

## **Maakuntauudistukseksi ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisuudistukseksi laaditun hallituksen esitysluonnoksen sukupuolivaikutusten arviointi**

### *Aluksi*

Sote- ja maakuntauudistuksessa uudistetaan sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen, tuottaminen, rahoitus, hallinto ja toiminnan ohjaus. Uudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten terveys- ja hyvinvointieroja, eli uudistuksella tavoitellaan ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia. Sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi sote-uudistuksen sukupuolivaikutuksia tulee arvioida kattavasti ja ottaa huomioon naisten ja miesten erilaiset tarpeet. Sukupuolivaikutusten arvioinnilla on tärkeä tehtävä palvelujen saatavuuden ja palvelujen oikein kohdentumisen turvaamisessa ja sukupuolivaikutuksia arvioimalla voidaan myös torjua terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoistuvaa kehitystä.

Uudistuksen ihmisiin kohdistuvia vaikutuksia ovat myös henkilöstövaikutukset. Suomen työmarkkinoilla naiset ja miehet työskentelevät pääosin erialoilla, ammateissa ja tehtävissä. Sosiaali- ja terveystaloudet ovat kaikkein naisvaltaisinta alaa. Sukupuolen mukainen jako pitää yllä perinteisiä sukupuolirooleja työmarkkinoilla ja laajemminkin, muun muassa hoivassa. Se myös selittää osan palkkaerosta. Naisten ja miesten keskiansioiden ero on 17 prosenttia koko työmarkkinoilla. Kunta-alalla naisten ansiot miesten ansioista ovat keskimäärin 86 prosenttia (Tilastokeskus, 2015). Sote-uudistuksella on vaikutuksia henkilöstön asemaan, palkkaukseen ja muihin palvelussuhteen ehtoihin sekä työolosuhteisiin. Vaikutuksia on myös määräaikaisiin palvelussuhteisiin ja perhevapaalta palaaviin. Koska sote-ala on naisvaltainen, uudistuksen vaikutukset kohdistuvat valtaosin naisiin.

Perustuslain (731/1999) yhdenvertaisuutta koskevan 6 §:n 2 momentti kieltää sukupuoleen perustuvan syrjinnän. Saman pykälän 4 momentti velvoittaa edistämään sukupuolten tasa-arvoa yhteiskunnallisessa toiminnassa sekä työelämässä, erityisesti palkkauksesta ja muista palvelussuhteen ehdoista määrättäessä, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään.

Naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta annetun lain (609/1986, jäljempänä tasa-arvolaki) tarkoituksena on estää sukupuoleen perustuva syrjintä ja edistää naisten ja miesten välistä tasa-arvoa sekä parantaa naisten asemaa erityisesti työelämässä. Lain tarkoituksena on myös estää sukupuoli-identiteettiin tai sukupuolen ilmaisuun perustuva syrjintä (1§). Tasa-arvolaki sisältää sukupuoleen perustuvaa syrjintää, tasa-arvon edistämistä ja seuraamuksia koskevat säännökset. Syrjintä on kielletty lähtökohtaisesti kaikilla yhteiskunnan aloilla. Muun muassa työelämän syrjintätilanteita sekä palvelujen saatavuutta ja tarjontaa koskevien syrjintäkieltojen rikkomisesta voi seurata hyvityssanktio.

Tasa-arvolain 4 §:n mukaan viranomaisten tulee edistää naisten ja miesten välistä tasa-arvoa kaikessa toiminnassaan tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti. Tämä edellyttää hallinto- ja toimintatapojen luomista ja vakiinnuttamista. Erityisesti velvoitetaan muuttamaan tasa-arvon toteutumista estäviä olosuhteita. Mainitut velvoitteet koskevat myös palvelujen saatavuutta ja tarjontaa. Tasa-arvon edistämiseksi palveluissa tarkoitetaan muun muassa naisten ja miesten

31.8.2016

tarpeiden tasapuolista huomioimista, palvelujen tarjonnan määrää ja laatua suhteessa kysyntään, palvelujen ajankohtaa, sijaintiin liittyvää saavutettavuutta sekä palveluista perittäviä korvauksia ja maksuja. Tasa-arvolain 4 a § sisältää kiintiöitä ja tasapuolisuusvelvoitetta koskevat säännökset. Tasa-arvolain 6 c § velvoittaa viranomaisia ja työnantajia ennaltaehkäisemään myös sukupuolidentiteettiin tai sukupuolen ilmaisuun perustuvaa syrjintää tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti. Tällä tarkoitetaan sukupuolivähemmistöön kuuluvien tarpeiden huomioon ottamista muun muassa palvelujen tarjonnassa.

Hallituksen tasa-arvo-ohjelman 2016–2019 yhtenä pitkän aikavälin tavoitteena on, että hallitusten esitysten sukupuolivaikutukset arvioidaan aiempaa useammin ja perusteellisemmin. Tasa-arvo-ohjelmassa on lisäksi todettu, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen sekä maakuntauudistuksen sukupuolivaikutuksia arvioidaan valmistelussa, toimeenpanossa ja seurannassa. Hallitus pyrkii siihen, että sukupuolten tasa-arvo toteutuisi henkilöstön asemaa koskevissa muutoksissa.

Tässä sukupuolivaikutusten arvioinnissa on huomioitu lakikokonaisuus, joka sisältyy hallituksen esitysluonnokseen maakuntauudistukseksi ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisuudistukseksi sekä siihen liittyviksi laeiksi. Osana sote- ja maakuntauudistusta valmistellaan lisäksi valinnanvapauslainsäädäntö ja sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaista rahoitusta yksinkertaistetaan. Valinnanvapautta ja monikanavaista rahoitusta koskeva lainsäädäntö on valmistelussa ja toimitetaan lausunnoille loppuvuodesta. Myös maakuntien muita kuin sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä valmistellaan osana uudistusta erillisenä lakivalmisteluhankkeenaan. Niitä koskevat lakiluonnokset eivät siis sisälly valmistelussa olevaan hallituksen esitykseen. Sosiaali- ja terveyden huollon järjestämislaissa on jo kuitenkin huomioitu tuleva valinnanvapausmalli, minkä vuoksi tässä arvioinnissa on tarpeen sivuta myös valinnanvapauden laajentamisen mahdollisia sukupuolivaikutuksia.

