

Investimentos orientados para a equidade

O Oregon está a solicitar um investimento federal para apoiar o preenchimento das lacunas de equidade na saúde para membros do Plano de Saúde do Oregon (Oregon Health Plan, OHP) em todo o estado. Embora o compromisso do Oregon em desacelerar o crescimento dos custos de saúde em todo o estado tenha poupado fundos federais significativos nos vários mercados e melhorado a qualidade, os resultados de saúde variam em função da raça e da etnia. Além disso, as melhorias não têm abordado adequadamente as desigualdades na saúde, resultantes de racismo e da opressão sistêmicos de longa data. Consequentemente, no âmbito da nossa parceria federal-estadual, o Oregon solicita que os CMS realizem um investimento federal inicial em iniciativas orientadas para a comunidade, com foco na eliminação das desigualdades na saúde entre os membros do OHP. O Oregon espera que os investimentos orientados para as comunidades melhorem a saúde das pessoas mais prejudicadas pelas desigualdades na saúde¹ e que abordem a montante os determinantes sociais da saúde. Ambas as melhorias resultarão em redução de custos a jusante para o governo estadual e para o governo federal.

O Oregon solicita também que as despesas das organizações de cuidados coordenados (coordinated care organizations, CCO) dirigidas às desigualdades na saúde sejam contabilizadas como faturas de despesas médicas ou despesas de melhoria de qualidade dentro do orçamento global em termos de valor, para efeitos de fixação de taxas, orçamentação e índice de perdas médicas (medical loss ratio, MLR). Este pedido foi dirigido pela Legislatura do Estado do Oregon (HB 3353)² em julho de 2021. (Consulte-se o documento de conceito intitulado *Value-based Global Budget (Orçamento global em termos de valor* para obtenção de mais informações sobre este pedido.)

1. Um novo investimento federal focado na melhoria da equidade na saúde, incluindo investimentos para construir infraestruturas destinadas a apoiar intervenções de equidade na saúde; para apoiar intervenções de equidade na saúde lideradas pelas comunidades e iniciativas de âmbito estadual; e para conceder recursos colaborativos liderados pelas comunidades, destinados a aumentar o investimento em equidade na saúde.

A fim de implementar este investimento federal, **o Oregon solicita as seguintes autoridades de realização de despesa:**

2. Autoridade de realização de despesa para levantar a comparticipação correspondente federal em fundos do Medicaid a despendar para lidar com os Determinantes Sociais da Saúde (Social Determinants of Health, SDOH) de membros do OHP que vivenciam transições ou perturbações

¹ Entre as populações e as comunidades que têm sido mais prejudicadas por injustiças históricas e contemporâneas e desigualdades na saúde incluem-se, entre outras, as Nações Tribais e as comunidades Tribais; populações hispânicas, negras/afroamericanas, asiáticas, das ilhas do Pacífico e indígenas americanas/nativas do Alasca e outras comunidades de cor; pessoas com deficiência; pessoas com proficiência limitada em inglês; e comunidades de imigrantes e refugiados.

² <https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2021R1/Downloads/MeasureDocument/HB3353/Enrolled>

de vida específicas, conforme descrito no documento conceptual intitulado *Improving Health Outcomes by Streamlining Life and Coverage Transitions (Melhorar os Resultados de Saúde ao Agilizar a Vida das Pessoas e as Transições de Cobertura)*.

3. Autoridade para contabilizar os investimentos das CCO na equidade em saúde requeridos pelo HB 3353 e conforme descrito no documento conceptual intitulado *Improving Health Outcomes by Streamlining Life and Coverage Transitions (Melhorar os Resultados de Saúde ao Agilizar a Vida das Pessoas e as Transições de Cobertura)* como despesas médicas ou despesas com melhoria da qualidade para fins de definição das taxas das CCO.

Para verificar na íntegra as estratégias propostas, consulte a página 8.

Problema e contexto

Iniquidade em saúde

É amplamente aceite que a saúde é, em grande parte, determinada, não pelos cuidados médicos que as pessoas recebem, mas pelos determinantes sociais da saúde, incluindo fatores como áreas edificadas e habitação, acesso a alimentos saudáveis e espaços verdes, e oportunidades de trabalho e obtenção de rendimentos.³ As pessoas de cor e pessoas que vivem com menos recursos financeiros têm maior probabilidade de serem expostas a bairros inseguros, a habitação precária, a falta de transporte, ao sistema de justiça criminal e a escolas de baixa qualidade, o que significa que têm maior probabilidade de ter piores resultados de saúde e menor expectativa de vida.

Definição de equidade em saúde do

O Oregon terá estabelecido um sistema de saúde que cria equidade na saúde quando todas as pessoas puderem alcançar o seu pleno potencial de saúde e bem-estar e não forem prejudicadas por raça, etnia, idioma, deficiência, idade, género, identidade de género, orientação sexual, classe social, interseções entre estas comunidades ou identidades ou outras circunstâncias determinadas socialmente.

Alcançar a equidade na saúde requer a colaboração contínua de todas as regiões e setores do estado, incluindo governos tribais de modo a abordar:

- A distribuição ou a redistribuição equitativa de recursos e poder; e
- Reconhecer, reconciliar e retificar injustiças históricas e contemporâneas.

Apesar de maior acessibilidade à cobertura e aos cuidados de saúde no Oregon, as desigualdades na saúde persistem, porque, ao longo do tempo, os sistemas e as instituições foram sendo criados para beneficiar um grupo restrito de pessoas. As desigualdades na saúde remontam ao acesso desigual ao poder, recursos, oportunidades e tomada de decisões resultantes de racismo e opressão de longa data, que atravessam gerações, injustiça social, intolerância, preconceito, discriminação e colonização. As

³ Magnan, S. (2017). Social Determinants of Health 101 for Health Care: Five Plus Five. National Academy of Medicine. Disponível em: <https://nam.edu/social-determinants-of-health-101-for-health-care-five-plus-five/>

comunidades de cor e as comunidades tribais têm vivenciado um subinvestimento crônico, o que resulta em determinantes sociais da saúde cada vez mais nocivos e piores resultados de saúde do que as suas homólogas brancas. Estas desigualdades também resultam em encargos financeiros. Estima-se que 31% das despesas com cuidados médicos resultem de desigualdades na saúde causadas por racismo e opressão sistêmica.⁴ A Avaliação de Saúde do Oregon (Oregon State Health Assessment) de 2018⁵ identificou as seguintes desigualdades no que se refere aos determinantes sociais da saúde:

Pobreza e insegurança alimentar

- Quase todos os grupos raciais e étnicos no Oregon vivenciam níveis mais altos de pobreza do que a população dos Estados Unidos como um todo, especialmente as pessoas que se identificam como afroamericanas.
- O Oregon ocupa o 44º lugar no país em termos de insegurança alimentar. A insegurança alimentar é maior nas comunidades rurais, nas comunidades de cor, nas famílias com crianças e entre os inquilinos.

