

ANALISIS PENERAPAN KEBIJAKAN *EARMARKING TAX* DARI DANA BAGI HASIL CUKAI HASIL TEMBAKAU TERHADAP KESEHATAN MASYARAKAT

Desak Ketut Juniari Camenga^a, Arfin^b

^a Pusdiklat Bea dan Cukai, Jakarta, Indonesia. Email: saktutjgawean2@gmail.com

^b Pusdiklat Bea dan Cukai, Jakarta, Indonesia. Email: a.mcfarrel@gmail.com

ABSTRAK

WHO records approximately 225,700 people in Indonesia passed away every year due to smoking or diseases related to substances contained in cigarettes. Therefore, wide-scale measures are required to protect people from the danger of cigarette use. The earmarking policy is implemented to control cigarette consumption, control illegal cigarette distribution, and protect people from the danger of cigarette. As the form of earmarking, the government allocates Revenue Sharing Fund of Tobacco Product Excise (DBH-CHT) to numerous provinces/regencies/cities in Indonesia. The purpose of this research is to study the allocation, distribution, and the use of earmarking tax through DBH-CHT to control the negative externality of cigarette use to health. This research used a library research method with a descriptive analysis method approach. The findings show that the earmarking policy has been implemented since 2008, but its result has yet to conform to the purpose of excise implementation to tobacco products. Data shows that smoker prevalence remains high, percentage of young smoker is high, and the amount of cigarette consumed per day also increases. The allocation, distribution, and use of DBH-CHT will only encourage local governments to increase tobacco products, instead of controlling consumption to improve the health quality of Indonesian people.

WHO mencatat sekitar 225.700 orang di Indonesia meninggal setiap tahun akibat merokok atau penyakit yang berhubungan dengan zat-zat yang terkandung di dalam rokok, sehingga perlu tindakan dalam skala luas untuk melindungi masyarakat dari bahaya penggunaan rokok. Kebijakan *earmarking* diterapkan untuk mengendalikan konsumsi rokok, mengendalikan peredaran rokok ilegal, serta melindungi masyarakat atas bahaya rokok. Sebagai bentuk *earmarking*, pemerintah mengalokasikan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) ke sejumlah provinsi/kabupaten/kota di Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji pengalokasian, penyaluran, dan penggunaan *earmarking tax* melalui DBH CHT dalam rangka mengendalikan eksternalitas negatif penggunaan rokok terhadap kesehatan. Penelitian ini menggunakan jenis metode penelitian kepustakaan dengan pendekatan metode analisis deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan *earmarking* telah diterapkan sejak tahun 2008, namun hasilnya belum sesuai dengan tujuan pengenaan cukai atas produk hasil tembakau. Data menunjukkan bahwa prevalensi perokok tetap tinggi, persentase perokok muda meningkat, dan jumlah rokok yang dikonsumsi per hari juga meningkat. Pengalokasian, penyaluran, dan penggunaan DBH CHT saat ini, hanya akan mendorong Pemerintah Daerah untuk meningkatkan produk hasil tembakau daripada mengendalikan konsumsi demi peningkatan kualitas kesehatan.

KATA KUNCI: *Earmarking*, DBH CHT, Eksternalitas, Kesehatan.

1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia memiliki kekayaan alam yang sangat melimpah, baik sumber daya alam hayati maupun non hayati. Sumber daya alam hayati merupakan unsur hayati di alam, terdiri dari sumber daya alam hewani (satwa) dan sumber daya alam nabati (tumbuhan). Tembakau merupakan jenis sumber daya alam nabati yang dihasilkan dari perkebunan. Tembakau (*Nicotiana*) termasuk dalam *family Solanaceae*

mempunyai lebih dari 70 spesies tembakau di seluruh dunia, seperti *Nicotiana Acuminata*, *Nicotiana Africana*, *Nicotiana Benthamiana*, *Nicotiana Othopora*, *Nicotiana Longiflora*, dan spesies yang lainnya. Spesies *Nicotiana Tabacum* dan *Nicotiana Rustica* paling banyak dikembangkan dan dimanfaatkan karena bernilai ekonomis tinggi (Glio, 2017).

Indonesia menduduki peringkat ke-6 sebagai negara produsen tembakau dunia, setelah China (42%), Brazil (11%), India (10,62%), Amerika Serikat (4,58%), dan Malawi (3,02%). Berdasarkan data Asosiasi Petani Tembakau Indonesia (APTI) pada tahun 2018, tercatat luas lahan tembakau di 15 Provinsi di Indonesia seluas 245.000 hektar. Industri hasil tembakau (IHT) tercatat sebagai sektor padat karya yang menyerap tenaga kerja sebanyak 1,7 juta pekerja di perkebunan tembakau dan 4,28 juta pekerja di industri manufaktur dan distribusi (Kontan, 2020).

Produk olahan IHT berupa sigaret, cerutu, rokok daun klobot, tembakau iris, dan berbagai bentuk hasil pengolahan tembakau lainnya (HPTL). Data Kementerian Perindustrian pada tahun 2019, menunjukkan jumlah produksi tembakau secara nasional mencapai kisaran 190.000–200.000 ton per tahun, sedangkan kebutuhan industri mencapai 320.000–330.000 ton tembakau per tahun (Akurat News, 2019). Peningkatan kebutuhan tembakau disebabkan meningkatnya jumlah perokok di Indonesia.

The ASEAN Tobacco Control Atlas (SEACTA) tahun 2014, menempatkan Indonesia sebagai negara yang menduduki peringkat pertama sebagai negara prevalensi perokok terbanyak di ASEAN, yakni sebesar 50,68%. Pada tahun 2015, *World Health Organization* (WHO) mencatat jumlah perokok aktif di Indonesia sebanyak 72.723.300 orang dan jumlah tersebut diperkirakan semakin meningkat pada tahun 2025 menjadi 96.776.800 perokok.

Tembakau merupakan racun yang bekerja lambat, tersembunyi, namun paling berbahaya. Setiap batang rokok rata-rata mengandung 600 bahan kimia yang berbeda dan lebih dari 7.000 senyawa kimia yang diproduksi dari asap rokok (NGI, 2014). Beberapa penyakit yang ditimbulkan oleh produk tembakau, antara lain penyakit kardiovaskuler (jantung dan stroke); kanker mulut; kanker tenggorokan; *acute myeloid leukemia*; kanker nasal dan rongga sinus paranasal; kolorektal, ginjal, hati, pankreas, ovarium; kanker pada saluran urin bawah (kandung kemih, *ureter*, dan *renal pelvis*); kanker payudara; kanker serviks; serta kematian janin (WHO, 2019). Data dari Universitas Indonesia tahun 2010 mengungkapkan setiap hari sekitar 500 orang meninggal dunia di Indonesia dengan perincian jumlah korban laki-laki 100.680 jiwa dan perempuan 89.580 jiwa dengan total 190.260 per tahun (Berita Satu, 2015). Kajian Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan tahun 2015, menunjukkan Indonesia menyumbang lebih dari 230.000 kematian akibat konsumsi produk tembakau setiap tahunnya (Kemenkes, 2019).

Perokok rata-rata menghancurkan 6 (enam) pohon per tahun atau 352 pohon selama masa hidup mereka dan berkontribusi melepaskan 0,03066 ton CO₂ per batang rokok. Seorang perokok rata-rata akan membuang sekitar 430.700 puntung rokok di sepanjang hidup mereka. Ketika sebuah puntung rokok dibuang, lebih dari 600 bahan kimia bocor ke lingkungan (VapeMagz, 2018). Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization*), kebiasaan membuang puntung rokok sembarangan dilakukan oleh jutaan orang. Setidaknya 2/3 (dua pertiga) puntung rokok ditemukan berserakan di trotoar, selokan, dan berujung di lautan. Kelompok konservasi kelautan, *Ocean Conservancy* yang berbasis di Washington DC menyatakan bahwa sampah yang paling banyak ditemukan di lautan adalah puntung rokok.

Sekitar 6 triliun rokok diproduksi setiap tahun dan lebih dari 90% (sembilan puluh persen) filternya mengandung plastik. Artinya, lebih dari 1 juta ton plastik setiap tahun yang diproduksi dari rokok. Puntung rokok merupakan golongan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) dan jenis sampah yang sulit terurai (*non-biodegradable*), sehingga memerlukan waktu 10 (sepuluh) tahun untuk terurai (Kompas, 2019).

Ibarat dua sisi mata uang, IHT dihadapkan kepada situasi dilematik dan kontroversi, di satu sisi IHT mampu menyerap banyak tenaga kerja, namun di sisi lain produk tembakau menimbulkan eksternalitas negatif bagi kesehatan masyarakat dan lingkungan hidup. Mengingat, besarnya skala eksternalitas negatif yang timbul akibat produk tembakau, tindakan masif diperlukan untuk mengurangi efek negatif terhadap kesehatan masyarakat dan lingkungan hidup dari bahaya yang ditimbulkan dari produksi tembakau, serta jika memungkinkan memberikan efek jera bagi perokok. Salah satu opsi instrumen yang dapat digunakan sebagai kebijakan berdasarkan pasar (*market-based policy*), yakni kebijakan pengenaan cukai atas hasil tembakau dengan maksud untuk mengendalikan konsumsi (*to discourage consumption*). Apabila beban cukai diterapkan dalam besaran yang tepat, maka pola konsumsi masyarakat cenderung akan menurun, disebabkan pola *behaviour* konsumsi masyarakat *price sensitively*.

Penerimaan negara dari cukai hasil tembakau (CHT) termasuk dalam kategori penyumbang terbesar. Hampir 96 persen proporsi penerimaan cukai ditopang oleh cukai IHT. Penerimaan cukai per 30 Juni 2020 adalah sebesar Rp75,38 triliun atau 43,78 persen dari target Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun 2020 jo. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2020 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 54 Tahun 2020 tentang Perubahan Postur dan Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2020. Secara rinci, penerimaan cukai terhadap APBN-Perpres Nomor 72 Tahun 2020 per 30 Juni 2020 mencapai Rp75,38 triliun atau 43,78 persen dari target. Penerimaan CHT mempunyai porsi terbesar dalam penerimaan cukai, yang hingga tanggal 30 Juni 2020 terkumpul Rp72,91 triliun atau tumbuh 14,23 persen. Penerimaan cukai MMEA sebesar Rp2,26 triliun atau melambat 18,94 persen dibandingkan periode yang sama tahun 2019. Dilihat dari level pertumbuhan kumulatifnya, pertumbuhan cukai EA menjadi yang tertinggi, yakni sebesar 205,17 persen disebabkan naiknya permintaan EA untuk bahan baku keperluan medis (Kemenkeu, 2020). Realisasi penerimaan cukai periode 30 Juni 2019-30 Juni 2020 dapat dilihat pada tabel 1.

