

NIBR

Norwegian Institute for
Urban and Regional Research

ЗВІТ

про організацію та фінансування
гарантованих державою публічних послуг
у секторах освіти, охорони здоров'я та
соціального захисту в Латвії

«Партисипативна демократія та обґрунтовані рішення на місцевому рівні в Україні» – трирічний проект впроваджується двома асоціаціями органів місцевого самоврядування з Норвегії та України – Норвезькою асоціацією місцевих і регіональних влад та Асоціацією міст України – у співпраці з Норвезьким інститутом міських і регіональних досліджень. Проект фінансується Міністерством закордонних справ Норвегії .

ЗВІТ

про організацію та фінансування гарантованих державою публічних послуг у секторах освіти, охорони здоров'я та соціального захисту в Латвії

Інара Дундуре, кандидат наук, магістр ділового адміністрування
Ілзе Рудзите, магістр ділового адміністрування

Видання здійснене в рамках проекту «Партисипативна демократія та обґрунтовані рішення на місцевому рівні в Україні», фінансованого МЗС Норвегії . Зміст посібника є відповідальністю АМУ і не обов'язково відображає думку МЗС Норвегії . Дозволяється вільно копіювати, перевидавати й розповсюджувати на всій території України всіма способами, якщо це здійснюється безоплатно для кінцевого споживача. Посилання на Асоціацію міст України є обов'язковим.

ВСТУП

Латвія є парламентською республікою, яка була утворена в 1918 році і відновила свою незалежність від Радянського Союзу в 1991 році. Законодавчу владу зосереджує в своїх руках парламент - Сейм, однопалатний вищий представницький орган, в якому працюють 100 депутатів. Главою держави є президент, який обирається парламентом строком на чотири роки.

Президент підписує закони, призначає прем'єр-міністра (який керує урядом) і виконує представницькі функції. Після виборів, Кабінет Міністрів, який є вищим виконавчим органом, приймає Декларацію про заплановані види діяльності, яка потім перетворюється в План дій уряду. Цей план визначає основні результати, які повинні бути виконані відповідними міністерствами, в тому числі Міністерством освіти і науки (МОН), Міністерством охорони здоров'я та Міністерством соціального забезпечення.

У 2009 році в країні пройшла адміністративно-територіальна реформа, в результаті якої Латвія змінила систему дворівневих муніципалітетів на систему однорівневих муніципалітетів, і було створено 119 муніципалітетів замість колишніх 548. Після реформи, були сформовано 119 муніципалітетів - 9 міст, 60 муніципалітетів, до складу яких входять міста, та 50 сільських округів. В загальному числі 119 муніципалітетів 25% складають невеликі округи з населенням до 4.000, 40% є округами середнього розміру з населенням від 4.000 до 10.000, 27% є великими округами з населенням понад 10.000, а також 8% є містами.

На 1 січня 2016 року в Латвії налічувалося 1.969.000 жителів, територія країни становила 64.589 кв. км. зі столицею в м. Рига¹. З 2004 року Латвія є державою-членом Європейського Союзу.

Протягом декількох десятиліть в Латвії спостерігалось постійне зниження чисельності населення. Станом на 2013 рік вона втратила 276.000 жителів порівняно з 2003 роком (14%) та 562.000 чоловік порівняно з 1992 роком (22%). Такий розвиток подій обумовлений цілою низкою чинників: старінням населення, низьким рівнем народжуваності (1,52 дитини на одну жінку в 2013 році), який протягом багатьох років був значно нижчим рівня відтворення², і великими обсягами еміграції, яка особливо проявилася під час економічного спаду 2008-2010 рр. Серед емігрантів дорослого віку, які покинули країну в період між 2000 і 2011 роками, три чверті були люди віком до 35 років на момент свого виїзду, включаючи багато осіб, які мали відносно непогану освіту³. В Латвії також спостерігається внутрішня міграція в основному з сільської місцевості в міста, приблизно 40% потоку якої

¹ Показники кількості населення і природного руху - <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/iedzivotaji-galvenie-raditaji-30260.html>

² Центральне статистичне бюро Латвії (2015 р.), Статистичний щорічник Латвії 2014 року, Центральне статистичне бюро Латвії, Рига, www.csb.gov.lv/sites/default/files/nr_01_latvijas_statistikas_gadagramata_2014_statistical_yearbook_of_latvia_14_00_lv_en_0.pdf

³ Hazans, M. [М. Хазанс], (2013 р.), "Emigration from Latvia: Recent trends and economic impact", in OECD, Coping with Emigration in Baltic and East European Countries [«Еміграція з Латвії: Останні тенденції та економічні наслідки», в ОЕСР, Боротьба з еміграцією в Прибалтиці і країнах Східної Європи], ОЕСР Publishing, Париж, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204928-7-en>

направляється в місто Рига⁴. Такі демографічні зміни мають значний вплив на планування надання публічних послуг в Латвії.

Існують також значні диспропорції між регіонами і муніципалітетами. Латгальський регіон, зокрема, має багато бідних муніципалітетів з несприятливими умовами для розвитку, з високим рівнем безробіття та низьким рівнем податкових надходжень і негативних міграційних потоків. У 1995 році був створений Фонд фінансового вирівнювання⁵ для вирішення проблем нерівномірності регіонального розвитку, а також було запроваджено спеціальне державне фінансування муніципалітетів з найнижчими прогнозованими показниками доходами на душу населення після фінансового вирівнювання.

У 2015 році уряд прийняв новий закон про фінансове вирівнювання органів місцевого самоврядування, який буде застосований до розрахунку вирівнювання доходів органів місцевого самоврядування в 2016 році та в наступних роках. Нова система заснована на переглянутих та виправлених принципах оцінки демографічних критеріїв, середніх даних по доходах органів місцевого самоврядування і на пропорційному розподілі субсидій з державного бюджету, для того, щоб привести всі органи місцевого самоврядування якомога ближче до показників тих, в яких доходи на душу населення є найвищими. Вона також враховує прогнозовані надходження від податку на доходи фізичних осіб, надходження від податок на майно, а також макроекономічні прогнози.

Латвія також розробила багатоцентричну політику свого розвитку, яка спрямована на зміцнення конкурентоспроможності, доступності та привабливості 30 найбільших міських агломерацій (див. Рисунок 1):

- ... 9 центрів розвитку на національному рівні - міста республіканського значення або міські муніципалітети (з населенням понад 20 тисяч жителів, з яких 5 мають кількість населення понад 50 тисяч).
- ... 21 центрів розвитку на регіональному рівні – містечка та муніципалітети змішаного міського та сільського типів (з населенням від 5 до 20 тисяч жителів).

Така мережа центрів покликана забезпечити територіально збалансований розподіл функціональних міських районів по всій території Латвії, забезпечуючи робочі місця і публічні послуги для всіх мешканців в міських і сільських районах, а також стимулювати економічне зростання в регіонах.

⁴ Krišjāne, Z. and T. Lāce [З. Крішьяне і Т. Лаце] (2012 p.), Social Impact of Emigration and Rural-Urban Migration in Central and Eastern Europe: Final Country Report: Latvia, European Commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion [«Соціальні наслідки еміграції і та міграція з сільських місцевостей у міські в Центральній та Східній Європі: Заключна доповідь про ситуацію в країні: Латвія, Європейська комісія, Демократія та розвиток, зайнятість, соціальна сфера та інклюзивність»], <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8852&langId=en>

⁵ Закон "Про вирівнювання муніципальних фінансів" – 04 червня 2015 року. - <http://likumi.lv/doc.php?id=274742>

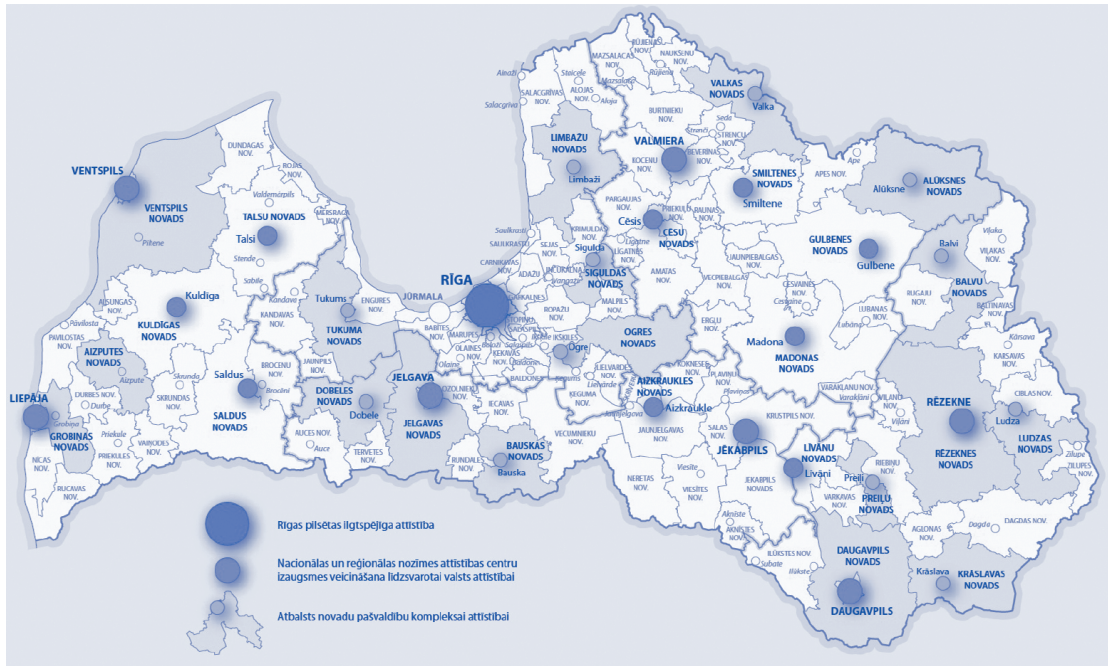


Рисунок 1. Латвійська багатоцентрична структура розвитку

Джерело: Міністерство охорони навколишнього середовища та регіонального розвитку (2010 р.), *Teritoriālā pieeja Atbalsta plānošanā un sniegšanā [Територіальний підхід в плануванні і наданні підтримки]*, Міністерство охорони навколишнього середовища та регіонального розвитку, Рига,

www.varam.gov.lv/in_site/tools/download.php?file=files/text/publikacijas/publ//TeritPieejaAtbPlanSnieg.pdf

Відповідно до політики багатоцентричного розвитку, Латвія визначила набір ("кошик") публічних послуг для кожного рівня поселень - центрів розвитку загальнодержавного, регіонального, місцевого рівня - і сільської місцевості. Надання основних послуг проводиться на рівні, який знаходиться якомога ближче до людей, в той час як інші послуги зосереджені в 30 найбільших міських районах. Така рамкова програма націлена на підтримку раціоналізації та об'єднання надання послуг в окремих галузях: освіта, культура, охорона здоров'я, спорт і соціальна допомога на кожному рівні поселення.

Закон «Про місцеве самоврядування»⁶ визначає власні, делеговані і добровільні повноваження органів місцевого самоврядування. Що стосується сфери охоплення даного дослідження, а саме: освіта, охорона здоров'я та соціальні послуги, муніципалітети мають наступні власні повноваження:

- Забезпечення надання освітніх послуг (забезпечення прав людей на початкову та загальну середню освіту; забезпечення місць для дітей дошкільного та шкільного віку в навчальних установах; організаційна та фінансову допомога позашкільній освіті та навчальних установах та допоміжних навчальних закладах і т.д.);
- Забезпечення доступу до медичного обслуговування, а також пропаганда здорового та спортивного способу життя;

⁶ Закон «Про місцеве самоврядування» - 19 травня 1994 року. - <http://likumi.lv/doc.php?id=57255>

- Надання соціальної допомоги (соціального забезпечення) (соціальна допомога для малозабезпечених сімей та соціально незахищених осіб, надання літнім особам місць в будинках для людей похилого віку, надання дітям-сиротам і дітям, які залишилися без піклування батьків, місць в освітніх установах, забезпечення житлом бездомних і т.д.).

Власні повноваження знаходяться у віданні муніципалітетів незалежно від їх розмірів та бюджету. Такі повноваження фінансуються з місцевого бюджету, якщо інше не зазначено в Законі «Про місцеве самоврядування». У тих випадках, коли інші функції державного управління надаються або делегуються муніципалітетам, їм повинні бути призначені додаткові джерела доходів.

Муніципальний бюджет в основному складається з надходжень від податку на майно і частини загальних надходжень від національного обсягу податку на доходи фізичних осіб (ПДФО). Закон «Про податок на доходи фізичних осіб»⁷ передбачає, що зібрані кошти від податку на доходи фізичних осіб зараховуються до місцевого бюджету за місцем проживання платника податків та до державного бюджету відповідно до фіксованих пропорцій, зазначених в щорічному законі про державний бюджет. Коефіцієнт розподілу податку на доходи фізичних осіб є темою щорічних перемовин між Латвійською асоціацією місцевих і регіональних влад (LALRG)⁸ і Кабінетом Міністрів (Кабінет). Беручи до уваги той факт, що процесі переговорів стосовно бюджету на 2016 рік та середньострокової бюджетної бази не було досягнуто консенсусу стосовно принципів формування середньострокових бюджетних доходів муніципалітетів, Кабмін і Мінфін наполягали на тому, що протягом наступних трьох років коефіцієнт перерозподілу податку на прибуток залишається незмінним, а саме: 20% до державного бюджету і 80% до бюджетів муніципалітетів. LALRG зазначала, що з тим, що стосується розподілу коштів в 2016 році, Асоціація погоджується, але в довгостроковій перспективі існує занадто багато чинників, які можуть вплинути на доходи і витрати, отже, встановлення фіксованої пропорції розподілу коштів в середньостроковій перспективі є нерозумним. Важливо не тільки компенсувати негативний фіскальний вплив змін політики щодо розподілу ПДФО, який є основним джерелом доходів муніципалітетів, але і дати муніципалітетам необхідний обсяг доходів для виконання своїх функцій і завдань в цілому. На думку муніципалітетів, звичка, яка з'явилася в контексті економічної кризи, перекладати нові зобов'язання на муніципалітети без відповідної фінансової компенсації має місце досі, тому муніципалітети змушені перерозподіляти частину своїх власних доходів для фінансування таких зобов'язань, зменшуючи,

⁷ Закон «Про податок на доходи фізичних осіб» – 11 травня 1993 року. - <http://likumi.lv/doc.php?id=56880>

⁸ Громадська організація "Латвійська асоціація місцевих і регіональних влад" об'єднує всі типи муніципалітетів - місцеві і регіональні муніципалітети Латвії - на добровільній основі. Будучи заснованою в 1991 році, членами Асоціації є 118 муніципалітетів (із загального числа 119 в країні). Асоціація представляє та захищає інтереси муніципалітетів в перемовинах з урядом, представницькими органами Європейського Союзу, Ради Європи та інших міжнародних організацій.

таким чином, обсяги фінансування для виконання повноважень, які знаходяться в межах їх власної компетенції⁹.

Закон «Про державний бюджет на 2016 рік»¹⁰ передбачає, що розподіл надходжень від податку на доходи фізичних осіб між державним бюджетом та місцевими бюджетами у 2016 році виглядає наступним чином: муніципальні бюджети отримують 80%, а державний бюджет отримує 20%. Прогнозовані надходження від ПДФО до муніципальних бюджетів становитимуть 1.224.733.968 євро, і ця сума є гарантованою на 100%. Прогнозовані надходження від податку на доходи фізичних осіб розподіляються щоквартально (у відсотках): у 1-му кварталі - 22%, в 2-му кварталі - 24%, в 3-му кварталі - 26%, і в 4-му кварталі - 28%. Щомісяця фактичні показники надходжень від податку на доходи фізичних осіб за попередній місяць беруться до уваги і порівнюються з прогнозованим пропорційним розподілом (одна третина квартальних прогнозів). Невиконання планових показників надходжень від ПДФО (починаючи від початку року) компенсується за рахунок частки надходжень від ПДФО до державного бюджету. Муніципалітети, чий дохід є нижчим певного рівня, отримують компенсацію від фонду муніципального вирівнювання; в 2016 році, з державного бюджету буде передбачено фінансування в муніципальний фонд фінансового вирівнювання в розмірі 36,48 млн. євро.

У 2014 році загальні витрати з муніципальних бюджетів склали 2.280.411.272 євро. На Рисунку 2 показано розбивку процентної частки витрат на виконання загальнодержавних функцій.

⁹ <http://www.lps.lv/lv/zinas/lps/1490-paplasinata-mkk-sede-izskata-lps-un-ministru-kabineta-vienosanas-domstarpibu-protokolu>

¹⁰ Закон «Про державний бюджет на 2016 рік», 30 листопада 2015 року. - <http://likumi.lv/ta/id/278623-par-valsts-budzetu-2016-gadam>

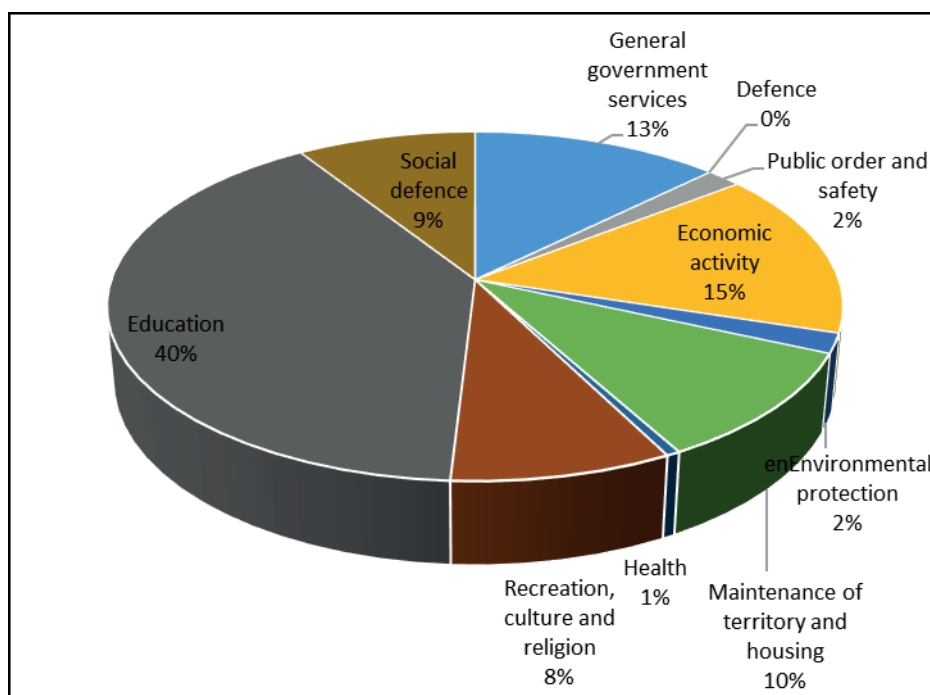


Рисунок 2. Структура витрат муніципальних бюджетів з розбивкою на загальнодержавні функції, 2014 рік, %.

Освіта – 40%; соціальний захист – 9%; загальні публічні послуги – 13%; оборона – 0%; громадський порядок та безпека – 2%; економічна діяльність – 15%; охорона довкілля – 2%; облаштування територій та житлове господарство; охорона здоров'я – 1%; дозвілля та релігія – 8%

На національному рівні, Сейм, Кабінет Міністрів і МОН є основними органами, які приймають рішення в сфері політики в галузі освіти. МОН є основним органом, який відповідає за розробку і впровадження політики в галузі освіти, науки, спорту, державної мови і молодіжної політики.

Національний план розвитку Латвії на 2014 - 2020 роки¹¹ визначає середньострокові пріоритети в галузі освіти і науки. Його стратегічні цілі "Розвиток знань та вмінь" і "Перспективні дослідження та інновацій та вища освіта" роблять наголос на розвиток знань та вмінь та на вдосконалення наукових досліджень, інновацій та системи вищої освіти. Такі стратегічні цілі були розроблені в Основних принципах розвитку освіти на період 2014 - 2020 років¹², де викладаються загальні цілі та завдання розвитку системи освіти, які повинні бути досягнуті до 2020 року.

МОН підтримують ціла низка підвідомчих установ, декілька з яких були створені в 2009 році в результаті реорганізації та злиття інших організацій, що мало на меті спрощення системи і підвищення загальної ефективності та результативності. Такими підвідомчими установами є: Державна служба якості

¹¹ CCCC (2012 p.), Національний план розвитку на період 2014 – 2020 років, Міжвідомчий координаційний центр, Рига, www.pkc.gov.lv/images/NAP2020%20dokumenti/NDP2020_English_Final.pdf

¹² Основні напрямки розвитку освіти на період 2014 – 2020 років, Міністерство освіти та науки, Рига, <http://m.likumi.lv/doc.php?id=266406>

освіти¹³, Національний центр з питань освіти¹⁴, Державне агентство з питань розвитку освіти¹⁵, Агентство з питань міжнародних програм для молоді¹⁶, Латвійський рада з питань науки¹⁷ і Академія наук Латвії¹⁸.

Інші державні установи також відіграють певну роль в системі освіти. Галузеві міністерства як Міністерства культури і Міністерства соціального забезпечення здійснюють нагляд та забезпечують фінансування деяких професійно-технічних навчальних закладів, гімназій та вищих навчальних закладів. Складна структура управління вже багато разів призводила до певних проблем стосовно координації, впровадження державної політики в даній галузі та оптимізації надання навчальних послуг.

Для того, щоб вирішувати поточні питання, проводяться щорічні переговори між LALRG і всіма міністерствами. Теми, порушені на таких зустрічах, стосуються надання фінансування та концептуальних питань в кожній сфері. Наприклад, визначено, що в 2016 році будуть актуальними наступні питання:

- ... в ході переговорів з Міністерством освіти - моделі фінансової підтримки вчителів;
- ... в ході переговорів з Міністерством соціального забезпечення - хід процесу деінституціоналізації і впровадження принципу "гроші йдуть за клієнтом», концепція мінімального рівня доходу і його фінансового забезпечення та відновлення цільових грантів на оплату праці соціальних працівників;
- ... в ході переговорів з Міністерством охорони здоров'я – запровадження моделі обов'язкового медичного страхування, скорочення фінансування для регіональних лікарень, забезпечення лікарями (спеціалістами) та їх залучення в до роботи регіонах.

Для установ, які надають послуги в сфері освіти, охорони здоров'я і соціальних служб існують стандарти і вимоги, встановлені на національному рівні, дотримання яких контролюється державними органами незалежно від засновника організації, яка надає послуги або джерел фінансування (державні, муніципальні, приватні організації).

¹³ <http://www.ikvd.gov.lv/eng/>

¹⁴ <http://www.visc.gov.lv/eng/>

¹⁵ <http://viaa.gov.lv/eng/>

¹⁶ <http://jaunatne.gov.lv/en>

¹⁷ <http://www.lzp.gov.lv/index.php?mylang=english>

¹⁸ <http://www.lza.lv/index.php?mylang=english>

ЛАТВІЙСЬКА СИСТЕМА ОСВІТИ

Система освіти в Латвії є відносно невеликою. У 2013 - 2014 навчальному році налічувалося 423.389 дітей і студентів, що навчалися в системі освіти Латвійської республіки (див. Таблицю 1). Це число значно зменшилося за останні десятиліття в результаті триваючого демографічного спаду та еміграції.

Таблиця 1. Система освіти в Латвії - Огляд в цифрах

| Рівень освіти | Кількість тих, хто відвідує | | Кількість вчителів та викладачів | |
|--|-----------------------------|---------|----------------------------------|---------|
| | 2005/06 | 2013/14 | 2005/06 | 2013/14 |
| Раннє дитинство і догляд (дошкільна освіта) | 74 968 | 93 533 | 8 211 | 9 703 |
| Загальна освіта (всього) | 298.516 | 209.130 | 28.323 | 23.114 |
| Базова освіта (1 - 9 класи) | 217.038 | 160.400 | 19.799 | 16.039 |
| Старша середня освіта (10 - 12 класи) | 57.218 | 30.375 | 5.528 | 4.609 |
| Спеціальні навчальні заклади | 9.691 | 7.088 | 1.955 | 1.773 |
| Вечірні школи (1 - 12 класи) | 14.569 | 11.267 | 1.041 | 693 |
| Професійно-технічна освіта | 42.737 | 31.055 | 3.932 | 3.329 |
| Вища освіта і коледжі | 131.125 | 89.671 | 4.682 | 4.888 |

Джерело: Центральне статистичне бюро Латвії (2015 р.), Статистичний щорічний довідник Латвії 2014 року, Центральне статистичне бюро Латвії, Рига, www.csb.gov.lv/sites/default/files/nr_01_latvijas_statistikas_gadagramata_2014_statistical_yearbook_of_latvia_14_00_lv_en_0.pdf.

Основними елементами системи Латвійської освіти є:

- ... дошкільна освіта (періоду раннього дитинства і догляду);
- ... початкова освіта (1 - 9 класи);
- ... середня освіта (10 - 12 класи);
- ... вища (третинного рівня) освіта.

Загальна тривалість освіти в Латвії складає 12 років: дев'ять років на рівні обов'язкової початкової освіти і три роки на рівні середньої школи. Дошкільна освіта для дітей віком від 5 до 6 років є також обов'язковою. Початкова освіта включає в себе вибір або поєднання загальної початкової освіти (1 - 9 класи) та початкової професійної освіти. Середня освіта включає в себе вибір або поєднання загальної середньої освіти, середньої професійно-технічної освіти та професійної освіти. Вища (третинного рівня) освіту включає в себе як академічні та професійні навчальні програми. Рисунок 3 описує структуру освіти в Латвії. Обов'язкова одноструктурна базова освіта триває з 1 по 9 клас (віком від 7 до 16 років) і ділиться на 6 років початкової освіти і 3 роки

середньої школи. Перехід до наступного класу відбувається автоматично, оскільки для переходу від одного класу до іншого не потрібно жодних іспитів. Базова освіта закінчується після 9-го класу, після закінчення якого випускники складають іспити зі своєї рідної мови, латиської мови для студентів в школах національних меншин, математики, історії Латвії та іноземної мови. Після цього їм видається сертифікат, який необхідний для вступу в старші класи середньої школи.

Хоча це і не є обов'язковим, більшість школярів в Латвії продовжують навчання, щоб здобути освіту в старших класах середньої школи (від 10 по 12 класи). Освіта в старших класах середньої школи здійснюється в загальноосвітніх і професійних установах, які працюють в режимі повного робочий день або неповний робочого дня. Студенти можуть вибрати найбільш підходящий для себе заклад для тримання освіти в старших класах середньої школи. Щоб виконати програму професійно-технічної освіти потрібно від двох до чотирьох років, після цього слухачам присвоюються різні рівні кваліфікації. Нижчу середню професійну освіту можна отримати лише в деяких школах. Більшість навчальних програм професійно-технічної освіти починаються в старших класах середньої школи і зосереджені переважно в містах республіканського значення та великих містах.

