

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

8 oktober 2026

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van het ministerieel besluit
van 1 maart 2010 tot vaststelling
van de criteria voor de erkenning van
huisartsen, teneinde kandidaat-huisartsen
aan te sporen een deel van
hun stage te volbrengen in
een gebied met een huisartsentekort en
aldus dat tekort tegen te gaan**

(ingediend door
de heer Jean-François Gatelier c.s.)

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

8 octobre 2026

PROPOSITION DE LOI

**modifiant l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010
fixant les critères d'agrément des médecins
généralistes, en vue d'encourager
les candidats-médecins généralistes à
effectuer une partie de leur stage dans
une zone en situation de pénurie de médecins
généralistes et ainsi
de lutter contre ces pénuries**

(déposée par
M. Jean-François Gatelier et consorts)

SAMENVATTING

Dit wetsvoorstel strekt ertoe het huisartsentekort in België terug te dringen.

Om dat probleem aan te pakken, beoogt dit wetsvoorstel kandidaat-huisartsen aan te sporen een deel van hun stage te volbrengen in een gebied met een huisartsentekort. Stages in huisartsarme zones hebben namelijk invloed op de toekomstige vestiging van artsen aldaar en kan dus bijdragen aan een betere geografische spreiding van huisartsen over het hele grondgebied.

RÉSUMÉ

La proposition de loi vise à lutter contre les pénuries de médecins généralistes présentes dans notre pays.

Afin de lutter contre ce problème, la proposition de loi vise à encourager les candidats médecins généralistes à exercer une partie de leur stage dans des zones en situation de pénurie de médecins généralistes. En effet la réalisation d'un stage dans une zone en pénurie a un impact sur l'installation future de ces médecins, dans une telle zone et peut donc contribuer à une meilleure répartition géographique des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire.

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Anders.	: Anders.
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
ONAFH/INDÉP	: Onafhankelijk-Indépendant

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV	Beknopt Verslag	CRABV	Compte Rendu Analytique
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toezpraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. *Huidig huisartsentekort in België*1.1. *Stand van zaken*

Het huisartsentekort in verschillende gebieden van het land is een vaststaande realiteit die voor zowel de patiënten als de huisartsen zelf zorgbarend is.

Voor de patiënten staat de toegankelijkheid van zorg op het spel, door de moeite die ze ondervinden om nog een huisarts voor de langere termijn te vinden. Veel huisartsen hebben immers al een uitgebreid patiëntenbestand en zijn daardoor genoodzaakt een patiëntenstop in te voeren, enerzijds om hun bestaande patiënten nog kwaliteitsvolle zorg en beschikbaarheid te kunnen bieden en anderzijds om hun vak onder bevredigende omstandigheden te kunnen blijven uitoefenen.¹

Jonge huisartsen willen vooral een beter evenwicht tussen werk en privéleven. De “familiearts” van weleer die de klok rond klaarstaat voor zijn patiënten, is stilaan verleden tijd. Die evolutie valt te begrijpen, maar bemoeilijkt wel de toegang tot medische zorg.

Voor de actieve huisartsen leidt die schaarste tot een enorme werkdruk, die kan leiden tot zware vermoeidheid, burn-out enzovoort. Afgaande op de enquête van de cel Planning van het aanbod van de Gezondheidszorgberoepen van de FOD Volksgezondheid

¹ “Vlaanderen en Brussel tellen 69 huisartsenkringen. De Standaard bevroeg die kringen en kreeg tientallen antwoorden, goed voor meer dan 5000 huisartsen en zo’n 6 miljoen patiënten. De verantwoordelijken van die kringen bevestigen dat ten minste 50 % van de aangesloten praktijken een patiëntenstop heeft.” (vertaald uit “50 % des cabinets de MG flamands refusent de nouveaux patients: et du côté francophone?”, Jean Andris, 7 juli 2022, <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/50-des-cabinets-de-mg-flamands-refusent-de-nouveaux-patients-nbsp-et-du-cote-francophone.html>) “De online-enquête van Medisfeer onder Franstalige huisartsen in Brussel en Wallonië geeft ons het antwoord. Maar liefst 366 Franstalige huisartsen hebben onze vragen beantwoord. Een meerderheid daarvan, 60,66 %, hanteert een patiëntenstop. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gaat het om 51 %, wat vergelijkbaar is met Vlaanderen. In Wallonië loopt dat percentage op tot 57 %.” (vertaald uit “Enquête exclusive: 60 % des généralistes francophones refusent de nouveaux patients”, Jean Andris, 12 augustus 2022, <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/enquete-exclusive-nbsp-nbsp-60-des-generalistes-francophones-refusent-de-nouveaux-patients.html>).

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. *La pénurie actuelle de médecins généralistes en Belgique*1.1. *État des lieux*

La pénurie de médecins généralistes dans différentes zones du pays est une réalité documentée et est la source d’importantes préoccupations tant pour les patients que pour les médecins généralistes eux-mêmes.

Pour les patients, l’enjeu est celui de l’accessibilité aux soins, de la difficulté de trouver un médecin généraliste qui puisse les prendre en charge et les suivre sur le long terme. En effet, de nombreux médecins généralistes ont déjà une patientèle importante et sont amenés à refuser de nouveaux patients afin, d’une part, de pouvoir assurer un accompagnement de qualité et une disponibilité pour leurs patients et, d’autre part, de maintenir leur activité professionnelle en l’exerçant dans des conditions satisfaisantes.¹

Les jeunes médecins généralistes souhaitent assurer un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée et ne veulent plus l’horaire de travail du “médecin de famille à l’ancienne” qui était toujours disponible pour ses patients. On comprend cette évolution mais cela rend l’accès aux soins médicaux plus difficile.

Pour les médecins généralistes en activité, cette pénurie conduit à une surcharge de travail et peut être la source d’une fatigue intense, d’un burn-out, ... L’enquête menée par la Cellule Planification des professions de soins de santé du SPF Santé publique sur le suivi de la

¹ “La Flandre et Bruxelles comptent 69 cercles de médecins généralistes. De Standaard a reçu des dizaines de réponses de ces derniers, représentant plus de 5000 généralistes et environ 6 millions de patients. Les responsables des cercles affirment qu’au moins 50 % des cabinets affiliés refusent de nouveaux patients.” (Jean Andris, “50 % des cabinets de MG flamands refusent de nouveaux patients: et du côté francophone?”, 7 juillet 2022, <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/50-des-cabinets-de-mg-flamands-refusent-de-nouveaux-patients-nbsp-et-du-cote-francophone.html>) “L’enquête menée en ligne par Medi-Sphere auprès des généralistes francophones à Bruxelles et en Wallonie nous apporte la réponse. Pas moins de 366 MG francophones ont répondu à nos questions. Une majorité, soit 60,66 %, ne prend plus de nouveaux patients. En Région de Bruxelles-Capitale, cela fait 51 %, ce qui est comparable à la Flandre. En Wallonie, cela grimpe à 57 %.” (Jean Andris, “Enquête exclusive: 60 % des généralistes francophones refusent de nouveaux patients”, 12 août 2022, <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/enquete-exclusive-nbsp-nbsp-60-des-generalistes-francophones-refusent-de-nouveaux-patients.html>).

omtrent de monitoring van het artsenbestand ligt de huidige werktijd per week “systematisch hoger dan gewenst”.²

Het tekort, dat in bepaalde geografische en met name landelijke gebieden bijzonder acuut is, houdt zichzelf in stand door een onvervalste vicieuze cirkel op zowel organisatorisch als menselijk vlak: de verplichte wachtdienst voor elke huisarts. Wanneer er onvoldoende artsen zijn, rust de last van de wachtdienst op een handvol artsen, die noodgedwongen meer en zwaardere wachtdiensten moeten doen en voor wie het evenwicht tussen werk en privéleven in het gedrang komt. Een dergelijke overbelasting heeft rechtstreekse gevolgen voor de levenskwaliteit van de betrokken artsen, eist fysiek en mentaal haar tol en kan tot uitval leiden. Die situatie beknot ook het aantal mogelijkheden om voor elkaar in te springen, juist omdat ze met te weinig zijn om dat doeltreffend te kunnen doen. Hoe groter dus het tekort aan huisartsen in een bepaald gebied, hoe zwaarder de wachtdienst, en hoe minder aantrekkelijk de situatie wordt voor artsen die zich er zouden willen vestigen. Het tekort versterkt zichzelf, waardoor de bewuste gebieden in een negatieve spiraal terechtkomen waar ze moeilijk uit komen zonder gerichte structurele maatregelen.

De realiteit van het huisartsentekort kan onder meer worden geobjectiveerd aan de hand van gegevens van het AVIQ, dat regelmatig een lijst publiceert van de Waalse gemeenten met een (ernstig) huisartsentekort.

In juni 2025 maakte het AVIQ de volgende gegevens bekend: 132 gemeenten kampen met een tekort, en

force de travail des médecins nous apprend que “la durée de travail actuelle par semaine est systématiquement plus élevée que celle souhaitée”.²

La pénurie, particulièrement aiguë dans certains territoires géographiques, notamment ruraux, s’auto-entretient par un véritable cercle vicieux organisationnel et humain: la garde constitue une obligation pour l’ensemble des médecins généralistes. Or, lorsque leur nombre est insuffisant, la charge liée à la garde repose sur un nombre très limité de praticiens, les contraignant à assurer des gardes plus fréquentes, plus lourdes et qui portent atteinte à l’équilibre recherché entre vie professionnelle et vie privée. Cette surcharge a des conséquences directes sur la qualité de vie des médecins concernés, sur leur fatigue physique et mentale, et sur leur risque de décrochage professionnel. Elle limite également toute possibilité de remplacement mutuel entre confrères, précisément parce qu’ils sont trop peu nombreux pour se relayer efficacement. Ainsi, plus un territoire est en situation de pénurie de médecins généralistes, plus la charge de garde y est élevée, et plus ce contexte devient dissuasif pour de nouvelles installations. La pénurie se renforce alors par elle-même, enfermant ces territoires dans une dynamique négative dont il est difficile de sortir sans mesures structurelles ciblées.

Cette réalité de la pénurie de médecins généralistes peut notamment être objectivée à partir des données de l’AVIQ qui publie régulièrement la liste des communes wallonnes qui sont en situation de pénurie et de pénurie sévère de médecins généralistes.

En juin 2025, l’AVIQ a publié les données suivantes: 132 communes sont en situation de pénurie et 53 communes

² “Van de 2698 ondervraagde huisartsen verklaart 75 % dat de werklust hoog of zeer hoog aanvoelt, hoewel dit percentage lager ligt in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (62 %). Ook in wijkgezondheidscentra met een forfaitair betalingssysteem lijkt deze perceptie met 65 % iets gunstiger, terwijl de werklust in solopraktijken het zwaarst aanvoelt (78 %, 29 % “zeer zwaar”). Huisartsen verwachten ook dat deze werklust in de toekomst zal toenemen, omdat velen van hen binnenkort met pensioen gaan. De meeste huisartsen geven zelf een verband aan tussen de ervaren werklust en het aantal beschikbare huisartsen in de buurt, al verschilt dit antwoord niet tussen gebieden waar een verschillend aantal huisartsen actief waren.” (cel Planning van het aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Artsen: Monitoring van de workforce. Nieuwe elementen en impact COVID-19 ter bepaling van de quota artsen 2029-2033, 2023, https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/monitoring_van_de_workforce_artsen_-_nieuwe_elementen_en_impact_covid-19_ter_bepaling_van_de_quota_artsen_2029_-_2033.pdf).

