

美國在新冠疫情下紓困政策 對健康照顧系統的影響

林予安

壹、前言——既強盛又脆弱的美國健康照顧系統

臺灣人普遍覺得美國的醫療比較好，筆者在出國前也是這樣認為。常常在報章媒體、甚至是在好萊塢電影中，看到美國的醫療科技或是照顧環境是多麼地先進與舒適。但實際前往美國讀書後，才發現是「一個美國，兩個世界」。在資本主義為主流的美國社會中，單一支付系統的全民健康保險並不存在的。取而代之的是多家不同的私人保險公司以及量能有限的政府健康保險。在這樣疊床架屋的健康照顧系統下，不論是個人或者是企業，支付高額保費（premium）就能夠購買保障更為周全的健康保險計畫（health insurance plan），因此，社經地位較高者與參加職員健康保險計畫的穩定全職工作者，通常能夠獲得較好的健康照顧。

患者保護與平價醫療法案（Patient

Protection and Affordable Care Act，簡稱ACA、俗稱Obamacare的歐巴馬健保）規定：金牌計畫至少保障80%的醫療支出、銀牌計畫保障70%，最低的銅牌計畫保障了60%的醫療支出，然而最高等級的白金計畫則保障了90%的支出；換句話說，被保險人只要支付10%的醫療開支（HealthCare.gov, n.d）。由此可見，購買保障周全的健康保險計畫後，個人支付的健康照顧服務費用，包含自付額（deductibles）、共同給付額（copays）都會相對低；且通常等級高的健康保險計畫所加入的「醫療網絡」較寬廣，能夠看診的醫生或使用健康照顧服務的醫療院所在數量上及選擇上都比較龐大及多元，因此更容易在住家附近找到合適的醫生，進而縮短預約等候診療的時間。相對地，購買較低等級健康保險計畫的民眾，或無健康保險的民眾就只能付出較高額的額外醫療支出、在有限的醫療網絡內尋找數量稀

少的醫生與醫院、花比較長的時間等候醫療預約。通常這些弱勢民眾只能從所謂的「健康照顧安全網」醫院獲得協助，包含公立醫院、學術醫療中心及部份社區非營利醫院（Stevens & Stevens, 1974; Davis & Schoen, 1978）。

除了私人健康保險計畫以外，另外有兩項政府健康保險計畫也占了醫療支出的大宗：分別是Medicare及Medicaid；以2019年的全國醫療費用支出來看，私人健康保險計畫、Medicare、Medicaid分別占了31%、21%、16%的支出（Centers for Medicare and Medicaid Services, 2020）。Medicare俗稱「紅藍卡」，是美國聯邦政府的老人健康保險，提供65歲以上的美國公民或持有永久居留證（綠卡）者及少數未滿65歲的身心障礙者使用。Medicaid俗稱「白卡」，則是美國的聯邦醫療補助，目的是為補助收入及資源有限的人獲得醫療服務。持有這兩項政府健康保險計畫的保費、自付額及共同給付額都較私人健康保險計畫低廉，甚至部份經濟條件不佳的民眾可以用「零元」的代價就獲得政府健康保險計畫。在2019年時，約有37%的美國人口持有政府的健康保險計畫（Centers for Medicare and Medicaid Services, 2020）。看到這邊，可能會有讀者有疑問：既然有超過三分之一的美國人都得到政府健康保險計畫的保障，看起來社會福利還做得不錯，但為什麼還是

有很多人沒辦法得到所需要的健康照顧服務呢？

事實上，在美國非單一給付制度的健康保險體系下，即使個人持有健康保險，也不保證能夠得到所需要的醫療或服務。例如政府健康保險雖然保障了被保險民眾的就醫權，但因為請款的行政程序繁瑣，加上給付額偏低，拒收政府健康保險的醫生或醫療院所不在少數（醫生跟醫院可能隸屬不同的醫療網絡）。因此，持有政府健康保險的民眾在預約健康照顧服務時，通常會面對較持有私人健康保險的民眾更多阻礙。例如能夠預約的診所或醫院有限，因此造成等待看病的時間拉長；抑或是住家附近的醫院診所都拒收政府健康保險，因此必須動較長的距離去看診，結果造成就醫的成本，不論是時間上或是金錢上都提高了。在這個情況下，許多持有政府健康保險或是沒有保險的人，無法做任何預防看診或初級治療，只能等到重病時再去急診室。輕症拖成重病，造成急診醫療開支巨大，而且急診室永遠有消化不完的人潮。