#### *Palvelujen käyttäjät, potilaat ja asiakkaat*

Sukupuolivaikutusten arvioinnissa on huomioitava, että sukupuolten välillä on eroja hyvinvoinnissa, sosiaalisessa osallisuudessa, terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Sukupuolten välisten erojen lisäksi hyvinvointi- ja terveyseroja on myös eri väestöryhmien välillä. Merkittävimpiä ovat sosioekonomiseen asemaan liittyvät erot, jotka ovat Suomessa poikkeuksellisen suuria ja edelleen kasvussa. Sukupuoli on keskeinen tekijä myös väestöryhmittäisissä tarkasteluissa. Esimerkiksi sosioekonomisten tekijöiden vaikutus on miehillä huomattavasti suurempi kuin naisilla.

Naiset elävät keskimäärin miehiä pidempään ja enemmistö ikääntyneistä on naisia. Iäkkäiden kohdalla ero naisten ja miesten määrässä kasvaa sitä mukaa, mitä iäkkäämmistä henkilöistä on kyse.

Tilastokeskuksen väestörakennetilastosta (Tilastokeskus 2014) käy ilmi, että Suomessa oli vuoden 2013 lopussa 65 vuotta täyttäneitä ja tätä vanhempia henkilöitä yhteensä 1 056 547. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005 -tilastokatsauksesta (SVT 2007) käy ilmi, että 65–74-vuotiaista palveluiden asiakkaista (säännöllinen kotihoito, tavallinen palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit ja terveyskeskusten pitkäaikaishoito) naisten osuus on vain hieman miesten osuutta suurempi (50–57 %). Miesten osuus kuitenkin laskee siirryttäessä

31.8.2016

iäkkäämpien ryhmään. Esimerkiksi terveyskeskusten pitkäaikaishoidon 65–74-vuotiaista asiakkaita miehiä ja naisia on lähes yhtä paljon, mutta 75–84-vuotiaista miehiä on enää 30 prosenttia ja yli 85-vuotiaista 15 prosenttia.

Eläkeikäisten naisten miehiä suurempi köyhyysriski liittyy Eläketurvakeskuksen tutkimuksen mukaan (Ahonen & Bach-Othman 2009) vahvasti yksinasuvien eläkeikäisten toimeentulovaikeuksiin sekä siihen, että naisilla yksinasuminen on selkeästi miehiä yleisempää.

Sosiaaliala ja sukupuoli –selvityksessä (Seligson 2008,43) todetaan, että sukupuolella on vaikutusta ikäihmisten hyvinvointiin, mutta myös palvelujen tarpeeseen. Suurimmat erot hyvinvoinnissa selittyvät naisten pidemmällä eliniällä. Omaishoitajista valtaosa on naisia, naisten työeläkkeet ovat miesten eläkkeitä alhaisemmat, ikääntyneiden naisten taloudellinen tilanne on keskimäärin muuta väestöä heikompi ja vanhuksiin kohdistuvan väkivallan uhriksi joutuu useammin nainen.

### Terveys ja toimintakyky

Sukupuolella on merkitystä myös terveyteen ja toimintakykyyn. Noin joka viidennellä työikäisellä naisella ja miehellä on jokin työ- tai toimintakykyä haittaava vamma (Helakorpi & Hélldan 2015). Jatkuvaa tai toistuvaa lääkärinhoitoa ilmoitti tarvitsevansa miehistä 29 prosenttia ja naisista 36 prosenttia. Miehistä kuusi prosenttia ja naisista seitsemän prosenttia arvioi, että ei ollut saanut tarvitsemiaan palveluja. (Koskinen ym. 2012, 14–16.) Miehistä 29 prosenttia ja naisista 25 prosenttia kokee työkykynsä heikentyneeksi. Miesten välillä koulutusryhmien erot ovat naisia suuremmat. (Kaikkonen ym. 2014.)

Miehillä on suurempi todennäköisyys sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Ne ovat kuitenkin myös naisilla merkittävä sairausryhmä. Miehillä tyypillisiä ovat äkilliset sydänperäiset sairauskohtaukset, naiset taas sairastavat pääosin kroonista sepelvaltimotautia (Luoto ym. toim. 2003, 33–35.) 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista joka kolmannella miehellä ja joka neljännellä naisella oli sepelvaltimotauti. Itse ilmoitetun diabeteksen ikävakioitu esiintyvyys 30 vuotta täyttäneessä väestössä oli miehillä 11 prosenttia ja naisilla kahdeksan prosenttia. (Koskinen ym. 2012, 82–87).

Vaikea masennus on yksi yleisimmistä toimintakyvyttömyyttä aiheuttavista sairauksista. Depression esiintyvyys on naisilla suurempi kuin miehillä. Naisista seitsemän prosenttia ja miehistä neljä prosenttia oli sairastanut masennushäiriöjakson viimeksi kuluneen vuoden aikana (Koskinen ym. 2012, 96–98).

Työikäisinä kuolleista liki 70 prosenttia on miehiä ja etenkin nuorten miesten kuolleisuus on Suomessa muuhun Eurooppaan verrattuna korkealla tasolla. Työikäisten miesten yleisimmät kuolinsyyt ovat verenkiertoelinten sairaudet (26 %), kasvaimet (23 %) ja alkoholiperäiset kuolinsyyt (17 %). Myös tapaturmat ja itsemurhat kuuluvat yleisimpien kuolinsyiden joukkoon. Itsemurhan tehneistä 75 prosenttia on miehiä. Työikäisten naisten selvästi yleisin kuolinsyy on kasvaimet (42 %). Näiden jälkeen muut kuolemansyyt ovat samassa järjestyksessä kuin miehillä. (Naiset ja miehet Suomessa 2016.)