Moradia e falta de moradia

- Um terço de todas as famílias afroamericanas despende mais de 50% do seu rendimento com despesas de moradia, em comparação com 17% de todas as famílias no estado.
- Em 2010, apenas 32% dos afroamericanos do condado mais populoso do Oregon moravam em casa própria, em comparação com 60% dos brancos do condado.
- Com exceção da população asiática, as pessoas de cor apresentam taxas de situação de sem abrigo desproporcionais, em comparação com as suas homólogas brancas.

Encarceramento

- No Oregon, as pessoas de cor têm maior probabilidade de serem encarceradas do que as pessoas brancas:
 - Os afroamericanos têm uma probabilidade 4,6 vezes superior
 - Os nativos americanos têm uma probabilidade 1,8 vezes superior
 - As pessoas hispânicas têm uma probabilidade 1,4 vezes superior

COVID-19

A pandemia da COVID-19 evidencia a persistência de desigualdades na saúde no Oregon e serve como alerta para a gravidade das lacunas.

- Os hispânicos do Oregon representam apenas 12% da população, mas representam mais de 18% dos casos da COVID-19.⁶

⁴ <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/HS.41.2.c>

⁵ <https://www.oregon.gov/oha/PH/ABOUT/Documents/sha/state-health-assessment-full-report.pdf>

⁶ OHA Weekly COVID-19 Report, 29 de setembro de 2021.

<https://www.oregon.gov/oha/covid19/Documents/DataReports/Weekly-Data-COVID-19-Report.pdf>

- Os negros do Oregon têm 3,1 vezes mais probabilidade de serem hospitalizados devido à COVID-19 do que os seus homólogos brancos.⁶

Investimentos de equidade em saúde requeridos legislativamente

Em julho de 2021, a Legislatura do Oregon aprovou o HB 3353 (consultar o Anexo A), que requer que as CCO:

- despendam, pelo menos, 3% do seu orçamento global em programas e serviços que melhoram a equidade na saúde, e
- sejam mais responsabilizáveis perante a comunidade.

Para apoiar a intenção desta diretiva, de acordo com esta renovação de dispensa para demonstração 1115 (a), a OHA irá propor que as CCO afetem, pelo menos, 1/3 desses fundos (pelo menos 33% dos 3%) para administração direta por novas entidades colaborativas de investimento comunitário. É importante assinalar que esta proposta foi criada conjuntamente com as Oregon Regional Health Equity Coalitions (Coligações Regionais pela Igualdade na Saúde do Oregon, RHEC) por meio de um processo exclusivo dirigido pelas comunidades, conforme descrito abaixo. Além disso, a legislação requer que a OHA obtenha a aprovação dos CMS para que 3% dos orçamentos globais em termos de valor das CCO sejam direcionados para a melhoria das desigualdades na saúde, e que tais despesas sejam contabilizadas como despesas médicas e de melhoria de qualidade para fins de definição de taxas (para mais informação, consulte-se o documento conceptual intitulado *Value-based Global Budget (Orçamento global em termos de valor)*).

A voz das comunidades na tomada de decisão das CCO

Um elemento central do modelo das CCO do Oregon tem sido a incorporação da voz das comunidades na tomada de decisão das CCO, que o Oregon espera expandir por meio de parcerias lideradas pelas comunidades que irão focar-se nas populações e nas comunidades mais prejudicadas por injustiças históricas e contemporâneas, bem como, por desigualdades na saúde.

“E quem melhor para dizer o que é necessário na comunidade

do que a comunidade?”

– Contribuição das comunidades para o Plano Estratégico da OHA

Coligações Regionais de Equidade em Saúde

Em 2011, as RHEC apresentaram à OHA uma proposta para a renovação da dispensa para demonstração 1115 (a) e, posteriormente, trabalharam em estreita colaboração com a Legislatura do Oregon na elaboração do HB 3353. Posteriormente, as lideranças da OHA e da RHEC trabalharam em conjunto para desenvolver a intenção do HB 3353 e aumentar a responsabilização perante a comunidade, enfatizando o papel das comunidades na identificação de desigualdades e na tomada de decisões de investimento para lidar com as desigualdades.

A RHEC, composta por cerca de 300 a 500 organizações, é líder em capacitar diversos grupos a envolverem-se no desenvolvimento de soluções únicas, com capacidade de resposta cultural e sustentáveis para questões generalizadas de desigualdade, que afetam a saúde e o bem-estar das pessoas no Oregon. Uma parte importante do seu trabalho inclui ajudar comunidades diversificadas a

construir a sua capacidade de colaborar com tomadores de decisão, CCO e outros sistemas de saúde, com o objetivo de lidar com as desigualdades sistêmicas ao nível de políticas, do sistema e do meio ambiente que tornam difícil às comunidades alcançar o seu pleno potencial de saúde.

O grupo de trabalho OHA/RHEC reuniu 12 vezes entre maio e julho de 2021 para criar estratégias de desenvolvimento de um modelo de transferência de poder e recursos para a comunidade.

Reconhecendo que o processo pode ser tão importante como o resultado, o trabalho envolveu a construção de relacionamentos e confiança, especialmente para criar maior confiança entre as organizações comunitárias e o governo, e teve por referência alguns dos valores que seguimos na condução do trabalho conjunto através do desenvolvimento de acordos de grupo, da partilha de necessidades para realizar com sucesso o trabalho conjunto, do esclarecimento das funções e do âmbito das atividades e do estabelecimento de acordo sobre os princípios orientadores para garantir o desenho de um modelo capaz de realizar as metas de equidade na saúde, incluindo investimento em comunidades raciais, culturais e carentes.

Conselhos consultivos comunitários

Desde 2012, o estatuto requer que cada CCO convoque e opere um conselho consultivo da comunidade (community advisory council, CAC) para supervisionar a avaliação da saúde das comunidades (community health assessment, CHA) e o plano de melhoria da saúde das comunidades (community health improvement plan, CHP) das CCO e garantir que sejam abordadas as necessidades de saúde dos consumidores e das comunidades. Pelo menos, metade dos membros de cada CAC têm de ser membros das CCO.

As CCO também são financeiramente incentivadas a realizar parcerias com organizações e entidades comunitárias locais e culturalmente específicas, como as Coligações Regionais pela Igualdade na Saúde do Oregon (Oregon Regional Health Equity Coalitions, RHEC) (consulte-se o Anexo a). No seu mais recente processo de contratação com as CCO, o Oregon tomou medidas para fortalecer as funções de consultoria dos CAC e aumentar a representação das comunidades e a diversidade nos CAC. No entanto, os CAC continuam a ser comissões consultivas perante as CCO, com influência variável na tomada de decisões.

Colaboradores de investimento comunitário

O Oregon irá agora solicitar investimento federal em colaborações lideradas pelas comunidades que direcionem os investimentos em equidade em saúde. O Oregon já estabeleceu as bases para apoiar esta estratégia: O HB 3353 pretende permitir que as comunidades direcionem uma parte dos fundos do Medicaid para lidar com os fatores sociais e de saúde que mais contribuem para as desigualdades na saúde.