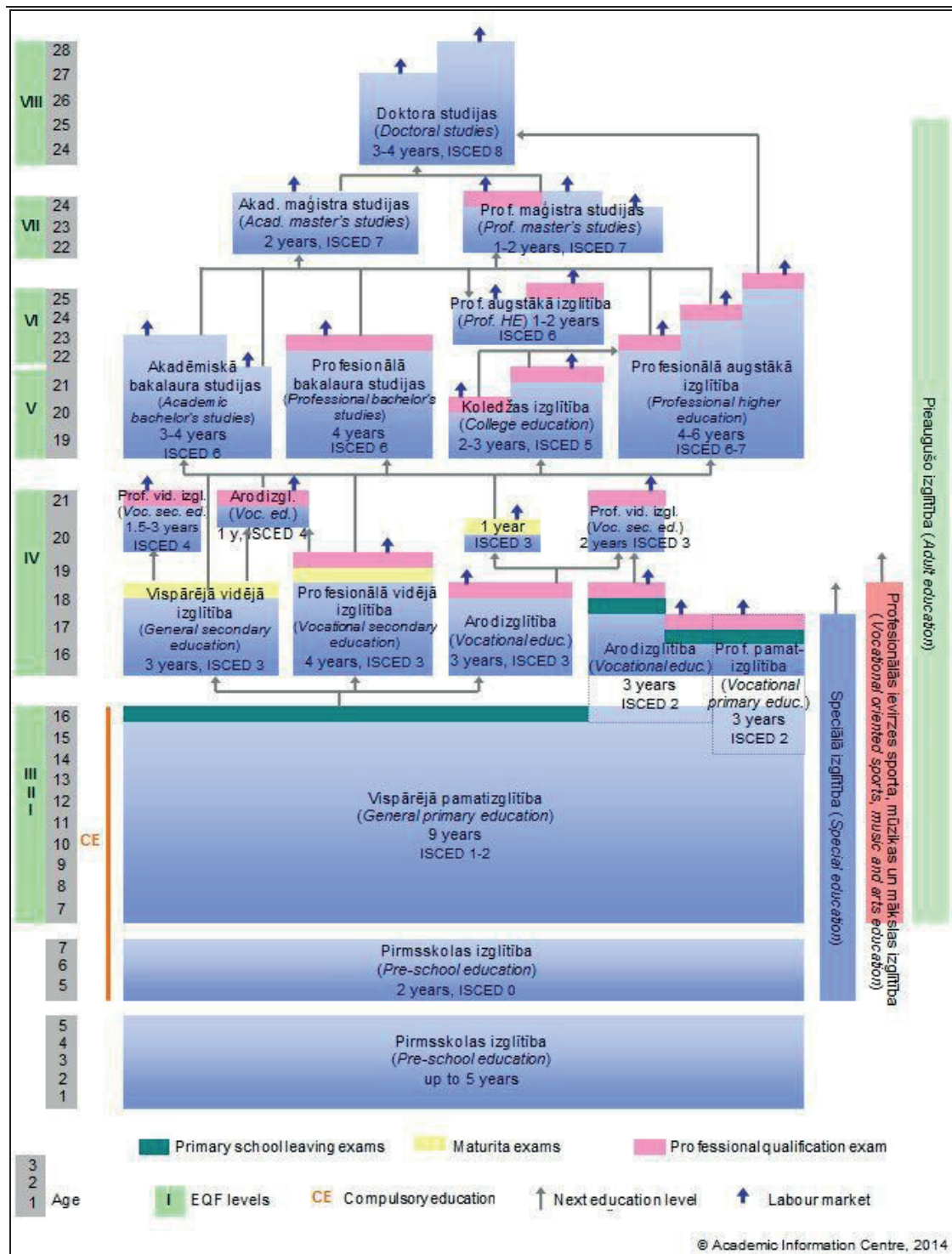


Рисунок 3. Схема національної системи освіти

Джерело: ReferNet Латвія (2014 рік), VET в Європі - Звіт по країні. Латвія, Cedefop (Європейський центр розвитку професійно-технічного навчання), www.refernet.lv/uploads/Country_Report_LV_2014.pdf.

Регулювання системи освіти з високим рівнем децентралізації

Відповідальність за систему освіти поділяється між МОН, підвідомчими установами і муніципалітетами. Крім цього, галузеві міністерства контролюють і фінансують деякі професійно-технічні училища, гімназії та вищі навчальні заклади.

Після відновлення незалежності в 1990 році, колишня надзвичайно централізована система освіти була перетворена в так систему, де багато рішень про те, як в реальності впроваджувати загальнодержавні приписи і політику в галузі народної освіти, приймаються на муніципальному рівні, або на рівні начальної установи. У період між 1990 і 1994 роками зусилля були спрямовані на демократизацію та децентралізацію системи освіти.

На даний час 119 муніципалітетів Латвії несуть відповідальність за те, щоб надати своїм дітям можливість отримати якісну освіту в школі, яка знаходиться найближче до їхніх домівок. Управління сферою освіти на муніципальному рівні здійснюється Освітніми радами, які відповідають за забезпечення дошкільної освіти та догляду (ДОД), базової освіти, повної загальної середньої освіти (загальної та професійно-технічної), а також неформальної освіти дорослих на своїх територіях.

Муніципалітети засновують та фінансують такі ради і призначають голову, який відповідає за координацію з МОН. Такі ради можуть бути частиною керівного органу муніципалітету і діяти, наприклад, у формі відділу освіти. Членами Освітньої ради можуть бути експертів з різних сфер, пов'язаних з освітою. Функції освітніх рад включають в себе впровадження місцевої політики в галузі освіти, виділення державних грантів школам для виплати заробітної плати вчителям та іншим співробітникам, а також на організацію професійного розвитку та підвищення кваліфікації. Шкільні ради створюються для забезпечення участі зацікавлених сторін та для виконання деяких адміністративних і консультативних задач.

Крім цього, муніципалітети відповідають за організацію неформальної освіти та позакласні заходи для дітей та дорослих.

Латвійські муніципалітети і школи мають свободу в прийнятті рішення стосовно перерозподілу державних коштів (за умови відповідності вимогам формули системи оплати праці вчителя) відповідно до місцевих умов, що теоретично забезпечує гнучкість та ефективність у використанні ресурсів. Проте, на даний час такі повноваження стосовно перерозподілу ресурсів призводять до значних відмінностей в оплаті праці вчителів на виконання одних і тих же завдань, і є причиною великого занепокоєння несправедливістю системи.

Окрім цього, муніципалітети підтримують свої місцеві школи і не бажають, щоб такі маленькі школи закривалися, навіть якщо вони більше не є життєздатними. Закриття шкіл повинно проводитися внаслідок скарг батьків, чи значних ускладнень при плануванні мережі шкіл. У певному сенсі децентралізаційні реформи 1990-х років дали муніципалітетам інструменти, щоб протидіяти уряду і блокувати реформи.

Окрім цього, деякі муніципалітети, особливо невеликі, не мають можливості в достатній мірі утримувати системи своїх місцевих шкіл, що викликає додаткові питання стосовно теперішньої системи управління і механізмів фінансування системи латвійських шкіл.

У деяких муніципалітетах, децентралізація створила можливості для розвитку інновацій та лідерства, а також дозволила більш правильно відповідати місцеві потреби. Проте, не всі частини країни змогли в рівній мірі цим скористатися. Деякі муніципалітети, зокрема дрібні, не мають можливості для ефективного управління своєю системою освіти на місцевому рівні. Фактична інформація також свідчить про те, що існує необхідність відновлення рівноваги між високим рівнем автономії муніципалітетів та високим рівнем підзвітності перед громадськістю. Те ж саме можна сказати і про систему вищої освіти (третинного рівня), де інституційна автономія навчальних установ повинна бути співмірною з гарантією якості освіти

Відносно низькі витрати на освіту

До економічної кризи, державні витрати на освіту швидко зростали. Штати шкіл Латвії були роздуті. Після того, як економічна криза зачепила Латвію, скорочення, які були проведені в 2009 році, стали фіскальним стимулом для скорочення витрат в галузі народної освіти. Витрати на освіту знизилися з 5,7% від ВВП в 2008 році до 5,0% в 2010 році, проте вони все ще залишався відносно високими (5,5%) протягом 2009 року.¹⁹

У той час як витрати на освіту не дуже сильно змінилися в перерахунку як частка ВВП, в абсолютному вираженні вони дуже серйозно зменшилися під час економічної кризи²⁰. В результаті заробітна плата вчителів була скорочена в два рази, і хоча вона піднялася протягом останніх років, все ж зарплати залишаються на низькому рівні в порівнянні з національними і міжнародними стандартами. У 2011 році державні витрати на всі рівні освіти піднялися до 5,4% ВВП, але все ще цей показник знаходився нижче докризового рівня і залишався значно нижче середнього показника по ОЕСР на 6,1%.

Латвія також заохочує здійснення великих інвестицій від муніципалітетів. У той час як витрати державного бюджету на народну освіту постійно перевищує ресурси, які витрачають муніципалітети на такі цілі (не рахуючи цільові державні субсидії на зарплати вчителів), розрив між ними скоротився: в 2010 році витрати муніципалітетів становили 73% витрат державного бюджету, але в 2013 році вони вже становили 90%. Це пов'язано як зі скороченням витрат з державного бюджету, так і зі збільшенням витрат муніципалітетів. Такий розвиток подій може призвести до посилення відмінностей між муніципалітетами у витратах на одного студента/учня, які в свою чергу можуть вплинути на якість освіти.

¹⁹ "GDP per capita in PPS" [«ВВП на душу населення у вимірі стандарту купівельної здатності (PPS)»], бази даних Євростату, Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tec00114>

²⁰ "Statistics explained: Income distribution statistics" [«Статистика в поясненнях: статистичні дані про розподіл доходів»], Бази даних Євростату, Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Income_distribution_statistics

Модель фінансування «на одного студента/учня», яка часто згадується як модель "гроші йдуть за учнем"²¹, була запроваджена з 2009 – 2010 років. Ідея полягала в тому, щоб домогтися більшої ефективності і в той же час підвищити успішність учнів²². Запровадженням такої моделі займалися 119 муніципалітетів, які були створені в результаті територіальної реформи 2009 року. Муніципалітети мали право вирішувати, як розподіляти ресурси серед своїми школами і доповняти такі ресурси своїми власними ресурсами. Окрім цього, фінансова автономія, яка була надана муніципалітетам, дозволила деяким з них перерозподілити кошти для потреб невеликих шкіл, які вже більше не були життєздатними. Результати досліджень також показали, існують значні відмінності між рівнями витрат різних муніципалітетів. Наприклад, повідомлялося, що 13 муніципалітетів витратили більш ніж на 40% більше коштів на одного студента/учня, ніж в середньому по країні, в той час як 21 муніципалітет витратили від 20% до 60% коштів менше ніж середній показник²³.

На даний час МОН розпочав пілотну програму спрямовану на запровадження нової моделі фінансування шкіл та оплати праці вчителів, яка повинна дати відповідь на деякі з таких питань. Наприклад, кошти школам будуть розподілятися напряму, і будуть сильніші стимули для збільшення кількості учнів, які навчаються в одному класі. Окрім цього, як уже згадувалося раніше, програмою передбачається зробити рівень зарплат вчителів конкурентоспроможним в порівнянні з іншими професіями. Підвищити заробітну плату вчителів до порівнюваних стандартів на національному рівні без збільшення наповнюваності класу і кількості учнів на одного вчителя майже неможливо в сучасних соціально-економічних і політичних умовах. Утримувати великий штат педагогічних працівників для невеликої та такої, яка постійно зменшується, кількості учнів чи студентів не є оптимальний і прийнятним рішенням, якщо мова заходить про якість освіти.

Дошкільна освіта і догляд (ДОД) в Латвії

ДОД у Латвії є самоврядним повноваженням муніципалітетів. Центральний уряд має в своєму розпорядженні потужні механізми управління, такі як законодавче регулювання та незалежне фінансування. Нормативно-правова база, в рамках якої працюють установи, які надають послуги у сфері ДОД, незалежно від того, чи вони є громадськими чи приватними, викладена в Законі про освіту, Законі про загальну освіту, Законі про місцеве самоврядування і в положеннях, затверджених засновником установи, а також в

²¹ Оплата праці вчителів в Латвії: З точки зору ОЕСР, Видавництво ОЕСР, Париж, www.oecd.org/edu/OECD%20Review%20of%20Teacher%20Remuneration%20in%20Latvia OPS FI NAL.pdf

²² Розрахунок і розподіл державних цільових субсидій в муніципальні та приватні освітні установи на оплату праці педагогів, які працюють в системі дошкільної освіти з дітьми від віку п'яти років, і оплата праці педагогів, які працюють в загальноосвітніх середніх навчальних закладах], Постанова Кабінету міністрів № 1616, Кабінет Міністрів, Латвійська Республіка, Рига, <http://m.likumi.lv/doc.php?id=202915>

²³ "Implementation of per capita education funding in the Baltic States" [«Впровадження фінансування освіти в розрахунок на душу населення в країнах Балтії»], Балтійський журнал досліджень в сфері освіти, Том 2/2, стор. 87-108, www.ies.ee/iesp/No12/articles/05_Grivins.pdf

різноманітних інших нормативних документах, які регулюють питання здоров'я та безпеки, і які також використовуються для зовнішньої атестації. Центральна влада окреслила основні цілі і завдання роботи в сфері ДОД в Керівних національних принципах дошкільної освіти²⁴. У Латвії система ДОД прилаштована і є доступною для дітей віком від 1,5 до 7 років (Рисунок 1.3.), з безперервним навчанням та доглядом і переходів з установи в установу ДОД аж до початку навчання в початковій школі. Починаючи з 5-річного віку відвідування установ ДОД є обов'язковим і діти повинні виконувати спеціальну програму у відповідності з Керівними національними принципами дошкільної освіти²⁵. Всі установи та програми підпадають під відповідальність та відання МОН. Керівні принципи надають та пропонують орієнтовні програми, але викладачі та вчителі мають також право розробляти свої власні програми, за умови що вони розробляються у відповідності з Керівними принципами.

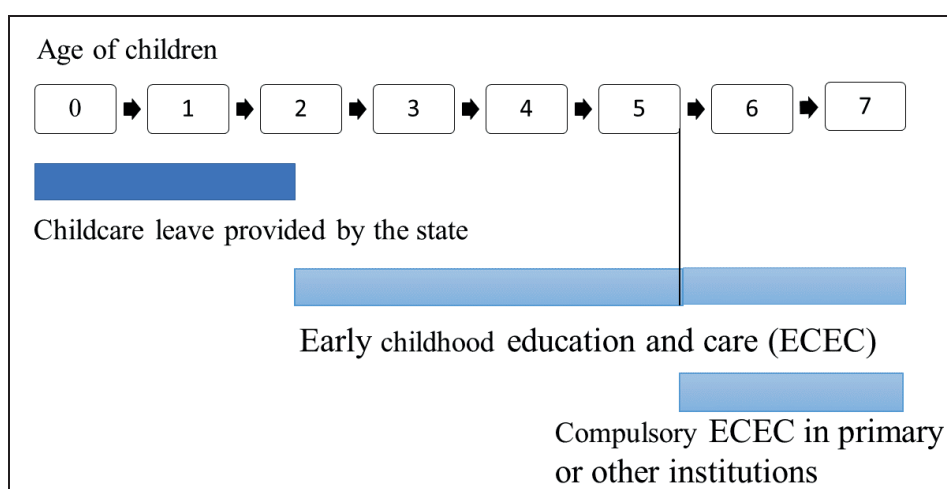


Рисунок 4. Огляд системи ДОД в Латвії

Джерело: Підготовлена автором, Інара Дундуре, адаптовано з матеріалів Європейської комісії/ЕАСЕА/Eurydice/Євростат (2015 р.), Системи дошкільної освіти та догляду в Європі: Національні інформаційні листи 2014 - 2015 роки, Eurydice Facts and Figures, Publications Office of the European Union, Люксембург, http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/191EN.pdf

У Латвії муніципалітети повинні гарантувати, що діти, які мають офіційне місце проживання на адміністративній території муніципалітету, можуть отримати доступ до послуг системи ДОД в установі, яка знаходиться найближче до їхнього дому. Кожен муніципалітет має свою раду з питань освіти, яка виконує всі функції від установ ДОД до установ старших класів середньої освіти, включаючи заснування нагляд за діяльністю установ ДОД.

Приватні установи відіграють відносно незначну роль в Латвії, проте в останні роки їхня кількість зростає, в основному через брак місць в установах ДОД в міських районах. Зі 617 установ ДОД в 2013 - 2014 роках 526 установ були муніципальними (бюджетними) і 91 установ були приватними. Іншими

²⁴ Регуляції стосовно Керівних національних принципів дошкільної освіти, Регуляція № 709, прийнята 3 серпня 2010 року, Кабінет Міністрів, Латвійська Республіка, Рига.

²⁵ Керівні національні принципи дошкільної освіти. Регуляція № 533, прийнята 31 липня 2012 року, Кабінет Міністрів, Латвійська Республіка, Рига, <http://likumi.lv/doc.php?id=250854>

словами, 74.128 дітей відвідували муніципальні установи ДОД, а 5.063 відвідували приватні. Більшість з таких приватних установ розташовані в столиці, і за межами великих міст таких установ є дуже мало таких приватних установ. Муніципалітети покривають витрати на перебування дітей в приватних дитячих садах для дітей, які офіційно проживають на території конкретного муніципалітету.

Фінансування установ ДОД. Муніципалітети забезпечують бюджетне фінансування, за винятком заробітної плати вчителів, які працюють з обов'язковими програмами ДОД, тобто для дітей 5-ти і 6-річного віку, і які фінансуються за рахунок державних субсидій. Такі субсидії в 2015 році склали 23.791.537 євро, що становить приблизно 7% від загального обсягу цільових грантів, що надаються муніципалітетам центральним урядом²⁶.

Для покриття витрат на дитяче харчування батьки повинні сплачувати внески. Харчування триразове (сніданок, обід і полуденок) і надається за низькими цінами, близько 44 євро в місяць. Можна робити деякі внески за додаткові послуги, наприклад, за викладання іноземних мов для дітей. Муніципалітети праві робити знижки на оплату харчування для дітей для сімей з низьким рівнем доходу, і більшість з муніципалітетів в сільській місцевості роблять це.

Починаючи з 2013 року, центральні органи влади та органи місцевого самоврядування фінансують різноманітні навчальні засоби, наприклад, різні навчальні матеріали, підручники і робочі зошити. Батьки платять лише за ті предмети, які діти використовують особисто, такі як прості олівці, кольорові олівці і папір. Навчальні матеріали для 5-ти та 6-річних дітей фінансуються з державного та місцевих бюджетів, в той час як навчальні матеріали для 1,5-4-річних дітей фінансуються з бюджету органів місцевого самоврядування.

Початкова і нижча середня освіта в Латвії

Переважає більшість шкіл в Латвії є бюджетними муніципальними школами. Вони є відносно незалежними в розробці і реалізації своїх освітніх програм, прийомі на роботу співробітників та здійсненні керівництва школою. Крім того, школи мають право визначати свої власні цілі, організацію навчального процесу, правила внутрішнього розпорядку, а також програми, які будуть виконуватися в рамках Закону про загальну освіту. В межах Національних стандартів в сфері базової освіти, викладачі за погодженням з директором школи мають право на власний розсуд розробляти або вибирати навчальні предмети чи навчальні курси.

Школи повинні також заснувати Шкільну раду, яка включатиме співробітників, батьків, учнів та представників від муніципалітету або організації-засновника школи, якщо мова йде про приватну школу. Шкільний рада є тим органом, з яким потрібно консультиватися при складанні плану

²⁶ “OECD-Latvia accession education and skills accession review – Country background report” [«Приєднання Латвії до ОЕСР. Сфера освіти. Огляд – Доповідь про загальне становище в країні»], Міністерство освіти і науки, Рига.

розвитку школи, вона організовує шкільні громадські заходи, управляє пожертвуваннями і приймає рішення про використання цих коштів.

Обов'язкова базова освіта в Латвії є безкоштовною. фінансування шкіл розподіляється між державною владою та і муніципалітетами. Гроші з державного бюджету направляються в муніципалітети та приватні школи у вигляді субвенції, яка використовується для виплати заробітної плати вчителів та інших педагогічних працівників. Органи державної влади також забезпечують безкоштовні шкільні обіди для всіх учнів з 1-го по 4-ий класи у всіх школах, включаючи спеціальні освітні школи та приватні школи. 70% муніципалітетів покривають харчування для дітей з 5-го по 9-ий класи, а 30% муніципалітетів також оплачують харчування учнів з 5-го по 12-ий класи.

Муніципалітети фінансують зарплату непедагогічних працівників, а також здійснюють капітальні видатки, технічне обслуговування та оплачують комунальні платежі зі своїх власних доходів. Вони також можуть прийняти рішення підвищити зарплати вчителям і надавати більшу фінансову підтримку для учнів, наприклад, забезпечувати їх шкільним харчуванням, виділяти субсидії на транспорт і додаткових виплати на навчальні матеріали. Муніципалітети і школи також можуть подавати заявки на отримання структурних фондів ЄС. В останні роки багато шкіл у Латвії було відремонтовано з використанням цього механізму фінансування. Більшість шкіл є учасниками Механізму забезпечення шкіл фруктами та Механізму забезпечення шкіл молоком, які співфінансуються зі структурних фондів ЄС та школами. Ці механізми забезпечують дітей фруктами, овочами і молочними продуктами для того, щоб заохотити їх до здорового харчування і пропагувати здоровий спосіб життя.

Існуюча система фінансування освіти в початкових школах, середніх та старших класах середньої школи в Латвії була запроваджена в 2009 – 2010 роках. Вона була заснована на моделі фінансування з розрахунку на одного учня школи і часто згадується як модель "гроші йдуть за учнем". Метою такої моделі фінансування було забезпечити більшу ефективності роботи системи освіти при одночасному підвищенні успішності учнів²⁷. (Кабінет Міністрів, 2009 р.). Запровадженням моделі займалися 119 новостворених муніципалітетів, які з'явилися в результаті територіальної реформи в 2009 році (Світовий Банк, 2010 р.). Муніципалітети можуть вирішувати, як розподіляти ресурси серед шкіл, а також можуть доповнювати їх додатковими коштами.

Таблиця 2. Огляд фінансування статей витрат, базова освіта, з розбивкою за джерелами фінансування

| | Забезпечення надання базової освіти в муніципальних | Забезпечення надання базової освіти в приватних школах | Забезпечення надання спеціальних освітніх програм |
|--|---|--|---|
|--|---|--|---|

²⁷ Порядок розрахунку і розподілу державних цільових субсидій муніципальним та приватним навчальним установам на оплату педагогічних працівників в системі дошкільної освіти, які працюють з дітьми у віці від п'яти років і вище, а також оплати праці педагогічних працівників в системі загальної середньої освіти], Постанова Кабінету міністрів № 1616, Кабінет Міністрів, Латвійська Республіка, Рига, <http://m.likumi.lv/doc.php?id=202915>

| | школах | | |
|----------------------|---|---|---|
| Державні субвенції | Зарплати вчителів | Зарплати вчителів | Зарплати вчителів |
| | Обід для учнів 1 – 4 класів | Обід для учнів 1 – 3 класів | Обід для учнів 1 – 3 класів |
| | Навчальні матеріали | Навчальні матеріали (об'єм, визначений в Законі про Освіту) | Утримання будівель навчальних установ та оплата комунальних послуг |
| | Підвищення кваліфікації вчителів | | Навчальні матеріали |
| | Професійна освіта | | |
| | Індивідуальні заходи для підтримки учнів з особливими освітніми потребами | | |
| Муніципальний бюджет | Доплати до заробітної плати вчителів | Добровільних програм підтримки | |
| | Витрати на утримання, технічне обслуговування та комунальні платежі | | |
| | Навчальні матеріали (об'єм забезпечення, встановлений Законом про освіту) | | Навчальні матеріали (об'єм забезпечення, встановлений Законом про освіту) |
| | Підвищення кваліфікації вчителів | | |
| | Професійна освіта | | |
| | Індивідуальні заходи для підтримки учнів з особливими освітніми потребами | | |
| | Індивідуальні заходи підтримки для розвитку талановитих учнів | | |

Джерело: Підготовлений автором, Інара Дундуре.

У Латвії, батьки мають право за власним вибором записувати своїх дітей в державну або приватну школу за умови, що в них є вільні місця. Школи не можуть застосовувати вибіркові критерії прийому учнів на навчання, хоча ті, хто живе поруч зі школою мають пріоритет в зарахуванні, якщо попит перевищує кількість вільних місць. Гімназіям, які надають середню освіту в нижчих класах (від 7-го до 9-го класів) дозволяється використовувати вступні іспити. Відмінною особливістю системи латвійських шкіл є різноманітність комбінацій рівнів освіти і класів в школах.

Учням з додатковими та особливими освітніми потребами пропонують окремі спеціальні освітні програми. Школи можуть запропонувати класи «педагогічної корекції» для тих дітей, які потребують додаткової підтримки в своєму навчанні. Окрім цього, багато муніципалітетів і шкіл в Латвії мають багатопрофільні штати співробітників, що складаються з логопедів, психологів та соціальних педагогів для роботи з учнями з додатковими потребами у навчанні. Учні, які мають особливі навчальні потреби, пов'язані з психічними чи фізичними вадами можуть відвідувати спеціальні школи (які часто спеціалізуються на певних видах інвалідності), спеціальні класи в звичайних школах, або звичайні класи. Вони можуть брати участь в окремих навчальних програмах або бути повністю інтегрованими в програми загальної освіти.

Вища середня і професійно-технічна освіта в Латвії

Відповідно до Закону про загальну освіту, кожен, хто здобув базову освіту має продовжити навчання в старших класах загальної середньої освіти загальну та/або в професійно-технічних навчальних закладах, незалежно від свого віку. Хоча старші класи середньої освіти в Латвії не є обов'язковими, 89% мешканців у віці 25 – 64 років мали такий рівень освіти в 2013 році, в той час як відповідний середній показник для Європейського союзу (ЄС) становив 72%²⁸.

Уряд і муніципалітети несуть відповідальність за утримання шкіл у всіх регіонах країни з метою забезпечення доступності освіти. Навчання в старших класах загальної середньої освіти триває три роки (10 - 12 класи) і відбувається в середніх школах, гімназіях та у вечірніх школах. Хоча за забезпечення надання загальної середньої освіти несуть відповідальність муніципалітети, ситуація з професійно-технічними навчальними закладами зовсім інша. У жовтні 2014 року, 33 професійно-технічних училищ перебували під безпосереднім контролем Міністерства освіти і науки (МОН), ще додатково 7 знаходилися у віданні муніципалітетів, а ще 8 управлялися приватними організаціями, і навчання в яких в основному було орієнтоване на дорослих мешканців. Чотирнадцять професійно-технічних навчальних закладів були у безпосередньому віданні Міністерства культури, а один був у віданні Міністерства соціального забезпечення. Окрім цього, один коледж, який реалізує програми середньої професійно-технічної освіти був у віданні

²⁸ “Share of adult population with upper secondary or tertiary education, age group 25-64” [«Частка дорослого населення з верхнього середньої або вищої освіти, вікова група 25-64»], база даних Євростату, Євростат, “Share of adult population with upper secondary or tertiary education, age group 25-64”, Eurostat database, Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tesem240>

Міністерства внутрішніх справ, один знаходився при Міністерстві соціального забезпечення, а ще дев'ять були під відповідальністю МОН. МОН несе повну відповідальність за нормативно-правову базу, управління, фінансування і утримання професійно-технічної освіти.

Національний центр з питань освіти був створений при МОН для оцінки змісту освіти та успішності учнів, а також для організації розробки і перегляд навчальних програм базового рівня і вищого щабля середньої освіти. Одна з головних функцій центру полягає в розробці, адмініструванні та класифікації іспитів централізованої загальної та професійно-технічної освіти.

Оскільки в системі влади в країні не існує регіонального рівня, МОН та інші міністерства повинні працювати безпосередньо з кожним муніципалітетом. Школи і їх керівники (які відбираються муніципалітетом) мають значну автономію, незалежно від того, чи є ними керує централізований державний рівень, чи муніципалітет.

Муніципалітети зобов'язані гарантувати, що кожна дитина може отримати середню освіту і має доступ до позашкільних програм. Діти можуть відвідувати школу в іншому місті ніж те, де вони живуть, і в цьому випадку «рідне» місто або муніципалітет робить свій внесок на покриття витрат, понесених школою, де вони навчаються.

У той час як міста і муніципалітети в своїх діях обмежені рамками встановлених законом обов'язків по відношенню до освіти, вони насправді значно різняться у тому, як вони ці обов'язки виконують, і створюється враження, що вони діють досить таки автономно. Кожен муніципалітет має Фахівця з питань освіти і Освітню раду, призначення глави якої узгоджується у співпраці з МОН. Освітні ради мають широке коло обов'язків в плані надання підтримки школам, але їх основна функція полягає в гарантуванні реалізації місцевої освітньої політики і в адміністрування державних грантів для шкіл.

Однією з вимог акредитації шкіл є те, що кожна школа повинна мати «раду освітньої установи» в складі співробітників, батьків, учнів і представників місцевої громади, а також учнівську раду, хоча рівень їх участі в прийнятті рішень відрізняється в різних школах. Для того, щоб бути членами ради Там не потрібно мати обов'язкову підготовку. Державна служба якості освіти (ДСЯО/SEQS) була заснована в 2009 році, і серед інших своїх обов'язків повинна була реєструвати і перевіряти навчальні заклади (державні і приватні) і видавати ліцензії як загальноосвітні, так і професійно-технічні навчальні програми за допомогою єдиної процедури акредитації загальноосвітніх і професійно-технічних навчальних закладів та програм.

Фінансування старших класів середньої освіти. У Латвії витрати на старші класи середньої школи (4.983 дол. США) є співмірними з витратами на початкову освіту (4.982 дол. США) і є трохи нижчими за витрати на нижні класи середньої освіти (5.019 дол. США) на одного учня. Країна також витрачає 5.241 дол. США на одного учня в системі загальної середньої освіти та 4.599 дол. США на професійно-технічну середню освіту. Окрім цього, всі 26 державних гімназій отримують додаткове фінансування (1.423 Євро на рік) для тих функцій, які вони виконують на регіональному рівні в професійному розвитку вчителів.

Утримання приміщень навчальних установ здійснюється за рахунок коштів муніципальних бюджетів. Фактична інформація, однак, говорить про те, що деяким з невеликих муніципалітетів не вистачає фінансового і кадрового потенціалу для ефективного управління мережею своїх шкіл на місцевому рівні.