31.8.2016

## Palveluiden käyttö

Palveluita voidaan tarkastella sukupuolinäkökulmasta esimerkiksi palveluiden saatavuuden, tarpeen ja käytön mukaan. Miehet käyttävät erityisesti terveydenhuollon palveluja naisia vähemmän. Vuonna 2013 toteutetussa suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) – kyselytutkimuksessa selvisi, että viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana sairauden vuoksi lääkäriin oli käynyt noin 67 prosenttia vastanneista. Naisilla oli vuodessa keskimäärin 3,5 lääkärikäyntiä ja miehillä 2,7. Miehet käyvät lääkäriin kaikissa ikäryhmissä naisia vähemmän, mutta sukupuolten välinen ero korostui alle 45-vuotiaiden ikäryhmässä. (Nguyen & Seppälä 2014, 196.)

Sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö lisääntyy iän myötä. Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan (Koskinen ym. 2012) yli puolet 75 vuotta täyttäneistä ilmoitti tarvitsevansa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärihoitoa. Terveyskeskuslääkäriin luona ilmoitti käyvänsä 43 prosenttia kaikista vastaajista ja 76 prosenttia yli 64-vuotiaista. Lääkärikäynnit olivat naisilla miehiä yleisempiä.

Vuonna 2013 HYPA-kyselytutkimukseen vastanneista keskimäärin 13 prosenttia koki odottaneensa hoitoon pääsyä kohtuuttoman kauan terveystalveluiden osalta. Naisista tätä mieltä oli 13 prosenttia ja miehistä 10 prosenttia. Tutkimuskyselylomakkeessa ei kuitenkaan ollut määritelty, mikä on kohtuuton aika odottaa hoitoon pääsyä. Sosiaalitalveluiden osalta noin kymmenesosa niistä, jotka arvioivat itsellään olevan jonkin sosiaalitalvelun tarpeen, arvioi käyttämänsä palvelun olevan riittämätöntä. Tyydyttämättömän palveluntarpeen tärkeimpiä syytekijöitä olivat saatavuuden ongelmat ja saavutettavuuden ongelmat. Saatavuuden ongelmia oli kokenut yli puolet miehistä ja vajaa puolet naisista ja saavutettavuuden ongelmia noin kolmannes sekä miehistä että naisista. Toimeentulotukea hakeneista sekä miehistä että naisista melkein puolet koki saamansa tuen riittämättömäksi tai ei ollut saanut sitä lainkaan. (Nguyen & Seppälä 2014.)

On siis olemassa paljon tutkimustietoa siitä, että palveluiden käytössä on eroja sukupuolten välillä. Palveluja kehitettäessä tämä tulee ottaa huomioon. Mieskysymyksiä tasa-arvopolitiikassa - työryhmän loppuraportin mukaan miehet käyttävät naisia vähemmän terveystalveluja ja väestötasolla heidän terveytensä on naisia huonompi esimerkiksi odotettavissa olevalla eliniällä mitattuna. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeiden arviointi ja palvelutarjonnan suuntaaminen sen mukaisesti voikin luoda uusia mahdollisuuksia sukupuolten välisen tasavertaisuuden edistämiseen palveluiden käytössä ja terveydessä. Tätä kautta voidaan saavuttaa myös kustannussäästöjä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on arvioinut, että järjestäjien suuri koko oletettavasti lisää asukkaiden yhdenvertaisuutta. Miesten terveys ja hyvinvointi on useilla mittareilla mitattuna naisia heikompaa. Mikäli uudistuksella saadaan vahvistettua perustasoa ja integroitua palveluita siten, että erityisesti heikoimmassa asemassa olevien palveluiden riittävä ja oikea-aikainen saanti paranee, voitaneen arvella, että uudistuksella voidaan tasoittaa naisten ja miesten hyvinvointieroja sekä parantaa erityisesti miesten hyvinvointia ja terveyttä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen arvion mukaan uudistuksen yhdenvertaisuus- ja tasa-arvotavoitteiden saavuttaminen riippuvat uudistuksen siirtymävaiheen toimeenpanosta sekä myöhemmin muodostuvasta valinnanvapausmallista.

31.8.2016

Palveluiden käyttöä voidaan tarkastella myös palvelutarpeiden arvioinnin ja palveluohjauksen sekä valinnanvapauden näkökulmasta. Miehet hakeutuvat naisia harvemmin hoitoon, jolloin palveluohjauksella ja neuvonnalla on tärkeä rooli erityisesti miesten palvelukäytössä. Toisaalta naisten miehiä aktiivisempi hakeutuminen palveluiden piiriin saattaa ennustaa sitä, että naiset hyödyntävät jatkossa myös laajentuneen valinnanvapauden suomia mahdollisuuksia miehiä aktiivisemmin. Tämä voi johtaa naisten ja miesten palvelukäytössä olevien erojen kasvamiseen, mikäli valinnanvapauden osalta tehdyt ratkaisut eivät tue valintojen tekemistä riittävästi.

Systemaattisella tiedonkeräämisellä, strategisella suunnittelulla ja henkilöstön kouluttamisella voidaan vaikuttaa siihen, että naiset ja miehet saavat tarpeen mukaisia palveluita oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti. Tiedon keräämisen avulla voidaan tunnistaa sukupuolispesifejä palvelutarpeita ja kohdistaa sukupuolierityisiä palveluita yhdenvertaisesti sekä naisille että miehille. Maakuntastrategiassa ja toimintoja koskevassa eli toiminnallisessa tasa-arvosuunnitelmassaan maakunnalla on hyvä mahdollisuus tarkastella keinoja sukupuolen ja sukupuolten tasa-arvon nykyistä parempaan huomioimiseen ja seurantaan palveluissa. Henkilöstön kouluttamisella voidaan vaikuttaa myös sukupuolivähemmistöjen tarpeiden parempaan tunnistamiseen, miesten ja naisten erityisten tarpeiden nykyistä parempaan huomioimiseen sekä potilaiden yhdenvertaiseen kohteluun.

