

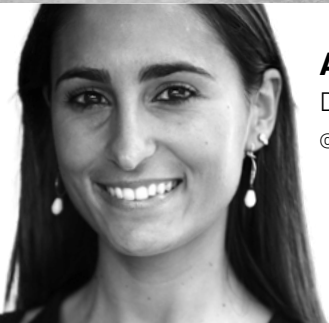


navegador

La salut als EUA: dret o mercaderia?

vista prèvia >

Un dels eixos de discussió crucials a la política dels EUA és el seu sistema sanitari. Lluny dels paràmetres dels sistemes de salut europeus, mal que bé públics i universalistes, el model nord-americà privatitza aquest dret, deixant de banda bona part de la ciutadania que no es pot permetre accedir o fer front a les assegurances privades. Tots els intents de reforma profunda per universalitzar-lo han fracassat, com en el cas de l'intent de l'administració Clinton; i només, i després d'una llarga batalla, la presidència d'Obama va poder fer un tímido, per bé que important, pas cap a un model més accessible per les classes populars i els sectors més vulnerables.



Ariadna Jou

Doctorant d'economia a la University of California, Los Angeles

@ariadnajou

Davant una emergència sanitària es visualitza més que mai com d'important és l'accés universal a un sistema de salut de qualitat. Enmig de la tràgica pandèmia de la Covid-19, s'ha remarcat la necessitat d'estar ben equipats, disposar de bon personal sanitari, i dels recursos financers i tecnològics adients, per poder fer front a les diverses adversitats sanitàries en les que ens hem trobat i que ens podem trobar en un futur. Governos de molts països de l'OCDE defensen l'accés al sistema de salut com a un dret humà bàsic, i creuen que tota la ciutadania hi hem de poder accedir independentment dels nostres ingressos o el nostre nivell socioeconòmic. Alguns dels països que proporcionen un sistema de salut universal són Canadà, Itàlia, Japó, Regne Unit, Suècia o Singapur entre d'altres. A Catalunya també comptem amb un sistema de salut universal en el que tothom hi pot accedir de forma gratuïta. Per altra banda, hi ha altres països com és el cas dels EUA, on l'accés al sistema de salut no està garantit per a tota la ciutadania, sinó que s'estructura en un sistema mixt on la gran majoria de les persones accedeixen als serveis mèdics a través del mercat

privat. Una de les conseqüències de no oferir un sistema de salut universal, és que s'accentua la desigualtat en termes de salut, i pot portar a diferències socials molt rellevants en aquest àmbit.

En aquest article parlarem de com funciona el sistema sanitari estatunidenc, tocarem alguns dels seus punts febles, i veurem per què podem concloure que l'accés a la salut als EUA no es pot considerar un dret.

Com funciona el sistema de salut als EUA?

Actualment, el sistema de salut estatunidenc es considera un sistema de salut híbrid, en el que aproximadament la meitat de la despesa prové de fons privats i l'altra meitat de fons públics.¹ Tot i tenir aquest caràcter mixt, la gran majoria de la població depèn del sector privat per poder accedir al sistema de salut. Això comporta que un dels agents centrals d'aquest sistema sigui

¹ NUNN; PARSONS; SHAMBAUGH, «A Dozen Factors about the Economics of the U.S. Health-Care System. Economic Facts».

l'asseguradora privada. Per tant, per accedir al sistema sanitari, les persones individuals, o en molts casos les empreses per part dels seus treballadors, paguen mensualment les quotes a asseguradores. A canvi, les asseguradores els proveeixen l'accés als serveis mèdics cobrint-ne la major part del cost.

Com a la majoria de contractes d'assegurança, els pacients es fan càrrec de diversos tipus de pagaments, com poden ser els deduïbles, i copagaments. Cap client té accés a una assegurança completa, que seria aquella que cobreix la totalitat dels costos. Això és degut principalment, als alts costos administratius, el risc moral i la selecció adversa.²

Una menor part de la població té accés a una assegurança mèdica pública. En aquest cas, el govern és qui assegura a la ciutadania per poder

² Risc moral: És la possibilitat que una part tingui un incentiu per assumir riscos inusuals en un intent desesperat d'obtenir beneficis abans de la resolució del contracte. Selecció adversa: La selecció adversa és quan els venedors tenen informació que els compradors no tenen, o viceversa, sobre algun aspecte de la qualitat del producte. Per tant, és la tendència dels que tenen feines perilloses o estils de vida d'alt risc a adquirir una assegurança de vida o invalidesa on hi ha més possibilitats de cobrar-hi.

El 2018, un 34,4% de la població disposava d'assegurança pública. Aquesta es divideix en dos programes principals: un 17,8% hi accedeix a través de Medicare i un 17,9% a través de Medicaid

accedir al sistema sanitari. Malgrat l'assegurança pública, la major part de l'atenció sanitària serà de provisió privada. Sense assegurança de salut veurem que és molt complicat rebre atenció mèdica.

