



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**

Jalan Hang Jebat III Blok F3 Kebayoran Baru Jakarta Selatan 12120  
Telepon : (021) 724 5517 - 7279 7308 Faksimile : (021) 7279 7508  
Laman [www.bppsdmk.depkes.go.id](http://www.bppsdmk.depkes.go.id)



Yth:

1. Kepala Biro Organisasi dan Sumber Daya Manusia Kementerian Kesehatan;
2. Para Sekretaris Unit Utama di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
3. Direktur Kesehatan Direktorat Jenderal Kekuatan Pertahanan Kementerian Pertahanan;
4. Kepala Pusat Kedokteran Kesehatan POLRI;
5. Para Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota seluruh Indonesia;
6. Direktur Rumah Sakit Pemerintah Pusat/Provinsi/Kabupaten/Kota seluruh Indonesia;
7. Para Calon Peserta Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis;
8. Para Calon Peserta Program *Fellowship* bagi Dokter Spesialis;

SURAT EDARAN

NOMOR HK.02.02/I/1143/2022

TENTANG

REKRUTMEN PROGRAM BANTUAN PENDIDIKAN  
DOKTER SPESIALIS ANGKATAN XXIX DAN  
DOKTER SUBSPESIALIS ANGKATAN XI SERTA *FELLOWSHIP* DOKTER SPESIALIS  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2022

Dalam rangka pemenuhan dan pemerataan pelayanan kesehatan rujukan maka Kementerian Kesehatan membuka kesempatan kepada Dokter untuk menerima Program Bantuan Pendidikan bagi yang berpotensi dan bersedia berkontribusi serta berkomitmen dalam pembangunan kesehatan Indonesia. Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis merupakan bentuk dukungan pelaksanaan transformasi SDM kesehatan khususnya dalam pemenuhan layanan spesialistik penyakit prioritas. Program ini diprioritaskan untuk pemenuhan kebutuhan dokter spesialis-subspesialis dan *Fellowship* yang terkait layanan jantung, stroke, urologi dan kanker.

Sampai saat ini ketersediaan dokter subspesialis di rumah sakit masih kurang, sementara fakultas kedokteran sebagai penyelenggara program pendidikan subspesialis masih sangat terbatas. Oleh sebab itu diperlukan pemenuhan kompetensi/peningkatan kemampuan dan profesionalisme dokter spesialis melalui *Fellowship*.

Surat Edaran ini dimaksudkan untuk memberikan informasi rekrutmen calon Peserta Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis Angkatan XXIX dan Dokter Subspesialis Angkatan XI serta *Fellowship* Dokter Spesialis Kemenkes Tahun 2022.

Mengingat ketentuan:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pemberian Beasiswa Bagi Tenaga Kesehatan Pasca Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 561);
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2018 tentang Bantuan Program Pendidikan Dokter Spesialis- Subspesialis dan Dokter Gigi Spesialis–Subspesialis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 705);
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun 2018 tentang Program Bantuan Biaya *Fellowship* bagi Dokter Spesialis (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1095);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
5. Peraturan Menteri kesehatan Nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156).

Sehubungan dengan hal tersebut maka disampaikan sebagai berikut:

**I. Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis Angkatan XXIX dan Dokter Subspesialis Angkatan XI**

**A. Jenis Prodi Bantuan Biaya Pendidikan**

Jenis Spesialis	Program Studi
Dokter Spesialis	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ilmu Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah</li><li>2. Bedah Thorak Kardiak Vaskuler</li><li>3. Ilmu Penyakit Paru</li><li>4. Ilmu Patologi Anatomi</li><li>5. Saraf / Neurologi</li><li>6. Bedah Saraf</li><li>7. Bedah Urologi</li><li>8. Kedokteran Nuklir</li><li>9. Onkologi Radiasi</li><li>10. Obstetri Ginekologi</li><li>11. Ilmu Kesehatan Anak</li></ol>

Jenis Spesialis	Program Studi
	12. Ilmu Penyakit Dalam 13. Ilmu Bedah 14. Anestesi dan terapi intensif 15. Radiologi 16. Ilmu Patologi Klinik
Dokter Subspesialis	1. Sub Spesialis Penyakit Dalam – Kardiovaskular 2. Sub Spesialis Anastesi - Intensive Care (KIC) 3. Sub Spesialis Anastesi – Kardiovaskuler 4. Sub Spesialis Penyakit Dalam - Ginjal Hipertensi (KGH) 5. Sub Spesialis Anak - Nefrologi 6. Sub Spesialis Obstetri Ginekologi – Onkologi 7. Sub Spesialis Anak – Hematologi Onkologi 8. Sub Spesialis Penyakit Dalam – Hematologi Onkologi Medik 9. Sub Spesialis Bedah – Onkologi 10. Sub Spesialis Bedah - Vaskuler

B. Jenis Kepesertaan berdasarkan usulan

1. Calon peserta dari Dinas Kesehatan Provinsi;
2. Calon peserta dari UPT Kementerian Kesehatan;
3. Calon peserta dari Kementerian Pertahanan-TNI/POLRI;
4. Calon peserta Pasca Penugasan Khusus Nusantara Sehat.

