

The Mandatory Service Physician Syndrome: Physician Turnover and Instability of Comprehensive Health Service Centers as a Serious Threat to the Family Medicine and Referral System Program

Nayeb Fadaei Dehcheshmeh

Department of Public Health, School of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.
0000-0003-2290-2833, fadaei.n88@gmail.com, fadaei-n@shushtarums.ac.ir

ABSTRACT

The family medicine and the referral system program is among the cornerstone strategies for improving population health and promoting equity within Iran's health system. However, its sustainability faces a critical challenge: the retention and stability of physicians. Frequent turnover and departures following the completion of mandatory service obligations have led to managerial instability, interruption of continuity of care, reduced quality, and declines in health indicators. A significant proportion of physicians are temporary service providers with limited experience in health management, insufficient familiarity with network structures and lack of professional motivation exacerbate the problem. Evidence suggests that reliance on temporary staffing cannot ensure sustainability; A paradigm shift is needed from compulsory service toward developing stable, career-based positions in primary care. Regional economic, cultural, and managerial disparities further influence physician recruitment and retention. Achieving this requires reform of medical education and employment structures, performance-based incentives, and region-specific support packages. Revising the general medical curriculum, strengthening managerial and communication skills training, and providing adequate welfare and psychosocial support are essential to the effectiveness of this national program.

Keywords: Mandatory-service Physician, Family Medicine and Referral System, Physician Retention, Comprehensive Health Service Centers.

The implementation of the family medicine program and the referral system has long been considered one of the strategic duties and the main focus of ensuring, maintaining, and improving the health level of the people in the higher-level documents, health policies, and programs of various Iranian governments [1]. The main objectives of the program are to promote equity, improve the referral system, and reduce costs. The family physician, as the first point of contact with the covered population, plays a central role; therefore, the continuous presence of a physician interested in primary healthcare is vital for the success of the program [2]. The World Health Organization's report shows that in countries like Brazil, Thailand, and Denmark, people-centered primary care models and family physicians have been able to facilitate access to health services. The experience of these countries indicates that the success of the programs depends on infrastructure and the retention of human resources [3].

The lack of and frequent turnover of physicians in comprehensive health service centers are some of the fundamental challenges at the primary level of services. The severity of the problem is influenced by various factors such as socio-economic status, type of center (urban or rural), distance to the county center, salary and benefits, living conditions, and management style [4]. This issue is not unique to Iran; in Canada, the main reasons for young doctors leaving the area include being away from family and friends (69%) and the lack of suitable job opportunities for their partners (34.5%) [5]. In Saudi Arabia, nearly 40% of primary healthcare physicians are inclined to leave their current centers, which is directly related to the quality of work life [6].

Rural centers and cities with populations under 20,000 usually have doctors; however, in larger cities, the centers either lack doctors or have disinterested, highly experienced physicians working part-time. Most of the doctors working in rural areas and cities with populations under 20,000 are service-mandatory plan members who leave their posts and are replaced after completing their term [2]. This situation is not in line with the philosophy of family medicine, which is based on continuity of care and a stable agent-patient relationship, and it jeopardizes the quality and continuity of care. The lack of continuity of care prevents the doctor from having sufficient knowledge of the patient's history, leading to repeated tests and diagnostic procedures. In areas where physician retention is low, the rate of avoidable hospitalizations is reported to be 19.9% higher than in areas with high retention [7].

The family physician leads the health team, but most of the service-mandatory physicians lack sufficient experience and are unfamiliar with the network system and health programs [2]. This lack of preparedness is due to inadequate pre-service training. Therefore, doctors become less involved in technical and operational issues, leading to unsupervised delegation of authority. The lack of technical and managerial skills leads to dissatisfaction among experienced staff, patient dissatisfaction, and a decrease in health indicators. Many doctors, after gaining experience and completing their commitments, due to personal and organizational reasons such as further education and higher income, are not inclined to continue in healthcare centers and make way for other doctors [8]. This cycle of instability makes health management and program implementation vulnerable. Frequent changes in physicians lead to instability in technical management and a decrease in the efficiency and effectiveness of the centers [1]. Non-specialized or managerial positions often attract some doctors who are interested in the family medicine program.

For rural communities and deprived areas, the high turnover of physicians is described as a costly problem; these communities are forced to continuously invest in recruitment and hiring programs, while their long-term success is limited [5]. The healthcare system incurs direct and indirect costs to attract and retain human resources. The cost of physician turnover includes training, service discontinuity, low quality, dissatisfaction among staff and service recipients, and a decrease in indicators [9]. Physician retention not only improves health outcomes but also serves as a vital tool for economic efficiency in the healthcare system by reducing unnecessary diagnostic tests, decreasing referrals to specialists, and preventing costly hospitalizations [3, 7]. A case study in Thailand shows that with the establishment of a sustainable primary care model, the catastrophic health costs decreased from 6.8% in 1996 to 2.8% in 2008 [3].

