



De wens van de patiënt

# Op weg naar de Tweede Kamerverkiezingen 2021

**‘Meer mens, minder patiënt’.** Zo heet de visie van de Patiëntenfederatie voor 2030. Die titel vat ook onze opvatting over het zorglandschap goed samen. De zorg moet transformeren: van zorg naar welzijn, van ziekenhuis naar thuis, maar vooral van aanbodgedreven naar mensen centraal. Altijd met betrokkenheid van patiënten en hun vertegenwoordigers: niet over ons, zonder ons.

# 1. Vergroot en veranker patiëntenparticipatie op alle niveaus

Overheidsregie voor een betere invulling van het zorgstelsel vraagt een actieve rol van patiënten. Het betrekken van patiënten is niet alleen principieel juist, maar het draagt ook bij aan betere zorg. Gelukkig is het steeds normaler patiënten en hun vertegenwoordigers op allerlei niveaus te betrekken. Maar de inbreng van ervaringsdeskundigheid is nog steeds niet vanzelfsprekend. Terwijl dat wel zou moeten wat ons betreft. Zo zou de ervaringsdeskundigheid ook vertegenwoordigd moeten zijn in de hoogste adviesorganen zoals in SER en de Stichting van de Arbeid.

## Betrek en informeer patiënten altijd bij veranderingen in het zorglandschap

Het zorglandschap verandert: Fusies van ziekenhuizen en andere zorginstellingen, verplaatsing van zorg, sluitingen van spoedeisende hulpdiensten en soms zelfs faillissementen. Die veranderingen raken burgers. Als er één onderwerp is waarover zij zich zorgen maken, is het wel of er in de toekomst nog betaalbare en passende zorgvoorzieningen binnen redelijke afstand beschikbaar zijn. Als in een regio, gemeente of wijk veranderingen plaatshebben op het gebied van ruimtelijke ordening of milieu, worden burgers geïnformeerd en hebben ze mogelijkheden hun stem te laten horen.

Bij veranderingen in de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen is niets geregeld. Bovendien gaat het bij veranderingen in de zorg vaak over instellings- of domeinoverschrijdende veranderingen, waarbij geen participatie is geregeld.

Patiëntenfederatie Nederland wil dat wettelijk wordt geregeld dat burgers geïnformeerd worden en inspraak hebben bij grote veranderingen in de beschikbaarheid van zorg in hun regio. De partij die hoofdverantwoordelijke is voor een verandering heeft deze plicht. De informatieplicht houdt in dat mensen die geraakt worden door de beoogde veranderingen hiervan tijdig op de hoogte worden gebracht. Het inspraakrecht houdt in dat burgers en belanghebbenden hun mening over de voorgenomen verandering kunnen geven. Voor de betrokken instelling(en) is het een hulpmiddel om tot een goede belangenafweging te komen.

Daarnaast vinden we dat de overheid de minimaal noodzakelijke zorginfrastructuur moet definiëren: welke zorg mogen mensen binnen een bepaalde reisafstand verwachten en wat moet de kwaliteit van die zorg zijn. Nu zijn er alleen normen voor wachttijden en aanrijtijden van ambulances. Dat is niet voldoende.

## Faciliteer patiëntenparticipatie

Wie in de zorg patiënteninbreng gebruikt, krijgt meerwaarde. En die inbreng is nodig want chronisch zieken, mensen met een beperking of psychische kwetsbaarheid lopen er tegenaan dat voor hen bedoelde regelingen of voorzieningen niet passend zijn. Dat komt omdat ze worden ontwikkeld zonder hen te raadplegen. Daarom is hun inbreng van belang. Maar die inbreng is niet gratis.

Patiënten krijgen steeds meer stem in het zorgveld, denken mee over de vormgeving van richtlijnen en over hoofdlijnakoorden. Dat vraagt om kwalitatief goede inbreng. Wij vragen de overheid de patiëntenbeweging ruimhartig te subsidiëren en daarbij oog te houden voor het steeds grotere takenpakket dat overheid en samenleving op het bordje leggen van de patiënten.

### Wij vragen

- Maak patiëntenparticipatie op alle niveaus mogelijk. Naarmate de rol van patiënten in het stelsel groter wordt, moet dat ook gelden voor de financiering van patiëntenparticipatie en de patiëntenbeweging.
- Regel bij veranderingen in de zorg informatieplicht en inspraakrecht.