C. Kriteria usulan calon peserta

1. Calon peserta baru;
2. Calon peserta yang tidak lulus pada angkatan sebelumnya;
3. Calon peserta yang berasal dari residen (*on-going*) dengan masa studi maksimal semester 4 (empat) pada Juli 2022;
4. Calon peserta Pasca Penugasan Khusus Nusantara Sehat;
5. Calon peserta program bantuan Pendidikan Dokter Spesialis dapat berstatus sebagai ASN atau non ASN;
6. Calon peserta program bantuan dokter subspesialis dipersyaratkan berstatus ASN yang telah melaksanakan berpraktik sebagai dokter spesialis sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun dan bukan dari residen (*on going*).

D. Jenis Fasilitas Pelayanan Kesehatan penempatan pasca pendidikan

1. Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan;
2. Rumah Sakit/Lembaga Kesehatan Kementerian Pertahanan-TNI/POLRI;
3. Rumah Sakit Daerah Provinsi Kabupaten/Kota.

E. Tata cara pengusulan

Tata Cara Pengusulan Calon Peserta Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-subspesialis:

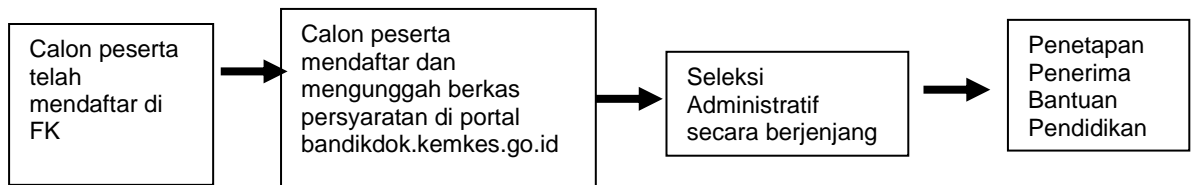
1. Persyaratan usulan Peserta

- a. Calon peserta wajib mendaftar dan mengunggah dokumen persyaratan secara online melalui portal [bandikdok.kemkes.go.id](http://bandikdok.kemkes.go.id);
- b. Telah memiliki bukti pendaftaran pada program studi spesialis di FK yang dituju;
- c. Membuat surat pernyataan calon peserta Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis;
- d. Membuat surat kuasa pengambilan STR dokter spesialis;
- e. Telah menjadi peserta aktif BPJS kesehatan;
- f. Memilih program studi pada Fakultas Kedokteran (FK) pada Universitas yang memiliki kerjasama dengan Kementerian Kesehatan yaitu FK USK, FK USU, FK UNAND, FK UNSRI, FK UNRI, FKUI, FK UNPAD, FK UGM, FK UNS, FK UNDIP, FK UNAIR, FK UNIBRAW, FK UNUD, FK ULM, FK UNHAS, FK UNSRAT;
- g. Memenuhi persyaratan/ketentuan yang ditetapkan oleh Institusi pendidikan;
- h. Pada saat pendaftaran/masa pendidikan peserta Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis tidak sedang proses pindah penugasan.

2. Alur pengusulan

- a. Seleksi administrasi (verifikasi) dilaksanakan secara berjenjang setelah dokumen persyaratan diunggah dan dikirimkan oleh peserta kepada unit pengusul sesuai jenis kepesertaan melalui portal [bandikdok.kemkes.go.id](http://bandikdok.kemkes.go.id)
  - (1) Calon peserta dari UPT Kementerian Kesehatan diverifikasi oleh 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 Provinsi diverifikasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi.

- (4) Calon peserta Pasca Penugasan Khusus Nusantara Sehat diverifikasi oleh Direktorat Pendayagunaan Tenaga 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 akan menjadi dasar pertimbangan penetapan pimpinan dalam bentuk Surat Keputusan Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan.
- d. Bagan alur pengusulan dan proses penetapan penerima bantuan pendidikan:



### 3. Pembiayaan Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis

- a) Pembiayaan Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis 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) Peserta baru yang memulai perkuliahan pada semester ganjil akan mendapatkan bantuan biaya sejak Juli 2022.
- c) Peserta residen (*on going*) hanya akan diberikan bantuan biaya setelah yang bersangkutan ditetapkan sebagai peserta penerima bantuan program Pendidikan Dokter Spesialis sejak Juli 2022 dengan Keputusan Menteri Kesehatan sesuai dengan sisa masa kurikulum bidang spesialisasinya.

