

Yth:

1. Direktur Beasiswa Lembaga Pengembangan Dana Pendidikan (LPDP);
2. Kepala Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia Kementerian Kesehatan;
3. Para Sekretaris Unit Utama di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
4. Direktur Kesehatan Direktorat Jenderal Kekuatan Pertahanan Kementerian Pertahanan;
5. Kepala Pusat Kedokteran Kesehatan POLRI;
6. Para Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota seluruh Indonesia;
7. Direktur Rumah Sakit Pemerintah Pusat/Provinsi/Kabupaten/Kota seluruh Indonesia;
8. Para Dekan Fakultas Kedokteran;
9. Dekan Fakultas Kedokteran Gigi, Universitas Indonesia
10. Para Ketua Kolegium;
11. Para Dokter, Dokter Spesialis Calon Peserta Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis.

**SURAT EDARAN**

**NOMOR: HK.02.02/F/ 1485 /2024**

**TENTANG**

**REKRUTMEN PROGRAM BANTUAN PENDIDIKAN  
DOKTER SPESIALIS-SUBSPESIALIS KEMENTERIAN KESEHATAN  
PERIODE II TAHUN 2024**

Dalam rangka pemenuhan dan pemerataan pelayanan kesehatan rujukan dan kinerja upaya kesehatan masyarakat di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, maka Kementerian Kesehatan membuka kesempatan bagi putra putri Indonesia yang berpotensi dan bersedia berkontribusi serta berkomitmen dalam pembangunan kesehatan Indonesia untuk mengikuti Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis/ Dokter Gigi Spesialis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia periode II tahun 2024

Program Bantuan Pendidikan Kedokteran terdiri dari Dokter Spesialis-Subspesialis/ Dokter Gigi Spesialis sebagai bentuk dukungan pelaksanaan transformasi SDM. Program Studi Dokter Spesialis-Subspesialis / Dokter Gigi Spesialis ditetapkan dan diutamakan dengan Program Stratifikasi dan Jejaring RS Pengampunan Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, Uro-Nefrologi, KIA, Orthopedi yang merupakan bagian dari Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

Surat Edaran ini dimaksudkan untuk memberikan informasi tentang penerimaan peserta Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis/ Dokter Gigi Spesialis Kementerian Kesehatan Periode II Tahun 2024.

Mengingat ketentuan:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
3. Peraturan Menteri kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 156);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2022 tentang Bantuan Pendidikan Kedokteran dan Fellowship (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1246);

Sehubungan dengan hal tersebut maka disampaikan sebagai berikut:

1. Jenis Program Bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis/ Kedokteran Gigi Spesialis

Program Spesialistik/ Subspesialistik	Program Studi
Dokter Spesialis	1. Ilmu Kesehatan Anak 2. Ilmu Bedah 3. Ilmu Penyakit Dalam 4. Obstetri dan Ginekologi 5. Ilmu Anestesiologi dan Terapi Intensif 6. Radiologi 7. Patologi Klinik 8. Patologi Anatomi 9. Ilmu Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Medik 10. Ilmu Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah 11. Bedah Toraks Kardiak dan Vaskuler 12. Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi 13. Ilmu Penyakit Saraf / Neurologi 14. Urologi 15. Onkologi Radiasi 16. Ilmu Kedokteran Nuklir dan Teranostik Molekuler

Program Spesialistik/ Subspesialistik	Program Studi
	<ul style="list-style-type: none"><li>17. Ilmu Kesehatan Mata</li><li>18. Bedah Saraf</li><li>19. Ilmu Bedah Anak</li><li>20. Ilmu Kedokteran Jiwa</li><li>21. Mikrobiologi Klinik</li><li>22. Orthopedi dan Traumatologi</li><li>23. THT-KL</li></ul>
Dokter Subspesialis	<ul style="list-style-type: none"><li>1. Ilmu Kesehatan Anak peminatan subspesialis Hematologi-Onkologi</li><li>2. Ilmu Kesehatan Anak peminatan subspesialis Emergensi dan Rawat Intensif Anak (ERIA)</li><li>3. Ilmu Kesehatan Anak peminatan subspesialis Infeksi dan Penyakit Tropik</li><li>4. Ilmu Kesehatan Anak peminatan subspesialis Kardiologi</li><li>5. Ilmu Kesehatan Anak peminatan subspesialis Nefrologi</li><li>6. Ilmu Kesehatan Anak peminatan subspesialis Nutrisi dan Penyakit Metabolik</li><li>7. Ilmu Kesehatan Anak peminatan subspesialis Neonatologi</li><li>8. Ilmu Kesehatan anak peminatan subspesialis Pencitraan Anak</li><li>9. Ilmu Anestesiologi dan Terapi Intensif peminatan subspesialis Anestesi Pediatrik dan Critical Care</li><li>10. Ilmu Anestesiologi dan Terapi Intensif peminatan subspesialis Terapi Intensif</li><li>11. Ilmu Anestesiologi dan Terapi Intensif peminatan subspesialis Anestesi Kardiovaskuler</li><li>12. Ilmu Bedah peminatan subspesialis Onkologi</li><li>13. Ilmu Bedah peminatan subspesialis Vaskuler</li><li>14. Ilmu Bedah peminatan subspesialis Vascular dan Endovaskuler</li><li>15. Ilmu Bedah - peminatan subspesialis Bedah Digestif</li><li>16. Obstetri dan Ginekologi peminatan subspesialis Fetomaternal</li><li>17. Obstetri dan Ginekologi peminatan subspesialis Onkologi Ginekologi</li><li>18. Obstetri dan Ginekologi peminatan sub spesialis Obstetri Ginekologi Sosial</li></ul>

