

چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی (در راستای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر)

تابستان ۱۳۹۵

تهیه کنندگان:

معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزش، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرجع تخصصی توسعه دانش ترافیک (کلان مناطق آمایش سرزمینی)

کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی



بیانیه رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

با توجه به گسترش بیماری‌های غیرواگیر در کشور جمهوری اسلامی ایران که ناشی از گسترش عوامل خطر مرتبط است، نیاز به اقدام و انجام مداخلات موثر ضروری به نظر می‌رسد. اجرای "طرح تحول نظام سلامت" ضمن آن که درجه‌های جدیدی از امید برای بهبود وضعیت سلامت مردم و کاهش بار مالی ناشی از بیماری‌ها را به روی مسئولان نظام سلامت گشود، این موضوع را بیش از پیش یادآور نمود که امر پیشگیری از گسترش عوامل خطر، به مراتب مناسب‌تر و با اهمیت‌تر از پرداختن به مداخلات درمانی گران قیمت، پیچیده و گاه غیرقابل گسترش به بخش‌های محروم و دوردست کشور است.

بنا به ضرورت‌های پیشگفت و با توجه به تعهد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان جهانی بهداشت به منظور کاهش مرگ‌های زودهنگام ناشی از بیماری‌های غیرواگیر تا سال ۲۰۲۵، کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به منظور ایجاد هماهنگی‌های درون و برون بخشی وزارت بهداشت با سایر وزارتخانه‌ها و متولیان مرتبط با کاهش عوامل خطر و بیماری‌های غیرواگیر، ضرورتی بود که به یاری خداوند به انجام رسید.



دکتر سیدحسین قاضی‌زاده
هاشمی

وزیر بهداشت، درمان و
آموزش پزشکی و رئیس
کمیته ملی پیشگیری و
کنترل بیماری‌های غیرواگیر

اکنون که با هماهنگی جناب آقای دکتر باقر لاریجانی، نایب رئیس محترم کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و زحمات و پیگیری‌های مجدانه جناب آقای دکتر محمد آقاجانی، رئیس محترم کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی، چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی تدوین گردیده، امیداست با جلب مشارکت و همکاری‌های بین‌بخشی با مسئولین و متولیان ارشد نظام و ابلاغ آن به زیر مجموعه‌های مرتبط، گام‌های اجرایی لازم به منظور کاهش عوامل خطر رخداد، پوشش بهتر خدمات، درمان با کیفیت مصدومین و بازتوانی آسیب‌دیدگان برداشته شود.

بر خود لازم می‌دانم از تمامی کارشناسان خبره موضوع ایمنی که در تدوین این سند مشارکت جدی داشته‌اند، تشکر و قدردانی نمایم. امیداست با همفکری و همیاری کلیه متخصصین امر و متولیان ایمنی راه‌ها بتوانیم حتی‌الامکان از بروز حوادثی از این دست جلوگیری و در صورت رخداد با ارائه خدمات به موقع، مناسب و با کیفیت از آسیب بیشتر پیشگیری و فرد را به‌طور مولد به آغوش جامعه بازگردانیم.

بیانیه رئیس کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی



دکتر محمد آقاجانی

معاون درمان و رئیس
کارگروه ملی کاهش بار
حوادث ترافیکی

نظر به ضرورت توجه همه جانبه به بیماری‌های غیرواگیر در راستای اهداف ۹ گانه پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته‌ای متشکل از خبرگان نظام سلامت به ریاست مقام عالی وزارت، جناب آقای دکتر حسن قاضی‌زاده هاشمی تشکیل و اقدام به تهیه نخستین سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در سطح کشور نمود. سندی که نه تنها اهداف ۹ گانه سازمان جهانی بهداشت را پوشش داد، بلکه اهداف دیگری از جمله کاهش مرگ ناشی از حوادث ترافیکی را نیز با توجه به اولویت‌های موجود کشور در بحث بیماری‌های غیرواگیر تعریف نمود.

