



De toekomst van de huisartsgeneeskunde revisited

Samenvatting

Van Weel C. *De toekomst van de huisartsgeneeskunde revisited*. *Huisarts Wet* 2017;60(9):456-9.

Dit artikel houdt een in 2012 gepubliceerde beschouwing over de huisarts van de toekomst tegen het licht van de ontwikkelingen die zich sindsdien in de zorg hebben voltrokken. De uitgangspunten uit 2012 blijken onverminderd te gelden: het individu met een gezondheidsprobleem of -risico en de populatie met zorgbehoeften horen de focus van de gezondheidszorg te zijn. Wel illustreren de recente ontwikkelingen in het gezondheidsbeleid de noodzaak om vanuit de eerste lijn leiderschap te tonen en beleid te richten op de langetermijnbehoeften van het individu en de populatie. Gezien de sleutelrol van de eerste lijn is het aan te bevelen om beleid te baseren op de kernwaarden en competenties van de eerste lijn: integrale zorg, continuïteit en vertrouwensrelatie met patiënten, waarbij gezondheidszorg is verbonden met maatschappelijk welzijn. Dit sluit aan bij internationale ontwikkelingen waarin de kernwaarden in de eerste lijn worden vertaald naar indicatoren voor gezondheidsbeleid.

UITGANGSPUNT EN PROBLEEMSTELLING

In 2012 presenteerde ik een visie op de huisarts van de toekomst, waarin ik betoogde dat de focus van de gezondheidszorg op grond van zorginhoudelijke en maatschappelijke overwegingen moet liggen op het individu met een gezondheidsprobleem of -risico en de populatie met zorgbehoeften.¹ De belangrijkste reden die ik daarvoor aanvoerde was dat ziektebehandeling als leidend paradigma in de gezondheidszorg niet langer houdbaar is.

In dit artikel ga ik in op de vraag of deze visie gezien de ontwikkelingen in maatschappij en gezondheidszorg van de afgelopen vijf jaar nog steeds geldig is. De wereld en daarmee de gezondheidszorg en geneeskunde veranderen, maar veel van de in het eerdere artikel beschreven kernwaarden van de huisartsgeneeskunde blijven waar en van waarde, ook onder veranderende omstandigheden. Ik bespreek belangrijke veranderingen in de gezondheidszorg vanaf 2012. Daarnaast ga ik in op de vraag of de eigen kracht van de huisarts en eerste lijn, die in het verleden zo'n belangrijke drijvende factor zijn gebleken bij de ontwikkeling van de gezondheidszorg,¹ daarbij nog steeds een leidende rol kunnen blijven spelen. Daar betrek ik twee belangrijke internationale, maar ook voor Nederlandse beleidsmakers relevante ontwikkelingen bij, die zijn gericht op duurzame gezondheidsstelsels en universele dekking van gezondheidszorgkosten.^{2,7} Ten slotte ga ik in op de consequenties voor zorg, beleid, wetenschap, onderwijs en opleiding.

VERANDERENDE ZORG

Een van de in het oog springende veranderingen sinds 2012 is de wet- en regelgeving rond zorg en welzijn, in het bijzonder de Wet maatschappelijke opvang. Hierin is een belangrijke rol weggelegd voor de gemeentelijke overheid, ingegeven door het op zichzelf juiste uitgangspunt dat individuele behoeften en beschikbare middelen het beste bij elkaar kunnen worden gebracht met kennis van de lokale situatie. Ditzelfde uitgangspunt ligt immers ten grondslag aan de centrale rol die de eerste lijn, huisartsenpraktijk en wijkgezondheidscentrum in het zorgstelsel spelen bij de zorg voor de 'gekende' patiëntenpopulatie. De negatieve effecten van deze wet- en regelgeving kwamen voort uit de wijze van invoering: gemeenten werden bevoegd tot uitvoering, zonder over de benodigde deskundigheid en middelen te beschikken om die uitvoering tot een succes te maken. Wel bevoegd, niet competent.

Twee factoren speelden daarbij een rol. Ten eerste het feit dat rond de Wet maatschappelijke opvang diverse tot dan toe gescheiden domeinen bij elkaar moeten worden gebracht: dat van de gezondheidszorg, de welzijnszorg en het ambtelijk gezag. Het slechten van dit soort domeinbegrenzings is waar belangrijke maatschappelijke vernieuwing te behalen valt, maar vraagt ook om het opdoen van nieuwe kennis en het opbouwen van nieuwe werkrelaties over die grenzen heen. Het opdoen van ervaring via proefprojecten had waarschijnlijk veel van de problemen kunnen voorkomen.