El 2018, el 67,3% de la població tenia una assegurança de salut privada. Més concretament, el 55,1% tenia assegurança privada lligada al seu contracte de treball. És a dir, l'empresa proveïa els seus treballadors amb una assegurança mèdica. El 14,1% tenia assegurança de compra directa, i un 2,6% provinent del TRICARE, un programa per membres i exmembres de l'exèrcit i les seves respectives famílies.

D'altra banda, un 34,4% de la població disposava d'assegurança pública. Aquesta es divideix en dos programes principals, dels quals parlarem en més detall: un 17,8% accedeix a l'assegurança a través de Medicare i un 17,9% a través de Medicaid.^{3,4}

3 Hi ha un 1% de la població que participa en el VA/CHAMPVA, programa molt residual específic per a militars i militars jubilats. Els percentatges no sumen 100, ja que part de la població té cobertura doble. I hi ha un 8,5% de persones no assegurades.

4 U.S. CENSUS BUREAU, «Current Population Survey, 2018»; U.S. CENSUS BUREAU, «Annual Social and Economic Supplement Bridge File and 2019»;

El gràfic 1 ens mostra el percentatge de població coberta per tipus d'assegurança —privada i pública. Podem veure com el 2000 només un 85% de la població estava assegurada, i també podem notar un augment, més aviat lent, del nombre de persones assegurades de forma pública al llarg dels anys.

Com hem comentat anteriorment, un 50% de tota la despesa de salut està finançada amb fons públics. Els dos programes públics principals són el Medicare, un programa federal que es finança a través d'un impost sobre la nòmina i proveeix assegurança de salut a totes aquelles persones majors de 65 anys, i persones amb discapacitats menors de 65 anys; i el Medicaid, un programa federal i estatal que es finança a través de impostos generals, i proveeix assegurança de salut per a famílies pobres, gent gran i persones amb discapacitat. Aquest segon, com que també és un programa estatal, té unes 50 versions diferents.

Medicare és el programa públic d'assegurança de salut més gran dels EUA. Aquest s'administra a nivell

U.S. CENSUS BUREAU, «Annual Social and Economic Supplement».

federal i només hi poden accedir persones majors de 65 anys o amb certes discapacitats. Això comporta que gran part de la població en quedi fora. Un altre requisit per poder-hi accedir és haver treballat durant deu anys i pagat els impostos corresponents. Les persones que no satisfan els criteris d'elegibilitat poden comprar la cobertura de Medicare pagant la totalitat del seu cost.

El Medicare està dividit en diversos programes. El programa bàsic és l'assegurança hospitalària, la part A. Aquesta cobreix els costos hospitalaris de pacients hospitalitzats i alguns costos d'atenció a llarg termini. La part B, és l'assegurança mèdica. Aquesta cobreix les despeses de metges, hospitalàries ambulatories, alguns serveis de medicina preventiva i altres. Per accedir a aquesta assegurança la ciutadania ha de pagar un *premium* mensual.

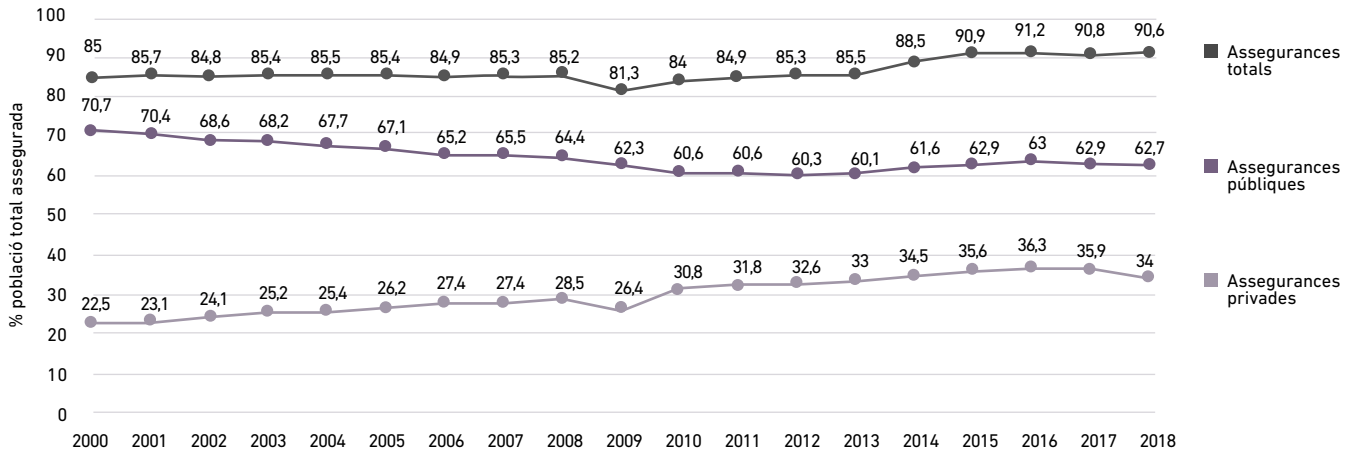
A més, existeixen altres parts del Medicare de pagament i gestionades per asseguradores privades.