Професійна освіта і навчання (ПОН). Система професійно-технічної освіти в Латвії працює переважно на базі шкіл і знаходиться під контролем держави. Професійно-технічна освіта здійснюється на трьох рівнях:

- ... базова професійно-технічна освіта (неповна (нижча) середня);
- ... середня професійно-технічна освіта (вищий щабель середньої освіти); та,
- ... вища (третинного рівня) освіта зі здобуттям спеціальності, яку можна розділити на професійно-технічну (третинного рівня) освіту (коледж) першого ступеня та підвищення кваліфікації другого рівня та професійно-технічну (третинного рівня) освіту (університет) другого ступеня.

Професійно-технічна освіта нижчого середнього рівня, тобто "базова професійно-технічна освіта", надається за допомогою базових програм професійно-технічної освіти. Такі програми в основному пропонуються базовими професійно-технічними навчальними закладами. Молоді люди, які досягли віку 15 років, можуть вступати на навчання за такими програмами (ISCED-P 254) незалежно від своєї попередньої освіти. По завершенні навчання вони отримують сертифікат про здобуття базової професійно-технічної освіти, що дозволяє продовжувати навчання в середніх професійно-технічних закладах та отримання кваліфікації згідно Європейської кваліфікаційної системи [European Qualifications Framework (EQF)] (ЄКС) 2-го рівня (наприклад, помічник кухаря).

На вищому рівні вищого щабля середньої професійно-технічної освіти (який в Законі про професійну освіту називається «середня професійно-технічна освіта») існують три типи програм:

1. Програми тривалістю від двох до трьох років, по завершенні яких видається сертифікат про професійно-технічну освіту і професійну кваліфікації (EQF (ЄКС) 3-го рівня) в обраній спеціальності, але цей сертифікат не дає вступ до вищої (третинного рівня) освіти.
2. Чотирирічні програми, по завершенні яких видається диплом про професійно-технічну освіту, яка надає доступ до вищої (третинного рівня) освіти і професійну кваліфікацію (EQF (ЄКС) 4-го рівня) в обраній спеціальності.
3. Освітні програми після здобуття рівня середньої освіти (які, незважаючи на свою назву, відносяться до вищого щабля середньої освіти) в першу чергу для осіб віком 17-2 років, які мають або не мають повну загальну середньої освіти, щоб допомогти їм набути професійних навичок. Ці програми (які, як правило, тривають 1-2 роки) в основному направлені на засвоєння професійних навичок. У 2014 – 2015 роки 1-1.5-річні програми професійної освіти були запропоновані для слухачів віком 15-29 років, які мали базову та середню освіту в рамках "Молодіжної ініціативи", яка виконувалася за підтримки Європейського соціального фонду (European Social Fund (ESF)) (ЄСФ).

Школи професійно-технічного навчання в Латвії у великій мірі залежать від фінансів, що надаються через Європейський фонд регіонального розвитку (European Regional Development Fund (ERDF)) (ЄФРР), Європейського структурного фонду (European Structural Fund) та Європейського соціального фонду (ESF). Проблемою для деяких шкіл професійно-технічного навчання є те, що деякі муніципалітети відбивали бажання в студентів, які закінчували базову освіту, продовжувати навчання в системі професійно-технічної освіти шляхом створення сумнівної репутації для професійно-технічних училищ і пропозиції різноманітних вигод, включаючи фінансову підтримку, для тих студентів, які продовжували своє навчання в системі загальної освіти. Є дані про те, що в деяких регіонах, для молодих людей були запропоновані фінансові стимули, щоб ті продовжували навчання в школах, які знаходилися у віданні органів місцевого самоврядування. Стимулом для муніципалітетів поступати таким чином була існуюча система фінансування. На відміну від більшості професійно-технічних навчальних закладів, середні школи вищого щаблю (старші класи) в основному належать муніципалітетам.

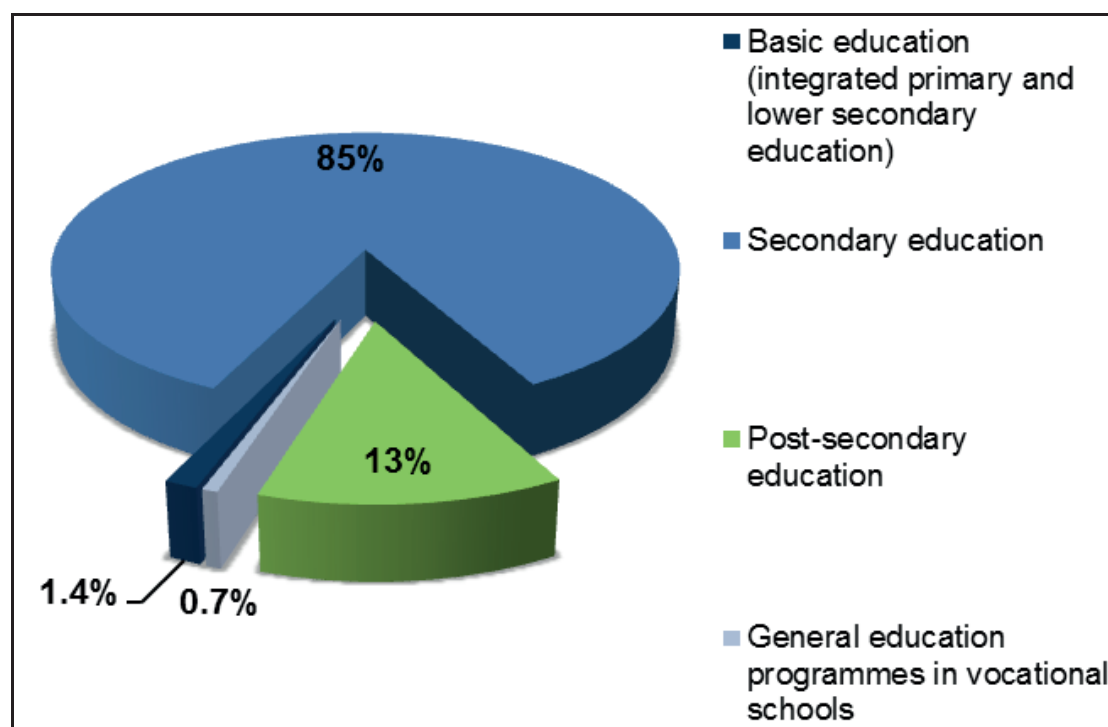


Рисунок 5. Частка студентів програм ПОН (за винятком вищої освіти) в 2013 – 2014 роках.

Джерело: Міністерство освіти і науки, <http://izm.izm.gov.lv/registri-statistika/statistikaprofesionala/11937.html>

Більшість професійної освіти здобувається на рівні середніх навчальних закладів. У 2013 році більшість з приблизно 31.000 учнів закладів ПОН навчалися в системі середньої професійно-технічної освіти (Рисунок 5). Як показано на малюнку 5, базова професійно-технічна освіта займає незначну частку. Хоча частка студентів, які займаються за освітніми програми після здобуття рівня середньої професійно-технічної освіти, як і раніше порівняно невелика, такі програми стають все більш популярними, і за останні чотири роки число студентів в таких програмах подвоїлося. Це пов'язано зі зростаючим

рівнем безробіття серед молоді, оскільки вони за короткий період часу пропонують затребувані на ринку праці професійні навички. За період з 2010 по 2013 рік кількість студентів в системі ПОН зменшилася на 13% (за винятком вищих навчальних закладів). Таке зменшення співвідноситься, відповідно, з демографічними змінами в країні.

Реорганізація мережі професійно-технічних навчальних закладів базується на трьох принципах:

- 1) доступність - забезпечення рівних можливостей для здобуття професійно-технічної освіти;
- 2) співробітництво - участь всіх зацікавлених сторін; та
- 3) ефективність використання ресурсів - раціональне і цільове використання наявних коштів²⁹.

Важливим нововведенням, що було зроблено в контексті реорганізації, стало створення Центрів компетенції професійно-технічної освіти (Vocational Education Competence Centres (VECCs)) (ЦКПТО). Починаючи з 2010 року, великі професійно-технічні навчальні заклади, де навчалася більш ніж 500 учнів, поступово перетворилися в ЦКПТО.

Для того, щоб отримати статус ЦКПТО, школи повинні відповідати певним вимогам. До них відносяться кількість запроваджених навчальних програм, кількість учнів, успішність учнів, управління кар'єрним ростом та співпраця з роботодавцями. ЦКПТО повинні також виконувати функції регіональних або галузевих методичних центрів, пропонувати підвищення кваліфікації та підготовку викладачів, а також вміти оцінювати професійну кваліфікацію, набуту поза системою формальної освіти. Після того, як навчальна установа отримує статус ЦКПТО, вона отримує 10% надбавку до оплати свого персоналу. Станом на серпень 2015 року 14 професійно-технічних навчальних закладів та 1 вищий навчальний заклад отримали статус ЦКПТО, засновниками двох з них були муніципалітети.

Невеликі професійно-технічні навчальні заклади з кількістю студентів менш ніж 300 на даний час в об'єднуються з невеликими загальноосвітніми школами і перепризначаються і відання муніципалітетів. Очікується, що це повинно дати економічний ефект за рахунок ефективності, оскільки муніципалітети зможуть забезпечувати професійно-технічну і загальну освіту під одним дахом. В період з 2010 по 2014 рік у відання муніципалітетів перейшло чотири професійно-технічних училища. Об'єднання мережі професійно-технічних навчальних закладів знаходиться на завершальній стадії, і, як очікується, що в найближчі роки воно стабілізується і таким чином дозволить зосередити зусилля по проведенню реформ на вдосконаленні навчальних програм і подальшої роботи. Наразі немає інформації про те, що реорганізація мережі навчальних закладів якось вплинула доступність професійно-технічної освіти чи середньої освіти вищого щабля (в старших класах) для молоді.

²⁹ Рекомендації стосовно оптимізації мережі закладів професійно-технічної освіти в 2010 - 2015 роках (інформативна частина), Наказ Кабінету Міністрів № 5, Кабінет Міністрів, Латвійська Республіка, Рига, www.vvc.gov.lv/export/sites/default/docs/LRTA/Citi/Cab_Order_No_5_-_Guidelines_-_Optimisation_of_the_Network_of_Vocational_Education_Institutions.doc

Безперервне навчання

У Латвії існує цілий ряд формалізованих і неформальних освітніх програм і курсів, доступних для населення працездатного віку. В рамках формалізованої системи освіти, освіта для дорослих поширюється на загальну освіту (базова та середня), професійно-технічну освіту, освіту по закінченню середньої освіти (подальша професійно-технічна освіта) та вищу освіту. Програми можуть надавати право на отримання професійної кваліфікації, якщо навчальне навантаження складає не менше 480 навчальних годин, а 30% або більше самого змісту навчання базується на професійних стандартах. Є також коротші програми (як мінімум, 160 годин), але по закінченні таких програм кваліфікація не присвоюється. Також є широкий спектр можливостей для неформалізованої освіти дорослих, які пропонують навчальні заклади, які знаходяться у віданні держави та місцевого самоврядування, а також приватні навчальні заклади.

Починаючи з 2011 року, зростає значення неформалізованого навчання, яке має місце в процесі роботи і особистого життя та професійної кваліфікації, отриманої поза формальною освітою. Система безперервного навчання в Латвії розвинена слабо, і багато представників працездатного населення не отримує необхідних навичок, щоб бути більш працездатними та продуктивними. Рівень участі в формалізованих і неформалізованих формах навчання та професійної підготовки серед населення працездатного віку є низькими у порівнянні з міжнародними стандартами. У 2014 році лише 5,5% від осіб віком 25 - 64 років відвідували навчання в системі формалізованої або неформалізованої освіти та професійної підготовки. Такий показник був значно нижчим від середнього показника по ЄС (10.7%) і планового показника для ЄС в 2020 році (15%)³⁰.

³⁰ “Lifelong learning - Percentage of adult population aged 25-64 participating in education and training” [«Безперервне навчання - Відсоток дорослого населення у віці 25-64 років, що беруть участь в навчанні та підготовці»], бази даних Євростату, Євростат <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&pcode=tesem250&language=en>

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я

Як уже згадувалося у вступній частині, самоврядними функціями муніципалітету є³¹:

- 1) забезпечення доступу до медичного обслуговування;
- 2) пропаганда здорового способу життя та спорту.

Доступ до медичного обслуговування - муніципалітети утримують практику лікарів загальної практики (ЗП), надають відповідні заклади в разі необхідності, а також забезпечують доступ (пандуси та відповідні санітарні приміщення) для людей з особливими потребами і т.д..

У тих районах, де рівень надання послуг ЗП є недостатнім, і є певні труднощі з доступом до медичних послуг, Національна служба охорони здоров'я укладає угоди з муніципалітетами стосовно роботи фельдшер-акушерських пунктів, які будуть надавати послуги первинної медико-санітарної допомоги. У 2015 році в Латвії налічувалося 146 пунктів первинної медико-санітарної допомоги³².

Державний сектор послуг включає в себе тільки обмежений обсяг видів діяльності з пропаганди здорового способу життя та профілактики, в той час як діяльність з пропаганди здорового способу життя на місцевому рівні фінансуються за рахунок муніципальних ресурсів. На даний час національна мережа здорових муніципалітетів в даний час налічує 112 з 119 існуючих муніципалітетів в країні. Більшість муніципалітетів приєдналися до мережі в 2016 році для того, щоб мати право на отримання коштів, які йдуть від Європейського соціального фонду до муніципалітетів та можливість впровадження цільових заходів стосовно зміцненню здоров'я. Навчальні установи, які знаходяться у віданні муніципалітетів, беруть участь в роботі Мережі шкіл для зміцнення здоров'я. Окремі муніципалітети готують пакети документів для планування роботи в сфері пропаганди здорового способу життя, а також здійснюють набір фахівців у сфері охорони здоров'я. Проте, єдиних практик у впровадженні в муніципалітетах політики пропаганди здорового способу життя немає, як і немає яких-небудь однорідних статистичних даних про кількість виділених з муніципальних фондів бюджетних коштів на зміцнення здоров'я. Наприклад, в 2015 році муніципалітет міста Лієпая витратив 7.000 євро³³, в той час як муніципалітет міста Риги виділив 360.553 євро³⁴.

Після реформи 2009 року, коли було ліквідовано муніципалітети другого рівня, їхні медичні установи були передані у відання муніципалітетів. Проте, навіть у випадку, коли медичний заклад знаходиться у віданні муніципалітету (в

³¹ Закон «Про місцеве самоврядування» - 19 травня 1994 року. - <http://likumi.lv/doc.php?id=57255>

³² Основні показники медико-санітарної допомоги на кінець року - <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/veselibas-aprupe-un-sports-galvenie-raditaji-30287.html>

³³ Презентація: «Зміцнення здоров'я», Семінар: «Зміцнення здоров'я - Місцеві можливості і виклики», 08 липня 2016 року. - <http://www.lps.lv/lv/zinas/lps/3191-seminars-veselibas-veicinasana-pasvaldibu-iespejas-un-izaicinajumi>

³⁴ Презентація: "Пропаганда здорового способу життя Департаментом соціального забезпечення", відео конференція про досвід і передові практики в галузі пропаганди здорового способу життя, 12 травня 2016 року, <http://www.lps.lv/lv/seminari-un-video/videoarhivs/3147-videokonference-par-pieredzi-un-labo-praksi-veselibas-veicinasanas-joma>

деяких випадках, муніципалітету та приватного інвестора), медичні послуги фінансуються з державного бюджету з статті охорони здоров'я та з коштів доплат пацієнтів.

В рамках існуючої структури³⁵ подається визначення організаційних аспектів, суми і умов фінансування національних служб охорони здоров'я, а також пропонується детальний перелік тих медичних та дотичних до медичних послуг, витрати на які не покриваються державою ("негативна корзина").

У відповідності до нормативно-правових актів, фінансування з державного бюджету та внески або доплати пацієнта забезпечують:³⁶

1. Швидку медичну допомогу;
2. Амбулаторну медичну допомогу:
 - 2.1. Основні послуги в галузі охорони здоров'я:
 - 2.1.1. медико-санітарна допомога забезпечується ЗП і медичним персоналом, який працює на ЗП;
 - 2.1.2. медична допомога, яка надається стоматологами й лікарями-гігієністами дітям і окремим категоріям населення у відповідності до чинних нормативно-правових актів;
 - 2.1.3. медико-санітарна допомога на дому.
 - 2.2. Амбулаторні послуги в галузі охорони здоров'я вторинного і третинного рівня:
 - 2.2.1. Медичні послуги, які надаються акушеркою або лікарем, який спеціалізується в тій чи іншій спеціальності та допоміжним медичним персоналом;
 - 2.2.2. Лабораторні та візуальні діагностичні тести;
 - 2.2.3. Амбулаторні медичні послуги;
 - 2.2.4. Невідкладна медична допомога у відділенні екстреної допомоги лікарні, якщо особа не госпіталізована, і в медичних пунктах невідкладної допомоги.
3. Стаціонарна медична допомога;
4. Лікарські засоби та медичне устаткування, які централізовано закуповуються державою;
5. Відшкодуванні лікарські засоби та медичне устаткування у відповідності до чинних нормативно-правових актів, що регулюють порядок відшкодування витрат на закупівлю лікарських засобів та виробів медичного призначення для амбулаторного лікування.

Опис медичних послуг, що фінансуються з бюджету

³⁵ Постанова Кабінету Міністрів № 1529 «Про організацію та фінансування в галузі охорони здоров'я», 17 грудня 2013 року.

³⁶ Концептуальна доповідь «Про зміну моделі фінансування системи охорони здоров'я в Латвії», проект, 09 вересня 2016 року, стор. 33 - 42.

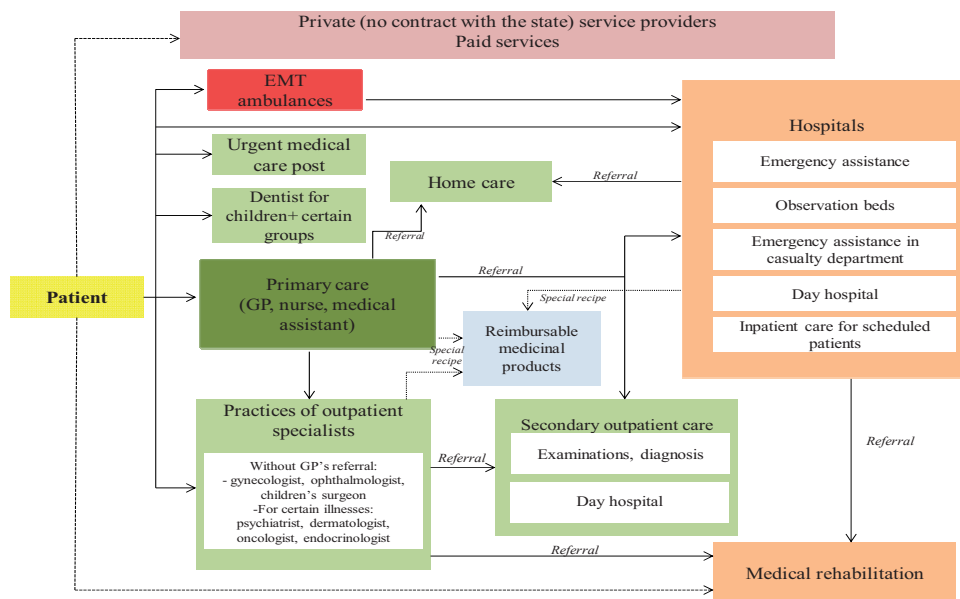


Рисунок 2. Схематичне розташування пацієнта в рамках існуючого «кошика медичних послуг»³⁷

Невідкладна медична допомога (НМД/ЕМС) забезпечується:

- ... командами НМД;
- ... відділеннями лікарень для НМД;
- ... пунктами невідкладної медичної допомоги (у нещасних випадках);
- ... лікарнями НМД.

У Латвії послуги НМД на догоспітальній фазі забезпечуються єдиним закладом - Державною службою екстреної медичної допомоги (ДСЕМД). ДСЕМД надає екстрену медичну допомогу пацієнтам на місці, а також під час транспортування до відповідного медичного закладу відповідно до плану госпіталізації в наступних випадках:

- ...аварій, катастроф, важких механічних, термічних, хімічних і комбінованих травм, ураження електричним струмом, знаходження чужорідних тіл в дихальних шляхах, утоплення, удушення, отруєння;
- ...раптової хвороби або травми в громадському місці;
- ...раптового захворювання або загострення хронічних захворювань, що загрожують життю людини;
- ...термінове перевезення потерпілого (хворого) в критичному стані, а також поставка жінки під час пологів до найближчого відповідного медичного закладу або від медичного закладу до стаціонарної лікарні вищого рівня (спеціалізовані центри, університетські клініки) відповідно до стану їх здоров'я.

Спеціалізований медичний центр (СМЦ) ДСЕМД надає спеціалізовану медичну допомогу лікарням по всій країні 24 години на добу, а в складних

³⁷ Взято з „Latvia: Health System Review Health Systems in Transition“ [«Латвія: Огляд системи охорони здоров'я. Системи охорони здоров'я в перехідний період»] Том.14 № 8 2012 Європейського огляду систем і політики охорони здоров'я, партнерство під егідою ВООЗ, стор.113.

випадках надає рекомендації командам невідкладної медичної допомоги, які мають справу з тяжко травмованими або тяжкохворими пацієнтами. Допомога СМЦ є критично важливою для лікарень, якщо їх ресурси недостатні для того, щоб забезпечити всю необхідну екстрену допомогу своїм пацієнтам.

В екстрених випадках, відділення невідкладної медичної допомоги в лікарнях забезпечують необхідну діагностику та лікування для амбулаторних пацієнтів, а також пропонують прийомні відділення для стаціонарних хворих. Пацієнти можуть прийти до відділів НМД самі або їх можуть перевезти команди НМД.

В Ризі екстрена допомога надається 3 лікарнями швидкої допомоги (в яких цілодобово чергують принаймні сім різних фахівців), 7 регіональних багатопрофільними лікарнями (в яких цілодобово чергують п'ять різних фахівців), а також 11 лікарнями швидкої допомоги. Цілодобову екстрену допомогу також забезпечують п'ять спеціалізованих лікарень (наприклад, Ризький пологовий будинок і Травматологічна та ортопедична лікарня і т.д.).

У лікарні пацієнтові надається НМД на підставі його клінічного статусу і у відповідності до чотирьох рівнів пріоритету надання медичної допомоги пацієнтові, які визначають швидкість початку надання допомоги, тобто, допомога повинна надаватися або негайно, або протягом 10, або протягом 30 чи 60 хвилин. Допомога надається до того часу, поки стан пацієнта не стане стабільним. Стан пацієнта оцінює персональний лікар.

Особи, які мають травми чи страждають від раптового захворювання або загострення хронічного захворювання можуть отримати амбулаторну медичну допомогу на станціях невідкладних медичної допомоги (СНМД) в тих випадках, коли існує гостра необхідність втручання медичного персоналу і рівень допомоги, яку необхідно надати, перевищує компетенцію лікаря первинної медико-санітарної допомоги.

Існує три рівні СНМД, які розташовані в 14 місцях:

- Рівень 1 – екстрена медична допомога надається одним лікарем з однією медсестрою або фельдшером в режимі повного неповного робочого дня, або одним фельдшером в режимі повного неповного робочого дня – в 7 лікарнях.
- Рівень 2 - термінова медична допомога забезпечується двома лікарями і медсестрою в будні дні, вихідні та святкові дні до 24:00, або одним лікарем і однією медсестрою чи фельдшером в нічний час – в 6 лікарнях.
- Рівень 3 - екстрена медична допомога забезпечується трьома лікарями і двома медсестрами або фельдшерами в будні дні, вихідні та святкові дні до 24:00, або двома лікарями і медсестрою або фельдшером в нічний час – в 4 лікарнях.

Якщо пацієнт звертається в прийомне відділення лікарні з своєї власної ініціативи у випадку травми, раптового захворювання або загострення хронічного захворювання, і він/вона потребує термінового втручання медичного персоналу, і якщо необхідна допомога перевищує компетенцію лікаря первинної медико-санітарної допомоги і пацієнт не потребує госпіталізації, то послуги амбулаторної медико-санітарної допомоги надаються у прийомному відділенні.

Первинна медико-санітарна допомога - її ключове завдання полягає в тому, щоб вирішити основні проблеми пов'язані зі станом здоров'я у суспільстві з використанням базових і найбільш економних медичних технологій.

Первинна медико-санітарна допомога надається лікарем загальної практики (ЗП), фельдшером, медсестрою або акушеркою, які задіяні до роботи в ЗП. Станом на 1 лютого 2016 року послуги первинної медико-санітарної допомоги, яка фінансується державою, надають 1.320 лікарів загальної практики і педіатрами первинної ланки.

Гарантований обсяг медичних послуг, які повинні надаватися лікарями загальної практики визначається Постановою Кабінету Міністрів³⁸. Лікарі загальної практики проводять медичне обстеження своїх пацієнтів, роблять діагностику та лікування в разі гострих і хронічних захворювань, вони також призначають оплачувані державою ліки, а також можуть здійснювати різноманітні медичні процедури і амбулаторні хірургічні процедури. Лікарі загальної практики також здійснюють профілактичні заходи (скринінг та імунізацію), а також брати участь у пропагуванні здорового способу життя і медико-санітарній просвіті. Кожен громадянин має право на вибір свого лікаря загальної практики, а також змінити його за допомогою повторної реєстрації.

У тих районах, які недостатньо забезпечені лікарями загальної практики, і де є певні перешкоди для доступу до служб первинної медико-санітарної допомоги, держава може укласти з муніципалітетом договір стосовно надання послуг первинної медико-санітарної допомоги через станцію медичного обслуговування, в штаті якої працює сертифікований фельдшер. Фельдшери будуть піклуватися про хворих, здійснювати процедури лікування і займатися просвітою пацієнтів в питаннях охорони здоров'я, а також оглядатимуть їх, проводити діагностику і, у випадках, якщо дозволяє їх кваліфікація, лікувати.

Якщо за своїми медичними показаннями пацієнт не в змозі прийти до медичного закладу, можна отримати медичну допомогу на дому, яка також належить до одного з етапів первинної медико-санітарної допомоги. Медична допомога на дому може надаватися особам, які мають хронічні захворювання опорно-рухового апарату, які є після виписки з хірургічного лікування в лікарнях, або з метою реабілітації з конкретними діагнозами (порушення мозкового кровообігу або інфаркту головного мозку), після травми спинного мозку з конкретним діагнозом, а також в інших спеціально визначених медичних ситуаціях.

Медичну допомогу на дому пацієнтові може приписати лікар загальної практики, лікарня або амбулаторний лікар, а в деяких випадках реабілітолог. Такий догляд зазвичай здійснюється медичними сестрами або фельдшерами.

Стоматологія - в рамках первинної медико-санітарної допомоги з державних фонди покриваються витрати на стоматологічний догляд та первинні консультації ортодонта для дітей у віці до 18 років, а також 50% витрат на

³⁸ Постанова Кабінету Міністрів No.268 "Положення про терапевтичної експертизі і теоретичного і практичного рівня кваліфікації медичного персоналу та студентів, що здобувають перший або другий рівень вищої професійної медичної освіти», 24.03.2009.Regulations of the Cabinet of Ministers No.268 "Regulations on therapeutic expertise and theoretical and practical proficiency level of the medical personnel and students acquiring the first or second level higher professional medical education", 24.03.2009.

стоматологічні послуги і 100% витрат на протезування зубів зі знімними пластмасовими протезами для жертв аварії на Чорнобильській АЕС. Покриваються також витрати для гігієнічного догляду за порожниною рота для дітей: віком від 2 до 18 років один раз на рік, а для 7-ми, 11-ти і 12-тирічними два рази в рік. Ці послуги надаються стоматологом, помічником стоматолога, стоматологічними медсестрами та гігієністом, які уклали відповідний договір з державою.

Відшкодування ліків для амбулаторного лікування - пацієнти з хронічними захворюваннями можуть відшкодувати витрати на покупку своїх лікарських засобів для амбулаторного лікування в розмірі 50, 75 або 100% за рахунок компенсації від держави.

Держава компенсує ліки і медичні засоби в залежності від серйозності діагнозу:

- в розмірі 100% для пацієнтів, які мають хронічні, небезпечні для життя захворювання або хвороби, які викликають важку і постійну непрацездатність, та лікування яких вимагає застосування специфічних лікарських засобів з метою підтримання життєво важливих функцій пацієнта, а також для дітей у віці до 18 років;
- в розмірі 75%, якщо пацієнт має хронічне захворювання, лікування якого без конкретних лікарських засобів буде обтяжувати забезпечення життєво важливих функцій пацієнта або спричинить серйозну інвалідність;
- в розмірі 50%, якщо пацієнт має хронічне або гостре захворювання, лікування яких вимагає використання конкретних лікарських засобів для того, щоб підтримувати або поліпшити стан здоров'я пацієнта.