Daar kwam een tweede factor bij: de veranderde regelgeving koppelen aan de opdracht om de zorgkosten terug te dringen. Daardoor stonden kortetermijnbezuinigingen een investering in een robuuste nieuwe zorgstructuur in de weg.

Vergelijkbaar hiermee is de andere in het oog springende verandering, die van het persoonsgebonden budget. Het bevorderen van de eigen regie bij mensen die chronisch van zorg en ondersteuning afhankelijk zijn kan worden gezien als beleid dat aansluit bij eerstelijnswaarden, zoals het versterken van autonomie. De controledwang waarmee gebruikers van het persoonsgebonden budget werden opgescheept, verraadde echter een a-priori wantrouwen, dat haaks staat op de vertrouwensbasis waarop goede eerstelijnszorg zich voltrekt. Het uiteindelijk echec van het persoonsgebonden budget werd veroorzaakt door het ontbreken van proefvaring met beleid voordat tot grootschalige invoering werd overgegaan, en door een hybride agenda van innovatie én bezuinigen.

Beide ervaringen illustreren de hoge verwachtingen vanuit de politiek over het verder optuigen van de zorg voor mensen in hun thuissituatie. Hierbij realiseerden beleidsmakers zich niet hoe complex deze zorg was, of hoe belangrijk daar geldende werkmethode waren, zoals vervat in de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn. De eerste



Foto: Frank de Roo

Mondiaal is er steeds minder aandacht voor kwetsbaren.

lijn lijkt daarbij een beleidsmatig containerbegrip, waar naar believe zorgarrangementen naar kunnen worden overgeheveld en waarbij beleidsambities als kostenreductie leidend kunnen zijn. Als gevolg van deze black box-benadering kreeg de eerste lijn de afgelopen jaren meer taken, zonder de middelen om die taken uit te voeren.

Dat is zeker niet uniek voor de Nederlandse situatie – vrijwel overal in de wereld is het een punt van zorg dat eerste lijnsbeleid een investering betekent in een gezondheidszorg die daarmee beter toegankelijk, effectiever, veiliger en efficiënter wordt, en uiteindelijk met acceptabelere kosten gepaard gaat. Een tweede punt van zorg is dat die investering dan ook gericht is op en leidt tot een structuur waarin de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde en eerste lijn – een vertrouwensrelatie, continuïteit, integrale zorg – ook kunnen worden gerealiseerd. Ten dele is dit de eerstelijnsdisciplines zelf aan te rekenen, die deze waarden als vanzelfsprekend en algemeen bekend beschouwen.

Bij de afronding van dit artikel beschrijf ik hoe belangrijk het voor de huisartsgeneeskunde en eerste lijn is om de kernwaarden inhoudelijk te problematiseren en aansluiting te houden bij de internationale ontwikkelingen.

PROFESSIONELE ACTIE EN REACTIE, LEIDERSCHAP EN LANGE ADEM

In mijn schets van de huisarts van de toekomst vormde het slagvaardig functioneren van de eerste lijn een kernpunt, waarbij huisartsen in samenwerking met andere eerstelijnsprofessionals op basis van de gedeelde eerstelijnswaarden de zorg vormgeven.¹ De zorg moet individuen en groepen ondersteunen om zo goed mogelijk zelf de regie te voeren over hun ziekte en gezondheid – persoonsgerichte en wijkgerichte zorg heeft de toekomst. Dit vraagt om afstemming met andere belanghebbenden, onder wie beleidsmakers, en de vraag dringt zich op of het ontwikkelingspotentieel van de eerste lijn in het beleid van de afgelopen jaren is gesneuveld.

