

KEBIJAKAN SUBSIDI KESEHATAN BAGI KELUARGA MISKIN DAN KONSUMSI ROKOK DI INDONESIA TAHUN 2001 DAN 2004

POLICY ON HEALTH SUBSIDY FOR THE POOR FAMILIES AND TOBACCO CONSUMPTION IN INDONESIA, YEAR 2001 AND 2004

Juanita¹, Yayi Suryo Prabandari², Ali Ghufron Mukti², Laksono Trisnantoro²

¹Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: There has been increasing trends of tobacco consumption among the poor families in the midst of government effort to improve population health through health subsidy programs for the poor.

Objective: To analyse the effect of policy on health subsidy provisions to the poor with cigarette expenditures and utilization of health service facilities.

Method: This study consists of two parts. Part one of the study was a cross-sectional study using the Susenas data year 2001 and 2004. The sample involved 69,166 households (2001) and 60,832 households (2004) in all provinces in Indonesia. Univariate and bivariate analysis with Chi Square test were used in the statistical analysis. The second part of the study was a documentary study on Indonesian tobacco control policy.

Result: A significant increase in the proportion of smoking in the household who receive subsidized health care was found in 2004 ($p < 0.001$). Smoking habits at home among those health care subsidy recipients, increased 35.06 percent in 2004 compared to 2001, and this was significant ($p < 0.002$). Outpatient utilization significantly increased by 28.86% ($p < 0.001$). Frequency of hospitalization was decreased significantly in 2004 compared with 2001, amounting to 36.62% ($p < 0.020$). Tobacco control policy was stated in government regulation No. 38/2000 which was then revised in No. 19/2003. These were weaker than government regulation No. 81/1999.

Conclusion: The provision of health care subsidies has an impact on the prevalence of smoking among the head of the poorest households. Cigarette expenditures on households receiving health subsidies are greater than expenditures on education and health.

Keywords: health subsidy, smoking, utilization of health services, and the poorest households.

ABSTRAK

Latar belakang: Konsumsi rokok pada rumah tangga miskin cenderung meningkat seiring dengan upaya pemerintah untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat melalui subsidi kesehatan bagi rumah tangga miskin.

Tujuan: Menganalisis dampak kebijakan pemberian subsidi kesehatan bagi rumah tangga miskin terhadap belanja rokok dan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.

Metode: Penelitian ini terdiri dari dua subpenelitian. Studi pertama menggunakan rancangan *cross-sectional survey* dengan menggunakan data Susenas tahun 2001 dan 2004. Sampel terdiri dari 69.166 rumah tangga (2001) dan 60.832

rumah tangga (2004) di seluruh provinsi di Indonesia. Analisis data dilakukan dengan univariat dan bivariat menggunakan tes *Chi Square*. Studi kedua merupakan studi dokumentasi kebijakan pengendalian rokok di Indonesia.

Hasil: Terjadi kenaikan proporsi kepala rumah tangga yang merokok secara signifikan ($p < 0,001$). Proporsi merokok pada rumah tangga yang mendapat subsidi kesehatan meningkat pada tahun 2004. Pada rumah tangga penerima subsidi kesehatan, kebiasaan merokok di rumah meningkat 35,06% pada tahun 2004 dibanding tahun 2001 ($p < 0,002$). Pemanfaatan rawat jalan meningkat bermakna sebesar 28,86% ($p < 0,001$) akan tetapi frekuensi rawat inap menurun bermakna pada tahun 2004 dibandingkan dengan tahun 2001 (36,62%; $p < 0,020$). Kebijakan terkait pengendalian rokok tertuang dalam Peraturan Pemerintah (PP) No. 38/2000 yang direvisi menjadi PP No 19/2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan. Kedua PP ini lebih lemah daripada PP No. 81/1999.

Kesimpulan: Pemberian subsidi kesehatan berdampak pada prevalensi merokok kepala rumah tangga termiskin. Pengeluaran rokok pada rumah tangga yang menerima subsidi kesehatan lebih besar dari pengeluaran pendidikan dan kesehatan.

Kata kunci: subsidi kesehatan, merokok, pemanfaatan pelayanan kesehatan, rumah tangga termiskin

PENGANTAR

Indonesia masih menghadapi masalah kemiskinan. Meskipun jumlah penduduk miskin telah menurun, akan tetapi angkanya masih cukup tinggi, yaitu 37,17 juta jiwa (16,58%)¹. Berbagai program subsidi kesehatan telah dicanangkan pemerintah agar penduduk miskin dapat tetap menjangkau pelayanan, namun di sisi lain perilaku merokok terutama pada penduduk miskin, merupakan masalah kesehatan masyarakat yang mengkhawatirkan. Pertumbuhan jumlah perokok di Indonesia sangat tinggi dibandingkan negara manapun di dunia.² Indonesia menduduki posisi ketiga di dunia dalam jumlah perokok, kelima dalam jumlah batang rokok yang dikonsumsi³. Merokok menyebabkan timbulnya berbagai penyakit bahkan kematian yang dapat dicegah.⁴⁻⁶ *World Health Organization (WHO)* memprediksi penyakit akibat tembakau akan menyebabkan kematian 8,4 juta orang setiap tahun dan separuhnya

terjadi di Asia. Kematian di Asia akan meningkat hampir empat kali lipat dari 1,1 juta tahun 1990 menjadi 4,2 juta tahun 2020.⁷

Studi mengenai biaya kesehatan akibat merokok di beberapa negara telah dilakukan, seperti di Belanda, Amerika, Korea, Inggris dan Jepang. Biaya kesehatan pada perokok pria di Belanda lebih tinggi 40% dibandingkan dengan bukan perokok, sedangkan di Korea menghabiskan sekitar \$2,269,42-4,580,25 (0,59-1,19% dari GDP), di Amerika Serikat \$US 72,2 miliar, dan di Inggris \$ 45.8 miliar.⁸⁻¹¹ Para perokok juga menggunakan hari rawat di rumah sakit dan kunjungan ke dokter yang lebih besar dibandingkan dengan bukan perokok.¹²⁻¹⁴ Hasil studi Izumu *et al.*¹⁵ di Jepang menyimpulkan bahwa *National Health Insurance* harus membayar biaya kesehatan yang lebih besar pada perokok dibandingkan dengan bukan perokok. Sementara, beban biaya kesehatan yang harus ditanggung *Korean National Health Insurance* (KNHI) terkait dengan kebiasaan merokok meningkat sebesar 27% dari \$324.9 juta pada tahun 1999 menjadi \$413.7 juta pada tahun 2003. Biaya ini untuk penyakit kanker paru-paru (\$74.2 juta), stroke (\$65.3 juta), COPD (\$50.1 juta), CHD (\$49 juta) dan kanker lambung (\$30 juta).¹⁶ Studi Kosen menunjukkan bahwa total biaya konsumsi tembakau sebesar Rp127,4 triliun, yang digunakan untuk belanja rokok, biaya sakit terkait dengan rokok, kecacatan, dan kematian dini.¹⁷

Diberlakukannya sistem jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk, maka biaya penyakit terkait konsumsi rokok akan menyedot sumber dana yang ada. Sumber pembiayaan kesehatan negara berasal dari pajak yang dibayar masyarakat. Dengan demikian, perokok akan membebaskan biaya penyakit mereka kepada orang lain yang tidak merokok, hal ini akan sangat tidak adil dan merugikan.