Penerimaan negara dari CHT tidak seluruhnya digunakan oleh Pemerintah Pusat, melainkan sebagian diberikan kepada provinsi/kabupaten/kota penghasil penghasil cukai dan tembakau dengan persentase tertentu, sesuai dengan kriteria tertentu. Pemberian dana tersebut berbentuk dana perimbangan sebagai bentuk apresiasi terhadap kontribusi Pemerintah Daerah terhadap pemasukan negara yang bertujuan untuk memperbaiki keseimbangan vertikal Pemerintah Pusat dengan Pemerintah Daerah dengan memperhatikan potensi daerah penghasilan, sebagaimana diatur dalam ketentuan Pasal 66A, Pasal 66B, Pasal 66C, dan Pasal 66D Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai jo. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 139/PMK.07/2019 tentang Pengelolaan Dana Bagi Hasil, Dana Alokasi Umum, dan Dana Otonomi Khusus.

Pembagian DBH dilakukan berdasarkan prinsip *by origin*, sedangkan penyaluran DBH dilakukan berdasarkan prinsip *Based on Actual Revenue*, yakni penyaluran DBH berdasarkan realisasi penerimaan tahun anggaran berjalan. WHO

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).

Lebih dari 30 negara mengalokasikan semua atau sebagian pendapatan dari pajak tembakau untuk kesehatan (Ahsan dan Veruswati, 2018). Di Indonesia, kegiatan di bidang kesehatan menempati urutan pertama realisasi penggunaan terbesar dari seluruh kegiatan dalam bidang pembinaan lingkungan sosial, dengan porsi sebesar 59,6% dari total alokasi anggaran DBH CHT tahun 2019, yakni sebesar Rp3,17 triliun (Bisnis, 2019). DBH CHT digunakan untuk mendanai program yang diprioritaskan pada bidang kesehatan untuk mendukung program jaminan kesehatan nasional (JKN).

Apabila kita melakukan *benchmarking* dengan negara lain, Filipina dan Rumania yang mengalokasikan sebagian dana cukai untuk membiayai Jaminan Kesehatan rakyatnya. Negara Filipina mengalokasikan 85% dari sisa saldo pendapatan tambahan yang berasal dari Undang-Undang Cukai untuk perawatan kesehatan universal di bawah Program Jaminan Kesehatan Nasional. Di Australia terdapat yayasan promosi yang bertujuan untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat akibat tembakau. Dana Penanggulangan Tembakau di Vietnam didanai oleh penerimaan pajak pendapatan tembakau 2% pada tahun 2019. Di Nepal, semua pendapatan dari pajak tembakau diperuntukkan bagi pengendalian kanker, sedangkan Mesir, Prancis, Filipina, dan Turki menggunakan pendapatan pajak tembakau untuk mendanai sebagian dari program asuransi kesehatan nasional (Andon dan Cashin, 2010).

Kebijakan *earmarking* melalui DBH CHT telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 2008, namun tujuan penerapan *earmarking* CHT di Indonesia masih belum tercapai, yakni mengendalikan konsumsi produk tembakau dan sekaligus membantu masyarakat umum yang berada di sekitar konsumen produk tembakau dan industri produk tembakau yang menanggung dampak negatif akibat produksi dan konsumsi produk tembakau (Sukmono, 2019). Angka kematian di Indonesia per tahun mencapai 225.700 jiwa, akibat merokok dan penyakit lain yang berkaitan dengan tembakau. Hal ini, bertolak belakang dengan tujuan penerapan *earmarking* CHT (Liputan6, 2020).

Penelitian terdahulu berjudul “Dana Bagi Hasil (DBH) Cukai Hasil Tembakau Ditinjau dari Cukai Rokok, Kesehatan, dan Industri Rokok” mempertegas hal tersebut. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari (2010) menunjukkan bahwa program/kegiatan yang sebagian besar perhatiannya lebih ditujukan pada aspek peningkatan penerimaan cukai, sedangkan dampak dari produk hasil tembakau hanya mendapat sedikit perhatian dari pemerintah.

Berdasarkan uraian di atas, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji tentang pengalokasian, penyaluran, dan penggunaan *earmarking tax* melalui DBH CHT dalam rangka mengendalikan eksternalitas negatif penggunaan rokok terhadap kesehatan.

2. KERANGKA TEORITIS

2.1. Pengertian *Tax Earmarking*

Dalam teori kebijakan publik, efisiensi pemanfaatan anggaran pemerintah sangat penting. Satu langkah untuk mencapai efisiensi dalam penggunaan anggaran pemerintah melalui *earmarking* (McCleary, 1991). *Earmarking* merupakan praktik penganggaran mendedikasikan pendapatan pajak atau pendapatan lainnya untuk

program tertentu, dan praktik ini melibatkan penyetoran pajak atau pendapatan lainnya ke rekening khusus (Joel, 2012). *Earmarking* dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan secara bertahap dan terus menerus dan sekaligus menciptakan *good governance* dan *clean government* (Siahaan, 2010)

Earmarking atau *earmarked* sering dikaitkan dengan konteks perpajakan, sehingga muncul istilah *earmarking taxes*. Pengertian *tax earmarking* adalah penetapan atau pengalokasian dana dalam jumlah yang tetap untuk digunakan sebagai pembiayaan program khusus yang dicanangkan oleh pemerintah dan hanya untuk program tersebut saja (Clague dan Gordon, 1940).

Bird dan Jung (2005) mengkategorikan *tax earmarking* menjadi 2 (dua) jenis, sebagai berikut:

- a. *Substantive tax earmarking* adalah praktik mengaitkan dengan kuat antara sumber dana dengan pengeluarannya. Jika dana yang di terima meningkat maka pengeluaran juga akan meningkat proporsional dengan peningkatan tersebut.
- b. *Symbolic tax earmarking* adalah praktik mengaitkan sumber dana dengan pengeluaran dengan aturan yang longgar, sehingga proporsi terhadap pengeluaran dana tersebut untuk pos pengeluaran yang telah di-*tax earmarking* tergantung dari pengambil kebijakan (fleksibel).

Dalam praktik, pelaksanaan *earmarking* telah berkembang pesat di negara maju dan negara berkembang, misalnya Negara Kolombia, *earmarking* telah diberlakukan untuk meningkatkan infrastruktur di daerah perkotaan (ITDP, 2014). Negara Australia, kebijakan *earmarking* yang paling populer adalah *Medicare Levy*, dengan tujuan untuk membantu pembiayaan pelayanan kesehatan (Smart Company, 2013).

Adanya kebijakan *earmarking tax* di Indonesia ditandai dengan berlakunya Undang-Undang Nomor 45 Tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2008, kemudian ditindaklanjuti dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Keuangan Nomor 60/PMK 07/2008 tentang Dana Alokasi Cukai Hasil Tembakau Tahun Anggaran 2008. Kebijakan *earmarking tax* tersebut dilanjutkan dengan berlakunya Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah, yang mengamanatkan untuk mengalokasikan paling sedikit 50% (lima puluh persen) untuk mendanai pelayanan kesehatan masyarakat dan penegakan hukum oleh aparat yang berwenang. Proporsi pembagian pengalokasian dana pajak antara provinsi dengan kabupaten/kota dapat dilihat pada tabel 2.

Beberapa negara di dunia menggunakan kebijakan *earmarking* untuk berbagai keperluan, namun Baumol dan Lee (1991) memperingatkan agar kebijakan *earmarking* diterapkan hanya dalam kondisi yang tertentu dan sangat terbatas. Penerapan *earmarking* masih menjadi perdebatan pro dan kontra di kalangan ekonom tentang keuntungan dan kerugian *earmarking*. Di satu sisi, *earmarking* dapat menjadi instrumen untuk menerapkan prinsip manfaat (*benefit*) dari pengenaan pajak; menjamin tingkat belanja yang minimum untuk fungsi pemerintahan yang dikehendaki; dan membantu mengatasi penolakan terhadap jenis pajak yang baru atau kenaikan tarif pajak. *Earmarking* merupakan cara yang sudah terbukti dapat mempengaruhi penerimaan masyarakat atas suatu kebijakan. Di sisi lain, *earmarking* mengganggu pengendalian anggaran yang efektif; mengarah pada misalokasi dana, serta berdampak pada tidak fleksibelnya struktur pendapatan, yang berakibat pada sulitnya legislatif untuk membuat penyesuaian yang tepat ketika kondisi berubah (Enoch et al., 2003).

Bracewell dan 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.

2.2. Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau

Pasal 1 angka 20 Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah mendefinisikan "*Dana Bagi Hasil (DBH) adalah dana yang bersumber dari pendapatan APBN yang dialokasikan kepada daerah berdasarkan angka persentase untuk mendanai kebutuhan daerah dalam rangka pelaksanaan desentralisasi*". Tujuan dari DBH adalah untuk memperbaiki keseimbangan vertikal antara pusat dan daerah dengan memperhatikan potensi daerah penghasil. Pembagian DBH dilakukan berdasarkan prinsip tempat asal (*by origin*).

Pasal 11 Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004, merinci DBH bersumber dari:

1. Pajak yang terdiri dari Pajak Bumi dan Bangunan (PBB); Bea Perolehan Hak atas Tanah dan Bangunan (BPHTB); dan Pajak Penghasilan (PPh) Pasal 25 dan Pasal 29 Wajib Pajak Orang Pribadi Dalam Negeri (WPOPND) dan PPh Pasal 21.
2. Sumber daya alam (SDA) berasal dari kehutanan; pertambangan umum; perikanan; pertambangan minyak bumi; pertambangan gas bumi; dan pertambangan panas bumi.

Pembagian DBH dilakukan berdasarkan prinsip daerah penghasil (*by origin*), sedangkan penyaluran DBH dilakukan berdasarkan prinsip *Based on Actual Revenue* (Kemenkeu, 2017), yakni penyaluran DBH berdasarkan realisasi penerimaan tahun anggaran berjalan (Pasal 23 Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004). Pelaksanaan DBH CHT termasuk golongan urusan pemerintahan yang bersifat *concurrent*, hal ini sejalan dengan penyelenggaraan desentralisasi yang mensyaratkan adanya pembagian urusan pemerintahan antara pemerintah dengan daerah otonomi (daerah penghasil CHT/daerah penghasil tembakau) (Sari, 2010).

Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) merupakan bagian dari transfer ke daerah yang dibagikan kepada provinsi penghasil cukai dan/atau provinsi penghasil tembakau. DBH CHT pertama kali diatur dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai. Sebagai peraturan pelaksanaannya, telah ditetapkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 7/PMK.07/2020 tentang Penggunaan, Pemantauan, dan Evaluasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau. Penggunaan DBH CHT juga diatur dalam Peraturan Gubernur, Peraturan Bupati, serta Peraturan Walikota sebagai salah satu upaya untuk meminimalisir adanya multi tafsir dalam penerapannya.

Cukai hasil tembakau yang dibuat di Indonesia dibagikan kepada daerah karena barang kena cukai (BKC) 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 tersebut dilakukan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah. DBH CHT merupakan bagian kapasitas fiskal yang

perhitungannya disesuaikan dengan formula Dana Alokasi Umum (DAU) yang setiap tahun ditetapkan dalam pembahasan RAPBN.

Penerimaan negara dari cukai hasil tembakau yang dibuat di Indonesia dibagikan kepada provinsi penghasil cukai hasil tembakau sebesar 2% (dua persen). Selanjutnya melalui Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 54/PUU-VI/2008 tanggal 14 April 2009 perihal permohonan pengujian/*constitutional review* terhadap Pasal 66A Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1995 tentang Cukai terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, atas permohonan Majdi selaku Gubernur Nusa Tenggara Barat, memutuskan bahwa alokasi DBH CHT tidak hanya untuk daerah penghasil CHT saja, tetapi juga untuk daerah penghasil tembakau. Pengalokasian DBH CHT dengan porsi pembagian tetap seperti semula sebesar 2% (dua persen) dari pendapatan CHT yang dibuat di Indonesia.

Penggunaan DBH CHT diarahkan untuk mendanai kegiatan tertentu dalam rangka pengendalian, pengawasan, dan mitigasi dampak negatif yang ditimbulkan dari produk CHT, serta optimalisasi penerimaan CHT. Pasal 66A ayat (1) Undang-Undang Cukai dijelaskan bahwa sebanyak 2% (dua persen) yang didapat dari pendapatan CHT digunakan untuk untuk mendanai peningkatan kualitas bahan baku, pembinaan industri, pembinaan lingkungan sosial, sosialisasi ketentuan di bidang cukai, dan/atau pemberantasan BKC ilegal. Pasal 66A ayat (4) Undang-Undang Cukai menjelaskan pembagian dana bagi hasil cukai hasil tembakau dilakukan dengan persetujuan Menteri, dengan komposisi 30% (tiga puluh persen) untuk provinsi penghasil, 40% (empat puluh persen) untuk kabupaten/kota daerah penghasil, dan 30% (tiga puluh persen) untuk kabupaten/kota lainnya.

Dari pagu tersebut dialokasikan kepada pemerintah daerah penghasil cukai dan tembakau, melalui pemindahbukuan dari rekening kas umum negara ke rekening kas umum daerah provinsi/kabupaten/kota, mengacu pada Pasal 20 ayat (13) Peraturan Menteri Keuangan Nomor 139/PMK.07/2019 tentang Pengelolaan Dana Bagi Hasil, Dana Alokasi Umum, dan Dana Otonomi Khusus. Penyaluran DBH CHT dilaksanakan secara triwulan, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Triwulan I sebesar 20% (dua puluh persen) dari pagu alokasi pada bulan Maret;
2. Triwulan II sebesar 30% (tiga puluh persen) dari pagu alokasi pada bulan Juni;
3. Triwulan III sebesar 30% (tiga puluh persen) dari pagu alokasi paling lambat bulan September; dan
4. Triwulan IV sebesar selisih antara pagu alokasi dengan jumlah dana yang telah disalurkan pada triwulan I, triwulan II, dan triwulan III paling lambat bulan November.

Capaian kinerja atas prioritas penggunaan DBH CHT merupakan skor penilaian kinerja atas penggunaan DBH CHT sesuai prioritas penggunaan dibandingkan dengan skor penilaian kinerja maksimal dikalikan bobot 5% (lima persen). Pasal 16 ayat (1) PMK Nomor 139/PMK.07/2019 Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan (DJPK) menghitung alokasi DBH CHT setiap provinsi berdasarkan formula pembagian, sebagai berikut:

$$\text{DBH CHT per Provinsi} = \{(60\% \times \text{CHT}) + (40\% \times \text{TBK})\} \times \{(\text{Pagu DBH CHT}) - (\text{Total Alokasi Kinerja})\}$$

Keterangan:

CHT	= proporsi realisasi penerimaan cukai hasil tembakau suatu provinsi tahun sebelumnya terhadap realisasi penerimaan cukai hasil tembakau nasional.
TBK	= proporsi rata-rata produksi tembakau kering suatu provinsi selama 3 (tiga) tahun terakhir terhadap rata-rata produksi tembakau kering nasional.
Pagu DBH CHT	= 2% (dua persen) dari penerimaan CHT tahun berkenaan.
Total Alokasi Kinerja	= (capaian kinerja penerimaan cukai + capaian kinerja produksi tembakau kering + capaian kinerja atas prioritas penggunaan DBH CHT + ketepatan waktu penyampaian laporan) x (alokasi DBH CHT provinsi yang bersangkutan tahun sebelumnya).

3. METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Pendekatan dan Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kepustakaan atau kajian literatur (*library research* atau *literature review*), yaitu serangkaian penelitian yang berkenaan dengan metode pengumpulan data pustaka atau penelitian yang objek penelitiannya digali melalui beragam informasi kepustakaan, antara lain buku, ensiklopedi, jurnal ilmiah, koran, majalah, dan dokumen (Sukmadinata, 2009). Alasan penulis menggunakan metode penelitian *library research* karena sesuai dengan permasalahan yang diteliti, yakni mengkaji dan menemukan berbagai teori, dalil, prinsip, atau gagasan yang terdapat di dalam tubuh literatur berorientasi akademik (*academic-oriented literature*) yang digunakan untuk menganalisis dan memecahkan pertanyaan penelitian yang dirumuskan berupa justifikasi ekstensifikasi cukai terhadap barang dan/atau jasa yang dapat diterapkan di Indonesia. Dalam menganalisis hasil penelitian, penulis menggunakan pendekatan metode analisis deskriptif. Penulis memilih metode analisis deskriptif karena penelitian ini menganalisis dan menyajikan fakta secara sistematis mengenai pola dan tren dari kebijakan cukai di berbagai negara, baik dalam konsep definisi, proporsi penerimaan, pengkategorian objek kena cukai, serta kesesuaian dengan kondisi kebutuhan Indonesia saat ini.

3.2. Sumber Data

Data merupakan hal yang paling penting dalam suatu penelitian. Metode penelitian kepustakaan menggunakan data sekunder (*secondary data*) sebagai sumber data utamanya. Adapun sumber data sekunder terbagi menjadi 3 (tiga), sebagai berikut:

1. Bahan hukum primer yang menelaah dan menganalisa makna yang terkandung dalam berbagai ketentuan peraturan perundang-undangan tentang Penggunaan DBH CHT dan peraturan pelaksanaannya.
2. Bahan hukum sekunder terdiri dari pendapat hukum/doktrin/teori-teori yang diperoleh dari buku teks, laporan penelitian, karya ilmiah, makalah, artikel dalam berbagai majalah, jurnal ilmiah bidang hukum, maupun *website* yang terkait dengan tema *earmarking* CHT.
3. Bahan hukum tersier yang memberikan petunjuk maupun penjelasan terhadap bahan hukum primer dan sekunder, seperti kamus, ensiklopedia, indeks kumulatif, serta sumber lainnya yang mendukung penelitian.

3.3. Teknik Pengumpulan Data

Dalam rangka mendapatkan data-data yang valid dalam penelitian, penulis menggunakan teknik kepustakaan dan dokumentasi. Teknik kepustakaan merupakan cara pengumpulan data bermacam-macam material yang terdapat di ruang kepustakaan, seperti koran, buku, majalah, naskah, dokumen, dan sebagainya yang relevan dengan penelitian (Koentjaraningrat, 1983), sedangkan teknik dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan mencari atau menggali data dari literatur yang terkait dengan apa yang dimaksudkan dalam rumusan masalah. Data-data yang telah didapatkan dari berbagai literatur dikumpulkan sebagai suatu kesatuan dokumen yang digunakan untuk menjawab permasalahan yang telah dirumuskan.

3.4. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data dengan menggunakan model analisis isi (*content analysis*) dari Lasswell. Analisis isi merupakan suatu teknik membuat kesimpulan dengan cara mengidentifikasi karakteristik pesan tertentu secara objektif dan sistematis (Holsti, 1969). Teknik analisis isi dalam penelitian ini terdiri dalam 5 (lima) tahap, yaitu merumuskan masalah; pembuatan kategori yang dipergunakan dalam analisis; pendataan suatu sampel dokumen yang telah dipilih dan melakukan pengkodean; pembuatan skala dan item berdasarkan kriteria tertentu untuk pengumpulan data; dan interpretasi/penafsiran data yang diperoleh.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Alokasi DBH CHT

Peraturan Menteri Perindustrian Nomor 63/M-IND/PER/8/2015 tentang Peta Jalan (*Roadmap*) Produksi Hasil Tembakau Tahun 2015-2020 menjadi pedoman bagi pemerintah, pelaku IHT dan pihak-pihak terkait dalam pengelolaan dan pengendalian IHT nasional. Salah satu *point* sasaran IHT Tahun 2015-2020 adalah pertumbuhan produksi rokok terkendali secara regresi pada kisaran 5%-7,4% per tahun, namun industri rokok mengalami tren yang stagnan bahkan cenderung menurun dalam beberapa tahun terakhir. Sejak tahun 2016, pertumbuhan produksi negatif dengan kisaran -1% hingga -2% (Medcom, 2019). Sebagaimana diketahui, Putusan Mahkamah Agung Nomor 16P/HUM/2016 mengabulkan seluruh permohonan uji materi terhadap Peraturan Menteri Perindustrian Nomor 63/M-IND/PER/8/2015 tentang Peta Jalan (*Roadmap*) Produksi Hasil Tembakau Tahun 2015-2020, karena bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi, yaitu Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

Pemetaan produsen bahan baku serta industri produk tembakau merupakan dasar untuk alokasi DBH CHT. Dengan dasar alokasi tersebut, maka daerah dengan kontribusi terbesar terhadap penerimaan cukai akan memperoleh bagian terbesar dari DBH CHT, namun berdasarkan data Kementerian Perindustrian menunjukkan terjadi penurunan jumlah pabrik rokok dari tahun ke tahun. Pada tahun 2018, hanya tersisa 456 pabrikan dari 1.000 pabrik rokok yang ada di tahun 2012 (Kompas, 2019), sebagaimana dapat dilihat pada tabel 3.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 78 Tahun 2019 tentang Rincian Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2020, DBH CHT Tahun Anggaran 2020 ditetapkan sebesar Rp3.462.912.000.000,00 (tiga triliun empat ratus enam puluh dua miliar sembilan ratus dua belas juta rupiah). Rincian DBH CHT Tahun

Anggaran 2020 menurut daerah provinsi/kabupaten/kota, sebagaimana tercantum dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 13/PMK.07/ 2020 tentang Rincian Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau Menurut Daerah Provinsi/Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2020.

