



ZKN keurmerk toetsingscriteria

geldig van maart 2013



Kies met gezond verstand, kies voor een kliniek met het ZKN-keurmerk



Aanpassingen Toetsingscriteria ZKN-Keurmerk

Inleiding

Het ZKN keurmerk staat voor hoge kwaliteit, een duidelijk herkenbaar teken waar patiënten op selecteren. Niet alleen letten steeds meer patiënten op het ZKN keurmerk, ook andere organisaties gebruiken het keurmerk vanwege de garantie dat de kliniek jaarlijks door een onafhankelijke keuringsinstantie wordt getoetst op hoogstaande kwaliteitscriteria. Banken gebruiken het ZKN keurmerk bij de beoordeling van klinieken, steeds meer verzekeraars gebruiken het ZKN keurmerk als inkoopvoorwaarde, de NPCF beveelt het ZKN keurmerk aan patiënten aan en ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg vraagt naar het ZKN keurmerk in haar kwaliteitsindicatoren particuliere klinieken.

Het College van Deskundigen is verantwoordelijk voor aanpassingen van de toetsingscriteria. Het College heeft de taak om de toetsingscriteria up to date te houden. Zij heeft in 2012 een aantal wijzigingen opgesteld, die door het ZKN bestuur en de ZKN Ledenvergadering zijn overgenomen. Het VMS addendum geldt voor alle klinieken vanaf 1 januari 2013. Voor de overige wijzigingen geldt dat klinieken uiterlijk tot de eerste audit in 2014 hebben om aan de nieuwe norm te voldoen.

Wanneer gelden de nieuwe criteria voor ZKN keurmerkleden?

Het addendum met de VMS eisen geldt reeds vanaf 1 januari 2013 voor alle ZKN keurmerkleden. Voor ZKN-keurmerkleden gelden de criteria versie maart 2013 vanaf de eerste audit in 2014. De leden hebben hiermee minimaal negen maanden om aan de nieuwe criteria te voldoen. Leden mogen vanzelfsprekend al eerder aan de nieuwe norm voldoen. Een ingevoerd VMS is reeds voor alle klinieken verplicht, conform de veiligheidsnorm NTA8009:2011. Daarom zijn in juli 2012 reeds de VMS eisen voor het ZKN keurmerk gepubliceerd, en gelden deze voor alle ZKN leden en kandidaat leden vanaf 1 januari 2013.

Wanneer gelden de nieuwe criteria voor kandidaat leden?

Het addendum met de VMS eisen geldt vanaf 1 januari 2013 voor alle kandidaat leden. Voor kandidaat leden gelden de criteria versie maart 2013 vanaf de eerste audit in 2014. Kandidaat leden hebben hiermee minimaal negen maanden om aan de nieuwe criteria te voldoen. Kandidaat leden mogen vanzelfsprekend al eerder aan de nieuwe norm voldoen. Een ingevoerd VMS is reeds voor alle klinieken verplicht, conform de veiligheidsnorm NTA8009:2011. Daarom zijn in juli 2012 reeds de VMS eisen voor het ZKN keurmerk gepubliceerd, en gelden deze voor alle ZKN leden en kandidaat leden vanaf 1 januari 2013.



Wanneer gelden de nieuwe criteria voor nieuwe kandidaat leden?

Vanaf maart 2013 gelden de nieuwe normen versie maart 2013 inclusief VMS voor nieuwe kandidaat leden. Nieuwe kandidaat leden hebben 1 jaar vanaf aanmelding bij ZKN om het ZKN keurmerk te behalen.

Belangrijkste aanpassingen criteria

Punten die niet in overeenstemming zijn met het belang van de consument zijn geschrapt. Een aantal eisen is aangescherpt of duidelijker weergegeven. Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste aanpassingen.

VMS in ZKN keurmerk

Omdat de veiligheidsnorm (NTA8009:2011) zegt dat alle organisaties voor medisch specialistische zorg aan de veiligheidseisen dienen te voldoen per 1 januari 2013, gelden de VMS eisen reeds per 1 januari 2013. Dit betekent dat alle zelfstandige klinieken bij hun audit in 2013 geaudit worden op de VMS eisen. ZKN ondersteunt klinieken met het behalen van het VMS met haar ZKN veiligheidsprogramma.

De VMS eisen zijn officieel per 1 januari 2013 onderdeel van het ZKN keurmerk en reeds verspreid als addendum. Deze eisen zijn afgestemd met het College van Deskundigen, KIWA en IGZ.