Вторинна амбулаторна допомога - пакет послуг в галузі охорони здоров'я, що надається практикуючим лікарем, що спеціалізуються на конкретному захворюванні або допоміжним медичним персоналом, а також обстеження в амбулаторній лабораторії чи візуальна діагностика і медична допомога, що надається в денних стаціонарах.

Медичні послуги вторинного рівня, які фінансуються державою, надаються у відповідності до направлення лікаря загальної практики або спеціаліста. Послуги деяких спеціалістів можна отримати без направлення: психіатр або дитячий психіатр, якщо пацієнт страждає від психічного захворювання; нарколог, якщо у пацієнта є алкогольна, наркотична чи психотропна залежність; фтизіатр, якщо пацієнт страждає від туберкульозу; дерматовенеролог, якщо пацієнт страждає від венеричних захворювань; ендокринолог, якщо пацієнт страждає від цукрового діабету; онколога і онколога хіміотерапевта, якщо пацієнт страждає від онкологічних захворювань і т.д.

Пацієнти можуть вільно вибирати будь-якого фахівця, який уклав відповідний договір з державою, який працює в Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ), або будь-якій медичній установі, в якому будуть проводитися лабораторні або візуальні діагностичні обстеження.

Для того, щоб пацієнт отримав амбулаторні послуги вторинного рівня, він повинен разом з лікарем загальної практики або спеціалістом вибрати місце (медичний заклад) для проведення консультацій і діагностичного обстеження. У

свою чергу, медичний заклад інформує лікаря загальної практики або спеціаліста, який видав направлення, про те, які медичні послуги вже були надані, і якщо пацієнт потребує подальших обстежень або консультацій, видає направлення для отримання таких послуг, а також, в разі необхідності, приписати лікарські засоби або медичні засоби, придбання яких буде відшкодовуватися.

Пацієнт може проходити амбулаторне лабораторне обстеження, яке фінансується державою, за направленням лікаря загальної практики або фахівця, який уклав договір з державою на надання фінансованих державою послуг.

Амбулаторне обслуговування пацієнта - медичне лікування або діагностичні послуги в медичному закладі, де стаціонарне лікування і медичне обслуговування надається в неповний робочий день (з 6:00 до 22:00) протягом не менше трьох годин або здійснюється спостереження за пацієнтами після маніпуляцій.

Денний стаціонар надає такі медичні послуги, які з огляду на свою складність, ризик або кількість часу на виконання не можуть бути надані в амбулаторних установах, але не вимагають перебування пацієнта в стаціонарі для нічного спостереження за ним. Денні стаціонари можуть бути відділами як лікарень, так і амбулаторних медичних установ.

В денних стаціонарах, медичні послуги надаються на наступних рівнях:

- ... денний стаціонар першого рівня в медичному закладі, який має відділення інтенсивної терапії та анестезії відділи, а також кабінет обстеження крові;
- ... денний стаціонар другого рівня, в якому немає відділення інтенсивної терапії та анестезії, а також немає кабінету обстеження крові.

Метою **медичної реабілітації** є допомогти особам з певними функціональними порушеннями зменшити рівень таких порушень, а також оцінити та знизити ризики можливих ускладнень.

Медичні послуги стосовно реабілітації надаються вузькопрофільними лікарями, які спеціалізуються у сфері реабілітації, та іншими вузькопрофільними спеціалістами у формі консультацій, багатопрофільних або монопрофільних послуг медичної реабілітації за участю інших лікарів та допоміжного медичного персоналу.

При відборі пацієнтів для надання медичних реабілітаційних послуг вузькопрофільними лікарями, які спеціалізуються у сфері реабілітації, оцінюють стан здоров'я пацієнта і пов'язаних з ним функціональних порушень, можливості медичної реабілітації та мотивації пацієнта, а також стабільність стану здоров'я для отримання реабілітаційних послуг. Паралельно оцінюється установа для надання медичних реабілітаційних послуг (амбулаторно, в денному стаціонарі, в лікарні або вдома) в тому числі в таких денних стаціонарах та в амбулаторних медичних установах, як Національний реабілітаційний центр "Вайварі", Рига Схід Університетська лікарня, Дитяча клінічна лікарня університету, лікарня м. Відземе, лікарня м. Резекне, і регіональна лікарня м. Лієпая.

При певних обставинах, медична реабілітація надається у вигляді послуги догляду на дому, як це описано в розділі, присвяченому первинній медико-санітарній допомозі.

Паліативна допомога - комплексний догляд за хворими, вилікувати яких вже неможливо і де пріоритет зосереджується на полегшенні болю і інших симптомів, щоб вирішувати соціальні, психологічні і психічні проблеми і підтримки найкращої якості життя.

Медичний заклад надає пацієнту, який перебуває допомоги кабінету паліативного догляду або догляду своїх родичів, можливість отримати консультацію по телефону з паліативної допомоги 24 години на добу.

Державний бюджет покриває витрати наступних паліативних послуг:

- ... на початковому рівні - візити додому лікаря загальної практики, медичні послуги з догляду на дому;
- ... амбулаторне - паліативні кімнати по догляду в багатопрофільних лікарнях, де в основному допомагають хворим на рак;
- ... установка стаціонарну – паліативне відділення догляду університетської лікарні Рига Схід (REUH) і в інших регіональних лікарнях.

У лікарнях Латвії є 147 паліативних ліжок, а відділення паліативної допомоги REUH, яке спеціалізується на такій допомозі, має 25 ліжок. Догляд забезпечується багатопрофільною бригадою, де є онкологи, медсестри, помічники медсестер, соціальні працівники, капелан і волонтери. При необхідності, для додаткового догляду за хворими залучаються фахівці з інших відділів лікарні.

Спеціалізовані кімнати паліативної допомоги, які надають допомогу амбулаторним хворим, є в 3 інших лікарнях.

Стаціонарна допомога - якщо пацієнт потребує стаціонарного лікування (операції), лікар (в ході консультацій, що фінансується державою) видає направлення на операцію, витрати на яку фінансуються державою.

У лікарнях, з державного бюджету покриваються такі витрати (за винятком надзвичайних ситуацій та операцій в денному стаціонарі):

- ... дитяча хірургія;
- ... Операції, що проводяться в лікарнях в рамках певних програм в галузі охорони здоров'я (наприклад, лікарняна допомога в сфері судинної хірургії, захворювань хребта, травматологічної хірургії і т.д.);
- ... Планові операції для пацієнтів з передбачуваною інвалідністю (відповідно до індивідуального плану реабілітації особи з передбачуваною інвалідністю, яка була схвалена Державної Медичної кваліфікаційної комісії з оцінки стану і працездатності) і для осіб працездатного віку з довготривалими хворобами. Операція повинна бути забезпечена протягом п'яти календарних місяців.

У Латвії стаціонарне медичне обслуговування, яке покривається державою, забезпечується 21 регіональною багатопрофільною лікарнею та

лікарнями швидкої допомоги по всій країні, як про це мова йшла в розділі про відділи швидкої медичної допомоги в лікарнях. Фінансовані державою лікарняні послуги надаються 8 лікарнями відповідно до тарифів і умов оплати, встановлених у конкретній лікарні або її відділу/філіалом.

Фінансовані державою спеціалізовані стаціонарні послуги надають 12 лікарень: психіатрична лікарня м. Акнисте, дитяча психіатрична лікарня «Айнажи», Ризький пологовий будинок, Наркологічна лікарня м. Страупе та Травматологічна та ортопедична лікарня.

Великі спільна заміна операції - великі операції спільного заміни, витрати на які покриваються державою регулюються спеціальними правилами, і вони проводяться 9 лікарнями по всій країні.

Операції ендопротезування великих суглобів - Операції ендопротезування великих суглобів за кошт держави.

Медичні установи, які здійснюють регулярні ендопротезування мають такі черги:

- ... для ендопротезування - в загальному порядку;
- ... для ендопротезування як в терміновому порядку - за рішенням медичної ради;
- ... заміна ендопротезів - з 50% з спів-оплатою витрат (пацієнт і лікарня можуть укласти угоду в письмовій формі для прискорення процедури, якщо пацієнт покриває 50% витрат на операцію).

Медичні послуги третинного рівня - вузькоспеціалізовані медичні послуги, що надаються спеціалізованими медичними установами та фахівцями, що мають додаткову кваліфікацію в одній або декількох областях медицини. У Латвії виконують трансплантацію нирок, серця і печінки (з 1 січня 2017 року) трансплантацій, які вимагають залучення висококваліфікованих фахівців і широкого спектру міждисциплінарних підходів.

Модель фінансування. Національна служба охорони здоров'я (NHS) визначена як єдиний платник в системі охорони здоров'я, проте послуги, які фінансуються державою, забезпечуються поєднанням державного і приватного фінансування, оскільки для більшості послуг встановлені збори з пацієнтів (за винятком категорії пацієнтів, які звільняються від оплати, тобто діти до 18 років, вагітні жінки, жінки протягом 42-денного періоду після пологів, і домогосподарства з доходом менше 128 євро). Пацієнти також платять за закупівлю майже всіх фармацевтичних товарів. Існує річний максимум непокритих послуг для отримання державних послуг в рамках контрактів з державою (на даний час 569.15 євро). Пацієнти можуть платити більше цієї суми, якщо вони записуються в чергу. Якщо для отримання процедури в конкретному медичному закладі є велика черга, пацієнт може перейти до іншої установи, де черга є коротшою. Якщо пацієнт не хоче чекати в черзі, він/вона можуть оплатити 100% вартості послуг, як це визначено медичною установою. На даний час на веб-сайті Державної служби охорони здоров'я опубліковані оголошення про профілі конкретних медичних установ і спеціальності, і самі заклади зазначають час очікування в черзі. Такі черги частково пояснюються квотами, встановленими Державною службою охорони здоров'я для кожної

установи, з якою укладено договір, або надавачем послуг для конкретної процедури.

Всесвітній банк в своєму дослідженні робить висновок про те, що послуги, які є доступними в даному правовому полі, були визначені за трьома з чотирьох пріоритетних хвороб - серцево-судинні захворювання, здоров'я матері і дитини, рак, за винятком психічного здоров'я. Проте, насправді, фактичний доступ до послуг є значно гірший, і люди не отримують основні послуги. Фінансування є досить найбільш ймовірною перешкодою для вільного доступу до послуг. Жителі змушені платити відносно великі суми, що впливають із необхідності спів-фінансувати послуги, невеликого числа ліків, за які можна отримати компенсацію, і квот на обслуговування. В результаті постачальники послуг, які уклали контракт з Національною службою здоров'я, стають комерційними постачальниками послуг, як тільки квоти закінчуються.³⁹

У Латвії, фінансування сектора охорони здоров'я у 2016 році становить 3% від валового внутрішнього продукту (ВВП), який обчислюється приблизно 770.800.000 євро початково затвердженого загального бюджету, з яких 713 млн. євро виділяються на покриття медичних послуг і відшкодування витрат на ліки. Інша частина витрат бюджету на охорону здоров'я складається з фінансування медичної освіти, медичного музею, забезпечення виконання міжнародних зобов'язань, спеціалізованої медицини, контролю за станом здоров'я і спостереження, а також адміністрації системи охорони здоров'я. Відповідно до рекомендацій Європейської комісії та Всесвітньої організації охорони здоров'я, в систему охорони здоров'я повинно спрямовуватися фінансування в сумі не менше 5% від ВВП держави.⁴⁰

У 2014 році було затверджено документ середньострокового планування політики під назвою «Керівні принципи державної охорони здоров'я на період 2014 до 2020 року», в якому зазначено фінансування на рівні принаймні 4% від ВВП, що в цілому становить 1.380 млн. євро.⁴¹

Ця різниця у фінансуванні говорить про головну проблему надання медичних послуг на даний час - сфера медичних послуг, визначених державою, є занадто широкою в порівнянні з наявними фінансовими ресурсами для того, щоб забезпечити своєчасне надання медичних послуг і адекватну оплату праці медичного персоналу. Тому збалансоване і комплексне надання медичних послуг потрібно фінансувати в розмірі 5% від ВВП.

З урахуванням недофінансуванням сфери охорони здоров'я, Міністерство охорони здоров'я на даний час працює над зміною моделі фінансування системи охорони здоров'я, переслідуючи наступні основні цілі:

³⁹ Огляд послуг, які фінансуються державою, і модель надання послуг. - Консультації Світового банку: Підтримка розвитку системи охорони здоров'я в області пріоритетних захворювань в Латвії, 2016 року, с.5.

⁴⁰ Концептуальна доповідь «Про зміну моделі фінансування системи охорони здоров'я в Латвії», проект, 09 червня 2016 року. - ч. 2.

⁴¹ Напрямки розвитку системи охорони здоров'я на період з 2014 до 2020 року, затвердженої постановою Кабінету міністрів No.589, 14 жовтня 2014 року, - <http://tap.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=40330161>

- ... Підвищення наявності амбулаторно-поліклінічних послуг, регулярних стаціонарних послуг, паліативної допомоги та медичної реабілітації.
- ... Визначення економічно обґрунтованих тарифів надання послуг:
 - Збільшення заробітної плати медичного персоналу, місячної зарплати лікарів (категорія 1) на суму в два рази більше середньої заробітної плати;
 - Збільшення інших складових частин тарифів - на ліки, харчування пацієнтів, накладних витрат і непрямих витрат, амортизаційних нарахувань.
- ... Внески пацієнтів і скорочення спів-фінансування;
- ... Створення сталої системи фінансування охорони здоров'я, підвищення її передбачуваності і стабільності.
- ... Компенсація на медикаменти в зв'язку зі збільшенням числа хворих, а також включення нових лікарських засобів та засобів для діагнозів в список відшкодовуваних ліків і відмова від спів-фінансування пацієнтів (25 і 50%).⁴²

Недостатнє державне фінансування надання медичних послуг, відсутність доступу до послуг для всіх громадян, відносно велика частка платежів пацієнтів (36,5% від загальних витрат на охорону здоров'я в 2013 році⁴³), а дорожня інфраструктура і інфраструктура громадського транспорту створюють додаткове навантаження на бюджети муніципалітетів, в результаті всього цього муніципалітети виплачують соціальну допомогу щоб частково покрити витрати на покупку ліків і витрати медичних установ на лікування населення, забезпечують транспортом, щоб доїхати до і від медичних установ і т.д.

Недостатнє фінансування, недостатні послуги, циклічні коливання медичних послуг спричинені наявністю чи відсутністю фінансування (квотами), а також низький рівень оплати праці медичного персоналу ускладнює залучення фахівців до роботи в сфері охорони здоров'я, особливо в регіонах. Для залучення лікарів, муніципалітети, які є власниками лікарень, виплачують стипендії майбутнім лікарям під час їх навчання та оплачують їх проживання, надають їм житло та інші соціальні гарантії.

СОЦІАЛЬНІ ПОСЛУГИ ТА СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА

В Латвії основним державним органом в галузях праці, соціального захисту, захисту дітей, дитячого та сімейного права, а також рівних

⁴² Концептуальна доповідь «Про зміну моделі фінансування системи охорони здоров'я в Латвії», проєкт, 09 червня 2016 року, - стор. 56..

⁴³ Огляд послуг, які фінансуються державою, і модель надання послуг. - Консультації Світового банку: Підтримка розвитку системи охорони здоров'я в розрізі пріоритетних захворювань в Латвії, 2016 рік., стор. 24.

можливостей для людей з інвалідністю та гендерної рівності є Міністерство соціального забезпечення.

Закон «Про місцеве самоврядування» визначає надання громадянам соціальної допомоги (соціального забезпечення) (соціальна допомога для сімей з низькими доходами і соціально незахищених особам, забезпечення місць для літніх людей в будинках для людей похилого віку, забезпечення місць для дітей-сиріт і дітей, які позбавлені піклування батьків, в освітніх установах і виправних установах, забезпечення бездомних людей проживанням і т.д.)⁴⁴ як власне повноваження органів місцевого самоврядування.

У Латвії, форми надання соціальних послуг та соціальної допомоги (див. Рисунок 3), принципи надання та порядок отримання регулюються Законом «Про соціальні послуги та соціальну допомогу» (далі - Закон)⁴⁵. Закон також визначає розподіл обов'язків між державою і органами місцевого самоврядування стосовно забезпечення мешканців соціальними послугами і соціальною допомогою.

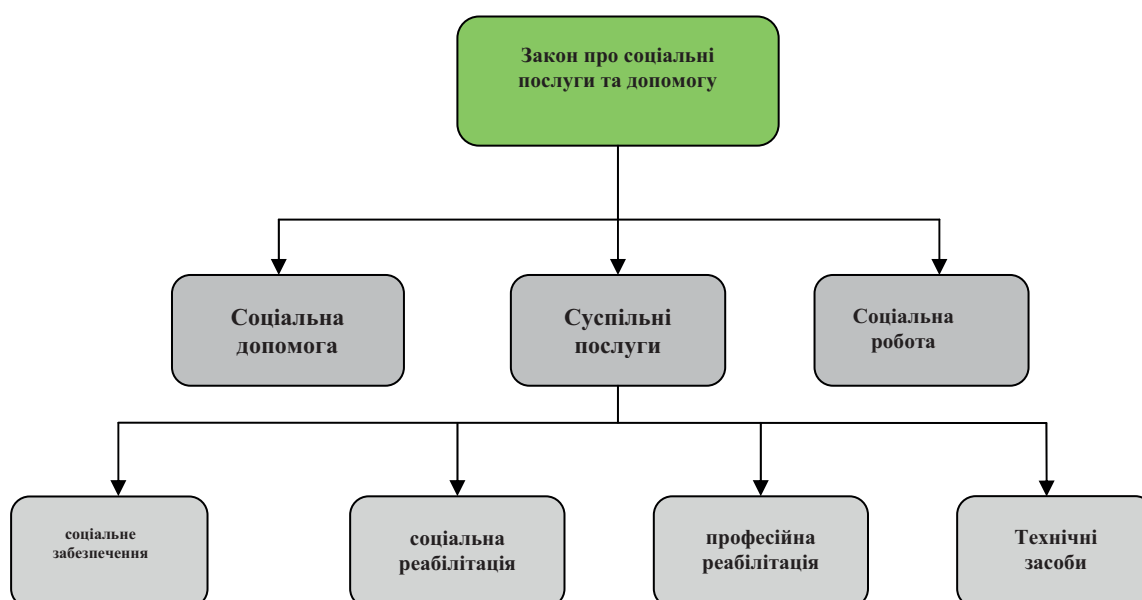


Рисунок 3. Система соціальної підтримки в Латвії

Джерело: Міністерство соціального забезпечення

Закон передбачає, що кожен муніципалітет встановлює муніципальний орган - відділ соціальних послуг - для надання та адміністрування соціальних послуг та соціальної допомоги. В кожному муніципалітеті повинен бути принаймні один фахівець із соціальної роботи на тисячу жителів. Закон також визначає освітні вимоги до соціальних працівників, відповідно, вища освіта 1-го рівня або 2-го рівня.

⁴⁴ Закон «Про місцеве самоврядування» - 19 травня 1994 року .- <http://likumi.lv/doc.php?id=57255>

⁴⁵ Закон «Про соціальні послуги та соціальну допомогу», - 30 жовтня 2002 року. - <http://likumi.lv/doc.php?id=68488>

Відповідно до положень Закону, всі муніципалітети створили свої відділи соціальної служби, проте кількість соціальних працівників є недостатньою - в 2014 році тільки 47,06%⁴⁶ відділів соціальних послуг мали достатню кількість фахівців. Муніципалітети стикаються з серйозними проблемами, з наймом на роботу фахівців. У 2014 році 91,08% всіх фахівців із соціальної роботи мали відповідну освіту.

СОЦІАЛЬНІ ПОСЛУГИ включають:

- ... послуги у сфері соціальної допомоги за місцем проживання особи і в установах соціальної допомоги та соціальної реабілітації з довготерміновим перебуванням;
- ... послуги з соціальної реабілітації за місцем проживання особи та в установах;
- ... послуги з професійної реабілітації;
- ... надання технічних засобів.

Соціальні послуги у Латвії, надаються за такими основними принципами:

- ... Послуги надаються за місцем проживання особи або якомога ближче до нього;
- ... Соціальна допомога та соціальна реабілітація в установах соціальної допомоги та соціальної реабілітації з довготерміновим перебуванням надаються в тому разі, коли обсяг соціальних послуг, що надаються за місцем проживання людини, не є достатнім;
- ... Проводиться оцінка індивідуальних потреб особи;
- ... Надавач послуг забезпечує міжвідомче і міжпрофесійне співробітництво;
- ... Особа бере участь в процесі прийняття рішень;
- ... У сфері догляду за дітьми перевага віддається догляду в сімейному середовищі.

Соціальні послуги за джерелами фінансування

Державний бюджет:

- Технічні засоби;
- Професійна реабілітація;
- Спеціальні послуги соціальної реабілітації для наркоманів, осіб, які стали жертвами насильства або торгівлі людьми, і т.д.
- Помічники для осіб з функціональними порушеннями;
- Установи для догляду з довготерміновим перебуванням для:
 - Діти-сироти та діти, які позбавлені батьківської опіки віком до 2-х років
 - Діти з функціональними порушеннями віком до 4-х років
 - Діти з обмеженими розумовими здібностями віком до 18 років

⁴⁶ Галузева статистика - ключові показники - <http://www.lm.gov.lv/text/2156>

- Дорослі з психічними і розумовими порушеннями і порушеннями зору
- Співфінансування створення групових будинків, «проміжні» будинки допомоги і центри денного догляду для осіб з психічними розладами.

Муніципальний бюджет:

- Громадські послуги відповідно до потреб мешканців:
 - Догляд на дому
 - Денні центри догляду
 - Особиста допомогу
 - Притулки і нічні притулки
 - Групові будинки (квартири)
 - Спеціалізовані семінари
 - Квартири служби і т.д.
- установи довгостроковий догляду за:
 - Дітьми-сиротами та дітьми, які залишилися без піклування батьків, віком після 2 років;
 - Інваліди, крім осіб з психічними розладами;
 - Літні особи.

Держава делегувала частину своїх обов'язків неурядовим громадським організаціям: соціальна реабілітація для осіб з проблемами зору та слуху з наданням технічних засобів (тифлосурдопедагогіка та методика Surdo) забезпечується Латвійським товариством сліпих і Латвійською асоціацією глухих, а Латвійський дитячий фонд несе відповідальність за соціальну реабілітацію дітей, які стали жертвами насильства.

Управління деякими послугами були делеговані муніципалітетам: допоміжні послуги для осіб з обмеженими можливостями, соціальна реабілітація для дорослих, які є жертвами насильства і злочинців і т.д. Муніципалітети отримують певні фінансові кошти для покриття адміністративних витрат.

Муніципалітети можуть утворювати свої власні установи або купувати послуги інших муніципалітетів, неурядових організацій та підприємств в сфері надання соціальних послуг. Більшість послуг на практиці надається самими муніципалітетами.

Національне законодавство⁴⁷ встановлює стандарти та вимоги для всіх надавачів соціальних послуг, незалежно від їх засновника (муніципалітет, держава, неурядова організація, приватне підприємство). Міністерство соціального забезпечення здійснює контроль за дотриманням стандартів проводячи планові перевірки або відповідаючи на індивідуальні скарги. Усі надавачі послуг повинні бути зареєстровані в Реєстрі надавачів соціальних

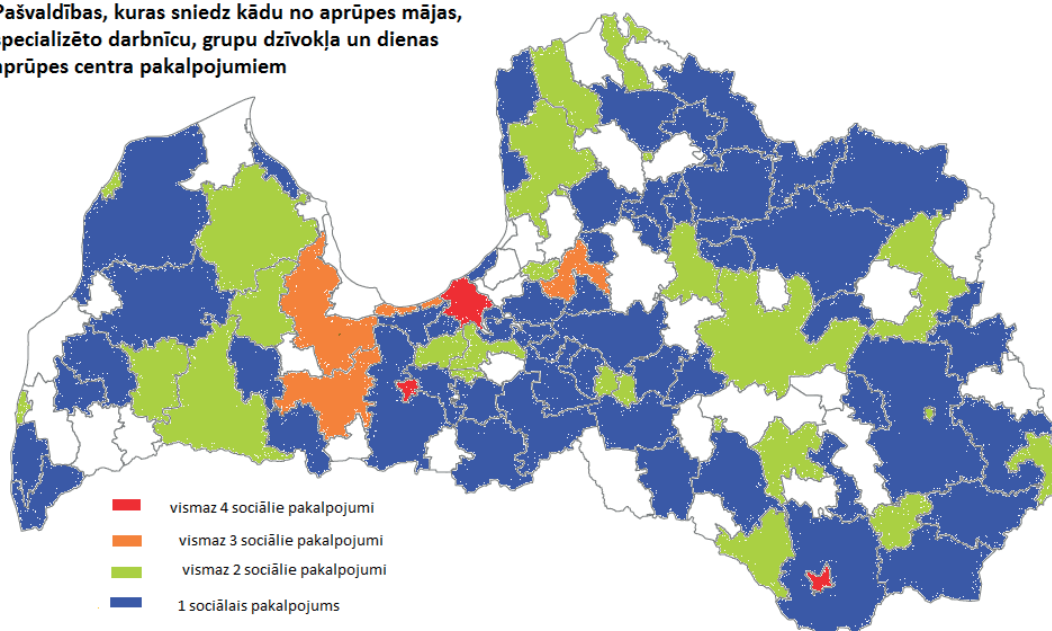
⁴⁷ Постанова Кабінету Міністрів № 291 «Вимоги до надавачів соціальних послуг» – 03 червня 2003 року.

послуг. Який веде Міністерство соціального забезпечення⁴⁸. Слід зазначити, що Регістр носить інформативний характер, і не є підтвердженням того, що конкретний надавач послуг відповідає всім вимогам, що пред'являються до надавачів соціальних послуг як в момент своєї реєстрації, так і протягом своєї діяльності.

На початку 2015 року Реєстр містив 614 надавачів соціальних послуг, в тому числі 417 муніципальних надавачів соціальних послуг. Муніципалітети Латвії створили 117 довгострокових соціальної допомоги та соціальної реабілітації, в тому числі 34 установ і 9 підрозділів для дітей. 17 муніципалітетів створили обидва типи установ довгострокового соціального догляду та соціальної реабілітації - для дітей і дорослих. Серед існуючих 15 «молодіжних будинків», 12 були створені органами місцевого самоврядування (в тому числі 3 установи в Ризі).⁴⁹

Географічне розташування послуг в муніципалітетах є нерівномірним, і не всі громадяни мають гарантований доступ до послуг. Наприклад, згідно з інформацією, зібраною Міністерством соціального забезпечення в квітні 2016, тільки 6,79% дорослих з психічними розладами⁵⁰ і 6,90% дітей з функціональними порушеннями⁵¹ були забезпечені всіма необхідними послугами. Розташування в межах муніципалітетів можна побачити на Рисунок 4.

Pašvaldības, kuras sniedz kādu no aprūpes mājas, specializēto darbnīcu, grupu dzīvokļa un dienas aprūpes centra pakalpojumiem



⁴⁸ Постанова Кабінету Міністрів № 951 «Порядок реєстрації постачальника соціальних послуг в Реєстрі постачальників соціальних послуг та виключення з нього – 20 листопада 2008 року.

⁴⁹ Ltd. „Grupa93” and Ltd. "Karsu Izdevniecība Jāņa sēta" - Оцінка «Огляд діапазону державних послуг відповідно до місця проживання» (Міністерство охорони навколишнього середовища та регіонального розвитку, 2014/14) - http://www.varam.gov.lv/lat/aktual/preses_relizes/?doc=19982

⁵⁰ Із 21.848 осіб з психічними розладами, яким Державна медична комісія з оцінки стану здоров'я і працездатності надала інвалідність; дані Комісії.

⁵¹ З 8.260 дітей з функціональними порушеннями, яким Державна медична комісія з оцінки стану здоров'я і працездатності надала інвалідність, дані Комісії.

Малюнок 4. Органи місцевого самоврядування, які забезпечують деякі з послуг домашнього догляду, спеціалізовані семінари, групові будинки і центри денного обслуговування.