Aquestes amplien la cobertura respecte a les parts A i B. Una de

El Medicaid és un programa federal i estatal que es finança a través de taxes generals, i proveeix assegurança de salut per a famílies pobres, gent gran i persones amb discapacitat

Gràfic 1

Evolució de l'assegurament mèdic als EUA (%)



Font: OECD Health Statistics, 2020.

les més conegudes és la part D, que cobreix parcialment les despeses de receptes de medicaments.⁵

Com es pot veure, malgrat que el Medicare és un programa públic i que garanteix l'accés a l'atenció mèdica bàsica i hospitalària, molt poca gent se'n pot beneficiar, i els que ho fan, encara han de pagar uns costos importants. Per exemple, si

una persona és hospitalitzada, haurà de pagar com a mínim 1.484 dòlars de deduïble. Per estades superiors a un mes, hi ha un copagament de 371 dòlars per dia, i aquesta quantitat es dobla per estades de més de 90 dies. La part B, té un cost mínim de 148,50 dòlars mensuals i depèn dels ingressos de la persona, la gent amb més renda haurà de pagar un preu més elevat.⁶ Tot i els elevats costos, diversos

estudis conclouen que el Medicare augmenta la utilització dels serveis mèdics i millora la salut de la gent gran. Sobretot té beneficis per a la gent més pobre i més malalta.⁷

Per altra banda, el segon programa públic de salut és el Medicaid. És un programa federal però administrat pels estats; això comporta que

⁵ SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION, «Medicare benefits».

⁶ US GOVERNMENT, «Medicare.gov. The Official U.S. Government Site for Medicare».

⁷ CARD; DOBKIN; MAESTAS, «The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization: Evidence from Medicare».

El 2008, amb l'aprovació de l'*Affordable Care Act* [Llei de l'atenció sanitària assequible] s'hi inclouen totes les famílies que viuen per sota del 138% del nivell de pobresa federal

tant els criteris d'elegibilitat com els beneficis puguin variar molt d'un estat a un altre. A diferència del Medicare, l'elegibilitat del Medicaid no depèn de l'edat de les persones sinó que es basa en els seus ingressos, sent un programa pensat per a les persones amb ingressos més baixos. Als seus inicis, al 1965, només hi podien accedir les persones participants en certs programes d'assistència social. A la dècada de 1970 hi va haver expansions en els criteris d'elegibilitat i es van incloure com a possibles beneficiaris persones amb ingressos baixos, sense necessitat de ser participants de cap altre programa. Al 1997 s'hi van incloure nens vivint per sota del 200% del llindar de pobresa. Finalment, el 2008, amb l'aprovació de l'*Affordable Care Act* [Llei de l'atenció sanitària assequible] s'hi inclouen totes les famílies que viuen per sota del 138% del nivell de pobresa federal. Per fer-nos-en una idea més concreta, per a una família de quatre membres, el nivell federal de pobresa el 2019 era de 26.200 dòlars.⁸ Així doncs, el

138% que marca la llei, serien 36.156 dòlars, i aproximadament un 25% de les llars el 2019 vivien amb un sou inferior als 35.000 dòlars.⁹

Per llei federal, el programa Medicaid ha de cobrir els serveis generals com ara l'atenció hospitalària i l'atenció mèdica —per part de metges. A partir d'aquí, els estats poden, de forma voluntària, ampliar les prestacions, per exemple afegint la cobertura de receptes de medicaments, els serveis d'optometria i dentista... És un programa més generós que els plans d'assegurança privada, ja que els *premiums* i els copagaments que paguen els assegurats de Medicaid són més baixos.

Tot i que aquestes persones tinguin una assegurança pública, la gran part de l'oferta de serveis mèdics prové d'institucions privades. L'assegurança és pública però no el servei. És el govern que determina quin és el percentatge de reemborsament que els proveïdors reben. El principal problema d'aquest

sistema, és que normalment les retribucions públiques són baixes, aproximadament la meitat que en el sector privat, fet que provoca que pocs metges vulguin atendre pacients coberts amb Medicaid.