Naast dat het VMS in het ZKN keurmerk is opgenomen, zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd:

- Schrappen van de obsoleete eis voor de beschikbaarheid voor de inventarisatielijst van IGZ.
- Schrappen van de verwarrende eis voor aansluiting bij de Geschillencommissie (aansluiting volgt automatisch bij behalen ZKN keurmerk).
- Toevoeging van een eis voor:
 - Beoordeling kritische leveranciers
 - Tekortkomingen uit inspecties en visitaties
 - Herkennen en kunnen omgaan met huiselijk geweld en kindermishandeling
- Aanscherping van de eis voor de visitatie van medisch specialisten en de apotheker.

Op de volgende bladzijden wordt de volledige tekst met wijzigingen weergegeven. De nieuwe toetsingscriteria zijn ook beschikbaar op www.zkn.nl/klinieken/keurmerk/toelatingscriteria-zkn-keurmerk/.

Inleiding

De toetsingscriteria van het ZKN-Keurmerk zijn een aanvulling op de wetgeving die van toepassing is op de kliniek. Daarnaast dient te worden voldaan aan de richtlijnen en normen van de beroepsgroepen die vertegenwoordigd zijn in de organisatie.

Toelichting opzet van het toetsingsmodel.

Indien wordt verwezen naar het aanwezig zijn van een procedure, dan dient deze te zijn opgesteld, ingevoerd en intern getoetst. Een procedure kan ook bestaan in de vorm van een protocol, werkinstructie of andere vorm van vastgelegde afspraak.

In het geval een eis voor een kliniek niet van toepassing is, dan kan dit beargumenteerd uitgesloten worden.

Implementatietermijn

De zorgaanbieder dient vanaf de aanvang van het ZKN kandidaat lidmaatschap het ZKN keurmerk binnen een door het bestuur vastgestelde termijn te behalen. Op het moment van publicatie dienen kandidaat leden het ZKN keurmerk uiterlijk binnen één jaar te behalen. Na het behalen van het keurmerk en het ontvangst van het certificaat, verkrijgt de kliniek de status van lid van ZKN. Een zelfstandige kliniek mag het ZKN-logo pas voeren na het behalen van het ZKN-keurmerk.



Algemene eisen

1. Kwaliteitsbeleid

De organisatie heeft een bij de kliniek passend (kwaliteits)beleid gedefinieerd, waarin de kliniek haar visie beschrijft op tenminste de volgende onderwerpen:

- het zorgaanbod in herkenbare medische disciplines, doelgroepen en behandelingen;
- cliënttevredenheid;
- deskundigheidsbewaking en –bevordering;
- voorzieningen voor behandeling;
- infectiepreventie;
- voldoen aan wet- en regelgeving;
- continue verbetering van zorg- en dienstverlening.

De directie bewerkstelligt dat het beleid bekend en begrepen is door alle medewerkers binnen de kliniek.

2. Organisatie

- a. Binnen de kliniek zijn alle functies en hun samenhang beschreven, waarbij verantwoordelijkheden en bevoegdheden eenduidig zijn toebedeeld. Specifiek dienen te zijn vastgelegd de bevoegdheden met betrekking tot:
- acceptatie cliënten voor behandeling;
 - het beoordelen en beëindigen van de behandeling;
 - het verrichten van voorbehouden handelingen / anesthesiologische zorg;
 - het beoordelen en bewaken van de deskundigheid / medische eindverantwoordelijkheid.

Voor iedere discipline, is een intern verantwoordelijke specialist aangesteld die de uitvoering volgens het principe van best practise bewaakt.

- b. De kliniek heeft contracten afgesloten met voor de behandelingen bevoegde medewerker(s), waarvan tenminste een BIG en MSRC geregistreerd medische specialist voor 0,4 fte in de kliniek werkzaam is. Aanwezigheid van een medisch specialist is vereist voor tenminste 0,4 fte. Indien meerdere specialisten verbonden zijn dienen zij daar tezamen ook voor tenminste 0,4 fte werkzaam te zijn. Bij de initiële audit zal dit gelden als een streefnormering. Na 12 maanden bij de opvolgingsaudit zal de norm van 0,4 fte gehaald dienen te worden. Daarnaast dient waarneming structureel te zijn geregeld.

3. Verantwoording

Jaarlijks stelt de kliniek een jaardocument en indicatoren op in overeenstemming met de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

4. Publiciteit

De kliniek kan aantonen dat advertenties en overige vormen van publiciteit door feiten onderbouwd zijn.

