Vai trò của tín dụng chính sách xã hội trong ứng phó rủi ro sức khỏe của các hộ gia đình nông thôn Việt Nam

PHAN ANH

Trên cơ sở ứng dụng mô hình kinh tế lượng, bài viết kiểm định một trong những vai trò quan trọng của tín dụng chính sách xã hội, đó là việc ứng phó rủi ro sức khỏe của các hộ gia đình nông thôn Việt Nam.

Từ khóa: *tín dụng chính sách xã hội, sức khỏe, hộ gia đình nông thôn.*

1. Đặt vấn đề

Ngân hàng Chính sách xã hội được thành lập theo Quyết định số 131/2002/QĐ-TTg ngày 4-10-2002 của Thủ tướng Chính phủ trên cơ sở tổ chức lại Ngân hàng Phục vụ người nghèo thuộc Ngân hàng Nông nghiệp và phát triển nông thôn Việt Nam. Mục tiêu hoạt động của ngân hàng nhằm giúp người nghèo và các đối tượng chính sách khác có điều kiện tiếp cận vốn tín dụng ưu đãi để phát triển sản xuất, tạo việc làm, nâng cao thu nhập, cải thiện điều kiện sống, vươn lên thoát nghèo, góp phần thực hiện chính sách phát triển kinh tế gắn liền với xóa đói, giảm nghèo, bảo đảm an sinh xã hội. Hoạt động của Ngân hàng Chính sách xã hội không vì mục đích lợi nhuận, được Nhà nước bảo đảm khả năng thanh toán, tỷ lệ dự trữ bắt buộc bằng 0%, không phải tham gia bảo hiểm tiền gửi, được miễn thuế và các khoản phải nộp ngân sách nhà nước.

Thông qua việc triển khai các chương trình tín dụng chính sách xã hội, Ngân hàng Chính sách xã hội đã góp phần hiệu quả trong việc thực hiện các mục tiêu về giảm nghèo bền vững, tạo việc làm, xây dựng nông thôn mới, phát triển nguồn nhân lực, giảm thiểu tác động của biến đổi khí hậu và đạt được nhiều kết quả đáng ghi nhận trong giai đoạn 2002-2017: hơn 31 triệu lượt người nghèo và các đối tượng chính sách được vay vốn với tổng doanh số cho vay là trên 410.000 tỷ đồng; góp phần giúp trên 4,5 triệu hộ vượt qua ngưỡng nghèo, thu hút, tạo việc làm mới cho gần 3,4 triệu lao động, trong đó trên 110 nghìn lao động đi làm việc có thời hạn ở nước ngoài; hỗ trợ trên 3,5 triệu học sinh sinh viên có hoàn cảnh khó khăn được vay vốn học tập; xây dựng gần 9,4 triệu công trình cung cấp nước sạch, công trình vệ sinh ở nông thôn, xây dựng trên 11 nghìn căn nhà tránh lũ cho hộ nghèo tại các tỉnh miền Trung, gần 105 nghìn căn nhà vượt lũ cho hộ gia đình vùng đồng bằng sông Cửu Long và gần 500 nghìn căn nhà cho hộ nghèo và các hộ gia đình chính sách chưa có nhà ở trên toàn quốc... Kết quả đạt được đã minh chứng cho vai trò quan trọng của tín dụng chính sách xã hội trong việc góp phần thực hiện các chính sách tín dụng đối với người nghèo và các đối tượng khác, thực sự đi vào cuộc sống, được người dân đồng tình ủng hộ và thể hiện chính sách đúng đắn của Đảng, Nhà nước vì mục tiêu công bằng xã hội, giúp cho những người yếu thế trong xã hội tiếp cận được những dịch vụ như y tế, giáo dục...

2. Cơ sở lý thuyết và phương pháp nghiên cứu

2.1. Cơ sở lý thuyết

Nghiên cứu thực nghiệm cho thấy nếu như có được biện pháp ứng phó thì các hộ gia

Phan Anh, TS., Viện Nghiên cứu khoa học, Học viện Ngân hàng.

đình sẽ giảm thiểu được các tác động xấu đến cuộc sống khi gặp rủi ro sức khỏe và các biện pháp ứng phó mà các hộ gia đình thường sử dụng chính là rút tiền gửi tiết kiệm, vay mượn, bán tài sản và bảo hiểm. Tại vùng nông thôn, khi một người bị chấn thương hay bệnh nhẹ thì khả năng nhận được chẩn đoán và điều trị từ các cơ sở y tế chính thức là hầu như bằng không, nên thường làm cho kinh tế hộ gia đình bị khó khăn hơn. Khi mà hệ thống an sinh xã hội chưa được phát triển và hoàn thiện thì khi gặp các vấn đề về sức khỏe, các hộ gia đình đôi khi phải dùng đến các biện pháp ứng phó phi chính thức như các khoản tiền nhận được từ họ hàng người thân, các khoản vay hoặc bán đi các tài sản trong nhà (Kurosaki, 2009). Biện pháp ứng phó mà các hộ gia đình sử dụng khi gặp rủi ro sức khỏe cũng khác nhau, ví dụ: các hộ gia đình có thể bán các tài sản trong nhà như đất đai, gia súc để giảm nhẹ đi các tác động từ các cú sốc này (Jalan và Ravallion, 1999; Kurosaki, 2006), hoặc ứng phó bằng các biện pháp khác như: chuyển tiền, vay vốn, bán tài sản và tiền tiết kiệm (Mitra và cộng sự, 2015), hoặc có xu hướng sử dụng các biện pháp như vay mượn hoặc giảm tiêu dùng thực phẩm (Nguyễn và cộng sự, 2012). Nghiên cứu thực nghiệm còn cho thấy, các hộ gia đình có khả năng tiếp cận được nguồn tín dụng chính sách xã hội, tín dụng vi mô có thể giảm thiểu được việc giảm nguồn thu nhập khi gặp rủi ro về sức khỏe, hiệu quả hơn so với các hộ gia đình không có sự lựa chọn nào (Gertler và cộng sự, 2009; Islam và Maitra, 2012). Trên cơ sở ứng dụng mô hình của hai tác giả Islam và Maitra, Phạm Tiến Thành (2016) tiến hành kiểm định tác động của tín dụng vi mô lên việc giảm thiểu cú sốc sức khỏe của các hộ gia đình Việt Nam thông qua hai cơ chế: (i) các hộ gia đình bị vấn đề sức khỏe dẫn đến giảm sút thu nhập có thể sử dụng khoản vay tín dụng vi mô để tiêu dùng (như chi tiêu cho sức khỏe và "điều hòa" các khoản chi tiêu khác); (ii) các hộ gia đình có thể sử dụng khoản vay tín dụng vi mô để sản xuất kinh doanh, từ đó tăng thu nhập và sử dụng khoản thu nhập tăng thêm này để điều hòa các khoản chi tiêu và ứng phó lại với các khoản chi cho sức khỏe ngoài ý muốn. Kết quả nghiên cứu cho thấy khi các hộ gia đình tại Việt Nam bị vấn đề sức khỏe thì hầu như không tác động gì đến tổng thu nhập của hộ, trong khi đó, các vấn đề sức khỏe có xu hướng làm tăng tiêu dùng cho y tế, giảm chi tiêu cho thực phẩm và giảm tiêu dùng hàng hóa phi thực phẩm hàng ngày. Việc chi tiêu cho thực phẩm hàng ngày không thay đổi khi hộ gia đình có thành viên bị vấn đề về sức khỏe. Với trường hợp các hộ bị vấn đề về sức khỏe có tiếp cận được khoản vay tín dụng xã hội thì kết quả phân tích cho thấy, việc tiếp cận được nguồn tín dụng này không làm cải thiện được thu nhập của các hộ (Phạm Tiến Thành, 2016). Tóm lại, nghiên cứu thực nghiệm vai trò của tín dụng chính sách xã hội trong việc ứng phó rủi ro sức khỏe của các hộ gia đình nông thôn Việt Nam có thể thông qua hai cơ chế: (i) các hộ gia đình nông thôn Việt Nam khi gặp vấn đề sức khỏe dẫn đến giảm sút thu nhập có thể sử dụng khoản tín dụng chính sách xã hội để tiêu dùng; (ii) các hộ gia đình sử dụng khoản vay tín dụng chính sách xã hội để sản xuất kinh doanh, từ đó tăng thu nhập và sử dụng khoản thu nhập tăng thêm này để ứng phó lại với các khoản chi khi gặp rủi ro về sức khỏe.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Mô hình định lượng trong nghiên cứu:

Dựa trên mô hình của Islam và Maitra (2012) như sau:

$$\Delta Y_{ivt} = \beta_0 + \beta_1 HS_{ivt} + \beta_2 (HS_{ivt} * CR_{ivt}) + \beta_4 X_{ivt} + \delta_v + \mu_t + (\delta_v * \mu_t) + \varepsilon_{ivt}$$

Trong đó:

ΔY_{ivt}: sự thay đổi của thu nhập qua các cuộc khảo sát của hộ *i* làng v.

HS_{ivt}: đại diện cho biến cú sốc sức khoẻ của hộ *i* làng *v* thời điểm t.

CR_{ivt}: việc có nhận được tín dụng chính sách xã hội của hộ *i* làng *v* thời điểm t.

X_{ivt}: đặc điểm của của hộ *i* làng *v* thời điểm t.

δ_v: biến giả tác động cố định theo làng (Village Fixed Effect: VFE);

μ_t: tác động của biến thời gian; ε_{ivt}: sai số.

β_1: mức tác động trung bình của các cú sốc sức khỏe lên biến phụ thuộc.

β_2: mức tác động của các cú sốc sức khỏe lên biến phụ thuộc khi hộ gia đình nông thôn tiếp cận được khoản tín dụng chính sách xã hội.

Với giả thuyết cho rằng tác động của các cú sốc sức khỏe lên hộ gia đình nông thôn Việt Nam được vay tín dụng chính sách xã hội và hộ gia đình nông thôn không vay là khác nhau, biến (HS_{ivt}*CR_{ivt}) được sử dụng làm tương tác giữa biến các cú sốc sức khoẻ HS_{ivt} và biến tình trạng nghèo đói CR_{ivt}.

Ngoài ra, nếu như không có tác động cố định làng xã thì các ước lượng có thể sẽ bị thiên lệch, vì các đặc điểm bị bỏ sót hay chưa quan sát được ở cấp độ xã này có thể tương quan với sai số. Do đó việc sử dụng tác động cố định làng xã có thể giúp giảm bớt được vấn đề ước lượng bị thiên lệch (Phạm Tiến Thành, 2016).

BẢNG 1: Giải thích ký hiệu các biến được sử dụng trong mô hình

TT	Ký hiệu	Tên biến
1	DINC	Tổng thu nhập
2	CONS2	Tiêu dùng cho sức khỏe
3	CONS3	Tiêu dùng cho thực phẩm hàng ngày
4	CONS4	Tiêu dùng cho phi thực phẩm hàng ngày (chỉ tính tiêu cho nhu yếu phẩm)
5	HS1	Rủi ro sức khỏe lên các thành viên trong độ tuổi lao động trong hộ (gặp rủi ro = 1; không bị = 0)
6	HS2	Biến giả: rủi ro sức khoẻ lên bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình (gặp rủi ro = 1; không bị = 0)
7	CR1	Tiếp cận tín dụng chính sách xã hội của hộ trong năm (số tiền được vay)
8	CR2	Biến giả: tiếp cận tín dụng chính sách xã hội của hộ (được vay = 1; không vay = 0)
9	MARI	Biến giả: tình trạng hôn nhân của chủ hộ (đã lập gia đình = 1; chưa lập gia đình, độc thân, ly hôn = 0)
10	GRAD	Học vấn của chủ hộ
11	OFFI	Biến giả: địa vị công chức của chủ hộ (có = 1; không = 0)
12	ETHI	Biến giả: dân tộc của chủ hộ (dân tộc Kinh = 1; Dân tộc khác = 0)
13	DEPE	Biến giả: tỷ lệ giữa người ngoài tuổi lao động với số người trong hộ
14	SIZE	Số người trong hộ
15	SFEM	Thành viên nữ trong hộ
16	SAGE1	Thành viên từ 1-5 tuổi
17	SAGE2	Thành viên từ 6-14 tuổi
18	SAGE3	Thành viên từ 61 tuổi trở lên
19	SSCH	Thành viên đang đi học
20	POOR	Biến giả: hộ nghèo (nghèo = 1; không nghèo = 0)
21	HOME	Biến giả: nhà riêng của hộ (nhà riêng = 1; thuê, ở nhờ = 0)
22	REGI	Biến giả: vùng miền cư trú của hộ (đồng bằng sông Hồng = 1; miền núi phía Bắc = 2; Bắc Trung Bộ = 3; duyên hải miền Trung = 4; Tây Nguyên = 5; Đông Nam Bộ = 6; đồng bằng sông Cửu Long = 7)

Công thức tính sự thay đổi qua các năm của các biến phụ thuộc (thu nhập, chi tiêu...) được xác định như sau:

$$\Delta Y_{ivt} = \frac{Y(ivt_1) - Y(ivt_2)}{\bar{Y}}$$

Trong đó:

ΔY_{ivt}: sự thay đổi qua các năm của các biến phụ thuộc (thu nhập, chi tiêu).

$\bar{Y}$: mức trung bình giữa hai thời điểm.

$Y(ivt_1)$: giá trị thực của các biến phụ thuộc theo năm t

$Y(ivt_2)$: giá trị thực của các biến phụ thuộc theo năm (t-1).

2.2.2. Dữ liệu nghiên cứu

Sử dụng dữ liệu Khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2010, 2012, 2014 và nguồn số liệu của Tổng cục Thống kê, Ngân hàng Chính sách xã hội, Ngân hàng Nhà nước Việt Nam cho năm 2016. Bộ dữ liệu cung cấp thông tin về đặc điểm của hộ gia đình, bao gồm: thu nhập, tiêu dùng, vấn đề sức khỏe, việc tiếp cận tín dụng chính sách xã hội và thống kê mô tả các biến sử dụng để phân tích. Cụ thể như sau:

- *Giai đoạn 2010-2012:*

Khảo sát mức sống hộ năm 2010 tại 3.133 xã, phường ở khu vực thành thị và nông thôn thuộc 8 vùng trong cả nước, mỗi xã, phường sẽ chọn ra 3 hộ để phỏng vấn, do đó số mẫu được khảo sát là 9.399 hộ. Đợt khảo sát năm 2012 chỉ phỏng vấn lặp lại 4.173 hộ trong đợt khảo sát năm 2010, do đó số hộ gia đình được phỏng vấn trong cả hai cuộc khảo sát là 4.173 hộ. Mẫu sau cùng sử dụng để phân tích là 3.674 quan sát trong đó có 285 hộ tiếp cận tín dụng chính sách xã hội từ Ngân hàng Chính sách xã hội và 3.389 hộ không được tiếp cận tín dụng chính sách xã hội (Phạm Tiến Thành, 2016) (bảng 2).

BẢNG 2: Thống kê mô tả các biến để phân tích giai đoạn 2010-2012

Tên biến	Toàn bộ mẫu		Hộ vay vốn		Hộ không vay vốn	
	Trung bình	Sai số chuẩn	Trung bình	Sai số chuẩn	Trung bình	Sai số chuẩn
Các chỉ tiêu tài chính (thay đổi giữa năm 2012 và năm 2010)						
DINC	0,426	0,038	0,428	0,035	0,425	0,038
CONS2	-0,013	0,286	0,004	0,303	-0,015	0,284
CONS3	0,109	0,387	0,154	0,386	0,105	0,388
CONS4	0,020	0,145	0,025	0,144	0,020	0,145
Biến cú sốc sức khỏe						
HS1	0,564	0,496	0,658	0,475	0,555	0,497
HS2	0,771	0,420	0,801	0,400	0,769	0,422
Đặc điểm hộ						
MARI	0,819	0,385	0,804	0,398	0,820	0,384
ETHI	0,836	0,370	0,589	0,493	0,859	0,348
OFFI	0,059	0,235	0,022	0,147	0,062	0,241
GRAD	7,156	3,655	5,712	3,714	7,292	3,620
SSCH	0,989	0,979	1,051	1,062	0,984	0,971
SIZE	3,995	1,565	4,180	1,572	3,978	1,563
DEPE	0,621	0,255	0,677	0,237	0,616	0,256
SFEM	2,022	1,051	2,082	1,030	2,016	1,053
SAGE1	0,360	0,607	0,389	0,660	0,358	0,602
SAGE2	0,569	0,782	0,646	0,873	0,561	0,772
SAGE3	0,414	0,682	0,278	0,573	0,427	0,690
HOME	0,974	0,158	0,981	0,137	0,974	0,160
POOR	0,104	0,305	0,472	0,500	0,069	0,254
Biến vùng miền						
REGI1	0,214	0,411	0,082	0,275	0,227	0,419
REGI2	0,169	0,375	0,326	0,469	0,155	0,362
REGI3	0,226	0,418	0,263	0,441	0,222	0,416
REGI4	0,070	0,256	0,063	0,244	0,071	0,257
REGI5	0,108	0,310	0,070	0,255	0,111	0,315
REGI6	0,212	0,409	0,196	0,398	0,214	0,410
REGI7						
Số quan sát	3674		285		3389	

Ghi chú: Các biến in nghiêng là biến giả trong mô hình.

- Giai đoạn 2014-2016:

Khảo sát mức sống hộ gia đình năm 2014 tại 3.112 xã, phường ở khu vực thành thị và nông thôn thuộc 8 vùng trong cả nước. Mỗi xã, phường sẽ chọn ra 3 hộ để phỏng vấn, do đó số mẫu được khảo sát từ mỗi đợt là 9.336 hộ. Đợt khảo sát năm 2016 chỉ phỏng vấn lặp lại 4.062 hộ trong đợt khảo sát năm 2014, do đó số hộ gia đình được phỏng vấn trong cả hai cuộc khảo sát là 4.062 hộ. Mẫu sau cùng sử dụng để phân tích là 3.782 quan sát trong đó có 297 hộ tiếp cận tín dụng chính sách xã hội từ Ngân hàng Chính sách xã hội và 3.485 hộ không được tiếp cận tín dụng chính sách xã hội (bảng 3).

BẢNG 3: **Thống kê mô tả các biến để phân tích giai đoạn 2014-2016**

Tên biến	Toàn bộ mẫu		Hộ vay vốn		Hộ không vay vốn	
	Trung bình	Sai số chuẩn	Trung bình	Sai số chuẩn	Trung bình	Sai số chuẩn
Các chỉ tiêu tài chính (thay đổi giữa năm 2012 và năm 2010)						
DINC	0,426	0,038	0,428	0,035	0,425	0,038
CONS2	-0,013	0,286	0,004	0,303	-0,015	0,284
CONS3	0,109	0,387	0,154	0,386	0,105	0,388
CONS4	0,020	0,145	0,025	0,144	0,020	0,145
Biến cú sốc sức khỏe						
HS1	0,564	0,496	0,658	0,475	0,555	0,497
HS2	0,771	0,420	0,801	0,400	0,769	0,422
Đặc điểm hộ						
MARI	0,819	0,385	0,804	0,398	0,820	0,384
ETHI	0,836	0,370	0,589	0,493	0,859	0,348
OFFI	0,059	0,235	0,022	0,147	0,062	0,241
GRAD	7,156	3,655	5,712	3,714	7,292	3,620
SSCH	0,989	0,979	1,051	1,062	0,984	0,971
SIZE	3,995	1,565	4,180	1,572	3,978	1,563
DEPE	0,621	0,255	0,677	0,237	0,616	0,256
SFEM	2,022	1,051	2,082	1,030	2,016	1,053
SAGE1	0,360	0,607	0,389	0,660	0,358	0,602
SAGE2	0,569	0,782	0,646	0,873	0,561	0,772
SAGE3	0,414	0,682	0,278	0,573	0,427	0,690
HOME	0,974	0,158	0,981	0,137	0,974	0,160
POOR	0,104	0,305	0,472	0,500	0,069	0,254
Biến vùng miền						
REGI1	0,214	0,411	0,082	0,275	0,227	0,419
REGI2	0,169	0,375	0,326	0,469	0,155	0,362
REGI3	0,226	0,418	0,263	0,441	0,222	0,416
REGI4	0,070	0,256	0,063	0,244	0,071	0,257
REGI5	0,108	0,310	0,070	0,255	0,111	0,315
REGI6	0,212	0,409	0,196	0,398	0,214	0,410
REGI7						
Số quan sát	3674		285		3389	

Ghi chú: Các biến in nghiêng là biến giả trong mô hình.

3. Kết quả nghiên cứu và thảo luận

Kết quả nghiên cứu tại bảng 4 cho thấy, khi các hộ gia đình tiếp cận được nguồn tín dụng chính sách xã hội có làm tăng thêm thu nhập của hộ ngay cả khi gặp rủi ro về sức khỏe. Điều này cho thấy rằng các hộ gặp rủi ro về sức khỏe có sử dụng nguồn vay để sản xuất kinh doanh và tạo ra thêm thu nhập. Như vậy, ngoài các hộ gia đình có thể đã sử dụng các phương án ứng phó khác như bán tài sản, bảo hiểm y tế, đi vay mượn... để trang trải các khoản cho y tế. Kết quả nghiên cứu tại bảng 5 cho thấy, khi thu nhập của các hộ gia đình được tăng lên, tiêu dùng cho sức khỏe tăng lên, nếu hộ gia đình gặp rủi ro về sức khỏe thì xu hướng chung là các hộ đều lựa chọn cắt giảm chi tiêu cho hàng hóa (trừ lĩnh vực y tế).

Kết quả ước lượng bảng 6 cho thấy, khi các hộ gia đình gặp rủi ro sức khỏe thì không ảnh hưởng nhiều đến việc tiêu dùng. Với trường hợp các hộ gặp rủi ro về sức khỏe có vay được tín dụng chính sách xã hội thì việc tiêu dùng cho thực phẩm cũng không thay đổi. Kết quả ước lượng bảng 7, khi cú sốc sức khỏe xảy ra thì các hộ gia đình có xu hướng cắt giảm chi tiêu cho các sản phẩm này, tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng có ý nghĩa thống kê. Kết quả cũng không rõ ràng và thống nhất đối với trường hợp các hộ gia đình bị cú sốc sức khỏe có nhân được khoản vốn tín dụng vi mô. Kết quả nghiên cứu ở bảng 6 và bảng 7 tương đối đồng nhất với nhận định của Phạm Tiến Thành (2016), phản ánh đúng thực tế là khi có vấn đề sức khỏe thì hộ gia đình vẫn không thể cắt giảm được các khoản chi tiêu ăn uống hàng ngày. Do đó, khi vay được khoản vốn tín dụng thì cũng không làm thay đổi gì việc chi tiêu cho thực phẩm hàng ngày. Đối với chi tiêu cho hàng hóa phi thực phẩm hàng ngày thì việc hộ có sử dụng nguồn tín dụng để ứng phó hay không có thể còn tùy thuộc vào số tiền vay được.

BẢNG 4: **Tác động của tín dụng chính sách xã hội lên thay đổi trong thu nhập *Giai đoạn 2010-2012:***

Biến phụ thuộc	Biến phụ thuộc: thay đổi thu nhập							
	Không VFE				Có VFE			
HS1	-2,66E-04 (-0,197)	-1,91E-04 (-0,141)			-9,13E-04 (-0,351)	-7,69E-04 (-0,295)		
HS1*CR1	2,13E-07 (0,99)				2,13E-07 (0,71)			
HS1*CR2		0,002 (0,59)				0,001 (0,26)		
HS2			2,91E-05 (0,018)	7,75E-05 (0,047)			2,35E-03 (0,758)	2,37E-03 (0,767)
HS2*CR1			1,80E-07 (0,92)				1,55E-07 (0,55)	
HS2*CR2				0,001 (0,593)				0,001 (0,367)

Giai đoạn 2014-2016:

Biến phụ thuộc	Biến phụ thuộc: thay đổi thu nhập							
	Không VFE				Có VFE			
HS1	-2,66E-04 (-0,197)	-1,91E-04 (-0,141)			-9,13E-04 (-0,351)	-7,69E-04 (-0,295)		
HS1*CR1	2,13E-07 (0,99)				2,13E-07 (0,71)			
HS1*CR2		0,002 (0,59)				0,001 (0,26)		
HS2			2,91E-05 (0,018)	7,75E-05 (0,047)			2,35E-03 (0,758)	2,37E-03 (0,767)
HS2*CR1			1,80E-07 (0,92)				1,55E-07 (0,55)	
HS2*CR2				0,001 (0,593)				0,001 (0,367)

BẢNG 5: Tác động của tín dụng chính sách xã hội lên thay đổi trong chi tiêu cho sức khỏe

Giai đoạn 2010-2012:

Biến phụ thuộc	Biến phụ thuộc: thay đổi chi tiêu chăm sóc sức khỏe							
	Không VFE				Có VFE			
HS1	0,159*** (15,960)	0,158*** (15,750)			0,159*** (9,485)	0,158*** (9,425)		
HS1*CR1	1,92E-06 (1,02)				-8,70E-07 (-0,285)			
HS1*CR2		0,0370* (1,691)				-0,002 (-0,054)		
HS2			0,191*** (17,140)	0,189*** (16,740)			0,201*** (10,920)	0,201*** (10,900)
HS2*CR1			2,35E-06 (1,37)				-6,04E-07 (-0,225)	
HS2*CR2				0,0389** (2,00)				0,001 (-0,005)

Giai đoạn 2014-2016:

Biến phụ thuộc	Biến phụ thuộc: thay đổi chi tiêu chăm sóc sức khỏe							
	Không VFE				Có VFE			
HS1	0,159*** (15,960)	0,158*** (15,750)			0,159*** (9,485)	0,158*** (9,425)		
HS1*CR1	1,92E-06 (1,02)				-8,70E-07 (-0,285)			
HS1*CR2		0,0370* (1,691)				-0,002 (-0,054)		
HS2			0,191*** (17,140)	0,189*** (16,740)			0,201*** (10,920)	0,201*** (10,900)
HS2*CR1			2,35E-06 (1,37)				-6,04E-07 (-0,225)	
HS2*CR2				0,0389** (2,00)				0,001 (-0,005)

Ghi chú: - Giá trị trong ngoặc đơn là T-Statistic.
- *,**,*** có ý nghĩa thống kê ở mức tương ứng là 10%, 5%, 1%.

BẢNG 6: Tác động của tín dụng chính sách xã hội lên thay đổi trong chi tiêu thực phẩm hàng ngày

Giai đoạn 2010-2012:

Biến phụ thuộc	Biến phụ thuộc: thay đổi thực phẩm hàng ngày							
	Không VFE				Có VFE			
HS1	0,004 (1,053)	0,005 (1,156)			0,006 (0,885)	0,007 (1,002)		
HS1*CR1	-1,26E-08 (-0,02)				-6,01E-08 (-0,0525)			
HS1*CR2		-0,005 (-0,569)				-0,007 (-0,504)		
HS2			0,006 (1,352)	0,007 (1,478)			0,008 (1,026)	0,008 (1,090)
HS2*CR1			-3,32E-07 (-0,556)				-2,09E-07 (-0,202)	
HS2*CR2				-0,008 (-1,156)				-0,081 (-0,605)

Giai đoạn 2014-2016:

Biến phụ thuộc	Biến phụ thuộc: thay đổi thực phẩm hàng ngày							
	Không VFE				Có VFE			
HS1	0,004 (1,053)	0,005 (1,156)			0,006 (0,885)	0,007 (1,002)		
HS1*CR1	-1,26E-08 (-0,02)				-6,01E-08 (-0,0525)			
HS1*CR2		-0,005 (-0,569)				-0,007 (-0,504)		
HS2			0,006 (1,352)	0,007 (1,478)			0,008 (1,026)	0,008 (1,090)
HS2*CR1			-3,32E-07 (-0,556)				-2,09E-07 (-0,202)	
HS2*CR2				-0,008 (-1,156)				-0,081 (-0,605)

BẢNG 7: Tác động của tín dụng chính sách xã hội lên thay đổitrong chi tiêu phi thực phẩm hàng ngày

Giai đoạn 2010-2012:

Biến phụ thuộc	Biến phụ thuộc: thay đổi chi tiêu cho phi thực phẩm hàng ngày							
	Không VFE				Có VFE			
HS1	-0,109* (-1,930)	-0,008* (-1,780)			-0,015 (-1,428)	-0,015 (-1,401)		
HS1*CR1	1,92E-06** (2,09)				2,47E-06 (-1,485)			
HS1*CR2		0,0178* (-1,749)				0,019 (-1,194)		
HS2			-0,009 (-1,314)	-0,008 (-1,224)			-0,011 (-1,259)	-0,011 (-1,169)
HS2*CR1			1,35E-06 (1,67)				2,04E-06 (1,35)	
HS2*CR2				0,008 (0,848)				0,011 (0,701)

Giai đoạn 2014-2016:

Biến phụ thuộc	Biến phụ thuộc: thay đổi chi tiêu cho phi thực phẩm hàng ngày							
	Không VFE				Có VFE			
HS1	-0,109* (-1,930)	-0,008* (-1,780)			-0,015 (-1,428)	-0,015 (-1,401)		
HS1*CR1	1,92E-06** (2,09)	-			2,47E-06 (-1,485)			
HS1*CR2		0,0178* (-1,749)				0,019 (-1,194)		
HS2			-0,009 (-1,314)	-0,008 (-1,224)			-0,011 (-1,259)	-0,011 (-1,169)
HS2*CR1			1,35E-06 (1,67)				2,04E-06 (1,35)	
HS2*CR2				0,008 (0,848)				0,011 (0,701)

Ghi chú: - Giá trị trong ngoặc đơn là T-Statistic.
- *,**,*** có ý nghĩa thống kê ở mức tương ứng là 10%, 5%, 1%.

4. Kết luận

Kết quả ước lượng cho thấy, khi các hộ gia đình nông thôn Việt Nam gặp rủi ro sức khỏe thì hầu như không tác động gì đến tổng thu nhập của hộ vàcó xu hướng làm tăng tiêu dùng cho y tế, giảm chi tiêu cho thực phẩm và giảm tiêu dùng hàng hóa phi thực phẩm hàng ngày, trong khi đó việc chi tiêu cho thực phẩm hàng ngày không thay đổi khi hộ gia đình có thành viên bị vấn đề về sức khỏe. Một kết quả quan trọng khi tiến hành thực nghiệm cho thấy: tín dụng chính sách xã hội có làm cải thiện được thu nhập của các hộ gia đình nông thôn và khi tiếp cận được tín dụng chính sách xã hội thì các hộ gia đình có tăngthêm chi tiêu cho y tế. Đối với khoản chi tiêu cho thực phẩm hàng ngày thì tín dụng chính sách xã hội cũng không làm thay đổi các khoản chi tiêu cho các mặt hàng này. Với trường hợp tiêu dùng hàng hóa phi thực phẩm hàng ngày thì, đối với hộ tiếp cận được tín dụng chính sách xã hội sẽ giúp các hộ tăng tiêu dùng cho mặt hàng này, tuy nhiên các kết luận không thống nhất giữa các mô hình và chỉ có ý nghĩa thống kê cho trường hợp ước lượng không sử dụng VFE./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gertler P., Levine D. I. & Morett E. (2009), Do Microfinance Programs Help Families Insure Consumption against Illness?, *Health Economics*, 18(3), 257-273. DOI: http://dx.doi.org/10.1002/hec.1372.

2. Islam A. & Maitra P. (2012), Health Shocks and Consumption Smoothing in Rural Households: Does Microcredit Have a Role to Play?, *Journal of Development Economics*, 97(2),232-243. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/jjdeveco.2011.05.003.

3. Jalan J. & Ravallion M. (1999), Are the Poor Less Well Insured? Evidence on Vulnerability to Income Risk in Rural China, *Journal of Development Economics*, 58(1), 61-81. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3878(98)00103-5.

4. Kurosaki T. (2006), Consumption Vulnerability to Risk in Rural Pakistan, *Journal of DevelopmentStudies*, 42(1), 70-89. DOI: http://dx.doi.org/10.1080/00220380500356696

5. Kurosaki Takashi (2009), *Economic Analysis of Poverty and Vulnerability*, Tokyo: Keiso Shobo.

6. Nguyen K. T., Khuat O. T. H., Ma S., Pham D. C., Khuat G. T. H. & Ruger J. P. (2012), Coping with health care expenses among poor households: evidence from rural Vietnam, *Social Science & Medicine*, 74, 724-733. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.027.

7. Phạm Tiến Thành (2016), Vai trò của tín dụng vi mô lên việc giảm thiểu các cú sốc sức khỏe - trường hợp của các hộ gia đình ở Việt Nam, *Kỷ yếu hội thảo Lựa chọn tốt hơn cho kinh tế Việt Nam: từ lý thuyết đến thực tiễn*, Đại học Kinh tế thành phố Hồ Chí Minh, thành phố Hồ Chí Minh, 94-109.

8. Thủ tướng Chính phủ (2002), Quyết định số 131/2002/QĐ-TTg về việc thành lập Ngân hàng Chính sách xã hội, ban hành ngày 4-10-2002.

9. Tọa đàm "Tín dụng chính sách vùng Tây Nam bộ, phát huy hiệu quả kinh tế-xã hội" (2017), truy cập ngày 6 tháng 7 năm 2017, từ http://vbsp.org.vn/toa-dam-tin-dung-chinh-sach-vung-tay-nam-bo-phat-huy-hieu-qua-kinh-te-xa-hoi.html.

10. Tổng cục Thống kê Việt Nam: http://www.gso.gov.vn.