



PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 48 TAHUN 2017
TENTANG
PEDOMAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN BIDANG KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan sudah tidak sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan hukum terkait perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara republik Indonesia Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);

3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005 tentang Dana Perimbangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 137, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4575);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2008 tentang Dana Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 90 Tahun 2010 tentang Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 152, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5178);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 2011 tentang Tata Cara Pengadaan Pinjaman Luar Negeri dan Penerimaan Hibah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 23, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5202);
10. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 193);

11. Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015-2019 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 3);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1475);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN BIDANG KESEHATAN.

Pasal 1

Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan bertujuan untuk memberikan acuan bagi pelaku perencana kesehatan di lingkungan Kementerian Kesehatan (satuan kerja kantor pusat dan kantor daerah), dinas kesehatan provinsi, dan dinas kesehatan kabupaten/kota, serta rumah sakit daerah.

Pasal 2

Ruang lingkup Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan meliputi perencanaan dan penganggaran yang menggunakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dengan sumber dana dari Rupiah Murni (RM), Pinjaman/Hibah Luar Negeri (P/HLN), Pinjaman/Hibah Dalam Negeri (P/HDN) dan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP), termasuk yang digunakan untuk dekonsentrasi, tugas pembantuan, dan dana alokasi khusus.

Pasal 3

Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pasal 4

Menteri Kesehatan, kepala dinas kesehatan provinsi, dan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Peraturan Menteri ini dengan melibatkan lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait.

Pasal 5

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 246), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 6

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 8 November 2017

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal 14 November 2017

DIREKTUR JENDERAL
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2017 NOMOR 1612

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum dan Organisasi
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum
NIP 196504081988031002

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 48 TAHUN 2017
TENTANG
PEDOMAN PERENCANAAN DAN
PENGANGGARAN BIDANG KESEHATAN

PEDOMAN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN BIDANG KESEHATAN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa tujuan pembangunan kesehatan yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk mencapai tujuan tersebut, perlu disusun perencanaan dan penganggaran yang baik. Namun, hingga saat ini kualitas perencanaan dan penganggaran masih perlu terus ditingkatkan. Tantangan yang dihadapi oleh para perencana setiap tahun antara lain adalah sinkronisasi dan koordinasi antar unit serta waktu perencanaan yang terkesan singkat atau tergesa-gesa.

Untuk menyikapi kondisi tersebut, para perencana harus memahami siklus dan jadwal serta kegiatan umum perencanaan dan penganggaran. Hal ini untuk memudahkan penyusunan Rencana Kerja (Renja) di tingkat Pusat (Kementerian/Lembaga) dan Daerah (provinsi dan kabupaten/kota) yang bersumber Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), baik dari rupiah murni, Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) dan atau Pinjaman/Hibah Luar Negeri (P/HLN). Perhatian ditekankan pada sinkronisasi antara Pusat dan Daerah khususnya untuk Dana Dekonsentrasi (Dekon), Tugas Pembantuan (TP), dan Dana Alokasi Khusus (DAK). Dengan mengetahui dan memahami siklus dan jadwal penyusunan serta kegiatan umum perencanaan APBN ini, diharapkan dapat menyusun perencanaan dengan baik dan tepat waktu.

Memperhatikan perkembangan kebijakan yang berlaku terkait dengan tugas pokok dan fungsi Kementerian Kesehatan dan dalam rangka sinkronisasi proses perencanaan dan penganggaran serta penambahan pengaturan tentang perencanaan PNB/BLU, P/HLN dan DAK, maka Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perencanaan dan Penganggaran Bidang Kesehatan perlu disesuaikan.

B. Tujuan

a. Tujuan umum:

Meningkatnya kualitas perencanaan dan penganggaran.

b. Tujuan khusus:

- 1) Dipedomani dan diimplementasikannya perencanaan berbasis kinerja,
- 2) Dipedomaninya dan diimplementasikannya siklus, jadwal perencanaan dan penganggaran, dan
- 3) Dilaksanakannya perencanaan yang berkualitas sesuai dengan jadwal yang ditentukan dan mengacu pada peraturan yang berlaku.

C. Pengertian

1. Dekonsentrasi adalah pelimpahan sebagian Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Pusat kepada gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat, kepada instansi vertikal di wilayah tertentu, dan/atau kepada gubernur dan bupati/wali kota sebagai penanggung jawab urusan pemerintahan umum.
2. Kantor adalah tempat/bangunan untuk melaksanakan pekerjaan dan dipimpin oleh kepala kantor yang ditetapkan secara definitif.
3. Perencanaan adalah suatu proses untuk menentukan tindakan masa depan yang tepat, melalui urutan pilihan, dengan memperhitungkan sumber daya yang tersedia.
4. Penganggaran adalah suatu rencana yang disusun secara sistematis untuk mengalokasikan sumber daya dan dijabarkan dalam bentuk angka dan dinyatakan dalam unit moneter yang meliputi seluruh kegiatan satuan kerja untuk jangka waktu tertentu di masa yang akan datang.

5. Rencana Kerja Pemerintah (RKP) adalah dokumen perencanaan pembangunan nasional untuk periode 1 (satu) tahun yang dimulai pada tanggal 1 Januari dan berakhir pada tanggal 31 Desember.
6. Rencana Kerja Kementerian/Lembaga (Renja-K/L) adalah dokumen perencanaan kementerian/lembaga untuk periode 1 (satu) tahun.
7. Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA-K/L) adalah dokumen rencana keuangan tahunan kementerian/lembaga yang disusun menurut bagian anggaran kementerian/lembaga.
8. Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) adalah dokumen perencanaan untuk periode 5 (lima) tahun.
9. Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) adalah dokumen perencanaan untuk periode 20 (dua puluh) tahun.
10. Satuan Kerja adalah bagian dari suatu organisasi pada Kementerian Kesehatan dan Pemerintah Daerah yang melaksanakan satu atau beberapa kegiatan dari suatu program Kementerian Kesehatan serta memiliki kewenangan dan tanggung jawab penggunaan anggaran.
11. Satker Kantor Pusat adalah satuan kerja yang kewenangan dan tanggung jawabnya melakukan kegiatan pengelolaan anggaran dalam rangka pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Kementerian Kesehatan yang berlokasi di Pusat.
12. Satker Kantor Daerah adalah instansi vertikal di daerah yang kewenangan dan tanggung jawabnya melakukan kegiatan pengelolaan anggaran dalam rangka pelaksanaan tugas pokok dan fungsi satker Kantor Pusat.
13. Satker Dekonsentrasi (Dekon) adalah satker Pemerintah Daerah yang diberikan tugas dan tanggung jawab untuk melaksanakan urusan Pemerintahan Pusat yang dilimpahkan kepada Gubernur.
14. Satker Tugas Pembantuan (TP) adalah satker Pemerintah Daerah yang diberikan tugas dan tanggung jawab untuk melaksanakan urusan Pemerintahan Pusat yang ditugaskan kepada Gubernur dan/atau Bupati/Walikota.
15. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.

16. Tugas Pembantuan adalah penugasan dari Pemerintah Pusat kepada daerah otonom untuk melaksanakan sebagian Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Pusat atau dari Pemerintah Daerah provinsi kepada Daerah kabupaten/kota untuk melaksanakan sebagian Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah provinsi.
17. Dana Alokasi Khusus (DAK) merupakan dana yang bersumber dari Pendapatan APBN, yang dialokasikan kepada daerah tertentu untuk membantu mendanai kegiatan khusus yang merupakan urusan daerah dan sesuai dengan prioritas nasional.

BAB II

KEBIJAKAN UMUM PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

A. Pendekatan Perencanaan Anggaran

Kesehatan merupakan salah satu prioritas pembangunan nasional, sehingga perencanaan anggaran bidang kesehatan merupakan bagian tak terpisahkan dari perencanaan pembangunan nasional yang mengacu kepada Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN). Sesuai Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang SPPN, sistem tersebut merupakan satu kesatuan tata cara perencanaan pembangunan untuk menghasilkan rencana pembangunan jangka panjang, jangka menengah, dan tahunan yang dilaksanakan oleh unsur penyelenggara pemerintahan di pusat dan daerah dengan melibatkan masyarakat.

Dalam jangka panjang, dokumen rencana pembangunan jangka panjang di tingkat nasional disebut Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) yang memuat perencanaan untuk periode 20 (dua puluh) tahun. Sedangkan untuk periode jangka menengah (lima tahun), dokumen perencanaan yang dihasilkan di tingkat nasional adalah Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) sementara dokumen perencanaan jangka menengah Kementerian/Lembaga disebut Rencana Strategis Kementerian/Lembaga (Renstra-K/L). Dalam periode tahunan, dokumen perencanaan tingkat nasional yang dihasilkan disebut Rencana Kerja Pemerintah (RKP) sedangkan untuk kementerian disebut Rencana Kerja Kementerian/Lembaga (Renja-K/L). Semua dokumen perencanaan tersebut harus sesuai antara yang satu dengan yang lainnya.

Dalam SPPN terdapat lima pendekatan dalam seluruh rangkaian perencanaan, yaitu:

1. Politik

Pendekatan politik memandang bahwa pemilihan Presiden/Kepala Daerah adalah proses penyusunan rencana, karena rakyat pemilih menentukan pilihannya berdasarkan program-program pembangunan yang ditawarkan masing-masing calon Presiden/Kepala Daerah. Apabila program calon Presiden/Kepala Daerah sesuai dengan kebutuhan rakyat maka akan terjadi kontrak politik. Oleh karena itu, rencana pembangunan merupakan penjabaran dari agenda-agenda pembangunan yang ditawarkan

Presiden/Kepala Daerah pada saat kampanye ke dalam rencana pembangunan jangka menengah.

Untuk pengawasan pelaksanaan rencana pembangunan dilaksanakan oleh legislatif. Anggota Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) yang dipilih sebagai wakil rakyat di legislatif mempunyai tanggung jawab dalam pengawasan jalannya pemerintahan. Anggota DPR dapat menampung usulan atau aspirasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan dan menyampaikannya kepada Pemerintah. Mekanisme penyampaian aspirasi masyarakat tersebut berpedoman pada ketentuan yang berlaku.

2. Teknokratik

Perencanaan dengan pendekatan teknokratik dilaksanakan dengan menggunakan metode dan kerangka berpikir ilmiah dengan melibatkan pengamat profesional, baik akademisi dari perguruan tinggi, pejabat pemerintah maupun non pemerintah, atau para ahli serta menggunakan hasil penelitian dan pengembangan, baik hasil riset evaluatif dan riset pengembangan. Berdasarkan data yang ada, pengamat profesional dapat membuat kesimpulan terkait dengan kebijakan perencanaan pembangunan strategis tahun berikutnya dari perspektif akademis pembangunan.

Untuk mendapat suatu rencana yang optimal maka rencana pembangunan hasil proses politik perlu digabung dengan rencana pembangunan hasil proses teknokratik. Agar kedua proses ini dapat berjalan selaras, masing-masing perlu dituntun oleh satu visi jangka panjang. Agenda Presiden/Wakil Presiden/Kepala Daerah/Wakil Kepala Daerah yang berkuasa yang dihasilkan dari proses politik perlu selaras dengan perspektif pembangunan yang dihasilkan proses teknokratik menjadi agenda pembangunan nasional lima tahunan. Selanjutnya agenda pembangunan jangka menengah ini diterjemahkan ke dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP) tahunan yang sekaligus menjadi satu dalam Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (RAPBN) sebelum disetujui oleh DPR untuk ditetapkan menjadi Undang-Undang (UU).

3. Partisipatif

Pemikiran perencanaan partisipatif diawali dari kesadaran bahwa kinerja pembangunan sangat ditentukan oleh semua pihak yang terkait dengan prakarsa tersebut. Perencanaan dengan

pendekatan partisipatif dilaksanakan dengan melibatkan semua pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) terhadap pembangunan. Pimpinan organisasi atau K/L melibatkan organisasi profesi, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dan lintas sektor dalam perencanaan pembangunan. Pelibatan mereka dimaksudkan untuk mendapatkan aspirasi dan menciptakan rasa memiliki.

Dalam rangka mewujudkan reformasi birokrasi yang demokratis, sebagai bagian dari *good governance* maka proses perencanaan pembangunan di Kementerian Kesehatan dilaksanakan melalui proses yang partisipatif. Kementerian Kesehatan mempunyai kewajiban untuk menyampaikan perencanaan strategis pembangunan kesehatan kepada masyarakat luas. Penyebarluasan informasi dapat dilakukan melalui *website* Kementerian Kesehatan untuk mendapatkan masukan dari masyarakat.

Dalam sistem perencanaan pembangunan nasional, perencanaan partisipatif diwujudkan melalui musyawarah perencanaan. Dalam musyawarah ini, sebuah rancangan rencana dibahas dan dikembangkan bersama semua pelaku pembangunan (*stakeholders*). Pelaku pembangunan berasal dari semua aparat penyelenggara negara (eksekutif, legislatif, dan yudikatif), masyarakat, rohaniwan, dunia usaha, kelompok profesional, organisasi-organisasi non-pemerintah, dan lain-lain.

4. Atas-Bawah (*top-down*)

Perencanaan atas-bawah (*top-down*) yang dilakukan oleh lembaga pemerintahan sebagai pemberi gagasan awal serta pemerintah berperan lebih dominan dalam mengatur jalannya program yang berawal dari perencanaan hingga proses evaluasi, dimana peran masyarakat tidak begitu berpengaruh. Perencanaan jenis ini adalah perencanaan yang mengacu pada undang-undang yang berlaku, RPJP Bidang Kesehatan, RPJMN, Renstra K/L, hasil sidang kabinet serta direktif Presiden.

Kelemahan dari pendekatan ini adalah bahwa peran masyarakat hanya sebagai penerima keputusan atau hasil dari suatu program tanpa mengetahui jalannya proses pembentukan program tersebut dari awal hingga akhir sehingga masyarakat tidak begitu diperhitungkan dalam prosesnya.

5. Bawah-Atas (*bottom-up*).

Perencanaan yang dilakukan dimana masyarakat lebih berperan dalam hal pemberian gagasan awal sampai dengan mengevaluasi program yang telah dilaksanakan sedangkan pemerintah hanya sebagai fasilitator dalam suatu jalannya program.

Kelemahan dari sistem ini adalah hasil program/kegiatan tersebut belum tentu baik karena adanya perbedaan tingkat pendidikan yang cukup signifikan apabila dibandingkan dengan para pegawai pemerintahan. Selain itu perencanaan bawah-atas memungkinkan timbulnya ide-ide yang berbeda dan akan menyebabkan kerancuan bahkan salah paham antara masyarakat dengan pemerintah dikarenakan kurang jelasnya masing-masing tugas dari pemerintah dan juga masyarakat.

Bila dilihat dari kekurangan serta kelebihan yang dimiliki oleh masing-masing sistem tersebut maka sistem yang dianggap paling baik adalah suatu sistem gabungan dari kedua jenis sistem tersebut karena banyak sekali kelebihan yang terdapat didalamnya antara lain adalah selain masyarakat mampu berkreasi dalam mengembangkan ide-ide mereka sehingga mampu berjalan beriringan bersama dengan pemerintah sesuai dengan tujuan utama yang diinginkan dalam mencapai kesuksesan dalam menjalankan suatu program tersebut.

Pendekatan atas-bawah dan bawah-atas dalam perencanaan dilaksanakan menurut jenjang pemerintahan. Rencana hasil proses atas-bawah dan bawah-atas diselaraskan melalui Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) yang dilaksanakan baik di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, dan desa. Usulan program/kegiatan yang disampaikan pada saat Musrenbang harus sesuai pada setiap tingkatan musyawarah.

Gabungan pendekatan perencanaan atas-bawah dan bawah-atas di lingkungan Kementerian Kesehatan dilakukan melalui Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakerkesnas) dan Rapat Konsolidasi Teknis (Rakontek) Perencanaan.

Berdasarkan SPPN, perencanaan pembangunan terdiri dari empat (4) tahapan, yakni:

- a. penyusunan rencana;
- b. penetapan rencana;

- c. pengendalian pelaksanaan rencana, dan
- d. evaluasi pelaksanaan rencana.

Keempat tahapan diselenggarakan secara berkelanjutan sehingga secara keseluruhan membentuk satu siklus perencanaan yang utuh.

B. Pendekatan Sistem Perencanaan dan Penganggaran

Penganggaran kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Oleh karena itu dalam penganggaran kesehatan hendaknya berasaskan pada prinsip kecukupan, menyeluruh, berkesinambungan, berhasil guna, berdaya guna, menjamin pemerataan, berkeadilan dan transparan serta akuntabel

Dalam sistem perencanaan dan penganggaran terdapat tiga (3) pendekatan yaitu penganggaran terpadu, penganggaran berbasis kinerja, dan kerangka pengeluaran jangka menengah (KPJM).

1. pendekatan penganggaran terpadu merupakan penyusunan rencana keuangan tahunan yang dilakukan secara terintegrasi untuk seluruh jenis belanja guna melaksanakan kegiatan pemerintahan yang didasarkan pada prinsip pencapaian efisiensi alokasi dana. Penganggaran terpadu dilakukan dengan mengintegrasikan seluruh proses perencanaan dan penganggaran di lingkungan Kementerian/Lembaga (K/L) untuk menghasilkan Rencana Kerja Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA-K/L) dengan klasifikasi anggaran menurut organisasi, fungsi, dan jenis belanja. Integrasi atau keterpaduan proses perencanaan dan penganggaran dimaksudkan agar tidak terjadi duplikasi dalam penyediaan dana untuk K/L baik yang bersifat investasi maupun untuk keperluan biaya operasional. Perencanaan dan penganggaran disusun secara terpadu dan menyeluruh dengan memperhatikan berbagai sumber dana yaitu APBN, termasuk PNBPN dan P/HLN, serta APBD.
2. pendekatan penganggaran berbasis kinerja merupakan suatu pendekatan dalam sistem perencanaan dan penganggaran yang menunjukkan secara jelas keterkaitan antara alokasi anggaran dengan kinerja yang dihasilkan, serta memperhatikan efisiensi dalam pencapaian kinerja. Kinerja yang dimaksud adalah prestasi kerja

yang berupa keluaran dari kegiatan atau hasil dari program dengan kualitas dan kuantitas yang terukur.

3. KPJM merupakan pendekatan penyusunan anggaran berdasarkan kebijakan dengan pengambilan keputusan yang menimbulkan implikasi anggaran dalam kurun waktu lebih dari satu tahun anggaran. Pendekatan tersebut sangat bermanfaat dalam mengelola keuangan negara dalam rangka pelaksanaan pembangunan nasional. Adapun manfaat dari KPJM tersebut antara lain:
 - a. memelihara kelanjutan fiskal dan meningkatkan disiplin fiskal.
 - b. meningkatkan keterkaitan antara proses perencanaan dan penganggaran.
 - c. mengarahkan alokasi sumber daya agar lebih rasional dan strategis.
 - d. meningkatkan kepercayaan masyarakat kepada pemerintah dengan pemberian pelayanan yang optimal.

Dengan tiga pendekatan dalam perencanaan dan penganggaran tersebut diatas, diharapkan tujuan pembangunan nasional bidang kesehatan akan tercapai secara optimal.

