

**ČESKÁ REPUBLIKA**

**ČESKÁ ROZVOJOVÁ AGENTURA**

**PROJEKT ROZVOJOVÉ SPOLUPRÁCE  
ČESKÉ REPUBLIKY  
S  
GRUZIÍ**

**PODPORA PREVENCE A VČASNÉHO ODHALENÍ  
RAKOVINY U ŽEN V REGIONECH SAMEGRELO A  
SHIDA KARTLI II.**

2011

**ČESKÁ ROZVOJOVÁ AGENTURA**

3. ledna 2011



<b>Název projektu:</b> Podpora prevence a včasného odhalení rakoviny u žen v regionech Samegrelo a Shida Kartli II.		<b>Číslo projektu:</b> CzDA-GE-2011-2-12191
<b>Partnerská země:</b> Gruzie	<b>Místo realizace projektu:</b> Region Samegrelo Region Shida Kartli	
<b>Sektorová orientace projektu:</b> Zdravotnictví		
<b>Předpokládané datum zahájení projektu:</b> duben / 2011	<b>Předpokládané datum ukončení projektu:</b> prosinec / 2013	
<b>Celková výše prostředků na projekt ze ZRS ČR (Kč):</b> <b>11 000 000,- Kč</b> Rozdělení na jednotlivá období: 2011 – 4 000 000 2012 – 3 500 000 2013 – 3 500 000	<b>Celková výše prostředků na projekt včetně spolufinancování (Kč):</b> <b>11 000 000,- Kč</b>	
<b>Realizátor projektu:</b> <b>Česká rozvojová agentura</b> Nerudova 3, 118 50 Praha 1 Kontaktní osoba č.1: Jitka Adamčíková, Ph.D. Tel.: (+420) 251 108 123 E-mail: <a href="mailto:adamcikova@czda.cz">adamcikova@czda.cz</a> Kontaktní osoba č.2: Mgr. Jan Černík Tel.: (+420) 251 108 171 E-mail: <a href="mailto:cernik@czda.cz">cernik@czda.cz</a>		
<b>Partnerské organizace v zemi realizace projektu:</b> Ministerstvo práce, zdravotnictví a sociálních věcí (Ministry of Labor, Health and Social Affairs, MoLHSA) Akaki Tsereteli ave. 144, 0119 - Tbilisi, Georgia Kontaktní osoba: Nino Mirzikashvili E-mail: <a href="mailto:nmirzikashvili@moh.gov.ge">nmirzikashvili@moh.gov.ge</a>		

## Seznam zkratek

CPC	Cancer Prevention Center	Centrum prevence rakoviny
DFID	UK Department for International Development	Úřad pro mezinárodní rozvoj (Velká Británie)
GIP	Global Initiative on Psychiatry	Globální iniciativa pro psychiatrii
GTZ	Gesellschaft fuer technische Zusammenarbeit	Společnost pro technickou spolupráci
MoLHSA	Ministry of Labor, Health and Social Affairs	Ministerstvo práce, zdravotnictví a sociálních věcí
MZV ČR		Ministerstvo zahraničních věcí České republiky
NCC	National Cancer Center	Národní onkologické centrum
NNO		Nevládní nezisková organizace
UNDP	United Nations Development Programme	Rozvojový program OSN
UNFPA	United Nations Population Fund	Populační fond OSN
USAID	United States Agency for International Development	Agentura USA pro mezinárodní rozvoj

## 1. Shrnutí projektu

Předložený projekt je zaměřen na podporu prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku u žen žijících v regionech Samegrelo a Shida Kartli a vytvoření národní strategie prevence a včasného odhalení tohoto typu rakoviny u pacientek žijících ve venkovských oblastech. Intervence navazuje na zdravotnické projekty, které Česká rozvojová agentura realizuje v Gruzii od roku 2009 a zejména na projekt „Podpora prevence a včasného odhalení rakoviny u žen v regionech Samegrelo a Shida Kartli“, jehož implementace probíhala v období od 1. dubna do 31. prosince 2010. V rámci těchto projektů se agentura angažovala v obou zmíněných regionech (charakterizovaných mj. velkým procentem vnitřně přesídlených osob) a začala spolupracovat s místními partnerskými organizacemi.

Hlavním záměrem projektu je zvýšit šanci na přežití u pacientek s rakovinou prsu a děložního čípku žijících ve venkovských oblastech. Poselstvím projektu je: *Rakovina je léčitelná s možností úplného uzdravení, pokud je odhalena a léčena včas.*

Myšlenka projektu je založena na konceptu komplementární primární a sekundární prevence. Primární prevence je definována jako předcházení vzniku rakoviny, sekundární prevencí se rozumí včasné odhalení, vhodná péče a celkové vyléčení. Tento koncept zahrnuje všechny tři úrovně zdravotní péče: na primární úrovni se jedná o vzdělávání a zvyšování povědomí spojené s včasným odhalením nemoci, na sekundární či terciární úrovni se pak jedná o vhodnou odbornou léčbu. Výsledkem by mělo být zlepšení individuálního životního stylu cílové populace a vyšší procento vyléčených případů.

V rámci projektu realizovaného v období od 1. dubna do 31. prosince 2010 byla již navázána spolupráce s 16 ambulantami, které poskytují služby cílové skupině. V regionu Samegrelo se jedná o ambulance ve vesnicích Caishi, Chitatskari, Ingiri, Achalkakhati, Darcheli, Ruchi, Chkhorla, Korccheli, Achalsofeli a Narazeni. V regionu Shida Kartli zahrnoval projekt vesnice Khetulbani, Ateni, Skra, Zegduleti, Kurta a Akhlagori. Lékaři a sestry z těchto ambulatorií získali základní znalosti o prevenci a včasném odhalení rakoviny děložního čípku a ve spolupráci s partnerskými organizacemi nyní průběžně realizují vyšetření žen žijících v dané spádové

oblasti. Pacientky s podezřelými symptomy, se zvýšeným rizikem nebo na vlastní žádost jsou následně vyšetřeny v mobilních vyšetřovnách, které zajíždějí do vesnic dle předem stanoveného časového harmonogramu. Ženy s pozitivním nálezem jsou pak posílány na další kompletní vyšetření na sekundární úroveň (do center pro léčbu rakoviny v Gori a Zugdidi).

Projekt je vzhledem k vysokému počtu zachycených případů hodnocen jako velmi úspěšný. V připravované fázi dojde k rozšíření aktivit do dalších deseti ambulančí a posílení kapacit sester a lékařů (jak u stávajících tak nově identifikovaných ambulančí) v samostatném výkonu diagnostických vyšetření. Přestože v rámci pilotního projektu byla rakovina prsu či děložního čípku diagnostikována u vysokého počtu žen, množství pacientek, které následně podstoupí léčbu na sekundární či terciární úrovni, je výrazně menší. Důvodem je přetrvávající tabuizace a stigmatizace ženských nádorových onemocnění v Gruzii. I na tuto skutečnost bude nově předkládaný projekt reagovat.