Kebijakan subsidi kesehatan bagi rumah tangga miskin telah banyak dilaksanakan di berbagai negara, antara lain di Meksiko disebut *Progressa*. *Progressa* diberikan dengan persyaratan tertentu yaitu bantuan dipergunakan untuk investasi di bidang pendidikan, kesehatan, dan gizi.¹⁸ Sebaliknya di Indonesia, penerima subsidi kesehatan tanpa persyaratan berperilaku sehat. Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis dampak kebijakan pemberian subsidi kesehatan bagi rumah tangga miskin terhadap perilaku merokok dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini terdiri dari dua bagian studi. Studi pertama adalah penelitian kuantitatif dengan ran-

cangan *cross sectional*, menggunakan data Susenas tahun 2001 dan 2004. Subyek penelitian adalah rumah tangga yang diperoleh dari data Modul dan Kor untuk rumah tangga yang sama. Jumlah rumah tangga pada penelitian ini adalah 69.166 rumah tangga (2001) dan 60.832 rumah tangga (2004) di seluruh provinsi di Indonesia. Unit analisis adalah rumah tangga termiskin (kuintil 1). Rumah tangga dikelompokkan dalam 5 kuintil, dengan kuintil 1 adalah rumah tangga termiskin dan kuintil 5 adalah rumah tangga terkaya. Analisis statistik memakai analisis univariat untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dan analisis bivariat untuk mencari hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi Square*.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Studi kuantitatif

Setelah dilakukan pembersihan data dan membagi rumah tangga dalam 5 kelompok (kuintil 1 termiskin dan kuintil 5 terkaya), maka diperoleh 12.895 rumah tangga yang masuk dalam kategori termiskin pada tahun 2001 dan 12.279 rumah tangga pada tahun 2004. Berdasarkan penerimaan subsidi kesehatan, diperoleh hasil bahwa ada sebesar 9,83% (1.268 rumah tangga) dan 14,96% (1.837 rumah tangga) rumah tangga termiskin pada tahun 2001 dan 2004 yang menerima subsidi kesehatan.

1. Analisis Kebijakan Pemberian Subsidi Kesehatan dengan Perilaku Merokok Kepala Rumah Tangga Termiskin

Berikut gambaran pola merokok pada rumah tangga di Indonesia dan pada rumah tangga termiskin baik yang menerima subsidi kesehatan maupun tidak menerima subsidi kesehatan pada tahun 2001 dan 2004.

Tabel 1. menggambarkan perubahan status merokok kepala rumah tangga antara tahun 2001 dan 2004. Pada rumah tangga yang mendapat subsidi kesehatan, terjadi kenaikan yang signifikan proporsi kepala rumah tangga yang merokok sebesar 36,85% ($p < 0,001$). Hal ini berarti proporsi merokok pada rumah tangga yang mendapat subsidi kesehatan mengalami peningkatan pada tahun 2004. Sementara itu, pada rumah tangga yang tidak menerima subsidi kesehatan, proporsi kepala rumah tangga yang merokok menurun sebesar 11,26%, meskipun tidak bermakna ($p > 0,234$). Kebiasaan merokok di rumah pada rumah tangga penerima subsidi kesehatan meningkat secara bermakna sebesar 35,06% pada tahun 2004 dibandingkan tahun 2001 ($p > 0,002$).

Tabel 1. Perbandingan status merokok kepala rumah tangga miskin tahun 2001 dan 2004

Pola Merokok	Subsidi kesehatan		Δ	X ²	p	Tanpa Subsidi		Δ	X ²	p
	2001	2004				2001	2004			
Status merokok										
- Ya	901	1.233	36,85	5,41	<0,001	7.502	6.657	-11,26	1,42	0,234
- Tidak	367	604	64,58			4.125	3.785	-8,24		
Merokok di rumah										
- Ya	773	1.044	35,06	0,52	0,002	7.065	5.673	-19,70	313,37	<0,001
- Tidak	128	189	47,66			437	984	125,17		

Adapun, pada rumah tangga yang tidak menerima subsidi kesehatan terjadi penurunan bermakna sebesar 19,70 (p <0,001).

Hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa prevalensi merokok kepala rumah tangga termiskin yang mendapat subsidi kesehatan lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak merokok. Kebijakan subsidi kesehatan yang diberikan pada tahun 2001 dan tahun 2004 belum terintegrasi dengan perilaku sehat dari penerima bantuan, seperti perilaku tidak merokok.

Pada Peta Jalan Industri Hasil Tembakau dapat dilihat bahwa pemerintah lebih mengutamakan aspek ekonomi dari rokok. Secara jelas dinyatakan tujuan jangka menengah (2010 – 2014) yang ingin dicapai adalah meningkatkan produksi rokok dari 240 miliar batang pada tahun 2010 menjadi 260 miliar batang di tahun 2015 sampai tahun 2025.¹⁹ Tingginya target produksi ini tentu tidak ditujukan untuk pasar luar negeri, karena ketatnya regulasi tembakau di berbagai negara. Semakin terbatasnya pasar rokok di luar negeri dan lemahnya aturan di dalam negeri, akan menyebabkan industri rokok mengalihkan sasarannya ke pasar domestik. Hal ini akan berakibat pada jumlah perokok di Indonesia akan tetap tinggi. Seharusnya, kebijakan yang dibuat pemerintah bertujuan untuk melindungi masyarakat dan bukan melindungi industri rokok seperti yang terjadi pada saat ini.

Untuk itu, dalam reformasi sistem kesehatan perlu memperhatikan lima tombol kendali seperti yang diusulkan Roberts *et al.*²⁰, yaitu meliputi pembiayaan, pembayaran, organisasi, peraturan, dan perilaku konsumen. Reformasi dimaksudkan sebagai perubahan ke arah positif dan berkelanjutan. Arah pembiayaan kesehatan ke depan adalah mengembangkan sistem jaminan kesehatan secara menyeluruh bagi masyarakat. Reformasi pada pembiayaan kesehatan hendaknya sejalan dengan perubahan perilaku masyarakat. Perubahan perilaku merupakan salah satu dari lima tombol kontrol yang dapat digunakan dalam upaya meningkatkan kinerja sistem kesehatan. Tombol kontrol menyiratkan bahwa fokus utama reformasi sektor kesehatan adalah upaya

untuk menetapkan, mengatur, atau menyesuaikan tombol-tombol kontrol yang ada.