Terkait dengan alokasi dan pemanfaatan anggaran kesehatan maka Alokasi anggaran kesehatan di tingkat nasional minimal sebesar 5% APBN diluar gaji dan di tingkat provinsi, kabupaten/kota minimal sebesar 10% dari APBD diluar gaji yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan pusat maupun daerah. Besaran 5% dan 10% tersebut mencakup alokasi untuk sektor kesehatan dan sektor-sektor lain yang melaksanakan upaya kesehatan.

Anggaran kesehatan yang bersumber dari APBN dan APBD diprioritaskan untuk kepentingan pelayanan publik yang besarnya sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) dari anggaran kesehatan dalam APBN dan APBD. Pelayanan publik yang dimaksud adalah pelayanan promotif, pelayanan preventif, pelayanan kuratif, dan pelayanan rehabilitatif yang dibutuhkan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya, yang bisa bersifat UKM atau UKP.

Anggaran untuk UKM difokuskan pada pelaksanaan pembangunan kesehatan dengan pedekatan keluarga, Gerakan Masyarakat, implementasi SPM, pencapaian SDG's, maupun program UKM lainnya. Sedangkan anggaran UKP diutamakan bagi penduduk miskin, lanjut usia

dan anak terlantar. Namun demikian anggaran kesehatan juga perlu memperhatikan penguatan infrastruktur dan manajemen kesehatan.

C. Perencanaan dan Penganggaran Berbasis Bukti (*Evidence Based*)

Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN) menyatakan bahwa perencanaan pembangunan kesehatan antara pusat dan daerah belum sinkron. Begitu pula dengan perencanaan jangka panjang/menengah masih belum menjadi acuan dalam menyusun perencanaan jangka pendek. Demikian juga dengan banyak kebijakan yang belum disusun berbasis bukti dan belum bersinergi baik perencanaan di tingkat pusat dan/atau di tingkat daerah.

Sesuai dengan Pasal 31 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang SPPN, disebutkan bahwa “Perencanaan pembangunan didasarkan pada data dan informasi yang akurat dan dapat dipertanggung-jawabkan”. Oleh karena itu, penentuan alokasi anggaran setiap program dan kegiatan dengan memperhatikan hasil evaluasi pelaksanaan program dan kegiatan tahun t-1 serta target kinerja yang ditetapkan pada tahun t+1. Perencanaan dan penganggaran juga memperhatikan usulan dari satker, aspirasi masyarakat, dan lintas sektor.

D. Kesesuaian antara Perencanaan dan Penganggaran dengan RPJMN, Renstra, RKP, dan Renja-K/L

Selama ini disadari bahwa perencanaan pembangunan kesehatan jangka panjang, jangka menengah masih belum menjadi acuan perencanaan jangka pendek sehingga dokumen perencanaan dan penganggaran jangka panjang (RPJP), jangka menengah (RPJM dan Renstra-KL), jangka pendek (RKP, Renja-KL serta RKA-K/L) menjadi tidak sinkron.

Dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran harus ada keterkaitan atau benang merah antara indikator yang ada dalam RPJMN, Renstra, RKP dan Renja K/L. Indikator yang ada pada RKP dan Renja K/L merupakan indikator komposit untuk mencapai apa yang akan dicapai dalam RPJMN maupun Renstra. Dalam penyusunan rencana kegiatan dan anggaran Kementerian Kesehatan, setiap perencana kesehatan harus mengacu pada dokumen RPJP Nasional, RPJP Bidang Kesehatan, RPJMN, Renstra Kemenkes, RKP dan Renja Kemenkes. Masing-masing dokumen tersebut mempunyai keterkaitan substansi antara satu dengan yang

lainnya, sehingga perencanaan dan penganggaran Kementerian Kesehatan lebih terarah, komprehensif, terintegrasi dan sinergis.

E. Kesesuaian Perencanaan dan Penganggaran antara Pusat dan Daerah

Dalam rangka sinkronisasi perencanaan dan penganggaran, Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang SPPN mengamanatkan penyelenggaraan Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang). Musrenbang sebagai wahana untuk mempertemukan hasil perencanaan teknokratis-partisipatif yang dilakukan oleh K/L dengan pemerintah daerah dan para pemangku kepentingan lainnya dalam rangka menyelaraskan perencanaan nasional dan daerah.

Penyelarasan perencanaan nasional dan daerah merupakan bagian dari kebijakan pembangunan kesehatan, termasuk perencanaan dan penggunaan anggaran dari berbagai sumber pendanaan baik dari Pemerintah Pusat (Kantor Pusat, Kantor Daerah, Dekonsentrasi, dan Tugas Pembantuan) maupun dana transfer ke daerah (Dana Perimbangan, Dana Insentif Daerah, Dana Otonomi Khusus, dan Dana Keistimewaan Daerah Istimewa Yogyakarta), pemerintah desa maupun sumber lain. Dana perimbangan merupakan pendapatan daerah yang harus tercantum dalam APBD, salah satunya adalah Dana Alokasi Khusus.

Forum penyelarasan perencanaan dilaksanakan melalui Musrenbang dan dapat didahului dengan kajian yang melibatkan "*expert group*" setiap daerah. *Expert Group* ini akan membahas secara cermat target dan kinerja yang akan dicapai tiap daerah, yang memberikan dampak pada perencanaan penggunaan dana pusat dan daerah. *Expert Group* terdiri dari "ahli orang setempat" dan "ahli dari Kemenkes", sehingga akan memperjelas posisi penggunaan anggaran daerah dan pusat. Setelah semuanya jelas maka diangkat secara formal di Musrenbang serta dieksploitasi dan diperjelas di Rakerkesnas.

BAB III

KEBIJAKAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN KESEHATAN

A. Kebijakan Nasional

Sasaran pembangunan kesehatan jangka panjang yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat dengan indikator yaitu meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, dan menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita. Strategi pembangunan kesehatan sebagaimana tercantum dalam RPJP Bidang Kesehatan 2005-2025 adalah sebagai berikut:

1. Pembangunan nasional berwawasan kesehatan, yaitu setiap program pembangunan nasional diharapkan dapat memberikan kontribusi positif untuk mencapai nilai – nilai dasar pembangunan kesehatan yaitu: perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, dan pengutamakan dan manfaat.
2. Pemberdayaan masyarakat dan daerah, yaitu pelibatan masyarakat dan lintas sektor dalam pembangunan kesehatan.
3. Pengembangan upaya dan pembiayaan kesehatan, yaitu penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan dan kesehatan masyarakat yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, merata, terjangkau, berjenjang, profesional, dan bermutu. Masyarakat miskin mendapat jaminan pelayanan kesehatan. Pengembangan upaya kesehatan dilakukan dengan memanfaatkan teknologi kesehatan/kedokteran, perkembangan teknologi informasi, serta mempertimbangkan perubahan epidemiologi dan globalisasi.
4. Pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan adalah penyediaan tenaga kesehatan yang profesional yaitu SDM kesehatan yang mengikuti perkembangan IPTEK, menerapkan nilai moral serta etika profesi yang tinggi.
5. Penanggulangan keadaan darurat kesehatan, mencakup upaya kesehatan perorangan dan masyarakat yang dilakukan secara komprehensif, mitigasi, serta didukung kerja sama lintas sektor dan peran aktif masyarakat dalam penanganan darurat kesehatan seperti bencana dan konflik sosial.

Untuk tercapainya tujuan pembangunan kesehatan jangka panjang maka ditetapkan arah, kebijakan dan prioritas pembangunan dalam kurun waktu lima tahunan yang diacu dalam menetapkan rencana tahunan. Visi, misi, dan program Presiden dijabarkan dalam dokumen Rencana Pembangunan Nasional yang memuat strategi pembangunan nasional, kebijakan umum, program Kementerian/Lembaga, serta kerangka ekonomi makro termasuk arah kebijakan fiskal dalam rencana kerja yang berupa kerangka regulasi dan kerangka pendanaan yang bersifat indikatif. Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari dokumen tersebut.

B. Kebijakan Kementerian Kesehatan

Tantangan pembangunan kesehatan cukup berat dan semakin kompleks, sehingga memerlukan pengelolaan pembangunan kesehatan yang tepat mulai dari perencanaan maupun pelaksanaan. Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Sasaran Program Indonesia Sehat adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui uaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Tujuan Pembangunan Kesehatan pada tahun 2015-2019, yaitu:

1. Meningkatnya status kesehatan masyarakat, dilakukan pada semua siklus kehidupan mulai dari bayi, balita, anak usia sekolah, remaja, kelompok usia kerja, maternal, dan kelompok lansia. Indikator yang akan dicapai:
 - a. Menurunnya angka kematian ibu dari 346 per 100.000 kelahiran hidup (SP 2010), menjadi AKI 306 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2012).
 - b. Menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup.
 - c. Meningkatnya upaya peningkatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan kegiatan promotif dan preventif.
 - d. Meningkatnya upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat.

2. Meningkatnya daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan. Indikator yang akan dicapai:

- a. Menurunnya beban rumah tangga untuk membiayai pelayanan kesehatan setelah memiliki jaminan kesehatan, dari 37% menjadi 10%.
- b. Meningkatnya indeks *responsiveness* terhadap pelayanan kesehatan dari 6,80 menjadi 8,00.

Program Indonesia sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama yaitu (1) penerapan paradigma sehat, (2) pengatan pelayanan kesehatan, dan (3) pelaksanaan jaminan pelayanan kesehatan (JKN). Paradigma sehat merupakan perubahan pola pikir stakeholder dan masyarakat dengan pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan serta peningkatan upaya promotif – preventif, pemberdayaan masyarakat melalui pendekatan keluarga, peningkatan keterlibatan lintas sektor dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

Penguatan pelayanan kesehatan dimaksudkan untuk menjamin keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan. Kegiatan ini dilakukan dengan mengacu pada 3 (tiga) hal penting yaitu, (1).Peningkatan akses terutama pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Optimalisasi Sistem Rujukan, peningkatan mutu pelayanan kesehatan; (2).Penerapan pendekatan *continuum of care*, dan (3). Intervensi berbasis resiko kesehatan (*health risk*).

Jaminan Kesehatan Nasional dimaksudkan untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia, baik Penerima Bantuan Iuran (PBI) ataupun Non-PBI.

Arah kebijakan Kementerian Kesehatan meliputi:

1. Penguatan Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*)

Upaya yang dilakukan untuk mendorong tercapainya target pembangunan kesehatan nasional melalui penguatan pelayanan kesehatan primer diantaranya adalah:

- a. Pemenuhan tenaga kesehatan melalui program Nusantara Sehat dengan metode *team-based*.
- b. Peningkatan kemampuan manajemen Puskesmas dengan meningkatkan mutu sistem informasi kesehatan, mutu perencanaan di tingkat Puskesmas dan kemampuan teknis untuk pelaksanaan deteksi dini masalah kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan pemantauan kualitas kesehatan lingkungan.

- c. Pembiayaan puskesmas diarahkan untuk memperkuat pelaksanaan promotif dan preventif secara efektif dan efisien dengan memaksimalkan sumber pembiayaan puskesmas.
 - d. Pengembangan sistem informasi kesehatan untuk mendapatkan data dan informasi yang lengkap, akurat, dan tepat waktu
 - e. Pelaksanaan akreditasi Puskesmas dimaksudkan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan difokuskan pada daerah yang menjadi prioritas pembangunan kesehatan.
2. Penerapan Pendekatan Keberlanjutan Pelayanan (*Continuum Of Care*). Pendekatan ini dilaksanakan melalui peningkatan cakupan, mutu, dan keberlangsungan upaya pencegahan penyakit dan pelayanan kesehatan ibu, bayi, balita, remaja, usia kerja dan usia lanjut.
 3. Intervensi Berbasis Risiko Kesehatan.
Program-program khusus untuk menangani permasalahan kesehatan pada bayi, balita dan lansia, ibu hamil, pengungsi, dan keluarga miskin, kelompok-kelompok berisiko, serta masyarakat di daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, dan daerah bermasalah kesehatan.

Strategi pembangunan kesehatan 2015-2019 di Kementerian Kesehatan meliputi:

1. Akselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja, dan lanjut usia yang berkualitas
2. Mempercepat perbaikan gizi masyarakat
3. Meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan
4. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas
5. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas
6. Meningkatkan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, dan kualitas Farmasi dan alat kesehatan
7. Meningkatkan ketersediaan, penyebaran, dan mutu sumber daya manusia kesehatan
8. Meningkatkan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
9. Memperkuat Manajemen, Penelitian Pengembangan dan Sistem Informasi
10. Memantapkan Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Bidang Kesehatan
11. Mengembangkan dan Meningkatkan Efektifitas Pembiayaan Kesehatan

Dalam rangka melaksanakan percepatan pembangunan kesehatan, maka pendekatan pembangunan kesehatan dilakukan dengan pendekatan keluarga dan gerakan masyarakat. Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Melalui pendekatan ini, puskesmas diharapkan tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Sedangkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dimaksudkan untuk mendayagunakan segenap potensi yang ada, mulai dari pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dalam suatu tindakan yang sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. Adapun tujuan dari Gerakan Masyarakat Hidup Sehat adalah perubahan perilaku masyarakat menuju hidup sehat, sehingga pada akhirnya akan berdampak pada kesehatan. Dengan kondisi sehat, produktivitas masyarakat meningkat. Perilaku hidup sehat ditunjukkan dengan menciptakan lingkungan yang bersih.

BAB IV MEKANISME PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

A. Jadwal Perencanaan dan Penganggaran

Penyusunan perencanaan dan penganggaran bidang kesehatan mempunyai tahapan yang berkesinambungan mulai dari perencanaan program dan kegiatan sampai dengan pengalokasian anggaran dengan penjelasan sebagai berikut:

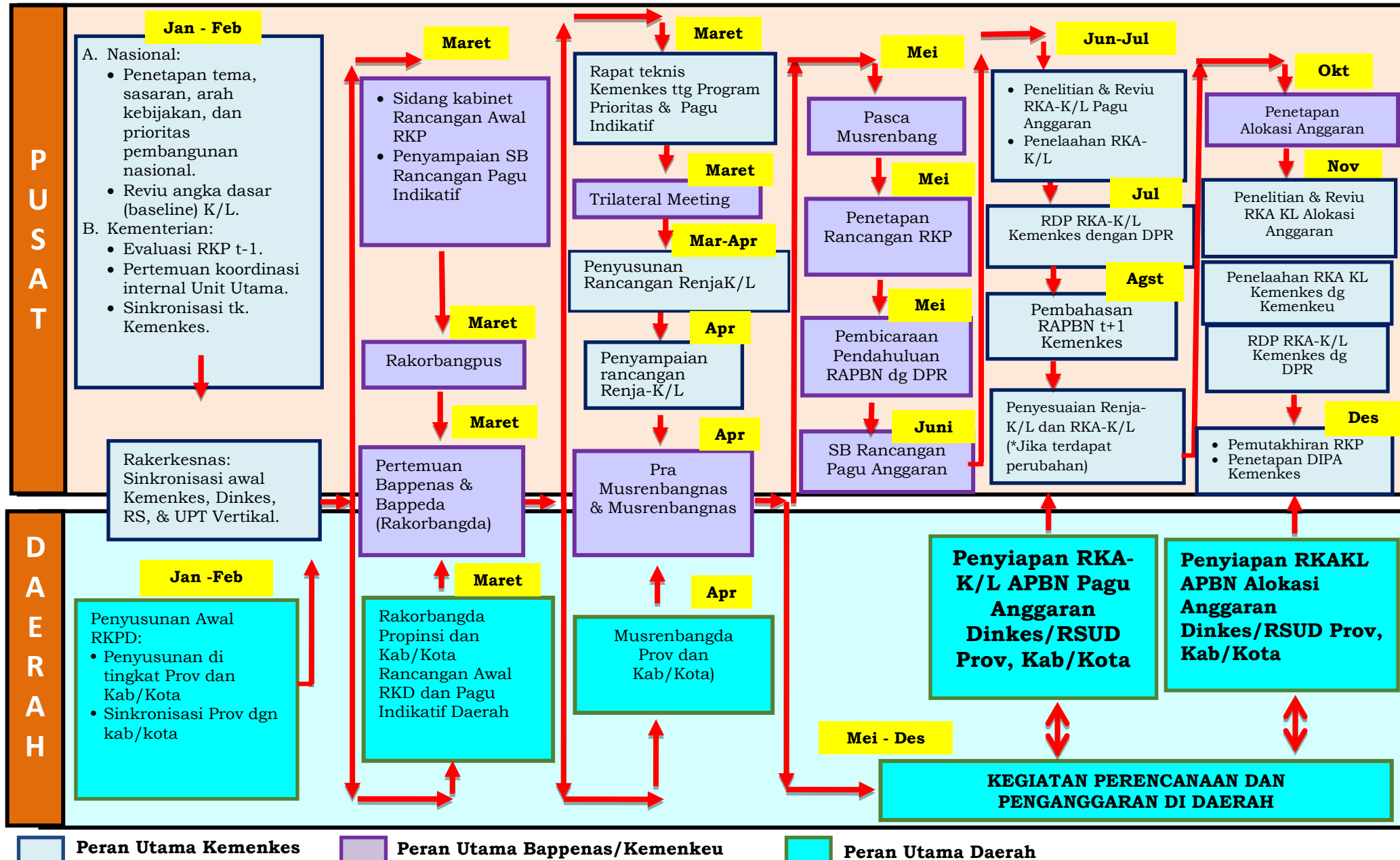
1. penyampaian dokumen perencanaan dan penganggaran untuk tahun t+1 dibagi menjadi 3 (tiga) periode yaitu:
 - a. sebelum pagu indikatif ditetapkan (sampai dengan tanggal 15 Februari),
 - b. sebelum pagu anggaran ditetapkan (sampai dengan tanggal 30 Juni), dan
 - c. sebelum alokasi anggaran ditetapkan (sampai dengan tanggal 30 September).

Usulan perencanaan dan penganggaran disampaikan melalui aplikasi elektronik perencanaan dan penganggaran yang dikoordinir oleh Sekretaris Jenderal, c.q. Biro Perencanaan dan Anggaran. Penggunaan aplikasi elektronik bertujuan untuk:

- a. melaksanakan perencanaan berbasis bukti (*evidence based planning*) dalam bentuk data elektronik usulan yang terdiri dari kerangka acuan kerja dan/atau data pendukung; dan
- b. memantapkan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) yang diimplementasikan melalui mekanisme usulan berjenjang pada tataran birokrasi (*bottom up* dan *top down*) dengan mempertimbangkan asas ketaatan, kelayakan, dan kepatutan.

Setiap satuan kerja (Satker) melakukan proses perencanaan dan penganggaran dengan mengikuti skema waktu yang telah ditetapkan oleh Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional (Bappenas) dan Kementerian Keuangan (Kemenkeu) sebagai berikut:

Gambar 1. Skema Tahapan Perencanaan dan Penganggaran APBN



Dari skema tahapan perencanaan dan penganggaran APBN dapat dijabarkan tahapan kegiatannya sebagai berikut:

1) Di tingkat pusat

Skema perencanaan dan penganggaran Kemenkes, sebagai bagian dari perencanaan dan penganggaran di tingkat pusat, berpedoman kepada Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang SPPN, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara, dan Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2017 tentang Sinkronisasi Perencanaan Penganggaran.

