

Ansökan att driva verksamhet inom Vårdval Vårdcentral och Vårdval Rehab enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)

Om du har frågor gällande ansökan om att driva verksamhet inom Vårdval Vårdcentral kontakta: vgprimarvard@vgregion.se

Om du har frågor gällande ansökan om att driva verksamhet inom Vårdval Rehab kontakta: vardval.rehab@vgregion.se

Sökande – företag/organisation (obligatorisk)

Namn – hela juridiska namnet med bolagsform		Organisationsnummer
Postadress		Postnummer och ort
Telefon		
Webbplats		Bankgiro/Plusgiro
Firmatecknare		Telefon
Kontaktperson för ansökan		
E-post	Telefon	
<input type="checkbox"/> Sökande driver i dag verksamhet inom vårdvalen eller annan verksamhet Om ja, ange vilken/vilka verksamheter som bedrivs:		

Ansökan avser (markera med x) (obligatorisk)

- Vårdval Vårdcentral
- Vårdval Vårdcentral Filial
- Vårdval Rehab
- Vårdval Rehab Filial
- Vårdval Rehab Tilläggsuppdrag neurovårdsteam

Namn på vårdenheten		Verksamhetsstart – datum
Postadress		Postnummer
E-post		Telefon
Verksamhetschef		
E-post		Telefon
Medicinskt ansvarig		
E-post		Telefon
Hjälpmiddelsansvarig (avser endast Vårdval rehab)		
E-post		Telefon

Mottagningens lokalisering (obligatorisk)

Beskriv lokalerna (ange tex antal kvm, ett eller flera plan, antal rum - bifoga gärna en enkel skiss)

Jag är medveten om att lokalerna vid driftstart ska uppfylla kraven enligt Västra Götalandsregionens [riktlinjer och standarder för fysisk tillgänglighet](#)

Lokalen är färdig att tas i drift?

Ja Nej

Om nej, när beräknas den bli färdig?

För Vårdval Rehab ska särskilt anges: (obligatorisk för Vårdval Rehab)

Beskriv utformningen av mottagningens lokaler för att uppfylla uppdraget, inklusive utrymmen för hjälpmedel förråd (leverans och retur av hjälpmedel) och funktionella utprovningstrymmen:

Avser rehabenheten använda bassäng med tillhörande lokal? Om ja, ange adress

Bassängen uppfyller kraven enligt Västra Götalandsregionens riktlinjer för tillgänglighet

Om nej, när kommer det att ske?

IT-stöd (obligatorisk)

Journalssystem:

IT-leverantör:

*Observera att journalsystemet måste ha ett uttagsprogram som levererar data enligt Västra Götalandsregionen specificerat filformat.

Jag är medveten om att utöver journalssystem krävs även ett antal andra tjänster enligt Krav- och kvalitetsboken, så som Vårdplanering, Websesam, Mina Vårdkontakter, NPÖ, Katalog i Väst, SITHS-kort och tillgång till Sjunet.

Verksamhetsbeskrivning (obligatorisk ej filial eller tilläggsuppdrag)

Beskriv nedan hur verksamheten ska bedrivas enligt Krav- och kvalitetsboken.

Verksamhetens organisation – beskriv t ex koncernen om sökandebolaget ingår i en sådan eller ägarförhållanden och vilka verksamheter bolaget bedriver:

Verksamhetschef; ange namn och meritlista:

Medicinsk ansvarig; ange namn och meritlista:

Beskriv er verksamhetsidé och hur uppdraget och samverkan ska utföras enligt ställda krav. Ange öppettider, kvälls- och helgöppen mottagning (gäller endast Vårdval Vårdcentral):

Beskriv hur verksamheten kommer att bemannas med personal och kompetens motsvarande de krav som beskrivs i uppdraget, exempelvis krav på klinisk erfarenhet och erfarenhet av öppenvård:

Beskriv OM och i så fall på vilka platser mottagningsbesök utanför rehabenheten kommer att utföras exempelvis vid triagering på vårdcentral (gäller endast Vårdval Rehab):

Jag är medveten om att lokalerna utanför mottagningen uppfyller kraven enligt Västra Götalandsregionens [riktlinjer och standarder för fysisk tillgänglighet](#)

Beskriv verksamhetens kvalitetsledningssystem:

Ja, jag har tagit del av [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9](#), och verksamheten kommer att bedrivas i enlighet med detta.