#### *Henkilöstö*

Henkilöstö siirtyy kuntien ja kuntayhtymien palveluksesta maakuntien palvelukseen. KT Kuntatyönantajien mukaan Manner-Suomen kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollosta, palo- ja pelastustoimesta, maatalouslomitukselta ja ympäristöterveydenhuollosta siirtyy maakuntien ja niiden palveluyhtiöiden palvelukseen arviolta 213 000 henkeä yhteensä 340 kunnasta tai kuntayhtymistä. Esityksen mukaan henkilöstö siirtyy maakuntien palvelukseen liikkeenluovutuksen periaattein eli siirtymähetkellä voimassa olevat henkilöstön oikeudet ja velvollisuudet säilyvät. Tämä tarkoittaa sitä, että työntekijät jatkavat niin sanotusti vanhoina työntekijöinä uuden työnantajan palveluksessa. Liikkeenluovutus ei ole irtisanomisperuste eikä sellaisenaan peruste palvelussuhteen ehtojen muuttamiseen. Siirtyvistä työntekijöistä suurin osa on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä.

Aikaisemman työnantajan palveluksesta perhevapaille jääneillä työntekijöillä on oikeus palata uuden työnantajan palvelukseen ensisijaisesti aikaisempaan työhön. Määräaikaisissa työsuhteissa olevat, joita sote-alalla on noin viidennes työntekijöistä, siirtyvät uuden työnantajan palvelukseen määräaikaisen palvelussuhteensa keston ajaksi.

Pidemmillä tähtäimellä työnantajan tarve organisoida uudelleen toimintaansa sekä työtehtävien uudelleen järjestely, päällekkäisyyksien purkaminen ja muut muutokset voivat vaikuttaa henkilöstön määrään, asemaan ja työtehtäviin sekä palvelussuhteen ehtoihin. Uudistus vaikuttaa myös määräaikaisiin työntekijöihin sekä niihin kuntien ja kuntayhtymien palveluksessa oleviin, jotka työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon tukipalvelutehtävissä ja joiden tosiasiallisista työtehtävistä alle puolet liittyy maakuntien vastuulle siirtyviin tehtäviin.

31.8.2016

## Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö

Sosiaali- ja terveysala on huomattavan naisvaltainen ala. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus tarkoittaa yhteiskunnallisella tasolla valtavaa uudistusta naisvaltaisen alan työmarkkinoilla. KT Kuntatyönantajien mukaan (henkilöstövaikutusarvioita koskeva lausunto 14.6.2016) Manner-Suomen kunnista ja kuntayhtymistä siirtyy maakuntien palvelukseen 1.1.2019 alkaen arviolta 202 500 henkilöä, jotka työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollossa.

THL:n sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstöä koskevien tilastojen mukaan 88 prosenttia sosiaali- ja terveyspalveluiden kaikesta henkilöstöstä oli naisia vuonna 2013. Loput 12 prosenttia oli miehiä. Luvut sisältävät myös yksityiset terveyspalvelut. Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa naisten osuus on vieläkin suurempi. Vuonna 2014 naisia oli yli 90 prosenttia henkilöstöstä, kun miesten osuus oli 9,6 prosenttia. Naisten osuus sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstöstä on siis merkittävästi miehiä suurempi, jolloin uudistuksesta syntyvät henkilöstövaikutukset kohdistuvat erityisesti naissukupuoleen.

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2015 yli puolet (57 prosenttia) kaikista kuntasektorin palkansaajista työskenteli sosiaali- ja terveyspalvelujen toimialalla, eli yhteensä 233 000 palkansaajaa. Lokakuussa 2015 maksettiin palkkoja terveys- ja sosiaalipalvelujen toimialalla työskenteleville 304 kunnassa eli melkein jokaisessa kunnassa kuntajaon mukaisesta 317 kunnasta. Lisäksi toimialalla työskenteli palkansaajia kuudessakymmenessä kuntayhtymässä. Kaikista kuntasektorin terveys- ja sosiaalipalvelujen palkansaajista 60 prosenttia toimi suoraan kuntien palveluksessa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen toimialalla työskentelevien naisten säännöllisen työajan keskiansio oli 2 881 euroa kuukaudessa, ansion mediaani oli 2 684 euroa kuukaudessa. Alalla työskentelevillä miehillä vastaava säännöllinen keskiansio oli 3535 euroa kuukaudessa ja mediaaniansio 2935 euroa kuukaudessa (Palkkarakennetilasto 2014, Tilastokeskus). Tyypillisimpiä ammattinimikkeitä sosiaali- ja terveysalalla ovat sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Sairaanhoitajista 92 prosenttia on naisia ja lähihoitajista 94 prosenttia. Sairaanhoitajien säännöllisen työajan keskiansio oli miehillä 3200 euroa ja naisilla 3000 euroa vuorotyölisineen. Ilman vuorotyöisiä miesten keskiansio oli 2675 euroa ja naisten 2659 euroa kuukaudessa. Lähihoitajien säännöllisen työajan keskiansio oli miehillä 2690 euroa vuorotyölisineen ja naisilla 2615 euroa kuukaudessa, naisten mediaaniansio ilman lisiä oli 2215 euroa kuukaudessa (koko sosiaali- ja terveysala, Palkkarakennetilasto 2014, Tilastokeskus).

Sosiaalityöntekijöistä 92,5 prosenttia on naisia. Sosiaalityöntekijämiesten säännöllisen työajan keskiansio oli 3200 euroa ja naisten keskiansio oli 3208 euroa kuukaudessa, eli sukupuolten välillä on vain pienehkö ero. Lääkäreitten säännöllinen keskiansio oli miehillä 6211 euroa kuukaudessa ja naisilla 5797 euroa vuorotyölisineen (koko sosiaali- ja terveysala, Palkkarakennetilasto 2014, Tilastokeskus). Lääkärinkunnan sisällä palkkahajonta on varsin suurta eri ammattiryhmien välillä.

Määräaikaisia työsopimuksia on sote-alalla 22,5 prosentilla henkilöstöstä. Naisista noin 22 prosenttia on määräaikaisessa palvelussuhteessa ja miehistä noin 25 prosenttia (Työvoimatutkimus, Tilastokeskus, 2015). Koska kyseessä on naisvaltainen ala, henkilöstöä on melko runsaasti perhevapailta ja sijaisia on pääasiassa määräaikaisissa palvelussuhteissa. Koko

31.8.2016

työmarkkinoilla miehet käyttävät alle kymmenen prosenttia kaikista korvatuista vanhempainpäivärahopäivistä.