### 4. Sosialisasi

- a) Kementerian Kesehatan melakukan sosialisasi ke Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan fasilitas pelayanan kesehatan di daerah Kemhan-TNI/Polri serta unit utama Kementerian Kesehatan.
- b) Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan fasilitas pelayanan kesehatan di daerah, Kemhan-TNI/Polri serta unit utama Kementerian Kesehatan selanjutnya mensosialisasikan ke tingkat di bawahnya sesuai kewenangan.
- c) Informasi lebih lanjut dapat mengakses melalui portal [bandikdok.kemkes.go.id](http://bandikdok.kemkes.go.id) dan melalui alamat e-mail [tim1.ditpennakes@gmail.com](mailto:tim1.ditpennakes@gmail.com)

F. Jadwal Pelaksanaan Rekrutmen Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis - Subspesialis sebagaimana tercantum dalam Lampiran I.

G. Dokumen Persyaratan Rekrutmen Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis sebagaimana tercantum dalam Lampiran II.

## II. *Fellowship* Dokter Spesialis

### A. Jenis Program *fellowship* Dokter Spesialis

Pelayanan Spesialistik	Program <i>Fellowship</i>
Jantung	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kardiologi Intervensi (KKV Intervensi)</li><li>2. Jantung Pembuluh Darah – Kardiologi Intervensi</li><li>3. Anastesi – Kardiovaskular</li><li>4. Jantung Pembuluh Darah – Perawatan Intensif dan Kegawatan Kardiovaskular</li><li>5. Jantung Pembuluh Darah – kardiologi Pediatrik dan Penyakit Jantung Bawaan</li><li>6. Jantung Pembuluh darah – Kedokteran Vaskular</li><li>7. Jantung Pembuluh Darah - Ekokardiografi</li><li>8. Jantung Pembuluh Darah - Pencitraan kardiovaskular</li><li>9. Jantung Pembuluh Darah - Aritmia</li><li>10. Jantung dan Pembuluh Darah - Prevensi dan Rehabilitasi Kardiovaskular</li><li>11. Bedah thoraks Kardiak Vaskluler – Bedah Jantung Dewasa</li><li>12. Bedah thoraks kardiak vaskuler – Bedah Jantung Anak</li><li>13. Bedah thoraks kardiak vaskuler - Bedah thoraks</li><li>14. Bedah thoraks kardiak vaskuler – Bedah vaskular dan endovaskular</li></ol>
Stroke	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Neuro intervensi</li><li>2. Bedah Syaraf Vasculer</li><li>3. Radiologi Intervensi</li></ol>
Urologi dan Nefrologi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Urologi Transplantasi</li><li>2. Urologi Onkologi</li><li>3. Urologi Pediatrik</li><li>4. Anak – Nefrologi/Dialisis</li><li>5. Penyakit Dalam - Dialisis</li></ol>
Kanker	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Obstetri Ginekologi – Onkologi</li><li>2. Penyakit Dalam – Internist For Oncology</li><li>3. Bedah – Onkologi</li><li>4. Paru – Onkologi</li><li>5. Patologi Anatomi - Onkologi</li></ol>

Pelayanan Spesialistik	Program <i>Fellowship</i>
	6. Patologi Klinik – Onkologi

B. Rencana Kebutuhan Peserta *Fellowship* Dokter Spesialis

Rencana kebutuhan disusun oleh rumah sakit pengusul sesuai dengan kebutuhan.

C. Persyaratan Calon Peserta

Calon peserta berasal dari Rumah Sakit pengusul baik Rumah Sakit Milik Pemerintah Pusat/Daerah.

Calon peserta bantuan biaya penyelenggaraan *Fellowship* bagi dokter spesialis Kementerian Kesehatan harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

1. Dokter spesialis dengan status ASN dan Non ASN.
2. Memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Ijin Praktek (SIP) yang masih berlaku.
3. Minimal bekerja sebagai Dokter Spesialis selama 2 (dua) tahun.
4. Bersedia membuat Surat Ijin Praktek (SIP) di Rumah Sakit Penyelenggara *Fellowship* (khusus dokter spesialis).

D. Dokumen Kelengkapan Persyaratan

Dokumen persyaratan calon peserta sebagaimana tercantum dalam Lampiran III.

E. Pendaftaran

Pendaftaran calon peserta Program *Fellowship* dapat diakses melalui portal [bandikdok.kemkes.go.id](http://bandikdok.kemkes.go.id)

F. Seleksi

Seleksi calon peserta Program *Fellowship* dilaksanakan oleh Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan dengan berkoordinasi dengan Rumah Sakit Pengampu.

G. Penetapan Peserta Penerima Bantuan *Fellowship*

1. Calon peserta yang telah dinyatakan lulus seleksi diusulkan oleh Direktur Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan kepada Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan untuk ditetapkan sebagai peserta penerima bantuan biaya penyelenggaraan *Fellowship* bagi dokter spesialis Kementerian Kesehatan.
2. Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan atas nama Menteri Kesehatan menetapkan Surat Keputusan peserta penerima bantuan biaya penyelenggaraan *Fellowship* Kementerian Kesehatan.