Underleverantör (inom vilka kompetensområden och omfattning):

Övrig information:

Filial (obligatorisk för filial)

Ange till vilken enhet filialen tillhör:

Beskriv varför ni vill starta filial, t ex behovet hos invånare/listade/övriga osv:

Beskriv verksamhet, bemanning, utrustning mm för filialen, ange t ex personal, öppettider (samt antal planerade besök gäller enbart Vårdval Rehab):

Tilläggsuppdrag Neurovårdteam (obligatoriskt för tilläggsuppdrag neurovårdteam Vårdval Rehab)

Beskriv lokaler och utrustning för att utföra tilläggsuppdrag Neurovårdteam:

Beskriv hur ni planerar att samverka med vårdgrannar för att utföra tilläggsuppdrag Neurovårdteam:

Tabell 1

Ansökan avser grundupptagningsområde och kommun:

- 1. Lysekil, Munkedal, Orust, Sotenäs, Tanum, Strömstad
- 2. Bengtsfors, Dals-Ed, Färgelanda, Mellerud, Åmål
- 3. Uddevalla, Trollhättan, Vänersborg, Lilla Edet
- 4. Tjörn, Öckerö, Kungälv, Stenungsund, Ale
- 5. Göteborg
- 6. Lerum, Alingsås, Vårgårda, Herrljunga
- 7. Partille, Härryda, Mölndal
- 8. Borås, Bollebygd, Ulricehamn, Tranemo, Mark, Svenljunga
- 9. Essunga, Falköping, Grästorp, Götene, Lidköping, Skara, Vara
- 10. Gullspång, Hjo, Karlsborg, Mariestad, Skövde, Tibro, Tidaholm, Töreboda

Markera med ett kryss i Tabell 1 vilket grundupptagningsområde ansökan för Neurovårdteam avser.

Beställaren kan efter ansökan från godkänd vårdgivare godkänna förändring av geografiskt område för tilläggsuppdrag Neurovårdteam utöver grundupptagningsområdet. Ansökan ska göras minst tre (3) månader före planerad förändring.

Möjlighet finns att utöka upptagningsområdet till angränsade kommuner. Markera i förekommande fall utökat geografiskt upptagningsområde för Neurovårdteam (utöver Neurovårdteamets grundupptagningsområde) i angränsande kommuner med kryss i Tabell 2.

Tabell 2

Ansökan avser utökat upptagningsområde och kommun:

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Ale | <input type="checkbox"/> 11. Gullspång | <input type="checkbox"/> 21. Lilla Edet | <input type="checkbox"/> 31. Skövde | <input type="checkbox"/> 41. Trollhättan |
| <input type="checkbox"/> 2. Alingsås | <input type="checkbox"/> 12. Göteborg | <input type="checkbox"/> 22. Lysekil | <input type="checkbox"/> 32. Sotenäs | <input type="checkbox"/> 42. Töreboda |
| <input type="checkbox"/> 3. Bengtsfors | <input type="checkbox"/> 13. Götene | <input type="checkbox"/> 23. Mariestad | <input type="checkbox"/> 33. Stenungsund | <input type="checkbox"/> 43. Uddevalla |
| <input type="checkbox"/> 4. Bollebygd | <input type="checkbox"/> 14. Herrljunga | <input type="checkbox"/> 24. Mark | <input type="checkbox"/> 34. Strömstad | <input type="checkbox"/> 44. Ulricehamn |
| <input type="checkbox"/> 5. Borås | <input type="checkbox"/> 15. Hjo | <input type="checkbox"/> 25. Mellerud | <input type="checkbox"/> 35. Svenljunga | <input type="checkbox"/> 45. Vara |
| <input type="checkbox"/> 6. Dals-Ed | <input type="checkbox"/> 16. Härryda | <input type="checkbox"/> 26. Munkedal | <input type="checkbox"/> 36. Tanum | <input type="checkbox"/> 46. Vårgårda |
| <input type="checkbox"/> 7. Essunga | <input type="checkbox"/> 17. Karlsborg | <input type="checkbox"/> 27. Mölndal | <input type="checkbox"/> 37. Tibro | <input type="checkbox"/> 47. Vänersborg |
| <input type="checkbox"/> 8. Falköping | <input type="checkbox"/> 18. Kungälv | <input type="checkbox"/> 28. Orust | <input type="checkbox"/> 38. Tidaholm | <input type="checkbox"/> 48. Åmål |
| <input type="checkbox"/> 9. Färgelanda | <input type="checkbox"/> 19. Lerum | <input type="checkbox"/> 29. Partille | <input type="checkbox"/> 39. Tjörn | <input type="checkbox"/> 49. Öckerö |
| <input type="checkbox"/> 10. Grästorp | <input type="checkbox"/> 20. Lidköping | <input type="checkbox"/> 30. Skara | <input type="checkbox"/> 40. Tranemo | |