Tahapan perencanaan dan penganggaran di tingkat pusat sebagai berikut:

- a) pada bulan Januari, Presiden menetapkan tema, sasaran, arah kebijakan, dan prioritas pembangunan nasional untuk tahun direncanakan (t+1) berdasarkan hasil evaluasi kinerja pembangunan dan anggaran tahun sebelumnya dan kebijakan tahun berjalan.
- b) pada bulan Februari Menteri PPN/Kepala Bappenas bersama Menteri Keuangan melakukan reviu angka dasar (baseline) Kementerian/Lembaga dan menyusun Kerangka Ekonomi Makro, Pokok-Pokok Kebijakan Fiskal, dan Ketersediaan Anggaran untuk dibahas bersama Menteri Koordinator Perekonomian.
- c) pada bulan Maret, Menteri PPN/Kepala Bappenas menyampaikan Rancangan Kerangka Ekonomi Makro, Pokok-Pokok Kebijakan Fiskal, Ketersediaan Anggaran, Rancangan Awal RKP, dan Rancangan Pagu Indikatif kepada Presiden.
- d) di tingkat Kementerian Kesehatan, pada bulan Januari sampai dengan Februari pada tahun t (tahun anggaran berjalan) dilakukan penyusunan awal RKP tahun t+1. Hal-hal yang perlu dilakukan dalam menyusun RKP adalah sebagai berikut:
 - (1) melakukan evaluasi RKP tahun t-1;
 - (2) menyelenggarakan pertemuan pimpinan Kemenkes untuk menentukan rencana kebijakan program dan target serta indikator awal Kemenkes, termasuk

- kebijakan dekonsentrasi dan TP tahun t+1 (satu tahun berikutnya);
- (3) menyelenggarakan pertemuan koordinasi internal Unit Utama untuk menjabarkan rencana kebijakan program, target, dan indikator Kemenkes menjadi kebijakan program di Unit Utama/teknis, termasuk kebijakan Dekonsentrasi dan TP Unit Utama/Teknis tahun t+1;
 - (4) menyelenggarakan pertemuan finalisasi rencana kebijakan program, target, dan indikator Kemenkes, termasuk kebijakan Dekonsentrasi dan TP untuk tahun t+1;
 - (5) melaksanakan pertemuan awal penyusunan RKP tahun t+1 bidang kesehatan antara Kemenkes dengan Bappenas;
 - (6) melakukan sinkronisasi hasil pertemuan dengan Bappenas di tingkat Unit Utama sebagai bahan persiapan Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakerkesnas).
- e) pada awal bulan Maret tahun t dilaksanakan Rakerkesnas yang bertujuan:
- (1) menjadi sarana untuk sosialisasi dan sinkronisasi rencana kebijakan program, target dan indikator pembangunan kesehatan, serta kebijakan dekonsentrasi dan TP pada tahun berjalan (t) dan tahun t+1 antara Kemenkes dengan seluruh dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota, RS provinsi/kabupaten/kota dan UPT Vertikal.
 - (2) revisi (jika ada) rencana kebijakan program, target dan indikator pembangunan kesehatan sesuai hasil Rakerkesnas sebagai bahan Sidang Kabinet.
- f) pada bulan Maret, Menteri PPN/Bappenas dan Menteri Keuangan menyampaikan Rancangan Kerangka Ekonomi Makro, Pokok-Pokok Kebijakan Fiskal, Ketersediaan Anggaran, Rancangan Awal RKP, Rancangan Pagu Indikatif yang telah disetujui Presiden melalui Surat Bersama

Menteri PPN/Bappenas dan Menteri Keuangan kepada seluruh Kementerian/Lembaga.

- g) pada bulan Maret, dilaksanakan Rapat Koordinasi Pembangunan Pusat (Rakorbangpus) dan Rapat Koordinasi Pembangunan Daerah (Rakorbangda). Forum ini dihadiri oleh perwakilan K/L dan provinsi dalam rangka sinkronisasi dan penyampaian kebijakan pusat dan daerah.
- h) setelah mendapat SB tentang Rancangan Pagu Indikatif, Kementerian Kesehatan melaksanakan rapat teknis tentang pagu indikatif:
 - (1) pertemuan pimpinan Kemenkes untuk membahas prioritas program tahun t+1 dan alokasi pagu indikatif per Unit Utama;
 - (2) pertemuan internal Unit Utama Kemenkes untuk membahas alokasi dana per-satker berdasarkan pagu indikatif, termasuk alokasi dana Dekonsentrasi dan TP tahun t+1;
 - (3) pertemuan teknis perencanaan (Rapat Koordinasi Teknis Perencanaan) untuk membahas usulan/perencanaan antara daerah (dinas kesehatan provinsi) dan pusat (Unit Utama serta Biro Perencanaan dan Anggaran). Pertemuan ini dapat melibatkan Inspektorat Jenderal dalam rangka pengendalian internal;
 - (4) pertemuan finalisasi rencana kebijakan program, target, indikator serta kebijakan Dekonsentrasi dan TP termasuk alokasi anggarannya berdasarkan pagu indikatif untuk tahun t+1.
- i) paling lambat akhir Maret, masing-masing Unit Utama menindaklanjuti hasil pertemuan teknis perencanaan dengan menyusun rancangan Renja-K/L per-program dan per-kegiatan sesuai dengan Rancangan Pagu Indikatif Kementerian Kesehatan untuk selanjutnya disampaikan kepada Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan.
- j) paling lambat awal bulan April, Sekretaris Jenderal melalui Biro Perencanaan dan Anggaran melakukan penelaahan rancangan Renja-K/L Unit Utama/Satker melalui forum

diskusi. Penelaahan rancangan Renja-K/L dapat melibatkan Inspektorat Jenderal.

- k) minggu kedua bulan April, Kementerian Kesehatan menyampaikan rancangan Renja-K/L kepada Menteri PPN/Bappenas dan Menteri Keuangan.
- l) pada Minggu ke-3/4 bulan April, dilaksanakan Pertemuan Tiga Pihak antara Bappenas, Kemenkeu, dan Kemenkes untuk menelaah rancangan Renja-K/L. Ruang lingkup penelaahan yaitu: kesesuaian kebijakan program, sasaran, target, indikator, output, dan lokus kegiatan pada rancangan Renja-K/L dengan RKP dan efisiensi serta efektifitas perencanaan penggunaan anggaran.
- m) pada bulan April, pertemuan Pra Musrenbangnas dan Musrenbangnas dan pada bulan Mei dilanjutkan dengan pertemuan Pasca Musrenbangnas yang bertujuan untuk membahas dan mensinkronisasikan kebijakan pusat dan daerah tentang program pembangunan nasional dan sinkronisasi dana APBN dengan APBD (termasuk dana dekonsentrasi dan dana tugas pembantuan). Pertemuan berupa *desk* pembahasan antara Bappenas, Bappeda (didampingi oleh Dinkes Provinsi) dan Kemenkes (Biro Perencanaan dan Anggaran didampingi oleh Unit Utama).
- n) pada bulan Mei, Menteri PPN/Bappenas menetapkan Rancangan RKP berdasarkan hasil Pertemuan Tiga Pihak dan dilanjutkan dengan pembicaraan pendahuluan RAPBN antara Pemerintah dengan Dewan Perwakilan Rakyat (DPR).
- o) pada bulan Juni, Rancangan akhir RKP ditetapkan dengan Peraturan Presiden.
- p) paling lambat akhir bulan Juni, Menteri Keuangan dan Menteri PPN/Bappenas menyampaikan Rancangan Pagu Anggaran yang telah disetujui Presiden kepada Kementerian/Lembaga melalui Surat Bersama.
- q) antara akhir bulan Juni-awal bulan Juli:
 - (1) Kementerian Kesehatan menetapkan pagu anggaran per-Unit Utama;
 - (2) Unit Utama menetapkan besaran anggaran per-satker di lingkungannya;

- (3) penyusunan dan verifikasi RKA-K/L internal Unit Utama;
 - (4) penelitian dan reviu RKA-K/L pagu anggaran antara Biro Perencanaan dan Anggaran, Inspektorat Jenderal, dan Unit Utama.
- r) pada bulan Juli, dilaksanakan penelaahan RKA-K/L Kemenkes oleh Kemenkeu dan Kementerian PPN/Bappenas.
- s) pada bulan Juli, dilaksanakan pembahasan RKA-K/L pagu anggaran dengan DPR:
- (1) pembahasan tingkat Kementerian;
 - (2) pendalaman masing-masing Unit Utama.
- t) pada bulan Agustus, dilaksanakan pembahasan RAPBN t+1 antara Pemerintah dengan DPR untuk alokasi anggaran dan selanjutnya pembahasan pendalaman akan ditindaklanjuti Kementerian Keuangan serta Kementerian/Lembaga.
- u) jika terdapat perubahan dalam pembahasan tersebut dalam poin v), harus mendapat persetujuan Presiden.
- v) dalam hal poin w) terdapat perubahan pagu anggaran, maka K/L melakukan penyesuaian antara Renja-K/L dan RKA-K/L. Penyesuaian tersebut harus ditinjau ulang oleh Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) untuk memastikan akuntabilitas dan tata kelola yang baik.
- w) pada bulan Oktober dilakukan penetapan alokasi anggaran oleh Kementerian Keuangan.
- x) pada bulan Oktober, dilaksanakan penyesuaian RKA-K/L berdasarkan alokasi anggaran:
- (2) penyesuaian RKA-K/L internal Unit Utama;
 - (3) penelitian dan reviu RKA-K/L alokasi anggaran antara Biro Perencanaan dan Anggaran, Inspektorat Jenderal, dan Unit Utama.
- y) pada bulan Oktober-November, dilaksanakan pembahasan RKA-K/L alokasi anggaran dengan DPR:
- (1) pembahasan tingkat Kementerian;
 - (2) pendalaman masing-masing Unit Utama.

- z) pada bulan November, dilaksanakan penelaahan RKA-K/L antara Biro Perencanaan dan Anggaran didampingi oleh Unit Utama dengan Kementerian Keuangan dan Kementerian PPN/Bappenas.
 - aa) pada bulan Desember, Menteri PPN/Bappenas melakukan Pemutakhiran RKP berdasarkan UU APBN.
 - bb) pada bulan Desember dilaksanakan penetapan DIPA Kemenkes.
- 2) Di tingkat daerah
- Proses perencanaan dan penganggaran di daerah mengacu pada Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah. Perencanaan pembangunan daerah harus memperhatikan jadwal serta kebijakan perencanaan dan penganggaran Pemerintah Pusat dari sumber pendanaan APBN, termasuk Dekonsentrasi, TP, dan DAK.
- Tahapan perencanaan dan penganggaran di daerah sebagai berikut:
- a) pada bulan Januari-Februari dilakukan penyusunan awal Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) dengan tahapan:
 - i) penyusunan rencana kerja di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
 - ii) sinkronisasi rencana kerja provinsi dan kabupaten/kota.
 - b) pada bulan Maret dilaksanakan Rapat Koordinasi Pembangunan Daerah (Rakorbangda) provinsi dan kabupaten/kota. Rancangan awal RKPD dan pagu indikatif daerah.
 - c) pada bulan April dilaksanakan Musrenbangda provinsi dan kabupaten/kota.
 - d) pada bulan Mei sampai dengan Desember dilaksanakan kegiatan perencanaan dan penganggaran di daerah.
Pada kurun waktu tersebut, daerah (Dinkes/RSUD Provinsi/Kabupaten/Kota) juga harus menyiapkan RKA-

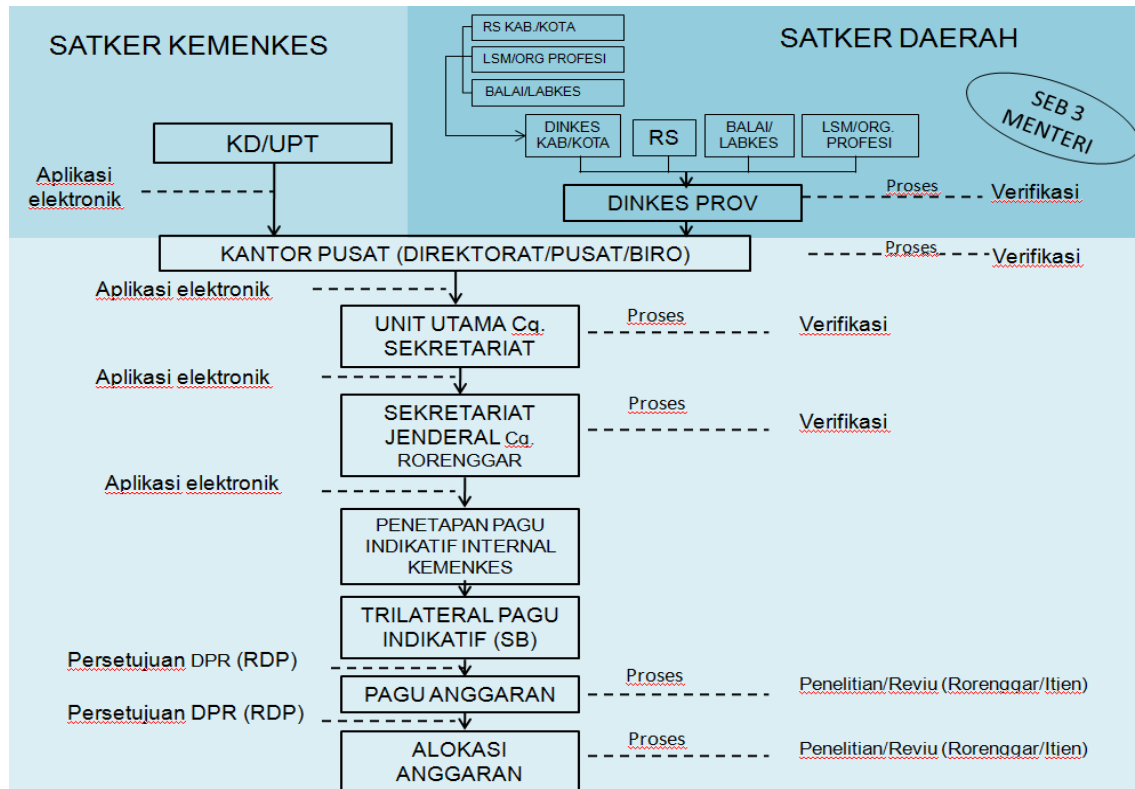
K/L pagu anggaran pada bulan Juni-Juli (setelah pagu anggaran ditetapkan) dan menyiapkan RKA-K/L alokasi anggaran pada Minggu ke 2 bulan Oktober (setelah alokasi anggaran ditetapkan) untuk dilakukan penelitian dan reviu oleh pusat.

Perencanaan PNB/BLU dan P/HLN sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (PMK 152/PMK.02/2014 tentang Petunjuk Penyusunan Rencana Penerimaan Negara Bukan Pajak dan PermenPPN/Kepala Bappenas Nomor 4 Tahun 2011 tentang Tata Cara Perencanaan, Pengajuan Usulan, Penilaian, Pemantauan, dan Evaluasi Kegiatan yang dibiayai dari Pinjaman Luar Negeri dan Hibah.

B. Langkah-Langkah Perencanaan dan Penganggaran.

Proses penyampaian usulan kegiatan sesuai dengan alur sebagai berikut:

Gambar 2. Alur Penyampaian Usulan Kegiatan



Usulan tersebut akan menjadi acuan untuk penentuan alokasi anggaran dengan mempertimbangkan kebijakan prioritas nasional bidang kesehatan. Setiap usulan kegiatan dengan pembiayaan anggaran belanja pusat maupun anggaran transfer ke daerah disampaikan melalui aplikasi

elektronik perencanaan dan penganggaran yang dikoordinir oleh Sekretaris Jenderal, c.q. Biro Perencanaan dan Anggaran.

Kegiatan-kegiatan yang mendesak seperti KLB, wabah, epidemi, bencana, peningkatan akses pelayanan yang harus segera diatasi serta kebijakan pimpinan (direktif presiden) yang belum diusulkan melalui aplikasi elektronik perencanaan Kemenkes, dapat diusulkan oleh pimpinan daerah (gubernur/bupati/walikota) kepada Menteri Kesehatan.

Kegiatan-kegiatan untuk memenuhi kebutuhan lintas sektor yang belum diusulkan melalui aplikasi elektronik perencanaan Kemenkes, dapat diusulkan kepada Menteri Kesehatan.

Dalam perencanaan dan penganggaran ada dua proses yaitu pengusulan dan verifikasi. Pengusulan dokumen/proposal perencanaan dan penganggaran dapat dibedakan menjadi pengusulan dari kantor pusat, kantor daerah (Unit Pelaksana Teknis/UPT), dan SKPD.

1. Proses Pengusulan

a. Anggaran Belanja Pusat

1) untuk kantor pusat

a) usulan satker kantor pusat (direktorat, pusat dan biro) dalam satu program dikoordinasikan oleh Unit Utama melalui Sekretariat Inspektorat/Direktorat Jenderal/Badan. Untuk Sekretariat Jenderal dikoordinir oleh Biro Perencanaan dan Anggaran.

b) unit utama, cq. Sekretariat Inspektorat/Direktorat Jenderal/Badan, memberikan umpan balik dan/atau rekomendasi terhadap usulan satker paling lama dalam waktu 7 (tujuh) hari kerja sejak dokumen lengkap diterima.

c) usulan yang telah direkomendasi oleh Unit Utama akan diteruskan melalui aplikasi elektronik ke Menteri Kesehatan cq. Sekretariat Jenderal.

2) untuk kantor daerah

a) usulan satker daerah (UPT) dalam satu Program melalui Direktorat atau Pusat terkait dan dikoordinasikan oleh Unit Utama, dalam hal ini diwakili oleh Sekretariat Direktorat Jenderal/Badan.

- b) unit Utama, dalam hal ini diwakili oleh Sekretariat Direktorat Jenderal/Badan, memberikan umpan balik dan/atau rekomendasi terhadap usulan satker paling lama dalam waktu 7 (tujuh) hari kerja sejak dokumen lengkap diterima.
- 3) untuk satker dekonsentrasi dan tugas Pembantuan Berdasarkan SB 3 menteri (Menteri Keuangan, Menteri Dalam Negeri dan Menteri PPN/Kepala Bappenas) maka seluruh usulan perencanaan harus melalui dinas kesehatan provinsi sebagai kepanjangan tangan pemerintah di daerah. Tahapan sebagai berikut:
- a) usulan satker daerah (Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan RS Daerah) dikoordinasikan dan diverifikasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi.
 - b) usulan dari organisasi profesi, LSM dan organisasi lainnya disampaikan melalui Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/ Kota dimana organisasi itu berkedudukan dan akan diverifikasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi.
 - c) dinas kesehatan provinsi melakukan analisis terhadap usulan satker paling lambat dalam waktu 7 (tujuh) hari kerja sejak dokumen lengkap diterima. Berdasar hasil analisis tersebut, Dinkes Provinsi memberikan umpan balik kepada satker pengusul dan/atau merekomendasi usulan.
 - d) dalam menentukan prioritas kebutuhan di masing-masing provinsi, dilakukan pembahasan bersama antara dinas kesehatan provinsi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota dalam suatu forum.
 - e) hasil pembahasan dalam forum tersebut disampaikan ke masing-masing Unit Utama beserta data pendukung (Kerangka Acuan Kerja/Term of Reference (TOR), Rincian Anggaran Belanja (RAB), Spesifikasi Teknis, Analisis Harga Satuan) melalui aplikasi elektronik.