3. Surat Keputusan tersebut dikirimkan kepada Unit terkait antara lain Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan, Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, Direktur Rumah Sakit Pendidikan terkait Penyelenggara *Fellowship*

#### H. Pelaksanaan Program *Fellowship*

Informasi lebih lanjut oleh Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan c.q Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan melalui alamat e-mail [ditkatmutu.nakes@kemkes.go.id](mailto:ditkatmutu.nakes@kemkes.go.id)

#### I. Sosialisasi

Kementerian Kesehatan akan melakukan sosialisasi kepada kolegium dan profesi serta Fakultas Kedokteran/Universitas dan Rumah Sakit pendidikan tempat penyelenggaraan Program *Fellowship* serta Dinas Kesehatan Provinsi. Jadwal sosialisasi akan di infokan lebih lanjut.

- III. Dengan berlakunya surat edaran ini, Surat Edaran Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1050/2022 tentang Rekrutmen Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis Angkatan XXIX dan Dokter Subspesialis Angkatan XI Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2022 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Demikian Surat Edaran ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jakarta

pada tanggal : 07 Juni 2022

DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN,



**ARIANTI ANAYA**



LAMPIRAN I

SURAT EDARAN DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/I/1143/2022

TENTANG

REKRUTMEN PROGRAM BANTUAN PENDIDIKAN DOKTER  
SPESIALIS ANGKATAN XXIX DAN  
DOKTER SUBSPESIALIS ANGKATAN XI SERTA *FELLOWSHIP*  
DOKTER SPESIALIS KEMENTERIAN  
KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2022

**Jadwal Pelaksanaan Rekrutmen Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis**

No	Kegiatan	Pelaksana	Waktu
1	Pengiriman Surat Edaran ke Kemenkes/Dinkes Provinsi/Kemhan-TNI/Polri	Tim Pelaksana dan Pengelola Pendidikan Dokter Spesialis	8 Juni 2022
2	Sosialisasi Surat Edaran ke Biro OSDM Kemenkes/ Dinkes Provinsi/Kemhan-TNI/Polri	Direktorat Penyediaan Kemenkes	9 s/d 10 Juni 2022
	Sosialisasi di lingkungan UPT Pusat Kemenkes/Kemhan-TNI /Polri dan Peserta	Unit Utama Kemenkes/ Kemhan-TNI/POLRI Dinas Kesehatan Provinsi	13 s/d 14 Juni 2022
3	Pendaftaran Online dibuka melalui alamat portal bandikdok.kemkes.go.id	Tim Pelaksana dan Pengelola Pendidikan Dokter Spesialis	9 s/d 30 Juni 2022
4	Seleksi administrasi tingkat Biro OSDM Kemenkes/Kemhan-TNI/Polri/Dinkes Provinsi.	Biro OSDM Kemenkes /Kemhan-TNI/POLRI	4 s/d 13 Juli 2022
	Seleksi administrasi tingkat Dinkes Provinsi.	Dinas Kesehatan Provinsi	
	Seleksi administrasi tingkat pusat	Kemenkes	14 s/d 22 Juli 2022
5	Penetapan hasil seleksi tingkat Kemenkes	Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan	
6	Mulai perkuliahan	Sesuai Institusi Pendidikan	

DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN,  
  
**ARIANTI ANAYA**

LAMPIRAN II

SURAT EDARAN DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN

NOMOR HK.02.02/I/1143/2022

TENTANG

REKRUTMEN PROGRAM BANTUAN PENDIDIKAN DOKTER

SPECIALIS ANGKATAN XXIX DAN

DOKTER SUBSPECIALIS ANGKATAN XI SERTA *FELLOWSHIP*

DOKTER SPECIALIS KEMENTERIAN

KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2022

**Dokumen Persyaratan Rekrutmen Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Sub spesialis**

NO	DOKUMEN PERSYARATAN	Calon Peserta Dokter Spesialis-SubSpesialis			
		DINAS KESEHATAN	KANTOR PUSAT KEMENKES	TNI / POLRI	PASCA NS
1.	Data keadaan SDM sesuai SISDMK, kebutuhan dokter spesialis sesuai aplikasi RENBUT dan sarpras sesuai aplikasi ASPAK di rumah sakit pengusul di tandatangani pimpinan rumah sakit dan dibubuhi stemple	V	V	V	
2	Bukti pendaftaran dari institusi pendidikan	V	V	V	V
3	Ijazah dan transkrip nilai terakhir yang dilegalisir oleh pejabat institusi pendidikan yang berwenang	V	V	V	V
4	Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku	V	V	V	V
5	Surat pernyataan bermaterai Rp. 10.000,- (formulir I)	V	V	V	V
a	Bersedia menyerahkan STR dokter spesialis setelah menyelesaikan Pendidikan Dokter Spesialis-	V	V	V	V