Terveystieteissä miehet työskentelevät eniten lääkäreinä. Vuonna 2014 kaikista lääkäreistä 38 prosenttia ja hammaslääkäreistä 23 prosenttia oli miehiä. Sairaanhoidajista 7,5 prosenttia ja lähihoitajista 6,8 prosenttia oli miehiä. Muissa sosiaali- ja terveysalan erityisasiantuntijatehtäviksi luokitelluissa tehtävissä naiset ovat enemmistönä. Sosiaalityöntöiden erityisasiantuntijoista alle 10 prosenttia on miehiä ja lainopillisissa, sosiaalialan ja kulttuurialan erityisasiantuntijoissa miesten osuus on hieman yli 10 prosenttia. Ylihoitajista ja osastonhoitajista alle 7 prosenttia on miehiä (Työssäkäyntitilasto, Tilastokeskus 2013).

#### Yhtiöittäminen ja palvelulaitokset

Maakuntien tulee organisaatiossaan erottaa järjestäminen ja tuottaminen. Lisäksi maakuntien tulee yhtiöittää palveluntuotanto silloin, kun maakunta hoitaa tehtäviään kilpailutilanteessa markkinoilla tai jos palvelut kuuluvat laajan valinnanvapauden piiriin. Valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelut määritellään myöhemmin. Näin ollen valinnanvapauden piiriin kuuluvissa palveluissa työskentelevä henkilöstö siirtyy toisella liikkeenluovutuksella maakunnista yhtiöihin. Maakunta voi yhtiön omistajana valita, liittykö se tulevan julkisoikeudellisen julkisoikeudellinen työnantajaorganisaation (Kunta- ja maakuntatyönantajat KT) jäsenyhteisöksi vai liittykö se yksityisen sektorin vastaavaan organisaatioon. Jos yhtiö valitsee yksityisen sektorin työntekijäjärjestön edunvalvojakseen, silloin yhtiössä noudatetaan myös yksityisen puolen sopimuksia. Työehtosopimuksen vaihtumisella olisi vaikutuksia palvelussuhteen ehtoihin. Muutosten suuruus riippuu sovellettavan työehtosopimuksen tasosta. Jos suuri joukko naisia sosiaali- ja terveysalalla siirtyisi Kunnallisen yleisen virka- ja työehtosopimuksen soveltamisalalta yksityisen sektorin sopimusalueelle, sopimuksesta riippuen tällä voisi olla melko huomattavia vaikutuksia naisten palkkatasoon. Muutoksella olisi vaikutuksia myös koko työmarkkinoiden ja kunta-alan sukupuolten palkkaeroon. Myös muun kuin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osalta sovellettavan työehtosopimuksen vaihdosten palkkavaikutukset voivat olla merkittäviä. Tällaiset muutokset olisivat mahdollisia muun muassa siirryttäessä soveltamaan yksityisen palvelualan työehtosopimuksia.

Maakuntien sekä maakuntien palvelulaitosten omistavat yhtiöt voivat myös valita, liittyvätkö ne Kevan jäsenyhteisöiksi. Työnantajien säilyminen kunnallisen eläkejärjestelmän piirissä säilyttää maakuntiin siirtyvän henkilöstön eläketurvan ennallaan. Osalla kuntatyöntekijöistä on parempia eläke-etuja kuin yksityisten alojen työntekijöillä, ja eläke-edut säilyvät ennallaan kun eläketurva säilyy kunnallisessa eläkejärjestelmässä. Tällöin yhtiöittäminen on mahdollista toteuttaa niin, ettei henkilöstön eläketurvassa tapahdu muutoksia. On kuitenkin huomioitava, että palkkamutokset heijastuvat eläkkeisiin siten, että palkkojen nousu lisää eläkekertymää ja vastaavasti palkkojen lasku laskee eläkekertymää. Mikäli palkat muuttuvat nykyisestä, on uudistuksella tällöin vaikutuksia myös eläkkeisiin.

Asiakkailta on mahdollisuus valita palveluiden tuottaja laajan valinnanvapauden piiriin kuuluvissa palveluissa siten, kuin siitä erikseen myöhemmin annettavalla hallituksen esityksellä säädetään. Näin ollen asiakkaiden tulevilla valinnoilla onkin merkitystä sille, kuinka hyvin maakuntien yhtiöt menestyvät valinnanvapauden piiriin kuuluvissa palveluissa. Mikäli kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden nykyisistä käyttäjistä iso osa siirtyy maakuntien yhtiöiden asiakkaista täysin

31.8.2016

yksityisten tuottajien asiakkaiksi, tarkoittaa se pitkällä tähtäimellä irtisanomisten tarpeen kasvua maakuntien tuotantoyhtiöissä. Tämä tuo kuntien nykyisen henkilöstön työsuhteisiin uudenlaisen epävarmuustekijän.

#### Muu kuin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö

Muu kuin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö siirtyy maakunnille silloin, kun henkilön työpanoksesta vähintään 50 prosenttia kohdistuu sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tällaista henkilöstöä ovat muun muassa kuntien yhteisten tukipalvelujen henkilöstö sekä muu hallintohenkilöstö, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon yleisjohto. Tukipalveluiden henkilöstön osalta henkilöstön suuruuden on arvioitu olevan 15 000 – 18 000 henkilöä. Sote- ja maakuntauudistuksessa yhdistetään yli 400 organisaation toiminta 18 maakunnalle. Tämän voidaan olettaa vähentävän hallintohenkilöstön ja esimiestason työntekijöiden tarvetta. Myös tukipalvelut organisoidaan uudelleen. Puolustusvoimauudistuksesta tehdyn henkilöstö- ja sukupuolivaikutusten arvioinnin mukaan puolustusvoimauudistuksen henkilöstövähennykset kohdistuivat pääsääntöisesti hallinnon ja tuen tehtäviin, joissa työskenteli pääasiassa naisia. Mikäli maakuntauudistuksen siirtymävaiheessa tai maakuntien toiminnan käynnistyttyä joudutaan tekemään irtisanomisia, tärkeää onkin seurata, millä tavoin nämä mahdolliset irtisanomiset kohdistuvat naisiin ja miehiin.

