



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

Yang terhormat,

1. Pimpinan Perusahaan/Industri Farmasi, Alat Kesehatan, Alat Laboratorium Kesehatan.
2. Pimpinan Perusahaan/Industri Susu Formula dan Makanan Bayi
3. Pimpinan Rumah Sakit Umum Pusat/Pendidikan/TNI/Polri di seluruh Indonesia
4. Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Prov/Kab/Kota di seluruh Indonesia
5. Pimpinan Rumah Sakit Swasta di seluruh Indonesia
6. Ketua Organisasi Profesi/Perhimpunan/Asosiasi di Bidang Kesehatan

SURAT EDARAN

NOMOR HK.02.01/MENKES/66/2017

TENTANG

MEKANISME PELAPORAN *SPONSORSHIP* SESUAI DENGAN PERATURAN
MENTERI KESEHATAN NOMOR 58 TAHUN 2016 TENTANG *SPONSORSHIP*
BAGI TENAGA KESEHATAN

Dalam rangka mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih telah ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2016 tentang *Sponsorship* Bagi Tenaga Kesehatan yang dimaksudkan untuk mendukung peningkatan pengetahuan dan/atau keterampilan serta pengembangan profesi Tenaga Kesehatan.

Surat Edaran ini ditujukan untuk memberikan penjelasan lebih lanjut terhadap mekanisme pelaporan dari ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2016 tentang *Sponsorship* Bagi Tenaga Kesehatan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 2 -

Mengingat ketentuan:

1. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 1980 tentang Tindak Pidana Suap (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1980 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3178);
2. Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3874), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2001 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4150);
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
8. Undang-Undang 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 3 -

9. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5135);
10. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2014 tentang Pengendalian Gratifikasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 416);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2016 tentang *Sponsorship* Bagi Tenaga Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1793);

Bersama ini disampaikan sebagai berikut:

1. Penerima dan pemberi *Sponsorship* harus melaporkan kepada Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) dan ditembuskan kepada Kementerian Kesehatan;
2. Penerima *Sponsorship* harus melaporkan kepada KPK paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja setelah menerima *Sponsorship* dengan format laporan sebagai berikut:
 - a. institusi bukan sebagai penyelenggara dan institusi sebagai penyelenggara lampiran I;
 - b. tenaga kesehatan Praktik perorangan lampiran II; dan
 - c. pemberi *Sponsorship* lampiran III.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 4 -

3. Tenaga Kesehatan yang menerima *Sponsorship* melalui Institusi, maka laporan kepada KPK dilakukan oleh Institusi bukan sebagai penyelenggara;
4. Pemberi *Sponsorship* harus melaporkan kepada KPK dalam bentuk rekapitulasi pemberian *Sponsorship* selama periode 1(satu) bulan berjalan paling lambat tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya dengan menggunakan format terlampir;
5. Laporan baik pemberi maupun penerima *Sponsorship* disampaikan melalui email: **sponsorship@kpk.go.id** ditembuskan kepada Kementerian Kesehatan melalui email: **sponsorship@kemkes.go.id**;
6. Pelaporan sebagaimana dimaksud pada angka 1 disampaikan dalam bentuk excel (*softcopy*) dan format pdf yang telah ditandatangani oleh direksi perusahaan pemberi *Sponsorship*; dan
7. Penyampaian laporan *Sponsorship* selama masa peralihan terhitung sejak diundangkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2016 tentang *Sponsorship* bagi Tenaga Kesehatan harus di sampaikan paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak ditetapkan Surat Edaran ini.