在這個體制底下，造成醫院財務系統雪上加霜的是1986年頒佈的「緊急醫療與分娩法」（The Emergency Medical Treatment and Labor Act，簡稱EMTALA）。EMTALA規定醫院的急診部門應提供緊急醫療給所有的病患，不論他們是否有足夠的能力來支付帳單（Centers for Medicare & Medicaid

Services, 2021)。此法案的立法原意是保障無健康保險的人民依舊能夠得到妥善的緊急醫療，被視為是社會安全網的一環。但EMTALA缺乏直接的支付機制，在扣除聯邦政府及州政府的補助及部份給付後，仍不足支應醫院的緊急醫療開支。此現象間接造成醫院的呆帳攀升，財務負擔沉重。

講了這麼多美國健康保險的缺點，好像人民都是冤大頭，付了高額的保費後，卻不一定得到相應的照顧。難道錢都被醫院賺走了，只留一個爛攤子給人民嗎？事實上不然，因為美國的健康照顧系統破碎又缺乏整合，因此造就了比其他已開發國家更高比例的「行政費」支出。不是說保險公司抽取高額的行政費卻不做事，但因缺乏系統性的整合，保險公司經常需要在醫院與病人之間，溝通協調療程的進行與支付的金額。雖然曠日費時，但卻是此系統中的必要之惡。因此，在美國高額健康支出的狀況下，錢也不是都流入醫院，因此不見得每間醫院都有足夠的庫存現金（cash on hand）來面對突發狀況。除了少數財務比較健全的醫院系統外，其他中小型、服務有色人種或處於地理位置較貧窮的醫院，通常手上現金常常不足。例如美國最貧困的25%醫院（包含公立、非營利及營利醫院）所儲備的現金，在沒有其他收入的狀況下，只能支撐一週（7.6天）的營運支出（Khullar, Bond, & Schpero,

2020）；相較之下，財力較穩健的醫院能夠有在沒有收入的情況下，擁有超過6個月的庫存現金來維持營運（Rau, 2020）。在COVID-19的疫情衝擊下，美國各地的大小醫院都受到程度不一的經濟打擊，同時也曝露了健康照顧系統的脆弱之處與巨大的不平等。在美國的健康照顧系統裡，以富裕的醫院來說，雖然手上的現金足夠營運一段日子，但許多非急需手術（elective procedures）被迫暫停或延後。這一系列暫停非急需手術的應急措施重創了醫院的財政收入，相較於急診入院病患，醫院更傾向服務給付額較高的非急需手術病患。以結構面來看長期仰賴非急需手術來增加收入的醫院，一遇到COVID-19的疫情衝擊，可能造成收入直接砍半。位於中低收入區域，時常服務有色人種及弱勢的醫院，雖然非急需手術可能不占太高的比例，但因COVID-19病毒以不成比例地高（disproportional）比例感染有色及弱勢人種，所以收治大量的COVID-19病患對醫院的財務、人力衝擊十分巨大，對原來財務體質不健全的醫院更是雪上加霜。

貳、CARES ACT——美國新冠病毒紓困補助與經濟安全法案

「大到不能倒的健康照顧系統」的這個形容詞「大到不能倒的」，本來是在形容2008年金融海嘯中，一些規模極大的企

業瀕臨破產時，若政府不提供金援，該企業倒閉後反而會掀起更大的連鎖反應，造成金額巨大損失的社會衝擊，因此政府不得不出手提供協助。雖然原本針對金融業的形容詞，但放在醫療照顧產業卻也沒有太大的違和感。美國的聯邦老人健康保險與醫療補助服務中心（Center for Medicare and Medicaid Services, CMS）指出，在2019年的全國的健康照顧支出已經達到3.8兆美元，平均每人11,582美元，約占了17.7%的國內生產總值（gross domestic product, GDP）。