Naast genoemde teleurstellende ontwikkelingen, voltrok zich in de afgelopen jaren ook een aantal zeer positieve ontwikkelingen. Ik wil mij tot twee beperken die naar mijn oordeel vergaande consequenties kunnen hebben voor de toekomst van de huisarts en de eerste lijn. Met ‘Het roer moet om’ kwam vanuit de huisartsgeneeskunde een weerwoord, dat erop was gericht om de continuïteit van de eerstelijnszorg te waarborgen.⁸ Huisartsen verzetten zich tegen de situatie waarmee het gezondheidszorgbeleid de dagelijkse praktijk had opgescheept, niet tegen de intenties of goede bedoelingen die aan dat beleid ten grondslag

lagen. Het ging om de belangen van patiënten en (praktijk)populaties, niet om het eigenbelang van professionals of het afschrijven van onwelgevallige taken. Op een kritiek moment toonde de discipline huisartsgeneeskunde leiderschap en bleek daarbij in staat om beleid te corrigeren. Ze bleek in staat om ook in moeilijke tijden een constructieve en effectieve rol te spelen bij het vormgeven van gezondheidsbeleid. Het ligt in de rede dat dit vermogen de komende jaren vaker zal worden aangesproken.

De tweede ontwikkeling speelde zich minder nadrukkelijk in de actualiteit af, maar heeft niet minder implicaties voor de toekomst. Thuisarts (www.thuisarts.nl) ondersteunt patiënten bij het nemen van beslissingen over gezondheidsproblemen en -vragen, op basis van wetenschappelijk bewijs.⁹ De website is gestoeld op de geldende professionele richtlijnen in en tussen eerste en tweede lijn, als een rechtstreeks product van het NHG-Standaardenbeleid dat in 1989 werd ingezet.¹⁰ Deze ontwikkeling kwam voort uit de wens om de eigen verantwoordelijkheid van patiënten te ondersteunen, waarvoor betrouwbaarheid van informatie, directe toegankelijkheid en gebruiksgemak, en consistentie waarmee deze wordt aangeboden door de verschillende disciplines essentieel zijn. Het ontwikkelen van een systeem dat de veelvoorkomende gezondheidsproblemen in de huisartsenpopulatie dekt, heeft de nodige tijd gekost. Het resultaat blijkt een duidelijke invloed te hebben op de autonomie van patiënten, doordat hun zelfredzaamheid is toegenomen, terwijl de behoefte om bij gezondheidsgerelateerde klachten professionele hulp in te roepen substantieel is afgenomen.¹¹ Thuisarts illustreert hoe belangrijk het is om zorg structureel te vernieuwen vanuit goed doordachte concepten, die recht doen aan relevante waarden, zoals autonomie.

In dit verband is het dan ook goed om de ontstaansgeschiedenis van de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn in gedachten te houden. Daarin was bij voortduring sprake van spanning tussen verschillende belanghebbenden, waarbij perioden waarin het realiseren van een sterke eerste lijn met een sterke huisartsgeneeskunde centraal stond, werden afgewisseld door perioden waarin dit streven op een tweede of derde plek leek te staan.¹² In dat opzicht staat Nederland wederom niet op zichzelf, in vrijwel alle analyses van het versterken van de eerste lijn in nationale gezondheidsstelsels komt naar voren dat het daaraan ten grondslag liggende beleid wispelturig is, zich op kortetermijneffecten richt en/of slechts een deelaspect van eerstelijnszorg betreft.¹³⁻¹⁵ Ons land valt daarbij op vanwege de breed gedragen steun voor een sterke eerste lijn en huisartsgeneeskunde, bijvoorbeeld door universiteit en de medische professie. Aan deze troostrijke gedachte voor bange tijden verbind ik meteen de observatie dat in geen enkel ander land de discipline huisartsgeneeskunde zich zo consistent en zo lang – vanaf de vroege jaren vijftig van de vorige eeuw – heeft gericht op het ontwikkelen, onderbouwen en uitdragen van zijn kernwaarden.¹⁶ Evidence-based leiderschap met een lange adem loont, zo leert onze eigen geschiedenis. Hier zit zowel de kracht als een zwakte; het risico van de voorloper die zijn verworvenheden een vanzelfsprekendheid vindt en onvoldoende aansluiting heeft bij ontwikkelingen in andere landen.

