



Ministerstvo zahraničních věcí
České republiky

Ministry of Foreign Affairs
of the Czech Republic

ZPRÁVA Z EVALUACE

PROJEKTU ZAHRANIČNÍ ROZVOJOVÉ SPOLUPRÁCE ČESKÉ REPUBLIKY S GRUZÍÍ

**Podpora prevence a včasného odhalení rakoviny u žen
v oblasti Samegrelo a Shida Kartli II**

CzDA-GE-2011-2-12191

Únor 2014

naviga4-

Hlavní evaluátorka: Ing. Inka Píbilová, MAS

Expert na onkologii: MUDr. Václav Pecha

Místní expertka / logistka: Elene Margvelashvili, BA

Metodik: Ondřej Štefek, MA

Analytik: Bc. Petr Krucký



Partnerská země (země realizace): Gruzie	Projektové lokality: Region Samegrelo Region Shida Kartli Dále též Tserovani a Tbilisi
Název projektu v českém a anglickém jazyce: Podpora prevence a včasného odhalení rakoviny u žen v regionech Samegrelo a Shida Kartli II. Promotion of prevention and early detection of breast and cervical cancer among women in the regions of Samegrelo and Shida Kartli II.	Sektorové zaměření: Zdravotnictví
Gestor: Česká rozvojová agentura	Realizátor: Charita ČR
Období realizace – měsíc/rok zahájení projektu: 04/2011	Měsíc/rok ukončení projektu: 12/2013 (předpokládané ukončení)
Celkové čerpání v CZK ze ZRS ČR: 10.918.200 Kč (odhad dle platné smlouvy)	Celkové čerpání v CZK včetně spolufinancování: 10.918.200 Kč (odhad dle platné smlouvy)
Další donoři podílející se na projektu: -	
Autoři evaluační zprávy: Ing. Inka Píbilová, MAS MUDr. Václav Pecha Ondřej Štefek, MA Elene Margvelashvili, BA Bc. Petr Krucký	
Datum, podpis(y):	

Tato zpráva byla financována MZV ČR. Názory v ní uvedené jsou výhradně názory evaluátorů/autorů a nemohou být v žádném případě vykládány jako oficiální pozice MZV ČR. Evaluátoři/autoři by rádi poděkovali všem zúčastněným stranám zejména za jejich pozitivní přístup, cenné podněty a připomínky.

SHRnutí

Projekt „Podpora prevence a včasného odhalení rakoviny u žen v regionech Samegrelo a Shida Kartli II.“ v gesci České rozvojové agentury (ČRA) realizuje Charita ČR od dubna 2011 do prosince 2013 s rozpočtem ve výši 10.918.200 Kč. Evaluaci realizovala společnost Naviga 4 s.r.o. od května do září 2013. Cílem evaluace bylo zhodnotit realizaci a poskytnout podložené závěry, poučení a doporučení pro budoucí rozhodování ohledně zaměření ZRS ČR v Gruzii i jiných oblastech.

Relevance

Projekt vycházel z potřeb gruzínského zdravotnictví i priorit ZRS ČR, přičemž byl **spíše relevantní**. Jako jeden z mála se zaměřil na prevenci a včasnou diagnostiku rakoviny prsu a děložního čípku ve vesnických oblastech, a tudíž byl komplementární k Národnímu screeningovému programu (NSP), který působil ve městech. Byl však velmi ambiciózní vzhledem k počtu zapojených regionů a očekávání návaznosti na sekundární a terciární zdravotní péči. Nedostatečně zohlednil zejména regionální rozdíly v možnostech vyšetření a léčby. Partneři udržovali komunikaci se státními institucemi – Ministerstvem zdravotnictví (MoLHSA), Národním screeningovým centrem (NSC) a od roku 2013 i s Národním centrem pro omezení nemocí (NCDC). Nebyla zapojena regionální zařízení v programu NSP či taková, která by měla dostatečné vybavení a odborníky pro sekundární vyšetření.

„Lidé nechodí kvůli prevenci do nemocnic, zvláště pokud jsou vzdálené. Mamolog (během projektu) ovšem přišel až k prahům domova.“

Lékařka, Shida Kartli

Efektivita

Efektivita projektu byla **spíše nízká**. Finančně se gruzínská strana na celkovém rozpočtu 10,9 mil. Kč nepodílela. Nekonzistentní dokumentace (např. interní vyúčtování, evidence počtu vyšetřených žen) omezovala jak vyhodnocení hospodárnosti, tak i možnost náklady řádně řídit, a zajistit tak jejich optimalizaci ze strany realizátora projektu. Z analýzy skutečných výdajů za léta 2011 - 2012 vyplývají vysoké ostatní administrativní náklady (mimo osobní, cestovní náklady a přímé náklady na projektové aktivity) ve výši 15% či dokonce 25% z celkových výdajů. Na základě přímých nákladů na mobilní kliniky s odhlédnutím od administrativních nákladů či nákladů na projektové řízení či osvětu stálo vyšetření jedné ženy 918 Kč, resp. jedna potvrzená diagnóza rakoviny stála 96.104 Kč. Realizátor s ohledem na výši těchto nákladů a nedostatečný počet vyšetřených žen ke konci roku 2012 (3.244 oproti cíli 8.500, Charita ČR odhadla počet žen na 9.000 včetně „předvyšetřených“, ovšem údaj nebylo možné prověřit) neprovedl realokaci prostředků. Pozitivně hodnotili místní partneři i realizátor spolupráci s expertem ČRA na zdravotnictví od identifikace přes monitoring po evaluaci. Absence projektového koordinátora Charity ČR v Gruzii od jara 2012 do jara 2013 projekt rovněž negativně ovlivnila. Kriticky lze hodnotit i fakt, že místní partneři neměli průběžné zprávy o projektu a nepodíleli se na strategickém rozhodování. Interní evaluace lze hodnotit pozitivně, ovšem nekonzistentní data snižují jejich vypovídající schopnost.

Efektivnost

Efektivnost projektu byla **spíše nízká** vzhledem k počtu vyšetřených žen a omezeným možnostem ovlivnit léčbu (podmíněno aktuální situací v gruzínském zdravotnictví a kapacitami onkocenter), což mohlo vést oproti projektovému záměru k nižší pravděpodobnosti přežití pacientek. Projekt pomohl

ukázat, že pokud jsou nastaveny vhodné podmínky, zejména dostatečná osvěta, aktivní ambulance a dostupnost služeb, lze značně zvýšit počet vyšetřených žen ve vesnických oblastech Gruzie. Kvantitativní indikátory na úrovni aktivit zřejmě budou splněny (144 osvětových akcí, 150 peer školitelek, 27 zapojených ambulančí a proškolený personál). Osvěta přímo zasáhne asi 1630 osob do konce 2013. Polovina osvětových akcí je však plánována až na poslední rok implementace, zájemkyně přitom nejsou směřovány k vyšetření v konkrétních zařízeních. Celkově bylo vyšetřeno pouze 3.244 žen místo 8.500 (dle Charity ČR šlo údajně o 9.000 žen včetně preselekce). Ač Charita ČR vnímala cílovou hodnotu jako nadhodnocenou (zadání ČRA vycházelo zřejmě z tříletého provozu mobilních klinik, přičemž Charita ČR prováděla primární vyšetření v mobilních klinikách jen do konce roku 2012), nedošlo k revizi matice logického rámce. Proaktivní sledování pacientek podpořilo účast 64% (303 ze 474) účast žen na sekundárních vyšetřeních, což je nad průměrem NSP ve výši 50% a lze jej hodnotit jako poměrně efektivní. Celkem bylo pozitivně diagnostikováno 31 případů rakoviny (16 prsou, 14 děložního čípku, 1 kombinovaný) a 48 případů prekancerózy (32 prsou, 16 děložního čípku). Výskyt rakoviny u 1,18% z celkového počtu žen vyšetřených v mobilních klinikách v roce 2011 i 0,58% v roce 2012 byl mnohonásobně vyšší než u NSP v roce 2011 (0,065%). Na základě předběžné analýzy Experta ČRA pro zdravotnictví z 12. května 2013 došlo u 17 tzv. „starých ambulančí“ zapojených od roku 2010 postupně k diagnóze časných stádií obou typů rakovin z 33% v roce 2010 na 76% v roce 2011. Za rok 2012 bylo nalezeno pouze 5 diagnóz a analýza stádií v „nových ambulancích“ zatím nebyla provedena. Z výše zmíněné analýzy vychází formulace „Národní strategie prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve vesnických oblastech“, jejíž dokončení je plánováno na srpen 2013. Přijetí ze strany MoLHSA je však nejisté vzhledem k reformě zdravotnictví a jiným prioritám. Data ohledně vyšetření a diagnostiky tuberkulózy nebyla sledována, a proto k nim nelze činit závěry.

„Projekt vytvořil atmosféru důvěry, neboť všechny diagnózy se potvrdily. Jiné iniciativy nám nepomohly, přitom tu rakovinou trpí téměř každý.“

Žena, Chitatskari

Udržitelnost

„Tento projekt byl ze všech zdravotnických projektů (v našem regionu) nejvíce realistický, byl správně načasovaný a užitečný... Ženy jsou nyní v bezvýchodné situaci. Během dvou let jsme se posunuli a diagnostikovali časná stadia rakoviny. Na tento pokrok nesmíme zapomenout. Projekt proto musí pokračovat“. Lékařka, Samegrelo

Udržitelnost projektu je **nízká**, neboť se spoléhá na nejisté přijetí výše zmíněné strategie a na existenci dostupných vyšetření pro cílovou populaci. Gruzínské zdravotnictví však prochází velkými změnami, a rozšíření onkologických vyšetření a léčby na vesnickou populaci je proto zpožděno. Ambulantní lékařky mohou vyšetření provádět jen omezeně a cílová populace nemá informace o alternativách. Proto i přes zvýšený

zájem o vyšetření počet vyšetřených žen v roce 2013 značně klesl. Nedostatečně udržitelné mechanismy pro vyšetření a léčbu rakoviny (zejména nízké zapojení a kapacity regionálních onkocenter) tak zřejmě nepovedou k dlouhodobému zvýšení pravděpodobnosti přežití pacientek. Celkově není jasná strategie odchodu. Není smluvně určeno, který subjekt je zodpovědný za udržení výstupů a výsledků, potažmo dopadů. O dalším financování mobilních klinik se zatím nejednalo např. se samosprávami či regionálními onkocentry. Tyto instituce nebyly do projektu příliš zapojeny a nebyly finančně či jinak zainteresovány.

Dopady

Dopad projektu na úrovni povědomí cílové skupiny lze hodnotit jako **spíše vysoký**. Dopad na úrovni národní lze hodnotit až po roce 2014, kdy se projeví reformy ve zdravotnictví a (ne)přijetí strategie. Osvěta zasáhne do konce roku přímo asi 1630 a nepřímo minimálně 5.000 osob. Dle Charity ČR bylo léčeno 65% z 31 případů rakoviny a jen 4% ze 48 případů prekancerózy, což je více než 25% na národní úrovni dle údajů Charity ČR, ovšem jde stále o alarmující čísla. V průběhu projektu došlo min. k 5 úmrtím

„Jsem vdaná, mám jedno dítě. Pracuji jako učitelka chemie. V mobilní klinice mi našli před 2 lety prekancerózu děložního čípku, přesnou diagnózu nevím. Doporučili mi léčbu v určité nemocnici, ale dala jsem přednost mojí gynekoložce. Pojištění hradilo léčebné zákroky, ale ne desetidenní pobyt v nemocnici, za který jsem zaplatila 300 GEL (3.600 Kč). Dnes mám obdobné potíže. Když jsem se doslechla, že přijel český tým, doufala jsem ve vyšetření.“ Žena, 26 let, Jikhashkari

„Dříve byla rakovina vnímána jako fatální. Nyní již ženy ví, že pokud je rakovina identifikována včas, lze ji vyléčit.“
Lékařka, Shida Kartli

pacientek a částečně k nevhodné či nedostatečné léčbě (léčba nebyla hrazena z projektu), což v některých případech zřejmě vedlo k recidivě rakoviny. Kompletní data však nejsou k dispozici. Evaluační tým zaznamenal u zapojených ambulantních lékařek a zdravotních sester silný zájem o problematiku rakoviny a motivaci dále pacientky podpořit, ale nedostatečné povědomí o dostupnosti a cenách vyšetření i léčby. Přístup k prevenci vedoucí ke zvýšené poptávce po vyšetřeních byl velmi oceněn MoLHSA. V případě zpracování části připravované

strategie do Národního screeningového programu tak může mít projekt širší dopad.

Ostatní kritéria

Vizibilita ZRS ČR je hodnocena jako **spíše vysoká**. Klíčové národní instituce (MoLHSA, NCDC, NSC) i cílová skupina byli o projektu a donorovi informováni. Loga ZRS ČR byla vystavena v kancelářích realizátora a partnerů i ve 4 ze 6 navštívených ambulancí. O projektu nebyly do června 2013 informovány jiné organizace, např. UNFPA. Projektový spot byl údajně vysílán v regionální televizi. Projekt však zaznamenal jen 1 mediální výstup v ČR a žádný jiný v Gruzii.

Dodržování lidských práv příjemců včetně rovnosti mužů a žen lze označit za **vysoké**. Projekt naplňoval rovný přístup ke zdravotní péči. Soustředil se na všechny ženy v daných regionech, a to jak na místní, tak na vnitřně vysídlené, bez ohledu na věk (oproti NSP). Většina zájemkyň poskytované služby obdržela. Muži většinou přímo zapojeni nebyli, na absolvování vyšetření a léčby však měli nepřímo vliv. Několik žen by uvítalo projekt zaměřený částečně i na muže, např. na rakovinu prostaty.

Řádná správa věcí veřejných je hodnocena jako **spíše vysoká**. Pozitivně lze hodnotit zapojení Ministerstva zdravotnictví a dalších relevantních gruzínských institucí a dále spolupráci s expertem ČRA na zdravotnictví. Bylo však možné zlepšit spolupráci s regionálními onkocentry, samosprávou a zahraničními institucemi.

Problematika **ochrany životního prostředí a změny klimatu** se projektu **netýkala**.

Doporučení	Typ / úroveň	Hlavní adresát	Stupeň ¹ závažnosti
<p>1. Soustředit se do konce roku 2013 na udržitelnost:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informovat cílovou skupinu o možnostech vyšetření a léčby po ukončení projektu včetně konkrétních zdravotnických zařízení a cen, a to s ohledem na současnou reformu zdravotnictví a zavedené všeobecné zdravotní pojištění. - Dokončit projektovou databázi včetně údajů o stádiích rakoviny, léčbě a aktuálním stavu pacientek, následně vypracovat finální statistiky a ty předat relevantním aktérům, kteří mohou mít o pokračování projektu zájem. - Předat jednotlivé aktivity/výstupy místním institucím a pokud možno zajistit jejich pokračování. - Posílit spolupráci s dalšími organizacemi v oboru s cílem zohlednit výstupy projektu v jejich činnosti (zejména osvěta, zapojení primární zdravotní péče a nutnost léčby). 	K danému projektu	Charita ČR a partneři	1
<p>2. Zavést koordinační skupinu zaměřenou na rakovinu (prsu a děložního čípku) pod Ministerstvem zdravotnictví (MoLHSA), která by koordinovala činnost různých institucí, donorů a realizátorů a podporovala sdílení zkušeností a úspěchů, jakož i problematických oblastí.</p>	K danému projektu	MoLHSA ve spolupráci s NCDC a NSC	2
<p>3. Vyžadovat položkový rozpočet a plán udržitelosti před zahájením či těsně po zahájení projektu (v rámci první průběžné zprávy), včetně smluvního zajištění udržitelosti ze strany místních partnerů (státní správy, samosprávy aj.), posilování jejich kapacit a spolufinancování.</p>	Procesní systé- mové	ČRA	1
<p>4. Zavést účinnější monitoring a interní evaluace:</p> <ul style="list-style-type: none"> - V případě potřeby revidovat matici logického rámce, aby odpovídala realitě (v rámci průběžné zprávy). - Provádět ze strany ČRA a zastupitelského úřadu ČR monitoring zaměřený na výsledky (tzv. results-oriented monitoring²). - Zavést interní evaluace u projektů nad určitý rozpočet, sledovat jejich jasné zadání, výsledek a zavádění doporučení. 	Procesní systé- mové	ČRA ve spolupráci s MZV a ZÚ	1
<p>5. Zavést holistický, komplexní přístup k boji proti rakovině s důrazem na léčbu - navázat projektem podporujícím v regionu Samegrelo péči o pacientky od prevence, přes celoplošný screening a zejména léčbu až po následné aktivní sledování a psychosociální péči. Zapojit městské kliniky poskytující vyšetření zdarma a návaznou léčbu. Zajistit kobaltový ozařovač v Kutaisi. Doplnit vzdělávání specialistů supervizí. Doplnkově sdílet zkušeností s Národním onkologickým registrem ČR. Vše koordinovat s gruzínskou vládou.</p>	ZRS ČR v Gruzii	ČRA ve spolupráci s MZV	3

Tabulka č. 1: Přehled doporučení

¹ Stupnice: 1 nejzávažnější – 3 nejméně závažné² Viz např. http://ec.europa.eu/europeaid/how/ensure-aid-effectiveness/monitoring-results_en.htm

OBSAH ZPRÁVY

1	ÚVOD	9
1.1	Cíle evaluace	9
2	INFORMACE O PROJEKTU	9
2.1	Zdravotnictví v Gruzii a rakovina prsu a děložního čípku	9
2.2	Základní popis evaluovaného projektu	11
2.3	Klíčové předpoklady a rizika	13
2.4	Realizátor a místní partneři	14
3	METODOLOGIE EVALUACE	14
3.1	Použité metodiky a nástroje	14
3.2	Evaluační tým	16
3.3	Metodická omezení	16
4	EVALUAČNÍ ZJIŠTĚNÍ	16
4.1	Relevance	16
4.2	Efektivita	18
4.3	Efektivnost	21
4.4	Udržitelnost	24
4.5	Dopady	25
4.6	Vnější prezentace projektu v Gruzii	26
4.7	Průřezové principy ZRS ČR	27
5	ZÁVĚRY EVALUACE	28
6	DOPORUČENÍ	31

7	PŘÍLOHY	34
7.1	Seznam zkratk	34
7.2	English Summary	35
7.3	Seznam použitých dokumentů a zdrojů	39
7.4	Seznam rozhovorů v ČR	40
7.5	Seznam rozhovorů, fokusních skupin a návštěv v Gruzii	40
7.6	Časový harmonogram evaluace	43
7.7	Projektová logika	43
7.8	Zadávací podmínky	44
7.9	Evaluační otázky	50
7.10	Záznamový arch pro fokusní skupiny s lékařkami / zdravotními sestrami	53
7.11	Záznamový arch pro fokusní skupiny s ženami z vesnic	54
7.12	Záznamový arch pro návštěvu ambulancí	55
7.13	Záznamový arch pro návštěvu regionálních onkologických center	57
7.14	Dosažení indikátorů dle revidované matice logického rámce	59
7.15	Přehled rozpočtových položek pro účely analýzy efektivity	62
7.16	Seznam a mapa ambulancí	73
7.17	Výběr fotografií z evaluační mise	74
7.18	Tabulka vypořádání zásadních připomínek referenční skupiny, gestora a realizátora	76

Seznam tabulek, obrázků a grafů

Tabulka č. 1:	Přehled doporučení	6
Tabulka č. 2:	Řízení rizik	13
Tabulka č. 3:	Vybrané organizace působící ve stejném oboru	18
Obrázek č. 1:	Postup pacientek zapojených do projektu	12
Obrázek č. 2:	Fáze evaluace a metodické nástroje	14
Obrázek č. 3:	Potenciální směřování ZRS ČR ve zdravotnictví v Gruzii	33
Graf č. 1:	Přehled skutečných výdajů za rok 2011 a 2012	19
Graf č. 2:	Ženy zapojené do prevence, diagnostiky a léčby rakoviny prsu a děložního čípku	21

1 ÚVOD

Evaluace projektu „**Podpora prevence a včasného odhalení rakoviny u žen v regionech Samegrelo a Shida Kartli II.**“ byla realizována na základě výběrového řízení na evaluaci projektu zahraniční rozvojové spolupráce v Gruzii, které vyhlásilo Ministerstvo zahraničních věcí ČR. Zakázku realizovala společnost Naviga 4 s.r.o. od května do září 2013, tedy před plánovaným ukončením projektu v prosinci 2013.

1.1 Cíle evaluace

Cílem evaluace bylo poskytnout hlavním aktérům zahraniční rozvojové spolupráce České republiky (ZRS ČR), Ministerstvu zahraničních věcí ČR (MZV) a České rozvojové agentuře (ČRA), dostatek podložených závěrů a zhodnocení realizace výše popsaného projektu dle evaluačních kritérií OECD – DAC, dále poučení (*lessons learned*) a doporučení pro budoucí rozhodování ohledně zaměření ZRS ČR v Gruzii, a to včetně případného pokračování hodnoceného projektu. Dalším cílem evaluace je poskytnout subjektům zapojeným do ZRS ČR dostatečné informace, které podpoří rozhodování o dalších projektech obdobného zaměření. Evaluace mohla poskytnout také doporučení procesní či ponaučení širšího charakteru (*lessons learned*) pro řízení, realizaci a evaluaci ZRS ČR.

Evaluační otázky schválené referenční skupinou jsou uvedeny v příloze 7.9. Očekává se, že výstupy evaluace využije jak zadavatel, ČRA a zastupitelský úřad ČR v Tbilisi, tak realizátor, projektoví partneři a další zapojené či zainteresované instituce v Gruzii včetně Ministerstva zdravotnictví s cílem podpořit prevenci a včasnou diagnostiku rakoviny na národní úrovni. Proto má tato zpráva též anglickou verzi.

2 INFORMACE O PROJEKTU

2.1 Zdravotnictví v Gruzii a rakovina prsu a děložního čípku

Gruzie je jednou z pěti projektových zemí ZRS ČR. Počet obyvatel je oficiálně 4,4 milionu, i když některé zdroje uvádí populaci až o 1 milion menší. Měsíční příjem na obyvatele byl v roce 2012 dle gruzínského statistického úřadu Geostat 218 GEL (asi 2.600 CZK). Pod hranicí chudoby na úrovni 1 USD za den dle parity kupní síly žije 18% populace (2010) dle OSN, nezaměstnanost je dle Světové banky přibližně 15,1% (2011).³

Gruzínské zdravotnictví prošlo po rozpadu Sovětského svazu řadou reform. Je kritizováno kvůli špatné dostupnosti pro obyvatele s nižšími příjmy, nízké kvalitě a nedostatku i základního vybavení, jakož i nízkému využití některých zařízení vzhledem k neexistenci referenčního systému mezi praktickými lékaři a specialisty.^{4 5} Problematická je i vysoce chybová diagnostika a často nevhodná

³ <http://data.worldbank.org>

⁴ Chanturidze, et al. 2009. “Georgia: Health system review.” Health Systems in Transition.

léčba kvůli nevyužívání mezinárodních standardů a dominujícím snahám privátního sektoru o maximalizaci zisku, a to i na úkor pacientů. Veřejné rozpočty se podílí na celkových výdajích na zdravotnictví dle Světové banky jen z 22% (2011), dle údajů stejné instituce obyvatelé hradí ze svých zdrojů 89,2% výdajů na zdravotní péči (platby za návštěvu lékaře, za léky aj.). I přes zavedení pojištění pro osoby pod hranicí chudoby má dle údajů USAID⁶ určitou formu zdravotního pojištění jen asi 36% gruzínské populace. Prevence je dle údajů Světové banky minimální, obyvatelé často preferují přímý nákup léků bez konzultací lékařů, popřípadě přímo kontaktují specialisty spíše než ambulantní lékaře.⁷ V současné době dochází k další reformě zdravotnictví, částečné deprivatizaci, znovuzavedení všeobecného zdravotního pojištění od 1. 7. 2013 a posilování primární úrovně zdravotní péče.⁸

Dle UNFPA jsou rakovina prsu a dále rakovina děložního čípku nejčastějšími příčinami úmrtí žen reprodukčního věku⁹. Ucelené národní statistiky rakoviny prsu a děložního čípku neexistují, neboť národní onkologický registr byl v roce 2008 zrušen, v současné době je však dle NCDC a UNFPA znovu vytvářen. Od roku 2007 zajišťoval diagnostiku rakoviny státní Národní screeningový program (NSP) – nejdříve v Tbilisi a od roku 2011 také v dalších regionech. Kromě něj fungovala řada dalších programů. Dle UNFPA¹⁰ vyšetřilo 5 screeningových programů včetně NSP v roce 2011 celkem 13.912 žen na rakovinu prsu (nalezeno 88 případů rakoviny, tj. 0,63%, a to ze 78% v časných stádiích I. a II.) a 14.372 žen na rakovinu děložního čípku (nalezeno 9 případů rakoviny, tj. 0,065%, informace o stádiích nejsou k dispozici). Problematická je účast žen na sekundárním vyšetření, která dosahuje jen 50% z pozvaných, a to dle UNFPA z důvodu nefunkčních mechanismů, nedostatku personálu a špatných kontaktů na pacientky. V roce 2012 vzrostl dle NCDC počet vyšetřených žen jen v samotném NSP o 104% u rakoviny prsu a o 60% u rakoviny děložního čípku. Populace mimo Tbilisi tvořila 55% (17.562 žen), resp. 63% (27.315 žen). Program NSP bojuje s nedostatkem zájmu – dle MoLHSA nebyl schopen vyčerpat plánované prostředky na vyšetření. V současné době ministerstvo zvažuje decentralizaci programu a jeho převedení na samosprávy.

Léčba rakoviny probíhá v regionálních centrech a v Tbilisi. Zatímco chirurgické zákroky a chemoterapie jsou relativně dostupné, biopsie a radioterapie jsou k dispozici velmi omezeně. Dle údajů Velvyslanectví ČR v Tbilisi potřebuje 70% onkologických pacientů radioterapii, ovšem jen 4% ji skutečně dostává. Dle USAID má proto šanci přežít následujících 5 let jen 18% žen s rakovinou prsu.¹¹ Řada pacientů nevěří diagnostice a léčbě, proto pokud možno využívá zdravotnických služeb

⁵ Projekt Světové banky: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/01/09/000350881_20130109102252/Rendered/PDF/NonAsciiFileName0.pdf

⁶ <http://www.ghi.gov/documents/organization/175130.pdf>

⁷ Viz výše uvedený projekt Světové banky, poznámka 5.

⁸ Tamari Rikhadze: An overview of the health care system in Georgia: expert recommendations in the context of predictive, preventive and personalised medicine, The EPMA Journal 2013, 4:8 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621519/>

⁹ eeca.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/10107;jsessionid=A59CF451930340EAF83847B455A848F2.jahia01

¹⁰ UNFPA Standard Progress Report 2011, GEO2R21A, Support to Breast and Cervical Cancer Prevention, údaje zahrnují National Screening Centrem Tatishvili Medical Centre, Tbilisi Cancer Centre, Gudushauri Medical Centre a Tbilisi Baneology Resort.

¹¹ <http://eurasianet.org/node/64789> - Pro srovnání průměr v zemích s nízkými příjmy je 40% (Světová banka).

v zahraničí. Nové všeobecné zdravotní pojištění by mělo dle zástupce ministerstva zajistit mimo jiné i léčbu rakoviny až do výše 12.000 – 15.000 GEL (až 180.700 Kč), a nedostupnost léčby tak alespoň částečně řešit. S rakovinou děložního čípku souvisí i promiskuita a převažující vzorce chování v oblasti sexuality vůbec. Antikoncepce je využívána pouze z 26% u vdaných žen, zato potratovost je s průměrem 3,1 na ženu téměř nejvyšší na světě.¹²

Incidence tuberkulózy se v posledních letech snížila dle Světové banky z 210 (rok 2003) na 125 nových případů na 100.000 obyvatel (2011)¹³. Dle Národního centra pro tuberkulózu a plicní onemocnění¹⁴ se objevuje ročně kolem 6.000 případů tuberkulózy, z toho 4.000 nových. Rezistence na léky se přitom objevuje u 10.3% nových a 31.1% opakovaných případů.

2.2 Základní popis evaluovaného projektu

Projekt „*Podpora prevence a včasného odhalení rakoviny u žen v oblasti Samegrelo a Shida Kartli II*“ (CzDA-GE-2011-2-12191) v gesci České rozvojové agentury (ČRA) realizovala v letech 2011 – 2013 Charita ČR. Projekt byl realizován formou veřejné zakázky v celkovém rozpočtu téměř 11 mil. Kč. Navazoval na české projekty zaměřené na onkologii uskutečněné od roku 2009, zejména na pilotní projekt stejného jména z roku 2010 s rozpočtem ve výši 7,2 mil. Kč. Detailní popis veřejné zakázky připravila ČRA na základě předchozí zkušenosti realizátora a místních partnerů a ve spolupráci s dalšími institucemi, Charita ČR pak poskytla technickou asistenci při realizaci.

Evaluovaný projekt se zaměřil na podporu prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku u žen žijících v regionech s velkým procentem vnitřně přesídlených osob (IDPs), Samegrelo a Shida Kartli a dále též ve vesnici Tserovany. Primární cílovou skupinou byly ženy žijící na venkově. Druhotnou cílovou skupinou byli lékaři a zdravotní sestry ve vesnických ambulancích, dále též peer školitelky. Projekt tak postupoval „zdola“ oproti Národnímu screeningovému programu (NSP), který byl implementován „shora“ skrze Národní screeningové centrum a regionální subdodavatele. Projektová logika včetně výstupů je znázorněna v příloze 7.7.

Prvním cílem projektu bylo **zvýšit všeobecné povědomí žen i mužů** o zdravém životním stylu, o symptomech rakoviny, které vyžadují další lékařské vyšetření, nebo o službách, které poskytuje gruzínské zdravotnictví. Osvěta probíhala během celého projektu. Dle potřeb cílové skupiny bylo realizováno dosud 90 ze 144 plánovaných osvětových akcí ve 27 vesnicích a jejich spádových oblastech. Dále byli v komunitách proškoleni „peer“ školitelé a školitelky, aby neformálně šířili osvětu a podporovali zájem o vyšetření. Byla využívána řada nově vytvořených brožur a dále také TV spot, který byl promítán nejen v ambulancích, ale také v regionální televizi.

Druhým cílem projektu bylo **včasné odhalení rakoviny prsu a děložního čípku** již na úrovni primární zdravotní péče, tedy ve vesnických ambulancích. Projekt jednak pokračoval se 17 „starými“ ambulancemi v 16 vesnicích, kde byly zahájeny aktivity již v roce 2010 v rámci předchozího projektu

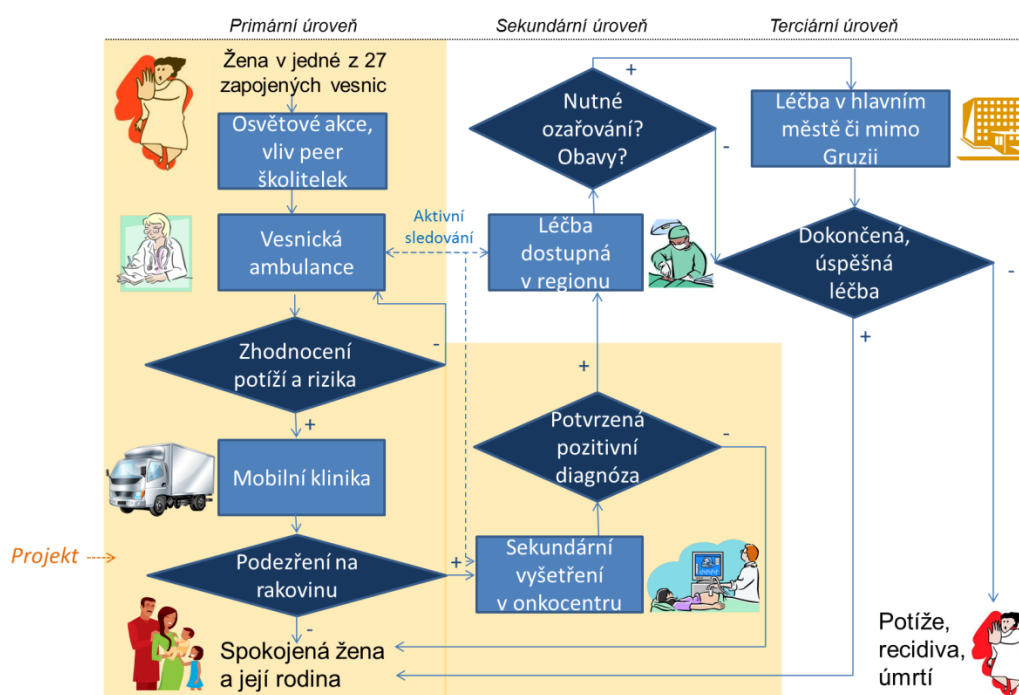
¹² Reproductive Health Survey, 2005

¹³ <http://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD/countries/GE?display=graph>

¹⁴ National Centre for Tuberculosis and Lung Diseases, <http://www.tbgeo.ge>

a kde se očekávalo samostatné fungování personálu od roku 2012. Dále bylo identifikováno 11 „nových“ ambulancí, resp. vesnic (viz příloha 7.16), které mohly využít mobilní kliniky pouze v roce 2012. Byly proškoleny ambulantní lékařky¹⁵ a zdravotní sestry, které pochází z komunity a znají zdravotní stav populace. Ty následně šířily informační materiály, prováděly preselekcii a zapojovaly se do bezplatných vyšetření v mobilních klinikách. V případě pozitivního nálezu byly pacientky zaslány na bezplatná vyšetření v regionálních onkologických zařízeních (Zugdidi a Gori). Vedlejším výstupem bylo školení lékařek a sester v diagnostice tuberkulózy. Charita ČR neformálně jednala s ČRA o navýšení prostředků na provoz mobilních klinik i v roce 2013, ovšem neúspěšně.