## 2. Gezondheidsverschillen

Preventie en goede voorlichting moeten onderdeel zijn van de gezondheidszorg. Zorg moet voor iedereen toegankelijk en betaalbaar zijn. En gezonde keuzes moeten veel gemakkelijker zijn. Het gaat niet alleen om zorg, maar ook om wonen en ondersteuning. Actieve cliëntondersteuning kan helpen mensen te bereiken. Zorg dat we de wensen en behoeften van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden kennen, en dat daaraan tegemoet wordt gekomen. Denk bijvoorbeeld aan kunnen inzetten van gratis tolken voor mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn. Voor de huidige grote groep mensen met een chronische aandoening is het belangrijk dat we de klachten beperken en mensen weer gezonder maken. Door meer en betere preventie in te zetten bij mensen met een aandoening zoals de GLI en bijvoorbeeld Keer diabetes om.

### Maatwerk

De gezondheidsverschillen in Nederland zijn groot en ze lijken niet kleiner te worden. Die verschillen ontstaan door een aandoening, opleidingsniveau, inkomen, etniciteit, gezondheidsvaardigheden of postcodegebied. Verschillen zullen altijd bestaan, maar de omvang van de verschillen is onacceptabel groot. Het is aan de politiek deze verschillen te verkleinen.

We houden er oog voor dat niet alle verschillen op dezelfde wijze zijn ontstaan en kunnen worden aangepakt. Het vraagt maatwerk. Wat voor de een helpt, kan voor de ander te weinig zijn. De mate van ondersteuning of hulp verschilt per persoon.

### Wij vragen

- Zorg dat ondersteuning voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden beschikbaar is, zodat zij zelfstandig gebruik kunnen maken van de zorg. Bied toegankelijke ondersteuning aan.
- Zet in op preventie bij mensen die een hoog risico lopen om ziek te worden.
- Stimuleer wetenschappelijk onderzoek dat rekening houdt met diversiteit in geslacht, leeftijd, etniciteit. Kijk naar wat deze factoren betekenen voor de te kiezen behandeling.



### Ervaring met digitale zorg

Wat kan een digitaal patiëntendossier voor iemand betekenen? Veel, zeggen actieve gebruikers. Karin is er een van. Tegen de redactie van de Digitale Zorggids vertelde ze haar verhaal. Ze heeft een huidaandoening waardoor ze veel contact nodig heeft met huisarts, specialist en een expertisecentrum. Via haar digitale dossier kan ze alle drie tegelijk op de hoogte houden van haar situatie. En de

behandelaars kunnen via het dossier onderling en met haar gegevens uitwisselen. Het dossier helpt haar de regie te houden zegt ze. “Eerder ging ik apart naar de huisarts, dermatoloog en specialist. Ieder keer vertelde ik mijn verhaal opnieuw en soms wisten ze niet van elkaar welke behandeling ik had gekregen. Ik voelde me hierdoor niet serieus genomen.” Bijkomend voordeel voor haar is dat ze niet telkens hoeft te reizen als ze contact zoekt met het expertisecentrum. Ze stuurt vanuit huis foto’s op via het dossier. De arts stemt er vervolgens de behandeling op af.



## 3. eHealth

Digitale zorg kan een sleutel zijn tot een betaalbare, gebruiksvriendelijke en betere zorg in de toekomst. Er zijn voorbeelden van e-health met meerwaarde voor patiënten die thuis zouden kunnen, maar die nu slechts voor een beperkt aantal patiënten alleen in een beperkt aantal zorginstellingen beschikbaar zijn. Denk aan telebegeleiding bij COPD en hartfalen, of aan teledermatologie. Landelijke opschaling komt niet tot stand. Het traditionele zorgaanbod blijft bestaan, terwijl onderzoek laat zien dat de innovatie beter en goedkoper is. Dat is niet uit te leggen aan patiënten en premiebetalers. Iedere patiënt moet de vruchten kunnen plukken van zorginnovaties. De keuze van de patiënt moet leidend zijn, niet het toevallige aanbod van de zorginstelling waar de patiënt terecht komt.