Джерело: Міністерство соціального забезпечення, дані 2016 року.⁵²

Примітки: **принаймні 4 соціальні послуги**
принаймні 3 соціальні послуги
принаймні 3 соціальні послуги
1 соціальна служба

Одержувачі послуг соціальної допомоги або їх надавачі зобов'язані платити за отримані послуги, якщо вони не мають статусу бідняка без засобів до існування. Проте на практиці плата за послуги в основному здійснюється з муніципального бюджету. Це пов'язано з низьким рівнем доходів населення, а також з непропорційно великими адміністративними витратами, якщо особа або її надавач послуг не хоче добровільно платити (судові витрати, довготривалі судові процедури і т.д.).

Національне законодавство⁵³ визначає витрати, які беруться до уваги при розрахунку вартості довгострокової соціальної допомоги в муніципальних установах, тобто заробітна плата і пов'язані з нею податки, витрати на комунальні послуги, придбання ліків, витрати на проживання та регулярні витрати на ремонт і т.д. Проте, ці критерії вже застаріли і не відображають реальні витрати на утримання місцевих установ, які надають послуги по догляду. Слід зазначити, що в різних муніципалітетах ведеться різний облік витрат. В 2016 році плата за цю послугу становила починаючи від 350 євро в місяць. Така низька ціна обумовлена тим, що муніципалітет частково субсидує ці послуги своїм громадянам.

Муніципалітети повинні розробляти прайс-листи на платні послуги, але не всі муніципалітети мають такі розрахунки і методику для проведення розрахунків, а статистичні дані про ціни на соціальні послуги, які надаються муніципалітетами не є в наявності.

У 2013 році було підготовлено програмний документ із заголовком «Рекомендації стосовно розвитку соціальних послуг на період з 2014 до 2020 року»⁵⁴, в якому викладено напрямки розвитку системи соціальних послуг в майбутньому (соціальна допомога, соціальна реабілітація, служба професійної реабілітації) - підвищення доступності соціальних послуг, підвищення якості та забезпечення ефективного управління. Заходи, включені в Рекомендації, є амбітними та зорієнтовані на трьох напрямках:

1. Деінституціоналізація;
2. Соціальні послуги, які надаються на рівні громад, є безперервними та відповідають індивідуальним потребам клієнта;

⁵² Первісна оцінка параметру 9.3.1.1. «Розвиток інфраструктури послуг для впровадження плану деінституціоналізації» Цілі 9.3.1. конкретної допомоги «Розвиток інфраструктури послуг для догляду за дитиною в сімейному середовищі та самостійного життя осіб з обмеженими можливостями і інтеграції їх в суспільство» - червень 2016 року.

⁵³ Постанова Кабінету Міністрів No.250 «Порядок взаємних платежів органів місцевого самоврядування на оплату послуг, що надаються освітніми установами або установами соціальної допомоги» - 13 липня 1999 року.

⁵⁴ <http://likumi.lv/doc.php?id=262647>

3. Ефективне управління соціальними послугами.

Метою деінституціоналізації є створення «системи обслуговування, яка дає людині, яка має обмежену здатність піклуватися про себе, необхідну підтримку, щоб мати можливість жити у себе вдома або в сімейному середовищі»⁵⁵. В контексті деінституціоналізації, заплановані такі заходи: вивчення індивідуальних потреб людей, що проживають в установах соціального обслуговування та розвиток комунальної інфраструктури та послуг, які б відповідали тим індивідуальним потребам, закриття філій державних соціальних центрів обслуговування і підготовки фахівців для надання нових видів послуг, а також заходи, щоб обмежити розміщення нових осіб в установах, пріоритет забезпечення позасімейного догляду в сімейному середовищі для дітей у віці від 0 до 3 років, а також обмеження розміщення повнолітніх осіб, що мають показання до довгострокової соціальної допомоги і соціальної реабілітації в установах для догляду, якщо є можливість отримання альтернативних послуг. Очікується, що кількість місць в державних бюджетних установах соціальної допомоги буде скорочена на 1000 одиниць, і 700 клієнтів таких установ почнуть своє життя як члени громади. Установи соціальної допомоги будуть надавати свої послуги для нових клієнтів тільки в крайньому випадку і тільки для людей з важкими формами функціональних порушень.

Муніципалітети планують розвивати послуг на рівні громади (тобто, догляд на дому, центри денного догляду, навчання обслуговуючого персоналу і т.д.), беручи до уваги різні потреби груп клієнтів - осіб з психічними розладами, дітей, людей похилого віку, людей з фізичними вадами, особи, що переживають кризові стани та інші - і зміцнюючи співпрацю з національною системою охорони здоров'я.

З огляду на те, що для розробки і надання послуг планується залучити кошти ЄС, в січні 2016 року Міністерство соціального забезпечення розробило і затвердило методіку розрахунку і застосування стандартних ставок питомих витрат⁵⁶, яка встановлює стандарти для кожної послуги та розрахунку витрат. Ця методика є новою і до сих пір не застосовувалася на практиці, оскільки ще не було розпочато надання послуг.

Беручи до уваги те, що поки що соціальний ринок в Латвії ще розвинений слабо, в рамках реалізації третього напрямку Рекомендацій - ефективне управління соціальними послугами - планується ввести принцип «гроші йдуть за клієнтом» (тобто сума грошей, яка буде йти за клієнтом Державного центру соціального забезпечення від державного бюджету до муніципалітетів), мотивуючи, таким чином, муніципалітет, підприємців і недержавні громадські організації надавати клієнтам необхідні послуги. Групи клієнтів, які проживають в муніципалітетах – сім'ї з дітьми або дорослі з обмеженими можливостями - будуть підпадати під запровадження індивідуальних бюджетних рамок. Це означає, що фінансування з державного та муніципального бюджету буде йти на «віртуальний рахунок» особи, які повинні будуть витрачені на підтримку конкретної особи і придбання соціальних послуг для неї.

⁵⁵ План дій по запровадженні деінституціоналізації на період 2015 - 2020 років.

⁵⁶ http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/5/9221_uc_lm_06012016.pdf

Разючу відмінність в наявності соціальних послуг в муніципалітетах Латвії можна пояснити відмінностями їх місцевого населення і території обслуговування, бюджетом та місцевої економічної та демографічної ситуації (рівень безробіття, число людей пенсійного віку і т.д.), а також політичними пріоритетами. Слід зазначити, що з огляду на нещодавню економічну кризу з метою забезпечення виживання свого населення, муніципалітети в Латвії були змушені докорінно переглянути, зменшити або навіть припинити фінансування розвитку і підтримки соціальних послуг. Спостерігалось катастрофічне збільшення числа людей, які в фінансовому відношенні були не в змозі забезпечити свої основні потреби і завданням муніципалітетів було забезпечити матеріальну підтримку для таких людей. Держава відреагувала на погіршення такої ситуації та взяла участь у співфінансуванні базової соціальної допомоги (гарантованого мінімального доходу і грошової допомоги на житло), однак, загострення ситуації та її наслідки вплинули на стабільність місцевої фінансової підтримки існуючих соціальних послуг і на можливості запровадження нових.

Адекватність і якість послуг також залежить і від того фактора, що в сфері соціальних послуг ринкові принципи застосовуються лише фрагментарно, в той час як конкуренція може проявлятися в основному тільки у великих містах з потужним неурядовим сектором. Зважаючи на нестабільність обсягу фінансування у сфері соціальних послуг та низьким потенціалом отримання прибутку, цілком зрозумілим є небажання приватного сектора брати участь в наданні таких послуг. Таким чином, виникає ситуація, коли муніципалітети самі повинні розвивати всі необхідні послуги і не мають можливості отримати їх від зовнішніх надавачів на комерційній основі.

Муніципалітети вважають, на довгострокову перспективу фінансова допомога/спів фінансування з державного бюджету має важливе значення - не тільки на початковому етапі надання послуг, а й для забезпечення стабільності послуг, залучення відповідних фахівців та їх підготовки. Потрібно брати до уваги низький рівень доходів населення і нездатність платити за послуги. Цілком очевидно, що протягом тривалого часу соціальні послуги повинні будуть фінансуватися за рахунок державних коштів, отже, буде необхідність і визначити чітку участь держави на довгострокову перспективу.

Соціальна робота є одним з компонентів системи соціального забезпечення Латвії, яка складається з державного соціального страхування, державних соціальних допомог та муніципальної соціальної допомоги (див Рисунок 5).

Social security system

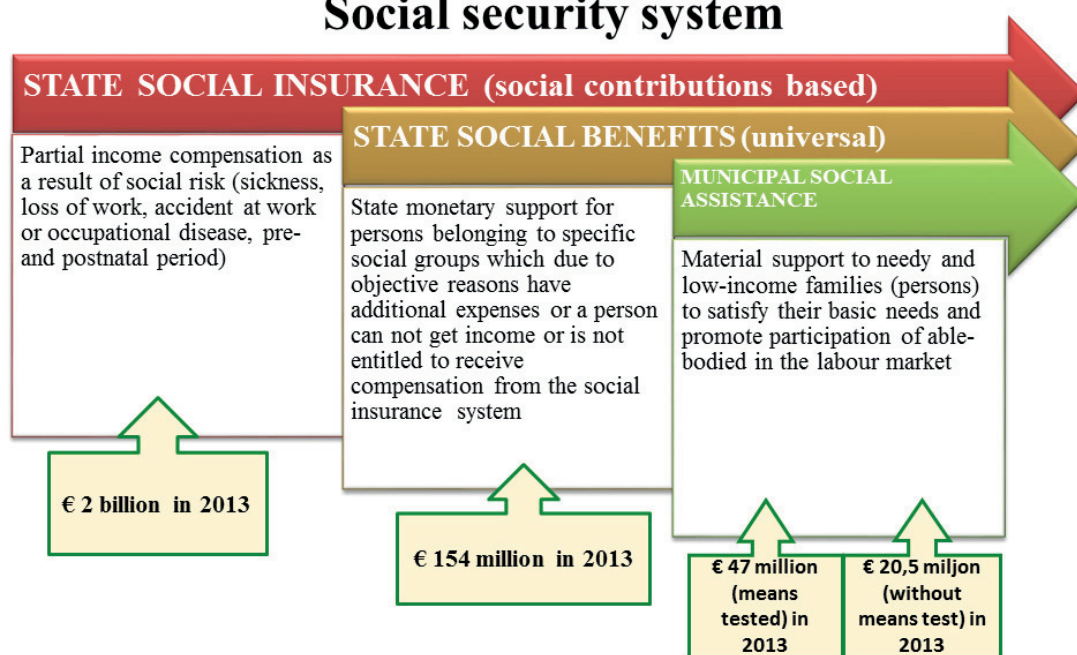


Рисунок 5. Система соціального забезпечення Латвії та фінансування в 2013 році.

Джерело: Міністерство соціального забезпечення⁵⁷

В цілому в 2013 році на пенсії та допомоги, які виплачувалися з бюджету державного соціального страхування, було витрачено 2.094 млрд. євро. У тому ж році на державні соціальні допомоги, які призначаються без урахування особистих доходів було витрачено 154 мільйонів євро. У порівнянні з цим, в тому ж році, на виплату муніципальних соціальних допомог було витрачено 67,5 мільйона євро, з яких 47 мільйонів євро було виплачено на основі оцінки особистого доходу, а 20,5 млн. євро - без оцінки особистих доходів. Загальна сума державних і муніципальних пільг в 2013 році (як з урахуванням доходів осіб, так і без), які не залежали від особистих внесків, становила 221,2 млн. євро.

Соціальна допомога - гроші або матеріальна допомога, надання яких базується на оцінці матеріальних ресурсів осіб (сімей), які не мають достатніх ресурсів для задоволення основних потреб⁵⁸. У відповідності до системи соціального забезпечення, яка запроваджена в Латвії, питання про надання соціальної допомоги вирішується муніципалітетом і вона повністю фінансується з муніципального бюджету. Муніципалітет, в якому особа зареєструвала своє місце проживання, зобов'язаний надати такій особі можливість отримати відповідні соціальні послуги та соціальну допомогу.

Закон визначає наступні принципи надання соціальної допомоги:

⁵⁷ Концепція «Про визначення рівня мінімального доходу». – стор. 22 - <http://likumi.lv/doc.php?id=269886>

⁵⁸ Закон «Про соціальні послуги та соціальну допомогу» - 30 жовтня 2002 року. - <http://likumi.lv/doc.php?id=68488>

- оцінка матеріальних ресурсів заявника (доходів і майна);
- забезпечення основних потреб (їжа, одяг, житло, охорона здоров'я, обов'язкова освіта);
- залучення осіб працездатного віку в поліпшенні свого матеріального становища.

Для того, щоб отримати соціальну допомогу, особа повинна піти в місцевий відділ соціального забезпечення. Національне законодавство та нормативні акти визначають критерії та процедури для отримання особою, яка проживає поодиночці, або домашнім господарством соціальної допомоги, права і обов'язки отримувачів, а також обов'язки муніципальної соціальної служби.

Нормативними актами визначено, що муніципалітет зі свого бюджету надає наступні соціальні допомоги:

- 1) гарантована виплата при мінімальному доході (далі - ГМД) розраховується і призначається сім'ям (особам), які були зареєстровані як бідні (з щомісячним доходом менше 128.06 євро на людину в родині) протягом періоду часу, коли сім'я мала такий статус. Допомога при ГМД розраховується як різниця між рівнем ГМД члена сім'ї, який встановлений Кабінетом Міністрів (з 1 січня 2014 року - 49,80 євро) або муніципалітетом (від 49,80 євро до 128.06 євро), і загальним доходом сім'ї (особи);
- 2) Допомога на житло надається сім'ям (особам), які були зареєстровані як бідні, та/або ті, які мають низький рівень доходу. Сума, процедура та виплата особам, які отримують таку допомогу, визначаються муніципальними нормативними актами.

Як виняток із основоположних принципів соціальної допомоги, в надзвичайній ситуації Закон дозволяє одноразову допомогу, яка може бути надана муніципалітетом без урахування доходу особи, якщо вона опинилася в надзвичайній ситуації у зв'язку з непередбаченими обставинами і не в змозі задовольнити свої основні потреби і потреби членів своєї сім'ї.

Окрім цього, закон передбачає, що якщо потреби населення муніципалітету на допомогу ГМД і житлову допомогу було задоволено, після проведення оцінки доходу сім'ї або особи муніципалітет має право виплачувати інші пільги (для покриття медичних послуг, обов'язкової освіти і т.д.) для того, щоб покрити основні потреби сім'ї або особи. Види допомог, суми і умови виплати, в тому числі рівень доходів, що дає право на отримання допомоги, визначаються відповідними муніципальними нормативними актами.

У 2014 році уряд розробив та затвердив Концепцію «Про визначення рівня мінімального доходу»⁵⁹ (далі - Концепція), метою якої є визначення методологічно обґрунтованого мінімального рівня доходу, який відповідає соціально-економічній ситуації, і який може служити в якості орієнтира для вдосконалення заходів з надання допомоги, визначених в рамках системи соціального забезпечення (державні соціальні допомоги, соціальне страхування, соціальна допомога).

⁵⁹ Концепція «Про визначення рівня мінімального доходу». - <http://likumi.lv/doc.php?id=269886>

Концепція говорить про те, що в Латвії протягом більше 10 років існує відносно високий ризик бідності, оскільки мінімальний дохід населення - як від зайнятості, так і від соціальної допомоги - не є достатнім для зниження рівня бідності в країні. На національному рівні, закони і нормативно-правові акти визначають мінімальні рівні доходу не на основі конкретної методології розрахунків, а в контексті державного і муніципального фінансового потенціалу на даний момент. Окрім цього, чітких механізмів індексації для цих рівнів немає. Проте, вони дають можливість претендувати на отримання різних послуг та пільг, наприклад, пільги по ГМД і можливості для знедолених осіб отримувати різних послуги.

Можна зробити висновок, що в рамках існуючої системи соціального забезпечення ні державні, ні муніципальні соціальні трансферти не спрямовані в достатній мірі на запобігання ризику бідності і зменшення рівня бідності осіб з низькими доходами. Після отримання соціальних виплат від держави і від муніципалітету⁶⁰ найбільш вразливих члени суспільства в 96,9% випадків (1-й квінтіль із середнім доходом 111.88 євро на кожного члена домогосподарства в місяць) як і раніше схильні до ризику бідності. Це говорить про те, що обсяги соціальних трансфертів не є достатніми щоб знизити рівень бідності серед населення.

Обґрунтовуючи необхідність методології встановлення мінімального рівня доходів, Міністерство соціального забезпечення пропонує пов'язати його до:

- 1) оподаткування праці, з метою підвищення доходів працівників з низьким рівнем заробітної плати;
- 2) соціальної допомоги, з метою збільшення обсягу допомоги найбільш вразливим верствам населення;
- 3) державних соціальних допомог, з метою підтримки соціальних груп, які перебувають в більшому соціальному ризику;
- 4) мінімальної державної пенсії, з метою поліпшення становища пенсіонерів з мінімальними доходами;
- 5) допомоги по безробіттю, з тим щоб забезпечити адекватну підтримку для безробітних.

Запровадження Концепції дозволить гарантувати отримання всіма громадянами, незалежно від того, в якому муніципалітеті вони проживають, однакових пільг стосовно мінімального доходу, і тепер їх можна буде диференціювати. Проте, очевидним є те, що впровадження Концепції має значний вплив на державні і місцеві бюджети. У тому випадку, якщо держава відмовиться від збільшення своїх витрат і збільшить суми мінімального розміру пенсії, допомоги по безробіттю тощо, то значно зростуть навантаження на міський бюджет. Ось чому, в ході розробки та узгодження Концепції муніципалітетам було запропоновано оцінити всі заходи як одне ціле для врівноваження фінансового навантаження та впливу на державний і

⁶⁰ Соціальні трансферти: пенсії та допомоги (виплачуються державою і муніципалітетами), допомога на дитину, стипендії, допомоги по соціальному страхуванню та компенсації, в тому числі іншими країнами. Веб-сайт Центрального статистичного управління (<http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/termini/socialie-transferti-36002.html>).

муніципальні бюджети, враховуючи те, що розмір мінімальних пільг планується збільшити майже в три рази. На думку муніципалітетів, держава повинна взяти на себе участь у співфінансуванні обов'язкових соціальних виплат (допомога у зв'язку з мінімальним рівнем доходу і допомога на житло) у співвідношенні 50%.

Report on organization and financing of state guaranteed public services in education, health care, and social protection in Latvia

Ināra Dundure, PhD candidate, MBA

Ilze Rudzite, MBA

INTRODUCTION

Latvia is a parliamentary republic established in 1918, which regained its independence from the Soviet Union in 1991. Legislative power is in the hands of the Parliament – the Saeima, a single-chamber parliament with 100 deputies. The head of the state is the president, who is elected by the parliament for a period of four years.

The president signs laws, nominates the prime minister (who leads the government) and performs representative functions. After elections, the Cabinet of Ministers, the highest executive body, adopts a Declaration of Intended Activities which is then transformed into the government's Action Plan. This plan defines the main results to be delivered by the respective ministries, including the Ministry of Education and Science (MoES), Ministry of Health and Ministry of Welfare.

In 2009, administrative-territorial reform took place, as a result of which Latvia changed the system of two-level municipalities to one-level municipalities, and 119 municipalities were created instead of the former 548. After the reform, 119 municipalities were formed – 9 cities, 60 municipalities with towns, 50 rural counties. Of all 119 municipalities 25 % are small counties with the population of up to 4000, 40 % are medium-size counties with the population of 4,000 to 10,000, 27 % are large counties with the population of over 10,000, and 8 % are cities.

On 1 January 2016, there were 1 969 000 inhabitants in Latvia, the territory is 64 589 km² and the capital city – Riga.¹ Since 2004, Latvia is a Member State of the European Union.

For several decades Latvia has experienced a constant decline in population. By 2013 it had lost 276 000 residents since 2003 (14%) and 562 000 since 1992 (22%). This development is due to several factors: An ageing population, low fertility rate (1.52 children per woman in 2013) which for many years has been considerably below the replacement level² and fierce emigration which was fueled by the economic recession of 2008-2010. Of the adult emigrants that left between 2000 and 2011 three-quarters were younger than 35 at the time of their departure, including many who were relatively well educated³. Latvia is also experiencing internal migration mostly from rural to urban areas with approximately 40% of the flow going to the city of Riga.⁴ These changing demographics have considerable implications for the planning of public services in Latvia.

Considerable disparities also exist between regions and municipalities. The Latgale region in particular has many disadvantaged municipalities, with high unemployment rates, low tax revenue and negative migration flows. In 1995, the

¹ The size of the population and natural movement indicators - <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/iedzivotaji-galvenie-raditaji-30260.html>

² Central Statistical Bureau of Latvia (2015), Statistical Yearbook of Latvia 2014, Central Statistical Bureau of Latvia, Riga, www.csb.gov.lv/sites/default/files/nr_01_latvijas_statistikas_gadagramata_2014_statistical_yearbook_of_latvia_14_00_lv_en_0.pdf

³ Hazans, M. (2013), "Emigration from Latvia: Recent trends and economic impact", in OECD, Coping with Emigration in Baltic and East European Countries, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204928-7-en>.

⁴ Krišjāne, Z. and T. Lāce (2012), Social Impact of Emigration and Rural-Urban Migration in Central and Eastern Europe: Final Country Report: Latvia, European Commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8852&langId=en>.

Financial Equalisation Fund⁵ was established to address regional inequalities and there is also special state funding for municipalities with the lowest estimated revenue per inhabitant after financial equalisation.

The government in 2015 adopted a new local government financial equalisation law that will be applied to the local government equalization calculation for 2016 and subsequent years. The new system is based on revised principles to evaluate demographic criteria, average local-government incomes and proportionate distribution of subsidies from the state budget so as to bring all local governments closer to the level of those with the highest incomes per capita. It also takes into consideration projected personal income tax revenues, property tax revenues and macroeconomic forecasts.

Latvia has also developed a polycentric development policy aimed at strengthening the competitiveness, accessibility and attractiveness of the 30 largest urban areas (Figure 1):

- ... 9 national development centres – republican cities or urban municipalities (more than 20 thousand inhabitants, of which 5 have more than 50 thousand inhabitants).
- ... 21 regional development centres – towns in urban-rural municipalities (5 to 20 thousand inhabitants).

This network of centres is intended to provide a territorially balanced distribution of functional urban areas across Latvia, providing jobs and public services to all residents in urban and rural areas, and driving growth in the regions.

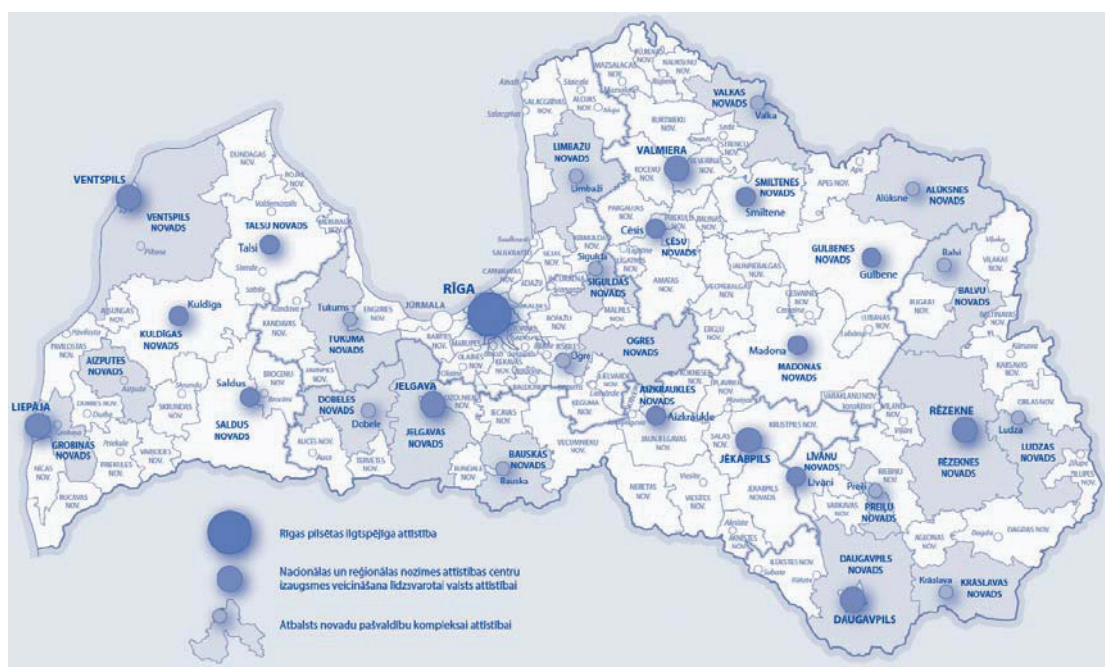


Figure 1. The Latvian polycentric development structure

⁵ The law “On Equalisation of Municipal Finances” – 04.06.2015. - <http://likumi.lv/doc.php?id=274742>.

Source: Ministry of Environmental Protection and Regional Development (2010), *Teritoriālā pieeja atbalsta plānošanā un sniegšanā [Territorial Approach in Planning and Providing Support]*, Ministry of Environmental Protection and Regional Development, Riga, www.varam.gov.lv/in_site/tools/download.php?file=files/text/publikacijas/publ//TeritPieejaAtbPlanSnieg.pdf.

Under the polycentric development policy, Latvia has defined a set (“basket”) of public services for each level of settlement – national, regional, local development centres and rural areas. Provision of basic services is made as close as possible to the people while other services are concentrated in the 30 largest urban areas. The framework aims to support the rationalisation and amalgamation of services in particular sectors: education, culture, health, sports and social care at each level of settlement.

The Law “On Local Governments”⁶ determines the autonomous, delegated and voluntary functions of the municipalities. As regards the scope of this study – education, healthcare, and social services - municipalities have the following autonomous functions:

- To provide education (ensuring the rights of people to primary and general secondary education; providing pre-school and school-age children with places in educational institutions; organizational and financial assistance to extracurricular training and educational institutions and education support institutions etc.);
- To ensure access to health care, as well as to promote healthy and sporty lifestyle;
- To provide social assistance (welfare) (social assistance for low-income families and socially vulnerable persons, providing elderly people with places in nursing homes, providing orphans and children without parental care with places in educational institutions, providing accommodation to the homeless etc.).

The autonomous function is under the responsibility of municipalities, regardless of the size and budget. Those functions are financed from the municipal budget, unless the Law "On Local Governments" specifies otherwise. In cases where new public administration functions are given or delegated to municipalities, additional sources of income must be determined.

Municipal budget is mainly composed of the collected municipal property tax and a part of the total national amount of personal income tax (PIT). The Law "On Personal Income Tax"⁷ stipulates that the collected personal income tax is credited to the local budget of the tax payer's place of residence and the state budget according to the fixed apportionment in the annual state budget law. Personal income tax distribution ratio is the topic of the yearly conversation between the Latvian Association of Local and Regional Governments (LALRG)⁸ and the Cabinet of

⁶ The Law "On Local Governments"- 19.05.1994.- <http://likumi.lv/doc.php?id=57255>

⁷ The Law "On Personal Income Tax"- 11.05.1993.- <http://likumi.lv/doc.php?id=56880>

⁸ The public organisation “Latvian Association of Local and Regional Governments” unites all types of municipalities – the local and the regional municipalities of Latvia - on a voluntary basis. Founded in 1991, it has 118 member municipalities (from the total of 119). The Association represents the interests of the municipalities in the negotiations with the Government, the representative bodies of the European Union, the European Council and other international institutions.

Ministers (the Cabinet). Since in the negotiations on the budget for 2016 and the medium-term budgetary framework there was no agreement on the principles for the formation of the medium-term budget revenues of the municipalities, the Cabinet and the Ministry of Finance insisted that for the next three years the income tax redistribution ratio remains unchanged – 20 % to the state and 80 % to the municipalities. LALRG noted that as for year 2016 the Association agrees to the division, but in the long run there are too many factors that can affect the income and the spending, hence setting a fixed proportion for the medium-term is reckless. It is important to not only compensate the negative fiscal impact of the policy change regarding distribution of PIT, which is the primary revenue source for the municipalities, but also to give municipalities the necessary amount of revenue for the fulfilment of their functions and tasks in general. In opinion of the municipalities, the habit launched by the economic crisis to determine new obligations for municipalities without financial cover is still ongoing, hence the municipalities are forced to shift some revenue share to finance these measures, thus reducing the funding for the execution of the functions that are within their competence⁹.

The Law "On State Budget for 2016"¹⁰ provides that the apportionment of personal income tax revenue between the state budget and local budgets in 2016 is as follows: municipal budgets receive 80 % and the state budget - 20 %. The forecasted PIT revenue for the municipal budgets is EUR 1,224,733,968; the sum is 100% guaranteed. The projected personal income tax revenue is distributed on a quarterly basis (in percentages): in quarter I - 22%, in quarter II - 24%, in quarter III - 26%, and in quarter IV - 28%. Each month the actual performance of PIT revenues for the previous month is considered and compared to the forecasted apportionment (one third of the quarterly projections). Failure to meet PIT revenue outturn (from the beginning of the year) is compensated by the state budget PIT share. Municipalities whose income fall below a certain level receive compensation from the municipal equalization fund; in 2016, funding in the amount of 36.48 million euros from the state budget shall be provided to municipal financial equalization fund.