Třetím cílem projektu bylo **proaktivní sledování pacientek s pozitivní diagnózou**. Ženy s rakovinou či prekancerózou byly léčeny v regionu či byly vysílány na léčbu do Tbilisi. Ambulantní lékařky měly aktivně sledovat následná vyšetření a léčbu svých pacientek, popřípadě podporovat paliativní péči. Z jejich lékařských zpráv byla vytvořena projektová databáze, která umožnila analýzu výsledků a vyhodnocení úspěšnosti projektu. Psychosociální asistenci měly poskytovat sebepodpůrné skupiny, které facilitovala psychoterapeutka. Celkový postup pacientek je znázorněn níže.



Obrázek č. 1: Postup pacientek zapojených do projektu

Posledním cílem byla **formulace národní strategie prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve venkovských oblastech**. Byla proto zformována počátkem roku 2013 pracovní skupina ze zástupců klíčových státních institucí včetně MoLHSA, projektových partnerů a experta ČRA. Byla vypracována studie úspěšnosti projektu; na základě ní je nyní strategie tvořena.

K matici logického rámce je nutno konstatovat, že anglická verze používá místo cílů termín „výsledky“, což se jeví jako více adekvátní vzhledem k počtu cílů a jejich znění. Některé indikátory

¹⁵ Je používán ženský rod, protože projekt zapojil 26 lékařek a jen 1 lékaře.

nemají cílové hodnoty, tudíž nelze vyhodnotit jejich (ne)dosažení. Indikátory jsou uvedeny i u aktivit, což je v rozporu s formulářem ČRA pro matici logického rámce. Již po zahájení Charita ČR zjistila vzhledem k danému rozpočtu nemožnost dosáhnout zejména počtu vyšetřených žen, nepožádala však formálně v souladu se smlouvou o změnu matice. Proto se evaluační tým řídil původním indikátorem¹⁶, zvážil však možnost zahrnout do indikátoru počet žen, které prošly preselekcí v ambulancích. Vzhledem k nedostatečné evidenci předvyšetřených žen a průběžnému reportingu pouze žen vyšetřených v mobilních klinikách v evaluační zprávě uvádí dva údaje – prokázaný počet vyšetřených žen a odhad vyšetřených žen včetně preselekcí. Evaluátoři dále doplnili několik indikátorů, které jsou uvedeny v analýze experta ČRA na zdravotnictví, či které přímo souvisí s realizací a jsou zaměřeny na výstupy/výsledky (počet osob zapojených do osvěty, viz příloha 7.14).

2.3 Klíčové předpoklady a rizika

Při vytvoření zadávací dokumentace poskytovatel předpokládal stabilní politickou a ekonomickou situaci v Gruzii, konzistentní reformu zdravotnictví (oslabující kapacity nově zprivatizovaných regionálních onkocenter však ovlivnily sekundární vyšetření a léčbu), vůli vlády převzít vytvořený model (závisí na současné reformě), efektivní fungování peer školitelů (jde o projektovou aktivitu, nikoliv vnější předpoklad), patřičné užití vybavení (bylo užíváno vybavení projektových partnerů) a celoroční přístupnost cílových lokalit. Následující rizika dle evaluátorů dobře odrážela skutečnost.

Riziko	Způsoby snížení rizika
Součinnost a podpora ze strany státních a mezinárodních aktérů – MoLSHA a UNFPA.	Pravidelná setkání Charity ČR s aktéry neprobíhala, po zvážení realizátor od roku 2011 nezapojil UNFPA, ovšem s MoLHSA spolupracoval průběžně na několika akcích a od roku 2013 jej zahrnul do pracovní skupiny.
Zájem a kapacita pracovníků ambulancí zapojit se do projektu, poskytovat informace, učit se.	Nové ambulance byly vybrány dle aktivního zájmu i kapacity zúčastnit se projektu. Během evaluace vyjadřoval personál silný zájem o pokračování.
Skutečný zájem cílové skupiny na včasném odhalení rakoviny, a tedy účasti na vyšetřeních i přes tabuizaci a stigmatizaci rakoviny.	Účinná osvěta a funkčně nastavený systém vyšetření dle pilotního projektu pomohl zvýšit poptávku dokonce nad kapacity projektu. Pomohly také příběhy úspěšné léčby.
Špatná komunikace a překrývání aktivit mezi větším počtem projektových partnerů.	Pravidelná komunikace a setkávání všech aktérů probíhaly spíše bilaterálně.
Finanční nedostupnosti sekundární péče (léčby) pro některé pacientky.	Způsob snížení nebyl uveden v zadání – léčba nebyla součástí projektu.
Neúplné nebo zkreslené údaje pro další evidenci pacientů.	Opět nebylo uvedeno v zadání, ale probíhal monitoring Charity ČR i ČRA.
Mobilita vnitřně přesídlených osob.	Nebylo uvedeno v zadání – nebylo součástí projektu.

Tabulka č. 2: Řízení rizik

¹⁶ Vzhledem k téměř 2.000 ženám vyšetřeným v mobilních klinikách za 9 měsíců roku 2010 považuje evaluační tým dosažení 8.500 vyšetřených žen za 3 roky za poměrně reálné, pokud by mobilní kliniky byly v provozu i v třetím roce implementace, či alespoň průběžně celé 2 roky místo 6 měsíců ročně.

2.4 Realizátor a místní partneri

Charita ČR, založená roku 1999, patří mezi největší české nevládní organizace působící v sociální a zdravotní oblasti, jakož i v rozvojové spolupráci a humanitární pomoci. Mezi cílové oblasti zahraničních zdravotnických a sociálních projektů patří zejména postsovětské země, dále Srbsko, Kambodža či Mongolsko. V Gruzii Charita ČR implementovala pilotní projekt související s projektem hodnoceným. Hlavní rolí Charity ČR v hodnoceném (i pilotním) projektu byla koordinace místních partnerů a aktivit, sledování indikátorů a rozpočtu a reporting pro ČRA.

Centrum prevence rakoviny (Cancer Prevention Centre, dále jen CPC) se zaměřuje od roku 2000 na prevenci rakoviny a od roku 2004 poskytuje také paliativní péči. V rámci projektu zajišťovala školení ambulantního personálu, provozovala mobilní kliniku a přispívala do připravované strategie.

Tanadgoma (celým názvem Tanadgoma - Center for Information and Counselling on Reproductive Health) se zaměřuje od roku 2000 na osvětu v oblasti reprodukčního zdraví. Od roku 2009 působí též v oblasti prevence rakoviny a provozuje mobilní kliniku. Tanadgoma má pět poboček, z toho jednu v Zugdidi, oblasti implementace Samegrelo. Během projektu se soustředila na osvětu a psychosociální podporu pacientek, provozovala také mobilní kliniku v Tserovanech a Berbukách.

3 METODOLOGIE EVALUACE

Metodika vycházela ze zadání evaluace, schválených evaluačních otázek, rešerše dokumentů a úvodních rozhovorů se zainteresovanými stranami. Po odsouhlasení metodiky ze strany referenční skupiny proběhla osmidenní evaluační mise. Zaměřila se na sběr důkazů (tzv. „evidence-based“ přístup), jejich ověření a triangulaci s využitím více zdrojů, metod a evaluátorů, následnou analýzu a formování odpovědí na evaluační otázky. Přehled setkání se zapojenými zainteresovanými stranami je uveden v přílohách 7.4 a 7.5. Závěrečná fáze zahrnovala panelovou diskusi s klíčovými zainteresovanými stranami v Gruzii (zástupci zastupitelského úřadu, charity ČR, CPC, Tanadgomy, MoLHSA, NCDC a expert ČRA), zpracování závěrečné zprávy včetně komentářů referenční skupiny, realizátora a místních partnerů, prezentaci a finalizaci zprávy v češtině i angličtině.

3.1 Použité metodiky a nástroje



Obrázek 2: Fáze evaluace a metodické nástroje

Přehled fází evaluace a jednotlivých metodických nástrojů je znázorněn výše.

Základním zdrojem informací byly projektové dokumenty a další relevantní zdroje, zejména studie, výroční zprávy dalších institucí a podobně (viz seznam v příloze 7.3).

Polostrukturované rozhovory proběhly s klíčovými zainteresovanými stranami v ČR i Gruzii. V 10 případech bylo místo jednotlivých rozhovorů využito možnosti skupinové diskuse, a to zejména u realizátora, místních partnerů a peer školitelek.

Evaluační tým navštívil celkem 6 z 28 zapojených ambulancí. Přitom náhodně vybral vždy 2 vesnice z každého regionu, jednu z první a jednu z druhé fáze implementace – v regionu Samegrelo šlo o Chitatskari a Jikhashkari, v regionu Shida Kartli pak o Khetulbani a Dzeveru (od Mejvriskhevi bylo upuštěno vzhledem k probíhajícím oslavám a omezené možnosti shromáždit cílovou skupinu). V závěru mise evaluační tým navštívil 2 zapojené ambulance v táboru pro vnitřně vysídlené osoby Tserovani a rovněž konzultoval třetí ambulanci nezapojenou do projektu. Ve všech navštívených místech proběhla prohlídka zařízení ambulance (viz záznamový arch v příloze 7.12), rozhovory s lékařkou a zdravotní sestrou (celkem 12 osob plus 6 osob v nezapojené ambulanci), peer školitelkami (celkem 13 osob) a pacientkami (celkem 5 osob, další ve fokusní skupině). Ženy z místní komunity měly možnost vyjádřit se k projektu ve fokusních skupinách (viz záznamový arch v příloze 7.11), přičemž nábor zajišťoval personál ambulance. Celkem se fokusních skupin zúčastnilo 31 žen, z nichž část se do projektu dosud nezapojila, což bylo v souladu s navrženou metodikou evaluace. Tímto způsobem byly zohledněny názory žen s různým přístupem k prevenci. Podmínkami také bylo, že se ženy nezúčastnily jiné, obdobné fokusní skupiny (mohly být ovšem zapojeny do průzkumu KAP - Knowledge, Attitudes, Practices¹⁷) a aby bydlely v oblasti implementace minimálně rok.

Aby byly zjištěny alespoň limitované údaje i z dalších ambulancí, byly vedeny 2 fokusní skupiny i s ambulantními lékařkami (celkem 16 účastnic z 28 zapojených do projektu) a zdravotními sestrami (celkem 14 účastnic z 28), přičemž byl zajištěn personál z obou fází implementace. Vzhledem k rozdílu v hierarchii oproti lékařkám i odlišné práci s komunitou byly vedeny fokusní skupiny se zdravotními sestrami separátně od lékařek (viz záznamový arch v příloze 7.10). Proběhly v regionálních centrech (Gori a Zugdidi), a to vždy separátně jak s lékařkami, tak se zdravotními sestrami. Účastnicím byly hrazeny náklady na dopravu.

Vedle výše uvedeného byly vzhledem k nutnosti lepšího pochopení fungování sekundární a terciární zdravotní péče navštíveny jak spolupracující regionální onkocentra (viz záznamový arch v příloze 7.13), tak další zdravotnická zařízení, která byla zapojena do Národního screeningového programu v oblastech implementace, či poskytovala určité formy léčby (včetně např. radioterapie, viz přehled rozhovorů v příloze 7.5). Zde proběhla observace a byly provedeny explorativní rozhovory.

¹⁷ Průzkum realizovala organizace Tanadgoma v letech 2011 a 2013.

3.2 Evaluační tým

Evaluační mise se zúčastnili hlavní evaluátorka Inka Píbilová, která dlouhodobě působí v rozvojové spolupráci, dále expert na onkologická onemocnění MUDr. Václav Pecha a místní expertka, logistka a tlumočnice Elene Margvelashvili. MUDr. Václav Pecha je přední český odborník na onkologická onemocnění žen. Problematice se intenzivně věnuje již od 70. let minulého století. Spolupracuje s řadou mezinárodních organizací zaměřených na onkologická onemocnění (Breast Centre Network, ESO atd.). Je aktivní operátor, autor publikací a školitel, dále též zakladatel a předseda sdružení pacientek Mamma Help. MUDr. Pecha disponuje zkušenostmi z rozvojové spolupráce v oblasti zdravotní péče. Evaluační tým dále podpořili metodik Ondřej Štefek a analytik Petr Krucký, který zpracoval analýzu hospodárnosti.

3.3 Metodická omezení

Evaluace byla realizována v době, kdy projekt ještě probíhal, přičemž některé zásadní výstupy projektu (zejména národní strategie, finální verze interní analýzy, průzkum mezi pacientkami, finální statistiky vyšetření a léčby, ale také řada osvětových akcí) budou realizovány až po samotné misi projektu. Tato skutečnost omezuje možnosti evaluačního týmu řádně zhodnotit tyto výstupy.

Statistiky o pacientkách, nutné pro zhodnocení efektivnosti a efektivity, byly nekonzistentní a neúplné (počet předvyšetřených žen realizátor pouze odhadl, evidence nebyla k dispozici), tudíž měly jakékoliv návazné analýzy omezenou vypovídající schopnost. Nekonzistentnost dokumentů vyžadovala hlubší analýzu dat a ověření dat od velkého množství aktérů. Finální verze dat byla ověřena s Charitou ČR a projektovými partnery.

Dopady a udržitelnost bylo možné hodnotit zejména díky tomu, že mobilní kliniky již v roce 2013 nebyly v provozu. Hodnocení je však veskrze kvalitativní, neboť nebyly k dispozici souhrnné statistiky vyšetření mimo mobilní kliniky. Statistiky léčby rovněž nebyly k dispozici, a proto nemohly být hodnoceny klinické dopady projektu.

4 EVALUAČNÍ ZJIŠTĚNÍ

4.1 Relevance

Projekt byl relevantní jak pro Gruzii, tak pro ČR. Gruzie je jednou z 5 projektových zemí ZRS ČR, přičemž zdravotnictví patří mezi 6 sektorů spolupráce.¹⁸ Projekt se zaměřil na rakovinu prsu a děložního čípku, přičemž tyto nemoci jsou v Gruzii hlavní příčinou úmrtí žen v reprodukčním věku a jsou stále stigmatizovány a tabuizovány. Dle požadavku MoLHSA se projekt doplňkově věnoval i tuberkulóze (viz kapitola 2.1).

¹⁸ Viz Konceptce zahraniční rozvojové spolupráce ČR na léta 2010 – 2017 na <http://www.mzv.cz/pomoc/>.

Regiony **Samegrelo** (regionální město Zugdidi) a **Shida Kartli** (regionální město Gori) byly vybrány dle ČRA a realizátora s ohledem na zvýšený počet vnitřně vysídlených osob, které jsou kvůli stresu potenciálně vystaveny většímu riziku rakoviny. Dalším důvodem byla možnost navázat na předchozí humanitární a rozvojové projekty ČR v oblasti zdravotnictví, zejména na předchozí devítiměsíční projekt realizovaný v roce 2010 stejným realizátorem a místními partnery (rozpočet 7,2 mil. Kč). Relevance byla během evaluační mise hodnocena vysoce pozitivně jak ze strany žen – pacientek, tak ze strany ambulantních lékařek a zdravotních sester, tak i projektových partnerů vzhledem k doposud nízkému povědomí obecně o prevenci nemocí a k vnímané vysoké úmrtnosti na rakovinu.

Během projektu byly **zapojeny centrální instituce** zodpovědné za prevenci a léčbu rakoviny prsu a děložního čípku – tedy Ministerstvo zdravotnictví (MoLHSA, spolupráce na základě krátkého memoranda o porozumění), Národní centrum pro kontrolu nemocí a prevenci (NCDC) a Národní screeningové centrum (NSC), které implementuje v řadě míst Národní screeningový program (NSP). Tyto instituce byly zapojeny zejména v roce 2013 do tvorby strategie pro prevenci a včasnou diagnostiku rakoviny prsu a děložního čípku ve vesnických oblastech. Hodnocený projekt pokračoval v návaznosti na pilotní projekt s pobočkami nově zprivatizovaného Národního onkologického centra (NCC), ovšem poskytl nutné vybavení a část specialistů z Tbilisi. Sekundární úroveň zdravotních služeb se ukázala být nejslabším článkem zejména v Zugdidi, kde bezplatné mamologické vyšetření skrze NSP není k dispozici. Léčba je zde stále prováděna velmi omezeně, proto jsou pacientky nuceny jezdit zejména do Kutaisi a Tbilisi. V Gori je do programu NSP zapojena soukromá nemocnice Gorimed, která zajišťuje i některé léčebné zákroky. Region navíc hraničí s Tbilisi, a ženy tudíž mohou využívat služeb v hlavním městě. **Rozdíly mezi regiony** (existence subdodavatelů NSP, vybavení, dostatek specialistů) ovlivnily v projektu návazná vyšetření a léčbu.

Analýza vypracovaná expertem ČRA na zdravotnictví v květnu 2013 srovnává výsledky Národního screeningového programu (NSP¹⁹) a projektu, podtrhuje důležitost prevence a preselekcce rizikových skupin, které údajně vedou k časnější diagnostice obou typů rakovin. Protože však NSP nepoužívá selekci a vyšetřuje všechny ženy určitého věku, není relevantní pro srovnání. V každém případě byly iniciativy komplementární. **Zatímco se NSP soustředil na městské obyvatelstvo, přičemž zapojil sekundární úroveň zdravotnictví (více viz kapitola 2.1), hodnocený projekt se zaměřil na ženy ve vesnicích, které byly dosud opomíjeny, a to skrze primární úroveň.** Důležitá byla možnost vyšetření zdarma v rámci NSP po skončení projektu, přičemž do NSP se měly zkušenosti z projektu promítnout.

„Lidé nechodí kvůli prevenci do nemocnic, zvláště pokud jsou vzdálené. Mamolog (během projektu) ovšem přišel až k prahům domova.“ Lékařka, Shida Kartli

V Gruzii pracovaly ve stejné oblasti mimo jiné následující **instituce**:

¹⁹ Vyšetření prsou jsou v rámci NSP zdarma pouze pro ženy od 40 do 65 let, vyšetření děložního čípku pak pro ženy již od 25 věku), ovšem bezplatné služby často nejsou dostupné či propagované. Jinak stojí tyto služby dle zástupců místních nemocnic cca 120 GEL (1.440 Kč). NSP vyšetřuje zájemkyně daného věku plošně, zatímco hodnocený projekt preferoval ženy s potížemi, genetickými predispozicemi a jiné zájemkyně bez omezení věku.

Vybrané organizace	Aktivity související s rakovinou prsu a děložního čípku, popř. tuberkulózy
John Snow, Inc. (USAID)	vzdělávání lékařů, údajně i v regionu Samegrelo
UNFPA	onkologický program zejména v Tbilisi ve spolupráci s NSC, vzdělávání a osvěta, tvorba postupů pro vyšetření i léčbu, nyní příprava Národní screeningové strategie, dříve též mobilní kliniky ²⁰
Světová banka	zlepšení přístupu ke zdravotní péči ve vesnicích, zvýšení kvality včetně školení ambulantního personálu, posílení léčby tuberkulózy aj., projekt byl mj. v Gori a Tbilisi, nebyl v Zugdidi ²¹
Evropská onkologická škola	vzdělávání specialistů a tvorba doporučených postupů
Hipocrate - mobilní kliniky	působící mj. i v Shida Kartli, dle údajů NCDC vyšetří jen na mamografech 320 žen měsíčně, ovšem mobilní kliniky nespolupracovaly s ambulancemi a pacientky aktivně nesledovaly
„první dáma“ Sandra Elisabeth Roelofs - mobilní kliniky	působící v obou regionech, údaje o počtu vyšetřených či způsobu práce se evaluačnímu týmu nepodařilo získat
ADRA ČR - mobilní kliniky	v roce 2009 provozovala české mobilní kliniky s Tanadgomou ²²
UJP Praha a.s. (IAEA Vídeň)	český dodavatel 1 kobaltového ozařovače do NCC Tbilisi

Tabulka č. 3: Vybrané organizace působící ve stejném oboru

Dle dostupných informací byla část těchto aktivit spolufinancována gruzínskými samosprávami a městem Tbilisi. Osvěta z prostředků státu probíhala v televizi a dalších médiích. Žádná z výše uvedených institucí nebyla zapojena do tvorby výše zmíněné strategie, a to dle Charity ČR zejména z časových důvodů. **Celkově je sektor spíše fragmentovaný, bez jednotné strategie a koordinace.**

Ministerstvo zdravotnictví kromě nedostatečné osvěty označilo za výzvy i nedostatek kvalifikovaného personálu, nedostatek přístrojů (zejména mamografů, kterých je dle odhadu ministerstva v zemi asi 26 včetně mobilních, ale část je nefunkční), nutnost větší motivace a práce s ambulantním personálem, zavedení referenčního systému mezi třemi úrovněmi zdravotnictví a zavedení národního onkologického registru. Také NCDC potvrdilo nutnost rozšířit počet funkčních mamografů, podpořit osvětu a posílit koordinaci mezi institucemi. Nutnost doplnit zařízení, podpořit vzdělávání a integraci zdravotní péče na jednotlivých úrovních potvrdili i zapojené lékařky a místní partneři. NSC deklarovalo, že dosud nebylo schopno pokrýt vesnické oblasti, identifikované případy byly v pokročilém stádiu a léčba byla nedostatečná (dle Charity ČR je léčba až ze 75% neúčinná).

4.2 Efektivita

Celkový rozpočet projektu byl 10.918.200 Kč²³, ze 100% financován ČRA. Místní partneři poskytli mobilní kliniky, přičemž projekt hradil pouze jejich provoz. Pro posouzení efektivity (hospodárnosti)

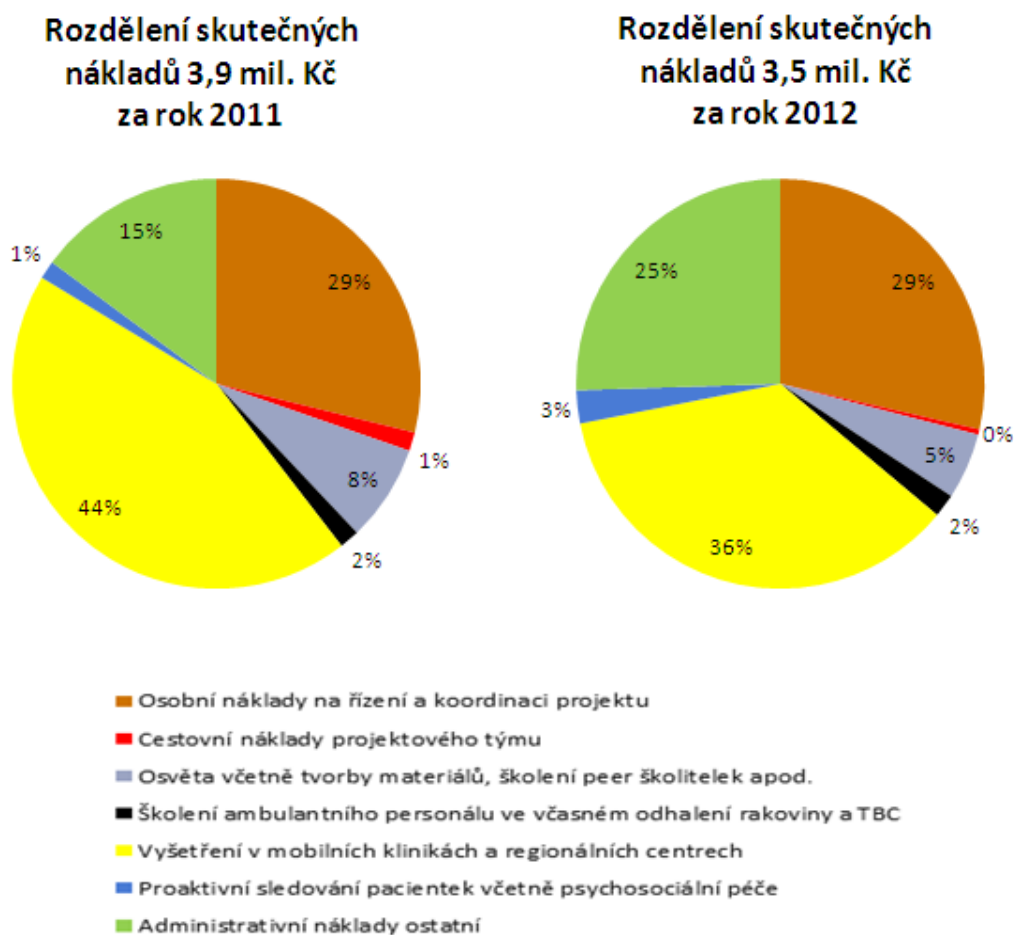
²⁰ <http://www.georgianews.ge/society/2148-united-nations-population-fund-unfpa-mobile-health-services-for-refugees--hopefully-they-are-not-abandoned-.html>

²¹ <http://www.worldbank.org/projects/P040555/health-sector-development-project?lang=en>

²² Viz Výroční zpráva Adry ČR za rok 2009 www.adra.cz/file/54

²³ Vzhledem k tomu, že evaluace byla ukončena před koncem projektu, nebyla k dispozici finální částka.

projektu byl použit přehled skutečných výdajů za léta 2011 a 2012. Pro potřeby evaluace byly výdaje rozděleny do sedmi hlavních skupin (pro detailní rozdělení nákladů viz příloha č. 7.15).



Graf č. 1: Přehled skutečných výdajů za rok 2011 a 2012

V roce 2011 bylo vynaloženo cca 3,9 mil. Kč a v roce 2012 cca 3,5 mil. Kč. Pro rok 2013 bylo k dispozici cca 3,5 mil. Kč. Z grafu č. 1 za roky 2011 a 2012 je zřejmé, že osobní náklady na řízení a koordinaci projektu a cestovními náklady projektového týmu tvoří přibližně 30%, přímé náklady na projektové aktivity dosáhly 43%, resp. 54% a **ostatní administrativními náklady tvořily 15% či dokonce 25%**. Jedním z hlavních důvodů takto vysokého podílu ostatních administrativních nákladů je vysoký počet partnerů, jejich režijní náklady (zejména Charity ČR) a náklady spojené s koordinací. Mnohé výdaje byly vynakládány opakovaně pro více partnerů – úklid, vedení účetnictví, logistika atd.

Z ostatních položek lze zmínit odměny zdravotnímu personálu v ambulancích i onkocentrech (přibližně 100 GEL / os. / měsíc), které podpořily součinnost, mobilizaci žen, ale i následnou péči. Platby však expert ČRA i realizátor označili za nezbytné, i když zároveň zřejmě snižovaly udržitelnost.

Během projektu **došlo k určitým změnám v načasování a typech aktivit**. Psychosociální péče byla pilotována vedle Tserovan z praktických důvodů i v Tbilisi. V roce 2013 již mobilní kliniky z finančních důvodů neprováděly primární vyšetření, byl však zvýšen počet osvětových akcí, probíhalo proaktivní sledování pacientek, průzkum dopadů mezi pacientkami, studijní cesta do ČR a tvorba návrhu strategie. Je plánována i diseminace výsledků na konferenci. Rozpočet na rok 2013 ve výši cca 3,5 mil. Kč je vzhledem k očekávaným výstupům a v porovnání s předchozími roky poměrně vysoký. Zástupci Charity v době zpracování závěrečné evaluační zprávy nepředložili evaluačnímu týmu

podklady s aktualizovaným čerpáním dle jednotlivých položek v roce 2013. Není tak možné plně posoudit hospodárnost výdajů za poslední rok implementace.

Realizátor **neprovedl realokaci již přidělených prostředků v roce 2013, která by směřovala alespoň k částečnému zvýšení počtu vyšetřených žen** směrem k 8.500²⁴, a to např. snížením ostatních administrativních nákladů či nákladů na výše zmíněné aktivity. Přitom dle údajů z roku 2012 bylo možné zorganizovat jednu dodatečnou návštěvu mobilní kliniky a vyšetřit tak 20 i více žen za přibližně 18 277 Kč (cca 900 Kč / osobu). Alternativou pro sekundární vyšetření ve spolupráci s mobilními klinikami a regionálními pobočkami NCC mohlo být teoreticky i navázání spolupráce s místními klinikami s potřebným vybavením, zejména mamografy, např. Guli v Zugdidi a Gorimed v Gori. Poplatky pro jednotlivé pacienty za všechna vyšetření zde přesahují 1.200 Kč na osobu, pokud nespádají do kritérií bezplatného NSP. Musela by být vyjednána specifická spolupráce např. na sekundárních vyšetřeních. Tento přístup mohl přispět i k vyšší udržitelnosti.

Posouzení nákladů je obtížné vzhledem k nekonzistentní a neúplné dokumentaci (vykazování jednotkových nákladů či evidence počtu vyšetřených žen), jakož i omezené dostupnosti celkových skutečných výdajů alespoň za část roku 2013. Nabídka Charity ČR obsahovala pouze etapový rozpočet (dle aktivit), přičemž není k dispozici propojení s položkovým rozpočtem, který Charita ČR používala pro plánování a vyúčtování (vyúčtování pro ČRA nebylo ve smlouvě s realizátorem požadováno). Realizátor vyúčtování dle aktivit pro účely evaluace neposkytl, proto nelze vyhodnotit, zda byly položky rozpočtu dodrženy dle smlouvy. **Nekonzistentní dokumentace rovněž omezovala možnosti náklady řádně řídit, a zajistit tak jejich optimalizaci.**

Průběžný monitoring projektu prováděla Charita ČR, expert ČRA a částečně i Velvyslanectví ČR v Tbilisi. Zavedení systému zdravotnické dokumentace a reporting posiloval řádnou správu projektu, jeho výstupy však ne jsou konzistentní. Absence projektového koordinátora v Gruzii od jara 2012 do jara 2013 dle zastupitelského úřadu ČR negativně ovlivnila zejména spolupráci s dalšími institucemi, jakož i monitoring v terénu. Koordinaci z ČR přitom evaluační tým považuje za nedostatečnou. V době evaluace měli noví pracovníci Charity ČR v Tbilisi omezené znalosti projektu, což ovlivnilo sběr indikátorů a dalších dat. Místní partneři neměli ucelené informace o projektu, např. celkový rozpočet či průběžné zprávy, a nepodíleli se na strategickém rozhodování např. o hlavních změnách v celkovém rozpočtu projektu²⁵. Zapojení gruzínských zaměstnanců komplikoval i fakt, že část projektových dokumentů byla v češtině. Expert ČRA pro zdravotnictví v Gruzii poskytoval přímou podporu nejen realizátorovi a partnerům, ale i ambulantnímu personálu, což bylo vysoce ceněno ze strany implementujících organizací. Monitorovací zprávy experta obsahovaly řadu konkrétních postřehů a doporučení pro účely projektu. Interní evaluaci na základě dat ze „starých“ ambulancí provedl expert ČRA v květu 2013²⁶. Plánoval také vyhodnocení postojů ambulantního personálu. Průzkum dopadů na pacientky plánovala Tanadgoma na léto 2013.

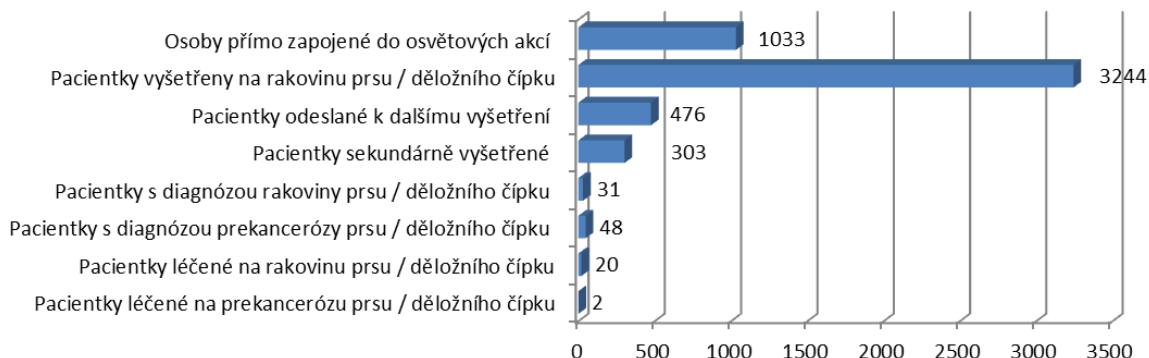
²⁴ Dle Charity ČR byl indikátor splněn, neboť bylo vyšetřeno odhadem 9.000 žen včetně preselektce.

²⁵ K principu sdílení veškerých relevantních dokumentů mezi partnery viz také Kodex efektivnosti FoRS, část 3. Partnerství: http://fors.cz/user_files/kodex_efektivnosti_fors.pdf

²⁶ Jan Voříšek: Analysis of Czech Cancer Screening and Early Detection Project, especially in comparison to Georgian National Cancer Screening Programme as Input to National Strategy Development, ze dne 14. 5. 2013

4.3 Efektivnost

Níže je uveden graf hlavních kvantitativních indikátorů projektu (podložené údaje); následně je popsáno dosažení cílů (výsledků) a hlavního záměru projektu z hlediska kvantitativního i kvalitativního. Detailní přehled dosažených indikátorů dle jednotlivých let je uveden v příloze 7.14.