Hierbij moet wel oog zijn voor goede spelregels rondom (introdactie van) digitale zorg. Zorg ervoor dat kwaliteit en beschikbaarheid gelijk opgaan. Voorkom dat slechte oplossingen toch gemeengoed worden. Daarom moet er een partij zijn, bijvoorbeeld de overheid, die eisen stelt en toetst op veiligheid, toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid. Innovatie kan natuurlijk niet zonder directe betrokkenheid van patiënten(organisaties). Zij moeten vanaf het begin bij de ontwikkeling worden betrokken.

We leven in een tijd van snelle technologische ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen kunnen meerwaarde hebben voor mensen en hun gezondheid. Maar we moeten onze ogen niet sluiten voor risico’s en/of nadelen die nieuwe technologie ook altijd met zich meebrengt. Juist waar het gaat om technologische ontwikkelingen op het gebied van gezondheid moet de overheid kaders stellen en richting geven. Data-gedreven technologieën als kunstmatige intelligentie moeten voldoen aan publieke waarden en eisen. Het is aan de overheid om die te borgen. Denk hierbij ook aan het veilig uitwisselen van (medische) gegevens en opslag en (her)gebruik van gezondheidsgegevens. Patiënten willen graag hun data delen voor wetenschappelijk onderzoek als andere patiënten daar baat bij hebben. Maar ze willen wel goed geïnformeerd worden over wie hun data kan gebruiken en waarvoor.

Om patiëntgegevens overal beschikbaar te hebben waar de patiënt zorg ontvangt, moeten de systemen en infrastructuren voor gegevensuitwisseling in de zorg gebaseerd worden op open standaarden. De overheid moet deze standaarden opleggen. Dan ontstaat een gelijk speelveld en wordt niet langer geconcentreerd op de toegankelijkheid van de gegevens, maar op toepassingen en diensten op basis van gegevens. Daarbij staat voorop dat gegevens veilig zijn, eenvoudig beschikbaar komen en veilig kunnen worden gedeeld.

## Wij vragen

- Digitaal, tenzij... is het uitgangspunt. Zorg er voor dat er overal een standaard “digitaal” zorgaanbod beschikbaar is als optie. Als een patiënt thuis gemonitord kan worden of zijn eigen gezondheidsgegevens kan bijhouden in plaats van in het ziekenhuis moet dat kunnen. Nu is de patiënt afhankelijk van het feit of ziekenhuis of arts deze dienst aanbiedt. Dat is onwenselijk.
- Maak implementatie en opschaling van bewezen e-healthdiensten financieel aantrekkelijk. Creëer ook financiële prikkels om de oude werkwijze daadwerkelijk af te kunnen bouwen.
- Betrek patiënten(organisaties) bij de hele innovatiecyclus van digitale zorg, van productontwikkeling via toelating naar evaluatie en doorontwikkeling.
- Verplicht het gebruik van open standaarden bij informatiesystemen en infrastructuren in de zorg. En stel patiëntgegevens overal beschikbaar waar de patiënt zorg ontvangt.



### Ervaring extra zorgkosten

Wie een aandoening heeft of een beperking loopt vaak tegen extra kosten aan voor de zorg. Het gaat dan om kosten buiten de ziektekostenverzekering en het eigen risico om. De bijkomende kosten lopen soms in de duizenden euro's, blijkt uit een onderzoek in 2019 van Patiëntenfederatie Nederland waaraan bijna achtduizend mensen deelnamen.

Een op de vier heeft zowel bijkomende zorgkosten gehad als extra kosten. De bijkomende en of extra zorgkosten beperken mensen in hun sociale leven, blijkt uit het onderzoek. Mensen gaan niet of minder met vakantie, zien af van uitjes, missen feestjes in de familie of kopen alleen de hoogstnoodzakelijke kleding en voedsel.

Patiëntenfederatie Nederland zegt dat er inmiddels veel aandacht is voor stapeling van zorgkosten, maar dat dit onderzoek aantoont dat veel mensen ondanks alle maatregelen nog steeds te maken hebben met ongewenste stapeling van zorgkosten. Met alle sociale en financiële gevolgen van dien.

“Wij zijn al meer dan veertig jaar niet met vakantie geweest en kunnen nog maar zelden onze kinderen bezoeken die ver weg wonen. Ook gaan we nooit naar theater en kunnen we geen nieuwe dingen kopen voor het huis.”