Olennaista ei ole tarkastella ainoastaan sitä, millaisia seurauksia uudistuksella on nykyisille henkilöstöryhmille sukupuolinäkökulmasta arvioituna. Olennaista on myös, miten tehtävät uusissa maakunnissa jakautuvat naisten ja miesten kesken ja muuttaako uudistus naisten tai miesten edellytyksiä urakehitykseen ja johtotehtävien saavuttamiseen. Hallintohenkilöstön nykyistä sukupuolijakaumaa tarkastelemalla voidaan arvioida, millä tavoin maakuntahallinnon keskeiset johtotehtävät voisivat jakautua sukupuolten mukaan.

Kunnallisan alan kehittämissäätöön tarkasteli vuosituhaten taitteessa sosiaali- ja terveysalan johtajia. Naisia oli kaikista johtajista 57 prosenttia ja lähiesimiehistä peräti 74 prosenttia oli naisia. Tilastokeskuksen tilaston mukaan terveystoimialan johtajista noin 47 prosenttia oli miehiä. Yleisjohtajista ja ylimmistä virkamiehistä miesten osuus oli 58 prosenttia. Hallinto- ja kaupallisista johtajissa miesten osuus oli 44 prosenttia ja tuotantotoiminnan ja peruspalvelujen johdossa 46 prosenttia. Sosiaalialalla naisjohtajia on huomattavasti enemmän, miesjohtajia on noin 27 prosenttia kaikista toimialan johtajista. Yleisjohtajista ja ylimmistä virkamiehistä miehiä on runsas kolmannes ja hallinto- ja kaupallisina johtajina 35 prosenttia. Tuotantotoiminnassa ja peruspalvelujen johtajina miesten osuus on yli neljäsosa (Tilastokeskus, 2013, johtajien määrä terveys- ja sosiaalitoimialalla ilman päivähoitoa, palkansaajat ja yrittäjät). Sosiaali- ja terveysalan johto on siis naisvaltaista, mutta esimiestehtävissä naisia on suhteellisesti vähemmän kuin työntekijätehtävissä. Vastaavasti maakuntien yleisjohto on hyvin miesvoittoista ja kaikki maakuntajohtajat ovat miehiä. Myös valtaosa sairaanhoitopiirien johtajista on miehiä. Miehiä toimii sosiaali- ja terveydenhuollon johtotehtävissä suhteessa naisia enemmän, ja voitaneen olettaa, että näin tulee olemaan myös tulevien maakuntien esimies- ja johtotehtävien osalta. Sote-uudistuksen toimeenpanossa tulee kiinnittää erityistä huomiota naisten määrään johtajistossa. Naisten urakehitystä voidaan ja tulee tukea myös muun muassa tasa-arvosuunnittelun keinoin.

31.8.2016

## Muita huomioita

Voimaanpanolain mukainen liikkeenluovutus takaa, että henkilöstön palvelussuhde-etuudet säilyvät. Siirtymän jälkeen päätösvalta henkilöstön asemaan liittyvissä kysymyksissä on maakunnalla. Uudistuksella tavoitellaan 3 miljardin euron säästöjä ja henkilöstökustannukset ovat karkeasti arvioiden noin kaksi kolmannesta sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksista. Laskennallisesti se tarkoittaisi sitä, että kaksi miljardia säästötavoitteesta tulisi saavuttaa henkilöstökustannuksista. Säästötavoite on tarkoitus saavuttaa kustannusten kasvua hillitsemällä pitkällä aikavälillä. Säästötavoite ei siis lähtökohtaisesti tarkoittaisi henkilöstön irtisanomisia, vaan henkilöstömäärän kasvun hillitsemistä. Mikäli sosiaali- ja terveysalan henkilöstön tarpeen kasvu hidastuu tulevaisuudessa odotettua nopeammin, voi sillä olla vaikutuksia myös henkilöstön työmarkkina-asemaan.

Palveluiden siirtyessä nykyistä suurempiin organisaatioihin myös henkilöstön määrä yksiköissä tulee olemaan nykyistä suurempi. Suuremmat organisaatiot mahdollistavat henkilöstölle uusia mahdollisuuksia ammattitaidon ja osaamisen ylläpitoon ja kehittämiseen, erilaisiin jaksamista ylläpitäviin järjestelyihin sekä työtehtävien erikoistumiseen, mikä lisää henkilöstön osaamista ja sitä kautta parantaa myös palveluiden laatua. Nykyistä suuremmat organisaatiot voivat mahdollistaa joissakin tehtävissä myös työtehtävien ja vastuiden laajentamista ja tällä voisi olla myönteinen vaikutus palkkaukseen. Myös sijaisjärjestelyt voidaan varmistaa nykyistä joustavammin ja voidaan varmistaa, ettei työrasitus muodostu kohtuuttomaksi. Nykyistä suuremmat organisaatiot varmistavat myös sen, että henkilöstö voi työskennellä aikaisempaa täysipainoisemmin omaa ammattitaitoa vastaavissa työtehtävissä. Suurempien organisaatioiden mahdollistamalla järjestelyillä voi olla positiivisia vaikutuksia naisvaltaisen alan työtyytyväisyyteen.

Kuitenkin työtahtiin vaikuttamisen mahdollisuudet ovat tutkimusten mukaan kuntien palkansaajilla selkeästi heikommat kuin muilla sektoreilla. Kuntasektorin työntekijöistä runsas kolmannes koki, että he voivat vaikuttaa työtahtiin paljon tai melko paljon (Työolobarometri 2014). Kiire koetaan haitallisena erityisesti terveydenhoitoalan erilaisissa tehtävissä: erityisasiantuntijat (lähinnä lääkärit), asiantuntijat (lähinnä sairaanhoitajat) ja työntekijät (muut hoitajat). Kiire haittaa yleisimmin naisten työssä. Kunnissa työskentelevistä naisista jopa 37 prosenttia pitää kiirettä haittaavana rasittavana. (Työolojen muutokset 1977–2013, Tilastokeskus). Vaikutusmahdollisuudet ovat tärkeitä työssä jaksamisen kannalta. Tähän, samoin kuin johtamiseen, onkin kiinnitettävä erityistä huomiota sote-uudistuksen toimeenpanossa.

