

## STUDI PENGARUH PAJAK ATAS PRODUK TEMBAKAU TERHADAP PENERIMAAN PAJAK DAN KESEHATAN MASYARAKAT

Agus Setiyawan<sup>1)</sup>, Suryani Waruwu<sup>2)</sup>

Program Studi D4 Akuntansi Perpajakan, Politeknik Tunas Pemuda

### ABSTRAK

Dalam praktik desentralisasi, Dana Bagi Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) diberikan kepada daerah penghasil cukai dan/atau tembakau sebagai salah satu sumber pembiayaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Penggunaan utama dana ini adalah untuk penyediaan *supply side* sektor kesehatan diantaranya pada pengadaan fasilitas kesehatan. Peningkatan anggaran DBH CHT setiap tahunnya belum diiringi dengan memadainya jumlah fasilitas kesehatan. Menggunakan data sekunder tingkat provinsi dan kabupaten/kota di Indonesia pada tahun 2018-2020, studi ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana pengaruh kebijakan DBH CHT terhadap jumlah fasilitas kesehatan di daerah. Metode analisis yang digunakan dalam studi ini adalah regresi data panel model *Negative Binomial*. Hasil validasi awal menunjukkan bahwa daerah penerima DBH CHT mengalami peningkatan pada jumlah fasilitas kesehatan yang signifikan dibandingkan daerah nonpenerima. Hasil penelitian menunjukkan DBH CHT memberikan pengaruh positif dan signifikan terhadap peningkatan jumlah posyandu di level kabupaten/kota tetapi tidak terhadap jumlah rumah sakit dan puskesmas. Diharapkan proses perencanaan dan implementasi kebijakan DBH CHT dapat dikelola dan diawasi dengan lebih baik agar manfaatnya dapat dirasakan dalam peningkatan pelayanan kesehatan publik.

**Kata Kunci:** desentralisasi, DBH CHT, pelayanan kesehatan, jumlah fasilitas Kesehatan

### ABSTRACT

In the practice of decentralization, the Tobacco Excise Revenue Sharing Fund (DBH CHT) is allocated to regions that produce excise revenue and/or tobacco as one of the funding sources for the National Health Insurance (JKN) program. The primary use of this fund is for the supply-side provision of the health sector, including the procurement of healthcare facilities. However, the annual increase in the DBH CHT budget has not been accompanied by an adequate number of healthcare facilities. Using secondary data at the provincial and district/city levels in Indonesia from 2018-2020, this study aims to examine the impact of the DBH CHT policy on the number of healthcare facilities in these regions. The analytical method employed in this study is panel data regression using the Negative Binomial model. Preliminary validation results indicate that regions receiving DBH CHT experienced a significant increase in the number of healthcare facilities compared to non-recipient regions. The study's findings reveal that DBH CHT has a positive and significant effect on the increase in the number of integrated health posts (posyandu) at the district/city level but not on the number of hospitals and community health centers (puskesmas). It is expected that the planning and implementation process of the DBH CHT policy can be better managed and supervised to ensure its benefits are realized in improving public health services.

**Keywords:** decentralization, DBH CHT, health services, number of healthcare facilities

### PENDAHULUAN

Industri hasil tembakau memiliki peran penting pada perekonomian Indonesia. Diantaranya melalui penyerapan tenaga kerja sebesar 5,3% di sektor manufaktur Indonesia pada tahun 2019 (Audrine, 2020) dan merupakan salah satu sumber utama pendapatan negara dari cukai dimana pos ini menyumbang sebesar 96,56% dari realisasi penerimaan cukai pada tahun 2020 (Kementerian Keuangan, 2020).

Indonesia merupakan salah satu negara penghasil dan pengonsumsi tembakau yang besar di dunia. Berdasarkan data Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2017 dan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 dimana proporsi penduduk laki-laki dan perempuan Indonesia yang mengonsumsi tembakau pada umur 15 tahun ke atas masing-masing sebesar 62,9% dan 4,8% dengan angka kematian sebanyak 225.700 orang setiap tahunnya (IAKMI, 2020). Hal ini menggambarkan dilema dimana di satu sisi tingginya konsumsi produk tembakau mampu meningkatkan penerimaan cukai tetapi di sisi lain berdampak pada meningkatnya prevalensi merokok dan angka kematian di masyarakat.

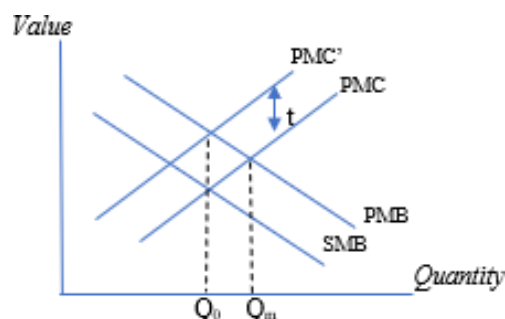
Salah satu upaya terbaik dari pemerintah guna mengurangi konsumsi rokok adalah melalui kebijakan menaiktarif pajak serta simplifikasi struktur pajak produk hasil tembakau (WHO, 2020; Been & Sheikh, 2018). Selanjutnya atas sebagian penerimaan tersebut oleh pemerintah Indonesia digunakan untuk membiayai berbagai kegiatan termasuk program kesehatan yang diimplementasikan dalam bentuk Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBH CHT) sejak tahun 2008.