Managers and planners must adopt supportive strategies for the retention of physicians to ensure the success of the family medicine program [2]. These strategies should be localized and tailored to the conditions of each region [1]. Programs such as incentive packages and performance-based pay, improving working conditions, increasing salaries, and providing growth opportunities are beneficial [4, 10]. Attention to motivational factors, cultural aspects, and the creation of a supportive work environment is also necessary [11]. The challenge of the lack of continuity in the activities of first-level physicians is due to structural, educational, and motivational weaknesses; therefore, managers should shift from the model of "temporary human resource provision" to "developing and maintaining sustainable human resources." The presence of a doctor should become a stable and attractive career path, not a temporary commitment. To achieve this goal, it is essential to reform employment contracts, revise medical education with an emphasis on prevention and managerial skills,

ensure timely and performance-based payments, and design regional support packages that include welfare, accommodation, and psychological-social support in underserved areas.

Declarations

Ethical considerations: Not applicable.

Funding: Not applicable.

Conflict of interest: There are no conflicts to declare.

Authors' contributions: N.F.D: Conceptualization, writing – review and editing, final approval.

Consent for publication: Not applicable.

Data availability: Not applicable.

AI declaration: Not applicable.

Acknowledgments: Not applicable.

References

1. Mehrolhassani MH, Jahromi VK, Dehnavieh R, Iranmanesh M. Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran. BMC health services research. 2021;21(1):1336. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07367-3>
2. Shirjang A, Mahfoozpour S, Asl IM, Doshmangir L. Challenges and strategies of implementation rural family physician in iran: a qualitative study. Depiction of Health. 2020;11(1):62-73. doi: <https://doi.org/10.3472/DOH.2020.07>
3. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Conceptual and strategic approach to family practice: towards universal health coverage through family practice in the Eastern Mediterranean Region. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2014 [cited 2016]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/250529>.
4. Pouraghasi L, Manavi S, Foruzanfar F, Olyaeemanesh A. Achieving universal health coverage; implementation of the 'supporting physician retention in deprived areas' programme in Iran. BMJ Global Health. 2024;9(8). doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014951>
5. Anisimowicz Y, Miedema B, Easley J, Bowes AE. Factors influencing Family Medicine resident retention and newly graduated physicians' first practice location. Journal of New Brunswick Studies/Revue d'études sur le Nouveau-Brunswick. 2017;8. Available from: <http://w3.stu.ca/stu/sites/jnbs>
6. Trabulsi FA, Alqurashi MT, Alharbi RA, Alghamdi AS, Kinsara AF, Khairy AM. The relationship between quality of work Life and turnover intention of primary health care physician in Saudi Arabia 2024. The review of diabetic studies. 2024;86-95. doi: <https://doi.org/10.70082/khd53480>
7. Knight JC, Mathews M, Aubrey-Bassler K. Relation between family physician retention and avoidable hospital admission in Newfoundland and Labrador: a population-based cross-sectional study. Canadian Medical Association Open Access Journal. 2017;5(4):E746-52. doi: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20170007>

8. Mohammadibakhsh R, Sohrabi R, Aghighi N, Alihosseini S, Behzadifar M, Martini M, Aryankhesal A. Barriers and challenges of establishing family physician policy for urban population; evidence from a qualitative study in Iran. *Journal of preventive medicine and hygiene*. 2024;65(3):E434. doi: <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2024.65.3.3346>
9. Heidarzadeh A, Hedayati B, Alvandi M, Rezaei M, Farrokhi B, Dadgaran I, Huntington MK, Sirous S, Mirkazemi R. Referral system challenges of the family physician program in Iran: a systematic review. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2023;37:49. doi: <https://doi.org/10.47176/mjiri.37.49>
10. Sogai D, Shikino K, Yamauchi K, Araki N, Katsuyama Y, Aoki S, Muroya Y, Miyamoto M, Kamata Y, Ito S. Influencing physician distribution through education: a qualitative study on retention in Japan's rural hospitals. *BMC Medical Education*. 2024;24(1):1147. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06135-1>
11. Moldestad M, Sayre G, Rinne S, Kaboli PJ, Reddy A, Sanders KM, Mao J, Henrikson NB, Sterling R, Nelson KM, Wong ES. Perspectives on training and working in the VHA: implications for primary care physician recruitment and retention. *Academic Medicine*. 2022;97(8):1175-83. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004619>