Graf č. 2: Ženy zapojené do prevence, diagnostiky a léčby rakoviny prsu a děložního čípku (k IV/2013)

Cíl (Výsledek) 1: Zvyšování povědomí

Organizace Tanadgoma do dubna 2013 proškolila **98 peer školitelek** s tím, že dalších 52 proškolí do konce roku 2013. Dle jejího odhadu se asi 41% školitelek aktivně účastní další osvěty. Mezi nimi jsou často učitelky či jiné ženy motivované pracovat pro ostatní. Další ženy měly zájem spíše získat více informací pro sebe a svoji rodinu (viz příklady níže). Neprobíhala systematická koordinace školitelek.

„Jsem bez manžela, mám dceru, která pracuje v Tbilisi. Sama prodávám vypěstované ovoce a zeleninu. Jsem bojovnice. Před dvěma lety mi (díky projektu) našli prekancerózu, když jsem si stěžovala na bolesti břicha. Postupně mi odstranili všechny ženské orgány. Operaci ve výši 1.200 GEL hradilo pojištění pro chudé. Nyní jako peer školitelka podporuji ženy, aby chodily na vyšetření, někdy je i doprovázím. Když jdu na pravidelné vyšetření, vždy nějakou ženu vezmu sebou a při té příležitosti ji navrhnou, aby se nechala sama vyšetřit.“ Žena, 49 let, peer školitelka, Dzevera

Tanadgoma dále zorganizovala **90 osvětových akcí** (54 dalších je plánováno do konce roku 2013), kterých se zúčastnilo celkem **1033 osob** (očekává se 1630 zasažených osob do konce roku 2013). Dle podkladových materiálů, vyjádření účastnic i Velvyslanectví ČR šlo o interaktivní setkání, která napomohla pochopit důležitost prevence a podpořila zájem žen před příjezdem mobilních klinik. Tanadgoma dále odhadla, že 5 typů propagačních brožur zasáhlo asi 5.000 mužů a žen; regionální televizní spot pak asi 3.000 osob, tyto údaje však nebylo možné ověřit. Osvětové nástroje byly dle evaluačního týmu vhodně upraveny pro cílovou skupinu. Polovina osvětových akcí probíhá až v třetím roce implementace s tím, že návazná vyšetření již převezmou ambulance. Ty však nemohou většinu vyšetření provádět, zároveň nejsou v provozu mobilní kliniky projektu, proto je efekt osvěty snížen. Ženy na všech fokusních skupinách požadovaly přehled možností vyšetření a léčby v daném regionu včetně cen.

Na počátku projektu byla zaznamenána stigmatizace a tabu kolem rakoviny, včetně vyšetření. Díky osvětě, nasazení lékařek a sester, doporučení jiných žen, pravidelnosti návštěv mobilních klinik i spolehlivosti diagnóz byl však po prvních měsících provozu zaznamenán o vyšetření **velký zájem**. Klíčovou roli hrála **bezplatnost a snadná dostupnost vyšetření**.

„Některé ženy nebyly u gynekologa i víc jak 15 let a bály se i gynekologického křesla. Bylo na nás, abychom je psychologicky připravily.“ Lékařka, fokusní skupina v Zugdidi

“Projekt vytvořil atmosféru důvěry, neboť všechny diagnózy se potvrdily. Jiné iniciativy nám nepomohly, přitom tu rakovinou trpí téměř každý.” Žena na fokusní skupině v Chitatskari

„Jedna osamělá matka se dvěma dětmi nebyla nikdy u gynekologa. Do mobilní kliniky jsem ji musela doslova dotáhnout. Našli jí rakovinu děložního čípku. Léčbu jí plně hradilo pojištění. Dnes je zdravá a pracuje.“ Zdravotní sestra na fokusní skupině v Zugdidi

Cíl (Výsledek) 2: Včasné odhalení rakoviny

Odborníci ze CPC proškolili personál 28 ambulancí v oblastech prevence, vyšetření i podpory po pozitivní diagnóze, a to na základě interně vytvořených materiálů. Personál následně prováděl preselekcí pacientek a asistoval při vyšetřeních v mobilních klinikách. **Způsob vzdělávání se tak dle MoLHSA lišil od projektů jiných donorů**, kteří poskytovali 2-3 týdenní vzdělávání bez další supervize.

V letech 2011 a 2012 proběhlo přibližně 6 návštěv mobilních klinik na jednu vesnici. Za návštěvu bylo vyšetřeno průměrně 20 osob, což se blíží maximální kapacitě. Ženy i ambulantní personál ocenili velmi dobrou organizaci a citlivý přístup odborníků. V roce 2013 již návštěvy neprobíhaly z finančních důvodů. Celkem bylo **vyšetřeno 3.244 žen²⁷, 476 z nich bylo zasláno na sekundární vyšetření**. Nebylo tak dosaženo plánovaného indikátoru 8.500 primárně vyšetřených pacientek. Řada žen se nechala vyšetřit jen částečně – buď gynekologicky nebo mamologicky, a proto nelze činit závěry o výsledné převaze podezření na rakovinu děložního čípku (66%). Mobilní kliniky neměly vždy mamograf, což omezovalo vypovídající schopnost vyšetření. Dle zjištění evaluačního týmu některé ženy ve vesnici Khetulbani o projektu nevěděly, a proto nebyly vyšetřeny. Jiné nemohly prohlídky v měsíčních odstupech absolvovat kvůli menses. Během evaluace ambulance i místní partneři potvrdili zájem desítek pacientek o (návazná) vyšetření v mobilních klinikách, a to i z okolních vesnic.

Vedle rakoviny projekt doplňkově proškolil ambulantní personál v diagnostice **tuberkulózy**. Ambulance však nesbíraly data ohledně počtu vyšetřených a léčených pacientů, zároveň probíhala řada národních iniciativ zaměřených na tuberkulózu, a proto nelze posoudit efektivnost školení. Fokusní skupina zdravotních sester v Zugdidi uvedla spíše snižující se počet nových případů, zatímco skupina v Gori upozornila na zvýšený počet kvůli vysoké rezistenci vůči léčbě. Diagnostiku tuberkulózy komplikovala nízká dostupnost rentgenového zařízení.

Cíl (Výsledek) 3: Proaktivní sledování pacientek s pozitivní diagnózou

Sekundární vyšetření bylo doporučeno 474 ženám s podezřením na rakovinu, z nich **64% (303) vyšetření skutečně absolvovalo**. To je více oproti 50% v NSP dle UNFPA²⁸. Mezi hlavní důvody neúčasti patřily dle fokusních skupin obava z diagnózy a z následné drahé léčby daleko od domova.

²⁷ V tomto počtu nebyly zahrnuty ženy, které prošly preselekcí ze strany ambulancí. Aktuální podklady jsou připravovány, dle odhadu Charity ČR bylo celkem vyšetřeno 9.000 žen. Dle onkologa MUDr. Václava Pechy preselekcce není vhodná, neboť může minout zejména časná stádia rakoviny s nejvyšší pravděpodobností úspěšné léčby.

²⁸ Dle závěrečné zprávy projektu z roku 2010 byla 100% účast 302 osob, což se však jeví nepravděpodobně.

Pacientky, lékařky a zdravotní sestry však často neznaly různé možnosti a výši nákladů na léčbu, vycházely pouze z předchozích zkušeností svých příbuzných a známých. Byl zmíněn i nezvyk populace absolvovat preventivní vyšetření. Naopak účast na sekundárním vyšetření podpořily osobní pozvánky na konkrétní termíny ze strany ambulantního personálu. Důslednost se však lišila dle ambulance.

Celkem bylo pozitivně **diagnostikováno 31 případů rakoviny**, z toho 16 prsou, 14 děložního čípku a 1 kombinovaný případ; **dále 48 případů prekancerózy**, z toho 32 prsou a 16 děložního čípku. Výskyt rakoviny u 1,18% z celkového počtu žen vyšetřených v mobilních klinikách v roce 2011 (snížení oproti 2,73% v roce 2010 ve stejných vesnicích) i 0,58% v roce 2012 byl mnohonásobně vyšší než u NSP v roce 2011 (0,065%). Na základě analýzy Experta ČRA pro zdravotnictví z 12. května 2013 došlo u 17 tzv. „starých ambulancí“, zapojených od roku 2010, postupně k **diagnóze časných stádií** obou typů rakovin **z 33% v roce 2010 na 76% v roce 2011**. Protože v 11 „nových ambulancích“ byly mobilní kliniky v provozu jen 6 měsíců roku 2012 a bylo nalezeno jen 5 diagnóz, nelze mluvit o podobném pokroku, ač údaje o stádiích nebyly během evaluace k dispozici.

Z dostupných materiálů nelze vyhodnotit správnost diagnóz. Ženy dle přímých výpovědí i experta ČRA často diagnózu přesně neznaly. Projekt zavedl zdravotnickou dokumentaci, projektovou databázi, průběžnou komunikaci lékařek s pacientkami a monitoring ze strany realizátora i ČRA. Neměl však přímý vliv na léčbu. Sledování pacientek bylo ovlivněno nedostatečnou komunikací mezi národními, regionálními zařízeními a vesnickými ambulancemi. Lékařky tak byly informovány jen neformálně.

Psychosociální pomoc pacientkám zahájila Tanadgoma v roce 2011 pilotně v Tserovanech a oproti původnímu plánu z praktických důvodů i v Tbilisi ve spolupráci s Women Winners Club a NSC. I přes poskytnutí cestovného bylo údajně náročné pacientky zpočátku přesvědčit k účasti. Desetidenní terapie však byla vysoce ceněna ze strany NSC, které potvrdilo u pacientek značný posun. Tanadgoma plánuje rozšíření terapie na region Samegrelo do konce 2013. Gori není zapojeno kvůli slabšímu zázemí a složitosti mobilizace pacientek, které dle Tanadgomy preferují zůstat v anonymitě.

Cíl (Výsledek) 4: Formulace národní strategie prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve vesnických oblastech

V roce 2013 bylo zahájeno fungování pracovní skupiny, která měla připravit návrh strategie. Do pracovní skupiny byly vedle realizátora, místních partnerů a experta ČRA pro zdravotnictví zapojeny národní instituce – MoLHSA, NCDC a NSC a částečně i zastupitelský úřad ČR. Do června proběhla celkem 2 setkání, kde byly prezentovány aktivity jednotlivých institucí a předběžné výsledky hodnoceného projektu i projektu z roku 2010²⁹. V srpnu 2013 se očekává dokončení návrhu s tím, že projektové výstupy budou představeny relevantním aktérům na konferenci na podzim 2013. Ač MoLHSA vyjádřilo silný zájem o využití výstupů a výsledků hodnoceného projektu (zejména prevence), přijetí strategie je nejisté vzhledem k zavedení veřejného zdravotního pojištění od 1. 7. 2013 a dalším velkým změnám ve zdravotnictví do konce roku 2013.

²⁹ Během července 2013 se Charita ČR a její partneři zúčastnili workshopu UNFPA/NCDC na téma on Strategic Directions of Cancer Screening Program in Georgia, který byl zaměřen na vypracování doporučení pro NSP a National Cancer Control Strategy. Charita se pravděpodobně zúčastní i navazujících jednání.

Záměr: Zvýšit pravděpodobné přežití rakoviny prsu a děložního čípku a tuberkulózy u cílové populace

Z poměrně malého množství diagnostikovaných případů rakoviny a omezených informací o léčbě a úmrtích (jakož i z neexistence souhrnných dat o pacientech trpících tuberkulózou) nelze usoudit, došlo-li k pravděpodobnému zvýšení přežití. Indikátory záměru nelze vyhodnotit, neboť národní onkologická databáze od roku 2008 neexistuje. Obecně byla efektivnost negativně ovlivněna častými změnami gruzínského zdravotnictví a nedostatečnými kapacitami zapojených onkocenter.

4.4 Udržitelnost

Udržitelnost nebyla v projektové dokumentaci detailně plánována. Byla vystavěna zejména na **přijetí národní strategie** prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve vesnických oblastech a na zavedení funkční primární péče ze strany státu, resp. pojišťoven. Přijetí strategie je však **značně nejisté** vzhledem k nižšímu zapojení gruzínských institucí (setkání pracovní skupiny svolává Charita ČR a členství není ustálené) a aktuálním velkým změnám ve zdravotnictví. **Vyšetření** jsou po ukončení provozu klinik od roku 2013 dle místních partnerů i ambulancí **málo dostupná**.

„Dali jste nám víru. Pokud odejdete, bude to pro nás velké zklamání.“ Lékařka ze Samegrelo

„Nejdříve jsme ženy snažně prosily, aby přišly na vyšetření. Nyní nás snažně prosí ony, abychom (s mobilními klinikami) pokračovali.“ Lékařka ze Shida Kartli (z nové ambulance)

„Tento projekt byl ze všech zdravotnických projektů (v našem regionu) nejvíce realistický, byl správně načasovaný a užitečný. (...) Ženy jsou nyní v bezvýchodné situaci. Během dvou let jsme se posunuli a diagnostikovali časná stádia rakoviny. Na tento pokrok nesmíme zapomenout. Projekt proto musí pokračovat“. Lékařka ze Samegrelo

V rámci fokusních skupin **ženy potvrdily, že provádí samovyšetření a mají zájem o preventivní vyšetření s patřičným zařízením** (PAP testy, mamograf, sonograf) a odborníky. Kromě mobilních klinik však až na několik pacientek v Tserovanech ženy nevěděly o dalších bezplatných možnostech, zejména o NSP. Ženy měly rovněž obavy z vysokých cen a malé dostupnosti vyšetření a léčby. Tento aspekt by mělo alespoň částečně řešit veřejné pojištění, které má pokrýt léčbu dle informací MoLHSA až do výše 12.000 – 15.000 GEL, ovšem ženy zatím tyto informace neměly. Z rozhovorů s **peer školitelkami** vyplynul relativní zájem o prevenci, ten se však lišil dle jejich osobnosti a zkušeností. Ani školitelky nevěděly, kam případně zájemkyně vysílat na vyšetření.

Lékařky během evaluace potvrdily, že **dokáží identifikovat rizikové skupiny**, více si věří ohledně vyšetření a u pacientek si získaly větší důvěru. Díky navázání vztahů s onkology část lékařek neformálně využívala telefonické konzultace. **Vyšetření pacientek však provádí omezeně** – v případě potíží mohou provést jen vyšetření prsu pohmatem, což je zcela nedostatečné pro včasnou identifikaci rakoviny. Na gynekologická vyšetření se lékařky během evaluace příliš necítily, gynekologická křesla z pilotního projektu v navštívených ambulancích nebyla využívána. Problémem je rovněž administrativa gynekologických vyšetření a nejasné financování.

„Bez následných vyšetření na patřičných zařízeních je preselekcce jen vyhozenými penězi.“ Lékařka ze Shida Kartli

Udržitelnost výsledků a dopadů závisí rovněž na dostupnosti a kvalitě **sekundární zdravotní péče v regionálních centrech**. Několik pacientek si stěžovalo na špatnou kvalitu gruzínského zdravotnictví – uvítaly by „**jedno centrum, kde známe lékaře a na které se lze spolehnout**“. Regionální onkologická zařízení byla v hodnoceném projektu zapojena jen omezeně, navíc neměla zařízení na mamologická vyšetření, ani dostatek odborníků. Většina specialistů v projektu proto pocházela z Tbilisi a kontroly prováděla na dovezeném zařízení. Soukromá klinika Guli provádí vyšetření na údajně jediném mamografu v Zugdidi jen omezeně a za úplaty údajně 50 GEL, neboť nerealizuje NSP. Gynekologická vyšetření a vyšetření na ultrazvuku jsou v Zugdidi více dostupná, ale za úplaty. Chirurgické zákroky a další léčba jsou omezené údajně z byrokratických důvodů. V Gori nemocnice Gorimed disponuje veškerým vybavením a odborníky a je zapojena do programu NSP. Služby zdarma však nepropagovala, ač byl mamograf dle personálu využíván maximálně z poloviny své kapacity. Cena za komplexní vyšetření prsu a děložního čípku pro zájemkyním nespĺňující kritéria NSP je přes 100 GEL.

Problematické je také **aktivní sledování pacientek a jejich podpora při léčbě**. Protože sebebodpůrné skupiny vznikaly až na Tserovany teprve v roce 2013, je jejich udržitelnost otázkou. Dle lékařek existují rovněž pochybnosti, že by nové veřejné zdravotní pojištění výrazně zvýšilo dostupnost péče vzhledem k byrokracii, nutnosti cestovat za poskytovateli, zdlouhavým čekáním a zneužívání postavení klinik. Lékařky a zdravotní sestry proto žádaly o pokračování hodnoceného projektu.

Udržitelnost výstupů je omezená. **Školení** nebyla akreditována (obdobně jako např. školení UNFPA) a nebyla v ucelené podobě předána regionům. Další školení závisí na dostupnosti financí. **Projektovou databázi** nyní realizátor konsoliduje a je připraven ji sdílet gruzínskými státními institucemi. Dále již není udržován projektový **registrační systém**, neboť již nejsou v provozu mobilní kliniky.

Celkově není jasné, který subjekt je zodpovědný za udržení výstupů a výsledků, potažmo dopadů. Smlouva ČRA s Charitou ČR, ani smlouvy s místními partnery, jakož i memorandum o porozumění s MoLHSA tyto povinnosti nespecifikují. Nejsou jasné pravomoce, odpovědnosti jednotlivých subjektů a další financování. O dalším financování mobilních klinik se zatím nejednalo např. se samosprávami či regionálními onkocentry, navíc tyto instituce nebyly do projektu příliš zapojeny a nebyly finančně či jinak zainteresovány. Evaluační tým tak vnímal frustraci cílových skupin z odchodu poskytované podpory. Udržitelnost projektu je tedy závislá především na reformách ve zdravotnictví.

4.5 Dopady

Projekt přímo zapojil do osvětových akcí celkem 1033 osob, přičemž se očekává nárůst na 1630 do konce roku 2013. Bude tak přímo zasaženo přibližně **1,5% populace** zapojených vesnic³⁰. Dále lze předpokládat, že nepřímo projekt zasáhne minimálně 5.000 rodinných příslušníků. Ambulantní personál potvrdil změny postojů řady pacientek. Během fokusních skupin ženy vyjadřovaly silný zájem o otázky zdraví, obávaly se však náročnosti vyšetření a léčby.

„Dříve byla rakovina vnímána jako fatální. Nyní již ženy ví, že pokud je rakovina identifikována včas, lze ji vyléčit.“ Lékařka ze Shida Kartli

³⁰ Byl použit odhad o cílové populaci ve výši 68.690 z analýzy experta ČRA na zdravotnictví.

Dle realizátora bylo **léčeno 65% žen s rakovinou a 4% žen s prekancerózou**, ovšem data nejsou úplná. Léčba byla závislá zejména na dostupných financích (ze zdravotního pojištění či z vlastních zdrojů), důvěře v konkrétní lékaře a zařízení, dostupnosti zařízení a předchozích zkušenostech. Během evaluace však byly identifikovány také případy nevhodné či nedostatečné léčby, jednak příliš drahé a náročné zákroky, jednak chybějící ozařování³¹, což minimálně v některých případech zřejmě vedlo k recidivě rakoviny. Řada pacientek přiznala, že z finančních důvodů nedodržují přesně doporučenou léčbu, zejména předepsané léky. Dle informací od lékařek došlo v průběhu projektu min. k 5 úmrtím pacientek a naopak k úspěšné léčbě několika žen.

„Jsem vdaná a mám jedno dítě. V minulosti jsem podstoupila operaci rakoviny prsu, léčba mě stála 120 GEL, zbývajících 1150 GEL uhradilo pojištění. (Díky projektu) u mne byla před dvěma lety diagnostikována i rakovina děložního čípku. (V naší vesnické klinice) mě vyšetřili a poslali na radioterapii v KutaisiKutaisi. Ovšem můj muž je válečný invalida a náš rodinný příjem ve výši 239 GEL nestačí na pokrytí základních nákladů. Využíváme bankovní půjčky. Nevím, co se mnou bude dál, ale cítím, že se mi obtíže zhoršují.“ Žena, 42 let, Chitatskari

„Jsem vdaná, mám jedno dítě. Pracuji jako učitelka chemie. V mobilní klinice mi našli před 2 lety prekancerózu děložního čípku, přesnou diagnózu nevím. Doporučili mi léčbu v určité nemocnici, ale dala jsem přednost mojí gynekoložce. Pojištění hradilo léčebné zákroky, ale ne desetidenní pobyt v nemocnici, za který jsem zaplatila 300 GEL. Dnes mám obdobné potíže. Když jsem se doslechla, že přijel český tým, doufala jsem ve vyšetření.“ Žena, 26 let, Jikhashkari³²

Dle realizátora a partnerů došlo ke **značnému posunu v přístupu lékařů/lékařek a zdravotních sester** k pacientkám a jejich rodinám. Jedna zdravotní sestra zmínila i zlepšení paliativní péče, neboť umí lépe aplikovat léky proti bolesti. Z evaluace vyplývá další zájem lékařského personálu ze zapojených, ale i sousedících ambulancí o poskytování kvalitní péče a doplňování znalostí.

Přístup k prevenci vedoucí ke **zvýšené poptávce po vyšetřeních** byl velmi oceněn MoLHSA na závěrečné panelové diskusi v rámci evaluace. Zástupce vyjádřil **zájem o využití zkušeností pro NSP**. Na základě sdílení zkušeností se mohou inspirovat také další instituce. V době evaluace však nebyl takový případ identifikován, a to ani u Charity Armenia, která podobný projekt v roce 2012 zvažovala.

4.6 Vnější prezentace projektu v Gruzii

Charita ČR projekt prezentovala MoLHSA v lednu 2013 a následně zapojila do přípravy strategie i další národní instituce – NCDC a NSC, které měly o projektu povědomí. **Jiné organizace**, např. UNFPA, dle dostupných informací o projektu informovány nebyly až do července 2013, kdy proběhlo sdílení v rámci workshopu UNFPA. Školení, příručky dobré praxe a další výstupy realizátor plánuje představit

³¹ V Gruzii jsou dle dat z MoLHSA k dispozici jen 2 lineární urychlovače v Univerzitní nemocnici v Tbilisi a 1 funkční kobaltový ozařovač v NCC. U 2 dalších kobaltových ozařovačů údajně ze sovětské éry se nepodařilo zjistit, zda-li jsou funkční.

³² Poznámka experta na onkologii z evaluačního týmu: Dle popsaných detailů šlo pravděpodobně o chybný zákrok. Protože nebyla dostupná zdravotní dokumentace, nelze tuto hypotézu potvrdit. Ženě bylo na konci rozhovoru doporučeno urychlené vyšetření zdarma v konkrétní klinice v Zugdidi.

na projektové konferenci na podzim 2013. Projekt dále zaznamenal dle údajů Charity ČR jeden **mediální ohlas** v ČR³³. V Gruzii byl údajně vysílán projektový spot v regionální televizi. Jiné mediální výstupy nebyly zaznamenány i přes vydání jedné tiskové zprávy u příležitosti podpisu memoranda o porozumění s MoLHSA.

Cílová skupina zapojená do fokusních skupin byla ve 4 z 5 navštívených vesnic dobře informována o tom, že se jednalo o „český projekt“. Výjimku tvořila skupina vytvořená až po příjezdu evaluátorů – část žen o projektu vůbec nevěděla. Kanceláře realizátora a partnerů i 4 ze 6 navštívených ambulancí byly opatřeny logy ZRS ČR. Loga byla umístěna i na mobilních klinikách. Některé ambulance měly k dispozici také brožury. Ambulance neměly vylepeny plakáty propagující prevenci rakoviny (např. samovyšetření prsu) či tuberkulózy, což mohlo dále podpořit viditelnost projektu.

4.7 Průřezové principy ZRS ČR

Dodržování lidských práv příjemců včetně rovnosti mužů a žen

Zaměření projektu úzce souvisí zejména s naplněním lidských práv, tedy s rovným přístupem ke zdravotní péči. Cílové skupiny i zapojené instituce během evaluace velmi ocenily, že se projekt soustředil na všechny ženy v daných regionech, a to jak na místní, tak vnitřně vysídlené osoby, navíc bez ohledu na věk. Preselektce a čekací listiny byly vnímány jako spravedlivé nástroje, určující pořadí žen pro vyšetření. Na absolvování vyšetření a léčby měli nepřímo vliv manželé a rodiny žen, data o širší jejich zapojení do osvěty však nejsou k dispozici, ač dle jednotlivých rozhovorů byli zapojeni jen omezeně. Mezi personálem všech zapojených ambulancí byl pouze jeden muž – lékař. Řada pacientek i lékařek dále zmínila, že část žen odradil od vyšetření fakt, že mamolog je muž, ač jiné potvrdily jeho velmi citlivý přístup. Několik žen i zástupci místního partnera by uvítali projekt zaměřený částečně i na muže, např. na rakovinu prostaty.

Řádná správa věcí veřejných

Do projektu se průřezově promítají pravidla řádné správy věcí veřejných. **Identifikace** projektu proběhla ze strany ČRA po konzultaci s MoLHSA, NCC, CSC, UNFPA a partnery pilotního projektu. Konkrétní vesnice vybral realizátor, místní partneři a expert ČRA na základě technických a praktických kritérií. Do výběru však nebyla zahrnuta regionální onkocentra a také samospráva, která poskytuje financování ekonomicky slabším obyvatelům. **Výběrové řízení** formou veřejné zakázky (oproti dotaci) bylo zvoleno dle ČRA z důvodu jasně stanovených cílů, výstupů i postupů.³⁴ **ČRA a realizátor spolupracovali s národními institucemi** (MoLHSA, NCDC a NSC) zejména při identifikaci a formulaci projektu a dále během posledního roku implementace v rámci vytvořené pracovní skupiny. Skupina se dosud spíše seznamovala s projektem, rozhodování o strategii dosud neproběhlo. Její další fungování po ukončení projektu není plánováno. **Omezená spolupráce s dalšími institucemi** již byla

³³ http://www.rozhlas.cz/radio_cesko/exkluzivne/_zprava/cesko-pomaha-s-prevenci-a-vcasnou-diagnostikou-rakoviny-v-gruzii--1038237 ze dne 28. března 2012, navštíveno 3.7.2013

³⁴ V budoucnosti dle platného zákona o veřejných zakázkách bude nezbytné koncipovat veřejnou zakázku tak, aby se přihlásilo více uchazečů, neboť v případě pouze jedné nabídky musí být výběrové řízení zrušeno.

uvedena v podkapitole o udržitelnosti. Regionální onkocentra a samosprávy nebyly zapojeny do rozhodování, ač právě ty disponují vybavením a odborníky, příp. i financemi pro léčbu.

„Projekt byl přínosný pro pacienty, ale ne pro nás. Nezískali jsme žádná zařízení. Odborníci nám odešli. Přitom jako onkocentrum bychom měli poskytovat pacientům komplexní služby včetně léčby.“ Zástupkyně onkocentra v Zugdidi

Šetrnost k životnímu prostředí a klimatu

Projekt neměl vliv na ochranu životního prostředí a změnu klimatu.

5 ZÁVĚRY EVALUACE

Relevance

Projekt byl **spíše relevantní** jak s ohledem na potřeby gruzínského zdravotnictví v roce 2010, tak na priority ZRS ČR. Projekt se jako jeden z mála zaměřil na rakovinu prsu a děložního čípku ve vesnických oblastech, a tudíž byl komplementární k Národnímu screeningovému programu, který působil ve městech. Skrze práci v komunitách a ambulantní personál projekt posílil dosud omezenou prevenci, diagnostiku a nepřímo i léčbu. Byl velmi ambiciózní vzhledem k počtu zapojených regionů a očekávání, že sekundární a terciální zdravotní péče bude do roku 2013 funkční a bude na ni možné navázat. Nedostatečně zohlednil regionální rozdíly v možnostech vyšetření a léčby. Partneri udržovali komunikaci se státními institucemi – MoLHSA, NSC a od 2013 i s NCDC. Nebyla zapojena regionální zařízení v programu NSP či taková, která by měla dostatečné vybavení a odborníky pro sekundární vyšetření. Spolupráce byla koordinována s dalšími implementujícími organizacemi (UNFPA aj.) až v létě 2013. Replikace přístupu se zdá být vzhledem k lokálním specifikům omezená a předčasná.

Efektivita

Efektivita (hospodárnost) projektu byla **spíše nízká**. Celkový rozpočet projektu přes 10,9 mil. Kč byl plně financován ČRA, místní partneri poskytli mobilní kliniky. Finančně se gruzínská strana nepodílela, ač samosprávy na prevenci a léčbu rakoviny přispívají (např. skrze NSP či příspěvky pro chudé). Nekonzistentní dokumentace (např. neúplné vykazování administrativních nákladů a jednotkových cen či počtu vyšetřených žen) omezovala jak evaluaci, tak i možnosti náklady řádně řídit, a zajistit tak jejich optimalizaci. Z analýzy skutečných výdajů za léta 2011 (3,9 mil. Kč) a 2012 (3,5 mil. Kč) vyplývají velmi vysoké ostatní administrativní náklady (mimo osobní, cestovní náklady a přímé náklady spojené s realizací projektových aktivit) ve výši 15 % či dokonce 25 % z celkových výdajů. Důvodem je velký počet partnerů a vysoké režijní náklady Charity ČR. Na základě přímých nákladů na mobilní kliniky lze tvrdit, že českého daňového poplatníka stála jedna vyšetřená žena v mobilní klinice 918 Kč a jedna potvrzená diagnóza rakoviny 96.104 Kč.³⁵ Realizátor s ohledem na výši těchto nákladů a nedostatečný

³⁵ Pro srovnání - analýza experta ČRA, MUDr. Voříška, z 12. května 2013 uvádí následující náklady: 36 EUR (cca 935 Kč) na vyšetřenou ženu a 2.805 EUR (72.800 Kč) na diagnózu rakoviny. Náklady NSP jsou dle NSC 22 GEL (264 Kč) na komplexní vyšetření prsu a 28 GEL (336 Kč) na gynekologické vyšetření, ovšem toto srovnání není příliš relevantní vzhledem k jiné metodice a nedostupnosti kalkulace NSP pro ověření zahrnutých položek.

počet vyšetřených žen ke konci roku 2012 (3.244³⁶ oproti cíli 8.500) neprovedl realokaci již přidělených prostředků. Pozitivně byla hodnocena spolupráce s expertem ČRA na zdravotnictví při identifikaci, implementaci i evaluaci. Zavedení systému zdravotnické dokumentace a reporting rovněž napomáhaly v řízení projektu, výstupy však nejsou konzistentní. Snahu o dílčí evaluace lze hodnotit pozitivně, ovšem kvůli nekonzistentnosti dat je jejich reliabilita snížena. Místní partneři neměli ucelené informace o projektu, např. celkový rozpočet, a nepodíleli se na strategickém rozhodování. Absence projektového koordinátora Charity ČR v Gruzii od jara 2012 do jara 2013 dle zastupitelského úřadu ČR negativně ovlivnila zejména spolupráci s dalšími institucemi, jakož i monitoring práce v terénu včetně kvality dat.

Efektivnost

Efektivnost projektu byla **spíše nízká** vzhledem k nižšímu počtu vyšetřených žen a omezeným možnostem ovlivnit léčbu (podmíněno aktuální situací v gruzínském zdravotnictví a kapacitami onkocenter), což mohlo vést k nižší pravděpodobnosti přežití pacientek. Projekt pomohl ukázat, že v případě dostatečné osvěty, aktivním přístupem zaměstnanců ambulancí a dostupnosti služeb lze značně zvýšit počet vyšetřených žen ve vesnických oblastech Gruzie. Kvantitativní indikátory na úrovni aktivit zřejmě budou splněny (144 osvětových akcí, 150 peer školitelek, 27 zapojených ambulancí a proškolený personál). Polovina osvětových akcí je plánována až na rok 2013, ovšem zájemkyně nejsou směřovány k vyšetření v konkrétních zařízeních, což snižuje efektivnost. Celkově bylo vyšetřeno pouze 3.244 žen místo 8.500 (Charita ČR odhadla počet žen na 9.000 včetně „předvyšetřených“, ovšem údaj nebylo možné prověřit). Proaktivní sledování pacientek podpořilo účast 64% (303 ze 474) žen na sekundárních vyšetřeních, což je nad průměrem NSP ve výši 50% a lze jej hodnotit jako poměrně efektivní. Výskyt rakoviny u 1,18% 2011 i 0,58% v roce 2012 z celkového počtu vyšetřených žen byl mnohonásobně vyšší než u NSP v roce 2011 (0,065%). Na základě analýzy experta ČRA pro zdravotnictví z 12. května 2013 došlo u 17 tzv. „starých ambulancí“, zapojených od roku 2010, postupně k diagnóze časných stádií rakoviny z 33% v roce 2010 na 76% v roce 2011. Za rok 2012 bylo nalezeno jen 5 diagnóz a analýza zatím nebyla provedena. Z analýzy vychází formulace „Národní strategie prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve vesnických oblastech“, jejíž dokončení je plánováno na srpen 2013. Přijetí ze strany MoLHSA je nejisté. Data k tuberkulóze nebyla sledována, a proto z nich nelze činit závěry.

Udržitelnost

Udržitelnost projektu je **nízká**, neboť se spoléhá na nejisté přijetí výše zmíněné strategie a existenci dostupných vyšetření pro cílovou populaci. Ovšem v současné době probíhá reforma zdravotnictví; rozšíření onkologických vyšetření a léčby na vesnickou populaci je zpožděno. Ambulantní lékařky mohou vyšetření provádět jen omezeně a cílová populace nemá informace o alternativách (např. o klinikách, které jsou zapojeny do NSP). Proto i přes zvýšený zájem o vyšetření počet vyšetřených žen v roce 2013 značně klesl. Nedostatečně udržitelné mechanismy pro vyšetření a léčbu rakoviny (zejména nízké zapojení a kapacity regionálních onkocenter) tak zřejmě nepovedou k dlouhodobému zvýšení pravděpodobnosti přežití pacientek. Celkově není jasná strategie odchodu. Není smluvně

³⁶ Dle Charity ČR bylo vyšetřeno 9.000 žen, evaluační tým však nedisponoval podklady potvrzujícími tento údaj.

určeno, který subjekt je zodpovědný za udržení výstupů a výsledků, potažmo dopadů. O dalším financování mobilních klinik se zatím nejednalo např. se samosprávami či regionálními onkocentry, navíc tyto instituce nebyly do projektu příliš zapojeny a nebyly finančně či jinak zainteresovány.