De acordo com esta legislação, o Oregon, em estreita parceria com as RHEC comunitárias, elaborou um programa-piloto para criar e fornecer recursos para novas entidades colaborativas de investimento comunitário (community investment collaboratives, CIC). Estas parcerias lideradas pelas comunidades

estarão focadas nas populações e nas comunidades mais prejudicadas por injustiças históricas e contemporâneas, bem como, por desigualdades na saúde, incluindo, entre outras, as nove tribos e comunidades Tribais do Oregon reconhecidas pelo governo federal; populações hispânicas, negras/afroamericanas, asiáticas, das ilhas do Pacífico e indígenas americanas/nativas do Alasca e outras comunidades de cor; pessoas com deficiência; pessoas com proficiência limitada em inglês; e comunidades de imigrantes e refugiados.

Embora abordar as causas da desigualdade em saúde causada pela supremacia branca seja um empreendimento relativamente novo para o sistema de saúde, as RHEC e as organizações comunitárias (community-based, organizations CBO), incluindo organizações de serviço social e organizações culturalmente específicas, há muito tempo que mitigam as desigualdades e abordam os determinantes sociais da saúde. À medida que as CCO continuam a expandir o seu trabalho para lidar com as necessidades sociais dos membros do OHP, a equidade na saúde e os determinantes sociais da saúde na comunidade, é fundamental que o Oregon apoie CBO de comunidades historicamente mal servidas para que sejam parceiros e líderes fortes nesse esforço.

Poupança federal

O Oregon tem trabalhado para conter os custos de saúde no Medicaid e noutros mercados. No âmbito das suas renovações de demonstração de 2012 e 2017, o Oregon comprometeu-se a reduzir a taxa de crescimento da despesa mensal por membro (per member per month, PMPM) do Medicaid em dois pontos percentuais, de uma média nacional projetada de 5,4% para 3,4%. Até ao momento, o Oregon conseguiu cumprir este compromisso e a contenção de custos continua a ser uma das principais prioridades do estado. O Oregon alcançou esta meta por meio do seu modelo inovador de reforma do sistema de saúde, as CCO, que são incentivadas a manter a prestação de cuidados de alta qualidade, simultaneamente diminuindo a taxa de crescimento dos custos.

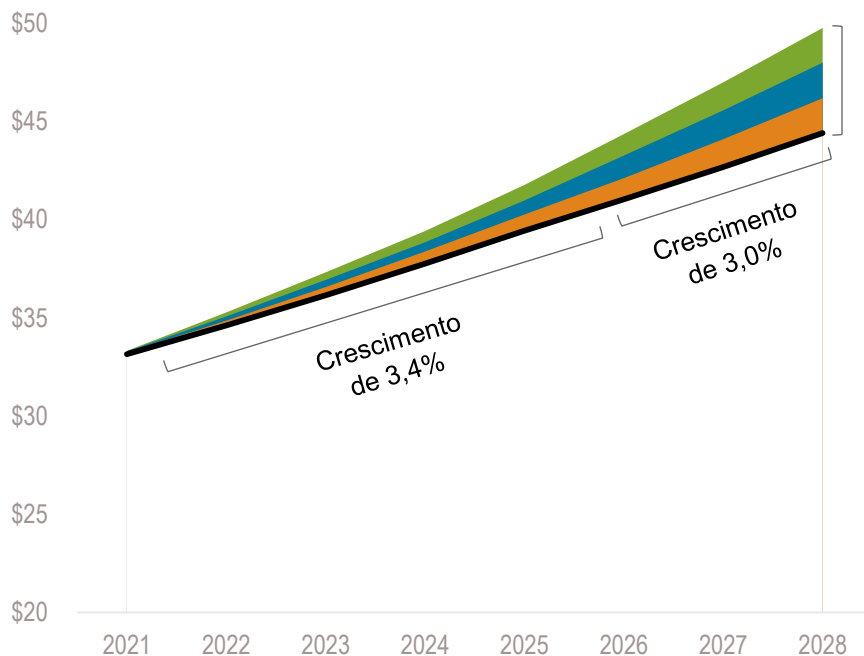
Em 2021, o Oregon expandiu este modelo, aplicando uma meta de crescimento de custos de saúde sustentável ao nível do estado para todos os mercados. Essa meta limita o crescimento anual per capita dos custos com saúde em todo o estado a 3,4% no período 2021-2025 e 3,0% no período 2026-2030. O Oregon projeta poupanças significativas nos vários mercados. O Oregon poderá poupar 19 mil milhões dólares no Medicaid, no Medicare e em custos comerciais de saúde nos próximos 7 anos, conforme mostrado na Figura 1.

Ao reduzir as despesas com planos de saúde qualificados, este programa de aumento de custos de saúde sustentável pode resultar em prémios mais baixos por parte dos operadores comerciais, incluindo os que participam no Marketplace, conduzindo a poupanças federais adicionais em Créditos Fiscais de Prémio Antecipado (Advance Premium Tax Credits).

Finalmente, o Oregon tem uma proporção relativamente alta de inscritos no Medicare em planos Medicare Advantage – 47% no Oregon em comparação com 38% nacionalmente. Como o novo limite superior de despesas se aplica a todos os mercados, o governo federal pode esperar uma poupança adicional no que se refere aos planos Medicare Advantage que reverterá para o governo federal.

Figura 1

A meta de crescimento de custos do Oregon poderá poupar 19 mil milhões de dólares nos custos dos cuidados médicos do Medicaid, do Medicare e comerciais nos próximos 7 anos.⁷
Os valores em dólares são apresentados em mil milhões



Despesas atuais projetadas, sem a meta de crescimento de custos, em mercados comerciais (incluindo o Marketplace), no Medicare e no Medicaid.

A linha preta indica o crescimento projetado com a meta de crescimento de custos.

Estratégias propostas

Para que o Oregon comece a retificar as injustiças históricas e contemporâneas que são a causa fundamental das desigualdades na saúde, temos de realizar novos investimentos focados fora das paredes dos estabelecimentos de saúde. Esses investimentos também têm de deslocar o poder de tomada de decisão e os recursos para direcionar esses investimentos para as comunidades mais prejudicadas pelas injustiças sociais.

Com o apoio dos CMS, o Oregon conseguirá aumentar os investimentos em equidade na saúde e apoiar modelos sólidos de governação comunitária em todo o estado. O Oregon espera que estes investimentos irão melhorar os determinantes sociais da saúde a montante, resultando em melhores resultados de saúde para as pessoas mais prejudicadas pelo racismo sistémico e pela injustiça social, bem como reduções de custos a jusante para os governos estadual e federal.

⁷ Fonte de dados: Despesas nacionais de saúde dos CMS

O Oregon solicita novos investimentos federais com foco na melhoria da equidade na saúde, incluindo

financiamento para:

1. construir infraestrutura para apoiar intervenções de equidade na saúde
2. apoiar intervenções de equidade em saúde lideradas pelas comunidades e iniciativas ao nível do estado
3. atribuir recursos de colaboração liderados pelas comunidades para investimento na equidade na saúde.

