



**KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA**  
**DIRECTOR GENERAL OF HEALTH MALAYSIA**

Kementerian Kesihatan Malaysia  
Aras 12, Blok E7, Parcel E,  
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan  
62590 Putrajaya

Tel : 603-88832545  
Faks : 603-88895542  
E-mail : ismailmerican@moh.gov.my

**No. Ruj.** : KKM 87/A4/6-6/0 (29)

**Tarikh** : 13 Oktober 2008.

Semua Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri

Semua Pengarah Institusi  
Kementerian Kesihatan Malaysia.

Y. Bhg. Datuk/Datin/Tuan/Puan,

**PEKELILING KETUA PENGARAH KESIHATAN BIL. 16/2008: GARIS  
PANDUAN MELAKSANAKAN POSTING ELEKTIF OLEH PELAJAR  
PERUBATAN DI FASILITI KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

---

**1. TUJUAN:**

- 1.1. Pekeliling ini bertujuan untuk memaklumkan pelaksanaan garis panduan bagi menyelaraskan dan menyeragamkan posting elektif oleh pelajar perubatan di fasiliti Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM).

**2. LATARBELAKANG:**

- 2.1. Akta Perubatan 1971 membenarkan pelajar perubatan dari institusi yang tersenarai di dalam Jadual Ketiga Akta Perubatan 1971 mengamalkan perubatan tanpa pendaftaran.

**3. PERKARA YANG DIMAKLUMKAN**

- 3.1 Salah satu keperluan di dalam pengajian perubatan peringkat sarjana muda di institusi tertentu ialah mewajibkan pelajar mereka menjalani posting elektif di hospital pilihan masing-masing.
- 3.2 Bagi menyelaraskan pengurusan posting elektif tersebut, Surat Pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Bil. 5 Tahun 1995 bertajuk 'Permohonan Untuk Membuat Elektif Posting di Hospital-Hospital Kementerian Kesihatan Malaysia' telah dikeluarkan.

## PEKELILING KETUA PENGARAH KESIHATAN-16/2008

- 3.3 Namun, sejak akhir-akhir ini kemudahan posting elektif dilaporkan telah disalahgunakan. Antara penyalahgunaan yang dikenalpasti ialah terdapat pelajar dari institusi luar negara menghabiskan masa pengajian yang agak lama di hospital KKM di Malaysia. Selain kehadiran pelajar yang ramai akan membebankan hospital, pelajar tersebut juga tidak mendapat bimbingan dan latihan yang selayaknya dari institusi masing-masing.
- 3.4 Selain itu, beberapa ejen yang tidak bertanggung-jawab mengambil kesempatan menyalahgunakan kemudahan ini bagi kepentingan tertentu. Mereka memberi gambaran institusi yang tidak diiktiraf di luar negara telah pun diberikan pengiktirafan apabila pelajar institusi tersebut diterima menyertai posting elektif di dalam fasiliti KKM.
- 3.5 Menyedari Surat Pekeliling semasa yang digunapakai adalah lapok dan tidak lagi relevan, ianya telah dikaji dan pekeliling baru ini telah diperkenalkan.
- 3.6 Di dalam Surat Pekeliling baru ini, garis panduan sediaada telah dikemaskini untuk menyelaraskan posting elektif pelajar perubatan dari dalam dan luar negara sesuai dengan keperluan dan kepentingan semasa demi kebaikan semua pihak.
- 3.7 Dibawah Surat Pekeliling baru ini, kriteria pengurusan pelajar perubatan yang ingin melaksanakan posting elektif di dalam fasiliti KKM (merangkumi klinik, hospital dan institusi) adalah seperti yang termaktub di **Lampiran A**.

## 4. PELAKSANAAN/TINDAKAN

- 4.1. Adalah menjadi tanggung-jawab Pengarah Kesihatan Negeri atau Ketua Institusi untuk:
  - a. Memaklumkan pelaksanaan Surat Pekeliling ini kepada pengarah-pengarah hospital, pegawai-pegawai kesihatan daerah/kawasan dan pakar-pakar serta pegawai perubatan yang menyelia pelajar posting elektif; dan
  - b. Memastikan semua kehendak Surat Pekeliling ini difahami dan dipatuhi sepenuhnya.