Dopady

Dopad projektu na úrovni povědomí cílové skupiny lze hodnotit jako **spíše vysoký**, dopad na úrovni národní, strategické však bude možno hodnotit až po roce 2014, kdy se projeví (ne)přijetí strategie a současné reformy ve zdravotnictví. Osvěta zasáhne do konce roku přímo asi 1630 a nepřímo minimálně 5.000 osob (4,5% cílové populace v cílových vesnicích). Dle realizátora bylo léčeno 65% z 31 případů rakoviny a 4% ze 48 případů prekancerózy, což je stále relativně dobrý dopad oproti 25% na národní úrovni dle Charity ČR, ovšem jde stále o alarmující čísla. V průběhu projektu došlo min. k 5 úmrtím pacientek a částečně k nevhodné či nedostatečné léčbě, jednak příliš drahé a náročné zákroky, jednak chybějící ozařování (léčba nebyla hrazena z projektu), což v některých případech zřejmě vedlo k recidivě rakoviny. Kompletní data však nejsou k dispozici. Evaluační tým zaznamenal u zapojených ambulantních lékařek a zdravotních sester silný zájem o problematiku rakoviny a motivaci dále pacientky podpořit, ovšem nedostatečné povědomí o dostupnosti zdravotní péče a cenách vyšetření, jakož i léčbě. Toto jsou přitom hlavní argumenty pro neúčast pacientek, a měly by být proto urychleně zodpovězeny. Přístup k prevenci vedoucí ke zvýšené poptávce po vyšetřeních byl velmi oceněn MoLHSA. V případě zapracování části strategie do Národního screeningového programu tak může mít projekt širší dopad.

Ostatní kritéria

Vizibilita ZRS ČR je hodnocena jako **spíše vysoká**. Klíčové národní instituce i cílová skupina byly o projektu a donorovi informovány. Kanceláře realizátora i partnerů byly opatřeny logy ZRS ČR, 4 ze 6 navštívených ambulancí rovněž. Ovšem jednak o projektu nebyly až do července 2013 informovány jiné organizace, např. UNFPA, jednak mohla být posílena medializace. Projekt zaznamenal jeden ohlas v ČR³⁷, v Gruzii byl vysílán projektový spot v regionální televizi, mediální ohlasy nebyly zaznamenány.

Dodržování lidských práv příjemců včetně genderu lze označit za **vysoké**. Projekt naplňoval rovný přístup ke zdravotní péči. Soustředil se na všechny ženy v daných regionech, jak místní, tak vnitřně vysídlené, bez ohledu na věk (oproti NSP). Většina zájemkyň služby obdržela. Muži většinou přímo zapojeni nebyli (u osvěty nebyly vedeny statistiky dle genderu), na absolvování vyšetření a léčby však měli nepřímo vliv. Několik žen by uvítalo projekt zaměřený i na muže, např. na rakovinu prostaty.

Řádná správa věcí veřejných je naopak hodnocena jako **spíše vysoká**. Pozitivně lze hodnotit zapojení Ministerstva zdravotnictví a dalších relevantních národních institucí jak ve fázi identifikace, tak v posledním roce implementace při tvorbě strategie. Bylo však možné zlepšit spolupráci s regionálními onkocentry, samosprávou a zahraničními institucemi.

Projekt **neovlivnil ochranu životního prostředí a změny klimatu**.

³⁷ http://www.rozhlas.cz/radio_cesko/exkluzivne/_zprava/cesko-pomaha-s-prevenci-a-vcasnou-diagnostikou-rakoviny-v-gruzii--1038237 ze dne 28. března 2012, navštíveno 3.7.2013

6 DOPORUČENÍ

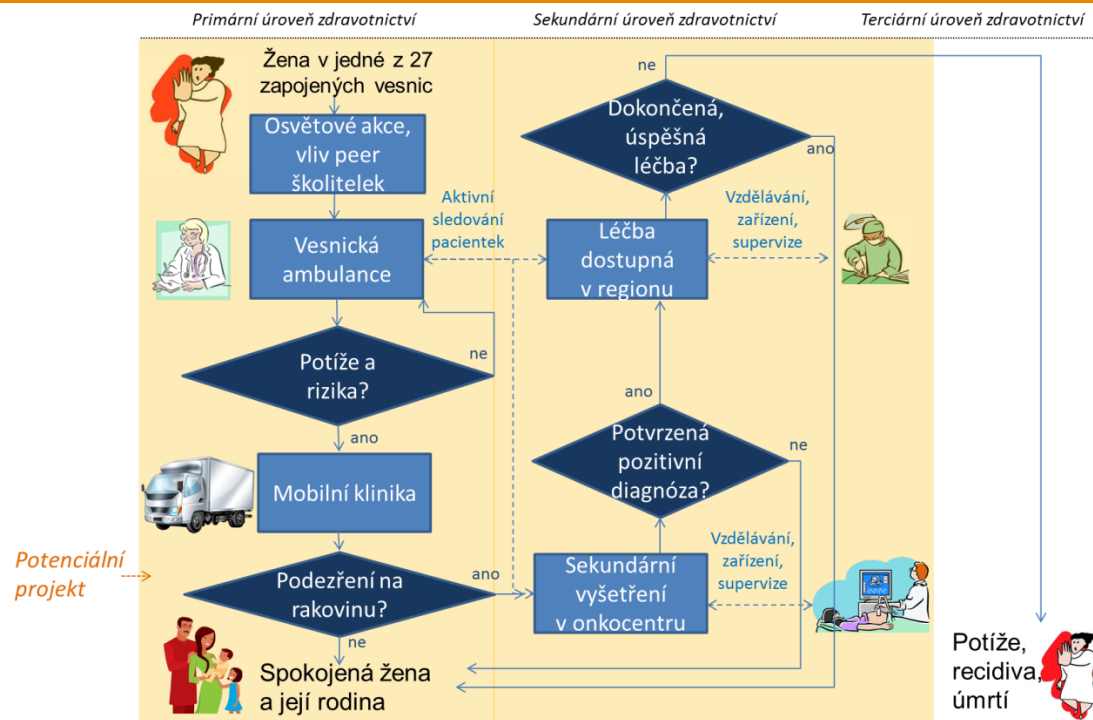
Doporučení	Zdůvodnění	Typ / úroveň doporučení	Hlavní adresát	Stupeň ³⁸ závažnosti
<p>1. Soustředit se do konce roku 2013 na udržitelnost:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informovat cílovou skupinu o možnostech vyšetření a léčby po ukončení projektu včetně konkrétních zdravotnických zařízení a cen, a to s ohledem na současnou reformu zdravotnictví a zavedené všeobecné zdravotní pojištění. - Dokončit projektovou databázi včetně údajů o stádiích rakoviny, léčbě a aktuálním stavu pacientek, následně vypracovat finální statistiky a ty předat relevantním aktérům, kteří mohou mít o pokračování projektu zájem. - Předat jednotlivé aktivity/výstupy místním institucím a pokud možno zajistit jejich pokračování. - Posílit spolupráci s dalšími organizacemi v oboru s cílem zohlednit výstupy projektu v jejich činnosti (zejména osvěta mezi cílovými skupinami a zapojení primární zdravotní péče, ale i nutnost léčby). 	<p>Zejména cílová skupina nemá dle zjištění evaluačního týmu znalosti o možnostech vyšetření (zdarma či s poplatkem) a léčby v místě bydliště či blízkém okolí. Pacientky dostatečně neznají svá práva. Panuje představa, že jsou vyšetření a léčba drahé, ovšem ani vesnické ambulance nedokázaly podat bližší informace o výši poplatků. V konečném důsledku tak pacientky často nepodstupují plnou léčbu, či se nedostavují k novým vyšetřením (např. v případě recidivy potíží).</p> <p>Nekonzistentnost dat omezuje vypovídající schopnost analýz, které jsou předávány relevantním aktérům.</p> <p>Celkově není jasná strategie odchodu. Není smluvně určeno, který subjekt je zodpovědný za udržení výstupů a výsledků, potažmo dopadů.</p>	K danému projektu	Charita ČR, Tanadgoma a CPC	1
<p>2. Zavést koordinační skupinu zaměřenou na rakovinu (prsu a děložního čípku) pod Ministerstvem zdravotnictví (MoLHSA), která by koordinovala činnost různých institucí, donorů a realizátorů a podporovala sdílení zkušeností a úspěchů, jakož i problematických oblastí.</p>	<p>V současné době formálně neexistuje koordinace institucí. V některých vesnicích zapojených do hodnoceného projektu nezávisle působily řecké kliniky. Projekty i z jiných regionů nejsou centrálně sdíleny a koordinovány.</p>	K danému projektu	MoLHSA ve spolupráci s NCDC a NSC	2

³⁸ Stupnice: 1 nejzávažnější – 3 nejméně závažné

Doporučení	Zdůvodnění	Typ / úroveň doporučení	Hlavní adresát	Stupeň ³⁸ závažnosti
3. Vyžadovat položkový rozpočet a plán udržitelnosti před zahájením či těsně po zahájení projektu (v rámci první průběžné zprávy), včetně smluvního zajištění udržitelnosti ze strany místních partnerů (státní správa, samospráva aj.), posilování jejich kapacit a spolufinancování.	Nabídka realizátora obsahovala etapový rozpočet (dle aktivit), zatímco interní vyúčtování bylo dle položek. Zadávací dokumentace a nabídka neobsahovaly plán udržitelnosti. Závazky udržitelnosti chyběly jak ve smlouvě ČRA s Charitou ČR, tak ve smlouvách s místními partnery a v memorandu o porozumění s MoLHSA. Relevantní regionální instituce do projektu nebyly zapojeny. Chybělo spolufinancování.	Procesní / systémové	ČRA	1
4. Zavést účinnější monitoring a interní evaluace: - V případě potřeby revidovat matici logického rámce, aby odpovídala realitě (v rámci průběžné zprávy). - Provádět ze strany ČRA a zastupitelského úřadu ČR monitoring zaměřený na výsledky (tzv. results-oriented monitoring ³⁹). - Zavést interní evaluace u projektů nad určitý rozpočet, sledovat jejich jasné zadání, výsledek a zavádění doporučení.	V rámci implementace realizátor narazil na nemožnost dosáhnout požadovaných indikátorů, zejména počtu vyšetřených pacientek, nebyla však podána písemná žádost o případnou úpravu matice logického rámce. Průběžné zprávy jasně neidentifikovaly nedostatečné plnění indikátorů. Interní analýza v roce 2013, vypracovaná expertem ČRA, se zaměřila spíše na efekt předchozího, pilotního projektu, a aktivity v roce 2011.	Procesní / systémové	ČRA ve spolupráci s MZV a ZÚ	1
5. Zavést holistický, komplexní přístup k boji proti rakovině s důrazem na léčbu - navázat projektem podporujícím v regionu Samegrelo péči o pacientky od prevence, přes celoplošný screening a zejména léčbu až po následné aktivní sledování a psychosociální péči. Zapojit městské kliniky poskytující vyšetření zdarma a návaznou léčbu. Zajistit kobaltový ozařovač v Kutaisi. Doplnit vzdělávání specialistů přímou supervizí.	Klíčové je zajistit, aby diagnostikované ženy byly správně léčeny – pro raná stadia je nezbytné ozařování, které je však v Gruzii téměř nedostupné (pouze v Tbilisi, v Kutaisi je údajně nefunkční). Dále Alternativní léčba chemoterapií je přitom nevhodná a drahá. Proto je klíčovou prioritou funkční ozařovač v Kutaisi a kvalifikovaný personál. Dále je nutné vytvořit vazbu mezi vesnickou populací,	ZRS v Gruzii	ČR ČRA ve spolupráci s MZV	3

³⁹ Viz např. http://ec.europa.eu/europeaid/how/ensure-aid-effectiveness/monitoring-results_en.htm

Doporučení	Zdůvodnění	Typ / úroveň doporučení	Hlavní adresát	Stupeň ³⁸ závažnosti
Doplňkově sdílet zkušeností s Národním onkologickým registrem ČR. Vše koordinovat s gruzínskou vládou.	ambulancemi a vybavenými městskými klinikami zajišťujícími prevenci i léčbu (soukromá klinika v Guli, Republiková nemocnice v Zugdidi, popř. zapojená onkocentra dle rozhodnutí o směřování NCC). V Zugdidi je třeba navýšit počet mamografů. Aby se zamezeno nesprávné diagnostice a léčbě, je třeba přímá supervize specialistů. Důležité je i posílit registraci pacientů a následnou péči. Přitom Národní onkologický registr ČR je poměrně unikátní i v EU. Vše je nutné koordinovat s gruzínskou vládou.			



Obrázek č. 3. Potenciální směřování ZRS ČR ve zdravotnictví v Gruzii

7 PŘÍLOHY

7.1 Seznam zkratk

CPC	Cancer Prevention Center
CZK/Kč	Koruna česká
ČR	Česká republika
ČRA	Česká rozvojová agentura
ESO	European School of Oncology
EUR	Euro
GEL	Gruzínská měna
IDPs	Vnitřně přesídlené osoby
MoLHSA	Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia
MZV	Ministerstvo zahraničních věcí ČR
NCC	National Cancer Center
NCDC	National Center of Disease Control and Public Health
NSC	National Screening Center
NSP	National Screening Programme
OECD/DAC	Development Assistance Committee of the Organisation for Economic Co-operation and Development
OSN	Organizace spojených národů
s.r.o.	Společnost s ručením omezeným
Tanadgoma	Center for Information and Counseling on Reproductive Health „Tanadgoma“
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
USAID	United States Agency for International Development
USD	Americký dolar
WB	World Bank (Světová banka)
ZRS ČR	Zahraniční rozvojová spolupráce ČR
ZÚ	Zastupitelský úřad

7.2 English Summary

The „**Promotion of prevention and early detection of breast and cervical cancer among women in the regions of Samegrelo and Shida Kartli II.**“ project was implemented from April 2011 to December 2013 by Caritas CR under the supervision of the Czech Development Agency (CZDA) with the budget of 10.918.200 CZK (approx. 908.200 GEL or 548.400 USD). The evaluation was implemented by Naviga 4 s.r.o. from May to September 2013 (before the project ended). The evaluation objective was to assess the implementation and provide evidence-based conclusions, lessons learned and recommendations for future decision making about the focus of Czech ODA in Georgia and elsewhere.

Relevance

The project derived from the needs of the Georgian health system as well as the priorities of the Czech ODA. It was **rather relevant**. As one of the few, it has focused on prevention and early diagnosis of breast and cervical cancer in rural areas, thus it was complementary to the National Screening Programme (NSP), which has been implemented in urban areas. However, it was very ambitious with respect to the number of regions involved and the expectations that it would link to secondary and tertiary health care. It has insufficiently reflected, especially, regional disparities in screening and treatment options. Partners maintained communication with state actors – Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia (MoLHSA) National Screening Centre (NSC) and from 2013 also with National Centre for Disease Control (NCDC). Regional facilities included in NSP or those with equipment and specialists for secondary check-ups were not involved.

„People do not go to hospitals for prevention, especially if the hospitals are far. The mammologist (during the project) came to their door steps.“ Doctor, Shida Kartli

Efficiency

The project efficiency was **rather low**. The Georgian side has not co-financed the total budget of 10,9 mil. CZK. Inconsistent documentation (e.g. internal overview of expenses, database of screened women) limited the evaluation, as well as the possibility for the project implementing organisation to properly manage costs and thus insure their optimisation. Based on the analysis of actual expenditures in 2011 – 2012, other administrative costs (except of personnel costs, travel and direct activity costs) have been identified, reaching 15% and even 25% respectively of the total expenditure. Based on the direct costs of mobile clinics regardless of administration costs, unit costs would be 918 CZK (46 USD) per screened woman and 96.104 CZK (4.867 USD) for a confirmed diagnosis. The implementing agency has not reallocated the provided funds, reflecting these unit costs and the insufficient number of screened women by the end of 2012 (3.244 versus the target of 8.500, Caritas CR estimated the number of women to 9.000 including those “pre-screened”, however, this could not be validated). Cooperation with the CZDA expert from identification, via monitoring to Evaluation was assessed by the implementing agency and the project partners as positive. The absence of Project Coordinator of Caritas CR in Georgia from spring 2012 to spring 2013 negatively influenced the project. Local partners were not fully informed and have not taken part in strategic decision-making, which is assessed negatively. Internal evaluations are appreciated, though their reliability is lower due to inconsistent data.

Effectiveness

Project effectiveness was **rather low** concerning the number of women screened and the limited possibilities to influence treatment (due to the recent situation in Georgian health system and the capacities of oncocentres). The project managed to show that the number of women screened from rural areas of Georgia can be considerably increased if enabling conditions are put in place, especially sufficient awareness, active ambulances and accessibility of services. Quantitative indicators on the activity level will probably be fulfilled (144 awareness raising activities, 150 peer trainers, 27 involved ambulances and trained personnel). Awareness raising is estimated to reach 1630 persons by the end of 2013. However, half of the awareness raising activities are planned for the last year of implementation, whereby women interested in check-ups are not directed to concrete facilities. In total, only 3.244 women instead of 8.500 (supposedly 9.000 women including pre-screening as per Caritas CR). Even though Caritas CR perceived the target number as overestimated (the call of the CZDA was probably based on 3 years of mobile clinic operations, whereas Caritas CR have undertaken the first level check-ups only until the end of 2012), the logical framework was not revised. Proactive follow-up supported the participation of 64% women (303 of 474), which is above the average of 50% at the NSP and thus can be assessed as rather effective. In total, 31 cases of cancer (16 breast, 14 cervical, 1 combined) and 48 cases of precancerosis (32 breast, 16 cervical) were diagnosed. The incidence rate of 1,18% in 2011 and of 0,58% in 2012 from the total number of women screened in mobile clinics was much higher than at the NSP in 2011 (0,065%). Based on the preliminary analysis of the CZDA expert on health, dated 12 May 2013, 17 so called „old ambulances“ involved since 2010 gradually experienced diagnoses of earlier stages of both types of cancer from 33% in 2010 to 76% in 2011. In 2012, only 5 diagnoses were found and a similar analysis was not done in the “new ambulances”. Based on the above mentioned analysis, „the National strategy for prevention and early diagnosis of breast and cervical cancer in rural areas“ is to be developed by August 2013. Approval by MoLHSA is still uncertain due to the reforms in the Health system and other priorities. Data on tuberculosis screening and diagnosis have not been collected and thus cannot be evaluated.

„The project created an atmosphere of trust, as all diagnoses were confirmed. Other initiatives did not help us, even though almost everybody has cancer here.“

Woman, Chitatskari

Sustainability

Project sustainability is **low**, as it relies on uncertain approval of the above mentioned strategy and existence of accessible screening for the target population. The Georgian health system, however, is going through big changes and thus the extension of oncological screenings and treatments for rural population is delayed. Ambulance doctors can exercise only limited check-ups and the target population lacks information about alternatives. Therefore the number of screened women significantly decreased in 2013 despite an increased demand. Insufficiently sustainable mechanisms for cancer screening and treatment (especially low involvement and capacities of regional oncocentres) would with doubts lead to long-term increase of probability of patients' survival. Overall, the exit strategy is not clear. There are no agreements on which institution is accountable for sustaining outputs, results as well as

„This project was the most realistic from all health projects (in our regions). It was timely and useful... Women are now in a hopeless situation. We progressed in 2 years and diagnosed early stages of cancer. We must not forget such progress, therefore the project has to continue“. Doctor, Samegrelo

all impact. No negotiation e.g. with local authorities or regional oncocentres was held on the further financing of mobile clinics. They were not much involved in the project and did not have financial or other ownership.

Impact

Project impact on the awareness of the target population is assessed as **rather high**. Impact on the national level can only be assessed after 2014, when the health system reforms and the current strategy (dis)approval will bring their effects. Awareness raising is estimated to reach 1630 persons directly and min. 5.000 indirectly. As per Caritas CR, 65% of 31 cases of cancer and 4% of 48 cases of precancerosis were treated, which is above the national level (25%), but still alarming.

During the project, minimum 5 patients died; some got partially inappropriate or insufficient treatment (treatment was not covered by the project), which has probably led to cancer relapse. Complete statistics, however, are not available. The evaluation team noted a high

„I am married and have a child. I am a chemistry teacher. At a mobile clinic 2 years ago, I was diagnosed with cervical precancerosis. I do not know the exact diagnosis. They recommended treatment in a hospital, but I preferred my gynaecologist. The insurance covered treatment, but not the 10-day stay which cost me 300 GEL (181 USD). I have similar complaints today. When I heard about the Czech team, I hoped to be checked.“ Woman, 26 years,

„Earlier, cancer was perceived as fatal. Now women know, that if cancer is diagnosed early, it can be successfully treated.“
Doctor, Shida Kartli

interest of ambulance doctors and nurses in cancer and motivation in patients' follow-up, but low awareness on accessible screening and treatment including prices. The approach to prevention leading to increased demand for screening was highly appreciated by MoLHSA. If the proposed strategy is partially reflected in the NSP, the project can have a wider impact.

Other criteria

Visibility of Czech ODA in assessed as **rather high**. Key national institutions (MoLHSA, NCDC, NSC) as well as the target group were informed about the project and the donor. Logos of Czech ODA were displayed in the offices of the implementing agency, its partners as well as in 4 out of 6 ambulances visited. Other organisations, such as UNFPA, have not been informed about the project by June 2013. The project TV spot was reportedly screened on regional television. Nevertheless, the project produced only one media output in the Czech Republic and no other in Georgia.

Respect for human rights and gender can be identified as **high**. The project respected equal access to health care. It has concentrated on all women in given regions, both local and internally displaced, regardless of their age (in contrast to NSP). Most women interested in services received these. Men were usually not directly involved, still they have indirectly influenced check-ups and treatment follow-up. Several women would appreciate a project on men, e.g. on prostate cancer.

Good governance is assessed as **rather high**. Involvement of MoLSHA and other relevant Georgian institutions as well as of the CZDA expert on health is positive. Nevertheless, it was also possible to improve the cooperation with regional oncocentres, local authorities and other institutions.

The project **was not concerned** with **environmental protection and climate change**.

Recommendation	Type / level	Main addressee	Level of importance ⁴⁰
<p>1. Focus on sustainability till the end of 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inform the target group about screening and treatment options after project end, including concrete health facilities and prices, while take into account current health system reform and launched national health insurance. - Finalize project database including data on stages of cancer, treatment and actual status of patients, then finalize project statistics and provide these to relevant actors, who can follow-up on the project. - Handover each activity/outputs to local institutions and have an agreement on project continuation if possible. - Strengthen cooperation with other organisations in the sector in order to reflect project outputs in their work (especially awareness raising, involvement of primary health care and the need of treatment). 	Project	Caritas CR with Tanad-goma and CPC	1
<p>2. Launch a coordination group focusing on cancer (breast and cervical) under the MoLHSA, which would coordinate activities of different institutions, donors and implementing organisations as well as support sharing of experiences, successes and challenges.</p>	Project	MoLHSA with NCDC and NSC	2
<p>3. Require budget by items and sustainability plan before or shortly after project launch (as a part of the first interim report), including contractual obligation of sustainability by local partners (state actors, local authorities), strengthening of their capacities and co-financing.</p>	Process / System	CZDA	1
<p>4. Launch more effective monitoring and internal evaluations:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revise the project logical framework if needed so that it reflects the reality (as a part of an interim report). - Conduct results-oriented monitoring⁴¹ by CZDA and the Czech Embassy. - Launch internal project evaluations above a certain budget, follow their clear Terms of Reference, results and follow-up on recommendations. 	Process / System	CZDA with MFA and the Czech Embassy	1
<p>5. Introduce a holistic, complex approach to the fight against cancer with a focus on treatment – follow-up by a project in Samegrelo region supporting patient care from prevention, to wide-scale screening, mainly to treatment, to active follow-up and psychosocial care. Include urban clinics, which provide free screening and further treatment. Ensure a cobalt radiotherapy machine in Kutaisi. Besides the training of specialists also direct supervision. Additionally, experience sharing with National Oncological Registrar in the CR. Coordinate everything with the Georgian government.</p>	Czech ODA in Georgia	CZDA with MFA	3

⁴⁰ Scale: 1 most important – 3 least important

⁴¹ See e.g. http://ec.europa.eu/europeaid/how/ensure-aid-effectiveness/monitoring-results_en.htm

7.3 Seznam použitých dokumentů a zdrojů

Dokumenty

- Analýza dat z pilotního projektu roku 2010 včetně následných šetření a finální diagnózy, datována z listopadu 2011 (MUDr. Voříšek)
- Analýza dat z pilotního a současného projektu včetně následných šetření a finální diagnózy, datována z května 2013 (MUDr. Voříšek) – neúplná, pouze 7 stran
- Chanturidze, et al. 2009. “Georgia: Health system review.” Health Systems in Transition
- Jan Voříšek: Analysis of Czech Cancer Screening and Early Detection Project, especially in comparison to Georgian National Cancer Screening Programme as Input to National Strategy Development, ze dne 14. 5. 2013
- Koncepce zahraniční rozvojové spolupráce ČR na léta 2010 – 2017
- Memorandum of Understanding mezi ČRA a MoLHSA (bez podpisu)
- Monitorovací zprávy Experta ČRA pro zdravotnictví ze září 2010, listopadu 2011, července 2012, listopadu 2012
- Monitorovací zprávy zastupitelského úřadu ze dne 21.4.2010, 19.5.2010, 16.6.2010 a 15.03.2013
- Nabídka Charity ČR včetně příloh
- Posudek etapových zpráv Charity ČR (vypracoval MUDr. Voříšek) – 2 zprávy za rok 2011, 2 za rok 2012
- Projektové databáze s vyšetřenými ženami
- Průběžné (etapové) zprávy Charity ČR včetně příloh - 2 zprávy za rok 2011 a 3 za rok 2012, dale též závěrečná roční zpráva z roku 2012
- Rozpočty na jednotlivé roky a vyúčtování za roky 2011 a 2012 (interní dokumenty Charity ČR)
- Tamari Rikhadze: An overview of the health care system in Georgia: expert recommendations in the context of predictive, preventive and personalised medicine, The EPMA Journal 2013
- UNFPA Standard Progress Report 2011
- Výroční zpráva ADRA ČR za rok 2009
- Zadávací dokumentace na evaluovaný projekt včetně příloh
- Zadávací dokumentace na předchozí onkologické projekty v Gruzii
- Zápis z workshopu UNFPA z července 2013
- Zápisy z 1. a 2. setkání pracovní skupiny k národní strategii
- Zpráva ze zahraniční služební cesty Daniely Králové - Formulační mise do Gruzie: příprava projektu „Podpora prevence a včasného odhalení rakoviny“ v termínu 5.-13.12.2009

Internetové zdroje

- http://ec.europa.eu/europeaid/how/ensure-aid-effectiveness/monitoring-results_en.htm
- <http://data.worldbank.org>
- <http://www.ghi.gov/documents/organization/175130.pdf>
- http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/01/09/000350881_20130109102252/Rendered/PDF/NonAsciiFileName0.pdf
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621519/>
- <http://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD/countries/GE?display=graph>
- <http://www.georgianews.ge/society/2148-united-nations-population-fund-unfpa-mobile-health-services-for-refugees--hopefully-they-are-not-abandoned-.html>
- <http://www.worldbank.org/projects/P040555/health-sector-development-project?lang=en>
- http://www.rozhlas.cz/radio_cesko/exkluzivne/_zprava/cesko-pomaha-s-prevenci-a-vcasnou-diagnostikou-rakoviny-v-gruzii--1038237
- http://fors.cz/user_files/kodex_efektivnosti_fors.pdf
- http://www.rozhlas.cz/radio_cesko/exkluzivne/_zprava/cesko-pomaha-s-prevenci-a-vcasnou-diagnostikou-rakoviny-v-gruzii--1038237
- http://ec.europa.eu/europeaid/how/ensure-aid-effectiveness/monitoring-results_en.htm
- <http://www.unfpa.org.tr/georgia/rh-doing.htm>

7.4 Seznam rozhovorů v ČR

Typ / Role	Organizace	Respondent	Datum
Koncepce ZRS ČR, programování, evaluace	Ministerstvo zahraničních věcí	Milan Konrád	21. 5. 2013
Referenční skupina	Ministerstvo zahraničních věcí	Josef Buzalka	12. 6. 2013
Gestor, člen referenční skupiny	Česká rozvojová agentura	Jan Černík	27. 5. a 5. 6. 2013
Odborný garant gestora, monitoring projektu	Česká rozvojová agentura	MUDr. Jan Voříšek	29. 5. 2013
Realizátor projektu, resp. zhotovitel veřejné zakázky	Charita ČR	Jana Kowalová	22. 5. a 6. 6. 2013
<i>Detto</i>	Charita ČR	Evžen Diviš	6. 6. 2013
Místní partner	Cancer Prevention Centre (CPC)	Ioseb Abasadze	29. 5. 2013
Místní partner	Tanadgoma	Nana Jibladze	29. 5. 2013
Gestor, člen referenční skupiny	Česká rozvojová agentura	Jan Černík	18.6. 2013
Realizátor projektu, resp. zhotovitel veřejné zakázky	Charita ČR	Jana Kowalová	1.7.2013

7.5 Seznam rozhovorů, fokusních skupin a návštěv v Gruzii

Typ / Role	Organizace	Respondent	Datum
Zastupitelský úřad ČR – monitoring	Velvyslanectví ČR v Tbilisi	Albert Sidó, rozvojový atache	17. 6. 2013
Místní partner	Cancer Prevention Centre (CPC)	Ioseb Abasadze, ředitel Tamar Tsintsadze Khatuna Meladze, gynekolog Inga Shadikatze, administrátorka projektu Salome Kritiani, zdravotní sestra Mamuka Tatishvili, finanční ředitel	17. 6. 2013
Jiný realizátor / donor	UNFPA	Tamar Khomasirudze, ředitelka	17. 6. 2013
Jiný realizátor, člen pracovní skupiny	NSC	Tina Neruchashvili, vedoucí screeningového oddělení	17. 6. 2013
Realizátor	Charita ČR	Tamar Tatishvili, vedoucí mise David Makashvili, projektový koordinátor	17. 6. 2013
Jiný realizátor	World Vision	Kateřina Zezulková, projektová koordinátorka, do dubna 2012 koordinátorka hodnoceného projektu	18. 6. 2013
Státní instituce, člen pracovní skupiny	MoLHSA	Lela Serebryaková, ředitelka odboru veřejného zdraví	18. 6. 2013

Typ / Role	Organizace	Respondent	Datum
Místní partner	Tanadgoma	Sergo Chkhladze, zástupce ředitele a člen správní rady Lela Kudrgelashvili, trenérka a psychologka Kakhaber Akhvlediani, projektový koordinátor	18. 6. 2013
Státní instituce, člen pracovní skupiny	NCDC	Nino Maglekalidze, Senior specialista pro nepřenosné choroby Nana Meboni, hlavní specialista pro státní programy Lela Sturua, vedoucí odboru pro nepřenosné choroby	18. 6. 2013
Gestor	ČRA	MUDr. Jan Voříšek, externí expert na zdravotnictví	18. 6. 2013
Cílová skupina	-	Fokusní skupina s ambulantními lékařkami v Zugdidi (8 osob)	19. 6. 2013
Spolupracující regionální onkocentrum	NCC, regionální onkocentrum v Zugdidi	Nona Pipia, vedoucí oddělení, onkoložka a chirurgka	19. 6. 2013
Nemocnice v Zugdidi provádějící část operací	Republic Hospital v Zugdidi	Anonymní gynekoložka	19. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Chitatskari, část Onaria s uprchlíky	Fokusní skupina s ženami, často uprchlicemi z Abcházie (10 osob)	19. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Chitatskari	Dvě anonymní pacientky s pozitivní diagnózou (separátní rozhovory)	19. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Chitatskari	Jilda Chargazia, peer školitelka	19. 6. 2013
Cílová skupina	Ambulance v Chitatskari	Tea Mahania, ambulantní lékařka Meri Panamarchuk, zdravotní sestra	19. 6. 2013
Místní partner	Tanadgoma v Zugdidi	Projektový tým (8 osob)	19. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Jikhashkari	Marine Kacia, Eliso Nodia a Nana Ninua, peer školitelky	20. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Jikhashkari	Fokusní skupina s ženami (10 osob)	20. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Jikhashkari	Anonymní pacientka s pozitivní diagnózou	20. 6. 2013
Cílová skupina	Ambulance v Jikhashkari	Inga Zhavelia, ambulantní lékařka Ekaterine Chargaziani, zdravotní sestra	20. 6. 2013
Cílová skupina	-	Fokusní skupina se zdravotními sestrami ze zapojených ambulancí, Zugdidi (8 osob)	20. 6. 2013
Spolupracující regionální onkocentrum	Regionální onkocentrum v Gori, od roku 2012 je součástí kliniky Gorimed	Nino Lomsadze, vedoucí centra a gynekoložka	21. 6. 2013
Cílová skupina	-	Fokusní skupina s ambulantními lékařkami v Gori (8 osob)	21. 6. 2013

