



ZPRÁVA Z EVALUACE PROJEKTU ZAHRANIČNÍ ROZVOJOVÉ SPOLUPRÁCE ČESKÉ REPUBLIKY S KAMBODŽOU

„Zvyšování dostupnosti kvalitní zdravotní péče s důrazem na péči o matku a dítě“ (2008–2009)
„Zdraví pro matky a děti v Kambodži“ (2010–2012)

září 2013

Evaluační tým

Hlavní evaluátorka: Lenka Černá, M.A.
Poradkyně pro metodiku: Ing. Tereza Němečková, Ph.D.
Expert: MUDr. Borek Sehnal
Místní expert: Vichet AM, M.A.



Identifikační formulář

Partnerská země: Kambodža	Projektové lokality: Provincie Takeo a Kampong Chhnang
Název projektu v českém a anglickém jazyce: „Zvyšování dostupnosti kvalitní zdravotní péče s důrazem na péči o matku a dítě“ (2008–2009) <i>(Increasing Availability of Health Care in Cambodia)</i> Zdraví pro matky a děti v Kambodži“ (2010–2012) <i>(Improving quality and access to health care in Cambodia)</i>	Sektorové zaměření: Zdravotnictví
Gestor: Ministerstvo zahraničních věcí České republiky (MZV ČR) Česká rozvojová agentura (ČRA)	Realizátor: Člověk v tísni, o.p.s.
Období realizace měsíc/rok zahájení projektu: září 2008	Měsíc/rok ukončení projektu: prosinec 2012
Celkové čerpání v CZK ze ZRS ČR: 9 470 000 Kč	Celkové čerpání v CZK včetně spolufinancování: 10 837 000 Kč
Další donoři podílející se na projektu:	
Autoři evaluační zprávy: Lenka Černá, M.A., Ing. Tereza Němečková, Ph.D., MUDr. Borek Sehnal, Vichet AM, M.A.	
Datum, podpis(y): září 2013 Borek Sehnal Tereza Němečková	 Lenka Černá

Shrnutí

V letech 2008–2012 realizovala společnost Člověk v tísni, o.p.s. (dále ČvT) v Kambodži, prioritní zemi české zahraniční rozvojové spolupráce (dále ZRS), v sektoru zdravotnictví dva víceleté projekty. Jednalo se o projekt „**Zvyšování dostupnosti kvalitní zdravotní péče s důrazem na péči o matku a dítě**“ (2008–2009, s celkovou dotací 3,25 mil. Kč ze ZRS) a navazující projekt „**Zdraví pro matky a děti v Kambodži**“ (2010–2012, s celkovou dotací 6,22 mil. Kč ze zdrojů ZRS). První projekt byl realizován v gesci Ministerstva zahraničních věcí ČR (dále MZV), druhý v gesci České rozvojové agentury (dále ČRA). I když šlo formálně o dva projekty, oba financované poskytnutím dotace ze zdrojů ZRS, reálně se jednalo o dvě na sebe navazující etapy jednoho projektu.

Kambodža se řadí mezi země s nejvyšší dětskou (zejména kojeneckou a neonatální) úmrtností na světě, byť trend v posledních letech ukazuje jisté zlepšení situace. Neméně významným problémem je i vysoká úmrtnost matek. V některých oblastech rodičky stále volí porody mimo zdravotnická zařízení (finanční důvody, velká fyzická vzdálenost, nedůvěra ve zdravotnická zařízení aj.). Dalším důvodem je i nekvalitní předporodní, porodní a poporodní péče v řadě veřejných zdravotnických zařízení.

Projekt ČvT se zaměřil právě na problém vysoké mateřské úmrtnosti, resp. nekvalitní péče o matky a děti ve veřejných zdravotnických zařízeních. Vybral si provincii Takeo. Zvolená strategie řešení se zaměřovala na tyto oblasti:

- školení zdravotnického personálu ve vybraných zdravotnických střediscích (dále ZS) v oblasti kvalitní péče o matku a dítě (předporodní, porodní i poporodní),
- materiální a technické vybavení vybraných zdravotnických zařízení (přístup k pitné vodě, elektrické energii, zdravotnický materiál apod.),
- osvětové aktivity mezi místními ženami (hygiena, nemoci, výživa, bezpečný porod apod.),
- zpřístupnění zdravotní péče sociálně slabším rodinám vytvořením tzv. „*Health Equity*“ fondů (dále HEF),
- školení managementu vybraných zdravotnických zařízení.

Evaluace projektu byla vyhlášena v březnu 2013 a trvala cca 4 měsíce (včetně doby připomínkování zprávy). Evaluační tým byl ve složení: Lenka Černá, M.A. (hlavní evaluátorka), MUDr. Borek Sehnal (sektorový odborník), Vichet AM, M.A. (místní odborník) a Ing. Tereza Němečková, Ph.D. (poradkyně pro metodologii). Hlavním cílem evaluace bylo dle zadání získat objektivně podložené závěry, které by byly využitelné pro další rozhodování MZV ČR ve spolupráci s ČRA o budoucím zaměření ZRS s Kambodžou, a informace pro rozhodování o realizaci projektů podobného typu také v dalších partnerských zemích.

Hlavní evaluační otázky byly dle hlavních evaluačních kritérií (relevance, efektivnost, efektivita, dopady a udržitelnost) definovány následovně:

- Do jaké míry odpovídal projekt potřebám místní populace (cílové skupiny)?
- Do jaké míry byly naplněny stanovené cíle a výstupy?
- Do jaké míry splňovala zvolená strategie (metody řešení problému) požadavky na efektivnost a efektivitu?
- Jaké dopady měl projekt na cílové skupiny (pozitivní i negativní, plánované i neplánované)?
- Do jaké míry přinesl projekt řešení problému a která řešení jsou udržitelná i po jeho skončení?

Hlavní závěry z evaluace jsou následující:

Tabulka č. 1: Hodnocení projektu z hlediska vybraných kritérií

Výstup/ Kritérium	Technická podpora ZS	Školení porodních asistentek	Školení vedoucích pracovníků	Osvětová kampaň	Podpora nejchudších obyvatel	Celý projekt
Relevance	vysoká					
Efektivnost	spíše vysoká	vysoká	spíše vysoká	vysoká	spíše vysoká	spíše vysoká
Efektivita	vysoká	vysoká	vysoká	spíše vysoká	spíše vysoká	vysoká
Udržitelnost	spíše vysoká	vysoká	nelze hodnotit	vysoká	spíše vysoké	spíše vysoká
Dopady	vysoké					
Průřezové principy						
Lidská práva a gender	vysoká					
Životní prostředí a klima	vysoká					
Řádná správa věcí veřejných	vysoká					
Viditelnost ZRS ČR	vysoká	spíše vysoká	vysoká	spíše vysoká	spíše vysoká	vysoká

Stupnice míry naplnění evaluačního kritéria

vysoká	spíše vysoká	spíše nízká	nízká	nelze vyhodnotit
--------	--------------	-------------	-------	------------------

Relevance:

Projekt přispěl k řešení problému nekvalitní péče o matku a dítě, který se projevuje především ve vysoké úmrtnosti jak dětí (včetně novorozenců), tak i matek při porodech. Dle oficiálních dokumentů bylo ověřeno, že projekt řešil relevantní problémy země v oblasti zdravotnictví, reflektoval vládní priority v této oblasti a snažil adekvátně řešit i potřeby místních obyvatel. Evaluační tým ocenil postup realizátora, který si ještě před získáním projektu nechal vypracovat studii o zdravotně sociálních potřebách v provincii Takeo. **Celkově byla relevance projektu hodnocena jako vysoká.**

Efektivnost:

Efektivnost zvolených řešení byla hodnocena na škále spíše vysoká až vysoká. Vyšší hodnocení bylo přiřazeno školením porodních asistentek, na která navazovala důležitá školení v podobě „On-the-Job“ tréninku a osvětových kampaní mezi místními ženami, při nichž byly využity místní kapacity. Jako vysoká byla rovněž hodnocena efektivnost dodávek technického vybavení, avšak v převážné míře pouze toho vybavení, které nevyžaduje k provozu elektřinu (kvůli přetrvávajícím výpadkům). Efektivnost další technické podpory (přístup k vodě, k elektřině apod.) byla hodnocena jako spíše vysoká (kvantitativní indikátory byly naplněny, ale kvalitativní pouze v některých případech). Efektivnost školení managementu zdravotnických zařízení byla hodnocena také jako spíše vysoká, i když některé indikátory nebylo možno

ověřit (nebyly měřitelné). Efektivnost podpory nejchudších vrstev obyvatel prostřednictvím HEF byla rovněž hodnocena jako spíše vysoká (zejména z důvodu sporného výběru příjemců). Vzhledem k nespolehlivým datům, které měl evaluační tým k dispozici (data z různých zdrojů se lišila), nebylo možné zcela průkazně vyhodnotit míru naplnění cílů projektu na základě definovaných indikátorů. Evaluační tým nesouhlasí s výpočty, které ČvT uvádí v závěrečné zprávě projektu, a současně se domnívá, že na úrovni cílů měly být zvoleny takové indikátory, které by bylo možno ověřit (na základě konečných a oficiálních dat) již na konci projektu. **Celkově byla efektivnost hodnocena jako spíše vysoká.**

Efektivita:

Efektivita řešení vedoucích ke zlepšení nabídky služeb projektových zdravotních zařízení (první cíl) byla hodnocena jako vysoká. Řešení vedoucí ke zvyšování poptávky po zdravotnických službách (druhý cíl) byla hodnocena jako spíše efektivní. U osvětových kampaní bylo zjištěno, že většina respondentek si je nevybavuje, a není tedy zřejmé, zda se na jejich relativně dobrých znalostech podepsaly spíše preventivní (a současně informativní) prohlídky v ZS, než osvětové kampaně. V případě příspěvků do HEF fondů narazil evaluační tým na sporný výběr beneficentů. Hospodárnost vynaložených finančních prostředků vyhodnotil evaluační tým celkově jako vysokou. Snahu o úsporu vidí především v položkách platů projektových a finančních manažerů, místních koordinátorů, pronájmu kanceláře a nákladů na školení LSS. Nespornou výhodou pro efektivitu využití finančních prostředků je také stálá mise ČvT. **Celková efektivita tak byla hodnocena jako vysoká.**

Dopady:

Dle zjištění evaluačního týmu jednoznačně převládají pozitivní dopady projektu nad negativními. **Zásadní negativní dopady evaluační tým nezaznamenal.** Z rozhovorů s místní komunitou vyplynuly pochybnosti o dopadech distribuce poukázek na bezplatnou péči. Nutno ale poznamenat, že toto není v kompetenci ČvT. V případech dodávek technického vybavení je také otázkou, zda tato forma pomoci nevyvolává závislost na další materiální pomoci. Pozitivní dopady projektu lze shrnout následovně:

- **Zlepšila se kvalita poskytované zdravotní péče** (ZS např. pravidelně používají autoklávy, což výrazně omezilo výskyt infekce a zvýšilo bezpečnost porodů, ženy chodí v průměru na 4–6 předporodních prohlídek, zavedly se 24hodinové služby).
- **Školení LSS a „On-the-Job“ trénink** měly významný dopad na každodenní porodnickou praxi porodních asistentek. Zvýšily jim sebevědomí, přinesly nové znalosti (manuální odstraňování placenty, řešení preeklampsie, krvácení atd.).
- Během posledních 3 let se **v provincii Takeo až na výjimky přestalo rodit v domácnosti**, porody se přesunuly do zdravotnických zařízení.
- Došlo téměř **k vymizení výskytu škodlivých zvyků** (např. rozdělování ohně pod postelí čerstvé matky, odkládání kojení několik dní po porodu atd.), ženy je zachovaly v symbolické podobě
- **Za poslední tři roky se významně snížil počet úmrtí matek v souvislosti s porodem.** I když se může jednat o chybu malých čísel a do roku 2009 jsou údaje nespolehlivé, byl zřejmě nastartován **správný trend**, který dále ponese příznivější perinatologické výsledky.

Současně je nutné poznamenat, že na tomto pozitivním vývoji se souhrnně podílejí desítky zahraničních dárců, místní úřady i celostátní televizní kampaně, stejně jako například faktor tolerantního predominantního náboženství a rozšířené kontroly porodnosti. Nelze přesně určit, jakou měrou se hodnocený projekt na celkově pozitivním vývoji v oblasti péče o matku a dítě (zejména v provincii Takeo) podílí. **Celkově byly dopady hodnoceny jako vysoké.**

Udržitelnost:

ČvT položil dobrý základ pro udržitelnost výstupů intenzivní spoluprací s místními autoritami a organizacemi a využíváním jejich zdrojů. Mnoho aktivit ČvT finančně podpořil a zároveň delegoval jejich výkon. To se týkalo např. osvětové kampaně v komunitách (školení zorganizovala jednotlivá ZS s použitím oficiálních letáků Ministerstva zdravotnictví), podpory přístupu nejchudších obyvatel ke zdravotní péči (realizovala partnerská organizace BfH), školení LSS a jiných. Dále ČvT podpořil efektivní management ZS. Vše se dělo s cílem podpořit finanční samostatnost ZS. Udržitelnost některých výstupů odpovídá jejich charakteru, např. školení je nutné opakovat v systému tzv. celoživotního vzdělávání.

U technické podpory ZS je udržitelnost řešení vyšší zejména u dodávek objektů, které nevyžadují připojení k elektřině, nižší naopak u dodávek objektů závislých na elektřině (vzhledem k častým výpadkům). Pomoc v podobě dodávek dalšího materiálního vybavení lze hodnotit jako spíše udržitelnou, rizikem je možný vznik závislosti ZS na těchto dodávkách. Jako problematické hodnotí evaluační tým financování oprav dodaných objektů (např. solární panely, ale i nábytek). **Celkově byla udržitelnost vyhodnocena jako spíše vysoká.**

Životní prostředí a klima:

Evaluační tým nezaznamenal negativní vliv projektu na životní prostředí. Z tohoto hlediska lze zmínit zakoupení solárních panelů, a tím i podporu obnovitelných zdrojů elektřiny vybranými ZS. Oceňujeme snahu realizátora o úspornost a šetrnost k životnímu prostředí (např. nepoužíváním klimatizace v kanceláři). Další možné ekologické aspekty projektu (např. nakládání ZS s odpady, doprava žen do ZS) nebyly v této evaluaci vyhodnocovány. **Celkově byl přínos projektu k ochraně životního prostředí vyhodnocen jako vysoký.**

Lidská práva a gender:

Z větší části byly příjemci projektu ženy (matky, těhotné ženy a porodní asistentky), s výjimkou školení pro vedoucí ZS (výhradně muži) a podpory HEF (bez rozdílu pohlaví). Pozitivní externalitou projektu byla podpora lidských práv (práv pacientů) a zlepšení přístupu ke klientům ZS. Během terénní fáze evaluační tým nezaznamenal, že by někdo ženami opovrhoval, choval se k nim hrubě či neslušně, manželé a partneři byli ohleduplní, po porodu se o svoje manželky dobře starali. Ani jednání na úřadech s hlavní evaluatorkou (ženou) a se zástupkyní ČvT (ženou) nesvědčilo o přehlížení žen s určitou funkcí a pravomocemi. **Celkově byl přínos projektu ke genderové problematice a lidským právům vyhodnocen jako vysoký.**

Řádná správa věcí veřejných:

Ředitelé ZS a jejich zástupci vypadali, že se své práci věnují zodpovědně, byli znalí dané problematiky a snažili se o aktivní přístup. Školení realizovaná ČvT měla obecně za cíl přispět k efektivnímu řízení veřejných zdravotnických zařízení. Na základě dostupných informací se proto evaluační tým domnívá, že **přínos projektu k této otázce byl vysoký.**

Viditelnost ZRS ČR:

Oficiální logo ZRS ČR bylo nalezeno především na stavebách trvalého charakteru (velká nádrž na zásobu vody, porodní místnosti) a dodaném vybavení (postele, skříně, solární panely včetně rozvodu a baterie). Provinční nemocnice v Takeu je odbornou veřejností vnímána jako „česká“ nemocnice. Ředitelé PHD v obou provinciích, vedoucí Oddělení péče o matku a dítě i vedoucí pracovníci jednotlivých středisek ČvT a Českou republiku znají a poskytnutou pomoc oceňují. Většina porodních asistentek, které absolvovaly LSS či jiné školení, ale již nebyla schopna ČvT či ČR jako dárce uvést. Stejně tomu bylo i u všech oslovených pacientek v ZS či žen v komunitách, pro které je důležitá kvalita ošetření a ne ten, kdo ji finančně zajistil. **Celkově byla viditelnost ZRS vyhodnocena jako vysoká.**

Doporučení

Níže jsou uvedena doporučení, která vycházejí ze zjištění evaluačního týmu. Dle zadání jsou rozdělena do třech oblastí: projektová tematika, procesní a systémový charakter ZRS ČR. V tabulce č. 2 je kromě doporučení uveden i jejich adresát a hodnocení stupně závažnosti (1= nejzávažnější, 3=nejméně závažný).