Program Spesialistik/ Subspesialistik	Program Studi
	19. Obstetri dan Ginekologi peminatan subspecialis Uroginekologi Rekonstruksi 20. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Alergi Imunologi Klinik 21. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Endokrin, Metabolik dan Diabetes 22. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Gastroenterohepatologi 23. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Ginjal Hipertensi 24. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Hematologi-Onkologi Medik 25. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Reumatologi 26. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Kardiovaskuler 27. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Penyakit Tropik Infeksi 28. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Psikomatik dan Paliatif Medik 29. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Pulmonologi dan Paliatif Medik 30. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Pulmonology dan Medik Kritis 31. Ilmu Penyakit Dalam peminatan subspecialis Geriatri
Dokter Gigi Spesialis	1. Bedah Mulut dan Maksilofasial

2. Asal Kepesertaan Program Bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis- Subspesialis/ Dokter Gigi Spesialis, sebagai berikut :

No	Jenis Kepesertaan	Asal Kepesertaan
1	Dokter Spesialis – Subspesialis	1. Calon peserta berasal dari RSUD dan mendapatkan rekomendasi dari RSUD; 2. Calon peserta dari UPT Kementerian Kesehatan; 3. Calon peserta dari Kementerian Pertahanan-TNI di usulkan oleh Pusat Kesehatan Angkatan Darat, Dinas Kesehatan TNI-AL dan Dinas Kesehatan TNI-AU melalui Direktorat Kesehatan KUATHAN

		<p>KEMHAN / POLRI diusulkan oleh PUSDOKKES POLRI;</p> <p>4. Calon peserta Pasca Penugasan Khusus Nusantara Sehat</p>
--	--	--

3. Kriteria usulan calon peserta Program Bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis/ Kedokteran Gigi Spesialis

No	Calon Peserta	Kriteria Usulan Calon Peserta
1	Dokter Spesialis	<p>Calon peserta program bantuan pendidikan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berstatus sebagai PNS/TNI /Polri atau non ASN</li> <li>2. Calon peserta baru</li> <li>3. Calon peserta yang sedang mengikuti pendidikan spesialis /residen (maksimal 3 semester sebelum masa studi berakhir ) dan</li> <li>4. Calon peserta Pasca Penugasan Khusus Nusantara Sehat.</li> <li>5. Calon peserta berasal dari kelas reguler dan bukan kelas khusus/internasional/kelas kerja sama</li> </ol>
2	Dokter subspesialis	<p>Calon peserta program bantuan pendidikan dokter subspesialis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berstatus PNS dan non ASN;</li> <li>2. Calon peserta baru;</li> <li>3. Calon peserta yang sedang mengikuti pendidikan subspesialis/residen (maksimal 3 semester Sebelum Masa studi berakhir) dan berasal dari RS kelas A dan B; dan</li> <li>4. Calon peserta berasal dari kelas reguler dan bukan kelas khusus/internasional/kelas kerja sama</li> </ol>

4. Jenis fasilitas pelayanan kesehatan pengusul untuk penempatan pasca pendidikan kedokteran

No	Jenis Kepesertaan	Fasyankes
1	Dokter Spesialis – Subspesialis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rumah Sakit Daerah Provinsi/ Kabupaten/Kota; dan</li> <li>2. Rumah Sakit/Fasyankes dari Kementerian Kesehatan dan kementerian/lembaga lain.</li> </ol>

## 5. Tata cara pengusulan

Tata cara pengusulan calon peserta program Bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis/ Kedokteran Gigi Spesialis