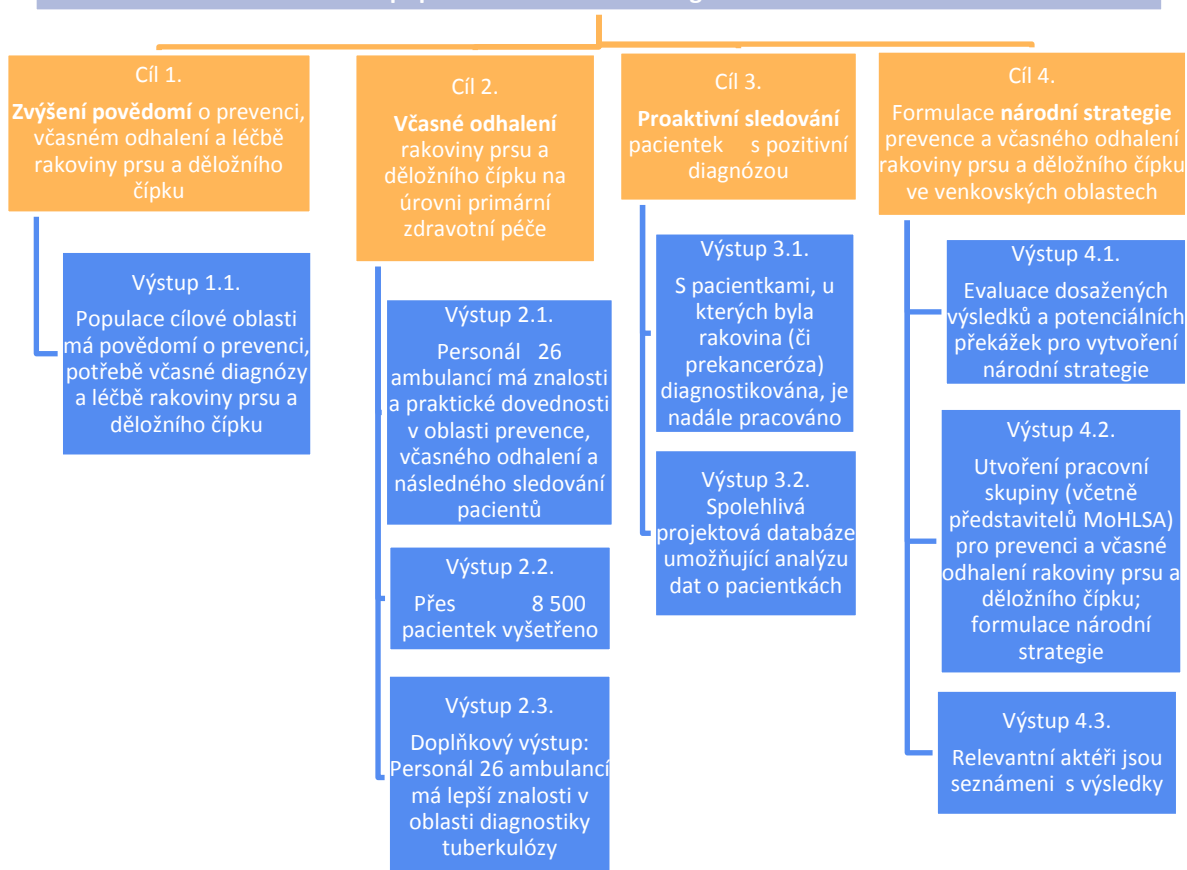
Typ / Role	Organizace	Respondent	Datum
Nemocnice v Gori provádějící vyšetření a část operací	Nemocnice Gorimed v Gori	Návštěva prostor včetně mamografu a ultrazvuku, neformální diskuse s řadou lékařů a sester	21. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Khetulbani	Anonymní pacientka s pozitivní diagnózou	21. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Khetulbani	Fokusní skupina s ženami (7 osob)	21. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Khetulbani	Skupinová diskuse se 4 peer školitelkami – Patman Petriashvili, Mariam Gogiashvili, Shoreng Ternakozashvili a Irma Galashvili	21. 6. 2013
Cílová skupina	Ambulance v Khetulbani	Luba Gomiashvili, ambulantní lékařka Tsiuri Anesashvili, zdravotní sestra	21. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Dzevera	Anonymní pacientka	22. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Dzevera	Fokusní skupina s ženami (4 osoby)	22. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Dzevera	Tsinsana Mariamidze, peer školitelka	22. 6. 2013
Cílová skupina	Vesnice Dzevera	Tsitsino Bukhradze, peer školitelka	22. 6. 2013
Cílová skupina	-	Fokusní skupina se zdravotními sestrami v Gori (6 osob)	22. 6. 2013
Cílová skupina	Uprchlícký tábor Tserovani	Fokusní skupina s ženami (10 osob)	23. 6. 2013
Cílová skupina	Uprchlícký tábor Tserovani	Skupinová diskuse s peer školitelkami – Irma Salbishvili, Mariam Levanidze, Tea Berianidze	23. 6. 2013
Cílová skupina	Ambulance Kurta v Tserovanech	Tamriko Gobejishvili, ambulantní lékařka	23. 6. 2013
Jiná ambulance v oblasti implementace	Ambulance Akhalgori v Tserovanech	Neformální rozhovor se zdravotním personálem	23. 6. 2013
Cílová skupina	Akhalgori Ragional Polyclinic v Tserovanech	Xatuna Midelashvili, ambulantní lékařka Maia Durglishvili, zdravotní sestra	23. 6. 2013
Pracovní skupina projektu	Zastupitelský úřad ČR v Tbilisi	Všichni výše jmenovaní členové pracovní skupiny se zúčastnili prezentace a panelové diskuse	24. 6. 2013
Zařízení poskytující radioterapii a další léčbu	NCC v Tbilisi	Nana Atuashvili, lékařka a specialista na radioterapii	24. 6. 2013
Zařízení poskytující radioterapii a další léčbu	University Clinic Tbilisi	Darejan Kamidze, vedoucí radioterapeutického oddělení	24. 6. 2013
Zařízení poskytující radioterapii a další léčbu	Klinika v Zugdidi	Telefonický rozhovor se zástupcem radioterapeutického oddělení	24. 6. 2013

7.6 Časový harmonogram evaluace

Aktivita	Termín
Zasedání referenční skupiny	12. 6. 9:00
Mise v Gruzii 16.6. Přílet 17.-18.6. Tbilisi 19.-20.6. Zugdidi a oblast Samegrelo 21.-22.6. Gori a oblast Shida Kartli 23.6. Tserovani 24.6. Tbilisi 25.6. Odlet	16. – 25. 6.
Návrh závěrečné zprávy	18. 7. 2013
Prezentace evaluace a jejích výstupů	3. 9. 2013
Finální verze závěrečné zprávy včetně zapracovaných připomínek	30. 9. 2013

7.7 Projektová logika

Záměr: Zvýšit pravděpodobnost přežití rakoviny prsu a děložního čípku a tuberkulózy u cílové populace v oblastech Samegrelo a Shida Kartli



7.8 Zadávací podmínky

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ ČR VYHLAŠUJE

VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ NA EVALUACI PROJEKTU ZAHRANIČNÍ ROZVOJOVÉ SPOLUPRÁCE V GRUZII

Předmět výběrového řízení

Předmětem výběrového řízení je evaluace jednoho projektu **zahraniční rozvojové spolupráce** („ZRS“) ČR v Gruzii, v sektoru zdravotnictví (dle členění OECD-DAC⁴²), realizovaného v gesci České rozvojové agentury. Konkrétně se jedná o projekt řešený formou veřejné zakázky:

„Podpora prevence a včasného odhalení rakoviny u žen v oblasti Samegrelo a Shida Kartli II“

gestor:	Česká rozvojová agentura
realizátor:	Charita ČR
období realizace:	2011 – 2013
celkové čerpání prostředků ze ZRS ČR:	11 mil. Kč

Hlavní zúčastněné strany

Česká rozvojová agentura („ČRA“) působí od 1. ledna 2008 jako implementační agentura pro plnění úkolů v oblasti ZRS ČR, zejména pro přípravu a realizaci bilaterálních rozvojových projektů. V současné době je v její gesci téměř celá šíře dvoustranných rozvojových projektů velkého rozsahu. ČRA je gestorem hodnoceného projektu.

Ministerstvo zahraničních věcí ČR („MZV“) je v ZRS ČR odpovědné za koncepční řízení rozvojové spolupráce, včetně programování její bilaterální složky a vyhodnocování výsledků (evaluace).

Zastupitelský úřad („ZÚ“) **ČR v Tbilisi** zastupuje Českou republiku v Gruzii včetně oblasti rozvojové spolupráce. Konkrétně je úkoly koordinace a monitoringu ZRS pověřen diplomatický pracovník ZÚ, specializovaný na agendu rozvojové spolupráce.

Realizátoři, partnerské organizace, sdružení konečných příjemců:

Charita ČR realizuje hodnocený projekt na základě veřejné zakázky, zadané Českou rozvojovou agenturou na základě výběrového řízení.

V roli hlavní partnerské organizace projektu působí **Ministerstvo práce, zdravotnictví a sociálních věcí Gruzie** (*Ministry of Labor, Health and Social Affairs, MoLHSA*).

Konečnými příjemci (beneficienty) projektu jsou ženy žijící v regionech Samegrelo a Shida Kartli, ohrožené onkologickým onemocněním, resp. pacientky s touto diagnózou.

Cíle evaluace, očekávání zadavatele od evaluace:

Hlavním cílem evaluace je získat objektivně podložené závěry využitelné při rozhodování MZV ve spolupráci s ČRA o budoucím zaměření ZRS ČR v Gruzii. Dále zadavatel očekává informace pro rozhodování o realizaci projektů podobného typu také v dalších partnerských zemích ZRS ČR.

Závěry z evaluace mají poskytnout zadavateli vyhodnocení každého jednotlivého projektu z hlediska mezinárodně uznávaných evaluačních kritérií OECD-DAC, tj. **relevance, efektivitu (hospodárnosti), efektivnosti (účelnosti), udržitelnosti a dopadů**. Stručné definice těchto kritérií dle OECD-DAC jsou následující:⁴³

⁴² Výbor pro rozvojovou pomoc - Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

Relevance – míra, ve které rozvojová intervence odpovídá potřebám, prioritám a koncepcím cílové skupiny, partnerské (přijímající) země a dárcovské země.

Efektivita – poměřuje vstupy a výstupy intervence ve smyslu finanční a časové hospodárnosti, neboli míra využívání nejméně nákladných zdrojů k dosažení potřebných výsledků.

Efektivnost – míra dosažení cílů rozvojové intervence.

Udržitelnost – míra, resp. pravděpodobnost, pokračování pozitivních důsledků projektu pro cílovou skupinu po ukončení aktivit a financování ze strany donora/ realizátora.

Dopady – pozitivní i negativní, přímé i nepřímé a zamýšlené i nezamýšlené důsledky rozvojové intervence pro cílovou skupinu a v partnerské zemi obecně; u kritéria dopadů se musí evaluace důkladně zabývat také vnějšími vlivy prostředí, ve kterém byl projekt realizován.

Aktivity předmětného projektu budou realizovány a dokončovány i v průběhu roku 2013, na jehož konci má být celý projekt dokončen. Zadavatel tudíž bere v úvahu fakt, že možnosti hodnocení **dlouhodobých dopadů v době provedení této evaluace jsou objektivně omezené. Již sledovatelné krátkodobé dopady mají nicméně být důkladně prozkoumány a v závěrech evaluace zhodnoceny.** Zároveň by měl evaluační tým kontext probíhajícího projektu vnímavě zohlednit ve všech hodnotících závěrech i doporučeních.

Kromě kritérií OECD-DAC evaluace posoudí hodnocené projekty také z hlediska jejich **vnější prezentace (vizibility) v partnerské zemi** a z hlediska uplatnění **průřezových principů ZRS ČR**, kterými jsou:

- řádná (demokratická) správa věcí veřejných;
- šetrnost k životnímu prostředí a klimatu;
- dodržování lidských práv příjemců včetně rovnosti mužů a žen.⁴⁴

Naplnění průřezových principů v praxi lze ilustrovat jako využívání příležitostí, které se v kontextu projektu vyskytují, a vyvarování se pro ZRS ČR nežádoucích situací. Evaluátoři by měli zejména posoudit:

- zda a jak průřezové principy (resp. některý z nich) **přímo souvisí se sektorovým zaměřením** hodnoceného projektu;
- zda a jak zadavatel a/nebo realizátor zohlednili průřezové principy **při formulaci projektu (mainstreaming)**;
- zda a jak realizátor zohlednil průřezové principy **při realizaci projektu**;
- zda realizátor během přípravy a realizace projektu (resp. zadavatel během formulace projektu) v rámci snahy o zohlednění průřezových principů narazil na **protichůdné cíle, zájmy či hodnoty na straně příjemců projektu/partnerské země a jak tuto situaci řešil.**

Evaluační tým by tedy měl ke zmíněným aspektům vnímavě sbírat údaje a zjistit postoje konečných příjemců projektu (resp. i dalších relevantních osob). **U zjišťování názorů, pocitů a zkušeností cílové skupiny je důležité věnovat zvláštní pozornost zahrnutí jejich zranitelných členů** (zpravidla žen, příslušníků rasových, etnických nebo náboženských menšin, starších osob). Ze získaných informací by měl učinit celkový **závěr, do jaké míry hodnocený projekt u jednotlivých průřezových principů využil existující příležitosti a vyvaroval se nežádoucích situací.**

Od evaluačního týmu zadavatel očekává také komplexní **posouzení intervenční logiky** hodnoceného projektu, vč. analýzy klíčových předpokladů a rizik pro dosažení cílů (bez ohledu na jejich dřívější pojmenování či

⁴³ Více k uplatnění kritérií OECD-DAC při vyhodnocení projektu ZRS je k dispozici v osnově evaluační zprávy v příloze a dále v publikacích OECD-DAC, např. „Evaluating Development Cooperation. Summary of Key Norms and Standards“ a „Quality Standards for Development Evaluation“ (ke stažení na stránkách www.oecd.org/development/evaluation). Doporučuje se také důkladné prostudování Metodiky projektového cyklu dvoustranných projektů ZRS ČR (k dispozici na stránkách www.mzv.cz/pomoc).

⁴⁴ Průřezové principy jsou blíže definovány v Koncepti ZRS ČR na r. 2010-17 (k dispozici na stránkách www.mzv.cz/pomoc).

nepojmenování ze strany realizátora či gestora). Pokud by evaluační tým shledal intervenční logiku v projektové dokumentaci za neúplně či nepřesně definovanou, je očekáváno provedení tzv. **rekonstrukce intervenční logiky** jako součást prací na této evaluaci.

Doporučení adresovaná evaluačním týmem MZV, ČRA, realizátorovi či jinému aktéru ZRS, mají být zaměřena primárně na možné návaznosti na hodnocený projekt při plánování další ZRS v Gruzii. Může však jít také o doporučení procesní k danému typu projektu. Zadavatel je připraven ve zprávě obdržet i ponaučení širšího charakteru (*lessons learned*) pro řízení a realizaci ZRS, případně ponaučení pro řízení procesu evaluace, pokud jsou tato ponaučení dostatečně relevantní a využitelná také pro ZRS v jiných zemích a sektorech.

Spolu se zadavatelem bude na průběh evaluace dohlížet v poradenské roli také **referenční skupina**, složená ze zástupců MZV – odboru rozvojové spolupráce a humanitární pomoci („MZV-ORS“), MZV – odboru států severní a východní Evropy („MZV-OSVE“), Ministerstva zdravotnictví a ZÚ Tbilisi. Komunikaci mezi evaluačním týmem a referenční skupinou bude zprostředkovávat zástupce MZV-ORS. Členové referenční skupiny budou mít právo připomínkovat zprávy odevzdané evaluačním týmem (viz níže).

Výstupy požadované zadavatelem, termíny:

- Zadavatel požaduje po evaluačním týmu odevzdání jedné **průběžné zprávy** a jedné **závěrečné evaluační zprávy**.
- Průběžná zpráva detailně rozpracovává metodologii hodnocení, popisuje okruhy otázek a hypotéz formulovaných na základě studia dokumentů a rozhovorů vedených v ČR, které mají být ověřeny na misi v partnerské zemi. Zpráva dále obsahuje harmonogram mise do partnerské země vč. plánu setkání, rozhovorů, fokusních skupin, pozorování, odborných měření, dotazníkových šetření, apod.
- Průběžná zpráva musí být odevzdána zadavateli v listinné (svázané) podobě i elektronické podobě, a sice **nejpozději 5 pracovních dnů před odjezdem týmu na evaluační misi** do partnerské země.
- Podoba závěrečné evaluační zprávy se musí řídit **osnovou evaluační zprávy ZRS ČR**; délka textu max. 25 stran A4 (bez příloh), manažerské shrnutí v délce max. 4 strany A4.
- Evaluační zpráva je vyžadována v českém jazyce (s anglickým shrnutím, viz také osnova v příloze). Pokud se vybraný dodavatel rozhodne zpracovat zprávu také v anglickém jazyce (např. z důvodu způsobu práce mezinárodního týmu, ve prospěch komunikace se zúčastněnými organizacemi v partnerské zemi apod.), zadavatel je na tuto variantu připraven, pouze očekává domluvu na postupu prací v době podpisu smlouvy. Zůstává každopádně odpovědností dodavatele, aby termíny stanovené v tomto zadání nebyly zpracováním dvou jazykových verzí překročeny a aby česká verze zprávy neutrpěla na kvalitě či úplnosti.
- Závěrečnou evaluační zprávu je nutné odevzdat zadavateli v listinné podobě v 1 svázaném výtisku i v elektronické podobě na CD.
- **Pracovní verze závěrečné evaluační zprávy** musí být odevzdána zadavateli k připomínkám do **9. července 2013**. Zadavatel shromáždí připomínky od referenční skupiny a předá tyto zpracovateli, který je povinen obsahové připomínky písemně vypořádat (tzn. zpracovat do textu zprávy, nebo se zdůvodněním odmítnout, v každém případě písemnou formou). Pokud je k zaslání připomínek vyzván také realizátor projektu, evaluační tým se musí zabývat i jeho podněty.
- Zadavatel od týmu očekává **představení evaluační zprávy**, tj. zejména hlavních závěrů a doporučení, na prezentaci s diskusí uspořádané ze strany MZV-ORS. Termín prezentace bude stanoven po vzájemné dohodě v dostatečném časovém předstihu (předpokládáno je září 2013). Evaluační tým zašle vizuální osnovu prezentace (powerpoint) předem zadavateli k odsouhlasení.
- **Finální verze evaluační zprávy**, včetně přehledu o způsobu zohlednění jak písemných připomínek referenční skupiny, gestora a realizátora, tak případně dalších podnětů z osobní prezentace zprávy, musí být odevzdána zadavateli do **30. září 2013**.

Další upřesnění:

- Zkoumání výsledků projektu v partnerské (neboli přijímající) zemi formou evaluační mise je povinnou součástí procesu vyhodnocení. **Minimální délka výzkumu** v partnerské zemi, věnovaná **jednomu projektu**, je **5 dnů** - v závislosti na charakteru projektu, jeho geografickém rozprostření (1 lokalita

versus vyšší počet navzájem vzdálených lokalit), podmínkách místní dopravy po partnerské zemi, počtu relevantních úřadů, apod. Zejména se však odvíjí od metod zvolených evaluačním týmem.

- Předpokládá se, že v průběhu vyhodnocení zpracovatel povede rozhovory se zástupci MZV, ČRA, ZÚ Tbilisi, realizátorem projektu; se zástupci konečných příjemců a partnerských organizací realizátora v Gruzii; dále s představiteli tamější státní správy a samosprávy (a s dalšími respondenty dle potřeby).⁴⁵
- Od evaluatorů se očekává také detailní konzultace se ZÚ Tbilisi. Evaluační tým se může na zastupitelský úřad obrátit se žádostí o logistickou podporu nebo s žádostí o zprostředkování rozhovorů na ministerstvech ad. úřadech partnerské země; měl by však asistence ZÚ využívat jen v míře nezbytně nutné.
- MZV evaluačnímu týmu doporučuje, aby těžiště svých zjištění, závěrů a doporučení začal písemně formulovat ještě na misi v partnerské zemi. Dále dává ke zvážení, zda evaluační tým uspořádá na závěr své mise debriefink pro zúčastněné strany (relevantní úřady partnerské země, zástupce příjemců projektu, místní partnery realizátora, popř. též zástupce ZÚ Tbilisi apod.), na kterém lze závěry a doporučení otestovat v diskusi s těmito zainteresovanými aktéry a získat první zpětnou vazbu.

Podmínky vyhodnocení:

Evaluaci může provést

- a) tým složený z více fyzických osob (z nichž jedna působí jako vedoucí týmu s odpovědností za celý výstup vůči zadavateli);
- b) právnická osoba disponující adekvátním týmem expertů (z nichž jeden působí jako vedoucí týmu zajišťující komunikaci se zadavatelem).

Zadavatel považuje za optimální tým složený ze **2-3 osob, tj. hlavního evaluátora** s odpovědností za celý proces vyhodnocení a odevzdání dohodnutých zpráv, jehož odbornost spočívá zejména v metodách evaluace; **experta na zdravotnictví či veřejné zdraví**, optimálně specializovaného na onkologii, metody prevence závažných onemocnění a/nebo preventivní komunikace s veřejností; a případně též **gruzínského experta** (nebo juniorního člena týmu) s důkladnou znalostí místního prostředí.

Členové evaluačního týmu musí splňovat všechny níže uvedené **podmínky nezávislosti** současně (podmínky platí pro všechny projekty zahrnuté do této evaluace). Splnění nezávislosti potvrzují čestným prohlášením odevzdaným zadavateli evaluace při podpisu smlouvy. Podmínky nezávislosti jsou definovány takto:

Žádný z členů evaluačního týmu se nepodílel na přípravě, výběru či realizaci hodnoceného projektu v jakékoli fázi. Nepodílel se ani na přípravě projektového návrhu, který s hodnoceným projektem soutěžil ve výběrovém řízení.

Žádný z členů evaluačního týmu není zaměstnancem gestora, ani jím nebyl v období přípravy a implementace hodnoceného projektu; nepůsobí jako zaměstnanec či externí spolupracovník realizátora, ani nepůsobil v období přípravy a implementace hodnoceného projektu.

Hlavní evaluátor, kromě výše definovaných podmínek, se nepodílel na realizaci projektů zahraniční rozvojové spolupráce ČR ani v zemi hodnoceného projektu, ani v sektoru hodnoceného projektu, a sice u obou podmínek v roce předcházejícím evaluaci, v roce dané evaluace, ani se nebude podílet v roce následujícím.

Nabídky účastníků řízení musí obsahovat:

- **plán práce** a konkrétně popsáný **metodologický přístup** evaluačního týmu (tzn. metodologie navržená specificky pro předmětnou evaluaci projektu ZRS v Gruzii);

⁴⁵ Při evaluační misi v partnerské zemi však nemusí jít pouze o formu individuálních rozhovorů – způsoby zjišťování a ověřování informací vycházejí z metodologického postupu evaluačního týmu.

- závazně definovaný **počet dnů na evaluační misi v partnerské zemi** (nezahrnující dny příjezdu a odjezdu ze země);
- složení evaluačního týmu, tj. počet, jména a specializace odborníků, kteří se na evaluaci budou podílet, a to včetně **jednoznačného stanovení jejich účasti na misi, popř. na části mise (jaké části, kolik dnů)**; a včetně jejich plánovaných rolí při vypracování evaluační zprávy;
- **životopisy expertů** tvořících evaluační tým, s uvedením konkrétních údajů k vzdělání a zkušenostem relevantním pro předmětnou evaluaci;
- **čestné prohlášení** o splnění kvalifikačních kritérií (viz níže);
- **nabídkovou cenu**, uvedenou bez i včetně DPH (resp. u neplátců DPH uvedenou jako jediná cena opatřená prohlášením předkladatele o tom, že není plátcem DPH). Zadavatel předpokládá hodnotu zakázky v **orientačním rozmezí 290 000 – 340 000 Kč bez DPH**.

Nabídky mohou být podávány v jazyce českém, slovenském nebo anglickém. Nabídky v jiných jazycích nebudou akceptovány.

Vyhlášení výběrového řízení a příjem přihlášek:

Výběrové řízení je veřejně vyhlášeno dne 14.3. 2013. Vaše návrhy zasílejte doporučeně (nebo doručte osobně) v písemné i elektronické formě na následující adresu:

Ministerstvo zahraničních věcí ČR

Odbor rozvojové spolupráce a humanitární pomoci

Loretánské náměstí 5

118 00 Praha 1

Příjem přihlášek končí dne **8.4. 2013 ve 14 hod.** Návrhy zaslané jiným způsobem (např. faxem nebo e-mailem), doručené na jiné adresy nebo obdržené po termínu uzávěrky nebudou přijaty.

Žádost se podává v obálce označené:

- názvem výběrového řízení;
- plným jménem (názvem) žadatele a adresou;
- textem „**NEOTVÍRAT**“.

Vyhodnocení nabídek:

Došlé nabídky budou zpracovány pověřeným administrátorem, který prověří kvalifikační kritéria, a poté předány hodnotící komisi, která je posoudí a na základě hodnotících kritérií vybere vítěznou nabídku. Výsledek výběru hodnotící komise bude zveřejněn do dne 6.5. 2013 na webových stránkách (profilu) zadavatele.⁴⁶

Kvalifikační kritéria

- ukončené vysokoškolské vzdělání - u vedoucího evaluačního týmu;
- minimálně 4 roky pracovních zkušeností - u vedoucího evaluačního týmu;
- alespoň komunikativní znalost anglického jazyka u všech členů evaluačního týmu, kteří se budou účastnit mise do Gruzie.

Hodnotící kritéria:

- praktické zkušenosti s metodami i teoretické znalosti metod evaluace u vedoucího i dalších členů týmu (v přihlášce jednoznačně vyjmenujte dříve řešená vyhodnocení, analytické studie podobného druhu, absolvovaná školení k evaluaci, školení k řízení projektového cyklu, relevantní absolvovaná vysokoškolská předměta, apod.);

⁴⁶ www.mzv.cz/pomoc

- kvalita a proveditelnost předložené metodologie evaluace, postupu prací a rozdělení úkolů v evaluačním týmu;
- rozsah předchozích zkušeností členů týmu v oblasti rozvojové spolupráce nebo humanitární pomoci (české i poskytované jinými státy či organizacemi);
- rozsah předchozích zkušeností členů týmu z rozvojových nebo transformujících se zemí, zejména z východní Evropy či střední Asie;
- rozsah předchozích zkušeností a odbornosti týmu v oblasti zdravotnictví a/nebo veřejného zdraví, zejména v podoblastech onkologie, metod prevence závažných onemocnění a související práce s veřejností;
- nabídková cena (porovnávají jsou ceny bez DPH).

Osoba pověřená pro věcná jednání v rámci výběrového řízení:

Mgr. Milan Konrád

Odbor rozvojové spolupráce a humanitární pomoci MZV

tel.: 224 18 2720

e-mail: milan_konrad@mzv.cz

Přílohy:

tabulka nákladů na evaluaci pro výpočet nabídkové ceny

závazná osnova evaluační zprávy ZRS ČR (verze r. 2013)

vybrané dokumenty k hodnocenému(-ým) projektu(-ům)

7.9 Evaluační otázky

S ohledem na dosavadní analýzu dat, předběžné hypotézy a vyvstávající oblasti k ověření byly evaluační otázky zformulovány následovně:

A. Relevance

- **Je projekt relevantní vůči prioritám ČR pro Gruzii, jakož i prioritám Gruzie v oblasti zdravotní péče?**
- Jaké jsou hlavní potřeby gruzínského zdravotnictví v oblasti rakoviny prsu, děložního čípku a tuberkulózy? Jaká je struktura a rozsah poskytované péče v oblasti diagnostiky onkologických onemocnění? Jak projekt tyto aspekty zohlednil (včetně národních metodických pokynů v oblasti prevence rakoviny aj.)?
- Z jakých důvodů byly oblasti Samegrelo a Shida Kartli vybrány? Jaká jsou jejich specifika v oblasti onkologické diagnostiky a léčby? Jak projekt tato specifika reflektuje?
- Je projekt relevantní pro cílové skupiny / beneficiary a partnery projektu?
- Jak se projekt zasadil o propojení s NSP a s centrálními institucemi, zodpovědnými za prevenci a péči?
- Jaké instituce byly a nebyly zapojeny do přípravy národní strategie prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve venkovských oblastech? Z jakých důvodů?
- Do jaké míry byl projekt komplementární s aktivitami dalších institucí? (UNFPA, WB, GZI, ESO aj.)
- Je projekt komplementární s ostatními projekty české rozvojové spolupráce a v jakém rozsahu?

B. Efektivnost / Účelnost

- **Byly výstupy a cíle (včetně všech indikátorů) dosaženy v souladu se schváleným projektem? Které faktory k tomu přispěly a které naopak dosažení limitovaly?**
- Jak se změnilo povědomí cílové populace o prevenci a včasné diagnostice rakoviny prsu a děložního čípku a dále tuberkulózy? Co k dosažení tohoto výstupu/cíle přispělo, co ho naopak limitovalo? Jak na tuto situaci projekt reagoval?
- Jak byla vytvořena a dále upravována jednotlivá školení, informační materiály a ostatní relevantní výstupy?
- Které faktory podpořily ženy, aby podstoupily primární, sekundární vyšetření a případnou léčbu? (osvětové akce, peer školitelky, informační brožury, TV spot, vzdělávání lékařů/sester) Z jakých důvodů ženy toto nepodstoupily a jak byly tyto faktory v rámci projektu řešeny?
- V jaké míře ambulantní lékaři/lékařky prováděli samostatně primární vyšetření (v mobilních klinikách, v ambulancích)? Co je v tomto pohledu podpořilo, co je naopak omezovalo?
- Jakým způsobem lékaři sledovali dodržování dalšího postupu ze strany pacientek a jak je podporovali v léčbě? Co je v tomto pohledu podpořilo, co je naopak omezovalo?

- Jak probíhalo další vzdělávání proškolených osob? Konzultovali ambulantní lékaři, sestry či peer školitelky odborné dotazy s onkologickými odborníky? Jak často, ohledně jakých otázek a co bylo výsledkem?
- Jak pravděpodobné je dokončení národní strategie do konce roku 2013? Jaké kroky budou v tomto směru podniknuty?
- Do jaké míry měnící se situace v gruzínském zdravotnictví ovlivnila projektové výstupy a výsledky?

C. Efektivita

- **Jak efektivní byla realizace projektu při porovnání vstupy vs. výstupy?**
- Jsou známy další možnosti realizace požadovaných výstupů, které jsou efektivnější?
- K jakým zásadním změnám projektu oproti plánu došlo a jaké dopady na účinnost projektu tyto změny měly? (např. mobilní kliniky apod.)
- Jaké jsou náklady na jednotlivé komponenty projektu oproti National Screening Programu (NSP)? (pokud bude možné tyto informace obdržet)

D. Udržitelnost

- **Jaké kroky k zajištění udržitelnosti výstupů byly provedeny? Lze realizovat nějaká další opatření k podpoře udržitelnosti, a jaká?**
- Co a jak bude předáno místním institucím? (další školení, zařízení, databáze, strategie aj.)
- Který subjekt je zodpovědný za udržení dosažených výstupů? Odpovídá svěřená kompetence pravomocem, odpovědnosti daného subjektu a jeho kapacitám (včetně financování)?
- Probíhají nadále samovyšetření prsu a primární vyšetření rizikových skupin u ambulantních lékařů/lékařek? V jaké míře oproti předchozímu období? Jak jsou hrazeny a jak je zajištěn svoz vzorků?
- Do jaké míry jsou regionální onkologové, ambulantní lékaři, zdravotní sestry a peer školitelky (popř. sebestopůrné skupiny) motivovány k samostatné práci na prevenci a léčbě rakoviny prsu, děložního čípku a tuberkulózy? Jaké jsou podpůrné a limitující faktory? Jaká jsou možná opatření (i s ohledem na aktuální vývoj ve zdravotnictví)?
- Do jaké míry jsou ženy nadále motivovány k preventivním vyšetřením, resp. léčbě rakoviny prsu a děložního čípku? Jakou roli v tomto ohledu hrají aktuální změny ve zdravotnictví (včetně pojištění a poplatků)? Jaká jsou možná opatření?
- Jak bude nadále udržován registrační systém (lékařské knihy, kartičky), sběr statistických dat, jejich analýza a další využití?
- V jaké míře je zvažováno propojení či sjednocení s National Screening Programem (NSP)? Jakým způsobem?
- Jakými vlastními zdroji přispěla gruzínská státní správa a samospráva (případně realizátor a další organizace) k realizaci a udržitelnosti projektu?

E. Dopad

- **Jakým způsobem projekt ovlivnil prevenci a léčbu onkologických onemocnění v Gruzii?**
- Jak se změnily statistiky onkologických onemocnění a jejich diagnostiky po realizaci projektu (počet diagnóz, včasnost diagnózy, poměr diagnóz k primárnímu šetření, resp. k populaci atd.) a jsou případné změny ovlivněny projektem? Jaké faktory měly na tyto změny vliv?
- Jaké rozdíly lze identifikovat v kvalitě diagnostiky a onkologické léčby v regionech zasažených a nezasažených projektem? (otázka bude řešena v závislosti na dostupné dokumentaci)
- Jak se lišily dopady projektu v jednotlivých vesnicích / ambulancích? Pokud jsou patrné rozdíly, jaké hlavní důvody k nim vedly?
- Jaké jsou hlavní rozdíly v implementaci, výsledcích a dopadech hodnoceného projektu a National Screening Programu (NSP), popř. jiných donorů, pokud budou informace k dispozici?
- Změnilo se vnímání rakoviny, tuberkulózy a životního stylu v oblastech implementace v cílových komunitách?
- Změnil se přístup lékařů/lékařek a sester k pacientkám a jejich rodinám?
- Budou mít z realizace projektu přínos i jiné subjekty než cílové skupiny a jaký? Např. je plánovaný obdobný projekt Caritas Armenia implementován na základě sdílení zkušeností z roku 2012?