在2020年3月27日，美國總統唐納·川普（Donald Trump）簽署了「新冠病毒紓困補助與經濟安全法案」（Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act, CARES Act），為規模2.2兆美元的經濟刺激法案（Snell, 2020）。CARES Act可以粗略分為以下13個類別（Committee for a Responsible Federal Budget, 2020）：

1. 擴大和延長失業救濟金（Expand & Extend Unemployment Benefits，\$2,680億美元，占12.2%），提高了失業救濟金至每週\$600美元，額外延長給付13週。
2. 簽發一次性支票（Issue One-Time Checks，\$2,930億美元，占13.3%），提供成人每人\$1,200、兒童每人\$500的退稅，唯個人年收入未達\$75,000美元及伴侶兩人年收入未達\$150,000美元者才符合資格。
3. 提供小企業貸款和撥款（Provide Small Business Loans & Grants，\$3,770億美元，占17.1%）讓公司能夠發薪水、付房租、還貸款利息及支應水電開支。
4. 支持大型企業和政府的貸款和貸款擔保（Support Loans & Loan Guarantees for Large Businesses & Governments，\$5,100億美元，占23.2%），包含\$4,540億美元貸款給各州的企業、航空客貨運業者及維持國家安全的企業。
5. 支持州和地方政府（Support State & Local Governments，\$1,500億美元，占6.8%），每州至少獲得\$12.5億美元。
6. 增加與健康相關的支出（Increase Health-Related Spending，\$1,530億美元，占7.0%），提供經費給醫院、公共衛生、社區醫療、Medicare、遠距醫療、居家醫療服務。
7. 支持安全網（Support the Safety Net，\$420億美元，占1.9%），支付食物券及兒童營養經費，並提高兒童及家庭服務經費、住屋經費。
8. 增加災害援助（Increase Disaster Assistance，\$450億美元，占2.0%），增加聯邦緊急管理局Federal Emergency Management Agency（FEMA）的災害

援助經費。

9. 增加教育支出 (Increase Education Spending, \$400億美元, 占1.8%) 用以支應州、地方學區及高等教育的穩定基金與延遲聯邦就學貸款的還款及利息6個月。

10. 支持運輸供應商和行業 (Support Transportation Providers & Industries, \$710億美元, 占3.2%) 撥款給航空運輸業以避免裁員或減薪, 並提供州政府、地方政府及民間公司轉運基礎建設基金。

11. 減少個人稅收 (Reduce Individual Taxes, \$200億美元, 占0.9%), 永久開放使用健康儲蓄帳戶 (Health Savings Account, 簡稱HAS) 作為購買婦女月事產品及開架式藥品使用、暫時免除退休金最低支付條件。

12. 削減營業稅 (Cut Business Taxes, \$2,410億美元, 占11.0%), 鬆綁減稅與工作法中對利息減少及營運損失的上限, 提供薪資稅收抵免給虧損中仍保持雇用員工的企業, 並延遲2020的工資稅金繳納期限至2021及2022年。

13. 其他支出 (Other Spending, \$150億美元, 占0.7%)。

其中, 為了在COVID-19疫情期持續提供健康照顧服務及避免相關產業倒

閉所造成的社會衝擊, 聯邦政府提供了總額約1,329.9億美元的紓困金給醫療服務 (healthcare provider relief fund, 簡稱PRF)。在2020年3月至6月間, 美國醫療與健康系統平均月損失550億美元, 換算成損失的營運收入比例 (operating revenue) 每間醫院約損失40-45% (American Hospital Association, 2020)。這一筆PRF紓困金的發放, 不啻為一場及時雨, 紓緩醫院在這一波COVID-19疫情中遭受的經濟打擊, 繼續負重前行。但這一筆總額1329.9億美金的PRF紓困金真的有精準地救助到最需要幫助的醫院嗎? 還是有如馬太效應一般, 富者恆富, 貧者恆貧, 錢流進有錢的大醫院, 貧困的小醫院依然苟延殘喘? 我們先來看看這一批PRF紓困金如何發放, 再來檢驗是否符合社會正義的原則。