Pemerintah dalam kebijakan pemberian subsidi kesehatan bagi rumah tangga miskin yang ada selama ini dan juga dengan akan diberlakukannya cakupan menyeluruh jaminan kesehatan, masih menggunakan hanya salah satu tombol kontrol (pembiayaan) dan belum mengaitkan dengan tombol-tombol lain, terutama perubahan perilaku. Perilaku individu dapat berdampak pada individu itu sendiri maupun pada kinerja sistem kesehatan. Perilaku merokok individu berdampak tidak saja pada dirinya sendiri, tetapi juga orang lain yang tidak merokok dan juga berdampak pada sistem kesehatan. Pendekatan tombol kontrol perubahan perilaku individu, berbeda-beda mulai dari pendekatan berdaya paksa rendah seperti penyediaan informasi, hingga berdaya paksa kuat, dengan menggunakan aturan dan larangan. Agar perubahan perilaku dapat efektif, maka harus sejalan dengan perubahan-perubahan dalam tombol kontrol yang lain seperti pembiayaan, pembayaran dan regulasi, sehingga tujuan peningkatan kinerja sistem kesehatan dapat dicapai.

Di Inggris, pemerintah memberikan insentif bagi warga negaranya yang tidak merokok, berupa kemudahan dalam pelayanan kesehatan yang diterima. Sementara, bagi dokter yang menyadarkan pasiennya untuk berhenti merokok juga diberi tambahan gaji. Dokter di klinik swasta juga bisa mengklaim hal serupa. Hal ini dilakukan karena pemerintah menganggap bahwa warga negara yang tidak merokok telah berjasa meringankan beban pemerintah dalam pelayanan kesehatan, juga mengurangi emisi karbon dalam pemanasan global, sehingga bagi warga yang bukan perokok layak diberi imbalan.²¹

2. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Rumah Tangga Termiskin

Tabel 2. menunjukkan perbandingan frekuensi rawat jalan pada tahun 2001 dan 2004. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemanfaatan pelayanan rawat jalan pada rumah tangga menerima subsidi kesehatan, berhubungan signifikan secara statistik,

Tabel 2. Perbandingan pemanfaatan dan biaya pelayan kesehatan pada rumah tangga penerima subsidi tahun 2001 dan 2004

Pelayanan kesehatan	Subsidi kesehatan						Δ	t	p
	2001			2004					
	n	Rerata	SD	n	Rerata	SD			
Frekuensi rawat jalan	197	1,49	0,99	569	1,92	1,42	28,86	1.3e+03	< 0,001
Frekuensi rawat inap	11	5,27	3,04	29	3,34	2,38	-36,62	2,12	0,020
Biaya berobat sendiri (Rp)	335	6.175	23.696	692	78.073	99.360	1,16	-13,06	1,000
Biaya rawat jalan (Rp)	197	18.324	59.466	569	221.146	482.185	1,11	-5,89	1,000
Biaya rawat inap (Rp)	11	393.091	674.848	29	974.638	1.458.521	147,94	-1,26	0,893

dengan rerata frekuensi 1,49 kali (2001) dan 1,92 kali (2004). Dengan asumsi insiden penyakit sama, maka pada rumah tangga termiskin yang mendapat subsidi kesehatan terjadi *ex post moral hazard*. Menurut Zweifel², *ex post moral hazard* adalah adanya peningkatan konsumsi pelayanan kesehatan ketika jatuh sakit. Pemanfaatan rawat jalan ditentukan oleh individu, sehingga dengan adanya jaminan kesehatan dari pemerintah, maka mereka dapat lebih menjangkau pelayanan kesehatan yang ada. Namun, apabila pemanfaatan pelayanan rawat jalan ini dalam rangka mencukupi kebutuhan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar pelayanan yang ada, maka hal ini bukan merupakan *ex post moral hazard*. Di negara berkembang, adanya subsidi kesehatan dapat membantu rumah tangga miskin menjangkau pelayanan kesehatan.

Pemanfaatan pelayanan rawat inap tidak berbeda signifikan secara statistik pada tahun 2001, sementara itu, pada tahun 2004 ada perbedaan yang signifikan. Keputusan untuk rawat inap ditentukan oleh *provider*, sehingga walaupun rumah tangga mendapat subsidi kesehatan, pada tahun 2001 tidak terdapat pemanfaatan pelayanan rawat jalan yang berbeda dengan rumah tangga yang tidak mendapat subsidi kesehatan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Thabrany dan Pujiyanto²³ menunjukkan bahwa penduduk sepuluh persen terkaya mempunyai akses rawat inap di rumah sakit 12 kali lebih besar dari penduduk sepuluh persen termiskin. Hasil senada juga ditemukan pada penelitian Untari²⁴ yang menyimpulkan bahwa beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan kartu sehat adalah lokasi geografis desa kota, jarak ke pusat pelayanan kesehatan, transportasi dan tingkat kemiskinan.

3. Pola Pengeluaran Rumah Tangga Termiskin

Tabel 3 menjelaskan pola pengeluaran rumah tangga termiskin untuk tembakau dan sirih, pendidikan, kesehatan, non makanan, makanan dan total pengeluaran rumah tangga setiap bulan pada tahun 2001. Dalam Susenas tidak ada pengeluaran rokok, tetapi pengeluaran ini dinyatakan dengan pengeluaran tembakau dan sirih. Untuk selanjutnya, pengeluaran tembakau dan sirih akan difokuskan pada pengeluaran rokok.

Tabel 3 memperlihatkan bahwa pengeluaran rokok terhadap non makanan (yang merupakan proksi dari kemampuan membayar), pada rumah tangga yang mendapat subsidi kesehatan adalah 31,20% (2001) dan 30,88% (2004). Sementara itu, pengeluaran rokok terhadap pendidikan adalah 5,57 kali (2001) dan meningkat menjadi 9,29 kali (2004). Porsi pengeluaran rokok terhadap kesehatan adalah 1,84 kali (2001) dan 2,53 kali (2004).

Pada teori ekonomi dikatakan bahwa keputusan konsumen untuk membeli produk telah berdasarkan pertimbangan: 1) pilihan konsumen atas produk yang dibeli telah diputuskan secara rasional dan berdasarkan berbagai informasi dengan mempertimbangkan biaya dan manfaat; dan 2) konsumen akan menanggung semua biaya dari pilihan tersebut. Bila semua konsumen telah melakukan pilihan berdasarkan asumsi di atas, maka secara teori sumber daya akan teralokasikan secara efisien.²⁵

Perokok yang menerima subsidi kesehatan mengalokasikan uang untuk membeli rokok lebih besar daripada rumah tangga yang tidak menerima subsidi kesehatan. Hal ini karena perokok tidak menanggung beban biaya di masa depan akibat pilihan

Tabel 3. Proporsi pengeluaran tembakau tahun 2001 dan 2004

Jenis pengeluaran	2001		2004	
	Subsidi kesehatan (%)	Tanpa subsidi kesehatan (%)	Subsidi kesehatan (%)	Tanpa subsidi kesehatan (%)
Tembakau dan sirih terhadap non makanan	31,20	25,75	30,88	33,46
Pendidikan terhadap non makanan	5,60	6,53	3,33	2,86
Kesehatan terhadap non makanan	16,95	20,95	12,20	10,16
Tembakau dan sirih terhadap pendidikan	5,57	3,94	9,29	11,69
Tembakau dan sirih terhadap kesehatan	1,84	1,23	2,53	3,29

yang diambilnya dan mereka mendapat jaminan kesehatan apabila jatuh sakit. Apabila sebagian biaya dibebankan pada mereka (perokok), maka konsumsi rokok akan berkurang, dan sebaliknya.