### 1) Persyaratan usulan peserta

- a. Calon peserta yang telah mendaftar dan mengunggah dokumen persyaratan secara online melalui portal ***sibk.kemkes.go.id***;
- b. Calon peserta telah lulus akademik atau mendaftar pada program studi spesialis-subspesialis di Fakultas Kedokteran yang dituju;
- c. Calon peserta membuat surat pernyataan;
- d. Membuat surat pernyataan kuasa pengambilan STR;
- e. Calon peserta telah menjadi peserta aktif BPJS Kesehatan/ Asuransi Kesehatan lainnya; dan
- f. Bagi calon peserta yang berasal dari RSUD kabupaten/kota harus diusulkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota ke dinas kesehatan provinsi;
- g. Calon peserta memilih program studi pada Fakultas Kedokteran yaitu:
  - Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis/ Kedokteran Gigi Spesialis  
Fakultas Kedokteran yaitu : FK USK, FK USU, FK UNAND, FK UNSRI, FK UNRI, FK UI, FKG UI, FK UNPAD, FK UGM, FK UNS, FK UNDIP, FK UNAIR, FK UNIBRAW, FK UNSOED, FK UNUD, FK ULM, FK UNMUL, FK UNHAS, FK UNSRAT, FK UNRAM.
- h. Pada saat pendaftaran/masa pendidikan semua calon peserta program yang sedang menjalankan studi (*on going*) tidak sedang proses pindah penugasan/mutasi.
- i. Calon peserta Program yang telah ditetapkan dalam surat keputusan sebagai penerima bantuan bagi peserta baru maupun sedang menjalankan studi/residen (*on going*) apabila mengundurkan diri maka pengaturannya sesuai peraturan perundangan.
- j. Calon peserta program tidak diperbolehkan menerima pembiayaan bantuan pendidikan dari pihak lain (*double funding*).

### 2) Alur pengusulan program bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis/ Kedokteran Gigi Spesialis

- a. Seleksi dokumen (verifikasi) dilaksanakan secara berjenjang setelah dokumen persyaratan diunggah dan dikirimkan oleh peserta kepada Dinas Kesehatan Provinsi/ Unit Utama Kemenkes/Kementerian/Lembaga Lainnya sesuai jenis kepesertaan melalui portal ***sibk.kemkes.go.id***
  - (1) Calon peserta dari UPT Kementerian Kesehatan diverifikasi oleh Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia Kementerian Kesehatan.

- (2) Calon peserta dari Kementerian Pertahanan-TNI/POLRI diverifikasi oleh Kementerian Pertahanan -TNI/POLRI.
  - (3) Calon peserta dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota diverifikasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan dikirim ke Dinas Kesehatan Provinsi untuk selanjutnya diverifikasi sebelum diusulkan ke Kementerian Kesehatan.
  - (4) Calon peserta dari Dinas Kesehatan provinsi diverifikasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi untuk selanjutnya diusulkan ke Kementerian Kesehatan
  - (5) Calon peserta Pasca Penugasan Khusus Nusantara Sehat diverifikasi oleh Direktorat Pendayagunaan Tenaga Kesehatan untuk selanjutnya diusulkan ke Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan
- b. Pengusulan yang telah lolos verifikasi unit pengusul, akan dilakukan verifikasi di tingkat pusat oleh Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan. Selanjutnya akan dilakukan validasi oleh tim yang terdiri dari Unit Eselon II dan Eselon I di lingkungan Kementerian Kesehatan.
  - c. Hasil validasi dokumen di tingkat pusat oleh Direktorat Penyediaan Tenaga Kesehatan akan menjadi dasar pertimbangan penetapan pimpinan dalam menerbitkan Surat Keputusan hasil seleksi administrasi dan calon peserta belum sebagai peserta yang mendapatkan pembiayaan .
  - d. Surat keputusan hasil seleksi administrasi dan kelulusan akademik serta hasil penilaian/scoring akan menjadi dasar pertimbangan pimpinan dalam menetapkan dan menerbitkan Surat Keputusan penetapan penerima bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis -Subspesialis/ Kedokteran Gigi Spesialis.
- 3) Pembiayaan program bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis/ Kedokteran Gigi Spesialis:
- a. Pembiayaan Program Bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis/ Kedokteran Gigi Spesialis bersumber pada APBN Kementerian Kesehatan yang dialokasikan pada DIPA satuan kerja Sekretariat Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan yang disesuaikan dengan alokasi anggaran yang tersedia pada tahun anggaran berjalan.
  - b. Pemberian biaya dilaksanakan selama masa studi sesuai dengan kurikulum yang ditetapkan oleh perguruan tinggi.
  - c. Peserta baru Kedokteran Spesialis-Subspesialis yang memulai perkuliahan pada Juli – Desember tahun 2024. Diberikan bantuan biaya sejak ditetapkan sebagai peserta penerima bantuan program Pendidikan Kedokteran dengan Keputusan Menteri Kesehatan (berupa BOP/DP, SPP, Biaya hidup dan buku serta biaya penunjang sesuai perundangan-undangan berlaku)