F. Vnější prezentace projektu v Gruzii

- **Byly v rámci projektu v Gruzii dostatečně prezentovány výstupy projektu a ZRS ČR?**
- Jsou jednotliví beneficianti dostatečně informováni o tom, že výstupy a projekt byly realizovány ze ZRS ČR

G. Průřezové principy ZRS ČR

- **Jakým způsobem souvisí průřezové principy se sektorovým zaměřením projektu?**
- **Byly zohledněny průřezové principy při formulaci a realizaci projektu?**
- **Byly identifikovány protichůdné hodnoty, postoje či zájmy ze strany beneficiantů? Jak realizátor tuto skutečnost řešil?**
- Do jaké míry fungovalo partnerství s místními úřady a instituce a Ministerstvem zdravotnictví? (zohlednění priorit, jasné role a odpovědnosti, cíle a komunikace, spolupodílení na rozhodování)
- Jak funkční jsou v současnosti procesy nastavené v rámci realizovaného projektu?
- Vztahovala se nějak problematika ochrany životního prostředí a změny klimatu k zaměření projektu?
- Jakým způsobem se problematika lidských práv a genderové nerovnosti vztahovala k hodnocenému projektu?
- Do jaké míry se muži zajímali o problematiku rakoviny a tuberkulózy? Jak byli zapojeni do vyšetření, popř. léčby svých žen?

7.10 Záznamový arch pro fokusní skupiny s lékařkami / zdravotními sestrami

Location:

Date:

Check at entry to the room:

Name and village (sign the list!)

Total No.:

How long on the job in your village? (min. 3 months)

Gender:

When did the project start in your village? (min. 3 pers. from old and 3 from new ambulances)

Statistics available (to be filled in the table provided)

Introduction, explanation of the purpose of external evaluation, outputs, users, confidentiality.

Questions:

1. How frequent was breast / cervical cancer and TBC in your village before 2011? (*Relevance, check data!*)
2. What were project's key achievements in your point of view? (*Effectiveness / Impact*)
3. How has perception of cancer and TBC changed among women and men? What contributed to this? (*Effectiveness – Goal 1: Awareness raising*)
4. Looking at no. of patients screened, treated and followed upon (*see data provided*), what helped in encouraging them to go for screening / treatment /check-ups? (*Effectiveness – Goal 2: Early detection and Goal 3: Proactive follow-up*)
5. What were the obstacles? How were these addressed by the project? (*Effectiveness – Goal 2: Early detection and Goal 3: Proactive follow-up*)
6. How will the activities continue from 2014 onwards? What is in place (*screening, registrar, your further education in breast/cervix cancer, enrolment in the National Screening Programme...*); what concrete support is still needed and by whom? How will it be funded? (*Sustainability*)
7. Do you have any other comments or recommendations?

7.11 Záznamový arch pro fokusní skupiny s ženami z vesnic

Location:

Date:

Check at entry to the room:

Name and village (sign the list!)

How long in the village? (min. 1 year)

Participated in the outdoor awareness raising activity? (both groups are needed)

Total No.:

Introduction of the project (check that participants know about it and can distinguish it from others) and the purpose of the evaluation, explanation of the purpose of external evaluation, outputs, users, confidentiality.

Questions:

1. What do people think about breast and cervical cancer in your village? (*Relevance*)
2. Do you know of anybody who has personally benefited from the Czech project? (prevention, screening, treatment) (*Effectiveness – Goals 1: Prevention, Goal 2: Early detection, Goal 3: Proactive follow-up / Impact*)
3. What do you think motivates women to go for screening? (*Effectiveness – Goals 1: Prevention, Goal 2: Early detection*)
4. What prevents them from getting screened? (*Effectiveness – Goals 1: Prevention, Goal 2: Early detection*)
5. What do you think motivates women to get treated? (*Effectiveness – Goal 3: Proactive follow-up / Impact*)
6. What prevents them from getting treated? (*Effectiveness – Goal 3: Proactive follow-up / Impact*)
7. Do you have any recommendations or comments? (*All*)

7.12 Záznamový arch pro návštěvu ambulancí

Village: Region: Date:
Name of the doctor: Specialisation: Age: Gender:
Living at location:
Name of the nurse:
Total village population:
Total IDP population:
Number and type of other doctors in the ambulance:

Equipment:

- Gynecological chair
- Water
- Electricity
- Registrar (forms, cards)
- Brochures (5 types)
- Project training materials
- Logo of “CR helps”
- Access to internet (at least at home)

Introduction, explanation of the purpose of external evaluation, outputs, users, confidentiality.

Questions:

1. Since when do you work here? What is your background / personal history?
2. How frequent was breast / cervical cancer and TBC in this village before 2011? (*Relevance*)
3. What other projects related to breast / cervical cancer and TBC were implemented in the village (even before, or after 2011)? Who implemented them? What exactly was done? (*equipment provided, awareness raising etc.*) (*Relevance*)
4. When did the project on breast / cervical cancer and TBC start and how did you get to know about it (who decided about village inclusion)? (*Relevance*)
5. What was your role within the project? (*Effectiveness, good governance*)
6. What were project's key achievements in your point of view? (*Effectiveness / Impact*)
7. How has perception of cancer and TBC changed among women and men? How have outdoor sessions / peer trainers / nurses / mobile clinics... contributed to this? (*Effectiveness – Goal 1: Awareness raising*)
8. How many patients were screened, treated and followed upon? (*Effectiveness – Goal 2: Early detection and Goal 3: Proactive follow-up*)
9. What helped in encouraging the patients to go for screening / treatment / check-ups? (*Effectiveness – Goal 2: Early detection and Goal 3: Proactive follow-up*)

10. What were the obstacles? How were these addressed by the project? (*Effectiveness – Goal 2: Early detection and Goal 3: Proactive follow-up*)
11. Is there any communication between you and the onco-specialists? If so, how, how often and with how many? What is the communication about?
12. What were the main costs involved in the project? How were these covered? Can it be done more efficiently? (*Efficiency*)
13. Is there any psychosocial care provided? (e.g. psychotherapist, self-supporting groups) (*Effectiveness – Goal 3: Proactive follow-up*)
14. How would you assess the cooperation with CPC, Tanadgoma and Caritas CR? (*Good governance*)
15. How will the activities continue from 2014? What is in place (screening, registrar...), what concrete support is still needed and by whom? How will it be funded? (*Sustainability*)
16. Do you have any other comments / recommendations?

7.13 Záznamový arch pro návštěvu regionálních onkologických center

Town: _____ Region: _____ Date: _____
Name of the staff: _____ Position: _____ Age: _____ Gender: _____
Hospital: _____
Department: _____
No. of oncologists: _____
Other staff: _____

Equipment:

- Mammography
- Ultrasound
- Cytology
- PAP smear
- Coposcopy
- Biopsy
- Mobile clinic
- Logo “CR helps”
- Presentations/training materials
- Brochures (5 types)

Introduction, explanation of the purpose of external evaluation, outputs, users, confidentiality.

Questions:

1. Since when do you work in the centre (as oncologist/gynaecologist etc.)? What is your background / personal history?
2. What key issues related to breast / cervical cancer have you encountered in the last 3 years (2010 and 2013) in this region? Is the region somehow specific to other regions in Georgia? (*Relevance*)
3. What other projects related to breast / cervical cancer and TBC were implemented in the region (even before, or after 2011)? Who implemented them? What exactly was done? (equipment provided, awareness raising etc.) (*Relevance*)
4. How do you keep yourself up-to-date with the developments in cancer research / approach to prevention, screening, care? Are there any trainings? By whom? How useful are they? Do you use internet? (*Relevance, Effectiveness*)
5. When did the project on breast / cervical cancer start and how did you get to know (who decided about region/village inclusion)? (*Relevance*)
6. What were project’s key achievements in your point of view? (*Effectiveness / Impact*)

7. How have you personally benefited from the project? What have you learnt at the trainings / through the cooperation? (*Effectiveness – Goal 2: Early detection, Goal 3: Proactive follow-up / Impact*)
8. Has perception of cancer changed among women and men in the last 3 years? How? (can you give us an example?) What do you think has contributed to this? (*Effectiveness – Goal 1: Awareness raising - outdoor sessions / peer trainers / nurses / mobile clinics*)
9. Can you provide us with annual data for the region (screening, diagnosis, treatment/follow-up) ideally split by village? (*Who collects such data?*) Can you observe any trends (e.g. between intervention and other areas, most frequent treatments done...)? (*Effectiveness – Goal 2: Early detection and Goal 3: Proactive follow-up*)
10. What helped in encouraging the patients to go for screening / treatment /check-ups? (*Effectiveness – Goal 2: Early detection and Goal 3: Proactive follow-up*)
11. What were the obstacles? How were these addressed by the project? (*Effectiveness – Goal 2: Early detection and Goal 3: Proactive follow-up*)
12. Is there any communication between you and the ambulance doctors? If so, how, how often and with how many? What is the communication about? Do you provide them with copies of screening/other documents?
13. What were the main costs involved in the project? How were these covered? (by project, by clients, by state / private insurance companies) Can it be done more efficiently? (*Efficiency*)
14. Is there any psychosocial care provided? (e.g. psychotherapist, self-supporting groups) (*Effectiveness – Goal 3: Proactive follow-up*)
15. How would you assess the cooperation with CPC, Tanadgoma and Caritas? (*Good governance*)
16. Are you a part of the National Screening Programme? How have you benefited? How has the project been integrated in this if at all? Do you think some (cluster) villages can become a part of NSP too? Why/not? (*Sustainability*)
17. What would continue and what would change if the project finishes by the year end? How will the screening/treatments/training of doctors and oncologists... be financed? Is any official handover planned? What concrete support is still needed and by whom? (*Sustainability*)
18. Do you have any other comments / recommendations?

7.14 Dosažení indikátorů dle revidované matice logického rámce

Oblast	Indikátor	Dle matice	Dopl- něno	Cílová hodnota	2010 (předch. projekt)	Dosaženo v 2011	Dosaženo v 2012	Plánováno v 2013	Dosaženo I - IV/2013	Dosaženo 2011 – IV/2013	Komentář
Záměr: Zvýšit pravděpodobnost přežití rakoviny prsu a děložního čípku a TBC u cílové populace v oblastech Samegrelo a Shida Kartli	Počet diagnostikovaných případů v cílové oblasti	X		Zvýšení	-	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Data nejsou k dispozici
	Počet diagnostikovaných případů v časně fázi	X		Zvýšení	-	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Data nejsou k dispozici
	Počet úmrtí pacientů, k nimž došlo v prvním roce od stanovení diagnózy	X		Snížení	-	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Data nejsou k dispozici
	Procento žen, které podstoupily léčbu (vč. prekancerózy)	X		Zvýšení	-	35,82%	41,67%	0	0	36,71%	Dosaženo (neúplná data)
Cíl 1 Zvýšení povědomí o prevenci, včasném odhalení a léčbě rakoviny prsu a děložního čípku	Min. 144 osvětových akcí v terénu	X		144	54	36	36	72	18	90	Dosažení je plánováno
	Počet osob zasažených osvětovými akcemi v terénu		x	-	616	410	420	800	203	1033	-
	Min. 150 "peer" školitelek proškoleny	X		150	48	60	38	52	0	98	Dosažení je plánováno
	Počet aktivních "peer" školitelek		x	-	?	25	21	-	15	61	-
	Počet distribuovaných materiálů	X		-	N/A	2000	2000	2470	1000	5000	-
	Počet osob zasažených DVD + TV spotem (odhad)	X		-	N/A	1200	1200	2400	600	3000	-
Cíl 2 Včasné odhalení rakoviny prsu a děložního čípku na úrovni primární zdravotní péče	Počet zapojených ambulancí	X		26	16	16	11	N/A	27	27	Dosaženo
	Počet návštěv mobilních klinik		x	-	N/A	97	66	N/A	163	163	-
	Počet ambulantních lékařů proškolených v prevenci, včasné diagnóze a sledování rakoviny prsu a děložního čípku	X		-	N/A	0	11	N/A	11	11	Dosaženo

<i>(cíl 2 pokračování)</i>	Všichni lékaři ovládají techniku základního mammologického a cytologického vyšetření (byli zapojeni do mobilních klinik)	X		52	N/A	32	22	N/A	54	54	Dosaženo
	Přes 8.500 pacientek vyšetřeno na rakovinu prsu / děložního čípku (na primární úrovni)	X		8500	1.956	2034	1210	N/A	N/A	3244 ⁴⁷	Nedosaženo
	Z toho počet pacientek vyšetřených v mobilních klinikách		x	-	1.956	2034	1210	N/A	N/A	3244	-
	Počet k dalšímu vyšetření odeslaných pacientek	X		-	355	324	152	N/A	N/A	476	Bez cílové hodnoty
	Počet osob proškolených v TBC		x	-	-	54	N/A	N/A	N/A	54	-
	Počet pacientů vyšetřených na TBC		x	-	-	N/A	N/A	N/A	N/A		Data nejsou k dispozici
	Počet pacientů s diagnostikovanou TBC	X		zvýšení	-	N/A	N/A	N/A	N/A		Data nejsou k dispozici
	Počet pacientů léčených na TBC		x	zvýšení	-	N/A	N/A	N/A	N/A		Data nejsou k dispozici
Cíl 3 Proaktivní sledování pacientek s pozitivní diagnózou	Počet žen sekundárně vyšetřených na rakovinu prsu / děložního čípku	X		-	302	205	98	N/A	N/A	303	Bez cílové hodnoty
	Míra účasti na sekundárním vyšetření z počtu vyslaných žen		x		?	63,27%	64,47%	N/A	N/A	63,66%	-
	Počet žen s diagnózou rakoviny prsu / děložního čípku	X		-	22	24	7	N/A	N/A	31	Bez cílové hodnoty
	Počet žen s diagnózou prekancerózy prsu / děložního čípku	X		-	125	43	5	N/A	N/A	48	Bez cílové hodnoty

⁴⁷ Dle Charity ČR až 9.000 včetně předvyšetřených žen, detailní přehled žen však nebyl k dispozici.

<i>(Cíl 3 pokračování)</i>	Poměr ranných stádií rakoviny (I a II) k celkovému počtu diagnóz		x		33%	76%	není k dispozici	N/A	N/A	-	-
	Počet pacientů podpořených psychosociálně		x	zvýšení	-	32 ve Tbilisi	20 ve Tbilisi	10	N/A	?	-
	Počet pacientek léčených na rakovinu prsu / děložního čípku	X		zvýšení	N/A	15	5	0	N/A	20	Nedosaženo
	Míra neúčasti na léčbě z počtu žen s diagnózou rakoviny		x		N/A	37,50%	28,57%	N/A	N/A	35,48%	
	Počet žen léčených s prekancerózou		x	zvýšení	N/A	2	0	N/A	N/A	2	-
	Míra neúčasti na léčbě z počtu žen s diagnózou rakoviny		x	zvýšení	N/A	95,35%	100,00%	N/A	N/A	95,83%	-
Cíl 4 Formulace národní strategie prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve venkovských oblastech	(Interní) evaluace	X		-				Probíhá	-	Dosažení je plánováno	
	Relevantní aktéři mají přístup ke správným a aktuálním datům		x	-				probíhá	-	-	
	Funkční strategie	X		-				probíhá	-	Dosažení je plánováno	

7.15 Přehled rozpočtových položek pro účely analýzy efektivity

Rozdělení položek skutečných výdajů za rok 2011

Kód	Položka	Nositel	Zařazení do typu výdaje
GI010101	Projektový manažer 100%	CHARITA ČR	Lidské zdroje
GI010103	Účetní 10%	CHARITA ČR	Lidské zdroje
GI010104	PR manažer	CHARITA ČR	Lidské zdroje
GI0201	2.1 Mezinárodní cestovné	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0202	2.2 Místní doprava (včetně cest do regionů)	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0203	2.3 Ubytování v regionech	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0205	2.5 Cestovní pojištění	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0206	2.6. Diety	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0301	Kancelářské potřeby CHČR	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GI0401	4.1 Ubytování Tbilisi (včetně veřej. služeb)	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0402	Komunikace Gruzie (internet, telefon)	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GI0503	Grafika, tisk, distribuce informačního materiálu	CHARITA ČR	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI0505	Tlumočení	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GI0507	5.7 Bankovní poplatky	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GI0508	5.8 Služby související s užíváním kanceláře CHČR - IT, úklid, energie	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GI0509	5.9 Telekomunikace	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GIARC	10. Administration cost	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
TOTAL			
GI010101C	Project Coordinator	CPC	Lidské zdroje

GI010103C	Citologist	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010104C	Gynecologist	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010105C	Mammologist	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010106C	Radiologist	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010107C	Driver	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010108C	Technical assistant	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010109C	Nurse	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010205C	Executive director	CPC	Lidské zdroje
GI010201C	Finance Manager	CPC	Lidské zdroje
GI010202C	Accountant	CPC	Lidské zdroje
GI010203C	Assistant/Monitor	CPC	Lidské zdroje
GI010204C	Cleaner	CPC	Administrativní náklady ostatní
GI010301C	Physician of the Clinic	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010302C	Nurse of the clinic	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010303C	Physician of the Zugdidi Onkocentra	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010304C	Physician of the Gori Onkocentra	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010401C	Fuel for transportation (avarage)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010402C	Gynecologist	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010403C	Mammologist	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010404C	Citologist	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010405C	Radiologist	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010406C	Driver/Car	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010407C	Nurse	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010501C	Preparation of training module	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI010502C	Handouts for participants (Zugdidi, Gori)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC

GI010503C	Fuel for transportation (Zugdidi)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI010504C	Training for phisycians(Zugdidi)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI010505C	Training for nurses (Zugdidi)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI010506C	Refreshments, supplies (Zugdidi)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI010507C	Accomodation (Zugdidi)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI010508C	Fuel for transportation (Gori)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI010509C	training for phisycians (Gori)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI010510C	Training for nurses (Gori)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI010511C	Refreshments, supplies (Gori)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI040501C	Mini bus rent	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI040502C	Fuel for transportation	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI030402C	Supplies	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI030401C	Fee for PAP testing	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI050201C	Gathering and analyzing data	CPC	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče
GI020401C	Accommodation Zugdidi	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI020402C	Accommodation Gori	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0208C	Per diem	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI040201C	Telefon/internet	CPC	Administrativní náklady ostatní
GI040203C	Stationary	CPC	Administrativní náklady ostatní
GI040202C	Communal costs	CPC	Administrativní náklady ostatní
GI040204C	Vehicle operation costs	CPC	Administrativní náklady ostatní
GI040205C	Bank fee	CPC	Administrativní náklady ostatní
GIFRC	Reserve fund	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
TOTAL			
GI010101T	Project Coordinator	TG	Lidské zdroje

GI010201T	Counselors	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI010202T	Social workers (outreach)	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI010207T	Gynecologist	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010208T	Mammologist	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010209T	Radiologist	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010210T	General practitioner	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010211T	Nurse	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010212T	Specialist (GY)	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010302T	Driver/Office/Outdoor	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI010304T	Driver/ML	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI010103T	Executive Director	TG	Lidské zdroje
GI010104T	Finance Manager	TG	Lidské zdroje
GI010301T	Accountant	TG	Lidské zdroje
GI010309T	Logistitian	TG	Lidské zdroje
GI010308T	Cleaner	TG	Administrativní náklady ostatní
GI010102T	Field Project Coordinator (Zugdidi)	TG	Lidské zdroje
GI010201TZ	Counselors (outdoor activities)	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI010303T	Logistician (Zugdidi)	TG	Lidské zdroje
GI010306T	Driver with car (Zugdidi)	TG	Cestovní náklady projektového týmu
GI010308TZ	Cleaner	TG	Administrativní náklady ostatní
GI010204T	Trainers (45EURX2 trainers)=90EUR	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI010310T	Driver	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI030402TP	Fuel for transportation	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI0203TP	Car Rental	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI070101TP	Refreshments, supplies	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.

GI060301T	Incentives for participants	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI0503T	Design of leaflets	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI0504T	Printing of leaflets	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI0505T	Copying on DVDs	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI010203T	Social workers	TG	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče
GI010305T	Driver	TG	Cestovní náklady projektového týmu
GI030402TA	Fuel for transportation	TG	Cestovní náklady projektového týmu
GI050202T	Trainers (45 EUR per training day X2 trainers)=90 EUR	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI050203T	Transportation for participants	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI050204T	Consultant (invited lecturer for training)	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI050205T	Refreshments, supplies	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI0202TA	Fuel for transportation	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0203TA	Supplies	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0204TA	Fee for PAP testing	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0301TT	Trainers (45 EUR per training day X2 trainers)=90 EUR	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI0302TT	Transportation for participants	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI0303TT	Consultant (invited lecturer for training)	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI0304TT	Refreshments, supplies	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI0401TP	Fees for the training on group psychotherapy	TG	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče
GI0402TP	Refreshments, supplies (for training)	TG	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče
GI0403TP	Psychotherapists (45 EUR per session/per day)	TG	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče
GI0404TP	Facilitators (45 EUR per session/per day), patient transportation fees	TG	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče
GI0405TP	Refreshments, supplies (for therapist	TG	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče

	sessions)		
GI050203T	Database processing, maintenance and analysis	TG	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče
GI0601TPR	PR of the project	TG	Administrativní náklady ostatní
GI070105T	Contingencies (0.2%)	TG	Administrativní náklady ostatní

Doplňný přehled administrativních nákladů Charity ČR za rok 2011:

Kód	Položka	Nositel	Zařazení do typu výdaje
	Služby na PC a technická podpora	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	finanční poradenství	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Mzdy – ředitelka	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Mzdy -účetní asistent	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Mzdy - EO	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Mzdy - hlavní účetní	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Mzdy – ekonom	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Mzdy - asistentka účetní	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Audit	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	nájem bytu v Gruzii pro projektovou koordinátorku	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní

Rozdělení skutečných výdajů za rok 2012

Kód	Položka	Nositel	Zařazení do typu výdaje
GI010101	Projektový manažer 100%	CHARITA ČR	Lidské zdroje
GI010103	Účetní 10%	CHARITA ČR	Lidské zdroje
GI010104	PR manažer	CHARITA ČR	Lidské zdroje

GI0201	2.1 Mezinárodní cestovné	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0202	2.2 Místní doprava (včetně cest do regionů)	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0203	2.3 Ubytování v regionech	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0205	2.5 Cestovní pojištění	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0206	Diety	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0301	Kancelářské potřeby CHČR	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GI0401	4.1 Ubytování Tbilisi (včetně veřej. služeb)	CHARITA ČR	Cestovní náklady projektového týmu
GI0402	Komunikace Gruzie (internet, telefon)	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GI0503	Grafika, tisk, distribuce informačního materiálu	CHARITA ČR	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI0505	Tlumočení	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GI0507	5.7 Bankovní poplatky	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GI0508	5.8 Služby související s užíváním kanceláře CHČR - IT, úklid, energie	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GI0509	5.9 Telekomunikace	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GIARC	Administration cost	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
GI010101C	1.1.1. Project Coordinator (0,8 position X 12 months)	CPC	Lidské zdroje
GI010102C	1.1.2. Manager (0,2 position X 12)	CPC	Lidské zdroje
GI010103C	1.1.3. Financial Manager (0,7 position X 12 months)	CPC	Lidské zdroje
GI010201C	1.2.1. Citologist (0,5 position X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010202C	1.2.2. Gynecologist (0,5 position X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010203C	1.2.3. Mammologist (0,5 position X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010204C	1.2.4. Radiologist (0,5 position X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech

GI010205C	1.2.5. Physician of the clinic (10 positions X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010206C	1.2.6. Nurse of the clinic (10 positions X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010207C	1.2.7. Physician of Zugdidi Oncocenter (1 position X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010208C	1.2.8. Physician of Gori Oncocenter (1 position X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010209C	1.2.9. Gynecologist (4 days X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010210C	1.2.10. Mammologist (4 days X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010211C	1.2.11. Citologist (4 days X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010212C	1.2.12. Radiologist (4 days X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010213C	1.2.13. Nurse (0,5 position X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010214C	1.2.14. Nurse (4 days X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010215C	1.2.15. Trainer for Physicians' training (2 positions Zugdidi, Gori)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI010216C	1.2.16. Trainer for Nurses's training (2 positions, Zugdidi, Gori)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI010301C	1.3.1. Technical assistant (0,5 position X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010302C	1.3.2. Assistant monitor (1 position X 12 months)	CPC	Lidské zdroje
GI010303C	1.3.3. Accountant (0,7 position X 12 months)	CPC	Lidské zdroje
GI010304C	1.3.4. Driver (0,5 position X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010305C	1.3.5. Driver (4 days X 6 months)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0301C	3.1. Handouts for training participants	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI0302C	3.2. Refreshment, supplies (Zugdidi, Gori)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI0303C	3.3. Supplies	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0304C	3.4. Pap testing	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech

GI0401C	4.1. Accomodation in Zugdidi (monthly check-up)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0402C	4.2. Accomodation in Zugdidi (for trainings)	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI0403C	4.3. Accomodation in Gori (monthly check-up)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0404C	4.4. Per/Diem	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0405C	4.5. Fuel for transportation (for II level check-up)	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0406C	4.6. Fuel for training visits	CPC	Školení ambulantního personálu ve včasném odhalení rakoviny a TBC
GI0407C	4.7. Fuel for monthly check-up	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0501C	5.1. Data analyzing	CPC	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče
GI0502C	5.2. Bank services	CPC	Administrativní náklady ostatní
GI040201C	7.1. Stationary	CPC	Administrativní náklady ostatní
GI040203C	7.2. Communal costs	CPC	Administrativní náklady ostatní
GI040202C	7.3. Communication costs	CPC	Administrativní náklady ostatní
GI040204C	7.4. Vehicle maintanance	CPC	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI040205C	7.5. Audit costs	CPC	Administrativní náklady ostatní
GI010101T	1.1.1 Project Coordinator (0.4 positionX10months=4.0)	TG	Lidské zdroje
GI010102T	1.1.2 Field Project Coordinator (Zugdidi) (0.2 positionX10months=2.0)	TG	Lidské zdroje
GI010103T	1.1.3 Executive Director (0.15 positionX10 months=1.5)	TG	Lidské zdroje
GI010104T	1.1.4 Finance Manager (0.15 positionX10 months=1.5)	TG	Lidské zdroje
GI010201T	1.2.1 Counselors (36 sessions X 2 counselors on each session)	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI010202T	1.2.2 Trainers (8 days X 2 trainers on each	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.

	training)		
GI010203T	1.2.3 Social workers (outreach)	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI010204T	1.2.4 Gynecologist	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010205T	1.2.5 Mammologist	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010206T	1.2.6 Radiologist	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010207T	1.2.7 General practitioner	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010208T	1.2.8 Nurse	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010209T	1.2.9 Specialist (Onc.)	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010210T	1.2.10 Psychotherapists	TG	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče
GI010211T	1.2.11 Fasilitator	TG	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče
GI010301T	1.3.1 Accountant (0.15 positionX10months=1.5)	TG	Lidské zdroje
GI010302T	1.3.2 Logistitian-Tbilisi (0.15 positionX10months=1.5)	TG	Lidské zdroje
GI010303T	1.3.3 Logistitian-in Zugdidi (0.1 positionX10months=1.0)	TG	Lidské zdroje
GI010304T	1.3.4 Driver/Office - Tbilisi (0.1 positionX10months=1.0)	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI010305T	1.3.5 Driver with car and fuel -in Zugdidi (0.1 positionX10months=1.0)	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI010304TO	1.3.4 Driver/Outreach	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI010306T	1.3.6 Cleaner (0.4 positionX10months=4.0)	TG	Administrativní náklady ostatní
GI010307T	1.3.7 Cleaner in Zugdidi (0.1 positionX10months=1.0)	TG	Administrativní náklady ostatní
GI030401T	3.4.1 Medical Supplies	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI030402T	3.4.2 Fuel	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI050201T	5.2.1 Database analysis and provision of data	TG	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče

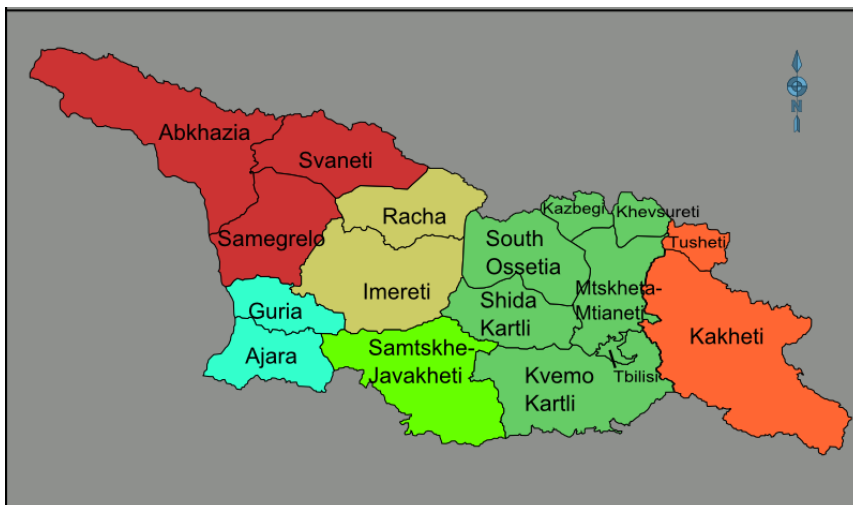
GI050202T	5.2.2 PAP testing	TG	Vyšetření v mobilních klinikách a reg. centrech
GI0504T	5.4 Car rental	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI060301T	6.3.1 Incentives for participants (4 trainings X 10 persons per training)	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI070101T	7.1.1 Refreshments, supplies for Peer Educ. Training 10 participants X 8 days	TG	Osvěta včetně tvorby materiálů, školení peer školitelek apod.
GI070102T	7.1.2 Refreshments, supplies (for therapist sessions) 8 participants X 20 days	TG	Proaktivní sledování pacientek vč. psychosociální péče
GI070103T	7.1.3 Audit costs	TG	Administrativní náklady ostatní
GI070104T	7.1.4 Contingencies (0.5%)	TG	Administrativní náklady ostatní
GI070105T	7.1.5 Operational costs including Bank fees (1.0 % of Total Direct Costs)	TG	Administrativní náklady ostatní

Doplňný přehled administrativních nákladů Charity ČR za rok 2012:

Kód	Položka	Nositel	Zařazení do typu výdaje
	Mzdy - hl. účetní	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Mzdy - ředitelka	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Mzdy - účetní asistenta	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Mzdy - Ekonom	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Služby na PC a technická podpora	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	nájem bytu v Gruzii	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	Finanční poradenství	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	auditorské a danové poradenství	CHARITA ČR	Administrativní náklady ostatní
	oprava auta CPC	CPC	Administrativní náklady ostatní

7.16 Seznam a mapa ambulancí

Mapa jednotlivých oblastí Gruzie dle <http://en.wikivoyage.org>



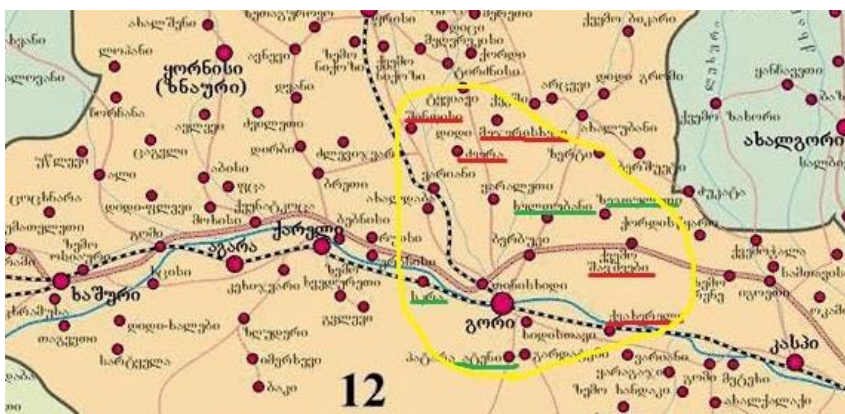
Samegrelo (regionální město Zugdidi, 5 hodin od Tbilisi):



Staré ambulance (mobilní ambulance 2010 - 2011): Caishi, Chitatskari⁴⁸, Ingiri, Achalkakhati, Darcheli, Ruchi, Chkhorია, Korccheli, Achalsofeli a Narazeni

Nové ambulance (mobilní ambulance 2012): Akhali Abastumani, Octomberi, Jikhashkari⁴¹, Anaklia, Koki

Shida Kartli (regionální město Gori, 1 hodina od Tbilisi):



Staré ambulance (mobilní ambulance 2010 - 2011): Khetulbani⁴¹, Ateni, Skra, Zegduleti, Kurta a Akhalgori

Nové ambulance (vybrány v roce 2011, mobilní kliniky v roce 2012): Shavshvebi, Dzevera⁴¹, Qvakhvrelli, Mejvriskhevi, Shindisi

+ Tservani⁴¹ byly nahrazeny oblastí Berbuki

⁴⁸ Tyto vesnice byly navštíveny v rámci evaluační mise.