Malgrat que aquests dos programes tinguin elevats costos per als pacients —sobretot el Medicare— i només cobreixin una petita part de la població, responen al seu objectiu de protegir a la població més vulnerable, i com hem vist, s'han anat ampliant al llarg dels anys per poder cobrir a més població. Encara queda, però, molt camí per arribar a un sistema just. La batalla política per l'aprovació de la reforma sanitària de la presidència de Barack Obama (1961) va ser duríssima i va comptar amb l'oposició resistent dels sectors més conservadors. A més, cal afegir que durant els últims anys el govern de l'expresident Donald Trump (1946) ha intentat retallar aquests programes públics. Veurem com evoluciona en el futur proper, sota l'administració del president Joe Biden (1942), que ha situat l'accés a una assegurança de salut assequible com una de les

8 OFFICIAL SITE FOR AFFORDABLE CARE ACT, <www.healthcare.gov>.

9 U.S. CENSUS BUREAU, «Income and Poverty in the United States: 2019».

Els tres motius principals de l'alta despesa en la sanitat dels EUA són l'excés de costos administratius; els alts preus dels procediments mèdics; i els serveis innecessaris que es proveeixen de totes maneres

seves prioritats polítiques i planeja crear una opció d'assegurança pública semblant al Medicare per a tothom.¹⁰

Altres problemes del sistema sanitari estatunidenc: La contenció de costos

Els EUA són el país de l'OECD que dedica el percentatge més alt del seu PIB a despesa sanitària. El 2018 la despesa va ser del 16,9% del PIB.¹¹ L'augment a terme durant les últimes dècades ha estat molt considerable tenint en compte que el 1950 representava només el 4%.¹² La despesa projectada per al 2075 és del 38%.¹³

Si ho comparem amb altres països de l'OECD en el gràfic 2, podem veure com els EUA lideren la despesa amb diferència. Els segueix Suïssa ja amb un 11,9%, i després Alemanya i l'Estat francès. L'Estat espanyol va

10 BIDEN; HARRIS, «Health Care».

11 OECD, «Health Statistics 2020. Health Expenditure and Financing».

12 GRUBER, *Public Finance and Public Policy*.

13 CHERNEW; HIRTH; CUTLER, «Increased Spending on Health Care: How Much Can the United States Afford?».

dedicar un 9% del PIB en despesa sanitària i Catalunya un 7,8%.¹⁴

Com hem vist, el sistema sanitari dels EUA no cobreix tota la població ni és universal, però en canvi lidera la despesa sanitària. Aquesta paradoxa ens porta a preguntar-nos per què és ineficient el sistema de salut americà, i com és que té uns costos tan elevats.

Els tres motius principals són l'excés de costos administratius; els alts preus dels procediments mèdics; i els serveis innecessaris que es proveeixen de totes maneres. Per una banda, el sistema sanitari estatunidenc, en ser un híbrid entre el mercat privat i el públic, fa que els costos d'administració siguin molt més elevats que en un país on hi ha atenció mèdica universal. Als EUA cal analitzar cada cas per veure si és elegible pels programes públics, i un cop el pacient ha utilitzat els serveis mèdics, s'ha de reemborsar als proveïdors, fet que també és costós en termes administratius. Aquest últim pas també s'aplica per als assegurats de forma privada.

14 CATSALUT, <www.catsalut.gencat.cat>.

Per altra banda, el disseny actual d'aquest sistema híbrid basat en les assegurances reemborsa els metges en funció dels costos que s'han incorregut en el servei. De manera que els metges i la resta de proveïdors, no tenen cap incentiu de reduir els costos de l'atenció sanitària per als pacients d'una forma efectiva. Al contrari: aquest sistema genera incentius perquè els metges segueixin procediments que són beneficiosos per a ells; fins i tot, moltes vegades proveeixen més serveis del compte que no són estrictament necessaris per al pacient.

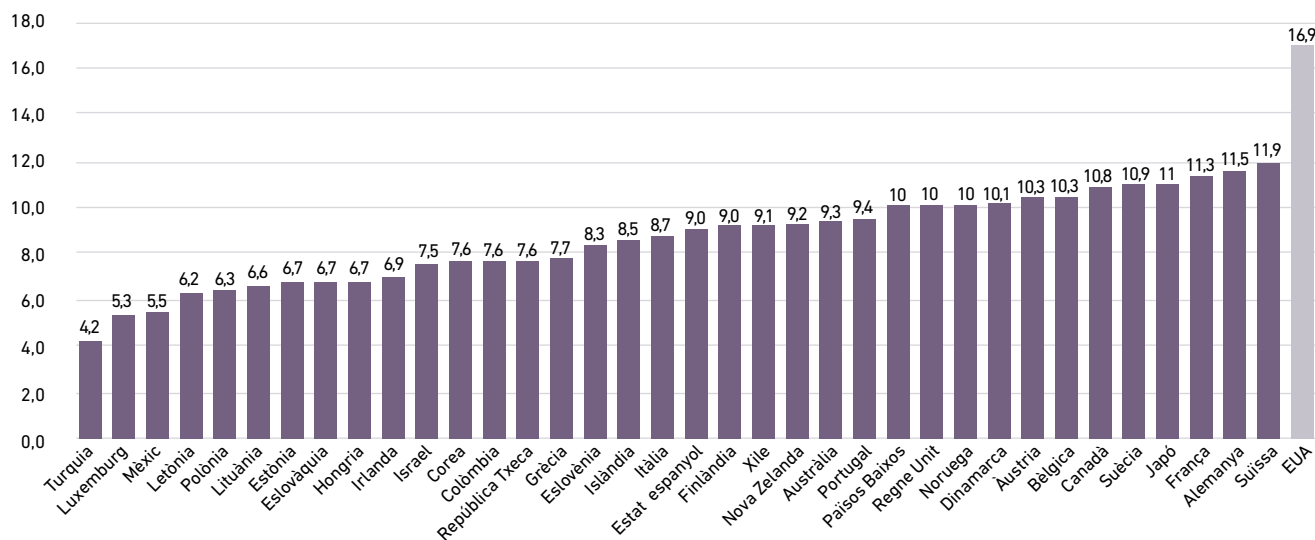
El «perill» d'un accés a la salut lligat al lloc de treball