- d. Peserta yang sedang menjalankan studi/residen (*on going*) Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis/ Kedokteran Gigi Spesialis diberikan bantuan biaya sejak ditetapkan sebagai peserta penerima bantuan program Pendidikan Kedokteran dengan Keputusan Menteri Kesehatan (sesuai sisa masa kurikulum berupa SPP, Biaya hidup dan buku dan biaya penunjang sesuai perundangan-undangan berlaku)
  - e. Peserta yang telah ditetapkan sebagai penerima bantuan biaya pendidikan didalam Surat Keputusan penetapan penerima bantuan biaya pendidikan apabila mengundurkan diri akan dikenakan sanksi diatur sesuai perundangan-undangan berlaku.
- 4) Sosialisasi Program Bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis- Subspesialis :
- a. Kementerian Kesehatan melakukan sosialisasi ke Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, Kemhan-TNI/POLRI dan unit utama Kementerian Kesehatan.
  - b. Kementerian Kesehatan melakukan sosialisasi kepada calon peserta yang berasal dari Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, Kemhan-TNI/POLRI dan unit utama Kementerian Kesehatan.
  - c. Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, Kemhan-TNI/POLRI dan unit utama Kementerian Kesehatan selanjutnya dapat mensosialisasikan ke tingkat di bawahnya sesuai kewenangan.
  - d. Informasi lebih lanjut dapat mengakses melalui portal [sibk.kemkes.go.id](http://sibk.kemkes.go.id) dan melalui alamat e-mail [sibk.kemkes.go.id](mailto:sibk.kemkes.go.id)
- 5) Jadwal Pelaksanaan Rekrutmen Program Bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis sebagaimana tercantum dalam Lampiran I.
- 6) Dokumen Persyaratan Rekrutmen Bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis sebagaimana tercantum dalam Lampiran II.

Demikian Surat Edaran ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jakarta

pada tanggal : 5 Juli 2024

DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN,



LAMPIRAN I  
 SURAT EDARAN DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
 NOMOR: HK.02.02/F/1485/2024  
 TENTANG  
 PROGRAM BANTUAN PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-  
 SUBSPESIALIS KEMENTERIAN KESEHATAN PERIODE II  
 TAHUN 2024

**Jadwal Pelaksanaan Rekrutmen Program Bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis/ Kedokteran Gigi Spesialis Kementerian Kesehatan periode II Tahun 2024:**

No	Kegiatan	Pelaksana	WAKTU
1	Pengiriman Surat Edaran ke Kemenkes/Dinkes Provinsi/Kemhan-TNI/Polri/ FK	Tim Pelaksana dan Pengelola Pendidikan Dokter Spesialis	9 Juli 2024
2	Sosialisasi Surat Edaran ke Biro OSDM Kemenkes/Dinkes Provinsi/Kemhan-TNI/Polri	Direktorat Penyediaan Kemenkes	11 – 12 Juli 2024
	Sosialisasi di lingkungan UPT Pusat Kemenkes/Kemhan-TNI/Polri/ Dinkes Provinsi/Dinkes Kab/Kota dan Peserta	Kemhan-TNI/POLRI Unit Utama Kemenkes/ Dinas Kesehatan Provinsi	13 – 14 Juli 2024
3	Pendaftaran Online dibuka melalui alamat portal sibk.kemkes.go.id	Tim Pelaksana dan Pengelola Pendidikan Dokter Spesialis	11 – 31 Juli 2024
	Seleksi administrasi tingkat Biro OSDM Kemenkes/Kemhan-TNI/Polri/Dinkes Provinsi.	Biro OSDM Kemenkes /Kemhan-TNI/POLRI	15 Juli s/d 11 Agustus 2024
	Seleksi administrasi tingkat Dinkes Provinsi.	Dinas Kesehatan Provinsi	
	Seleksi administrasi tingkat pusat	Kemenkes	14 – 23 Agustus 2024
4	Penetapan lulus Administrasi	Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan	
5	Penetapan lulus akademik dan Penerima Bantuan Biaya periode II tahun 2024	Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan	
6	Mulai perkuliahan	Sesuai Institusi Pendidikan	

LAMPIRAN II  
 SURAT EDARAN DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
 NOMOR: HK.02.02/F/1485/2024  
 TENTANG  
 PROGRAM BANTUAN PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS-  
 SUBSPESIALIS KEMENTERIAN KESEHATAN PERIODE II  
 TAHUN 2024