Jedním z výstupů projektu bude zpracovaná evaluační zpráva a v budoucnu do praxe uvedená národní strategie prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku u žen žijících ve venkovských oblastech.

## **2. Popis výchozího stavu**

### **2.1. Ekonomická a sociální situace v zemi, rozvojová strategie země**

Gruzie je jednou z bývalých republik SSSR. Země, ve které žije 4,2 milionů obyvatel, získala nezávislost v roce 1991. Od té doby se však potýká s vážnými ekonomickými i politickými problémy. Separatistické oblasti Abcházie a Jižní Osetie se v roce 1993 – za podpory Ruska – pokusily od Gruzie odtrhnout a založit nezávislé státy. To však vedlo k občanské válce. Gruzie nad těmito oblastmi od té doby nemá kontrolu. V roce 2008, po zmařeném pokusu Gruzie získat zpět kontrolu nad Jižní Osetií a následné ruské okupaci Gruzie, získala tato oblast (spolu s Abcházíí) větší samostatnost a prakticky se stala vojenskou základnou Ruska. Po dvou ozbrojených konfliktech se Gruzie musí vypořádat s problémem asi 250 000 vnitřních uprchlíků z obou oblastí. Většina z nich žije v regionech Samegrelo v západní Gruzii (uprchlíci z Abcházie), kolem Tbilisi a Gori v regionu Shida Kartli (uprchlíci z Jižní Osetie).

V roce 2003 svrhla bývalého prezidenta Ševardnadzeho tzv. “ružová revoluce” vedená Michaelem Saakašvilim. Ten je současným gruzínským prezidentem. Pod jeho vedením zavedla Gruzie řadu reforem veřejného sektoru a infrastruktury. Ozbrojený konflikt s Ruskem a globální ekonomická krize však tento vývoj přerušily. Gruzie se momentálně začíná znovu pomalu rozvíjet. Údaj o oficiální míře nezaměstnanosti je pro zemi typu Gruzie pozitivní, ovšem polovinu zaměstnaného obyvatelstva tvoří tzv. samozaměstnavatelé, kteří nemají stabilní měsíční příjem. Kolem 25% obyvatel Gruzie žije pod hranicí chudoby. Mezi vnitřními uprchlíky a venkovskou populací je toto číslo ještě vyšší.

Právě vnitřně přesídlené osoby (uprchlíci) čelí častěji než většinová populace zdravotním problémům způsobeným jejich vyloučeností, omezeným přístupem k (privatizované) lékařské péči a nedostatečným povědomím o zdravém životním stylu a možné prevenci nemocí. Mezi hlavní zdravotní problémy patří vysoké procento rakoviny odhalené v pozdním stádiu, mentální problémy spojené s alkoholovou či drogovou závislostí a poslední dobou také nárůst případů TBC.

## 2.2 Vládní politika a aktivity donorů v sektoru zdravotnictví

Gruzínské zdravotnictví prošlo několika reformami a změnami, ovšem bez viditelného zlepšení. Naopak, nedávná privatizace všeobecných nemocnic (na tzv. sekundární úrovni) prakticky zlikvidovala předchozí třístupňový systém sestávající z primární, sekundární a terciární péče (tzv. Semaškův model). Ten byl organizován sektorově (paralelně) a vertikálně. To znamená, že jednotlivé lékařské obory existovaly souběžně od nejvyšší (celostátní, vysoce specializovaná), přes sekundární až po nejnižší (lokální) úroveň. Na lokální úrovni tudíž pracovali specialisté na jednotlivá odvětví medicíny, provázanost mezi jednotlivými sektory však byla velmi nízká.

V současnosti existují na primární úrovni ambulance. Ta jsou provozována na náklady vesnice s minimální podporou vlády (jen 1 % státního rozpočtu pokrývá primární zdravotní péči). Sekundární úroveň tvoří všeobecné okresní nemocnice, a právě s nimi jsou spojeny největší problémy. Prakticky všechny prošly před nedávnem privatizací a nyní je vlastní hlavně farmaceutické společnosti. Státní podporu už tyto nemocnice nemají žádnou. Terciární péče (regionální a celostátní nemocnice, vysoce specializovaná pracoviště) je zatím státní, nicméně též ohrožena privatizací. Přesto stále existuje spojení mezi těmito úrovněmi jako pozůstatek zmíněného Semaškova modelu, který byl zaveden v rámci sovětského zdravotního systému. Součástí tohoto vertikálního systému je zatím i nadále onkologie, která dostává státní podporu.

V roce 2007 bylo 8,5 % gruzínského rozpočtu využito na náklady na zdravotnictví a státní zdravotní pojišťovny. To znamená nárůst o téměř 50 % za pět let. Podstatná část rozpočtu jde do terciární péče, tzn. do specializovaných nemocnic. Onkologické nemocnice dostávají 6 % z celkového rozpočtu. Vládní výdaje přesto pokrývají oficiálně jen 36% zdravotních nákladů, zbytek hradí obvykle pacienti sami (státní a soukromé pojišťovny hradí pouze 1% nákladů). Podle neoficiálních údajů pacienti hradí až 79 % všech nákladů. K tomu patří navíc soukromý nákup léků. Z celého bývalého SSSR je situace horší už jen v Ázerbajdžánu.

Hlavní příčinou úmrtí v Gruzii jsou kardiovaskulární nemoci, které způsobují 12 % všech úmrtí. Po nich následují onkologická onemocnění, která způsobují 4,6 % všech úmrtí. Nejčastějšími typy rakoviny jsou gynekologické karcinomy (22,9 %), následují gastrointestinální typy rakoviny (21,9 %), rakovina prsu (18,8 %) a plic (13,6 %).

Některá nádorová onemocnění se dají ovlivnit změnou životního stylu, jiné lze díky včasnému odhalení léčit s dobrými šancemi na uzdravení (rakovina prsu a děložního čípku). V Gruzii se však rakovinu obvykle podaří odhalit až v pozdním stádiu (stádium III nebo IV) a léčba už obvykle není úspěšná.

Zdravotní riziko představuje v Gruzii také TBC, jejíž výskyt vzrostl v období 2000-2008 čtyřnásobně. V současnosti se dle statistik WHO potýká s TBC 1 až 1,3 promile populace. 13 osob na 100 000 zemřelých pak v Gruzii umírá právě na TBC (do této statistiky nejsou započítáni HIV pacienti).

Gruzie získává výraznou podporu ze zahraničí, především na podporu ekonomiky a infrastruktury. V oblasti zdravotnictví, kde je podpora menší, jsou hlavními donory Evropská unie, USAID, DFID a do jisté míry organizace OSN jako UNICEF, UNDP a UNFPA. Onkologií se však tyto organizace nezabývají s výjimkou UNFPA a GTZ, která řadu let poskytovala léky na léčbu onkologických onemocnění u dětí. Tento program skončil v roce 2008, kdy ho převzala gruzínská vláda.