² “Parmi les 2698 répondants médecins généralistes, 75 % déclarent que la charge de travail leur semble élevée ou très élevée, bien que ce pourcentage soit plus faible en région de Bruxelles-Capitale (62 %). Dans les maisons médicales dotées d’un système de paiement forfaitaire, cette perception semble également légèrement plus favorable (65 %), tandis que la charge de travail dans les pratiques individuelles est ressentie comme la plus élevée (78 %, 29 % “très élevée”). Les médecins généralistes s’attendent également à ce que cette charge de travail augmente à l’avenir, en raison d’un départ à la pension proche pour un grand nombre d’entre eux. La plupart des médecins généralistes ont signalé eux-mêmes un lien entre la charge de travail ressentie et le nombre de médecins généralistes disponibles dans les environs, bien que cette réponse ne diffère pas selon les régions où un nombre différent de médecins généralistes est actif”. (Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, “Suivi de la force de travail des médecins: nouveaux éléments et impact COVID-19 pour déterminer les quotas médecins 2029-2033”, 2023, https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/suivi_de_la_force_de_travail_medecins_-_nouveaux_elements_et_impact_covid-19_pour_determiner_les_quotas_medecins_2029-2033.pdf).

53 met een ernstig tekort.³ Het aantal gemeenten in Wallonië met een (ernstig) tekort is de afgelopen jaren geëvolueerd. Volgens het AVIQ is het aantal gemeenten met een tekort licht gedaald, van 151 in 2016 tot 131 in 2023. Die verbetering geldt echter niet voor gemeenten met een ernstig tekort (53 in 2016 en 54 in 2023).⁴

1.2. Factoren die van invloed zijn op de evolutie van de situatie

Een eerste factor is het aantal actieve huisartsen, dat zowel afhangt van het aantal jonge artsen dat aan hun loopbaan begint als van het aantal dat uitstroomt. Gelet op het aantal huisartsen dat zijn activiteiten in de nabije toekomst zou kunnen stopzetten, dreigt het tekort in de toekomst nog verder toe te nemen: het aandeel huisartsen van 65 jaar en ouder in België bedroeg op 31 december 2024 35,5 %.⁵

sont en situation de pénurie sévère.³ Le nombre de communes en situation de pénurie et de pénurie sévère en Wallonie a évolué ces dernières années: “Le nombre de communes en pénurie a légèrement diminué, passant de 151 en 2016 à 131 en 2023. Cette amélioration ne concerne cependant pas les communes en pénurie sévère (53 en 2016 et 54 en 2023).”⁴

1.2. Facteurs influençant l'évolution de la situation

Un premier facteur est celui du nombre de médecins généralistes en activité, qui dépend à la fois du nombre de nouveaux jeunes médecins qui débutent leur activité professionnelle et du nombre de médecins qui mettent fin à leur activité. Or, vu le nombre de médecins généralistes susceptibles d'arrêter leur activité dans un futur proche, la situation de pénurie risque encore de s'accroître à l'avenir: la proportion de médecins généralistes de 65 ans et plus en Belgique était de 35,5 % au 31 décembre 2024.⁵

³ Agence pour une vie de qualité, *Communes en pénuries – période de validité du 01/06/25 au 31/12/2026*, https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2025-06/Zones%20installation%20prioritaire%20du%2001-06-2025%20au%2031-12-2026.pdf.

⁴ “Het tekort is afgenomen in Waals-Brabant, Henegouwen en de provincie Namen, in mindere mate in de provincie Luik, maar niet in de provincie Luxemburg. Tussen 2016 en 2023 is het percentage gemeenten met een tekort gedaald van 59 % naar 30 % in Waals-Brabant, van 58 % naar 46 % in Henegouwen en van 63 % naar 50 % in de provincie Namen. In de provincie Luik is dat percentage vrijwel onveranderd gebleven (van 44 % naar 43 %), en in Luxemburg is het gestegen (van 86 % in 2016 naar 91 % in 2023).” (vertaling); Agence pour une Vie de Qualité, *Cadastre des médecins généralistes actifs en Wallonie. Période 2016-2023, 2025*, <https://www.aviq.be/fr/cadastre-des-medecins-generalistes-actifs-en-wallonie-2016-2023>.

⁵ Op 31 december 2024 was 34,3 % van de huisartsen in het Vlaams Gewest 65 jaar of ouder; in het Waals Gewest was dat 37,7 % en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 34,6 %. (Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, “Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Aantal beoefenaars met het recht om het beroep uit te oefenen op 31/12/2024 en instroom 2024”, https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2024_nl.pdf, blz. 12).

³ Agence pour une vie de qualité, “Communes en pénuries – période de validité du 01/06/25 au 31/12/2026”, https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2025-06/Zones%20installation%20prioritaire%20du%2001-06-2025%20au%2031-12-2026.pdf.

⁴ “La situation de pénurie s'est améliorée en Brabant wallon, dans le Hainaut et en province de Namur, dans une moindre mesure en province de Liège, mais pas en province de Luxembourg. Entre 2016 et 2023, la proportion de communes en pénurie est passée de 59 % à 30 % dans le Brabant wallon, de 58 % à 46 % dans le Hainaut et de 63 % à 50 % en province de Namur. En province de Liège cette proportion n'a quasi pas évolué (44 % à 43 %), et dans le Luxembourg elle a augmenté (86 % en 2016 contre 91 % en 2023).” (Agence pour une Vie de Qualité, “Cadastre des médecins généralistes actifs en Wallonie. Période 2016-2023”, 2025, <https://www.aviq.be/fr/cadastre-des-medecins-generalistes-actifs-en-wallonie-2016-2023>).

⁵ Au 31 décembre 2024, 34,3 % des médecins généralistes avaient 65 ans ou plus en région flamande; 37,7 % en région wallonne et 34,6 % en région de Bruxelles capitale. (Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, “Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Nombre de professionnels en droit de prêter au 31/12/24 et influx 2024”, https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2024_fr.pdf, page 12).

De situatie is des te zorgwekkender daar dat percentage in de loop van de tijd toeneemt: in 2023 bedroeg het 34,4 %, in 2022 33,4 % en in 2021 32,1 %.⁶

De tweede factor betreft het aantal artsen dat zich in een huisartsarme zone heeft gevestigd. Volgens cijfers van het AVIQ over de periode 2016-2023 bedroeg onder de recent gevestigde artsen het percentage artsen jonger dan 30 jaar die zich in een gemeente met een tekort hadden gevestigd, 37,8 % in 2017. Dat aandeel is sindsdien nog gedaald tot 16,2 % in 2023. Voor gemeenten met een ernstig tekort schommelde dat percentage tussen 2,3 % en 9,7 %, afhankelijk van het jaar.

Het percentage pas gevestigde artsen ouder dan 30 jaar dat zich heeft gevestigd in een gemeente met een artsentekort schommelde tussen 21,1 % en 33,7 %, afhankelijk van het jaar, in de periode 2016-2023. Voor gemeenten met een ernstig tekort schommelde dat percentage tussen 10,5 % en 3,3 %, afhankelijk van het jaar.⁷

2. Maatregelen tegen het huisartsentekort in bepaalde gebieden van het land

Allerhande maatregelen kunnen worden overwogen en ingevoerd om het huisartsentekort aan te pakken. Ze vallen onder de verschillende bestuursniveaus in België, maar ook andere actoren kunnen ingrijpen.

2.1. Op gemeentelijk niveau

Gemeenten die te kampen hebben met een huisartsentekort doen er alles aan om nieuwe artsen aan te trekken, opdat hun inwoners de nodige zorg krijgen en er naar hun gezondheid wordt omgezien. Sommige

⁶ Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, "Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Aantal beoefenaars met het recht om het beroep uit te oefenen op 31/12/2023 en instroom 2023", https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2023_nl.pdf, blz. 12 en 13; Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, "Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Aantal beoefenaars met het recht om het beroep uit te oefenen op 31/12/2022 en instroom 2022", https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2022_nl.pdf, blz. 12 en 13; Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, "Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Aantal beoefenaars met het recht om het beroep uit te oefenen op 31/12/2021 en instroom 2021", https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2021_-nl.pdf, blz. 13 en 14).

⁷ Agence pour une Vie de Qualité, "Cadastre des médecins généralistes actifs en Wallonie. Période 2016-2023", 2025, *op. cit.*, blz. 12.

La situation est d'autant plus préoccupante que cette proportion s'accroît avec le temps: elle était de 34,4 % en 2023, de 33,4 % en 2022 et de 32,1 % en 2021.⁶

Le deuxième facteur concerne le nombre d'installations de médecins dans ces zones en situation de pénurie. D'après les chiffres de l'AVIQ, entre 2016 et 2023, parmi les nouvelles installations, la proportion de médecins de moins de 30 ans nouvellement installés qui se sont installés dans une commune en situation de pénurie était de 37,8 % en 2017 et n'a fait que diminuer pour atteindre seulement 16,2 % en 2023. Pour les communes en situation de pénurie sévère, cette proportion a évolué entre 2,3 % et 9,7 % selon les années.

La proportion de médecins de plus de 30 ans nouvellement installés qui se sont installés dans une commune en situation de pénurie a évolué entre 21,1 % et 33,7 % selon les années entre 2016 et 2023. Pour les communes en situation de pénurie sévère, cette proportion a évolué entre 10,5 % et 3,3 %, selon les années.⁷

2. Les leviers pour lutter contre les pénuries de médecins généralistes dans certaines zones en Belgique

Diverses mesures peuvent être envisagées et mises en place pour lutter contre la pénurie de médecins généralistes. Elles relèvent des différents niveaux de pouvoir en Belgique mais également d'autres acteurs.

2.1. Au niveau des communes

Les communes confrontées à une pénurie de médecins font tout pour attirer de nouveaux médecins en leur sein, afin de prendre soin de leurs citoyens et d'assurer une prise en charge de la santé de ceux-ci. Certaines

⁶ Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, "Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Nombre de professionnels en droit de prêter au 31/12/23 et influx 2023" https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2023_fr.pdf, pages 12 et 13; Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, "Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Nombre de professionnels en droit de prêter au 31/12/22 et influx 2022", https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2022_fr.pdf, pages 12 et 13; Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, "Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Nombre de professionnels en droit de prêter au 31/12/21 et influx 2021", https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2021_-fr.pdf, pages 13 et 14.

⁷ Agence pour une Vie de Qualité, "Cadastre des médecins généralistes actifs en Wallonie. Période 2016-2023", 2025, *op. cit.*, page 12.

gemeenten voeren financiële steun- en/of opvangmaatregelen in⁸: niet alleen zorgen ze voor een professionele omgeving, maar ook voor een zo aantrekkelijk mogelijke leefomgeving.

2.2. Op deelstaatniveau

Een eerste hefboom is het subquotum voor huisartsen (binnen het jaarlijks vastgestelde federale quotum, meer bepaald het aantal kandidaat-artsen dat na hun zesjarige basisopleiding een opleiding tot huisarts of specialist mag volgen). Zo geldt in de Franse Gemeenschap al sinds enkele jaren een minimum van 43 % aan attesteringen voor huisartsgeneeskunde.⁹

Een tweede hefboom betreft de toekenning van vestigingspremies.

In Wallonië is er de Impulseo I-premie van 20.000 of 25.000 euro voor huisartsen die zich vestigen in

mettent in place des mesures de soutien financier et/ou des mesures d'accueil⁸: elles veillent à assurer un cadre professionnel mais également un cadre de vie le plus attrayant possible.

2.2. Au niveau des entités fédérées

Un premier levier est le sous-quota de médecins généralistes (parmi le quota fédéral déterminé chaque année, c'est-à-dire le nombre de candidats-médecins autorisés à suivre une formation de généraliste ou de spécialiste après leur formation de base de six ans). Ainsi, la Fédération Wallonie-Bruxelles a défini depuis plusieurs années un minimum de 43 % d'attestations pour la médecine générale.⁹

Un deuxième levier consiste en l'octroi de primes à l'installation.

En Wallonie, la prime "Impulseo I" consiste en une prime de 20.000 ou de 25.000 euros octroyée aux

⁸ Zo heeft de gemeente Rouvroy in Luxemburg een budget van 2 miljoen euro vrijgemaakt voor de bouw van een medisch centrum met zeven kabinetten voor artsen en assistenten en twee tandartskabinetten. Ook komen er nieuwe gebouwen voor assistenten, terwijl artsen – boven op de Impulseo-premie – een gemeentelijke premie van 6000 euro ontvangen als ze zich voor ten minste vijf jaar vestigen. (Nicolas Lefèvre, "La commune de Rouvroy cherche des médecins pour sa future maison médicale", 19 juni 2024, <https://www.rtb.be/article/la-commune-de-rouvroy-cherche-des-medecins-pour-sa-future-maison-medicale-11.391.539>).