**I. Dokumen Persyaratan Rekrutmen Program Bantuan Pendidikan Kedokteran Spesialis-Subspesialis/ Kedokteran Gigi Spesialis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia periode II Tahun 2024**

NO	DOKUMEN PERSYARATAN	Calon Peserta Dokter Spesialis-Subspesialis			
		DINAS KESEHATAN	KANTOR PUSAT KEMENKES	TNI / POLRI	PASCA NS
<b>Persyaratan Umum Calon Peserta berstatus PNS dan Non PNS</b>					
1.	Keberadaan calon peserta terdata di SISDMK sebagai dokter umum ataupun spesialis	V	V	-	-
2	Jenis spesialis yang diusulkan sesuai dengan kebutuhan fasyankes pengusul dan terdata pada aplikasi RENBUT	V	V	V	V
3	Bukti lulus/ pendaftaran dari institusi pendidikan	V	V	V	V
4	Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku	V	V	V	V
5	Surat pernyataan bermaterai Rp. 10.000,- 19 Point (formulir 1)	V	V	V	V
6	Surat ijin tertulis dari atasan langsung (Direktur) (Formulir 2)	V	V	V	-
7	Surat persetujuan suami/istri/orang tua/wali bermaterai bersedia ditempatkan diseluruh Indonesia sesuai kebutuhan nasional (Formulir 3)	V	V	V	V
8	Surat Kuasa penundaan penyerahan sementara STR dokter spesialis-subspesialis (Formulir 4)	V	V	V	V

9	Surat rekomendasi dari Direktur Rumah Sakit mengetahui Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi dengan cap basah (Formulir 5)	V	-	-	V
10	Surat rekomendasi dari Pimpinan dan Kepegawaian UPT diketahui oleh Sekretaris Unit Utama Kemenkes (Formulir 6)	-	V	-	-
11	Surat rekomendasi dari Kepala Satker Kemhan-TNI/POLRI (Formulir 7)	-	-	V	-
12	Surat rekomendasi dari Gubernur/Bupati/Walikota dari calon peserta Non ASN (Formulir 9)	V	-	-	V
13	Surat keterangan sehat dan bebas narkoba (lampirkan hasil laboratorium) dari dokter rumah sakit pemerintah	V	V	V	V
14	Bukti Kepesertaan Aktif BPJS-Kesehatan/Asuransi Kesehatan lainnya	V	V	V	V
<b>Persyaratan Khusus Calon Peserta Berstatus PNS</b>					
1	Surat dari Badan Kepegawaian Daerah (BKD) bagi PNS Provinsi/Kabupaten/Kota (formulir 8)	V	-	-	-
2	SK pengangkatan PNS dan SK pangkat terakhir	V	V	V	-
3	SK jabatan terakhir yang menduduki jabatan fungsional dokter/dokter spesialis	V	V	V	-

**FORMULIR I  
SURAT – PERNYATAAN**

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama :  
NIK :  
NIP(\*) :  
NA IDI :  
Status Kepegawaian (\*\*) : PNS/Non ASN  
Unit Kerja Asal /Instansi Pengusul :  
Peminatan (\*\*) : Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-  
Subspesialis/ Dokter Gigi Spesialis  
Program studi Fakultas Kedokteran :  
Universitas :  
Alamat (sesuai KTP) :  
Alamat domisili :  
e-mail :  
Nomor Telepon & Handphone :

Dalam rangka mendapatkan bantuan biaya program Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis Kementerian Kesehatan, dengan ini memberikan pernyataan sebagai berikut:

1. Bersedia memberikan kuasa kepada kementerian kesehatan c.q Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan untuk penundaan penyerahan STR dokter spesialis-subspesialis.
2. STR akan diterima dari Konsil Kedokteran Indonesia setelah mendapatkan rekomendasi dari kementerian kesehatan c.q Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan berdasarkan Surat Perintah Melaksanakan Tugas (SPMT) dari satuan kerja/instansi pengusul/instansi tempat pengabdian.
3. Apabila saya tidak menjalankan kewajiban pasca pendidikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, maka saya bersedia diberikan sanksi pencabutan STR dokter spesialis-subspesialis.
4. Bersedia melepaskan jabatan struktural/fungsional selama menjalankan Program Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis.
5. Tidak sedang menjalani hukuman disiplin.
6. Tidak akan mundur dari kepesertaan program ini baik sebelum SK penetapan diterbitkan ataupun setelah SK penetapan diterbitkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
7. Apabila mengundurkan diri pada angka 6 maka akan dikenakan sanksi sesuai peraturan perundang-undangan.