Tabulka č. 2: Doporučení vyplývající ze závěrů a zjištění evaluace

Typ doporučení	Doporučení	Hlavní adresát	Stupeň závažnosti
K projektové tematice	Pokračovat v již nastaveném směru od poskytování materiálního vybavení ke vzdělávání. Pokračovat ve školení PA, a to především z hůře dostupných a vesnických ZS.	ČvT	1
K projektové tematice	Školení LSS (školení v život zachraňujících technikách) – do budoucna spolupracovat s organizací RACHA.	ČvT	1
K projektové tematice	Aktivněji se účastnit setkávání ostatních dárců a místních stakeholderů v různých pracovních skupinách (sdílení a učení se od ostatních, mainstreaming, fundraising, vizibilita).	ČvT	1
K projektové tematice	Zvážit spolupráci a podporu soukromého sektoru (např. v boji proti dětské podvýživě podpořit produkty obohacené vitamíny).	ČRA ČvT	1
K projektové tematice	Stanovovat měřitelné indikátory i na úrovni cílů, které lze ověřit již k době skončení projektu. Důkladně analyzovat klíčové předpoklady a rizika každého projektu (na všech úrovních projektové logiky).	ČvT ČRA	2
Procesní	Konzultovat načasování evaluace s realizátorem nebo dalšími zainteresovanými stranami.	ORS	1
Procesní	Adekvátně stanovovat časový rozsah vymezený na evaluaci.	ORS	1
Systémové	Zavést angličtinu jako hlavní jazyk závěrečných evaluačních zpráv.	ORS	2

Doporučení k projektové tematice:

1. *Více se posunout od materiální pomoci ke vzdělávání:* Toto doporučení vychází z rozhovorů s porodními asistentkami, organizace RACHA, ale i zástupci místních úřadů. Všichni hodnotili školení LSS a „On-the-Job“ trénink velmi pozitivně. Školení LSS by bylo dobré pravidelně opakovat (v rámci celoživotního vzdělávání porodních asistentek) a co nejvíce do nich zapojovat i porodní asistentky ze vzdálenějších oblastí. Pozitivně lze hodnotit i školení managementu zdravotnických zařízení. Tato forma pomoci má trvalejší charakter.
2. *Školení LSS – spolupracovat s organizací RACHA:* Toto doporučení vychází z rozhovoru se zástupkyní této organizace, která vyjádřila zájem o větší spolupráci. Vzhledem k aktivitám této organizace to evaluační tým považuje za smysluplné. Témata školení by se také mohla rozšířit i na oblast výživy.

3. *Aktivněji se účastnit setkávání ostatních dárců a dalších zainteresovaných stran* – Toto doporučení vychází z rozhovorů s ostatními dárcovskými organizacemi i samotným ředitelem ČvT v Kambodži, který připustil, že by se tím zvýšila vizibilita, sdílení a především nové příležitosti pro fundraising a spolupráci.
4. *Zvážit spolupráci se soukromým sektorem*: Toto doporučení vychází z rozhovorů s ředitelem Švýcarského červeného kříže a RACHA, kteří se soukromým sektorem spolupracují a hledají další partnery. Spolupráce by se mohla týkat např. speciálních výživových produktů pro děti a těhotné ženy.
5. *Stanovovat měřitelné indikátory, které lze zjistit a ověřit již k době skončení projektu*: Toto doporučení vychází ze zjištění, kdy některé indikátory (týkající se výstupu vyškolených manažerů) nebyly měřitelné, jiné naopak (týkající se naplnění cílů projektu) nebyly ověřitelné v době evaluace (půl roku po skončení projektu). Ve druhém případě získal evaluační tým z více zdrojů různá data a domnívá se, že vyhodnocení těchto indikátorů bude možné až za 2–3 roky, až budou k dispozici oficiální a konečná data. *Důkladně analyzovat klíčové předpoklady a rizika každého projektu (na všech úrovních projektové logiky)*: Toto doporučení vychází ze zjištění, že v obou fázích projektu nebyla důkladně analyzována zejména možná rizika. Doporučení adresujeme i ČRA, která může v rámci vydávání rozhodnutí o udělení dotace na podobné věci poukázat a zapojit se sama do formulace indikátorů tak, aby byly skutečně měřitelné a ověřitelné v době skončení projektu.

Doporučení procesní:

1. *Konzultovat načasování evaluace s realizátorem, příp. dalšími zainteresovanými stranami*: Vzhledem k časovému rozsahu vymezenému na evaluaci nebylo možno vyjet na evaluační misi jindy než v průběhu června, kdy je bohužel v Kambodži období dešťů, což komplikovalo především pohyb a transfery v oblasti.
2. *Adekvátně stanovovat časový rozsah vymezený na evaluaci*: Toto doporučení vychází ze zjištění, že provádět dvě evaluace souběžně (první o rozsahu 2 projektů, druhá o rozsahu 5 projektů, byť v obou případech hodnocených jako jeden projekt) vyžaduje delší časovou dotaci než 4 měsíce.

Doporučení systémová:

1. *Zavést angličtinu jako hlavní jazyk evaluačních zpráv*: Toto doporučení vyplývá ze zájmu evaluačního týmu o participativní proces, ze kterého ale za dané situace (zpracování zprávy v českém jazyce) nemohou profitovat partneři projektu v Kambodži. Na základě předchozích zkušeností evaluatorky není možné zpracovávat zprávy současně v obou jazycích.

Obsah

Shrnutí.....	2
1. Úvod	9
2. Informace o projektu	10
3. Metodologie evaluace	12
4. Evaluační zjištění	15
4.1. Relevance.....	15
4.2. Efektivnost/Účelnost.....	16
4.3. Efektivita.....	21
4.4. Udržitelnost.....	24
4.5. Dopady.....	27
4.6. Průřezové principy ZRS ČR.....	27
5. Závěry z evaluace	30
6. Doporučení.....	33
7. Přílohy	33
A. Seznam zkratk	
B. Seznam prostudovaných dokumentů	
C. Seznam rozhovorů a skupinových diskuzí v České republice a Barmě	
D. Využité dotazníky	
E. Fotografie z místního šetření – červen, 2013	
F. Evaluační tým	
G. Vypořádání připomínek zásadního charakteru	
H. Shrnutí v anglickém jazyce	
I. Terms of reference	

1. Úvod

V letech 2008–2012 realizovala společnost ČvT v Kambodži, v rámci ZRS ČR prioritní země bez programu spolupráce, v sektoru zdravotnictví dva víceleté projekty. Jednalo se o projekt „**Zvyšování dostupnosti kvalitní zdravotní péče s důrazem na péči o matku a dítě**“ (2008–2009, s celkovou dotací 3,25 mil. Kč ze ZRS) a navazující projekt „**Zdraví pro matky a děti v Kambodži**“ (2010–2012, s celkovou dotací 6,22 mil. Kč ze zdrojů ZRS). První projekt byl realizován v gesci MZV, druhý v gesci ČRA. I když šlo formálně o dva projekty, oba financované poskytnutím dotace ze zdrojů ZRS, reálně se jednalo o dvě na sebe navazující etapy jednoho projektu.

Evaluace těchto projektů byla vyhlášena dne 7. 3. 2013. Vybraný evaluační tým pod vedením Lenky Černé, M.A. byl vyhlášen dne 23. 4. 2013, termín pro odevzdání předběžné zprávy byl stanoven na 23. 7. 2013, pro finální zprávu pak na 31. 8. 2013. Časový rozsah na evaluaci tak byl stanoven v rozsahu cca 4 měsíce (od vyhlášení výsledků do odevzdání konečné verze zprávy). Evaluační tým současně dle zadání MZV prováděl evaluaci projektů v Barmě.

Hlavním cílem evaluace bylo dle zadání získat objektivně podložené závěry, které by byly využitelné pro další rozhodování MZV ČR ve spolupráci s ČRA o budoucím zaměření ZRS s Kambodžou, a informace pro rozhodování o realizaci projektů podobného typu také v dalších partnerských zemích. Hlavní evaluační otázky byly dle hlavních evaluačních kritérií (relevance, efektivnost, efektivita, dopady a udržitelnost) definovány následovně:

- Do jaké míry odpovídal projekt potřebám místní populace (cílové skupiny)?
- Do jaké míry byly naplněny stanovené cíle a výstupy?
- Do jaké míry splňovala zvolená strategie (metody řešení problému) požadavky na efektivnost a efektivitu?
- Jaké dopady měl projekt na cílové skupiny (pozitivní i negativní, plánované i neplánované)?
- Do jaké míry přinesl projekt řešení problému a která řešení jsou udržitelná i po jeho skončení?

S cílem podpořit proces, ze kterého se mohou poučit všechny zúčastněné strany, poskytl evaluační tým nad rámec zadání ještě během přípravné fáze realizátorovi a referenční skupině prostor definovat další potřebná témata a otázky pro evaluaci. Doplnující témata zasláná realizátorem a referenční skupinou jsou uvedena níže:

Očekávání realizátora lze shrnout do několika bodů:

1. Vedl zvolený přístup k dosažení cíle projektu, tzn. snížení dětské a mateřské úmrtnosti?
2. Nakolik ZS využívají a pečují o poskytnutou materiální pomoc (přístup k vodě a elektřině, nakoupené vybavení)?
3. Nakolik využívají vyškolené porodní asistentky nově získané znalosti? Zůstaly pracovat ve státním zdravotnickém systému? Jaké další znalosti by si potřebovaly osvojit?
4. Jaký dopad měl „*Community Outreach*“, tj. vzdělávání komunit zdravotními sestrami?
5. Fungují HEF z ekonomického hlediska? Udělá z nich vláda systém, jak plánovala? Přispívá na ně komunita v dostatečné míře, aby byly soběstačné?

Očekávání referenční skupiny lze shrnout do několika bodů:

1. Je správné zaměřit se do budoucna více na děti (snížování dětské úmrtnosti) a na téma snižování jejich podvýživy?
2. Jaký je vztah ČvT s Provincial Health Department (dále PHD) v Takeu?

2. Informace o projektu

2.1. Řešený problém

Během režimu Rudých Kmérů byla zdravotní péče v Kambodži zcela zrušena a od 80. let 20. stol. se začal budovat systém zdravotní péče prakticky na zelené louce. V každé provincii (velikost odpovídá přibližně kraji v ČR, ale s různou hustotou obyvatel) je jedna provinční nemocnice. Provincie jsou rozděleny na tzv. operační distrikty (OD), pro které je určena tzv. referenční nemocnice, pod kterou organizačně spadá 10 až 30 ZS. Jednotlivá ZS jsou od sebe vzdálená 10–15 km. Tato poměrně hustá síť je koncipována pro obtížné podmínky transportu nemocných (většinou jsou dovezeni příbuznými na motorce). Situace se ale zhoršuje v období záplav, kdy jsou některé regiony dostupné pouze lodí.

ZS poskytují primární zdravotní péči na úrovni praktického lékaře pro děti i dospělé, očkování, některé aspekty gynekologické péče (antikoncepce, včetně zavádění nitroděložních tělísek – „IUD“) a péči o těhotné, včetně vedení porodu. Zdravotní péče ale není zdarma, např. za porod vedený v ZS se platí v průměru 10–15 USD. Nastanou-li během porodu komplikace, rodička se převezve do referenční (popř. provinční) nemocnice. Někde převoz (včetně zdravotnického doprovodu) organizuje ZS, jinde si musí rodička převoz zajistit sama. V každém případě transport vyžaduje finanční prostředky. Porod v nemocnici je řádově ještě dražší, v případě císařského řezu vyjde až na 100 USD.

Není tedy divu, že se Kambodža řadí mezi země s nejvyšší dětskou, (zejména kojeneckou a neonatální) úmrtností na světě, byť trend v posledních letech ukazuje jisté zlepšení situace. V některých oblastech volí rodičky i nadále porody mimo zdravotnická zařízení (finanční důvody, velká fyzická vzdálenost, nedůvěra ve zdravotnická zařízení aj.), a tak je problémem i vysoká úmrtnost matek při/po porodech (dokonce vyšší než dětská úmrtnost)¹. Projekt společnosti ČvT se právě na problém mateřské úmrtnosti, resp. nekvalitní péče o matky a děti zaměřil. Vybral si provincii Takeo, ve třetím roce druhého projektu došlo k rozšíření projektu do provincie Kampong Chhnang. Zvolená strategie řešení se zaměřovala na tyto oblasti:

- školení zdravotnického personálu ve vybraných ZS v oblasti kvalitní péče o matku a dítě (předporodní, porodní i poporodní),
- materiální a technické vybavení vybraných zdravotnických zařízení (přístup k pitné vodě, elektrické energii, zdravotnický materiál apod.),
- osvětové aktivity mezi místními ženami (hygiena, nemoci, výživa, bezpečný porod apod.),
- zpřístupnění zdravotní péče i sociálně slabším rodinám vytvořením HEF,
- školení managementu vybraných zdravotnických zařízení.

2.2. Logická stavba projektu

Hlavním **záměrem projektu** v první fázi realizace (2008–2009) bylo přispět ke snížení dětské úmrtnosti a ke zlepšení zdraví matek. Hlavním záměrem v druhé fázi projektu (2010–2012) bylo přispět ke zlepšení zdraví lidí v Kambodži, a tím ke snížení jejich chudoby (jako indikátory byly vybrány mateřská úmrtnost, dětská úmrtnost a chudoba).

V **první fázi projektu** (2008–2009) byly definovány celkem tři **cíle**:

1. Zvýšit kvalitu poskytované zdravotní péče ve 28 ZS v provincii Takeo se zaměřením na péči o matky a děti.
2. Zlepšit kvalitu péče o děti s matkami.
3. Zvýšit počet klientů ZS a zejména počet žen, které rodí v ZS.

Výstupy pak byly definovány následovně:

- 1.1. Personál všech 28 ZS je řádně proškolen, aby mohl poskytovat kvalitní předporodní, porodní a poporodní péči.

¹ NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS, DIRECTORATE OF GENERAL HEALTH and MEASURE DHS. Cambodia. Demographic and Health Survey 2010. Dostupné z WWW: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR249/FR249.pdf>, str. 131.

- 1.2. Všechna ZS jsou technicky a materiálně vybavena a mají přístup k pitné vodě a elektrické energii, aby mohla poskytovat kvalitní předporodní, porodní a poporodní péči.
- 1.3. V ZS jsou dodržována pravidla hygieny, nástroje jsou řádně sterilizovány.
- 1.4. Těhotným ženám, které přijdou na prohlídku a rozhodnou se родit v ZS, je poskytována potřebná příprava a péče.
2. Místní lidé a zejména ženy dokáží adekvátně pečovat o děti.
- 3.1. Dvě vyškolené sestry z každého ZS mají kapacity a prostředky provádět edukační a osvětovou činnost přímo v komunitách.
- 3.2. Lidé důvěřují ZS a zdravotníkům, vědí, kdy vyhledat zdravotní péči.
- 3.3. Ženy upřednostňují porody v ZS pod kvalifikovaným dozorem.
- 3.4. Zdravotní péče je přístupná i sociálně nejslabším rodinám.
- 3.5. Management ZS komunikuje s představiteli spádových vesnic.

Ve **druhé fázi projektu** (2010–2012) byly **cíle** definovány následovně:

1. Lepší kvalita poskytované zdravotnické péče o matku a dítě ve veřejných zdravotnických zařízeních v provincii Takeo (strana nabídky zdravotní péče).
2. Zvýšit poptávku po veřejných zdravotnických službách u chudého vesnického obyvatelstva provincie Takeo (strana poptávky po zdravotní péči).

