de prise en charge directe.

Luxembourg, le 29 avril 2026



Claude Haagen
Député



Claire Delcourt
Députée