DBH CHT adalah salah satu bentuk dana transfer ke pemerintah daerah yang didistribusikan ke provinsi penghasil tembakau dan/atau cukai berdasarkan asas tempat asal yang peruntukannya dimaksudkan untuk membiayai kegiatan dalam rangka pengawasan, pengendalian dan mitigasi akibat buruk yang ditimbulkan oleh produk tembakau serta untuk mengoptimalkan penerimaan cukai hasil tembakau (Cameng & Fasini, 2020). Jumlah DBH CHT yang dialokasikan ke daerah adalah sebanyak 2% dari penerimaan cukai hasil tembakau yang dihasilkan di dalam negeri dan digunakan untuk mendanai beberapa kegiatan yang salah satunya diprioritaskan untuk membiayai program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Oleh karena itu, DBH CHT adalah salah satu sumber pembiayaan bagi perbaikan kualitas pelayanan kesehatan di masyarakat.

### TINJAUAN PUSTAKA

#### Konsep Pajak, *Earmarking*, *Mandatory Spending* dan Pelayanan Kesehatan

Pajak selain sebagai sumber utama pendapatan negara juga dapat berfungsi sebagai alat kontrol pemerintah untuk membatasi konsumsi akhir atas suatu barang dan jasa yang dianggap menghadirkan eksternalitas negatif di masyarakat seperti atas produk tembakau. Praktik ini dikenal sebagai pajak pigouvian dimana menurut Pigou (1918), efisiensi dari produksi atau konsumsi dapat tercipta melalui sistem perpajakan dengan memberlakukan pungutan cukai terhadap aktivitas yang nilainya sama dengan biaya marjinal dari dampak negatif yang disebabkan oleh pihak lain.



Gambar 1 Pajak Pigouvian Sumber: Hindriks & Myles (2013)

Atas penerimaan pajak yang terhimpun tersebut akan dibagi hasilkan ke daerah penghasil dalam bentuk dana transfer yang prioritas penggunaannya di- *earmark* untuk mendanai inisiatif program termasuk di sektor kesehatan sebagai kompensasi atas kerugian yang ditimbulkan atas konsumsinya. *Earmarking* merupakan suatu praktik mengelola dan mendistribusikan suatu dana penerimaan untuk kepentingan penyediaan pelayanan publik (Buchanan, 1963). Setidaknya terdapat 80 negara di dunia yang telah menggunakan kebijakan ini untuk mendanai berbagai program pelayanan kesehatan di negaranya (WHO, 2017).

Konsep  *earmarking* di sektor kesehatan erat kaitannya dengan kebutuhan pemenuhan  *mandatory spending* di sektor ini yang harus dipatuhi baik oleh pemerintah pusat maupun daerah. Berdasarkan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan diatur bahwa pemerintah daerah provinsi, kabupaten/kota harus mengalokasikan besaran anggaran kesehatannya minimal 10% dari APBD di luar gaji. Dengan adanya pengaturan ini maka fokus belanja pemerintah daerah telah ditentukan sebagai upaya dalam mengoptimalkan penyediaan layanan kesehatan masyarakat di daerahnya.

Menurut Sosis & Donev (2009) pelayanan kesehatan adalah serangkaian kegiatan dan upaya yang dilakukan oleh komunitas masyarakat termasuk individu di dalamnya dalam rangka pencegahan dan pengoptimalan kesehatan bagi diri mereka sendiri maupun orang lain. Sistem pelayanan kesehatan akan dapat berjalan dengan optimal jika memiliki pengelolaan pembiayaan yang baik, tenaga kerja terlatih, informasi yang memadai, fasilitas kesehatan yang berkualitas serta ditunjang dengan teknologi yang mumpuni. Namun, pemberian layanan kesehatan masih menjadi tantangan bagi banyak negara termasuk Indonesia (Suparmi et al., 2018). Hal ini tercermin dari masih

belum memadainya aspek penawaran layanan kesehatan seperti ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan dalam memenuhi permintaan akan layanan kesehatan di masyarakat (Mills, 2014).

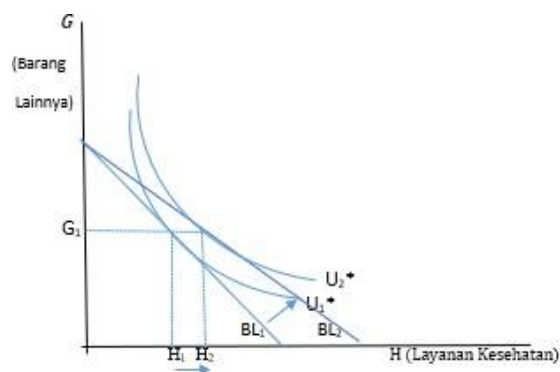
### DBH CHT untuk Kesehatan

DBH CHT didapatkan dari cukai yang merupakan pungutan negara yang dikenakan terhadap produk tembakau karena karakteristik atas konsumsinya perlu untuk dikendalikan, peredarannya perlu diawasi dan pemakaiannya menimbulkan dampak buruk bagi masyarakat. Alokasi DBH CHT adalah sebesar 2% dari penerimaan atas Cukai Hasil Tembakau yang dibuat di Indonesia dimana besaran tersebut dibagikan ke provinsi hingga ke level kabupaten/kota penghasilnya. Penggunaan dana ini diprioritaskan untuk mendukung program JKN minimal 50% dari alokasi DBH CHT yang diperoleh masing-masing daerah. Oleh karena itu, fokus dalam penelitian ini adalah kegiatan di sektor kesehatan sebagaimana tercantum dalam Pasal 7 ayat(2a), (4b) dan (5a) dalam PMK Nomor 7 tahun 2020 yaitu mencakup penyediaan, peningkatan, pemeliharaan sarana prasarana fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan berupa pembangunan baru bangunan, gedung, atau ruang yang digunakan untuk mendukung upaya pelayanan kesehatan.