Com hem vist a l'inici de l'article, més de la meitat de la població estatunidenca accedeix a la salut a través d'una assegurança privada proveïda per l'empresa on treballen. Un dels avantatges de proveir l'assegurança a través de l'empresa és que s'agrupa el risc. L'objectiu dels asseguradors és crear un gran grup d'assegurats amb una distribució del risc mèdic més predictable. Ajuntant tots els treballadors s'evita la selec-

El problema central d'estar assegurat per l'empresa on treballes és el que passa quan perds la feina

Gràfic 2

Despesa en salut el 2018 (% del PIB)



Font: OECD Health Statistics, 2020.

ció adversa, és a dir, el fet que una persona molt malalta pugui amagar la seva malaltia per obtenir una assegurança més barata. Un altre avantatge és que ajuntar tothom sota la mateixa assegurança redueix els costos administratius, ja que s'ofereix a tots els treballadors els mateixos preus i beneficis independentment de les seves característiques. Finalment, una altra raó per la qual

les empreses proveeixen assegurança mèdica és perquè no tributa impostos. Els treballadors estan taxats per la seva compensació salarial, però no en la compensació en forma d'assegurança mèdica.

El problema central d'estar assegurat per l'empresa on treballes és el que passa quan perds la feina. El clar exemple d'això ha sigut durant la pan-

dèmia de la Covid-19. Entre el febrer i el març del 2020 s'estima que aproximadament 5,4 milions de treballadors americans van quedar-se sense la seva assegurança mèdica perquè van perdre la seva feina.¹⁵ Just en el moment en el que s'és més vulnerable, enmig d'una pandèmia, i perdent la

¹⁵ DORN, «The Covid'19 Pandemic and Resulting Economic Crash Have Caused the Greatest Health Insurance Losses in American History».

Les persones no assegurades tenen moltes dificultats per accedir a l'atenció sanitària. Els hospitals i metges no estan obligats a acceptar pacients que no tinguin assegurança

major font d'ingressos, a més es perd el dret bàsic de poder accedir l'atenció sanitària.

Un cop van perdre la feina, aquestes persones tenien diverses opcions, com per exemple començar el procés per demanar Medicaid, canviar-se a l'assegurança d'un membre de la seva família que estigués assegurat o comprar una assegurança en el mercat. El problema és que moltes d'aquestes accions requereixen un procés que no sempre és fàcil, i els costos i les barres associades provoquen que moltes persones s'esperin un temps sense estar assegurades, mentre intenten trobar una feina que els proporcioni l'assegurança de salut una altra vegada. Per altra banda, el fet d'estar enmig d'una pandèmia, quan el sistema sanitari és més necessari que mai, pot provocar un augment dels preus de les assegurances, fet que aquesta gent que acaba de perdre la feina no es puguin permetre adquirir-ne una.

Persones no assegurades

Finalment, i de gran importància, parlarem de les persones no assegurades. Encara no són accessibles les

dades per saber quantes persones no tenien assegurança en el 2020, però en el 2018, un 8,5% de la població estatunidenca no disposava de cap tipus d'assegurança. Això significa que els EUA comptaven amb 27,5 milions de persones no assegurades. Si aquest nombre sembla gran, només cal mirar uns anys enrere, abans del 2010, quan s'aprova la reforma de l'*Affordable Care Act*, on el percentatge de població menor de 65 anys no assegurada rondava al voltant del 17%.

Amb l'aprovació de l'*Affordable Care Act* s'intenta eixamplar la base de població assegurada. Per aconseguir-ho s'augmenta la provisió d'assegurança pública, a través de l'ampliació dels programes de Medicaid i Medicare. També s'estableix l'obligatorietat de l'assegurança de salut, establint un sistema de multes tant per a persones individuals com per a empreses en cas d'incompliment. Malgrat aquests esforços el problema encara no està resolt.