## **2.3 Kontext spolupráce ZRS ČR v Gruzii**

V letech 2008 až 2010 byly rozvojové aktivity v Gruzii realizovány v rámci mimořádné rekonstrukční a rozvojové pomoci. Kolegium ministra zahraničních věcí schválilo dne 16. 10. 2008 materiál „Návrh na využití mimořádných finančních prostředků na rekonstrukční a rozvojovou pomoc pro Gruzii v období 2008 – 2010“. Ten identifikoval zdravotnictví jako jeden z vhodných sektorů pro rozvojové intervence v Gruzii v gesci MZV ČR a ČRA. V následujícím období (2009-2010) realizovala ČRA v Gruzii celkem sedm projektů v oblasti zdravotnictví s celkovým rozpočtem 30 485 523 Kč. Projekty se zaměřily na jedné straně na modernizaci nemocničního vybavení a vybavení lokálních zdravotnických zařízení v oblastech, ve kterých žije vysoké procento vnitřně přesídlených osob (provincie Samegrelo a Shida Kartli), na druhé straně na onkologickou péči.

Jednalo se o následující projekty:

- Modernizace přístrojového vybavení nemocnic v oblasti Samegrelo
- Podpora paliativní péče v Gruzii (oblast Tbilisi)
- Podpora prevence a léčby rakoviny u žen se zhoršeným přístupem ke zdravotní péči
- Zvýšení kvality onkologické péče se zaměřením na vnitřně přesídlené osoby
- Dodávka diagnostického ultrazvukového přístroje do dětské nemocnice v Gori
- Podpora dostupnosti zdravotní péče s důrazem na situaci vnitřních uprchlíků a postižených
- Podpora prevence a včasného odhalení rakoviny u žen v regionech Samegrelo a Shida Kartli I.

Koncepce zahraniční spolupráce ČR na období 2010-2017 řadí Gruzii mezi tzv. prioritní země bez programu spolupráce, ve kterých jsou ve střednědobém horizontu potřebné a žádoucí rozsáhlejší rozvojové aktivity ČR. Dle přijaté Koncepce má spolupráce probíhat na bázi individuálních projektů, které však budou do značné míry tvořit ucelený, promyšlený celek, a naváží také na další bilaterální i multilaterální aktivity ČR v dané zemi (navaznost na projekty realizované v rámci poskytnuté mimořádné rekonstrukční pomoci). Gruzie je rovněž prioritní zemí transformační spolupráce a je zařazena do Východního partnerství.

## **3. Analýza problému**

Gruzínský zdravotnický systém byl popsán v kapitole 2.2. U onkologie je na všech třech výše zmíněných úrovních (primární, sekundární, terciární péče) kladen důraz na léčbu onemocnění. Naopak oblast prevence a včasného odhalení státní zařízení zatím spíše zanedbávají. Namísto státních institucí se touto problematikou zabývají hlavně nevládní organizace. Díky včasnému odhalení se (zejména u některých typů rakoviny) vyhlídka na přežití pacientů výrazně zvyšuje. Léčba je při včasném odhalení navíc finančně podstatně méně nákladná. Je proto velmi smysluplné podpořit snahy státu o tuto součást celistvé onkologické péče.

V oblasti onkologické péče přetrvává tzv. Semaškův model popsaný v kapitole 2.2. Oficiálně by tak měli být onkologové přítomni na všech třech úrovních: ve vesnických ambulancích, ve větších regionálních onkologických odděleních nebo nemocnicích a v Národním onkologickém centru (NCC) v Tbilisi.

Ve skutečnosti pracují tito specialisté pouze na pobočkách NCC v Zugdidi, Gori, Batumi, Kutaisi a Telavi (všechny sekundární úroveň) a Tbilisi (terciární úroveň). V ambulancích pracuje

denně většinou jen jedna zdravotní sestra a lékař (obvykle internista nebo pediatr) pak ambulance pouze pravidelně navštěvuje.

Kromě nedostatečných kapacit brzdí lepší zdravotní péči i finanční možnosti pacientů. Za většinu služeb musí pacienti platit sami. Dokonce v Národním onkologickém centru v Tbilisi musí pacienti hradit 30 % nákladů (zbytek by měl – aspoň teoreticky – hradit stát). V praxi to však platit nemusí, jelikož pevné tarify neexistují a ceny si stanovují lékaři sami. Také za služby zdravotních sester se platí. Vnitřně přesídleným osobám zdravotní péči oficiálně hradí stát.

Dalším důvodem špatného stavu onkologické prevence je, že v gruzínské společnosti přetrvává silné tabu kolem tématu rakoviny. Také proto řada pacientů nechodí k lékaři včas. U lékařů je navíc zvykem, že oznamují diagnózu pouze příbuzným, nikoliv pacientu samotnému.

To jsou některé hlavní důvody, proč se většinou onkologická onemocnění odhalí až příliš pozdě (nebo vůbec). Procento vyléčených pacientů je pak v mezinárodním srovnání velmi nízké. Vzniká tak začarovaný kruh pozdního odhalení, vysoké úmrtnosti a falešné domněnky, že rakovina je neléčitelná.

Tomu by šlo – aspoň u některých typů karcinomů – poměrně snadno zabránit. Některá onkologická onemocnění lze sice jen ztěžít odhalit v raném stádiu (rakovina plic, varlat), u jiných je však šance na uzdravení při včasném odhalení vysoká (hlavně u rakoviny prsu a děložního čípku). K dosažení tohoto cíle je třeba - i v gruzínských podmínkách poměrně jednoduše - zavést systém, který by současný stav mohl zvrátit. V největších městech Gruzie (například v Tbilisi, Kutaisi a Telavi) byl sice před nedávnem zahájen screeningový program, ten je však nedostupný pacientům z venkovských oblastí.

Na tuto situaci reagoval pilotní projekt ČRA (duben – prosinec 2010), v rámci kterého začaly do venkovských ambulancí zajíždět dvě mobilní ošetřovny (mamolog, gynekolog, radiolog, zdrav. sestra, technický asistent, řidič) poskytující vyšetření zaměřené na diagnostiku rakoviny prsu a děložního čípku. Zdravotní sestra odpovědná za spádovou oblast ambulance identifikovala ženy se symptomy, v rizikovém věku (okolo 50 let) a s výskytem rakoviny v rodině. Tyto ženy pak byly vyšetřeny mobilním týmem a v případě pozitivního či nejasného nálezu poslány k dalšímu vyšetření a léčbě na sekundární úrovni (v Gori a v Zugdidi) či na terciární úrovni (Tbilisi). Zájem o vyšetření značně převyšuje kapacitu mobilního týmu a většina ordinací měla obsazeny objednávací termíny k vyšetření na mnoho týdnů dopředu. V období červen až listopad bylo vyšetřeno 1 670 žen a jen během prvních tří měsíců realizace vyšetření bylo diagnostikováno víc patientek s rakovinou prsu a děložního čípku než za celý rok 2009. Bohužel množství žen, které podstoupí další vyšetření (74 %) a léčbu (42 %) je omezené. Důvody jsou převážně strach ze sociální stigmatizace a z neúnosného finančního zatížení rodiny (léčba již není v rámci projektu hrazena a pacientky si ji musí z velké části hradit ze svého). Na odstranění uvedených sociálních bariér by měl mimo jiné budoucí projekt reagovat. Problém představuje také nedostatečná paliativní péče pro onkologické pacienty, které se zatím v omezené míře věnují pouze nevládní organizace (CPC) v okolí Tbilisi. Zvyšování povědomí o možnostech paliativní péče proto představuje důležitou součást připravovaného projektu.