KERNWAARDEN, EEN ENIGMA VOOR BELEIDSMAKERS

De kernwaarden verwijzen naar de competenties die nodig zijn om de slag te maken van een op de behandeling van ziekten gerichte gezondheidszorg naar een gezondheidszorg die zich richt op het individu en de populatie, met hun specifieke behoeften en voorkeuren. Een omslag van aanbod van diagnostische en therapeutische mogelijkheden als basis naar de mogelijkheid om een antwoord te vinden op individuele en collectieve noden.^{1,17,18} In Nederland ligt deze verandering ten grondslag aan de missie waarmee het NHG werd opgericht en die zich laat samenvatten als integrale zorg en continuïteit, generalistische zorg voor alle patiënten, met alle ziekten, in alle stadia in hun eigen psychische en sociaal-maatschappelijke omgeving.¹⁹ Inzicht in de ervaringswereld van patiënten verleent legitimiteit aan het professioneel handelen, waarvoor het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie met patiënten een essentiële voorwaarde is.²⁰ Deze kernwaarden zijn verbonden met de kracht van de eerste lijn in de gezondheidszorg en een sterke eerstelijnsfunctie is gerelateerd aan een betere gezondheid van de bevolking, betere toegankelijkheid en grotere kosteneffectiviteit van de zorg.²¹⁻²⁶

Dit is in essentie waarom het versterken van de eerste lijn een centrale plaats inneemt in het gezondheidsbeleid van veel landen, een mondiaal beleid dat door de groeiende zorgen over de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen een verdere impuls heeft gekregen.^{2,7,27-29} Dit is ook waarom het van belang is om te kunnen bepalen in hoeverre gezondheidssystemen eerstelijnswaarden en -kenmerken weten te realiseren.³⁰ Belangrijk is daarbij echter het eerder beschreven probleem dat beleidsmakers onvoldoende inzicht hebben in de complexiteit van de eerste lijn, en daarmee in het vinden van de juiste parameters om het effect van het beleid aan af te meten. Dit probleem is niet beperkt tot Nederland: internationaal lijken beleidsmakers *primary health care* als een black box te zien.³⁰ Als gevolg daarvan wordt bij het innoveren van gezondheidsbeleid vastgehouden aan oude, vooral ziektespecifieke indicatoren als diagnostische en therapeutische verrichtingen. Zorgvernieuwing richt zich echter juist op een eerlijkere toegankelijkheid van zorg, op het versterken van de continuïteit van zorg, op het individu en op het voorkómen van afhankelijkheid en onnodige zorg. En juist deze internationale ontwikkelingen motiveren het Nederlandse gezondheidsbeleid om zich ook de komende jaren te blijven richten op een sterke eerste lijn en huisartsgeneeskunde.

UITDAGINGEN VOOR DE PROFESSIE IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

In dit artikel hield ik de door mij in 2012 geformuleerde visie over de huisarts van de toekomst tegen het licht van de ontwikkelingen in de daaropvolgende jaren. Mijn conclusie is dat het belang van een krachtige eerste lijn onverminderd overeind staat, maar dat het de afgelopen jaren tevens duidelijk is geworden dat de eerste lijn kwetsbaar blijft in het gezondheidsbeleid. De komende jaren blijft het daarom een prioriteit

om bij politici en beleidsmakers te pleiten voor versterking van de eerste lijn. Juist hier doen zich drie belangrijke internationale ontwikkelingen voor waarbij leiders uit de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn aansluiting zouden moeten zoeken. Als eerste de steeds sterkere druk om gezondheidszorg toegankelijk te maken voor iedereen, ongeacht inkomen – *universal health coverage* –, een ambitie die alleen realiseerbaar is wanneer iedereen toegang krijgt tot een gezondheidsstelsel dat is gebaseerd op een sterke eerste lijn.^{3,7,27-29,31} Dit betekent dat daarmee het politieke belang om tot versterking van de eerste lijn te komen, ook in de Nederlandse context een nieuwe impuls kan krijgen.

De tweede internationale ontwikkeling betreft de toenemende noodzaak van een verdere wetenschappelijke onderbouwing van de kernwaarden van de eerste lijn en van onderzoek naar de manier waarop deze bijdragen aan de gezondheid van de populatie en de effectiviteit, kosteneffectiviteit, efficiëntie en veiligheid van de gezondheidszorg. Sterker bewijs hiervoor en een robuuster theoretisch kader zijn van belang om opleiding en onderwijs verder te kunnen ontwikkelen, en om te kunnen monitoren in hoeverre het zorgstelsel erin slaagt deze waarden ook in de praktijk te (laten) realiseren.³⁰ In het politieke klimaat zoals zich dat mondiaal lijkt te ontwikkelen is er steeds minder aandacht voor de belangen van kwetsbaren en collectieve voorzieningen voor het bieden van opvang, steun en zorg. Dat betekent dat de politiek de komende jaren naar alle

waarschijnlijkheid minder dan voorheen openstaat voor een pleidooi voor een sterke eerste lijn op basis van het algemeen belang. Ook zullen wetenschappelijke bevindingen en feiten daarbij een minder vanzelfsprekende rol spelen.³²

Naar mijn mening is het grootste belang van internationale samenwerking gelegen in het vinden van wegen en delen van ervaringen om ook in dit politieke klimaat de menselijke waarden in de gezondheidszorg overeind te houden op basis van een sterke huisartsgeneeskunde en eerste lijn.