NO	DOKUMEN PERSYARATAN	Calon Peserta Dokter Spesialis-SubSpesialis			
		DINAS KESEHATAN	KANTOR PUSAT KEMENKES	TNI / POLRI	PASCA NS
	Subspesialis melalui KKI kepada Kemenkes				
b	Wajib melaksanakan pengabdian di instansi pengusul sesuai Permenkes nomor 14 tahun 2018.	V	V	V	
c	Tidak akan mundur dari kepesertaan sebelum ataupun setelah SK penetapan diterbitkan	V	V	V	V
d	Tidak akan pindah prodi/peminatan dan institusi pendidikan setelah ditetapkan dalam surat keputusan sebagai peserta Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis	V	V	V	V
6	Surat pernyataan bermaterai bersedia ditempatkan di seluruh Indonesia sesuai kebutuhan nasional (Formulir 2)	V	V	V	V
7	Surat ijin tertulis dari atasan langsung (Formulir 3)	V	V	V	
8	Surat persetujuan suami/istri/orang tua/wali bermaterai bersedia ditempatkan di seluruh Indonesia sesuai kebutuhan nasional (Formulir 4)	V	V	V	V
9	Surat Kuasa pengambilan STR dokter spesialis (Formulir 5)	V	V	V	V
10	Surat rekomendasi dari Direktur rumah sakit mengetahui Kepala Dinas kesehatan dengan cap basah (Formulir 6)	V			
11	Surat rekomendasi dari Pimpinan UPT dan Sekretaris unit utama Kemenkes		V		

NO	DOKUMEN PERSYARATAN	Calon Peserta Dokter Spesialis-SubSpesialis			
		DINAS KESEHATAN	KANTOR PUSAT KEMENKES	TNI / POLRI	PASCA NS
12	Surat rekomendasi dari Kepala Satker Kemhan-TNI/POLRI (Formulir 7)			V	
13	Surat rekomendasi dari IDI daerah pengusul (Formulir 8)	V	V	V	V
14	Surat keterangan sehat dan bebas narkoba dari dokter rumah sakit pemerintah (Formulir 9)	V	V	V	V
15	Bukti Kepesertaan Aktif BPJS-Kesehatan	V	V	V	V
<b>PERSYARATAN KHUSUS ASN</b>					
1	Surat dari Badan Kepegawaian Daerah (BKD) bagi PNS Provinsi/Kab/Kota	V			
2	SK pengangkatan dan SK pangkat terakhir	V	V	V	
3	SK jabatan terakhir yang menduduki jabatan fungsional/structural	V	V	V	
4	Penilaian Prestasi Kerja PNS/SKP 2 tahun terakhir dengan setiap unsur sekurang-kurangnya bernilai baik	V	V	V	
<b>PERSYARATAN KHUSUS NON ASN</b>					
1	Surat rekomendasi dari Gubernur/Bupati/Walikota daerah pengusul	V			
2	Surat keputusan pengangkatan Kontrak BLU/BLUD di RS Pemerintah	V	V		
3	Surat keputusan pengangkatan peserta penugasan khusus nusantara sehat				V

NO	DOKUMEN PERSYARATAN	Calon Peserta Dokter Spesialis-SubSpesialis			
		DINAS KESEHATAN	KANTOR PUSAT KEMEN KES	TNI / POLRI	PASCA NS
4	Surat keterangan selesai penugasan untuk peserta pasca penugasan khusus nusantara sehat				V

DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN,



**ARIANTI ANAYA**

LAMPIRAN III

SURAT EDARAN DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/I/1143/2022

TENTANG

REKRUTMEN PROGRAM BANTUAN PENDIDIKAN DOKTER  
SPECIALIS ANGKATAN XXIX DAN

DOKTER SUBSPECIALIS ANGKATAN XI SERTA *FELLOWSHIP*

DOKTER SPECIALIS KEMENTERIAN

KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2022

**Dokumen Persyaratan Program *Fellowship* Dokter Spesialis**

No	Dokumen Persyaratan
1	Surat pernyataan bermaterai RP. 10.000,- (Formulir 11). a. Bersedia mengikuti semua ketentuan/persyaratan penyelenggaraan fellowship Kementerian Kesehatan. b. Wajib melaksanakan masa pengabdian pada rumah sakit pengusul selama 2 (dua) tahun.
2	Surat Rekomendasi mengikuti Program <i>Fellowship</i> dari Kolegium terkait (dokter spesialis).
3	Bagi calon peserta PNS harus mendapatkan izin dari BKD setempat
4	Surat keterangan berbadan sehat dan bebas narkoba dari dokter rumah sakit pemerintah dengan melampirkan hasil laboratorium yang asli.
5	Surat rekomendasi dari direktur rumah sakit pengusul (Formulir 12).
6	Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) Dokter Spesialis dan fotocopy SIP (Surat Ijin Praktik) yang masih berlaku di rumah sakit pengusul.