Onkologická prevence realizovaná v rámci české rozvojové spolupráce je oceňována nejen pacientkami ale i odborníky a představiteli gruzínského Ministerstva práce, zdravotnictví a sociálních věcí. Proto si pokračující projekt klade za cíl nejen rozšíření stávajících aktivit, ale také vytvoření funkční koncepce prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve venkovských oblastech, která by po pilotním testování v regionech Samegrelo a Shida Kartli mohla sloužit pro rozvoj onkologické prevence v celonárodním měřítku.

Při jednáních s ministrem zdravotnictví vyjádřila gruzínská strana zájem na posilování kapacit lékařů v diagnostice TBC, která začíná představovat výrazné zdravotní riziko. Z toho důvodu budou vzdělávací aktivity realizované v rámci připravovaného projektu doplněny o metodologii vyšetřovacích algoritmů u pacientů s podezřením na TBC.

#### **4. Analýza zainteresovaných stran**

##### **4.1 Aktéři aktivní v oblasti onkologické prevence**

Onkologie je státním programem, za nějž je zodpovědné Ministerstvo práce, zdravotnictví a sociálních věcí. Stávající onkologický program MoLHSA je však stále zaměřen pouze na léčbu rakoviny, nikoliv její prevenci, rehabilitaci pacientů či paliativní péči. Tuto mezeru se snaží vyplnit několik nevládních organizací. Prevencí se zabývá především Národní screeningové centrum (National Screening Center), které s podporou magistrátu a UNFPA disponuje dvěma pobočkami v Tbilisi. Zde nabízí bezplatné preventivní prohlídky zaměřené na odhalení rakoviny prsu a děložního čípku, které jsou však dostupné pouze obyvatelkám hlavního města. Screening rakoviny prsu je k dispozici ještě ve třech dalších městech: Batumi, Kutaisi a Gurjaani. Od roku 2011 bude státní program rozšířený i na provinční města regionů Samegrelo a Shida Kartli (města Zugdidi a Gori), čímž budou aktivity MoLHSA komplementární k projektu ČRA zaměřenému na venkovské oblasti.

Ministerstvo vítá aktivity realizované v rámci českého pilotního projektu. Požadavek MoLHSA vůči připravovanému pokračujícímu projektu je co nejvíce integrovat stávající infrastrukturu primární zdravotní péče (ambulance) – tzn. vesnické doktory a sestry. Připravované a již běžící institucionální reformy zdravotní péče předpokládají provádění včasné diagnostiky a prevence (např. TBC, rakovina a HIV AIDS) na úrovni ambulancí. Strategická priorita MoLHSA je prevence a propagace zdravého způsobu života.

##### **4.2 Aktéři zapojení do zdravotnické podpory vnitřně přesídlených osob (uprchlíků)**

Všechny státní onkologické služby v Gruzii slouží všem občanům, tedy i vnitřně přesídleným osobám, pro které je charakteristická větší zranitelnost, chudoba, nedostatek informací a horší přístup ke zdravotní péči. Většina onkologických zařízení je ale soustředěna v Tbilisi a vnitřní uprchlíci k nim mají horší přístup.

Několik nevládních organizací se ve zdravotnických projektech věnuje právě zranitelné skupině vnitřních uprchlíků. Projekty jsou však často zaměřeny na jiné oblasti než na rakovinu (např. NNO Tanadgoma se zabývá prevencí HIV/AIDS, NNO Bemoni alkoholovou a drogovou závislostí, organizace GIP řeší mentálními problémy). Většina služeb těchto organizací je bezplatná nebo finančně dostupná.

##### **4.3 Partnerské organizace pilotního projektu**

Již od roku 2009 spolupracuje ČRA s gruzínskými organizacemi aktivními v oblasti onkologie. Jmenovitě se jedná o nevládní organizace Tanadgoma a Centrum prevence rakoviny (Cancer Prevention Center) a Národní centrum pro rakovinu (National Cancer Center). Česká rozvojová agentura s každou z nich realizovala již v roce 2009 jeden menší projekt a následně se všechny tři organizace podíleli na realizaci pilotního projektu „Podpora prevence a včasného odhalení rakoviny u žen v regionech Samegrelo a Shida Kartli I.“ (duben-prosinec 2010), který přispěl k větší provázanosti mezi aktivitami různých aktérů v oblasti onkologické péče v Gruzii.



NCC bylo v roce 2010 privatizováno, proto se další popis aktérů soustředí hlavně na Tanagdomu a CPC.

### **Centrum prevence rakoviny, CPC**

Tato organizace se od roku 2000 zaměřuje na prevenci rakoviny a od roku 2004 poskytuje také paliativní péči. Organizace disponuje asi 50 zaměstnanci, necelá desítka dalších tvoří tým, který poskytuje domácí péči. Mezi hlavní činnosti organizace patří poskytování školení o prevenci i včasném odhalení rakoviny pro lékaře, dále šíření programů prevence a kontroly nemocí mezi pracovníky ve zdravotnictví a všeobecnou populací. Kromě toho poskytuje CPC také paliativní péči pro onkologické pacienty. Organizace provozuje zařízení paliativní péče v samostatném traktu budovy NCC v Tbilisi, kromě toho nabízí i domácí paliativní péči. V rámci pilotního projektu zajišťovalo CPC činnost mobilní kliniky pro 14 ambulatorií.

### **Tanadgoma**

Organizace Tanadgoma (gruzínsky „Podpora“) navazuje od roku 2000 na práci Informačně-poradního centra řecké pobočky organizace „Lékaři bez hranic“. Zabývá se hlavně projekty týkajícími se reprodukčního zdraví. Je aktivní v oblasti vzdělávání a poradenství. V současnosti má Tanadgoma pět poboček: v Tbilisi, Batumi, Zugdidi, Kutaisi a Poti. V roce 2009 v rámci projektu podporovaném ČRA zprovoznila Tanadgoma mobilní laboratoř, která poskytuje služby v oblasti prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku v uprchlickém táboře v Tserovani (poblíž Gori). V rámci pilotního projektu se Tanadgoma podílela hlavně na vybavení ambulatorií a organizaci edukačních setkání. Zároveň také provozovala mobilní vyšetřovnu, která pokrývala cílovou populaci v uprchlickém táboře v Tserovani (2 ambulatoria).