In press; non edited draft

سندروم پزشک تعهد خدمت (طرحی): عدم ماندگاری پزشکان و بی‌ثباتی مراکز خدمات جامع سلامت تهدید جدی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

نایب فدائی ده چشمه

گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
 کد ارکید: ۲۸۳۳-۲۲۹۰-۰۰۳-۰۰۰۰-۰۰۰۰ ، fadaei-n@shushtarums.ac.ir ، fadaei.n88@gmail.com

چکیده

برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع از محورهای بنیادین ارتقای سلامت و عدالت در نظام سلامت ایران است، اما تداوم و موفقیت آن با چالش جدی ماندگاری پزشکان مواجه است. جابجایی مکرر و ترک خدمت پس از پایان دوره تعهد، موجب ناپایداری مدیریتی، اختلال در تداوم مراقبت، کاهش کیفیت و افت شاخص‌های بهداشتی می‌شود. بخش قابل توجهی از پزشکان، نیروهای متعهد خدمت (طرحی) و فاقد تجربه کافی در مدیریت هستند که آشنایی محدود با نظام شبکه و کمبود انگیزه حرفه‌ای، این چالش را تشدید می‌کند. تجربه نشان داده که تکیه بر تأمین موقت نیروی انسانی نمی‌تواند پایداری برنامه را تضمین کند؛ بلکه نیازمند تغییر نگاه از دوره تعهد خدمت به مسیر شغلی پایدار است. تفاوت‌های اقتصادی، فرهنگی و مدیریتی مناطق کشور در جذب و نگهداشت پزشکان نقش مؤثری دارد. در این راستا باید اصلاح ساختار آموزشی و استخدامی، اجرای برنامه‌های تشویقی و پرداخت مبتنی بر عملکرد و طراحی بسته‌های حمایتی متناسب با شرایط منطقه‌ای در اولویت سیاست‌گذاری قرار گیرد. بازنگری در آموزش پزشکی عمومی، تقویت آموزش مهارت‌های مدیریتی و ارتباطی، تأمین امکانات رفاهی و حمایت‌های اجتماعی از الزامات حیاتی در اثربخشی این برنامه ملی است.

نامه به سردبیر محترم

اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع از دیرباز به‌عنوان یکی از تکالیف راهبردی و محور اصلی تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت مردم در اسناد بالادستی، سیاست‌های سلامت و برنامه‌های دولت‌های مختلف ایران مطرح بوده است [۱]. اهداف اصلی برنامه ارتقاء عدالت، بهبود نظام ارجاع و کاهش هزینه‌ها است. پزشک خانواده به‌عنوان نخستین نقطه تماس با جمعیت تحت پوشش، نقش محوری دارد؛ بنابراین حضور مداوم پزشک علاقه‌مند به مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای موفقیت برنامه حیاتی است [۲]. گزارش سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که در کشورهایی مانند برزیل، تایلند و دانمارک مدل‌های مراقبت اولیه مردم‌محور و پزشک خانواده توانسته دسترسی به خدمات سلامت را تسهیل نماید. تجربه این کشورها حاکی از آن است که موفقیت برنامه‌ها به زیرساخت و ماندگاری نیروی انسانی وابسته است [۳].

فقدان و جابجایی مکرر پزشکان در مراکز خدمات جامع سلامت یکی از چالش‌های اساسی سطح اول خدمات است. شدت مشکل تحت تأثیر عوامل متنوع مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی، نوع مرکز (شهری یا روستایی)، فاصله تا مرکز شهرستان، حقوق و مزایا، شرایط رفاهی و نوع مدیریت متغیر است [۴]. البته این مساله فقط مختص ایران نیست؛ در کانادا، دلایل اصلی ترک منطقه برای پزشکان جوان شامل دوری از خانواده و دوستان (۶۹٪) و عدم فرصت‌های شغلی مناسب برای شریک زندگی (۳۴/۵٪) بوده است [۵]. در عربستان سعودی، تقریباً ۴۰٪ از پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه تمایل به ترک مراکز فعلی خود دارند که این موضوع با کیفیت زندگی کاری رابطه مستقیمی دارد [۶].