8. Pada saat pendaftaran/masa pendidikan peserta program bantuan pendidikan dokter spesialis-subspesialis saya tidak berstatus sebagai CPNS.
9. Pada saat pendaftaran/masa pendidikan peserta program bantuan pendidikan dokter spesialis-subspesialis saya tidak sedang proses dalam pindah penugasan
10. Tidak akan pindah program studi/peminatan dan institusi pendidikan lain sesuai dengan pengajuan seleksi administrasi/berdasarkan usulan satuan kerja/instansi pengusul dan Dinas Kesehatan Provinsi masing-masing calon peserta.
11. Selama menjadi peserta pendidikan dokter spesialis-subspesialis kementerian kesehatan saya tidak terikat pemberian bantuan biaya pendidikan dokter spesialis-subspesialis dengan Institusi atau lembaga lain.
12. Saya bersedia untuk mengikuti kepesertaan BPJS – Jamsostek (JKM dan JKK) setelah saya dinyatakan lulus sebagai peserta penerima bantuan biaya pendidikan dokter spesialis-subspesialis.
13. Saya telah menjadi peserta aktif BPJS-JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)
14. Setelah selesai mengikuti pendidikan spesialis-subspesialis saya bersedia ditempatkan di RS pengusul ..... Kab/Kota ..... Provinsi ..... / diseluruh wilayah Indonesia.
15. Peserta dari Kemhan-TNI/POLRI setelah selesai mengikuti pendidikan spesialis-subspesialis saya bersedia ditempatkan di seluruh wilayah Indonesia.
16. Peserta Pasca Penugasan Khusus Nusantara Sehat dan non ASN setelah selesai mengikuti pendidikan spesialis-subspesialis Saya bersedia ditempatkan di RS milik Pemerintah diseluruh wilayah Indonesia.
17. Apabila saya tidak melaksanakan pengabdian sebagaimana tersebut pada angka 14/15/16, saya bersedia menjalankan sanksi sesuai dengan Peraturan yang berlaku.
18. Memenuhi persyaratan/ketentuan yang ditetapkan oleh Institusi Pendidikan dan Kementerian Kesehatan.
19. Apabila saya melanggar segala ketentuan di atas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di atas kertas bermaterai tanpa ada paksaan dan tekanan dari pihak manapun untuk digunakan sebagaimana semestinya.

Mengetahui,  
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten ... / Kota ....

Tempat, Tanggal – Bulan – Tahun  
Yang Membuat Pernyataan

Materai

(.....)

(.....)

Catatan

- )\* Bagi calon peserta ASN wajib diisi
- )\*\* Coret yang tidak perlu

**FORMULIR 2  
KOP SURAT**

---

**SURAT IJIN ATASAN LANGSUNG (DIREKTUR)**

**Nomor : .....**

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Nama atasan langsung  
NIP :  
Pangkat/Golongan :  
Jabatan :  
Unit Kerja :

Menyatakan bahwa,

Nama : Nama Calon peserta  
NIK :  
NIP/NRP :  
Tempat & Tanggal Lahir :  
Pangkat/Golongan :  
Jabatan :  
Unit Kerja :

Adalah benar:

1. Tidak dalam proses pindah/ mutasi kerja.
2. Tidak dalam proses pengusulan CPNS
3. Tidak pernah gagal dalam tugas belajar/Program Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis sebelumnya dan atau dibatalkan mengikuti tugas belajar/Program Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis sebelumnya karena kesalahannya.
4. Tidak sedang menjalani pemeriksaan atau sedang menjalani hukuman disiplin.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya dan bersedia mempertanggungjawabkan dikemudian hari apabila pernyataan saya ini tidak benar.

Tempat, tgl.....bulan .....Tahun  
Atasan Langsung

**Nama.....**  
**NIP .....**

**FORMULIR 3**  
**SURAT PERNYATAAN MENGIKUTI PROGRAM PENDIDIKAN**  
**DAN MELAKSANAKAN PENGABDIAN PASCA PENDIDIKAN**

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :  
NIK :  
Pekerjaan :  
Alamat :

Selaku Orang Tua/Wali/Suami/Istri\* dari:

Nama :  
NIK :  
NIP :  
Status Kepegawaian :  
Program studi / :  
Fakultas Kedokteran  
Rumah Sakit Pengusul :  
Propinsi Pengusul :

Dengan ini menyatakan *mengijinkan* Anak/Suami/Istri/.....\* saya mengikuti program bantuan pendidikan dokter spesialis-subspesialis, dan *menyetujui* Anak/Suami/Istri/.....\* , melaksanakan pengabdian pasca pendidikan.