美國健康與人群服務部, 簡稱HHS (U.S. Department of Health and Human Services, 2021) 指出PRF紓困金分成二波發放: 第一波發放為「一般性分配」(General Distribution), 而後一波為「標的性分配」(Targeted Distributions), 包含了第二類的「高影響分配」(High-Impact Distribution)、第三類的「安全網分配」(Safety-Net Distribution) 及第四類的「鄉村分配」(Rural Distribution)。以分配款項的時程來看, 「一般性分配」總共分三個階段來撥款, 在CARES Act完成立法的二週

內，也就是2020年4月10日，HHS撥款300億美元給所有參與Medicare論量計酬方案的醫療院所，隨後又額外發放了160億美元。這一次撥款的金額是按照該醫療院所的年度病患收入的比例決定，此階段總共撥款460.2億美元給32萬家醫療院所。在第二階段的撥款，HHS原先預計撥款180億美元，但後來因為申請的件數過少，只發出了59.8億美元給60,832間醫療院所。在第三階段的撥款，HHS總共發出了245億美元給97,433間醫療院所，不論前兩階段有沒有申請過的醫療院所，都鼓勵再次申請。且第三階段的申請資格也放寬至行為健康醫療院所（behavioral health providers）來申請。綜上所述，HHS在「一般性分配」總共發出了765億美元的PRF紓困金給符合資格的醫療院所。

在「標的性分配」中，主要有三個類別的PRF紓困金發放，其中「高影響分配」的對象是針對被COVID-19高度影響的醫院，意指醫院收治了大量的COVID-19陽性住院病患；多數庫存現金少的醫院受COVID-19影響程度，比庫存現金多的醫院更高。第一階段撥款120億美元給395間高影響醫院，每間醫院的撥款金額公式為：收治的COVID-19陽性住院病患人數（此人數必須大於100名）* \$76,975美元，外加20億美元*〔該醫院的Medicare經費／這395間醫院的Medicare經費總額〕。第二階段則撥款87.5億美

元給1,129間醫療院所，給付基準為每位COVID-19陽性住院病患\$50,000美元（確診住院病患收治人數須超過160人，且收治率須超過0.54864）。兩階段的「高影響分配」總共支出207.5億美元。

「安全網分配」主要對的對象是那些提供高比例照顧服務給最弱勢的族群且利潤偏低的醫院。HHS在第一階段撥款101.1億美元給764間安全網醫院，之後的第二階段資格放寬，撥款29.6億美元給227間急症護理醫院（acute care hospitals）及兒童醫院。安全網醫院的撥款金額計算方式為：個別醫院分數〔個別醫院的病床數*Medicare中高比例的病患百分比（Disproportionate Patient Percentage，簡稱DPP），或病床數*兒童醫院的Medicaid比例〕占所有安全網醫院累積分數的比例來分配100億美元。其中急症護理醫院須達以下三個門檻：（1）DPP至少為20.2%、（2）年度未補償服務（annual uncompensated care, UCC）至少每床25,000美元、（3）純益率（profit margin）小於百分之三；而兒童醫院需滿足以下兩個條件：（1）Medicaid比例至少為20.2%、（2）純益率（profit margin）小於百分之三。根據以上公式HSS進一步訂定，每間醫院的最低撥款額為五百萬美元（即使公式計算出來的金額未滿五百萬美元，實際撥款時會提高至五百萬美元）；最高撥款額為五千萬美元