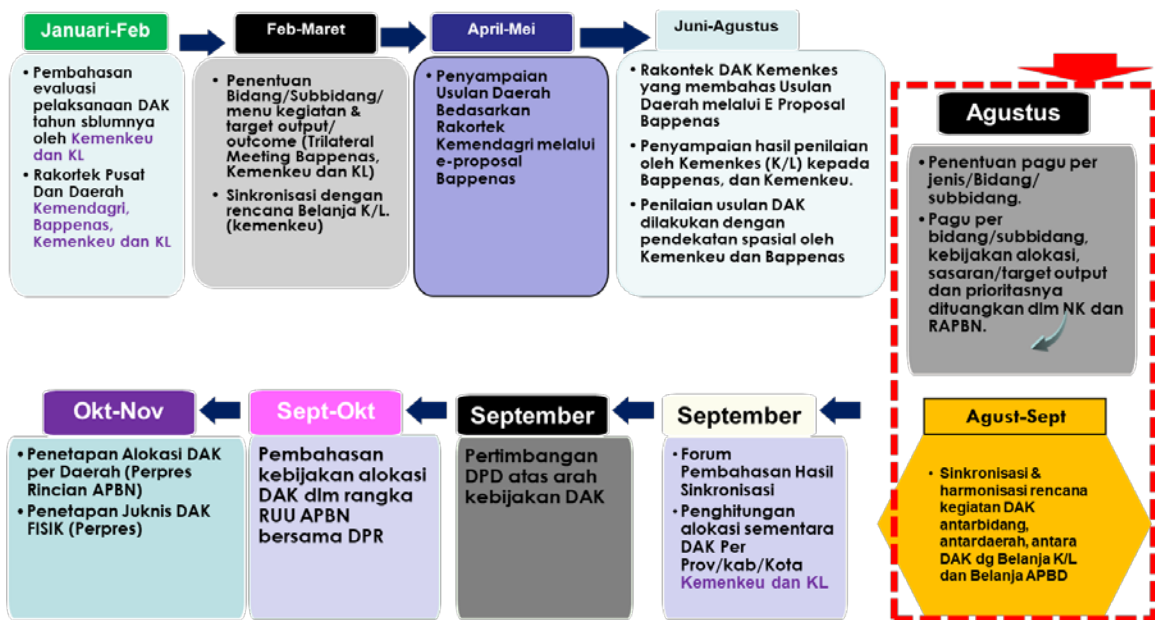
f) usulan yang telah direkomendasi oleh dinas kesehatan provinsi akan diteruskan secara elektronik ke Unit Utama sesuai dengan program/kegiatan yang diusulkan oleh satker.

b. Anggaran Dana Transfer ke Daerah (DAK)

Penyusunan perencanaan dan penganggaran DAK bidang kesehatan mempunyai tahapan yang berkesinambungan mulai dari perencanaan program dan kegiatan sampai dengan pengalokasian anggaran dengan penjelasan sebagai berikut:

1) Tahapan-tahapan perencanaan dan penganggaran mengikuti jadwal yang telah ditentukan oleh Kementerian PPN/Bappenas, Kementerian Keuangan dan Kementerian Dalam Negeri. Adapun tahapannya sebagai berikut:

Gambar 3. Tahapan pengalokasian DAK



2) Dalam perencanaan dan penganggaran DAK, Sekretariat Jenderal dalam hal ini Biro Perencanaan dan Anggaran menjadi leading sector dalam koordinasi dengan Kementerian/Lembaga Terkait.

3) Setiap unit utama Kementerian Kesehatan dalam mengusulkan menu-menu kegiatan DAK harus melalui Biro Perencanaan dan Anggaran.

4) Dalam perencanaan DAK, Unit Utama harus memperhatikan indikator sebagai berikut :

- a) DAK Fisik
 - (1) sarana, prasarana dan alat yang dimiliki oleh daerah.
 - (2) kinerja daerah dalam pemanfaatan DAK tahun t-1
 - (3) konsistensi daerah dalam pelaksanaan pemanfaatan DAK dengan Perencanaannya
 - (4) kepatuhan daerah dalam pelaporan pemanfaatan DAK sesuai dengan waktu pelaporan yang ditentukan
 - (5) kondisi geografis daerah
 - (6) jumlah penduduk
- b) DAK Nonfisik
 - (1) Jumlah Puskesmas
 - (2) Jumlah Penduduk
 - (3) Bobot regional
 - (4) Bobot kab./kota
 - (5) Perkiraan jumlah ibu hamil
 - (6) Lokus Program Pusat di daerah
 - (7) kinerja daerah dalam pemanfaatan DAK tahun t-1
 - (8) kepatuhan daerah dalam pelaporan pemanfaatan DAK sesuai dengan waktu pelaporan yang ditentukan

Indikator-indikator tersebut di atas ditabulasikan oleh unit utama dalam formulasi teknis perhitungan perencanaan dan penganggaran DAK. Khusus untuk DAK Nonfisik, formulasi perhitungan untuk kinerja dan kepatuhan daerah dilakukan oleh Biro Perencanaan dan Anggaran. Adapun perbandingan formulasi teknis unit utama dengan formulasi kinerja dan kepatuhan Biro Perencanaan dan Anggaran sebesar 80:20.

- 5) Formula yang digunakan dalam penganggaran DAK Fisik adalah sebagai berikut:

- a) Layanan Kesehatan Dasar dan Rujukan Reguler serta Layanan Kesehatan Rujukan Penugasan

Hasil Desk Rakontek DAK yang telah diverifikasi dilakukan *Scattered Plot* untuk menentukan batas atas dan batas bawah. Setelah penentuan batas atas dan batas bawah dilakukan pengalihan indeks pengisian aplikasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan rincian sebagai berikut:

Realisasi	Indeks Pengurang
0 – 20 %	0.4
21 – 40 %	0.3
41 – 50 %	0.2
61 – 80 %	0.1
81 – 100 %	0

Formula akhir adalah sebagai berikut:

Alokasi = Hasil Perhitungan Grafik <i>Scattered Plot</i> – (Hasil Perhitungan Grafik <i>Scattered Plot</i> X Indeks Pengurang)
--

- b) Layanan Kesehatan Dasar Afirmasi

Alokasi = Jumlah Puskesmas X Nilai Perhitungan Kementerian PUPERA
--

- c) Layanan Kefarmasian

Penyediaan Obat dan BMHP

Formula teknis alokasi Penyediaan Obat dan BMHP untuk Kab/Kota tahun $n+1$ didasarkan atas rumus perhitungan sebagai berikut :

Perhitungan kebutuhan anggaran obat per kapita yang akan didukung oleh APBD II dan DAK :

$$A = \frac{(US\$2,05 \times \text{Jumlah Penduduk Tahun } n) - \text{Alokasi Anggaran Obat di APBN Tahun } n}{\text{Jumlah Penduduk Tahun } n}$$

Perhitungan minimal alokasi Kab/Kota :

$$B = A - \text{rata rata} \left(\frac{\text{Anggaran Obat dan Perbekkes APBD 2 Th n}}{\text{Jumlah Penduduk Kab / Kota Th n}} \right) \times \text{Jumlah Penduduk Kab / Kota Th n}$$

Perhitungan kemampuan anggaran perkapita obat
Kabupaten/Kota :

$$C = \frac{\text{Anggaran Obat dan Perbekkes APBD 2 Th n} + \text{Alokasi DAK Subbidang Kefarmasian Th n}}{\text{Jumlah Penduduk Kab / Kota Th n}}$$

Keterangan : Indeks adalah nilai/point suatu daerah dibagi dengan rata – rata nasionalnya.

Bila Indeks Biaya Perkapita (Indeks C) < 0, maka indeks dikoreksi menjadi 0.

- a) Alokasi Obat dan Perbekalan kesehatan
Kab/Kota

$$D = (A \times (1 - \text{indeks C}) \times \text{Jumlah Penduduk Th n})$$

Jika $D < B$, maka Alokasi Obat dan BMHP bagi Kab/Kota adalah B. Jika $D > B$, maka alokasi Obat dan BMHP bagi Kab/Kota adalah D

- b) Indeks Alokasi Obat dan BMHP merupakan Indeks dari D, serta dibandingkan dengan Usulan penyediaan Obat dan BMHP TA n+1. Jika suatu Kab/Kota tidak mengusulkan DAK, maka indeksnya menjadi 0
- c) Pemberian Pembobotan bagi Kab/Kota yang melaporkan Realisasi DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA n-1
- (1) Kab/Kota yang melaporkan Realisasi DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA n-1 mendapatkan point 1
 - (2) Kab/Kota yang tidak melaporkan Realisasi DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA n-1 mendapatkan point 0
 - (3) Kab/Kota yang tidak mendapatkan DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA n-1 mendapatkan point 0,5
- d) Pemberian Indeks Daerah Tertinggal Tahun 2015 – 2019 berdasarkan Peraturan Presiden Nomor

131 Tahun 2015 tentang Penetapan Daerah Tertinggal

- (1) Kab/Kota yang termasuk dalam daftar daerah tertinggal tahun 2015 – 2019 mendapatkan nilai 1
 - (2) Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar daerah tertinggal tahun 2015 – 2019 mendapatkan nilai 0
- e) Pemberian Indeks Lokus Prioritas Kabupaten Tertinggal Tahun n-1
- (1) Kab/Kota yang termasuk dalam daftar lokus prioritas kabupaten tertinggal mendapatkan nilai 1
 - (2) Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar lokus prioritas kabupaten tertinggal mendapatkan nilai 0
- f) Pemberian Indeks Mapping Lokus Prioritas Perbatasan tahun n-1
- (1) Kab/Kota yang termasuk dalam daftar mapping lokus prioritas perbatasan mendapatkan nilai 1
 - (2) Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar mapping lokus prioritas perbatasan mendapatkan nilai 0
- g) Pemberian Indeks Pembangunan Sarana dan Prasarana Pelayanan Kesehatan di Destinasi Pariwisata Prioritas berdasarkan Kementerian Pariwisata.
- (1) Kab/Kota yang termasuk dalam daftar destinasi pariwisata prioritas pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan mendapatkan nilai 1
 - (2) Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar destinasi pariwisata prioritas pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan mendapatkan nilai 0

- h) Pemberian pembobotan bagi kab/kota berdasarkan kapasitas fiskal kabupaten/kota:
 - (1) Kab/Kota yang termasuk kategori rendah mendapatkan point 3
 - (2) Kab/Kota yang termasuk kategori sedang mendapatkan point 2
 - (3) Kab/Kota yang termasuk kategori tinggi mendapatkan point 1
 - (4) Kab/Kota yang termasuk kategori sangat tinggi mendapatkan point 0
- i) Pemberian pembobotan bagi kab/kota berdasarkan frekuensi terjadi bencana, termasuk banjir, letusan gunung api, puting beliung, tanah longsor, kebakaran hutan dan lahan, kecelakaan transportasi, gempa bumi, kebakaran, gelombang pasang/abrasi, kekeringan, aksi teror/sabotase, hama tanaman, kecelakaan industri, kelaparan, KLB, konflik/kerusakan sosial, perubahan iklim, tsunami.
 - (1) Kab/Kota yang memiliki frekuensi bencana tinggi mendapatkan point 1
 - (2) Kab/Kota yang memiliki frekuensi bencana rendah mendapatkan point 0
- j) Pemberian Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) kab/kota:
 - (1) Kab/Kota yang memiliki indeks pembangunan kesehatan masyarakat tinggi mendapatkan point 0
 - (2) Kab/Kota yang memiliki indeks pembangunan kesehatan masyarakat rendah mendapatkan point 1
- k) Indeks Penyediaan Obat dan Perbekkes per Kab/Kota merupakan penjumlahan indeks-indeks diatas, serta dibandingkan dengan

Usulan penyediaan Obat dan BMHP TA n+1. Jika suatu Kab/Kota tidak mengusulkan DAK, maka indeksnya menjadi 0.

- 1) Alokasi Obat dan Perbekalan kesehatan di Kabupaten/Kota dihitung dengan rumus sebagai berikut:

Alokasi Obat dan Perbekalan Kesehatan Kab/Kota :

$$\text{(D) Distribusi Penyediaan Obat dan BMHP} = \frac{\text{Indeks Penyediaan Obat dan Perbekkes per Kab/Kota (E)}}{\text{Total Indeks Penyediaan Obat dan Perbekkes per Kab/Kota (F)}} \times \text{Alokasi DAK Penyediaan Obat dan BMHP}$$

- m) Alokasi Rehabilitasi/Pembangunan Baru dan Penyediaan Sarpras IFK

- 1) Pembangunan Baru/Rehabilitasi Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota berdasarkan pertimbangan sebagai berikut:

- a) Ketersediaan Instalasi Farmasi
- b) Status kepemilikan Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota
- c) Luas penyimpanan Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota
- d) Persentase kerusakan Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota
- e) Pengajuan Usulan anggaran Pembangunan Baru/Rehabilitasi IF Prov/Kab/Kota melalui DAK Subbidang Pelayanan Kefarmasian TA n+1

- 2) Penentuan daerah yang mendapatkan anggaran pembangunan baru/rehabilitasi Instalasi Farmasi Propinsi berdasarkan perhitungan Indeks:

- a) Pembobotan kondisi IF :

Angka 1 bila :

- Persentase Kerusakan IF > 70%
- Kab/Kota tidak memiliki Instalasi Farmasi

- Status kepemilikan IF milik Pemda Prov/Kab/Kota
- Memiliki lahan siap bangun
- Luas bangunan IF < 500 M2

Angka 0 bila :

- Persentase Kerusakan IF < 30%
 - Kab/Kota memiliki Instalasi Farmasi
 - Status kepemilikan IF tidak milik Pemda Prov/Kab/Kota
 - Luas bangunan IF \geq 500 M2
 - Tidak memiliki lahan siap bangun
- b) Indeks Pembangunan Baru/Rehabilitasi IF Kab/Kota merupakan Indeks dari penjumlahan poin variabel diatas dan dibandingkan dengan Usulan anggaran Pembangunan Baru/Rehabilitasi IF Prov/Kab/Kota TA n+1. Jika suatu Prov/Kab/Kota tidak mengusulkan DAK, maka indeksnya menjadi 0
- 3) Pendataan Kab/Kota yang belum atau sudah memiliki sarana pendukung Instalasi Farmasi berupa:
- a) Sarana Penyimpanan yaitu Sarana Penyimpanan Vaksin/Cold Chain, Generatorset, AC split, Forklift, Palet, Lemari Narkotika dan psikotropika, Rak Obat dan Perbekkes, Refrigerator, Trolley, Incinerator
 - b) Sarana Distribusi yaitu kendaraan Mobil Roda Empat
 - c) Sarana Pengamanan yaitu Alarm Kebakaran, APAR, CCTV, Pagar/Teralis
 - d) Sarana Pengolah Data yaitu Komputer, Printer, Laptop
 - e) Sarana Telekomunikasi yaitu Faximile dan Alat Koneksi/Akses Internet

f) Sarana Penunjang yaitu : Meja Kerja, Kursi Kerja, Lemari Arsip, Panel Surya

4) Pemberian point dengan menilai/memberikan :

Angka 1 bila

Prov/Kab/Kota belum memiliki atau sudah memiliki salah satu/lebih sarana pendukung Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota dengan jumlah sarana yang baik dibawah rata-rata nasional dan mengajukan usulan penyediaan sarana pendukung IF Prov/Kab/Kota melalui DAK Subbid Pelayan Kefarmasian TA n+1

Angka 0 bila

Prov/Kab/Kota memiliki salah satu/lebih sarana pendukung Instalasi Farmasi Prov/Kab/Kota dengan jumlah sarana yang baik diatas rata-rata nasional dan tidak mengajukan usulan penyediaan sarana pendukung IF Prov/Kab/Kota melalui DAK Subbidang Pelayan Kefarmasian TA n+1

5) Indeks Penyediaan Sarana Pendukung IF Prov/Kab/Kota merupakan Indeks dari penjumlahan poin variabel diatas dan dibandingkan dengan Usulan anggaran Penyediaan Sarana Pendukung IF Prov/Kab/Kota TA n+1. Jika suatu Kab/Kota tidak mengusulkan DAK, maka indeks menjadi 0

6) Pemberian pembobotan bagi Prov/Kab/Kota berdasarkan kapasitas fiskal Prov/Kab/Kota:

a) Prov/Kab/Kota yang termasuk kategori rendah mendapatkan point 3

b) Prov/Kab/Kota yang termasuk kategori sedang mendapatkan point 2

c) Prov/Kab/Kota yang termasuk kategori tinggi mendapatkan point 1

- d) Prov/Kab/Kota yang termasuk kategori sangat tinggi mendapatkan point 0
- 7) Pemberian Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) Prov/Kab/Kota:
 - a) Prov/Kab/Kota yang memiliki indeks pembangunan kesehatan masyarakat tinggi mendapatkan point 0
 - b) Kab/Kota yang memiliki indeks pembangunan kesehatan masyarakat tinggi mendapatkan point 1
- 8) Pemberian Indeks Daerah Tertinggal Tahun 2015–2019 berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 131 Tahun 2015 tentang Penetapan Daerah Tertinggal
 - a) Kab/Kota yang termasuk dalam daftar daerah tertinggal tahun 2015 – 2019 mendapatkan nilai 1
 - b) Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar daerah tertinggal tahun 2015 – 2019 mendapatkan nilai 0
- 9) Pemberian Indeks Lokus Prioritas Kabupaten Tertinggal tahun n-1
 - a) Kab/Kota yang termasuk dalam daftar lokus prioritas kabupaten tertinggal tahun n-1 mendapatkan nilai 1
 - b) Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar lokus prioritas kabupaten tertinggal tahun n-1 mendapatkan nilai 0
- 10) Pemberian Indeks Mapping Lokus Prioritas Perbatasan tahun n-1
 - a) Kab/Kota yang termasuk dalam daftar mapping lokus prioritas perbatasan tahun n-1 mendapatkan nilai 1
 - b) Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar mapping lokus prioritas perbatasan tahun n-1 mendapatkan nilai 0

11) Pemberian Indeks Pembangunan Sarana dan Prasarana Pelayanan Kesehatan di Destinasi Pariwisata Prioritas berdasarkan Kementerian Pariwisata.

a) Kab/Kota yang termasuk dalam daftar destinasi pariwisata prioritas pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan mendapatkan nilai 1

b) Kab/Kota yang tidak termasuk dalam daftar destinasi pariwisata prioritas pembangunan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan mendapatkan nilai 0

12) Indeks Penyediaan Sarpras dan IFK merupakan penjumlahan indeks-indeks diatas, serta dibandingkan dengan usulan penyediaan sarpras dan IFK Prov/Kab/Kota TA n+1. Jika suatu Kab/Kota tidak mengusulkan penyediaan sarpras dan IFK Prov/Kab/Kota TA n+1, maka indeksnya menjadi 0.