“Ik ga niet uit eten, koop geen cadeautjes voor verjaardagen: al mijn geld gaat op aan overleven.”

“Uitjes worden sinds 2013 niet meer gemaakt. Noodzakelijke aanschaf van meubels kan niet. Bezoek aan familie en vrienden moet ik eveneens laten passeren.”



## 4. Betaalbaarheid en bekostiging zorg

Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit: jong betaalt mee voor oud, gezond voor ziek. Maar die solidariteit staat steeds meer onder druk. Gezonde jonge mensen kiezen bewust voor lage premies in ruil voor een hoog eigen risico. Zieken en ouderen daarentegen lopen op tegen hoge zorgkosten, bijbetalingen voor medicijnen en hulpmiddelen of fysiotherapie.

Mensen hebben last van stapeling van zorgkosten en het hoge verplichte eigen risico van 385 euro per verzekerde boven achttien jaar. Als we het eigen risico geheel willen afschaffen kost dat volgens het CPB 4,5 miljard euro per jaar. Dat is ongeveer 260 euro per inwoner. Op het totaal voor de zorg is het ongeveer 4,5 procent van de 100 miljard die in 2018 naar schatting aan zorg werd uitgegeven.

Een hoog eigen risico is niet te verdedigen. Zeker niet zolang de kosten van zorg niet transparant zijn. Mensen zien rekeningen langskomen waarop dingen staan die ze niet herkennen. We pleiten voor betere informatie voor patiënten en mensen die zorg zoeken. Maak alle informatie over kwaliteit en prijs van ziekenhuizen openbaar. Dat helpt mensen om betere keuzes te maken in de zorg.

Kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg moet geborgd zijn voor iedereen. Daarvoor is een breed basispakket nodig. Lever alleen zorg en ondersteuning die aansluit op wat mensen nodig hebben. Dat betekent ook kijken naar andere vormen van bekostiging van de zorg. Zoals bijvoorbeeld populatiebekostiging of uitkomstfinanciering, dus financiering van de uitkomsten van de zorg voor de patiënt.

### Wij vragen

1. Schaf het vrijwillige eigen risico af.
2. Verlaag het verplichte eigen risico.
3. Zorg voor volledige transparantie over kosten van de zorg en hoe ze tot stand komen.
4. Maak een preventieconsult mondzorg voor iedereen kosteloos toegankelijk.
5. Zorg dat er keuze is, voorkom monopolies in de zorg.

## 5. Betaalbare medicijnen

Het kabinet werkt aan een modernisering van het GVS: het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Tijdens deze kabinetsperiode is bijbetaling door patiënten voor medicijnen jaarlijks gemaximeerd op 250,- euro. In de praktijk komt het erop neer dat er 140 miljoen euro moet worden bezuinigd op de uitgaven aan geneesmiddelen. Als dat niet lukt via een prijsdaling door de fabrikanten, komt de rekening terecht bij de gebruikers van medicijnen: de patiënt. De Patiëntenfederatie wil in dat geval dat de kosten van de modernisering van het systeem worden betaald uit de zorgverzekeringspremie zodat alle Nederlanders eraan bijdragen en niet alleen de mensen die medicijnen gebruiken.

### Wisselen

Wij zien een risico bij het voorstel van de minister. Veel patiënten zullen om financiële redenen gedwongen worden om te kiezen voor het goedkoopste medicijn. Dat strookt niet met ervaringen van ons en onze leden dat wisselen van medicijn lang niet altijd kan. Patiënten ervaren soms heel vervelende bijwerkingen, ook al is de werkzame stof hetzelfde. Niet voor niets praten partijen nu over een lijst van medicijnen die niet gewisseld mogen worden. Deze aanpassing van het GVS dreigt roet in het eten te gooien omdat sommige patiënten vanwege de kosten nu toch gaan wisselen van medicijn. De uitweg via de medische noodzaak op het recept biedt slechts voor weinigen soelaas.

### Wij vragen

- Bijbetaling door patiënten voor geneesmiddelen zoveel mogelijk te beperken dan wel opnieuw te maximeren.
- De Patiëntenfederatie vraagt patiënten vrij te stellen van bijbetalingen, in ieder geval het eerste jaar na invoering. Dit in afwachting van een prijsdaling door de fabrikanten.