（即使公式計算出來的金額超過五千萬美元，實際撥款時會下修至五千萬美元）。統整上述資料，「安全網分配」總共撥款130.7億美元。

「鄉村分配」包含以下四種位於鄉村地區的醫院：鄉村急症護理綜合醫院（rural acute care general hospitals）、重症醫院（critical access hospitals, CAHs）、鄉村健康診所（rural health clinics, RHCs）及社區健康中心Community Health Centers。HHS第一階段撥款100.2億美元給8,351間鄉村醫療院所，第二階段則撥款10.7億美元給507間鄉村醫療院所。給付金額計算方式如下：針對鄉村急症護理綜合醫院及重病醫院一累進基本付款金額（graduated base payment，約在一百至三百萬美金之間）+醫院營運支出（operating expenses）*1.97%；針對鄉村健康診所—每個診所十萬美金+RHC營運支出*3.6%；針對社區健康中心則為每間十萬美金。加總上述金額，HHS撥款給鄉村地區的醫院的總額為110.9億美元。

在標的性分配中，除了上述三大波PRF紓困金的撥款外，還有以下幾項金額較小的撥款：技術性護理之家（skilled nursing facilities）共計50億美元分配給15,502間機構、護理之家感染管控（nursing home infection control）；共計27.5億美元分配給15,362間機構、護理之家品質激勵付款計畫（Nursing Home

Quality Incentive Payment Program）；共計22.5億美元分配給部落醫院診所及都市健康中心（tribal hospitals, clinics, and urban health centers）；共計5.2億美金分配給438間醫療院所及獨立兒童醫院（free-standing children's hospitals）；共計10.6億美元分配給72所兒童醫院。

參、四波PRF紓困金的分配方式 是否符合社會正義？

在總額1,329.9億美元的PRF紓困金中，「一般性分配」與三類主要的「標的性分配」共計1,214.1億美元，占了91.3%；而另外幾項金額較小的「標的性分配」合計115.8億美元，占了8.7%。為了簡化繁雜的資訊，筆者將聚焦於前者，也就是占逾九成PRF紓困金的四大類分配。在這1,214.1億美元中，「一般性分配」占了最大的比例，765億美元（63.0%）；「高影響分配」次之，207.5億美元（17.1%）；再來是「安全網分配」，130.7億美元（10.8%）；最少的是「鄉村醫院」，110.9億美元（9.1%）。以分配的比例來看，「一般性分配」占63.0%，相較之下「標的性分配」占27.0%似乎是合乎比例原則。畢竟先全面性的救助各個醫院，再依次補貼特定需求（服務更多弱勢及COVID-19病患、或地處鄉村地區資源不足的醫院）也尚屬合理

的順序。不過，相對比較富裕的醫院真的需要靠政府補貼才能渡過難關嗎？還是應該設立排富條款，集中火力救助貧弱醫院，才能避免富者更富、貧者更貧的「馬太效應」產生？讓我們用幾個不同的財務指標來檢驗PRF紓困金的分配。

Kakani et al. (2020) 提出了兩個研究問題：（1）這些紓困金的撥款是否跟該地區（county，郡）的健康與財務需求有存在相關性？及（2）這項分配紓困金的策略產生的差額是否該地區（郡）的種族組成有存在相關性？在理想狀況下，兩個不同的地區（郡）如果得到相同額度的紓困金，則他們的需求跟種族組成應該不會有太大的區別。為了測量需求，Kakani等學者運用了三個以郡為單位的類別：（1）COVID-19的負擔程度（累積死亡與確診人數）、（2）非COVID-19的死亡人數、（3）因COVID-19惡化的共病，如高血壓、末期腎臟病、肥胖、吸菸、糖尿病，外加一個醫院財務健康指標—平均營業利潤率（operating margin）及庫存現金（cash on hand）。研究者們把各類別的分數轉換成平均z分數（例如，財務健康—每個醫院的利潤率及庫存現金減去平均數再除以標準差得到z分數，之後再以郡為單位取平均值）。結果顯示，紓困金的撥款額度與醫院收入相關性最高（ $R^2 = 0.37$ ），接著是COVID-19的負擔程度（ $R^2 = 0.13$ ）及因COVID-19惡化的共病