Výstupy pak byly následující:

- 1.1. Lepší kvalita poskytované zdravotní péče o matku a dítě ve veřejných zdravotnických zařízeních v OD Daun Keo, Bati a Prey Kabbas.
- 1.2. V Takeu funguje oficiální provinční školicí centrum pro porodní asistentky.
- 1.3. Veřejná zdravotnická zařízení jsou řízena zodpovědně s participací zástupců místních komunit.
- 2.1. Matky ze spádových vesnic mají povědomí o bezpečném těhotenství a porodu, základních dětských nemocech a jejich léčbě a prevenci a vědí, kdy a kde vyhledat zdravotnickou pomoc.
- 2.2. Nejchudší obyvatelé vesnic mají přístup k veřejným zdravotnickým službám.

Projektovou logiku i strategii řešení shledal evaluační tým jako adekvátní. Poznámku má pouze k definici cílů v první fázi projektu (cíl 1 – „zvýšit kvalitu péče“ a cíl 2 – „zlepšit kvalitu péče“). Není zcela zřejmé, jaký je rozdíl mezi zlepšením a zvýšením kvality péče. A jak následující text ukáže, ani definice indikátorů naplnění těchto cílů nepomohla evaluačnímu týmu se v této logice zorientovat.

2.3. Klíčové předpoklady a rizika

Pro **první fázi projektu** (2008–2009) byly **výchozí předpoklady** definovány následovně:

- i) plány a priority partnerských organizací Swiss Red Cross a PHD se nezmění,
- ii) politická a bezpečnostní stabilita v zemi.

Na **úrovni aktivit** byl definován pouze jeden předpoklad, a to že „vyškolené sestry budou organizovat osvětové akce“. Na **úrovni výstupů** byly definovány předpoklady dva, a to že i) v ZS úspěšně proběhne plánovaný projekt organizace Swiss Red Cross na podporu managementu a management ZS bude schopen hospodárně zacházet s většími finančními objemy a že ii) neochota navštěvovat ZS je dána jejich nízkou kvalitou a neznalostí. Na **úrovni cílů** byl definován jeden předpoklad, a to že „Kambodžu nezasáhne silný externí faktor, který by přispěl k záměru projektu zmařil“.

Pro celou první fázi projektu bylo **definováno pouze jedno riziko**, (a to pouze na úrovni aktivit, i když spíše by vyhovovalo úrovni dosažení výstupu 3.4.), které říká, že „koncept HEF fondů v důsledku zneužití ztratí důvěryhodnost.“ I když je možné chápat definici rizik jako negaci předpokladů, ne vždy tomu tak je, a proto je žádoucí uvádět rizika odděleně. Stejně tak definici předpokladu, že „Kambodžu nezasáhne silný externí faktor“, nepovažuje evaluační tým za dostatečnou (je v podstatě nic neříkající). Především analýzu rizik proto považuje evaluační tým v této fázi projektu za **nedostatečnou**.

V tomto směru lze považovat definici rizik a předpokladů pro druhou fázi projektu za mnohem důkladnější. Pro **druhou fázi** (2010–2012) byly definovány tyto **výchozí předpoklady**:

- i) politická a bezpečnostní stabilita v zemi,
- ii) nenastanou změny v dlouhodobých vládních strategiích,
- iii) pokračující příznivé klima pro spolupráci mezinárodních rozvojových partnerů Kambodže (donorů), kambodžské vlády a NNO (nevládních neziskových organizací).

Na **úrovni aktivit** byly definovány tyto předpoklady: i) nenastanou velké personální změny v ZS, ii) schopnost personálu vstřebat a použít obsahy školení, iii) vedení a pracovníci veřejných ZS dodržují státní směrnice a nařízení, iv) National Maternal and Child Health Centre pokračuje v politice podpory provinčních školicích iniciativ, v) osvětové aktivity a vzdělávání povedou ke změně chování. Na **úrovni výstupů** pak tyto předpoklady: i) péče o matku a dítě je oblastí s nejnaléhavějšími potřebami rozvoje, ii) kvalita péče v zařízeních mimo projektovou oblast nebude klesat, iii) přetrvává nedostatek profesionálních porodních asistentek, iv) národní školicí centra nemají dostatečné kapacity ve svých kurzech, v) nedostatky v řízení veřejných zdravotnických zařízení jsou důvodem pro jejich nedostatečné fungování i z medicínského hlediska, vi) místní komunity mají zájem na dostupnosti zdravotní péče a jejich zástupci jsou ochotni se angažovat za její zlepšení, vii) správné pochopení osvětových sdělení povede ke změně chování, zejména k volbě veřejné zdravotnické služby místo tradičních a nelegálních léčitelů a lékárníků, viii) bezplatný přístup k veřejné zdravotnické péči zvýší zájem o veřejné zdravotnické služby, ix) poskytovatelé veřejných zdravotnických služeb budou rovnocenně ošetřovat jak platící pacienty, tak chudé pacienty, za něž platí sociální síť HEF. A na **úrovni cílů** pak tyto předpoklady: i) strategie kambodžského Ministerstva zdravotnictví a PHD v Takeu se nezmění, ii) vyšší kvalita poskytovaných služeb ve veřejných ZS zvýší poptávku po těchto službách, iii) vyšší poptávka po veřejných zdravotnických službách povede ke zvýšení jejich kvality (příjmy plynoucí ze zvýšené poptávky budou dále investovány do rozvoje služeb), iv) časnější vyhledávání odborné zdravotnické pomoci a prevence povede ke zlepšení zdravotního stavu populace a ke snížení výdajů na urgentní zdravotní péči.

Rizika byla definována pouze dvě, a to opět jen na úrovni aktivit: i) přírodní katastrofy (zejména záplavy), které mohou poškodit dodávky a technické úpravy zařízení nebo znemožnit organizaci aktivit (např. kampaně v komunitách), ii) koncept HEF v důsledku zneužití ztratí důvěryhodnost. I zde platí stejná poznámka jako výše, tj. že by bylo žádoucí uvádět v projektech co nejvíce rizik (a nespolehat na to, že je „lze obecně“ definovat jako negaci předpokladů). Umožňuje to pak snazší vyhodnocení projektu v případě, že k naplnění některých cílů/výstupů nedošlo, nemluvě pak o řízení projektu jako takovém. Přesto však analýzu rizik a předpokladů považuje evaluační tým v druhé fázi za lepší než v první a v podstatě za dostatečnou.

2.4. Realizátor

Společnost **Člověk v tísní, o.p.s.** vznikla v roce 1992 v okruhu válečných zpravodajů a novinářů, kterým už nestačilo jen přivážet ze zahraničních cest informace o probíhajících válkách, ale kteří začali do oblastí konfliktů vyvážet pomoc. Postupně se ČvT etabloval jako profesionální humanitární organizace s cílem pomáhat v krizových oblastech a podporovat dodržování lidských práv ve světě. Během 20 let své existence se ČvT stal jednou z největších neziskových organizací ve střední Evropě, začal se také věnovat oblasti vzdělávání a pomoci lidem žijícím v sociálním vyloučení. Dnes se činnost společnosti zaměřuje na tyto oblasti: humanitární pomoc a rozvojová spolupráce, podpora lidských práv a sociální integrace.

3. Metodologie evaluace

Hlavním evaluačním přístupem se stal **přístup zaměřený na výsledky** (*Goal-based Evaluation*), který sleduje naplnění plánovaných indikátorů. Na základě předchozích zkušeností hlavní evaluátorky byl zvolen i přístup **participativní evaluace**. S cílem podpořit proces, ze kterého se mohou poučit všechny zúčastněné strany, byl nad rámec zadání hned v přípravné fázi ponechán prostor jak realizátorovi, tak i referenční skupině definovat potřebná další témata a otázky k evaluaci.

Pro vyhodnocení projektu byla využita jak primární, tak sekundární data. Primární data byla sbírána prostřednictvím dotazníkového šetření, skupinových diskusí, strukturovaných a polostrukturovaných rozhovorů a přímých pozorování. Sekundární data pak vycházela z projektové dokumentace a dalších relevantních podkladů poskytnutých realizátorem a referenční skupinou, dále místních i národních statistik, dokumentů ZRS ČR i zahraničních evaluací projektů podobného charakteru.

A. Přípravná fáze

Během přípravné fáze probíhalo především studium rozsáhlé projektové dokumentace a dalších doplňkových materiálů poskytnutých realizátorem a příprava evaluační mise (plán cesty, program apod.). V této fázi bylo provedeno několik telefonických a osobních rozhovorů:

- **ČvT** – Petr Drbohlav (regionální koordinátor pro Asii) a další bývalí zaměstnanci ČvT v Kambodži,
- **MZV ČR** (gestor projektu v letech 2008–2009) – Milan Konrád (Odbor rozvojové spolupráce a humanitární pomoci, dále ORS),
- **ČRA** (gestor projektu v letech 2010–2012) – Martin Náprstek (zástupce ředitele),
- **Ústav pro péči o matku a dítě Podolí** – Hana Šilarová (porodní asistentka),
- **ZÚ Bangkok** – Milan Hupcej (vedoucí ekonomické sekce).

B. Terénní fáze

Evaluační mise proběhla ve dnech (9.–18. 6. 2013, tj. v rozsahu 10 dnů) a zaměřila se především na sběr primárních dat. Pomocí **dotazníkového šetření** sbíral evaluační tým data především mezi místními ženami a porodními asistentkami (cílové skupiny projektu). Celkem bylo navštíveno **7 vesnic** (Kus, Khvav, Trapang Krasang, Kampong Chhnang, Trea, Srangae, Boenh Tranh). Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem **21 žen a 16 porodních asistentek** (vzory dotazníků jsou v příloze). Původním záměrem evaluačního týmu bylo sesbírat stejná data i od žen a porodních asistentek v jiných (neprojektových) lokalitách a metodou kvaziexperimentálního výzkumu srovnat tyto výsledky s „projektovou skupinou“. Vzhledem k časové náročnosti sběru dat v projektových lokalitách však bohužel nezbylo tolik času, aby bylo možné získat srovnatelná data z dalších lokalit v dostatečném rozsahu. Měření tak nakonec bylo provedeno pouze mezi příjemci projektu.

K triangulaci takto získaných dat byly realizovány i **skupinové diskuse**:

- se zaměstnanci ČvT (kancelář Kampong Chhnang) – 4 osoby (pod vedením paní Djihan Skinner),
- se zaměstnanci partnerské organizace Buddhism for Health (dále BfH) – 5 osob (pod vedením pana Sam Oeuna),
- s tzv. „*Peer Educators*“, tj. s ženami, které byly vyškoleny, aby prováděly osvětu mezi místní populací – 35 žen (diskuse proběhla po jejich tréninku organizací World Vision) v ZS Khvav,
- další skupinové diskuse se téměř vždy konaly i po skončení rozhovorů, a to v domácnostech, zapojovali se do nich příbuzní majitelů domu, sousedé a přátelé.

Metodou sběru primárních dat se staly i **strukturované a polostrukturované rozhovory**:

- **2 PHD** – Dr. Prak Vonn (ředitel, Kampong Chhnang), Dr. Prak Sonarith (ředitel, Takeo),
- **2 Oddělení pro péči o matku a dítě** – vedoucí oddělení (Kampong Chhnang a Takeo),
- **7 ZS** (z toho 1 modelové v rámci projektu) v regionu Kampong Chhnang a Takeo – ředitelé, zástupci ředitelů a zaměstnanci,
- **2 matky odpočívající po porodu v poporodní místnosti** – ZS Kampong Chhnang a Kus,
- **Švýcarský červený kříž** – Rob Overtoom (ředitel),
- **ČvT** – Piotr Sasin (country director),
- **ČvT** – paní Sominea a paní Phann Pharong (bývalé zaměstnankyně),
- **autorka interní evaluační zprávy z roku 2011** – paní Kristl D'haene,
- **Marie Stopes International** – pan Mao Lan (USAID Project Manager), pan Nuon Sao (USAID Provincial Team Leader),
- **RACHA** – paní Mey Nary (Safe Motherhood Team leader),

Přímá pozorování byla využita k ověření a zdokumentování technického stavu ZS (vybavení, přístup k pitné vodě, elektrické energii apod.).

Na konci terénní fáze byl proveden **debriefing předběžných výsledků** za účelem získání bezprostřední zpětné vazby od respondentů a k nalezení konsenzu alespoň u dočasných hlavních závěrů terénní fáze. Debriefing se konal v zasedací místnosti PHD Takeo a evaluační tým diskutoval se 3 zástupci ČvT, Petrem Schmiedem, Khut Sreangem a novou zaměstnankyní paní Shan Hoang.

C. Závěrečná fáze

Evaluační tým komplexně posoudil intervenční logiku hodnoceného projektu včetně analýzy klíčových předpokladů a rizik pro dosažení cílů a vypracoval závěrečnou zprávu včetně doporučení.

Limity evaluace

Hlavním limitem evaluace se stal především rozsah dat sesbíraných v rámci dotazníkového šetření (v poměru k rozsáhlé cílové skupině projektu – místní ženy/matky). Evaluační tým si je vědom toho, že počet respondentů vyjadřuje pouze zlomek z celkové skupiny příjemců projektu. Na druhou stranu byly navštívené oblasti předem pečlivě vybrány a počet 7 navštívených ZS (ze 42 projektových) představuje relativně dobrý vzorek, včetně vzorku porodních asistentek. V rámci daných časových možností (celkem 4 měsíce na evaluaci daného projektu při současně prováděné evaluaci dalšího projektu v Barmě) nebylo v silách evaluačního týmu protáhnout evaluační misi do Kambodži na delší dobu než 10 dnů a sesbírat tak více dat (především z dotazníkového šetření).

Evaluační zjištění

Hlavní evaluační zjištění byla strukturována dle zadání zadavatele, tj. dle hlavních evaluačních kritérií: relevance, efektivnost, efektivita, dopady a udržitelnost. Za účelem vyhodnocení efektivnosti, efektivity a udržitelnosti byla projektová logika mírně reformulována (zjednodušena), viz následující tabulka. Relevance a dopady byly hodnoceny celkově za projekt.

Tabulka č. 3: Zjednodušená logika projektu

Cíl 1	Zvýšit kvalitu zdravotní péče poskytované ve veřejných zdravotnických zařízeních
Výstup 1.1.	Technická podpora veřejným zdravotnickým zařízením
Výstup 1.2.	Vyškolené porodní asistentky / školicí centrum
Výstup 1.3.	Vyškolený management veřejných zdravotnických zařízení a „modelový systém řízení“
Cíl 2	Zvýšit poptávku po zdravotní péči ve veřejných zdravotnických zařízeních
Výstup 2.1.	Osvětová kampaň ve vesnicích
Výstup 2.2.	Podpora nejchudších obyvatel (zavedení HEF)

4. Evaluační zjištění

4.1. Relevance

Problémy vysoké mateřské, dětské a kojenecké úmrtnosti jsou v případě Kambodže obecně známy a v mnoha dokumentech (mezinárodních, vládních i nevládních) také zdokumentovány. Z hlediska jejich kvantifikace však nejsou statistická data z různých důvodů spolehlivá. Evaluační tým tak vybral data ze Světové banky k ověření rozsahu těchto problémů. V roce 2008 odhadovala Světová banka mateřskou úmrtnost v zemi na 460 úmrtí na 100 000 nově narozených dětí, v roce 2010 (zatím poslední odhad) je toto číslo už méně jak poloviční (210 úmrtí). V roce 2008 dosahovala kojenecká úmrtnost 45 úmrtí na 1 000 živě narozených dětí, v roce 2011 již „pouze“ 36 úmrtí. V roce 2008 činila dětská úmrtnost 54 úmrtí na 1 000 živě narozených dětí, v roce 2011 již „pouze“ 43 úmrtí². Dostupná data z národních statistik (např. *Cambodia Demographic and Health Survey 2010*) indikují problémy v podobném rozsahu. Data z provinčních oblastí jsou obecně hůře dostupná. Zpráva s názvem *Cambodia Demographic and Health Survey 2010* (zatím nejaktuálnější vydání) ukazuje, že vybrané provincie Takeo a Kampong Chhnang patří (resp. v letech 2008–2009 patřily) mezi regiony s nejvyššími hodnotami výše uvedených ukazatelů. Z tohoto pohledu se projekt **věnoval relevantním problémům v relevantních oblastech**.