Ten slotte is het belangrijk dat de Nederlandse huisarts zich blijft realiseren dat de prominente rol van de huisartsgeneeskunde en eerste lijn niet van bovenaf gegeven is, maar vanuit de praktijk werd afgedwongen in een lange vasthoudende betrokkenheid van professionals en academici. Dat collectieve verleden is een belangrijke basis vanwaaruit de gezondheidsbelangen van de Nederlandse bevolking de komende decennia verder kunnen worden behartigd. ■

LITERATUUR

- 1 Van Weel C. De huisarts van de toekomst. *Huisarts Wet* 2012;55:500-3.
- 2 World Health Organization. The World Health Report 2008 – Primary Health Care, now more than ever. Geneva: WHO; 2008. <http://www.who.int/whr/2008/en/> (geraadpleegd 25 februari 2017)
- 3 Kidd M (editor). The contribution of family medicine to improving health systems. A guidebook from the World Organization of Family Doctors (2nd edition). London, New York: Radcliffe Publishing, 2013.

De rest van de literatuur is te vinden bij dit artikel op www.henw.org.

Ferdinand Schreuder

Hulde aan het diamanten paar!

Beste mevrouw Huisarts, beste heer Wetenschap, ik ben hier gekomen om u en uw kinderen, uw onvolprezen standaarden, hulde te betuigen. Zestig jaar samen is lovenswaardig en u hebt daarin een groot aantal gezonde kinderen gekregen. Gefeliciteerd dus!

Helaas leert mijn ervaring dat geen enkel huwelijk zó lang probleemloos kan zijn, en zo is het ook met het uwe: mevrouw Huisarts had ooit een intensieve relatie met Samenwerking: de hele gemeente vond hen eigenlijk een prachtig paar, alleen Ziekenhuis vond het minder. Even later kwam Communicatie (misschien herinnert u zich hem beter als Methodisch Werken) en al bijna was een

huwelijk ingezegend door dominee Van Aalderen (God hebbe zijn ziel, hij ruste in vrede). Helaas zijn deze heren nooit goede vrienden van u geworden, mijnheer Wetenschap. Door uw wat afwijzende houding verwaterde het contact met hen, waar een goede vriendschap zoveel moois had kunnen brengen. Gelukkig is uw relatie met Huisarts hier niet op stukgelopen en hebt u daarna nog veel aan elkaar gehad.

Maar, mijnheer Wetenschap, ook u bent niet brandschoon gebleven: geld, aanzien en omgang met verkeerde vrienden (ik noem met name Farmacie) brachten u nogal eens van het rechte pad af en hebben uw goede naam geschaad, en zelfs die van uw kinderen. Sommige burgers trekken zich daarom weinig meer van uw oordeel aan en ontkennen zelfs uw exclusieve rechten! Nu Medisch Lei-

derschap zich als nieuwe vrijer van uw nog zo levenslustige vrouw aandient, sluit u de ogen en wacht tot het overwaait. Niet goed! Bemoeit u zich ermee! U kunt dit niet vanuit uw riante ivoeren villa aankijken. De gemeente ROERT zich!

Vat mijn woorden niet te kritisch op: ik vind u een geweldig stel dat al zestig jaar iedere maand weer van zich laat horen. Ik wens u en uw kinderen nog vele gelukkige jaren. ■

(Voor de jonge lezertjes: professor Van Aalderen, VU Amsterdam, was met geestelijk vader Hans van der Voort (jarenlang directeur van het NHG) begin jaren '80 voorvechter van Methodisch Werken, een wijze van consultvoering die tot op heden terug te vinden is in de consultvoeringstechnieken die op de huisartsinstituten worden onderwezen.)