Henkilöstön siirtyminen nykyistä suurempiin organisaatioihin saattaa vaikuttaa myös työpaikan sijaintiin, millä on puolestaan vaikutusta työn ja perheen yhteensovittamisen mahdollisuuksiin. Hoivavastuu perheissä kasaantuu edelleen naisille miehiä enemmän, minkä vuoksi henkilöstön joustavat työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen mahdollisuudet ovat erityisen tärkeitä naisvaltaisella alalla.

Henkilöstön siirtyminen nykyistä suurempiin organisaatioihin tarkoittaa sitä, että henkilöstön palkka voi nousta tai alentua maakunnan muita samantasoisia tehtäviä vastaavaksi. Uudistuksen toimeenpanon seurannassa on tarpeellista tarkastella, kuinka palkoissa tapahtuvat muutokset jakautuvat naisten ja miesten kesken. Maakuntia ja muita sote-työnantajia koskee tasa-arvolain 8§:n kielto soveltaa palkka- tai muita palvelussuhteen ehtoja siten, että työntekijä tai työntekijät joutuvat sukupuolen perusteella epäedullisempaan asemaan kuin yksi tai useampi työnantajan

31.8.2016

samassa tai samanarvoisessa työssä oleva työntekijä. Tasa-arvolain 6b§:n mukaisen palkkakartoituksen avulla tulee selvittää, ettei saman työnantajan palveluksessa olevien samaa tai samanarvoista työtä tekevien naisten ja miesten välillä ole perusteettomia palkkaeroja.

Palkkaeroja ei voida pitää tasa-arvolain hyväksyttävänä vain sen vuoksi, että työnantajan menettely perustuu johonkin sopimukseen, esimerkiksi työ- tai virkaehtosopimuksen määräykseen tai työsopimukseen. Oikeuskäytännössä on katsottu, että erilaiset muutostilanteet, kuten liikkeenluovutus ja muut muutostilanteet voivat olla hyväksyttävä peruste palkkaerolle tietyn siirtymävaiheen ajan. Samalla on kuitenkin edellytetty, että työnantaja toimii mahdollisuuksiensa mukaan muutoksista johtuvien palkkaerojen poistamiseksi. Työnantajan palkkausjärjestelmässä sovellettavat olennaiset palkkausperusteet eivät saa muodostua pysyvästi toisistaan poikkeaviksi samaa tai samanarvoista työtä tekevien työntekijöiden osalta. Työnantajalle on annettava mahdollisuus kohtuullisessa siirtymäajassa yhtenäistää eriperusteiset palkat. Tasa-arvovaltuutettu on todennut eräässä kannanotossaan, että kuntien yhdistyminen on sellainen muutostilanne, jossa rajoitetun ajan voidaan katsoa olevan hyväksyttävä syy palkkaerolle.

Koska valtaosa sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstöstä on naisia, kohdistuvat uudistuksen sekä positiiviset että negatiiviset vaikutukset erityisesti naissukupuoleen. Uudistus onkin merkittävä naisten työmarkkinoita mullistava reformi. Useita uudistuksen vaikutuksia on kuitenkin vielä haastavaa arvioida, koska monet yksityiskohdat, esimerkiksi valinnanvapausmalli, ovat edelleen avoinna. Toisaalta henkilöstöön kohdistuvat vaikutukset riippuvat ennen kaikkea uudistuksen toimeenpanosta ja esimerkiksi siitä, millaisia päätöksiä palveluyhtiöissä tehdään.

Uudistuksen toimeenpanon seuranta on tarpeellista erityisesti henkilöstön aseman näkökulmasta. Tarkastelussa tulisi huomioida myös henkilöstön sukupuoli ja se, eroavatko vaikutukset sukupuolittain. Tarkastelussa tulisi huomioida ainakin mahdolliset irtisanomiset, työsuhte-etujen muutokset mukaan lukien palkkojen harmonisointi sekä urakehitysmahdollisuudet.

### *Verovelvolliset*

Hallitusohjelman mukaan kokonaisveroaste ei saa nousta eikä kenenkään työn verotus kiristyä millään tulotasolla hallituskauden aikana. Tämä on ollut ohjenuorana myös sote- ja maakuntauudistukseen liittyvien verolainsäädännön muutosten valmistelussa. Valmistelun tavoitteena on lisäksi ollut, että se olisi verovelvollisten kannalta mahdollisimman neutraali, eli verotusta ei ole ollut tarkoitus myöskään keventää ja myös etuustulojen verotus on pyritty pitämään muuttumattomana. Täydellisen kustannusneutraalin järjestelmän rakentaminen olisi kuitenkin ollut mahdotonta, minkä vuoksi kaikkien tulolajien verotuksessa esiintyy sekä pieniä kevenemiä että pieniä kiristymiä eri tulotasoilla. Kaikki verotuksen kiristymät ovat alle 0,5 prosentin suuruusluokkaa.

Arvioinnin kohteena olevassa hallituksen esitysluonnoksessa esitettyjen veroperustemuutosten seurauksena matalimmilla palkka-, eläke- ja etuustulon tasoilla verotuksessa tapahtuu pääasiassa pieniä kevenymisiä. Suuremmissa palkka-, eläke- ja etuustuloluokissa puolestaan tapahtuu pieniä kiristymisiä siten, että verotus pääsääntöisesti kiristyy sitä enemmän, mitä suuremmasta tulosta on kyse.

31.8.2016

Samanlaisia ansiotuloja verotetaan samalla tavalla riippumatta tulonsaajan sukupuolesta, iästä tai muusta tulonsaajan henkilöön liittyvästä ominaisuudesta. Verotuksen keventymät ja kiristymät tapahtuvat suhteessa tulotasoon. Naiset tienaavat keskimäärin 17 prosenttia vähemmän koko työmarkkinoilla kuin miehet. Naisten matalammat palkat heijastuvat myös miehiä pienempinä eläke- ja etuustuloina. Pienten verokevennyksien voidaan siis olettaa kohdistuvan enemmän naisille kuin miehille ja vastaavasti verokiristysten enemmän miehille kuin naisille.