Clïentgebonden aspecten

5. Intake en acceptatie

- a. De organisatie hanteert een procedure voor de intake. In deze procedure zijn de inclusie- en exclusiecriteria voor de acceptatie van cliënten verwerkt. Acceptatie dient door een daarvoor bevoegde BIG geregistreerde arts te geschieden. Indien er anesthesiologische zorg noodzakelijk is, dient er een preoperatieve screening plaats te vinden volgens de normen van de NVA. Resultaten van de intake worden in het dossier opgeslagen.
- b. De cliënt wordt voorafgaand aan een besluit tot behandelen geïnformeerd over tenminste:
- verwachte resultaten en (mogelijke) gevolgen van de behandeling*
 - alternatieven voor de behandeling
 - financiële aspecten, inclusief mogelijkheden ten aanzien van verzekeringen*
 - tijd voor overwegen, om tot een weloverwogen besluit te kunnen komen
 - te nemen acties na besluitvorming en welke de volgende stappen zijn bij akkoord
 - aanwezigheid van een privacyreglement (per mail of met verwijzing naar de website).
- c. De cliënt wordt voorafgaand aan de behandeling geïnformeerd over tenminste:
- informatie / instructies voor de cliënt, te volgen voorafgaand aan de behandeling*
 - instructies voor begeleiding, opvang en vervoer, indien relevant *
 - regelingen die de organisatie hanteert voor de afhandeling van klachten en geschillen*
 - bereikbaarheid*.
- d. De cliënt wordt voorafgaand aan de behandeling ten behoeve van de nazorg geïnformeerd over tenminste:
- instructies voor de cliënt voor na de behandeling, inclusief symptomen waarbij de cliënt contact moet opnemen*
 - de bereikbaarheid van de organisatie indien er complicaties optreden buiten werktijden*.
- e. De toestemming van de cliënt voor invasieve behandelingen wordt vastgelegd in het dossier volgens de WGBO.

*De met * gemerkte onderwerpen dienen schriftelijk meegegeven te worden.*



6. Uitvoering

- a. De cliënt wordt gedurende de voorbereiding, behandeling en nazorg binnen de kliniek door deskundigen begeleid
- b. Behandelingen worden uitgevoerd volgens onderbouwde protocollen. Relevante gegevens van de behandeling worden in het dossier vastgelegd volgens de binnen de beroepsgroep geldende regels.
- c. Bij anesthesiologische zorg is de gehele tijd een anesthesioloog aanwezig. Gedurende de narcose worden de vitale functies bewaakt. Gegevens en registratie van de bewaking worden in het dossier opgenomen. Gedurende de periode op de verkoeverkamer is continue observatie door aanwezig bekwaam personeel geregeld, onder supervisie van een anesthesioloog volgens richtlijnen van de NVA.
- d. Voor het gebruik van locale verdoving zijn interne afspraken vastgelegd.
- e. Toegediende medicatie wordt vastgelegd. Gebruikte medicatie is onderdeel van het interne overleg inzake de beheersing van deskundigheid.
- f. Indien van toepassing is traceerbaarheid van implantaten en medicatie geregeld.
- g. Binnen de kliniek wordt een procedure voor het ontslaan van cliënten gehanteerd. Ontslag geschiedt aantoonbaar onder verantwoordelijkheid van de arts. De cliënt ontvangt informatie ten behoeve van zijn medisch dossier, welke veelal wordt beheerd door de huisarts. Op verzoek van de cliënt kan hiervan worden afgeweken.
- h. Voor de begeleider van een cliënt zijn voorzieningen getroffen om de tijd door te brengen.

7. Nazorg

Voor de nazorg zijn passende 24/7- faciliteiten geregeld en deskundigen zijn dan bereikbaar. Indien er voor noodgevallen samenwerking is met een andere instelling of zorgverlener, dan zijn hiermee schriftelijke afspraken over bereikbaarheid, beschikbaarheid, dienstverlening en wijze van rapportage opgesteld.

Ondersteunende aspecten deskundigheid

8. Interne beheersing van deskundigheid

- a. Binnen de kliniek is voor iedere discipline een intern eindverantwoordelijke specialist aangesteld. Deze specialist draagt zorg voor de interne borging van de geleverde kwaliteit van handelen op zijn vakgebied. Onder verantwoordelijkheid van deze specialist worden de werkafspraken/protocollen vastgelegd voor de behandelingen. Andere specialismen worden daarbij indien van belang betrokken. De wijze van frequentie van overleg tussen de artsen is beschreven.