A fim de implementar este investimento federal, o Oregon solicita as seguintes autoridades de realização de despesa:

- a. Autoridade de realização de autoridade de realização de despesa para levantar fundos federais de participação correspondente relativamente a fundos do Medicaid para lidar com os Determinantes Sociais da Saúde (determinantes sociais da saúde) para membros do OHP que experimentam transições ou perturbações de vida especificadas, conforme descrito no documento conceptual *Improving Health Outcomes by Streamlining Life and Coverage Transitions (Melhorar os Resultados de Saúde ao Agilizar a Vida das Pessoas e as Transições de Cobertura)*.
- b. Autoridade para contabilizar os investimentos das CCO na equidade em saúde requeridos pelo HB 3353 e conforme descrito no documento conceptual intitulado *Improving Health Outcomes by Streamlining Life and Coverage Transitions (Melhorar os Resultados de Saúde ao Agilizar a Vida das Pessoas e as Transições de Cobertura)* como despesas médicas ou despesas com melhoria da qualidade para fins de definição das taxas das CCO.

*“As pessoas que já estão a fazer o trabalho e que o fazem há tanto tempo... **Não é necessário um novo plano estratégico.** Eu acho que é necessário juntar à mesa toda a gente que já tem planos em curso e dizer: “Ok, como conseguimos enaltecer-vos – pessoas que já estão a fazer o trabalho?” **Acho que o trabalho que a OHA pode realizar como uma instituição é promover a causa das organizações que já estão a fazer o trabalho.**”*

– Contribuição das comunidades para o Plano Estratégico da OHA

1. Investir fundos federais em infraestrutura para apoiar intervenções de equidade em saúde

a. Capacitar para investimentos em equidade em saúde liderados pelas comunidades

O Oregon solicita investimento federal para apoiar a construção de capacidade entre as entidades colaborativas de investimento comunitário (CIC) e aumentar a sua capacidade de direccionar e gerir investimentos em grande escala.

Embora o Oregon espere que os CIC utilizem o potencial das organizações e dos esforços existentes em muitas comunidades, a realidade é que as CBO estão cronicamente carenciadas

de recursos quando comparados com as organizações de saúde. Outros estados e comunidades têm concluído que é essencial fornecer financiamento e recursos para a capacitação de CBO para realizar parcerias com organizações de saúde.⁹

b. Infraestrutura de recursos ao nível do estado para apoiar investimentos de equidade na saúde liderados pelas comunidades

Além de direcionar o investimento federal para os CIC, o Oregon solicita fundos federais para infraestruturas ao nível do estado para apoiar o programa dos CIC e para comunicação intersetorial. O investimento federal para os CIC poderá incluir, por exemplo, assistência técnica para apoiar o processo de atribuição de subvenções aos CIC ou apoio à colaboração entre os CIC com intervenções semelhantes. Embora os CIC coordenem as intervenções locais, também haverá a necessidade de sistemas estaduais que apoiem as comunidades na abordagem das desigualdades na saúde fora do programa dos CIC.

2. Investir fundos federais em intervenções de equidade na saúde lideradas pelas comunidades e iniciativas ao nível do estado

a. O investimento das CCO em fundos administrados pelas comunidades será contabilizado como despesas médicas e de melhoria da qualidade

Assim que os CIC tenham desenvolvido infraestruturas suficientes para assumir a responsabilidade financeira, farão a gestão dos fundos comunitários das CCO (conforme o HB 3353). Conforme discutido no documento conceptual intitulado *Value-based Global Budgets*, (Orçamentos Globais em termos de Valor) as CCO do Oregon dispõem atualmente de flexibilidade nos seus orçamentos para realizar despesa na equidade em saúde e nos determinantes sociais da saúde, inclusivamente por meio de serviços relacionados com a saúde e a Supporting Health for All through REinvestment: the SHARE Initiative (Apoio à Saúde para Todos através do REinvestimento: a Iniciativa SHARE).¹⁰ No entanto, as despesas com serviços relacionados com a saúde continuam baixas (0,7% em média), considerando o impacto potencial que os investimentos

⁹ As recentes dispensas de demonstração 1115 (a) em vários outros estados, como a Carolina do Norte e o Massachusetts, incluíram financiamento de construção de capacidade/infraestrutura destinado a organizações de serviço social e/ou comunitárias, que estabelecem parcerias com os cuidados de saúde. Um estudo de caso de organizações comunitárias que participam do programa DSRIP de Nova Iorque identificou a “capacitação” como uma necessidade fundamental para “nivelar o campo de ação” entre as CBO e as organizações de saúde. *Consultar-se* Alcançar a Equidade na Saúde e no Bem-Estar das Pessoas com Medicaid: A Case Study of Community-Based Organization (CBO) Engagement in the Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP) Program, https://academyhealth.org/sites/default/files/achieving_health_equity_medicaid_cbos_april2019.pdf

¹⁰ A Iniciativa SHARE decorre de uma exigência legislativa, para que as organizações de cuidados coordenados invistam parte dos seus lucros nas suas comunidades. Depois de atingir os padrões financeiros mínimos, as CCO terão de despende uma parte da sua receita líquida ou reservas em serviços para lidar com as desigualdades na saúde e os determinantes sociais da saúde e da equidade. Para obter mais informações, acesse a <https://www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-tc/Pages/SHARE.aspx>

nas necessidades sociais associadas à saúde podem ter nos resultados de saúde. Conforme mencionado no contexto, o HB 3353 requer que a OHA obtenha a aprovação dos CMS para que 3% dos orçamentos globais em termos de valor das CCO sejam direcionados para a melhoria das desigualdades na saúde e contabilizados como despesas médicas e de melhoria da qualidade.

3. Atribuir recursos de colaboração liderados pelas comunidades para investimento na equidade na saúde

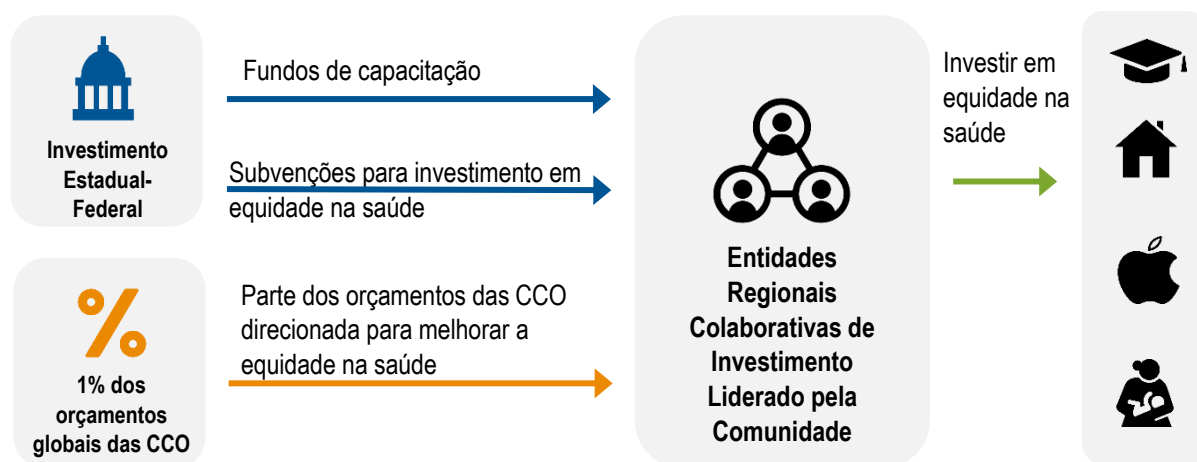
a. O Oregon solicita investimento federal adicional para apoiar subvenções para investimento de equidade em saúde (health equity investment, HEI) – fundos disponibilizados diretamente aos CIC por meio de um processo administrado pelo estado.