### Teori Desentralisasi

Hadirnya transfer dana bagi hasil dari pemerintah pusat sebagai bagian dari praktik desentralisasi membawa efek langsung sebagai sumber dana tambahan dalam pengadaan barang publik. Pemerintah daerah akan mengoptimalkan anggaran penyediaan pelayanan publik sehingga dengan adanya transfer tersebut akan menurunkan harga pengadaan barang publik dan mendorong pemerintah daerah untuk meningkatkan belanjanya. Hal ini sejalan dengan teori Oates (1972) yang menyebutkan bahwa aspek peningkatan efisiensi dari adanya praktik desentralisasi terhadap penyediaan layanan publik merupakan peningkatan efisiensi pengalokasiannya. Selanjutnya, konsep dari teori ini adalah adanya efisiensi produksi dimana pemerintah akan berusaha mendistribusikan layanan publik esensial pada standar biaya minimum yang diwujudkan pada peningkatan kualitas dan kuantitas dari pelayanan publik tersebut (Martinez-Vazquez et al., 2017).

Pengaruh dari adanya dana bagi hasil yang di- *earmark* ke sektor kesehatan akan berdampak positif terhadap peningkatan penyediaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Dimana pemerintah daerah akan menyesuaikan basis belanja kesehatannya secara optimal sehingga berdampak pada menurunnya harga penyediaan barang publik (pelayanan kesehatan). Hal ini menyebabkan memutarnya kurva garis anggaran (*Budget Line*) ke kanan dari BL<sub>1</sub> ke BL<sub>2</sub> sehingga kuantitas barang publik H (pelayanan kesehatan) bertambah dari H<sub>1</sub> ke H<sub>2</sub> dan berdampak pada meningkatnya utilitas masyarakat dari U<sub>1</sub> ke U<sub>2</sub> sebagaimana tergambar dalam gambar 2:



Gambar 2 Efek *Conditional Grant* terhadap Kuantitas Barang Publik  
Sumber: Hindriks & Myles (2013), diolah

### METODE PENELITIAN

#### Unit Analysis, Variabel dan Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder di level provinsi dan kabupaten/kota di Indonesia pada tahun 2018 s.d. 2020. Penggunaan ruang lingkup dan periode penelitian mengacu pada berlakunya PMK-222/PMK.07/2017 dan PMK-7/PMK.07/2020 yang mengatur pemanfaatan DBH CHT untuk mendanai program JKN minimal sebanyak 50% dari dana yang dialokasikan.

Tabel 1  
Variabel dan Sumber Data

Variabel	Satuan	Sumber Data
Jumlah Fasilitas Kesehatan (jml_faskes)	Unit	Pusdatin Kemenkes & BPS
Rumah Sakit Pemprov(rsprov)	Unit	Pusdatin Kemenkes
DBH CHT (Indbhchtkest-1)	Rp (ln)	DJPK Kemenkeu
DAK (Indak t-1)	Rp (ln)	DJPK
PAD (Inpad t-1)	Rp (ln)	<u>Kemenkeu</u> DJPK
Rasio Total Belanja Kesehatan per PDRB (healthexp_pdrb)	Persen	<u>Kemenkeu</u> BPS & DJPK Kemenkeu
Rata-rata Lama Sekolah (mys)	Tahun	BPS
Populasi penduduk(Inpop)	Jiwa (ln)	BPS
Luas Wilayah (Inluas_wilayah)	km <sup>2</sup> (ln)	BPS
Dummy Jawa-Bali(d_jawabali)	0 atau 1	1 = Jawa-Bali; 0 = lainnya
Dummy Tahun COVID-19 (d_thcovid)	0 atau 1	1 = Tahun 2020; 0 = lainnya
Dummy penerima DBHCHT (d_dbhchtkes)	0 atau 1	1 = daerah penerima; 0 = lainnya
Dummy mandatory spending kesehatan(d_mandatory)	0 atau 1	1 = memenuhi mandatory; 0 = lainnya

Sumber: Olahan Penulis

### Operasional Variabel

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah jumlah fasilitas kesehatan yang dibatasi ke dalam tiga jenis yakni rumah sakit, puskesmas dan posyandu. Hal ini didasari pada fungsi strategis ketiga faskestersebut yakni posyandu adalah penyedia pelayanan kesehatan dasar dalam pencegahan angka kematian ibu dan bayi yang menjadi bagian dari rencana strategis pengembangan SDM di Indonesia. Sementara itu, puskesmas dan rumah sakit merupakan penyelenggara utama upaya kesehatan perorangan dan masyarakat di tingkat pratama dan lanjutan atau rujukan yang diatur dalam PP Nomor 47 tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Alasan penelitian ini berfokus pada penggunaan fasilitas kesehatan sebagai variabel terikat karena berdasarkan data diketahui bahwa penggunaan mayoritas DBH CHT yakni mencapai lebih dari 65%-nya oleh pemerintah daerah dialokasikan dalam penyediaan fasilitas kesehatan (DJPK, 2019).

Variabel bebas utama dalam penelitian ini adalah DBH CHT untuk kesehatan yang dijabarkan dalam dua bentuk yaitu berbentuk *dummy* penerima sebagai analisis awal dalam mengidentifikasi adanya perbedaan pengaruh pada daerah penerima dan nonpenerima dana serta dihitung dalam ukuran nominal realisasi anggaran di sektor kesehatan yang menggambarkan efektivitas manajemen keuangan pemerintah daerah dalam mendanai program kesehatan.

Sementara itu, variabel kontrol yang dipakai antara lain DAK kesehatan dan PAD yang keduanya mewakili sumber pembiayaan lainnya (Apriliani & Khoirunurrofik, 2020; Cavaliere et al., 2019; Kruse et al., 2012; Lewis, 2013; Yandri et al., 2020). rasio total belanjakesehatan terhadap

PDRB yang mengukur seberapa besar kapasitas pemerintah daerah dalam berkontribusi mewarnai kegiatan perekonomian di sektor Kesehatan (Mongan, 2019).