Dalam rangka penanganan pandemi *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19) dan/atau menghadapi ancaman yang membahayakan perekonomian nasional dan/atau stabilitas sistem keuangan, termasuk pengutamaan penggunaan alokasi anggaran untuk kegiatan tertentu (*refocusing*), penyesuaian alokasi, dan/atau pemotongan/penundaan penyaluran transfer ke daerah atau dana desa, maka pada tanggal 16 April 2020 dikeluarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 35/PMK.07/2020 tentang Pengelolaan Transfer ke Daerah dan Dana Desa Tahun Anggaran 2020 dalam Rangka Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease 2019* (Covid-19) dan/atau Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional, yang menentukan pagu alokasi DBH CHT disesuaikan menjadi sebesar Rp3.312.912.000.000 (tiga triliun tiga ratus dua belas miliar sembilan ratus dua belas juta rupiah).

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 13/PMK.07/ 2020 tanggal 28 Februari 2020 jo. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 35/PMK.07/2020 tanggal 16 April 2020, DBH CHT hanya dialokasikan kepada 25 provinsi dari total 34 provinsi yang ada di seluruh Indonesia (tabel 4 dan tabel 5). Dari 25 provinsi yang menerima DBH CHT, alokasi terbesar dinikmati oleh provinsi-provinsi di Pulau Jawa. Pada tabel 5 dapat dicermati, beberapa provinsi hanya menerima alokasi DBH CHT yang sangat kecil, yakni Provinsi Bangka Belitung Rp71.000,00; Provinsi Kalimantan Timur Rp289.000,00; dan Provinsi Gorontalo Rp361.000,00, sehingga menyulitkan bagi pemerintah daerah untuk melaksanakan program yang dapat berdampak pada penanggulangan dampak negatif akibat rokok. Hal tersebut terjadi karena tidak semua daerah otonom di Indonesia merupakan provinsi/kabupaten/kota penghasil cukai dan penghasil tembakau, serta tidak memberikan kontribusi terhadap penerimaan CHT. Hasil penelitian Sitepu (2016) menyatakan bahwa 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 daripada mengendalikannya.

Sementara itu, dari 416 kabupaten dan 98 kota yang ada di seluruh di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI), hanya 317 kabupaten (tabel 6) dan 76 kota (tabel 7) yang menerima alokasi DBH CHT. Pada kenyataannya, dampak negatif yang ditimbulkan dari kandungan-kandungan yang terdapat pada rokok, berdampak pada masyarakat umum yang berada di sekitar konsumen produk tembakau dan industri produk tembakau di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, tanpa terkecuali. Tingkat redistribusi harus diubah dari tingkat kabupaten/kota menjadi tingkat provinsi dalam rangka meningkatkan lingkup kebijakan dan ruang lingkup tindakan.

4.2. Program Penggunaan DBH CHT

Pengaturan penggunaan DBH CHT berdasarkan Bab II Peraturan Menteri Keuangan Nomor 7/PMK.07/2020 tentang Penggunaan, Pemantauan, dan Evaluasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau. Pembagian, pengelolaan, dan penggunaan DBH CHT pada dasarnya merupakan bentuk *sharing* kewajiban Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah yang dibagikan kepada provinsi penghasil cukai dan penghasil tembakau; provinsi penghasil cukai; provinsi penghasil tembakau;

kabupaten/kota penghasil cukai dan penghasil tembakau; kabupaten/kota penghasil cukai; kabupaten/kota penghasil tembakau; dan/atau kabupaten/kota non penghasil, guna mendukung pelaksanaan pencapaian tujuan pengenaan CHT, yaitu untuk menanggulangi dampak negatif rokok, dampak kebijakan CHT, dan/atau dampak kebijakan pertembakauan nasional dengan sasaran prioritas petani tembakau dan/atau tenaga kerja pabrik rokok.

Rancangan program/kegiatan dan penganggaran penggunaan DBH CHT disusun terlebih dahulu oleh Kepala Daerah dan disampaikan kepada Bupati/Walikota sebelum tahun anggaran dimulai. Gubernur dapat memfasilitasi penyusunan rancangan program/kegiatan dan penganggaran penggunaan DBH CHT dan mencantumkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD). Besaran penganggaran penggunaan DBH CHT ditetapkan dalam APBD.

DBH CHT yang dibagikan tersebut bersifat *specific grand*, yang penggunaannya sudah diarahkan untuk mendanai kegiatan tertentu, sebagaimana diatur dalam Pasal 66A ayat (1) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 jo. Pasal 2 ayat (1) Peraturan Menteri Keuangan Nomor 7/PMK.07/2020 menentukan program yang didanai dari DBH CHT, meliputi kegiatan peningkatan kualitas bahan baku; pembinaan industri; pembinaan lingkungan sosial; sosialisasi ketentuan di bidang cukai; dan/atau pemberantasan barang kena cukai ilegal.

Penggunaan DBH CHT yang diarahkan untuk mendanai 5 (lima) program/kegiatan utama yang telah ditentukan sebagaimana diatur dalam Pasal 66A ayat (1) Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2007 tersebut, hanya 1 (satu) program yang terkait langsung dengan upaya mengatasi eksternalitas negatif akibat merokok, yakni pembinaan lingkungan sosial. Program penggunaan DBH CHT cenderung digunakan untuk mendorong peningkatan produktivitas produk tembakau. Hal ini tidak sejalan dengan tujuan awal dari pengenaan pemungutan pajak rokok, yakni konsumsinya perlu dikendalikan.

Salah satu program yang didanai DBH CHT adalah pembinaan lingkungan sosial mengamankan adanya perlindungan bagi warganya terhadap dampak negatif produk CHT di bidang kesehatan. Hal ini sejalan dengan amanat Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945 jo. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Ketentuan Pasal 2 ayat (2) Peraturan Menteri Keuangan Nomor 222/PMK.07/2017 tentang Penggunaan, Pemantauan, dan Evaluasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau, secara detail diatur penggunaan DBH CHT minimal 50% untuk bidang kesehatan yang mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dukungan JKN dalam DBH CHT diarahkan pada sisi *supply side* yang dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) di daerah sebagai unit layanan kesehatan terdepan dalam Program JKN.

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program JKN. BPJS Kesehatan merilis data pembiayaan terbesar yang harus ditanggung oleh BPJS Kesehatan berasal dari penyakit katastropik. Jumlah biaya katastropik yang dibiayai oleh BPJS Kesehatan periode awal Januari sampai Maret 2019 mencapai Rp5.659.395.588.267. Pada 2018, total pembiayaan penyakit katastropik mencapai Rp20.429.409.135.197 (Detik Health, 2019). Daftar biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan penyakit katastropik dapat dilihat pada tabel 8. Penyakit katastropik dengan pembiayaan pengobatan tertinggi adalah penyakit jantung. Selama tahun 2018, BPJS Kesehatan harus mengeluarkan biaya mencapai Rp10,5 triliun, sedangkan bulan Januari-Maret 2019 pengeluaran mencapai Rp2,81

triliun. Penyakit kanker menempati urutan kedua, menelan biaya mencapai Rp3,40 triliun dan selama bulan Januari-Maret 2019 mencapai Rp1,09 triliun.

Rokok menjadi penyebab penyakit katastrofik, seperti jantung, stroke, dan kanker (CNBC Indonesia, 2019). Pada tahun 2019, WHO mencatat bahwa angka kematian di Indonesia per tahun mencapai 225.700 jiwa, akibat merokok dan penyakit lain yang berkaitan dengan tembakau (Liputan6, 2020). Data *Global Cancer Observatory* tahun 2018, menyebutkan total kematian akibat kanker di Indonesia, kanker paru menempati urutan pertama penyebab kematian, yakni sebesar 12,6 persen. Pada tahun 2018, terdapat 18,1 juta kasus dengan angka kematian sebesar 9,6 juta, yakni menyatakan 1 dari 8 laki-laki dan 1 dari 11 perempuan, meninggal karena kanker. Data tersebut juga menyebutkan 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 6 perempuan di dunia menderita penyakit kanker (Kemkes, 2019). Biaya pengobatan yang harus dikeluarkan untuk penyakit akibat rokok, jauh melebihi penerimaan negara dari CHT. Program JKN membutuhkan inovasi pendanaan demi keberlanjutan program Indonesia Sehat 2025.

Dalam kurun waktu 12 tahun sejak implementasi kebijakan DBH CHT, eksternalitas negatif yang timbul akibat merokok semakin meningkat secara signifikan. Hingga saat ini, Indonesia menghadapi ancaman serius akibat meningkatnya jumlah perokok. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 tercatat prevalensi perilaku merokok remaja usia 10-18 tahun meningkat sebesar 1,9 persen dari Riskesdas tahun 2013 (grafik 1). Prevalensi penduduk berusia ≥ 15 tahun yang merokok dan mengunyah tembakau. Dari jumlah perokok berusia ≥ 15 tahun tersebut, sebanyak 33,8 persen terdapat 62,9 persen perokok laki-laki dan 4,8 persen perokok perempuan (grafik 2). Hal yang tidak kalah mengkhawatirkan adalah prevalensi perokok pemula yaitu perokok yang berusia ≥ 10 tahun pada tahun 2018 hanya turun sebesar 0,5 persen dari Riskesdas tahun 2013 (grafik 3).