Demikian Surat Edaran ini disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 10 Februari 2017

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

ttd

NILA FARID MOELOEK

Daftar Penerimaan Sponsorship

Nama Institusi :
 Alamat :

No	Nama Kegiatan	Tanggal Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Nama Penerima		Besaran Nilai Sponsorship Yang Diberikan (Dalam Rupiah)						Nama Pemberi		
				Tenaga Kesehatan	Bidang Keahlian/Bagian	Institusi bukan Sebagai Penyelenggara				Institusi Sebagai Penyelenggara		Total Jumlah	Nama Perusahaan	Alamat
						Registrasi	Akomodasi	Transportasi	Honor	Nominal	Keterangan			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1														
2														
3														
4														
dst														

Tempat penandatanganan, tanggal (dd/mm/yyyy)

(Tandatangan)

(Nama Jelas) _____

(Jabatan)

Keterangan Pengisian :

- Kolom 1 : Nomor
- Kolom 2 : Nama Kegiatan
- Kolom 3 : Tanggal Kegiatan
- Kolom 4 : Lokasi Kegiatan
- Kolom 5 : Nama Lengkap dan Gelar Tenaga Kesehatan Penerima Sponsorship
- Kolom 6 : Bidang Keahlian dan Bagian Tenaga Kesehatan Penerima Sponsorship
- Kolom 7 : Nominal biaya registrasi kegiatan (dalam rupiah, kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)
- Kolom 8 : Nominal biaya akomodasi (dalam rupiah,kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)
- Kolom 9 : Nominal biaya transportasi termasuk tiket, visa, asuransi perjalanan, *handling fee* dan taxi (dalam rupiah, kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)
- Kolom 10 : Nominal honor yang diterima tenaga kesehatan sebagai narasumber atau moderator kegiatan (dalam rupiah, kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)
- Kolom 11 : Besaran sponsorship yang diterima institusi sebagai penyelenggara kegiatan, apabila sponsorship diberikan dalam bentuk barang dikonversi dalam nominal rupiah
- Kolom 12 : Keterangan bentuk penerimaan
- Kolom 13 : Jumlah nominal dari kolom 7,8,9,10, atau jumlah nominal kolom 11
- Kolom 14 : Nama Perusahaan Pemberi Sponsorship
- Kolom 15 : Alamat Perusahaan Pemberi Sponsorship
- Kolom 10 diisi jika tenaga kesehatan yang menerima sponsorship berperan sebagai narasumber atau moderator kegiatan
- Kolom 7, 8, 9 dan 10 diisi jika institusi bukan berperan sebagai penyelenggara kegiatan
- Kolom 11 dan 12 diisi jika institusi berperan sebagai penyelenggara kegiatan
- DD diisi dengan tanggal
- MM diisi dengan nama bulan
- YYYY diisi dengan tahun

Email Pelaporan: sponsorship@kpk.go.id dan sponsorship@kemkes.go.id

Dikirimkan dalam format (.xls) dan (.pdf)

Laporan Penerimaan Sponsorship

Nama Lengkap dan Gelar :
 Bidang Keahlian :
 Alamat Praktik :

No	Nama Kegiatan	Tanggal Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Besaran Nilai Sponsorship Yang Diberikan (Dalam Rupiah)					Pemberi Sponsorship	
				Registrasi	Akomodasi	Transportasi	Honor	Jumlah	Nama Perusahaan	Alamat
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
4										
dst										

Tempat penandatanganan, tanggal (dd/mm/yyyy)

(Tandatangan)

(Nama Jelas)

Keterangan Pengisian :

- Kolom 1 : Nomor
- Kolom 2 : Nama kegiatan yang di sponsori
- Kolom 3 : Tanggal Kegiatan
- Kolom 4 : Lokasi Kegiatan
- Kolom 5 : Nominal biaya registrasi kegiatan (dalam rupiah, kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)
- Kolom 6 : Nominal biaya akomodasi (dalam rupiah,kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)
- Kolom 7 : Nominal biaya transportasi termasuk tiket, visa, asuransi perjalanan, handling fee dan taxi (dalam rupiah, kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)
- Kolom 8 : Nominal honor yang diterima tenaga kesehatan sebagai narasumber atau moderator kegiatan (dalam rupiah, kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)
- Kolom 9 : Jumlah dari Kolom 5,6,7 dan 8
- Kolom 10 : Nama perusahaan pemberi sponsorship
- Kolom 11 : Alamat perusahaan pemberi sponsorship
- Kolom 8 diisi jika tenaga kesehatan yang menerima sponsorship berperan sebagai narasumber atau moderator kegiatan
- DD diisi dengan tanggal
- MM diisi dengan nama bulan
- YYYY diisi dengan tahun