Selain itu, populasi penduduk mencerminkan jumlah masyarakat yang harus tercakup pelayanan kesehatan di suatu daerah (Cavalieri et al., 2019; Ghozali & Khoirunurrofik, 2020; Lewis, 2013); tingkat pendidikan masyarakat melalui indikator rata-rata lama sekolah merupakan salah satu determinan pembentuk permintaan pelayanan kesehatan di masyarakat (Apriliani & Khoirunurrofik, 2020; Sacchi & Salotti, 2016).

Luas wilayah berpengaruh pada jumlah fasilitas kesehatan yang memadai untuk menjangkau kebutuhan masyarakat di wilayahnya (Apriliani & Khoirunurrofik, 2020; Misnaniarti et al., 2017). *Dummy* Jawa-Bali, *mandatory spending* kesehatan dan tahun 2020 digunakan untuk mengontrol karakteristik daerah dan kondisi perubahan kebijakan akibat krisis pandemi COVID-19 (Ghozali & Khoirunurrofik, 2020; Misnaniarti et al., 2017; Wiyekti & Qibthiyah, 2021).

Dalam analisisnya, penelitian ini juga menggunakan variabel anggaran DBH CHT, DAK & PAD dengan efek *time lag* (t-1) mengingat pembangunan infrastruktur fisik (gedung) umumnya hasil dan manfaatnya baru akan timbul pada periode tahun berikutnya sehingga pada dasarnya infrastruktur tersebut merupakan bagian dari pendanaan pengadaan tahun sebelumnya.

#### **Spesifikasi Model dan Metode Analisis**

Mengingat variabel dependen dalam penelitian ini berjenis data hasil perhitungan jumlah (*count data*) yang berkarakteristik nonnegatif dan dari pengujian awal teridentifikasi adanya *over-dispersion* maka untuk menganalisisnya akan digunakan teknik regresi panel nonlinear (*nonlinear panel model*) yakni *Negative Binomial Regression Model*. Contoh studi yang juga menggunakan metode ini sebagai model analisisnya diantaranya Chin & Quddus (2003) dan Iqbal et al. (2021).

#### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Penelitian ini menggunakan aplikasi Stata 16 untuk mengolah data. Langkah pertama adalah dilakukannya penyesuaian sampel yaitu dengan mengeluarkan data provinsi DKI Jakarta pada sampel level kabupaten/kota karena tidak memenuhi karakteristik daerah otonomi yang dilakukan juga pada studi Kruse et al. (2012) dan Wiyekti & Qibthiyah (2021). Hasil pengujian *over-dispersion* membuktikan bahwa varians dari variabel dependennya ternyata tidak sama dengan rata-ratanya maka model terbaik adalah *Negative Binomial*. Sementara itu, dari hasil uji LR dan Hausman untuk memilih model yang efisien didapatkan hasil bahwa di level provinsi *pooled* lebih efisien dan di level kabupaten/kota dalam penelitian ini dipilih untuk menggunakan *Random Effect* dengan alasan untuk mengakomodasi variabel *time invariant* serta pertimbangan bahwa parameter *over-dispersion*-nya terdistribusi secara acak antar kelompok sehingga model ini dinilai sangat baik karena dapat memperhitungkan heterogenitas yang tidak teridentifikasi antar waktu dan daerah (Chin & Quddus, 2003). Hasil estimasi dalam penelitian ini diinterpretasikan dengan menggunakan *Incidence Rate Ratio* (IRR).

Dari tabel 1 di lampiran terlihat bahwa variabel *dummy* daerah penerima DBH CHT kesehatan bernilai positif dan signifikan terhadap jumlah faskes di level kabupaten/kota yang menjelaskan bahwa pengalokasian DBH CHT kesehatan dapat meningkatkan jumlah faskes di daerah penerima. Berdasarkan nilai *Incidence Rate Ratio* (IRR) dapat disimpulkan bahwa rata-rata tingkat penambahan faskes pada kabupaten/kota yang mendapatkan alokasi DBH CHT kesehatan adalah 9,52% lebih tinggi daripada tingkat penambahan jumlah faskes pada kabupaten/kota yang tidak menerimanya atau yang menerima DBH CHT kesehatan tetapi tidak mengalokasikannya untuk kesehatan. Hal ini sejalan dengan data DJPK, Kemenkeu bahwa realisasi penggunaan DBH CHT untuk peningkatan fasilitas kesehatan adalah mencapai lebih dari 65% dari total dana yang dialokasikan ke daerah (DJPK, 2019). Sementara itu, signifikansi peningkatan faskes hanya terjadi di level kabupaten/kota dibandingkan di level provinsi disebabkan oleh porsi jumlah DBH CHT yang dialokasikan ke pemerintah provinsi relatif lebih rendah yaitu hanya sebesar 30%-nya.

Dari Tabel 2 di lampiran dapat diperoleh gambaran bahwa DBH CHT kesehatan pada waktu t-1 menunjukkan pengaruh positif dan signifikan di tingkat kabupaten/kota. Nilai IRR-nya menunjukkan bahwa setiap kenaikan 1% DBH CHT kesehatan pada periode t-1, maka rata-rata jumlah faskes di level kabupaten/kota meningkat sebesar 1,83%. Hasil ini mengklarifikasi data bahwa realisasi DBH CHT di bidang kesehatan penggunaan utamanya oleh pemerintah kabupaten/kota adalah untuk penyediaan, peningkatan atau pemeliharaan sarana prasarana fasilitas kesehatan di daerah. Selain itu, hasil positif dan signifikannya variabel DBH terhadap *outcome* kesehatan dalam

jangka pendek juga terjadi dalam studi dari Apriliani & Khoirunurrofik(2020) dimana hal ini terjadi karena DBH berperan sebagai penyeimbang fiskal antara pemerintah pusat dan daerah sehingga dapat menambah kapasitas APBD dalam pembiayaan penyediaan infrastruktur fasilitas kesehatan di daerah. Namun, di level provinsi DBH CHT kesehatan berpengaruh negatif signifikan terhadap jumlah rumah sakit provinsi. Hal ini dapat terjadi karena dua hal yakni pertama pengaruh positif signifikan yang belum muncul dalam jangka pendek mengingat rumah sakit merupakan faskes dengan karakteristik program pengadaan jangka menengah dan kedua karena persentase pengalokasinya di level provinsi relatif kecil sehingga menyebabkan kepala daerah lebih cenderung menentukan prioritas penggunaan dana pada jenis kegiatan lainnya (DJPK, 2019).