Les persones no assegurades tenen moltes dificultats per accedir a l'atenció sanitària. Els hospitals i metges no estan obligats a acceptar pacients que no tinguin assegurança, i això

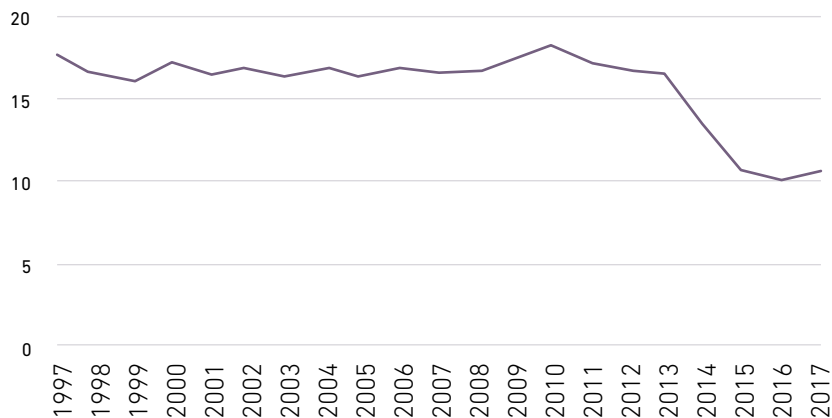
fa que aquest quasi 28 milions de persones no tinguin garantit el dret a l'atenció mèdica. Des del 2010, hi ha una llei federal que requereix que qualsevol hospital que accepta pagaments de Medicare, ha d'acceptar i tractar pacients a urgències encara que no tinguin assegurança mèdica i que no puguin pagar els costos de l'atenció. Aquesta és l'única via d'accés al sistema de salut que tenen moltes persones no assegurades. En aquests casos, quan el pacient no pot fer front a la despesa, s'utilitzen impostos generals estatals i federals per cobrir aquests costos. Aquesta atenció no és en cap cas la ideal, ja que les persones normalment acceixen a emergències quan el problema de salut que tenen és molt greu, i no tenen cap tipus d'accés a serveis mèdics preventius. A més, el cost de l'atenció d'urgències és molt més elevat comparat amb una atenció de caire regular, fet que contribueix a la ineficiència del sistema.

La major part de les persones no assegurades són adults en edat de treballar, gairebé tres quartes parts dels quals provinents de famílies amb un o més membres empleats a jornada completa, i el 50% són

Els EUA tenen un sistema molt costós, i que no garanteix a tothom el mateix accés a l'atenció sanitària de qualitat

Gràfic 3

Població dels EUA sense assegurança mèdica (%)



Nota: El gràfic inclou només persones menors de 65 anys.

Font: NCHS, National Health Interview Survey, health insurance supplements.

homes. La major part, tenen educació secundària o inferior, i tenen moltes més probabilitats de viure en una situació de pobresa que la gent assegurada. Un 12% són nens. Això ens mostra que malgrat els dos programes públics, una part molt important de la població treballadora i vulnerable no té un accés al sistema de salut garantit, promovent encara més la desigualtat en aquest país.

Parlem de resultats

Un cop analitzat com funciona el sistema de salut estatunidenc i quins són els seus principals problemes, es pot concloure que als EUA tenen un sistema molt costós, i que tot i així no tothom té el mateix accés a una atenció sanitària de qualitat. Encara que no n'hem parlat gaire, el sistema americà té alguns avantatges, com la seva gran inversió en recerca i

innovació, o la possibilitat d'escollir qualsevol metge sigui d'on sigui; això sí, una opció reservada a les persones que s'ho poden permetre.

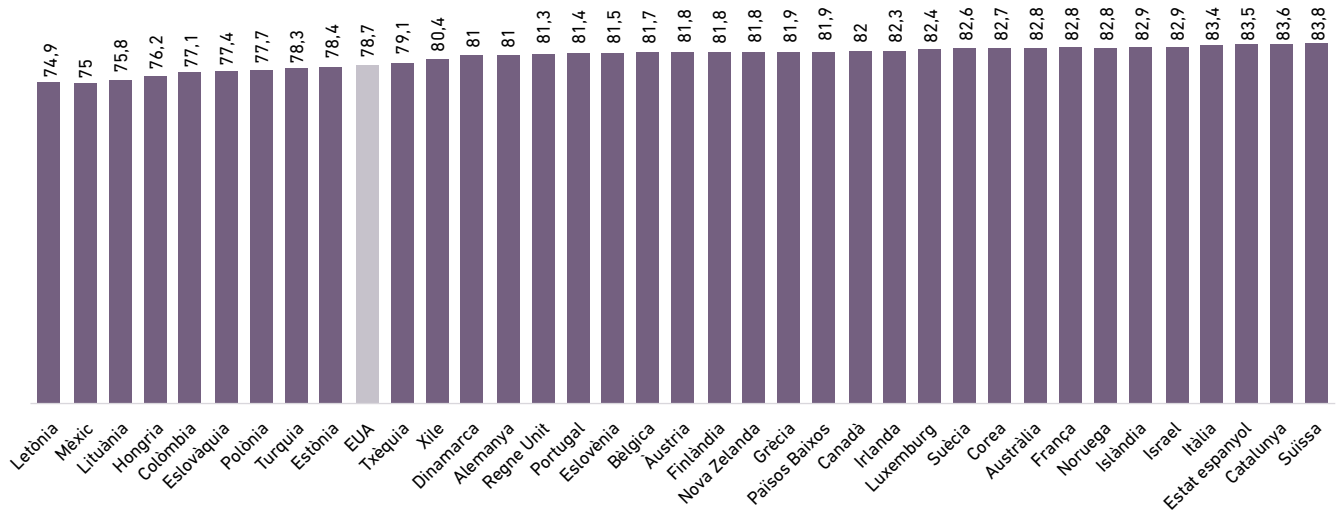
Per acabar de fer una radiografia del l'estat de la salut en què es troba la població estatunidenca, ho compararem amb altres països de l'OCDE. Per fer aquesta anàlisi, hem de tenir en compte que el sistema sanitari no és l'únic factor que afecta a la salut: molts altres factors hi influeixen, com ara la dieta, l'estil de vida, l'exercici que es practica, l'estrès, les desigualtats socials... Ara bé, l'accés a una salut de qualitat és un factor molt rellevant.