Beberapa hasil kajian di beberapa negara menyatakan bahwa jika pengeluaran rokok dialihkan pada makanan dapat meningkatkan kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi dan dapat meningkatkan taraf hidup.²⁶⁻²⁹ Saliem dan Ariningsih³⁰ menemukan bahwa pengeluaran untuk tembakau dan sirih (rokok) lebih tinggi pada kelompok rawan pangan di pedesaan dibandingkan dengan rumah tangga yang tahan pangan. Pada rumah tangga tahan pangan, pengeluaran untuk tembakau dan sirih tujuh hingga sembilan persen, sementara pada rumah tangga rawan pangan pengeluaran ini meningkat hingga mencapai 14%. Tingkat pendapatan yang relatif rendah, maka kelompok rawan pangan perlu melakukan realokasi pengeluaran pada konsumsi pangan yang dapat meningkatkan ketahanan pangan mereka.

Marsh dan McKay³¹ melaporkan di Inggris bahwa orang yang miskin cenderung merokok, mengalami ketagihan dan menderita kesulitan ekonomi karena meningkatnya pengeluaran mereka pada tembakau. John³² menyimpulkan dengan tingkat pendapatan penduduk India yang rendah, pengeluaran tembakau memiliki efek negatif dalam asupan gizi rumah tangga. Studi Wang *et al.*³³ mengungkapkan bahwa di pedesaan Cina, pengeluaran tembakau menyebabkan pengurangan pengeluaran untuk pendidikan, kesehatan, dan asuransi.

Terdapat hubungan terbalik antara status gizi anak dengan status merokok orangtua. Perilaku merokok pada rumah tangga miskin memperburuk malnutrisi anak dan kemungkinan keluarga mengalami ketidakamanan pangan enam kali lipat dibandingkan dengan rumah tangga yang tidak merokok.³⁴ Studi Semba *et al.*³⁵ di Indonesia menyimpulkan bahwa anak yang orangtuanya perokok lebih kurang gizi dibandingkan dengan anak yang orangtuanya bukan perokok. Rumah tangga perokok mengeluarkan porsi lebih besar untuk makanan yang murah dan kurang bergizi, dibandingkan dengan makanan yang kaya gizi mikro. Helen Keller Internasional Indonesia bekerja sama dengan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan dalam Barber *et al.*³⁶ menemukan bahwa terjadi penurunan konsumsi makanan bergizi tinggi dalam masa krisis ekonomi (telur, susu dan daging), namun tidak untuk pengeluaran tembakau. Hal ini semakin mempertegas bahwa kecanduan rokok telah menghilangkan logika akal sehat agar lebih mementingkan gizi daripada rokok.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa porsi belanja rokok lebih besar dibandingkan dengan belanja pendidikan. Kepala rumah tangga miskin lebih mementingkan belanja rokok dibandingkan dengan pendidikan anaknya. Pendidikan merupakan investasi di masa depan. Pendidikan yang tinggi dapat meningkatkan pendapatan yang berdampak pada peningkatan konsumsi dan dapat meningkatkan kualitas kehidupan. Selain itu, dengan pendidikan yang semakin baik, akan meningkatkan akses informasi kesehatan dan dapat membantu membuat keputusan untuk berperilaku sehat.³⁷ Pengeluaran rokok yang lebih besar dibandingkan dengan pengeluaran pendidikan akan dapat menghilangkan kesempatan bagi anak-anak untuk bersekolah. Anak-anak lebih diperlukan untuk bekerja membantu menambah pendapatan keluarga. Investasi di bidang pendidikan dan kesehatan sangat perlu untuk mengangkat anggota keluarga keluar dari perangkap kemiskinan.

Proporsi belanja rokok juga lebih besar dibandingkan dengan belanja kesehatan. Menurut Bloom dan Canning³⁸, investasi di sektor kesehatan dapat mempengaruhi kesejahteraan ekonomi melalui empat cara. Pertama, individu yang sehat lebih kuat secara fisik maupun kognitif, yang berdampak pada produktivitas kerja yang lebih baik (jam kerja yang lebih panjang dan ketidakhadiran karena sakit semakin kecil). Kedua, individu yang sehat mempunyai umur harapan hidup yang lebih lama. Hal ini memberi insentif bagi investasi di sektor kesehatan, pendidikan dan bentuk manusia lainnya. Ketiga, umur harapan hidup yang lebih lama mengarah pada tingkat tabungan pensiun yang semakin membesar dalam masa kerja. Investor asing akan tertarik pada perekonomian yang memiliki tenaga kerja yang sehat. Keempat, individu yang sehat juga berdampak pada penurunan jumlah anak yang diinginkan. Bukti-bukti makroekonomi menjelaskan bahwa negara-negara dengan kondisi kesehatan dan pendidikan yang rendah, menghadapi tantangan yang lebih berat untuk mencapai pertumbuhan berkelanjutan jika dibandingkan dengan negara yang lebih baik keadaan kesehatan dan pendidikannya.³⁹

B. Studi Kedua: Telaah Produk Hukum yang Terkait dengan Pengendalian Tembakau di Indonesia Periode 2001 - 2004

Tahun 2001 :

- 1) Undang-Undang (UU) No. 23/1992 tentang kesehatan (diamandemen menjadi UU No. 36/2009).⁴⁰

Pada UU No. 23/1992 mengatur tentang zat adiktif (pasal 44 tentang Pengamanan Zat Adiktif) yaitu:

- a. Pengamanan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif diarahkan agar tidak mengganggu dan membahayakan kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya.
- b. Produksi, peredaran, dan penggunaan bahan yang mengandung zat adiktif harus memenuhi standar dan atau persyaratan yang ditentukan.
- c. Ketentuan mengenai pengamanan bahan yang mengandung zat adiktif sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2) ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

2) Peraturan Pemerintah (PP) No. 38/2000⁴¹

Pada tahun 2001, kebijakan yang ada terkait tembakau adalah PP No. 38/2000 disahkan pada tanggal 7 Juni 2000, yang merupakan revisi dari PP No. 81/1999. Perubahan penting menyangkut iklan dan masa penyesuaian kadar nikotin dan tar, yaitu: 1) iklan rokok diperbolehkan di media elektronik dari pukul 21.30 hingga pukul 05.00 waktu setempat (Pasal 17); dan 2) penyesuaian kandungan kadar tar dan nikotin maksimum, tujuh tahun untuk rokok buatan mesin dan sepuluh tahun untuk rokok kretek buatan tangan; dan 3) Akan dibentuk Lembaga Pengkajian Rokok.