Ketika dijabarkan pengaruhnya per tipe faskes, Tabel 3 di lampiran menunjukkan bahwa efek pengaruh DBH CHT kesehatan bernilai positif signifikan hanya pada peningkatan posyandu. Nilai IRR-nya menunjukkan bahwa setiap kenaikan 1% DBH CHT kesehatan pada periode t-1, maka rata-rata jumlah posyandu meningkat sebesar 1,86%. Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh DBH CHT kesehatan bernilai positif signifikan terhadap pengadaan faskes yang bersifat jangka pendek dengan jumlah pendanaan yang relatif lebih kecil seperti posyandu. Pengaruh negatif DBH CHT terhadap penambahan puskesmas dikarenakan kemungkinan pengaruh positifnya belum muncul dalam jangka pendek dan pemerintah kabupaten/kota cenderung menggunakan pendanaan dari DAK untuk pengadaan puskesmas.

DAK memberikan efek positif signifikan pada penambahan puskesmas dimana setiap kenaikan 1% DAK pada waktu t-1, maka rata-rata jumlah puskesmas meningkat sebesar 14,84%. Sementara itu, PAD berpengaruh positif signifikan pada penambahan rumah sakit dan puskesmas dimana setiap kenaikan 1% PAD pada periode t-1, maka rata-rata jumlah rumah sakit dan puskesmas meningkat masing-masing sebesar 28,79% dan 7,28%. Populasi merupakan determinan yang signifikan pada peningkatan faskes di ketiga hasil di atas. Hasil studi serupa yang menemukan bahwa DAK, PAD, dan populasi adalah determinan yang signifikan pada belanja modal di sektor kesehatan adalah studi dari Lewis (2013).

Variabel luas wilayah berpengaruh positif signifikan pada penambahan jumlah puskesmas dan posyandu tetapi tidak pada rumah sakit. Hal ini mengindikasikan bahwa rata-rata penambahan jumlah puskesmas dan posyandu lebih baik dalam menjangkau luas wilayah di suatu daerah dibandingkan rumah sakit. Hal ini tergambar pada hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 yang menyimpulkan bahwa dalam indeks kemudahan akses rumah tangga ke fasilitas kesehatan ternyata lebih dari 60% masyarakat menyatakan masih sulit untuk mengaksesnya.

*Dummy* tahun COVID bernilai negatif signifikan terhadap jumlah posyandu akibat dari adanya kebijakan pemerintah yang merelaksasi dan mengalihkan anggaran melalui PMK nomor 19/PMK.07/2020 dalam rangka penanggulangan COVID-19. Hasil serupa yang menunjukkan bahwa *dummy* tahun terjadinya perubahan kebijakan berdampak signifikan pada jumlah penyediaan barang publik di masyarakat adalah studi dari Wiyekti & Qibthiyah (2021).

Sementara itu, tingkat rata-rata penambahan posyandu terutama di wilayah Jawa-Bali adalah 64,09% lebih tinggi daripada pada wilayah lainnya. Hasil ini didukung studi dari Misnaniarti et al. (2017) yang juga menegaskan bahwa jumlah fasilitas kesehatan pertamanya maupun lanjutan lebih dari 50%-nya berada di wilayah ini. Selain itu, kedua wilayah ini juga memiliki tingkat kepatuhan realisasi penggunaan DBH CHT di bidang kesehatan lebih dari 50% yang digunakan mayoritas untuk pengadaan fasilitas kesehatan di daerahnya.

Tabel 4 di lampiran mampu menunjukkan bahwa daerah yang memenuhi *mandatory spending* di sektor kesehatan memiliki nilai pengaruh DBH CHT kesehatan yang positif signifikan terhadap penambahan jumlah faskes dibandingkan daerah yang tidak memenuhi mandat tersebut. setiap kenaikan 1% DBH CHT kesehatan pada waktu t-1, maka rata-rata jumlah faskes di level kabupaten/kota yang dapat memenuhi ketentuan *mandatory spending* di sektor kesehatan meningkat sebesar 1,77%. Hal ini mengindikasikan bahwa DBH CHT selain sebagai salah satu sumber pembiayaan bagi pemerintah daerah dalam memenuhi *mandatory spending* di sektor kesehatan juga dapat secara signifikan berpengaruh positif meningkatkan jumlah fasilitas kesehatan.

Studi dari Apriliani & Khoirunurrofik(2020) juga menjelaskan bahwa DBH dapat berperan sebagai penyeimbang fiskal antara pemerintah pusat dan daerah sehingga dapat menambah kapasitas APBD dalam pembiayaan penyediaan infrastruktur fasilitas kesehatan di daerah. Meskipun DBH CHT mampu memberikan pengaruh positif pada penambahan jumlah faskes, tetapi capaian output program bidang kesehatan masih tergolong rendah dibandingkan capaian program lainnya (DJPK, 2019). Hasil ini mencerminkan

kurang efektifnya kebijakan ini di bidang kesehatan padahal jumlah alokasi dana meningkat disetiap tahunnya.