- b. Indien er medische handelingen op het disciplinegebied door andere medewerkers worden verricht, dan is geregeld dat de intern verantwoordelijke specialist betrokken is bij de beoordeling van de betreffende medewerkers. Dit geschiedt met een vastgestelde frequentie en op basis van vastgestelde criteria. Van de resultaten van deze beoordeling wordt een individuele registratie bijgehouden.
- c. Voorbehouden handelingen worden alleen uitgevoerd door bevoegde en bewaakte medewerkers. Binnen de organisatie zijn passende training- en beoordelingsregistraties voorhanden, indien de handelingen zijn gedelegeerd. Bij uitvoering van deze handelingen is een arts beschikbaar.
- d. Alle medewerkers voldoen aan de eisen van de beroepsgroep, zijn waar mogelijk of nodig BIG geregistreerd en volgen passende bij- en nascholing. Van de opleiding, bij- en nascholing wordt registratie bijgehouden.
- e. Voor alle nieuwe medewerkers wordt een inwerkprogramma gehanteerd. Voortgang en het voldoen aan de eisen van de organisatie worden vastgelegd.
- f. Van ingeleende- of gehuurde krachten zijn de relevante opleidingen en registraties beschikbaar.
- g. Medewerkers van de kliniek die omgaan met patiënten kunnen de signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling herkennen. Zij gebruiken voor het omgaan met huiselijk geweld en kindermishandeling een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

9. Externe beoordeling deskundigheid

- a. Iedere medisch specialist ondergaat met een vastgestelde frequentie een intercollegiale toetsing door een onafhankelijke vertegenwoordiger van de beroepsgroep. De visitatie van de medisch specialist geschiedt binnen de kliniek. Het visitatierapport ligt ter inzage in de kliniek.
- b. De gebruikte protocollen zijn onderdeel van de beoordeling. De frequentie geschiedt in overeenstemming met hetgeen door de beroepsgroep is bepaald. Resultaten van deze beoordeling worden vastgelegd door de beoordelende partij. Geconstateerde punten ter verbetering worden afgehandeld via het systeem voor continue verbetering. (Opm: dit systeem voorziet ook in de mogelijkheid om te beargumenteren dat er geen actie genomen wordt).
- c. Vanaf 1-1-2013 hebben klinieken een aantoonbare inspanningsverplichting ten aanzien van het verkrijgen van een visitatie van de medisch specialisten. Een enkel schriftelijk verzoek aan een visitatiecommissie is niet afdoende. Wanneer een kliniek niet kan aantonen dat er aanzienlijke inspanningen zijn verricht voor het verkrijgen van een visitatie in 2013, of toezegging voor een visitatie in 2014, wordt er niet voldaan aan de ZKN keurmerk toetsingscriteria.



Externe beoordeling werkwijze

10. Externe beoordelingen

- a. Indien er behandelingen geschieden met infectierisico, vindt er ten minste jaarlijks een beoordeling plaats door een geregistreerde onafhankelijke adviseur infectiepreventie. Resultaten van deze beoordeling worden vastgelegd door de beoordelende partij. Geconstateerde punten ter verbetering worden afgehandeld via het systeem voor continue verbetering.
- b. Indien binnen de kliniek een apotheekvoorraad niet op naam gestelde geneesmiddelen aanwezig is, dient er een gevestigd apotheker verbonden te zijn aan de kliniek, ingeschreven in het register van gevestigd apothekers, conform de Geneesmiddelenwet. De gevestigd apotheker is voldoende beschikbaar voor de invulling van de taken en verantwoordelijkheden van zijn/haar functie. Indien er met medische gassen gewerkt wordt is een gevestigd apotheker vereist.
- c. Indien binnen de kliniek een beperkte (nood) voorraad niet op naam gestelde geneesmiddelen aanwezig is, dienen deze via recepten van de arts door de apotheker te worden aangevuld. Hiertoe is een overeenkomst opgesteld en zijn er afspraken vastgelegd voor het gebruik en beheer van de beperkte (nood) voorraad.
- d. Door de leverende apotheker of de gevestigd apotheker wordt tenminste één keer per jaar een beoordeling uitgevoerd. Resultaten van deze beoordeling worden vastgelegd. Geconstateerde punten ter verbetering worden afgehandeld via het systeem voor continue verbetering.
- e. Indien binnen de instelling hulpmiddelen worden gesteriliseerd, dan worden de activiteiten inzake het steriliseren en de opslag van de gesteriliseerde hulpmiddelen uitgevoerd door iemand die aantoonbaar ervaring heeft en bekwaam en bevoegd is met het steriliseren van instrumenten en het omgaan met steriele producten.