Isi PP No. 38/2000 ini lebih lemah jika dibandingkan dengan PP No. 81/1999, yang mengatur secara lengkap tentang: 1) Batasan maksimum kadar nikotin (1,5 mg) dan tar (20 mg) setiap batang rokok (pasal 4); 2) Pencantuman label peringatan "merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi dan gangguan kehamilan dan janin (pasal 8); 3) Ketentuan penulisan label peringatan kesehatan (pasal 9); 4) Impor rokok asing harus memenuhi ketentuan yang sama (pasal 14); 5) Penjualan rokok dengan menggunakan mesin layan diri hanya dapat dilakukan di tempat - tempat tertentu (pasal 16); 6) Iklan dan promosi hanya boleh pada media cetak atau media luar ruangan, dengan syarat tidak memuat: saran untuk merokok; gambaran bahwa merokok bermanfaat bagi kesehatan; gambar, tulisan atau gabungan keduanya, rokok atau orang sedang merokok atau mengarah pada orang yang sedang merokok; gambar atau tulisan yang ditujukan pada anak atau perempuan hamil; nama rokok; dan tidak memberikan secara gratis rokok atau produk lainnya yang mencantumkan merek dagang rokok (pasal 17); 7) Kawasan Tanpa Rokok (pasal 23) meliputi tempat umum dan atau tempat kerja yang menyelenggarakan upaya kesehatan, proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, kegiatan ibadah dan angkutan umum; 8) Batas waktu penyesuaian persyaratan batas maksimal tar dan nikotin bagi produsen rokok

buatan mesin lima tahun dan produsen rokok kretek buatan tangan sepuluh tahun; dan 9) Sanksi pelanggaran akan dikenakan denda sebesar Rp. 100 juta atau pidana lima tahun penjara. Peraturan Pemerintah (PP) No. 81/1999 memuat secara lengkap dan cukup ketat pengaturan pengamanan rokok bagi kesehatan. Namun, kuatnya lobi industri rokok menyebabkan PP ini direvisi.

3) UU No. 40/1999 tentang Pers pasal 13⁴² dinyatakan bahwa perusahaan iklan dilarang memuat iklan minuman keras, narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, peragaan wujud rokok dan atau penggunaan rokok.

4) Instruksi Menteri Kesehatan No. 84/Menkes/Ins/II/2002⁴³ tentang kawasan tanpa rokok di tempat kerja dan sarana kesehatan dan tempat kerja menyediakan tempat khusus merokok.

5) UU No. 32/2002 tentang penyiaran⁴⁴ merupakan amandemen dari UU No. 24/1997. Isi perubahan mencakup siaran iklan niaga dilarang melakukan promosi minuman keras atau sejenisnya dan bahan atau zat adiktif; promosi rokok yang memperagakan wujud rokok. Adapun isi UU No. 24/1997 sebelum direvisi adalah: siaran iklan niaga dilarang memuat iklan minuman keras dan sejenisnya, bahan atau zat adiktif serta iklan yang menggambarkan penggunaan rokok (Pasal 42).

Tahun 2004 :

1) PP No. 19/2003 tentang pengamanan rokok bagi kesehatan⁴⁵ merupakan amandemen PP No. 38/2000. Adapun isi revisi meliputi: a) Setiap orang yang memproduksi rokok wajib melakukan pemeriksaan kandungan kadar nikotin dan tar pada setiap hasil produksinya; b) Pemeriksaan kandungan kadar nikotin dan tar dilakukan di laboratorium yang sudah terakreditasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku; dan c) produsen rokok wajib memberikan informasi kandungan kadar nikotin dan tar setiap batang rokok yang di produksinya (pasal 5).

Perubahan ini berarti produsen bebas memproduksi rokok dengan kandungan tar dan nikotin tinggi tanpa harus khawatir melanggar aturan batas maksimal tar dan nikotin sebagaimana telah diatur pada PP No. 81/1999. Produsen hanya wajib memberikan informasi kepada konsumen tentang kandungan nikotin dan tar, walaupun rokok yang dihasilkan melebihi batas maksimum, tidaklah melanggar aturan yang ada. Dari substansi isi materi yang dikandung,

PP ini telah mengakomodir banyak kepentingan terutama dari industri rokok dan dianggap lebih lemah dibandingkan dengan PP No. 38/2000, apalagi jika dibandingkan dengan PP No. 81/1999. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah lebih mementingkan aspek ekonomi dibandingkan dengan kesehatan warganya.

2) Peraturan Daerah

Kebijakan pemerintah pusat yang belum tegas dalam pengendalian tembakau/rokok, dapat disikapi oleh pemerintah daerah dengan membuat peraturan bersifat lokal seperti yang telah dilakukan oleh beberapa pemerintah daerah. Saat ini baru sekitar 22 pemerintah daerah yang sudah menetapkan perda terkait rokok, baik pada tingkat provinsi maupun kabupaten/kota, yaitu antara lain DKI Jakarta, Bogor, Bandung, Cirebon, Palembang, Surabaya, Daerah Istimewa Yogyakarta, Bangli dan Padang Panjang, Kota Tangerang, Kota Semarang, Kabupaten Gunungkidul, Kota Pontianak, Kabupaten Sragen, Kabupaten Payakumbuh. Daerah tersebut telah berkomitmen untuk mengatur area larangan merokok, terutama di area publik. Di Amerika hal ini telah dilakukan, dan berdampak pada pengurangan konsumsi rokok masyarakat.

C. Kebijakan Pengendalian Rokok Saat Ini dan Desentralisasi Kesehatan

Kebijakan pengendalian tembakau belum mendapat perhatian serius dari pemerintah. Pemerintah cenderung lebih tertarik dengan pendapatan yang disediakan oleh industri rokok yang memiliki nilai ekonomi tinggi dibandingkan dengan masalah kesehatan masyarakat terkait dengan konsumsi rokok. Untuk jangka pendek cara pandang seperti ini dapat dimaklumi, namun untuk jangka panjang pemerintah perlu melakukan perubahan.

Peta jalan hasil industri tembakau tahun 2007-2020 juga memperlihatkan masih rendahnya komitmen pemerintah dalam hal penanganan dampak tembakau bagi kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari tahapan yang ingin dicapai, untuk jangka pendek, pada 2007-2010, pengembangan industri hasil tembakau bertumpu pada pengembangan kesempatan kerja, penerimaan negara, dan pemeliharaan kesehatan. Untuk jangka menengah, pada 2010-2015, prioritas industri tersebut adalah penerimaan negara, aspek kesehatan, dan penerimaan tenaga kerja. Untuk jangka panjang, pada 2015-2020, memprioritaskan kesehatan, penyerapan tenaga kerja, dan penerimaan negara.