Berdasarkan data BPS (2019) tahun 2015-2018, menunjukkan bahwa persentase merokok pada penduduk umur ≥ 15 tahun menurut 25 Provinsi yang menerima alokasi DBH CHT, hanya 2 (dua) Provinsi yang mengalami penurunan proporsi penduduk yang merokok (tabel 9). Hal tersebut, bertolak belakang dengan tujuan *earmarking* CHT, yakni mengendalikan konsumsi produk tembakau dan karakteristik produk yang dapat berdampak negatif bagi kesehatan masyarakat. Senada dengan hasil penelitian Sitepu (2016) yang menunjukkan bahwa tujuan dari kebijakan *earmarking* seperti yang telah ditetapkan tidak sejalan dengan upaya pemberantasan eksternalitas negatif akibat merokok.

Pemanfaatan DBH CHT harus diarahkan untuk kegiatan yang mendorong perokok untuk mengurangi konsumsi rokok, serta diperlukan upaya untuk mengurangi dampak berbahaya yang disebabkan oleh rokok. Selain itu, 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 provinsi/kabupaten/kota.

5. KESIMPULAN

Dari pembahasan yang telah dibahas dan analisis yang telah diuraikan, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa DBH CHT hanya dialokasikan pada 25 provinsi, 317 kabupaten, dan 76 kota dari total 34 provinsi, 416 kabupaten, dan 98 kota yang ada di seluruh wilayah Indonesia, disebabkan tidak semua daerah otonom di Indonesia

merupakan provinsi/kabupaten/kota penghasil cukai dan penghasil tembakau, sehingga tidak memberikan kontribusi terhadap penerimaan CHT. Pada kenyataannya, pengaruh eksternalitas negatif timbul terhadap masyarakat umum yang berada di sekitar konsumen produk tembakau dan industri produk tembakau di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, tanpa terkecuali. Pada tataran implementasi, kebijakan *earmarking* melalui DBH CHT ke sejumlah provinsi/kabupaten/kota di Indonesia belum mencapai tujuan pengenaan cukai atas produk tembakau, yakni menanggulangi eksternalitas negatif terhadap kesehatan masyarakat dari bahaya yang ditimbulkan dari tembakau, serta mengendalikan konsumsi produk tembakau.

6. SARAN

Perencanaan, pemantauan, pengawasan, dan evaluasi perlu dilakukan terhadap pengalokasian, penyaluran, dan penggunaan DBH CHT agar *earmarking tax* dapat menjadi kebijakan yang efisien dan efektif dalam mengendalikan konsumsi tembakau dan pada gilirannya akan mengurangi eksternalitas negatif akibat penggunaan rokok terhadap kesehatan dan masyarakat luas.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahsan dan Veruswati. (2018). *Ekstensifikasi Cukai Sebagai Inovasi Pendanaan JKN-KIS Menuju Indonesia Sehat 2025*. Jakarta: Nagakusuma Media Kreatif.
- Akurat News. (2019, December 04). *Cukai Naik, Petani Tembakau dan Industri Rokok di Jawa Tengah Terancam*. Retrieved from <https://akuratnews.com/cukai-naik-petani-tembakau-dan-industri-rokok-di-jawa-tengah-terancam/>
- Andon dan Cashin. (2010). *Assessing Public Expenditure on Health From a Fiscal Space Perspective*. Washington D.C.: World Bank.
- Ardianto. (2012). Rokok, Perokok pasif, Kematian Kardiovaskular, dan Jaminan Kesehatan. *Jurnal Kardiologi Indonesia*, Volume 33 No. 3 p 158-159.
- Baumol dan Lee. (1991). Contestable Markets, Trade, and Development. *The World Bank Research Observer*, Volume 6 Nomor 1, p 1-18.
- Berita Satu. (2015, June 20). *Setiap Hari, Rokok Renggut 500 Nyawa di Indonesia*. Retrieved from <https://kebijakankesehatanindonesia.net/25-berita/berita/2377-setiap-hari-rokok-renggut-500-nyawa-di-indonesia>
- Bird dan Jung. (2005). Earmarking In Theory and Korean Practice. *ITP Paper 0513*, p 1-53.
- Bisnis. (2019, October 11). *Penggunaan DBH CHT Minim Ke Petani, Condong ke Kesehatan*. Retrieved from <https://ekonomi.bisnis.com/read/20191011/9/1158011/penggunaan-dbh-cht-minim-ke-petani-condong-ke-kesehatan>
- BPS. (2019). *Persentase Merokok Pada Penduduk Umur ≥ 15 Tahun Menurut Provinsi, 2015-2018*. Retrieved from <https://www.bps.go.id/dynamic/2018/07/02%2015:24:37.29374/1514/persentase-merokok-pada-penduduk-umur-15-tahun-menurut-provinsi-2015-2016.html>
- Bracewell dan Milnes. (1991). *The Case for Earmarked Taxes: Government Spending and Public Choice*. London: Institute of Economic Affairs.
- Clague dan Gordon. (1940). *Earmarking Tax Funds For Welfare Purpose*. Retrieved from <https://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v3n1/v3n1p10.pdf>
- CNBC Indonesia. (2019, September 18). *Ngeri, Penyakit-penyakit Ini yang Buat BPJS Kesehatan Tekor*. Retrieved from <https://www.cnbcindonesia.com/news/2019>

- 0917195920-4-100170/ngeri-penyakit-penyakit-ini-yang-buat-bpjs-kesehatan-tekori
- Detik Health. (2019, September 18). *Deretan Penyumbang Tekornya BPJS Kesehatan, Penyakit Terkait Rokok Mendominasi*. Retrieved from <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-4710814/deretan-penyumbang-tekornya-bpjs-kesehatan-penyakit-terkait-rokok-mendominasi>
- Detik Health. (2020, February 12). *Dalam 10 Tahun, Jumlah Perokok Pemula di Indonesia Naik 240 Persen!* Retrieved from <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-4896540/dalam-10-tahun-jumlah-perokok-pemula-di-indonesia-naik-240-persen>
- DJPK. (2019). *Laporan Pengelolaan DBH CHT Tahun 2018*. Retrieved from <http://www.djpk.kemenkeu.go.id/wp-content/uploads/2019/05/buku-DBH-CHT-2018-1.pdf>
- Enoch et al. (2003). *Unfare Solutions: Local Earmarked Charges to Fund Public Transport*. New York: Routledge. Retrieved from fund public transport. New York: Routledge
- Glio. (2017). *Membuat Pestisida Nabati untuk Hidroponik, Akuaponik, Vertikultur, dan Sayuran Organik*. Jakarta: AgroMedia Pustaka.
- Guindon 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 Discussion Paper*. Washington D.C.: The World Bank.
- Holsti. (1969). *Content Analysis for the Social Science and Humanities*. Massachusetts: Addison.
- Indah. (2015). *Pelaksanaan Alokasi Dana Bagi Hasil Pajak Rokok untuk Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Studi tentang Implementasi Pasal 31 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah di Kabupaten Blitar)*. Malang: Fakultas Hukum Universitas Brawijaya .
- ITDP. (2014). *Best Practice in National Support for Urban Transportation Part 2: Growing Rapid Transit Infrastructure: Funding, Financing, and Capacity*. New York: ITDP.
- Joel. (2012). *Earmarking State Tax Revenues*. St. Paul: Policy Brief Research Department Minnesota House of Representatives.
- Kemenkes. (2019, July 11). *Jangan Biarkan Rokok Merenggut Napas Kita*. Retrieved from <https://www.kemkes.go.id/article/view/19071100001/htts-2019-jangan-biarkan-rokok-merenggut-napas-kita.html>
- Kemenkeu. (2016, September 30). *Melalui Kebijakan Cukai 2017, Pemerintah Tingkatkan Kepedulian akan Kesehatan, Kesempatan Kerja, dan Pembangunan Nasional*. Retrieved from <https://www.beacukai.go.id/berita/melalui-kebijakan-cukai-2017-pemerintah-tingkatkan-kepedulian-akan-kesehatan-kesempatan-kerja-dan-pembangunan-nasional.html>
- Kemenkeu. (2017, December 21). *Dana Bagi Hasil (DBH): Tujuan, Prinsip, dan Jenis*. Retrieved from <http://www.djpk.kemenkeu.go.id/?p=5726>
- Kemenkeu. (2020, Juli). *APBN Kita: Kinerja dan Fakta*. Retrieved from <https://www.kemenkeu.go.id/media/15742/apbn-kita-juli-2020.pdf>
- Kemkes. (2019, January 31). *Hari Kanker Sedunia 2019*. Retrieved from <https://www.kemkes.go.id/article/view/19020100003/hari-kanker-sedunia-2019.html>
- Koentjaraningrat. (1983). *Metode-metode Penelitian Masyarakat*. Jakarta: Gramedia.