## **4.4 Cílové skupiny**

Hlavní cílovou skupinu projektu tvoří ženy ve venkovských oblastech bez věkového omezení. V regionech Samegrelo a Shida Kartli žije velké množství vnitřních uprchlíků, proto budou z projektu těžit podstatnou měrou právě vnitřně přesídlené ženy. Ty jsou riziku onkologického onemocnění vystaveny vyšší měrou než většinová společnost, a to jak kvůli špatnému přístupu k pravidelným screeningům, tak kvůli celkově horším sociálně-ekonomickým podmínkám, které riziko výskytu onemocnění zvyšují.

Další cílovou skupinou jsou pracovníci vesnických ambulancí, především zdravotní sestry a lékaři, kteří v těchto typech zařízení pracují. Této skupině projekt poskytne školení o problematice rakoviny a také potřebný zázvuk pro samostatný výkon diagnostického vyšetření.

Vedlejší cílovou skupinou jsou ostatní obyvatelé regionu (rodinní příslušníci pacientů s nádorovým onemocněním).

## **4.5 Podpora projektu ze strany země příjemce**

Partnerem projektu je Ministerstvo práce, zdravotnictví a sociálních věcí (Ministry of Labor, Health and Social Affairs, MoLHSA). Jeho současné aktivity v oblasti prevence a včasného odhalení rakoviny jsou uvedeny výše v kapitole 2.2. V současnosti je jednou z vysoce aktuálních priorit ministerstva prevence a včasné odhalení rakoviny na lokální úrovni. Ministerstvo je s předloženým projektem obeznámeno a jeho podobu schválilo. Začátkem roku 2010 bylo podepsáno memorandum o porozumění mezi MoLHSA a ČRA.

## **5. Logický rámec projektu (viz příloha 1)**

### **5.1. Záměr**

Hlavním záměrem projektu je zvýšit šanci na přežití u pacientek s rakovinou prsu a děložního čípku u cílové populace v oblastech, kde žije vysoký počet vnitřně přesídlených žen.

Hlavním poselstvím projektu je: *Rakovina je léčitelná s možností úplného uzdravení, pokud je odhalena a léčena včas.*

Myšlenka projektu je založena na konceptu komplementární primární a sekundární prevence. Primární prevence je definována jako předcházení vzniku rakoviny, sekundární prevencí se rozumí včasné diagnostika, včasná a vhodná léčba a péče. Tento koncept zahrnuje všechny tři úrovně zdravotní péče: informace, vzdělávání a zvyšování povědomí na primární úrovni, spojené s včasným odhalením na primární a sekundární úrovni a vhodné odborné léčbě a uzdravení na terciární úrovni. Výsledkem by mělo být zlepšení individuálního životního stylu a vyšší procento vyléčených případů. Zmíněné povede ke zlepšení kvality života cílové populace.

Projekt proběhne v oblastech, kde žije vysoký počet vnitřně přesídlených osob (provincie Samegrelo a Shida Kartli), budou z něj však těžit všichni obyvatelé daných oblastí.

Předpokládaná doba trvání projektu bude od 1. dubna 2011 do 31. prosince 2013. Celkem by mělo být po dobu trvání projektu vyšetřeno nejméně 8.500 žen. V prvním roce budou pokračovat vyšetření žen ve stávajících 16 ambulancích, jejichž personál bude postupně vyškolen a zacvičen (formou asistence odborníkům z mobilních klinik) k samostatnému výkonu diagnostického vyšetření. Mobilní klinika bude zajíždět do ambulance každé dva měsíce. Kromě toho proběhnou na různých úrovních osvětová setkání o problematice rakoviny prsu a děložního čípku. V roce 2012 bude do projektu zapojeno dalších deset nově identifikovaných ambulančí, jejichž personál bude nejdříve asistovat týmu mobilní kliniky a postupně samostatně vyšetřovat. Ve třetím roce trvání projektu by mělo být všech 26 ambulančí schopno vykonávat samostatně vyšetření vedoucí k časnému odhalení rakoviny prsu a děložního čípku a v případě pozitivního či nejasného nálezu asistovat pacientkám v další léčbě na sekundární úrovni. I ve třetím roce trvání projektu budou mít lékaři z ambulančí nadále odbornou podporu v týmu mobilní kliniky.

## 5.2. Cíle

Projekt si klade čtyři základní cíle: vzdělat a motivovat populaci v cílové oblasti; umožnit diagnostiku rakoviny prsu a děložního čípku v místě bydliště; aktivně sledovat pacientky s pozitivní diagnózou a vypracovat národní strategii pro prevenci a včasné odhalení rakoviny prsu a děložního čípku u žen ve venkovských oblastech.

### **1. Zvýšení povědomí o prevenci, včasném odhalení a léčbě rakoviny prsu a děložního čípku u cílové skupiny obyvatel**

Nedostatek znalostí, nepravdivé informace a společenská tabu kolem tématu rakoviny významně přispívají k pozdnímu odhalení a vysoké úmrtnosti, obzvláště ve venkovských oblastech. Projekt si klade za cíl zlepšit informovanost v oblastech, kde žije mnoho vnitřních uprchlíků, kteří mají horší přístup k informacím a zdravotní péči než ostatní obyvatelé.

### **2. Včasné odhalení rakoviny prsu a děložního čípku na úrovni primární zdravotní péče**

Posílením kapacit sester a lékařů na primární úrovni (vesnické ambulance) dojde k včasnějšímu odhalení rakoviny prsu a děložního čípku.

### **3. Proaktivní sledování pacientek s pozitivní diagnózou**

Sledování a psychosociální podpora žen s pozitivní či nejasnou diagnózou zvyšuje pravděpodobnost léčby nádorového onemocnění a tím také šanci na přežití nádorového onemocnění.

#### **4. Formulace národní strategie prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve venkovských oblastech**

Projekt podpoří snahy Ministerstva práce, zdraví a sociálních věcí o vytvoření vhodné strategie pro prevenci a včasnou diagnózu rakoviny prsu a děložního čípku na primární úrovni.

### **5.3 Výstupy**

1.1. Populace cílové oblasti má povědomí o prevenci, potřebě včasné diagnózy a léčbě rakoviny prsu a děložního čípku.

2.1. Personál 26 ambulancí má znalosti a praktické dovednosti v oblasti prevence, včasného odhalení a následného sledování pacientek.