Ondersteunende aspecten voorzieningen en (hulp)middelen

11. Infectiepreventie

- a. Behandelruimten voldoen aan de wettelijke richtlijnen vanuit de Stichting Werkgroep Infectie Preventie (WIP).
- b. Voor de behandelruimten wordt een passend schoonmaakprotocol gehanteerd volgens de richtlijnen van de Stichting Werkgroep Infectie Preventie. Uitvoering hiervan wordt geregistreerd.
- c. Voor de medewerkers gelden de persoonlijke hygiëneprotocollen en de richtlijnen van de Stichting Werkgroep Infectie Preventie.

12. Opslag

Voor de opslag zijn passende voorzieningen aanwezig, zodat producten opgeslagen kunnen worden volgens de wettelijke eisen en op een wijze die achteruitgang voorkomt. Dit geldt eveneens voor gassen die in de operatiekamer worden gebruikt.

13. Meetmiddelen

Meetmiddelen worden regelmatig gecontroleerd of gekalibreerd. Registratie is voorhanden. Onderhoud van de apparatuur dient geregeld te zijn volgens de wettelijke normen. Onderhoud dient periodiek plaats te vinden, passende registratie hiervan is voorhanden. De registratie is uitgevoerd en geregistreerd in overeenstemming met de eisen van de fabrikant. Defecte apparatuur wordt als zodanig herkenbaar gemaakt. Bij nieuwe apparatuur worden de betreffende medewerkers getraind en het onderhoudsschema aangevuld.

14. Beoordeling kritische leveranciers

De organisatie bewerkstelligt dat ingekochte producten en diensten voldoen aan de gespecificeerde inkoop-eisen. Het soort en de mate van beheersing op de leveranciers van producten en diensten staat in verhouding met het effect van het ingekochte product of dienst op de kwaliteit van zorg.

Omgaan met afwijkingen en continue verbetering

15. Geplande verbeteringen

Jaarlijks stelt de kliniek een plan met geplande verbeteringen op. Doelstellingen worden meetbaar gedefinieerd. Met vastgestelde frequentie wordt de voortgang in de realisatie van de doelstellingen bewaakt en geregistreerd.

16. Monitoring van de processen

De kliniek bewaakt de door de Inspectie gedefinieerde kwaliteitsindicatoren.

17. Cliënttevredenheid

De kliniek voert periodiek een cliënttevredenheidonderzoek uit (minimaal jaarlijks).

18. Noodsituaties

- a. De kliniek is ingericht om te kunnen reageren op medische noodsituaties. Benodigde middelen en getrainde / bevoegde medewerkers zijn beschikbaar. Afspraken zijn vastgelegd voor het aanmelden, vervoeren en overdragen van de cliënt(en), indien nodig wordt van een ambulance gebruik gemaakt.
- b. De kliniek heeft een ontruimingsplan per locatie en kan aantoonbaar maken dat deze voldoet (Arbo-wet Ai blad 10).



19. Incidenten en complicaties

De kliniek heeft een procedure voor het registreren van incidenten en complicaties (voorbeelden: MIP/FONA/VIM) en de gekozen wijze van afhandelen.

20. Klachten

- a. De kliniek heeft een procedure voor het ontvangen en het afhandelen van klachten over zorg- en dienstverlening. Gedefinieerd is wat binnen de kliniek als klacht wordt afgehandeld. Vastgelegd is welke functionaris verantwoordelijk is voor de klachtafhandeling.
- b. De kliniek heeft een onafhankelijke klachtencommissie in overeenstemming met de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.

21. Continue verbetering

De kliniek heeft een procedure voor het bewerkstelligen van blijvende verbeteringen in zorg- en dienstverlening. Deze procedure voorziet tenminste in:

- het bepalen van de oorzaken van afwijkingen;
- het beoordelen van de noodzaak om maatregelen te treffen om te bewerkstelligen dat afwijkingen zich niet opnieuw voordoen;
- het vaststellen en doorvoeren van de benodigde maatregelen;
- het registreren van de resultaten van de getroffen maatregelen; en
- het beoordelen van het effect van de getroffen maatregelen.