- Kompas. (2019, February 21). *5 Jenis Sampah Terbanyak di Bumi, dari Puntung Rokok hingga Styrofoam*. Retrieved from <https://sains.kompas.com/read/2019/02/21/200000223/5-jenis-sampah-terbanyak-di-bumi-dari-puntung-rokok-hingga-styrofoam?page=all>
- Kompas. (2019, September 17). *Asosiasi: Jumlah Pabrik Rokok Turun dalam 6 Tahun Terakhir*. Retrieved from <https://money.kompas.com/read/2019/09/17/180252626/asosiasi-jumlah-pabrik-rokok-turun-dalam-6-tahun-terakhir>
- Kontan. (2020, June 18). *Kenaikan Cukai dan Pandemi Surutkan Serapan Tenaga Kerja di Industri Hasil Tembakau*. Retrieved from <https://nasional.kontan.co.id/news/kenaikan-cukai-dan-pandemi-surutkan-serapan-tenaga-kerja-di-industri-hasil-tembakau>
- Liputan6. (2020, May 31). *WHO: 225.700 Orang Indonesia Meninggal Per Tahun Akibat Rokok*. Retrieved from <https://www.liputan6.com/global/read/4267375/who-225700-orang-indonesia-meninggal-per-tahun-akibat-rokok>
- Liputan6. (2020, May 31). *WHO: 225.700 Orang Indonesia Meninggal Per Tahun Akibat Rokok*. Retrieved from <https://www.liputan6.com/global/read/4267375/who-225700-orang-indonesia-meninggal-per-tahun-akibat-rokok>
- Maharani et al. (2014). Analisis Pendapatan Bagi Hasil Pajak Provinsi Sebagai Upaya Peningkatan Pembangunan Daerah (Studi pada Dinas Pendapatan Daerah dan Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Kabupaten Kediri Tahun 2008-2013). *Jurnal Mahasiswa Perpajakan*, Volume 2 No. 1.
- McCleary. (1991). The Earmarking of Government Revenue: A Review of Some World Bank Experience. *The World Bank Research Observer*, Volume 6 Nomor 1, p 81-104.
- Medcom. (2019, September 17). *Gaprindo: Kenaikan Cukai Kian Menghimpit Industri Tembakau*. Retrieved from <https://www.medcom.id/ekonomi/mikro/zNAVdqeb-gaprindo-kenaikan-cukai-kian-menghimpit-industri-tembakau>
- Michael. (2015, August). *Earmarking State Tax Revenues*. Retrieved from <https://www.house.leg.state.mn.us/hrd/pubs/earmarking.pdf>
- Mittermaier dan Wexler. (2014). *Earmarking: Concept, Consequences, and Contexts*. San Fransico: Adler & ColvinA Law Corporation.
- NGI. (2014, May 05). *Inilah Bahan Kimia yang Membuktikan Bahaya Rokok*. Retrieved from <https://nationalgeographic.grid.id/read/13290333/inilah-bahan-kimia-yang-membuktikan-bahaya-rokok>
- Republika. (2018, September 23). *Pengamat: Perpres Pajak Rokok Tepat untuk Jangka Pendek*. Retrieved from <https://republika.co.id/berita/pfgvq0428/pengamat-perpres-pajak-rokok-tepat-untuk-jangka-pendek>
- Sari. (2010). Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau Ditinjau dari Cukai Rokok, Kesehatan, dan Industri Rokok. *Jurnal Yuridika*, Volume 25 No. 1 p 70-88.
- Siahaan. (2010). *Pajak Daerah dan Retribusi Daerah*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sitepu. (2016). Penerapan Earmarking Cukai Hasil Tembakau di Indonesia: Regulasi dan Konsep Ideal. *Kajian Ekonomi dan Keuangan*, Volume 20 No. 3 p 241-259.
- Smart Company. (2013, May 2). *Why We'll Happily Pay The NDIS Medicare Levy—Just Don't Call It a Tax*. Retrieved from <https://www.smartcompany.com.au/finance/tax/why-we-ll-happily-pay-the-ndis-medicare-levy-just-don-t-call-it-a-tax/>
- Sudjana et al. (1989). *Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*. Bandung: Sinar Baru.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sukmadinata. (2009). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

- Sukmono. (2019). Kajian Penerapan Earmarking Cukai Hasil Tembakau di Indonesia (Periode Tahun 2006 s.d. 2016). *Jurnal Perspektif Bea dan Cukai*, Volume 3 No. 1 p 41-64.
- Tambing et al. (2017). Implementasi Pengalokasikan Dana Pajak (Earmarking Tax) dari Penerimaan Pajak Rokok Terhadap Upaya Kesehatan Masyarakat di Provinsi Sulawesi Utara. *Jurnal Riset Akuntansi Going Concern*, Volume 12 No. 1 p 108-117.
- UI Update. (2018, December 27). *Kuliah Umum Guru Besar: Pencegahan Penyakit Katastropik Sebagai Upaya Efisiensi Biaya JKN*. Retrieved from <http://uiupdate.ui.ac.id/article/kuliah-umum-guru-besar-pencegahan-penyakit-katas-tropik-sebagai-upaya-efisiensi-biaya-jkn>
- VapeMagz. (2018, December 17). *Apa Saja Sih Dampak Merokok dan Vaping Pada Lingkungan?* Retrieved from <https://vapemagz.co.id/lifestyle/apa-saja-sih-dampak-merokok-dan-vaping-pada-lingkungan/>
- WHO. (2019). *Tubuh Tembakau*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324846/WHO-NMH-PND-19.1-ind.pdf?ua=1>

LAMPIRAN

Tabel 1 Realisasi Penerimaan Cukai
Sumber: Kementerian Keuangan (2020)

Jenis Penerimaan	Target Perpres 72/2020	Realisasi		Growth (y-o-y, %)		% Capaian
		2019	2020	2019	2020	
Hasil Tembakau	164.94	63.83	72.91	33.66	14.23	44.20
Etil Alkohol	0.15	0.06	0.18	-10.24	205.17	115.48
MMEA	7.10	2.78	2.26	17.75	-18.94	31.74
Denda Administrasi	-	0.03	0.02	27.10	-4.10	-
Cukai Lainnya	-	0.01	0.01	50.29	-27.06	-
Plastik	-	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Jumlah	172.20	66.71	75.38	32.85	13.00	43.78

Tabel 2 Proporsi Pembagian Dana Pajak
Berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009

Jenis Pajak	Provinsi	Kabupaten/Kota
Pajak Kendaraan Bermotor	70%	30%
Bea Balik Nama Kendaraan Bermotor	70%	30%
Pajak Bahan Bakar Kendaraan Bermotor	30%	70%
Pajak Air Permukaan	50%	50%
Pajak Rokok	30%	70%

Tabel 3 Perkembangan Jumlah Industri Rokok
Sumber: Data olahan penulis

Tahun	Jumlah Perusahaan
2007	4.793
2008	3.961
2009	3.255
2010	1.994
2011	1.540
2012	1.000
2013	800
2014	700
2015	600
2016	487
2017	487
2018	456

Tabel 4 Rincian Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau Menurut Provinsi
Berdasarkan PMK Nomor 13/PMK.07/2020

No.	Provinsi	Dana DBH CHT
1.	Provinsi Aceh	19.455.826.000
2.	Provinsi Sumatera Utara	16.604.411.000
3.	Provinsi Sumatera Barat	4.967.482.000
4.	Provinsi Kepulauan Riau	455.898.000
5.	Provinsi Jambi	2.325.031.000
6.	Provinsi Riau	9.342.000
7.	Provinsi Bangka Belitung	248.000
8.	Provinsi Banten	203.134.000
9.	Provinsi DKI Jakarta	154.059.000
10.	Provinsi Sumatera Selatan	1.935.708.000
11.	Provinsi Lampung	6.457.450.000
12.	Provinsi Jawa Barat	413.071.215.000
13.	Provinsi Jawa Tengah	748.364.526.000
14.	Provinsi D.I. Yogyakarta	13.067.750.000
15.	Provinsi Jawa Timur	1.842.770.283.000
16.	Provinsi Sulawesi Tengah	910.695.000
17.	Provinsi Sulawesi Selatan	15.017.532.000
18.	Provinsi Bali	9.215.790.000
19.	Provinsi Nusa Tenggara Barat	359.966.285.000
20.	Provinsi Nusa Tenggara Timur	7.824.012.000
21.	Provinsi Kalimantan Barat	123.755.000
22.	Provinsi Kalimantan Timur	4.883.000
23.	Provinsi Kalimantan Selatan	1.019.000
24.	Provinsi Gorontalo	1.254.000
25.	Provinsi Sulawesi Tenggara	4.412.000
	Total	3.462.912.000.000

Tabel 5 Rincian Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau Menurut Provinsi Berdasarkan PMK Nomor 35/PMK.07/2020

No.	Provinsi	Dana DBH CHT
1.	Provinsi Aceh	5.583.731.000
2.	Provinsi Sumatera Utara	4.765.551.000
3.	Provinsi Sumatera Barat	1.425.698.000
4.	Provinsi Kepulauan Riau	130.846.000
5.	Provinsi Jambi	667.296.000
6.	Provinsi Riau	2.679.000
7.	Provinsi Bangka Belitung	71.000
8.	Provinsi Banten	58.299.000
9.	Provinsi DKI Jakarta	147.386.000
10.	Provinsi Sumatera Selatan	555.556.000
11.	Provinsi Lampung	1.853.321.000
12.	Provinsi Jawa Barat	118.553.568.000
13.	Provinsi Jawa Tengah	214.784.476.000
14.	Provinsi D.I. Yogyakarta	3.750.513.000
15.	Provinsi Jawa Timur	528.884.572.000
16.	Provinsi Sulawesi Tengah	261.376.000
17.	Provinsi Sulawesi Selatan	4.310.107.000
18.	Provinsi Bali	2.644.979.000
19.	Provinsi Nusa Tenggara Barat	103.312.180.000
20.	Provinsi Nusa Tenggara Timur	2.245.530.000
21.	Provinsi Kalimantan Barat	35.517.000
22.	Provinsi Kalimantan Timur	1.405.000
23.	Provinsi Kalimantan Selatan	289.000
24.	Provinsi Gorontalo	361.000
25.	Provinsi Sulawesi Tenggara	1.264.000
	Total	3.312.912.000.000

Tabel 6 Rincian Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau Menurut Kabupaten Berdasarkan PMK Nomor 35/PMK.07/2020

No.	Nama Kabupaten	DBH CHT
1.	Aceh Barat	279.208.000
2.	Aceh Besar	538.709.000
3.	Aceh Selatan	279.208.000
4.	Aceh Singkil	279.208.000
5.	Aceh Tengah	482.121.000
6.	Aceh Tenggara	279.208.000
7.	Aceh Timur	335.088.000
8.	Aceh Utara	366.123.000
9.	Bireuen	341.823.000
10.	Pidie	606.301.000
11.	Simeulue	279.208.000
12.	Gayo Lues	4.593.422.000
13.	Aceh Barat Daya	279.208.000
14.	Aceh Jaya	279.208.000
15.	Nagan Raya	279.208.000
16.	Aceh Tamiang	279.208.000
17.	Bener Meriah	1.128.184.000
18.	Pidie Jaya	728.658.000
19.	Asahan	148.923.000
20.	Dairi	374.994.000
21.	Deli Serdang	463.676.000
22.	Karo	525.570.000
23.	Labuhanbatu	148.923.000
24.	Langkat	148.923.000
25.	Mandailing Natal	149.931.000
26.	Nias	148.923.000
27.	Simalungun	573.720.000
28.	Tapanuli Selatan	148.923.000
29.	Tapanuli Tengah	148.923.000
30.	Tapanuli Utara	1.017.402.000
31.	Toba Samosir	148.923.000
32.	Pakpak Bharat	155.241.000
33.	Nias Selatan	148.923.000
34.	Humbang Hasundutan	359.713.000
35.	Serdang Bedagai	148.923.000