Bemanning och kompetens för tilläggsuppdrag Neurovårdteam (obligatorisk för Vårdval Rehab)

Beskriv hur Neurovårdteamet kommer att bemannas med personal och kompetens motsvarande de krav som beskrivs i uppdraget, fördelat på fysioterapeut, arbetsterapeut och logoped:

Ekonomi (obligatorisk för nya enheter)

Den sökande ska ha ekonomisk stabilitet och ekonomiska förutsättningar för att utgöra uppdraget enligt Krav- och kvalitetsboken och den sökandes beskrivning av verksamheten i ansökan. Västra Götalandsregionen gör en helhetsbedömning av sökandes ekonomiska stabilitet och ekonomiska förutsättningar under hela avtalsperioden.

Följande handlingar skickas in till Västra Götalandsregionen

Bocka för att du har bifogat:

- En koncernskiss där samtliga bolag i koncernen ingår om bolaget ingår i en koncern
- Aktiebok för samtliga bolag i koncernen
- Registreringsbevis för samtliga bolag i koncernen
- Begäran om upplysningar vid offentlig upphandling ”Skatteverkets blankett SKV 4820”. Blanketten ska vara ifylld av Skattemyndigheten. Blanketten rekvideras från [skatteverket.se](https://www.skatteverket.se)
- Bevis om att samtliga bolagsföreträdare inte återfinns i näringsförbudsregistret (beställs från bolagsverket)
- Senast fastställda årsredovisning för samtliga bolag i koncernen
- Kreditupplysning för samtliga bolag i koncernen
- Ekonomisk säkerhet tex bankgaranti, lånegaranti eller moderbolagsgaranti - enligt bifogad mall
- Ekonomisk plan för verksamhetens två första år (månadsvis) där finansiering och budget (intäkter och kostnader och en förklaring till hur intäkterna beräknats)

Ovannämnda får vara maximalt tre (3) månader gamla.

Sökande ska lämna kompletterande upplysningar om Västra Götalandsregionen så begär.

Sökande ska medverka vid dialogmöten om så Västra Götalandsregionen begär inför ett förestående godkännande. Sökande ska om Västra Götalandsregionen begär, om lokal finns tillgänglig, förevisa denna.

Underskrift (obligatorisk)

Genom undertecknandet av denna ansökan försäkras att företaget eller dess företrädare ej dömts för sådant brott eller att företaget befinner sig i omständigheter som framgår av kapitel 1 i Krav- och kvalitetsboken (LOV kap 7 1-2§§).

Vi har tagit del av och accepterat förfrågningsunderlaget enligt LOV Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral/Vårdval Rehab och förbinder oss att arbeta i enlighet med dess förutsättningar och villkor.

Ort och datum

Underskrift av behörig person

Namnförtydligande

Adress och telefon till den som har skrivit under ansökan (om annan person än kontaktperson för ansökan)

**Underskriven ansökan scannas in
och skickas till: HSS@vgregion.se**

**Om underskriven ansökan inte kan
skickas digitalt, skicka den till:**

**Diariet
Stationsgatan 3
541 30 Skövde**