22. Tekortkomingen uit inspecties en visitaties

Klinieken leggen alle conclusies, aanwijzingen en tekortkomingen uit de audits, toezichtbezoeken en controles van (overheids) instanties en wetenschappelijke verenigingen (visitatiecommissie medisch specialisten) van de afgelopen 12 maanden schriftelijk voor aan de KIWA auditor. Indien een verslag van een dergelijke controle of bezoek nog niet voor handen is, gebeurt dit mondeling. Klinieken tonen aan dat de kritische conclusies, aanwijzingen of tekortkomingen zijn opgelost.

Beheer van documenten en gegevens

23. Afspraken binnen de kliniek

De organisatie hanteert een procedure voor het autoriseren, beheren en wijzigen van alle documenten die de afspraken (zoals handboeken, procedures, instructies en protocollen) binnen de kliniek weergeven. Informatie moet op de relevante locaties in de juiste versie beschikbaar zijn.

24. Cliëntdossier

De organisatie hanteert regelingen voor het vullen, bijhouden, opslaan en vernietigen van cliëntdossiers. Bewaartermijnen dienen vastgesteld te zijn en te voldoen aan de binnen de beroepsgroep gangbare en wettelijke regelingen.

25. Normen, voorschriften en richtlijnen

De organisatie heeft een overzicht met voor de instelling relevante eisen en wet- en regelgeving.

26. Elektronische gegevens

Door de kliniek wordt met vastgestelde frequentie zorg gedragen voor het maken van back-ups van de relevante gegevens. Netwerken zijn beveiligd tegen inbraak.

27. Addendum Veiligheid Management Systeem (VMS)

De VMS eisen zijn onderdeel van het ZKN keurmerk en in een apart addendum gepubliceerd. Dit is beschikbaar op www.vmszkn.nl.



Over ZKN

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) is de vereniging voor zelfstandige klinieken in Nederland. Zowel klinieken die verzekerde zorg aanbieden (ZBC's) als klinieken die niet-verzekerde zorg aanbieden zijn aangesloten bij ZKN. ZKN waarborgt de kwaliteit van deze klinieken.

Doelstelling ZKN

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) heeft als doelstelling de kwaliteit van medische behandelingen geleverd door zelfstandige klinieken, te bevorderen en inzichtelijk te maken voor iedere cliënt en patiënt in Nederland.

ZKN-keurmerk

Om u als patiënt of cliënt betrouwbare en optimale kwaliteit van medisch specialis-tische zorg te bieden, heeft ZKN in samenwerking met een onafhankelijk certifice-ringinstituut een kwaliteitskeurmerk ontwikkeld. Met het ZKN-keurmerk ziet ZKN erop toe dat de kwaliteit van aangesloten klinieken op een hoog peil staat en blijft staan. De klinieken met een ZKN-keurmerk voldoen aan de strengste eisen.

Aangesloten klinieken

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) is het overkoepelend orgaan voor par-ticuliere initiatieven van medisch specialisten die vallen onder de Wet Toelating Zorginstellingen. ZKN vertegenwoordigt op dit moment al 190 zelfstandige klinieken met samen 280 vestigingen. Hiertoe behoren klinieken die onder meer de volgende specialismen aanbieden: oogheelkunde, kaakchirurgie, dermatologie, flebologie, KNO, gynaecologie, pijnbestrijding, neurologie, orthopedie, cardiologie en cosmetische chirurgie.

ZKN erkend door de Minister van VWS

ZKN is als vereniging erkend om namens alle zelfstandige behandelcentra (ZBC's) onderhandelingen te voeren met het Ministerie van Volksgezondheid. Alle klinieken die bij ZKN zijn aangesloten hebben een vestigingsvergunning van het Ministerie van VWS.

Colofon

Dit is een publicatie van de Zelfstandige Klinieken Nederland
Postbus 262
2260 AG Leidschendam

Marijn Lamers, manager Kwaliteit en Veiligheid
info@zkn.nl
www.zkn.nl

Overname is alleen toegestaan met correcte bronvermelding. Dit document is met de meeste zorgvuldigheid samengesteld. ZKN aanvaardt geen aansprakelijkheid voor mogelijke gevolgen die zouden kunnen voortvloeien uit het gebruik van deze publicatie.

Grafische vormgeving:
ZKN | Marina Roos-Jansen





zkn

ZELFSTANDIGE KLINIEKEN NEDERLAND

KEURMERK