

**KUESIONER PEMANTAUAN E-CATALOGUE**

**DI PROVINSI TAHUN 2014**

**DALAM RANGKA RAPAT KOORDINASI PENGENDALIAN OPERASIONAL PROGRAM**

Nama Provinsi : ……………………………………………………….

Alamat dan No.Tlp./Fax : .....................................................................................

 ......................................................................................

Petugas : ... .……………...…………………………………….

1. PEMANFAATAN METODE PENGADAAN OBAT DAN BMHP

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **SUMBER ANGGARAN** | **METODE *E CATALOGUE*** | **METODE NON  *E CATALOGUE*****(PERPRES 70/2012)****(Rp.)** |
| **ELEKTRONIK (*E-PURCHASING*)****(Rp.)** | **MANUAL****(Rp.)** |
| **ALOKASI** | **REALISASI** | **ALOKASI** | **REALISASI** | **ALOKASI** | **REALISASI** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1. | APBD I (Provinsi) |  |  |  |  |  |  |
| 2. | APBD II  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | DAK |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |

Cara pengisian:

Kolom 1: Diisi dengan nomor urut

Kolom 2: Diisi dengan ***sumber pendanaan*** pengadaan obat di lingkup Provinsi (termasuk Kabupaten/Kota)

Kolom 3: Diisi dengan ***alokasi dana pengadaan obat*** yang dilaksanakan dengan *e-catalogue* dan *e-purchasing*

Kolom 4: Diisi dengan ***realisasi dana pengadaan obat*** yang dilaksanakan dengan *e-catalogue* dan *e-purchasing*

Kolom 5: Diisi dengan ***alokasi dana pengadaan obat*** yang dilaksanakan dengan *e-catalogue* dan non *e-purchasing*/manual

Kolom 6: Diisi dengan ***realisasi dana pengadaan obat*** yang dilaksanakan dengan *e-catalogue* dan non *e-purchasing*/manual

Kolom 7: Diisi dengan ***alokasi dana pengadaan obat*** yang dilaksanakan dengan metode non *e-catalogue* / dengan metode lain sesuai Perpres 70/2012

Kolom 8: Diisi dengan ***realisasi dana pengadaan obat*** yang dilaksanakan dengan metode non *e-catalogue* / dengan metode lain sesuai Perpres 70/2012

1. PERMASALAHAN DALAM *E-CATALOGUE* OBAT

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

(.............................................)

**Catatan: File kuesioner dapat diunduh di** [**www.binfar.kemkes.go.id**](http://www.binfar.kemkes.go.id) **pada menu Download mulai tanggal 10 November 2014**