### *Vaalit ja osallistuminen*

Maakunnan ylintä päätösvaltaa käyttäisi maakuntavaltuusto, joka valittaisiin suorilla vaaleilla. Suomen vaalitutkimusportaalin mukaan naiset äänestävät nykyään hieman miehiä aktiivisemmin. Paras-ARTTU -ohjelmassa tutkittiin naisten edustusta kuntien johdossa kuntaliitoksissa. Tutkimuksessa selvitettiin myös äänestyskäyttäytymistä sekä muita eri sukupuolten edustukseen vaikuttavia seikkoja. Eri tutkimusten mukaan naisista hieman yli puolet äänestää naista, kun taas miehistä enemmistö äänestää miestä. Naisia valitaan valtuustoihin vähemmän kuin ehdokasosuuden perusteella voisi odottaa. Tämän perusteella voitaneen olettaa, että naiset tulevat olemaan aliedustettuina myös maakuntavaltuustoissa. Naisia on myös kunnallisten toimielinten puheenjohtajistossa vähemmän kuin kyseisten toimielinten jäsenistössä.

Maakuntalaissa esitetään, että maakunnassa olisi toimielimiä maakunnan hallinnon ja toiminnan johtamista varten. Tällaisia toimielimiä olisivat ainakin maakuntahallitus ja tarkastuslautakunta. Lisäksi maakuntavaltuusto voisi asettaa lautakuntia, johtokuntia sekä jaostoja eri tarkoituksiin. Maakuntalaissa esitetään säädettäväksi, että niiden jäseniä valittaessa olisi otettava huomioon naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta (609/1986) annetun lain säännökset. Tasa-arvolain 4 a §:n 1 momentin mukaan valtion komiteoissa, neuvottelukunnissa ja muissa vastaavissa toimielimissä sekä kunnallisissa että kuntien välisen yhteistoiminnan toimielimissä lukuun ottamatta kunnanvaltuustoja tulee olla sekä naisia että miehiä kumpiakin vähintään 40 prosenttia, ellei erityisistä syistä muuta johdu. Maakuntalain perusteluissa tuodaan esiin, että tasa-arvolakia on tarkoitus muuttaa maakuntien perustamiseen liittyen siten, että edellä mainitun säännöksen soveltamisala ulotetaan koskemaan myös maakuntien toimielimiä ja maakuntien yhteisiä toimielimiä. Tällöin myös maakunnan toimielimissä lukuun ottamatta maakuntavaltuustoa tulisi olla sekä naisia että miehiä kumpiakin vähintään 40 prosenttia, jollei erityisistä syistä muuta johdu. Vaikuttamistoimielimiä (nuorisovaltuusto, vanhusneuvosto ja vammaisneuvosto) asetettaessa tavoitteena tulee olla molempien sukupuolten tasapuolinen edustus.

Uudistuksen yhteydessä tulee säätää myös tasa-arvolain 4a §:n 2 momentin, niin sanotun tasapuolisuussäännön soveltamisesta. Kyseisen momentin mukaan ”jos julkista valtaa käyttävällä toimielimellä tai virastolla, laitoksella taikka kunta- tai valtioonemmistöisellä yhtiöllä on hallintoneuvosto, johtokunta tai muu luottamushenkilöistä koostuva johto- tai hallintoelin, toimielimessä tulee olla tasapuolisesti sekä naisia että miehiä, jollei erityisistä syistä muuta johdu”.

### *Valinnanvapaus ja palveluiden tuottaminen*

Maakunnat voivat tuottaa niiden järjestämisvastuulle kuuluvat palvelut itse, yhteistyössä toisten maakuntien kanssa tai hankkia palvelut yksityisiltä toimijoilta. Maakuntien tulee omassa toiminnassaan erottaa sosiaali- ja terveystalouden palveluiden järjestäminen ja tuottaminen. Lisäksi

31.8.2016

maakunnilla on yhtiöttämisvelvollisuus maakunnan hoitaessa tehtäviä kilpailutilanteessa markkinoilla sekä valinnanvapauden piiriin kuuluvissa palveluissa. Valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelut määritellään myöhemmin. Tämä avaa yksityisille toimijoille nykyistä laajemman pääsyn sosiaali- ja terveyspalveluiden markkinoille.

Yritysrekisterin perusteella valtaosa, vuonna 2014 noin 98 prosenttia, sosiaali- ja terveyspalveluiden yrityksistä on pieniä, alle 10 hengen mikroyrityksiä. Sosiaali- ja terveysalalla yrittäjyys onkin hyvin naisvaltaista ja naisten osuus sosiaali- ja terveysalan yrittäjistä on yli 70 prosenttia. Naisilla myös yksinyrittäjyys on sosiaali- ja terveysalalla yleisempää kuin miehillä.

Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisun Työ ja yrittäjyys 46/2012 mukaan naisyrittäjien määrää sosiaali- ja terveysalalla on rajoittanut kuntien ostopalveluiden kehitys, joissa kunnat hankkivat sosiaali- ja terveyspalvelunsa suurilta, kansainvälisiltä yrityksiltä. Suuret kansainväliset ketjut ovat myös ostaneet pieniä, naisten omistamia yrityksiä. Valtaosa sosiaali- ja terveysalalla toimivista yrityksistä on kuitenkin edelleen pieniä mikroyrityksiä, ja suuri osa näistä yrityksistä on naisten johtamia. Valittavalla valinnanvapausmallilla voidaan vaikuttaa siihen, minkäkokoisilla yrityksillä on edellytyksiä tai mahdollisuuksia osallistua palveluntuotantoon. Sillä perusteella valinnanvapausmallilla onkin vaikutusta erityisesti naisyrittäjien edellytyksiin osallistua uudistuksen jälkeen uudelleen muotoutuville sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotantomarkkinoille.