

Penerapan *Earmarking* Cukai Hasil Tembakau di Indonesia: Regulasi dan Konsep Ideal

The Implementation of Tobacco Excise Earmarking in Indonesia: Regulation and Ideal Concept

Eddy Mayor Putra Sitepu^{α*}

* Email: Eddy.Sitepu@gmail.com

^α Pusat Kebijakan Pendapatan Negara,
Badan Kebijakan Fiskal, Kementerian
Keuangan.

Gedung RM. Notohamiprodjo Lt.5
Kementerian Keuangan
Jl. Dr. Wahidin 1 Jakarta 10710

Riwayat artikel:

- Diterima 2 November 2016
- Direvisi 25 November 2016
- Disetujui 5 Desember 2016

Kata kunci: *earmarking*; cukai; DBH CHT;
eksternalitas

JEL Classification: H23

Abstrak

Konsumsi rokok telah menyebabkan kematian atas setengah dari konsumennya (WHO, 2016), sehingga perlu tindakan dalam skala luas untuk melindungi masyarakat dari bahaya rokok. Di Indonesia, kebijakan *earmarking* telah diterapkan sejak 2008, namun hasilnya belum seperti yang diharapkan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis: tujuan kebijakan *earmarking* melalui DBH CHT; proporsi alokasi DBH CHT untuk pemerintah daerah; dan dasar alokasi DBH CHT yang tepat. Metodologi yang digunakan adalah studi literatur dengan menggunakan analisis deskriptif kualitatif dan analisis komparatif dengan membandingkan berbagai alternatif dasar alokasi yang dapat digunakan untuk pengalokasian DBH CHT. Berdasarkan hasil penelitian, tujuan dari kebijakan DBH CHT harus dirancang ulang untuk mengakomodasi langkah-langkah yang diperlukan dalam mengatasi eksternalitas negatif akibat merokok. Selanjutnya, tingkat redistribusi harus diubah dari tingkat kabupaten/kota menjadi tingkat provinsi untuk meningkatkan lingkup kebijakan dan ruang lingkup tindakan. Terakhir, dasar alokasi harus didesain ulang karena dasar alokasi saat ini akan mendorong pemerintah daerah untuk meningkatkan produksi rokok daripada mengendalikannya.

Cigarette consumption has caused the death of over half of its consumers (WHO, 2016), which requires action on a wide scale to protect the public from the dangers of smoking. In Indonesia, earmarking policy has been applied since 2008, but the results were not as expected. The purpose of this study was to analyze: earmarking policy objectives through redistribution of tobacco excise; the proportion of redistributed tobacco excise allocated for local government; and the appropriate basis of allocation of the redistributed tobacco excise. The methodology used in this research is the study of literature by using qualitative descriptive analysis and comparative analysis to compare different alternatives of allocation bases that can be used for the allocation of the redistributed tobacco excise. Based on this research, the purpose of earmarking policies must be redesigned to accommodate the effective measures required to address the negative externalities caused by smoking. Furthermore, the level of redistribution must be changed from the district/city became the provincial level in order to increase the scope of the policy and scope of the action. Lastly, the basic allocation should be redesigned because the current allocation basis will encourage local governments to increase cigarette production rather than controlling it.

I. PENDAHULUAN

Konsumsi produk tembakau khususnya rokok mengakibatkan berbagai masalah terkait kesehatan dan sosial. Menurut *Center for Disease Control and Prevention* (2014), perokok mempunyai kemungkinan lebih tinggi mengidap penyakit jantung, *stroke*, dan kanker paru-paru. Perokok juga mempunyai risiko yang lebih besar menderita penyakit yang mempengaruhi jantung dan pembuluh darah (penyakit kardiovaskular). Merokok dapat menyebabkan penyakit paru-paru dengan merusak saluran pernapasan dan kantung udara kecil (*alveoli*) pada paru-paru. Selain itu, merokok juga dapat menyebabkan kanker hampir di mana saja di tubuh manusia. Bagi wanita, merokok dapat membuat lebih sulit untuk hamil dan dapat mempengaruhi kesehatan bayi sebelum dan setelah kelahiran. Merokok juga dapat mempengaruhi sperma laki-laki, yang dapat mengurangi kesuburan dan juga meningkatkan risiko cacat lahir dan keguguran. Selain itu, merokok juga dapat menyebabkan peradangan dan efek samping pada fungsi kekebalan tubuh. Daftar ini bisa terus bertambah panjang. (*Center for Disease Control and Prevention*, 2014).

Di pihak lain, industri rokok memberikan kontribusi yang cukup signifikan terhadap perekonomian. Berdasarkan laporan Ernst & Young (2015), nilai penjualan rokok di Indonesia diperkirakan mencapai Rp276 triliun pada tahun 2014. Dari sisi tenaga kerja, industri rokok melibatkan sekitar 5,98 juta pekerja, terdiri dari 4,28 juta pekerja di sektor manufaktur dan distribusi, dan 1,7 juta pekerja di sektor perkebunan. Kediri, Kudus, Malang dan Surabaya merupakan daerah sentra utama industri rokok. Laporan tersebut juga mencatat bahwa dalam rentang waktu 5 tahun (2009-2013), kontribusi perkebunan tembakau dan cengkeh terhadap total industri rokok di Indonesia mencapai Rp14-30 triliun. Penerimaan negara dari cukai hasil tembakau juga cukup besar, mencapai Rp139,5 triliun pada tahun 2015, atau sekitar 9,8% dari total penerimaan perpajakan.

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), produk tembakau menyebabkan kematian pada setengah dari konsumennya (WHO, 2016). Konsumsi produk tembakau telah menyebabkan kematian atas sekitar 6 juta orang setiap tahunnya. Lebih dari 5 juta dari angka tersebut adalah akibat dari konsumsi langsung produk tembakau sementara sekitar 600.000 orang meninggal akibat terpapar sebagai perokok pasif. Masih dari sumber tersebut di atas, hampir 80% dari total 1 miliar perokok di seluruh dunia hidup di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Data konsumsi rokok dunia tahun 2014 menunjukkan bahwa Indonesia menempati peringkat ke-4 di dunia, setelah Tiongkok, Rusia, dan Amerika Serikat (*Tobacco Atlas*, 2016). Hal ini diperkuat pula dengan produksi rokok di Indonesia, berdasarkan data tahun 2010, yang menempati peringkat ke-5 tertinggi di dunia, di bawah Tiongkok, Rusia, Amerika Serikat dan Jerman (*Tobacco Atlas*, 2016). Oleh karena itu, penanganan atas dampak negatif yang timbul akibat konsumsi produk tembakau perlu menjadi perhatian serius bagi para pemangku kepentingan di Indonesia.

Mengingat besarnya skala eksternalitas negatif yang timbul akibat konsumsi produk tembakau, tindakan yang masif diperlukan untuk melindungi masyarakat dari bahaya yang disebabkan oleh rokok dan pada saat yang sama memberikan efek jera bagi perokok jika memungkinkan. Salah satu opsi instrumen yang dapat digunakan sebagai kebijakan berdasarkan pasar (*market-based policy*) adalah dengan menggunakan pajak (Gayer & Rosen, 2013). Negara-negara menerapkan pajak yang tinggi atas produk tembakau dengan maksud untuk mengontrol konsumsi.

Selanjutnya, dalam rangka untuk secara aktif meningkatkan kondisi kesehatan masyarakat dan lingkungan, pendapatan yang dikumpulkan disarankan untuk dialokasikan untuk berbagai kegiatan. WHO lebih lanjut merekomendasikan untuk mengalokasikan sebagian kecil dari total penerimaan pajak nasional pada produk tembakau untuk mendanai inisiatif promosi kesehatan termasuk program pengendalian tembakau (Guindon et.al., 2003). Dana *earmarking*² ini juga dapat digunakan untuk

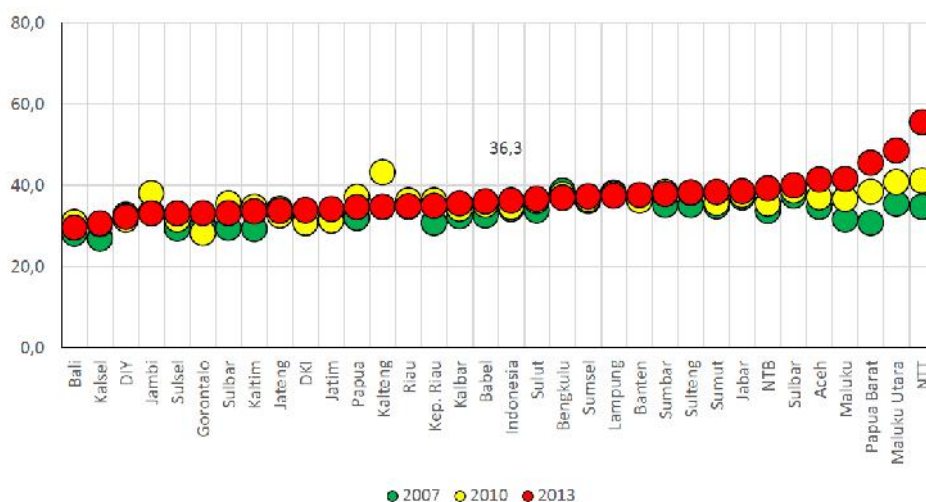
² *Earmarking* adalah dana (atau modal) yang disisihkan untuk mendanai sebuah proyek atau kegiatan tertentu. Dalam beberapa kasus, istilah ini juga identik dengan kata "*flagged*", atau "*marked*", terutama bila digunakan dalam konteks penganggaran di parlemen.

program-program yang akan memudahkan transisi dari kegiatan terkait industri tembakau bagi petani tembakau dan pekerja, yang mata pencahariannya dapat terpengaruh oleh berkurangnya konsumsi rokok.

Kebijakan *earmarking* telah diterapkan oleh banyak negara. Di India, 2 rupee per seribu beedi³ yang diproduksi di-*earmark* berdasarkan Undang-Undang tentang Dana Kesejahteraan Pekerja Beedi tahun 1976. Dana Kesejahteraan ini dikelola oleh Kementerian Tenaga Kerja dan dimaksudkan untuk menyediakan perumahan, perawatan kesehatan, jaminan sosial, pendidikan dan fasilitas rekreasi untuk pekerja yang bekerja di industri beedi (Ministry of Labour – India, 2003). Di Nepal, kebijakan dibuat oleh Parlemen Nasional untuk mengenakan "Pajak Kesehatan" sebesar 1 paisha per batang rokok yang diproduksi (produksi dalam negeri atau diimpor). Pajak kesehatan ini berlaku efektif pada tahun fiskal 1993-1994 dan kemudian meningkat menjadi 2 paisha di 1994-1995. Pendapatan yang dihasilkan dari pemungutan pajak ini diperuntukkan untuk pengendalian kanker (Karki et al., 2003), namun nilainya telah sangat tergerus oleh inflasi. Pada tahun 2001, pemerintah Thailand menerbitkan Undang-Undang Yayasan Promosi Kesehatan yang menjadi dasar pendirian Yayasan Promosi Kesehatan Thailand (ThaiHealth). ThaiHealth menerima 2% dari total penerimaan pajak nasional atas produk alkohol dan tembakau (ThaiHealth, 2003).

Di Indonesia, kebijakan *earmarking* telah dilaksanakan sejak tahun 2008 melalui dana bagi hasil cukai hasil tembakau (DBH CHT) yang ditetapkan berdasarkan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai. Namun demikian, dampak dari kebijakan tersebut terhadap pengurangan konsumsi tembakau sangat kecil walaupun ada. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), dapat diketahui bahwa prevalensi merokok meningkat dari satu survei ke survei berikutnya. Selain itu, usia ketika seseorang merokok untuk pertama kalinya semakin muda dari satu survei ke survei berikutnya dan jumlah rokok yang dikonsumsi juga meningkat.

GAMBAR-1: Prevalensi Penduduk Berusia ≥ 15 Tahun Menurut Kebiasaan Merokok dan Mengunyah Tembakau berdasarkan Provinsi di Indonesia; 2007, 2010, and 2013



Sumber: Riskesdas (BPS)

Dalam kurun waktu 9 tahun sejak implementasi kebijakan dana bagi hasil (*earmarking*) cukai hasil tembakau (2008-2016), eksternalitas negatif yang timbul sebagai akibat dari konsumsi rokok justru semakin meningkat. Prevalensi merokok menunjukkan tren yang meningkat dalam periode 2007-2013 (Riskesdas, BPS). Sebagaimana terlihat pada Gambar 1, prevalensi perokok pada tahun 2007, 2010, dan 2013 merupakan data gabungan dari perokok dan orang yang mengunyah tembakau dalam kelompok

³ Beedi adalah rokok India berukuran kecil yang berisi serpihan tembakau dan dibungkus tendu atau daun *Piliostigma racemosum* lalu diikat dengan tali di salah satu ujungnya.

usia 15 tahun ke atas. Proporsi penduduk berusia 15 tahun ke atas yang merokok dan mengunyah tembakau cenderung meningkat. Menurut Riskesdas 2007 proporsinya 34,2%, meningkat menjadi 34,7% pada tahun 2010 dan dalam naik kembali menjadi 36,3% pada tahun 2013.

Selanjutnya, secara lebih detail persentase perokok muda dari tahun ke tahun menunjukkan tren peningkatan. Masih berdasarkan data Riskesdas, pada tahun 2007, persentase dari total populasi perokok berusia 15-24 tahun adalah 24,6%. Jumlah ini meningkat menjadi 26,6% pada tahun 2010. Selain itu, rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap oleh penduduk berumur lebih dari 10 tahun juga meningkat, dari 12 batang per hari di 2007 menjadi 12,3 batang per hari pada 2013.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, penulis memandang perlu untuk melakukan analisis terhadap pelaksanaan kebijakan *carmarking* cukai hasil tembakau di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui: (i) apakah tujuan kebijakan *carmarking* melalui DBH CHT sudah tepat?; (ii) apakah proporsi alokasi DBH CHT untuk pemerintah daerah sudah tepat?; dan (iii) apakah dasar alokasi dana bagi hasil yang digunakan sudah tepat dan sejalan dengan upaya mengatasi eksternalitas negatif akibat merokok?

2. TINJAUAN PUSTAKA

Tujuan pengenaan pajak sebagaimana lazimnya dipahami adalah untuk mengumpulkan penerimaan negara untuk mendanai pengadaan barang dan jasa yang disediakan oleh pemerintah (Buchanan and Flowers, 1975). Tujuan tradisional dari pengenaan pajak tersebut, sejak tahun 1930an, telah dilengkapi dengan suatu konsep kebijakan fiskal atau norma makroekonomi. Dalam konsep ortodoks Keynesian, perpajakan merupakan instrumen yang tepat untuk membatasi permintaan moneter agregat selama periode terjadinya inflasi yang berkepanjangan, terlepas dari pendanaan bujeter yang difasilitasi oleh situasi tersebut.

Sistem pajak di semua tingkatan dan sepanjang sejarah telah memasukkan tujuan pembatasan permintaan ini, tetapi dengan berbagai kepentingan yang berbeda-beda. *Sumptuary tax*⁴ (pajak *sumptuary*) jarang absen dari struktur pajak. Menurut definisi, pajak *sumptuary* adalah jenis pajak yang dikenakan pada produksi, penjualan, atau konsumsi komoditas atau jasa tertentu dengan maksud untuk mengurangi konsumsi akhir atas barang dan jasa tersebut relatif terhadap barang dan jasa lainnya dalam perekonomian (Buchanan dan Flowers, 1975). Pungutan yang populer atas alkohol, tembakau, tiket lotere, balap kuda dan anjing, bermain kartu, meja biliar, dan berbagai barang lainnya menemukan asal-usulnya di tujuan ini, setidaknya untuk batas tertentu. Komoditas atau jasa yang dimaksud di sini adalah yang dianggap "tidak diinginkan" sebagai barang konsumsi akhir oleh setidaknya proporsi signifikan dari masyarakat, tetapi atas barang atau jasa tersebut ada permintaan yang cukup besar yang membuat pelarangan langsung kurang layak untuk diterapkan dibandingkan dengan pengenaan pajak sebagai alternatif kebijakan. Pendekatan pilihan publik untuk pengambilan keputusan politik sangat membantu dalam memahami keberadaan pajak *sumptuary* dalam sistem fiskal modern, meskipun peringatan ekonom bahwa semua pajak tersebut melanggar dalil efisiensi dan pemerataan dalam perpajakan. Pajak yang demikian paling baik dilihat sebagai alat atau instrumen, yang olehnya keinginan yang bertentangan dari masyarakat didamaikan, yaitu keinginan yang menghendaki batas-batas yang sesuai terhadap kebebasan pilihan konsumsi individu.

Berbagai kegiatan dalam ekonomi modern terkait satu sama lain, baik melalui mekanisme pasar atau tidak. Interdependensi kegiatan yang tidak melalui mekanisme pasar berpotensi menimbulkan masalah atau efek samping sebagai akibat dari tindakan pihak tertentu terhadap pihak lain. Efek samping yang terjadi disebut sebagai eksternalitas—dapat bersifat positif atau negatif—dimana tidak ada kompensasi apapun kepada pihak lain yang terkena dampak dan menyebabkan inefisiensi dalam alokasi faktor-faktor produksi.

⁴ *Sumptuary tax* adalah pajak yang dimaksudkan untuk membatasi belanja rumah tangga terhadap makanan dan keperluan pribadi.

Baumol and Oates (1975) menjelaskan konsep eksternalitas dalam dua aspek yang berbeda:

1. Eksternalitas yang bisa habis (*depletable externality*) merupakan dampak eksternal yang mempunyai karakteristik barang pribadi (baik yang berdampak baik atau buruk) di mana jika barang tersebut dikonsumsi oleh satu individu, barang tidak dapat dikonsumsi oleh orang lain.
2. Eksternalitas yang tidak habis (*undepletable externality*) adalah efek eksternal yang mempunyai karakteristik barang publik di mana barang dapat dikonsumsi oleh seseorang, dan juga oleh orang lain. Dengan kata lain, ukuran konsumsi seseorang atas barang tersebut tidak akan mengurangi konsumsi orang lain. Dalam perspektif ekonomi, eksternalitas jenis kedua ini merupakan hal yang rumit.

Eksternalitas dan inefisiensi timbul karena salah satu atau lebih dari prinsip-prinsip alokasi sumber daya yang efisien tidak terpenuhi. Mekanisme timbulnya eksternalitas dan inefisiensi alokasi sumber daya terbentuk sebagai akibat dari faktor-faktor berikut: (i) adanya barang publik; (ii) berbagi sumber daya; (iii) ketidaksempurnaan pasar; dan (iv) kegagalan pemerintah. Untuk mengatasi eksternalitas dan melindungi kepentingan umum, cara yang efektif harus diambil adalah melalui kebijakan publik. Pendekatan kebijakan publik dapat diterapkan dengan menggunakan kebijakan perintah-dan-kendalikan (*command-and-control*) atau kebijakan berbasis pasar. Kebijakan berbasis pasar dianggap sebagai pendekatan yang lebih baik karena akan mendorong para pengambil keputusan di pasar untuk secara sukarela memilih solusi untuk mengelola masalah mereka. Pendekatan kebijakan berbasis pasar dapat diimplementasikan dengan menggunakan instrumen pajak Pigovian, yang secara khusus diterapkan untuk mengoreksi efek dari eksternalitas negatif, seperti yang direkomendasikan oleh ekonom Arthur Pigou (1977-1959).

Pajak Pigovian tidak sama dengan pajak lainnya yang umumnya menyebabkan penurunan kesejahteraan ekonomi (penurunan surplus produsen dan surplus konsumen). Pajak Pigovian diterapkan untuk memperbaiki insentif di tengah-tengah adanya eksternalitas, sehingga mendorong alokasi sumber daya lebih dekat ke titik optimal sosial. Jadi, selain untuk memberikan pendapatan tambahan bagi pemerintah, pajak Pigovian juga meningkatkan efisiensi ekonomi.

Dalam teori kebijakan publik, efisiensi pemanfaatan anggaran pemerintah sangat penting. Menurut ekonom (McCleary, 1991), satu langkah untuk mencapai efisiensi dalam penggunaan anggaran pemerintah adalah melalui *earmarking*, yang merupakan kebijakan pemerintah untuk menggunakan anggaran untuk program tertentu dimana sumber pendapatan dan pos pengeluarannya ditentukan secara khusus. Dalam prakteknya, pelaksanaan *earmarking* telah berkembang pesat, baik di negara maju dan berkembang. Di Kolombia, *earmarking* telah diberlakukan untuk meningkatkan infrastruktur di daerah perkotaan (ITDP, 2014). Di Australia, kebijakan *earmarking* yang paling populer adalah Medicare Levy, di mana tujuan *earmarking* adalah untuk membantu pembiayaan pelayanan kesehatan (Smart Company, 2013).

Beberapa negara di dunia menggunakan kebijakan *earmarking* untuk berbagai keperluan. Dari fenomena tersebut, sulit untuk menentukan negara mana yang berhasil atau gagal dalam memberlakukan kebijakan *earmarking*. Ghana, misalnya, yang berhasil dalam menerapkan *earmarking* dalam pembiayaan pembangunan dan pemeliharaan infrastruktur jalan raya (GhanaWeb, 2012). Alasan keberhasilannya adalah karena dana yang digunakan untuk membangun jalan tol ini penting untuk distribusi dana ke masyarakat, dan telah meningkat tajam dalam beberapa waktu. Bukti ini berbeda dengan Mali, Afrika Tengah, dan Kongo, yang telah gagal dalam melaksanakan *earmarking* (Reno, 2006). Di negara-negara tersebut, inefisiensi anggaran terjadi. Ini memang salah satu ancaman yang berat dalam penerapan *earmarking*, selain kesulitan meningkatkan pendapatan yang di-*earmark*.

Namun demikian, perdebatan tentang keuntungan dan kerugian dalam menerapkan *earmarking* masih banyak dibahas di kalangan ekonom. Seperti dikemukakan oleh Deran (1965) dalam Enoch et al. (2003), kritik atas *earmarking* yaitu bahwa: (i) *earmarking* mengganggu pengendalian anggaran yang

efektif; (ii) *earmarking* mengarah pada misalokasi dana, memberikan kelebihan pendapatan kepada beberapa fungsi tertentu sementara fungsi-fungsi lainnya tidak mendapat dukungan; (iii) *earmarking* berdampak pada tidak fleksibelnya struktur pendapatan, yang berakibat pada sulitnya legislatif untuk membuat penyesuaian yang tepat ketika kondisi berubah; (iv) peraturan tentang *earmarking* seringkali masih tetap berlaku lama setelah ketiadaan kebutuhan atas keberadaan kebijakan tersebut; (v) dengan dihapusnya sebagian tindakan fiskal dari kegiatan tinjauan dan pengendalian berkala, *earmarking* menyalahi proses pembuatan kebijakan yang dipegang oleh eksekutif dan legislatif. Karena itu, Baumol et. al. (1991) dalam The World Bank Research Observer memperingatkan agar kebijakan *earmarking* diterapkan hanya dalam kondisi yang tertentu dan sangat terbatas.

Di pihak lain, masih menurut Deran (1965) dalam Enoch et al. (2003), argumentasi yang mendukung kebijakan *earmarking* justru lebih kuat, yaitu bahwa: (i) *earmarking* dapat menjadi instrumen untuk menerapkan prinsip manfaat (*benefit*) dari pengenaan pajak; (ii) *earmarking* menjamin tingkat belanja yang minimum untuk fungsi pemerintahan yang dikehendaki; (iii) dengan jaminan keberlanjutan untuk proyek tertentu, *earmarking* dapat mengurangi biaya pelaksanaan proyek tersebut karena tingkat bunga obligasi yang lebih rendah dan keuntungan dari perencanaan jangka panjang; (iv) *earmarking* dapat membantu mengatasi penolakan terhadap jenis pajak yang baru atau kenaikan tarif pajak; (v) *earmarking* merupakan cara yang sudah terbukti dapat mempengaruhi penerimaan masyarakat atas suatu kebijakan.

Justifikasi atas kebijakan *earmarking* tersebut di atas terkait erat dengan kebutuhan pendanaan terhadap usaha untuk mengatasi eksternalitas negatif, dimana dalam komentar tentang prinsip *earmarking* dalam keuangan publik, Teja and Bracewell-Milnes (1991) menyimpulkan bahwa keberatan tradisional atas kebijakan *earmarking* sebenarnya lemah dan tidak valid karena argumentasi tersebut dibuat berdasarkan asumsi sistem keuangan publik yang utopis dan pembuatan kebijakan yang demokratis yang jauh dari realitas. *Earmarking* merupakan suatu usaha terbaik kedua (*second-best*) atau yang keburukannya paling sedikit; dalam dunia yang tidak sempurna, *earmarking* dapat memberikan keputusan yang lebih baik atau tingkat kerusakan yang paling sedikit terhadap penciptaan kemakmuran dibandingkan dengan pendanaan konvensional yang terkotak-kotak dalam belanja pemerintah.

Selanjutnya, dalam sistem pemerintahan yang menerapkan desentralisasi seperti Indonesia, tingkatan pemerintah yang melaksanakan kebijakan perlu menjadi perhatian, apakah dilaksanakan di tingkat pemerintah pusat atau pemerintah daerah dengan berbagai jenjang. Rosen (1995) menjelaskan mengenai teori desentralisasi optimal yang bertujuan untuk menentukan pembagian yang tepat dari kegiatan antara tingkat pemerintahan. Sebagian besar ekonom sepakat bahwa keputusan terkait pengeluaran dan perpajakan yang dimaksudkan untuk mempengaruhi tingkat pengangguran dan inflasi harus dilakukan oleh pemerintah pusat. Tidak ada pemerintah daerah yang punya kekuasaan yang cukup besar untuk mempengaruhi keseluruhan tingkat kegiatan ekonomi. Beberapa ekonom makro (sebagaimana dirangkum oleh Wibbels & Rodden (2006)) berpendapat bahwa tidak mungkin bahkan bagi pemerintah pusat sekalipun untuk menjalankan kebijakan yang efektif untuk melawan siklus bisnis. Sejauh suatu kebijakan stabilisasi layak dan diinginkan, kebijakan tersebut harus dilakukan di tingkat nasional. Terkait dengan kegiatan ekonomi mikro dalam rangka meningkatkan efisiensi dan pemerataan, kontroversinya jauh lebih banyak. Dalam kerangka ekonomi untuk kesejahteraan, pertanyaannya adalah apakah sistem terpusat atau desentralisasi yang lebih memungkinkan untuk memaksimalkan kesejahteraan sosial.

3. METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi literatur dengan menggunakan analisis deskriptif kualitatif dan analisis komparatif dengan membandingkan berbagai alternatif dasar alokasi yang dapat digunakan untuk pengalokasian DBH CHT. Data yang digunakan dalam penelitian ini

antara lain: (i) komposisi penduduk berdasarkan kelompok umur di tiap provinsi (diperoleh dari data Sensus Penduduk 2010 (BPS)); (ii) prevalensi perokok dan jumlah rata-rata rokok yang dikonsumsi per hari per provinsi (diperoleh dari data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, 2010 dan 2013 (BPS)); (iii) data belanja bantuan sosial tahun dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi tahun 2010 (Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan, Kementerian Keuangan); dan (iv) alokasi DBH CHT tahun 2008-2016 sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan (Kementerian Keuangan).

4. HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Penerimaan cukai dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan, walaupun pengenaan cukai tidak dimaksudkan semata-mata untuk tujuan penerimaan negara. Berdasarkan data APBN 2005-2015, penerimaan cukai naik dari Rp33,25 triliun pada tahun 2005 menjadi Rp145,7 triliun pada tahun 2015 (terjadi kenaikan sebesar 438,23%). Hal ini sejalan dengan peningkatan penerimaan pajak dalam periode yang sama yang mencapai 402,11%. Penerimaan pajak mengalami kenaikan yang signifikan pada tahun 2008 dan 2015 mencapai 34,16% dan 30,26%, selain mengalami penurunan dan stagnasi pada tahun 2009 dan 2010. Meskipun demikian, penerimaan cukai terus meningkat secara konsisten dengan peningkatan terbesar terjadi pada tahun 2015 yang mencapai 23,61%.

Dengan melihat proporsi penerimaan cukai terhadap total penerimaan pajak dapat diketahui bahwa penerimaan cukai memberikan kontribusi yang cukup signifikan. Dalam periode 2005-2015, persentase penerimaan cukai terhadap total penerimaan pajak berkisar antara 7,78%-10,31%. Dari total penerimaan cukai dalam periode tersebut, cukai hasil tembakau (HT) menjadi sumber penerimaan cukai yang utama mencapai lebih dari 95%, sedangkan cukai Etil Alkohol (EA) dan cukai Minuman Mengandung Etil Alkohol (MMEA) menyumbang kurang dari 5% dari total penerimaan cukai.

Pada tahun 2007, pemerintah bersama-sama dengan Dewan Perwakilan Rakyat menerbitkan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Cukai yang merupakan perubahan atas Undang-Undang sebelumnya yaitu Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995. Dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 diatur bahwa: "Penerimaan negara dari cukai hasil tembakau yang dibuat di Indonesia dibagikan kepada provinsi penghasil cukai hasil tembakau sebesar 2% (dua persen) yang digunakan untuk mendanai peningkatan kualitas bahan baku, pembinaan industri, pembinaan lingkungan sosial, sosialisasi ketentuan di bidang cukai, dan/atau pemberantasan barang kena cukai ilegal" (Pasal 66A ayat 1). Ketentuan sebagaimana tersebut di atas mengenai bagi hasil cukai hasil tembakau tidak diatur dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995.

Penjelasan Pasal 66A ayat 1 Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Cukai mengatur bahwa cukai hasil tembakau yang dibuat di Indonesia dibagikan kepada daerah karena barang kena cukai berupa hasil tembakau memiliki sifat atau karakteristik yang konsumsinya perlu dikendalikan dan diawasi serta memberikan dampak negatif bagi masyarakat dan mengoptimalkan upaya penerimaan negara dari cukai. Pengendalian dan pengawasan dilakukan oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Dana bagi hasil cukai merupakan bagian kapasitas fiskal yang perhitungannya disesuaikan dengan formula Dana Alokasi Umum (DAU) yang setiap tahun ditetapkan dalam pembahasan RAPBN. Selanjutnya, penjelasan Pasal 66A ayat 3 Undang-Undang tersebut menguraikan bahwa pembagian, pengelolaan, dan penggunaan pembagian DBH CHT kepada kabupaten/kota penyumbang cukai hasil tembakau dan dihitung berdasarkan kontribusi penerimaan cukai hasil tembakaunya.

Sebagaimana telah diuraikan pada bagian pendahuluan, sejak implementasi kebijakan DBH CHT hingga saat ini, dampak kebijakan tersebut terhadap pemberantasan eksternalitas negatif akibat merokok belum tampak, bahkan cenderung memburuk. Pada kenyataannya, hingga saat ini belum ada studi atau kajian yang mengevaluasi penerapan kebijakan tersebut. Setidaknya ada 3 kemungkinan penyebab yang menghambat keberhasilan kebijakan *carmarking* cukai tembakau. Masing-masing akan diuraikan dalam bagian berikut ini.

Pertama, tujuan dari kebijakan *earmarking* seperti yang telah ditetapkan tidak sejalan dengan upaya pemberantasan eksternalitas negatif akibat merokok. Penggunaan DBH CHT diarahkan untuk mendanai lima kegiatan utama yang telah ditentukan sebagaimana diatur dalam Pasal 66A ayat (1) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007, yaitu (1) peningkatan kualitas tembakau sebagai bahan baku, (2) pengembangan industri hasil tembakau, (3) pengembangan lingkungan sosial, (4) sosialisasi ketentuan cukai, dan (5) pemberantasan barang kena cukai ilegal. Tujuan dari ketentuan tersebut adalah untuk memastikan bahwa DBH CHT digunakan sesuai dengan tujuan tersebut oleh daerah penghasil tembakau, baik dalam rangka meningkatkan produksi maupun untuk mengendalikan dampak sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007.

Seperti telah dikemukakan dalam ketentuan di atas, tampak bahwa DBH CHT lebih cenderung digunakan untuk mendorong peningkatan produktivitas produk tembakau. Dari kelima kelompok kegiatan tersebut di atas, hanya 1 kegiatan yang terkait langsung dengan upaya mengatasi eksternalitas negatif akibat merokok, yaitu pembinaan lingkungan sosial. Hal ini tidak sejalan dengan tujuan awal dari pengenaan pajak yaitu mengendalikan konsumsi. Agar konsisten dengan tujuan pengenaan cukai hasil tembakau, pemanfaatan DBH CHT harus diarahkan untuk kegiatan yang mendorong perokok untuk mengurangi konsumsinya. Selain itu, diperlukan upaya-upaya yang dapat mengurangi dampak negatif yang disebabkan oleh merokok untuk masyarakat umum.

Kedua, DBH CHT sebagian besar dialokasikan di tingkat kabupaten/kota dan bukan di tingkat provinsi. Dana *earmarking* cukai hasil tembakau berasal dari cukai yang dikenakan pada produk tembakau yang diproduksi di dalam negeri, dimana sebesar 2% didistribusikan ke provinsi penghasil tembakau. Dalam pengelolaan dan penggunaan dana tersebut, Gubernur mengatur distribusi dana untuk cukai tembakau kepada Bupati/Walikota di daerah masing-masing sesuai dengan kontribusi pendapatan cukai tembakau. Distribusi DBH CHT dilakukan berdasarkan persetujuan Menteri Keuangan (dengan menerbitkan Peraturan Menteri Keuangan), dengan komposisi 30% untuk provinsi penghasil, 40% untuk kabupaten/kota daerah penghasil, dan 30% untuk kabupaten/kota lainnya dalam provinsi tersebut. Dari total DBH CHT untuk periode 2008-2016 sebesar Rp15,095 triliun, provinsi hanya mendapatkan 30% dari total atau Rp4,529 triliun. Sisanya 70% dialokasikan untuk kabupaten/kota yang memberikan kontribusi penerimaan cukai tembakau.

Ketiga, dasar alokasi DBH CHT yang menggunakan kontribusi terhadap penerimaan cukai tembakau dianggap sebagai tidak tepat karena akan mendorong pemerintah daerah untuk meningkatkan produksi hasil tembakau. Perhitungan dana *earmarking* cukai hasil tembakau dialokasikan ke provinsi yang menghasilkan barang atau produk tembakau kena cukai (sebelum didistribusikan oleh Provinsi untuk Kabupaten/Kota) sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 145 / PMK.07 / 2013 menggunakan pola sebagai berikut:

- a. Variabel-variabel yang digunakan dalam menetapkan dasar pembagian DBH CHT yaitu: (i) persentase realisasi penerimaan cukai hasil tembakau tahun sebelumnya terhadap realisasi penerimaan cukai hasil tembakau nasional; (ii) persentase rata-rata produksi tembakau kering suatu provinsi selama 3 (tiga) tahun terakhir terhadap rata-rata produksi tembakau kering nasional; (iii) persentase invers Indeks Pembangunan Manusia suatu provinsi tahun sebelumnya terhadap invers Indeks Pembangunan Manusia seluruh provinsi penerima cukai hasil tembakau.⁵
- b. Tiap-tiap variabel ditetapkan dengan bobot sebagai berikut: (i) penerimaan cukai hasil tembakau sebesar 58%; (ii) rata-rata produksi tembakau kering sebesar 38%; (iii) persentase invers Indeks Pembangunan Manusia sebesar 4%.

⁵ Hingga tahun 2012, peraturan yang berlaku adalah Peraturan Menteri Keuangan Nomor 197/PMK.07/2009, dimana selain ketiga variabel tersebut di atas, dasar alokasi DBH CHT juga menggunakan variabel-variabel: tingkat penyerapan DBH CHT 2 (dua) tahun sebelumnya; dan tingkat pemberantasan barang kena cukai ilegal 2 (dua) tahun sebelumnya. Namun demikian, dengan terbitnya Peraturan Menteri Keuangan Nomor 165/PMK.07/2012, kedua variabel tersebut dihilangkan. Padahal, tingkat penyerapan DBH CHT dan tingkat pemberantasan barang kena cukai ilegal sebenarnya instrumen yang baik untuk lebih mendorong agar daerah penerima CBH CHT meningkatkan upaya mengatasi eksternalitas akibat rokok.

Setelah memperhatikan penjelasan di atas, maka perlu untuk menganalisis solusi atas kemungkinan penyebab kegagalan implementasi *earmarking* cukai hasil tembakau untuk mengatasi dampak negatif akibat rokok.

4.1. Tujuan kebijakan *earmarking* cukai hasil tembakau

Sebagai peraturan pelaksanaan dari pasal 66A ayat (1) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Cukai, penggunaan DBH CHT diatur lebih lanjut dalam Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 84/PMK.07/2008 sebagaimana telah diubah terakhir dengan PMK Nomor 28/PMK.07/2016. Pasal 11 PMK tersebut mengatur tentang kegiatan-kegiatan pembinaan lingkungan sosial sebagai berikut:

- a. Pembinaan dan pelatihan keterampilan kerja bagi tenaga kerja dan masyarakat, penguatan sarana dan prasarana kelembagaan pelatihan, serta pelayanan penempatan tenaga kerja dan perluasan kesempatan kerja bagi pencari kerja;
- b. Penyediaan/pemeliharaan sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang terkena penyakit akibat dampak konsumsi rokok dan penyakit lainnya;
- c. Pembangunan/rehabilitasi/pemeliharaan jalan, saluran air limbah, sanitasi, dan air bersih;
- d. Penyediaan sarana dan prasarana pengolahan limbah industri hasil tembakau;
- e. Penerapan sistem manajemen lingkungan bagi masyarakat di lingkungan industri hasil tembakau dan/atau penghasil bahan baku industri hasil tembakau; dan/atau
- f. Penguatan ekonomi masyarakat melalui kegiatan padat karya yang dapat mengentaskan kemiskinan, mengurangi pengangguran, dan mendorong pertumbuhan ekonomi daerah.

Kepala daerah bertanggung jawab terhadap penggunaan DBH CHT untuk program/kegiatan sebagaimana dimaksud dengan memperhatikan karakteristik daerah, yang meliputi:

- a. provinsi penghasil cukai dan penghasil tembakau;
- b. provinsi penghasil cukai;
- c. provinsi penghasil tembakau;
- d. kabupaten/kota penghasil cukai dan penghasil tembakau;
- e. kabupaten/kota penghasil cukai;
- f. kabupaten/kota penghasil tembakau; dan/atau
- g. kabupaten/kota nonpenghasil.

Di pihak lain, WHO telah memperkenalkan langkah-langkah MPOWER⁶ sebagai aksi global untuk mengontrol konsumsi produk tembakau (WHO, 2008). Langkah-langkah ini dimaksudkan untuk membantu dalam implementasi intervensi yang efektif di tingkat negara untuk mengurangi tingkat permintaan terhadap produk tembakau, yang terkandung dalam FCTC⁷ WHO. Langkah-langkah MPOWER terdiri dari: (i) kebijakan pemantauan dan pencegahan penggunaan tembakau; (ii) melindungi masyarakat dari rokok; (iii) menawarkan bantuan untuk berhenti menggunakan produk tembakau; (iv) peringatan tentang bahaya tembakau; (v) menegakkan larangan iklan, promosi dan sponsor rokok; dan (vi) menaikkan pajak atas produk tembakau. Langkah-langkah ini dapat dirancang ulang untuk tujuan nasional yang akan digunakan sebagai tujuan penerapan kebijakan *earmarking* cukai hasil tembakau di Indonesia.

Dengan memperhatikan rincian kegiatan untuk pemanfaatan DBH CHT dalam PMK tersebut di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar kegiatan diarahkan untuk meningkatkan produktivitas industri hasil tembakau, mulai dari peningkatan kualitas bahan baku hingga pembinaan industri. Sementara itu, jika merujuk pada langkah-langkah MPOWER yang dipromosikan oleh WHO,

⁶ MPOWER merupakan singkatan dari *M: Monitoring tobacco use and prevention policies; P: Protecting people from tobacco smoke; O: Offering help to quit tobacco use; W: Warning about the dangers of tobacco; E: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship; dan R: Raising taxes on tobacco.*

⁷ FCTC (*Framework Convention on Tobacco Control*) atau Kerangka Konvensi Pengendalian Tembakau adalah traktat pertama yang dinegosiasikan di bawah naungan WHO. Traktat tersebut mulai berlaku pada Februari 2005. FCTC ditandatangani oleh 168 dari 192 negara anggota WHO dan lebih dari 170 negara anggota telah mengikatkan diri dalam konvensi tersebut.

kegiatan yang terkait dengan upaya mengatasi eksternalitas negatif akibat merokok hanya pada butir (b).

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa tujuan kebijakan *earmarking* cukai hasil tembakau masih jauh dari tujuan awal pengenalan cukai atas hasil tembakau yaitu pengendalian konsumsi. Karena itu, perlu adanya revisi peraturan untuk mengarahkan pemanfaatan dana *earmarking* cukai hasil tembakau kepada kegiatan yang mendorong perokok agar mengurangi konsumsinya sekaligus membantu masyarakat umum di sekitar perokok dan industri hasil tembakau yang menanggung dampak negatif akibat produksi dan konsumsi rokok.

4.2. Proporsi alokasi DBH CHT untuk pemerintah daerah

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, Urusan Pemerintahan didefinisikan sebagai kekuasaan pemerintahan yang menjadi kewenangan Presiden yang pelaksanaannya dilakukan oleh kementerian negara dan penyelenggara Pemerintah Daerah untuk melindungi, melayani, memberdayakan, dan menyejahterakan masyarakat. Selanjutnya dalam Pasal 9 Undang-Undang tersebut, Urusan Pemerintahan diklasifikasikan menjadi urusan pemerintahan absolut, urusan pemerintahan konkuren, dan urusan pemerintahan umum. Urusan pemerintahan absolut adalah urusan pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan Pemerintah Pusat. Urusan pemerintahan konkuren yaitu urusan pemerintahan yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah provinsi dan Daerah kabupaten/kota. Urusan pemerintahan konkuren yang diserahkan ke Daerah menjadi dasar pelaksanaan Otonomi Daerah. Sedangkan yang dimaksud dengan urusan pemerintahan umum adalah urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Presiden sebagai kepala pemerintahan.

Mengacu pada klasifikasi sebagaimana tersebut di atas, alokasi dana bagi hasil dapat dikategorikan sebagai urusan pemerintahan absolut karena yang berwenang melakukan alokasi tersebut adalah Kementerian Keuangan melalui Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan. Hal ini juga dipertegas dengan ketentuan pada Pasal 10 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 dimana diatur bahwa urusan pemerintahan absolut meliputi: (i) politik luar negeri; (ii) pertahanan; (iii) keamanan; (iv) yustisi; (v) moneter dan fiskal nasional; dan (vi) agama. Kebijakan alokasi dana bagi hasil termasuk dalam kategori moneter dan fiskal nasional.

Selanjutnya, terkait dengan kebijakan pemanfaatan dana bagi hasil dalam rangka mengatasi eksternalitas negatif akibat merokok, pelaksanaan kegiatan-kegiatan terkait hal tersebut merupakan urusan pemerintahan konkuren yang menjadi kewenangan Pemerintah Pusat dan Daerah provinsi dan Daerah kabupaten/kota. Urusan pemerintahan konkuren yang menjadi kewenangan Daerah terdiri atas urusan pemerintahan wajib dan urusan pemerintahan pilihan (pasal 11 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014). Dari kedua kategori tersebut, upaya-upaya peningkatan kesehatan masyarakat untuk memerangi dampak negatif akibat merokok merupakan urusan pemerintahan wajib karena terkait dengan pelayanan dasar.

Pembagian urusan pemerintahan konkuren antara Pemerintah Pusat dan Daerah provinsi serta Daerah kabupaten/kota didasarkan pada prinsip akuntabilitas, efisiensi, dan eksternalitas, serta kepentingan strategis nasional. Hal inilah yang menjadi kunci dalam menjelaskan bahwa seharusnya proporsi alokasi dana bagi hasil yang terbesar ada di tingkat provinsi. Berdasarkan prinsip sebagaimana dimaksud di atas, urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah provinsi adalah, antara lain, urusan pemerintahan yang manfaat atau dampak negatifnya lintas Daerah kabupaten/kota dan urusan pemerintahan yang penggunaan sumber dayanya lebih efisien apabila dilakukan oleh Daerah Provinsi. Pelaksanaan kegiatan penanganan eksternalitas negatif akibat merokok lebih tepat dilakukan di tingkat provinsi agar terjadi keseragaman program lintas kabupaten/kota, menghindari duplikasi anggaran karena kegiatannya cenderung bisa dilakukan tanpa adanya perbedaan antar kabupaten/kota.

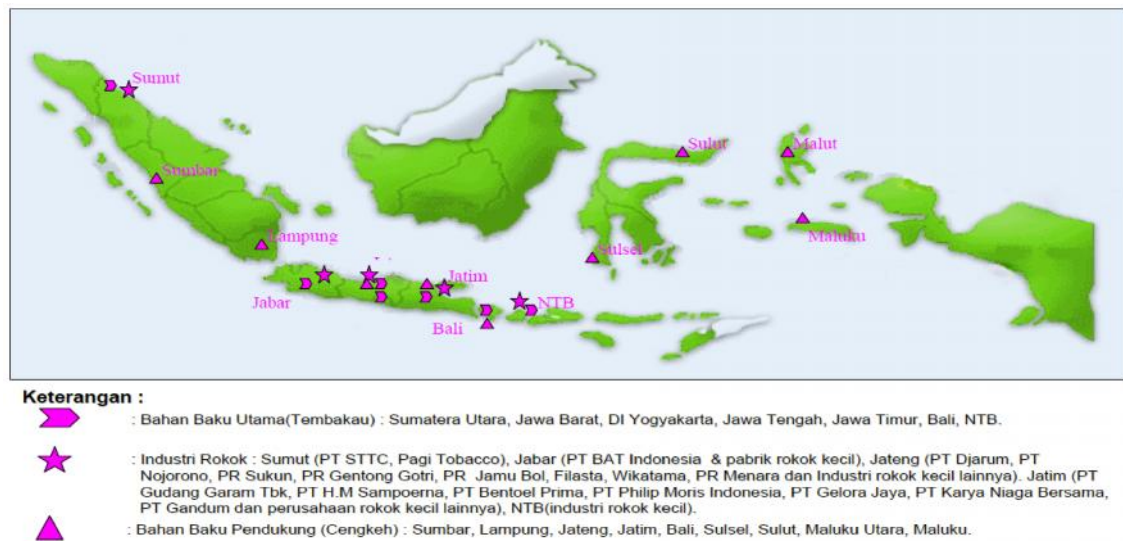
Beberapa penelitian mendukung pelaksanaan desentralisasi kebijakan pengendalian tembakau, seperti di Amerika Serikat (Francis et al., 2010), Kanada (Health Canada, 2014), dan Inggris (*Action on*

Smoking and Health 2013). Namun, tingkat pemerintah yang memiliki tanggung jawab terbesar adalah pada tingkat sub nasional/negara bagian. Di Amerika Serikat, misalnya, gerakan pengendalian tembakau meluncurkan kampanye dengan nama "Negara Bagian Pengendalian Tembakau 2014" (*State of Tobacco Control* 2014). Di Indonesia, tingkat pemerintahan yang setara dengan praktek di negara-negara yang disebutkan di atas adalah di tingkat provinsi. Karena ruang lingkup kebijakan dan ruang lingkup tindakan dikendalikan di tingkat provinsi, maka sejalan dengan itu, alokasi dana *earmarking* juga lebih tepat untuk fokus pada pemerintah provinsi. Berdasarkan pertimbangan oleh pemerintah provinsi, dana kemudian dialokasikan kepada pemerintah kabupaten / kota yang akan digunakan sesuai dengan program kegiatan sebagaimana telah diatur. Dengan demikian, hasil kegiatan pengendalian tembakau dapat diukur dan dimonitor untuk mencapai target di tingkat nasional.

4.3. Dasar alokasi DBH CHT

Indonesia dikenal sebagai salah satu produsen tembakau dan cengkeh yang merupakan bahan baku utama produksi rokok. Selain itu, Indonesia telah sejak lama menjadi salah satu produsen rokok terbesar di mana hampir semua pabrik rokok terletak di pulau Jawa. Dari Gambar 2 dapat dilihat bahwa tembakau tumbuh terutama di daerah Sumatera Utara, Jawa Barat, Yogyakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali dan Nusa Tenggara Barat. Sementara itu cengkeh diproduksi terutama di daerah Sumatera Barat, Lampung, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara, Maluku Utara dan Maluku.

GAMBAR-2: Persebaran Industri Rokok, Bahan Baku Utama serta Bahan Baku Pendukung



Sumber: Roadmap Industri Pengolahan Tembakau, Direktorat Jenderal Industri Agro dan Kimia, Departemen Perindustrian, 2009

Pemetaan produsen bahan baku serta industri produk tembakau merupakan dasar untuk alokasi DBH CHT. Dengan berkembangnya semangat desentralisasi, daerah-daerah ingin menikmati bagian atas penerimaan pajak yang dihasilkan oleh produksi tembakau dan cengkeh serta industri produk tembakau yang berada di wilayahnya. Dengan dasar alokasi tersebut, maka daerah dengan kontribusi terbesar terhadap penerimaan cukai akan memperoleh bagian terbesar dari DBH CHT. Akibatnya, daerah-daerah tersebut terdorong untuk meningkatkan produksi rokok dalam rangka meningkatkan penerimaan cukai dan sebagai hasilnya, dana bagi hasil yang diterima juga meningkat.

4.4. Analisis terhadap dasar alokasi yang saat ini berlaku

Berdasarkan data alokasi DBH CHT yang telah dilaksanakan sejak 2008 hingga 2016, dapat diketahui bahwa:

1. DBH CHT diperoleh hanya oleh 21 provinsi dan dari jumlah tersebut hanya 5 provinsi yang konsisten mendapatkan alokasi dana bagi hasil setiap tahun sejak 2008 hingga 2016. Selanjutnya, terdapat 352 kabupaten/kota yang menerima DBH CHT dan hanya 130 kabupaten/kota yang konsisten menerima alokasi dana bagi hasil setiap tahun dalam periode tersebut. Jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang menerima dana bagi hasil tersebut hanya 61,76% dan 69,7% dari total provinsi dan kabupaten/kota yang ada di seluruh Indonesia yang berjumlah 34 provinsi dan 505 kabupaten/kota (Kementerian Dalam Negeri 2013). Hal tersebut terjadi karena tidak semua daerah otonom di Indonesia memberikan kontribusi terhadap penerimaan cukai hasil tembakau. Pada kenyataannya, dampak negatif yang ditimbulkan oleh merokok terjadi di semua wilayah negara Indonesia tanpa terkecuali. Berdasarkan metode alokasi dana bagi hasil yang berlaku, jumlah dana bagi hasil yang diterima oleh masing-masing provinsi adalah sebagaimana terlihat pada Tabel 1.

TABEL-1: Daftar Provinsi Berdasarkan Alokasi DBH CHT

NO.	PROVINSI	ALOKASI DBH (RP.)
1	Jawa Timur	7.853.457.786.14
2	Jawa Tengah	3.609.932.413.56
3	Jawa Barat	1.447.837.105.36
4	Nusa Tenggara Barat	1.353.340.496.33
5	D.I. Yogyakarta	148.608.632.148
6	Sumatera Utara	120.989.059.820
7	Sulawesi Selatan	93.642.515.460
8	Bali	76.802.347.062
9	Nanggroe Aceh Darussalam	64.849.308.481
10	Sumatera Barat	61.981.353.834
11	Nusa Tenggara Timur	56.874.886.404
12	Lampung	56.862.587.796
13	Jambi	37.739.812.113
14	Sumatera Selatan	34.140.312.445
15	Sulawesi Tengah	30.072.556.829
16	Kalimantan Tengah	18.145.596.675
17	Kepulauan Riau	18.050.990.067
18	Banten	5.355.644.574
19	DKI Jakarta	3.296.208.355
20	Sulawesi Utara	1.914.222.362
21	Kalimantan Timur	1.567.975.695

Sumber: Diolah dari Peraturan Menteri Keuangan tentang Rincian Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau menurut Provinsi/Kabupaten/Kota tahun 2008-2016 (Kementerian Keuangan)

2. Alokasi DBH CHT hanya terkonsentrasi pada beberapa kabupaten/kota tertentu saja yang sebagian besar berlokasi di provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur. Kabupaten/kota tersebut diuntungkan dengan adanya pabrik-pabrik rokok berskala besar di wilayahnya. Tabel 2 memperlihatkan 10 (sepuluh) kabupaten / kota yang memperoleh alokasi dana bagi hasil terbesar.

TABEL-2: Daftar 25 Kabupaten/Kota Penerima Alokasi Terbesar DBH CHT

NO.	KAB./KOTA	ALOKASI DBH (RP.)
1	Kab. Kudus	726.689.980.144
2	Kab. Pasuruan	657.374.760.469
3	Kota Kediri	446.545.445.797
4	Kab. Lombok Timur	331.128.636.542
5	Kab. Malang	330.197.647.044
6	Kab. Kediri	283.672.171.363
7	Kab. Pamekasan	245.699.480.195
8	Kab. Jember	233.834.978.789
9	Kab. Bojonegoro	207.847.574.054
10	Kab. Lombok Tengah	203.182.554.936

11	Kab. Karawang	201.628.372.060
12	Kota Malang	194.126.334.378
13	Kab. Probolinggo	186.666.992.862
14	Kota Surabaya	186.299.484.836
15	Kab. Sumenep	173.378.420.710
16	Kab. Lamongan	159.831.228.056
17	Kab. Kendal	158.952.343.682
18	Kab. Temanggung	156.613.446.914
19	Kab. Bekasi	141.052.691.116
20	Kab. Bondowoso	122.174.136.479
21	Kab. Tulungagung	120.907.932.151
22	Kab. Jombang	118.463.657.823
23	Kota Mataram	110.167.133.772
24	Kab. Situbondo	109.239.696.022
25	Kab. Sidoarjo	106.683.271.067

Sumber: Diolah dari Peraturan Menteri Keuangan tentang Rincian Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau menurut Provinsi/Kabupaten/Kota tahun 2008-2016 (Kementerian Keuangan)

- Beberapa kabupaten/kota hanya menerima alokasi dana bagi hasil yang sangat kecil (kurang dari Rp50 juta), sehingga menyulitkan bagi pemerintah daerah untuk melaksanakan program yang dapat berdampak pada penanggulangan dampak negatif akibat rokok. Pada kenyataannya, banyak kabupaten/kota yang tidak melaksanakan program sama sekali dan DBH CHT dibiarkan tidak terpakai.

4.5. Analisis beberapa alternatif dasar alokasi

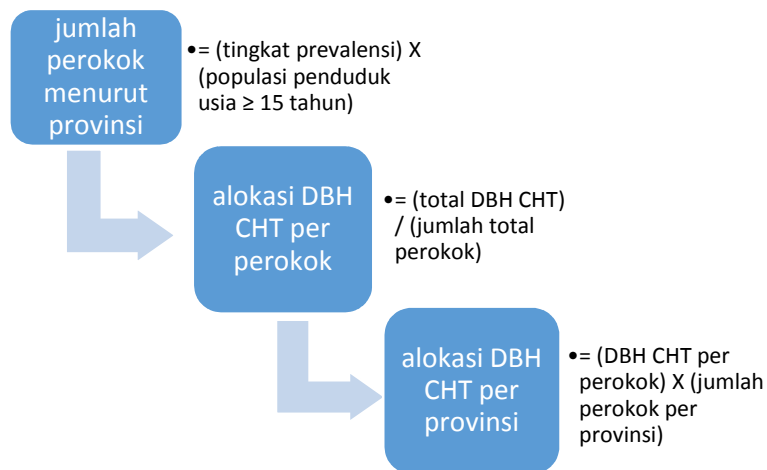
Setelah menganalisis kelemahan dari dasar alokasi DBH CHT yang berlaku saat ini, perlu dilakukan analisis atas alokasi dana bagi hasil dengan menggunakan beberapa alternatif dasar alokasi. Dasar alokasi alternatif tersebut diharapkan dapat memberikan alokasi DBH CHT yang lebih adil bagi semua provinsi di Indonesia dan mendukung kemampuan daerah untuk menanggulangi dampak negatif yang timbul akibat merokok. Dalam penelitian ini, terdapat 3 alternatif dasar alokasi yang dianalisis, yaitu: (i) prevalensi perokok; (ii) konsumsi rokok rata-rata; dan (iii) persentase belanja bantuan sosial terhadap total belanja daerah.

1. Prevalensi perokok berdasarkan provinsi

Sebagaimana dijelaskan dalam bagian sebelumnya, prevalensi perokok di Indonesia telah meningkat dari tahun ke tahun. Kenaikan tersebut tentunya juga sejalan dengan kenaikan tingkat risiko yang ditimbulkan sebagai akibat dari merokok. Karena itu, daerah-daerah perlu melakukan kegiatan yang lebih serius untuk menangani dampak negatif akibat merokok. Untuk mendukung hal tersebut, pendanaan yang lebih besar diperlukan. Hal inilah yang mendasari pemikiran bahwa DBH CHT sebaiknya dialokasikan dengan menggunakan dasar tingkat prevalensi merokok di masing-masing provinsi.

Berdasarkan data Riskesdas 2010, prevalensi merokok berdasarkan provinsi di Indonesia berada pada kisaran 28,3% – 43,2%.⁸ Prevalensi perokok tertinggi yaitu di Kalimantan Selatan dan terendah di Sulawesi Selatan. Secara umum, variabilitas prevalensi perokok per provinsi cenderung sempit. Lebih jauh, berdasarkan tingkat prevalensi, jumlah perokok di masing-masing provinsi dapat diketahui, mengingat prevalensi perokok merupakan besarnya proporsi perokok terhadap total populasi dalam kelompok umur lebih dari 15 tahun. Data populasi penduduk dalam kelompok umur lebih dari 15 tahun diperoleh dari Sensus Penduduk 2010. Total DBH CHT kemudian dibagi dengan total perokok, sehingga diperoleh alokasi dana bagi hasil per perokok. Selanjutnya, untuk menghitung besarnya dana bagi hasil yang dialokasikan untuk masing-masing provinsi, dana bagi hasil per perokok dikalikan dengan jumlah perokok di provinsi tersebut.

⁸ Data prevalensi perokok terbaru terdapat dalam laporan Riskesdas 2013. Namun demikian, untuk keperluan penghitungan alokasi DBH per perokok diperlukan data jumlah penduduk, dimana data terbaru adalah hasil sensus penduduk 2010. Karena itu, untuk konsistensi data, maka data prevalensi perokok yang digunakan adalah dari Riskesdas 2010.



Dari perhitungan tersebut di atas diperoleh hasil alokasi DBH CHT untuk masing-masing provinsi sebagaimana terlihat pada Tabel 3.

TABEL-3: Alokasi DBH CHT menurut Provinsi berdasarkan Tingkat Prevalensi Perokok

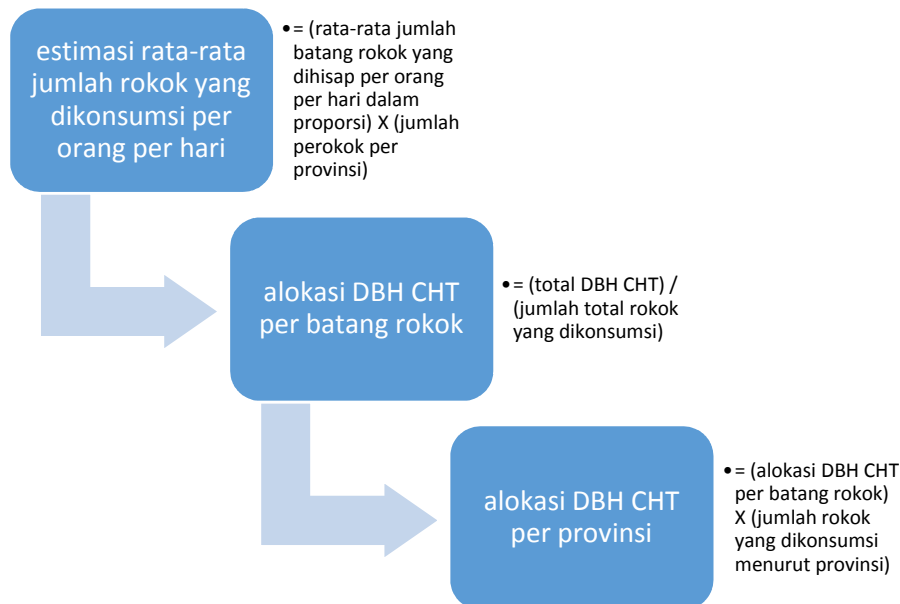
NO.	PROVINSI	ALOKASI DBH (RP.)
1	Jawa Barat	2.949.054.045.872
2	Jawa Timur	2.279.355.119.550
3	Jawa Tengah	1.998.480.597.823
4	Sumatera Utara	794.707.315.743
5	Banten	694.687.509.983
6	DKI Jakarta	578.303.152.937
7	Lampung	524.012.402.239
8	Sumatera Selatan	488.543.368.184
9	Sulawesi Selatan	450.655.388.018
10	Riau	345.232.899.576
11	Sumatera Barat	325.470.406.865
12	Nusa Tenggara Timur	310.738.522.071
13	Nanggroe Aceh Darussalam	291.260.053.551
14	Nusa Tenggara Barat	282.564.033.692
15	Kalimantan Barat	263.966.926.464
16	Bali	229.604.893.099
17	Kalimantan Timur	220.447.981.969
18	D.I. Yogyakarta	218.993.610.146
19	Jambi	210.188.964.488
20	Kalimantan Selatan	201.399.348.082
21	Papua	175.769.047.963
22	Sulawesi Tengah	172.644.587.674
23	Kalimantan Tengah	169.529.702.873
24	Sulawesi Utara	152.322.654.502
25	Kepulauan Riau	118.549.723.266
26	Bengkulu	115.635.586.987
27	Sulawesi Tenggara	105.402.993.795
28	Maluku	92.299.141.605
29	Bangka Belitung	78.003.876.479
30	Gorontalo	70.288.885.955
31	Maluku Utara	70.072.867.251
32	Sulawesi Barat	67.747.802.022
33	Papua Barat	49.528.400.807

Sumber: perhitungan Penulis

2. Konsumsi rokok rata-rata

Fakta lain yang perlu mendapat perhatian adalah bahwa konsumsi rokok rata-rata per hari mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Berkenaan dengan hal tersebut, dampak negatif yang timbul akibat merokok juga meningkat. Data yang tersedia dari Riskesdas adalah rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap per orang per hari oleh penduduk berumur lebih dari 15 tahun yang disajikan dalam bentuk proporsi dalam 4 kelompok (*range*) yaitu: (i) 1-10 batang; (ii) 11-20 batang; (iii) 21-30 batang; dan (iv) lebih dari 31 batang. Jika data proporsi tersebut dikalikan dengan jumlah perokok per provinsi (dari data prevalensi perokok sebelumnya), maka diperoleh estimasi rata-rata jumlah rokok yang dikonsumsi per hari per provinsi.

Selanjutnya, dengan membagi total dana bagi hasil dengan total jumlah rokok yang dikonsumsi, diperoleh DBH CHT per batang rokok. Total jumlah rokok yang dikonsumsi diperoleh dengan menjumlahkan rokok yang dikonsumsi di seluruh provinsi. DBH CHT per batang rokok kemudian dikalikan dengan jumlah rokok yang dikonsumsi per provinsi untuk memperoleh besarnya alokasi DBH CHT per provinsi. Dari hasil perhitungan tersebut diperoleh hasil alokasi DBH CHT untuk masing-masing provinsi sebagaimana terlihat pada Tabel 4.



TABEL-4: Alokasi DBH CHT menurut Provinsi berdasarkan Rata-rata Jumlah Batang Rokok yang Dikonsumsi

NO.	PROVINSI	ALOKASI DBH (RP.)
1	Jawa Barat	2.759.046.714.307
2	Jawa Timur	2.269.386.883.182
3	Jawa Tengah	1.715.940.378.938
4	Sumatera Utara	903.093.086.879
5	Banten	713.161.642.103
6	DKI Jakarta	550.811.204.529
7	Lampung	511.148.656.064
8	Sumatera Selatan	507.953.604.328
9	Sulawesi Selatan	481.035.509.683
10	Sumatera Barat	409.258.274.507
11	Riau	405.437.759.737
12	Nanggroe Aceh Darussalam	360.911.311.949
13	Kalimantan Barat	319.536.438.023
14	Nusa Tenggara Barat	280.532.843.008
15	Kalimantan Timur	258.064.250.140
16	Kalimantan Selatan	257.215.626.368
17	Jambi	256.508.304.966

18	Nusa Tenggara Timur	253.393.830.063
19	Kalimantan Tengah	197.502.996.195
20	Bali	187.771.508.026
21	D.I. Yogyakarta	180.943.075.199
22	Sulawesi Tengah	178.855.872.844
23	Papua	170.876.885.417
24	Kepulauan Riau	142.282.750.713
25	Sulawesi Utara	140.007.114.005
26	Bengkulu	128.585.211.434
27	Bangka Belitung	121.251.966.212
28	Sulawesi Tenggara	110.035.831.548
29	Maluku	76.175.387.041
30	Sulawesi Barat	69.104.434.519
31	Maluku Utara	66.873.184.530
32	Gorontalo	66.584.653.946
33	Papua Barat	46.174.621.129

Sumber: perhitungan Penulis

3. Persentase belanja bantuan sosial terhadap total belanja daerah

Dari 2 alternatif dasar alokasi yang dijelaskan di atas, aspek keadilan telah diakomodasi dengan lebih baik dalam bentuk dukungan terhadap daerah-daerah untuk mengatasi dampak negatif yang timbul akibat merokok. Alternatif ketiga yang dapat digunakan sebagai dasar alokasi DBH CHT adalah ukuran kemampuan suatu daerah untuk melaksanakan program-program sosial. Hal ini relevan dengan pertimbangan bahwa kegiatan pengendalian tembakau sebagian besar merupakan aktivitas bantuan sosial, seperti konseling untuk berhenti merokok, terapi terhadap perokok yang ingin berhenti merokok, penempatan larangan merokok pada tempat-tempat umum, dan sebagainya.

Dengan menggunakan data realisasi anggaran tahun 2010 sebagai *proxy*, persentase belanja bantuan sosial terhadap total belanja dapat dihitung. Dari data tersebut diketahui bahwa realisasi belanja bantuan sosial di Indonesia sangat bervariasi, berkisar antara 0,13% hingga 20,89%. Data realisasi anggaran diperoleh dari Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan, Kementerian Keuangan. Mengingat ketersediaan data hanya untuk 31 provinsi, maka perhitungan alokasi dana bagi hasil hanya dilakukan terhadap provinsi yang datanya tersedia. Perhitungan DBH CHT per provinsi dilakukan dengan meng-offset persentase belanja bantuan sosial per provinsi dengan rata-rata nasional. Dari hasil perhitungan tersebut diperoleh hasil alokasi DBH CHT untuk masing-masing provinsi sebagaimana terlihat pada Tabel 5.

$$\% \text{ belanja bantuan sosial} = \frac{\text{belanja bantuan sosial}}{\text{total belanja}}$$

TABEL-5: Alokasi DBH CHT menurut Provinsi berdasarkan Proporsi Belanja Bantuan Sosial terhadap Belanja Daerah

NO.	PROVINSI	ALOKASI DBH (RP.)
1	Bali	2.216.558.522.588
2	Nanggroe Aceh Darussalam	1.130.018.378.256
3	Jawa Tengah	997.631.454.024
4	Nusa Tenggara Barat	948.220.510.612
5	Sulawesi Tenggara	865.624.973.150
6	DI Yogyakarta	824.047.281.531
7	Papua	749.119.872.330
8	Riau	674.107.566.799
9	Lampung	573.975.325.818
10	Kalimantan Selatan	559.841.918.726
11	Papua Barat	517.400.749.700
12	Kepulauan Riau	507.265.683.770
13	Nusa Tenggara Timur	501.792.968.089

14	Sulawesi Utara	496.686.598.045
15	Kalimantan Tengah	334.453.580.675
16	Sumatera Barat	332.017.129.829
17	Jambi	311.958.069.256
18	Jawa Barat	294.255.797.135
19	Maluku	284.250.354.134
20	Bangka Belitung	279.664.562.823
21	Banten	260.170.978.937
22	Sumatera Utara	249.802.719.322
23	Bengkulu	247.745.190.938
24	Kalimantan Timur	219.695.225.181
25	Sumatera Selatan	198.589.470.605
26	Sulawesi Tengah	142.935.336.649
27	Sulawesi Selatan	133.938.772.664
28	Gorontalo	85.817.966.173
29	Jawa Timur	81.797.378.210
30	Kalimantan Barat	62.527.951.297
31	DKI Jakarta	13.549.524.266

Sumber: perhitungan Penulis

Untuk masing-masing dari ketiga alternatif dasar alokasi yang diuraikan di atas, terdapat alasan yang diterapkan yang relevan dengan usaha-usaha pemberantasan dampak negatif akibat merokok. Pembuat kebijakan perlu mempertimbangkan dasar alokasi mana yang paling efektif dan adil untuk diterapkan di tingkat nasional.⁹ Kemudian, selanjutnya diharapkan bahwa dana bagi hasil yang dialokasikan kepada pemerintah provinsi akan digunakan sesuai dengan tujuannya untuk mendukung kebijakan pada tingkat regional. Dengan demikian, kebijakan *earmarking* akan menjadi alat yang efektif dalam pengendalian konsumsi tembakau dan pada gilirannya akan mengurangi dampak negatif merokok terhadap kesehatan dan masyarakat luas.

5. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 mengamanatkan kebijakan untuk mengalokasikan 2% dari penerimaan cukai yang dikumpulkan dari produk tembakau yang dibuat di Indonesia untuk dibagikan kepada provinsi penghasil tembakau untuk mendanai kegiatan peningkatan kualitas bahan baku, pengembangan industri, pembinaan lingkungan sosial, sosialisasi ketentuan cukai, dan/atau pemberantasan barang kena cukai ilegal. Namun, pada tataran implementasi, kebijakan tersebut belum berhasil dalam mencapai tujuan pengenaan cukai atas produk tembakau. Data menunjukkan bahwa prevalensi perokok tetap tinggi, persentase perokok muda meningkat, dan jumlah rokok yang dikonsumsi per hari juga meningkat.

Ada tiga alasan mengapa kebijakan *earmarking* cukai hasil tembakau gagal berkontribusi dalam mengendalikan konsumsi tembakau. Tujuan dari bagi hasil tersebut harus dirancang ulang untuk mengakomodasi langkah-langkah yang efektif diperlukan untuk mengatasi eksternalitas negatif akibat merokok. Selanjutnya, tingkat redistribusi harus diubah dari tingkat kabupaten/kota menjadi tingkat provinsi dalam rangka meningkatkan lingkup kebijakan dan ruang lingkup tindakan. Dan akhirnya, dasar alokasi harus didesain ulang karena dasar alokasi saat ini akan mendorong pemerintah daerah untuk meningkatkan produksi produk-produk tembakau daripada mengendalikannya.

Untuk alternatif dasar alokasi, ada tiga opsi yang ditawarkan. Pertama, DBH CHT dialokasikan berdasarkan tingkat prevalensi perokok yang sangat berkorelasi dengan jumlah perokok di setiap provinsi. Kedua, DBH CHT dialokasikan berdasarkan jumlah rata-rata rokok yang dikonsumsi. Hasil alokasi menggunakan konsumsi rokok mirip dengan menggunakan tingkat prevalensi perokok. Ketiga, DBH CHT dialokasikan dengan menggunakan persentase belanja bantuan sosial terhadap

⁹ Pada tataran alokasi, pembuat kebijakan perlu mempertimbangkan beberapa faktor lain selain alternatif dasar alokasi yang ditawarkan dalam penelitian ini, misalnya kapasitas fiskal daerah, serta alokasi anggaran untuk kesehatan dan pendidikan. Variabel-variabel tersebut tidak dibahas dalam penelitian ini dan merupakan keterbatasan analisis.

total belanja. Dengan menggunakan dasar alokasi ini, provinsi yang berhasil secara efektif memanfaatkan belanja bantuan sosial akan menerima alokasi terbesar dari DBH CHT. Para pembuat kebijakan perlu mempertimbangkan dasar alokasi yang paling efektif dan adil untuk diterapkan dan dimanfaatkan dengan tepat untuk mendukung kebijakan pengendalian dampak negatif akibat rokok di tingkat daerah. Untuk penelitian dan studi lebih lanjut, perlu melakukan analisis kuantitatif terhadap dampak kebijakan publik atas industri rokok (antara lain kebijakan tarif cukai, pajak rokok, serta *earmarking*) terhadap pengendalian eksternalitas negatif yang ditimbulkannya. Kebijakan yang optimal diperlukan agar seluruh pemangku kepentingan mendapatkan manfaat maksimal dan meminimalkan biaya yang harus ditanggung.

6. DAFTAR PUSTAKA

- Action on Smoking and Health. (2013). ASH Briefing: UK Tobacco Control Policy and Expenditure. Diakses pada 21 April 2014, dari http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_667.pdf.
- Baumol, W. J., Lee, K. S., Wood, A., Nelson, J. M., Binswanger, H. P., von Braun, J., McCleary, W., Ahmad, E. (1991). *The World Bank research observer* 6 (1). Washington DC ; World Bank.
- Baumol, W. J., & Oates, W. E. (1975). *The theory of environmental policy: externalities, public outlays, and the quality of life*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Buchanan, J. M., & Flowers, M. R. (1987). *The public finances: an introductory textbook*. Homewood, Ill.: Irwin.
- Center for Disease Control and Prevention. (2014). Health Effects of Cigarette Smoking. Accessed on 29 April 2014, from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/.
- Deran, E. (1965). Earmarking and expenditures: A survey and a new test. *National Tax Journal*, 18(4), 354-361.
- Enoch, M., Nijkamp, P., Potter, S., & Ubbels, B. (Eds.). (2003). *Unfare Solutions: Local earmarked charges to fund public transport*. New York: Routledge.
- Ernst & Young. (2015). *Kajian Singkat Potensi Dampak Ekonomi Industri Rokok di Indonesia*. Jakarta: PT Ernst & Young Indonesia.
- Francis, J. A., et al. (2010). Policy-driven tobacco control. *Tobacco Control* 19: i16-i20. Diakses pada 21 April 2014, dari http://tobaccocontrol.bmj.com/content/19/Suppl_1/i16.full.pdf.
- Gayer, T. & Rosen, H. (2013). *Public Finance*. McGraw-Hill Education.
- GhanaWeb. (2012). Government earmarks GH¢907 million for road sector. Diakses pada 1 November 2016, dari <http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/NewsArchive/artikel.php?ID=232775>
- Guindon, G., et al. (2003). Higher tobacco prices and taxes in South East Asia: an effective tool to reduce tobacco use, save lives and generate revenue. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*. Washington D.C.: The World Bank.
- Health Canada. (2013). Tobacco – Reports and Publications, “A National Strategy”. Diakses pada 21 April 2014, pada <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/ns-sn/index-eng.php>.
- Institute for Transportation & Development Policy (ITDP). (2014). *Best Practice in National Support for Urban Transportation Part 2: Growing Rapid Transit Infrastructure — Funding, Financing, and Capacity*. New York: ITDP.
- Karki Y.B., et al. (2003). The economics of tobacco in Nepal. *HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper No 13*. Washington D.C.: World Bank. Available on line at www.worldbank.org/tobacco.
- Kementerian Dalam Negeri. (2013). *Daerah Otonom (Provinsi, Kabupaten, dan Kota) di Indonesia per Desember 2013*.

- Kementerian Keuangan. (2009). PMK Nomor 20/PMK.07/2009 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 84/PMK.07/2008 tentang Penggunaan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau dan Sanksi atas Penyalahgunaan Alokasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau.
- McCleary, W. (1991). The *earmarking* of government revenue: a review of some World Bank experience. *The World Bank Research Observer*, 6(1), 81-104.
- Ministry of Labour – India. (2003). Welfare Funds. Accessed from http://www.labour.nic.in/dglw/Welfare_Fund.html.
- Reno, W. (2006). Congo: From state collapse to 'absolutism', to state failure. *Third World Quarterly*, 27(1), 43-56.
- Republik Indonesia. (2007). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai.
- Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
- Rosen, H. (1995). Public finance. Homewood Ill.: Irwin.
- Smart Company. (2013). Why we'll happily pay the NDIS Medicare levy – just don't call it a tax. Diakses pada 1 November 2016, dari <http://www.smartcompany.com.au/finance/tax/31504-why-we-ll-happily-pay-the-ndis-medicare-levy-just-don-t-call-it-a-tax/>
- State of Tobacco Control. (2014). Accessed on 21 April 2014, from <http://www.stateoftobaccocontrol.org/>.
- Teja, R. S., & Bracewell-Milnes, B. (1991). The case for earmarked taxes: Government spending and public choice. IEA.
- Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth). (2003). About ThaiHealth. Accessed from http://www.thaihealth.or.th/en/english_about001.html.
- Tobacco Atlas. (2016). Cigarette Use Globally. Diakses pada 17 Oktober 2016, dari <http://www.tobaccoatlas.org/topic/cigarette-use-globally/>
- Wibbels, E., & Rodden, J. (2006). Business cycles and the political economy of decentralized finance: lessons for fiscal federalism in the EU. P. Wiers et al., *Fiscal Policy Surveillance in Europe*, Macmillan.
- World Health Organization. (2008). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2016). WHO global report on trends in tobacco smoking 2000-2025. Diakses pada 17 Oktober 2016, dari <http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/index4.html#content>