7.17 Výběr fotografií z evaluační mise



Obrázek 1: Ambulantní lékařka a sestra s evaluačním týmem



Obrázek 5: Mobilní klinika v majetku CPC



Obrázek 2: Nepoužívané gynekologické křeslo v ambulanci



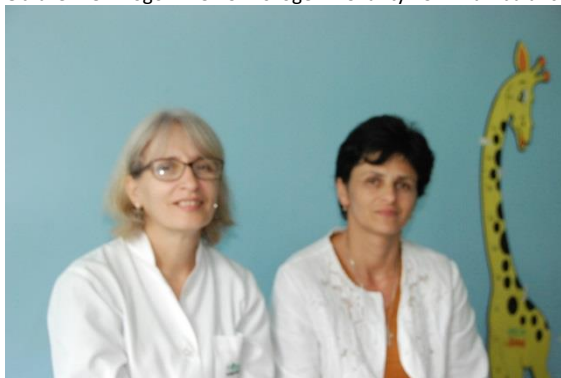
Obrázek 6: Mobilní klinika v majetku Tanadgomy



Obrázek 3: Logo ZRS ČR s logem Charity ČR v ambulanci



Obrázek 7: Účastnice fokusní skupiny ve vesnici



Obrázek 4: Ambulantní lékařka a sestra



Obrázek 8: Mamograf v Gorimed v Gori



Obrázek 9: Diskuse s peer školitelkami



Obrázek 13: zástupkyně onkocentra v Zugdidi



Obrázek 10: Budova NCC ve Tbilisi s radioterapií



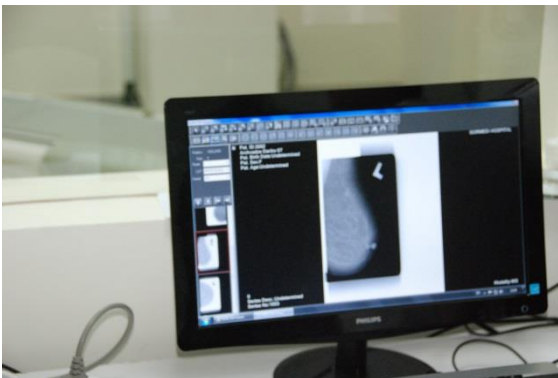
Obrázek 14: logo ZRS ČR v jedné z ambulancí



Obrázek 11: Štít NCC v Tbilisi



Obrázek 15: Zařízení mobilní kliniky Tanadgomy



Obrázek 12: Zařízení nemocnice Gorimed v Gori



Obrázek 166: Fokusní skupina se ženám

7.18 Tabulka vypořádání zásadních připomínek referenční skupiny, gestora a realizátora

Připomínka	Reakce evaluačního týmu																																																																						
<p>Charita ČR</p> <p>1. Naplnění indikátoru 8 500 vyšetřených žen</p> <p>Do počtu 8 500 žen stanovených indikátorem je třeba zahrnout i ty ženy, které byly před-vyšetřeny v ambulancích rodinných lékařů (cca 5000 žen). Indikátor tedy bude s největší pravděpodobností do konce projektu naplněn. V závěrečné zprávě projektu poskytne Charita ČR (dále CHČR) potvrzení rodinných lékařů o celkovém počtu jimi před-vyšetřených žen.</p> <p>Vyšetření 8 500 žen výhradně v rámci výjezdů mobilních klinik není reálné vzhledem k rozpočtu projektu. Design projektu vycházel ze zkušenosti z pilotního roku 2010 (porovnání nákladů viz. Tabulka níže). V roce 2010 bylo na výjezdy mobilních klinik a sekundární prohlídky alokováno 3 527 000 Kč a bylo vyšetřeno 2006 žen (indikátor dosažení výstupu byl stanoven na 1600 žen). Celkový rozpočet na rok 2010 se rovnal rozpočtu obou prvních let evaluovaného projektu. Prakticky s polovičním ročním rozpočtem se podařilo v rámci dvou let evaluovaného projektu vyšetřit 3 244 žen, což je možné hodnotit jako úspěch (jde o 60% nárůst mobilními klinikami vyšetřených žen oproti pilotnímu projektu za využití stejného rozpočtu).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2010</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2011-2012</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Annual budget</td> <td>7 214 753</td> <td>3 933 271</td> <td>3 498 704</td> <td>7 431 974,94</td> </tr> <tr> <td>1.1 Total costs of MCO and secondary level examination</td> <td>3 527 000</td> <td>1 738 796</td> <td>1 240 416</td> <td>2 979 212</td> </tr> <tr> <td>1.2 % of total annual project budget</td> <td>49%</td> <td>44%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>3. Total number of women examined</td> <td>2006</td> <td>2034</td> <td>1210</td> <td>3244</td> </tr> <tr> <td>3.1 Number of Gynecological examinations</td> <td></td> <td>2028</td> <td>920</td> <td>2948</td> </tr> <tr> <td>3.2 Number of Mamological examinations</td> <td></td> <td>1536</td> <td>847</td> <td>2383</td> </tr> <tr> <td>3.3 Total Number of Mam. and Gyn. examinations</td> <td></td> <td>3564</td> <td>1767</td> <td>5331</td> </tr> <tr> <td>4. Cost of 1 examined woman</td> <td>1 758</td> <td>855</td> <td>1 025</td> <td>918</td> </tr> <tr> <td>4.1 Cost of 1 gyn./mam. Examination</td> <td></td> <td>488</td> <td>702</td> <td>595</td> </tr> <tr> <td>5. Total number of pre-cancer and cancer cases</td> <td>147</td> <td>67</td> <td>12</td> <td>79</td> </tr> <tr> <td>5.1 Cost of 1 found pre-cancer/cancer case</td> <td>23 993</td> <td>25 952</td> <td>103 368</td> <td>37 712</td> </tr> <tr> <td>6.1 Number of MCO</td> <td>112</td> <td>97</td> <td>66</td> <td>163</td> </tr> <tr> <td>6.2 Cost of 1 MCO</td> <td>31 491</td> <td>17 926</td> <td>18 794</td> <td>18 277</td> </tr> </tbody> </table>		2010	2011	2012	2011-2012	1. Annual budget	7 214 753	3 933 271	3 498 704	7 431 974,94	1.1 Total costs of MCO and secondary level examination	3 527 000	1 738 796	1 240 416	2 979 212	1.2 % of total annual project budget	49%	44%	35%	40%	3. Total number of women examined	2006	2034	1210	3244	3.1 Number of Gynecological examinations		2028	920	2948	3.2 Number of Mamological examinations		1536	847	2383	3.3 Total Number of Mam. and Gyn. examinations		3564	1767	5331	4. Cost of 1 examined woman	1 758	855	1 025	918	4.1 Cost of 1 gyn./mam. Examination		488	702	595	5. Total number of pre-cancer and cancer cases	147	67	12	79	5.1 Cost of 1 found pre-cancer/cancer case	23 993	25 952	103 368	37 712	6.1 Number of MCO	112	97	66	163	6.2 Cost of 1 MCO	31 491	17 926	18 794	18 277	<p>1. ČÁSTEČNĚ ZOHLEDNĚNO. (Viz také připomínka 3)</p> <p>Indikátor výstupu 2.2. / aktivity 2.2.1. „Přes 8 500 žen vyšetřeno, evidence žen odeslaných k dalšímu vyšetření“ vycházel dle ČRA z měsíční kapacity mobilních klinik 260 žen/měsíc na 16 ambulatorií, resp. 425 žen/měsíc na 26 ambulatorií. Finální indikátor byl výsledně nastaven na 8.500 žen. Neomezuje se na vyšetření v mobilních klinikách (aktivita zmiňuje vyšetření ve „spolupráci s mobilní klinikou“, proto lze teoreticky započítat i „předvyšetřené ženy“, ač tato preselekcce byla omezená (soustředila se na predispozice a obtíže). Jako zdroj pro ověření je uvedena v platné matici logického rámce „Evidence ambulatorií; Projektová databáze“. Evaluační tým získal počty vyšetřených žen od všech lékařek, které se zúčastnily fokusních skupin, přičemž data se víceméně shodují s projektovou databází, tedy počtem žen vyšetřených v mobilních klinikách. Dle informací od lékařek a zdravotních sester evidence preselekcce nebyla jasně vedena. Pokud realizátor předpokládal reportování i před-vyšetřených žen, měl evidenci zajistit a počet předvyšetřených žen průběžně reportovat. Navíc k preselekcce v ambulancích docházelo jen částečně. Dle MUDr. Voříška bylo z etických důvodů od preselekcce upuštěno a bylo umožněno vyšetření všem zájemkyním. I přímé výpovědi lékařek a sester toto potvrzují. Proto evaluační tým považuje odhad Charity ČR ve výši 8.244 vyšetřených žen (z toho cca 5.000 před vyšetřených) za neprůkazný. Odhad však s rezervami v evaluační zprávě zmíní. Neexistuje vyhodnocení efektivity pilotního projektu, srovnání rozpočtu projektu z roku 2010 a rozpočtu evaluovaného projektu proto není relevantní. Není zobrazen nulový počet nově vyšetřených žen za rok 2013 a celkový rozpočet projektu ve výši téměř 11 mil. Kč. Poměr nákladů na mobilní kliniky by byl za evaluovaný projekt po této úpravě jen 27%. Celkový rozpočet na evaluovaný projekt na 3 roky byl o 51% vyšší než v roce 2010, proto by dle stejné logiky mělo být vyšetřeno v mobilních klinikách asi 3.030 žen. Toho bylo dosaženo, ovšem část prostředků měla být realokována na vyšetření právě s cílem přiblížit se cíli 8.500, k čemuž se Charita ČR smluvně zavázala.</p>
	2010	2011	2012	2011-2012																																																																			
1. Annual budget	7 214 753	3 933 271	3 498 704	7 431 974,94																																																																			
1.1 Total costs of MCO and secondary level examination	3 527 000	1 738 796	1 240 416	2 979 212																																																																			
1.2 % of total annual project budget	49%	44%	35%	40%																																																																			
3. Total number of women examined	2006	2034	1210	3244																																																																			
3.1 Number of Gynecological examinations		2028	920	2948																																																																			
3.2 Number of Mamological examinations		1536	847	2383																																																																			
3.3 Total Number of Mam. and Gyn. examinations		3564	1767	5331																																																																			
4. Cost of 1 examined woman	1 758	855	1 025	918																																																																			
4.1 Cost of 1 gyn./mam. Examination		488	702	595																																																																			
5. Total number of pre-cancer and cancer cases	147	67	12	79																																																																			
5.1 Cost of 1 found pre-cancer/cancer case	23 993	25 952	103 368	37 712																																																																			
6.1 Number of MCO	112	97	66	163																																																																			
6.2 Cost of 1 MCO	31 491	17 926	18 794	18 277																																																																			

Přípomínka	Reakce evaluačního týmu
<p>2. Počet vyšetřených žen v roce 2010</p> <p>Str. 4 „(předchozí projekt vyšetřil pouze 806, ne 2006 žen) realizátor formálně nepožádal o revizi matice logického rámce, která pro něj byla závazná.“</p> <p>V roce 2010 bylo vyšetřeno 2006 žen, jak je uvedeno v závěrečné zprávě projektu. Číslo 806 žen se do analýzy projektu dostalo omylem. Důvodem bylo neposkytnutí závěrečné zprávy projektu ze strany CRA konzultantovi, Janu Voříškovi, který v analýze vycházel z průběžných zpráv. Číslo bylo v analýze opraveno.</p>	<p>2. ZOHLEDNĚNO.</p> <p>Děkujeme za poskytnutí detailní databáze vyšetřených žen a finální analýzu. Dle této verze analýzy bylo v roce 2010 vyšetřeno 1.956 žen (z celkového počtu 2.006 došlo v několika případech k duplicitní evidenci). Tento počet byl ve zprávě změněn.</p>
<p>3. Souhlas se změnou vykazování počtu vyšetřených žen ze strany ČRA</p> <p>Str. 12. „<u>Již po zahájení Charita ČR zjistila vzhledem k danému rozpočtu nemožnost dosáhnout zejména počtu vyšetřených žen, nepožádala však oficiálně o změnu matice, proto se evaluační tým řídil původním indikátorem.</u>“</p> <p>Formální žádost byla zamítnuta ústně během telefonické konverzace implementátora a zadavatele. Zadavatel sdělil, že vzhledem k typu projektu tzn. Veřejné zakázky, je zákonem nepřipustné dělat jakékoliv změny v zadávací dokumentaci. Rovněž zadavatel uvedl, že by v takovém případě musel zrušit zakázku a vyhlásit novou, což by výrazně zpozdilo implementaci projektu. Zadavatel byl srozuměn s nereálným indikátorem (8500 pacientek) a souhlasil s návrhem implementátora do daného počtu započítat i pacientky před-vyšetřené ambulantními lékaři.</p>	<p>3. ČÁSTEČNĚ ZOHLEDNĚNO.</p> <p>Dle článku 9 odstavce 3 smlouvy budou veškeré změny a doplňky smlouvy uskutečňovány formou písemných dodatků podepsaných oprávněnými zástupci smluvních stran. Žádost o změnu však byla adresována na ČRA dle informací evaluačního týmu pouze ústně/telefonicky a o jednáních nejsou k dispozici žádné záznamy. Souhlas zadavatele s „návrhem implementátora do daného počtu započítat i pacientky před-vyšetřené ambulantními lékaři“ rovněž nebyl evaluačnímu týmu předložen – očekává se až v době závěrečné fáze evaluace. Evaluační tým ovšem vzhledem k širší formulaci příslušného indikátoru souhlasí se zařazením předvyšetřených žen (viz přípomínka 1).</p> <p>Text byl upraven následovně: „Již po zahájení Charita ČR zjistila vzhledem k danému rozpočtu nemožnost dosáhnout zejména počtu vyšetřených žen, nepožádala však <u>formálně v souladu se smlouvou o změnu matice. Proto se evaluační tým řídil původním indikátorem, zvážil však možnost zahrnout do indikátoru počet žen, které prošly preselekcí (předvyšetřením) v ambulancích. Vzhledem k nedostatečné evidenci předvyšetřených žen a průběžnému reportingu pouze žen vyšetřených v mobilních klinikách v evaluační zprávě uvádí dva údaje – prokázaný počet vyšetřených žen a odhad vyšetřených žen včetně preselektce.</u>“ Poznámka: „Vzhledem k téměř 2.000 ženám vyšetřených v mobilních klinikách za 9 měsíců roku 2010 považuje evaluační tým dosažení 8.500 vyšetřených žen za 3 roky za poměrně reálné, pokud by mobilní kliniky byly v provozu i v třetím roce implementace, či alespoň průběžně celé 2 roky místo 6 měsíců ročně.“</p>

Připomínka	Reakce evaluačního týmu
<p>4. Hodnocení finanční efektivity projektu</p> <p>4.1. příloha č. 7.15 – v příloze bylo provedeno několik úprav (v režimu komentářů) na str. 65, 66 a 71.</p> <p>4.2. Str. 18 „Pro rok 2013 tak bylo k dispozici cca 3,4 mil. Kč plus úspory ve výši cca 1 mil. Kč.“</p> <p>Během let 2011 a 2012 nedošlo k ušetření 1 mil. Kč. Charita ČR se k tomu vyjadřovala v emailu ze dne 17. 7. (evaluátoři možná nestihli informaci do zprávy zpracovat): „Prostředky z let 2011 a 2012, které se podle přehledu finančního čerpání jeví jako ušetřené, jsou ve skutečnosti alokovány na režijní náklady organizace. Abych to lépe vysvětlila – režijní náklady organizace a týmu tohoto projektu v letech 2011 a 2012 byly zaplacený z rezervního fondu organizace (tzn. tyto náklady byly zaplacený „na dluh“ projektu). Díky tomu nám na projektu vznikla rezerva, kterou využíváme na předplácení nákladů ve fieldu (než nám jsou zpětně proplaceny faktury podané na ČRA). Proto byly úhrady režijních nákladů minimální, jak je vidět z doloženého čerpání. Vzhledem k tomu, že tento projekt je veřejná zakázka, bylo možno nevyčerpat finance do nuly, ale pozdržet jejich rozdělení až do konečného vypořádání projektu. Po konečné fakturaci projektu budou zmíněné „režijní náklady na dluh“ interně přeúčtovány jako náklady projektu. Proto reálně tyto náklady nejsou ušetřeny a nebudou nijak zohledněny v rozpočtu na rok 2013.“</p> <p>Z tohoto důvodu bude potřeba přepočítat alokaci financí a počítat s plným čerpáním nákladů CHČR.</p> <p>4.3. Str. 18. „administrativní náklady spojené s realizací projektu tvořené osobními náklady na řízení a koordinaci projektu, cestovními náklady projektového týmu a administrativními náklady ostatními tvoří i po realizovaných úsporách 39% respektive 46%“</p> <p>Personální náklady a náklady na koordinaci projektu se mohou zdát vysoké, je ovšem potřeba zdůraznit koordinační náročnost projektu (jak je i uvedeno v evaluační zprávě), konkrétně zapojení 3 organizací a zhruba 75 zaměstnanců/kontraktorů/specialistů v každém roce projektu. Zadavatel veřejné zakázky navíc velmi doporučoval přítomnost koordinátora CHČR v místě realizace. Český projektový koordinátor působil v Gruzii během celého roku 2011 a první půlky roku 2012, od listopadu 2012 pracuje v projektu gruzínský koordinátor, což částečně snížilo vysoké náklady na ubytování a diety českého zaměstnance.</p> <p>Podle jakého pravidla/metodiky evaluátoři rozlišovali administrativní náklady projektu?</p> <p>Nesouhlasíme však s tím, že do celkového procenta administrativních nákladů projektu jsou</p>	<p>Reakce evaluačního týmu</p> <p>4.1. NEBYLO ZOHLEDNĚNO Úpravy (v režimu komentářů zprávy) na str. 65, 66 a 71 nebyly zohledněny vzhledem k použitým názvům kategorií v analýze, jakož i s ohledem na logiku aktuálního formuláře ČRA na položkový rozpočet. Vyznačené náklady (Projektový manažer, Účetní, PR manažer, Mezinárodní cestovné, Místní doprava, Ubytování, Cestovní pojištění apod.) zařadil evaluační tým do kategorie osobní náklady na řízení a koordinaci projektu. Projektoví manažeři, PR manažeři, účetní se standardně vyšetření v mobilních klinikách neúčastnili, ač k nim různou měrou přispívali (dále viz připomínka 4.3)</p> <p>4.2. BYLO ZOHLEDNĚNO Evaluační tým na základě dodaného přehledu režijních nákladů v hodnotě cca 1 mil Kč upravil analýzu hospodárnosti.</p> <p>4.3. ČÁSTEČNĚ ZOHLEDNĚNO Evaluační tým upravil výsledná procenta dle poskytnutého přehledu nákladů v hodnotě asi 1 mil. Kč. Dále zdůraznil vysoké „ostatní administrativní náklady“ (mimo osobní, cestovní náklady a náklady spojené s realizací projektových aktivit) ve výši 15% či dokonce 25%. Evaluační tým trvá na tom, že administrativní náklady na projekt jsou poměrně vysoké. Na zvážení je proto i počet partnerů budoucích projektů, a to s ohledem na hospodárnost.</p> <p>Vzhledem k používané metodice projektového cyklu a aktuálnímu formuláři ČRA na položkový rozpočet (jakož i k jeho předchozím verzím) nesouhlasí s názorem Charity ČR, že náklady na koordinaci projektu by se měly podílově rozdělit mezi projektové aktivity. Evaluační tým proto ve zprávě doporučuje položkový rozpočet se separátními osobními aj. náklady spíše než etapový rozpočet, u kterého podíl administrativních nákladů není jasný.</p> <p>Evaluační tým vycházel ze členění nákladů, které je uvedené v příloze a které realizátor komentoval. Oproti aktuálnímu formuláři ČRA na položkový rozpočet evaluační tým zahrnul náklady na odborný personál (lékaři, zdravotní sestry, psychologka...) přímo do aktivit</p>

Připomínka	Reakce evaluačního týmu
<p>započítány náklady na projektové koordinátory přímo se podílející na realizaci projektu a rovněž se podílející na realizaci dílčích aktivit (školení pro ambulantní lékaře, tvorba informačních materiálů, metodik, vedení výzkumu, příprava národní strategie aj.). Náklady na koordinaci projektu by se měly podílově rozdělit mezi projektové aktivity, protože se jedná o přímé náklady projektu.</p> <p>Sporné jsou podle nás také např. náklady na PR (přímá propagace projektu a CDA), tlumočení (náklad využitý v několika aktivitách projektu) a cestovní náklady projektového týmu. Všechny náklady, které byly evaluačním týmem započítané jako administrativní, ale měly by se podle našeho názoru považovat za přímé projektové náklady a být rozděleny mezi projektové aktivity, jsou modře vyznačeny v příloze č. 7.15.</p> <p>Po odečtení výše zmíněných nákladů (viz příloha č. 7.15) a jejich rozdělení mezi projektové aktivity, je výše administrativních nákladů v roce 2011 20 % a v roce 2012 27 %.</p> <p>4.4. Str. 19 „Lze tedy zjednodušeně tvrdit, že českého daňového poplatníka stála jedna vyšetřená žena v mobilní klinice 3.366 Kč, resp. jedna potvrzená diagnóza rakoviny 352.201 Kč. Vycházíme-li jen z přímých nákladů na mobilní kliniky s odhlédnutím od nákladů na koordinaci aj., byly by jednotkové náklady 918 Kč na vyšetřenou ženu, resp. 96.104 Kč na potvrzenou diagnózu rakoviny.“</p> <p>Toto velmi zjednodušené tvrzení je zavádějící a nemá pro čtenáře zprávy vypovídající hodnotu. Nelze celkový rozpočet projektu na 3 roky vydělit počtem žen vyšetřených mobilními klinikami ve 2 letech projektu a ukazovat tím „nadměrnou výši administrativní zátěže“. Navíc vyšetření žen je pouze jedním ze čtyř cílů projektu a jedním z devíti výstupů projektu. Stejnou logikou můžeme říct, že jeden proškolený lékař stál českého daňového poplatníka 400 000 Kč.</p> <p>Pro výpočet ceny 1 vyšetřené ženy i s administrativními náklady a náklady na koordinaci projektu by se mělo vycházet z 40 % podílu admin. a koordin. nákladů v 2011 a 2012, přičemž 40 % je podíl nákladů mobilních klinik a sekundárního vyšetření na celkovém rozpočtu dvou let.</p> <p>4.5. Str. 19 „Nekonzistentní dokumentace rovněž omezovala možnosti náklady řádně řídit, a zajistit tak jejich optimalizaci.“</p> <p>Evaluačnímu týmu byly dodány přehledné seznamy nákladů v letech 2011 a 2012, daleko podrobnější, než je požadováno pro finanční reportování dotací. Na základě čeho evaluační tým negativně hodnotí interní procesy finančního monitoringu a managementu?</p>	<p>místo osobních nákladů (kapitoly 1 dle formuláře), čímž snížil položku osobní náklady, kterou omezil pouze na osobní náklady na řízení a koordinaci projektu. Zvláště vykázal cestovní náklady projektového týmu (kapitola 2). Pokud to bylo možné, přiřadil zbývající náklady k jednotlivým aktivitám. Nezařazené výdaje pak byly vykázány pod ostatní administrativní náklady.</p> <p>4.4. ZOHLEDNĚNO</p> <p>Evaluační tým vzal připomínku v potaz a kalkulaci na celkové náklady vymazal. Text je tedy upraven následovně: „Na základě přímých nákladů na mobilní kliniky s odhlédnutím od nákladů na koordinaci aj. lze zjednodušeně tvrdit, že českého daňového poplatníka stála jedna vyšetřená žena v mobilní klinice 918 Kč, resp. jedna potvrzená diagnóza rakoviny 96.104 Kč.“</p> <p>4.5. NEBYLO ZOHLEDNĚNO,</p> <p>Rozpočty poskytnuté evaluačnímu týmu nebyly konzistentní mezi jednotlivými roky, přičemž vyúčtování neobsahovala jasné porovnání s plánem (některá neobsahovala interní kódy nutné pro rozklíčování). Pro potřeby řízení projektu nebyly dostupné informace o dílčích jednotkových nákladech jednotlivých partnerů. Projektový tým Charity tak nebyl schopen posuzovat efektivitu vynakládaných prostředků a ve všech aspektech tak řídit dílčí náklady projektu.</p> <p>Nekonzistentní dokumentace se týkala i různého reportování vyšetřených žen a chybějící realokace prostředků na vyšetření</p>

Připomínka	Reakce evaluačního týmu
<p>4.6. Str. 27: „Místní partneři neměli ucelené informace o projektu, např. celkový rozpočet, a nepodíleli se na strategickém rozhodování např. o hlavních změnách v celkovém rozpočtu projektu. Zapojení gruzínských zaměstnanců komplikoval i fakt, že většina projektových dokumentů byla v češtině.“</p> <ul style="list-style-type: none"> Nemůžu se vyjádřit k tomu, jestli partneři znali od začátku projektu celkovou výši rozpočtu. Ovšem je ještě nějaká ucelená informace, kterou místní partneři neměli? V projektu nedošlo k žádným zásadním změnám v rozpočtu a všechny strategické kroky byly primárně konzultovány s místními partnery, kteří mají hlavní expertízu v tomto projektu. Podle potřeby (několikrát ročně) byly zorganizovány společné schůzky všech partnerských subjektů za účelem strategického plánování aktivit a koordinace spolupráce (viz příloha 1). Mají evaluátoři namysli nějaký konkrétní případ, kdy nebyli partneři zapojeni do rozhodování? Jaké projektové dokumenty byly jen v češtině? Každý partner měl projektové dokumenty přeloženy do angličtiny – tj. textovou část projektu, logframe, harmonogram aktivit (+ každý rok aktuální verzi), dílčí rozpočet a společně vypracované TOR organizací pro každý rok realizace projektu. 	<p>dodatečného počtu žen v roce 2013, ač pokračování bylo považováno ze strany realizátora a partnerů za jednu z priorit.</p> <p>4.6. ČÁSTEČNĚ ZOHLÉDNĚNO</p> <p>Principy partnerství, ke kterým se Charita zavázala, jsou uvedeny v Kodexu efektivnosti FoRS, který vychází z mezinárodně uznaných Istanbulských principů. Místní partneři (Tanadgoma a CPC) neměli přístup k celkovým rozpočtům na jednotlivé roky a neznali dle zjištění evaluačního týmu ani rámcově rozpočty ostatních partnerů. Dále neměli v potřebném rozsahu k dispozici průběžné zprávy, neboť tyto byly zpracovány pouze v českém jazyce. Na rozhodování o celém projektu včetně finanční alokace se tak nepodíleli v dostatečné míře. Partnerem bylo rovněž Ministerstvo zdravotnictví v Gruzii, které však nemělo k dispozici detailní projektovou dokumentaci.</p> <p>Evaluační tým se nemůže vyjádřit k tomu, zda-li došlo k zásadním změnám v rozpočtu, neboť realizátor neposkytl informace o tom, jakým způsobem byl využíván položkový rozpočet provázán s etapovým rozpočtem, ke kterému se zadavateli zavázal. Oproti ročním plánům je možné vyhodnotit, zda-li došlo k podstatným změnám, ovšem až po poskytnutí dodatečných informací o využití výše zmíněného 1 mil. Kč na režijní náklady.</p> <p>Evaluační tým však oceňuje fakt, že řada projektových dokumentů byla přeložena do angličtiny, a proto text upravil následovně: „že část projektových dokumentů byla v češtině.“ Faktem však je, že projektová dokumentace zpracovaná pouze v českém jazyce zapojení místních partnerů brání, a proto je na zvážení ČRA, do jaké míry je česká dokumentace potřebná a vhodná.</p>

Připomínka	Reakce evaluačního týmu
<p>Charita ČR, CPC a Tanadgoma – pracovníci v Gruzii</p> <p>5. Metodologická omezení Citace: „Evaluace byla realizována v době, kdy projekt ještě probíhal, přičemž některé zásadní výstupy projektu (zejména národní strategie, finální verze interní analýzy, průzkum mezi pacientkami, finální statistiky vyšetření a léčby, ale také řada osvětových akcí) budou realizovány až po samotné misi projektu. Tato skutečnost omezuje možnosti evaluačního týmu řádně zhodnotit tyto výstupy.“ (str. 16) Jak je uvedeno výše, projekt je stále v realizaci, bude ještě provedeno mnoho důležitých aktivit. Proto je stále ještě brzo na tvorbu evaluačních závěrů o efektivnosti, udržitelnosti nebo dopadech projektu či dokonce na hodnocení celkového úspěchu či neúspěchu projektu v této fázi realizace. Nicméně evaluační/hodnotící stupnice (nízký, spíše nízký, spíše vysoký, vysoký) již byla použita na různé aspekty projektu. Obáváme se, že účinnost, efektivnost a udržitelnost projektu nebyly kladně hodnoceny (např. obdržely hodnocení nízký/spíše nízký), a že úspěchy potvrzené i v této zprávě ve zmíněných sekcích nebyly dostatečně zohledněny při hodnocení projektu, stejně jako skutečnost, že projekt je stále v realizaci. Naše obava z negativního hodnocení je hlavně způsobena možností nepřímo ovlivnit úspěšnou implementaci projektu. Negativní hodnocení projektu během závěrečné fáze implementace například může výrazně snížit možnosti a šance implementující organizace úspěšně hájit/obhajovat projekt před klíčovými zainteresovanými stranami a zajistit dostatečnou udržitelnost projektu v následujících letech.</p>	<p>5. NEBYLO ZOHLEDNĚNO Cílem evaluace bylo dle zadavatele (MZV) kromě ostatního zhodnotit efektivnost, efektivitu a udržitelnost. Tyto oblasti byly evaluovány na základě shromážděné evidence a výsledků, které byly zrealizovány do doby evaluace. Evaluační omezení jsou zmíněna v textu zprávy. Hlavní problematická oblast se vztahuje k nízkému počtu vyšetřených žen a nedostatku identifikovaného úsilí ze strany Charity ČR tuto problematiku účinně řešit. Dalším klíčovým zjištěním je nízká udržitelnost všech aktivit, jak bylo zjevné při misi, kdy vyšetření již ve třetím roce realizace projektu neprobíhala, a tudíž měla osvětová činnost velice nízký přínos. Tato fakta následně ovlivnila celkové hodnocení projektu. U hodnocení jsou však vždy zmíněny pozitivní i negativní aspekty. Evaluační tým si je vědom potenciálního negativního dopadu evaluace. Změny v hodnocení však může provést jen na základě konkrétních argumentů. Ocení proto konkrétní návrhy na změny a zdůvodnění v případech, kdy realizátor či projektoví partneři považují závěry evaluace za suboptimální.</p>
<p>Evaluační zjištění</p> <p>6. Efektivita Citace: „Alternativou mobilních klinik mohlo být teoreticky i navázání spolupráce s místními klinikami s potřebným vybavením, zejména mamografy, např. Guli v Zugdidi a Gorimed v Gori. Poplatky pro jednotlivé pacienty za všechna vyšetření přesahují 1.200 Kč na osobu, pokud nespádají do kritérií bezplatného NSP. Musela by být vyjednána specifická spolupráce např. na sekundárních vyšetřeních. Tento přístup mohl přispět i k vyšší udržitelnosti.“</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mobilní kliniky sloužily jak pro účely diagnostické, tak pro vzdělávání místních lékařů a sester ke zvýšení jejich kapacit ; 2. Obě zmíněné kliniky (v Guli a Gorimed) jsou soukromé obchodní společnosti. Spolupráce s těmito společnostmi vyžadovala dostatečnou koordinaci a odlišné mechanismy vedoucí k zajištění transparentnosti a odpovědnosti, což by mohlo přinést další zátížení projektu (a jeho rozpočtu) s velmi nejasným přispěním k udržitelnosti projektu 	<p>6. ZOHLEDNĚNO Evaluační tým souhlasí, že provoz mobilních klinik byl nezbytný pro potřeby projektu. Citovaný text se týkal sekundárních vyšetření, která probíhala v Gori a Zugdidi. Místo využití nedostatečně vybavených prostor NCC (zprivatizováno v roce 2010, tj. před zahájením projektu) ve spolupráci s mobilními klinikami a personálem převážně z Tbilisi mohly být místní vybavené kliniky s kvalifikovaným personálem teoreticky alternativou. Text byl změněn na: “Alternativou pro sekundární vyšetření ve spolupráci s mobilními klinikami a regionálními pobočkami NCC mohlo být teoreticky i navázání spolupráce s místními klinikami s potřebným vybavením, zejména mamografy, např. Guli v Zugdidi a Gorimed v Gori. Poplatky pro jednotlivé pacienty za všechna vyšetření zde přesahují 1.200 Kč na osobu, pokud nespádají do kritérií bezplatného NSP. Musela by být vyjednána specifická spolupráce např. na sekundárních vyšetřeních. Tento přístup mohl přispět i k vyšší udržitelnosti.”</p>