DIREKTUR JENDERAL TENAGA KESEHATAN,



**ARIANTI ANAYA**

FORMULIR I

**SURAT – PERNYATAAN**

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : \_\_\_\_\_  
NIK : \_\_\_\_\_  
NIP(\*) : \_\_\_\_\_  
NA IDI/PDGI : \_\_\_\_\_  
Status Kepegawaian (\*\*) : ASN/NON ASN  
Unit Kerja Asal /Instansi Pengusul : \_\_\_\_\_  
Peminatan (\*\*) : Peserta Program Bantuan PENDIDIKAN DOKTER  
SPECIALIS/Sub Spesialis  
Program studi Fakultas : \_\_\_\_\_  
Kedokteran : \_\_\_\_\_  
Universitas : \_\_\_\_\_  
Alamat (sesuai KTP) : \_\_\_\_\_  
Alamat domisili : \_\_\_\_\_  
e-mail : \_\_\_\_\_  
Nomor Telepon & Handphone : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dalam rangka mendapatkan bantuan biaya pendidikan program bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis Kemenkes dengan ini memberikan pernyataan sebagai berikut:

1. Bersedia memberikan kuasa kepada kementerian kesehatan C.q Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan melalui Konsil Kedokteran Indonesia untuk mengambil STR dokter spesialis/dokter subspesialis setelah menyelesaikan Pendidikan Dokter Spesialis. Dan akan diserahkan kepada Saya setelah diterbitkan Surat Pernyataan Melaksanakan Tugas (SPMT) pada satuan kerja/instansi pengusul.
2. Bersedia melepaskan jabatan struktural/fungsional selama menjalankan Program Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis.
3. Tidak sedang menjalani hukuman disiplin.

4. Tidak akan mundur dari kepesertaan program ini baik sebelum SK penetapan diterbitkan ataupun setelah SK penetapan diterbitkan sesuai dengan peraturan perundangundangan.
5. Pada saat pendaftaran/masa Pendidikan peserta program bantuan Pendidikan Dokter Spesialis saya tidak berstatus sebagai CPNS
6. Pada saat pendaftaran/masa Pendidikan peserta program bantuan Pendidikan Dokter Spesialis saya tidak sedang proses pindah penugasan
7. 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.
8. Selama menjadi peserta Pendidikan Dokter Spesialis Kemenkes saya tidak terikat pemberian bantuan biaya pendidikan dokter spesialis-sub spesialis dengan Institusi atau lembaga lain.
9. Saya bersedia untuk mengikuti kepesertaan BPJS – Jamsostek (JKM dan JKK) setelah saya dinyatakan lulus sebagai peserta penerima bantuan biaya pendidikan dokter spesialis-subspesialis
10. Saya telah menjadi peserta aktif BPJS-JKN (Jaminan Kesehatan Nasional)
11. Setelah selesai mengikuti pendidikan spesialis saya bersedia ditempatkan di RS pengusul ..... Kab/Kota ..... Provinsi ..... / diseluruh wilayah Indonesia.
12. Saya bersedia ditempatkan di RS milik Pemerintah diseluruh wilayah Indonesia (bagi pasca penugasan khusus nusantara sehat).
13. Apabila Kabupaten dan/atau Provinsi yang dipilih sebagaimana tersebut pada angka 11 ternyata telah penuh atau karena sebab lain sehingga tidak memungkinkan untuk melaksanakan masa pengabdian di Provinsi tersebut, maka saya bersedia ditempatkan oleh Kementerian Kesehatan sesuai dengan kebutuhan dokter spesialis-subspesialis di seluruh Indonesia.
14. Apabila saya tidak melaksanakan pengabdian sebagaimana tersebut pada angka 11 dan 12, saya bersedia menjalankan sanksi sebagaimana diatur dalam Permenkes RI Nomor 14 Tahun 2018 tentang Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis.
15. Memenuhi persyaratan/ketentuan yang ditetapkan oleh Institusi Pendidikan dan Kementerian Kesehatan.
16. 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.

*Tempat, Tanggal – Bulan -  
Tahun*

Yang Membuat Pernyataan

MATERAI

(.....)

Catatan:

)\* Bagi calon peserta ASN wajib diisi

)\*\* Coret yang tidak perlu

FORMULIR 2

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertandatangan di bawah ini, saya

Nama : .....  
NIK : .....  
NIP : .....  
Alamat (sesuai KTP) : .....  
Alamat domisili : .....  
Fakultas Keokteran : .....  
Universitas : .....  
Alamat email : .....  
No. Telp & HP : .....

Sesuai dengan permohonan **SAYA** untuk mendapatkan Bantuan Program Pendidikan Dokter Spesialis/Dokter Subspesialis Kementerian Kesehatan. Setelah menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis/Dokter Subspesialis Kementerian Kesehatan, **SAYA** bersedia ditempatkan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kab/Kota/Provinsi diseluruh wilayah Indonesia.

Apabila Kabupaten/Kota dan Provinsi yang dipilih ternyata telah penuh atau karena sebab lain sehingga tidak memungkinkan untuk melaksanakan masa pengabdian di Provinsi tersebut, maka saya bersedia ditempatkan oleh Kementerian Kesehatan sesuai dengan kebutuhan dokter di seluruh Indonesia.

Apabila saya tidak melaksanakan pengabdian, maka saya bersedia mengembalikan bantuan biaya pendidikan tersebut sebagaimana diatur dalam Permenkes RI Nomor 14 Tahun 2018 tentang Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis/Pendidikan Dokter Subspesialis.

