

Protokol

z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2018 ve skupině poskytovatelů **mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb**

Datum konání: 24. května 2017

Účastníci jednání: dle prezenční listiny

Předložené návrhy jsou přílohou č. 1-5.

Účastníci při jednání došli k parciální dohodě v homogenní části skupiny poskytovatelů radiodiagnostických služeb a nedošli k dohodě v homogenní části skupiny poskytovatelů mimolůžkových laboratorních služeb.

1. návrh SZP ČR (příloha č. 1 tohoto protokolu)

poskytovatelé		pojišťovny	
pro:	0	pro:	6
proti:	7	proti:	0
zdržel se hlasování:	0	zdržel se hlasování:	1

Návrh nebyl přijat.

2. návrh VZP ČR. (příloha č. 2 tohoto protokolu)

poskytovatelé		pojišťovny	
pro:	0	pro:	1
proti:	7	proti:	6
zdržel se hlasování:	0	zdržel se hlasování:	0

Návrh nebyl přijat.

3. návrh QualityLab. (příloha č. 3 tohoto protokolu)

poskytovatelé		pojišťovny	
pro:	1	pro:	0
proti:	3	proti:	7
zdržel se hlasování:	3	zdržel se hlasování:	0

Návrh nebyl přijat.

4. návrh Privalab z.s., ČLK o.s. (příloha č.4 tohoto protokolu)

poskytovatelé		pojišťovny	
pro:	5	pro:	0
proti:	0	proti:	7
zdržel se hlasování:	2	zdržel se hlasování:	0

Návrh nebyl přijat.

5. Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, GAR a SNAR z.s. (příloha č. 5 tohoto protokolu)

poskytovatelé		pojišťovny	
pro:	5	pro:	7
proti:	0	proti:	0
zdržel se hlasování:	2	zdržel se hlasování:	0

Návrh byl přijat.

Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzují svým podpisem:

Za poskytovatele zdravotní péče:

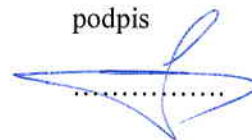
jméno koordinátora

organizace

podpis

Ing. Mgr. David Hepnar, MBA

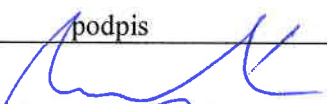


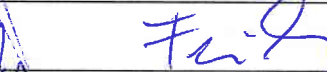


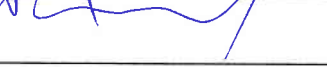
PHIVIZOR a.s.
.....



Za zdravotní pojišťovnu:

jméno:

podpis

VZP ČR	Ing. Jiří Mrázek, MBA	
OZP	MUDr. Ludmila Plšková	
ZPŠ	MUDr. Petr Šmach	
ČPZP	MUDr. Pavel Frňka	
VoZP	MUDr. Ladislav Gregor	
ZPMV	PharmDr. Ivana Cimalová	
RBP	MUDr. Jiří Havrlant	

NÁVRH SZP ČR PRO DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ NA ROK 2018

Zdravotní péče poskytovaná v odbornostech 222, 801, 802, 807, 808, 809, 812 až 819, 822 a 823

Zdravotní péče poskytovaná v roce 2018 ve výše uvedených odbornostech bude hrazena podle individuálního smluvního ujednání mezi konkrétním poskytovatelem zdravotní péče a příslušnou zdravotní pojišťovnou. V případě, že mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní péče nedojde k individuální smluvní dohodě o způsobu a výši úhrad, bude zdravotní péče poskytovaná v roce 2018 hrazena dle níže uvedených pravidel.