مستند پیش رو که تحت عنوان چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی نام دارد با توجه به بار بالای ناشی از حوادث ترافیکی و به منظور برنامه‌ریزی هرچه دقیق‌تر برای کاهش حوادث مذکور و پیامدهای ناشی از آن با بهره‌گیری از دانش صاحب‌نظران و متولیان این حوزه در راستای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط که به امضای ریاست محترم جمهور، جناب آقای دکتر حسن روحانی، ریاست محترم مجلس شورای اسلامی، جناب آقای دکتر علی لاریجانی، رئیس محترم سازمان جهانی بهداشت، سرکار خانم دکتر مارگارت چان، مدیر محترم دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت، جناب آقای دکتر علا الوان و اعضای محترم شورای عالی سلامت جناب آقای اسحاق جهانگیری، معاون اول محترم رئیس جمهور، جناب آقای محمدباقر نوبخت، معاون محترم رئیس جمهور و سخنگوی دولت، جناب آقای عباس آخوندی، وزیر محترم راه و شهرسازی، جناب آقای عبدالرضا رحمانی فضلی، وزیر محترم کشور، جناب آقای محمدرضا نعمت‌زاده، وزیر محترم صنعت و معدن، جناب آقای علی اصغر فانی، وزیر محترم آموزش و پرورش، جناب آقای علی ربیعی، وزیر محترم تعاون کار و رفاه اجتماعی، سرکار خانم معصومه ابتکار، رئیس محترم سازمان حفاظت محیط زیست، جناب آقای علی جنتی، وزیر محترم فرهنگ و ارشاد اسلامی، جناب آقای محمود جنتی، وزیر محترم جهاد کشاورزی، جناب آقای علی طیب نیا، وزیر محترم اقتصاد و دارایی، جناب آقای محمود گودرزی، وزیر محترم ورزش و جوانان، جناب آقای حمید چیت‌چیان، وزیر محترم نیرو و جناب آقای محمد سرفراز، رئیس محترم سازمان صدا و سیما و وقت رسیده، تدوین گردیده است.

در تدوین سند مذکور، راهبرد ملی ۱۰ ساله ایمنی راه‌های ایران، چارچوب بین‌المللی دهه ایمنی راه‌ها و اهداف توسعه پایدار به عنوان اسناد بالادستی مد نظر قرار گرفته است. امیداست با همکاری و مشارکت درون و بین بخشی در قالب کاهش بار حوادث ترافیکی با رویکرد نظام سلامت بتوانیم گامی هر چند کوچک در راه اعتلای نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران برداریم. در پایان برخود لازم می‌دانم از کلیه بزرگوارانی که ما را در تهیه این سند همراهی نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر نمایم.

صفحه	رئوس مطالب:
۸	فصل نخست: حوادث ترافیکی در جهان و ایران
۹	نگاهی کلی به وضعیت حوادث ترافیکی در جهان
۱۲	افراد در معرض خطر حوادث ترافیکی
۱۶	عوامل خطر حوادث ترافیکی
۲۲	۱۰ نکته کلیدی در خصوص حوادث ترافیکی
۲۵	هزینه حوادث ترافیکی در جهان
۲۶	نگاهی کلی به وضعیت حوادث ترافیکی در ایران
۳۲	هزینه حوادث ترافیکی در ایران
۳۳	الگوی حوادث ترافیکی در ایران (تفاوت‌های رفتاری با سایر کشورها)
۳۸	حوادث ترافیکی در ایران از منظر بین‌المللی
۴۵	فصل دوم: اسناد بالادستی ملی و بین‌المللی
۴۶	اسناد بالادستی بین‌المللی
۴۶	دهه بین‌المللی ایمنی راه‌ها "Decade of Action on Road Safety"
۵۶	اهداف توسعه پایدار "Sustainable Developmental Goals"
۵۸	استراتژی‌های ده‌گانه ایمنی ترافیکی کودکان "Ten Strategies to keep Children Safe"
۶۵	اسناد بالادستی ملی
۶۵	قانون برنامه سوم توسعه سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی
۶۵	قانون برنامه چهارم توسعه سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی
۶۶	قانون برنامه پنجم توسعه سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی
۶۷	دهه ایمنی راه‌ها در ایران