36.	Samosir	148.923.000
37.	Batu Bara	148.923.000
38.	Padang Lawas	202.358.000
39.	Padang Lawas Utara	148.923.000
40.	Labuhanbatu Selatan	148.923.000
41.	Labuhanbatu Utara	148.923.000
42.	Nias Utara	148.923.000
43.	Nias Barat	148.923.000
44.	Limapuluh Kota	892.627.000
45.	Agam	439.174.000
46.	Kepulauan Mentawai	79.205.000
47.	Padang Pariawan	79.205.000
48.	Pasaman	79.205.000
49.	Pesisir Selatan	79.205.000
50.	Sijunjung	79.205.000
51.	Solok	244.680.000
52.	Tanah Datar	405.673.000
53.	Pasaman Barat	79.205.000
54.	Dharmasraya	79.205.000
55.	Solok Selatan	79.205.000
56.	Bengkalis	244.000
57.	Indragiri Hilir	244.000
58.	Indragiri Hulu	244.000
59.	Kampar	244.000
60.	Kuantan Singingi	244.000
61.	Pelalawan	244.000
62.	Rokan Hilir	244.000
63.	Rokan Hulu	244.000
64.	Siak	244.000
65.	Dumai	244.000
66.	Kepulauan Meranti	244.000
67.	Batang Hari	66.730.000
68.	Bungo	66.730.000
69.	Kerinci	617.494.000
70.	Merangin	161.369.000
71.	Muaro Jambi	66.730.000
72.	Sarolangun	66.730.000
73.	Tanjung Jabung Barat	66.730.000
74.	Tanjung Jabung Timur	66.730.000
75.	Tebo	66.730.000
76.	Lahat	34.723.000
77.	Musi Banyuasin	34.723.000
78.	Musi Rawas	34.723.000
79.	Muara Enim	34.723.000
80.	Ogan Komering Ilir	34.723.000
81.	Ogan Komering Ulu	34.723.000
82.	Banyuasin	34.723.000
83.	Ogan Ilir	34.723.000
84.	OKU Timur	80.061.000
85.	OKU Selatan	695.401.000
86.	Empat Lawang	34.723.000
87.	Penukal Abab Lematang Ilir	34.723.000
88.	Musi Rawas Utara	34.723.000
89.	Lampung Barat	1.176.088.000
90.	Lampung Selatan	139.939.000
91.	Lampung Tengah	149.434.000
92.	Lampung Utara	150.264.000
93.	Lampung Timur	557.344.000
94.	Tanggamus	308.443.000
95.	Tulang Bawang	123.555.000
96.	Way Kanan	143.581.000
97.	Pesawaran	228.391.000
98.	Pringsewu	227.992.000
99.	Mesuji	141.447.000
100.	Tulang Bawang Barat	131.223.000
101.	Presser Barat	132.437.000
102.	Bandung	14.543.508.000
103.	Bekasi	4.564.635.000
104.	Bogor	4.563.001.000
105.	Ciamis	4.799.041.000
106.	Cianjur	4.903.627.000
107.	Cirebon	5.308.422.000
108.	Garut	28.849.578.000
109.	Indramayu	4.559.947.000
110.	Karawang	95.724.310.000
111.	Kuningan	6.281.696.000
112.	Majalengka	10.974.212.000
113.	Purwakarta	4.559.752.000
114.	Subang	4.683.616.000
115.	Sukabumi	4.559.752.000
116.	Sumedang	21.714.541.000
117.	Tasikmalaya	4.756.824.000
118.	Bandung Barat	5.347.283.000
119.	Pangandaran	4.722.475.000
120.	Banjarnegara	6.719.154.000
121.	Banyumas	6.409.515.000
122.	Batang	7.469.204.000
123.	Blora	7.524.195.000
124.	Boyolali	18.593.554.000
125.	Brebes	6.963.198.000
126.	Cilacap	6.517.070.000
127.	Demak	18.256.862.000
128.	Grobogan	10.594.373.000
129.	Jepara	7.671.712.000
130.	Karanganyar	13.499.608.000
131.	Kebumen	7.085.907.000
132.	Kendal	15.452.656.000
133.	Klaten	14.649.372.000
134.	Kudus	151.265.089.000
135.	Magelang	12.071.713.000
136.	Pati	9.339.825.000
137.	Pekalongan	6.395.715.000
138.	Pemalang	7.441.511.000
139.	Purbalingga	7.005.851.000
140.	Purworejo	7.779.793.000
141.	Rembang	29.463.611.000
142.	Semarang	8.987.005.000
143.	Sragen	6.882.357.000
144.	Sukoharjo	6.834.032.000
145.	Tegal	7.307.394.000
146.	Temanggung	30.260.061.000
147.	Wonogiri	8.501.584.000
148.	Wonosobo	12.537.859.000
149.	Bantul	3.812.112.000
150.	Gunung Kidul	1.430.034.000

151.	Kulon Progo	937.628.000	208.	Kutai Barat	140.000
152.	Sleman	1.622.384.000	209.	Kutai Timur	140.000
153.	Bangkalan	17.237.129.000	210.	Paser	140.000
154.	Banyuwangi	18.457.610.000	211.	Panajam Paser Utara	140.000
155.	Blitar	19.201.316.000	212.	Mahakam Ulu	140.000
156.	Bufoniform	49.295.047.000	213.	Banggai	206.874.000
157.	Bondowoso	33.270.413.000	214.	Banggai Kepulauan	23.761.000
158.	Gresik	17.000.089.000	215.	Burl	23.761.000
159.	Jember	50.626.691.000	216.	Toli-toli	23.761.000
160.	Jombang	41.427.706.000	217.	Donggala	23.761.000
161.	Kediri	37.889.437.000	218.	Morowali	23.761.000
161.	Lamongan	38.809.750.000	219.	Poso	23.761.000
162.	Lumajang	23.076.383.000	220.	Palu	23.761.000
163.	Madiun	19.203.477.000	221.	Tojo Una-una	23.761.000
164.	Magetan	17.018.942.000	222.	Sigi	23.761.000
165.	Malang	75.411.047.000	223.	Banggai Laut	23.761.000
166.	Mojokerto	18.635.414.000	224.	Morowali Utara	23.761.000
167.	Nganjuk	19.718.559.000	225.	Bantaeng	293.686.000
168.	Ngawi	21.005.135.000	226.	Barru	210.083.000
169.	Pacitan	17.355.158.000	227.	Bone	789.453.000
170.	Pamekasan	53.823.988.000	228.	Bulukumba	284.447.000
171.	Pasuruan	183.136.409.000	229.	Enrekang	239.489.000
172.	Ponorogo	19.416.996.000	230.	Gowa	187.396.000
173.	Probolinggo	60.352.385.000	231.	Jeneponto	200.000.000
174.	Sampang	24.757.960.000	232.	Luwu	207.147.000
175.	Sidoarjo	17.560.447.000	233.	Luwu Utara	187.396.000
176.	Situbondo	28.978.427.000	234.	Maros	189.917.000
177.	Sumenep	39.209.719.000	235.	Pangkajene dan Kepulauan	187.396.000
178.	Trenggalek	17.026.780.000	236.	Luwu Timur	187.396.000
179.	Tuban	23.473.281.000	237.	Pinrang	187.396.000
180.	Tulungagung	22.542.429.000	238.	Sinjai	1.339.404.000
181.	Bengkayang	49.895.000	239.	Kepulauan Selayar	187.396.000
182.	Landak	2.537.000	240.	Sidenreng Rappang	187.396.000
183.	Kapuas Hulu	2.537.000	241.	Soppeng	3.660.429.000
184.	Ketapang	2.537.000	242.	Takalar	187.396.000
185.	Mempawah	2.537.000	243.	Tana Toraja	187.396.000
186.	Sambas	2.537.000	244.	Wajo	206.718.000
187.	Sanggau	2.537.000	245.	Toraja Utara	187.396.000
188.	Sintang	2.537.000	246.	Buton	75.000
189.	Pontianak	2.537.000	247.	Konawe	75.000
190.	Singkawang	2.537.000	248.	Kolaka	75.000
191.	Sekadau	2.537.000	249.	Muna	75.000
192.	Melawi	2.537.000	250.	Konawe Selatan	147.000
193.	Kayong Utara	2.537.000	251.	Bombana	75.000
194.	Kubu Raya	2.537.000	252.	Wakatobi	75.000
195.	Banjar	55.000	253.	Kolaka Utara	75.000
196.	Barito Kuala	23.000	254.	Konawe Utara	75.000
197.	Hulu Sungai Selatan	23.000	255.	Buton Utara	75.000
198.	Hulu Sungai Tengah	23.000	256.	Konawe Kepulauan	75.000
199.	Hulu Sungai Utara	23.000	257.	Kolaka Timur	75.000
200.	Kotabaru	23.000	258.	Muna Barat	75.000
201.	Tabalong	23.000	259.	Buton Tengah	75.000
202.	Tanah Laut	23.000	260.	Buton Selatan	75.000
203.	Tapin	23.000	261.	Badung	740.030.000
204.	Balangan	23.000	262.	Bangli	381.788.000
205.	Tanah Bumbu	23.000	263.	Buleleng	1.187.550.000
206.	Berau	140.000	264.	Gianyar	627.945.000
207.	Kutai Kartanegara	140.000			

265.	Jembrana	354.338.000
266.	Karangasem	379.898.000
267.	Klungkung	330.622.000
268.	Tabanan	529.635.000
269.	Bima	12.197.918.000
270.	Dompu	5.893.971.000
271.	Lombok Barat	18.407.206.000
272.	Lombok Tengah	60.030.706.000
273.	Lombok Timur	63.887.807.000
274.	Sumbawa	11.011.139.000
275.	Sumbawa Barat	3.454.596.000
276.	Lombok Utara	10.681.263.000
277.	Alor	184.195.000
278.	Belu	157.945.000
279.	Ende	137.836.000
280.	Flores Timur	706.701.000
281.	Kupang	153.289.000
282.	Lembata	129.144.000
283.	Manggarai	765.423.000
284.	Ngada	127.000.000
285.	Sikka	431.154.000
286.	Sumba Barat	112.435.000
287.	Sumba Timur	179.366.000
288.	Timor Tengah Selatan	136.098.000
289.	Timor Tengah Utara	106.930.000
290.	Rote Ndao	129.047.000
291.	Manggarai Barat	216.743.000
292.	Nagekeo	442.068.000
293.	Sumba Barat Daya	427.485.000
294.	Sumba Tengah	106.930.000
295.	Manggarai Timur	174.344.000
296.	Sabu Raiya	125.281.000
297.	Malaka	183.230.000
298.	Lebak	7.288.000
299.	Pandeglang	12.020.000
300.	Serang	7.612.000
301.	Tangerang	8.100.000
302.	Bangka	11.000
303.	Belitung	11.000
304.	Bangka Selatan	11.000
305.	Bangka Tengah	95.000
306.	Bangka Barat	11.000
307.	Belitung Timur	11.000
308.	Boalemo	72.000
309.	Gorontalo	381.000
310.	Pohuwato	72.000
311.	Bone Bolango	72.000
312.	Gorontalo Utara	72.000
313.	Natuna	21.808.000
314.	Kepulauan Anambas	21.808.000
315.	Karimun	21.808.000
316.	Lingga	21.808.000
317.	Bintan	21.808.000