Strategický vládní dokument (*Health Strategic Plan for Cambodia 2008–2015*) definuje jako prioritní pro řešení problému nedostatečné péče o matku a dítě následující: i) plánování rodiny, ii) bezpečné potraty, iii) výživa matek a dětí, iv) předporodní péče, v) asistence kvalifikovaného personálu při porodech, vi) akutní porodní péče, vii) integrovaná poporodní péče (včetně výživy a očkování), viii) pediatrická péče, ix) zdraví dospívajících dětí. Z tohoto pohledu se projekt ČvT zaměřoval především na body v)–vii). Z hlediska zaměření projektu (záměr přispět ke snížení dětské a mateřské úmrtnosti) odpovídal projekt rovněž strategickým prioritám kambodžské vlády, která cíle v této oblasti definovala následovně: i) zlepšit nutriční statut žen a dětí, ii) zlepšit přístup ke kvalitnější informacím o reprodukční péči, iii) zlepšit přístup k mateřské a neonatální péči, iv) zajistit všeobecný přístup k péči o dítě³. Z tohoto pohledu se projekt ČvT zaměřil především na body ii)–iii). Relevanci aktivit ČvT potvrdil i ředitel PHD v provincii Takeo. Na otázku, jak lze mateřskou úmrtnost účinně snižovat, odpověděl: i) včasným referováním komplikovaných porodů do spádové nemocnice, ii) školením porodních asistentek a zvyšování jejich odbornosti, iii) pravidelnými předporodními prohlídkami, iv) redukováním finanční bariéry pro chudé ženy, v) plánovaným rodičovstvím vedoucím k omezení počtu dětí, popř. bezpečnými potraty. Projekt ČvT **byl v souladu s vládními prioritami** v této oblasti.

Ještě před zahájením projektu si ČvT nechal vypracovat studii s názvem „*Zhodnocení zdravotně sociálních potřeb v provincii Takeo*“ (únor 2008). Cestovní náklady uhradil ze získané dotace, využil tak možnosti jejich zpětné uznatelnosti. Studie identifikovala jako největší potřebu v regionu snahu o snížení úmrtnosti matek: „*Méně než polovina žen rodí pod dohledem zdravotníka. A jen třetina z nich rodí v nemocnicích nebo zdravotnických zařízeních. Na těhotenskou a poporodní prohlídku chodí jen 0,3 % žen. Většina rodí doma a s pomocí porodní báby. Pokud však nastanou komplikace, tradiční medicína nestačí a na převoz do nemocnice je už často pozdě. Cílem vlády je dosáhnout, aby většina žen rodila ve zdravotnických střediscích či nemocnicích. Mnoho z nich však nemá důvěru matek nebo jsou ve špatném stavu a personál nemá potřebnou kvalifikaci. Chudé ženy si navíc nemohou často dovolit platit poplatek 7 USD.*“ Tyto problémy potvrdily i Ivana Poliačiková (projektová koordinátorka ČvT v Kambodži 2009–2011) a Hana Šilarová (profesionální porodní asistentka, která v Kambodži strávila 3krát 3 měsíce). Evaluačnímu týmu popsaly různé škodlivé praktiky, které se na vysoké úmrtnosti matek podepisují:

1. Nebezpečné neindikované tlačení na břicho při porodu.
2. Pokud při porodu nastanou komplikace, je často těžké rodičku dopravit do nemocnice (nefunguje záchranná služba, je celkový nedostatek aut, místní lidé často „umírající“ ženu nechťejí svézt z takového důvodu, jako je například pokažení karmy, pokud by zemřela).
3. Žena prvních 5–7 dní leží, je pod ní rozdělán oheň a nesmí se po celou dobu mýt (tzv. „opékání“).

² WORLD BANK. *World Development Indicators, Cambodia*. [online]. Dostupné z WWW: <http://databank.worldbank.org>. [cit. 23. 7. 2013].

³ Cambodia Ministry of Health. *Health Strategic Plan 2008–2015*, 2008, str. 51.

4. Ženy začínají kojit až cca 5.–7. den po porodu, místní lidé věří, že kolostrum je pro dítě škodlivé (dítě krmí sladkou vodou z rýže).
5. V některých zdravotnických zařízeních není non-stop otevírací doba, personál je na telefonu, jejich příjezd může trvat i hodinu.

K vyššímu podílu žen rodících doma přispívají kromě nedostatečné a často nedostupné zdravotní péče i další faktory, jako např. tradice (na cestě do zdravotnického zařízení se mohou nacházet místa se špatnou energií, kudy žena nechce projít, v některých zařízeních nemohou ženy praktikovat své tradiční zvyky, jakými je „opékání“, vystavení talismanů k ochraně sebe a dítěte apod.), finanční nebo i osobní důvody (např. osobní nesympatie k porodní asistentce). I z pohledu **potřeb místního obyvatelstva lze projekt ČvT hodnotit jako relevantní.**

Celkově lze hodnotit **relevanci projektu ČvT jako vysokou**. Projekt řešil relevantní země v oblasti zdravotnictví, reflektoval vládní priority v této oblasti i potřeby místních obyvatel.

4.2. Efektivnost

Efektivnost (účelnost, míra naplnění indikátorů/cílů) byla hodnocena dle jednotlivých výstupů uvedených výše v tabulce, souhrnně bylo zhodnoceno i dosažení obou hlavních cílů.

4.2.1. Technická podpora veřejným zdravotnickým zařízením

Relativně velká část finančních prostředků byla v jednotlivých letech využita na stavební úpravy technického charakteru ve vybraných ZS a na dodávky vybavení a zdravotnického materiálu. Jednalo se o **výstavbu studní se zakoupením vodních čerpadel a vybudování nádrží pro zásobu vody**, dále o **stavbu 3 poporodních místností pro ZS s největším počtem porodů v provincii Kampong Chhnang**, zakoupení **solárních panelů** pro oblasti, kde jsou výpadky elektřiny několikrát denně, nebo do ZS, která nejsou na elektrickou síť napojena, **nábytek nutný k provozování zdravotnické činnosti** (porodnická lůžka, postele pro matky po porodu, skříňky), **nábytek pro kancelářské využití** (kartotéky) nebo **přenosné elektrické autoklávy**. Dle závěrečné zprávy projektu z roku 2012 mají všechna ZS přístup k elektrické energii, celkem 24 (oproti minimálně 5 plánovaným) i celoroční přístup k pitné vodě, všechna byla vybavena potřebným zdravotnickým materiálem a ve 3 ZS byly postaveny poporodní místnosti. **Pozorování evaluačního týmu v celkem 7 navštívených ZS přinesla tato zjištění:**

Přístup k elektrické energii

Všetchna ZS mají přístup k elektrické energii, i když čelí jejím pravidelným výpadkům (2–3krát denně na cca 10–120 minut). 4 ZS získala od ČvT solární panely, které jsou ale poruchové a nepokrývají spotřebu elektrické energie, takže slouží pouze k pokrytí jejích výpadků. Ve 2 ZS panely v době evaluace fungovaly, ve zbylých 2 ZS z důvodu poruchy panelů a neochoty ZS investovat peníze do jejich opravy bohužel nefungovaly.

Přístup k vodě

5 ZS má bezproblémový přívod vody (většinou z vlastní studny) a ve 2 ZS je přístup k vodě nedostatečný. První z těchto dvou ZS řeší tuto situaci ručním donášením vody z rybníka, druhé ZS vodu kupuje (30 USD/měsíc). Důvodem jsou rozbitá čerpadla ve studni, jejichž oprava by stála cca 80 USD. ZS si chválila tanky na zachycování dešťové vody od ČvT, které hojně využívají v období dešťů.

Poporodní místnosti

5 navštívených ZS disponuje poporodní místností, kde jsou v průměru 2–3 lůžka. Těchto místností si personál i matky velmi cení, neboť v minulosti musely po porodu odpočívat na vstupní terase ZS, kde neměly soukromí. Evaluační tým jednu poporodní místnost navštívil. Místnost byla velmi pěkná a vyhovující. Proběhl zde i rozhovor s rodičkou, která zde právě odpočívala po porodu (porod, péči i poporodní místnost hodnotila velmi kladně).

Zdravotnické vybavení

Evaluační tým se často setkával se situací, kdy se vybavení nevyužívalo z důvodu neochoty investovat menší částku do jeho opravy. Některé vybavení se nevyužívá proto, že k jeho provozu je třeba nákup dalšího materiálu, např. zařízení dopton (chybí baterie a především speciální gel). K nalezení finančních prostředků na pořízení takového materiálu mělo přispět školení ve finančním managementu pro vedení ZS.

Přenosné elektrické autoklávy

V některých ZS se nevyužívaly, evaluační tým předpokládá, že do budoucna budou napojeny na elektřinu a začnou se využívat. Většina ZS používá plynový autokláv, a to především z důvodu ceny. Pouze 2 navštívená ZS používala elektrický autokláv.

V každém z navštívených ZS našel evaluační tým alespoň 1 připravený set sterilizovaných nástrojů pro případ, že by přišla rodící žena. Ve 3 případech měla ZS dokonce 2 sterilizované sety označené nálepkami, aby nedošlo k záměně. Lze tak ocenit, že i ZS s nízkým počtem porodů za měsíc, měla sterilizované nástroje připravené.

Pořádek a hygiena

Pozorovací formulář hodnotil 3 stupně – podprůměr, průměr a nadprůměr. 2 ZS si vysloužila známku podprůměr, protože na porodním sále nebylo uklizeno, nástroje byly nepřehledně rozházené atd., 1 ZS bylo hodnoceno jako nadprůměrné a ostatní 4 ZS jako průměrná. V zásadě ale lze snahu o pořádek a hygienu ocenit. Ve srovnání se stavem v roce 2008, kdy ČvT prováděl analýzu potřeb ZS, se zdá, že došlo k výraznému zlepšení.

Léky a zdravotnický spotřební materiál

Rozsah této pomoci nebylo možno na místě posoudit, protože se jedná o spotřební materiál (sterilní rukavice, sterilní obvazy, chirurgické nítě, indikátory na měření množství bílkoviny v moči). Nicméně navštívená ZS mají k dispozici základní léky pro bezpečné vedení porodu (Oxytocin, Lidocain), dle ústních rozhovorů s porodními asistentkami se tyto látky používají. Jejich využití ale nebylo možno ověřit, neboť evaluační tým nebyl přítomen žádnému porodu.

Celkově tak lze **míru naplnění tohoto výstupu hodnotit jako spíše vysokou** (z hlediska kvantity byly indikátory naplněny, z hlediska kvality však v některých případech nikoliv). Kladně lze hodnotit individuální přístup ČvT k potřebám jednotlivých ZS (ČvT reagoval na jejich konkrétní potřeby na základě formální žádosti vedoucího ZS). Z rozhovorů s vedoucími 7 ZS vyplynuly ještě tyto materiální potřeby: drobné vybavení (větrák, lampa), zdroj bezpečné vody (1 ZS), poporodní místnost (2 ZS), tank na vodu (1 ZS), léky a spotřební materiál (3 ZS), zvýšení mezd zaměstnanců (3 ZS), další vzdělávání zaměstnanců (5 ZS).

4.2.2. Vyškolené porodní asistentky / školicí centrum

Velké úsilí věnoval ČvT školení porodních asistentek. Tato školení probíhala především dvěma způsoby: školením **LSS (Life Saving Skills)**⁴ v délce 4 týdnů, která probíhala ve školicím centru v nemocnici Takeo ve spolupráci s PHD, akcentující především praktické zkušenosti, a tzv. „**On-the-Job**“ **tréninkem** (tj. školením v rámci výkonu povolání za účasti zkušené porodní asistentky). Dle projektové dokumentace mělo být v rámci LSS vyškoleny minimálně 36 porodních asistentek, dle zprávy z roku 2012 jich bylo proškoleny celkem 72. Pro tzv. „**On-the-Job**“ trénink nebyly indikátory stanoveny, a proto nelze hodnotit jejich dosažení (tímto školením nicméně prošlo celkem 126 porodních asistentek).

⁴ Autorem školení LSS je *The American College of Nurses and Midwives* (ACNM), která osnovy LSS adaptovala i pro Kambodžu. První školení se konalo v březnu 1999 v nemocnici Battambang v provincii Kampong Chhnang. Partnerem ACNM je RACHA (Reproductive and Child Health Alliance), která připravila materiály. Díky velkému úspěchu školení se kambodžské Ministerstvo zdravotnictví rozhodlo použít tento program v celonárodním měřítku.

Dalším z indikátorů dosažení tohoto výstupu bylo **vytvoření fungujícího školicího centra** v provincii Takeo. Vedoucí Oddělení péče o matku a dítě PHD k tomuto popsal evaluačnímu týmu následující: „ČvT nejdříve vysílal porodní asistentky z provincie Takeo do školicího centra v Battabangu. Kvůli velké vzdálenosti se ale ČvT za podpory našeho oddělení rozhodl školení pořádat přímo v nemocnici Takeo. Z již existujících materiálů jsme vybrali prioritní oblasti pro curriculum, které ze 70 % vychází z praxe. Následně jsme za supervize našeho oddělení vyškolili budoucí školitele z řad zaměstnanců nemocnice Takeo a poté jsme jim předali vedení školení. Naše oddělení pak udělovalo úspěšným absolventkám certifikát. Již dříve jsme plánovali vybudovat v nemocnici Takeo školicí centrum a díky ČvT jsme tento proces mohli realizovat bez odkladu. Jsme se školením velice spokojeni.“ Školicí centrum Takeo je pro porodní asistentky ideálním místem k učení, neboť se zde rodí v průměru 100 dětí měsíčně. I evaluace agenturou Agence Française de Développement (dále AFD) prokázala vysokou efektivnost a užitečnost školení.

Dalším z indikátorů bylo získání **certifikace tohoto školení** a jeho **uznání v rámci programu National Maternal and Child Health Care**. Organizace Reproductive and Child Health Alliance (dále RACHA)) a ředitel PHD evaluačnímu týmu potvrdili, že Ministerstvo zdravotnictví připravuje vlastní certifikovaný a celonárodně vyučovaný program pro porodní asistentky. ČvT proto nakonec neusiloval o naplnění těchto indikátorů. Nicméně do doby, než bude nový program uveden do praxe, je školení LSS jednotlivými ZS velmi žádáno. Tuto informaci potvrdila i RACHA: „LSS má stále důležitou roli a vykryje dobu cca 2–3 let, než bude celonárodní program kvalitně fungovat.“ Ředitel PHD potvrdil, že pro další LSS shánějí finanční prostředky: „Žádali jsme ČvT o podporu na rok 2013 a získali jsme financování 3 kurzů pro 18 porodních asistentek. Celkově ale máme 80 porodních asistentek, které by školení LSS potřebovaly. AFD podpořila 36 z nich, pro zbytek hledáme dárce.“ V den rozhovoru evaluačního týmu s ředitelem PHD přišel dopis od ministra zdravotnictví udělující provincii oficiální uznání školení LSS a povolení k jeho pořádání. Po dokončení 6 kurzů musí ředitel úřadu zaslat ministerstvu zprávu.

Celkově **hodnotí evaluační tým efektivnost tohoto výstupu jako vysokou**. Hlavní indikátory se podařilo naplnit, certifikace školení LSS sice nebylo dosaženo, nicméně uznání ano a školení LSS je v regionu velmi žádané.

4.2.3. Vyškolený management veřejných zdravotnických zařízení a „modelový systém řízení“

Vedoucí ZS, popř. jejich zástupci absolvovali v rámci projektu několik různých školení v oblasti efektivního řízení. ČvT v této oblasti spolupracoval i s dalšími dárci, např. školení finančního řízení pro 42 vedoucích pracovníků ZS realizoval Švýcarský červený kříž. Pro oslovené vedoucí ZS, popř. jejich zástupce bylo obtížné přesně formulovat, co si ze všech školení odnesli a jaké naučené znalosti se jim podařilo uvést do praxe. Nejčastější odpovědi by se daly shrnout výrokem jednoho z vedoucích pracovníků ZS: „Na školení jsem se toho naučil hodně. Těžko se mi to popisuje, ale snažím se v případě problémů zapojit do nalezení řešení celý náš tým. Společně usilujeme o zlepšení spokojenosti našich klientů. Já se snažím zaměstnance řídit, motivovat a oceňovat.“ Celkově měli být dle projektové dokumentace vyškoleni všichni vedoucí všech ZS. Dle závěrečné zprávy z roku 2012 bylo vyškoleny 37 manažerů a 56 dalších zaměstnanců. ČvT dále vybral **5 tzv. modelových ZS**, ve kterých byl ředitel nakloněn užší spolupráci a ve kterých byly dodržovány zásady bezpečného porodu. Ve 2 modelových ZS následně organizoval stáže porodních asistentek z jiných pracovišť. Evaluační tým navštívil 1 modelové ZS. Z rozhovoru s jejím zástupcem rovněž nelze přesně vyhodnotit efektivnost absolvovaných školení. Zástupce vedoucího se ale velice dobře orientoval v potřebách ZS.