13) Alokasi Rehabilitasi/Pembangunan Baru dan Penyediaan Sarpras IFK Penyediaan Sarpras dan IFK dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{Distribusi DAK Sarpras dan IF} = \frac{\text{Indeks Penyediaan Sarpras dan IF}}{\text{Total Indeks Penyediaan Sarpras dan IF}} \times \text{Alokasi DAK Penyediaan Sarpras dan IF}$$

- **Alokasi Penyediaan obat dan BMHP**

$$\text{Distribusi Penyediaan Obat dan BMHP} = \frac{\text{Indeks Penyediaan Obat dan Perbekes per Kab/Kota}}{\text{Total Indeks Penyediaan Obat dan Perbekes per Kab/Kota}} \times \text{Alokasi DAK Penyediaan Obat dan BMHP}$$

- **Alokasi Rehabilitasi/Pembangunan Baru dan penyediaan sarpras dan IFK**

$$\text{Distribusi DAK Sarpras dan IFK} = \frac{\text{Indeks Penyediaan Sarpras dan IFK Kab/Kota}}{\text{Total Indeks Penyediaan Sarpras dan IFK}} \times \text{Alokasi DAK Penyediaan Sarpras dan IFK}$$

d) RS Pratama dan Unit Transfusi Darah

$$\text{Alokasi} = \text{Unit Cost} \times \text{Indeks Kemahalan}$$

e) Pengadaan peralatan pendukung imunisasi

$$\text{Alokasi} = \text{Jumlah Puskesmas} \times \text{Unit Cost}$$

f) Pengembangan Bapelkes

$$\text{Alokasi} = \text{Unit Cost} \times \text{Indeks Kemahalan}$$

6) Formula yang digunakan dalam penganggaran DAK non-Fisik adalah sebagai berikut:

Formulasi perhitungan BOK adalah sebagai berikut:

a) Dinkes Provinsi

$$\text{Alokasi Provinsi} = AD + AT + \text{Alokasi Lokus Prioritas (ALP)}$$

$$- AD = \frac{65\% \text{ Pagu BOK Dinkes provinsi}}{\Sigma \text{provinsi (34)}}$$

$$- AT = \frac{BR \times \Sigma \text{Kab/Kota} \times 35\% \text{ Pagu BOK Dinkes provinsi}}{\Sigma (@BR \times \Sigma \text{Kab/Kota) seluruh prov}}$$

$$- ALP = \Sigma \text{BALKESMAS Prov} \times \text{Unit Cost}$$

BOBOT REGIONAL (BR) =

No	Regional	Bobot
1.	Jawa	1
2.	Bali	1,25
3.	Sumatera	1,5
4.	Sulawesi	2
5.	Kalimantan	2,25
6.	NTB	1,75
7.	NTT	2,5
8.	Maluku & Maluku Utara	2,75
9.	Papua & Papua Barat	3

b) BOK Dinkes Kab/Kota

Alokasi Dinkes Kab/Kota = AD + AT + ALP

$$- AD = \frac{65\% \text{ Pagu BOK Dinkes Kab/Kota}}{\sum \text{Kab/Kota} - \text{DKI}}$$

$$- AT = \frac{\text{BK} \times \sum \text{Pusk} \times 35\% \text{ Pagu BOK Dinkes Kab/Kota}}{\sum (@\text{BK} \times \sum \text{Pusk}) \text{ Kab/Kota}}$$

$$- ALP = (\sum \text{ kab pamsimas} \times \text{unit Cost}) + (\sum \text{ balkesmas} \text{ kab/kota} \times \text{unit Cost})$$

c) BOK Puskesmas

$$- AD = \frac{65\% \text{ Pagu} - (\sum \text{Pusk DKI} \times \text{Unit Cost})}{\sum \text{Puskesmas non DKI}}$$

$$- AT = \frac{35\% \text{ Pagu} \times \text{BR} \times \text{BK} \times \text{IP} \times \text{IJP} \times \text{IKF}}{\sum \text{Puskesmas non DKI}}$$

$$- ALP = (\sum \text{ Puskesmas NS} \times \text{unit Cost}) + (\sum \text{ Desa STBM} \times \text{unit Cost})$$

d) Distribusi Obat dan Manajemen E-logistik

Perhitungan Distribusi Obat :

$$\left[\text{Indeks} \left(\frac{\text{Indeks DTPK} + \text{Indeks Frek Distribusi} + \text{Indeks Jml Pusk} + \text{Indeks Kondisi Wilayah}}{\text{Total Indeks Biaya Distribusi}} \right) \right] \times \text{Alokasi Total Biaya Distribusi}$$

Perhitungan Manajemen E-Logistik :

$$\left[\text{Indeks} \left(\frac{\text{Indeks DTPK} + \text{Indeks Pemanfaatan e logistik} + \text{Indeks Jml Pusk} + \text{Indeks Kondisi Wilayah}}{\text{Total Indeks Biaya Dukungan manajemen e log}} \right) \right] \times \text{Alokasi Total Biaya Dukungan Manajemen e log}$$

$$\text{Alokasi Total} = \text{Alokasi Distribusi Obat} + \text{Alokasi Manajemen E-Logistik}$$

e) Jampersal

$$\text{Alokasi} = \text{Jumlah Ibu Hamil} \times \text{Unit Cost}$$

f) Akreditasi Rumah Sakit, Puskesmas dan Labkesda

$$\text{Alokasi} = \text{Jumlah Sasaran Akreditasi} \times \text{Unit Cost}$$

2. Proses Verifikasi

Setiap usulan kegiatan baik usulan dari satker Kantor Pusat, Kantor Daerah, dan Dekonsentrasi/Tugas Pembantuan yang telah diterima akan dilakukan pemeriksaan/verifikasi untuk menilai kelengkapan, kebenaran dokumen yang dipersyaratkan, dan kepatuhan dalam penerapan kaidah perencanaan penganggaran. Tahapan proses verifikasi adalah sebagai berikut:

- a. unit utama, dalam hal ini diwakili oleh Sekretariat Inspektorat Jenderal/Direktorat Jenderal/Badan, memberikan umpan balik dan/atau rekomendasi terhadap usulan satker paling lama dalam waktu 7 (tujuh) hari kerja sejak dokumen perencanaan anggaran lengkap diterima. Untuk usulan satker di lingkungan Sekretariat Jenderal dikoordinir oleh Biro Perencanaan dan Anggaran.
- b. Sekretariat Inspektorat Jenderal/Direktorat Jenderal/Badan/Biro Perencanaan dan Anggaran dalam memberikan umpan balik/rekomendasi terhadap usulan dari Satker Kantor Pusat, Daerah (UPT), dan Organisasi Perangkat Daerah (OPD), terlebih dahulu harus melakukan verifikasi yang meliputi aspek:
 - a. kesesuaian antara usulan satker dengan RAP, Renstra dan RPJMN berdasarkan IKP dan IKK yang sudah ditetapkan,
 - b. Kesesuaian dengan tupoksi,
 - c. Efisien,
 - d. Penggunaan sumber daya yang *cost effective*,
 - e. Fisibilitas (secara teknis, politis, dan kendala sosial),
 - f. *Equity* (Keadilan), dan
 - g. *Filling the Gap* (menutup kesenjangan yang ada di daerah).
- c. unit utama melakukan analisis usulan perencanaan dan penganggaran yang diterima, disesuaikan dengan prioritas program masing-masing dan disampaikan kepada Sekretariat Jenderal.
- d. dalam melakukan analisis dan pengalokasian anggaran, unit utama harus berpedoman pada prinsip dasar bahwa belanja operasional satuan kerja yaitu belanja gaji dan operasional perkantoran harus dipenuhi terlebih dahulu. Apabila terdapat kekurangan belanja gaji dan operasional menjadi tanggung jawab Unit Utama.

- e. dalam melakukan analisis usulan perencanaan dan penganggaran, Sekretariat Unit Utama berkoordinasi dengan Inspektorat Jenderal dan Biro Perencanaan dan Anggaran.
- f. satker yang mengusulkan kegiatan tertentu (sebagaimana tercantum pada bagian Kebijakan Operasional) harus melampirkan surat rekomendasi dari satuan kerja terkait sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- g. usulan yang telah direkomendasi oleh Unit Utama akan diteruskan secara elektronik dan tertulis ke Menteri Kesehatan cq. Sekretariat Jenderal.
- h. Sekretariat Jenderal cq. Biro Perencanaan dan Anggaran akan melakukan verifikasi terhadap usulan dari unit utama. Verifikasi yang dilakukan Biro Perencanaan dan Anggaran akan menilai 2 aspek yaitu:
 - 1) Aspek perencanaan dengan bobot 60%, meliputi:
 - a) kesesuaian usulan dengan indikator/sasaran dalam RPJMN, Renstra Kementerian Kesehatan, dan RKP,
 - b) kesesuaian dengan tupoksi dan kewenangan,
 - c) kesesuaian kerangka logis program,
 - d) keberadaan manajemen risiko,
 - e) dukungan terhadap program prioritas presiden dan/atau kementerian,
 - f) aspek spasial,
 - g) dimensi masalah, dan
 - h) kepatuhan pada ketentuan teknis perencanaan dan penganggaran.
 - 2) Aspek monitoring dan evaluasi dengan bobot 40%, meliputi:
 - a) implementasi, dengan variabel yang diukur yaitu: realisasi anggaran, konsistensi antara perencanaan dan implementasi, pencapaian output, dan efisiensi.
 - b) pencapaian capaian indikator kinerja kegiatan.
- i. Berdasarkan hasil verifikasi Sekretaris Jenderal, atas nama Menteri Kesehatan, menetapkan pagu indikatif internal per-program dan kegiatan berdasarkan analisis usulan perencanaan dan penganggaran yang disinkronkan dengan prioritas nasional. Pagu indikatif internal tersebut diusulkan kepada Bappenas dan Kementerian Keuangan.

- j. Usulan perencanaan anggaran diteliti/direviu oleh Biro Perencanaan dan Anggaran serta Inspektorat Jenderal dalam rangka menetapkan urutan prioritas kegiatan.
3. Berdasarkan Surat Bersama (SB) Kementerian PPN/Bappenas dan Kemenkeu, Sekretariat Jenderal melakukan analisis perbandingan antara pagu indikatif SB Kementerian PPN/Bappenas dan Kemenkeu dengan pagu indikatif internal serta menyampaikan hasilnya kepada Unit Utama.
4. Masing-masing Unit Utama menyiapkan Rincian Anggaran dan Biaya (RAB) detail sesuai dengan pagu indikatif sebagai bahan Pertemuan Tiga Pihak dan penyusunan Renja K/L.
5. Dokumen RAB detail pagu indikatif akan diteliti/direviu oleh Biro Perencanaan dan Anggaran serta Inspektorat Jenderal dengan dikoordinasi oleh Sekretariat Unit Utama.
6. Setelah SB tentang pagu anggaran diterbitkan oleh Bappenas dan Kementerian Keuangan, masing-masing Unit Utama menyusun RKA-K/L sesuai dengan pagu anggaran dan diverifikasi oleh Sekretariat Unit Utama/Biro Perencanaan dan Anggaran. Sekretariat Unit Utama/Biro Perencanaan dan Anggaran akan menyampaikan dokumen RKA-K/L yang sudah diverifikasi tersebut ke Sekretariat Jenderal untuk diteliti/direviu oleh Biro Perencanaan dan Anggaran serta Inspektorat Jenderal.
7. Apabila terjadi perubahan dari pagu anggaran ke alokasi anggaran maka satker/Unit Utama yang mengalami perubahan anggaran perlu segera melakukan penyesuaian RKA-K/L dengan dikoordinasikan oleh Sekretariat Unit Utama/Biro Perencanaan dan Anggaran. Selanjutnya perubahan/penyesuaian RKA-K/L tersebut harus diteliti/direviu oleh Biro Perencanaan dan Anggaran serta Inspektorat Jenderal.

C. Kebijakan Operasional

Perencanaan dan penganggaran pada beberapa kegiatan tertentu memperhatikan ketentuan sebagai berikut:

1. Pengadaan Tanah, Gedung, dan Bangunan

Pengadaan tanah, gedung dan bangunan memperhatikan ketentuan peraturan perundangan, antara lain: Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2012 tentang Pengadaan Tanah Bagi Pembangunan untuk

Kepentingan Umum, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 148 Tahun 2015 tentang Perubahan Keempat atas Peraturan Presiden Nomor 71 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pengadaan Tanah bagi Pembangunan untuk Kepentingan Umum, Peraturan Menteri Agraria dan Tata Ruang/Kepala Badan Pertanahan Nasional tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Kepala Badan Pertanahan Nasional Nomor 5 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pengadaan Tanah, serta kebijakan teknis Kemenkes yang mengatur tentang standar bangunan RS, Puskesmas, Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP) dan lain-lain.

Selain itu, Kemenkes menetapkan kebijakan khusus sebagai berikut:

- a. perencanaan pengadaan tanah memperhatikan:
 - 1) aksesibilitas yang dibuktikan dengan surat pernyataan dari Kepala Satker.
 - 2) aspek legal (keabsahan kepemilikan).
 - 3) surat keterangan harga tanah daerah setempat yang dapat dikeluarkan oleh Instansi Pemerintah Daerah, minimal Kecamatan.
- b. perencanaan pengadaan gedung baru memperhatikan:
 - 1) rencana kebutuhan tahunan barang milik negara (RKBMN)
Mulai tahun 2016, untuk pengadaan tanah dan/atau bangunan khusus perkantoran dan rumah negara harus diusulkan melalui Rencana Kebutuhan Barang Milik Negara sesuai dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor 27 tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah, Peraturan Menteri Keuangan Nomor 150/PMK.06/2014 tentang Perencanaan Kebutuhan Barang Milik Negara, dan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 7/PMK.06/2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 248/PMK.06/2011 tentang Standar Barang dan Standar Kebutuhan Barang Milik Negara berupa tanah dan/atau bangunan. Untuk pengusulan RKBMN terkait tanah dan/atau bangunan harus diusulkan pada bulan Agustus t-2.
 - 2) sertifikat kepemilikan tanah atau dokumen kepemilikan lain yang sah.
 - 3) rencana tata ruang dan wilayah (RTRW)

- 4) surat/rekomendasi Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat (Kemen PU-PR) atau Dinas Pekerjaan Umum yang memuat Rencana Anggaran Biaya (RAB).
 - 5) surat pernyataan memenuhi kelayakan standar teknis dari unit terkait.
- c. perencanaan renovasi gedung dan bangunan memperhatikan:
- 1) data Sistem Informasi Manajemen dan Akuntansi Barang Milik Negara (SIMAK-BMN)
 - 2) perluasan dan/atau penambahan gedung kantor melalui mekanisme Rencana Kebutuhan BMN (RKBMN).
 - 3) renovasi gedung kantor tanpa menambah luas bangunan melalui mekanisme penganggaran sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 4) surat/rekomendasi Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat (Kemen PU-PR) atau Dinas Pekerjaan Umum yang memuat Rencana Anggaran Biaya (RAB).
 - 5) kantor pusat dimintakan persetujuan Sekretaris Jenderal u.p. Kepala Biro Umum, untuk Kantor Daerah perlu persetujuan Eselon 1 terkait.
2. Pengadaan Alat Angkutan Darat Bermotor Dinas Operasional
- Pengadaan Alat Angkutan Darat Bermotor (AADB) Dinas Operasional ada dua jenis yaitu:
- a. AADB Dinas Operasional Jabatan di Dalam Negeri
Diusulkan melalui mekanisme RKBMN yang diajukan pada bulan Agustus t-2. Kriteria kebutuhan AADB mengacu pada PMK No. 76 tahun 2015 tentang Standar Barang dan Standar Kebutuhan (SBSK) Alat Angkutan Darat Bermotor Dinas Operasional Jabatan di dalam Negeri
 - b. AADB Dinas Operasional
Diusulkan melalui mekanisme penganggaran sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Pengadaan AADB Dinas Operasional Jabatan memperhatikan:
- 1) Data SIMAK-BMN dan jumlah jabatan dalam struktur organisasi.

- 2) Surat Keputusan (SK) penghapusan merujuk pada Peraturan Menteri Keuangan Nomor 111/PMK.06/2016 tentang Tata Cara Pelaksanaan Pemindahtanganan Barang Milik Negara, KMK Nomor 229/KM.6/2016 tentang Pelimpahan sebagian Wewenang Kementerian Keuangan yang Telah Dilimpahkan kepada Direktur Jenderal Kekayaan Negara kepada Pejabat di Lingkungan Direktorat Jenderal Kekayaan Negara untuk dan Atas Nama Menteri Keuangan Menandatangani Surat dan/atau Keputusan Menteri Keuangan, dan Kepmenkes Nomor HK.02.02/MENKES/558/2016 tentang Pelimpahan Sebagian Wewenang Menteri Kesehatan Selaku Pengguna Barang dalam Pengelolaan Barang Milik Negara di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
- 3) Hasil penelaahan Rencana Kebutuhan Barang Milik Negara (RKBMN) dari Kementerian Keuangan.

Kementerian Kesehatan menetapkan ketentuan pengadaan AADB Dinas Operasional sebagai berikut:

- a. AADB Dinas Operasional Jabatan hanya diperuntukkan untuk Menteri, eselon I, II, dan III/IV yang berkedudukan sebagai Kepala Kantor. Ketentuan lebih lanjut mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Usulan pengadaan AADB Dinas Operasional Jabatan Kantor Pusat dan Kantor Daerah serta AADB Dinas Operasional Kantor diusulkan kepada Sekretaris Jenderal c.q Biro Umum.
- c. Pengalokasian anggaran untuk pengadaan yang telah mendapat rekomendasi/persetujuan dari Biro Umum ditetapkan sebagai berikut:
 - 1) AADB Dinas Operasional Jabatan Kantor Pusat dialokasikan pada satker Biro Umum.
 - 2) AADB Dinas Operasional Jabatan Kantor Daerah dialokasikan pada satker pengusul.
 - 3) AADB Dinas Operasional Kantor dialokasikan di Satker Pengusul.
- d. Khusus satker baru yang sudah memiliki ketetapan dari Menteri Pendayaaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi, diperlukan surat pernyataan dari Kepala Satker yang menyatakan belum

pernah mengadakan kendaraan bermotor untuk operasional kantor.

- e. Pengadaan ambulans untuk Kantor Pusat dikoordinir dan anggarannya dialokasikan pada satker Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Ditjen Yankes) sesuai dengan surat usulan dari Satker.
- f. Pengadaan ambulans untuk Kantor Daerah (UPT) perlu rekomendasi dari Ditjen Yankes melalui Unit Utama terkait.
- g. Kendaraan dengan kriteria khusus dapat diadakan masing-masing satker sesuai dengan standar yang disetujui oleh eselon I terkait.