## 5. PEMAKAIAN DAN TARIKH KUATKUASA

- 5.1. Pelaksanaan Surat Pekeliling ini adalah berkuatkuasa serta merta.
- 5.2. Dengan pelaksanaan Pekeliling ini, Surat Pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Bil. 5 Tahun 1995 bertajuk 'Permohonan Untuk Membuat Elektif Posting di Hospital-Hospital Kementerian Kesihatan Malaysia' dibatalkan berkuatkuasa serta merta.

**6. PERTANYAAN:**

6.1. Sebarang pertanyaan mengenai Surat Pekeliling ini boleh dirujuk kepada:

Setiausaha,  
Majlis Perubatan Malaysia,  
Aras 2, Blok E-1, Blok E,  
Kompleks Pentadbiran Kerajaan Persekutuan,  
62518 PUTRAJAYA.

No. Tel : 03 8883 1400 atau 1410  
No. Fax : 03 8883 1406  
E-mail : [admin@mmc.gov.my](mailto:admin@mmc.gov.my)

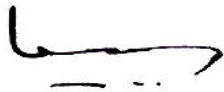
Atau:

Timbalan Pengarah,  
Cawangan Pembangunan Profesyen Perubatan,  
Bahagian Perkembangan Perubatan,  
Kementerian Kesihatan Malaysia,  
Aras 4, Blok E-1, Blok E,  
Kompleks Pentadbiran Kerajaan Persekutuan,  
62518 PUTRAJAYA.

No. Tel : 03 8883 1103  
No. Fax : 03 8883 1427

Sekian. Terima kasih.

Yang ikhlas,



**TAN SRI DATO' SERI DR. HJ. MOHD ISMAIL MERICAN**  
Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia

s.k. Ketua Setiausaha  
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Setiausaha (Pengurusan)  
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Setiausaha (Kewangan)  
Kementerian Kesihatan Malaysia

**PEKELILING KETUA PENGARAH KESIHATAN-16/2008**

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)  
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)  
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Penyelidikan dan Sokongan)  
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah Perkembangan Perubatan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah Amalan Perubatan  
Kementerian Kesihatan Malaysia

Setiausaha  
Majlis Perubatan Malaysia

**LAMPIRAN A**

**KRITERIA MENJALANI POSTING ELEKTIF DI FASILITI KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

---

1. Hanya pelajar perubatan yang berdaftar dari institusi berikut layak diterima menyertai skim posting elektif:
  - a. institusi yang tersenarai di dalam Jadual Kedua Akta Perubatan 1971; dan
  - b. institusi pengajian tinggi tempatan (awam dan swasta).
2. Individu berikut tidak layak menyertai skim posting elektif:
  - a. Pelajar perubatan yang telah ditamatkan pengajian;
  - b. Graduan perubatan yang telah menamatkan pengajian dan berdaftar penuh dengan Majlis Perubatan negara asing boleh memohon Perakuan Amalan Sementara dibawah seksyen 16 Akta Perubatan 1971, jika berkenaan;
  - c. Graduan perubatan dari institusi yang tidak diiktiraf yang ingin mencari pengalaman sebelum menduduki ujian kelayakan perubatan.
3. Pelajar perlu mendapat kelulusan sebelum memulakan posting elektif. Permohonan hendaklah dikemukakan kepada Pengarah Kesihatan Negeri atau Ketua institusi berkenaan tidak kurang dari TIGA BULAN dari tarikh memulakan posting.
4. Semua permohonan hendaklah diurus oleh Jabatan Kesihatan Negeri atau Institusi masing-masing dan kelulusan diberikan oleh Pengarah Kesihatan Negeri /Ketua Institusi terus kepada pelajar berkenaan dengan sesalinan surat kepada Ketua Jabatan/Unit fasiliti berkenaan.
5. Pengarah Kesihatan Negeri atau Ketua institusi berhak sepenuhnya:
  - a. menolak permohonan anda tanpa perlu memberi sebarang alasan; dan
  - b. menentukan disiplin posting elektif tanpa merujuk kepada pilihan anda.
6. Pengarah Kesihatan Negeri/Ketua Institusi perlu memastikan pengagihan pelajar dibuat agar tidak membebankan pihak pengurusan fasiliti dan juga pesakit.
7. Jumlah keseluruhan posting elektif tidak boleh melebihi enam minggu bagi setiap tahun dan tempoh posting bagi setiap disiplin tidak boleh kurang dari tiga minggu.
8. Selaras dengan objektif posting elektif, pegawai yang menyelia tidak dibenarkan membuat sebarang penilaian pencapaian keatas mana-mana pelajar yang menjalani posting elektif. Pegawai yang menyelia hanya boleh mengesahkan kehadiran dan komitmen pelajar sepanjang tempoh pengajian.