2.2. Přes 8 500 pacientek vyšetřeno.

Doplňkový výstup 2.3. Personál 26 ambulancí má lepší znalosti v oblasti TBC diagnostiky (požadavek na proškolení lékařů v problematice TBC byl vznesen představiteli MoLHSA při jednání s českou stranou)

3.1. S pacientkami, u kterých byla rakovina (či prekanceróza) diagnostikována, je nadále pracováno.

3.2. Spolehlivá projektová databáze umožňující analýzu dat o pacientkách.

4.1. Evaluace dosažených výsledků a potenciálních překážek pro vytvoření národní strategie.

4.2. Utvoření pracovní skupiny (včetně představitelů MoLHSA) pro prevenci a včasné odhalení rakoviny prsu a děložního čípku; formulace národní strategie.

4.3. Relevantní aktéři jsou seznámeni s výsledky, doporučeními a rámcem budoucí strategie prevence, screeningu a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve venkovských oblastech

### **6. Management, průběh a monitoring projektu**

Vzhledem ke komplexní povaze projektu, vyžadující spolupráci s různými aktéry na různých úrovních bude projekt řídit **projektový manažer**, jímž bude realizátor nebo osoba pověřená realizátorem k řízení projektu. Projektový manažer bude mít za úkol řídit celý projekt, koordinovat komunikaci mezi jednotlivými aktéry projektu, vést monitoring projektu a také plnit roli prostředníka mezi gruzínským Ministerstvem práce, zdravotnictví a sociálních věcí (MoLHSA), zástupcem Českého velvyslanectví a dalšími aktéry. Pro zdárnou realizaci projektu je nutná trvalá přítomnost projektového manažera na místě po celou dobu trvání projektu.

#### **6.1 Management a koordinace projektu:**

*... plán managementu a koordinace projektu vypracuje uchazeč v rámci nabídky...*

#### **6.2 Časový průběh projektu**

*...časový harmonogram aktivit vypracuje uchazeč v rámci nabídky dle přílohy č. 3...*

## 6.3 Monitoring projektu

*...monitorovací plán vypracuje uchazeč v rámci nabídky...*

## 7. Rozdělení zodpovědností mezi partnerskými organizacemi

### 7.1 Hlavní rozdělení zodpovědností:

#### **Projektový manažer** (zaměstnanec realizátora)

- bude zodpovědný za celkovou koordinaci, monitoring a reportování projektu;
- bude zodpovědný za nákup nutného vybavení ambulancí;
- ponese hlavní zodpovědnost za koordinaci tvorby, tisku a distribuce informačních materiálů;
- ponese hlavní zodpovědnost za dokumentaci a hodnocení statistik a dat pacientek zapojených do projektu a jejich reportování
- bude zodpovědný za koordinaci pracovní skupiny
- bude zodpovědný za zpracování evaluace a národní strategie

#### **Místní partnerské organizace:**

Budou pracovat na primární úrovni v obou regionech, Samegrelo i Shida Kartli (celkem 26 vesnických ambulancí, z toho dvě v uprchlickém táboře v Tserovani). Vybraná(é) partnerská(é) organizace bude(ou) realizovat následující aktivity:

- identifikace 10 nových ambulancí v regionech Samegrelo a Shida Kartli;
- školení pro cílovou skupinu a pro „peer“ školitelky;
- školení pro pracovníky ambulancí;
- tvorba a distribuce informačních materiálů a převáděcích kartiček pro pacientky;
- distribuce TV spotu vytvořeného v rámci pilotního projektu o technikách samovyšetření prsu pro jeho další prezentaci v čekárnách ambulancí;
- poskytování služeb mobilní kliniky pro včasné odhalení rakoviny prsu a děložního čípku v uprchlickém táboře v Tserovani, které jsou v provozu od r. 2009 (2 ambulance). Tato služba bude zahrnovat fyzickou prohlídku prsou a vaginální inspekci, ultrazvukové vyšetření (rakovina prsu) a PAP-test (stěr z děložního čípku);
- poskytování služeb mobilní kliniky v regionech Samegrelo a v Shida Kartli (celkem 24 vesnických ambulancí). Tato služba bude zahrnovat fyzickou prohlídku prsou a vaginální vyšetření, ultrazvukové vyšetření (rakovina prsu) a PAP-test (stěr z děložního čípku);
- odeslání pacientek s pozitivním či sporným nálezem k dalšímu vyšetření na sekundární úroveň.

### 7.2 Společné aktivity

#### **Informační materiály (letáky/brožurky)**

V rámci pilotního projektu již byly vytvořeny tři typy informačních materiálů, které schválilo MoLHSA spolu s UNFPA, které je zodpovědné za programy Národního screeningového centra pro uvedené typy rakoviny. Jednalo se o následující tématické zaměření: informace o nejčastějších ženských typech rakoviny (prsu, děložního čípku, dělohy a vaječníku), informace o nejčastějších mužských typech rakoviny (rakovina plic, stěv a prostaty) a informace o zdravém životním stylu jako prostředku k prevenci rakoviny.

První dva typy informačního materiálu budou nyní doplněny o informace o státním programu a podpoře v oblasti diagnózy a léčby rakoviny. Populaci je rovněž nutné informovat o orientačních

cenách léčby (poplatky za operace a chemoterapii), které jsou fixní avšak nepříliš známe, což může vést k nepřiměřeně vysokým výdajům na straně neinformovaného pacienta. Na žádost MoHLSA bude vytvořen také informační materiál na téma TBC.

*V rámci připravovaného projektu se jeví jako nejvhodnější dotisk a distribuce již existujících materiálů vzniklých v rámci pilotního projektu, uchazeč však může v rámci projektu prezentovat vlastní představu o podobě plánovaných informačních materiálů.*

### **Systém registrace a převáděcích kartiček**

Všechny ženy, které v ambulatoriích požádají o vyšetření rakoviny prsu nebo děložního čípku, budou registrovány v registrační knize ambulatoria. Ženy, u kterých bude podezření na onemocnění a budou potřebovat následnou diagnostiku, budou registrovány jak ve zmíněné registrační knize tak i elektronicky mobilní klinikou. Zároveň dostanou převáděcí kartičku pro další diagnostiku na sekundární úrovni. Obsah kartičky (diagnóza, důvod poslání pacientky k dalšímu vyšetření) bude rovněž zapsán v registrační knize ambulance. Kartička nebude sloužit jen k registraci, ale také pro další bezplatná vyšetření. V onkocentrech na sekundární úrovni bude další registrační kniha, ve které budou všechny ženy s kartičkou zapsány spolu s jejich další diagnostikou, postupem léčby a jejím výsledkem. Převáděcí kartička pacientkám zajistí i následný bezplatný přístup do regionálních onkocenter v Gori a Zugdidi, kde budou opět zapsány do speciálního registru. Na stejném místě se bude evidovat i eventuální doplňková diagnostika a způsob a výsledek léčení.

### **Sbírání, hodnocení a distribuce statistických dat**

Za aktualizaci databáze a analýzu dat budou odpovědní partnerské organizace, které budou poskytovat výsledky zpět na místní úroveň. Za zpracování konečné databáze, analýzu a její předání UNFPA, MoLHSA a jiným relevantním aktérům pro další použití bude zodpovědný projektový manažer.