3. Peralatan dan Mesin

a. Alat pengolah data memperhatikan:

- 1) Data SIMAK-BMN dan jumlah jabatan/pegawai.
- 2) SK penghapusan dari Sekretaris Jenderal atas nama Menteri Kesehatan.
- 3) Risalah lelang penghapusan dari Kemenkeu.
- 4) Pengadaan alat pengolah data diutamakan peralatan dengan spesifikasi bersifat primer, yaitu spesifikasi standar untuk pelaksanaan operasional perkantoran yang ditetapkan oleh Pusat Data dan Informasi.
- 5) Pengadaan alat pengolah data dengan spesifikasi khusus yang memerlukan rekomendasi Pusat Data dan Informasi, yaitu:
 - a) aplikasi pengembangan;
 - b) software pabrikan seperti database, aplikasi pengolah data, dan lain-lain, tidak termasuk sistem operasi, perkantoran, dan utilitas pada komputer pengguna;
 - c) software jaringan seperti sistem operasi, sistem keamanan, manajemen jaringan, dan lain-lain;
 - d) sewa/langganan internet;
 - e) infrastruktur jaringan (router, switch, cabling, server, UPS server, data storage, dan lain-lain) dan alat sejenisnya.

b. Alat kesehatan

- 1) Pengadaan alat kesehatan harus memiliki izin edar mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan (Permenkes Nomor 1190/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Izin Edar Alat

Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga) dan mengutamakan produk dalam negeri.

- 2) Pengadaan alat kesehatan mengutamakan produk yang sudah tersedia dalam *e-catalogue* sesuai Peraturan perundang-undangan tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (Peraturan Presiden Nomor 4 Tahun 2015 tentang perubahan keempat atas Peraturan Presiden Nomor 54 tahun 2010 tentang Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah dan Peraturan Kepala LKPP Nomor 6 Tahun 2016 tentang Katalog Elektronik dan e-Purchasing.)
- 3) Alat kesehatan yang pengadaannya melalui mekanisme pelelangan umum harus menyertakan referensi harga sebagai dasar penetapan harga satuan. Referensi harga dapat diperoleh dari hasil survei harga pasar, penawaran langsung perusahaan (*sole agents*), data elektronik/*internet/website*, atau kontrak tahun sebelumnya.
- 4) Pengadaan alat kesehatan yang dilaksanakan di luar negeri mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 5) Usulan pengadaan alat kesehatan harus dilengkapi dengan RAB detail (termasuk volume dan harga satuan) dan KAK yang mencantumkan justifikasi kebutuhan Alkes. Format KAK dan RAB mengacu pada peraturan perundang-undangan.
- 6) Alat kesehatan yang diusulkan sesuai dengan kebutuhan pelayanan dengan mempertimbangkan ketersediaan SDM dan sarana prasarana pendukung penggunaan alkes yang dibuktikan dengan data elektronik aset atau sarana prasarana dan alat (SPA).
- 7) Pengadaan alat kesehatan dengan teknologi tinggi perlu dilengkapi dengan dokumen kajian *Health Technology Assesment* (HTA).
- 8) Pengadaan alat kesehatan untuk mendukung pelaksanaan program di Kantor Pusat dan Daerah perlu rekomendasi dari Ditjen Pelayanan Kesehatan.

4. Perjalanan Dinas

Pengalokasian anggaran perjalanan dinas dilakukan dengan efisien. Pengalokasian biaya perjalanan dinas memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Alokasi anggaran perjalanan dinas luar negeri ditampung pada Sekretariat Unit Utama atau Biro Umum, kecuali Pusat Kesehatan Haji, Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan (Pusrengun SDM Kesehatan), dan Biro Kerja Sama Luar Negeri (BKSLN). Anggaran perjalanan dinas luar negeri untuk Poltekkes Kemenkes dan RS UPT Vertikal harus mendapat persetujuan dari Eselon 1 terkait.
- b. Transport ke Daerah Tertinggal Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) disesuaikan dengan tarif Peraturan Daerah (Perda) atau harga pasar (*at cost*).
- c. Jumlah perjalanan dinas dan pertemuan mempertimbangkan kesesuaian dengan jumlah pegawai dan hari kerja dalam satu tahun.
- d. Biaya transport dengan tiket pesawat sesuai dengan SBM. Untuk rata-rata biaya perjalanan dinas nasional akan mengacu kepada kebijakan perencanaan tahunan yang ditetapkan oleh Sekretaris Jenderal.
- e. Kegiatan di luar kantor dilaksanakan secara selektif. Kriteria kegiatan yang dapat dilaksanakan di luar kantor akan mengacu kepada ketentuan peraturan perundang-undangan.

5. Penyediaan Bahan, ATK, Seminar Kit, dan Sewa

- a. Bahan adalah material/bahan pendukung kegiatan seperti: bahan kontak, konsumsi/bahan makanan, dokumentasi, spanduk, biaya fotokopi yang diperlukan untuk pelaksanaan kegiatan non operasional dan tidak menghasilkan barang persediaan.
- b. Bahan, alat tulis kantor, dan seminar *kit* memperhatikan kewajaran antara jumlah peserta pertemuan/kegiatan dan jenis pertemuan/kegiatan dengan mempertimbangkan standar harga yang telah ditetapkan oleh Biro Umum.
- c. Besaran biaya sewa yang tidak diatur di dalam Standar Biaya Masukan (SBM), dapat mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan tentang daftar perkiraan harga satuan barang dan jasa

keperluan peralatan dan perlengkapan kantor di lingkungan Kementerian Kesehatan.

- d. Rincian lebih lanjut yang mengatur besaran harga ATK, bahan, dan sewa untuk pelaksanaan paket pertemuan ditetapkan oleh Sekretaris Jenderal.

6. Honorarium Tim Pelaksana Kegiatan

Pembentukan tim dilakukan secara selektif. Honor tim pelaksana kegiatan yang dibayarkan per-bulan dalam satu tahun dibatasi dan mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

7. Honorarium Narasumber/Pembahas

- a. Honor narasumber/pembahas sesuai dengan standar biaya dan jam pelajaran, dengan memperhatikan asas kelayakan dan kepatutan, misalnya dengan memperhatikan jumlah hari kegiatan.
- b. Besaran honor yang diberikan kepada narasumber/pembahas dalam pertemuan disediakan oleh penyelenggara sesuai aturan standar biaya.

8. Honorarium Panitia Kegiatan

Kegiatan pertemuan yang dapat membentuk panitia pelaksana kegiatan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Peserta minimal sebanyak 50 orang, dengan sasaran utama atau minimal 50% peserta dari lintas unit eselon I, lintas sektor dan/atau masyarakat.
- b. Honor panitia kegiatan mengacu pada standar biaya.
- c. Jumlah panitia tidak boleh melebihi 10% dari jumlah peserta.

Untuk kegiatan pertemuan internasional, anggota delegasi RI, *Liason Officer* serta *Security Officer* tidak termasuk sebagai anggota panitia.

9. Penyusunan NSPK (Buku Pedoman/Juknis)

Tahapan Penyusunan NSPK (Buku Pedoman/Juknis) maksimal 4 kali pertemuan, yaitu Persiapan, Penyusunan, Finalisasi, dan Sosialisasi, kecuali produk-produk hukum seperti Rancangan Undang-Undang (RUU), Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP), Peraturan Presiden (Perpres), Keputusan Presiden (Keppres), dan Instruksi Presiden (Inpres). Jika pertemuan lebih dari 4 kali, maka selebihnya dilaksanakan di dalam kantor.

Pertemuan penyusunan NSPK di luar kantor dilakukan pembatasan dengan mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/318/2015 tentang Petunjuk Teknis Pembatasan Pertemuan Rapat di Luar Kantor dalam Rangka Peningkatan Efisiensi dan Efektifitas Kerja Aparatur di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

10. Bagan Akun Standar

Penggunaan Bagan Akun Standar (BAS) mengacu pada Peraturan Menteri Keuangan.

11. Koordinasi dan Rekomendasi

Kegiatan yang diusulkan oleh setiap Satker harus sesuai dengan tugas pokok dan fungsi (tupoksi). Berikut adalah kegiatan yang memerlukan koordinasi dengan satker terkait:

- a. Penelitian Kesehatan.
- b. Pengadaan obat, vaksin, dan reagen reguler berkoordinasi dengan Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan (Ditjen Farmalkes), kecuali reagen yang merupakan satu komponen dengan alat kesehatan di unit eselon 1 masing masing.
- c. Pengadaan alat kesehatan dan ambulans di Kantor Pusat dan Kantor Daerah (selain satker di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan) perlu rekomendasi dari Ditjen Pelayanan Kesehatan.
- d. Pengadaan alat pengolah data dengan spesifikasi khusus seperti tercantum dalam poin alat pengolah data tersebut diatas memerlukan rekomendasi Pusat Data dan Informasi.

Ketentuan lebih lanjut tentang koordinasi dan rekomendasi dituangkan dalam Surat Edaran Eselon I.

12. Belanja Pegawai

- a. Belanja pegawai mengacu pada Gaji Pokok Pegawai (GPP). Belanja pegawai transito dialokasikan di Unit Utama berkoordinasi dengan Biro Umum.
- b. Setiap satuan kerja dan/atau Unit Utama memperhatikan ketersediaan anggaran untuk pembayaran tunjangan kinerja sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

13. Tenaga Kontrak (Pramubakti, Sopir, Satpam, Tenaga Kebersihan)

- a. Jumlah tenaga pramubakti maksimal 10% dari jumlah pegawai. Bila satker memerlukan tenaga pramubakti melebihi 10% dari jumlah pegawai maka dilengkapi dengan analisa kebutuhan.
- b. Tenaga sopir hanya diperuntukkan bagi pejabat eselon I dan eselon II.
- c. Tenaga sopir untuk kendaraan operasional di kantor pusat maksimal 4 orang per satker.
- d. Tenaga sopir untuk kendaraan operasional di kantor daerah maksimal 2 orang per satker. Bila jumlah sopir melebihi 2 orang, perlu didukung dengan justifikasi yang ditandatangani oleh Kepala Satker yang bersangkutan.
- e. Tenaga sopir untuk kendaraan operasional khusus (ambulans/jenazah, mobil jemputan pegawai, operasional laboratorium lapangan) disesuaikan dengan hasil analisis kebutuhan.
- f. Jumlah tenaga satpam disesuaikan dengan hasil analisis kebutuhan.
- g. Jumlah tenaga kebersihan disesuaikan dengan hasil analisis kebutuhan.

14. Tenaga profesional

Untuk pemenuhan kebutuhan tenaga profesional yaitu: dokter, perawat, dan tenaga profesional lainnya di Daerah Terpencil, Perbatasan, dan Kepulauan (DTPK) agar dikoordinasikan dengan Satker terkait (Biro Kepegawaian dan/atau Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Tenaga Kesehatan) dan mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

15. Sewa Rumah bagi Pejabat Negara

Pejabat Eselon I, Eselon II, atau Eselon III yang menjadi Kepala Kantor berhak mendapatkan rumah negara. Dalam hal rumah negara tidak tersedia, maka dapat dialokasikan bantuan biaya sewa rumah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah dan PMK Nomor 150/PMK.06/2014 tentang Perencanaan Kebutuhan Barang Milik Negara).

16. Pemeliharaan Barang Milik Negara

Biaya pemeliharaan barang milik negara memperhatikan data SIMAK-BMN. Biaya pemeliharaan barang milik negara yang meliputi:

- a. tanah dan/atau bangunan,
- b. alat angkutan bermotor, dan
- c. BMN lain (selain poin 1) dan 2)) yang nilai perolehannya paling sedikit Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah) per-satuan harus diusulkan melalui mekanisme RK-BMN, bulan Agustus t-2.

Biaya pemeliharaan berupa BMN (selain tanah dan/atau bangunan, alat angkutan bermotor) yang nilai perolehannya kurang dari Rp.100.000.000,00 (seratus juta rupiah) per-satuan diusulkan melalui mekanisme penganggaran sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V

PENELITIAN DAN REVIU DOKUMEN PERENCANAAN DAN PENGANGGARAN

A. Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN)

Penelitian dan Reviu dokumen perencanaan anggaran bertujuan untuk meningkatkan kualitas perencanaan dan menjamin kepatuhan terhadap kaidah-kaidah penganggaran.

Hal-hal yang akan diteliti dan direviu dalam dokumen perencanaan anggaran:

1. konsistensi antara sasaran kinerja K/L dengan sasaran RKP termasuk prakiraan maju untuk tiga tahun ke depan;
2. kesesuaian sasaran kinerja dalam RKA-K/L dengan sasaran kinerja Renja K/L dan RKP;
3. kesesuaian data anggaran dalam RKA-K/L dengan Pagu Anggaran yang ditetapkan oleh Pejabat Kementerian Keuangan dan atau Kementerian Kesehatan;
4. konsistensi antara komponen kegiatan dengan tugas pokok dan fungsi satuan kerja;
5. relevansi tahapan/komponen kegiatan dengan *output* yang akan dicapai;
6. kelayakan dan kepatuhan terhadap kaidah-kaidah penganggaran antara lain penerapan Standar Biaya Masukan (SBM) dan Standar Biaya Keluaran (SBK), jenis belanja, hal-hal yang dibatasi atau dilarang, kontrak tahun jamak, pengalokasian anggaran untuk kegiatan yang didanai dari PNBPN, Badan Layanan Umum (BLU), P/HLN, Pinjaman/Hibah Dalam Negeri (P/HDN), dan Surat Berharga Syariah Negara (SBSN).

Pengaturan proses penelitian dan reviu dokumen perencanaan anggaran adalah sebagai berikut:

1. wewenang dan tanggung jawab

Dalam rangka menjamin kebenaran, kelengkapan, dan kepatuhan dalam penerapan kaidah perencanaan penganggaran, RKA-K/L yang telah ditandatangani oleh pejabat eselon I atau pejabat lain yang memiliki alokasi anggaran dan sebagai penanggung jawab program disampaikan kepada unit Aparat Pengawasan Intern Kementerian Negara/Lembaga (API K/L) dan Sekretariat Jenderal c.q. Biro Perencanaan dan Anggaran untuk direviu/diteliti.

Penelitian dimaksud difokuskan untuk memastikan kebenaran RKA-K/L beserta kelengkapan dokumen pendukungnya.

2. mekanisme penelitian dan revid

Pada setiap tahapan penetapan pagu, masing-masing Unit Utama melakukan pembahasan internal. Catatan hasil pembahasan, rincian alokasi pagu per satker, serta RKA-K/L disampaikan secara resmi dengan surat permohonan untuk dilakukan penelitian dan revid kepada Sekretaris Jenderal dengan tembusan kepada Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran. Sekretaris Jenderal berkoordinasi dengan Inspektur Jenderal untuk melakukan revid dan penelitian.

a. verifikasi Pagu Indikatif

Sebelum penetapan pagu indikatif, masing-masing Unit Utama memfasilitasi pelaksanaan verifikasi terhadap usulan dari satker.

Unit Utama menyampaikan hasil pembahasan pagu indikatif kepada Sekretaris Jenderal untuk dilakukan verifikasi oleh Biro Perencanaan dan Anggaran dengan mengundang Inspektorat Jenderal. Fokus verifikasi pada keterkaitan usulan kegiatan dengan indikator program dan kegiatan Unit Utama tersebut.

Tujuannya adalah agar saat penelitian dan revid RKA-K/L pagu anggaran dan alokasi anggaran tidak ada perbedaan persepsi dengan Unit Utama.

Pokok-pokok yang menjadi fokus verifikasi adalah:

- 1) kesesuaian dengan pagu yang ditetapkan.
- 2) kesesuaian dengan Kerangka Pembangunan Jangka Menengah (KPJM).
- 3) kesesuaian usulan dengan tugas dan fungsi.
- 4) kesesuaian usulan program dan kegiatan inisiatif baru yang telah disetujui oleh Bappenas dan Kementerian Keuangan.
- 5) hasil pencapaian indikator program dan kegiatan tahun sebelumnya menjadi salah satu bahan pertimbangan dalam melakukan verifikasi.
- 6) kesesuaian tahapan kegiatan dengan *output* kegiatan.
- 7) kesesuaian *output* kegiatan dengan indikator kegiatan.
- 8) kelengkapan dokumen pendukung berupa TOR, RAB, dan lain-lain.
- 9) kesesuaian usulan program dan kegiatan dengan kebijakan/peraturan penganggaran.
- 10) kesesuaian sumber dana (RM, PNBK/BLU, P/HLN, dan sebagainya).

Adapun formulasi nilai pembobotan yang digunakan dalam proses penilaian usulan perencanaan adalah sebagai berikut:

$$c = \sum_{i=1}^8 x_i + \sum_{i=1}^4 y_i + Z$$

Keterangan:

C = Nilai bobot total. Nilai bobot total digolongkan menjadi 4 kriteria prioritas yaitu: kriteria A : >75% -100%; B : >50% - 75%; C : >25% - 50%; dan D : 0% - 25%

X = Aspek perencanaan/teknis program, dengan bobot total 60%. Sub kriteria yang diperhitungkan terdiri atas: kesesuaian dengan RPJMN, RENSTRA & atau RKP (7,5%), kesesuaian dengan tupoksi dan kewenangan (2,5%), kesesuaian dengan kerangka logis program (10%), keberadaan manajemen resiko (2,5%), dukungan terhadap Program Prioritas (20%), pertimbangan aspek spasial (5%), dimensi masalah (5%), kepatuhan pada teknis perencanaan meliputi kepatuhan pada ketentuan nomenklatur, satuan, target, kaidah efisiensi (tidak duplikasi, sesuai kebutuhan, dan sesuai Standar Biaya Masukan (7,5%).

Y = Aspek monitoring dan evaluasi yaitu implementasi, dengan bobot total 20%. Sub kriteria yang diperhitungkan antara lain: realisasi anggaran (5%), konsistensi RPD (rencana penarikan dana) dengan realisasi (5%), pencapaian output (5%), dan efisiensi (5%).

Z = Aspek monitoring dan evaluasi yaitu pencapaian indikator kinerja kegiatan, dengan bobot total 20%.

Kriteria pembobotan adalah sebagai berikut:

- 1) aspek perencanaan teknis program, dengan bobot total 60% = X. Kriteria teknis program dibagi ke dalam sub kriteria:
 - a) Kesesuaian dgn RPJMN, RENSTRA & RKP (bobot 7,5%) = X1, yaitu identifikasi kesesuaian komponen dengan sasaran RPJMN, RENSTRA & RKP.
 - b) Kesesuaian dgn Tupoksi & Kewenangan (bobot 2,5%) = X2, yaitu Kesesuaian komponen kegiatan dengan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan. Komponen kegiatan

dipastikan merupakan pelaksanaan tugas dan fungsi serta sesuai dengan kewenangannya.