Dalším z indikátorů dosažení tohoto výstupu byl **servis poskytovaný v ZS 24 hodin denně**, a to v minimálně 5 ZS. Evaluační tým se to rozhodl otestovat. Ve 2 případech navštívil ZS neohlášen (tj. „po pracovní době“ v době mezi 16.–18. hodinou), z toho první ZS bylo v této době zavřené, ale na zavolání přijela asi do 20 minut porodní asistentka. Ve druhém ZS byli přítomni pracovníci (obvykle prý bývají 1–2, např. zástupce vedoucího a zdravotní sestra). I přes protesty porodní asistentku zavolali a ta rovněž přijela během 20 minut. Z rozhovorů vyplynulo, že ve všech 7 navštívených ZS získá rodící žena asistenci 24 hodin denně.

Mezi další indikátory patřilo řízení modelových center pomocí komise „*Health Centre Management Committee*“, finanční plánování a finanční monitoring hospodaření a údržba a vlastní dodávky zdravotnického materiálu. Z pohledu evaluačního týmu se **nejedná o měřitelné indikátory** a jejich míru naplnění je tak obtížné vyhodnotit.

Evaluační tým hodnotí efektivnost tohoto výstupu jako **spíše vysokou**, a to především z toho důvodu, že některé indikátory nebylo možné ověřit.

4.2.4. Osvětová kampaň ve vesnicích

ČvT inicioval **osvětová školení a přednášky** pro budoucí matky a matky s dětmi do 2 let věku týkající se především správné výživy během gravidity, výživy novorozenců a kojenců a také rizikových situací v průběhu těhotenství, ve kterých by žena měla urychleně vyhledat zdravotnickou pomoc. Jedním z (neplánovaných) cílů bylo také navázání osobního kontaktu mezi porodními asistentkami a místními ženami a v některých případech i zlepšení pověsti daného ZS (např. v jednom navštíveném ZS vedoucí evaluačnímu týmu přiznal, že jedna porodní asistentka včas nerozpoznala porod dvojčat, takže po narození prvního dítěte začala žena krvácet a v kritickém stavu byla na poslední chvíli převezena do nemocnice v Takeo, matka i dvojčata nakonec přežily, ale tato chyba poškodila pověst ZS v komunitě). Osvětová školení byla plánována pro min. 10 000 žen. Dle závěrečné zprávy z roku 2012 se této aktivitě **zúčastnilo celkem 11 818 žen**. Evaluační tým však neměl kapacitu všechny prezenční listiny zkontrolovat a počet ověřit.

Dalším z indikátorů naplnění tohoto výstupu byl **počet předporodních prohlídek v ZS**, který se měl v důsledku osvětové kampaně zvýšit min. o 10 %, a počet porodů v ZS, který se měl v důsledku osvětové kampaně zvýšit min. o 15 %). Ze zdrojů PHD obdržel evaluační tým pouze statistiky týkající se počtu porodů vedených zkušeným personálem v letech 2008–2012. V průměru se za celou provincii plánovaného indikátoru podařilo dosáhnout (nárůst o 23 %), avšak ve 3 ze 6 OD se to nepodařilo. Viz tabulka níže.

Tabulka č. 4: Počet porodů pod vedením vyškoleného personálu, provincie Takeo (2008–2012)

Operační distrikt	2008	2009	2010	2011	2012	Procentní změna (2008–2012)
Ang Rokar	2864	3547	3475	3135	3197	11,6 %
Bati	3112	3125	2775	2775	3169	1,8 %
Daun Keo	2298	2793	2746	3145	3848	67,4 %
Kirivong	3077	4320	4279	4027	4173	25,6 %
Prey Kabbass	2412	3111	2880	2385	2542	5,3 %
CELKEM	13763	16896	16155	15467	16929	23,0 %

Zdroj: PHD Takeo

Čísla o **počtu předporodních prohlídek** bohužel nebyla evaluačnímu týmu poskytnuta. Ze vzorku 21 žen v rámci dotazníkového šetření vyplynulo, že počet předporodních návštěv v ZS se pohyboval v průměru mezi 4–6 návštěvami. Během nich byly ženy zváženy, byl jim změřen krevní tlak, byly informovány o správné výživě a případných rizicích. Tento průměrný počet návštěv byl dle výpovědí žen zaznamenán v 6 ze 7 navštívených ZS, přičemž v 1 z těchto ZS se návštěvy konají pravidelně každý měsíc. Frekvence 4–6 návštěv během těhotenství je ale z hlediska prevence a kontroly dostačující.

Dle dostupných informací lze efektivnost tohoto výstupu považovat za **vysokou**. Evaluační tým však nekontroloval počet žen absolvujících školení (vycházel ze závěrečné zprávy) a neměl k dispozici data o počtu předporodních prohlídek. Úsudek vycházel pouze z dotazníkového šetření.

4.2.5. Podpora nejchudších obyvatel v přístupu ke zdravotnickým službám

ČvT přispěl z rozpočtu projektu finančními prostředky k založení HEF v OD Bati a Prey Kabbas a prováděl jejich monitoring. Ostatní činnosti již byly v kompetenci partnera projektu, tj. organizace BfH. K zapojení ČvT do této aktivity sdělil vedoucí projektu HEF z organizace BfH následující: „V roce 2002 jsme na základě pověření ministra zdravotnictví zahájili pilotní projekt v operačním distriktu Kirivong s cílem zpřístupnit kvalitní zdravotní péči i nejchudším lidem. Založili jsme Komisi pro HEF, uspořádali poradní setkání s komunitami a získali první financování z Kanady. Místní lidé mají v pagody důvěru a myšlenka HEF získala u komunity, autorit i dárců podporu. Proto jsme v roce 2007 HEF za podpory Švýcarského červeného kříže rozšířili do dalšího distriktu Ang Rokar. V roce 2009 lidé z ČvT pozorovali výhody našeho schématu a rozhodli se podpořit pilotní projekt v dalších 2 ZS v distriktu Bati (září 2009 – červen 2010). Projekt si získal podporu místní komunity, proto jej ČvT v roce 2012 rozšířil **do celkem 13 ZS v distriktu Bati a 14 ZS v distriktu Prey Kabbas**. HEF zde fungují i nadále, i když již nemáme od ČvT další financování.“

Pro dosažení tohoto výstupu byly **definovány dva indikátory**: i) fungující HEF v min. 60 % projektových ZS, ii) v oblasti s fungujícími HEF získá přístup k bezplatné péči ve veřejných zdravotnických zařízeních alespoň 12 % obyvatel. Dle závěrečné zprávy projektu z roku 2012 fungují HEF v 64 % projektových ZS. Tuto informaci ale nebyl evaluační tým schopen ověřit. Z rozhovorů s managementem v 7 navštívených ZS vyplynulo, že 4 z nich s HEF spolupracují a v průměru dostávají příspěvky na 10–30 % případů. Tzv. chudé 1. stupně⁵ léčí zcela zdarma a tzv. chudé 2. stupně léčí s 50% slevou z ceníku. U zbylých 3 ZS se nepodařilo spolupráci ověřit, neboť přítomný zástupce ředitele neměl příslušné informace. I z takto náhodně vybraného vzorku ale vyplývá, že určitě více jak polovina ZS systém HEF používá.

Druhým indikátorem bylo, že systém HEF bude využívat min. 12 % obyvatel. Ministerstvo pro plánování a místní rozvoj identifikovalo jako potřebných celkem cca 27 % obyvatelstva. Závěrečná zpráva z projektu z 2012 uvádí, že bezplatné péče využilo 67 % populace splňující podmínky. Metodika výpočtu tohoto čísla (67 %) není evaluačnímu týmu známá a tým ani neměl k dispozici podklady, které by mohly toto číslo ověřit. Není zřejmé, zda se jedná o 67 % ze všech obyvatel obou OD, nebo z 27 % potřebných, jak je definovala vláda. Není ani zřejmé, zda se jedná o chudé 1. stupně, nebo obou stupňů dohromady. Dle doplnění pracovníka ČvT se mělo jednat o 67 % lidí v cílových oblastech z kategorie chudí 1. stupně.

Je také důležité zmínit, že Ministerstvo zdravotnictví poskytuje zdroje od dárců na pokrytí potřeb chudých 2. stupně a že **schéma HEF bylo integrováno do celostátního systému**. Pro obyvatele, kteří nesplní kritéria 1. a 2. stupně chudoby, by bylo ideálním řešením zpřístupnění zdravotní péče prostřednictvím zdravotního pojištění. Společnost SKY Insurance se o jeho zavedení pokusila, ale v roce 2011 zkrachovala. Organizace BfH její aktivity v provincii Takeo převzala. Zástupci BfH, PHD i vedení ZS se shodli, že ochota lidí investovat do pojištění je malá: „Mnoho lidí nechápe koncept pojištění, vidí jej jako vyhazování peněz. Proč bych měl platit předem, když jsem zdravý? Jsou zvyklí platit, až když zdravotní péči urgentně potřebují.“ Dle pozorování evaluačního týmu lidé nemají k pojištění důvěru také proto, že i přes pojištění často museli v nemocnici zaplatit. BfH se proto momentálně soustředí na vytvoření „atraktivního produktu“ a „kvalitní propagace v komunitě“. Snížila také cenu základního pojištění na únosnou výši 5–8 USD za rok pro celou rodinu a s možností čtvrtletních splátek. Pomáhat bude také Social Health Protection Association (SHPA) založená s pomocí mezinárodních dárců, jako např. německé GTZ.

⁵ BfH dříve používala vlastní metodiku, nyní se řídí standardy Ministerstva zdravotnictví. Chudé obyvatelstvo rozdělují do dvou skupin: i) chudí 1. stupně (10–15 % obyvatelstva) – denní příjem pod 1 USD, nevlastní půdu ani dům, z dalších kritérií nevlastní majetek, jako např. motorku, krávy, buvoly, a mají větší počet členů rodiny), ii) chudí 2. stupně (10–15 % obyvatelstva).

Celkově lze hodnotit efektivnost jako **spíše vysokou**, byť ani jeden ze dvou hlavních ukazatelů nebyl evaluační tým schopen ověřit. Nicméně systém HEF vnímá evaluační tým v dané situaci za účelné řešení problému nedostatečného přístupu nejchudších obyvatel ke zdravotní péči.

4.2.6. Míra naplnění obou cílů projektu

Indikátory pro naplnění cílů byly stanoveny následovně: i) snížení mateřské a dětské úmrtnosti v projektových ZS o 50 %, ii) zvýšení počtu návštěv projektových ZS o 10 %. Jak ČvT v závěrečné zprávě z roku 2012 uvádí, data získaná od PHD a jednotlivých OD jsou velmi nespolehlivá. Přesto na jejich základě dochází k závěru, že během let 2010–2012 došlo „k dramatickému snížení“ mateřské úmrtnosti o 77 %, dětská úmrtnost se snížila o 24 % a počet návštěv vzrostl o 8 %.

S těmito výpočty ale evaluační tým nesouhlasí. I kdyby připustil, že data o úmrtnosti matek v provincii Takeo ze zdrojů PHD a OD jsou spolehlivá, tak je nutné upozornit na to, že tato data sledují pouze úmrtnost matek při porodech realizovaných za asistence kvalifikovaného personálu a opomíjejí úmrtnost při porodech doma. Navíc nelze tvrdit, že když v roce 2010 bylo v provincii oficiálně zaznamenáno 19 úmrtí matek a v roce 2012 jen 4, že došlo k poklesu mateřské úmrtnosti o 77 %. Mateřská úmrtnost se dle definice WHO vykazuje jako celkový počet úmrtí žen v těhotenství, za porodu a po dobu šestinedělí (do 42. dne porodu) na 100 000 živě narozených dětí. To, co ČvT v závěrečné zprávě tvrdí, není údaj o poklesu mateřské úmrtnosti, ale o poklesu počtu úmrtí matek při asistovaných porodech, což je něco jiného. Výpočty dalších ukazatelů tedy nemohl evaluační tým ověřit, neboť neměl od PHD k dispozici relevantní data.

Evaluační tým tak konstatuje, že **přesnou míru naplnění cílů projektu nebylo možno z dostupných statistik ověřit.** Nicméně je prokazatelné, že došlo k poklesu mateřské úmrtnosti, je nastartován správný směr, ale není zcela jasné, o kolik procent ke zlepšení došlo.

4.3. Efektivita

Při zkoumání rozpočtů projektu došel evaluační tým k závěru, že byla vyvinuta maximální snaha využít finanční prostředky smysluplně. Místní expert evaluačního týmu, který má zkušenosti s dalšími zahraničními neziskovými organizacemi, ohodnotil rozpočty projektů jako úsporné, a to především v položkách platů projektových a finančních manažerů, místních koordinátorů, pronájmu kanceláře a nákladů na školení LSS. V nové kanceláři ČvT v Kampong Chhnang není využívána (z důvodů snahy o úsporu) ani klimatizace, i když teplota se v době terénní fáze evaluace pohybovala nad hranicí únosnosti. Nespornou výhodou pro efektivitu využití finančních prostředků je také stálá mise ČvT v oblasti realizace. Velký důraz se klade na výběr zaměstnanců, převládají zahraniční experti, kteří vyhráli výběrová řízení. **Efektivitu (hospodárnost) vynaložených finančních prostředků tak lze hodnotit jako vysokou.**

4.3.1. Technická podpora veřejných ZS

Za účelem zvýšení kvality poskytované zdravotní péče v projektových ZS zvolil ČvT jako jedno z řešení technickou podporu těchto ZS (tj. zlepšení jejich přístupu k pitné vodě, k elektřině, vybavení zdravotnickými pomůckami a materiálem atd.). Jak paní Djihan Skinner evaluačnímu týmu potvrdila: „V roce 2008 jsme se více soustředili na materiální pomoc pro ZS, jako je zabezpečení vody, elektřiny a vybavení. Časem jsme si ale uvědomili, že příčiny mateřské úmrtnosti jsou z větší míry způsobeny nekvalitní péčí, např. krvácením, eklampsií apod., a je třeba se více zaměřit na přímou prevenci toho, co matky zabíjí. Začali jsme proto investovat více prostředků do budování kapacit porodních asistentek. Mnoho z nich neobdrželo dostatečné a praktické vzdělání, neboť kurzy jsou často jen teoretické.“ Technické vybavení (včetně stavebních prací, vypracování projektů apod., ale bez dodávek zdravotnického materiálu) stálo za celou dobu projektu zhruba 1,1 mil. Kč. Evaluační tým hodnotí celkovou **efektivitu tohoto řešení jako vysokou** (i s přihlédnutím k tomu, že s postupem času tyto náklady klesaly a priority se v projektu posouvaly směrem k jiným aktivitám, výjimkou je rok 2012, kdy se stavěly 3 poporodní místnosti a náklady byly vyšší).

4.3.2. Vyškolené porodní asistentky / školicí centrum

Za účelem zvýšení kvality poskytované zdravotní péče zvolil ČvT jako další z řešení **doplňková školení porodních asistentek**. V rámci projektu probíhala školení dvojího druhu: školení LSS (čtyřtýdenní školení) a tzv. „On-the-Job“ trénink, tj. praktický dohled a školení zkušené asistentky během výkonu povolání.