Aturan-aturan yang terkait pengendalian rokok masih sedikit dan belum cukup tegas. Pada tingkat internasional, Indonesia satu-satunya negara di Asia yang belum meratifikasi atau mengaksesi FCTC yang merupakan payung hukum pengendalian tembakau. *Tobacco Control Support Centre* (TCSC) dalam laporannya merekomendasikan empat alternatif bagi pengendalian tembakau di Indonesia, yaitu: 1) menaikkan pajak (65% dari harga eceran); 2) larangan total iklan rokok; 3) implementasi 100% kawasan tanpa rokok (KTR) di tempat umum, tempat kerja, sarana pendidikan; dan 4) memperbesar peringatan merokok di bungkus rokok dan menambahkan gambar dampak merokok bagi kesehatan.

Pada tingkat nasional, dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36/2009 pasal 113 ayat (2) telah memasukkan rokok sebagai zat adiktif, namun Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) sebagai penjabaran untuk menjalankan UU masih menimbulkan pro dan kontra. Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) ini antara lain meliputi pengaturan kawasan tanpa rokok, peringatan berupa gambar pada bungkus rokok dan larangan menjual rokok kepada anak-anak, larangan menjual rokok batangan, serta larangan iklan, sponsor, dan promosi rokok di media massa. Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) ini menunjukkan kemajuan dalam upaya pengendalian tembakau yang lebih masif.

Adanya kebijakan desentralisasi kesehatan memungkinkan pemerintah daerah, kabupaten dan kota, memiliki kewenangan dan kesempatan yang cukup luas untuk membuat kebijakan berdasarkan prakarsa dan aspirasi masyarakat lokal. Di Indonesia, daerah penghasil daun tembakau sebahagian besar (96%) berasal dari beberapa daerah di tiga provinsi, yaitu Jawa Timur (56%), Jawa Tengah (23%) dan Nusa Tenggara Barat (17%). Sementara, provinsi lain seperti Daerah Istimewa Yogyakarta, Sumatera Utara, Jawa Barat dan Bali hanya memberikan kontribusi 4% dari total produksi tembakau. Selain daerah penghasil tembakau, yang juga harus menjadi perhatian oleh pemerintah daerah dalam upaya pengendalian tembakau adalah keberadaan industri rokok dan daerah penghasil cengkeh. Sebanyak 77,9% produksi dan pasar rokok di Indonesia dikuasai oleh empat perusahaan besar yang berlokasi di Provinsi Jawa Timur dan Jawa Tengah, yaitu PT Gudang Garam Tbk (31,7%) di Kota Kediri, PT H.M Sampoerna (PT Philip Morris Indonesia) (25,9%) di Kota Surabaya, PT Djarum (17,2%) Kota Kudus dan PT Bentoel Prima (3,1%) Kota Malang. Sisanya sebesar 22,1% ratusan industri rokok kecil dan industri

rumah tangga yang tersebar di berbagai wilayah. Daerah penghasil bahan baku pendukung rokok (cengkeh) adalah Sumbar, Lampung, Jateng, Jatim, Bali, Sulsel, Sulut, Maluku Utara, Maluku (*Ministry of Health, Republic of Indonesia*, 2004). Provinsi Sulawesi Utara, tepatnya Kabupaten Minahasa, merupakan daerah penghasil cengkeh terbesar secara nasional melampaui Kepulauan Maluku.⁴⁶

Tidak semua daerah di Indonesia merupakan daerah penghasil tembakau, cengkeh ataupun daerah industri rokok. Hanya beberapa provinsi yang merupakan sentra tembakau sekaligus industri rokok. Terkait dengan daerah penghasil cukai hasil tembakau, dalam UU Cukai No. 39/2007 pasal 66 A ayat 1 yang merupakan hasil amandemen dari UU No. 11/1995, diatur mengenai dana bagi hasil cukai hasil tembakau (DBHCHT) bagi provinsi penghasil cukai hasil tembakau. Dana bagi hasil cukai hasil tembakau (DBHCHT) merupakan bagian kapasitas fiskal dalam formula dana alokasi umum yang diberikan kepada provinsi penghasil cukai tembakau sebesar dua persen. Dana bagi hasil cukai hasil tembakau (DBHCHT) tersebut digunakan untuk mendanai peningkatan kualitas bahan baku, pembinaan industri, pembinaan lingkungan sosial, sosialisasi ketentuan di bidang cukai, dan/atau pemberantasan barang kena cukai ilegal. Pembagian DBHCHT diserahkan pada gubernur dengan komposisi 30% untuk provinsi penghasil, 40% untuk kabupaten/kota daerah penghasil, 30% untuk kabupaten/kota lainnya.

Pada tahun 2008, kriteria daerah penerima DBHCHT adalah apabila pada daerah-daerah tersebut terdapat industri hasil tembakau (rokok), sementara bagi daerah bukan penghasil tembakau dan bukan penghasil cengkeh maka daerah tersebut tidak memperoleh bagian. Namun, pada tahun 2010, beberapa pemerintah daerah penghasil tembakau dan cengkeh, tetapi di daerah tersebut tidak terdapat industri rokok yang pada tahun sebelumnya tidak menerima DBHCHT, juga menuntut pembagian DBHCHT. Alasan yang dikemukakan adalah karena daerah mereka merupakan penyokong industri rokok (cengkeh dan tembakau). Hasilnya, pada tahun 2010 terjadi perubahan daerah penerima DBHCHT yaitu meliputi NAD, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Lampung, Jambi, Bali, Nusa Tenggara Barat dan Sulawesi Selatan.

Bagi daerah yang tidak mempunyai industri rokok, bukan penghasil tembakau dan cengkeh, daerah ini hanya menerima dampak negatif dari aktivitas merokok berupa penurunan derajat kesehatan dan biaya kesehatan yang besar. Pemerintah daerah akan menanggung beban biaya kesehatan para

perokok. Apalagi, dengan akan diberlakukannya sistem jaminan pembiayaan kesehatan secara menyeluruh, maka para perokok akan membebankan biaya kesehatan mereka kepada para pembayar pajak yang bukan perokok.

Saat ini sudah ada beberapa daerah yang mempunyai perangkat hukum yang mendukung penerapan kebijakan terkait tembakau pada tingkat lokal, seperti DKI Jakarta dengan Peraturan Gubernur No. 75/2005 tentang Kawasan Dilarang Merokok dan Perda No. 2/2005 tentang Pengendalian Pencemaran Udara. Kota Bogor dengan Perda No. 8/2006 tentang ketertiban umum, Kota Bandung dengan Perda No. 03/2005 tentang penyelenggaraan ketertiban, kebersihan dan keindahan. Kota Surabaya dengan Perda No. 5/2008 tentang Kawasan Terbatas merokok, Yogyakarta dengan Perda No. 5/2007 tentang Pengendalian Pencemaran Udara serta Peraturan Gubernur No. 42/2009 tentang kawasan larangan merokok, dan Padang Panjang dengan Perda No. 8/2009 dan Peraturan Walikota No. 10/2009. Namun, masih banyak daerah yang belum mempunyai kebijakan pengendalian tembakau, terutama bagi daerah yang bukan penghasil tembakau, cengkeh dan tidak mempunyai industri rokok. Daerah-daerah ini tidak mendapatkan dana bagi hasil tembakau, tetapi hanya akan menanggung beban biaya penyakit terkait dengan tembakau akibat perilaku merokok warganya. Warga yang sakit akibat merokok akan membutuhkan dana yang besar. Pemerintah baik pusat maupun daerah, harus menanggung beban biaya kesehatan ini. Daerah-daerah ini seharusnya dapat lebih tegas dalam menerapkan kebijakan lokal tentang pengendalian tembakau.