Un dels indicadors de salut més utilitzats és l'esperança de vida, ja que és l'indicador més global. En el gràfic 4 podem veure l'esperança de vida al néixer per les poblacions de diversos països de l'OCDE. Observem que els EUA es troben desens per la cua, amb una esperança de vida de 78,7 anys, lluny d'Itàlia, l'Estat espanyol, o Suïssa. Catalunya es trobaria entre Suïssa i l'Estat espanyol, amb una esperança de vida de 83,6 anys.¹⁶ Així doncs veiem que la gran

16 IDESCAT, «Esperança de vida al néixer».

Gràfic 4

Esperança de vida al néixer el 2018



Font: OECD Health Statistics, 2020; IDESCAT en el cas de Catalunya.

despesa dels EUA no s'està traduint a una esperança de vida més elevada.

Fixant-nos en altres indicadors, com ara les morts evitables, els nombres de llits i el nombre de metges per població, ampliem la visió de l'estat de la salut als diferents països.

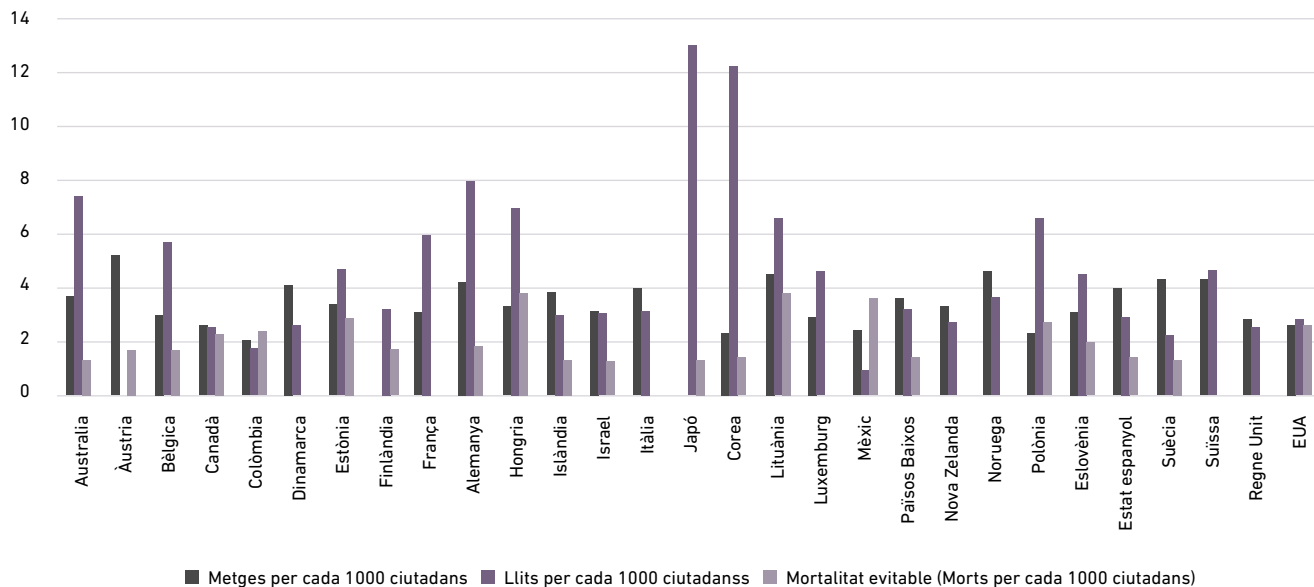
El gràfic 5 ens mostra aquests indicadors en relació al 2017. Les dades ens mostren que els EUA no lideren en cap dels indicadors de qualitat. En el cas del nombre de metges per cada 1.000 habitants es troben entre els països amb una ràtio de metges més baixa, amb 2,61 metges. Pel que fa el nombre

de llits, tampoc destaquen, i se situen amb 2,87 llits per cada 1.000 habitants. Estan bastant a prop de Turquia i l'Estat espanyol amb 2,81 i 2,97 llits respectivament. Finalment, pel que fa les morts evitables els EUA tornen a estar ancorats a cua, amb 262 morts per cada 1.000 habitants.