ČvT po domluvě s vedoucím Odboru pro péči o matku a dítě (PHD) rozsah a scénář školení LSS mírně upravil. Každá frekventantka kurzu obdržela učebnici o porodu, možných komplikacích a jejich řešeních, která je napsána v khmérštině a vydalo ji Ministerstvo zdravotnictví v Kambodži. Kurzy LSS byly hodnoceny velmi pozitivně, a to jak úředníky (místními autoritami) a zdravotníky (školenými porodními asistentkami), tak převážně i porodními asistentkami v jednotlivých ZS, které kurz absolvovaly a se kterými evaluační tým hovořil. Dle jejich vyjádření jim kurz velmi pomohl v každodenní praxi. Nejpozitivněji shodně hodnotily znalost manuální lýzy placenty (mechanické odstranění zadrženého lůžka – placenty po porodu plodu). Před absolvováním tohoto kurzu musely být rodičky s touto komplikací III. doby porodní posílány do referenční nemocnice. Také zmínily zlepšení svých resuscitačních schopností při záchrane života novorozence a schopnosti poporodního šití. Za období 2010–2012 stála tato školení zhruba 630 tis. Kč, což vychází zhruba 8 700 Kč na 1 proškolenou asistentku.

Co se týče tzv. „On-the-Job“ tréninku, ČvT najal velmi zkušenou porodní asistentku, paní Sominea, která disponuje vedle nezbytných znalostí i přirozenou autoritou podpořenou v rámci regionu rozsáhlou porodnickou praxí s bohatou soukromou klientelou. Paní Sominea organizovala se svojí pomocnicí kurzy v provinční nemocnici. Vyškolené asistentky pak objížděly ZS, kde radily a kontrolovaly službu konajícím porodním asistentkám přímo při porodech. V obou případech hodnotí evaluační tým zvolená řešení jako **vysoce efektivní**.

4.3.3. Školení managementu ZS

Za účelem zvýšení kvality poskytované zdravotní péče zvolil ČvT jako jedno z dalších řešení i školení managementu ZS. Školení se zaměřovala jak na manažerskou stránku jejich řízení (efektivní management, vyjasnění rolí, týmová spolupráce apod.), tak také třeba i na etickou stránku poskytování zdravotní péče (práva pacientů apod.). Při jejich organizaci ČvT spolupracovala s dalšími neziskovými i místními organizacemi a některé aktivity finančně podpořila i vláda. Zvolené řešení považuje evaluační tým za **vysoce efektivní**.

4.3.4. Osvětová kampaň ve vesnicích

Za účelem zvýšení poptávky po zdravotnických službách zvolil ČvT jako jedno z řešení osvětovou kampaň mezi místními ženami. Osvětu prováděly ve svých komunitách porodní asistentky zaměstnané ve ZS (tzv. „Peer Educators“). Používaly upravené původní materiály PHD. Tyto letáky byly také dlouhodobě vyvěšeny v ZS, takže mnoho žen, které se školení nezúčastnily, k nim takto získalo přístup. Pro podporu účasti na těchto školeních byly účastnicím rozdávány drobné dárky, např. mýdla. Z dotazníkového šetření mezi místními ženami vyplynulo, že si na tato školení pamatují jen matně (např. si vzpomněly, že dostaly mýdlo). Nicméně na cílené otázky o správné výživě nebo o rizikových příznacích v graviditě odpovídaly až na výjimky zcela správně (viz rámeček). Je ale otázkou, zda tyto znalosti uplatní i v každodenní péči o dítě. Dle výpovědí získávaly ženy informace také v ZS při pravidelných prohlídkách v těhotenství. Efektivitu zvoleného řešení tak evaluační tým hodnotí jako **spíše vysokou**.

Osvětová kampaň, resp. přiložené letáky se zaměřovaly na tyto oblasti:

Varovné příznaky v těhotenství – Materiál identifikoval 6 situací, při kterých je nezbytně nutné, aby žena vyhledala odbornou pomoc ve ZS (viz obrázky). Každá z oslovených 21 žen jmenovala alespoň 1 z příznaků během těhotenství, a to nejčastěji: krvácení a nateklé nohy. Další jmenované byly silná bolest hlavy, horečky a malý přírůstek váhy. Některé ženy jmenovaly aktivity, o kterých se domnívaly, že je správné se jich vyvarovat: nošení těžkých věcí (např. kanystry s vodou), lezení do výšek, nebezpečí pádu.

Příprava na porod – Z dalšího materiálu se ženy učily, jak se připravit na porod (šetřit peníze, zajistit si dopravu, chodit na pravidelné prohlídky), jak se v těhotenství zdravě stravovat, čeho se vyvarovat, kdy začít kojit atd. Z šetření vyplynulo, že co se týče „zdravé stravy v těhotenství“, ženy ukázkově jmenovaly především všechny druhy zelených listů a zeleniny, vejce, ryby, čerstvé ovoce a maso. Často také zmínily, že je důležité brát pravidelně tabletky železa. Z jejich odpovědí naopak vyplývá, že za „nevhodnou stravu“ považují různé sladkosti (zmrzlinu, umělá sladidla, čínské sladkosti), návykové látky (alkohol, cigarety), silně kořeněné jídlo, příliš solené jídlo nebo ledovou vodu. Často zmínily jako nevhodné i přípravky tradiční medicíny. Jedna starší žena řekla, že je nevhodné jíst kachny a husy, ale ostatní ženy ve skupině ji opravily, že se jedná o „mýty starší generace“.

Vhodná výživa pro děti – Co se týče „vhodné stravy pro děti“, odpovídaly ženy ve většině případů následovně: všechny druhy zelených listů, všechny druhy masa, vejce, ryby, okurky, mrkev, ovesná kaše. Tyto odpovědi jsou pravděpodobně reakcí na osvětovou kampaň, která představila jídlo vhodné pro děti (kombinace rýže, masa, zeleniny a vajec). Problémem je, že i když ženy znají správné odpovědi, ne vždy podle nich vaří a také se často domnívají, že pokud jim chybí jedna ze surovin, není recept účinný. Jako škodlivé zmínily především sladkosti.

Obrázky 1 a 2: Letáky využívané v osvětové kampani



4.3.5. Podpora nejchudších obyvatel v přístupu ke zdravotnickým službám

Za účelem zvýšit poptávku po zdravotnických službách se ČvT rozhodl finančně podpořit aktivity organizace BfH. BfH hradí z HEF většinou 25 % nákladů na léčbu nejchudších obyvatel, v některých případech až 40–60 %, zbytek je financován ze speciálního fondu Ministerstva zdravotnictví. Celý systém funguje tak, že každé smluvní ZS fakturuje organizaci BfH provedené výkony. Jako prevence zneužití se jména příjemců vyhláší, což bohužel často znamená ostudu v komunitě. Do fondů přispívá více dárců, včetně místních obyvatel (kasičky umístěné v pagodách – v každé vesnici mají 1–2 dobrovolníky, každoročně se organizuje také fundraisingová akce, kdy mniši chodí od domu k domu a vybírají příspěvky). Část příjmů má organizace BfH i z jiných výdělečných aktivit. Za roky 2011 a 2012 přispěl ČvT do HEF celkem 345 tis. Kč ze zdrojů ZRS.

BfH každoročně zkoumá spokojenost pacientů se službami ZS. Tato činnost je myšlena jako komplementární k materiální pomoci, kterou poskytují jiné organizace, cílem je přispět ke zvýšení kvality služeb ZS (přístup k pacientům, posílení schopnosti komunikace, dialog s komunitou, zvýšení přítomnosti zdravotnického personálu během celé pracovní doby v ZS apod.). Pořádá také školení pro zaměstnance ZS, kde se sami učí hodnotit kvalitu svých služeb.

V dotazníkovém šetření evaluační tým zjišťoval, zda respondenti slyšeli o HEF a mají s fondy osobní zkušenost. Z 21 oslovených žen neslyšela o HEF pouze 1 respondentka, **zbylých 20 žen o systému HEF a kasičkách umístěných v pagodách vědělo, i tak by ale ženy uvítaly více informací.** 10 žen se navíc o HEF vyjádřilo spíše negativně, a to v tom smyslu, že „*nikdy kartičku HEF nevidělo*“ a tento systém je pro „*velmi málo lidí, jen pro ty nejchudší z chudých*“.

3 oslovené ženy byly majitelkami kartiček:

- 1 žena ji dostala před měsícem a ještě nevyužila
- 1 žena vypověděla: „*Od té doby, co mám kartičku, jsem nebyla nemocná. Nedávno se ale moje dítě zranilo a spěchali jsme do nemocnice. Nechtěla jsem jeho stav ohrozit ještě cestou domů pro kartičku. Bohužel jsme museli zaplatit již při příjezdu a peníze nám pak nevrátili.*“
- 1 žena HEF využila k velké spokojenosti. Evaluační tým se s ní setkal v ZS Kus, když právě odpočívala po porodu: „*Díky kartičce nemusím za porod ve ZS Kus nic platit. Kartu lze použít také v naší spádové nemocnici a v Takeu. Pro její získání jsem musela jít za starostou vesnice a předstoupit před místní komisi, doma mě pak navštívil kontrolní tým. Dalo to práci a čas, ale úsilí se vyplatilo.*“

Beneficienti jsou vybíráni komunitními komisemi. Skutečnost, že výběr není vždy spravedlivý, zmínilo nezávisle na sobě více respondentů. Vedoucí Oddělení pro matku a dítě například řekl: „*Často ti skutečně potřební k HEF nezískají přístup, zatímco někteří bohatší lidé se k nim přes známosti dostanou. Je potřeba, aby se v komunitě o HEF a podmínkách výběru více vědělo*“

Celkově hodnotí evaluační tým efektivitu tohoto řešení jako **spíše vysokou**, zejména s ohledem na problematický výběr příjemců této pomoci.

4.4. Udržitelnost

Udržitelnost dosažených výstupů byla hodnocena jednotlivě. Níže jsou uvedena hlavní zjištění:

4.4.1. Technická podpora veřejných ZS

Postavené **objekty, které nezbytně nevyžadují zdroj elektřiny** (nádrže pro zadržování a zásobu vody), a porodní místnosti jsou plně využívány a slouží svému účelu, jsou kladně hodnoceny zdravotníky i pacienti. **Objekty s nutností napojení na zdroj elektřiny** (studny s instalací vodních čerpadel, solární panely s instalací baterií pro akumulaci elektřiny) byly provozovány pouze v přibližně polovině navštívených ZS. Důvodem nepoužívání v některých ZS je rozbití nebo opotřebenosti součástí, která v celkové investici nehraje zásadní roli, ale její oprava nebo obnova je pro ZS (alespoň dočasně) finančně nedostupná (dle vysvětlení vedoucích ZS). Např. nefunkčnost akumulátoru v hodnotě 80 USD neumožňuje využívat nainstalované funkční solární panely v hodnotě řádově vyšší. Nefunkční vodní čerpadlo v hodnotě 100 USD brání aktivnímu využívání vyhloubené studny s dostatečnou zásobou vody. **U dodaného vybavení** (porodnická lůžka, postele pro matky po porodu, skříňky) je doba využívání dána přirozeným opotřebením zařízení, které je díky klimatickým podmínkám i odlišnému přístupu vyšší než v ČR. Evaluační tým dospěl k názoru, že by bylo vhodné poučit (naučit) zdravotnický personál vhodné péči o toto vybavení (např. odřenou kovovou postel nevyměňovat, ale natřít).

Dodané **elektrické autoklávy** ke sterilizaci nástrojů jsou některými navštívenými ZS pravidelně využívány, v 3 ZS však leží ladem. Dotyčná ZS kvůli častým výpadkům elektrické energie a především vysoké ceně energie raději používají původní plynové autoklávy, v jednom ZS dokonce místo plynu využívají jako palivo černé uhlí. Z hlediska udržitelnosti je však nutné pozitivně hodnotit fakt, že v navštívených ZS byl patrný návyk autoklávy používat. Ve všech navštívených ZS byl připraven alespoň jeden set sterilizovaných nástrojů, což svědčí o udržitelnosti výstupů školení porodních asistentek. **Dodávání léků a zdravotnického spotřebního materiálu** (sterilní rukavice, sterilní obvazy, chirurgické nitě, indikátory na měření množství bílkoviny v moči atd.) je sice pomoc velmi důležitá, protože bez

základních léků a zdravotnických prostředků nemůže poskytovat adekvátní zdravotní péči ani sebelepší zdravotnické zařízení s vysoce erudovaným personálem, ale skutečnost, že si ZS na externí dodávky mohou „zvyknout“ představuje určité riziko. Kontrolou lékáren evaluační tým zjistil dostupnost základních léků pro bezpečné vedení porodu (např. Oxytocin, Lidocain) i dostupnost indikátorů pro diagnózu preeklampsie (proužků pro určení bílkoviny v moči).

Celkově tak lze hodnotit udržitelnost zvoleného řešení jako **spíše vysokou**. Vyšší je zejména u dodávek objektů, které nevyžadují připojení k elektřině, nižší naopak u dodávek objektů závislých na elektřině (vzhledem k častým výpadkům). Pomoc v podobě dodávek dalšího materiálního vybavení lze hodnotit jako spíše udržitelnou, rizikem je zde možný vznik závislosti ZS na těchto dodávkách. Jako problematické hodnotí evaluační tým financování oprav dodaných objektů (např. solární panely). Vedoucí Oddělení pro péči o matku a dítě (PHD, Takeo) k tomu dodal: „Z rozpočtu úřadu lze financovat pouze větší nutné opravy. V případě například rozbitého čerpadla musí ZS použít své vlastní finance. Vedoucí ZS k tomu nejsou moc ochotni, protože to pro zaměstnance de facto znamená snížení jejich platů. Jsou zvyklí si zbylé vybrané peníze rozdělovat.“ V rámci školení však byl management poučen i o efektivním hospodaření, aby si ZS samo vytvářelo rezervy na drobné opravy. Dle názoru evaluačního týmu by se financování drobných oprav z prostředků ZRS prohlubovala závislost ZS na rozvojové pomoci a udržitelnost by se tak dále snižovala.

4.4.2. Vyškolené porodní asistentky / školící centrum

Školení porodních asistentek (LSS) měla velký význam a významný dopad na každodenní porodnickou praxi porodních asistentek. Vzhledem k tomu, že se v rámci školení mimo jiné učí a probírají komplikace a situace v praxi velmi závažné, ale poměrně vzácné, je vhodné školení **periodicky opakovat v systému tzv. celoživotního vzdělávání**. Z rozhovorů s porodními asistentkami vyplynulo, že si přejí opakování především těchto témat:

- rozpoznání situací, kdy je třeba rodičku včas referovat (případy, kdy rodička nebude schopna porodit přirozeným způsobem, případy dvojčat) – ZS nedisponují ultrazvukem,
- řešení komplikací při porodu,
- řešení poporodního krvácení,
- šití.

Dále by uvítaly možnost proškolení čerstvých absolventek, které do ZS nastoupí. Celkově hodnotí přínos školení velice kladně a shodně uvádějí, že výsledkem jsou „*důkladnější hygienické návyky, hlubší porozumění odborným záležitostem a celkově zvýšené sebevědomí pro řešení krizových situací*“. Hodnocení udržitelnosti tohoto řešení je ovlivněno skutečností, že Ministerstvo zdravotnictví chystá vlastní celonárodní program školení (v termínu 2–3 let). I přesto ale evaluační tým hodnotí udržitelnost jako spíše vysokou, neboť lze důvodně očekávat, že poptávka po školení LSS bude ještě po nějakou dobu trvat. PHD v Takeu potvrdil, že ve školeních hodlá pokračovat a shání na ně další finanční prostředky. Navíc místní nezisková organizace RACHA školení LSS zastřešuje a ve spolupráci s World Vision, UNICEF atd. provozuje školící centra v Battabangu a Phnom Penh. Jejich projektová manažerka paní Mey Nary vyjádřila na schůzce s evaluačním týmem velký zájem o užší spolupráci s ČvT. Kromě školení LSS podporuje RACHA také „*On-the-Job*“ trénink bez ohledu na předchozí školení, na úrovni OD dále zaštiťují setkávání tradičních porodních asistentek s názvem „*Midwife coordination alliance meeting*“.

Autorka interní evaluační zprávy, kterou si ČvT v roce 2011 nechal zpracovat, paní Krist’l D’haene, se rovněž domnívá, že by ČvT měla ještě nějakou dobu ve školení pokračovat: „*Školení jsou stále extrémně důležitá, je ještě příliš brzo tuto aktivitu opustit*.“ Paní Hana Šilarová zdůraznila, že pomoc potřebují především vzdálenější ZS.