Idealmente, o processo de concessão não será competitivo, sendo limitado a um pequeno número de concessões de subvenções ou prescritivo no que se refere às áreas a abordar. Os subsídios de HEI permitirão que os CIC qualificados invistam ainda mais na abordagem das desigualdades na saúde que afetam os membros locais do Medicaid e as suas famílias.

As propostas de subsídios de HEI identificarão a população atendida e os investimentos planejados, em ambos os casos considerando primeiramente as evidências empíricas e comunitárias disponíveis, bem como avaliações de saúde local nas comunidades/planos de melhoria da saúde das comunidades.¹¹ Entre os exemplos de HEI propostos podem incluir-se a expansão da disponibilidade de apoios e serviços habitacionais; aumentar os espaços verdes e realizar melhorias nas áreas edificadas; aumentar o acesso a apoios sociais e de saúde mental; dismantelar o racismo estrutural, como os esforços para expandir uma força de trabalho com capacidade de resposta cultural e linguística; e/ou creches a preços acessíveis. Além disso, dependendo das necessidades das comunidades, os HEI podem concentrar as intervenções numa população específica, como crianças e famílias, especialmente pertencentes a populações prioritárias. Ao permitir que os CIC invistam na gama de apoios que sabem ser da mais alta prioridade, os subsídios dos HEI facilitarão a agência e a resiliência das comunidades. (Consulte-se no Anexo a os detalhes sobre o HB 3353, os CIC e as subvenções para HEI.)

¹¹ Incluindo dados qualitativos e quantitativos como raça, etnia, idioma, deficiência, orientação sexual, identidade de género e outros dados demográficos do censo; bem como dados de avaliações de necessidades iniciadas pelas comunidades, explicando as necessidades existentes e emergentes das comunidades.

O modelo proposto pelo Oregon forma Colaboradores Regionais de Investimento Comunitário (Community Investment Collaboratives) para alavancar múltiplas fontes de financiamento.*



* Além dos investimentos do estado e das CCO, as Entidades Colaborativas Regionais de Investimento Liderado pela Comunidade poderão utilizar o potencial de outros fundos do sistema de saúde, como financiamento de benefícios à comunidade relativamente a hospitais e filantropia para investimentos em equidade na saúde nas comunidades.

c. Investir em iniciativas de equidade na saúde por todo o estado

Além de investir em intervenções lideradas pelas comunidades, o Oregon solicita investimento em iniciativas estaduais de grande escala para abordar a equidade na saúde. Por exemplo, conforme descrito no documento conceptual intitulado *Improving Health Outcomes by Streamlining Life and Coverage Transitions (Melhorar os Resultados de Saúde ao Agilizar a Vida das Pessoas e as Transições de Cobertura)*, o Oregon pretende obter investimento federal para modificar o OHP no sentido de apoiar os membros em situação de perturbações na respetiva cobertura e transições na vida. O objetivo é abordar as lacunas na cobertura do Medicaid; estender a cobertura por um período limitado; e fornecer um conjunto definido de serviços de apoio durante os períodos de transição (por exemplo, aproximação da idade de saída do acolhimento familiar) ou eventos climáticos perturbadores (por exemplo, incêndio florestal, calor). Considerando que os habitantes do Oregon que vivenciam as transições mencionadas pertencem desproporcionalmente a populações e comunidades mais prejudicadas por injustiças históricas e contemporâneas e desigualdades na saúde, estas iniciativas serão essenciais para o progresso da equidade em saúde no estado.

O que estas políticas significam para os membros OHP

Os membros do OHP que vivenciam injustiças históricas e contemporâneas participarão na elaboração de um processo para o estabelecimento de Entidades Colaborativas de Investimento na Comunidade no

estado – ou delegarão autoridade a outras organizações comunitárias e promotores de causas para o fazer.

O objetivo deste conceito é que os membros do OHP e outros membros do público pertencentes aos grupos mais prejudicados por injustiças históricas e contemporâneas tenham melhor saúde em resultado de intervenções de equidade na saúde lideradas pelas comunidades. Este conceito vai além da ideia de participação das comunidades e no sentido de envolvimento das comunidades na tomada de decisões sobre o investimento de recursos. O objetivo é a capacitação das comunidades, a melhoria da saúde dos membros das comunidades e, em última instância, a eliminação das desigualdades na saúde.

Oregon House Bill 3353 (2021) (Projeto da Câmara dos Representantes)

Realizar uma alteração significativa requer mais do que melhorar a tomada de decisão e a orientação das comunidades no modelo das CCO – também requer a utilização de ideias que provenham diretamente *das* comunidades e da colaboração direta *com* comunidades historicamente carentes, visando construir um novo modelo. Para este fim, as estratégias por detrás da renovação de dispensa para a demonstração 1115 (a) do Oregon foram criadas em colaboração por meio de um processo com características únicas conduzido pelas comunidades.

Histórico

Em julho de 2011, a OHA estabeleceu a iniciativa Regional Health Equity Coalitions (RHEC). As RHEC são líderes em capacitar diversos grupos a envolverem-se no desenvolvimento de soluções únicas, culturalmente apropriadas e sustentáveis para questões generalizadas de desigualdade que afetam a saúde e o bem-estar das pessoas no Oregon. As RHEC trabalham com o objetivo de identificar as questões mais urgentes de equidade em saúde no estado e de encontrar soluções criativas para abordar as causas fundamentais das barreiras à saúde e ao bem-estar por meio de alterações nas políticas, nos sistemas e nos ambientes. Uma parte fundamental do seu trabalho inclui ajudar comunidades racial e etnicamente diversas a construir a sua capacidade de colaborar com tomadores de decisão, as CCO e outros sistemas de saúde para abordar as desigualdades sistêmicas a nível de políticas, sistemas e ambientes e reduzir as barreiras que dificultam que indivíduos e famílias realizem os potenciais em termos de saúde integral.