**Apabila ingkar/tidak menyelesaikan pendidikan dan masa pengabdian maka bersedia dikenakan sanksi kepada Anak/Suami/Istri/.....\* sesuai peraturan perundangan yang berlaku.**

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk digunakan sebagaimana semestinya,

Calon Peserta

*Tempat, Tanggal – Bulan – Tahun*  
Yang Membuat pernyataan,

ttd

Materai  
Ttd

( ..... )

(.....)

**FORMULIR 4**  
**SURAT KUASA PENUNDAAN PENYERAHAN SEMENTARA SURAT TANDA REGISTRASI**  
**DOKTER SPESIALIS- SUBSPESIALIS**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :  
NIK :  
NIP :  
Program Studi/ Fakultas :  
Kedokteran Universitas :  
Alamat (sesuai KTP) :  
No. HP :

Memberikan kuasa penuh kepada Kementerian Kesehatan

Nama : Direktur Penyediaan Tenaga Kesehatan  
Alamat : Jln. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru, Jakarta Selatan  
No. Telp : (021) 7245517

Untuk penundaan penyerahan sementara Surat Tanda Registrasi Dokter Spesialis-Subspesialis di Kantor Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) Jakarta

Demikian surat kuasa ini saya buat dengan sebenar-benarnya, untuk dipergunakan seperlunya. Atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Yang Menerima Kuasa ..... , Tanggal.....Bulan.....Tahun

Direktur Penyediaan  
Tenaga Kesehatan,

Yang Memberi Kuasa

Materai RP. 10.000,-

Dra. Oos Fatimah Rosyati, M.Kes  
NIP 196504181989032002

(.....)

**FORMULIR 5**  
**(KOP RUMAH SAKIT .....)**

---

**SURAT REKOMENDASI**

**Nomor : .....**

Yang bertandatangan di bawah ini.

Nama :  
NIP :  
Pangkat/Golongan :  
Jabatan :  
Unit Kerja :  
Provinsi/Kabupaten/Kota :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini

Nama :  
NIK :  
NIP :  
Status Kepegawaian : PNS / NoN ASN (Kontrak BLU) (\*)  
Satuan Kerja :  
Provinsi/Kabupaten/Kota :

Bersama ini Kami merekomendasikan untuk

1. Mengikuti Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis Kementerian Kesehatan RI dengan peminatan..... pada Fakultas Kedokteran .....
2. Yang bersangkutan setelah menyelesaikan pendidikan dimaksud akan didayagunakan di Rumah Sakit ..... milik Pemerintah Pusat/Daerah (\*) Kabupaten/Kota ..... Provinsi...
3. Rumah Sakit Pengusul akan menyediakan **Sarana Prasarana, Insentif, Jasa Pelayanan Medik dan Fasilitas Tempat Tinggal** sesuai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)/Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Apabila Rumah Sakit Pengusul milik Pemerintah Pusat/Daerah (\*) Kabupaten/Kota ..... Provinsi... tidak dapat mendayagunakan peserta tersebut maka akan dikenakan sanksi yang berlaku di Kementerian Kesehatan

Demikian Rekomendasi ini kami buat untuk dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Mengetahui  
Kepala Dinas Kesehatan  
Prov/Kabupaten/Kota,

....., Tanggal.....Bulan .....Tahun  
Direktur RSUD Daerah,

ttd

Ttd

(Nama)

(Nama)

Keterangan

(\*) = coret yang tidak perlu

**FORMULIR 6**  
**(KOP SATKER .....)**

**SURAT REKOMENDASI**

**Nomor .....**

Yang bertandatangan di bawah ini.

Nama  
NIK  
NIP  
Pangkat/Golongan  
Jabatan  
Unit Kerja  
Kabupaten/Kota  
Provinsi

Nama Ka.Satker

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini

Nama  
NIP  
NIK  
Status • PNS/Non PNS Unit Utama Kemkes .  
Kepegawaian  
Satuan Kerja

Bersama ini Kami rekomendasikan untuk

1. Mengikuti Program Bantuan Biaya Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis Kementerian Kesehatan RI (\*) dengan peminatan..... pada Fakultas Kedokteran .....
2. Yang bersangkutan setelah menyelesaikan pendidikan dimaksud akan didayagunakan di fasyankes/Rumah Sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Demikian rekomendasi ini kami buat untuk dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Mengetahui

Kepala Instansi Pengusul  
(Biro OSDM )

Ttd

Nama.....  
NIP.....

(tanggal, bulan, tahun)

Pimpinan UPT dan Sekretaris unit utama  
Kemenkes

ttd

Nama.....  
NIP.....

**FORMULIR 7**  
**(KOP SATKER .....)**

---

---

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : .....

Yang bertandatangan di bawah ini.