Keseriusan pemerintah menggunakan DBH CHT sebagai salah satu sumber pendanaan sektor kesehatan menjadi perhatian utama mengingat peruntukannya disandingkan dengan tujuan lain yang bertolak belakang pada upaya pencegahan konsumsi produk tembakau. Argumen ini selaras dengan studi dari Sitepu (2016) yang secara khusus menggarisbawahi fokus penggunaan dana ini oleh pemerintah daerah karena pada praktiknya justru mayoritas digunakan pada program peningkatan produksi tembakau. Di sisilain, Cameng & Fasini (2020) menyoroti pengalokasian DBH CHT yang tidak menjangkau seluruh provinsi padahal dampak negatif yang ditimbulkan akibat produk tembakau tidak hanya dirasakan oleh provinsi penghasil cukai atau tembakau saja.

Selain itu, aspek ketepatan penggunaan dana pada program kesehatan dan pengelolaan SDM yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan menjadi faktor penentu efektivitas dari kebijakan ini. Hal ini dibuktikan dari studi Nurcahyo (2020) yang menemukan bahwa masih adanya daerah yang belum memenuhi ketentuan penggunaan DBH CHT untuk mendanai program kesehatan sebesar minimal 50% dari pagu dana yang diberikan. Ketidakpatuhan ini menjadi salah satu sebab dari tidak membaiknya penyediaan fasilitas kesehatan di daerah. Hal ini diperkuat oleh studi dari Rosalia & Kagungan (2017) yang menyebutkan bahwa dengan buruknya fasilitas, tenaga kesehatan dan pengelolaan pendanaan publik yang ada justru akan menyebabkan pencapaian standar minimum layanan kesehatan tidak maksimal sehingga praktik desentralisasi tidak akan memberikan efek signifikan terhadap peningkatan kesehatan di masyarakat.

Penerapan *earmarked tax* terhadap komoditas yang menghasilkan eksternalitas negatif di masyarakat merupakan sumber daya yang potensial bagi pendanaan kesehatan. Ahsan (2017) dalam studinya menyarankan optimalisasi penggunaan DBH CHT dalam membantu mengatasi defisit anggaran pada program JKN dengan melakukan perubahan pada persentase proporsi pengalokasian dana untuk DBH CHT yang masih minim.

Konsekuensi tantangan yang harus dihadapi dari skema ini adalah perlu diubahnya undang-undang tentang cukai yang berpotensi mengundang respon bermuatan politis dari berbagai pihak yang terdampak. Oleh karena itu, pada studi selanjutnya, Ahsan et al. (2021) menekankan bahwa aspek politik yang kental dalam kebijakan juga dapat membuat program pengalokasian *earmarking tax* dalam mengatasi defisit pembiayaan JKN menjadi tidak efektif. Hal ini sejalan dengan studi Heywood & Choi (2010) yang menyimpulkan bahwa aspek birokrasi, praktik politik dan kepemimpinan yang buruk dalam sektor kesehatan justru menyebabkan pelayanan publik tidak dapat terdistribusi ke masyarakat secara optimal.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan diperoleh kesimpulan bahwa:

1. DBH CHT kesehatan berdampak positif terhadap pelayanan kesehatan di masyarakat yang tercermin pada peningkatan jumlah fasilitas kesehatan di daerah.
2. Dengan memperhitungkan efek selang waktu (*time lag*)  $t-1$ , DBH CHT kesehatan menghasilkan pengaruh positif terhadap peningkatan jumlah fasilitas kesehatan di level kabupaten/kota.
3. Saat diuraikan pengaruhnya per tipe faskes, ditemukan bahwa dampak positifnya hadir pada penambahan jumlah posyandu. Hal ini terjadi mengingat penambahan jumlah posyandu cenderung menggunakan dana yang lebih minim dan jangka waktu pembangunan yang lebih pendek.
4. DBH CHT bagi kabupaten/kota penerimanya selain berfungsi sebagai salah satu instrumen dalam pemenuhan *mandatory spending* di sektor kesehatan juga dapat berdampak positif pada penambahan jumlah faskes.

## SARAN

Meskipun DBH CHT mampu berdampak positif terhadap peningkatan fasilitas kesehatan tetapi besaran efeknya masih belum dapat memenuhi kebutuhan penyediaan pelayanan kesehatan minimum di masyarakat. Masukan dan rekomendasi yang dapat diajukan untuk pemerintah adalah:

1. Mengupayakan peningkatan persentase pengalokasian dana untuk DBH CHT dan memfokuskan peruntukan sepenuhnya untuk membiayai program kesehatan masyarakat sehingga diharapkan pengaruh pengalokasiannya menjadi lebih signifikan terhadap perbaikan pelayanan kesehatan di

masyarakat.

2. Pemerintah harus meningkatkan aspek pengawasan yang lebih baik untuk menjamin ketepatan dan kepatuhan pengalokasian serta penggunaan dana di sektor kesehatan agar tujuan dari adanya DBH CHT sebagai upaya internalisasi dari eksternalitas negatif yang timbul dari konsumsi produk tembakau dapat berjalan efektif dan tepat sasaran.

#### Keterbatasan Studi dan Saran Studi Selanjutnya

Beberapa keterbatasan dari studi ini diantaranya adalah:

1. Periode analisisnya yang relatif pendek karena ketersediaan data sehingga belum bisa mengidentifikasi efek jangka panjang kebijakan dengan analisis model dinamis.
2. Data rumah sakit di level kabupaten/kota yang berasal dari Pusdatin Kemenkes merupakan data kumulatif.