Atualmente, seis membros das RHEC cobrem 11 dos 36 condados do Oregon e as Tribos Confederadas de Warm Springs. Em 2021, a Legislatura do Oregon aprovou o Projeto de Lei (Senate Bill) 70 do Senado, que fornecerá recursos a mais quatro RHEC, com uma meta de cobertura estadual nos próximos anos.

As RHEC apresentaram à OHA uma proposta de renovação da dispensa para demonstração 1115 (a) e trabalharam em estreita colaboração com a legislatura no projeto do HB 3353. Posteriormente, a liderança da OHA e das RHEC constituiu o grupo de trabalho de Fundos Geridos pela Comunidade (Community Managed Funds) para desenvolver o propósito do HB 3353, contribuir com conteúdo relevante para a renovação da dispensa para demonstração 1115 (a) e aumentar a responsabilização

perante comunidades historicamente oprimidas, enfatizando o papel das comunidades na identificação de injustiças e na tomada de decisões de investimento no intuito de lidar com as desigualdades.¹²

HB 3353

Conforme discutido no documento conceptual intitulado *Value-Based Global Budgets* (Orçamentos Globais em termos de Valor), as CCO do Oregon dispõem flexibilidade nos seus orçamentos para realizar despesa na equidade em saúde e determinantes sociais da saúde, inclusivamente por meio de serviços relacionados com a saúde e a Iniciativa SHARE.¹³ No entanto, as despesas com serviços relacionados com a saúde continuam baixas (0,7% em média), considerando o impacto potencial que os investimentos nas necessidades sociais associadas à saúde podem ter nos resultados de saúde. O projeto de lei requer que a OHA obtenha a aprovação dos CMS para que 3% dos orçamentos globais em termos de valor das CCO sejam direcionados para a melhoria das desigualdades na saúde sejam contabilizados como despesas médicas.

A partir de 2020, as RHEC do Oregon colaboraram com as CCO e a legislatura para desenvolver o HB 3353, legislação posteriormente aprovada em 2021 com quase 90% de apoio. Os principais elementos do projeto de lei incluem:

- Pelo menos, 3% dos orçamentos globais das CCO serão direcionados para investimentos em equidade na saúde, determinantes sociais da saúde e uma força de trabalho com capacidade de resposta cultural com foco em populações prioritárias, incluindo, entre outras, **as nove tribos reconhecidas pelo governo federal do Oregon e comunidades Tribais**; populações hispânicas, negras/afroamericanas, asiáticas, das ilhas do Pacífico e indígenas americanas/do Alasca e outras comunidades de cor; pessoas com deficiência; pessoas com proficiência limitada em inglês; e comunidades de imigrantes e refugiados.
- Aumento da responsabilidade para com as comunidades e supervisão das despesas pelas comunidades.

¹² o grupo de trabalho de Fundos Geridos pelas Comunidades da OHA/RHEC reuniu-se 12 vezes entre maio e julho para desenvolver estratégias visando desenvolver um modelo de transferência de poder e de recursos para a comunidade. Reconhecendo que o processo pode ser tão importante como o resultado, o trabalho envolveu construção de relacionamentos e confiança, especialmente para criar maior confiança entre as organizações comunitárias e o governo, e teve por referência alguns dos valores que seguimos na condução do trabalho conjunto através do desenvolvimento de acordos de grupo, da partilha de necessidades para realizar com sucesso o trabalho conjunto, do esclarecimento das funções e do âmbito das atividades e do estabelecimento de acordo sobre os princípios orientadores para garantir o desenho de um modelo capaz de realizar as metas de equidade na saúde, incluindo investimento em comunidades raciais, culturais e carentes.

¹³ Ibid. Nota de rodapé 10.

- Adoção de métodos de avaliação que usam abordagens baseadas em pontos fortes e dados qualitativos.

Implementação: Governança

Com base nos requisitos do HB 3353, o Oregon propõe desenvolver uma estrutura de supervisão de dois níveis no tocante aos investimentos das CCO em equidade na saúde:

Uma **comissão de supervisão estadual**, conforme requerido pelo HB 3353, será composta por “membros que representam a diversidade regional e demográfica deste estado, com base em evidências estatísticas compiladas pela autoridade sobre os destinatários de cuidados médicos e, pelo menos, um representante das nove tribos reconhecidas federalmente neste estado ou de programas de saúde indígena urbana.”¹⁴ A comissão de supervisão estadual será responsável por desenvolver critérios relativos às despesas necessárias e aconselhar sobre uma Solicitação de Propostas (Request for Proposals, RFP) de Entidades Colaborativas de Investimento Comunitário (Community Investment Collaboratives), resolução de litígios¹⁵ e avaliação.

Serão criadas **entidades colaborativas regionais de investimento comunitário** (regional community investment collaboratives, CIC) compreendendo representantes de diversos grupos de comunidades locais, incluindo parceiros como as RHEC, CBO culturalmente específicas que não replicam os processos preconceituosos da cultura dominante na região, Conselhos de Saúde de CCO ou outros órgãos comunitários; CCO e Conselhos Consultivos da Comunidade (Community Advisory Councils); hospitais locais; e autoridades locais de saúde pública. Cada CIC identificará uma entidade líder, um conselho comunitário e um gestor de fundos/relatórios. (Uma entidade pode desempenhar várias funções.)

Os CIC serão liderados pelas comunidades e idealmente concretizarão o potencial dos esforços existentes nas comunidades, como as RHEC e os conselhos de saúde das CCO, se estas entidades satisfizerem os critérios definidos pela comissão de supervisão e pela OHA. Para alterar significativamente o poder e a autoridade de tomada de decisão, o Oregon espera estabelecer critérios que garantam que as entidades líderes sejam representativas e satisfaçam as populações prioritárias¹⁶ que experimentam as maiores desigualdades na saúde. Porque as agências e as organizações culturais dominantes podem perpetuar as desigualdades devido às barreiras estruturais históricas e da atualidade, serão consideradas parceiros em potencial que podem ajudar a apoiar e a defender os objetivos da entidade comunitária, mas não devem ser considerados como entidades líderes na tomada de decisões. Assim, prevê-se que as CCO

¹⁴ Ibid. Nota de rodapé 2.

¹⁵ De acordo com o HB 3353, a comissão de supervisão é responsável por resolver litígios entre a OHA e as CCO quanto ao que se qualifica como despesa apropriada.

¹⁶ As populações prioritárias incluem, entre outras, as nove tribos e comunidades Tribais reconhecidas pelo governo federal do Oregon; populações hispânicas, negras/afroamericanas, asiáticas, das ilhas do Pacífico, indígenas americanas/nativas do Alasca e outras comunidades de cor; pessoas com deficiência; pessoas com proficiência limitada em inglês; e comunidades de imigrantes e refugiados.

sejam parceiras nos CIC, mas as CCO e os parceiros do sistema de saúde não são elegíveis para participação como entidades líderes. No modelo RHEC, uma abordagem semelhante permitiu às RHEC estabelecer abordagens mais equitativas à governação que dão mais voz e poder a comunidades racial e etnicamente diversas.