⁹ Besluit van de regering van de Franse Gemeenschap tot vaststelling van de subquota betreffende de geneeskunde en tandheelkunde die van toepassing zijn op het einde van het academiejaar 2025-2026; Besluit van de regering van de Franse Gemeenschap tot vaststelling van de minimale subquota betreffende de geneeskunde en tandheelkunde die van toepassing zijn op het einde van het academiejaar 2024-2025; Besluit van de regering van de Franse Gemeenschap tot vaststelling van de minimale subquota betreffende de geneeskunde en tandheelkunde die van toepassing zijn op het einde van het academiejaar 2023-2024; Besluit van de regering van de Franse Gemeenschap tot vaststelling van de minimale subquota betreffende de geneeskunde die van toepassing zijn op het einde van het academiejaar 2022-2023.

⁸ À titre d'exemple, la commune de Rouvroy, dans le Luxembourg, a débloqué un budget de 2 millions d'euros pour construire une maison médicale comprenant sept bureaux pour des médecins et des assistants ainsi que deux cabinets pour la dentisterie. Des bâtiments sont également construits pour les assistants tandis que les médecins bénéficieront d'une prime communale de 6000 euros s'ils s'installent pour une durée d'au moins cinq ans (en complément à la prime Impulseo). (Nicolas Lefèvre, "La commune de Rouvroy cherche des médecins pour sa future maison médicale", 19 juin 2024, <https://www.rtb.be/article/la-commune-de-rouvroy-cherche-des-medecins-pour-sa-future-maison-medicale-11.391.539>).

⁹ Arrêté du gouvernement de la communauté française du 19 juin 2026 fixant les sous-quotas relatifs à la médecine et à la dentisterie applicables à l'issue de l'année académique 2025-2026; Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 6 juin 2025 fixant les sous-quotas minima relatifs à la médecine et à la dentisterie applicables à l'issue de l'année académique 2024-2025; Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 21 février 2024 fixant les sous-quotas minima relatifs à la médecine et à la dentisterie applicables à l'issue de l'année académique 2023-2024; Arrêté du gouvernement de la Communauté française du 17 mai 2023 fixant les sous-quotas minima relatifs à la médecine applicables à l'issue de l'année académique 2022-2023.

een zone waar respectievelijk een tekort of een ernstig tekort heerst.¹⁰

¹⁰ Aanvankelijk werd deze aangelegenheid geregeld bij het koninklijk besluit van 23 maart 2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan. Vervolgens zijn de deelstaten ter zake bevoegd geworden. In het Waals Gewest gaat het voortaan om het besluit van de Waalse regering van 20 juli 2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan. Het Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde is bedoeld om de huisartsenpraktijk te ondersteunen. Er is in drie verschillende maatregelen voorzien: Impulseo I (installatiepremie) waarnaar in dit wetsvoorstel wordt verwezen; Impulseo II (bijdrage in de loonkosten) en Impulseo III (bijdrage in de kosten voor het gebruik van een telesecretariatsdienst). (Agence pour une Vie de Qualité, "Impulseo, le Fonds d'impulsion de la médecine générale", <https://www.aviq.be/fr/impulseo>) Het besluit van de Waalse regering van 20 juli 2017 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan bepaalt in zijn artikel 4:

— wat een gemeente met een tekort is (waarvoor de installatie van een erkende huisarts in een individuele praktijk of in een groepering in aanmerking komt voor steun uit het Impulsfonds in de vorm van een eenmalige premie van 20.000 euro: "het gaat om een gemeente met: a) ofwel minder dan 90 huisartsen per 100.000 inwoners; a) ofwel minder dan 125 huisartsen per km² en minder dan 120 huisartsen per 100.000 inwoners; c) ofwel minder dan 75 huisartsen per km² en minder dan 180 huisartsen per 100.000 inwoners.";

— wat een gemeente met een ernstig tekort is (waarvoor de installatie van een erkende huisarts in een individuele praktijk of in een groepering in aanmerking komt voor een bijdrage uit het Impulsfonds in de vorm van een eenmalige premie van 25.000 euro: het gaat om "a) ofwel een gemeente waarvan de artsendichtheid lager is dan 50 huisartsen per 100.000 inwoners, ongeacht de bevolkingsdichtheid; b) ofwel een gemeente waarvan enerzijds de artsendichtheid lager is dan 90 huisartsen per 100.000 inwoners en anderzijds de bevolkingsdichtheid lager is dan 125 inwoners per km²; b) ofwel een gemeente waarvan enerzijds de artsendichtheid lager is dan 120 huisartsen per 100.000 inwoners en anderzijds de bevolkingsdichtheid lager is dan 75 inwoners per km²."

De Impulseo-regeling heeft tot doel "de aantrekkelijkheid van huisartsenarme zones te vergroten, zowel voor pas afgestudeerden als voor reeds gevestigde artsen, door middel van verschillende aanvullende maatregelen: installatiepremies, steun voor loonkosten of het gebruik van telesecretariatsdiensten. Het aantal begunstigden van die regelingen is aanzienlijk gestegen sinds de overname van Impulseo door het AViQ. Het totale budget voor premies en subsidies voor het jaar 2025 wordt geschat op iets meer dan 13,5 miljoen euro. De regering is er zich echter van bewust dat financiële prikkels alleen niet volstaan om de trend in de meest kwetsbare gebieden duurzaam te keren. In de huidige begrotingssituatie wordt er, in overleg met de huisartsen, nagedacht over de doeltreffendheid en efficiëntie van de regeling, teneinde de steun beter te richten op de gebieden waar het tekort het ernstigst is, zonder gedifferentieerde aanpassingen uit te sluiten die rekening houden met de mate waarin een geïsoleerde ligging of een tekort wordt vastgesteld." (vertaling); antwoord van minister Coppieters op een schriftelijke vraag over medische woestijnen en de kritieke situatie in de provincie Luxemburg, 20 april 2026, <https://www.parlement-wallonie.be/pwpages?p=interp-questions-voir&type=28&idoc=143.682>).

médecins généralistes qui s'installent dans une zone en situation, respectivement, de pénurie ou de pénurie sévère.¹⁰

¹⁰ Au départ, l'arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités d'application réglait cette matière. Ensuite, les entités fédérées sont devenues responsables de cette matière.

En Région wallonne, il s'agit désormais de l'arrêté du gouvernement wallon du 20 juillet 2017 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement". Le Fonds d'impulsion de la médecine générale est destiné à soutenir la pratique de médecine générale. Il prévoit trois interventions différentes: Impulseo I (la prime à l'installation) évoquée dans la présente proposition; Impulseo II (Intervention dans les coûts salariaux) et Impulseo III (Intervention dans les frais de recours à un service de télésecrétariat). (Agence pour une vie de qualité, "Impulseo, le fonds d'impulsion de la médecine générale", <https://www.aviq.be/fr/impulseo>) L'arrêté du gouvernement wallon du 20 juillet 2017 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement définit en son article 4:

— ce qu'est une commune en pénurie (pour laquelle l'installation d'un médecin généraliste agréé en pratique individuelle ou en groupement permet de bénéficier d'une intervention du Fonds d'impulseo via une prime unique de 20.000 euros: "il s'agit d'une commune avec: a) soit moins de 90 médecins généralistes par 100.000 habitants; b) soit moins de 125 habitants par km² et moins de 120 médecins généralistes par 100.000 habitants; c) soit moins de 75 habitants par km² et moins de 180 médecins généralistes par 100.000 habitants.";

— ce qu'est une commune en pénurie sévère (pour laquelle l'installation d'un médecin généraliste agréé en pratique individuelle ou en groupement permet de bénéficier d'une intervention du Fonds d'impulseo via une prime unique de 25.000 euros: il s'agit "a) soit une commune dont la densité de médecins est inférieure à 50 médecins généralistes par 100.000 habitants quelle que soit la densité de population; b) soit une commune dont, d'une part, la densité de médecins est inférieure à 90 médecins généralistes par 100.000 habitants et, d'autre part, une densité de population inférieure à 125 habitants par km²; c) soit une commune dont, d'une part, la densité de médecin est inférieure à 120 médecins généralistes par 100.000 habitants et, d'autre part, une densité de population inférieure à 75 habitants par km²."

En ce qui concerne ce dispositif Impulseo qui "vise à renforcer l'attractivité des zones en pénurie tant pour les jeunes diplômés que pour les médecins déjà installés, à travers différents mécanismes complémentaires: primes à l'installation, soutien aux coûts salariaux ou recours à des services de télésecrétariat. Le nombre de bénéficiaires de ces dispositifs a augmenté de manière significative depuis la reprise d'Impulseo par l'AViQ. Le budget total des primes et subsides pour l'année 2025 est estimé à un peu plus de 13,5 millions d'euros. Cela étant, le gouvernement est conscient que les seuls incitants financiers ne suffisent pas à inverser durablement la tendance dans les zones les plus fragilisées. Dans le contexte budgétaire actuel, une réflexion est en cours, en concertation avec la médecine générale, sur l'efficacité et l'efficience du dispositif, afin de mieux cibler les soutiens là où la pénurie est la plus sévère, sans exclure des adaptations différenciées tenant compte du degré d'isolement ou de déficit constaté". (Réponse du ministre Coppieters à une question écrite sur les déserts médicaux et la situation critique de la province du Luxembourg, 20 avril 2026, <https://www.parlement-wallonie.be/pwpages?p=interp-questions-voir&type=28&idoc=143.682>).

Vlaanderen biedt een renteloze lening aan voor artsen die zich voor het eerst vestigen in Vlaanderen of in Brussel, maar zulks is niet gekoppeld aan de vestiging in een huisartsarme zone.¹¹

In Brussel is eind december 2024 een nieuwe regeling ingevoerd met subsidies voor de installatie van multidisciplinaire praktijken of voor de installatie van jonge artsen in een wijk met een huisartsentekort.¹²

De gewesten nemen eveneens andere initiatieven. Zo “ondersteunt Wallonië de ontwikkeling van groepspraktijken, die tegenwoordig erg in trek zijn bij jonge artsen. De ondersteuning van wijkgezondheidscentra en andere verenigingen voor geïntegreerde gezondheidszorg maakt landelijke gebieden aantrekkelijker voor zorgverleners. Via multidisciplinaire zorgprojecten wordt de werkdruk beter verdeeld en gaat de kwaliteit van het beroepsleven erop vooruit.

In landelijke en semilandelijke gebieden wordt die steun aangevuld met middelen uit het ELFPO (die kunnen oplopen tot 200.000 euro) voor investeringen in uitrusting of infrastructuur, wat een belangrijke stimulans vormt voor de aantrekkelijkheid van die gebieden.” (vertaling)¹³ “In de werkgroep huisartsgeneeskunde, die samen met vertegenwoordigers van de sector is opgericht, wordt ook rekening gehouden met de bevindingen uit onderzoeken zoals die van het Observatoire universitaire en médecine

La Flandre octroie un système de prêt sans intérêt disponible pour les médecins qui s’installent pour la première fois en Flandre ou à Bruxelles mais cela n’est pas conditionné à l’installation dans une zone en situation de pénurie.¹¹

À Bruxelles, un nouveau dispositif prévoyant des subventions d’aide à l’installation de pratiques multidisciplinaires ou d’aide à l’installation de jeunes médecins dans un quartier en situation de pénurie a été mis en place, fin décembre 2024.¹²

D’autres initiatives sont également prises par les régions. Ainsi, “la Wallonie soutient le développement de formes d’exercice collectif, aujourd’hui largement plébiscitées par les jeunes praticiens. Le soutien aux maisons médicales et autres associations de santé intégrée (ASI) permet de renforcer l’attractivité de territoires ruraux par des projets de soins multidisciplinaires, mieux répartissant la charge de travail et favorisant la qualité de vie professionnelle.