Tabel 7 Rincian Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau Menurut Kota Berdasarkan PMK Nomor 35/PMK.07/2020

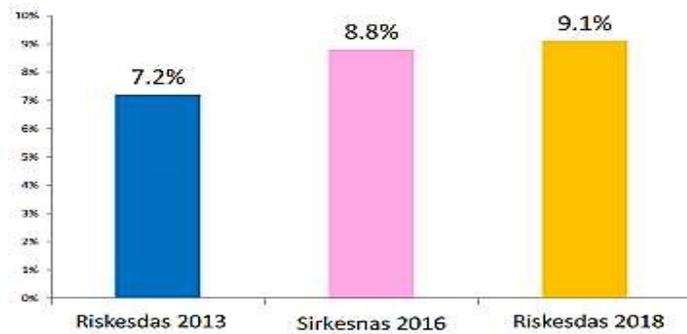
No.	Kota	DBH CHT
1.	Banda Aceh	279.208.000
2.	Sabang	279.208.000
3.	Langsa	279.208.000
4.	Lhokseumawe	279.208.000
5.	Subulussalam	279.208.000
6.	Binjai	148.923.000
7.	Medan	301.349.000
8.	Pematang Siantar	3.719.357.000
9.	Sibolga	148.923.000
10.	Tanjung Balai	148.923.000
11.	Tebing Tinggi	148.923.000
12.	Padang	148.923.000
	Sideupuan	
13.	Gunungsitoli	148.923.000
14.	Bukit Tinggi	79.205.000
15.	Padang Panjang	79.205.000
16.	Padang	79.205.000
17.	Payakumbuh	79.205.000
18.	Sawahlunto	235.590.000
19.	Solok	79.205.000
20.	Pariaman	79.205.000
21.	Pekanbaru	3.575.000
22.	Jambi	66.730.000
23.	Sungai Penuh	244.324.000
24.	Palembang	34.723.000
25.	Prabumulih	34.723.000
26.	Pagar Alam	34.723.000
27.	Lubuk Linggau	34.723.000
28.	Bandar Lampung	576.989.000
29.	Metro	137.191.000
30.	Bandung	4.660.593.000
31.	Bekasi	4.561.517.000
32.	Bogor	4.569.573.000
33.	Cirebon	4.559.752.000
34.	Depok	4.560.105.000
35.	Sukabumi	4.559.752.000
36.	Tasikmalaya	4.582.050.000
37.	Cimahi	4.593.829.000
38.	Banjar	4.561.155.000
39.	Magelang	6.392.054.000
40.	Pekalongan	6.912.958.000
41.	Salatiga	6.588.175.000
42.	Semarang	8.700.999.000
43.	Surakarta	6.882.627.000
44.	Tegal	6.317.190.000
45.	Yogyakarta	949.036.000
46.	Blitar	17.432.484.000
47.	Kediri	59.488.865.000
48.	Madiun	16.415.026.000
49.	Malang	29.843.900.000
50.	Mojokerto	17.415.892.000
51.	Pasuruan	15.984.361.000
52.	Probolinggo	15.951.182.000
53.	Surabaya	20.965.278.000
54.	Batu	15.598.897.000
55.	Banjarbaru	185.000
56.	Banjarmasin	217.000
57.	Balikpapan	546.000
58.	Bontang	140.000
59.	Samarinda	1.602.000
60.	Palopo	187.396.000
61.	Pare-pare	187.396.000
62.	Makassar	187.396.000
63.	Kendari	1.690.000
64.	Bau-bau	75.000
65.	Denpasar	1.639.811.000
66.	Mataram	52.991.814.000
67.	Bima	2.505.331.000
68.	Kupang	106.930.000
69.	Cilegon	7.288.000
70.	Tangerang	20.953.000
71.	Serang	7.288.000
72.	Tangerang Selatan	65.486.000
73.	Pangkal Pinang	11.000
74.	Gorontalo	171.000
75.	Batam	174.459.000
76.	Tanjung Pinang	21.808.000

Tabel 8 Daftar Biaya Pengobatan Penyakit Katastropik
Sumber: CNBC Indonesia (2019)

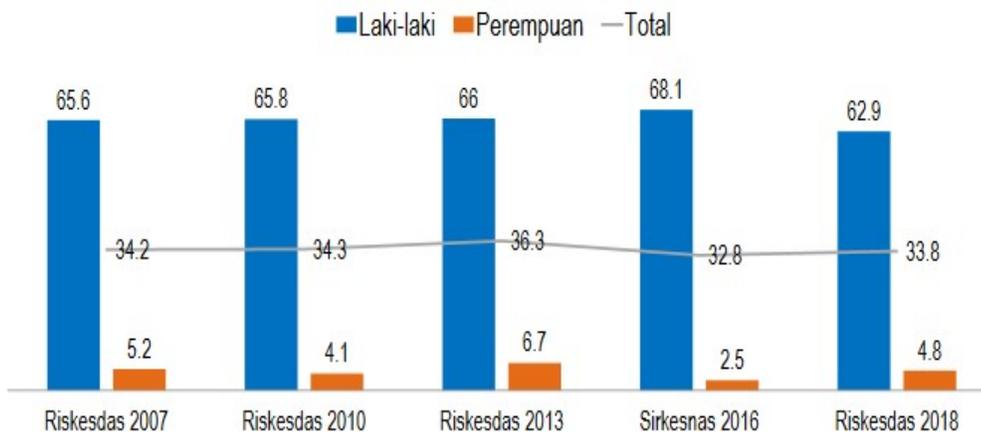
Katastropik	2018		Januari-Maret 2019	
	Biaya	%	Biaya	%
Jantung	10.545.485.639.809	51,62	2.818.697.372.221	49,81
Gagal ginjal	2.395.347.020.362	11,72	672.404.727.884	11,88
Kanker	3.406.308.675.470	16,67	1.009.293.360.950	17,83
Stroke	2.565.601.469.065	12,56	699.229.200.542	12,36
Thalassaemia	490.997.712.556	2,40	148.640.271.800	2,63
Sirosis Hepatitis	334.220.059.770	1,64	93.006.377.130	1,64
Leukemia	333.326.835.880	1,63	109.018.079.270	1,93
Hemofilia	358.121.722.285	1,75	109.106.198.470	1,93
Total Katastropik	20.429.409.135.197		5.659.395.588.267	
Total Biaya Pelkes	94.297.340.885.513		25.511.752.549.354	
% Katast Terhadap Biaya Pelkes		21,66 %		22,18%

Tabel 9 Persentase Merokok Pada Penduduk Umur ≥ 15 Tahun
Menurut Provinsi Penerima DBH CHT Tahun 2015-2018
Sumber: data diolah dari BPS (2019)

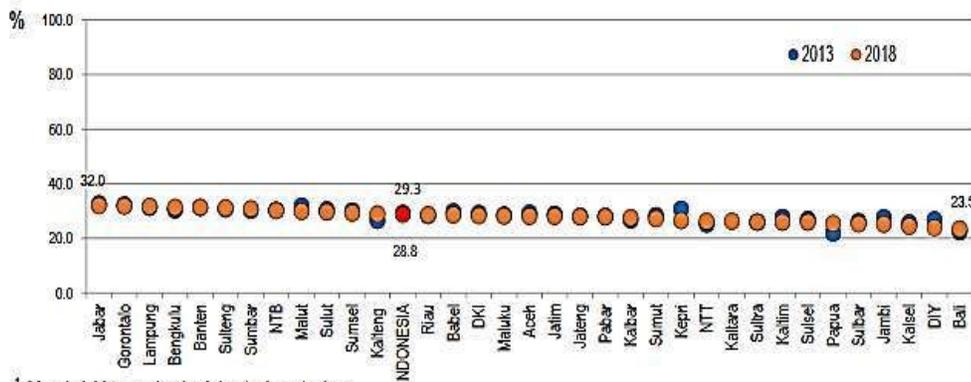
Provinsi	Tahun		Keterangan
	2015	2018	
Aceh	29.82	31.76	Naik
Sumatera Utara	29.15	31.10	Naik
Sumatera Barat	32.41	35.32	Naik
Kepulauan Riau	29.18	29.67	Naik
Jambi	30.82	28.21	Turun
Riau	31.21	32.72	Naik
Bangka Belitung	30.70	32.32	Naik
Banten	32.95	34.93	Naik
DKI Jakarta	27.31	30.77	Naik
Sumatera Selatan	33.13	33.07	Turun
Lampung	34.12	35.95	Naik
Jawa Barat	33.82	35.78	Naik
Jawa Tengah	28.57	30.79	Naik
D.I. Yogyakarta	24.12	25.80	Naik
Jawa Timur	29.03	30.66	Naik
Sulawesi Tengah	32.56	35.57	Naik
Sulawesi Selatan	25.49	29.51	Naik
Bali	22.96	26.05	Naik
Nusa Tenggara Barat	31.60	33.92	Naik
Nusa Tenggara Timur	25.47	31.30	Naik
Kalimantan Barat	29.35	30.92	Naik
Kalimantan Timur	25.59	29.17	Naik
Kalimantan Selatan	25.76	27.18	Naik
Gorontalo	33.93	36.56	Naik
Sulawesi Tenggara	28.49	31.46	Naik



Grafik 1 Prevalensi (%) Merokok Pada Populasi Usia 10–18 Tahun
Sumber: Kementerian Kesehatan (2019)



Grafik 2 Prevalensi (%) Konsumsi Tembakau (Hisap dan Kunyah) Usia ≥15 Tahun
Sumber: Kementerian Kesehatan (2019)



¹ Merokok hisap setiap hari dan kadang-kadang
RISKESDAS 2013, Prevalensi nasional : 29.3%
RISKESDAS 2018, Prevalensi nasional : 28.8%

Grafik 3 Prevalensi (%) Merokok Penduduk Umur ≥ 10 Tahun
Sumber: Kementerian Kesehatan (2019)