### **Evaluace projektových výsledků, koordinace pracovní skupiny, formulace národní strategie a lobbying**

Za realizaci všech výše uvedených aktivit zodpovídá projektový manažer. Partnerské organizace mu budou poskytovat nutnou podporu a vstupy.

## **8. Faktory kvality a udržitelnosti výsledků projektu**

*... plán udržitelnosti vypracuje uchazeč v rámci nabídky...*

## **9. Analýza rizik a předpokladů**

Hlavním rizikem a předpokladem úspěšné implementace projektu bude stabilní politická a ekonomická situace v Gruzii. Tento vývoj sice není možné předvídat, současná situace (prosinec 2010) však naznačuje poměrnou politickou stabilitu v blízké budoucnosti. Dalším možným rizikem je již zmíněná součinnost a podpora ze strany státních aktérů (Ministerstva práce, zdravotnictví a sociálních věcí a představiteli místní samosprávy) a UNFPA. Pravidelná setkání realizátora projektu s uvedenými aktéry přispějí k dosažení vytyčených cílů a udržitelnosti projektu po jeho skončení.

Zájem pracovníků ambulancí o zapojení do projektu je jedním z dalších předpokladů / rizik. Při identifikaci deseti nových ambulancí bude proto proveden průzkum, na jehož základě budou

vybrány ordinace s aktivním zájmem o zapojení do projektu. Dosavadní zkušenost s pilotním projektem ukazuje, že zájem o zvyšování kapacit je na straně zdravotníků značný. Dalším rizikem / předpokladem je skutečný zájem cílové skupiny na včasném odhalení rakoviny. Protože v gruzínské společnosti přetrvává společenské tabu kolem tématu rakoviny, existuje riziko, že pacientky nebudou ochotny na vyšetření chodit. Toto riziko podporuje i skutečnost, že v prvotní fázi obdobného typu projektu dochází k odhalení řady případů rakoviny v pozdním stádiu. Zkušenost z pilotního projektu však ukazuje, že s účinnou osvětou a funkčně nastaveným systémem vyšetření je cílová populace značně motivována k zapojení do projektu.

Kvůli většímu počtu organizací zapojených do projektu existuje i riziko špatné komunikace a nedorozumění, které může vést na jedné straně k mezerám, na druhé straně k překrývání aktivit projektu. Pravidelná komunikace a setkávání všech aktérů mohou toto riziko výraznou měrou snížit.

## **10. Rozpočet**

Celková částka pro období 2011-2013: 11.000.000 Kč

Rozdělení na jednotlivá období:

2011 – 4 000 000

2012 – 3 500 000

2013 – 3 500 000

*Položkový rozpočet nákladů na realizaci předloží uchazeč v rámci nabídky jako samostatnou přílohu.*

### **Přílohy:**

Příloha č. 1: Matice logického rámce

Příloha č. 2: Etapový rozpočet *(modelový dokument, upraví uchazeč jako přílohu nabídky)*

Příloha č. 3: Časový harmonogram aktivit projektu *(modelový dokument, upraví uchazeč v rámci nabídky)*

## Příloha č. 1: Matice logického rámce

	Popis projektu (intervenční logika)	Objektivně ověřitelné ukazatele (indikátory)	Zdroje ověření ukazatelů	Předpoklady a rizika
<b>Záměr</b>	Zvýšit pravděpodobnost přežití rakoviny prsu a děložního čípku a TBC u cílové populace v oblastech Samegrelo a Shida Kartli	Nárůst diagnostikovaných případů v cílové oblasti Nárůst případů diagnostikovaných v časně fázi (I, II) Pokles úmrtí pacientů, k nimž došlo v prvním roce od stanovení diagnózy Zvýšené procento žen, které podstoupí léčbu	Národní onkostatistika Národní onkostatistika Národní onkostatistika Projektová databáze	
<b>Cíle</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zvýšení povědomí o prevenci, včasném odhalení a léčbě rakoviny prsu a děložního čípku</li> <li>2. Včasné odhalení rakoviny prsu a děložního čípku na úrovni primární zdravotní péče</li> <li>3. Proaktivní sledování pacientek s pozitivní diagnózou</li> <li>4. Formulace národní strategie prevence a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve venkovských oblastech</li> </ol>	<p>Výsledky rozhovorů se ženami v cílových vesnicích</p> <p>Množství registrovaných a k dalšímu vyšetření odeslaných pacientek</p> <p>Nárůst počtu pacientek, které podstoupí léčbu</p> <p>Funkční strategie</p>	<p>Monitoring</p> <p>Statistická data; projektová databáze</p> <p>Projektová databáze</p> <p>Dokument; monitoring</p>	<p><b>Předpoklad:</b> Populace má zájem na prevenci a včasném odhalení rakoviny</p> <p><b>Rizika:</b> Stigmata a tabu kolem rakoviny Finanční nedostupnost sekundární péče pro některé pacientky Údaje pro další evidenci pacientů nejsou úplné nebo jsou zkreslené</p>
<b>Výstupy</b>	1.1. Populace cílové oblasti má povědomí o prevenci, potřebě včasné diagnózy a léčbě rakoviny prsu a děložního čípku	Výsledky testu, který ženy vyplnily před a po skončení edukačních setkání	Test	

	<p>2.1. Personál 26 ambulancí má znalosti a praktické dovednosti v oblasti prevence, včasného odhalení a následného sledování pacientů</p> <p>2.2. Přes 8 500 pacientek vyšetřeno</p> <p>2.3. Doplnkový výstup: Personál 26 ambulancí má lepší znalosti v oblasti TBC diagnostiky</p> <p>3.1. S pacientkami, u kterých byla rakovina (či prekanceróza) diagnostikována, je nadále pracováno</p> <p>3.2. Spolehlivá projektová databáze umožňující analýzu dat o pacientkách</p> <p>4.1. Evaluace dosažených výsledků a potenciálních překážek pro vytvoření národní strategie</p> <p>4.2. Utvoření pracovní skupiny (včetně představitelů MoHLSA) pro prevenci a včasné odhalení rakoviny prsu a děložního čípku; formulace národní strategie</p> <p>4.3. Relevantní aktéři jsou seznámeni s výsledky, doporučeními a rámcem budoucí strategie prevence, screeningu a včasného odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve venkovských oblastech</p>	<p>Všichni lékaři z 26 ambulancí ovládají techniku základního mammologického a cytologického vyšetření</p> <p>Pacientky registrovány pro další vyšetření</p> <p>Nárůst pacientů s diagnostikovanou TBC</p> <p>Nárůst počtu pacientek, které podstoupí další vyšetření a následnou léčbu</p> <p>Relevantní aktéři mají přístup k přesným a aktuálním statistikám</p> <p>Evaluace</p> <p>Funkční pracovní skupina Strategie</p> <p>Strategie představena</p>	<p>Monitoring</p> <p>Evidence ambulatorií; Projektová databáze</p> <p>Evidence ambulancí; Monitoring</p> <p>Evidence ambulancí; Projektová databáze</p> <p>Projektová databáze</p> <p>Dokument evaluace</p> <p>Zápisy ze schůzek Dokument strategie</p> <p>Zápisy ze schůzek, monitoring médií</p>	
<b>Aktivita</b>	<p>1.1.1. Osvětová kampaň pro obyvatele 26 vesnic na téma prevence, potřeby včasné diagnózy a léčby rakoviny prsu a</p>	<p>Realizace minimálně 144 osvětových setkání v terénu</p>	<p>Seznam účastníků; Fotodokumentace</p>	<p><b>Předpoklady:</b> Konzistence reformy systému</p>