En zones rurales et semi-rurales, ce soutien est complété par des interventions du fonds FEADER, pouvant atteindre 200.000 euros pour les investissements en équipements ou infrastructures, ce qui constitue un levier important en matière d’attractivité”.¹³ “Les travaux du groupe de travail “médecine générale”, mis en place avec les représentants du secteur, intègrent également les enseignements issus d’études telles que celles menées par l’Observatoire universitaire en médecine rurale,

¹¹ Departement Zorg, “Een lening aanvragen voor de opstart of uitbouw van een huisartsenpraktijk”, <https://www.departementzorg.be/nl/een-lening-aanvragen-voor-de-opstart-uitbouw-van-een-huisartsenpraktijk>.

¹² “De subsidie om de installatie van multidisciplinaire praktijken te ondersteunen omvat een eenmalige subsidie van maximaal 150.000 euro voor de installatie van een nieuwe multidisciplinaire structuur in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad die zich niet in een wijk met een huisartsentekort bevindt. Dat bedrag kan oplopen tot maximaal 225.000 euro als de installatie van een nieuwe multidisciplinaire structuur plaatsvindt in een wijk met een huisartsentekort in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. (...) De subsidie om de installatie van jonge artsen te ondersteunen omvat een eenmalige subsidie van maximaal 15.000 euro voor de installatie van een jonge huisarts in een wijk met een huisartsentekort in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad.” (Besluit van 19 december 2024 van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betreffende de ondersteuning van de multidisciplinaire praktijken en jonge artsen <https://www.vivalis.brussels/nl/subsidie-om-de-installatie-van-multidisciplinaire-praktijken#installatie-multidisciplinaire>).

¹³ Antwoord van minister Coppieters op een schriftelijke vraag over medische woestijnen en de kritieke situatie in de provincie Luxemburg, 20 april 2026, <https://www.parlement-wallonie.be/luxembourg?lang=nl&id=143682>.

¹¹ Departement Zorg, “Een lening aanvragen voor de opstart of uitbouw van een huisartsenpraktijk”, <https://www.departementzorg.be/nl/een-lening-aanvragen-voor-de-opstart-uitbouw-van-een-huisartsenpraktijk>.

¹² “La subvention d’aide à l’installation de pratiques multidisciplinaires consiste en l’octroi d’une subvention unique d’un montant maximal de € 150.000 pour l’installation d’une nouvelle structure multidisciplinaire en région bruxelloise qui ne se situe pas dans un quartier en pénurie. Ce montant peut monter jusqu’à €225.000 maximum si l’installation d’une nouvelle structure multidisciplinaire s’effectue dans un quartier en pénurie en région bruxelloise. [...] La subvention d’aide à l’installation des jeunes médecins consiste en l’octroi d’une subvention unique d’un montant maximal de € 15.000 pour l’installation d’un jeune médecin généraliste dans un quartier en pénurie de la région de Bruxelles-Capitale.” (Arrêté du 19 décembre 2024 du Collège réuni de la Commission communautaire commune relatif au soutien des pratiques multidisciplinaires et des jeunes médecins <https://www.vivalis.brussels/fr/subvention-daide-a-linstallation-de-pratiques>).

¹³ Réponse du ministre Coppieters à une Question écrite sur les déserts médicaux et la situation critique de la province du Luxembourg, 20 avril 2026, <https://www.parlement-wallonie.be/luxembourg?lang=nl&id=143682>.

rurale (universiteit van Namen), waarin het belang wordt benadrukt van meer praktijkervaring in een landelijke omgeving vanaf de basisopleiding.” (vertaling)¹⁴

Naast die enkele concrete maatregelen en vanuit een veel bredere invalshoek hebben de Waalse regering en de Franse Gemeenschapsregering in maart 2026 een Strategie 2026-2031 aangenomen om de aantrekkelijkheid van de beroepen in de begeleiding en de zorg duurzaam te versterken.¹⁵ Die strategie maakt deel uit van een systematische aanpak, die onmisbaar is om de vicieuze cirkels te doorbreken die het tekort in stand houden, en berust op nauwe samenwerking met partners uit het werkveld. Tien prioriteiten werden vastgesteld, waarvan één ertoe strekt de aantrekkelijkheid van de huisartsgeneeskunde in landelijke gebieden te ondersteunen, teneinde de toegang tot eerstelijnszorg in het hele land te waarborgen.

De strijd tegen het huisartsentekort staat dan ook centraal in dit recente en ambitieuze initiatief.

2.3. Op federaal niveau

De eerste hefboom betreft de contingentering van RIZIV-nummers: elk jaar wordt het aantal RIZIV-nummers dat wordt toegekend aan kandidaat-artsen die na de zesjarige basisopleiding een opleiding tot huisarts of specialist mogen volgen, vastgesteld door de federale overheid.¹⁶ Die contingentering van het medisch aanbod was aanvankelijk ingevoerd om een overvloed aan artsen te voorkomen en, derhalve, heel hoge kosten voor de sociale zekerheid. Vandaag is die beperking van het aantal kandidaat-artsen dat een RIZIV-nummer krijgt en dus de opleiding mag voortzetten en vervolgens het beroep van arts mag uitoefenen mede verantwoordelijk voor het tekort aan huisartsen. Er worden immers te weinig studenten toegelaten tot de opleiding geneeskunde in verhouding tot de behoeften van de patiënten en de evolutie daarvan.

¹⁴ Antwoord van minister Coppieters op een schriftelijke vraag over medische woestijnen en de kritieke situatie in de provincie Luxemburg, 20 april 2026, *op.cit.*

¹⁵ “Des objectifs opérationnels seront élaborés, sélectionnés et validés en concertation avec l’ensemble des acteurs concernés et feront l’objet d’une feuille de route couvrant une période de cinq ans. La mise en œuvre et le suivi du plan seront assurés par un comité de pilotage dédié. La stratégie fera d’ailleurs l’objet d’une évaluation d’impact, fondée sur l’analyse des tensions et de l’évolution des besoins de la force de travail.” (Gezamenlijke, geïntegreerde en afgestemde strategie van Wallonië en de Franse Gemeenschap, gericht op het duurzaam terugdringen van het tekort aan arbeidskrachten in zeven sleutelberoepen op het gebied van begeleiding en zorg, waarvan de Waalse en de gemeenschapsregeringen respectievelijk op 19 maart 2026 en 20 maart 2026 akte hebben genomen).

¹⁶ Artikel 92 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

qui soulignent l’importance d’une exposition accrue à la pratique en milieu rural dès la formation initiale.”¹⁴

Au-delà de ces quelques mesures concrètes et dans une perspective beaucoup plus globale, le gouvernement wallon et le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont adopté, en mars 2026, une “Stratégie 2026-2031 pour l’attractivité des métiers de l’accompagnement et du soin”.¹⁵ “Cette stratégie s’inscrit dans une approche systématique, indispensable pour rompre les cercles vicieux alimentant la pénurie et repose sur une dynamique de co-construction étroite avec les secteurs”. Dans le cadre de cette stratégie, dix priorités ont été définies, dont l’une vise à “soutenir l’attractivité de la médecine générale en zones rurales, afin de garantir l’accès aux soins de proximité sur tout le territoire”.

La lutte contre les pénuries de médecins généralistes est donc au centre de cette dynamique récente et ambitieuse.

2.3. Au niveau fédéral

Le premier levier concerne le contingentement de numéros INAMI: chaque année, le nombre de numéros INAMI octroyés à des candidats-médecins autorisés à suivre une formation de médecin généraliste ou de médecin spécialiste après la formation de base de six ans est fixé par l’autorité fédérale.¹⁶ Ce contingentement de l’offre médicale avait, initialement, été mis en place pour éviter une pléthore de médecins et donc un coût très important pour la sécurité sociale. À l’heure actuelle, cette limitation du nombre de candidats-médecins recevant un numéro INAMI et pouvant donc poursuivre leur formation et ensuite exercer la médecine est en partie responsable de la pénurie de médecins généralistes car trop peu d’étudiants sont autorisés à entamer des études de médecine par rapport aux besoins des patients et à l’évolution de ceux-ci.

¹⁴ Réponse du ministre Coppieters à une Question écrite sur les déserts médicaux et la situation critique de la province du Luxembourg, 20 avril 2026, *op.cit.*

¹⁵ “Des objectifs opérationnels seront élaborés, sélectionnés et validés en concertation avec l’ensemble des acteurs concernés et feront l’objet d’une feuille de route couvrant une période de cinq ans. La mise en œuvre et le suivi du plan seront assurés par un comité de pilotage dédié. La stratégie fera d’ailleurs l’objet d’une évaluation d’impact, fondée sur l’analyse des tensions et de l’évolution des besoins de la force de travail”. (Stratégie conjointe wallonne et communautaire, intégrée et concertée visant à réduire durablement les pénuries de main-d’œuvre dans sept métiers clés de l’accompagnement et du soin dont les gouvernements Wallons et communautaires ont pris acte respectivement le 19/03/2026 et le 20/03/2026).

¹⁶ Article 92 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l’exercice des professions des soins de santé.

De afschaffing van de contingentering of op zijn minst het optrekken van de quota zou de tekorten helpen oplossen doordat zo meer zorgverstrekkers op Belgisch grondgebied actief mogen zijn. In dat verband is het dan ook goed nieuws dat in Franstalig België het huisartsenquotum voor 2032 en 2033 wordt opgetrokken met 14,6 % (hetzij 139 extra plaatsen ten opzichte van het quotum voor 2031).¹⁷

Dat is evenwel slechts een eerste stap. Vervolgens komt het erop aan een betere geografische spreiding over het hele grondgebied te bewerkstelligen door ervoor te zorgen dat zich voldoende huisartsen vestigen in gebieden met een tekort.

Een tweede hefboom zijn de opleidingsvoorwaarden voor huisartsgeneeskunde. Het zou slim zijn kandidaat-huisartsen aan te sporen of te ondersteunen om een deel van hun opleiding te volbrengen in huisartsarme zones. Dat moet helpen de rurale geneeskunde en de troeven ervan te promoten, zodat meer toekomstige artsen het wel zullen zien zitten om aan de slag te gaan in landelijk gebied, waar vaak tekorten heersen.

La suppression du contingentement ou, à tout le moins, l'augmentation des quotas, contribuerait à lutter contre les pénuries en augmentant le nombre de prestataires pouvant exercer sur notre territoire. On peut se réjouir à ce propos de l'augmentation de 14,6 % des quotas de médecins côté francophone pour les années 2032 et 2033 (augmentation de 139 places par rapport au quota défini pour 2031).¹⁷.

Mais cela ne constitue qu'une première étape. En effet, il faut ensuite assurer une meilleure répartition géographique sur l'ensemble du territoire et donc veiller à ce qu'un nombre suffisant de médecins généralistes s'installe dans des zones en situation de pénurie.

Un deuxième levier concerne les conditions de formation à la médecine générale. L'objectif doit être d'encourager ou de soutenir les candidats-médecins généralistes à faire une partie de leur formation dans une zone en situation de pénurie. Il s'agit de promouvoir la médecine rurale et les atouts de cette pratique en vue d'encourager les futurs médecins à s'engager dans des zones rurales souvent confrontées à des pénuries. Des

¹⁷ 13 mei 2026: "De ministerraad keurt op voorstel van minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke een ontwerp van koninklijk besluit goed tot vaststelling van de quota voor artsen voor 2032 en 2033.
Het maximale aantal geattesteerde kandidaten dat toegang heeft tot een van de beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde wordt voor 2032 en 2033 vastgelegd op:

— 1427 voor de Vlaamse Gemeenschap;
— 1089 voor de Franse Gemeenschap.

Met het oog op de toekomstige planning van het zorgaanbod, wordt met dit ontwerp van koninklijk besluit de eerste stap uitgevoerd van de overeengekomen gefaseerde aanpak, met als doel de artsenquota beter af te stemmen, in functie van de evolutie van de behoeften op het terrein." (<https://news.belgium.be/nl/artsenquota-voor-2032-en-2033>).

Het betreft het koninklijk besluit van 22 juni 2026 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod, met het oog op het vaststellen van de quota voor artsen voor de jaren 2032 en 2033, *B.S.*, 3 juli 2026.