Email Pelaporan: sponsorship@kpk.go.id dan sponsorship@kemkes.go.id
 Dikirimkan dalam format (.xls) dan (.pdf)

Rekapitulasi Pemberian Sponsorship Periode MM/YYYY

Nama Perusahaan :
 Alamat :

No	Nama Kegiatan	Tanggal Kegiatan	Lokasi Kegiatan	Kategori Penerima (beri tanda √)			Besaran Nilai Sponsorship Yang Diberikan (Dalam Rupiah)						Nama Penerima			
				Institusi Sebagai Penyelenggara	Institusi Bukan Sebagai Penyelenggara	Tenaga Kesehatan Praktik Perorangan	Registrasi	Akomodasi	Transportasi	Honor	Jumlah	Institusi Sebagai Penyelenggara		Tenaga Kesehatan/Instansi	Bidang Keahlian	Alamat
												Nominal	Keterangan			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1																
2																
3																
4																
dst																

Tempat penandatanganan, tanggal (dd/mm/yyyy)

(Tandatangan Direksi)

(Nama Jelas) _____

(Jabatan)

Keterangan Pengisian :

Kolom 1 : Nomor

Kolom 2 : Nama kegiatan

Kolom 3 : Tanggal Kegiatan

Kolom 4 : Lokasi Kegiatan

Kolom 5 : isi dengan tanda ceklis apabila institusi yang menerima sponsorship berperan sebagai penyelenggara kegiatan

Kolom 6 : isi dengan tanda ceklis apabila institusi yang menerima sponsorship tidak berperan sebagai penyelenggara kegiatan

Kolom 7 : isi dengan tanda ceklis apabila penerima sponsorship adalah tenaga kesehatan praktik perorangan

Kolom 8 : Nominal biaya registrasi kegiatan (dalam rupiah, kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)

Kolom 9 : Nominal biaya akomodasi (dalam rupiah, kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)

Kolom 10 : Nominal biaya transportasi termasuk tiket, visa, asuransi perjalanan, handling fee dan taxi (dalam rupiah, kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)

Kolom 11 : Nominal honor yang diterima tenaga kesehatan sebagai narasumber atau moderator kegiatan (dalam rupiah, kurs sesuai dengan tanggal pelaksanaan kegiatan)

Kolom 12 : Jumlah dari Kolom 8,9,10 dan 11

Kolom 13 : Besaran sponsorship yang diterima institusi sebagai penyelenggara kegiatan, apabila sponsorship diberikan dalam bentuk barang dikonversi dalam nominal rupiah

Kolom 14 : Keterangan bentuk pemberian

Kolom 15 : Jika institusi bukan sebagai penyelenggara kegiatan, maka kolom ini diisi nama tenaga kesehatan yang diberikan sponsorship

Jika institusi berperan sebagai penyelenggara kegiatan, maka kolom ini diisi nama institusi yang diberikan sponsorship

Kolom 16 : Diisi Bidang Keahlian Tenaga Kesehatan yang diberikan sponsorship

Kolom 17 : Alamat Instansi atau tenaga kesehatan praktik perorangan yang diberikan sponsorship

Kolom 8, 9, 10, 11 dan 12 diisi jika institusi bukan berperan sebagai penyelenggara kegiatan

Kolom 13 dan 14 diisi jika institusi berperan sebagai penyelenggara kegiatan

DD diisi dengan tanggal

MM diisi dengan nama bulan

YYYY diisi dengan tahun

Email Pelaporan: sponsorship@kpk.go.id dan sponsorship@kemkes.go.id

Dikirimkan dalam format (.xls) dan (.pdf)