مراکز روستائی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر معمولاً از پزشک برخوردارند؛ اما در شهرهای بزرگتر، مراکز یا فاقد پزشکند یا پزشکان بی‌علاقه با سابقه بالا به صورت پاره‌وقت حضور دارند. عمده پزشکان شاغل در مناطق روستائی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر پزشکان تعهد خدمت (طرح اجباری) هستند که پس از اتمام دوره، محل خدمت را ترک و جایگزین می‌شوند [۲]. این وضعیت با فلسفه پزشک خانواده، که مبتنی بر تداوم مراقبت و رابطه پایدار پزشک-بیمار است، همخوانی ندارد و کیفیت و استمرار مراقبت‌ها را به خطر می‌اندازد. نبود تداوم مراقبت باعث می‌شود پزشک شناخت کافی از تاریخچه بیمار نداشته باشد، که منجر به تکرار آزمایش‌ها و فرآیندهای تشخیصی می‌شود. در مناطقی که میزان ماندگاری پزشک پایین است، نرخ بستری‌های بیمارستانی قابل اجتناب ۱۹/۹٪ بالاتر از مناطق با ماندگاری بالا گزارش شده است [۷].

پزشک خانواده رهبر تیم سلامت است، ولی اغلب پزشکان طرحی فاقد تجربه کافی و ناآشنا به نظام شبکه و برنامه‌های بهداشتی هستند [۲]. این عدم آمادگی ناشی از ضعف آموزشی قبل از خدمت است. بنابراین پزشکان کمتر درگیر مسائل فنی و اجرایی می‌شوند و منجر به تفویض اختیار بدون نظارت می‌شود. نداشتن مهارت‌های فنی و مدیریتی سبب نارضایتی پرسنل باسابقه، نارضایتی بیماران و کاهش شاخص‌های بهداشتی می‌شود.

بسیاری از پزشکان پس از کسب تجربه و پایان تعهد، به دلایل فردی و سازمانی مانند ادامه تحصیل و درآمد بالاتر، تمایلی به ادامه در مراکز بهداشتی ندارند و جای خود را به پزشکان طرحی دیگر می‌دهند [۸]. این چرخه بی‌ثباتی، مدیریت سلامت و اجرای برنامه‌ها را آسیب‌پذیر می‌کند. تغییرات مکرر پزشک باعث بی‌ثباتی در مدیریت فنی و کاهش کارآئی و اثربخشی مراکز می‌شود [۱]. برخی پزشکان علاقه‌مند نیز اغلب در جایگاه‌های غیرتخصصی یا مدیریتی استفاده می‌شوند.

برای جوامع روستائی و مناطق محروم، جابجایی بالای پزشکان یک مشکل گران‌قیمت توصیف شده است؛ زیرا این جوامع مجبورند به طور مداوم در برنامه‌های جذب و استخدام سرمایه‌گذاری کنند، در حالی که موفقیت‌های بلندمدت آن‌ها محدود است [۵]. نظام بهداشتی برای جذب و نگهداری نیروی انسانی هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم متحمل می‌شود. هزینه تغییرات پزشکان شامل آموزش، عدم تداوم خدمات، کیفیت پایین، نارضایتی پرسنل و گیرندگان خدمت و کاهش شاخص‌ها است [۹]. ماندگاری پزشک نه تنها باعث بهبود نتایج سلامت می‌شود، بلکه با کاهش آزمایشات تشخیصی غیرضروری، کاهش ارجاعات به متخصص و جلوگیری از بستری‌های پرهزینه، ابزاری حیاتی برای بهره‌وری اقتصادی در سیستم سلامت است [۳،۷]. مطالعه موردی در تایلند نشان می‌دهد که با استقرار یک مدل پایدار مراقبت‌های اولیه، هزینه‌های کمرشکن سلامت از ۶/۸٪ در سال ۱۹۹۶ به ۲/۸٪ در سال ۲۰۰۸ کاهش یافت [۳].

مدیران و برنامه‌ریزان برای موفقیت برنامه پزشکی خانواده باید راهکارهای حمایتی برای ماندگاری پزشکان اتخاذ کنند [۲]. این راهکارها باید بومی‌سازی شده و متناسب با شرایط هر منطقه باشند [۱]. برنامه‌هایی مانند بسته‌های تشویقی و پرداخت مبتنی بر عملکرد، بهبود شرایط کاری، افزایش حقوق و فرصت‌های رشد شغلی مفید است [۴،۱۰]. توجه به عوامل انگیزشی، فرهنگی و ایجاد محیط کاری حمایتی نیز ضرورت دارد [۱۱].