¹⁷ Le 13 mai 2026, "Sur proposition du ministre de la Santé publique Frank Vandenbroucke, le Conseil des ministres a approuvé un projet d'arrêté royal fixant les quotas de médecins pour les années 2032 et 2033.

Le nombre maximal de candidats attestés qui ont accès aux formations menant à l'un des titres professionnels réservés aux praticiens de l'art médical est fixé pour les années 2032 et 2033 à:

— 1089 pour la Communauté française;
— 1427 pour la Communauté flamande.

En vue de la planification future de l'offre de soins, ce projet d'arrêté royal met en œuvre la première étape de l'approche progressive convenue, ayant pour objectif une détermination plus adéquate des quotas de médecins, en fonction de l'évolution des besoins sur le terrain" (<https://news.belgium.be/fr/quotas-de-medecins-pour-2032-et-2033>).

Il s'agit de l'arrêté royal du 22 juin 2026 portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale, en vue de fixer les quotas de médecins pour les années 2032 et 2033, *Moniteur belge* du, 3 juillet 2026.

Zo bestaan er premies voor kandidaat-huisartsen die stage lopen in een huisartsarme zone.¹⁸

Los van de financiële inspanningen om de kosten en beperkingen in verband met mobiliteit en afgelegen ligging te compenseren, kan het ook nuttig zijn kandidaat-huisartsen aan te moedigen hun opleiding te volbrengen in een rurale of huisartsarme zone, aan de hand van een wijziging van de erkenningscriteria.

¹⁸ Het koninklijk besluit van 17 juli 2009 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de kandidaat-huisartsen voorziet in een vergoeding "huisartsenarme zone", die wordt omschreven als "bijkomende vergoeding toegekend ter ondersteuning van de kandidaat-huisartsen die in opleiding zijn in een huisartsenpraktijk in een ruraal of stedelijk gebied met een tekort aan huisartsen".

Artikel 2/1 daarvan bepaalt: "*§ 1. Het totaalbedrag van de vergoedingen 'huisartsenarme zone' bedraagt 2,26 miljoen euro op jaarbasis en wordt verdeeld over de coördinatiecentra volgens de in artikel 5/1, § 1, bedoelde verdeelsleutel. § 2. Dit totaalbedrag wordt jaarlijks op 1 januari geïndexeerd overeenkomstig de indexeringsregeling betreffende de afgevlakte gezondheidsindex bepaald krachtens artikel 207bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.*"

Artikel 3/1, § 1, luidt: "*Het totaalbedrag van de vergoedingen 'huisartsenarme zone' kan enkel aangewend worden als tegemoetkoming voor het betalen van: 1° aanmoedigingspremies en/of bijkomende verplaatsingsvergoedingen aan kandidaat-huisartsen die in opleiding zijn in een huisartsenpraktijk in een ruraal of stedelijk gebied met een tekort aan huisartsen; 2° bijkomende vergoedingen aan kandidaat-huisartsen die op vrijwillige basis extra wachten verrichten in een ruraal of stedelijk gebied met een tekort aan huisartsen; 3° andere maatregelen ter ondersteuning van de kandidaat-huisartsen die in opleiding zijn in een huisartsenpraktijk in een ruraal of stedelijk gebied met een tekort aan huisartsen, of van de stagemeesters binnen deze huisartsenpraktijken.*"

Voor het jaar 2025-2026 "ontvangen assistenten die in ruraal gebied werken maandelijks 100 euro extra reiskostenvergoeding, hetzij 303 euro in de plaats van 203 euro. De rurale gebieden worden aangeduid op basis van de criteria van het IWEPS (Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique). Die informatie (ruraal, semiruraal, semi-urban, urban) staat op de Fordoc-steekkaart van de stagebegeleiders. [...] Assistenten die werken in een huisartsenarme zone of wijk, ontvangen 1000 euro extra in november 2025 en 1000 euro extra in mei 2026. Assistenten die werken in een zeer huisartsenarme zone of wijk, ontvangen 2000 euro extra in november 2025 en 2000 euro extra in mei 2026. Voor Wallonië worden de (zeer) huisartsenarme regio's bepaald aan de hand van de gegevens van het AVIQ. Voor Brussel worden de (zeer) huisartsenarme wijken aangeduid op basis van de gegevens van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Die informatie (huisartsenarme wijk, zeer huisartsenarme wijk, huisartsenarme zone, zeer huisartsenarme zone) komt op de Fordoc-fiche van de stagebegeleiders (beschikbaar vanaf mei 2025). Ziekenhuisstages vallen buiten de tekortmaatregelen." (Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG), vertaald uit "Les primes d'attractivité 25-26", <https://www.ccffmg.be/penurie-mg/les-primes>).

primes sont ainsi prévues pour les candidats-médecins généralistes qui font un stage dans une zone en situation de pénurie.¹⁸

Au-delà de l'aspect financier visant à compenser les coûts et les contraintes liés à la mobilité et à l'éloignement, il peut également être intéressant d'encourager les candidats-médecins généralistes à se former dans des zones en situation de pénurie via une modification des critères d'agrément.

¹⁸ L'arrêté royal du 17 juillet 2009 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les candidats-médecins généralistes prévoit une indemnité "zone en pénurie de médecins généralistes" qui est définie comme une "*indemnité supplémentaire accordée pour soutenir les candidats médecins généralistes qui suivent une formation dans un cabinet de médecins généralistes situé dans une zone rurale ou urbaine marquée par une pénurie de médecins généralistes*".

L'article 2/1 de l'arrêté prévoit que "*§ 1. Le montant total des indemnités 'zone en pénurie de médecins généralistes' s'élève à 2,26 millions d'euros sur base annuelle et est réparti entre les centres de coordination conformément à la clé de répartition visée à l'article 5/1 § 1. § 2. Ce montant total est indexé annuellement au 1^{er} janvier conformément au régime d'indexation relatif à l'indice santé lissé fixé en vertu de l'article 207bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.*"

L'article 3/1 § 1^{er} précise que "*Le montant total des indemnités 'zone en pénurie de médecins généralistes' ne peut servir qu'à intervenir dans le paiement: 1° des primes d'encouragement et/ou des indemnités de déplacement supplémentaires aux candidats médecins généralistes qui sont en formation dans un cabinet de médecine générale dans une zone rurale ou urbaine marquée par une pénurie de médecins généralistes; 2° des indemnités supplémentaires aux candidats médecins généralistes qui effectuent volontairement des gardes supplémentaires dans une zone rurale ou urbaine marquée par pénurie de médecins généralistes; 3° d'autres mesures visant à soutenir les candidats médecins généralistes qui sont en formation dans un cabinet de médecine générale situé dans une zone rurale ou urbaine marquée par une pénurie de médecins généralistes, ou les maîtres de stage au sein de ces cabinets de médecine générale*".

Pour l'année 2025-2026, "*les assistant.e.s qui prestent en zone de ruralité reçoivent 100 € supplémentaires par mois de frais de déplacement soit 303 € au lieu de 203 €. Les zones rurales sont inventoriées selon les critères de l'IWEPS (l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique). Cette information (rural, semi-rural, semi-urbain, urbain) est reprise sur la fiche FORDOC des Maîtres de stage. [...] Les assistant.e.s qui prestent en zone ou quartier en pénurie reçoivent 1000 € supplémentaires en novembre 2025, 1000 € supplémentaires en mai 2026. Les assistant.e.s qui prestent en zone ou quartier en pénurie sévère reçoivent 2000 € supplémentaires en novembre 2025, 2000 € supplémentaires en mai 2026. Pour la Wallonie, les zones en pénurie (sévère) sont déterminées à partir des données de l'AVIQ. Pour Bruxelles, les quartiers en pénurie (sévère) sont déterminés à partir des données de l'Observatoire bruxellois de la santé. Cette information (quartier en pénurie, quartier en pénurie sévère, zone en pénurie, zone en pénurie sévère) sera reprise sur la fiche FORDOC des Maîtres de stage (disponible à partir de mai 25). Les stages en milieu hospitalier ne sont pas concernés par ces mesures pénuries*". (Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG), "Les primes d'attractivité 25-26", <https://www.ccffmg.be/penurie-mg/les-primes>).

De federale regering is zich bewust van het huisartsentekort. In het regeerakkoord staat immers te lezen: “Op bepaalde plaatsen in het land heerst er een tekort aan (tand)artsen, waardoor sommige burgers geen nieuwe huisarts kunnen vinden of heel lang moeten wachten op een afspraak met bepaalde specialisten. We werken verder aan een dynamisch medisch kadaster voor de zorgberoepen. In overleg met de gemeenschappen en om te beantwoorden aan objectiveerbare behoeften worden de (tand)artsenquota verhoogd. Nieuwe maatregelen ter ondersteuning van een geografische spreiding van zorgverleners is een exclusieve bevoegdheid van de gemeenschappen, maar indien er nog juridische drempels op het federale niveau zouden zitten, zullen wij onderzoeken deze weg te werken in samenspraak met de desbetreffende deelstaat.”

2.4. Andere actoren

Naast de politieke instanties zijn er ook andere actoren van het onderwijs in de huisartsgeneeskunde die nadenken over en maatregelen nemen om het artsen-tekort tegen te gaan.

Dat geldt met name voor het Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG), de werkgever van de kandidaten die de masteropleiding in huisartsgeneeskunde (ULB, ULIège, UCLouvain, UNamur) volgen, dat met de steun van het RIZIV geleidelijk een actieplan implementeert om kwaliteitsvolle stages in de huisartsgeneeskunde te bevorderen in huisartsarme zones.¹⁹ Het MG Proxi-project strekt ertoe in een huisartsarme zone een gedecentraliseerde individuele en/of collectieve begeleiding aan te bieden om de kwaliteit en aantrekkelijkheid van de huisartsenstages te verbeteren, ondersteuning te bieden tijdens de huisartsenstages, een meer definitieve vestiging van huisartsen in huisartsarme zones te vergemakkelijken en te zorgen voor het behoud van de huisartsen (0 tot 5 jaar) na hun vestiging in dergelijke zones.²⁰ Het CCFFMG voorziet in zijn vademecum over de stages ook in een beperking tot één kandidaat-huisarts per stagebegeleider – met uitzonderingen, met name wanneer de stagebegeleider werkzaam is in een gebied met

Le gouvernement fédéral est conscient de ce problème de pénuries de médecins généralistes. L'accord de gouvernement prévoit d'ailleurs que: “Certains endroits du pays sont confrontés à une pénurie de médecins ou dentistes de sorte que certains citoyens ne trouvent pas de nouveau médecin généraliste ou doivent attendre très longtemps avant d'obtenir un rendez-vous auprès de certains spécialistes. Nous poursuivons le développement d'un cadastre médical dynamique pour les professions de santé. En concertation avec les Communautés, et pour répondre aux besoins objectifs, nous augmentons les quotas de médecins et de dentistes. De nouvelles mesures de soutien en ce qui concerne la répartition géographique des prestataires de soins de santé relèvent de la compétence exclusive des Communautés mais s'il subsiste des obstacles juridiques au niveau fédéral, nous examinerons comment les supprimer en concertation avec l'entité fédérée concernée.”

2.4. Au niveau des autres acteurs

Au-delà des autorités politiques, d'autres acteurs de la formation en médecine générale réfléchissent et agissent également pour lutter contre les pénuries.

C'est le cas notamment du Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale (CCFFMG), l'employeur des candidats au Master de spécialisation en Médecine générale (ULB, ULIège, UCLouvain, UNamur) qui, “avec le soutien de l'INAMI, met progressivement en place un plan d'action en vue de favoriser les stages de médecine générale de qualité en zones de pénurie”.¹⁹ Le projet “MG Proxi” vise à “proposer un accompagnement individuel et/ou collectif décentralisé dans une zone en pénurie pour améliorer la qualité et l'attractivité des stages MG, apporter du support pendant les stages MG, faciliter une installation plus définitive du MG dans une zone en pénurie, veiller à la rétention (0 à 5 ans) après installation des MG dans les zones de pénurie”.²⁰ Le CCFFMG prévoit également, dans son vade-mecum sur les stages, une limitation à un candidat-médecin généraliste par maître de stage, avec des exceptions notamment lorsque le maître de stage pratique dans une zone en situation de pénurie ou de pénurie sévère et moyennant certaines autres

¹⁹ Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG), “Pénurie MG”, <https://www.ccffmg.be/penurie-mg>.