### Ervaring Langer thuis wonen

Saskia en Cees wonen in een appartement zonder drempels en met extra brede deuren. Ze wonen er met twintig huishoudens en helpen elkaar als dat nodig is. “Wij hebben met elkaar een comité gevormd om te onderzoeken wat we in de toekomst nodig hebben en waarvoor we elkaar kunnen inschakelen.” Het comité heeft de behoefte aan zorg geïnventariseerd en dat heeft geleid tot een flinke lijst. Van hulp bij administratie tot klussen of verpleging aan huis. Ze kijken nu waar de eigen kring van familie, directe burens en kennissen bij kan helpen en voor welk onderdeel professionele hulp nodig is. “Op dit moment wordt uitgezocht of we een gezamenlijk alarmeringssysteem kunnen aanschaffen, waarmee iedereen in geval van nood automatisch een paar burens kan oproepen”, zegt Cees. Saskia vult aan: “Het voordeel is dat wel veel samen doen, zonder aan elkaar te klitten. Zo hebben we gezamenlijk een AED gehuurd, daar betalen we allemaal een paar euro per maand voor. Als we de zorg samen goed weten te regelen, kunnen we hier onbezorgd blijven wonen. Dat lijkt mij ideaal.”



## 6. Langer Thuis

Het beleid is erop gericht dat mensen zo lang als het kan zelfstandig thuis blijven wonen. Langer thuis wonen is alleen verantwoord als mensen zich veilig voelen. Zowel fysiek, sociaal als qua zorg en ondersteuning. Een deel van de bestaande bebouwing sluit niet aan op de woonwensen en woonverwachtingen van ouderen. Hoe zorgen we ervoor dat mensen hier tijdig over nadenken? Wie gaat de aanpassingen in en rondom het huis financieren? Hoe krijgen mensen inzicht in de (technische) mogelijkheden om hun woning aan te passen vanwege beperkingen als gevolg van ouderdom?

We willen de juiste zorg op de juiste plek, maar dat kan alleen als er in de wijk ondersteuning beschikbaar is voor ouderen: een goed toegankelijke en samenwerkende eerste lijn en ondersteuning. Dat vereist sturing door de overheid en goede onderlinge afspraken tussen alle betrokkenen: zorgverleners, verzekeraars, woningcorporaties, gemeenten en vertegenwoordigers van ouderen en patiënten.

Garantie van de beschikbaarheid van huisartsenzorg is belangrijk. We zien nu al op steeds meer plaatsen dat de huisartsenzorg verdwijnt. En dat gaat niet meer alleen om krimpregio's als oost-Groningen of Zeeland. Het huisartsentekort doet zich ook steeds vaker voor in stedelijk gebied.

### Wij vragen

- Zorg dat gemeenten woonaanpassingen laagdrempelig aanbieden en dat iedereen daar tijdig gebruik van kan maken.
- Zorg dat gemeenten een prettig leefklimaat organiseren voor ouderen, met passende dagactiviteiten en buurtcentra. Zo voorkom je ook vereenzaming in de eigen woonwijk.
- Versnel de digitalisering zodat de zorg in de eerste lijn overal en voor iedereen beschikbaar blijft. Huisartsenzorg maakt hier onderdeel van uit.

## 7. Transparantie

Mensen hebben recht op goede informatie over de kosten en kwaliteit van de zorg die ze krijgen. Patiënten moeten inzicht krijgen in de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders. Met inzicht in de kwaliteit van zorg kunnen patiënten kiezen voor de zorgorganisatie en de behandeling die het beste past bij wat zij nodig hebben. Transparantie leidt er bovendien toe dat de kwaliteit van zorg verbetert. Hoewel de verschillen per sector in de zorg op dit gebied groot zijn, is goede kwaliteitsinformatie over het algemeen zeer beperkt beschikbaar en toegankelijk voor patiënten.

Bij het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg is een belangrijke rol weggelegd voor patiënten, bijvoorbeeld door het meten van patiëntervaringen en patiëntgerapporteerde uitkomsten. En door te bepalen welke informatie zij nodig hebben om te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder die bij hen past. De Patiëntenfederatie vindt het belangrijk dat dit soort informatie openbaar wordt.