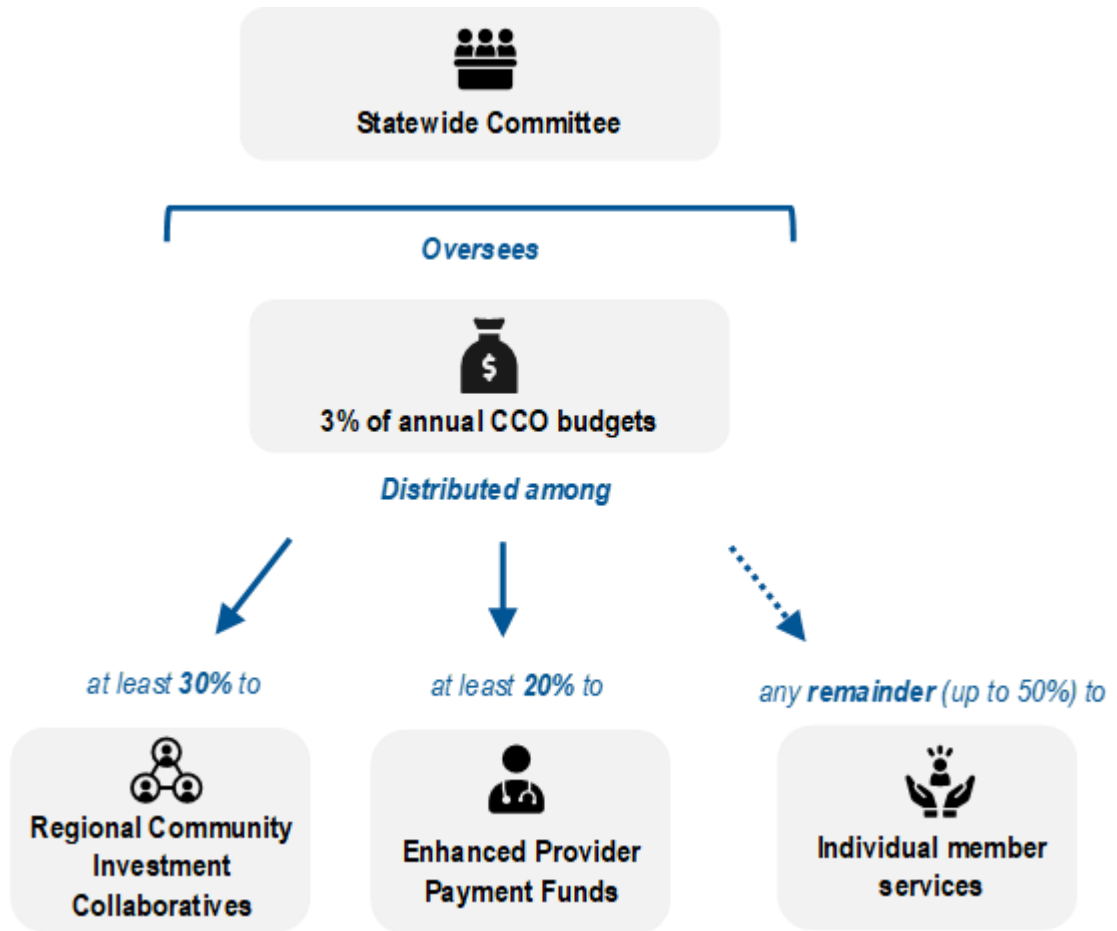
Os CIC estabelecerão subcritérios para despesas regionais em equidade na saúde; garantir que os planos liderados pelas comunidades sejam considerados nos critérios e decisões de investimento, incluindo Planos de Melhoria da Saúde da Comunidade (Community Health Improvement Plans) aprovados pelos CAC; e ser responsável por investir uma parte do requisito de despesas de 3% das CCO em iniciativas de equidade na saúde nas suas comunidades locais.

O ideal é que os CIC sejam compostos por CBO existentes e organizações de serviço social que sofram de subfinanciamento crónico em comparação com as organizações de saúde. Os CIC necessitarão de apoio para despesas administrativas, como contratação e formação de pessoal, construção ou aprimoramento de um conselho comunitário, estabelecimento de acordos iniciais entre a entidade líder e gestores de financiamento/relatórios, estabelecimento de acordos com CCO e construção da infraestrutura e sistemas de tecnologia da informação necessários para apoiar investimentos na comunidade numa base contínua. Conforme descrito anteriormente no presente documento conceptual, os CIC terão oportunidades de se candidatarem a financiamento para desenvolvimento de capacidade. À medida que os CIC se estabeleçam, também se qualificarão para financiamento para despesas administrativas e operacionais contínuas, assistência técnica focada prestada pela OHA e financiamento competitivo de “Investimentos em Equidade na Saúde” (Health Equity Investments) para melhorar ainda mais a equidade na saúde nas suas comunidades.

Implementação: Despesas

O Oregon prevê estabelecer três tipos mais amplos de despesas para abranger os tipos de despesas descritos no HB 3353:

1. **30% dos 3%** (~ 1% dos orçamentos globais da CCO) serão direcionados para programas e serviços com o objetivo de melhorar a equidade em saúde em populações raciais, culturais e carentes. Estes investimentos ao nível das comunidades serão direcionados para os CIC.
2. As CCO serão obrigadas a dedicar pelo menos **20% dos 3%** (~ 0,6% dos orçamentos globais) a um **fundo de pagamentos a prestadores aperfeiçoado**, designado para saúde comportamental, serviços com capacidade de resposta cultural e linguística e prestadores que oferecem serviços aos respetivos pares (como Profissionais de Saúde Tradicionais).
3. **Os fundos restantes** até aos 3% serão **caracterizados pela flexibilidade e pela capacidade de resposta às necessidades das comunidades** e poderão ser direcionados para qualquer um dos três tipos gerais de financiamento de equidade em saúde: serviços individuais para membros do OHP, investimentos adicionais ao nível das comunidades ou pagamentos adicionais a prestadores aperfeiçoados.



Implementação: Operações

Estágio 1: A Comissão de Supervisão Estadual (Statewide Oversight Committee) prescrita pelo HB 3353 desenvolverá os critérios relativos aos CIC e aconselhará a OHA num processo de solicitação de informações (request for information, RFI) para obter informações sobre que entidades das comunidades pretendem realizar parcerias no âmbito da formação dos CIC.

Os critérios irão especificar:

- Os requisitos das organizações que compõem os CIC, que provavelmente incluirão, entre outras possibilidades, representantes de diversos grupos de comunidades locais, incluindo parceiros como RHEC, CBO culturalmente específicas que não replicam os processos preconceituosos da cultura dominante na região, conselhos de saúde das CCO ou outros órgãos comunitários; CCO e Conselhos Consultivos da Comunidade (Community Advisory Councils); hospitais locais; e autoridades locais de saúde pública;
- As organizações CIC líderes têm de representar, servir e ser compostas por populações prioritárias, incluindo, entre outras, as nove tribos reconhecidas federalmente e comunidades Tribais do Oregon; populações hispânicas, negras/afroamericanas, asiáticas, das ilhas do Pacífico e indígenas americanas/nativas do Alasca e outras comunidades de cor; pessoas com

deficiência; pessoas com proficiência limitada em inglês; e comunidades de imigrantes e refugiados;

- Os CIC terão de ser capazes de assumir responsabilidade fiscal (que será apoiada por subvenções para capacitação; veja-se abaixo); e
- O valor mínimo em dólares que pode ser solicitado para subvenções de capacitação e subvenções de HEI (veja-se abaixo).