Apabila saya melanggar segala ketentuan di atas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi dari Kementerian Kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku.

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

\_\_\_\_\_  
Yang Membuat Pernyataan

MATERAI 10000

(.....)



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

Tempat, tgl... bulan 20..

Atasan Langsung

Nama

(.....)  
NIP

FORMULIR 4

SURAT PERNYATAAN ORANG TUA/WALI/SUAMI/ISTRI CALON PESERTA  
PROGRAM DOKTER SPESIALIS-SUBSPESIALIS

Yang bertandatangan di bawah ini orang tua/wali/suami/istri calon peserta Program Bantuan Pendidikan Program Dokter Spesialis-Subspesialis berikut ini:

Nama .....  
NIK .....  
No. Telpn .....  
Alamat Korespondensi .....  
Alamat Keluarga .....

Dengan ini saya menyatakan MENYETUJUI dan MENGIJINKAN calon Peserta Program Dokter Spesialis-Subspesialis pasca pendidikan menjalankan masa pengabdian sesuai peraturan perundang-undangan. Bagi Calon peserta tersebut berikut di bawah ini

Nama .....  
NIK .....  
Status Kepegawaian .....  
Institusi Pendidikan/ Program studi ...../  
Rumah sakit pengusul .....  
Propinsi Pengusul.....

Apabila tidak melaksanakan/ ingkar maka bersedia di kenakan sanksi sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

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

Mengetahui

Ttd

( nama Peserta )

Yang Membuat pernyataan

MATERAI

ttd

(.....)

FORMULIR 5

SURAT KUASA PENGAMBILAN SURAT TANDA REGISTRASI DOKTER  
SPESIALIS/DOKTER SUBSPESIALIS \*

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (nama lengkap dengan gelar)

Program Studi:

Institusi Pendidikan:

Alamat

Memberikan kuasa penuh kepada Kementerian Kesehatan:

Nama . Direktur Penyediaan Tenaga Kesehatan, Direktorat Jenderal

Alamat Tenaga Kesehatan

No. Telp . Jln. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru, Jakarta Selatan  
. 021-7245517

Untuk pengambilan berkas berupa Surat Tanda Registrasi Dokter spesialis/ Dokter  
Subspesialis (\* ) di Kantor Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) Jakarta atas nama:

Nama (nama lengkap dengan gelar)

Program Studi:

Institusi Pendidikan:

Alamat

No. HP

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

....., tanggal.....2022

Yang Menerima Kuasa

Yang Memberi Kuasa

Direktur Penyediaan  
Tenaga Kesehatan

Materai RP. 10.000,-

Dra. Oos Fatimah Rosyati, MKes  
NIP 196504181989032002  
Keterangan:

dr/drg....

(\* ) = coret yang tidak perlu

FORMULIR 6

(KOP RUMAH SAKIT.....)

---

SURAT REKOMENDASI

Nomor .....

Yang bertandatangan di bawah ini.

Nama

Jabatan

Unit Kerja

Kabupaten/Kota:

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini

Nama

NIK

Status • ASN (pns DAN P3K)/NON ASN (Kontrak BLU) \*

Kepegawaian

Satuan Kerja

Kabupaten/Kota:

Bersama ini Kami rekomendasikan untuk:

1. Mengikuti pendidikan Dokter spesialis/Subspesialis (\*) dengan peminatan.melalui Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis(\*) Kementerian Kesehatan RI,
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, tunjangan, jasa pelayanan dan fasilitas tempat tinggal sesuai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

Demikian rekomendasi ini kami buat untuk dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Mengetahui

Ibukota Kabupaten /Kota

(tanggal, bulan, tahun)

Kepala Dinas Kesehatan Prov/Kabupaten/Kota

Direktur

RSU

Daerah..

.. ..

.

Ttd

Ttd .....

Nama

Nama

Keterangan:

(\*) = coret yang tidak perlu



FORMULIR 7

(KOP KASATKER.....)

---

SURAT REKOMENDASI

Nomor

.....  
.....

Yang bertandatangan di bawah ini.

Nama • Nama Kasatker  
NIK  
Jabatan  
Unit Kerja  
Kabupaten/Kota:

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini

Nama  
NIP/NRP  
NIK  
Status • ASN (PNS/P3K)/ POLRI/TNI \*  
Kepegawaian  
Satuan Kerja

Bersama ini Kami rekomendasikan untuk:

1. Mengikuti pendidikan Dokter Spesialis/Subspesialis (\*) dengan pernintan.melalui Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis/Subspesialis(\*) Kementerian Kesehatan RI.
2. 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 (Kemenhan-  
TNI/POLRI)

ttd

Nama

Ibukota Kabupaten  
/Kota (tanggal,  
bulan, tahun)  
Kepala Satuan  
Kerja

---

ttd

Nama

FORMULIR 8

(KOP BADAN KEPEGAWAIAN DAERAH. .

SURAT REKOMENDASI

Nomor

.....

Yang bertandatangan di bawah ini.