（ $R^2 = 0.13$ ），相關性最低的是醫院的財務健康狀況（ $R^2 = 0.02$ ）。綜合上述結果，紓困金的撥款額度跟醫院的財務健康狀況非常低度相關，甚至趨近零相關。

Grogan, Lin, and Gusmano (2021) 結合了RAND集團的健康照顧服務提供者成本報告系統（Corporation Healthcare Provider Cost Reporting Information System, HCRIS）中的Medicare成本報告系統中醫院資料及HHS的醫院層級PRF紓困金分配金額（「一般性分配」及「高影響分配」有每個醫院的撥款的清冊；而「安全網分配」及「鄉村分配」沒有撥款清冊，只能依照HHS的公式計算之）來探討以下二個研究問題：

- 一、紓困金是否有給付那些因COVID-19疫情的關係終止「非急需手術」導致收入減少的醫院。因為目前沒有把非急需手術和急需手術區分開來的的單獨資料，且多數手術與門診手術在目前這個時期都取消了，因此「門診服務占總收入的比例」可以做為收入減少的代理變項（proxy），計算方式是由HCRIS的資料計算，以100%減去「住院服務占總收入比例」可得。
- 二、財務上脆弱的醫院應該得到PRF紓困金，庫存現金是一個衡量財務脆弱程度的工具，許多組織的現金資源都以此來衡量。計算公式為〔現金+短期投資+投資〕／〔（所有開支—折

舊)／週期天數]。例如某醫院有90天的庫存現金，則它可以在沒有其他收入的狀態下營運3個月；相對地，假設醫院只剩7天的庫存現金，則它只能在沒有其他收入的狀態下營運一週或更短的時間。在COVID-19疫情爆發後，這些財務脆弱的醫院只能借錢、出售資產、尋求緊急經費，若沒有上述協助的話，他們無法發出下一期的薪水(North Carolina Rural Health Research Program, 2020)。除了庫存現金外，尚有其他測量財務健康的方法，例如營業利益率(operating margin)、舉債經營比率(assets-to-liabilities ratio)、應收帳款淨額週轉天數(days in net accounts receivable)(Khullar et al., 2020)。上述計算工具比較適合測量長期財務表現，而PRF紓困金撥款主要是危機協助，因此庫存現金是比較合適的指標。除了庫存現金及門診營收比例外，Grogan et al. (2021)在多變項迴歸分析中也控制了以下與財務表現相關的共變項：醫院是否參與健康照顧系統、所有權歸屬(營利醫院、非營利醫院、公立醫院)、教學醫院、重症醫院、以及住院率。而與PRF紓困金相關的變項則不會進入多變項迴歸模型，畢竟它們已經解釋了所有的變異(variation)。研究結果顯示，

「門診服務占總收入的比例」越高的醫院及「庫存現金」越高的醫院，獲得的PRF紓困金的總金額越高。但在「高影響分配」中，卻出現反轉，由「門診服務占總收入的比例」低及「庫存現金」低的醫院獲得最多PRF紓困金。

肆、結論——加劇美國健康照顧體系不平等的PRF紓困金

美國的健康照顧系統長期存在不平等的狀態，不論是個人層面或是醫院層面均可發現。較富裕的醫院傾向照顧Medicare或私人健康保險計畫的病人(通常是白種人)，而較貧窮的醫院則別無選擇照顧了多數Medicaid或無健康保險計畫的病人(以有色人種居多)。美國本可藉由CARES Act中的PRF紓困金分配來扭轉這一個情勢，例如發放PRF紓困金給財務有困難的醫院時，特別針對那些地處貧窮地區、照顧高比例弱勢族群的醫院，撥款額度上高於平均值的紓困金。可惜現實與理想背道而馳，因為PRF紓困金的計算公式優先考量「收入損失」這個條件，反而造成富有的醫院比財務困難的醫院領到更高額的PRF紓困金。也許有人會提出說，以收入損失這個財務指標而言，大部份的富裕醫院損失更為慘重，而PRF紓困金是來自政府的稅收，這樣的分配並沒