O RFI fornecerá informações sobre:

- Que entidades comunitárias pretendem formar os CIC, os seus limites geográficos e o respetivo âmbito demográfico;
- Que partes do estado estão representadas nos CIC, incluindo se há, pelo menos, uma em cada área das CCO e se algum dos CIC propostos se sobrepõe; e
- Se a OHA terá de conduzir uma divulgação focada para apoiar a conceção e o desenvolvimento dos CIC. Por exemplo, se o RFI demonstrar que há CIC sobrepostos, a OHA pode sugerir que os CIC combinem esforços ou pode determinar que a sobreposição de CIC é apropriada. Por outro lado, se o RFI indicar que algumas regiões CCO carecem de um CIC, a OHA, em colaboração com a Comissão de Supervisão Estadual (Statewide Oversight Committee) do HB 3353, poderá participar em discussões locais para apoiar o desenvolvimento de um CIC.

Estágio 2: Os CIC podem candidatar-se a uma subvenção de capacitação, que irá:

- Financiar trabalho administrativo, capacitação e assistência técnica no que se refere aos CIC para estes construírem as suas redes CBO e desenvolverem liderança interna;
- Financiar o intercâmbio de informações entre as comunidades ou outras necessidades tecnológicas para facilitar a comunicação entre os setores; e/ou
- Prestar assistência técnica e recursos para construir a infraestruturas dos CIC, de modo que possam aceitar e administrar o financiamento das CCO, subvenções dos Investimentos em Equidade na Saúde (Health Equity Investment), veja-se abaixo, e possível financiamento de outras fontes (por exemplo, benefício à comunidade hospitalar, outros financiamentos governamentais ou filantropia).

Estágio 3: Os CIC podem candidatar-se a uma subvenção de Investimento em Equidade na Saúde (Health Equity Investment, HEI), que os CIC usarão para financiar estratégias identificadas pelas comunidades para lidar com as desigualdades.

As propostas de subsídios de HEI identificarão a população atendida e os investimentos planeados, em ambos os casos considerando primeiramente as evidências empíricas e comunitárias disponíveis, bem como avaliações de saúde local nas comunidades/planos de melhoria da saúde das comunidades.¹⁷ Os

¹⁷ Incluindo dados qualitativos e quantitativos como REALD, SOGI e outros dados demográficos do censo; bem como dados de avaliações de necessidades iniciadas pelas comunidades, explicando as necessidades existentes e emergentes das comunidades.

exemplos de HEI propostos podem incluir a melhoria dos espaços verdes e a realização de melhorias em áreas edificadas; aumentar o acesso a apoios sociais e de saúde mental; desmantelar o racismo estrutural – por exemplo, esforços para expandir uma força de trabalho capaz de responder culturalmente e linguisticamente; e expansão da disponibilidade de moradia e/ou creches a preços acessíveis. Além disso, dependendo das necessidades das comunidades, os HEI podem concentrar as intervenções numa população específica, como crianças e famílias, especialmente pertencentes a populações prioritárias. Ao permitir que os CIC invistam na gama de apoios que sabem ser da mais alta prioridade, os subsídios dos HEI facilitarão a agência e a resiliência das comunidades.

Por exemplo, abordar fatores relacionados com a alteração climática pode ser uma prioridade para algumas comunidades do Oregon. A alteração climática – um fator importante na temporada de incêndios florestais, à qual não existe precedente no Oregon em 2020 e no evento de cúpula de calor extremo de 2021 – muitas vezes afeta desproporcionalmente as comunidades de cor devido às condições nos bairros e à segregação residencial,¹⁸ a uma parcela desproporcional de doenças crónicas¹⁹ e a outros fatores. Os incêndios florestais no Oregon em 2020 dizimaram comunidades em todo o estado, incluindo Talent e Phoenix, que eram 90% hispânicas. O aumento dos espaços verdes e outras melhorias nas áreas edificadas, como moradias resistentes às condições climáticas, podem amenizar o impacto das alterações climáticas. Além disso, são substanciais as evidências que relacionam o tempo passado ao ar livre com uma melhor saúde mental e coesão social.²⁰

Observe-se que não haverá um número predeterminado de subvenções de HEI; tal dependerá do número de CIC que se candidatarem e da quantidade de fundos disponíveis. Os investimentos serão avaliados usando métodos que podem incluir evidências de práticas ou comunitárias, com foco em esforços de avaliação assumidos e liderados pelas comunidades, como investigação participativa comunitária (community-based participatory research, CBPR), sempre que possível. A CBPR envolve investigadores e comunidade comprometidos como parceiros iguais em todas as etapas do processo da investigação e pode ser uma estratégia para melhorar a recolha e a interpretação de dados, simultaneamente promovendo a saúde das comunidades e abordando as desigualdades na saúde.²¹

18 *Veja-se, por exemplo, Jesdale BM, Morello-Frosch R, Cushing L. 2013. A distribuição racial/étnica da cobertura terrestre relacionada com o calor em relação à segregação residencial. Environ Health Perspect 121 (7): 811–817, PMID: 23694846, 10.1289/ehp.1205919. [Hiperligação, Google Scholar](#) ; Davies IP, Haugo RD, Robertson JC, Levin PS (2018) The unequal vulnerability of communities of color to wildfire. PLoS ONE 13 (11): e0205825. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205825>*

¹⁹ Daw, J. 2017. Contribution of four comorbid conditions to racial/ethnic disparities in mortality risk. **American Journal of Preventive Medicine**. 52 (1) suplemento 1: S95-S102. [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(16\)30322-1/texto completo](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(16)30322-1/texto%20completo)

²⁰ <https://willamettepartnership.org/wp-content/uploads/2014/06/HealthFramework-Final-Reduced.pdf>

²¹ Ver – *por exemplo*, Salimi Y., Shahandeh K., Malekafzali H., Loori N., Kheiltash a., Jamshidi E., Majdzadeh R. Is Community-based Participatory Research (CBPR) Útil? a Systematic Review on Papers in a Decade. *Int. J. Prev. Med.* 2012; 3: 386–393. <https://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/minority/cbprbrief/index.html>

Pode obter este documento noutros idiomas, caracteres grandes, em braille ou no formato que preferir. Contacte o Programa de Proximidade aos Parceiros da Comunidade (Community Partner Outreach Program) via community.outreach@dhsoha.state.or.us ou através do telefone 1-833-647-3678. Aceitamos todas as chamadas de turno ou pode ligar 711.