	děložního čípku			zdravotní péče v Gruzii; vláda má vůli převzít vytvořený model
1.1.2.	Vybrání a vyškolení 150 dobrovolných „peer“ školitelů	150 osob zapojeno do projektu jako „peer“ školitel	Seznam zapojených „peer“ školitelů	Efektivní fungování modelu dobrovolných „peer“ školitelů
1.1.3.	Vytvoření, tisk a distribuce informačních materiálů	Informační materiály distribuovány cílové skupině	Monitoring	Motivace pracovníků poskytovat informace a osvětu cílové skupiny
1.1.4.	Namnožení a distribuce DVD na téma samovyšetření prsu pro budoucí projekci v čekárnách ambulancí	DVD prezentováno v čekárnách	Monitoring	Pracovníci zdravotnických zařízení mají kapacitu a zájem se učit
2.1.1.	Průzkum a následná identifikace 10 nových ambulancí (5 v regionu Samegrelo a 5 v regionu Shida Kartli)	Deset nových ambulancí zapojeno do projektu	Monitoring; Fotodokumentace	Patříčné užití vybavení
2.1.2.	Výcvik personálu deseti nových ambulancí v oblasti prevence, detekce a sledování pacientů s rakovinou prsu a děložního čípku; důraz na poradenství	Personál deseti ambulancí vyškolen	Seznam účastníků školení; Monitoring	Celoroční přístupnost cílových lokalit
2.1.3.	Výcvik a praktické zaškolení personálu všech 26 ambulancí v technikách vyšetření prsu a děložního čípku včetně odběru vzorku pro cytologii; získání praktických dovedností během asistence mobilním klinikám	26 lékařů a 26 zdravotních sester vyškoleny	Seznam účastníků školení; Monitoring	<b>Rizika:</b> Mobilita vnitřně přesídlených osob Nekonzistence reformy zdravotního systému
2.2.1.	Vyšetření pacientek z 26 ambulancí (ve spolupráci s mobilní klinikou)	Přes 8 500 žen vyšetřeno, evidence žen odeslaných k dalšímu vyšetření	Projektová databáze	
2.2.2.	Odeslání pacientek s pozitivním či sporným nálezem k dalšímu vyšetření a léčbě na sekundární úrovni	Nárůst počtu pacientek vyšetřených na sekundární úrovni	Projektová databáze	

2.3.1. Proškolení lékařů a sester z 26 ambulancí v diagnostice TBC	Nárůst počtu pacientů s diagnózou TBC	Evidence ambulancí; monitoring	
3.1.1. Registrace a další vyšetření pacientek v onkocentrech na sekundární úrovni	Nárůst počtu pacientek, které podstoupí léčbu	Projektová databáze	
3.1.2. Zaškolení pracovníků 26 ambulancí v oblasti sledování nemocných žen a případné paliativní péče pro onkologické pacienty	26 lékařů a 26 sester vyškoleny	Seznam účastníků školení, monitoring	
3.1.3. Psychosociální asistence ženám vyžadujícím další vyšetření či léčbu posilující jejich proaktivní přístup	Nárůst počtu žen, které podstoupí další vyšetření a léčbu	Projektová databáze	
3.2.1. Aktualizace a další rozvoj projektové databáze evidující ženy absolvující vyšetření; evidence dalších vyšetření či léčby	Přesná data dostupná pro další analýzy	Projektová databáze	
3.2.2. Data jsou aktualizována a analyzována	Výstupy analýzy	Průběžná a závěrečná zpráva	
4.1.1. Provedena evaluace projektových výsledků a potenciálních překážek k vypracování dalších doporučení	Výstupy evaluace	Evaluační dokument	
4.2.1. Utvoření pracovní skupiny (včetně zástupců MoHLSA) pro vypracování strategie	Funkční pracovní skupina	Zápisy ze schůzek	
4.2.2. Formulace národní strategie pro prevenci a včasné odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve venkovských oblastech	Vytvořená strategie	Strategický dokument	

	4.3.1. Lobbying na úrovni ministerstev, parlamentu a jiných relevantních orgánů prezentující návrh národní strategie pro prevenci a včasné odhalení rakoviny prsu a děložního čípku ve venkovských oblastech	Kulaté stoly Prezentace v médiích	Zápisy ze schůzek; Fotodokumentace Monitoring médií	
--	--	--------------------------------------	---	--

Příloha č.2: Etapový rozpočet (*modelový dokument, upraví uchazeč*)

ETAPY PROJEKTU	AKTIVITY V RÁMCI PROJEKTU	CENA ZA AKTIVITY	CENA ZA ETAPY
Rok 2011			
Etapa 1 Termín pro dosažení etapy:	Aktivita		
	Aktivita		
	Aktivita		
Etapa 2 Termín pro dosažení etapy:	Aktivita		
	Aktivita		
Rok 2012			
Etapa 3 Termín pro dosažení etapy:	Aktivita		
	Aktivita		
Etapa 4 Termín pro dosažení etapy:	Aktivita		
	Aktivita		
Rok 2013			
Etapa 5 Termín pro dosažení etapy:	Aktivita		
	Aktivita		
Etapa 6 Termín pro dosažení etapy:	Aktivita		
	Aktivita		
CELKEM			

**Příloha č. 3: ČASOVÝ HARMONOGRAM AKTIVIT PROJEKTU** *(modelový dokument, upraví uchazeč)*

<i>Předpokládaný kalendářní měsíc / rok</i>												
<b>Aktivity/měsíce od zahájení projektu</b> <i>(dle tabulky výstupů a finančního rámce)</i>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>Řízení projektu</b>												
<b>Cíl 1</b>												
<b>Výstup 1.1</b>												
Aktivita 1.1.1												
Aktivita 1.1.2												
<b>Výstup 1.2</b>												
Aktivita 1.2.1												
Aktivita 1.2.2												
<b>Výstup 1.3</b>												
Aktivita 1.3.1												
Aktivita 1.3.2												
<b>Cíl 2</b>												
<b>Výstup 2.1</b>												
Aktivita 2.1.1												
Aktivita 2.1.2												
<b>Výstup 2.2</b>												
Aktivita 2.2.1												

Aktivita 2.2.2												
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--