Penerapan peraturan yang berasal dari tingkat lokal lebih mudah dan dapat diterima masyarakat dibandingkan dengan tingkat nasional. Larangan merokok di ruang publik pada tingkat lokal dapat mempengaruhi persepsi penduduk terhadap norma merokok di masyarakat. Sejarah pengendalian tembakau di Amerika Serikat yang efektif juga diawali pada tingkat lokal. Para aktivis memprakarsai gerakan menghirup udara bersih bebas asap rokok pada tingkat lokal pada tahun 1970 hingga 1978. Pada awalnya, kampanye anti rokok dianggap aneh dan melanggar hak azazi perokok. Usaha mengurangi konsumsi tembakau berjalan lambat dan mengalami hambatan dan penolakan di tingkat nasional, namun tidak pada tingkat negara bagian dan lokal. Upaya yang dilakukan umumnya meliputi peningkatan pajak rokok dan pelarangan merokok di restoran, bar dan ruang publik lainnya.⁴⁷ Penerapan UU pengendalian tembakau yang berasal dari tingkat lokal lebih mudah

untuk diterima dibandingkan dengan pada tingkat negara ataupun federal.⁴⁸ Para pejabat lokal yang terpilih sangat responsif dan lebih bertanggung jawab kepada konstituen mereka.⁴⁹ Selain itu, pengaruh industri tembakau dan kemampuan untuk mengendalikan agenda legislatif lebih kuat di tingkat negara bagian dan federal daripada di tingkat lokal. Para eksekutif industri tembakau mengakui bahwa industri mereka relatif tidak efektif dalam mencegah kampanye pengendalian tembakau yang kuat di tingkat lokal dibandingkan dengan tingkat negara bagian atau federal. Keberhasilan kampanye anti rokok yang menumbuhkan kesadaran untuk tidak merokok dan adanya publikasi ilmiah yang mengungkapkan bahwa dampak merokok pada perokok dan perokok pasif telah menyebabkan perubahan perilaku masyarakat dalam memandang rokok. Jumlah perokok di Amerika semakin menurun. Bahkan, negara bagian penghasil tembakau terbesar di Amerika, North Carolina, dan negara bagian dengan bisnis judi dan merokok yang begitu marak, Nevada, mau mengambil langkah antirokok ini.⁵⁰ Masih lemahnya aturan pengendalian tembakau pada tingkat nasional hendaknya dapat direspon oleh pemerintah daerah dengan memberlakukan peraturan pada tingkat lokal, khususnya daerah bukan penghasil rokok, karena jika tidak, maka daerah-daerah ini hanya akan menjadi sasaran empuk para produsen rokok. Perda kawasan tanpa rokok pada dasarnya bukan melarang merokok dan menghentikan produksi tembakau di Indonesia yang dapat mengancam petani tembakau, tetapi lebih kepada melindungi masyarakat dari bahaya merokok, memberikan pemahaman kepada perokok untuk merokok di tempat tertentu dan mencegah perokok baru. Bagi pemerintah daerah yang tidak menggantungkan penerimaan asli daerah dari tembakau, sudah seharusnya lebih ketat dalam menetapkan Perda pengendalian tembakau. Pemerintah daerah hendaknya lebih memperhatikan aspek kesehatan masyarakat dibandingkan dengan aspek ekonomi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Pemberian subsidi kesehatan berdampak pada prevalensi merokok kepala rumah tangga termiskin. Pemberian subsidi kesehatan pada saat ini belum terintegrasi dengan persyaratan perilaku tidak merokok. Subsidi kesehatan menyebabkan pemanfaatan pelayanan rawat jalan yang lebih besar dan hal ini mengindikasikan *ex post moral hazard*. Kebijakan terkait pengendalian rokok pada tahun 2001 dan 2004 justru dianggap lebih lemah dari PP No. 81/1999 yang memuat aturan cukup ketat dan lebih pro kesehatan. Hal ini mencerminkan kurang-

nya kemauan politik pemerintah dalam penanganan masalah rokok terhadap kesehatan.

Saran

Studi ini menyarankan bahwa kebijakan pemberian subsidi kesehatan bagi keluarga miskin hendaknya dikaitkan dengan perilaku tidak merokok. Subsidi kesehatan hanya akan diberi bagi rumah tangga yang tidak merokok, sehingga kesadaran masyarakat bahwa perilaku tidak merokok merupakan investasi, baik bagi diri sendiri, keluarga, masyarakat maupun negara akan meningkat.

REFERENSI

1. BPS. Statistik Indonesia dalam Angka. CV. Dua Marga Jaya. Jakarta. 2008.
2. Departemen Kesehatan. Fakta Tembakau Indonesia. Data Empiris untuk Strategi Nasional Penanggulangan Masalah Tembakau. 2004.
3. WHO. WHO Report on The Global Tobacco Epidemic. The MPOWER Package. WHO. 2008b.
4. Taylor P. The Smoking Ring: Tobacco, Money and Multinational Politics. New American Library. New York, 1985.
5. Nadelman. Global Prohibition Regimes: The Evolution of Norms in International Society, International Organization, 1990;44: 479-526.
6. Glantz SA. Preventing tobacco use: the youth access traps. American Journal of Public Health, 1996;86(2):156-7.
7. World Bank. Curbing the Epidemic: Government and the Economic of Tobacco Control. Washington. 1999.
8. Barendregt JJ, Bonneux L, Van Der Maas PJ. The Health Care Costs of Smoking. The New England Journal of Medicine. 1997;337(Number 15) October 9. www.nejm.org on. Tob. Control. 2003;12;37-44. Diakses pada tanggal 20 Desember 2005.
9. Kang HY, Kim HJ, Park TK, Jee SH, Nam CM, Park HW. Economic Burden of Smoking in Korea. 2003. <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/12/1/37> (6/9- 2005)
10. Miller LS. Zhang X, Rice DP. State Estimates of Total Medical Expenditures Attributable to Cigarette Smoking, 1998. Public Health Reports. 1993;113:447-58.
11. Orme ME, Hogue SL, Kennedy LM, Paine A, Godfrey C. Development of the Health and Economic Consequences of Smoking Interactive Model. Tobacco Control. 2001;10(1):55-61.
12. Vogt TM. Medical Care and The Cost of Smoking. Public Health Rev 1, 1983;(92):121-33.