Digunakannya beberapa asumsi dalam penelitian ini diantaranya realisasi DBH CHT untuk kesehatan dipergunakan seluruhnya untuk penyediaan fasilitas kesehatan dan belum dapatnya mengidentifikasi kemungkinan adanya pengadaan faskes yang berasal dari kombinasi alokasi beberapa sumber pembiayaan yang berbeda.

Untuk studi selanjutnya, diharapkan analisisnya dapat dikembangkan dengan cakupan periode penelitian yang lebih lama untuk melihat efek jangka panjangnya dan kemungkinan dapat digunakannya analisis yang lebih baik dan komprehensif disertai data yang lebih lengkap untuk mengestimasi dampak dari kebijakan.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Ahsan, A. (2017). Ringkasan Riset JKN- KIS Inovasi Pendanaan Defisit Program JKN-KIS Melalui Pungutan (Tambahan) atas Rokok untuk Kesehatan (PRUK). *Ringkasan Riset JKN-KIS*, 1, 8.
- Ahsan, A., Kramer, E., Adani, N., Muhammad, A., & Amalia, N. (2021). The politics of funding universal healthcare: Diverting local tobacco taxes to subsidise the national health scheme in Indonesia. *Asia and the Pacific Policy Studies*, 8(3), 351–366. <https://doi.org/10.1002/app5.334>.
- Apriliani, A. P., & Khoirunurrofik, K. (2020). The Impact of Special Allocation Fund (DAK) for Health on Achievements of Health Development Performance in Indonesia. *Economies*, 8(3), 2020–2024. <https://doi.org/10.3390/economies8030072>.
- Aray, H. (2019). A New Approach to Test the Effects of Decentralization on Public Infrastructure Investment. *Regional Studies*, 53(7), 1042–1057. <https://doi.org/10.1080/00343404.2018.1538552>.
- Audrine, P. (2020). A Policy Perspective on Tobacco Farming and Public Health in Indonesia. *Center for Indonesian Policy Studies Policy Paper*, 29. <https://www.cips-indonesia.org>
- Been, J. V., & Sheikh, A. (2018). Tobacco control policies in relation to child health and perinatal health outcomes. *Archives of Disease in Childhood*, 103(9), 817–819. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2017-313680>.
- Buchanan, J. M. (1963). The Economics of Earmarked Taxes. *Journal of Political Economy*, 71(5), 457–469.
- Cameng, D. K. J., & Fasini, A. B. I. (2020). Analisis Penerapan Kebijakan Earmarking Tax dari Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau Terhadap Kesehatan Masyarakat. *Simposium Nasional Keuangan Negara*, 2(1), 479–501. <https://jurnal.bppk.kemenkeu.go.id/snkn/article/view/561>.
- Cavalieri, M., Giardina, E., Guccio, C., & Mazza, I. (2019). *Federalism, Party Competition and Public Expenditure: Empirical Findings on Regional Health Expenditure in Italy*. Springer Singapore.
- Chin, H. C., & Quddus, M. A. (2003). Applying the Random Effect Negative Binomial Model to Examine Traffic Accident Occurrence at Signalized Intersections. *Accident Analysis and Prevention*, 35(2), 253–259. [https://doi.org/10.1016/S0001-4575\(02\)00003-9](https://doi.org/10.1016/S0001-4575(02)00003-9)
- Cincera, M., Estache, A., & Wolf, A. (2018). Decentralization and Sectoral Expenditures in Europe. *Applied Economics Letters*, 25(3), 167–171. <https://doi.org/10.1080/13504851.2017.1307926>
- Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan. (2019). *Laporan Pengelolaan DBH CHT Tahun 2018*. <http://www.djpk.kemenkeu.go.id>
- Ghozali, I., & Khoirunurrofik. (2020). Fiscal Decentralisation and Capital Expenditure Composition of Regional Government in Indonesia. *International Journal of Trade and Global Markets*, 13(1),

81–88.

Gimoi, T. (2017). The Impact of Devolution on Health Care Systems: A Case Study of Nairobi County Health Facilities. *United States International University-Africa*, 5–6.

Granado, F. J. A. del, Martinez-Vazquez, J., & McNab, R. M. (2018). Decentralized Governance, Expenditure Composition, and Preferences for Public Goods. *Public Finance Review*, 46(3), 359–388. <https://doi.org/10.1177/1091142116639127>

Hanif, I., & Chaudry, I. S. (2015). Interlinks of Fiscal Decentralization and Public Investment in Pakistan. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences (PJCSS)*, 9(3), 850–864.

Heywood, P., & Choi, Y. (2010). Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization. *BMC International Health and Human Rights*, 10(1), 1–12.

Hindriks, J., & Myles, G. D. (2013). *Intermediate Public Economics* (Second). Cambridge.

IAKMI, T. (2020). *Atlas Tembakau Indonesia Tahun 2020. June 2020*,

33. <http://www.tcsc-indonesia.org> Iqbal, W., Tang, Y. M., Chau, K. Y., Irfan,

M., & Mohsin, M. (2021). Nexus between air pollution and NCOV- 2019 in China: Application of negative binomial regression analysis. *Process Safety and Environmental Protection*, 150, 557–565. <https://doi.org/10.1016/j.psep.2021.04.039>

Kappeler, A., Solé-Ollé, A., Stephan, A., & Vänilä, T. (2013). Does Fiscal Decentralization Foster Regional Investment in Productive Infrastructure?. *European Journal of Political Economy*, 31, 15–25. <https://doi.org/10.1016/j.ejpoleco.2013.03.003>

13.03.003

Kementerian Kesehatan. (2019). Hasil Utama Riskesdas 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Kementerian Keuangan. (2017). Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 222 Tahun 2017 tentang Penggunaan, Pemantauan, dan Evaluasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau. Jakarta: Kementerian Keuangan RI.