Nama \_\_\_\_\_

Jabatan • Kepala Badan Kepegawaian Daerah

Unit Kerja : .....

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini

Nama \_\_\_\_\_

NIP/NRPTT : .....

Status ASN(PNS/PPPK)

Kepegawaian Rumah Sakit pengusul.....

Kabupaten/Kota : .....

Provinsi \_\_\_\_\_

Bersama ini kami rekomendasikan (mengizinkan):

1. mengikuti seleksi administrasi dan seleksi akademik Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis Kementerian Kesehatan Tahun 2022 dengan Peminatan \_\_\_\_\_ Fakultas Kedokteran..... Universitas.....
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.

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

Jabatan

Prov/Kab/Kota(\*):

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum dibawah ini

Nama

NRPTT

Satuan Kerja:

Kabupaten/Kota:

Provinsi

Telah kami setuju:

- 1 . Untuk direkomendasikan mengikuti Pendidikan Dokter Spesialis/Subspesialis (\*) melalui Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis/ Kemenkes .
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 (P3K) setelah menjadi spesialis.
3. Apabila yang bersangkutan telah lulus Pendidikan Dokter Spesialis 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 dan rumah sakit pengusul tersebut telah penuh atau karena sebab lain sehingga tidak memungkinkan untuk melaksanakan masa penugasan di Provinsi tersebut, maka yang bersangkutan akan ditempatkan oleh Kementerian Kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2018 tentang Program Bantuan Pendidikan Dokter Spesialis-Subspesialis dan Dokter Gigi Spesialis-Subspesialis.

5. Gubernur/Bupati/Walikota (\*) bersedia menyediakan anggaran bagi peserta Pendidikan Dokter Spesialis yang akan kembali untuk mengabdikan di rumah sakit pengusul seperti sarana prasarana, tunjangan, jasa pelayanan dan fasilitas tempat tinggal sesuai Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah .

Demikian rekomendasi ini kami buat untuk dapat digunakan sebagaimana semestinya.

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

ttd

Gubernur/Bupati/Walikota(\*)

Keterangan:

(\*) = coret yang tidak perlu

FORMULIR 10

SURAT PERNYATAAN CALON PESERTA PROGRAM DOKTER SUBSPESIALIS

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama .....

NIK .....

Status Kepegawaian . ASN (PNS/PPPK)

Satuan Kerja Asal/Instansi Pengusul.....

Peminatan • Peserta Program Subspesialis Program studi .....

Fakultas Kedokteran..... Universitas .....

Alamat Korespondensi .....

No. Telpon .....

Alamat Keluarga .....

Alamat email aktif .....

Dengan ini saya menyatakan bahwa memang benar telah bertugas minimal 5 (lima) tahun sebagai dokter spesialis di Rumah Sakit.....

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

Mengetahui

Direktur Rumah Sakit.....

ttd

Nama

NIP

.....  
Yang Membuat Pernyataan

MATERA

(.....)

FORMULIR 11

SURAT – PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya

Nama : .....  
NIP/NRPTT : .....  
NPA IDI : .....  
Status Kepegawaian : ASN/Non ASN\*  
Unit Kerja Asal /Instansi Pengusul : .....  
Peminatan : .....  
Alamat (sesuai KTP) : .....  
Alamat domisili : .....  
Alamat email : .....  
No. Telp & HP : .....

Sesuai dengan permohonan kami untuk mendapatkan bantuan biaya penyelenggaraan fellowship Kemenkes dengan ini memberikan pernyataan sebagai berikut :

1. Bersedia mengikuti semua ketentuan/persyaratan penyelenggaraan fellowship Kemeterian Kesehatan
2. Wajib melaksanakan masa pengabdian pada rumah sakit pengusul selama 2 (dua) tahun

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

....., .....

Yang Membuat Pernyataan

MATERAI

Catatan :

\* Coret yang tidak perlu

FORMULIR 12

(KOP RUMAH SAKIT.....)

---

**SURAT REKOMENDASI**

**Nomor :** .....

Yang bertandatangan di bawah ini.

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

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini

Nama :  
NIP :  
Status Kepegawaian :  
Satuan Kerja :  
Kabupaten/Kota :  
Provinsi :

Bersama ini Kami rekomendasikan untuk :

1. Mengikuti penyelenggaraan fellowship dokter spesialis dan pendamping fellowship dokter spesialis dengan peminatan .....
2. Yang bersangkutan setelah menyelesaikan fellowship akan didayagunakan di RSUD/RSUP..... kabupaten/kota..... provinsi.....selama 2 tahun.
3. Rumah sakit pengusul akan menyediakan sarana prasarana untuk pelayanan fellowship tersebut sesuai Pagu Anggaran Pemerintah Daerah setempat.



Demikian rekomendasi ini kami buat untuk dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Mengetahui

Kepala Dinas Kesehatan  
Prov/Kabupaten/Kota

ttd

Ibukota Kabupaten /Kota  
(Tanggal, bulan, tahun)

Direktur RSUD Daerah.....

ttd

Nam