13. Rice DP, Hodgson TA, Sinsheimer P, Browner W, Kopstein AN. The Economic Costs of the Health Effects of Smoking 1984. *Milbank Q.* 1986; 64:489–547.
14. Jee SH, Kim IS, Suh I. The effect of smoking on health service utilization. *Yonsei Med J.* 1993 Sep;34(3):223-33.
15. Izumi Y, Tsuji I, Ohkubo T, Kuwahara A, Nishino Y, Hisamichi S. Impact of Smoking Habit on Medical Care Use and Its Costs: A Prospective Observation of National Health Insurance Beneficiaries in Japan. *Int J Epidemiol*; 2001; 30: 616-21.
16. Lee SY, Jee SH, Yun JE, Kim SY, Lee J, Samet JM, Kim IS. Medical Expenditure of National Health Insurance Attributable to Smoking among the Korean Population. *J Prev Med Public Health*, 2007;40(3):227-232.
17. Tobacco Control Support Center (TCSC)–IAKMI Bekerja Sama dengan Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA) dan WHO Indonesia. 2008. Profil Tembakau Indonesia.
18. Getler PJ, Boyce S. An Experiment in Incentive Based Welfare: The Impact of PROGRESA on Health in Mexico. 2001. www.ifpri.org/themes/progres/pdfs/Getler_health.pdf (Diakses tanggal 8 Januari 2006)
19. Departemen Perindustrian Direktorat Jenderal Industri Agro dan Kimia. 2009. Roadmap Industri Pengolahan Tembakau. Disampaikan pada Lokakarya Nasional Ekonomi Tembakau Tanggal 2 & 3 Desember 2008 Jakarta
20. Roberts MJ, Hsio W, Berman, P, Reich MR. Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford University Press. New York. 2004.
21. Chamim M. 2007. Insentif Buat Warga yang Bukan Perokok. <http://indonesia.journalistalliancefortobaccocontrol.wordpress.com/2007/11/28/insetntif-buat-warga-yang-bukan-perokok/> Diakses pada tanggal 24 Januari 2011.
22. Zweifel P, Manning WG. Moral Hazard and Consumer Incentives in Health Care. In *Handbook of Health Economics* (Edited by: Culyer AJ, Newhouse JP). North Holland. Amsterdam. 2002b.
23. Thabrany H, Gani A, Pudjianto, Mayanda L, Rubi M, Budi BS. Social Health Insurance in Indonesia: Current Status and The Plan for National Health Insurance. Disampaikan pada Workshop Social Health Insurance WHO SEARO, New Delhi, 2003.
24. Untari, J., Hasanbasri, M. Analisis Pemanfaatan Kartu Sehat Di Indonesia Kajian Survei Sosial Ekonomi Nasional 2001. Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. 2006.
25. World Bank. *Curbing the Epidemic: Government and the Economic of Tobacco Control.* Washington. 2004.
26. Hu TW, Mao Z. *Economic Analysis of Tobacco and Options for Tobacco Control: China Case Study.* WHO Tobacco Control Papers. 2002.
27. Hu TW, Mao Z, Liu Y, Beyer, Ong, M. *Smoking, Standard of Living and Poverty in China.* International Development for Research Centre/ Research Institute for Tobacco Control and The World Bank. 2005.
28. Wang H, Sindelar JL, Busch SH. The Impact of Tobacco Expenditure on Household Consumption Pattern in Rural China. 2006. worldbank.org/INTPAH/Resources/.../9510_catastrophe.pdf
29. Djibuti M, Gotsadze G, Mataradze G, and Zoidze A. Influence of Household Demographic and Socioeconomic Factors on Household Expenditure on Tobacco in Six New Independent States. *BMC Public Health.* 2007; 7:222.
30. Saliem HP, Ariningsih E. Perubahan Konsumsi dan Pengeluaran Rumah Tangga di Perdesaan: Analisis Data Susenas 1999 – 2005. Makalah Disampaikan Pada Seminar Nasional Dinamika Pembangunan Pertanian dan Perdesaan. Pusat Analisis Sosial Ekonomi dan Kebijakan Pertanian, Bogor, 19 November 2008.
31. Marsh A, McKay S. Poor smokers. PSI publication. London, Policy Studies Institute, 1994
32. Court C. Tobacco Policy Must Not Increase Poverty, Says Report. *BMJ.* 1994; 308: 737.
33. John RM. Crowding-out Effect of Tobacco Expenditure and Its Implications on Intra-Household Resource Allocation. Indira Gandhi Institute of Development Research. Working Paper Series No. WP-2006-002 March. 2006.
34. Wang H, Sindelar JL, Busch SH. The Impact of Tobacco Expenditure on Household Consumption Pattern in Rural China. 2006. worldbank.org/INTPAH/Resources/.../9510_catastrophe.pdf
35. Armour BS, Pitts MM, and Lee C. Cigarette Smoking and Food Insecurity among Low-Income Families in the United States, 2001. Working Paper 2007-19. 2007.
36. Semba RD, Kalm LM, de Pee S, Ricks O, Sari M, Bloem MW. Paternal Smoking is Associated with Increased Risk of Child Malnutrition among Poor Urban Families in Indonesia. *Public Health Nutrition.* 2007;10(1):7–15.

36. Barber S, Adioetomo SM, Ahsan A, Setyonaluri D. Ekonomi Tembakau di Indonesia. Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Jakarta.2008.
37. De Walque D. How Does the Impact of an HIV/AIDS Information Campaign Vary with Educational Attainment? Evidence from Rural Uganda, 2004.
38. Barber S, Adioetomo SM, Ahsan A, Setyonaluri D. Ekonomi Tembakau di Indonesia. Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Jakarta.2008.
39. Sachs JD. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Presented to Gro Harlem Brundtland, Director-General of the World Health Organization, on 20 December 2001. World Health Organization Geneva, 2001.
40. Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
41. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2000 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 81 tahun 1999 Tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan
42. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 1999 tentang Pers
43. Instruksi Menteri Kesehatan N0 84/Menkes/Ins/II/2002
44. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 32 tahun 2002 tentang Penyiaran
45. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan, 2003.
46. Salim, I. Aroma Cengkeh di Minahasa dalam Topatimasang, R., Puthut EA., Ary, H. Kretek Kajian Ekonomi dan Budaya 4 Kota. Indonesia Berdikari. Yogyakarta,2010.
47. Bluhm WT, Heineman RA. Ethics and Public Policy Method and Cases. Pearson Prentice Hall, New Jersey. 2007.
48. Moore S, Wolfe S, Lindes D, Douglas C. Epidemiology of Failed Tobacco Control Legislation. *Journal of the American Medical Association*, 1994; 272(15):1171-5.
49. Skolnick A. Cancer Converts Tobacco Lobbyist: Victor L. Crawford Goes on The Record. *Journal of the American Medical Association*, 1995;274:199-202.
50. Nugroho I. Larangan Merokok Capai 22 Negara Bagian, 2007.