Kementerian Keuangan. (2020). Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2020 tentang Penggunaan, Pemantauan, dan Evaluasi Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau. Jakarta: Kementerian Keuangan RI.

Kementerian Keuangan. (2020). Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2020 tentang Penyaluran dan Penggunaan Dana Bagi Hasil, Dana Alokasi Umum, dan Dana Insentif Daerah Tahun Anggaran 2020 Dalam Rangka Penanggulangan *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19). Jakarta: Kementerian Keuangan RI.

Kementerian Keuangan. (2020). Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Bea dan Cukai 2020. 16-09-2019, maret, 60. <http://repository.beacukai.go.id>

Kis-Katos, K., & Sjahrir, B. S. (2017). The Impact of Fiscal and Political Decentralization on Local Public Investment in Indonesia. *Journal of Comparative Economics*, 45(2), 344–365. <https://doi.org/10.1016/j.jce.2017.03.003>

Kruse, I., Pradhan, M., & Sparrow, R. (2012). Marginal Benefit Incidence of Public Health Spending: Evidence from Indonesian Sub-national Data. *Journal of Health Economics*, 31(1), 147–157.

<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.09.003>

Kusyeni, R. D., Sari, N., Kumala, R., & Arifin, Z. (2021). Efektivitas Program Earmarking Tax Atas Pajak Rokok Untuk Kesadaran Dalam Upaya Kesehatan Masyarakat di Provinsi DKI Jakarta. 8(1), 66–77.

Lewis, B. (2013). Local Government Capital Spending in Indonesia: Impact of Intergovernmental Fiscal Transfers. *Public Budgeting and Finance*, 33(1), 76–94. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5850.2013.12002.x>

Martinez-Vazquez, J., Lago-Peñas, S., & Sacchi, A. (2017). The Impact of Fiscal Decentralization: a Survey. *Journal of Economic Surveys*, 31(4), 1095–1129.

<https://doi.org/10.1111/joes.12182> Mills, A. (2014). Health Care Systems in Low- and Middle-Income Countries. *New England Journal of Medicine*, 370(6), 552–557.

DOI:

10.1056/NEJMra1110897

Misnaniarti, M., Hidayat, B., Pujiyanto, P., Nadjib, M., Thabrany, H., Junadi, P., Besral, B., Purwoko, B., Trihono, T., & Yulaswati, V. (2017). Ketersediaan Fasilitas dan

Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Cakupan Semesta

Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Penelitian*

*Dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 1(1), 6–16.

- <https://doi.org/10.22435/jpppk.v1i1.425>
- Mongan, J. J. S. (2019). Pengaruh Pengeluaran Pemerintah Bidang Pendidikan dan Kesehatan Terhadap Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia. *Indonesian Treasury Review: Jurnal Perbendaharaan, Keuangan Negara Dan Kebijakan Publik*, 4(2), 163–176. <https://doi.org/10.33105/itrev.v4i2.122>
- Nurchayyo, M. A. (2020). Analisis Penyerapan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau 2017-2019. *Simposium Nasional Keuangan Negara 2020*, 464–478. <https://jurnal.bppk.kemenkeu.go.id/snkn/article/view/560>
- Oates, W. E. (1972). *Fiscal Federalism*. Edward Elgar Publishing.
- Okech, T. C. (2016). Devolution and Universal Health Coverage in Kenya: Situational Analysis of Health Financing, Infrastructure and Personnel. *IV(5)*, 1094–1110. <http://erepo.usiu.ac.ke/11732/3016>
- Pigou, A. C. (1918). *The Economics of Welfare*. London: Macmillan.
- Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- Rosalia, F., & Kagungan, D. (2017). The Effect of Decentralization on Health Services: The Experience of Pesawaran District, Lampung Province, Indonesia. *The Social Sciences*, 12(11), 2164–2168. <http://repository.lppm.unila.ac.id/id/eprint/4262>
- Sacchi, A., & Salotti, S. (2016). A Comprehensive Analysis of Expenditure Decentralization and of the Composition of Local Public Spending. *Regional Studies*, 50(1), 93–109. <https://doi.org/10.1080/00343404.2014.893387>
- Sitepu, E. M. P. (2016). Kajian Ekonomi & Keuangan Penerapan Earmarking Cukai Hasil Tembakau di Indonesia: Regulasi dan Konsep Ideal The Implementation of Tobacco Excise Earmarking in Indonesia: Regulation and Ideal Concept. *Kajian Ekonomi & Keuangan*, 20(3), 241–259. <https://doi.org/10.31685/kek.v20i3.200>
- Sosic, Z., & Donev, D. (2009). Contemporary Concept and Definition of Health Care. *Forum for Public Health Cooperation Stability Pact for South Eastern Europe Project*, 339–353.
- Suparmi, Kusumawardani, N., Nambiar, D., Trihono, & Hosseinpoor, A. R. (2018). Subnational Regional Inequality in the Public Health Development Index in Indonesia. *Global Health Action*, 11(sup1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1500133>
- WHO. (2017). Earmarking for Health. In Health Financing Working Paper (Issue 5). <http://apps.who.int>
- WHO. (2020). Raising Tobacco Taxes and Prices for a healthy and prosperous Indonesia. WHO Regional Office for South-East Asia Working Paper, 30.
- Wiyekti, N., & Qibthiyyah, R. M. (2021). Pengaruh Intergovernmental Fiscal Transfers (IFT) Terhadap Hutan Konservasi di Indonesia. *Jurnal Manajemen Keuangan Publik*, 5(1), 29–53.
- Yandri, P., Budi, S., Sujatna, Y., & Masduki, U. (2020). Revenue Sharing Fund of Tobacco Products Excise and Economic Performance in Decentralized Era. *Journal of Governance and Public Policy*, 7(2), 104–114. <https://doi.org/10.18196/jgpp.72126>