- c) Kesesuaian dengan Kerangka Logis Program (bobot 10%) = X3, yaitu Kesesuaian komponen kegiatan dengan *logical framework* program.
 - d) Manajemen Resiko (bobot 2,5%) = X4, yaitu adanya identifikasi resiko-resiko masalah yang dapat menyebabkan kegagalan dan rencana *kontijensi*-nya.
 - e) Mendukung Program Prioritas (bobot 20%) = X5, yaitu Identifikasi apakah komponen kegiatan mendukung program-program prioritas (Stunting, AKI, AKB, ATM, Germas, PIS PK, Nusantara Sehat, JKN, Program Pantauan KSP, 40 Desa Pilot).
 - f) Aspek Spatial/Kewilayahan & Equity/keadilan (bobot 5%) = X6, yaitu Identifikasi apakah komponen kegiatan mendukung aspek kewilayahan & keadilan meliputi afirmasi terhadap daerah Papua & Papua Barat dan DTPK, disparitas Kapasitas Fiskal, Indeks Pembangunan Kesehatan Manusia (IPKM), ketersediaan SDM dan Sarana prasarana serta mutu fasyankes.
 - g) Dimensi Masalah (bobot 5%) = X7, yaitu identifikasi keterkaitan komponen kegiatan dengan aspek masalah yang coba diatasi, yaitu:
 - *Growth*/perkembangan masalah,
 - *Magnitude* (ukuran kekuatan masalah yang dihadapi).
 - Keberlanjutan
 - Lokalitas masalah
 - Kompleksitas
 - h) Kepatuhan pada ketentuan teknis perencanaan dan penganggaran (bobot 7,5%) = X8, yaitu kepatuhan pada kaidah/ketentuan perencanaan dan penganggaran (Nomenklatur, satuan, target , sasaran, kaidah efisiensi; tidak duplikasi, sesuai kebutuhan dan Standar Biaya Masukan (SBM) serta kepatuhan pada Bagan Akun Standar (BAS)
- 2) aspek monitoring dan evaluasi, dengan bobot total 40%. Yang digunakan sebagai penghitungan bobot monev adalah hasil

evaluasi 2 tahun sebelumnya (T-2). Dibagi ke dalam 2 sub kriteria yaitu:

a) Aspek Implementasi dengan bobot =20% = Y.

Rumus $Y = Y_1 + Y_2 + Y_3 + Y_4$ atau $Y = \sum_{i=1}^4 y_i$

Komponen Y terdiri dari:

i. Realisasi Anggaran (bobot 5%), yaitu persentase penyerapan anggaran dibandingkan dengan pagu anggaran. Rumus:

$$P = \frac{RA}{PA} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Penyerapan anggaran

RA = Realisasi anggaran

PA = Pagu anggaran

Nilai bobot realisasi anggaran (NBRA) = Y1.

Rumus: NBRA = P x 0.05 (bobot)

ii. Konsistensi rencana dengan pelaksanaannya (bobot 5%), yaitu kesesuaian Rencana Penarikan Dana (RPD) per-bulan dengan realisasinya. Diukur dengan seberapa simpangan/gap antara RPD per-bulan dengan realisasi anggarannya. Rumus:

$$K = \frac{\sum_{i=1}^n \left(\frac{\sum_{j=1}^i RA \text{ bulan ke } j}{\sum_{j=1}^i RPD \text{ bulan ke } j} \times 100\% \right)}{n}$$

Keterangan:

K = Konsistensi antara perencanaan dan implementasi

RA = Realisasi anggaran

RPD = Rencana penarikan dana

N = Jumlah bulan

Nilai bobot konsistensi (NBK) = Y2.

Rumus: NBK = K x 0.05 (bobot)

- iii. Pencapaian Keluaran (bobot 5%), yaitu: persentase capaian volume keluaran dibanding dengan target volume keluaran. Rumus:

$$PK = \frac{\sum_{i=1}^n \left(\frac{RVK \text{ ke } i}{TVK \text{ ke } i} \right) \times 100\%}{n}$$

Keterangan:

PK = Pencapaian keluaran

RVK = Realisasi volume keluaran

TVK = Target volume keluaran

n = Jumlah keluaran

Nilai bobot pencapaian keluaran (NBPK)= Y3.

Rumus: NBPK = PK x 0.05 (bobot)

- iv. Efisiensi (bobot 5%): ukuran seberapa besar satuan kerja dapat mengefisienkan anggarannya dengan tetap mencapai target keluaran yang sama. Rumus:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n \left(1 - \frac{RAK \text{ ke } i / RVK \text{ ke } i}{PAK \text{ ke } i / TVK \text{ ke } i} \right) \times 100\%}{n}$$

Keterangan :

PK : Pencapaian keluaran

RVK : Realisasi volume keluaran

RAK : Realisasi anggaran per keluaran

TVK : Target Volume keluaran

PAK : Pagu anggaran per keluaran

n : Jumlah jenis keluaran

Nilai Efisiensi

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50 \right)$$

Keterangan :

NE : Nilai efisiensi

E : Efisiensi

Catatan: Rumus nilai efisiensi diperoleh dengan asumsi bahwa nilai minimal yang dicapai K/L dalam formula efisiensi sebesar -20% dan nilai maksimalnya sebesar 20%. Oleh karena itu, perlu dilakukan transformasi skala efisiensi agar diperoleh kisaran nilai yang berkisar antara 0%-100%.

Nilai bobot efisiensi (NE)= Y4.

Rumus: NBE = NE x 0.05 (bobot)

- b) Aspek pencapaian indikator kinerja kegiatan (IKK) dengan bobot =20% = Z.

Merupakan persentase capaian target IKK dibanding dengan realisasinya. Rumus:

$$PIKK = \frac{RIKK}{TIKK} \times 100\%$$

Keterangan:

PIKK = Pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan

RIKK = Realisasi Indikator Kinerja Kegiatan

TIKK = Target Indikator Kinerja Kegiatan

Nilai bobot pencapaian IKK = Z.

Rumus: NBPIKK = PIKK x 0.2 (bobot)

b. Penelitian dan Reviu Pagu Anggaran

Penelitian dan reviu pada tahap Pagu Anggaran dilakukan oleh Biro Perencanaan dan Anggaran dan Inspektorat Jenderal, dengan fokus:

- 1) kesesuaian dengan pagu yang ditetapkan.
- 2) kesesuaian dengan Kerangka Pembangunan Jangka Menengah (KPJM)
- 3) kesesuaian usulan dengan tugas dan fungsi.
- 4) kesesuaian usulan program dan kegiatan inisiatif baru yang telah disetujui oleh Bappenas dan Kementerian Keuangan.
- 5) hasil pencapaian indikator program dan kegiatan tahun sebelumnya menjadi salah satu bahan pertimbangan dalam melakukan reviu dan penelitian.
- 6) kesesuaian tahapan kegiatan dengan *output* kegiatan.
- 7) kesesuaian *output* kegiatan dengan indikator kegiatan.
- 8) kelengkapan dokumen pendukung berupa TOR, RAB, dan lain-lain.
- 9) kesesuaian usulan program dan kegiatan dengan kebijakan/peraturan penganggaran.
- 10) kesesuaian sumber dana (RM, PNBP/BLU, P/HLN, dan sebagainya).

c. Penelitian dan Reviu Alokasi Anggaran

Penelitian dan reviu pada tahap Alokasi Anggaran dilakukan oleh Biro Perencanaan dan Anggaran dan Inspektorat Jenderal, dengan fokus untuk:

- 1) memastikan hasil penelitian dan reviu pada pagu anggaran telah ditindaklanjuti.
- 2) melakukan penelitian dan reviu terhadap usulan perubahan dan komponen kegiatan baru (belum ada pada pagu anggaran).

3. jadwal penelitian dan reviu

a. pra pagu indikatif

Unit Utama diharapkan telah melaksanakan pembahasan/verifikasi internal pra pagu indikatif paling lambat satu minggu sebelum pelaksanaan penelitian dan reviu pagu indikatif. Hasil pembahasan didokumentasikan ke dalam laporan hasil pembahasan internal Unit Utama yang dilengkapi dengan TOR dan RAB yang terperinci. Dokumen hasil pembahasan internal Unit Utama dan RKA-K/L disampaikan ke Sekretaris Jenderal sebelum dilakukan penelitian dan reviu pagu indikatif.

b. pada pagu indikatif

Penelitian dan reviu pagu indikatif dilaksanakan tiga minggu setelah diterimanya SB MenPPN/Kepala Bappenas dan Menkeu. (Perkiraan bulan Maret-April).

c. pada pagu anggaran

Penelitian dan reviu pagu anggaran dilaksanakan satu minggu setelah pagu anggaran ditetapkan oleh Kemenkeu (Perkiraan bulan Juni-Juli).

d. pada alokasi anggaran

Penelitian dan reviu alokasi anggaran dilaksanakan segera setelah ditetapkan pagu alokasi anggaran oleh Kemenkeu (Perkiraan bulan Oktober).

4. Format revidan penelitian

Format dan/atau sistematika catatan hasil penelitian dan revidan mengacu pada ketentuan yang berlaku.

a. pagu indikatif

Format penelitian pada pagu indikatif setidaknya harus memuat:

- 1) judul
- 2) identitas satker
- 3) jumlah pagu indikatif
- 4) tanggal penelitian
- 5) isi penelitian sesuai format
- 6) kesimpulan dan rekomendasi
- 7) penandatanganan:
 - a) tim peneliti dari Biro Perencanaan dan Anggaran;
 - b) KPA Satker atau pejabat yang mewakili;
 - c) kabag PI/PA Unit Utama;
 - d) kabag di Biro Perencanaan dan Anggaran yang menjadi pengampu Unit Utama yang menjadi obyek penelitian.

b. pagu anggaran dan alokasi anggaran

- 1) Format penelitian pada pagu anggaran dan alokasi anggaran setidaknya harus memuat:

- a) judul
- b) identitas satker
- c) jumlah pagu anggaran/alokasi anggaran
- d) tanggal penelitian
- e) isi penelitian
- f) kesimpulan dan rekomendasi
- g) penandatanganan:
 - (1) tim penelitian dari Biro Perencanaan dan Anggaran;
 - (2) KPA Satker atau pejabat yang mewakili;
 - (3) kabag PI/PA Unit Utama;
 - (4) kabag di Biro Perencanaan dan Anggaran yang menjadi pengampu Unit Utama yang menjadi obyek penelitian.

- 2) Format revidan pada pagu anggaran dan alokasi anggaran setidaknya harus memuat:

1. Judul
2. Identitas satker
3. Jumlah pagu anggaran/alokasi anggaran
4. Tanggal reviu
5. Isi reviu
6. Kesimpulan dan rekomendasi
7. Penandatanganan:
 - (1) Tim penelitian dan reviu dari Biro Perencanaan dan Anggaran dan API-KL (Inspektorat Jenderal);
 - (2) KPA Satker atau pejabat yang mewakili;
 - (3) Kabag PI/PA Unit Utama;
 - (4) Kabag di Biro Perencanaan dan Anggaran yang menjadi pengampu Unit Utama yang menjadi obyek penelitian dan reviu.

5. Lain-lain

- a. Dalam hal proses validasi terdapat data yang tidak sesuai dengan kaidah-kaidah RKA-K/L, dokumen hasil pembahasan internal dikembalikan kepada unit untuk dilakukan perbaikan;
- b. Hasil penelitian/penelaahan RKA-K/L dituangkan dalam Catatan Hasil Penelitian dan Reviu dan ditandatangani oleh para peneliti/penelaah dan para pejabat yang bertugas sesuai kewenangan yang diberikan oleh pimpinan Unit Utama/Eselon I masing masing.

B. Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan

Reviu atau verifikasi dokumen perencanaan Dana Alokasi Khusus (DAK) bertujuan untuk menilai kelayakan Usulan sesuai dengan target prioritas nasional. Verifikasi Dokumen perencanaan di fokuskan pada:

1. Kesesuaian antara usulan dengan menu kegiatan yang telah ditetapkan
2. Kesesuaian usulan dengan data sarana prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki oleh daerah
3. Menilai rasionalitas harga satuan
4. Kesesuaian usulan dengan kebutuhan daerah untuk pemenuhan standarisasi mutu pelayanan kesehatan di daerah
5. Kesesuaian data dukung dan data teknis

Tahapan Reviu atau verifikasi usulan Dana Alokasi Khusus bidang Kesehatan sebagai berikut:

1. Rapat Koordinasi Teknis Kementerian Dalam Negeri
 - a. Melakukan sinkronisasi kebijakan pembangunan nasional dan daerah, daerah provinsi dan kabupaten/kota serta pembangunan antar daerah.
 - b. Melakukan penyelarasan program atau kegiatan, target dan lokasi, dan melakukan konfirmasi terhadap target/lokasi, dan anggaran pembangunan nasional antar pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota untuk semua bidang urusan.
 - c. Kementerian Dalam Negeri membuat berita acara hasil pembahasan yang ditanda tangani oleh semua pembahas dan Pemerintah Daerah.
2. Musyawarah perencanaan dan pembangunan Nasional
 - a. Daerah menyampaikan usulan program dan kegiatan yang dikerjakan untuk tahun anggaran berikutnya untuk didanai baik dari APBN, APBD maupun sumber lainnya.
 - b. BAPPENAS bersama Kementerian/Lembaga teknis terkait bersama Pemerintah Daerah melakukan pembahasan Usulan Program dan kegiatan yang diajukan oleh daerah untuk disesuaikan dengan prioritas nasional.
 - c. Kementerian PPN/BAPPENAS membuat berita acara hasil pembahasan yang ditandatangani oleh semua pembahas dan Pemerintah Daerah.
3. Penyusunan Proposal Daerah
 - a. Organisasi Perangkat Daerah (OPD) bersama-sama dengan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) membuat usulan kegiatan yang bersumber DAK sesuai dengan kebutuhan dan kewenangan Daerah sesuai Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) khususnya untuk mencapai target dan sasaran Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM) dengan tetap mengacu kepada Rencana Kerja Pemerintah Pusat (RKP) dan prioritas nasional.
 - b. BAPPEDA bersama OPD menginput program dan kegiatan ke dalam aplikasi *E-Planning* BAPPENAS.

- c. BAPPEDA mencetak usulan program dan kegiatan yang telah diinput di dalam aplikasi *E-Planning* BBAPPENAS untuk selanjutnya hasil print out ditandatangani oleh Kepala Daerah dan dibubuhi cap basah, kemudian dikirimkan ke Kementerian Kesehatan Cq. Sekretariat Jenderal (Biro Perencanaan dan Anggaran, Kementerian Keuangan dan Kementerian PPN/BAPPENAS).
4. Verikasi Usulan Daerah
 - a. Usulan proposal daerah yang telah diinput ke dalam *E-Planning* BAPPENAS dilakukan verifikasi oleh Kementrian Dalam Negeri terhadap kesesuaian dengan urusan daerah (UU Nomor 23 Tahun 2014)
 - b. Kementerian PPN/BAPPENAS melakukan verifikasi terhadap kesesuaian antara usulan pemerintah daerah dengan lokasi prioritas dan melakukan penilaian terhadap usulan Pemerintah Daerah berdasarkan kriteria kesesuaian dengan lokasi
 - c. Kementerian Kesehatan melakukan verifikasi terhadap usulan Pemerintah Daerah sesuai dengan kebijakan dan target DAK yang telah dirancang dan melakukan penilaian terhadap usulan Pemerintah Daerah
 - d. Kementerian Keuangan melakukan verifikasi terhadap usulan Pemerintah Daerah, melakukan penilaian terhadap usulan Pemerintah Daerah dengan mempertimbangkan kapasitas fiskal Daerah dan Negara. Mengalokasikan DAK per-daerah sesuai hasil penilaian usulan.
 5. Penilaian Teknis Usulan Daerah
 - a. Daerah menyampaikan data teknis dan data dukung terkait kegiatan yang diusulkan pendanaannya melalui DAK
 - b. Daerah menyampaikan lokus kegiatan yang diusulkan pendanaannya melalui DAK
 - c. Kementerian Kesehatan melakukan verifikasi terhadap data dukung dan data teknis yang disampaikan oleh Pemerintah Daerah untuk menjamin kesesuaian dengan kegiatan yang diusulkan.
 - d. Kementerian Kesehatan memverifikasi lokus dan kegiatan yang diusulkan oleh Daerah untuk menjamin kesesuaian dengan prioritas nasional dan program Kementerian Kesehatan.

6. Sinkronisasi DAK
 - a. Penyampaian hasil penilaian sementara dari *Trilateral Meeting* (Kemenkeu, Bappenas, K/L) kepada pemerintah daerah melalui aplikasi sinkronisasi
 - b. Pemerintah Daerah mengkonfirmasi hasil penilaian sementara dari *trilateral meeting* telah sesuai dengan hasil verifikasi yang telah disepakati antara Kementerian Teknis/Lembaga dengan Pemerintah Daerah.
 - c. Kesepakatan menu kegiatan, target output, lokasi kegiatan, dan prioritas kegiatan dan lokasi.
 - d. Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian PPN/BAPPENAS bersama Pemerintah Daerah menandatangani berita acara hasil berita sinkronisasi antar bidang, antar daerah
7. Penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA)
 - a. Pemerintah Pusat telah menetapkan alokasi anggaran DAK perdaerah, perbidang, perjenis
 - b. Pemerintah Daerah mengusulkan rencana kerja dan anggaran sesuai alokasi yang sudah ditetapkan oleh pemerintah pusat dengan mengacu pada prioritas nasional dan menu kegiatan yang telah ditetapkan
 - c. Kementerian Kesehatan melakukan validasi data yang disampaikan oleh Pemerintah daerah dengan data dukung yang sudah ada
 - d. Kementerian Kesehatan memberikan persetujuan terhadap kegiatan yang diusulkan oleh daerah yang sesuai dengan data dukung dan hasil penilaian
 - e. Kementerian Kesehatan bersama-sama dengan Pemerintah Daerah membuat persetujuan kegiatan, target, output, lokus yang menjadi kewenangan daerah yang bersumber DAK sesuai prioritas nasional.
8. Mekanisme Penilaian Teknis

Tahapan mekanisme penilaian sebagai berikut:

 - a. Daerah melakukan pembahasan internal antara Organisasi perangkat Daerah (OPD) dan BAPPEDA.
 - b. Hasil pembahasan Daerah disampaikan dalam bentuk proposal kepada Kementerian Kesehatan cq. Sekretariat Jendral (Biro Perencanaan dan Anggaran).

- c. Daerah mengimput ke dalam aplikasi Perencanaan dan Anggaran Kementerian Kesehatan (E-Renggar Kemenkes).
 - d. Usulan dilakukan penilaian teknis oleh tim Biro perencanaan dan Anggaran, tim unit Teknis dan unit utama.
 - e. Hasil penilaian teknis disepakati dalam bentuk berita acara yang ditandatangani oleh Kementerian Kesehatan, Provinsi/ Kabupaten/Kota.
9. Format Penilaian Teknis Usulan Daerah
- Format Penilaian Teknis Berupa berita acara RKA DAK Bidang Kesehatan yang disepakati secara bersama terdiri dari:
- a. Judul (Jenis DAK, Subbidang)
 - b. Identitas Kabupaten/Kota
 - c. Identitas Provinsi
 - d. Tanggal Penilaian Teknis
 - e. Menu DAK Bidang Kesehatan
 - f. Penandatanganan:
 - 1) Tim penilaian Teknis dari Biro Perencanaan dan Anggaran
 - 2) KPA Satker (Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota)
 - 3) Dinas Kesehatan Provinsi
 - 4) Kabag PI/PA Unit Utama;

BAB VI

PEMBINAAN, PENGAWASAN, DAN EVALUASI

Pembinaan, pengawasan, dan evaluasi merupakan bagian dari fungsi manajemen yang mempunyai peran sangat penting. Pembinaan perencanaan dimaksudkan agar penyelenggaraan perencanaan dapat dilakukan dengan baik, efektif dan efisien sehingga menghasilkan mutu perencanaan yang berkualitas. Sedangkan pengawasan adalah kegiatan penilaian terhadap pelaksanaan tugas yang sedang berjalan dengan tujuan mencocokkan pelaksanaan kegiatan dengan standar/tolak ukur yang ditetapkan. Kegiatan pembinaan dan pengawasan yang dilakukan Pemerintah Pusat dapat berupa pemberian pedoman, bimbingan, dan standar pelaksanaan, fasilitasi, supervisi, konsultasi, pemberian pendidikan/pelatihan, dan fasilitasi penelitian dan pengembangan, termasuk pemanfaatan teknologi informasi.