In 2014, the municipal budgetary framework expenditure amounted to EUR 2,280,411,272. Figure 2 shows the breakdown of the spending percentage by government functions.

⁹ <http://www.lps.lv/lv/zinas/lps/1490-paplasinata-mkk-sede-izskata-lps-un-ministru-kabineta-vienosanas-domstarpibu-protokolu>

¹⁰ The Law "On State Budget for 2016", 30.11.2015.- <http://likumi.lv/ta/id/278623-par-valsts-budzetu-2016-gadam>

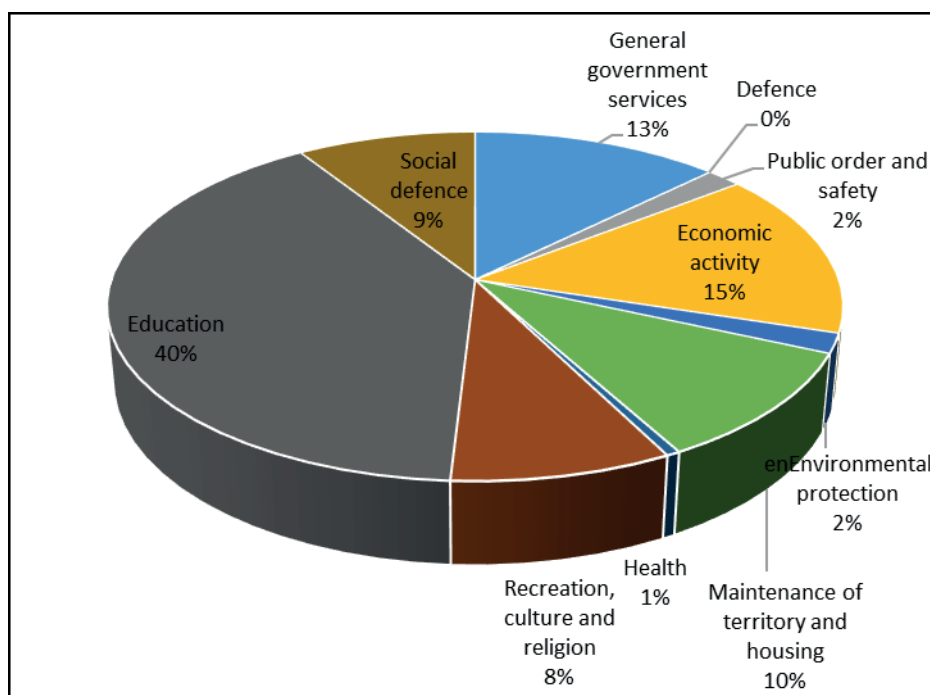


Figure 2. Municipal budgetary framework expenditure, broken down by government functions, 2014, %.

At national level, the Saeima, the Cabinet of Ministers and MoES are the main decision-making bodies for education policy. MoES is the main body responsible for policy development and implementation in the fields of education, science, sports, state language and youth policy.

The Latvian National Development Plan 2014-2020¹¹ determines the medium-term priorities in the field of education and science. Its strategic objectives “Development of Competencies” and “Advanced Research and Innovation and Higher Education” emphasise competence development and improvement of research, innovations, and higher education. These strategic objectives elaborated in the Educational Development Guidelines 2014-2020¹² which sets out the overarching goal and sub-goals for the development of the education system to be achieved by 2020.

MoES is supported by a number of subordinate agencies, several of them created in 2009 as a result of reorganisation and mergers aimed at reducing the complexity of the system and improving overall efficiency and effectiveness. The subordinate agencies are: The State Education Quality Service¹³, the National Centre for Education¹⁴, the State Education Development Agency¹⁵, the Agency for

¹¹ CSCC (2012), National Development Plan 2014-2020, Cross-Sectoral Coordination Centre, Riga, www.pkc.gov.lv/images/NAP2020%20dokumenti/ND P2020_English_Final.pdf.

¹² Education Development Guidelines 2014-2020, Ministry of Education and Science, Riga, <http://m.likumi.lv/doc.php?id=266406>.

¹³ <http://www.ikvd.gov.lv/eng/>

¹⁴ <http://www.visc.gov.lv/eng/>

¹⁵ <http://viaa.gov.lv/eng/>

International Programmes for Youth¹⁶, the Latvian Council of Science¹⁷ and the Latvian Academy of Sciences¹⁸.

Other government actors also play a part in the education system. Branch ministries like the Ministry of Culture and the Ministry of Welfare supervise and finance some vocational schools, gymnasia and tertiary education institutions. The complex governance structure has more than once led to challenges in terms of co-ordination, implementation of policies and optimization of provision.

To address current issues, the annual negotiations between LALRG and all the ministries are taking place. The topics covered are related to the provision of funding and the conceptual issues of each area, for example, in 2016, the following research areas are topical:

- ... in negotiations with the Ministry of Education - teachers' financing model;
- ... in negotiations with the Ministry of Welfare - the progress of de-institutionalization process and the introduction of the principle "money follows the client", the concept of minimum income level and its financial coverage, restoration of earmarked grants for social workers' wages;
- ... in negotiations with the Ministry of Health – introduction of the mandatory health insurance model, reduction of the funding for regional hospitals, provision of doctors (specialists) and their attraction to the regions.

For education, health and social service providers there are standards and requirements defined at national level, compliance with which, regardless of the founder of the service provider or its financial source (state, municipal, private), is controlled by public authorities.

¹⁶ <http://jaunatne.gov.lv/en>

¹⁷ <http://www.lzp.gov.lv/index.php?mylang=english>

¹⁸ <http://www.lza.lv/index.php?mylang=english>

THE LATVIAN EDUCATION SYSTEM

The Latvian education system is relatively small. In the school year 2013/14, there were 423 389 children and students enrolled in the Latvian education system (Table 1). This number has decreased considerably in the past decades as a result of ongoing demographic decline and emigration.

Table 1. The Latvian education system – Overview in numbers

| Educational level | Enrolment | | Number of teaching/ academic staff | |
|--|-----------|---------|------------------------------------|---------|
| | 2005/06 | 2013/14 | 2005/06 | 2013/14 |
| Early childhood and care (pre-school) | 74 968 | 93 533 | 8 211 | 9 703 |
| General education (total) | 298 516 | 209 130 | 28 323 | 23 114 |
| Basic education (Grades 1-9) | 217 038 | 160 400 | 19 799 | 16 039 |
| Upper secondary education (Grades 10-12) | 57 218 | 30 375 | 5 528 | 4 609 |
| Special education schools | 9 691 | 7088 | 1 955 | 1 773 |
| Evening schools (Grades 1-12) | 14 569 | 11 267 | 1 041 | 693 |
| Vocational education | 42 737 | 31 055 | 3 932 | 3 329 |
| Higher education and college | 131 125 | 89 671 | 4 682 | 4 888 |

Source: Central Statistical Bureau of Latvia (2015), Statistical Yearbook Latvia 2014, Central Statistical Bureau of Latvia, Riga, www.csb.gov.lv/sites/default/files/nr_01_latvijas_statistikas_gadagramata_2014_statistical_yearbook_of_latvia_14_00_lv_en_0.pdf.

The main elements of the Latvian education system are:

- ...pre-school education (early childhood and care);
- ...primary education (Grades 1-9);
- ...secondary education (Grades 10-12);
- ...higher (tertiary) education.

General education in Latvia lasts 12 years: nine at compulsory primary and three at the secondary level. Pre-school education for 5 to 6 years old children is compulsory too. Primary education comprises a choice or combination of general primary education (grades 1-9) and vocational primary education. Secondary education comprises a choice or combination of general secondary education, vocational secondary education and vocational education. Higher (tertiary) education comprises both academic and professional study programmes. Figure 3 outlines the structure of education in Latvia. Compulsory single-structure basic education lasts from Grades 1 to 9 (age 7 to 16) and is divided into 6 years of primary education and 3 years of lower secondary education. Transition to the next class takes place automatically as there are no examinations to pass from one class to the next. Basic education ends after Grade 9 with final examinations in students' first language, the

Latvian language for students in minority schools, mathematics, Latvian history and a foreign language, leading to the award of a certificate which is needed for entry into upper secondary education.

Although it is not compulsory, most students in Latvia go on to obtain an upper secondary education (Grades 10 to 12). Upper secondary education is provided in general and vocational pathways and on a full-time or part-time basis. Students may choose the most suitable institution for upper secondary schooling. The various vocational upper secondary education programmes take between two and four years to complete and lead to different qualification levels. Only a few schools offer lower secondary vocational education. Most vocational education programmes start at upper secondary level and are concentrated in the republican cities and larger towns.

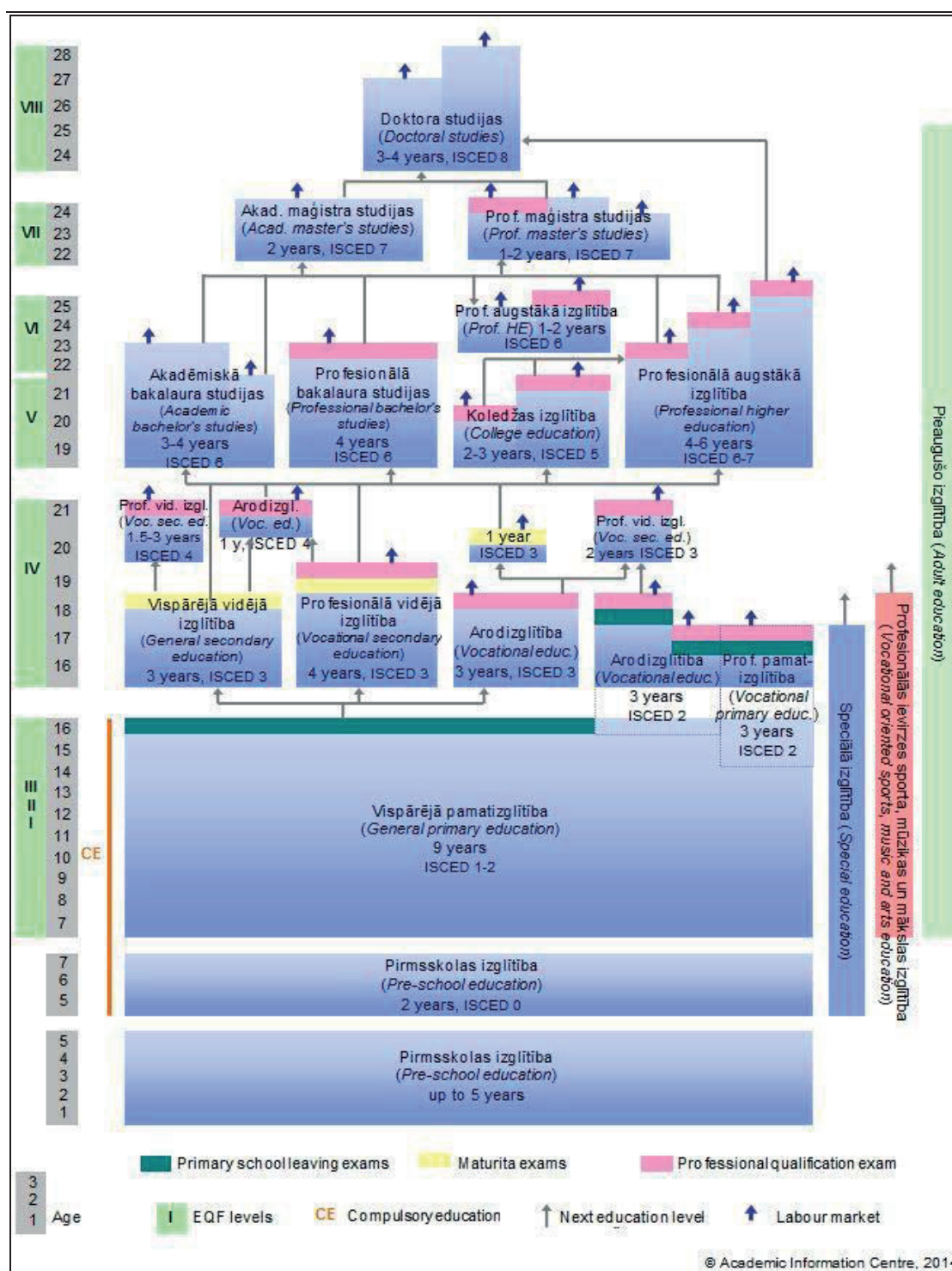


Figure 3. Diagram of the national education system

Source: ReferNet Latvia (2014), VET in Europe – Country Report Latvia, Cedefop (European Centre for the Development of Vocational Training), www.refernet.lv/uploads/Country_Report_LV_2014.pdf.

Governing a highly decentralised education system

Responsibility for the education system is shared between MoES, its subordinate institutions and municipalities. In addition, branch ministries supervise and finance some vocational schools, gymnasia and tertiary education institutions.

Since regaining independence in 1990, the once highly centralized education system has been transformed into one where many decisions on how to actually implement the national regulations and educational policies are made at the municipal and institutional levels. Between 1990 and 1994 efforts were directed towards the democratization and decentralisation of the education system.

Currently Latvia's 119 municipalities are responsible for providing their children with the ability to acquire a quality education at the school closest to their homes. The municipal administration is shaped by Education Boards that are responsible for the provision of early childhood education and care (ECEC), basic education, upper secondary education (general and vocational) and non-formal adult education in their territory.

Municipalities establish and finance these boards, and appoint the head in coordination with MoES. These boards could be the part of the governing body of a municipality, for example in the form of an education department. The board members consist of experts on different educational matters. The boards' functions include the implementation of local educational policy, the allocation of state grants to schools for the salaries of teaching and other staff, and the organisation of teachers' professional development. School boards are set up to ensure stakeholder involvement and fulfil some administrative and advisory tasks.

Municipalities are also responsible for organising non-formal education and extracurricular activities for children and adults.

Latvian municipalities and schools have the freedom to reallocate state funds (provided on the basis of the teacher remuneration system formula) in accordance with local circumstances, which in theory allows for flexibility and an effective use of resources. However, these redistributive powers currently cause great variation in teacher remuneration for the same tasks, stirring a widespread perception of unfairness.

Furthermore, municipalities support their own local schools and are unwilling to close small schools even if they are no longer viable. Closures must be made in the face of parents' complaints, complicating network planning. In a sense the decentralisation reforms of the 1990s have given municipalities the tools to act against the government and block reforms.

In addition, some municipalities, particularly the smaller ones, lack the capacity to adequately support their local school systems, which raises further questions about the current governance and financing arrangements of the Latvian school system.

In some municipalities, decentralisation has created opportunities for innovation and leadership, and enabled greater responsiveness to local needs. However, not all parts of the country have been able to benefit equally. Some municipalities, in particular the smaller ones, lack the capacity to effectively manage their local education systems. The evidence also suggests there is a need for

rebalancing the high level of autonomy of municipalities with greater public accountability. The same can be said about the tertiary education system where institutional autonomy has to be weighed against quality assurance.

Relatively low expenditure on education

Before the economic crisis, public expenditure on education grew rapidly. Latvia's schools were overstaffed. After the economic crisis hit Latvia, the contraction in 2009 created a fiscal imperative to reduce expenditure in the education sector. Education expenditure fell from 5.7% of GDP in 2008 to 5.0% in 2010, although it remained relatively high (5.5%) during 2009.¹⁹

While expenditure on education did not change too substantially as a share of GDP, in absolute terms it was severely affected during the economic crisis.²⁰ As a result, teacher salaries were cut in half and although they have recovered in recent years, salaries remain low compared to national and international standards. In the year 2011, public expenditure for all levels of education had recovered to 5.4% of GDP but this was still below the pre-crisis level and considerably below the OECD average of 6.1%.

Latvia has also been encouraging greater investments by municipalities. While the national education budget consistently surpasses the resources municipalities spend (not counting earmarked state grants for teacher salaries), the gap has narrowed: municipal spending represented 73% of the state budget in 2010 but 90% in 2013. This is due to both a reduction in government budget and an increase in municipalities' spending. This development is likely to have increased differences in spending per student between municipalities which in turn could impact on the quality of education.

The per-student financing model, often referred to as "money follows the student"²¹ has been in operation since 2009/10. The intention was to bring about greater efficiency and at the same time enhance student achievement²². Implementation of the model was managed by the 119 municipalities established as a result of the territorial reform of 2009. Municipalities could decide how to distribute resources among their schools and supplement them with their own funds. Moreover, the financial autonomy provided to municipalities has enabled some to reallocate funds to small schools that are no longer viable. Research evidence has also shown

¹⁹ "GDP per capita in PPS", Eurostat database, Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tec00114>.

²⁰ "Statistics explained: Income distribution statistics", Eurostat database, Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Income_distribution_statistics

²¹ Teacher Remuneration in Latvia: An OECD Perspective, OECD Publishing, Paris, www.oecd.org/edu/OECD%20Review%20of%20Teacher%20Remuneration%20in%20Latvia_OPS_FIN_AL.pdf.

²² Calculating and Allocating State Earmarked Subsidies to Municipal and Private Educational Institutions for Remuneration of Pre-school Education Pedagogues Working with Children from their Age of Five Years, and Remuneration of Pedagogues in General Secondary Education Institutions], Cabinet Regulation No. 1616, Cabinet of Ministers, Republic of Latvia, Riga, <http://m.likumi.lv/doc.php?id=202915>

there are considerable spending differences between municipalities. For example, reported that 13 municipalities spent more than 40% than the national average per student, whilst 21 municipalities spent between 20% and 60% less.²³

MoES is currently piloting a revised model for school funding and teacher remuneration responding to several of these issues. For example, funds will be distributed to schools directly, and there are stronger incentives to increase class sizes. In addition, as mentioned, there is the intention to make teachers' pay competitive with other professions. Raising teacher salaries to nationally comparable standards without raising class sizes and student-teacher ratios considerably seems unlikely considering the socio-economic and political context. Maintaining a relatively large teaching workforce for a small and shrinking student population is not sustainable or desirable from a quality perspective.

Early childhood education and care (ECEC) in Latvia

In Latvia, ECEC is an autonomous function of municipalities. The central government has at its disposal powerful steering mechanisms, such as legislation and discretionary funding. The legal foundations for ECEC institutions, whether public or private, are laid down in the Education Law, the General Education Law, the Law on Local Governments and the regulations approved by the institution's founder, as well as various other regulatory enactments regarding health and safety that are also used for external evaluation purposes. The central government has defined the main objectives and tasks of ECEC in the State Pre-school Education Guidelines.²⁴ In Latvia integrated ECEC settings are available to children from the age of 1.5 to 7 (Figure 1.3.), with no breaks or transfers between ECEC institutions until the start of primary school. From the age of 5 ECEC is compulsory and children have to follow a specific programme that is in accordance with the Guidelines for Pre-school Education²⁵. All institutions and programmes fall under the responsibility of MoES. The guidelines offer examples of programmes but teachers also have the right to develop their own programmes as long as they are in accordance with the guidelines.

²³ "Implementation of per capita education funding in the Baltic States", Baltic Journal of Education Studies, Vol. 2/2, pp. 87-108, www.ies.ee/iesp/No12/articles/05_Grivins.pdf.

²⁴ Regulations Regarding the Guidelines for the State Pre-school Education, Regulation No. 709, adopted 3 August 2010, Cabinet of Ministers, Republic of Latvia, Riga.

²⁵ Guidelines for state pre-school education. Regulation No. 533, adopted 31 July 2012, Cabinet of Ministers, Republic of Latvia, Riga, <http://likumi.lv/doc.php?id=250854>.

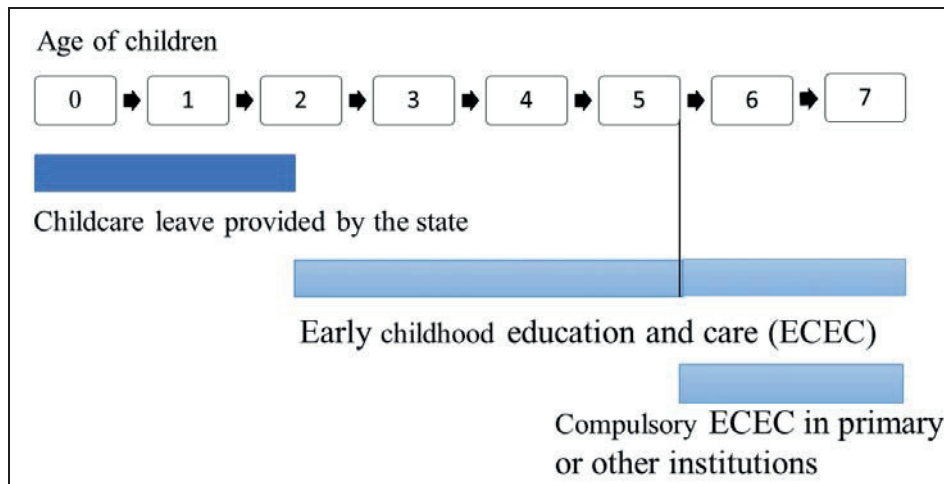


Figure 4. Overview of ECEC in Latvia

Source: Plotted by author Inara Dundure as adapted from European Commission/EACEA/Eurydice/Eurostat (2015), *Early Childhood Education and Care Systems in Europe: National Information Sheets 2014/15*, Eurydice Facts and Figures, Publications Office of the European Union, Luxembourg, http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/191EN.pdf.

In Latvia, municipalities are obliged to ensure that children who have declared residence in the administrative territory of the municipality are able to access ECEC in the institution closest to their home. Each municipality has a Board of Education to perform all education-related functions from ECEC to upper secondary education, including the founding and supervising of ECEC institutions.

Private institutions play a relatively minor role in Latvia though their numbers have been growing in recent years mostly due to shortages of ECEC places in city areas. Of the 617 ECEC institutions in 2013/14, 526 were municipal (public) and 91 private. This translates into 74 128 children enrolled in public ECEC institutions compared with 5 063 in private institutions. The majority of these private institutions are located in the capital city, and there are very few private institutions outside the bigger cities. The municipalities cover the subsistence costs of children in private kinder gardens for the children declared in the particular municipality.

Financing ECEC. Public funding comes from municipalities, apart from the salaries of teachers working in compulsory ECEC programmes, i.e. for 5- and 6-year-olds, which come from central government grants. These grants amounted to 23 791 537 euros in 2015, which is about 7% of the total earmarked grants provided by the central government to municipalities.²⁶

Parents have to pay fees to cover children’s meals. Meals are provided three times a day (breakfast, lunch and afternoon snacks) at a low cost, about 44 euros per month. Some charges may be made for additional services, for instance, foreign language teaching for children. Municipalities may reduce the fees for meals for children from low-income families, and most of those in rural areas do.

Since 2013, the central and local government have financed learning tools such as different training materials, books and workbooks. Parents pay only for items children use personally such as pencils, crayons and paper. The learning materials for

²⁶ “OECD-Latvia accession education and skills accession review – Country background report”, Ministry of Education and Science, Riga.

5- and 6-year-olds are financed from central and local government budgets, but those for 1.5-4 year-olds - from the local government budget.

Primary and lower secondary education in Latvia

The vast majority of schools in Latvia are public municipal schools. They are relatively independent in developing and implementing education programmes, hiring staff, and school management. Moreover, schools define their own goals, the organisation of the education process, internal regulations, and programmes to be implemented within the framework of the General Education Law. Within the National Standards for Basic Education, teachers have discretion in developing or selecting the subjects of study or course programmes in agreement with the school principal.

Schools should also establish a school board that includes staff, parents, students and representatives from the municipality or the school founder in the case of a private school. The board is consulted over the drafting of the school development plan, organises school social activities, manages donations and decides on the use of these funds.

Compulsory basic education is free in Latvia. School funding is shared between the national government and municipalities. Central funds are transferred to municipalities and private schools through a grant to pay for the salaries of teachers and other education staff. The national government also provides free school meals to all students in Grades 1 to 4 in all schools including special education schools and private schools. 70 % of the municipalities cover children's meals from Grades 5 to 9, whereas 30% of the municipalities pay for pupils' meals also from Grades 5 to 12.

Municipalities finance the salaries of non-teaching staff and capital investments, maintenance and utility costs from their own revenue. They may also opt to increase teacher salaries and provide students with greater financial support, for example school meals, subsidised transport and additional allowances for education materials. Municipalities and schools are also able to apply for EU structural funds. Many of Latvia's schools have been refurbished in recent years using this funding option. The majority of schools also participate in the School Fruit Scheme and School Milk Scheme co-financed by EU structural funds and schools. These schemes provide children with fruit, vegetables and dairy products to encourage good eating habits and promote healthy lifestyles.

The current funding system for primary, lower secondary and upper secondary education in Latvia was implemented in 2009/10. It is based on a per-student school funding model, often referred to as "money follows the student". The aim of the funding model was to bring about greater efficiency while enhancing student achievement.²⁷ (Cabinet of Ministers, 2009). Implementation of the model was managed by the 119 newly created municipalities as a result of the Territorial Reform

²⁷ Procedures for Calculating and Allocating State Earmarked Subsidies to Municipal and Private educational Institutions for Remuneration of Pre-school Education Pedagogues Working with Children from their Age of Five Years, and Remuneration of Pedagogues in General Secondary Education Institutions], Cabinet Regulation No. 1616, Cabinet of Ministers, Republic of Latvia, Riga, <http://m.likumi.lv/doc.php?id=202915>

in 2009 (World Bank, 2010). Municipalities can decide how to distribute resources among schools and can also supplement them with other funds.

Table 2. Overview funding of costs items, basic education, by source of funding

| | Provision of basic education in municipal schools | Provision of basic education in private schools | Provision of special education programmes |
|------------------|---|---|---|
| State grant | Salaries of teachers | Salaries of teachers | Salaries of teachers |
| | Lunch for Grade 1-4 students | Lunch for Grade 1-3 students | Lunch for Grade 1-3 students |
| | Study materials | Study materials (scope stated by Education Law) | Maintenance of buildings and utilities |
| | Teacher training, Career education | | Study materials |
| | Individual support measures for students with special education needs | | |
| | | | |
| Municipal budget | Supplement for teachers' salaries | Voluntary support programmes | |
| | Maintenance and utilities cost | | |
| | Study materials (scope stated by Education Law) | | Study materials (scope stated by Education Law) |
| | Teacher training | | |
| | Career education | | |
| | Individual support measures for students with special education needs | | |
| | Individual support measures for student talent development | | |

Source: Plotted by author Inara Dundure.

In Latvia, parents have the right to enroll their children in a public or private school of their choice as long as places are available. Schools cannot apply selective admission criteria, although those who live near the school are prioritised when demand exceeds the places available. Gymnasia providing lower secondary education (Grades 7 to 9) are allowed to use entrance tests. A distinctive feature of the Latvian school system is the variety of combinations of education levels and grades provided in schools.

Specific types of education are offered to students with additional and special education needs. Schools can offer “pedagogical correction” classes to those children who need additional support in their learning. In addition, many municipalities and

schools in Latvia have multidimensional teams consisting of speech therapists, psychologists and social pedagogues to respond to students with additional learning needs. Students with special education needs due to mental or physical disabilities can attend special schools (which often specialise in certain types of disabilities), special classes in a mainstream school, or mainstream classes. They can take part in separate study programmes or be fully integrated in mainstream education programmes.

Upper secondary and vocational education in Latvia

According to the General Education Law, everyone who has completed basic education has the right to enter upper secondary general and/or vocational education regardless of age. Although upper secondary education is not compulsory in Latvia, 89% of 25-64 year-olds had attained this level in 2013, compared with the European Union (EU) an average of 72%.²⁸

The government and municipalities are responsible for maintaining schools in all areas of the country to ensure the accessibility of education. General upper secondary education lasts three years (Grades 10-12) and takes place in secondary schools, gymnasias and evening schools. Although general upper secondary education is the responsibility of municipalities, the situation with vocational schools is quite different. In October 2014, 33 vocational schools were under direct control of the Ministry of Education and Science (MoES) with a further 7 governed by municipalities and other 8 by private providers whose provision is mainly aimed at adults. Fourteen vocational schools were directly supervised by the Ministry of Culture and one by the Ministry of Welfare. In addition, one college that implements secondary vocational education programmes was under the responsibility of the Ministry of the Interior, one under the Ministry of Welfare and nine were under the responsibility of MoES. MoES has overall responsibility for the legal framework, governance, funding and content of vocational education.