**PEKELILING KETUA PENGARAH KESIHATAN-16/2008**

9. Pihak Jabatan Kesihatan Negeri/Institusi dan fasiliti berkenaan perlu mengujudkan suatu buku daftar bagi menyenaraikan maklumat pelajar yang menjalani posting elektif.
10. Pelajar yang mengikuti posting elektif adalah tertakluk kepada semua undang-undang dan peraturan sedia ada dan juga mana-mana peraturan yang ditetapkan pihak berwajib dari masa kemasa.
11. Pihak berwajib berhak menamatkan posting elektif pelajar bila bila masa jika didapati tidak mematuhi mana-mana peraturan yang ditetapkan dan menghantar laporan kepada pihak institusi pelajar berkenaan serta disalinkan kepada Yang Di Pertua, Majlis Perubatan Malaysia dan Pengarah Perkembangan Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia.
12. Adalah menjadi tanggung-jawab setiap pelajar warga asing memastikan mereka mematuhi semua undang-undang negara seperti mempunyai visa pelajar dan sebagainya.
13. Pihak berwajib boleh menyediakan kemudahan tempat tinggal kepada pelajar elektif, jika ada, dengan bayaran tertentu.
14. Segala aktiviti pelajar posting elektif diwad hendaklah dibawah pengawasan pegawai atau pakar perubatan unit/disiplin berkenaan.
15. Pelajar yang menjalani posting elektif tidak dibenarkan samasekali mengendali, menyasat dan merawat mana-mana pesakit. Mereka hanya dibenarkan memeriksa pesakit bagi tujuan pengajian.
16. Segala maklumat, data statistik, rekod perubatan dan lain-lain maklumat yang diperolehi semasa posting elektif adalah sulit dan samasekali tidak boleh dikeluarkan dari mana-mana fasiliti dan digunakan bagi sebarang tujuan.
17. Pelajar yang mengikuti posting elektif tidak layak menerima sebarang gaji atau elaun.
18. Adalah menjadi tanggung-jawab setiap pelajar untuk memastikan mereka mempunyai peruntukkan kewangan mencukupi bagi menjalani posting elektif.
19. Pihak Kementerian Kesihatan Malaysia tidak akan bertanggung-jawab diatas sebarang kecederaan yang dialami atau penyakit yang diperolehi semasa menjalani elektif posting.
20. Setiap permohonan hendaklah menggunakan borang seperti di Lampiran B dan dikemukakan bersama-sama dengan surat rasmi Dekan yang menyokong permohonan tersebut. (Nota: Borang Bahasa Inggeris disediakan untuk kegunaan pelajar warga asing.)

**LAMPIRAN B**

**BORANG PERMOHON MENJALANI POSTING ELEKTIF DI FASILITI  
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

**NOTA:**

- a. Anda perlu mengisi penuh semua ruangan wajib yang bertanda \*; dan
- b. Sila isi dalam DUA salinan.

**1. Maklumat Peribadi:**

1.1. Nama penuh menurut Kad Pengenalan atau Pasport\*: \_\_\_\_\_

1.2. a. No. Kad Pengenalan (Warga Malaysia): Old\*: \_\_\_\_\_ New\*: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

b. No. Pasport\* (Bukan Warga Malaysia): \_\_\_\_\_

1.3. No. Telefon\*: \_\_\_\_\_ 1.4. Alamat Emel: \_\_\_\_\_

1.5. Alamat Rumah\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Poskod: \_\_\_\_\_

1.6. Alamat Surat-Menyurat\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Poskod: \_\_\_\_\_

1.7. Nama waris terdekat\*: \_\_\_\_\_

Alamat waris terdekat\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Poskod: \_\_\_\_\_

**2. Latarbelakang Akademik:**

2.1. Nama Institusi Pengajian Perubatan\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Poskod: \_\_\_\_\_

2.2. Tahun Pengajian\*: \_\_\_\_\_

2.3. Tahun Dijangka Bergraduat\*: \_\_\_\_\_

2.4. Nyatakan pengalaman klinikal anda sehingga kini, jika ada:

Tarikh	Disiplin	Tempoh

**3. Maklumat Posting Elektif Yang Dipohon:**

3.1. Tempoh Posting Elektif\*:

Dari\* : ...../...../..... Hingga : ...../...../..... (Jumlah = \_\_\_\_\_ Minggu)  
(Jumlah keseluruhan posting hendaklah **tidak melebihi ENAM minggu**. Tempoh minima bagi setiap disiplin hendaklah **tidak kurang dari TIGA minggu**.)