LITERATUUR

- 1 Van Weel C. De huisarts van de toekomst. *Huisarts Wet* 2012;55:500-3.
- 2 World Health Organization. The World Health Report 2008 – Primary Health Care, now more than ever. Geneva: WHO; 2008. <http://www.who.int/whr/2008/en/> (geraadpleegd 25 februari 2017)
- 3 Kidd M (editor). The contribution of family medicine to improving health systems. A guidebook from the World Organization of Family Doctors (2nd edition). London, New York: Radcliffe Publishing, 2013.
- 4 World Health Assembly 2009. Resolution 62.12 Primary health care, including health system strengthening. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-RECI/WHA62_RECI-en.pdf (geraadpleegd 26 april 2017).
- 5 World Health Organization. Universal Health Coverage. http://www.who.int/universal_health_coverage/en/ (geraadpleegd 21 april 2017).
- 6 United Nations. Sustainable development goals. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> (geraadpleegd 19 april 2017).
- 7 Jha A, Godlee F, Abbasi K. Delivering on the promise of universal health coverage. *BMJ* 2016;353:i2216.
- 8 Knoop B. De erfenis van het roer moet om. *Med Contact* 2016;39:38-40.
- 9 Thuisarts. <https://www.thuisarts.nl/> (geraadpleegd 24 februari 2017).
- 10 Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaarden. <https://www.nhg.org/nhg-standaarden> (geraadpleegd 24 februari 2017).
- 11 Spoelman WA, Bonten TN, Waal MWM de, Drenthen T, Smeele IJ, Nielen MM, et al. Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. *BMJ Open* 2016;6:e013166.
- 12 Van Osselen E, Helsloot R, Van Zalinge E, Van der Werf G. *Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Nederlands Huisartsgenootschap, 2016.
- 13 Van Weel C, Kassai R, Tsoi GWW, Hwang SJ, Cho K, SYS Wong, et al. Evolving health policy for primary care in the Asia Pacific region. *Br J Gen Pract* 2016 Jun;66:e451-3.
- 14 Van Weel C, Kassai R, Qidwai W, Kumar R, Bala K, Prasad Gupta P, et al. Primary healthcare policy implementation in South Asia. *BMJ Global Health* 2016;1:e000057.
- 15 Van Weel C, Kassai R. Expanding primary care in South and East Asia. *BMJ* 2017;356:j634.
- 16 Buma JT. *De huisarts en zijn patiënt: grondslagen van het medisch denken en handelen*. [Proefschrift]. Amsterdam: Allert de Lange, 1950.
- 17 Wonca Europe. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: The European Society of General Practice/Family Medicine Europe, 2002. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> (geraadpleegd 25 februari 201).
- 18 Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009;7:293-9.
- 19 Vroege NH. Het Woudschoten-rapport. *Huisarts Wet* 1966;9:372-85.
- 20 Olde Hartman TC, Ravesteijn H van, Lucassen P, Boven K van, Baumgarten E van, Weel C van. Why the 'reason for encounter' should be incorporated in the analysis of outcome of care. *Br J Gen Pract* 2011;61:750-1.
- 21 Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129-33.
- 22 Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract* 1998;47:105-9.
- 23 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
- 24 Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007;37:111-26.
- 25 Kringos D. The strength of primary care in Europe. [Proefschrift]. Utrecht: University of Utrecht; 2012. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf> (geraadpleegd 25 februari 2017).
- 26 Maeseneer J, Willems S, Sutter A de, Geuchte I van de, Billings M. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health systems Knowledge Network. Geneva: WHO, 2007. www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care2007_en.pdf (geraadpleegd 15 december, 2016).
- 27 Reich MR, Harris J, Ikegami N, Maeda A, Cashin C, Araujo EC, et al. Moving towards universal health coverage: lessons from 11 country studies. *Lancet* 2016;387:811-6.
- 28 Stigler F, Macinko J, Pettigrew LM, Kumar R, Weel C van. No universal health coverage without primary health care. *Lancet* 2016;387:1811.
- 29 World Health Organization South East Asia Region. Resolution on strengthening community based health care service delivery (2015) – SEA/RC68/20157. Geneva: WHO, 2015.
- 30 World Health Organization. Primary health care performance initiative. <http://phcperformanceinitiative.org/about-us/measuring-phc> (geraadpleegd 25 februari 2017).
- 31 Pettigrew LM, De Maeseneer J, Padula Anderson MI, Essuman A, Kidd MR, Haines A. Primary health care and the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2015;386:2119-21.
- 32 McKee M, Greer SL, Stuckler D. What will Donald Trump's presidency mean for health? A scorecard. *Lancet* 2017;389:748-54.