1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu a screeningu děložního hrdla podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.
2. Výše úhrady se stanoví podle seznamu zdravotních výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu:
 - a. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 809 a v odbornosti 810 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč s výjimkou nasmlouvaných výkonů 89711 až 89725 a dále výkonů 89611 až 89619, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,53 Kč a s výjimkou výkonu 89312 pro který se stanoví hodnota bodu 0,80 Kč.
 - b. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 807, 812 až 815, 817, 819, a 823 podle seznamu zdravotních výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,71 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v odbornostech, pro které je držitelem Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189, případně Osvědčení o auditu NASKL II na minimálně takový rozsah metod, které k zajištění kvality laboratorní diagnostiky doporučily jednotlivé odborné společnosti v rámci Rady pro akreditaci klinických laboratoří ČLS JEP. PZS prokáže platný certifikát na celé období roku 2018 nejdéle do 31. 3. 2018. Pro všechny ostatní neakreditované odbornosti, případně odbornosti, pro které není splněna předchozí podmínka, se stanoví základní hodnota bodu ve výši 0,40 Kč.
 - c. Služby v odbornosti 816 budou uhrazené pouze v případě jejich indikace klinickým genetikem. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,50 Kč, přičemž pro níže uvedené metody se stanovuje úhrada maximálně ve výši:

• Dvě trombomutace společně	2 898 Kč
• Tři trombomutace společně	4 030 Kč
• Pět trombomutací společně	5 162 Kč

• Cystická fibróza 36/50 mutací	9 690 Kč
• Bechtěrev HLA B27	1 766 Kč
• BRCA komplet	30 066 Kč

3. Celková výše úhrady Poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$POP_{icZ} \times PURO_{icZ} \times 1,02$$

kde:

POP_{icZ} počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v odstavci 2 v hodnoceném období; hodnoceným obdobím se rozumí rok 2018.

$PURO_{icZ}$ průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v odstavci 2 v referenčním období; referenčním obdobím se rozumí rok 2016.

4. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s rokem 2016 a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je ve smlouvě, včetně vyčíslení navýšení (krácení) úhrad.
5. U poskytovatele zdravotních služeb, který v referenčním období neexistoval, může zdravotní pojišťovna pro účely určení objemu definovaného v bodě 1 použít hodnoty srovnatelných poskytovatelů zdravotních služeb.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli do výše jedné dvanáctiny 102 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č.2

Návrh VZP ČR na úhradu hrazených služeb pro skupinu poskytovatelů mimolůžkových radiodiagnostických služeb pro rok 2018.

1. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.
2. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 809 a v odbornosti 810 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,13 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 89711 až 89725, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,53 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč, dále s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 89611 až 89619, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,55 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč a s výjimkou výkonu č. 89312, podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč.
3. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2. se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady (VS) a fixní složky úhrady (FS):

$$HB_{red} = FS + VS$$

kde:

HB_{red}	výsledná hodnota bodu, která je použita v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů
FS	fixní složka úhrady podle bodu 2.
VS	variabilní složka úhrady, která se stanoví podle vzorce:

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \left(\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}} \right) \left(\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}} \right) \right\}$$

kde:

HB	hodnota bodu podle bodu 2
PB_{ref}	celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, kterým je rok 2016
PB_{ho}	celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období
UOP_{ref}	počet unikátních pojištěnců v referenčním období, kterým je rok 2016
UOP_{ho}	počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období

4. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní

pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodu 3. referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.

5. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil méně než 50 unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3. nepoužije.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 101 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Návrh QualityLab pro DŘ 2018

1. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu:

a) Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 815, 817, 818, 819, 822 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,71 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v odbornostech, pro které je držitelem Osvědčení o akreditaci dle ČSN ISO 15189, případně Osvědčení o auditu II NASKL. Poskytovatel prokáže platné Osvědčení na celé období roku 2018 a předloží ho nejpozději do 31. 12. 2018. V případě, že v průběhu hodnoceného období dojde k ukončení platnosti osvědčení, je nezbytné, aby Poskytovatel nejdéle do 31.12.2018 předložil Pojišťovně Osvědčení navazující na platnost původního Osvědčení, přičemž pojišťovna akceptuje rozdíl mezi datem ukončení platnosti původního Osvědčení a datem nabytí platnosti nového Osvědčení maximálně 90 kalendářních dnů. Pokud Poskytovatel navazující Osvědčení do 31.12.2018 Pojišťovně nedoloží, bude příslušné pracoviště (IČP) pro účely hrazených služeb posuzováno jako pracoviště (IČP), které neprokázalo, že v hodnoceném období (tj. po celý rok 2018) je držitelem Osvědčení.

b) Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 816 podle seznamu zdravotních výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,50Kč, přičemž pro níže uvedené metody se stanovuje úhrada ve výši:

• dvě trombomutace společně	2 898 Kč
• tři trombomutace společně	4 030 Kč
• pět trombomutací společně	5 162 Kč
• Cystická fibróza 36/50 mutací	9 690 Kč
• Bechtěrev HLA B27	1 766 Kč
• BRCA komplet	40 254 Kč

Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech podle bodu 1 písm. a) a b) nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{POP}_{\text{icz}} \times \text{PURO}_{\text{icz}} \times 1,05,$$

kde:

POP_{icz} počet unikátních pojištěnců zdravotní pojišťovny ošetřených poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodu 1 písm. a) resp. b) v hodnoceném období, hodnoceným obdobím s rozumí rok 2018

PURO_{icz} průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem ve všech odbornostech uvedených v bodu 1 písm. a) resp. b) v referenčním období.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2016

2. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům se výpočet celkové výše úhrady nepoužije.
3. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrnému počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů.
4. Pokud poskytovatel odůvodní nezbytnost hrazených služeb poskytnutých pojištěncům, na které vykázal více bodů, než je jeho referenční průměr na jednoho unikátního pojištěnce, na jejichž základě došlo v hodnoceném období k překročení referenčního průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce o více než 105%, nezapočítají se pro účely výpočtu celkové výše úhrady tito pojištěnci do počtu unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období (POP_{icz}) a celková výše úhrady poskytovateli se navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb těmto pojištěncům poskytnutých.
5. ZP je v předložených úhradových dodatcích povinna uvést referenční údaje a doložit jejich výpočet.
6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 103 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Společný návrh Privalab – spolku privátních diagnostických laboratoří a ČLK o.s. na úhradu hrazených služeb v segmentu laboratorního komplementu pro rok 2018

Předkládaný návrh nelze interpretovat jinak než celý.

1. Pro hrazené služby poskytované v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 812 až 815, 816, 817, 818, 819, 820, 822 a 823 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,00 Kč/bod.
2. Současně s bodem 1 celková výše úhrady Poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v odst. 1 nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\text{POP}_{\text{ic}_z \text{ ref}} \times \text{PURO}_{\text{ic}_z} \times 1,05$$

- POP_{ic_z ref}** počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených Poskytovatelem v odbornostech uvedených v odst. 1 v referenčním období.
- PURO_{ic_z}** je průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně ZUM a ZULP na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce Pojišťovny ošetřeného Poskytovatelem v odbornostech uvedených v odst. 1 v referenčním období.

Referenčním obdobím se rozumí rok 2016.

3. Způsob úhrady služeb v bodě 1 a v bodě 2 lze použít pouze současně. Tam kde pojišťovna použije úhradu odchylnou od bodu 1 a 2 (za současné platnosti bodu 1 a 2), je stanovena hodnota bodu na 0,40 Kč/bod. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, je zdravotní pojišťovna oprávněna pro účely výpočtu celkové výše úhrady dle odst. 2 použít průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období v celkovém průměru za všechny poskytovatele v uvedených odbornostech.
4. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti (tj. ke změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle odst. 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných zdravotních výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu dle bodu 1. pokud se smluvní strany nedohodnou jinak.
5. Výpočet celkové výše úhrady podle odst. 2 se nepoužije:
 - a) pokud poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil 30 a méně unikátních pojištěnců,
 - b) v případě hrazených služeb poskytovaných zahraničním pojištěncům.