²⁰ Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG), “Le soutien MG Proxi”, <https://www.ccffmg.be/penurie-mg/le-soutien-mg%C2%B7proxixi>.

¹⁹ Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG), “Pénurie MG”, <https://www.ccffmg.be/penurie-mg>.

²⁰ Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG), “Le soutien MG-proxi”, <https://www.ccffmg.be/penurie-mg/le-soutien-mg%C2%B7proxixi>.

een tekort of een ernstig tekort aan huisartsen en onder bepaalde andere voorwaarden.²¹ Die maatregel, waarbij het aantal kandidaat-huisartsen per stagebegeleider wordt beperkt, zal het aantal kandidaat-huisartsen in stedelijke gebieden beperken en er zo voor zorgen dat kandidaat-huisartsen naar landelijke gebieden worden geleid. Zulks draagt dus bij aan een betere geografische spreiding van de kandidaat-huisartsen tijdens hun stage.

Ook de decanen van de faculteiten geneeskunde van de Franstalige universiteiten zien voor zichzelf een bepaalde verantwoordelijkheid weggelegd met betrekking tot gebieden met een tekort (aan zowel huisartsen als specialisten) en zijn hierover gaan nadenken.

En ook de Franstalige plancommissie heeft zich op dit vraagstuk toegelegd. Zo werd op 1 juli 2026, samen met de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, “de Staten-Generaal van de planning van het medisch zorgaanbod in Franstalig België” gehouden. Tijdens die reflectiedag over de toekomst van het medisch aanbod in Franstalig België werden deskundigen, zorgprofessionals, politici en patiënten samengebracht om hun standpunten uit te wisselen en ambitieuze maar realistische oplossingen te formuleren. De gedachteswisselingen betroffen met name de spreiding van artsen, de organisatie van stages en de coördinatie tussen de verschillende beleidsniveaus.

Via een gezamenlijke aanpak, met flankerende maatregelen op alle niveaus en door alle betrokken actoren, wordt gestreefd naar de implementatie van een doeltreffende strategie en naar daadwerkelijke oplossingen voor het huisartsentekort.

3. Buitenlandse strategieën tegen het huisartsentekort

Diverse landen hebben proefprojecten opgezet om door middel van opleidings- en stageprogramma's voor kandidaat-huisartsen het huisartsentekort in bepaalde gebieden aan te pakken.

Op 4 december 2025 heeft het Observatoire universitaire en médecine rurale (UNamur) een rondetafelgesprek georganiseerd rond het thema “Du stage hospitalier au stage en milieu de pénurie. Réflexion sur la suppression du stage obligatoire en milieu hospitalier pour son

conditions.”²¹ Cette mesure de limitation du nombre de candidats médecins-généralistes par maître de stage va limiter le nombre de candidats médecins généralistes dans les milieux urbains et, par conséquent, orienter des candidats médecins généralistes vers les milieux ruraux. Cela contribue donc à une meilleure répartition géographique des candidats-médecins généralistes durant leur stage.

Les doyens des facultés de médecine des universités francophones considèrent également qu'ils ont une certaine responsabilité face à cette problématique des zones en situation de pénurie de médecins (généralistes et spécialistes) et ont entamé une réflexion sur ce sujet.

La commission de planification francophone se préoccupe également de cette question. C'est ainsi que, le 1^{er} juillet 2026, elle a organisé avec l'Académie Royale de Médecine, “Les Assises de la planification de l'offre médicale en Belgique francophone”. Au cours de cette journée de réflexion sur l'avenir de l'offre médicale en Belgique francophone, experts, professionnels, politiques et patients se sont réunis “pour croiser leurs perspectives et imaginer des solutions ambitieuses et réalistes”. Les échanges ont notamment porté sur la répartition des médecins, l'organisation des stages et la coordination entre niveaux de pouvoir.

C'est par une action concertée, basée sur des mesures complémentaires prises à tous les niveaux et par l'ensemble des acteurs concernés, que nous pourrons mettre en œuvre une stratégie efficace et apporter de réelles solutions aux pénuries en médecine générale.

3. Les stratégies pour lutter contre la pénurie de médecins généralistes mises en place à l'étranger

Plusieurs expériences ont été menées dans d'autres pays pour lutter contre les pénuries de médecins généralistes dans certaines zones via des modalités de formation, de stage pour les candidats-médecins généralistes.

Le 4 décembre 2025, une “Table ronde” a été organisée par l'observatoire universitaire en médecine rurale à Namur sur la thématique “Du stage hospitalier au stage en milieu de pénurie. Réflexion sur la suppression du stage obligatoire en milieu hospitalier pour son

²¹ Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG), “Vademecum 2025-26 – Stage de MG en cabinet”, <https://www.ccffmg.be/vademecum/vademecum-2025-26-stage-de-mg-en-cabinet/4-recommandation-du-maitre-de-stage, artikelen 4.6 en 4.7>.

²¹ Centre de coordination francophone pour la formation en médecine générale (CCFFMG), “Vademecum 2025-26 – Stage de MG en cabinet”, <https://www.ccffmg.be/vademecum/vademecum-2025-26-stage-de-mg-en-cabinet/4-recommandation-du-maitre-de-stage, articles 4.6 et 4.7>.

remplacement par un stage facultatif en milieu de pénurie".²² De resultaten van meerdere onderzoeken werden er voorgesteld, met name over de invloed van stages in landelijke gebieden op de toekomstige vestiging van

son remplacement par un stage facultatif en milieu de pénurie".²² Les résultats de différentes études y ont été présentés, notamment concernant l'impact de la réalisation de stages en zone rurale sur l'installation future

²² Het pedagogische doel van de ziekenhuisstage wordt soms door bepaalde betrokkenen in twijfel getrokken. Bepaalde studenten willen bijvoorbeeld hun vaardigheden op het gebied van pediatrie aanscherpen en dan is stage lopen op die afdeling relevant, maar voor andere studenten is een ziekenhuisstage weinig zinvol en dan valt te betwijfelen of een dergelijke stage pedagogisch gezien nuttig is. Derhalve komt het erop aan dat de huisartsen in opleiding hun stages kunnen plannen op basis van hun interesses en persoonlijke leerdoelen.

²² L'objectif pédagogique du stage hospitalier est parfois remis en question par certains acteurs. En effet, si certains étudiants voulant renforcer des compétences en pédiatrie souhaitent réaliser un stage dans un tel service, pour d'autres étudiants, retourner à l'hôpital a peu de sens et il n'est pas certain qu'un tel stage soit pédagogiquement utile. Il est donc important de permettre aux médecins généralistes en formation d'organiser leurs stages en fonction de leurs intérêts et préoccupations.

de zorgprofessional in een dergelijk gebied.²³ Die heel

dans une telle zone.²³ Ces résultats très encourageants

²³ “Medical education outside larger cities and highly specialised university hospitals, which familiarises students with special features of rural healthcare, is promising to promote graduates to take up rural practice.” (J. Holst, Increasing Rural Recruitment and Retention through Rural Exposure during Undergraduate Training: An Integrative Review, *International journal of environmental research and public health*, 3 september 2020, <https://doi.org/10.3390/ijerph17176423>).

“Even though RUOP is only a 4-week program in the UWSOM curriculum, we found a positive effect of RUOP on medical graduates working in rural regions. These types of experiential learning opportunities may spark a new interest among students who have not previously considered practicing in rural areas. For others, this program may help students maintain their interest in caring for rural populations even after graduation, especially individuals who entered medical school with an initial interest in using their medical education in rural regions.” (A. Dahal, K. Kardonsky, M. Cunningham, D.V. Evans, T. Keys, The Effect of Rural Underserved Opportunities Program Participation on Medical Graduates’ Decision to Work in Rural Areas, *Academic Medicine*, Volume 98, Issue 11, november 2023, blz. 1288-1293, <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005162>).

“By implementing rural immersion and emphasizing regional and rural placements, the 3-year rural immersion program has achieved significant outcomes. Graduates who were part of the full 3-year immersion were significantly more likely to intend on practicing in a regional or rural location, than those who only completed 1 year. Additionally, graduates who indicated intention for regional/rural practice were almost 6 times more likely to be currently practicing in a regional or rural location.” (W. Harvey, Z. Ali, L. Van Schaik, T. Develyn, J. Wright, Immersion to impact: does one or three years of rural immersion influence graduate clinical practice intentions and locations?, *Frontiers in Medicine* (Lausanne), 23 juli 2025, <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1.587.912>).

“Exposure to rural practice during basic medical training, and the location and curriculum focus of a medical school are confirmed as factors that are positively associated with students’ intention to become rural doctors after graduation.” (M.P. Jones, J.A. Bushnell, J.S. Humphreys, Are rural placements positively associated with rural intentions in medical graduates?, *Medical education*, april 2014, <https://doi.org/10.1111/medu.12.399>).

“Most studies reported that an organised, well-funded, rural placement or rural clinical school program produced positive associations with increased rural intentions and actual graduate rural employment.” (G.E. Johnson, F.C. Wright, K. Foster, The impact of rural outreach programs on medical students’ future rural intentions and working locations: a systematic review, *BMC Medical Education*, Volume 18, artikel 196 (2018), <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1287-y>).

“Working as a rural GP was significantly associated with having a rural upbringing (OR = 2.35; 95 % CI [1.07-5.15]; p = 0032), completing at least one undergraduate general medicine training placement in a rural area (OR = 3.44; 95 % CI [1.18-9.98]; p < 0023), and having worked as a locum in a rural area for at least three months (OR = 3.76; 95 % CI [2.28-6.18]; p < 0001).” (P. Nedelec, L. Beviere, A. Chapron, M. Esvan, J. Poimboeuf, Rural general practitioners have different personal and professional trajectories from those of their urban colleagues: a case-control study, *BMC Medical Education*, 7 november 2023, <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04.794-0>).

²³ “La formation médicale dispensée hors des grandes villes et des centres hospitaliers universitaires hautement spécialisés, qui familiarise les étudiants avec les spécificités des soins de santé en milieu rural, est prometteuse pour encourager les jeunes diplômés à s’installer en zone rurale”. (Holst, J. Increasing Rural Recruitment and Retention through Rural Exposure during Undergraduate Training: An Integrative Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 6423. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176423>).

“Bien que le programme RUOP ne dure que quatre semaines au sein du cursus de l’UWSOM, nous avons constaté son impact positif sur les jeunes médecins exerçant en milieu rural. Ce type d’apprentissage par l’expérience peut susciter un nouvel intérêt chez les étudiants qui n’avaient pas envisagé de pratiquer en zone rurale. Pour d’autres, ce programme peut contribuer à maintenir leur intérêt pour les soins aux populations rurales même après l’obtention de leur diplôme, notamment chez ceux qui, dès leur entrée en faculté de médecine, souhaitaient exercer en milieu rural.” (Arati Dahal, Kim Kardonsky, Matthew Cunningham, David V Evans, Toby Keys, The Effect of Rural Underserved Opportunities Program Participation on Medical Graduates’ Decision to Work in Rural Areas, *Academic Medicine*, Volume 98, Issue 11, November 2023, Pages 1288–1293, <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005162>).

“Grâce à la mise en œuvre de l’immersion rurale et à l’accent mis sur les stages en milieu rural et isolé, le programme d’immersion rurale de trois ans a obtenu des résultats significatifs. Les diplômés ayant suivi l’intégralité du programme d’immersion étaient significativement plus susceptibles d’envisager d’exercer en région rurale ou isolée que ceux n’ayant effectué qu’une seule année. De plus, les diplômés ayant exprimé le souhait d’exercer en région rurale ou isolée étaient près de six fois plus susceptibles d’exercer actuellement dans une telle région”. (Harvey W, Ali Z, Van Schaik L, Develyn T, Wright J. Immersion to impact: does one or three years of rural immersion influence graduate clinical practice intentions and locations? *Front Med* (Lausanne). 2025 Jul 23;12:1.587.912. doi: 10.3389/fmed.2025.1.587.912. PMID: 40.771.476; PMCID: PMC12325271).