Els EUA tenen molt camí per recórrer si el seu objectiu és el de garantir l'accés a una salut de qualitat a tota la seva població i, per tant, entendre la salut com un dret bàsic

Gràfic 5

Nombre de metges i llits per a cada 1000 habitants i nombre de morts cada 1000 habitants a diferents estats, 2017



Font: OECD Health Statistics 2020.

Per tant, podem concloure que l'alta despesa dels EUA en salut no comporta grans millores a la salut de la població i tampoc comporta un sistema sanitari de més qualitat, a partir de la comparació de la seva situació amb la d'altres països de l'OECD. Hi ha sistemes que garan-

teixen millor la salut universal de la ciutadania, amb menys despesa i millors resultats.

Els EUA tenen molt camí per recórrer si el seu objectiu és garantir l'accés a una salut de qualitat a tota la seva població i, per tant, entendre la salut

com un dret bàsic. És veritat que sota la presidència d'Obama es van realitzar avenços importants, però no han sigut suficients per obtenir un sistema just i igualitari. Sembla que la nova administració demòcrata té intencions d'avançar cap a aquest objectiu. Ara bé, no serà un camí senzill:

calen molts canvis, i no sabem si els interessos corporatius del sistema sanitari actual i l'oposició republicana els acceptaran. Tan de bo en un futur proper, ens trobem en un altre article en el que es pugui explicar com aquest sistema ha evolucionat i ha millorat per garantir aquest dret bàsic que és la salut. ■

■ Bibliografia

BIDEN, Joe; HARRIS, Kamala. «**Health Care**» [en línia]. Disponible a: <www.joebiden.com>.

CENSUS BUREAU. «**Income and Poverty in the United States: 2019**» [en línia]. Disponible a: <www.census.gov>.

CARD, David; DOBKIN, Carlos; MAESTAS, Nicole. «**The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization: Evidence from Medicare**». A *American Economic Review*, núm. 98 (5): pàg. 2242-58, 2008.

CARD, David; DOBKIN, Carlos; MAESTAS, Nicole. «**Does Medicare Save Lives?**». A *The Quarterly Journal of Economics*, núm. 124, pàg. 597-636, 2009.

CATSALUT. Disponible a: <www.catsalut.gencat.cat>.

DORN, Stan. «**The Covid'19 Pandemic and Resulting Economic Crash Have Caused the Greatest Health Insurance Losses in American History**» [en línia]. A National Center for Coverage Innovation at Families US. Disponible a: <www.familiesusa.org>.

GRUBER, Jonathan. *Public Finance and Public Policy*. Nova York: Worth Publishers, 2019.

CHERNEW, Michael; HIRTH, Richard; CUTLER, David. «**Increased Spending on Health Care: How Much Can the United States Afford?**». A *Health Affairs*, núm. 22 (4), pàg. 15-25, 2003.

IDESCAT. «**Esperança de vida la néixer**» [en línia]. Disponible a: <www.idescat.cat>.

US GOVERNMENT. «**Medicare.gov. The Official U.S. Government Site for Medicare**» [en línia]. Disponible a: <www.ssa.gov>.

NUNN, Ryan; PARSONS, Jana; SHAMBAUGH, Jay. «**A Dozen Factors about the Economics of the U.S. Health-Care System. Economic Facts**» [en línia]. A *The Hamilton Project*. Disponible a: <www.brookings.edu>.

OECD. «**Health Statistics 2020. Health Expenditure and Financing**» [en línia]. Disponible a: <www.oecd.org>.

OFFICIAL SITE FOR AFFORDABLE CARE ACT. Disponible a: <www.healthcare.gov>.

PROVOST, Christie; HUGHES, Paul. «**Medicaid: 35 Years of Service**». A *Health Care Finance Review*, núm. 22 (1), pàg. 141-174, 2000.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION. «**Medicare benefits**» [en línia]. Disponible a: <www.ssa.gov>.

U.S. CENSUS BUREAU. «**Current Population Survey, 2018**» [en línia]. Disponible a: <www.census.gov>.

U.S. CENSUS BUREAU. «**Annual Social and Economic Supplement Bridge File and 2019**» [en línia]. Disponible a: <www.census.gov>.

U.S. CENSUS BUREAU. «**Annual Social and Economic Supplement**» [en línia]. Disponible a: <www.census.gov>.

U.S. CENSUS BUREAU. «**Income and Poverty in the United States: 2019**» [en línia]. Disponible a: <www.census.gov>.