Evaluasi sama pentingnya dengan fungsi-fungsi manajemen lainnya, yaitu perencanaan, pengorganisasian atau pelaksanaan, pemantauan (monitoring) dan pengendalian. Terkadang fungsi monitoring dan fungsi evaluasi sulit untuk dipisahkan. Sebagai bagian dari fungsi manajemen, fungsi evaluasi tidaklah berdiri sendiri. Fungsi-fungsi seperti fungsi pemantauan dan pelaporan sangat erat hubungannya dengan fungsi evaluasi. Di samping untuk melengkapi berbagai fungsi di dalam fungsi-fungsi manajemen, evaluasi sangat bermanfaat agar organisasi tidak mengulangi kesalahan yang sama setiap kali.

Evaluasi adalah proses pengumpulan dan analisis data secara sistematis yang diperlukan dalam rangka pengambilan keputusan, GAO (1992:4). Evaluasi akan menghasilkan umpan balik dalam kerangka efektivitas pelaksanaan kegiatan organisasi. Menurut *Department of Health & Human Services*, evaluasi adalah proses untuk mengumpulkan informasi. Sebagaimana dengan proses pada umumnya, evaluasi harus dapat mendefinisikan komponen-komponen fase dan teknik yang akan dilakukan.

Pengertian lain dikemukakan oleh Peter H. Rossi (1993:5) menyebutkan bahwa evaluasi merupakan suatu aplikasi penilaian yang sistematis terhadap konsep, desain, implementasi, dan manfaat aktivitas dan program dari suatu instansi pemerintah. Dengan kata lain, evaluasi dilakukan untuk menilai dan meningkatkan cara-cara dan kemampuan berinteraksi instansi pemerintah yang pada akhirnya akan meningkatkan kinerjanya.

Evaluasi adalah proses penilaian yang sistematis, pemberian nilai, atribut, apresiasi dan pengenalan permasalahan serta pemberian solusi atas permasalahan yang ditemukan. Dalam berbagai hal, evaluasi dilakukan melalui monitoring terhadap sistem yang ada. Namun demikian, evaluasi kadang-kadang tidak dapat dilakukan dengan hanya menggunakan informasi yang dihasilkan oleh sistem informasi pada organisasi instansi saja. Data dari luar instansi akan menjadi sangat penting untuk digunakan dalam melakukan analisis dan evaluasi. Evaluasi mungkin saja dilakukan dengan tidak terlalu mementingkan keakuratan data yang ada, namun dengan lebih bijaksana dalam memperoleh data, sehingga data yang hanya berkriteria cukup dapat saja digunakan dalam pelaksanaan evaluasi. Penggunaan data dan informasi guna melakukan evaluasi lebih diprioritaskan pada kecepatan untuk memperoleh data dan kegunaannya. Dengan demikian, hasil evaluasi akan lebih cepat diperoleh dan tindakan yang diperlukan untuk perbaikan dapat segera dilakukan.

A. Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, yang selanjutnya disingkat SAKIP, adalah rangkaian sistematis dari berbagai aktivitas, alat, dan prosedur yang dirancang untuk tujuan penetapan dan pengukuran, pengumpulan data, pengklasifikasian, pengikhtisaran, dan pelaporan kinerja pada instansi pemerintah, dalam rangka pertanggung-jawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah. Pertanggung-jawaban dimaksud berupa laporan yang disampaikan kepada atasan masing-masing, Kementerian Negara/Lembaga pengawasan dan penilai akuntabilitas, dan akhirnya disampaikan kepada Presiden selaku kepala pemerintahan.

Penyelenggaraan SAKIP pada Kementerian Negara/Lembaga dilaksanakan oleh entitas Akuntabilitas Kinerja secara berjenjang dengan tingkatan sebagai berikut: 1) Entitas Akuntabilitas Kinerja Satuan Kerja; 2) Entitas Akuntabilitas Kinerja Unit Organisasi; dan 3) Entitas Akuntabilitas Kinerja Kementerian Negara/Lembaga. Adapun penyelenggaraan SAKIP pada SKPD dilaksanakan oleh Entitas Akuntabilitas Kinerja SKPD.

Dalam melaksanakan ketentuan sesuai Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang SAKIP telah ditetapkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Penetapan Kinerja, Pelaporan

Kinerja, dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 12 Tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Pelaksanaan SAKIP dilakukan dengan:

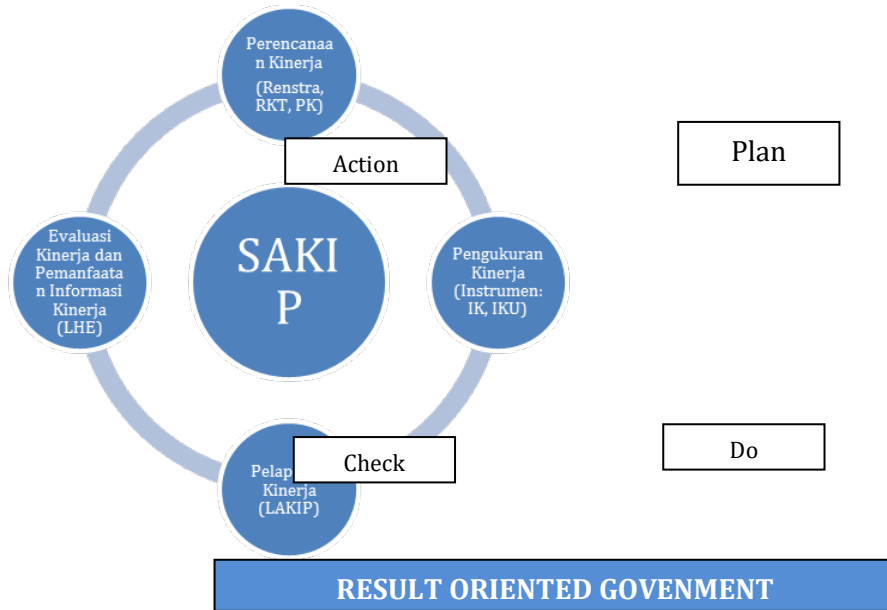
1. Mempersiapkan dan menyusun perencanaan strategis;
2. Merumuskan visi, misi, faktor-faktor kunci keberhasilan, tujuan, sasaran dan strategi instansi Pemerintah;
3. Merumuskan indikator kinerja instansi Pemerintah dengan berpedoman pada kegiatan yang dominan, menjadi isu nasional dan vital bagi pencapaian visi dan misi instansi Pemerintah;
4. Memantau dan mengamati pelaksanaan tugas pokok dan fungsi dengan seksama;
5. Mengukur pencapaian kinerja, dengan:
 - a. Perbandingan kinerja aktual dengan rencana atau target
 - b. Perbandingan kinerja aktual dengan tahun-tahun sebelumnya
 - c. Perbandingan kinerja aktual dengan kinerja di negara-negara lain atau standar internasional
6. Melakukan evaluasi kinerja dengan:
 - a. Menganalisa hasil pengukuran kinerja
 - b. Menginterpretasikan data yang diperoleh
 - c. Membuat pembobotan (*rating*) keberhasilan pencapaian program
 - d. Membandingkan pencapaian program dengan visi dan misi instansi pemerintah.

Alat untuk melaksanakan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah adalah laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP).

Dalam konsep pemerintahan yang berorientasi kepada hasil (*Result Oriented Government*), SAKIP merupakan alur sistem yang dimulai sejak perencanaan kinerja dengan menetapkan Rencana Strategis (Renstra)/Rencana Aksi Program/Rencana Aksi Kegiatan, Rencana Kinerja Tahunan (RKT)/Rencana Kerja dan Perjanjian Kinerja (PK). Pada pelaksanaannya, diperlukan instrumen untuk pengukuran kinerja berupa Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) dan Indikator Kinerja Program (IKP). Setelah melalui fase pelaksanaan, dilanjutkan dengan pelaporan kinerja yang menggunakan format atau alat berupa Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) atau Laporan Kinerja (LKj). Dokumen LAK/LKj tersebut akan menjadi bahan baku penyusunan Laporan Hasil Evaluasi (LHE). Dengan

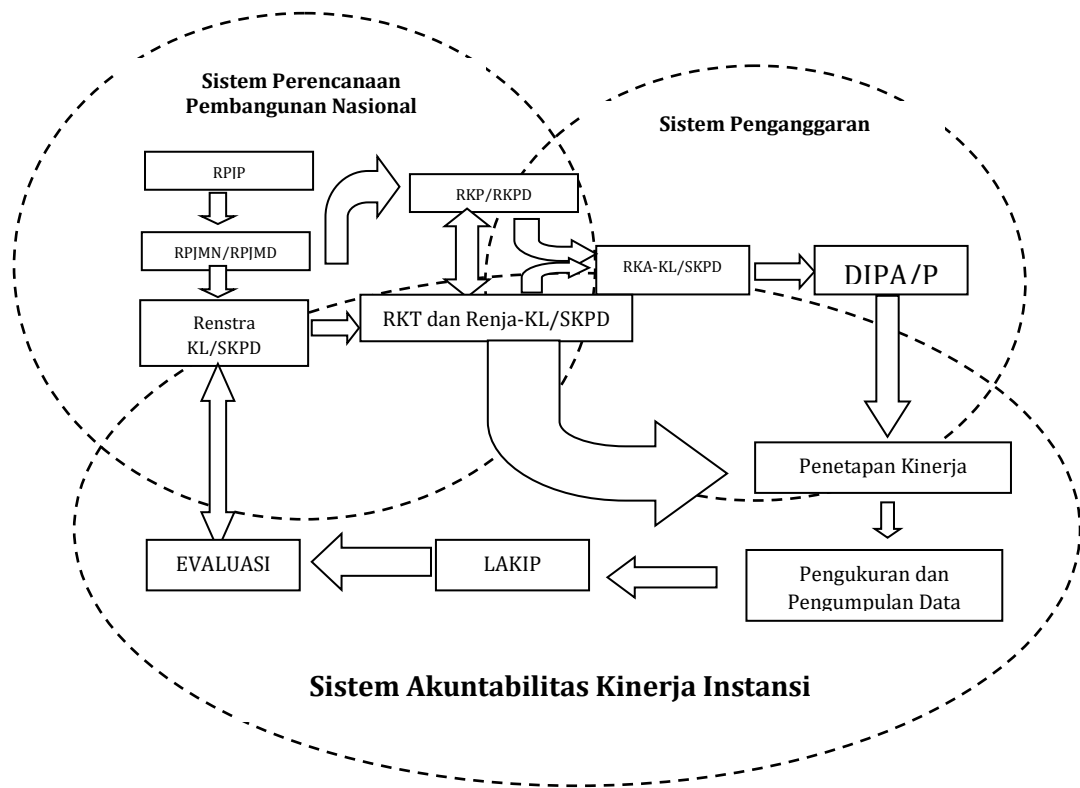
memanfaatkan LHE, setiap instansi akan menyusun perencanaan kinerja untuk tahun berikutnya. Demikianlah siklusnya akan berulang kembali mengikuti pola tersebut. Gambaran pola siklus tersebut sebagaimana ilustrasi di bawah ini.

Gambar 4. Alur SAKIP



Dalam pelaksanaannya SAKIP tidak dapat terlepas dari sistem perencanaan dan penganggaran. Pada tahap perencanaan, SAKIP berkaitan dengan Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN) sesuai Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004. Sedangkan pada tahap pelaksanaan, SAKIP berhubungan dengan Sistem Penganggaran yang telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003. Keterkaitan SAKIP dengan sistem perencanaan dan penganggaran dapat digambarkan dalam bagan berikut:

Gambar 5. Keterkaitan SAKIP dengan Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN) dan Sistem Penganggaran



B. Pemantauan dan Evaluasi Perencanaan Anggaran

Dalam proses perencanaan dan penganggaran baik yang dilakukan di tingkat Pusat maupun daerah, perlu dilakukan pemantauan dan evaluasi agar dalam proses penyusunan perencanaan dan penganggaran berjalan sebagaimana mestinya. Pemantauan dilakukan untuk mengidentifikasi secara dini kendala/permasalahan dalam proses perencanaan dan penganggaran yang selanjutnya segera dilakukan upaya untuk mengatasi masalah tersebut. Pemantauan penyusunan perencanaan penganggaran dilakukan untuk menjamin kualitas perencanaan dan penganggaran yang akan dihasilkan. Sedangkan evaluasi dilakukan untuk memberikan umpan balik terhadap penyusunan perencanaan dan penganggaran untuk perbaikan tahun berikutnya. Dengan demikian perencanaan dan penganggaran akan menjadi berkualitas, transparan dan akuntabel, proporsional dan semakin efisien dan efektif dalam penggunaan anggaran.

Pemantauan dilakukan untuk memastikan bahwa:

1. Proses perencanaan sesuai dengan tahapan yang telah dilakukan.
2. Perencanaan yang disusun dapat mengefektifkan sumber daya yang ada.

3. Perencanaan yang disusun sesuai dengan prioritas masalah.
4. Perencanaan yang disusun dapat dilaksanakan.
5. Perencanaan yang disusun terintegrasi, sinkron dan sinergi dengan kegiatan yang dibiayai dari sumber pendanaan lainnya.
6. Mampu mengantisipasi masalah-masalah yang timbul dalam proses perencanaan yang dilakukan.

Pelaksanaan pemantauan dimulai dari proses perencanaan baik melalui supervisi maupun pertemuan/koordinasi sampai dengan penuangannya ke dalam RKA-K/L. Dalam pelaksanaannya, pemantauan dilakukan oleh Biro Perencanaan dan Anggaran bersama-sama dengan Unit Utama. Sedangkan provinsi, perlu melakukan pemantauan dalam perencanaan dan pelaksanaan di kabupaten/kota.

Kegiatan pemantauan dapat dilakukan dalam bentuk pembinaan. Petugas harus mampu memberikan saran pemecahan masalah pada setiap kendala/masalah yang ditemukan dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran.

Pelaksanaan evaluasi perencanaan dan penganggaran dilakukan untuk memberikan umpan balik terhadap hasil perencanaan dan penganggaran yang telah disusun, sehingga perencanaan dan penganggaran yang akan disusun pada tahun yang akan datang menjadi lebih baik.

Dalam melakukan evaluasi, maka hal-hal yang perlu diperhatikan, antara lain:

1. Perencanaan yang disusun tidak tumpang tindih dengan kegiatan yang bersumber dari pembiayaan lainnya, seperti APBD.
2. Perencanaan yang disusun didukung dengan data yang berbasis bukti (*evidence based*).
3. Sinkronisasi antara menu kegiatan Dekonsentrasi dan TP sesuai kebutuhan daerah.
4. Perencanaan yang disusun mempunyai daya ungkit tinggi untuk tercapainya target pembangunan kesehatan.

Evaluasi perencanaan dan penganggaran dilakukan di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Evaluasi perencanaan dan penganggaran di Kemenkes dilakukan oleh Biro Perencanaan dan Anggaran. Provinsi melakukan evaluasi terhadap perencanaan dan penganggaran yang disusun oleh kabupaten/kota. Kegiatan evaluasi dapat dilakukan dengan menelaah dokumen yang ada, hasil laporan pelaksanaan kegiatan maupun kunjungan lapangan.

Pemantauan dan evaluasi dilaksanakan dengan didukung alat/sarana yang tepat agar dapat berjalan secara efektif dan terarah. Dengan demikian pemantauan dan evaluasi yang dilakukan dapat tepat sasaran dan mampu mendapatkan informasi penting guna perbaikan dan umpan balik dalam penyusunan perencanaan dan penganggaran.

C. Pemantauan dan Evaluasi Perencanaan DAK Bidang Kesehatan

Pemantauan dan evaluasi DAK mencakup kinerja program dan kinerja keuangan. Lingkup pemantauamn dan evaluasi meliputi:

1. Kesesuaian antara kegiatan DAK Bidang Kesehatan dengan usulan kegiatann yang ada dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD)
2. Kesesuaian Pemanfaatan DAK Bidang Kesehatan dalam Dokumen pelaksanaan Anggaran-Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA SKPD)
3. Realisasi pelaksanaan kegiatan, lokasi kegiatan dan sasaran pelaksanaan kegiatan dengan rencana kerja dan anggaran yang telah ditetapkan.
4. Evaluasi pencapaian kegiatan DAK Bidang Kesehatan berdasarkan *input*, proses, *output*.
5. Evaluasi pencapaian target prioritas Nasional Bidang Kesehatan sesuai dengan target unit teknis, Rencana Kerja pemerintah (RKP) dan Rencana Strategi Kementerian Kesehatan.

Pelaksanaan Pemantauan dan Evaluasi

1. Pemantauan dan evaluasi DAK dilakukan oleh Organisasi pelaksana dan atau tim di tingkat Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Pemantauan dan evaluasi capaian indikator program dilakukan secara terpadu disetiap jenjang administrasi. Puskesmas/Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi mempunyai kewajiban untuk menyampaikan laporan kinerja program dengan menggunakan format yang ada sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VII
PENUTUP

Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan secara terintegrasi dan bersinergi antara pusat, provinsi dan kabupaten/kota termasuk RS. Penyelenggaraan yang dimaksud adalah sejak dimulainya proses penyusunan perencanaan sampai dengan evaluasi.

Pedoman ini disusun agar para perencana kesehatan di Kemenkes (baik di kantor pusat maupun kantor daerah), dinas kesehatan provinsi/kabupaten/kota termasuk RS mempunyai acuan dalam menyusun perencanaan dan penganggaran APBN, baik yang bersumber dari RM, PNPB/BLU dan P/HLN. Dengan demikian kegiatannya dapat terintegrasi dan secara efektif memberikan kontribusi dalam pencapaian hasil-hasil pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan.

Untuk memberikan pemahaman yang utuh terhadap Pedoman ini, maka harus dilakukan pemutakhiran seluruh peraturan perundang-undangan (Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Menteri) yang disebutkan dalam Pedoman ini.

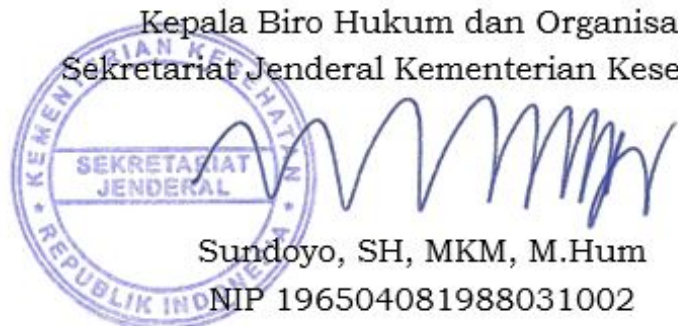
Selanjutnya setiap Unit Utama agar menindaklanjuti Pedoman Perencanaan Penganggaran ini dengan menyusun petunjuk teknis yang ditetapkan oleh Eselon 1 masing-masing.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum dan Organisasi
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum
NIP 196504081988031002