Celkově lze udržitelnost **tohoto výstupu hodnotit jako vysokou**. I když školení LSS bude pravděpodobně nahrazeno celonárodním programem, poptávka po něm je obrovská. Vysoce lze hodnotit i udržitelnost školícího centra v provincii Takeo i tzv. „*On-the-Job*“ tréninků. Nad oběma aktivitami převzaly zodpovědnost místní organizace.

4.4.3. Vyškolený management ZS a „modelový systém řízení“

Školení vedoucích ZS směřovala k udržitelnému chování managementu, a to jak z hlediska hospodaření (např. nákup potřebného zdravotnického materiálu z vlastních zdrojů a celkově lepší finanční management), tak z hlediska metod řízení (posílení týmové spolupráce, motivace a ocenění zaměstnanců). Z dostupných informací a pozorování je těžké posoudit, do jaké míry budou v modelových ZS dlouhodobě fungovat „*Health Centre Management Committees*“, tvorba a dodržování finančních plánů a ve všech ostatních podpořených ZS i „zefektivněné“ řízení lidí, zlepšená motivace zaměstnanců, zabezpečování zdravotnického materiálu z vlastních zdrojů a pravidelné setkávání s místními autoritami. Evaluační tým se ale domnívá, že k vybudování schopnosti řízení lidí i ZS a dosažení dlouhodobé změny je třeba delší působení ČvT (nebo jiné instituce) a opakování tréninků. Ke změně chování je nutná i finanční motivace (např. možnost zvýšení platů v případě zvýšených příjmů ZS), jinak se situace často vrací do původních kolejí, jako v případě dosaženého pravidelného setkávání vedení ZS s místními autoritami. K setkání již dochází jen „v případě potřeby řešení důležitých problémů“. Udržitelnost tohoto výstupu tak dle dostupných informací **nelze hodnotit**.

4.4.4. Osvětová kampaň ve vesnicích

Z hlediska udržitelnosti je klíčové, že ČvT využil pro osvětové kampaně místní lidské i materiální kapacity. Školení zorganizovala jednotlivá ZS ve svých komunitách za použití oficiálních osvětových materiálů Ministerstva zdravotnictví. Školení nadále pokračují a ředitelé ZS je financují z různých zdrojů ostatních dárců a neziskových organizací. Jelikož většina žen již chodí na pravidelné prohlídky v těhotenství, vznikl zde další prostor pro jejich vzdělávání. Celkově hodnotí evaluační tým udržitelnost zvoleného řešení jako **vyšokou**.

4.4.5. Podpora nejchudších obyvatel v přístupu ke zdravotnickým službám

Vhledem k tomu, že se na systému HEF podílí i místní ministerstvo a financování je vícezdrojové, lze předpokládat, že se jedná o udržitelné řešení. Z hlediska systémového by ale samozřejmě bylo daleko žádoucí, aby se plně zavedl systém zdravotního pojištění (ze kterého by měly např. určité sociální skupiny finanční úlevy). Vedoucí projektu HEF organizace BfH děkoval na setkání s evaluačním týmem MZV za poskytnutou podporu a vyjádřil se ve smyslu, že jejich projekt je „*díky prostředkům od různých dárců, které mají na účtu, a také díky důvěře komunity dlouhodobě udržitelný na dobu minimálně 10 let*“. Z pohledu ČvT by bylo žádoucí, aby se, chce-li ve finanční podpoře těchto fondů pokračovat, zaměřil více i na systém výběru beneficentů. Celkově tak evaluační tým hodnotí udržitelnost tohoto řešení jako **spíše vyšokou**.

Místní expert, člen evaluačního týmu, obecně identifikoval následující překážky udržitelnosti zvolených řešení:

- **nízké platy zaměstnanců ZS** (v porovnání s platy v soukromých ZS a v souvislosti s běžnými životními náklady). Z tohoto důvodu zaměstnanci státních ZS buď odcházejí za lepšími výdělky, nebo souběžně vykonávají soukromou praxi. Je poměrně časté, že někteří zaměstnanci (ať ředitelé či porodní asistentky) tráví ve státním ZS jen část dne a zbytek se věnují své soukromé klientele.
- **pracovní návyky** – neefektivní využívání pracovní doby, neochota učit se a aplikovat nové znalosti/dovednosti, nedostatek sebevědomí, potřeba supervize a koučinku
- **nedostatek motivace ze strany vedení**
- **pacienti si nejsou vědomi svých práv**

4.5. Dopady

V provincii Takeo se dosáhlo velkého pokroku v oblasti perinatologické péče (antenatální – předporodní péče o těhotnou ženu, vedení porodu včetně použití některých technik při patologickém porodu, péče o matku a dítě po porodu), ve snížení výskytu škodlivých praktik i přesunutí většiny porodů do ZS, a to především v posledních 3 až 4 letech. Na tomto pozitivním vývoji se souhrnně podílí desítky zahraničních dárců, místní úřady i celostátní televizní kampaně. Svou roli hraje i náboženství. Dominantním náboženstvím v Kambodžském království je buddhismus, který je velmi tolerantní ve všech oblastech života jedince i společnosti, např. i v užívání různých druhů antikoncepce. Rozsah užívání některé moderní formy antikoncepce ženami ve fertilním věku se tak v této zemi pohybuje na úrovni ekonomicky vyspělých států (je dokonce vyšší než v některých evropských státech se silným náboženským cítěním, jako jsou Polsko nebo Portugalsko).

Nemalou zásluhu na celkově pozitivním vývoji v oblasti péče o matku a dítě (zejména v provincii Takeo) mají bezesporu i prostředky investované přes ČvT. Nelze však přesně určit, jakou měrou se na výsledcích podílejí.

Pozitivní dopady projektu lze shrnout následovně:

- Během posledních 3 let se **v provincii Takeo až na výjimky přestalo rodit v domácnosti**, porody se přesunuly do zdravotnických zařízení.
- Došlo téměř **k vymizení výskytu škodlivých zvyků** (např. rozdělávání ohně pod postelí čerstvé matky, odkládání kojení několik dní po porodu atd.), ženy je zachovaly v symbolické podobě (např. zapálí vonnou tyčinku a pro ochranu dítěte umístí do okna velký trn), často ale po porodu konzumují jídla, o kterých věří, že zahřívají (pálivé jídlo, víno s tradičními bylinkami atd).
- **Školení LSS a „On-the-Job“ trénink** měly významný dopad na každodenní porodnickou praxi porodních asistentek. Zvýšily jim sebevědomí, přinesly nové znalosti (manuální odstraňování placenty, řešení preeklampsie, krvácení atd.).
- **Zlepšila se kvalita poskytované zdravotní péče** (ZS např. pravidelně používají autoklávy, což výrazně omezilo výskyt infekce a zvýšilo bezpečnost porodů, ženy chodí v průměru na 4–6 předporodních prohlídek, zavedly se 24hodinové služby)
- **Personál má chuť se dále vzdělávat**, v některých případech má možná laxní přístup, ale dle názoru evaluačního týmu určitě méně než v jiných zemích s obdobnou úrovní zdravotnictví a ekonomickým zázemím.
- **Za poslední 3 roky se významně snížil počet úmrtí matek v souvislosti s porodem**. I když se může jednat o chybu malých čísel a do roku 2009 jsou čísla nespolehlivá, byl zřejmě nastartován **správný trend**, který dále ponese příznivější perinatologické výsledky.

Zásadní negativní dopady evaluační tým nezaznamenal. Je tak pouze otázkou, zda z hlediska kvantifikace dopadů (splnění cílů) lze dostupné statistiky a z nich vyvozené závěry považovat za relevantní. Evaluační tým se spíše domnívá, že cíle bude možno kvantifikovat až s odstupem dalších 2–3 let, až budou statistiky oficiální a úplné. Z rozhovorů s místní komunitou také vyplynuly pochybnosti o dopadech distribuce poukázek na bezplatnou péči. Nutno ale poznamenat, že toto není v kompetenci ČvT, resp. projektu. V případech dodávek technického vybavení je také otázkou, zda tato forma pomoci nevyvolává závislost na materiální pomoci.

4.6. Průřezové principy

Dle zadání byly hodnoceny i tři průřezové principy ZRS ČR.

Životní prostředí a klima: Evaluační tým nezaznamenal negativní vliv projektu na životní prostředí. Z tohoto hlediska lze zmínit zakoupení solárních panelů, a tím i podporu obnovitelných zdrojů elektřiny vybranými ZS. Oceňujeme snahu realizátora o úspornost a šetrnost k životnímu prostředí (např. nepoužíváním klimatizace v kanceláři). Další možné ekologické aspekty projektu (např. nakládání ZS s odpady, doprava žen do ZS) nebyly v této evaluaci vyhodnocovány.

Lidská práva a gender: Z větší části byli příjemci projektu ženy (matky, těhotné ženy a porodní asistentky), s výjimkou školení pro vedoucí ZS (výhradně muži) a podpory HEF (bez rozdílu pohlaví). Pozitivní externalitou projektu byla podpora lidských práv (práv pacientů) a snaha o zlepšení přístupu ke klientům ZS. Během terénní fáze evaluační tým nezaznamenal, že by někdo ženami opovrhoval, choval se k nim hrubě či neslušně, manželé a partneři byli ohleduplní, po porodu se o svoje manželky dobře starali. Ani jednání na úřadech s hlavní evaluačkou (ženou) a se zástupkyní ČvT (ženou) nesvědčilo o přehlížení žen s určitou funkcí a pravomocemi.

Řádná správa věcí veřejných: Ředitelé ZS a jejich zástupci vypadali, že se své práci věnují zodpovědně, byli znalí dané problematiky a snažili se o aktivní přístup. Školení realizovaná ČvT měla obecně za cíl přispět k efektivnímu řízení veřejných zdravotnických zařízení.

4.7. Viditelnost ZRS ČR

V rámci hodnoceného projektu byla prováděna propagace jak ZRS, tak i realizátora. Tato propagace byla nejviditelnější na stavbách trvalého charakteru (velká nádrž na zásobu vody, poporodní místnosti), u kterých jsou umístěny nepřehlédnutelné cedule v anglickém a často i khmérském jazyce. Na nástěnkách v každém navštíveném ZS pozoroval evaluační tým upoutávky na rozvojové agentury, které dané ZS podporují (včetně log ZRS a ČvT). Na dodaném menším vybavení (postele, skříně, solární panely včetně rozvodu a baterie) byly rovněž nalezeny samolepky nesoucí obě loga. ČvT přidal logo ZRS ČR na oficiální letáky Ministerstva zdravotnictví, které pak používal pro osvětovou kampaň ve vesnicích. V případě dodaného spotřebního zdravotnického materiálu a léků není tato forma viditelnosti reálná ani vhodná.

Provinciální nemocnice v Takeu je odbornou veřejností vnímána jako „česká“ nemocnice. Ředitelé PHD v obou provinciích, vedoucí Oddělení péče o matku a dítě i vedoucí pracovníci jednotlivých středisek ČvT a Českou republiku znají a poskytnutou pomoc respektují. Vedoucí Oddělení pro péči o matku a dítě (Takeo) k tomu poznamenal: *„V provincii Takeo máme mezi zahraničními neziskovými organizacemi mnoho partnerů. Práci ČvT ale obzvláště oceňujeme. Soustředí se na budování infrastruktury (budování poporodních místností, nákupu solárních panelů a nástrojů pro bezpečný porod), vzdělávání managementu ZS (včetně vytváření prostoru ke sdílení zkušeností) a budování kapacit porodních asistentek (školení LSS). Velmi si vážíme fungujícího školicího centra v Takeu.“* Ředitel PHD v Takeu rovněž nešetřil chválou: *„Jsme za spolupráci s ČvT velmi vděční. ČvT je organizace, která na potřeby příjemců reaguje velice rychle a flexibilně. Soustředí se na mezery, kde ostatní neumí působit. Vždy se jednotlivých operačních distriktů dotazují na jejich konkrétní potřeby. ČvT vykonal fantastickou práci především ve školení porodních asistentek. Mnohokrát jsme nabízeli pokračování spolupráce, ČvT se ale bohužel přemístil do provincie Kampong Chhnang.“*

Většina porodních asistentek, které absolvovaly školení LSS či „On-the-Job“ trénink, ale nebyla schopna ČR jako dárce uvést. Stejně tomu bylo i u všech oslovených pacientek v ZS, pro které je ale důležitá kvalita ošetření a ne ten, kdo ji finančně zajistil. **Celkově tak evaluační tým hodnotí viditelnost ZRS jako vysokou.**

4.8. Další působení ČR v Kambodži

Dle zadání se evaluační tým pokusil zjistit, jaké další možnosti by byly pro ZRS v Kambodži, zejména pak v sektoru zdravotnictví, žádoucí.

Kambodžské království je velmi chudá země s pohnutou historií, ale v oblasti zdravotnictví je dle názoru evaluačního týmu zemí s velmi dobrou perspektivou. Regulace porodnosti je jedním z významných faktorů, proč se evaluační tým domnívá, že má Kambodža velmi dobrou perspektivu pozitivního sociálního, zdravotnického a celkově tak i ekonomického vývoje. Angažmá České republiky může být podpořeno i současným králem, který dlouhodobě žil a studoval v Československu a má k ČR velmi kladný vztah. Král sice nemá prakticky žádnou politickou moc, ale disponuje velkou přirozenou autoritou a mezi lidmi je velmi populární. **Pokračování v podpoře sektoru zdravotnictví tak evaluační tým považuje za relevantní.**

V oblasti péče o dítě a matku se sice trend v posledních letech výrazně zlepšuje (dle dostupných odhadů), přesto ale existuje spousta souvisejících problémů, které čekají na řešení. Vládní dokument *Health Strategic Plan for Cambodia 2008–2015* je shrnuje následovně: i) plánování rodiny, ii) bezpečné potraty, iii) výživa matek a dětí, iv) předporodní péče, v) asistence kvalifikovaného personálu při porodech, vi) akutní porodní péče, vii) integrovaná poporodní péče (včetně výživy a očkování), viii) pediatriká péče, ix) zdraví dospívajících dětí. Všechny tyto oblasti by tak ZRS mohla podporovat. Vedle otázky péče o matku a dítě ale vládní dokument definuje ještě dvě další prioritní oblasti: i) řešení rostoucího výskytu HIV/AIDS, tuberkulózy a malárie, ii) řešení rostoucího výskytu nepřenositelných onemocnění, jako cukrovka, rakovina, kožní onemocnění, psychické problémy a další. S tím souvisí i problém rozvoje potřebné infrastruktury, zlepšení možností diagnostiky onemocnění a léčby apod.

ČvT by se chtěl v dalších letech z 80% zaměřit na oblast dětské výživy (což je jedna z prioritních oblastí kambodžské vlády v oblasti péče o matku a dítě), a to jak výživy v době předporodní, tak také v době následující. Petr Schmied k tomu dodal: „*Také v oblasti výživy dětí panují v komunitě různé škodlivé tradiční zvyky. V osvětě budeme vycházet z již vytvořených oficiálních materiálů, jen je pro lepší pochopení lidí zjednodušíme. Chceme také spolupracovat se soukromými experty na marketing. Lidé obvykle nezmění své chování z čistě zdravotních důvodů, proto chceme pochopit skutečné mechanismy, na základě kterých mění své chování.*“ Tomuto záměru nahrává i skutečnost, že nová programová koordinátorka ČvT, která v červnu 2013 převzala práci po paní Djihan Skinner, je nutriční specialistkou. Kristl D'haene k tomuto záměru dodala: „*V Kambodži je problém s podvýživou – lidé nekonzumují mléko a nejí celozrnnou rýži (považují ji za špinavou). Doporučila bych integrovat téma výživy do vzdělávání porodních asistentek, které pak tyto znalosti mohou předávat místním ženám. Doporučuji se také spojit s organizací RACHA, která má kvalitní nutriční program.*“ Vedení PHD také vyjádřilo přání, aby se příští aktivity ZRS ČR ve zdravotnickém sektoru zaměřily více na problematiku dětské podvýživy, která je stále jedním z hlavních důvodů úmrtnosti dětí (novorozenců a dětí do 5 let – tam je trend stále špatný a úmrtnost dětí příliš neklesá). **Evaluační tým považuje tento záměr za relevantní.**

5. Závěry z evaluace

Závěry plynoucí z výše uvedených zjištění jsou následující.