۶۸	راهبرد ملی ده ساله ایمنی راه‌های ایران ۱۴۰۰-۱۳۹۰
۷۵	سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در بازه زمانی ۱۳۹۴-۱۴۰۴
۷۷	اسناد بالادستی نظام سلامت
۷۷	آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی کشور
۸۵	طرح تحول نظام سلامت "Health Transform Plan"
۸۷	فصل سوم: اهداف و راهبردهای سند کاهش بار حوادث ترافیکی با رویکرد نظام سلامت
۸۸	هدف کلی
۸۸	اهداف راهبردی
۸۹	راهبردها
۹۷	ظرفیت‌سازی: گام‌های سازمانی در سال نخست برنامه
۹۹	ساختار شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش در حوزه حوادث ترافیکی در سطح دانشگاه/ساختار شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی در سطح شهرستان
۱۰۴	استانداردها
۱۱۳	دستیابی به استانداردها: ده سال آینده
۱۱۳	منطبق بودن با اولویت‌های دانشگاهی/شهرستانی
۱۱۴	شاخص‌های پایش دستیابی به اهداف
۱۲۰	فصل چهارم: حوزه پژوهش
۱۲۱	اهداف پژوهش در سند کاهش بار حوادث ترافیکی با رویکرد نظام سلامت
۱۲۲	استانداردهای پژوهش در سند کاهش بار حوادث ترافیکی
۱۲۳	ارکان
۱۲۴	کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی، کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
۱۲۵	وظایف کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی در حوزه پژوهش

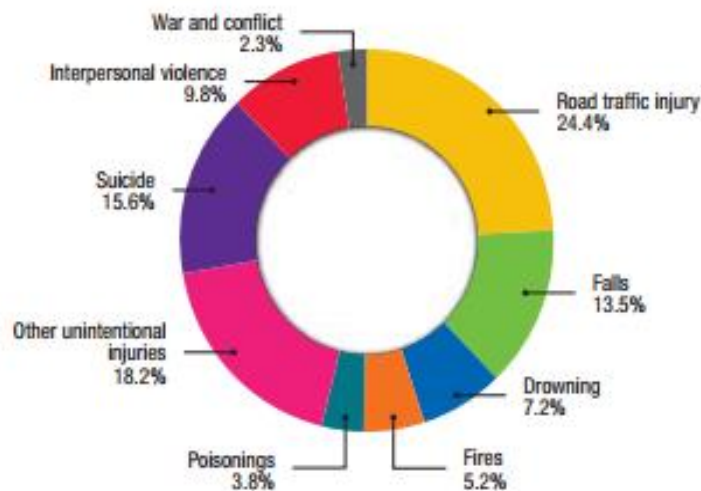
۱۲۷	وظایف دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در حوزه پژوهش
۱۲۷	وظایف شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه/شبکه آموزش و ارائه خدمت حوادث ترافیکی شهرستان
۱۲۸	فصل پنجم: حوزه آموزش
۱۲۹	اهداف آموزش در سند کاهش بار حوادث ترافیکی با رویکرد نظام سلامت
۱۳۲	کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی، کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
۱۳۴	وظایف دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در حوزه آموزش
۱۳۵	وظایف شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه/شبکه آموزش و ارائه خدمت حوادث ترافیکی شهرستان
۱۳۶	فصل ششم: تعاملات برون‌سازمانی
۱۳۷	انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سایر ذینفعان
۱۴۵	ضمائم
۱۴۶	جدول نمره منفی در قانون رسیدگی به جرائم رانندگی
۱۴۹	منابع