“L’exposition à la pratique en milieu rural durant la formation médicale initiale, ainsi que la localisation et l’orientation du programme d’études de la faculté de médecine, sont confirmées comme des facteurs positivement associés à l’intention des étudiants de devenir médecins ruraux après l’obtention de leur diplôme”. (Jones MP, Bushnell JA, Humphreys JS. Are rural placements positively associated with rural intentions in medical graduates? *Med Educ*. 2014 Apr;48(4):405-16. doi: 10.1111/medu.12.399. PMID: 24.606.624).

“La plupart des études ont indiqué qu’un programme de stage ou d’école clinique en milieu rural organisé et bien financé était associé à une augmentation des intentions de s’installer en milieu rural et à une augmentation de l’emploi effectif des diplômés en milieu rural”. (Johnson, G.E., Wright, F.C. & Foster, K. The impact of rural outreach programs on medical students’ future rural intentions and working locations: a systematic review. *BMC Med Educ* 18, 196 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1287-y>).

“L’exercice de la médecine générale en milieu rural était significativement associé au fait d’avoir grandi en milieu rural (OR = 2,35), d’avoir effectué au moins un stage de formation en médecine générale en milieu rural (OR = 3,44) et d’avoir exercé comme médecin remplaçant en milieu rural pendant au moins trois mois”. (OR = 3,76) (Nedelec P, Beviere L, Chapron A, Esvan M, Poimboeuf J. Rural general practitioners have different personal and professional trajectories from those of their urban colleagues: a case-control study. *BMC Med Educ*. 2023;23(1):842. Published 2023 Nov 7. doi:10.1186/s12909-023-04.794-0).

bemoedigende resultaten moeten als leidraad dienen bij het uitstippelen van de Belgische aanpak en strategie.

De deelnemers aan de rondetafel hebben vervolgens de volgende gezamenlijke verklaring opgesteld: “Klinische stages binnen medische praktijken in huisartsarme zones worden aangemerkt als een van de hefboomen waarmee kan worden tegemoetgekomen aan de slechte geografische spreiding van de huisartsen over het grondgebied. Een afdoend antwoord zou in de invulling van het academische curriculum van de kandidaat-huisartsen kunnen liggen, dat momenteel in een verplichte ziekenhuisstage voorziet. De deelnemers verzoeken de beleidsmakers dat ze het volbrengen van stages in huisartsarme zones, in overleg met alle betrokken actoren zouden ondersteunen, enerzijds, en de vervanging van de verplichte ziekenhuisstage door een facultatieve stage in een huisartsarme zone zouden overwegen, anderzijds.” (vertaling)

4. *Huidige huisartsenopleiding in België*

4.1. *Voorwaarden*

Het ministerieel besluit van 1 maart 2010 “tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen” bepaalt momenteel dat de opleiding in de huisartsgeneeskunde een theoretisch en een praktisch gedeelte omvat.

Zo stelt artikel 1:

“Iedereen die de erkenning en de bijzondere beroepstitel van huisarts wenst te bekomen, dient, behalve het behalen van het diploma van arts, houder te zijn van een door de bevoegde Belgische overheid uitgereikt diploma, certificaat of ander bewijsstuk dat een specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde bekrachtigt die alleen gevolgd en gevalideerd wordt na het behalen van het diploma van arts. De specifieke opleiding bedoeld in het eerste lid beantwoordt aan de voorwaarden bedoeld in de artikelen 2 tot 8 en aan de doelstellingen bepaald in bijlage.”

In artikel 2 luidt het meer bepaald:

“Het praktische gedeelte bestaat uit een doorlopend programma van stages van ten minste drie jaar in één of meer ziekenhuisdiensten, relevant voor de opleiding van huisartsen, en in één of meer praktijken van stage-meesters in de huisartsgeneeskunde, dewelke erkend zijn door de minister bevoegd voor Volksgezondheid (...).”

doivent nous guider dans la réflexion et la stratégie à mettre en œuvre en Belgique.

Les participants à la table-ronde ont ensuite rédigé la déclaration commune suivante: “Les stages cliniques intégrés dans des pratiques médicales situées en zone de pénurie sont identifiés comme étant un des leviers pouvant répondre à la mauvaise répartition géographique des médecins généralistes sur le territoire. Le cursus académique actuel des candidats médecins généralistes imposant un stage hospitalier obligatoire pourrait être avantageusement implémenté. Les participants demandent aux décideurs politiques, d’une part, de soutenir la réalisation de stages en milieu de pénurie en concertation avec tous les acteurs impliqués et, d’autre part, d’envisager le remplacement du stage hospitalier obligatoire par un stage facultatif en milieu de pénurie”.

4. *La formation des médecins généralistes en Belgique, actuellement*

4.1. *Les conditions*

L’arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 “fixant les critères d’agrément des médecins généralistes” prévoit actuellement que la formation en médecine générale comporte une partie théorique et une partie pratique.

L’article 1^{er} prévoit que:

“Quiconque souhaite obtenir l’agrément et le titre professionnel particulier de médecin généraliste doit, outre l’obtention du diplôme de docteur en médecine, être titulaire d’un diplôme, d’un certificat ou de tout autre document, délivré par l’autorité belge compétente, sanctionnant une formation spécifique en médecine générale suivie et validée uniquement après l’obtention du diplôme de docteur en médecine. La formation spécifique visée à l’alinéa 1^{er} répond aux conditions visées aux articles 2 à 8 et aux objectifs fixés en annexe.”

L’article 2 de cet arrêté précise notamment que:

“... La partie pratique comprend un programme continu de stages d’une durée d’au moins trois ans dans un ou plusieurs services hospitaliers pertinents pour la formation d’un médecin généraliste, et dans une ou plusieurs pratiques de maîtres de stage en médecine générale, lesquels sont agréés par le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions”.

Artikel 6 preciseert:

“De stages verricht, na de machtiging tot uitoefening van de geneeskunde, in ziekenhuisdiensten die erkend zijn voor huisartsenopleiding door de minister bevoegd voor Volksgezondheid, duren minimum zes maanden. Deze stages verricht in ziekenhuisdiensten mogen evenwel in totaal niet meer dan twaalf maanden bedragen en niet langer dan zes maanden duren in éénzelfde dienst. Deze stages omvatten de aspecten van het klinische werk relevant voor de huisartsgeneeskunde. Tijdens de verdere opleiding worden de stages verricht in één of meer praktijken van door de minister bevoegd voor Volksgezondheid erkende stagemeesters in de huisartsgeneeskunde.”

De eisen inzake de specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde die in dat ministerieel besluit zijn opgenomen, zijn in feite vastgelegd in Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties.

Meer bepaald in artikel 28.3 stelt die richtlijn:

“De specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde is een voltijdse opleiding onder toezicht van de bevoegde autoriteiten of instellingen. Zij is meer van praktische dan theoretische aard. De praktische opleiding wordt enerzijds gedurende ten minste zes maanden gegeven in een erkend ziekenhuis dat over de nodige uitrusting en diensten beschikt, en anderzijds gedurende ten minste zes maanden in een erkende huisartsenpraktijk of een erkend centrum waar artsen eerstelijnszorg verstrekken. Bij deze opleiding zijn ook andere instellingen of organisaties voor gezondheidszorg betrokken die zich bezighouden met de huisartsgeneeskunde. Onverminderd de in de tweede alinea genoemde minimumperioden mag de praktische opleiding evenwel gedurende ten hoogste zes maanden worden gegeven door een opleiding in andere erkende instellingen of organisaties voor gezondheidszorg die zich met huisartsgeneeskunde bezighouden.”

4.2. Toepassing van artikel 28.2 van de richtlijn voor de dubbele cohorte

Richtlijn 2005/36/EG bepaalt in artikel 28.2 tevens:

“(…) Wanneer de in artikel 24 bedoelde studiecycclus een praktische opleiding omvat in een erkend ziekenhuis dat over de nodige uitrusting en diensten geschikt voor de huisartsgeneeskunde beschikt, in een erkende huisartsenpraktijk of in een erkend centrum waar artsen eerstelijnszorg verstrekken, kan de duur van deze

L'article 6 de l'arrêté ministériel précise que:

“Les stages effectués, après l'habilitation à l'exercice de la médecine, dans des services hospitaliers qui sont agréés pour la formation des médecins généralistes par le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, ont une durée minimale de six mois. Ces stages effectués dans des services hospitaliers ne peuvent toutefois pas excéder douze mois au total ni durer plus de six mois dans un même service. Ces stages portent sur les aspects du travail clinique pertinents du point de vue de la médecine générale. Durant le reste de la formation, les stages sont effectués au sein d'une ou plusieurs pratiques de maîtres de stage en médecine générale agréés par le ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.”

Les exigences en matière de formation spécifique en médecine générale reprises dans cet arrêté sont, en fait, définies dans la “directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles”.

Cette directive prévoit notamment, en son article 28.3 que:

“La formation spécifique en médecine générale s'effectue à temps plein sous le contrôle des autorités ou des organismes compétents. Elle est de nature plus pratique que théorique. La formation pratique est dispensée, d'une part, pendant six mois au moins, dans un établissement hospitalier agréé disposant de l'équipement et des services appropriés et, d'autre part, pendant six mois au moins, dans le cadre d'une pratique de médecine générale agréée ou d'un centre agréé dans lequel les médecins dispensent des soins primaires. Elle se déroule en liaison avec d'autres établissements ou structures sanitaires s'occupant de la médecine générale. Toutefois, sans préjudice des périodes minimales mentionnées au deuxième alinéa, la formation pratique peut être dispensée pendant une période maximale de six mois dans d'autres établissements ou structures sanitaires agréés s'occupant de la médecine générale”.

4.2. L'application de l'article 28.2 de la directive pour la “double cohorte”

La directive 2005/36/CE prévoit également en son article 28.2 que:

“... Lorsque le cycle de formation visé à l'article 24 comporte une formation pratique dispensée dans un établissement hospitalier agréé disposant de l'équipement et des services appropriés en médecine générale ou dans le cadre d'une pratique de médecine générale agréée ou d'un centre agréé dans lequel les médecins

praktische opleiding voor maximaal één jaar worden ingegrepen in de duur die in de eerste alinea voor vanaf 1 januari 2006 afgegeven opleidingstitels is vastgesteld.

De in de tweede alinea bedoelde mogelijkheid bestaat alleen voor lidstaten waar de duur van de specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde op 1 januari 2001 twee jaar bedroeg.”

De richtlijn voorziet dus uitdrukkelijk in de mogelijkheid om een deel van de stages die tijdens de basisopleiding zijn gevolgd, te valoriseren voor de opleiding die vereist is voor de specialisatie in de huisartsgeneeskunde. Die mogelijkheid werd in 2017 door de federale minister van Volksgezondheid ingevoerd via artikel 2/1 van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 “tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen”²⁴ voor de dubbele cohorte.

De Raad van State wees er toen op dat het ontworpen artikel 2/1 ertoe strekt “het mogelijk te maken in het kader van de specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde zes maanden stage gevolgd tijdens de medische basisopleiding te valoriseren” en concludeerde uitdrukkelijk dat “het ontworpen artikel 2/1 dus verenigbaar [is] met artikel 28.2 van Richtlijn 2005/36/EG”.²⁵

5. Strekking van dit wetsvoorstel

De indieners van dit wetsvoorstel willen kandidaat-huisartsen die dit wensen, de mogelijkheid bieden in het kader van hun specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde zes maanden stage die tijdens het zesde jaar van de opleidingscyclus tot het behalen van het basisdiploma werden gevolgd, te valoriseren, op voorwaarde dat ze in de plaats daarvan zes maanden stage lopen in een gebied met een tekort aan huisartsen (zoals bepaald in het koninklijk besluit van 17 juli 2009 “tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de kandidaat-huisartsen”) waarvoor de vergoeding “huisartsenarme zone” geldt.