有不合理之處。事實上，在COVID-19全球流行之際，沒有任何邏輯上說得通的理由去說服人接受這點：因收入損失造成衝擊的條件，比因COVID-19造成衝擊的條件，更能使醫院獲得高於平均值的PRF紓困金。如果此一分配不均等不改善，美國的醫療系統崩解是可預見的，畢竟多數弱勢族群無法持有保障全面的健康保險計畫，也就無法得到富裕醫院的服務，但這些弱勢族群卻是COVID-19被感染的高風險群。若貧窮的醫院系統崩解，無力照護

這麼多COVID-19病患，勢必會轉送到富裕醫院，造成全面性的醫療排擠效應。因此，美國聯邦政府在規劃各項紓困方案時，應該優先考量資源缺乏醫院的需求，方能降低健康照顧系統中的不平等現象。

（本文作者為國立臺北大學社會工作學系助理教授）

關鍵詞：COVID-19、紓困金、醫院、健康保險、醫療制度

參考文獻

- American Hospital Association (2020). Hospitals and Health Systems Face Unprecedented Financial Pressures Due to COVID-19. Retrieved May 5, 2020, from <https://www.aha.org/guidesreports/2020-05-05-hospitals-and-health-systems-face-unprecedented-financial-pressures-due>
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2020). National Health Expenditure Fact Sheet. Retrieved from <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet>
- Centers for Medicare and Medicaid Services (2021). Emergency Medical Treatment & Labor Act (EMTALA). Retrieved from <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EMTALA>
- Committee for a Responsible Federal Budget (2020). What's in the \$2 Trillion Coronavirus Relief Package?
- Davis, K., & Schoen, C. (1978). *Health and the War on Poverty: A Ten-Year Appraisal*. Washington, DC: The Brookings Institution. Retrieved from <https://www.crfb.org/blogs/whats-2-trillion-coronavirus-relief-package>
- HealthCare.gov (n. d.). The 'metal' categories: Bronze, Silver, Gold & Platinum. Retrieved from <https://www.healthcare.gov/choose-a-plan/plans-categories/>
- Grogan, C. M., Lin, Y. A., & Gusmano M. K. (2021). Unsanitized and Unfair: How COVID Bailout Funds Refuel Inequity in the US Health Care System. *Journal of Health Politics, Policy and Law* (forthcoming).

- U.S. Department of Health & Human Services (2021). CARES Act Provider Relief Fund: General Information. Retrieved from <https://www.hhs.gov/coronavirus/cares-act-provider-relief-fund/general-information/index.html>
- Khullar, D., Bond, A. M., & Schpero, W. L. (2020). COVID-19 and the Financial Health of US Hospitals. *JAMA*, 323(21), 2127–2128. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6269>
- Kakani, P., Chandra A., Mullainathan S., & Obermeyer Z. (2020). Allocation of COVID-19 Relief Funding to Disproportionately Black Counties. *JAMA*, 324(10). 1000-1003. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.14978>
- North Carolina Rural Health Research Program (2020). Findings Brief: Most Rural Hospitals Have Little Cash Going into COVID. Pub. No. 919-966-9484. The Cecil G. Sheps Center for Health Services Research, The University of North Carolina at Chapel Hill. May. Retrieved from www.shepscenter.unc.edu/programs-projects/rural-health
- Rau, J. (2020). Amid Coronavirus Distress, Wealthy Hospitals Hoard Millions. Kaiser Health News. Retrieved April 28, 2020, from <https://khn.org/news/amid-coronavirus-distress-wealthy-hospitals-hoard-millions/>
- Stevens, R. B., & Stevens, R. (1974). *Welfare Medicine in America: A Case Study of Medicaid*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Snell, K. (2020). What's Inside The Senate's \$2 Trillion Coronavirus Aid Package. Retrieved from <https://www.npr.org/2020/03/26/821457551/whats-inside-the-senate-s-2-trillion-coronavirus-aid-package>