Nama : Nama Ka. Satker  
NIK :  
NIP :  
Pangkat/Golongan :  
Jabatan :  
Unit Kerja :  
Kabupaten/Kota, Provinsi :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini

Nama :  
NIP :  
NIK :  
Status Kepegawaian : PNS (Kemhan-TNI / POLRI) (\*)  
Satuan Kerja :

Bersama ini Kami rekomendasikan untuk

3. Mengikuti Program Bantuan Biaya Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis Kementerian Kesehatan RI (\*) dengan peminatan..... pada Fakultas Kedokteran .....
4. Yang bersangkutan setelah menyelesaikan pendidikan dimaksud akan didayagunakan di Rumah Sakit di lingkungan milik Kemhan-TNI/POLRI.

Demikian rekomendasi ini kami buat untuk dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Mengetahui,  
Kepala Instansi Pengusul  
(Kemhan-TNI/POLRI)

....., Tanggal.....Bulan ..... Tahun  
Kepala Satuan Kerja

Ttd

ttd

(Nama)

(Nama)

**FORMULIR 8**  
**(KOP BADAN KEPEGAWAIAN DAERAH)**

---

**SURAT REKOMENDASI**

**Nomor : .....**

Yang bertandatangan di bawah ini.

Nama :  
NIP :  
Pangkat/Golongan :  
Jabatan : Kepala Badan Kepegawaian Daerah  
Unit Kerja :  
Provinsi/Kabupaten/Kota :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini

Nama :  
NIP / NRPTT :  
Status Kepegawaian : PNS  
Rumah Sakit Pengusul :  
Provinsi/Kabupaten/Kota :

Bersama ini kami merekomendasikan (mengizinkan):

1. Mengikuti seleksi administrasi dan seleksi akademik Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis Kementerian Kesehatan Tahun 2024 dengan peminatan ..... Fakultas Kedokteran .....
2. Setelah yang bersangkutan menyelesaikan pendidikan dimaksud akan didayagunakan di Rumah Sakit Umum Daerah. .... Kabupaten/Kota. .... Provinsi. ....
3. Apabila Rumah Sakit Pengusul tidak dapat mendayagunakan yang bersangkutan, maka akan didayagunakan pada Rumah Sakit Kabupaten/Kota lain yang membutuhkan di Provinsi tersebut dan bersedia memindahkan yang bersangkutan (PNS) ke Rumah Sakit Kabupaten/Kota lain yang membutuhkan di Provinsi tersebut atau di Provinsi lain.

Demikian rekomendasi ini kami buat untuk dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Tanggal ..... Bulan ..... Tahun  
Kepala BKD Provinsi/Kabupaten/Kota  
(\* )

Ttd

Nama  
NIP .....

Keterangan

(\* ) = coret yang tidak perlu

**FORMULIR 9  
(KOP SURAT INSTANSI TERKAIT)**

---

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : .....

Kami yang bertandatangan di bawah ini .

Nama :  
NIP :  
Pangkat/Golongan :  
Jabatan :  
Unit Kerja :  
Provinsi/Kabupaten/Kota :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum dibawah ini

Nama :  
NIP / NRPTT :  
Satuan Kerja :  
Provinsi/Kabupaten/Kota (\*) :

Telah Kami setuju

1. Untuk direkomendasikan mengikuti Program Bantuan Biaya Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis.
2. Apabila yang bersangkutan sudah ditetapkan menjadi peserta Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis, maka Pemerintah Daerah memprioritaskan formasi CPNS dan/atau Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK) setelah menjadi spesialis.
3. Apabila yang bersangkutan telah lulus Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis maka akan didayagunakan di rumah sakit pengusul yaitu di Rumah Sakit Umum Daerah ..... Kabupaten/ Kota..... Provinsi.....
4. Apabila saat yang bersangkutan dinyatakan lulus menjadi dokter spesialis-subspesialis dan rumah sakit pengusul tersebut telah penuh atau karena sebab lain sehingga tidak memungkinkan untuk melaksanakan masa pengabdian di provinsi tersebut, maka yang bersangkutan akan ditempatkan oleh Kementerian Kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2022 tentang Program Bantuan Pendidikan Kedokteran dan Fellowship
5. Gubernur/Bupati/Walikota (\*) bersedia menyediakan anggaran bagi peserta pasca Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis yang akan kembali untuk mengabdikan di rumah sakit pengusul seperti **Sarana Prasarana, Insentif, Jasa Pelayanan Medik dan Fasilitas Tempat Tinggal sesuai Pagu Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)**

Demikian rekomendasi ini kami buat untuk dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Provinsi/Kabupaten/Kota (\*)  
(Tanggal, bulan, tahun)

Ttd

Gubernur/Bupati/Walikota(\*)

Keterangan : (\*) = coret yang tidak perlu