²⁴ “Art. 2/1. In afwijking van artikel 1, zullen kandidaat-huisartsen, houder van een universitair attest voor de jaren 2018 tot en met 2024, in het kader van hun specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde, zes maand stage gevolgd tijdens het zesde jaar van de opleidingscyclus die leidt tot het diploma van arts kunnen valoriseren. Deze valorisatie is enkel mogelijk voor zover die stage de aspecten van het klinisch werk relevant voor de huisartsgeneeskunde omvat en verricht werd in een erkend ziekenhuis dat over de nodige uitrusting en diensten geschikt voor huisartsgeneeskunde beschikt.”

²⁵ Raad van State, afdeling Wetgeving, advies 61.761/2/V van 10 augustus 2017 over een ontwerp van ministerieel besluit “tot wijziging van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen”, <https://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/61.761.pdf#search=61.761%2F2%2FV>.

dispensent des soins primaires, la durée de cette formation pratique peut être incluse, dans la limite d’une année, dans la durée prévue au premier alinéa pour les titres de formation délivrés à partir du 1^{er} janvier 2006.

La faculté visée au deuxième alinéa n’est ouverte que pour les États membres dans lesquels la durée de la formation spécifique en médecine générale était de deux ans au 1^{er} janvier 2001.”

La directive prévoit donc, explicitement, la possibilité de valoriser une partie des stages réalisés pendant la formation de base pour la formation requise pour la spécialisation en médecine générale. Cette possibilité avait été mise en œuvre par la ministre fédérale de la Santé publique, en 2017, via l’article 2/1 de l’arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 “fixant les critères d’agrément des médecins généralistes”²⁴ pour la “double cohorte”.

Le Conseil d’État avait alors rappelé que l’article 2/1 en projet “vise à permettre de valoriser, dans le cadre de la formation spécifique en médecine générale, six mois de stage suivis durant la formation médicale de base” et avait conclu expressément que “l’article 2/1 en projet est donc compatible avec l’article 28.2 de la directive 2005/36/CE”.²⁵

5. Présentation de la présente proposition de loi

Les auteurs de la présente proposition de loi prévoient de permettre aux candidats-médecins généralistes qui le souhaitent de valoriser, dans le cadre de leur formation spécifique en médecine générale, six mois de stage suivis pendant la sixième année du cycle de formation conduisant à l’obtention du diplôme de base à la condition de réaliser, à la place, un stage de six mois dans une zone en situation de pénurie de médecins généralistes (telle que définie dans l’arrêté royal du 17 juillet 2009 “fixant le montant et les modalités de paiement de l’indemnité pour les candidats-médecins généralistes”) au sujet de l’indemnité “zone en pénurie de médecins généralistes”.

²⁴ “Art. 2/1. Par dérogation à l’article 1^{er}, les candidats-médecins généralistes, titulaires d’une attestation universitaire pour les années 2018 à 2024 incluse, pourront valoriser, dans le cadre de leur formation spécifique en médecine générale, six mois de stage suivis pendant la sixième année du cycle de formation conduisant à l’obtention du diplôme de médecin. Cette valorisation sera uniquement possible pour autant que ce stage portait sur les aspects du travail clinique pertinents du point de vue de la médecine générale et ait été effectué dans un hôpital agréé disposant de l’équipement nécessaire et des services propres à la médecine générale”.

²⁵ Cons. État sect. législ., Avis n° 61.731/2/V du 10 août 2017 sur un projet d’arrêté ministériel “modifiant l’arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant des critères d’agrément des médecins généralistes”, <https://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/61.761.pdf#search=61.761%2F2%2FV>.

Terwijl de toepassing van het in 2017 uitgerolde artikel 28.2 van voormelde richtlijn gerechtvaardigd was door de dubbele cohorte en de organisatorische problemen in verband met het aantal beschikbare stageplaatsen, wordt de toepassing ervan in het kader van voorliggend wetsvoorstel verantwoord door de doelstelling nieuwe huisartsen ertoe aan te moedigen zich te vestigen in huisartsarme zones, teneinde de geografische toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en zo beter tegemoet te komen aan de behoeften van patiënten. In de toelichting van dit wetsvoorstel wordt immers duidelijk aangetoond dat er in ons land niet alleen sprake is van een alarmerend tekort aan huisartsen in bepaalde gebieden en dat veel burgers moeilijk toegang hebben tot zorg, maar ook dat de stageplaats een invloed heeft op de latere vestiging van huisartsen. Dit wetsvoorstel strekt er bijgevolg toe tijdelijk te voorzien in de mogelijkheid een deel van de stage die tijdens de basisopleiding in een ziekenhuis wordt gevolgd, te valoriseren via een tijdelijke aanpassing van de nadere opleidingsregels die voornoemde richtlijn zelf mogelijk maakt, teneinde het huisartsentekort in bepaalde gebieden van het land aan te pakken.

Dit wetsvoorstel heeft dus geen invloed op de totale duur van de opleiding, die ongewijzigd blijft. Het wetsvoorstel biedt die mogelijkheid aan kandidaat-huisartsen die dat willen, voor een periode van tien jaar, in de hoop dat die maatregel een oplossing zal bieden voor het huidige tekort aan artsen. Daarnaast voorziet het in een evaluatie van de regeling vijf en negen jaar na de invoering ervan, evenals in een aan de Kamer van volksvertegenwoordigers uit te brengen verslag. De evaluatie na vijf jaar zal een eerste beeld geven van de impact van de maatregel (aantal kandidaten, beschikbare plaatsen enzovoort). Dankzij de evaluatie na negen jaar zal de Kamer op de hoogte zijn van de conclusies voordat de regeling afloopt en zo tijdig kunnen beslissen of de maatregel eventueel moet worden verlengd (onder dezelfde voorwaarden of met bepaalde aanpassingen).

De wet treedt in werking op 1 september 2028, teneinde ervoor te zorgen dat er voldoende stagebegeleiders beschikbaar zijn en dat toekomstige kandidaat-huisartsen duidelijk en volledig worden geïnformeerd over die nieuwe mogelijkheid met betrekking tot hun stage.

Si l'application de l'article 28.2 de la directive précitée mis en œuvre en 2017 était justifiée par la présence d'une double cohorte et par des difficultés organisationnelles liées à la capacité de stage, l'application de cet article dans le cadre de la présente proposition de loi est justifiée par l'objectif d'encourager l'installation de nouveaux médecins généralistes dans les zones en situation de pénurie afin d'améliorer l'accessibilité des soins d'un point de vue géographique et donc de répondre davantage aux besoins des patients. En effet, les développements de la présente proposition de loi objectivent clairement non seulement la situation alarmante des zones en situation de pénurie dans notre pays et les difficultés d'accès aux soins pour de nombreux citoyens mais également l'impact du lieu de stage sur l'installation future des médecins généralistes. La présente proposition de loi vise donc à prévoir, de façon temporaire, la possibilité de valoriser une partie du stage, réalisée en milieu hospitalier durant la formation de base, via un aménagement temporaire des modalités de formation permis par la directive précitée elle-même afin de répondre aux pénuries de médecins généralistes dans certaines zones du pays.

Cette proposition de loi n'impacte donc pas la durée totale de la formation, qui reste inchangée. Elle offre cette possibilité pour les candidats-médecins généralistes qui le souhaitent, pour une période de dix ans, en espérant que cette mesure permettra d'apporter une réponse au problème de pénurie rencontré actuellement. Elle prévoit également une évaluation du dispositif 5 ans et 9 ans après sa mise en œuvre ainsi qu'un rapport à la Chambre des représentants. L'évaluation après cinq ans permettra d'avoir une première idée de l'impact de la mesure (nombre de candidats, places disponibles, ...). L'évaluation après neuf ans lui permettra d'être informée des conclusions avant l'expiration du dispositif et, ainsi, de décider à temps d'éventuellement prolonger la mesure (dans les mêmes conditions ou moyennant certaines adaptations).

Elle prévoit une entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2028 afin de s'assurer de disposer d'un nombre suffisant de maîtres de stage et d'assurer une information claire et complète des futurs candidats-médecins généralistes au sujet de cette nouvelle possibilité concernant leur stage.

Jean-François Gatelier (Les Engagés)
Carmen Ramlot (Les Engagés)
Anne Pirson (Les Engagés)
Aurore Tourneur (Les Engagés)
Isabelle Hansez (Les Engagés)
Stéphane Lasseaux (Les Engagés)

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Art. 2

In het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen wordt een artikel 2/2 ingevoegd, luidende:

“Art. 2/2. In afwijking van artikel 1 zullen kandidaat-huisartsen, houder van een universitair attest voor de jaren 2028 tot en met 2038, in het kader van hun specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde, zes maand stage gevolgd tijdens het zesde jaar van de opleidingscyclus die leidt tot het diploma van arts kunnen valoriseren.

Deze valorisatie is enkel mogelijk voor zover die stage de aspecten van het klinisch werk relevant voor de huisartsgeneeskunde omvat en verricht werd in een erkend ziekenhuis dat over de nodige uitrusting en diensten geschikt voor huisartsgeneeskunde beschikt en voor zover de kandidaat-huisarts die stage vervangt door een stage bij een stagemeester in de huisartsgeneeskunde, gevestigd in een gebied met een tekort aan huisartsen zoals bepaald bij het koninklijk besluit van 17 juli 2009 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de kandidaat-huisartsen.”

Art. 3

De minister bevoegd voor Volksgezondheid kan de bepalingen van artikel 2 opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen.

Art. 4

Deze wet wordt vijf en negen jaar na de inwerking-treding ervan geëvalueerd.

De Koning legt aan de Kamer van volksvertegenwoordigers een evaluatieverslag voor over de toepassing van deze wet en de gevolgen ervan.

Dat verslag bevat meer bepaald statistische gegevens en, in voorkomend geval, aanbevelingen met betrekking

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Art. 2

Dans l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, il est inséré un article 2/2 rédigé comme suit:

“Art. 2/2. Par dérogation à l'article 1^{er}, les candidats-médecins généralistes, titulaires d'une attestation universitaire pour les années 2028 à 2038 incluses, pourront valoriser, dans le cadre de leur formation spécifique en médecine générale, six mois de stage suivis pendant la sixième année du cycle de formation conduisant à l'obtention du diplôme de médecin.

Cette valorisation sera uniquement possible pour autant que ce stage portait sur les aspects du travail clinique pertinents du point de vue de la médecine générale et ait été effectué dans un hôpital agréé disposant de l'équipement nécessaire et des services propres à la médecine générale, et pour autant que le candidat-médecin généraliste remplace ce stage par un stage effectué dans une pratique de maître de stage en médecine générale située dans une zone en pénurie de médecins généralistes telle que définie par l'arrêté royal du 17 juillet 2009 fixant le montant et les modalités de paiement de l'indemnité pour les candidats-médecins généralistes.”

Art. 3

Le ministre qui a la santé publique dans ses attributions peut abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions de l'article 2.

Art. 4

La présente loi fait l'objet d'une évaluation cinq ans et neuf ans après son entrée en vigueur.

Le Roi transmet à la Chambre des représentants un rapport d'évaluation relatif à l'application de la présente loi et à ses effets.

Ce rapport contient notamment des données statistiques et, le cas échéant, des recommandations

tot eventuele noodzakelijke aanpassingen van de wet-
of regelgeving.

Art. 5

Deze wet treedt in werking op 1 september 2028

Deze wet treedt buiten werking op 31 augustus 2038.

10 september 2026

relatives aux adaptations législatives ou réglementaires
qui s'avèreraient nécessaires.

Art. 5

La présente loi entre en vigueur le 1^{er} septembre 2028

La présente loi cesse d'être en vigueur le 31 août 2038.

10 septembre 2026

Jean-François Gatelier (Les Engagés)
Carmen Ramlot (Les Engagés).
Anne Pirson (Les Engagés)
Aurore Tourneur (Les Engagés)
Isabelle Hansez (Les Engagés)
Stéphane Lasseaux (Les Engagés)