فصل نخست

نگاهی کلی به وضعیت حوادث ترافیکی در جهان

حوادث ترافیکی امروزه یکی از چالش‌های مهم سلامتی در جهان است. بر اساس آخرین گزارش بین‌المللی ایمنی راه‌ها^۱ که در سال ۲۰۱۵ و به استناد آمار و اطلاعات سال ۲۰۱۳ به چاپ رسیده، سالیانه ۱,۲۵۰,۰۰۰ نفر (روزانه قریب به ۳۴۲۴ نفر) در اثر حوادث ترافیکی در سراسر جهان جان خود را از دست می‌دهند و ۲۰ تا ۵۰ میلیون نفر مجروح یا معلول می‌شود. (۱) حوادث ترافیکی ۲۴,۴٪ مرگ‌های ناشی از حوادث (نمودار ۱) را به خود اختصاص می‌دهد (۲) و هم‌اکنون نهمین علت مرگ و میر در جهان و نخستین علت مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال است (نمودار ۲) و تخمین زده شده اگر اقدامی برای پیشگیری از آن صورت نپذیرد تا سال ۲۰۳۰ به هفتمین عامل مرگ و میر در جهان بدل گردد.

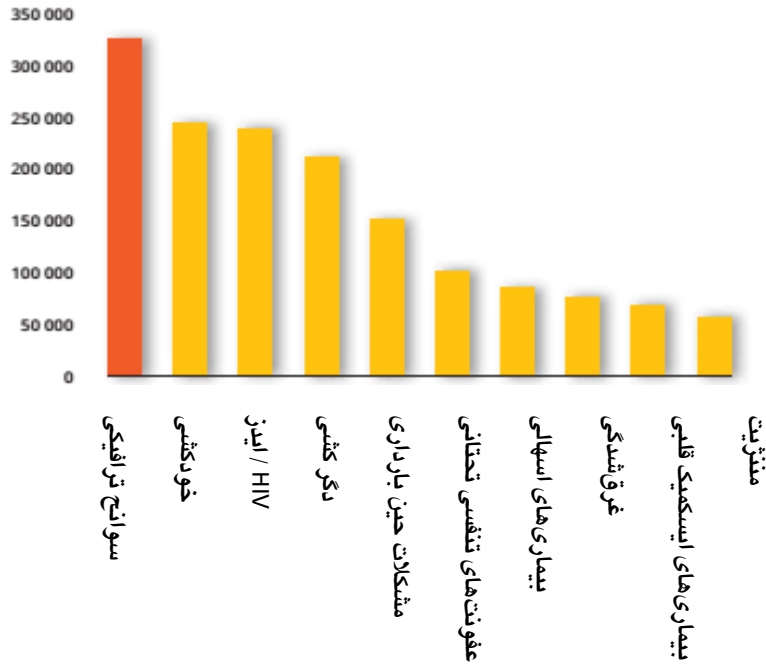
نمودار ۱. علل اصلی مرگ ۵,۱ میلیون نفر در اثر حوادث و خشونت، در سال ۲۰۱۲



Source: Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization, 2015.

¹ Global Status Report on Road Safety 2015,
http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/

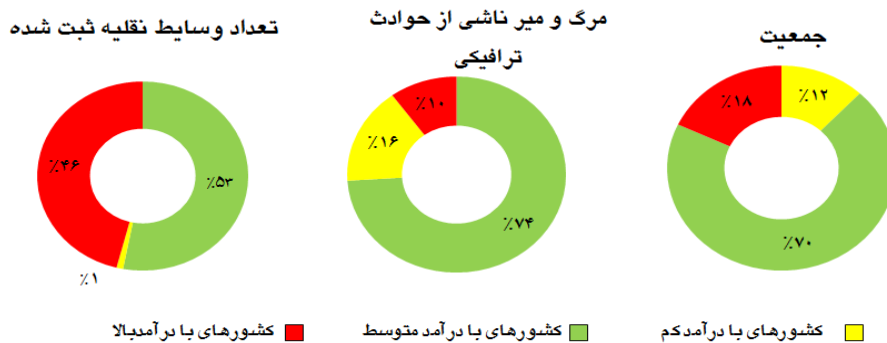
نمودار ۲، ده علت اصلی مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال، در سال ۲۰۱۲