The National Centre for Education was established under MoES to evaluate educational content and student achievement, and organise the development and revision of the basic and upper secondary curricula. A key function of the centre is to develop, administer and grade centralised general and vocational education examinations.

As there is no regional tier of government, MoES and other ministries have to work directly with each municipality. The schools and their school leaders (who are selected by the municipality) have considerable autonomy, regardless of whether they are governed centrally or by municipality.

Municipalities are required to ensure every child can acquire a secondary education and has access to extra-curricular programmes. Children can attend school in a different municipality to the one where they live, in which case the “home” city or municipality contributes to the costs incurred by the school they attend.

Whilst the cities and municipalities are bound by a set of statutory duties with regard to education, they appear to differ considerably in the way they discharge them, and the impression is that they act in a largely autonomous way. Each

²⁸ “Share of adult population with upper secondary or tertiary education, age group 25-64”, Eurostat database, Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tesem240>

municipality has an Education Specialist and a Board of Education, whose head is appointed in collaboration with MoES. The boards have a wide range of responsibilities in terms of providing support to schools, but their key function is to ensure that local educational policy is implemented and to administer the state grants to schools.

A requirement of the school accreditation process is that each school should have a “council of an education institution” comprising staff, parents, students and representatives from the local community, and a student council, although the level of involvement in decision making differs from school to school. There is no mandatory training for either board-level or council-level members. The State Education Quality Service (SEQS) was founded in 2009 to, among other responsibilities, register and inspect educational institutions (public and private) and licence both general and vocational educational programmes through a uniform accreditation procedure of general educational and vocational educational institutions and programmes.

Financing of upper secondary education. In Latvia, the costs for upper secondary (USD 4 983) are similar to the primary level (USD 4 982) and slightly below those for lower secondary (USD 5 019), and spends USD 5 241 per student on general upper secondary education and USD 4 599 on vocational upper secondary education. In addition, all of the 26 state gymnasias receive additional funding (EUR 1 423 per annual) for their regional role in the professional development of teachers.

The maintenance of buildings is paid out of municipal budgets. The evidence however suggests that some of the smaller municipalities lack the fiscal and human resource capacity to effectively manage their local school systems.

Vocational education and training (VET). Latvia’s system of vocational education is predominantly school based and state controlled. Vocational education is organised in three levels:

- ... vocational basic education (lower secondary);
- ... vocational secondary education (upper secondary);
- ... professional tertiary education, which can be divided into first-level professional tertiary (college) education and second-level professional tertiary (university) education.

Vocational education at lower secondary level, i.e. “vocational basic education”, is implemented via vocational basic education programmes. Programmes are mostly provided by basic vocational education schools. Young people of at least 15 years old can enroll in such programmes (ISCED-P 254) regardless of their previous education. They lead to a certificate of vocational basic education that allows progression to secondary level education and professional qualification at European Qualifications Framework (EQF) level 2 (such as cook’s assistant).

At the upper secondary vocational level (known as “vocational secondary education” in the Vocational Education Law) there are three types of programmes:

1. Two- to three-year programmes leading to a certificate of vocational education and a professional qualification (EQF level 3) in a named occupation, but not granting access to tertiary education.
2. Four-year programmes leading to a diploma of vocational education which grants access to tertiary education and a professional qualification (EQF level 4) in a named occupation.

3. Post-secondary education programmes (which, despite their name, belong to the upper secondary level) primarily for 17-29 year-olds with or without a completed secondary education to help them acquire vocational skills. These programmes (generally 1-2 years) are mainly focused on the acquisition of professional skills. In 2014/15, 1-1.5-year vocational education programmes have been offered to 15-29 year-old students with basic or secondary education in the “Youth Guarantee initiative” using ESF support.

Vocational schools in Latvia are largely dependent on the finances provided through the European Regional Development Fund (ERDF), the European Structural Fund, and the European Social Fund (ESF). Challenge for some vocational schools is that some municipalities have discouraged students leaving basic education from entering vocational education by impugning the reputation of vocational schools and offering benefits, including financial support, if students continue their studies in general education. There are reports that in some areas financial incentives have been offered to young people to remain in local government-controlled schools. The incentive for municipalities to act in this way stems from the current funding model. Unlike most vocational schools, general upper secondary schools are mostly owned by municipalities.

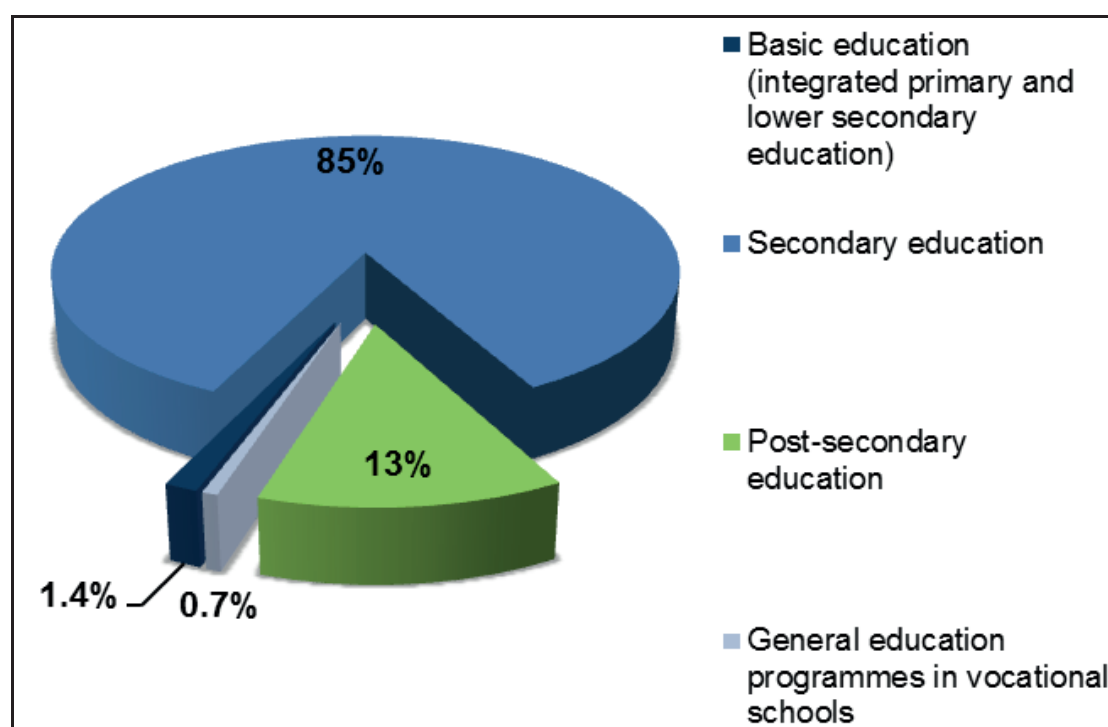


Figure 5. Share of students in VET programmes (excluding higher education) in 2013/14.

Source: Ministry of Education and Science, <http://izm.izm.gov.lv/registri-statistika/statistikaprofesionala/11937.html>

Most vocational education is offered at secondary level. In 2013, most of approximately 31 000 VET learners were in secondary vocational education (Figure 5). As shown in Figure 5, basic vocational education is marginal. Although the share of students in post-secondary vocational education programmes is still comparatively small, they have become more popular – numbers of students in such programmes has

doubled in the past four years. This is linked to growing youth unemployment as they offer labour-market relevant skills in a short period of time. From 2010 to 2013, there was a 13% decrease of VET students (excluding higher education). The decrease is in line with demographic changes in the country.

The reorganisation of the vocational school network is based on three principles:

- 1) accessibility – ensuring equal opportunities for the acquisition of vocational education;
- 2) co-operation – involving all stakeholders; and
- 3) resource efficiency – rational and purposeful use of the available funds²⁹.

An important innovation coming out of the reorganisation has been the creation of the Vocational Education Competence Centres (VECCs). Since 2010, large vocational schools with more than 500 students have been gradually transformed into VECCs.

Schools have to meet specific requirements to obtain VECC status. These include the number of education programmes implemented, number of students, students' academic success, career management and co-operation with employers. The VECCs have to perform the functions of a regional or sectoral methodological centre, offer continuing education and teacher education, and assess professional competences acquired outside the formal education system. Once VECC status is achieved, schools get a 10% additional payment for personnel. By August 2015, a total of 14 vocational schools and 1 tertiary education institution had received VECC status, two of them founders are municipality.

Small vocational schools with fewer than 300 students are being combined with small general education schools and reassigned to the municipalities. This is expected to generate efficiency savings, as the municipalities can provide vocational and general education under one roof. Four vocational schools have come under the responsibility of municipalities between 2010 and 2014. The consolidation of the vocational school network is in its final stages and is expected to stabilise in the coming years, allowing reform efforts to focus on the improvement of curricula and teaching where further work. There are no indications that, so far, the reorganisation of the school network has affected young people's access to vocational or upper secondary general education.

Lifelong learning

In Latvia there are a range of formal and non-formal education programmes and courses available for the working-age population. Within the formal educational system, adult education extends over general education (basic and secondary), vocational education, post-secondary education (further vocational training) and higher education. Programmes can lead to a professional qualification when the study load is at least 480 study hours and 30% or more of the content is based on

²⁹ Guidelines for the Optimisation of the Network of Vocational Education Institutions 2010-2015 (Informative Part), Cabinet Order No. 5, Cabinet of Ministers, Republic of Latvia, Riga, www.vvc.gov.lv/export/sites/default/docs/LRTA/Citi/Cab_Order_No_5_-_Guidelines_-_Optimisation_of_the_Network_of_Vocational_Education_Institutions.doc.

professional standards. Shorter programmes (of at least 160 hours) are also available but these do not lead to a qualification. There are also a wide range of non-formal adult education opportunities, provided by national and local government and private education institutions.

Since 2011, more value has been placed on informal learning acquired through working and personal life through the validation of professional competences acquired outside formal education. Lifelong learning in Latvia is underdeveloped while many of the working-age population are missing the skills to become more productive. Participation rates in both formal and non-formal forms of education and training among the working age population are low, compared with international standards. In 2014, a mere 5.5% of 25-64 year-olds participated in either formal or non-formal education and training. This was considerably below the EU average of 10.7% and the EU 2020 target of 15%³⁰.

³⁰ “Lifelong learning - Percentage of adult population aged 25-64 participating in education and training”, Eurostat database, Eurostat
<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&pcode=tesem250&language=en>

HEALTH CARE

As already mentioned in the Introduction, the autonomous functions of a municipality are³¹:

- 1) to ensure access to health care;
- 2) to promote healthy lifestyle and sport.

Access to healthcare - municipalities provide support to general practitioners' (GP) practices by letting municipal facilities, if necessary, and ensure access (ramps, sanitary facilities appropriate to people with special needs etc.).

In areas where there is insufficient GP service provision and difficulties in access to health services, the National Health Service concludes agreement with the municipality on operation of a paramedic-midwifery point for provision of primary health care services. In 2015, there were 146 primary health care points in Latvia³².

State-paid service range includes only a limited number of **health promotion** and prevention elements, whereas local health promotion activities are funded from municipal resources. The National Healthy Municipalities Network now comprises 112 of the 119 municipalities. The majority of the municipalities have joined the network in 2016 to be eligible for European Social Fund financing for municipalities and implement targeted health promotion activities. Municipal educational institutions engage in Health Promoting Schools Network, individual municipalities are drawing planning documents in health promotion, and health promotion professionals are being recruited. However, there is no uniform practice in the implementation of health promotion policy in municipalities and no uniform statistics on the municipal budget funds spent on health promotion. For example, in 2015, Liepaja municipality spent 7000 euros³³, while Riga municipality - 360 553 euros³⁴.

After the reform of year 2009 when second-level municipalities were eliminated, their medical institutions were transferred to municipalities. However, even if a health institution is owned by a municipality (in some cases, municipality and a private investor), health care services are financed from the state health budget and patient co-payments.

In the existing framework³⁵, the organization, the amount and the terms of financing of the national health care services are defined, as well as a detailed list of those healthcare and healthcare-related services, which are not paid by the state (the "negative basket"), is given.

³¹ The Law "On Local Governments"- 19.05.1994.- <http://likumi.lv/doc.php?id=57255>

³² Key indicators of health care at the end of the year - <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/veselibas-aprupe-un-sports-galvenie-raditaji-30287.html>

³³ Presentation "Health Promotion", seminar "Health Promotion - Local Opportunities and Challenges", 08.07.2016.- <http://www.lps.lv/lv/zinas/lps/3191-seminars-veselibas-veicinasana-pasvaldibu-iespejas-un-izaicinajumi>

³⁴ Presentation "Health Promotion Activities by Welfare Department", videoconference on the experience and the good practice in the field of health promotion, 12.05.2016., <http://www.lps.lv/lv/seminari-un-video/videoarhivs/3147-videokonference-par-pieredzi-un-labo-praksi-veselibas-veicinasanas-joma>

³⁵ Regulations of the Cabinet of Ministers No.1529 Health care organization and financing arrangements", 17.12.2013.

According to the regulatory enactments, funding from the state budget and the patient's fee or co-payment ensures:³⁶

1. Emergency medical assistance;
2. Outpatient health care:
 - 2.1. Primary health care services:
 - 2.1.1. health care provided by GP and medical personnel employed by GP;
 - 2.1.2. health care provided by dentist and hygienist to children and certain categories of the population in accordance with the applicable normative acts;
 - 2.1.3. health care at home.
 - 2.2. Secondary and tertiary outpatient health care services:
 - 2.2.1. Health care provided by a midwife or a doctor who specializes in a particular specialty and other medical and medical support personnel;
 - 2.2.2. Laboratory and visual diagnostic tests;
 - 2.2.3. Day-patient health care services;
 - 2.2.4. Emergency medical assistance in the hospital casualty department, if a person is not hospitalized, and in urgent medical aid stations.
3. Stationary health care;
4. Medicine and medical devices, which state purchases centrally;
5. Reimbursable medicinal products and medical devices in accordance with the applicable normative acts governing the reimbursement procedure of purchase costs of medicinal products and medical devices for outpatient treatment.

The description of the publicly funded health care services

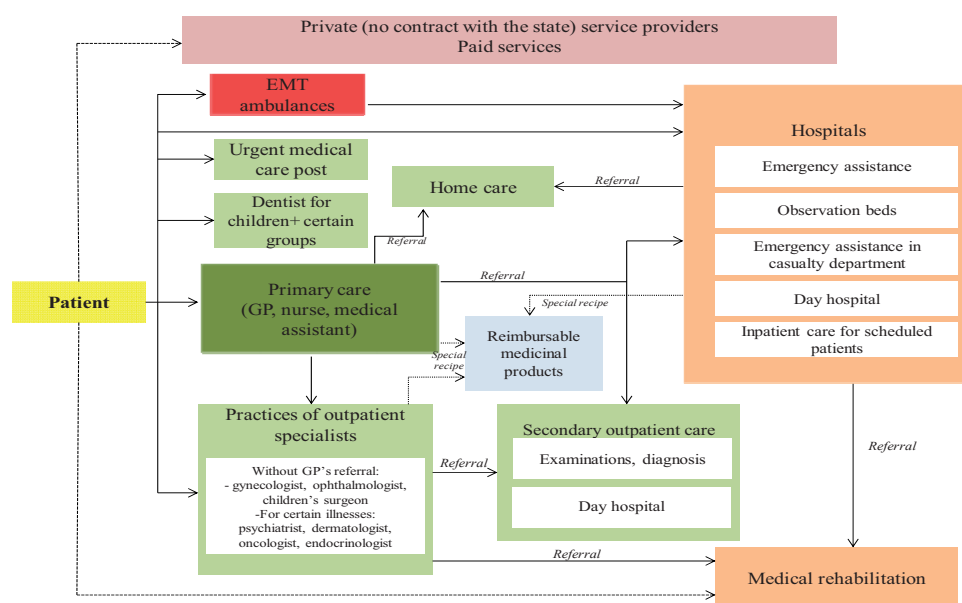


Figure 2. Schematic representation of the patient's orientation within the existing "basket of health services"³⁷

³⁶ Conceptual report "On the change of the Latvian health care system financing model", project, 09.06.2016., p. 33.-42.

Emergency medical care (EMC) is provided by:

- ...EMC teams;
- ...EMC departments of hospitals;
- ...urgent medical aid stations (casualty wards);
- ...EMC hospitals.

In Latvia, EMC pre-hospital services are provided by a single institution - State Emergency Medical Service (SEMS). SEMS provide emergency medical assistance to a patient at the scene, as well as during transportation to an appropriate medical institution in accordance with the hospitalization plan in the following cases:

- ...accidents, disasters, severe mechanical, thermal, chemical and combined injuries, electric shock, foreign bodies in the airways, drowning, suffocation, poisoning;
- ...sudden illness or injury in a public place;
- ...sudden illness or exacerbation of chronic diseases, which threaten person's life;
- ...urgent transfer of a victim (sick) in a critical condition, as well as delivery of a woman in labor to the nearest respective medical institution or from a medical institution to a stationary or an inpatient hospital of a higher level (specialized centers, university clinics) in accordance with the state of health.

The Specialized Medical Center (SMC) of SEMS provides specialized medical assistance to hospitals throughout the country 24 hours a day and in complex cases advises emergency care teams that are dealing with severely injured or critically ill patient. The assistance of SMC is crucial to hospitals when their resources are insufficient to provide all the necessary emergency assistance to their patients.

In urgent cases, emergency medical care departments of hospitals provide the necessary diagnosis and treatment to ambulatory patients, they also have reception departments for stationary patients. Patients can arrive at the EMC departments by themselves or can be transported by EMA teams.

Emergency assistance is provided by 3 emergency hospitals in Riga (at least seven different specialists are on duty around the clock), 7 regional multi-profile hospitals (five different specialists are on duty around the clock), and 11 emergency hospitals. Five specialized hospitals (such as Riga Maternity Hospital and Hospital of Traumatology and Orthopedics etc.) also provide diurnal emergency assistance.

In hospital, EMC to a patient is provided on the basis of the clinical status and the four levels of patient's medical care provision priority, which determine the speed for the commencement of assistance, i.e., assistance must be provided immediately, within 10, within 30 or within 60 minutes. Assistance is provided until the patient's condition becomes stable. The attending physician evaluates the patient's condition.

Persons with an injury, sudden illness or exacerbation of a chronic disease can receive outpatient health care at the urgent medical care stations (UMCS) in cases when there is an urgent need for intervention of medical personnel and the necessary assistance exceeds the competence of the primary health care physician.

³⁷ Adopted from „Latvia: Health System Review Health Systems in Transition Vol.14 No 8 2012 by European Observatory on Health Systems and Policies a partnership hosted by WHO, p.113.

There are three levels of UMCS, located in 14 places:

- Level 1 - urgent medical care is provided by one doctor together with one nurse or medical assistant within a day or part-day mode, or by one medical assistant within a day or part-day mode – in 7 hospitals.
- Level 2 - urgent medical care is provided by two doctors and a nurse on weekdays, weekends and holidays until 24:00, or by one doctor and one nurse or a medical assistant during the night – in 6 hospitals.
- Level 3 - urgent medical is provided by three doctors and two nurses or medical assistants on weekdays, weekends and holidays until 24:00, or by two doctors and a nurse or a medical assistant during the night - in 4 hospitals.

If a patient approaches the hospital reception on his/her own initiative due to trauma, sudden illness or exacerbation of a chronic disease and he/she needs urgent intervention of medical personnel, as well as the necessary assistance exceeds the competence of the primary health care physician and the patient does not need to be hospitalized, then outpatient health care services are provided at the reception.

Primary health care - its key task is to solve the main health problems of the society by using the basic and the most cost-effective medical technologies.

Primary health care is provided by a general practitioner (GP), a medical assistant, a nurse, or a midwife employed in GP practice. On 1 February 2016, state-funded primary health care is being provided by 1,320 general practitioners and primary care paediatricians.

The guaranteed scope of the health services to be provided by general practitioners is determined by the Regulations of the Cabinet of Ministers³⁸. General practitioners perform their patients' medical examination, diagnosis and treatment in cases of acute and chronic illness, they prescribe state funded medicine and can perform various medical procedures and outpatient surgical procedures. GPs also implement preventive measures (screening and immunization), as well as engage in health promotion and health education. Each individual has the right to choose a general practitioner, as well as to change his/her GP by making re-registration.

In areas where there is insufficient provision of general practitioners and impeded access to primary health services, state can enter into a contract with a municipality for provision of primary health care services by operating a medical service station staffed by certified medical assistant. Feldshers take care of patients, perform medical treatment and educate patients on health issues, as well as examine them, perform diagnosis and, sufficient to their qualifications, take treatment.

If a patient due to medical indications is unable to come to a medical institution, it is possible to receive health care at home, which is also one of the primary health care stages. Health care at home can be provided to people that have chronic diseases with movement disorders, after being discharged from surgical treatment in hospitals, for rehabilitation with specific diagnoses (cerebrovascular accident or infarction of the brain), after spinal cord injury with a specific diagnosis, and in other specifically determined medical situations.

³⁸ Regulations of the Cabinet of Ministers No.268 “Regulations on therapeutic expertise and theoretical and practical proficiency level of the medical personnel and students acquiring the first or second level higher professional medical education”, 24.03.2009.

Health care at home can be prescribed to a patient by a general practitioner, hospital or day-patient doctor, and in some cases by a rehabilitologist. Such care is generally provided by nurses or medical assistants.

Dentistry – within primary health care, state funds dental care and initial orthodontic consultation for children under 18 years of age, as well as 50% of the costs for dental services and 100% of the costs for dental prosthetics with removable plastic dentures for the victims of Chernobyl nuclear power plant accident. For children, the costs of dental hygiene are covered: for 2 to 18 year-olds once a year, and for 7, 11 and 12 year-olds twice a year. These services are provided by a dentist, dental assistant, dental nurse and hygienist, who have entered into a corresponding contract with the state.

Reimbursement of medication for outpatient treatment – patients with chronic illnesses can reimburse the purchase costs of their medicinal products for outpatient treatment in the amount of 50, 75 or 100% by receiving compensation from the state.

The state compensates medicines and medical devices according to the severity of the diagnosis:

- in the value of 100%, if the patient has a chronic, life-threatening disease or a disease that causes severe permanent disability and the treatment of which requires the use of the specific medicinal products in order to maintain the patient's vital functions, as well as for children under 18 years of age;
- in the value of 75%, if the patient has a chronic disease, the treatment of which without the particular medicines would encumber ensuring the vital functions of the patient or cause serious disability;
- in the value of 50%, if the patient has a chronic or acute disease, the treatment of which requires use of the particular medicinal products in order to maintain or improve the patient's health condition.

Secondary outpatient care - health care services package provided by medical practitioner specialized in a concrete disease's profile or medical support person, as well as outpatient laboratory, visual diagnostic tests and health care provided at the day hospitals.

State-funded secondary health care services are delivered according to referral of a general practitioner or a specialist. Certain specialists are available without referral: psychiatrist or child psychiatrist, if the patient is suffering from mental illness; narcologist, if the patient has alcohol, drugs or psychotropic substances addiction; pneumonologist, if the patient is suffering from tuberculosis; dermatovenereologist, if the patient is suffering from a sexually transmitted disease; endocrinologist, if the patient is suffering from diabetes mellitus; oncologist and oncologist chemotherapist, if the patient is suffering from oncologic diseases, etc.

Patients are free to choose any specialist, who has concluded a corresponding contract with the state, provided by the National Health Service (NHS), or any medical institution, in which to receive laboratory or visual diagnostic tests.

For a patient to receive secondary ambulatory health care services, general practitioner or specialist together with the patient choose the place (medical institution) for consultations and diagnostic check. In turn, the medical institution informs the GP or the specialist, who has issued the referral, on the health care

services that have been provided and, if the patient is in need of further examinations or counselling, issue a referral for the receipt of such services, as well as, if necessary, prescribe reimbursable medicinal products or medical devices.

A patient can receive state-funded outpatient laboratory tests with a referral by a general practitioner or a specialist, who has entered a contract with the state for the provision of state-funded services.

Day-patient service - medical treatment or diagnostic service in a medical institution where patient treatment and health care is provided part-day (from 6:00 till 22:00) for not less than three hours or patient observation after manipulation is performed.

Day hospital provides medical services which due to their complexity, risk or being time-consuming are not possible to be provided as outpatient, but which may not require the patient's admission in hospital for overnight monitoring. Day hospitals can be departments of both hospitals and outpatient medical institutions.

In day hospitals, health care services are rendered in the following levels:

- ... first-level day hospital within a medical institution, which has intensive care and anesthesia departments, as well as a blood cabinet;
- ... second-level day hospital with no intensive care and anesthesia departments and no blood cabinet.

The goal of **medical rehabilitation** is to provide people with certain functional impairments the reduction or elimination of such constraints, as well as assessment and mitigation of complications risks.

Medical rehabilitation services are provided by physical and rehabilitation physicians and functional specialists in the form of consultations, multidisciplinary or monoprofessional medical rehabilitation services with the participation of other medicals and medical support staff.

When making the selection of the patients for medical rehabilitation services, physical and rehabilitation physicians assess the patient's state of health and the related functional impairments, the potential of the medical rehabilitation and patient's motivation, as well as the stability of the health condition for receiving rehabilitation services. Simultaneously, the ultimate means of receipt of the medical rehabilitation services (outpatient, in day hospital, in hospital or at home) is being assessed, including such day-patient and in-patient medical institutions as the National Rehabilitation Centre "Vaivari", Riga East University Hospital, Children's Clinical University Hospital, Vidzeme Hospital, Rezekne Hospital, and Liepaja Regional Hospital.

In certain circumstances, medical rehabilitation is provided as a home care service, as described in the section on primary health care.

Palliative care - comprehensive care of patients whose cure is no longer possible and where the priority is to relieve pain and other symptoms, to control social, psychological and mental problems with the task to maintain the best possible quality of life.

Medical institution provides a patient who is being monitored by palliative care cabinet or his relatives an opportunity to receive telephone advice on palliative care 24 hours a day to.

State budget covers the following palliative care services:

- ... at the primary level - home visits of a general practitioner, medical home care services;
- ... outpatient - palliative care rooms at multi-profile hospitals, where mainly help to cancer patients is provided;
- ... inpatient setting – palliative care unit of Riga East University Hospital (REUH) and in other regional hospitals.

In the hospitals of Latvia, there are 147 palliative care beds overall, whereas REUH palliative care department is specialized and has 25 palliative care beds. Care is provided by multidisciplinary team, made up of oncologists, nurses, nursing assistants, social workers, chaplain, and volunteers. If necessary, specialists from other hospital departments are attracted for additional care of the patients.

Specialised palliative care rooms that provide assistance to outpatients can be found in 3 other hospitals.

Hospital care - if the patient requires hospital treatment (surgery), doctor (during the consultation funded by the state) issues referral for a surgery funded by the state.

In hospitals, the state budget covers (with the exception of emergency situations and day-patient surgeries):

- ... Surgeries for children;
- ... Surgeries performed at the hospital within certain health care programs (e.g., hospital aid in vascular surgery, spinal disorders, trauma surgery, etc.);
- ... Elective surgery for patients with a predictable disability (according to the individual rehabilitation plan of a person with a predictable disability that has been approved by the State Medical Commission for the Assessment of Health Condition and Working Ability) and people of working age with long-term illnesses. The surgery must be ensured within five calendar months.

In Latvia, state-paid inpatient health care is provided by 21 regional multi-hospitals and emergency hospitals throughout the country as mentioned in the section about hospital emergency care departments. State-funded hospital services are provided by 8 hospitals according to the rates and payment terms fixed by the concrete hospital or its department.

State-funded specialized inpatient services are provided by 12 hospitals, such as Akniste Mental Hospital, Children's Mental Hospital "Ainaži", Riga Maternity Hospital, Straupe Narcological Hospital, and Hospital of Traumatology and Orthopedics.

Great joint replacement surgeries - state-funded large joint replacement operations are regulated by specific regulations, and 9 hospitals across the country perform these.

Medical institutions carrying out scheduled endoprosthetics form waiting lines:

- ... for endoprosthetics - in the general order;

- ... for endoprosthesis as a matter of urgency - by the decision of the medical council;
- ... endoprosthesis replacement - with a 50% co-payment of the expenses (the patient and the hospital may agree in writing for an accelerated procedure with the patient covering 50% of the replacement surgery expenditure).

Tertiary care - highly specialized health care services provided by specialized medical institutions and specialists with additional qualifications in one or several medical sectors. In Latvia, one can distinguish kidney, heart and liver (from 1 January 2017) transplantations, which require attraction of highly qualified professionals and a wide range of interdisciplinary approaches.