3.2. Posting Pilihan\*:

Sila nyatakan tidak lebih dari tiga disiplin menurut keutamaan:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

**NOTA:** Pihak berkuasa berhak menentukan mana-mana disiplin tanpa merujuk kepada permohonan anda.

**4. Bersama-sama ini saya kemukakan:**

- a. Salinan pendua kad pengenalan (bagi warganegara) atau paspot (bagi bukan warganegara) yang disahkan; dan
- b. Surat sokongan dari Dekan.

**5. Pengakuan:**

Saya dengan ini sesungguhnya mengaku bahawa:

- a. semua maklumat yang dinyatakan diatas adalah benar;
- b. saya telah membaca dan memahami semua peraturan berkaitan posting elektif dan bersetuju untuk mematuhi semua peraturan yang berkuatkuasa atau yang dikuatkuasakan dari masa kemasa selepas pengakuan ini dibuat; dan
- c. tidak akan menyalahkan dan juga mengambil tindakan terhadap pihak klinik, hospital dan/atau Kementerian Kesihatan Malaysia diatas sebarang kecederaan atau kemudaratan yang dialami semasa menjalani posting elektif.

**Terima kasih.**

**Tandatangan Pemohon\*:** ..... **Tarikh\*:** ...../...../.....

**Sila lengkapkan borang ini dan kemukakan kepada Pengarah Kesihatan Negeri atau Institusi yang dipohon dan kembalikan surat dari institusi pengajian anda.**



**LAMPIRAN B**

**APPLICATION FORM FOR ELECTIVE POSTING  
IN THE MINISTRY OF HEALTH MALAYSIAN FACILITIES**

**NOTE:**

- a. Please fill ALL compulsory fields marked \*; and
- b. Please submit in TWO copies.

**1. My Particulars:**

1.1. Name in full (as in NRIC or passport)\*: \_\_\_\_\_

1.2. a. NRIC Number (for Malaysian): Old\*: \_\_\_\_\_ New\*: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 b. Passport No.\* (for Non-Malaysians): \_\_\_\_\_

1.3. Contact Number\*: \_\_\_\_\_ 1.4. Email Address: \_\_\_\_\_

1.5. Home Address\*: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

1.6. Postal Address\*: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

1.7. Next of Kin\*: \_\_\_\_\_  
 Address of Next of Kin\*: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

**2. My Academic Background:**

2.1. Name and address of parent medical school\*: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

2.2. Year of study\*: \_\_\_\_\_

2.3. Expected year of graduation\*: \_\_\_\_\_

2.4. Indicate briefly your clinical experience to date, if any:

Date	Disciplines	Duration

**3. The Particulars of Elective Posting Requested:**

**3.1. Period of Elective Posting\*:**

From\* : ...../...../..... To : ...../...../..... (Total = \_\_\_\_\_ weeks)  
(The total length of the posting **should not exceed six weeks**. The minimum time spend in any particular discipline **should not be less than three weeks**)

**3.2. My Preferred Postings\*:**

Please indicate not more than three disciplines in terms of preference:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

NOTE: The authority has the right to determine any postings without reference to your application.

**4. Herewith I enclose:**

- a. Certified photocopy of my identity card (for Malaysian) or passport (for foreigners); and
- b. supporting document/s from the Dean.

**5. Declaration:**

I do hereby solemnly declare that:

- a. all the particulars stated above are correct;
- b. I have read and understand the provisions regarding the elective posting and agree to abide by and be governed by all the rules now in effect or as announced hereafter from time to time; and
- c. I hereby agree to give an undertaking not to hold the hospital, clinic or the Ministry of Health responsible for any injury or mishaps sustained during the tenure of my posting.

**Thank you.**

**Signature of Applicant\*:** ..... **Date\*:** ...../...../.....

**Please complete this form and return to the respective State Health Department or Institution and attach a letter from your institution requesting for the elective posting.**