### Wij vragen

- Dwing af dat in alle zorgsectoren patiëntervaringen op een eenduidige wijze gemeten en per instelling openbaar gemaakt worden, bijvoorbeeld via ZorgkaartNederland.
- Zorg dat de voor patiënten relevante uitkomstinformatie en kwaliteitsinformatie op een begrijpelijke wijze transparant wordt en dat patiënten de beschikking kunnen krijgen over deze informatie via hun persoonlijke gezondheidsomgeving.
- Regel dat patiënten en hun vertegenwoordigers altijd betrokken worden bij de ontwikkeling van openbare kwaliteits- en uitkomstinformatie.
- Zorg dat VWS initiatief neemt om dat voor elkaar te krijgen als in bepaalde zorgsectoren geen of onvoldoende informatie over kwaliteit van zorg openbaar beschikbaar gesteld wordt.
- Zorg voor een landelijke infrastructuur voor kwaliteitsregistraties en zorg voor een governance van kwaliteitsregistraties waaraan patiëntvertegenwoordigers deelnemen.



### Ervaring chronisch ziek en werk

Chronisch ziek zijn en toch willen werken. Veel patiënten kunnen er over meepraten. Neem Bas, teamcoach bij een uitvoeringsorganisatie. Hij vertelde bij zijn sollicitatie dat het MS heeft. En kan daar rekening mee houden in zijn werk. Hij heeft een parkeerplek dicht bij zijn werkplek want hij kan niet lang lopen of rennen. “Maar daar ben ik helemaal op ingesteld. Als ik afspraken plan, houd ik rekening met mijn bewegingsbeperking.” Bas heeft vanaf het begin gezegd dat hij MS had. Door het te vertellen liet hij zien dat hij niets geheim hield. En zo kon hij duidelijk maken dat hij zijn ziekte niet zag als beperking voor zijn functioneren. Deze openheid heeft hem waardering opgeleverd, merkt hij. En bovendien hoeft hij nooit moeilijk te doen als hij weg moet vanwege ziekenhuisbezoek of bezoek aan de fysiotherapeut. Over ziek zijn en werk zegt hij: “Daar moet je niet moeilijk over doen. Als je je ziekte altijd wilt verbergen komen er geen oplossingen. Ik heb geleerd om te vragen wat ik nodig heb. Binnen mijn bedrijf wordt dat gewoon geregeld.”





## 8. Arbeidsparticipatie

Het aantal mensen met chronische aandoeningen stijgt in Nederland. Het is voor de maatschappij en voor mensen met een chronische ziekte of beperking van groot belang dat zij blijven werken en niet aan de zijlijn komen te staan. De meerderheid van mensen met een chronische aandoening en betaald werk ervaart een positieve invloed van werk op de kwaliteit van leven (zinnig, geluk, meedoen, sociale contacten). Het hebben, verwerven of behouden van werk is een belangrijke voorwaarde voor gezondheid. Er is samenhangend overheidsbeleid nodig voor werkbehoud bij een chronische aandoening. Met een integrale, intersectorale aanpak vanuit betrokken ministeries: SZW, VWS, Economische zaken, Financiën, OC&W.

### Wij vragen

- Kom met prikkels voor werkgevers om werknemers met een chronische aandoening aan het werk te houden. Zoals een vangnet voor tijdelijk mindere inzetbaarheid (vergelijkbaar met een vangnet bij zwangere werknemers). En maak investering voor werkaanpassingen mogelijk door die fiscaal te waarderen.
- Stimuleer werkbehoud via een actief inkoopbeleid van overheden, onder andere door in aanbestedingen het criterium op te nemen dat bedrijven die werken met chronisch zieken voorrang hebben.
- Zorg dat medisch specialisten en paramedici werk ook betrekken in het Samen Beslissengesprek in de spreekkamer. En dat ze nadrukkelijk bij mensen met een chronische aandoening vragen naar werk(behoud) en welke ondersteuning ze daarbij nodig hebben.

#### Colofon

De Patiëntenfederatie vertegenwoordigt 200 patiëntenorganisaties. Wij maken ons sterk voor alle mensen die zorg nodig hebben.

Voor vragen en meer informatie: Marleen Okma, adviseur Public Affairs; [m.okma@patiëntenfederatie.nl](mailto:m.okma@patiëntenfederatie.nl)

© Communicatie – maart 2020