چالش عدم استمرار فعالیت پزشکان در سطح اول، حاصل ضعف‌های ساختاری، آموزشی و انگیزشی است؛ بنابراین مدیران باید از الگوی «تأمین موقت نیروی انسانی» به سمت «توسعه و نگهداشت نیروی انسانی پایدار» حرکت کنند. حضور پزشک باید به یک مسیر شغلی پایدار و جذاب تبدیل شود، نه دوره تعهد موقت. برای تحقق این هدف، اصلاح قراردادهای شغلی، بازنگری آموزش پزشکی با تأکید بر پیشگیری و بهداشت، پرداخت مبتنی بر عملکرد، و نیز طراحی بسته‌های حمایتی منطقه‌ای و حمایت روانی-اجتماعی در مناطق کم‌برخوردار ضروری است.

واژه های کلیدی: پزشک تعهد خدمت (طرحی)، پزشکی خانواده و نظام ارجاع، ماندگاری پزشکان، مراکز خدمات جامع سلامت.

اعلان ها

ملاحظات اخلاقی: مورد ندارد.

حمایت مالی: مورد ندارد.

تضاد منافع: موردی برای گزارش وجود ندارد.

سهام نویسندگان: نایب فدائی ده چشمه: مفهوم سازی، نگارش - پیشنهاد و تایید نهایی.

رضایت برای انتشار: مورد ندارد.

دسترسی به داده ها: مورد ندارد.

استفاده از هوش مصنوعی: مورد ندارد.

تشکر و قدردانی: مورد ندارد.

منابع

1. Mehrolhassani MH, Jahromi VK, Dehnavieh B, Iranmanesh M. Underlying factors and challenges of implementing the urban family physician program in Iran. BMC health services research. 2021;21(1):1336. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07367-3>
2. Shirjang A, Mahfoozpour S, Asl IM, Doshmangir L. Challenges and strategies of implementation rural family physician in iran: a qualitative study. Depiction of Health. 2020;11(1):62-73. doi: <https://doi.org/10.34172/DOH.2020.07>
3. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Conceptual and strategic approach to family practice: towards universal health coverage through family practice in the Eastern Mediterranean Region. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2014 [cited 2016]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/250529>.
4. Pouraghasi L, Manavi S, Foruzanfar F, Olyaeemanesh A. Achieving universal health coverage; implementation of the 'supporting physician retention in deprived areas' programme in Iran. BMJ Global Health. 2024;9(8). doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014951>
5. Anisimowicz Y, Miedema B, Easley J, Bowes AE. Factors influencing Family Medicine resident retention and newly graduated physicians' first practice location. Journal of New Brunswick Studies/Revue d'études sur le Nouveau-Brunswick. 2017;8. Available from: <http://w3.stu.ca/stu/sites/jnbs>
6. Trabulsi FA, Alqurashi MT, Alharbi RA, Alghamdi AS, Kinsara AF, Khairy AM. The relationship between quality of work Life and turnover intention of primary health care physician in Saudi Arabia 2024. The review of diabetic studies. 2024;86-95. doi: <https://doi.org/10.70082/khd53480>
7. Knight JC, Mathews M, Aubrey-Bassler K. Relation between family physician retention and avoidable hospital admission in Newfoundland and Labrador: a population-based cross-

sectional study. Canadian Medical Association Open Access Journal. 2017;5(4):E746-52. doi: <https://doi.org/10.9778/cmajo.20170007>

8. Mohammadibakhsh R, Sohrabi R, Aghighi N, Alihosseini S, Behzadifar M, Martini M, Aryankhesal A. Barriers and challenges of establishing family physician policy for urban population; evidence from a qualitative study in Iran. Journal of preventive medicine and hygiene. 2024;65(3):E434. doi: <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2024.65.3.3346>
9. Heidarzadeh A, Hedayati B, Alvandi M, Rezaei M, Farrokhi B, Dadgaran I, Huntington MK, Sirous S, Mirkazemi R. Referral system challenges of the family physician program in Iran: a systematic review. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2023;37:49. doi: <https://doi.org/10.47176/mjiri.37.49>
10. Sogai D, Shikino K, Yamauchi K, Araki N, Katsuyama Y, Aoki S, Muroya Y, Miyamoto M, Kamata Y, Ito S. Influencing physician distribution through education: a qualitative study on retention in Japan's rural hospitals. BMC Medical Education. 2024;24(1):1147. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06135-1>
11. Moldestad M, Sayre G, Rinne S, Kaboli PJ, Reddy A, Sanders KM, Mao J, Henrikson NB, Sterling R, Nelson KM, Wong ES. Perspectives on training and working in the VHA: implications for primary care physician recruitment and retention. Academic Medicine. 2022;97(8):1175-83. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000004619>

In press; non edited draft