6. Pokud jsou změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím dohodnuty ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, musí být tyto změny dohodnuty včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.
7. Měsíční předběžná úhrada bude stanovena ve výši jedné dvanáctiny z 102 % porovnávacího objemu úhrady referenčního období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po skončení hodnoceného období.
8. Omezení celkové výše úhrady uvedené v bodě 2 uplatní zdravotní pojišťovna pouze v případě, že sdělila poskytovateli do 30.4.2018 hodnoty referenčního období Puroicz.

Příloha č. 5

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, GAR a SNAR na úhradu hrazených služeb pro skupinu poskytovatelů mimolůžkových radiodiagnostických služeb pro rok 2018.

7. Pro nasmlouvané výkony mamografického screeningu podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,03 Kč.
8. Pro hrazené služby poskytované v odbornosti 809 a v odbornosti 810 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč, s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 89711 až 89725, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,53 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč, dále s výjimkou nasmlouvaných výkonů č. 89611 až 89619, podle seznamu výkonů, pro které se stanoví hodnota bodu ve výši 0,55 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč a s výjimkou výkonu č. 89312, podle seznamu výkonů, pro který se stanoví hodnota bodu ve výši 0,80 Kč a fixní složka úhrady ve výši 0,37 Kč.
9. Celková výše úhrady poskytovateli poskytujícímu hrazené služby v odbornostech uvedených v bodě 2. se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s výslednou hodnotou bodu (HB_{red}). Výsledná hodnota bodu je součtem variabilní složky úhrady (VS) a fixní složky úhrady (FS):

$$HB_{red} = FS + VS$$

kde:

HB_{red} výsledná hodnota bodu, která je použita v hodnoceném období pro ocenění poskytnutých výkonů

FS fixní složka úhrady podle bodu 2.

VS variabilní složka úhrady, která se stanoví podle vzorce:

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \left(1,02 * \frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}} \right) \right\}$$

kde:

HB	hodnota bodu podle bodu 2
PB _{ref}	celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v referenčním období, kterým je rok 2016. Body za zdravotní výkony jsou přepočteny podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2018.
PB _{ho}	celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období
UOP _{ref}	počet unikátních pojištěnců v referenčním období, kterým je rok 2016
UOP _{ho}	počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období

10. U poskytovatele, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytoval hrazené služby pouze v části referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové úhrady podle bodu 3. referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů.
11. Pro hrazené služby poskytované zahraničním pojištěncům a v případě, že poskytovatel v referenčním nebo hodnoceném období ošetřil méně než 50 unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, se výpočet celkové výše úhrady podle bodu 3. nepoužije.
12. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 101 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Prezenční listina z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních ve skupině poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb

Datum konání: 24.5.2017 15:00

Místo konání: VZP ČR, Orlická 2020/2, 130 00 Praha 3 – Vinohrady, kinosál

Zastupovaný subjekt	Zástupce	Podpis
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	JIRÍ MARÁZEK	
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	OMTALOVA IVANA	
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	PAVEL FIZŮRA	
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207)	FLYKOVÁ KROMICA	
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	SMACH	
Revírní bratrská pokladna – Zdravotní pojišťovna (213)	HAVELKANT	
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	BREKOR	
Privalab o.s.	HEDNAZ	
Česká lékařská komora o.s.	MUSIL	
GAR – Grémium ambulantní radiologie	MAUZ	
SNAR – Sdružení nestátních ambulantních radiodiagnostiků ČR	HLEDÍKOVÁ	
Aprimed zájmové sdružení NZZ	ŠOKOLOVA	
Asociace laboratoří QualityLab	KOTHEROV	
Asociace provozovatelů radiodiagnostických zdravotnických zařízení	PROKOPOV	
Asociace provozovatelů zdravotnických zařízení		
MZ ČR	Zieová	
MZ ČR	Kovářiková	

Ověřil: Ing. Mgr. David Hěpnar, MBA