Tabulka č. 5: Hodnocení projektu z hlediska vybraných kritérií

Výstup/ Kritérium	Technická podpora ZS	Školení porodních asistentek	Školení vedoucích pracovníků	Osvětová kampaň	Podpora nejchudších obyvatel	Celý projekt
Relevance	vysoká					
Efektivnost	spíše vysoká	vysoká	spíše vysoká	vysoká	spíše vysoká	spíše vysoká
Efektivita	vysoká	vysoká	vysoká	spíše vysoká	spíše vysoká	vysoká
Udržitelnost	spíše vysoká	vysoká	nelze hodnotit	vysoká	spíše vysoké	spíše vysoká
Dopady	vysoké					
Průřezové principy						
Lidská práva a gender	vysoká					
Životní prostředí a klima	vysoká					
Řádná správa věcí veřejných	vysoká					
Viditelnost ZRS ČR	vysoká	spíše vysoká	vysoká	spíše vysoká	spíše vysoká	vysoká

Stupnice míry naplnění evaluačního kritéria

vysoká	spíše vysoká	spíše nízká	nízká	nelze vyhodnotit
--------	--------------	-------------	-------	------------------

Relevance:

Projekt přispěl k řešení problému nekvalitní péče o matku a dítě, který se projevuje především ve vysoké úmrtnosti jak dětí (včetně novorozenců), tak i matek při porodech. Dle oficiálních dokumentů bylo ověřeno, že projekt řešil relevantní problémy země v oblasti zdravotnictví, reflektoval vládní priority v této oblasti a snažil adekvátně řešit i potřeby místních obyvatel. Evaluační tým ocenil postup realizátora, který si ještě před získáním projektu nechal vypracovat studii o zdravotně sociálních potřebách v provincii Takeo. **Celkově byla relevance projektu hodnocena jako vysoká.**

Efektivnost:

Efektivnost zvolených řešení byla hodnocena na škále spíše vysoká až vysoká. Vyšší hodnocení bylo přiřazeno školením porodních asistentek, na která navazovala důležitá školení v podobě „On-the-Job“ tréninku a osvětových kampaní mezi místními ženami, při nichž byly využity místní kapacity. Jako vysoká byla rovněž hodnocena efektivnost dodávek technického vybavení, avšak v převážné míře pouze toho vybavení, které nevyžaduje k provozu elektřinu (kvůli přetrvávajícím výpadkům). Efektivnost další technické podpory (přístup k vodě, k elektřině apod.) byla hodnocena jako spíše vysoká (kvantitativní

indikátory byly naplněny, ale kvalitativní pouze v některých případech). Efektivnost školení managementu zdravotnických zařízení byla hodnocena také jako spíše vysoká, i když některé indikátory nebylo možno ověřit (nebyly měřitelné). Efektivnost podpory nejchudších vrstev obyvatel prostřednictvím HEF byla rovněž hodnocena jako spíše vysoká (zejména z důvodu sporného výběru příjemců). Vzhledem k nespolehlivým datům, které měl evaluační tým k dispozici (data z různých zdrojů se lišila), nebylo možné zcela průkazně vyhodnotit míru naplnění cílů projektu na základě definovaných indikátorů. Evaluační tým nesouhlasí s výpočty, které ČvT uvádí v závěrečné zprávě projektu, a současně se domnívá, že na úrovni cílů měly být zvoleny takové indikátory, které by bylo možno ověřit (na základě konečných a oficiálních dat) již na konci projektu. **Celkově byla efektivnost hodnocena jako spíše vysoká.**

Efektivita:

Efektivita řešení vedoucích ke zlepšení nabídky služeb projektových zdravotních zařízení (první cíl) byla hodnocena jako vysoká. Řešení vedoucí ke zvyšování poptávky po zdravotnických službách (druhý cíl) byla hodnocena jako spíše efektivní. U osvětových kampaní bylo zjištěno, že většina respondentek si je nevybavuje, a není tedy zřejmé, zda se na jejich relativně dobrých znalostech podepsaly spíše preventivní (a současně informativní) prohlídky v ZS, než osvětové kampaně. V případě příspěvků do HEF fondů narazil evaluační tým na sporný výběr beneficentů. Hospodárnost vynaložených finančních prostředků vyhodnotil evaluační tým celkově jako vysokou. Snahu o úsporu vidí především v položkách platů projektových a finančních manažerů, místních koordinátorů, pronájmu kanceláře a nákladů na školení LSS. Nespornou výhodou pro efektivitu využití finančních prostředků je také stálá mise ČvT. **Celková efektivita tak byla hodnocena jako vysoká.**

Dopady:

Dle zjištění evaluačního týmu jednoznačně převládají pozitivní dopady projektu nad negativními. **Zásadní negativní dopady evaluační tým nezaznamenal.** Z rozhovorů s místní komunitou vyplynuly pochybnosti o dopadech distribuce poukázek na bezplatnou péči. Nutno ale poznamenat, že toto není v kompetenci ČvT. V případech dodávek technického vybavení je také otázkou, zda tato forma pomoci nevyvolává závislost na další materiální pomoci. Pozitivní dopady projektu lze shrnout následovně:

- **Zlepšila se kvalita poskytované zdravotní péče** (ZS např. pravidelně používají autoklávy, což výrazně omezilo výskyt infekce a zvýšilo bezpečnost porodů, ženy chodí v průměru na 4–6 předporodních prohlídek, zavedly se 24hodinové služby).
- **Školení LSS a „On-the-Job“ trénink** měly významný dopad na každodenní porodnickou praxi porodních asistentek. Zvýšily jim sebevědomí, přinesly nové znalosti (manuální odstraňování placenty, řešení preeklampsie, krvácení atd.).
- Během posledních 3 let se **v provincii Takeo až na výjimky přestalo rodit v domácnosti**, porody se přesunuly do zdravotnických zařízení.
- Došlo téměř **k vymizení výskytu škodlivých zvyků** (např. rozdělávání ohně pod postelí čerstvé matky, odkládání kojení několik dní po porodu atd.), ženy je zachovaly v symbolické podobě
- **Za poslední tři roky se významně snížil počet úmrtí matek v souvislosti s porodem.** I když se může jednat o chybu malých čísel a do roku 2009 jsou údaje nespolehlivé, byl zřejmě nastartován **správný trend**, který dále ponese příznivější perinatologické výsledky.

Současně je nutné poznamenat, že na tomto pozitivním vývoji se souhrnně podílejí desítky zahraničních dárců, místní úřady i celostátní televizní kampaně, stejně jako například faktor tolerantního predominantního náboženství a rozšířené kontroly porodnosti. Nelze přesně určit, jakou měrou se hodnocený projekt na celkově pozitivním vývoji v oblasti péče o matku a dítě (zejména v provincii Takeo) podílí. **Celkově byly dopady hodnoceny jako vysoké.**

Udržitelnost:

ČvT položil dobrý základ pro udržitelnost výstupů intenzivní spolupráci s místními autoritami a organizacemi a využíváním jejich zdrojů. Mnoho aktivit ČvT finančně podpořil a zároveň delegoval jejich výkon. To se týkalo např. osvětové kampaně v komunitách (školení zorganizovala jednotlivá ZS s použitím oficiálních letáků Ministerstva zdravotnictví), podpory přístupu nejchudších obyvatel ke zdravotní péči (realizovala partnerská organizace BfH), školení LSS a jiných. Dále ČvT podpořil efektivní

management ZS. Vše se dělo s cílem podpořit finanční samostatnost ZS. Udržitelnost některých výstupů odpovídá jejich charakteru, např. školení je nutné opakovat v systému tzv. celoživotního vzdělávání. U technické podpory ZS je udržitelnost řešení vyšší zejména u dodávek objektů, které nevyžadují připojení k elektřině, nižší naopak u dodávek objektů závislých na elektřině (vzhledem k častým výpadkům). Pomoc v podobě dodávek dalšího materiálního vybavení lze hodnotit jako spíše udržitelnou, rizikem je možný vznik závislosti ZS na těchto dodávkách. Jako problematické hodnotí evaluační tým financování oprav dodaných objektů (např. solární panely, ale i nábytek). **Celkově byla udržitelnost vyhodnocena jako spíše vysoká.**

Životní prostředí a klima:

Evaluační tým nezaznamenal negativní vliv projektu na životní prostředí. Z tohoto hlediska lze zmínit zakoupení solárních panelů, a tím i podporu obnovitelných zdrojů elektřiny vybranými ZS. Oceňujeme snahu realizátora o úspornost a šetrnost k životnímu prostředí (např. nepoužíváním klimatizace v kanceláři). Další možné ekologické aspekty projektu (např. nakládání ZS s odpady, doprava žen do ZS) nebyly v této evaluaci vyhodnocovány. **Celkově byl přínos projektu k ochraně životního prostředí vyhodnocen jako vysoký.**

Lidská práva a gender:

Z větší části byly příjemci projektu ženy (matky, těhotné ženy a porodní asistentky), s výjimkou školení pro vedoucí ZS (výhradně muži) a podpory HEF (bez rozdílu pohlaví). Pozitivní externalitou projektu byla podpora lidských práv (práv pacientů) a zlepšení přístupu ke klientům ZS. Během terénní fáze evaluační tým nezaznamenal, že by někdo ženami opovrhoval, choval se k nim hrubě či neslušně, manželé a partneři byli ohleduplní, po porodu se o svoje manželky dobře starali. Ani jednání na úřadech s hlavní evaluačkou (ženou) a se zástupkyní ČvT (ženou) nesvědčilo o přehlížení žen s určitou funkcí a pravomocemi. **Celkově byl přínos projektu ke genderové problematice a lidským právům vyhodnocen jako vysoký.**

Řádná správa věcí veřejných:

Ředitelé ZS a jejich zástupci vypadali, že se své práci věnují zodpovědně, byli znalí dané problematiky a snažili se o aktivní přístup. Školení realizovaná ČvT měla obecně za cíl přispět k efektivnímu řízení veřejných zdravotnických zařízení. Na základě dostupných informací se proto evaluační tým domnívá, že **přínos projektu k této otázce byl vysoký.**

Viditelnost ZRS ČR:

Oficiální logo ZRS ČR bylo nalezeno především na stavebách trvalého charakteru (velká nádrž na zásobu vody, poporodní místnosti) a dodaném vybavení (postele, skříně, solární panely včetně rozvodu a baterie). Provinční nemocnice v Takeu je odbornou veřejností vnímána jako „česká“ nemocnice. Ředitelé PHD v obou provinciích, vedoucí Oddělení péče o matku a dítě i vedoucí pracovníci jednotlivých středisek ČvT a Českou republiku znají a poskytnutou pomoc oceňují. Většina porodních asistentek, které absolvovaly LSS či jiné školení, ale již nebyla schopna ČvT či ČR jako dárce uvést. Stejně tomu bylo i u všech oslovených pacientek v ZS či žen v komunitách, pro které je důležitá kvalita ošetření a ne ten, kdo ji finančně zajistil. **Celkově byla viditelnost ZRS vyhodnocena jako vysoká.**

6. Doporučení

Níže jsou uvedena doporučení, která vycházejí ze zjištění evaluačního týmu. Dle zadání jsou rozdělena do třech oblastí: projektová tematika, procesní a systémový charakter ZRS ČR. V tabulce č. 6 je kromě doporučení uveden i jejich adresát a hodnocení stupně závažnosti (1= nejzávažnější, 3=nejméně závažný).

Tabulka č. 6: Doporučení vyplývající ze závěrů a zjištění evaluace

Typ doporučení	Doporučení	Hlavní adresát	Stupeň závažnosti
K projektové tematice	Pokračovat v již nastaveném směru od poskytování materiálního vybavení ke vzdělávání. Pokračovat ve školení PA, a to především z hůře dostupných a vesnických ZS.	ČvT	1
K projektové tematice	Školení LSS (školení v život zachraňujících technikách) – do budoucna spolupracovat s organizací RACHA.	ČvT	1
K projektové tematice	Aktivněji se účastnit setkávání ostatních dárců a místních stakeholderů v různých pracovních skupinách (sdílení a učení se od ostatních, mainstreaming, fundraising, vizibilita).	ČvT	1
K projektové tematice	Zvážit spolupráci a podporu soukromého sektoru (např. v boji proti dětské podvýživě podpořit produkty obohacené vitamíny).	ČRA ČvT	1
K projektové tematice	Stanovovat měřitelné indikátory i na úrovni cílů, které lze ověřit již k době skončení projektu. Důkladně analyzovat klíčové předpoklady a rizika každého projektu (na všech úrovních projektové logiky).	ČvT ČRA	2
Procesní	Konzultovat načasování evaluace s realizátorem nebo dalšími zainteresovanými stranami.	ORS	1
Procesní	Adekvátně stanovovat časový rozsah vymezený na evaluaci.	ORS	1
Systémové	Zavést angličtinu jako hlavní jazyk závěrečných evaluačních zpráv.	ORS	2

Doporučení k projektové tematice:

1. *Stanovovat měřitelné indikátory, které lze zjistit a ověřit již k době skončení projektu:* Toto doporučení vychází ze zjištění, kdy některé indikátory (týkající se výstupu vyškolených manažerů) nebyly měřitelné, jiné naopak (týkající se naplnění cílů projektu) nebyly ověřitelné v době evaluace (půl roku po skončení projektu). Ve druhém případě získal evaluační tým z více zdrojů různá data a domnívá se, že vyhodnocení těchto indikátorů bude možné až tak za 2–3 roky, až budou k dispozici oficiální a konečná data.
2. *Více se posunout od materiální pomoci ke vzdělávání:* Toto doporučení vychází z rozhovorů s porodními asistentkami, organizace RACHA, ale i zástupci místních úřadů. Všichni hodnotili školení LSS a „On-the-Job“ trénink velmi pozitivně. Školení LSS by bylo dobré pravidelně opakovat (v rámci celoživotního vzdělávání porodních asistentek) a co nejvíce do nich zapojovat i porodní asistentky ze vzdálenějších oblastí. Pozitivně lze hodnotit i školení managementu zdravotnických zařízení. Tato forma pomoci má trvalejší charakter.

3. *Školení LSS – spolupracovat s RACHA:* Toto doporučení vychází z rozhovoru se zástupkyní této organizace, která vyjádřila zájem o větší spolupráci. Vzhledem k aktivitám této organizace to evaluační tým považuje za smysluplné. Témata školení by se také mohla rozšířit i na oblast výživy.
4. *Aktivněji se účastnit setkávání ostatních dárců a dalších zainteresovaných stran* – Toto doporučení vychází z rozhovorů s ostatními dárcovskými organizacemi i samotným ředitelem ČvT v Kambodži, který připustil, že by se tím zvýšila vizibilita, sdílení a především nové příležitosti pro fundraising a spolupráci.
5. *Zvážit spolupráci se soukromým sektorem:* Toto doporučení vychází z rozhovorů s ředitelem Švýcarského červeného kříže a RACHA, kteří se soukromým sektorem spolupracují a hledají další partnery. Spolupráce by se mohla týkat např. speciálních výživových produktů pro děti a těhotné ženy.
6. *Důkladně analyzovat klíčové předpoklady a rizika každého projektu (na všech úrovních projektové logiky):* Toto doporučení vychází ze zjištění, že v obou fázích projektu nebyla důkladně analyzována zejména možná rizika (na všech úrovních).

Doporučení procesní:

1. *Konzultovat načasování evaluace s realizátorem, příp. dalšími zainteresovanými stranami:* Vzhledem k časovému rozsahu vymezenému na evaluaci nebylo možno vyjet na evaluační misi jindy než v průběhu června, kdy je bohužel v Kambodži období dešťů, což komplikovalo především pohyb a transfery v oblasti.
2. *Adekvátně stanovovat časový rozsah vymezený na evaluaci:* Toto doporučení vychází ze zjištění, že provádět dvě evaluace souběžně (první o rozsahu 4 projektů, druhá o rozsahu 5 projektů, byť v obou případech hodnocených jako jeden projekt) vyžaduje delší časovou dotaci než 3 měsíce.

Doporučení systémová:

1. *Zavést angličtinu jako hlavní jazyk evaluačních zpráv:* Toto doporučení vyplývá ze zájmu evaluačního týmu o participativní proces, ze kterého ale za dané situace (zpracování zprávy v českém jazyce) nemohou profitovat partneři projektu v Kambodži. Na základě předchozích zkušeností evaluátorky není možné zpracovávat zprávy současně v obou jazycích.