Financing model. The National Health Service (NHS) is defined as the sole payer of health care system, but state-funded services are being financed by combining public and private funding, since for the majority of the services there are patient fees (excluding patient categories that are exempt from charges, i.e. children till 18 years of age, pregnant women, women in the 42-day period after giving the birth, and households with income less than 128 euros), and patients pay for the purchase of almost all pharmaceutical goods. There is an annual maximum of outstanding services for the reception of public services contracted by the state (currently 569.15 euros). Patients can pay more than this amount, if they join the waiting list. If there is a waiting list for the procedure in the concrete medical institution, the patient can go to another institution where the queue is shorter. If the patient does not want to wait in line, he/she can choose to pay 100 % of the service price as defined by the institution. Currently, the existing classified rows of specific medical institutions and specializations have been published in the NHS website, where the institutions themselves indicate the waiting times. These lines are partly due to the quotas fixed by the NHS for each contractual institution or service provider to perform a specific procedure.

The World Bank in its study concludes that legally available services have been defined according to three of the four priority diseases - cardiovascular diseases, maternal and child health, cancer, except for mental health, however, in reality, the actual access to services is much lower, and people do not receive the basic services. Availability of financing is a very likely obstacle to free access to services. Residents are forced to pay relatively large sums resulting from the co-payments for services, the small proportion of compensated drugs and the service quotas, as a result turning the service providers that have concluded contract with the NHS into private service providers, once the quota is exhausted.³⁹

In Latvia, the financing for the health sector for year 2016 is 3% of gross domestic product (GDP), amounting to around 770.8 million euros of the originally approved budget total, of which 713 million euros are allocated to covering medical services and reimbursement of medicines. The rest of the health sector budget consists of funding for medical education, medical museum, ensuring international commitments, specialized medicine, health monitoring and surveillance, as well as health system administration. According to the recommendations of the European

³⁹ Overview of the state-funded services and service provision model.- Consultations by the World Bank: Support for health system development in the field of priority diseases in Latvia, 2016., p.5.

Commission and the World Health Organization, funding in the value of at least 5% of the state's GDP must be diverted to health sector.⁴⁰

In 2014, the medium-term policy planning document "Public Health guidelines for the period 2014 to 2020" was approved indicating the funding of at least 4% of the GDP, which in total amounts to 1 380 million euros.⁴¹

This funding difference marks the main problem of the current provision of health care services - the scope of the health care services defined by the state is too broad in relation to the funding available to ensure timely availability of the health care services and adequate remuneration for medical personnel. Therefore, a balanced provision of health care services would require funding of 5% of GDP.

In view of the health sector under-funding, the Ministry of Health is currently working on the change of health care financing model, pursuing the following main objectives:

- ... Increasing the availability of outpatient services, inpatient scheduled services, palliative care and medical rehabilitation services.
- ... Defining economically justified service tariffs:
 - Wage increase for medical personnel, the monthly salary of for doctors (category 1) amounting to twice the average wage of the employed;
 - Increase of other elements of the tariffs – for medication, patient feeding, overheads and indirect costs, amortization.
- ... Patient contributions and cost-sharing reduction;
- ... Establishment of a sustainable health care financial system, its predictability and stability.
- ... Medication compensation due to the increase in the number of patients, as well as inclusion of new drugs and means of diagnoses in the reimbursable medication list and abandonment of patient co-payments (25 and 50%).⁴²

Insufficient public funding of health care services, lack of access to services for all citizens, a relatively large proportion of patient payments (36.5% of total health expenditure in 2013⁴³), road and public transport infrastructure create additional burden on the budgets of municipalities, and as a result the municipalities pay social assistance benefits to partly cover the medication purchase and medical treatment expenses of the population, provide transport to get to and from medical facilities, etc.

Insufficient financing, services, cyclical fluctuations of the health care services due to the availability of financing (quotas), and low wages for medical personnel complicate attraction of medical personnel, especially in the regions. To attract doctors, municipalities, who are the owners of the hospital, pay scholarships to the

⁴⁰ Conceptual report "On the change of financing model of the Latvian health care system", project, 09.06.2016.- p.2.

⁴¹ Public health guidelines for the period 2014 to 2020, approved by Cabinet order No.589, 14.10.2014.,-<http://tap.mk.gov.lv/lv/mk/tap/?pid=40330161>

⁴² Conceptual report "On the change of financing model of the Latvian health care system", project,, 09.06.2016.,- p.56.

⁴³ Overview of the state-funded services and service provision model.- Consultations by the World Bank: Support for health system development in the field of priority diseases in Latvia, 2016., p.24.

future doctors during their studies and residency, provide them with housing and other social guarantees.

SOCIAL SERVICES AND SOCIAL ASSISTANCE

The leading authority in Latvia in the fields of labor, social protection, child protection, child and family law, as well as equal opportunities for persons with disabilities and gender equality is the Ministry of Welfare.

The Law "On Local Governments" determines the autonomous function of the local governments - to provide citizens with social assistance (welfare) (social assistance for low-income families and socially vulnerable persons, ensuring places for elderly people in nursing homes, ensuring places for orphans and children without parental care in educational institutions and correctional facilities, providing homeless people with accommodation, etc.)⁴⁴.

In Latvia, the forms of social services and social assistance (see Figure 3), the principles of the provision and the procedures for the receipt are governed by the Law "On Social Services and Social Assistance" (hereinafter - the Law)⁴⁵. The Law also determines the allocation of responsibilities between the state and the local governments in ensuring the residents with social services and social assistance.

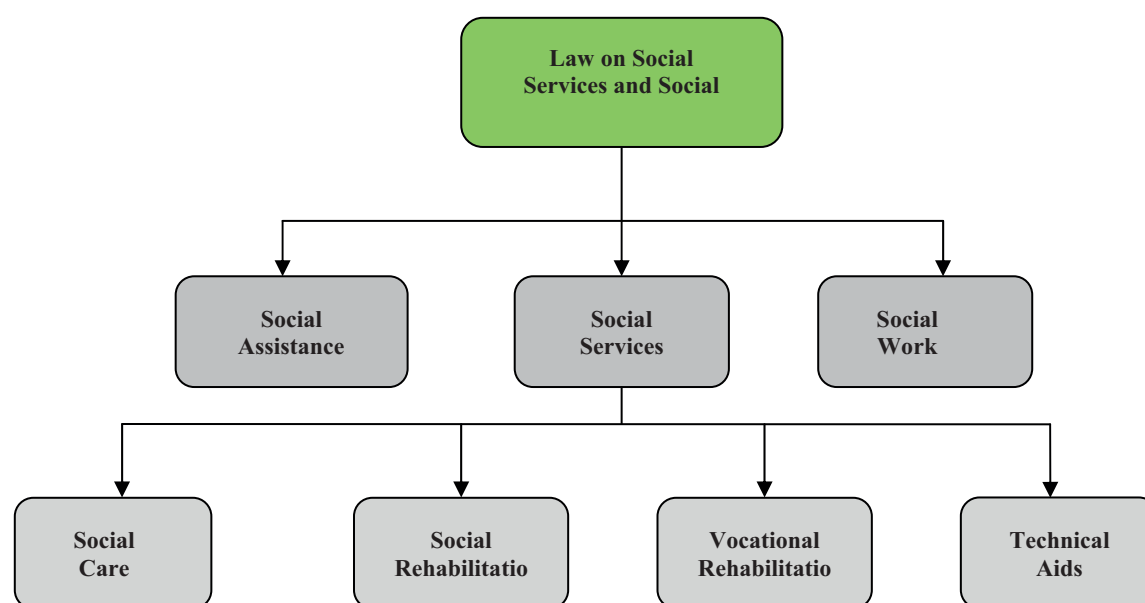


Figure 3. Latvian system of social support

Source: The Ministry of Welfare

The Law stipulates that each municipality establishes a municipal authority - social services department – for the provision and administration of social services and social assistance. Each municipality must have at least one social work specialist

⁴⁴ Law "On Local Governments" - 19.05.1994.- <http://likumi.lv/doc.php?id=57255>

⁴⁵ Law "On Social Services and Social Assistance", -30.10.2002.- <http://likumi.lv/doc.php?id=68488>

per thousand inhabitants. The Law also determines the educational requirements of social workers, accordingly, the 1st level or 2nd level higher education.

In accordance with the provisions of the Law, all municipalities have set up social service department, yet the number of social workers is insufficient - in 2014, only 47.06 %⁴⁶ of the social services departments had an adequate number of specialists. Municipalities are facing significant problems to attract specialists. In 2014, 91.08 % of all the social work specialists had an appropriate education.

SOCIAL SERVICES include:

- ... social care services in the person's residence and in long-term social care and social rehabilitation institutions;
- ... social rehabilitation services in the person's residence and institution;
- ... vocational rehabilitation services;
- ... provision of technical aids.

In Latvia, social services are provided by the following main principles:

- ... Services are provided at the person's place of residence or as close as possible;
- ... Social care and social rehabilitation in long-term care and social rehabilitation institutions are provided in case the scope of the social services rendered at the person's place of residence is not enough;
- ... Person's individual needs are assessed;
- ... Service provider ensures inter-institutional and inter-professional collaboration;
- ... The person participates in the decision-making process;
- ... In childcare, the preference is given to care in a family environment.

Social Services by Source of Funding

State budget:

- Technical aids;
- Vocational rehabilitation;
- Particular social rehabilitation services for addicts, victims of violence or human trafficking, etc.
- Assistants for persons with functional impairments;
- Long-term care institutions for:
 - orphans and children left without parental care until 2 years of age
 - children with functional impairments up to 4 years of age
 - children with mental disabilities up to 18 years of age
 - Adults with psychosocial and intellectual disabilities and visual impairments
- Co-finances establishment of group homes, half-way homes and day care centres for persons with mental disabilities.

⁴⁶ Industry statistics - key indicators - <http://www.lm.gov.lv/text/2156>

Municipal budget:

- Community-based services according to the needs of the inhabitants:
 - Home care
 - Day care centers
 - Personal assistance
 - Shelters and night shelters
 - Group houses (apartments)
 - Specialized workshops
 - Service apartments, etc.
- Long-term care institutions for:
 - orphans and children left without parental care after age of 2;
 - persons with disabilities except mental disabilities;
 - old-age persons.

The State has delegated some of its duties to non-governmental organizations: the visual and auditory social rehabilitation and the provision of technical aids (typhlosurdopedagogics and Surdo technique) are provided by the Latvian Society of the Blind and the Latvian Association of the Deaf, whereas the Latvian Children's Fund is responsible for the social rehabilitation of the children who are victims of violence.

Administration of certain services has been delegated to municipalities: assistant service for persons with disabilities, social rehabilitation of adults who are victims of violence and perpetrators, etc. The municipality receives a certain funding for the coverage of administration expenses.

Municipalities can create their own institutions or buy services from other municipalities, non-governmental organizations and enterprises for rendering social services. In practice, most of the services are provided by the municipalities themselves.

National-level legislation⁴⁷ sets the standards and requirements for all social services providers, regardless of their founder (municipality, state, non-governmental organization, private enterprise). The Ministry of Welfare controls compliance with the standards in planned inspections or in response to individual complaints. All service providers must be registered with the Social Service Providers Register maintained by the Ministry of Welfare.⁴⁸ It should be noted that the Register is of informative nature, and it doesn't certify that the specific service provider meets all the requirements for social service providers both at the moment of registration and throughout its operation.

At the beginning of year 2015, the Register contained 614 social service providers, including 417 municipal social service providers. The municipalities of

⁴⁷ Regulations of the Cabinet of Ministers No.291 "Requirements for Social Service Providers"- 03.06.2003.

⁴⁸ Regulations of the Cabinet of Ministers No.951 "Procedure for the registration and exclusion of social service provider with and out of the Social Service Providers Register"- 20.11.2008.

Latvia have set up 117 long-term social care and social rehabilitation institutions, including 34 institutions and 9 units for children. Both types of long-term social care and social rehabilitation institutions - for children and adult persons - have been established by 17 municipalities. From the existing 15 "youth homes", 12 of these institutions have been founded by local governments (including by Riga – 3 institutions).⁴⁹

Service placement in municipalities is uneven, and there is no guaranteed access to services for all citizens. For example, the information gathered by the Ministry of Welfare in April 2016 shows that only 6.79 % adults with mental disorders⁵⁰ and 6.90% children with functional impairments⁵¹ are provided with all the necessary services. Service placement within the municipalities can be seen in Figure 4.

Pašvaldības, kuras sniedz kādu no aprūpes mājas, specializēto darbnīcu, grupu dzīvokļa un dienas aprūpes centra pakalpojumiem

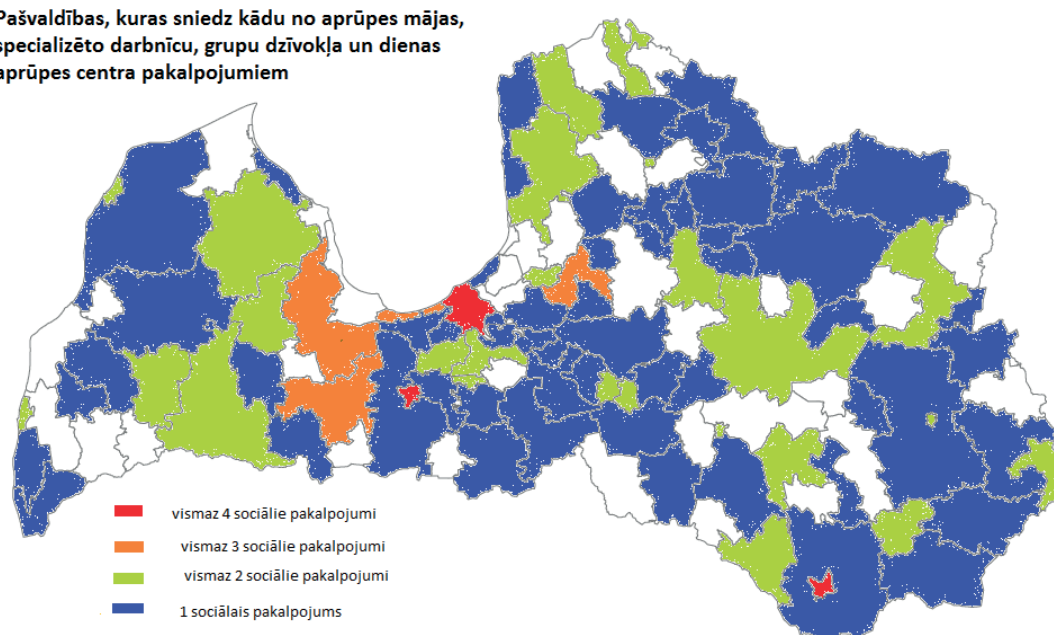


Figure 4. Local governments, which provide some of the home care, specialized workshops, group home and day care center services.

Source: The Ministry of Welfare, the data of 2016.⁵²

Notes: ■ at least 4 social services
■ At least 3 social services
■ At least 2 social services

⁴⁹ Ltd. „Grupa93” and Ltd. „Karšu izdevniecība Jāņa sēta”- Evaluation "Assessment of public services range according to habitation" (Ministry of Environmental Protection and Regional Development, 2014/14) - http://www.varam.gov.lv/lat/aktual/prses_relizes/?doc=19982

⁵⁰ From 21 848 persons with mental disorder, who have been granted disability by the State Medical Commission for the Assessment of Health Condition and Working Ability; the data of the Commission.

⁵¹ From 8260 children with functional impairments, who have been granted disability the State Medical Commission for the Assessment of Health Condition and Working Ability, the data of the Commission.

⁵² Initial assessment of the measure 9.3.1.1. "Development of Service Infrastructure for the implementation of deinstitutionalisation plans" of the 9.3.1. the objective of the specific aid "Developing the infrastructure of the services for child care in a family environment and independent living and inclusion in society of persons with disabilities"- June 2016.

Recipients of the social care services or their providers are obliged to pay for the services received, if they are not recognized as destitute. In practice however, the service fee is mainly paid from the municipal budget. This is due to the low income of the population, as well as the disproportionate administrative burden if the person or his/her provider does not want to pay voluntarily (judicial costs, durability of the proceedings etc.).

National-level legislation⁵³ determines the expenses that are taken into account when calculating the cost of long-term social care in municipal institutions, i.e. salaries and related taxes, expenses for utilities, purchase of medicines, living expenses of the regular repair expenses, etc. However, these criteria are outdated and do not reflect the true costs of maintenance of the local care facilities. It should be noted that the accounting of the expenses varies by municipalities. The fee for this service in 2016 is from 350 euros a month. Such a low price is due to the fact that municipality partly subsidizes this services to its citizens.

Municipalities must develop price lists of the chargeable services, but not all municipalities have such calculations, as well as the calculation methodology and statistics on the prices of the provided municipal social services are not available.

In 2013, the planning document "Guidelines for the development of social services in the period 2014 to 2020"⁵⁴ was drafted outlining the future directions of development of social services system (social care, social rehabilitation, vocational rehabilitation services) – increase of accessibility of social services, enhancing the quality and ensuring effective management. The measures included in the Guidelines are ambitious and targeted at three directions:

1. Deinstitutionalisation;
2. Social services that are community-based, continuous and adequate to the client's individual needs;
3. Effective management of social services.

The objective of deinstitutionalization is to create "a service system, which gives a person who has limited ability to take care of himself/herself the necessary support to be able to live at home or in a family environment"⁵⁵. Within deinstitutionalization, the following measures are planned: research of the individual needs of people residing in social care institutions and development of municipal infrastructure and services adequate to those individual needs, closing of branches of public social care centres and training of specialists for provision of new services, as well as measures to stop new client placement in institutions, primarily providing extra-familial care in family environment for children aged 0 to 3 years, as well as restricting placing of persons of legal age who have indications for long-term social care and social rehabilitation services in care institutions, where there is an opportunity to receipt of services alternative to institutions. It is expected that the number of seats in state financed social care institutions will be reduced by 1000 units and 700 clients of these institutions will commence their lives as part of the community. Social care institutions will offer their services for new clients only as a last resort and just for people with severe functional impairments.

⁵³ Regulations of the Cabinet of Ministers No.250 "Procedure for the mutual payments of local governments for the services provided by education or social care institutions"- 13.07.1999.

⁵⁴ <http://likumi.lv/doc.php?id=262647>

⁵⁵ Action Plan for the implementation of deinstitutionalization for period 2015-2020.

The plan for municipalities is to develop community-based services (i.e., home care, day care centres, support personnel, etc.) by taking into account the different needs of the client groups - persons with mental disabilities, children, seniors, people with physical impairments, persons undergoing crisis and others - and strengthening cooperation with the national health care system.

Given that EU funds for the service design and delivery are planned to be attracted, in January 2016, the Ministry of Welfare developed and approved the methodology for calculation and application of standard rates of unit costs⁵⁶, which sets the standard for each service and cost calculation. This methodology is new and so far has not been applied in practice, since the provision of the services has not yet been commenced.

Knowing that so far the social market in Latvia has been poorly developed, within implementation of the third course of action as set out in the guidelines - an effective social service management – it is planned to introduce the principle "money follows the client" (the amount of money which will follow the client of the State Social Care Centre from the state budget to municipalities), thus motivating the municipality, entrepreneurs and NGOs to offer clients the required service. Client groups living in municipalities - families with children or adults with disabilities – will be subjected to implementation of individual budgetary framework. This means that funding from the state and municipal budget will be placed in the person's "virtual account", which must be consumed for the support and purchase of social services for the particular person.

The sharp difference in the availability of social services among the municipalities of Latvia can be explained by their differences in the local population and service area, budgeting and local economic and demographic situation (unemployment rate, the number of people of retirement age, etc.), as well as the political priorities. It should be noted that due to the recent economic crisis, in order to ensure the survival of the local people, the municipalities of Latvia were forced to fundamentally reconsider, reduce or even terminate the funding of the development and maintenance of social services. There was a disastrous increase in the number of people who were financially unable to provide their basic needs and the municipal priority was to provide material support to such people. The state reacted to the escalation of the situation and engaged in co-financing provision of the basic social assistance (guaranteed minimum income and housing allowance), however, the escalation of the situation and its consequences affected the local financial sustainability of the maintenance regarding the existing social services and creation of new ones.

Adequacy and quality of the services is also influenced by the factor that in the area of social services market principles are applied only fragmentary, whereas competition can be found mainly just in large cities with powerful non-governmental sector. In view of the volatility of the funding volume of social services and low profit potential, the reluctance of the private sector to engage in service delivery is understandable. Hence, it creates a situation where the municipalities themselves must develop all the required services and don't have the opportunity to purchase them.

Municipalities believe that the financial aid / national co-financing is essential in the long term - not only in the service start-up phase, but also for ensuring the

⁵⁶ http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/5/9221_uc_lm_06012016.pdf

sustainability of the service, attraction of appropriate specialists and their training. The low income level of the population and incapability to pay for services must be taken into account; it is clear that social services will have to be financed from public funds for a long time, hence the need for a clear and long-term defined participation of the state.

Social work is one of the components of the social security system of Latvia, which consists of the state social insurance, state social benefits and municipal social assistance (see Figure 5).

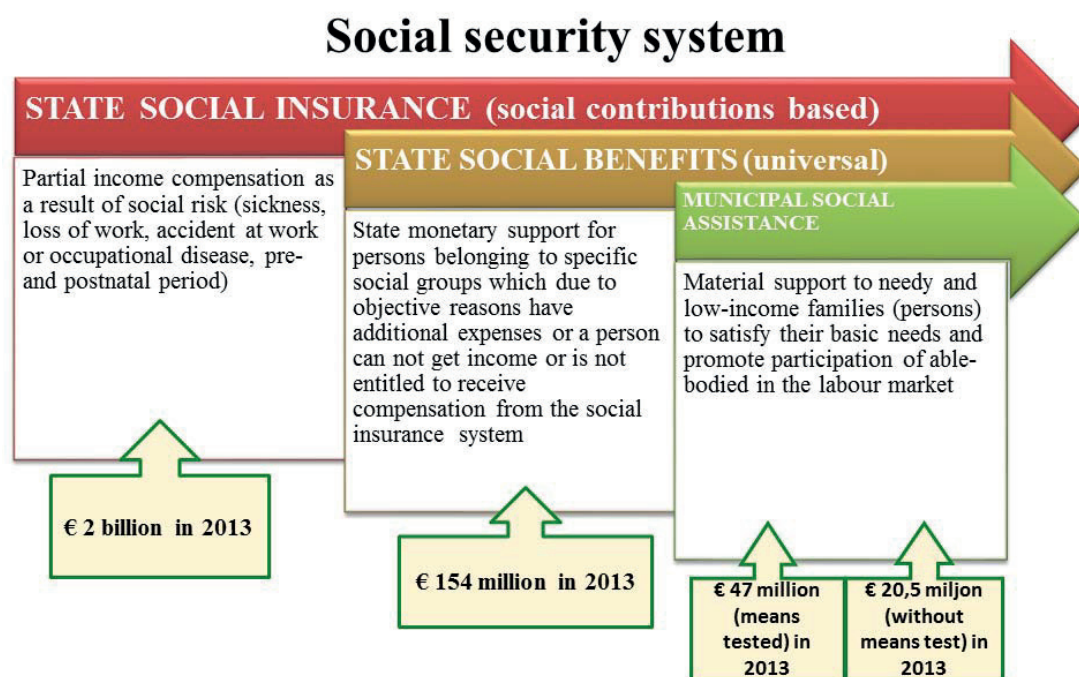


Figure 5. The social security system of Latvia and the financing spent in 2013.

Source: The Ministry of Welfare⁵⁷

On pensions and benefits, which are paid from the state social insurance budget, in 2013, a total of 2.094 billion euros was spent. The same year, on state social benefits that are awarded without considering personal income 154 million euros were spent. By contrast, the same year, 67.5 million euros were spent on municipal social benefits, of which 47 million euros were paid on the basis of assessment of personal income, while 20.5 million euros - without income assessment. The total of state and municipal benefits in 2013 – both income tested and untested - that are independent of individual contributions was 221.2 million euros.

Social assistance - money or material aid, the granting of which is based on evaluation of material resources of persons (families) who lack the resources to meet the basic needs.⁵⁸ According to the social security system established in Latvia, the question of granting social assistance is a municipal responsibility and is fully financed from the municipal budget. Municipality, in which the person has declared

⁵⁷ The concept "On determining the level of minimum income".- p.22.-

<http://likumi.lv/doc.php?id=269886>

⁵⁸ Law "On Social Services and Social Assistance" - 30.10.2002.- <http://likumi.lv/doc.php?id=68488>

his/her place of residence, is obliged to provide a person the opportunity to receive appropriate social services and social assistance.

The Law determines the following principles for the provision of social assistance:

- assessment of the client's material resources (income and property);
- provision of the basic needs (food, clothing, housing, health care, compulsory education);
- participation of persons of working age in improvement of their situation.

In order to receive social assistance, a person must go to the local social service department. National-level laws and regulations define the criteria and procedures for a person living alone or a household to receive social assistance, the client's rights and obligations, as well as the liabilities of municipal social service.

It is statutorily defined that a municipality covers the following social assistance benefits from its budget:

- 1) the guaranteed minimum income benefit (hereinafter - GMI) is calculated and awarded to families (persons) that have been recognized as poor (with monthly income of less than 128.06 euros per person in a family) for the period the family has this status. GMI benefit is calculated as the difference between the GMI level of a family member fixed by the Cabinet of Ministers (from 1 January 2014 - 49.80 euros) or the municipality (ranging from 49.80 euros to 128.06 euros) and the total income of the family (person);
- 2) housing benefit is granted to families (persons) that have been recognized as poor and / or low-income. The amount, the procedure of payoff and the eligible persons are determined by the municipal regulations.

As an exception to the fundamental principles of social assistance, the Law allows a lump sum benefit in a situation of emergency, which may be granted by the municipality without considering the income, if the person has come to an emergency situation due to unforeseeable circumstances and is unable to meet his/her basic needs and those of the family members.

In addition, the Law stipulates that if the municipal population demand for the GMI benefit and housing benefit has been satisfied, after assessing the income of the family or a person, the municipality is entitled to pay other benefits (for health care services, compulsory education, etc.) to cover the basic needs of a family or a person. The types of benefits, amounts and payoff conditions, including the income levels for eligibility to receipt, are determined by the respective municipal regulations.

In 2014, the concept "On determining the level of minimum income"⁵⁹ (hereinafter – the Concept) was developed and approved by the government, which aims to define minimum income level that is methodologically substantiated and adequate to the socio-economic situation, to serve as a reference point for the improvement of the aid measures defined within the framework of the social security system (state social benefits, social insurance, social assistance).

⁵⁹ The concept "On determining the level of minimum income".- <http://likumi.lv/doc.php?id=269886>

The Concept indicates that in Latvia for more than 10 years there is a relatively high risk of poverty, because the minimum income of the population - both from employment and social assistance - is not sufficient to reduce poverty in the country. At national level, laws and regulations define the minimum levels of income not basing on a specific calculation methodology, but in the light of the state and municipal financial capacity at a given moment. In addition, there are no clear indexation arrangements of these levels. However, they provide an opportunity to qualify for the receipt of various services and benefits, for example, GMI benefit and incentives for deprived persons for availability of different services.

The conclusion is that within the existing social security system neither the national nor the municipal social transfers are sufficiently targeted to prevent the risk of poverty and reduce the depth of poverty of the poor. After receipt of the social transfers of the state and municipality⁶⁰, in 96.9 % of the cases the poorest members of the society (1st quintile with a median income of 111.88 euros per household member per month) are still at risk of poverty. This shows that the amounts of social transfers are not sufficient to reduce poverty among the population.

In support of the methodology for establishing the minimum income level, the Ministry of Welfare offers to link it with:

- 1) labor taxation, in order to increase the income of workers with low wage;
- 2) social assistance, in order to increase aid to the poorest;
- 3) state social benefits, in order to support social groups at larger social risk;
- 4) the minimum state pension, in order to improve the situation of pensioners with minimum income;
- 5) unemployment benefits, in order to provide adequate support for people who are unemployed.

The introduction of the Concept would ensure that all citizens, regardless of the municipality of residence, receive the same minimum income benefits; now it can be differentiated. However, it is clear that the implementation of the Concept has a significant impact on state and local budgets. In the event that the state withdraws from increase of its spending and doesn't increase the amounts of the minimum pension, unemployment benefits, etc., the burden on the municipal budget would significantly increase. Therefore, during the development and coordination of the Concept the municipalities have invited to evaluate and implement all the measures as a complex, thereby balancing the financial impact on the state and municipal budgets, given that the minimum benefits are planned to increase by nearly three times. In the view of the municipalities, the state should take part in co-financing the mandatory benefits (minimum income level and housing allowance) in the value of 50 %.

⁶⁰ Social transfers: pensions and benefits (paid by the state and municipalities), child support, scholarships, social insurance benefits and compensation, including by other countries. Website of the Central Statistical Bureau (<http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/termini/socialie-transferti-36002.html>).