Přípomínka	Reakce evaluačního týmu
<p>7. Efektivnost</p> <p>Dovolujeme si zmínit, že evaluační zpráva v této a dalších částech uznává dosažené úspěchy projektu, jmenovitě je několikrát zmíněno, že byla vytvořena poptávka po vyšetřeních, byla mobilizována komunita, že k dojíždějícím lékařům byla vybudována důvěra, kompetence zdravotnického personálu primární péče byly zvýšeny a tak dále.</p> <p>Závěrečné hodnocení však tato zjištění nereflektuje a efektivnost hodnotí jako spíše nízkou. Proto si dovoluujeme požádat evaluační tým o znovu zhodnocení níže uvedených komentářů a znovu zvážení hodnocení projektu v maximální možné míře.</p>	<p>7. NEBYLO ZOHLEDNĚNO</p> <p>Dosažené úspěchy jsou i ve shrnutí evaluační zprávy popsány a je vyzdvížen hlavní přínos projektu – v případě kvalitní osvěty a spolupráce s ambulancním personálem lze zvýšit poptávku po vyšetřeních ve vesnické populaci a provádět vyšetření žen díky provozu mobilních klinik, přičemž je možné ženy motivovat k dalším vyšetřením. Hodnocení efektivity však vychází z indikátorů, ke kterým se Charita ČR zavázala ve smlouvě s ČRA. Očekává se, že indikátory ohledně osvěty budou naplněny do konce roku 2013. Evaluační tým ovšem nepovažuje za příliš efektivní fakt, že asi polovina osvětových akcí bude realizována až v posledním roce, kdy ženy nemají možnost navštívit mobilní kliniky. V rámci cíle (výsledku) 2 byl zapojen plánovaný počet ambulančí a personálu, ovšem je již nyní jasné, že indikátor 8.500 vyšetřených žen nebude naplněn, pokud nebude prokázán a ze strany ČRA schválen počet žen ve výši 9.000 včetně preselekcce. Cíl (výsledek) 3 - Proaktivní sledování pacientek s pozitivní Diagnózou – neobsahuje u indikátorů kromě jednoho cílové hodnoty, o ne/splnění tedy nelze činit závěry. Indikátor s cílovou hodnotou naplněn nebyl - počet pacientek léčených na rakovinu prsu / děložního čípku se během let snížit vzhledem k nižšímu počtu diagnostikovaných případů. Cíl (výsledek) 4 - Formulace národní strategie prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve venkovských oblastech – je nejistý. Celkový záměr projektu byl zvýšení pravděpodobnosti přežití pacientek – projekt sám však léčbu přímo neovlivnil, pouze se zasazoval o proaktivní sledování pacientek. Celkově tedy lze projekt hodnotit pouze jako spíše neefektivní. Evaluační tým však toto hodnocení zasadil do kontextu aktuální reformy zdravotnictví v Gruzii.</p>

Připomínka	Reakce evaluačního týmu
<p>7.1. Cíl (Výsledek) 1: Zvyšování povědomí</p> <p>Citace: „Tyto nástroje byly z dle evaluačního týmu vhodně upraveny pro cílovou skupinu. Polovina osvětových akcí probíhá až v třetím roce implementace, protože se očekávalo převzetí vyšetření ze strany ambulancí. Ty však nemohou většinu vyšetření provádět, zároveň nejsou v provozu mobilní kliniky projektu, proto je efekt osvěty snížen. Ženy na všech fokusních skupinách požadovaly přehled možností vyšetření a léčby v daném region včetně cen.</p> <p>Na počátku projektu byla zaznamenána stigmatizace a tabu kolem rakoviny, včetně vyšetření. Díky osvětě, nasazení lékařek a sester, doporučení jiných žen, pravidelnosti návštěv mobilních klinik i spolehlivosti diagnóz byl však po prvních měsících provozu zaznamenán o vyšetření velký zájem. Klíčovou roli hrála bezplatnost a snadná dostupnost vyšetření.“</p> <p>Dovolujeme si podotknout následující:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Při vší úctě, tvorba závěrů o sníženém efektu osvětové kampaně je v této fázi poněkud předčasná, neboť kampaň na zvýšení povědomí je stále v běhu a necílí pouze na přípravu žen na návštěvy mobilních klinik, nebo na vyšetření v místních ambulancích, ale zároveň pomáhá ženám dozvědět se obecně více o rakovině a její prevenci, zahrnujíc techniky samovyšetření, a zároveň jim poskytuje základní informace o dostupných státních screeningových programech. 2. Jak je zmíněno v dokumentu (str. 18) sektor zdravotní péče je vysoce fragmentovaný, z velké části privatizovaný a postrádá koordinaci. Jako důsledek těchto skutečností se ceny a možnosti léčby v Gruzii celkem často mění. V takové situaci je přijetí závazku sledovat a poskytovat aktuální informace o možnostech léčby a cenách celkem abiciózní, ne-li pro projekt zcela nerealistický. Vzhledem k výše uvedenému si dovoluujeme upozornit evaluační tým, že pokus o sběr a vytvoření informací byl proveden v roce 2011. Příslušné letáky byly distribuovány, avšak situace se velmi rychle změnila a podstatné informace se ukázaly jako bezcenné už v roce 2012. <p>Pokud byla evaluačním týmem pozitivně hodnocena osvětová kampaň, školení lékařů, kvalita a dostupnost vyšetření (viz výše), dovoluujeme si znovu požádat o zvážení hodnocení efektivnosti projektu.</p> <p>7.2. Cíl (Výsledek) 2: Včasné odhalení rakoviny</p> <p>Citace: „Personál 28 vesnických ambulancí proškolili na základě interně vytvořených materiálů odborníci ze CPC v oblastech prevence, vyšetření i podpory po pozitivní diagnóze. Personál následně prováděl preselekcii pacientek a asistoval při vyšetřeních v mobilních klinikách. Způsob vzdělávání se tak dle MoLHSA lišil od projektů jiných donorů, kteří poskytovali 2-3 týdenní vzdělávání bez další supervize. V letech 2011 a 2012 proběhlo přibližně 6 návštěv mobilních klinik na jednu vesnici. Za návštěvu bylo vyšetřeno průměrně 20 osob, což se dle místních partnerů blíží maximální kapacitě. Ženy i ambulantní personál ocenili velmi dobrou organizaci a citlivý přístup odborníků“ Rádi bychom poděkovali evaluačnímu týmu za toto zmínění a ocenění dobré práce projektu. Nevidíme však adekvátní promítnutí těchto aspektů v evaluačním hodnocení efektivnosti projektu. Dovolujeme si tak požádat evaluační tým o jeho opětovné zvážení.</p>	<p>7.1. NEBYLO ZOHLEDNĚNO</p> <p>Vysoce ceněn je kvalitativní dopad osvěty a zvýšená poptávka po vyšetřeních, která převažuje nad kapacitami projektových partnerů. Ovšem fakt, že mobilní kliniky nejsou v posledním roce v provozu, negativně ovlivnil dopad osvěty. I přes zmíněnou velkou kampaň je počet vyšetřených žen v roce 2013 dle údajů z ambulancí, komunit i od partnerů minimální. Celkově lze tedy osvětu vyhodnotit pouze jako spíše efektivní. Ohledně obsahu osvěty – ač se ceny neustále mění, znalost jejich výše je klíčová pro rozhodování žen, zda-li podstoupit vyšetření a/či léčbu, a proto by ceny projektoví partneři měli sledovat a měli by tyto informace pokud možno zpracovat do osvěty.</p> <p>7.2. BYLO ZOHLEDNĚNO</p> <p>I přes tyto aspekty bohužel nebylo dosaženo indikátoru 8.500 vyšetřených žen, proto cíl (výsledek) 2 nemůže být hodnocen jako efektivní. Charita ČR měla dle názoru evaluačního týmu realokovat prostředky na provoz mobilních klinik v třetím roce, aby se tomuto cíli alespoň přiblížila.</p>

Přípomínka	Reakce evaluačního týmu
<p>Citace „Mobilní kliniky neměly vždy mamograf či ultrazvuk, což také omezovalo vypovídající schopnost dat o vyšetření.“ Podle nejlepšího vědomí byl ultrazvuk dostupný u každé návštěvy mobilní kliniky.</p> <p><u>7.3. Cíl (Výsledek) 3: Proaktivní sledování pacientek s pozitivní diagnózou</u></p> <p>Citace:“ Sekundární vyšetření bylo doporučeno 474 ženám s podezřením na rakovinu, z nich 64% (303) vyšetření skutečně absolvovalo. To je více oproti 50% v NSP dle UNFPA. Celkem bylo pozitivně diagnostikováno 31 případů rakoviny, z toho 16 prsou, 14 děložního čípku a 1 kombinovaný případů; dále 48 případů prekancerózy, z toho 32 prsou a 16 děložního čípku. Výskyt rakoviny u 1,18% z celkového počtu žen vyšetřených v mobilních klinikách v roce 2011 (snížení oproti 2,73% v roce 2010 ve stejných vesnicích) i 0,58% v roce 2012 byl mnohonásobně vyšší než u NSP v roce 2011 (0,065%). Na základě analýzy Experta ČRA pro zdravotnictví z 12. května 2013 došlo u 17 tzv. „starých ambulancí“ zapojených od roku 2010 postupně k diagnóze časných stádií obou typů rakovin z 33% v roce 2010, 76% v roce 2011.“ Přestože evaluační zpráva uvádí, že projekt byl úspěšnější než National Screening Program v přilákání pozornosti, udržení a diagnostice žen, není jasné, jestli tento úspěch byl zvážen při celkovém hodnocení efektivnosti projektu.</p> <p><u>7.4. Cíl (Výsledek) 4: Formulace národní strategie prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve vesnických oblastech</u></p> <p>Jak je řádně zmíněno v evaluační zprávě, příprava strategických doporučení probíhá, stejně jako celostátní zdravotnická reforma, a tudíž je ještě brzy hodnotit úspěch či neúspěch prosazení projektu. Na základě výše zmíněného si dovoluujeme informovat evaluační tým a ostatní zainteresované strany, že během července se Charita a její partneři účastnili workshopu UNFPA/NCDC na téma on Strategic Directions of Cancer Screening Program in Georgia zaměřeném na vypracování doporučení pro NSP a National Cancer Control Startegy (stále pouze draft) a pravděpodobně se účastní v navazujících jednáních věnovaných tomuto tématu na podzim. Během workshopu UNFPA/NCDC byl přístup Charity a jejích partnerů při mobilizaci komunit, vytvoření poptávky a celkovém zvýšení povědomí hodnocen poměrně pozitivně a jako vhodný pro replikaci. Z tohoto důvodu Charita spolu s partnery připraví a rozšíří příručku dobré praxe zainteresovaným stranám. Včetně NCDC a UNFPA. Partnerské organizace rovněž zorganizují nezávislou akci, které bude věnována výhradně prezentaci závěrů projektu a podporovat větší změny v NSP především ve venkovských oblastech. Dle našeho názoru může tento přístup maximalizovat úsilí všech zainteresovaných stran v segmentu, ať již vládních organizací. UNFPA, různých místních NGOs, stejně tak jako Charity a jejich partnerů.</p>	<p>Děkujeme za opravu, kterou jsme zohlednili v textu.</p> <p>7.3. NEBYLO ZOHLEDNĚNO</p> <p>Evaluační tým zmiňuje omezenou možnost srovnání evaluovaného projektu a NSC vzhledem k jiné metodice a koneckonců i vzhledem k jinému rozsahu. Zmiňované úspěchy evaluační tým zvážil, při hodnocení efektivnosti se však držel odsouhlasenými indikátory, které byly pro realizátora, jakož i evaluátory závazné.</p> <p>7.4. ČÁSTEČNĚ ZOHLEDNĚNO</p> <p>Děkujeme za aktuální podklady. Evaluační zpráva se vyjadřuje zejména k implementaci do doby evaluační mise, kdy byla spolupráce s UNFPA minimální.</p> <p>Text byl na základě těchto informací změněn na: “Jiné organizace, např. UNFPA, dle dostupných informací o projektu informovány nebyly až do července 2013, kdy proběhlo sdílení v rámci workshopu UNFPA. Školení, příručky dobré praxe a další výstupy realizátor plánuje představit na projektové konferenci na podzim 2013.“Efektivnost takového sdílení lze však hodnotit až s několika měsíčním odstupem, tedy po podzimních jednáních.</p>

<p>Citace: „O dalším financování mobilních klinik se zatím nejednalo např. se samosprávami či regionálními onkocentry, navíc tyto instituce nebyly do projektu příliš zapojeny a nebyly finančně zainteresovány.“ Rozsah pravomocí, aktuální kompetence stejně jako zdroje a kapacity místní samosprávy (vyjma Tbilisi) jsou v rámci Gruzie značně omezeny, včetně regionů zasažených projektem. Očekávat výraznou podporu od místní samosprávy k zajištění udržitelnosti obdobného (onkologického) projektu je spíše optimistické.</p> <p>Citace: „Udržitelnost projektu je nízká, neboť se spoléhá na nejisté přijetí výše zmíněné strategie a existenci dostupných vyšetření pro cílovou populaci. Ambulantní lékařky mohou vyšetření provádět jen omezeně a cílová populace nemá informace o alternativách (např. v městských klinikách, které jsou zapojeny do bezplatného NSP).“ Jak již bylo dříve zmíněno v evaluační zprávě je zdravotní systém značně fragmentován a postrádá koordinaci a tak je sběr a update informací o alternativách a cenách velice náročný. Přes to byly v roce 2011 sbírány a následně šířeny k relevantním subjektům podobné informace o možnostech léčby, zařízeních a cenách. Časté změny ve zdravotnickém sektoru však vyžadují aktualizaci na pravidelnější bázi, což však vyžaduje dodatečné zdroje a koordinaci.</p> <p>Evaluační zpráva uvádí, že projekt byl celkem ambiciózní, s čímž do určité míry souhlasíme. Avšak v rámci rozsahu projektu považujeme podstatné zvýšení kapacity a rozvoj infrastruktury zapojených onkocenter za ještě více ambiciózní a do určitého rozsahu jako nereálné. Situace regionálních center je jedním ze symptomů většího, systémového problému gruzínského zdravotnictví. Stávající projekt se zaměřil na řešení systémových problémů či úzkých míst, ale ne všech. Rozpočet, harmonogram ani politická situace neumožnily zasažení všeho v jeden čas. Projekt se mohl soustředit pouze na vybrané aspekty komplexního zdravotního systému v Gruzii, a to učinil s jistou mírou úspěchu.</p>	<p>Místní samosprávy nyní poskytují prostředky na léčbu pacientům pod hranicí chudoby, a mají tak přehled o současné situaci. Mohly se tedy podílet na výběru ambulancí či regionálních zařízení pro sekundární vyšetření. Text zprávy byl tedy doplněn, že se samosprávy mohly podílet finančně i nefinančně. Samozřejmě by šlo o zdoluhavý proces, v případě úspěšného zapojení samospráv by však byla posílena udržitelnost projektu. Navíc v současné době ministerstvo zvažuje decentralizaci programu a jeho převedení na samosprávy, proto je jejich zapojení do následných projektů vysoce aktuální..</p> <p>Evaluační tým souhlasí, že udržitelnost je ovlivněna častými změnami gruzínského zdravotnictví - text byl adekvátně doplněn: „<u>Udržitelnost projektu je nízká, neboť se spoléhá na nejisté přijetí výše zmíněné strategie a existenci dostupných vyšetření pro cílovou populaci.</u> Ovšem v současné době probíhá reforma zdravotnictví, a rozšíření onkologických vyšetření a léčby na vesnickou populaci je proto zpožděno.“</p> <p>Evaluační tým souhlasí, že také efektivnost je ovlivněna častými změnami gruzínského zdravotnictví a slabými kapacitami zapojených onkocenter (ač výše zmiňujeme, že na zvážení byl výběr jiných onkocenter než těch, které spadaly pod NCC). Text byl adekvátně doplněn: „Efektivnost projektu byla spíše nízká vzhledem k nižšímu počtu vyšetřených žen a omezeným možnostem ovlivnit léčbu (<u>podmíněno aktuální situací v gruzínském zdravotnictví a kapacitami onkocenter</u>)“</p>
<p>Průřezové principy ZRS ČR 8. Řádná správa věcí veřejných</p> <p>Citace: „Kriticky lze dále hodnotit fakt, že místní partneři neměli ucelené informace o projektu, např. celkový rozpočet, a nepodíleli se na strategickém rozhodování.“ Toto je spíše nesprávné tvrzení – projekt by nebyl možný bez velmi aktivního zapojení místních partnerů při rozhodovacím procesu, z tohoto důvodu by bylo vhodné, pokud by tato část byla znovu zhodnocena evaluačním týmem, případně lépe</p>	<p>8. ZOHLEDNĚNO</p> <p>Po zvážení aktuální situace v Gruzii a hlavních argumentů bylo hodnocení tohoto kritéria upraveno na spíše efektivní. Bylo možné zlepšit spolupráci s regionálními onkocentry (např. Republikovou nemocnicí, Gorimed aj.), samosprávou (viz výše) a zahraničními institucemi (např. řeckými klinikami) zapojenými do boje proti</p>

<p>vysvětlena, aby se zabránilo případným nedorozuměním.</p> <p>Citace: „Rovněž bylo možné zlepšit spolupráci s regionálními onkocentry, samosprávou a zahraničními institucemi zapojenými do boje proti rakovině. O dalším financování mobilních klinik se zatím nejednalo např. se samosprávami či regionálními onkocentry, navíc tyto instituce nebyly do projektu příliš zapojeny a nebyly finančně zainteresovány.“ Regionální onkocentra byla zapojená v maximální možné míře s ohledem na jejich ochotu spolupracovat, omezení a kapacity, stejně tak s ohledem na rozsah pravomocí, nemluvě o rozpočtu a dalších omezeních projektu. Pokud jde o místní správu, obecně lze vliv místní správy (místní správa a samospráva) na zdravotnictví označit za velmi malý. Tbilisi lze považovat za výjimku. Místní správa nedisponuje systémovým přístupem k problematice lékařské péče a mají velice omezený rozpočet, který může být ve výjimečných případech využit pro léčbu konkrétních zranitelných jedinců. Zdroje pro znevýhodněné občany jsou většinou alokovány a přidělovány prostřednictvím centrálního rozpočtu. Místní autority mají omezené kapacity a zdroje (stejně tak jako pravomoce) k zapojení se do procesu rozhodování o strategii zdravotní péče.</p> <p>Kromě toho jsou strategická rozhodnutí ve zdravotnictví a sociální oblasti stále činěna na centrální/národní úrovni a jak je několikrát zmíněno v evaluační zprávě, do projektu byly určitou formou zapojeny klíčové zainteresované strany centrální/národní úrovně.</p> <p>Tato připomínka rovněž koresponduje s následujícím postřehem MUDr. Václava Pechy : „Kvalita péče v dosud zapojeném onkocentru může být podpořena až dle rozhodnutí o dalším směřování NCC, pod které centrum spadá“.</p> <p>Bereme-li v úvahu výše zmíněné, domníváme se, že je sporné, ne-li nespravedlivé, že evaluační zpráva na jedné straně zmiňuje, že zapojená onkocentra postrádají kapacity a pravomoce (včetně kompetencí a pravomocí nezávisle rozhodovat o vlastním osudu) a na druhé straně opakovaně kritizuje projekt za nezapojení onkocenter do procesu rozhodování.</p>	<p>rakovině, ovšem na druhou stranu evaluační tým oceňuje ostatní aspekty řádné správy, snahu zapojit centrální instituce či sdílet v posledním roce implementace.</p>
<p>9. Doporučení</p> <p>Citace: „ dokončit projektovou databázi včetně údajů o stádiích rakoviny, léčbě a aktuálním stavu pacientek, následně vypracovat finální statistiky a ty předat relevantním aktérům, kteří mohou mít o pokračování projektu zájem.“ Aktualizace a zkvalitnění databáze je v procesu</p> <p>Citace: „Předat jednotlivé aktivity/výstupy místním institucím a pokud možno smluvně zajistit jejich pokračování.“ Podpis smluv nezajistí, že závazky budou dodrženy, česká strana nebude mít žádné donucovací prostředky po ukončení projektu. Místní instituce budou schopny pokračovat pouze v případě, že budou mít financování, což není v současnosti pravděpodobné.</p>	<p>9. ZOHLEDNĚNO</p> <p>Děkujeme za potvrzení, přesto evaluační tým považuje v rámci udržitelnosti toto doporučení ponechat, aby mohlo být v závěru projektu zrevidováno.</p> <p>Evaluační tým souhlasí, že projekt není udržitelný v té formě, jak je nyní nastaven. Smlouva Charity ČR s ČRA stanovuje v článku 3, odstavci 3.7., že „Po ukončení projektu je zhotovitel povinen předat veškeré výstupy projektu k využití zástupcům místní partnerské instituce Ministerstvu práce, zdravotnictví a sociálních věcí a organizacím Cancer Prevention Centre a TANADGOMA - Center for Information and Counseling on Reproductive Health, nebo představitelům orgánu státní správy země příjemce. O předání</p>

<p>Citace: „Posílit spolupráci s dalšími organizacemi v oboru s cílem zohlednit výstupy projektu v jejich činnosti (zejména osvěta mezi cílovými skupinami a zapojení primární zdravotní péče)“. Toto je prováděno, jak je uvedeno výše, metodika zvyšování povědomí a nástroje byly oceněny během projektové akce na podzim a zainteresovaným stranám (včetně MoLHSA, NCDC, UNFPA) budou předány relevantní informace a materiály (včetně metodologie a dobré praxe identifikované během mobilizace komunit)</p>	<p>výstupů projektu vypracuje zhotovitel na formuláři stanoveném objednatelem protokol o předání výstupů projektu. Tento protokol bude spolu s jeho českým překladem předán objednateli a zastupitelskému úřadu České republiky v zemi příjemce jako součást závěrečné zprávy (k závěrečné zprávě viz bod 3.8. této smlouvy).“ Další pokračování je tedy otázkou a je i dle připomínek gruzínských partnerů nemožné bez dalšího financování. Vzhledem k důležitosti nadále pokračovat v boji proti rakovině evaluační tým navrhl návazný projekt. I bez jeho realizace je však povinností realizátora v rámci odpovědnosti za dopady a udržitelnost (princip, ke kterému se Charita ČR zavázala v Kodexu efektivnosti FoRS, který vychází z mezinárodně uznaných Istanbulských principů) zajistit co nejefektivnější předání a posílení dopadů projektu. Text byl tedy změněn na: „Předat jednotlivé aktivity/výstupy místním institucím a pokud možno smluvně zajistit jejich pokračování.“</p> <p>Děkujeme za potvrzení, přesto evaluační tým považuje v rámci udržitelnosti toto doporučení ponechat, aby mohlo být v závěru projektu zrevidováno.</p>
---	--

<p>MZV ČR</p>	
<p>SHRNU TÍ Citace respondentů neuvádět ve shrnutí (byť jsou zajímavé), vhodnější je pouze v hlavní části (i tam opatrně, v nepřilíši velké frekvenci či rozsahu).</p>	<p>NEBYLO ZOHLEDNĚNO Děkujeme za připomínku. Dle našich zkušeností jsou citace zajímavé i pro čtenáře, kteří si nepřečtou celou zprávu. Pokud je to možné, ponechali bychom je proto rádi i ve shrnutí i v textu, neboť zároveň dodržujeme max. předepsaný rozsah stran.</p>
<p>UDRŽITELNOST (s. 24) „...Přijetí strategie je však značně nejisté...“ Z důvodu nejistoty přijetí Strategie - a zároveň jejího vysokého významu - by dále v pasáži UDRŽITELNOST měla být zdůrazněna nízká míra zapojení GRUZÍNSKÝCH STÁTŇNÍCH INSTITUCÍ, ZEJM. MIN. ZDRAVOTNICTVÍ do pracovní skupiny, viz vaše upozornění v pasáži ŘÁDNÁ SPRÁVA V.V.: „... Její další fungování po ukončení projektu je však otázkou, neboť setkání svolává Charita ČR a účastníci zatím nejsou ustáleni. ...“</p>	<p>ZOHLEDNĚNO Další fungování pracovní skupiny se dle připomínek Charity ČR nikdy neplánovalo. Zpracovali jsme však fakt, že udržitelnost závisí na ne/přijetí strategie, jakož i na reformách ve zdravotnictví.</p>
<p>EFEKTIVNOST (ZÁVĚRY, s. 29-30) K indikátoru počtu vyšetřených žen: bylo by vhodné, aby ze zprávy JASNĚ VYPLYNULO 1) Zda nereálný indikátor stanovila ČRA jako zadavatel, nebo Charita ČR jako realizátor; 2) A zda evaluační tým považuje indikátor za od začátku nerealistický, tj. že chybou bylo spíše jeho stanovení v takové výši (a zmíněná absence žádosti realizátora o přehodnocení), než jeho nesplnění. (Alternativně zda je evaluátor opačného názoru.)</p>	<p>ZOHLEDNĚNO Vzhledem k téměř 2.000 žen vyšetřených v mobilních klinikách za 9 měsíců roku 2010 (počet předvyšetřených žen není znám), považuje evaluační tým dosažení 8.500 vyšetřených žen za reálné, pokud by mobilní kliniky byly v provozu i v třetím roce implementace, či pokud by byly v provozu alespoň průběžně celé 2 roky místo 6 měsíců ročně v prvním a druhém roce implementace. Tento názor evaluačního týmu byl zpracován jako poznámka k revizi matice logického rámce.</p>
<p>ŘÁDNÁ SPRÁVA VĚCÍ VEŘEJNÝCH Zvážit, zda výsledné hodnocení není příliš přísné v kontextu vyjmenování řady pozitivních aspektů projektu a pouze několika negativních (z nichž některé se týkají spíše efektivity a efektivnosti).</p>	<p>ZOHLEDNĚNO Evaluační tým provedl po zvážení úpravu hodnocení na spíše vysoké.</p>
<p>DOPORUČENÍ K doporučení „účinnější monitoring a interní evaluace“ Doporučení by mělo být adresováno zejm. ČRA, když jde o charakter monitoringu. Vzhledem k roli interních evaluací doporučujeme: „ČRA ve spolupráci s MZV a ZÚ“</p>	<p>ZOHLEDNĚNO Text byl plně zpracován.</p>

Připomínka	Reakce evaluačního týmu
<p>ČRA a MUDr. Voříšek</p> <p>RELEVANCE</p> <p>Evaluační tým má dojem že některé organizace se zásadně podílely na aktivitách v oblasti rakoviny, ale projekt je ignoroval. UNFPA je explicitně jmenována jako organizace neprávem pominuta projektem. To je sice pravda ale důvod byl fakt že UNFPA byla a je (relativně malou) součástí National Screening Programu (NCP) a v tom rámci organizovala několik workšopů v Tbilisi. Projekt měl už před začátkem kontakt a spolupráci s NCP skrz MOHLSA a potom přímo s NCP. Je též druhá organizace jmenována s kterou navázal projekt kontakt jen v roce 2013 - NCDC (National Centre for Disease Control). Důvodem bylo že do změny vlády a ředitele NCDC, organizace, která je částí MOHLSA, se soustředila na infekční nemoci. Toto vím zcela jistě jelikož jsem ji a jejich projekt (šlo o ptačí chřipku) v roce 2011 evaluoval. K tomu se dá ještě přidat že MOHLSA se během našich návštěv o vhodnosti navštívit či spolupracovat s NCDC vůbec nezminil.</p> <p>Tabulka na straně 17 by proto měla být upravena. Světová Banka do ní také nepatří jelikož podporovala jenom oblast tuberkulózy (což nebyla část projektu – viz níže), ani Evropská onkologická škola (která jen plánuje začít projekt v Gruzii v roce 2014). Co se v tabulce První dámy týká, nevím odkud informace přišla, mám s ní osobní styk kvůli různým humanitárním projektům a o žádný mobilních klinikách nevím.</p> <p>Co se regionálních oncocenter týká, je pravda že nefungují dobře. Bylo to částečně zaviněno totální privatizací a následující renovací budov což vedlo v pravidelném stěhování (Zugdidi) nebo úplnému uzavření během renovace (Gori). Druhým důvodem byl určitý nezáměr ze strany oncocenter, zvláště ze strany Zugdidy. Slova představitelky oncocentra Zugdidy citována na straně 27 raportu jsou skoro stejná jako při mé návštěvě v roce 2010. Mě řekla že „pro pacienty děláte všechno a pro nás nic.“ To není pravda. Za prvé obě dvě oncocentra byla zapojeny od začátku do projektu a jejich zastupitelé byly (a stále ještě jsou) placeny z projektu za svoji (bezplatnou) práci s referovanými ženami. Já sám jsem je několikrát navštívil během projektu a probíral jejich problémy. Za druhé se projekt snažil zlepšit jejich vybavení mobilním mamografem. Projekt dostal mobilní mamograf v roce 2012 od Německého velvyslanectví a rotoval (dvouměsíčně) mezi Zugdidi a Gori. A obě oncocentra ho mohli používat (zdarma) i pro diagnosu jiných pacientů. O tom se evaluace vůbec nezmiňuje.</p>	<p>NEBYLO ZOHLEDNĚNO</p> <p>UNFPA je bezpochyby důležitou institucí na poli boje proti rakovině v Gruzii. Rovněž vytváří guidelines, které jsou akreditované MoLHSA. Omezenou spoluprací s NCDC evaluační zpráva nekritizuje, pouze zmiňuje zahájení spolupráce roku 2013.</p> <p>Evaluační tým uvádí zdroj, ze kterého čerpal – nešlo pouze o tuberkulózu, ale o vypsání oblasti působení. European School of Oncology (ESO) se již dříve zapojovala, např. realizovala školení, které je uvedeno v poznámce níže⁴⁹. O mobilních klinikách první dámy se evaluační tým dozvěděl od několika lékařek i pacientek.</p> <p>Zaměstnanci regionálních oncocenter (NCC) za koordinaci sekundárních vyšetření placeni byli (evaluatorům to potvrdili), ovšem demotivoval je fakt, že zařízení a většina specialistů pocházela z Tbilisi. To je zcela pochopitelné. I mobilní kliniky si projektoví partneři ponechali ve Tbilisi – pobožce NCC v Zugdidi tedy zařízení nezbylo, odborníci jim proto odešli a to bylo pro zbývající zaměstnance frustrující. O tom, že mobilní mamografy mohla regionální oncocentra využívat i pro jiné pacienty, se evaluačním týmem na místě nedozvěděl (mobilní mamografy byly přistaveny jen po dobu sekundárních vyšetření žen zapojených v projektu), tudíž nyní nemůže tento fakt ověřit a zahrnout jej do evaluační zprávy. Mobilní mamograf je však nyní v mobilní klinice zaparkované v Tbilisi a je využíván dle dostupných prostředků v různých regionech.</p>

⁴⁹ http://www.ambtbilisi.esteri.it/Ambasciata_Tbilisi/Archivio_News/European+School+Oncology+Milan+Italy+in+Tbilisi+for+training+on+breast+cancer.htm

Připomínka	Reakce evaluačního týmu
<p>UDRŽITELNOST</p> <p>Celý projekt byl postaven na očekávání rozšíření NSP mimo Tbilisi a na explicitní dohodě s MOHLSA že projekt má souhlas, bude sledován a jestli bude mít výsledky, pozitivní elementy které nebyly doposud částí NSP, budou zahrnuty to budoucího konceptu. Nový minister (od 2012) to pochopitelně neví ale NSP ano. NSP se nyní velmi pomalu rozšiřuje na oblasti mimo Tbilisi (daleko pomaleji než bylo plánováno) a ne dál než regionální města. V plánu jsou smlouvy s místními organizacemi a lékaři kteří by měly být placeny za poskytované služby. Projekt realizátor a partneři stále ještě doufají že napojení na nižší úrovni bude před koncem projektu ale to není jenom jejich chyba a proto ne úplně fér jim dával výlučně vinu za nízkou udržitelnost. Udržitelnost konce konců závisí na státu a jeho politickému rozhodnutí. To může jeden projekt málo ovlivnit, zvláště po takové drastické politické změně.</p>	<p>ZOHLEDNĚNO</p> <p>V hodnocení udržitelnosti evaluační tým „nehází vinu“ na konkrétní stranu, jen poznamenává skutečnou neudržitelnost. Byl doplněn důraz na aktuální reformy ve zdravotnictví a jiné priority.</p>
<p>EFEKTIVNOST</p> <p>Zde je (a na jiných stránkách raportu) nedorozumění co se týká tuberkulózy. Při jednom s prvních setkání s MoLHSA při kterém jsem byl přítomen, projekt realizátor byl požádán zástupcem Ministra Michalem Dolidze aby v osvětových letáčcích byla též poskytnuta informace o prevenci a základních faktech tuberkulózy jelikož znalost obyvatelstva podle něj byla velmi omezená což vedlo v vysokému výskytu tuberkulózy. Realizátor a místní partneři souhlasily a letáčky byly doplněny. V projektu tuberkulóza ale zahrnuta vůbec nebyla.</p>	<p>NEBYLO ZOHLEDNĚNO</p> <p>Tuberkulóza je součástí projektové dokumentace včetně matice logického rámce. K tomu to výstupu se Charita ČR zavázala, je tedy jednou z komponent projektu, a proto i byl hodnocen.</p>
<p>DOPORUČENÍ</p> <p>Bod 2: „ zavést pracovní skupinu pod ministerstvo“ – souhlasím, bylo v plánu, MoHLSA má ale mnoho jiných priorit a i domluva schůzky s jimi je velmi těžká (poslední organizování schůzky trvalo 6 měsíců). Na štěstí mezinárodní organizace UNFPA se rozhodla převzít tuto funkci a teď organizuje dvoudenní workshop (24-25 července).</p> <p>Bod 4: „provádět ze strany ČRA a ZÚ monitoring zaměřený na výsledky“. Ano, ale to závisí do velké míry od formulace matice logického rámce, zvláště formulace indikátorů. Ta byla v tomto případě, jak evaluační tým podotkl, zformulována nedostatečně.</p>	<p>NEBYLO ZOHLEDNĚNO</p> <p>I přes aktuální facilitační roli považuje evaluační tým za potřebné (s ohledem na vlastnictví a udržitelnost), aby dlouhodobě byla PS koordinována ze strany MoLHSA / gruzínských státních institucí.</p> <p>S tímto lze jedině souhlasit, proto je třeba matice revidovat – což doporučení také uvádí.</p>