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

متأسفانه بیش از ۹۰٪ موارد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد، کشورهای جمعیت جهان و تنها ۵۲٪ وسائط نقلیه را دارند. (نمودار ۳)

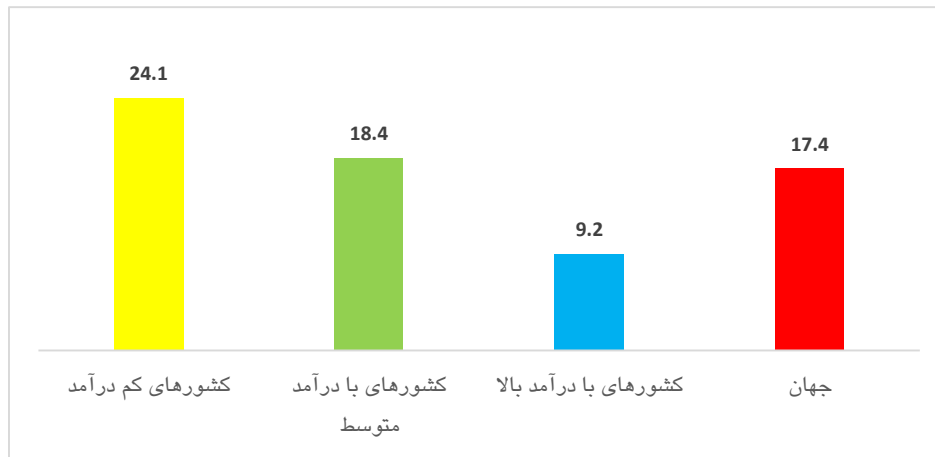
نمودار ۳، جمعیت، مرگ ناشی از حوادث ترافیکی و تعداد وسائط نقلیه ثبت شده، بر اساس سطح درآمد کشورها



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

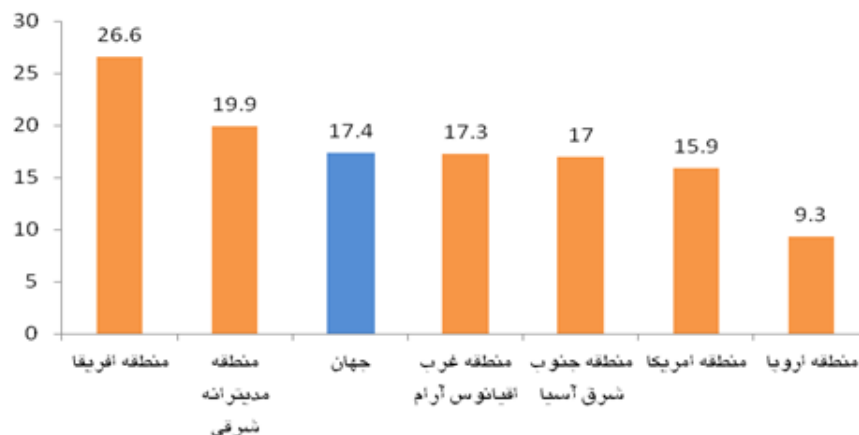
میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در جهان ۱۷,۴ به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است. (نمودار ۴) این میزان در منطقه مدیترانه شرقی (۱۹,۹ به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) است و این منطقه پس از آفریقا (۲۶,۶ به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) در مقام دوم بالاترین میزان مرگ قرار دارد. (نمودار ۵)

نمودار ۴. میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به ازای یکصد هزار نفر جمعیت، بر اساس سطح درآمد کشورها



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

نمودار ۵. میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به ازای یکصد هزار نفر جمعیت، بر حسب مناطق سازمان جهانی بهداشت



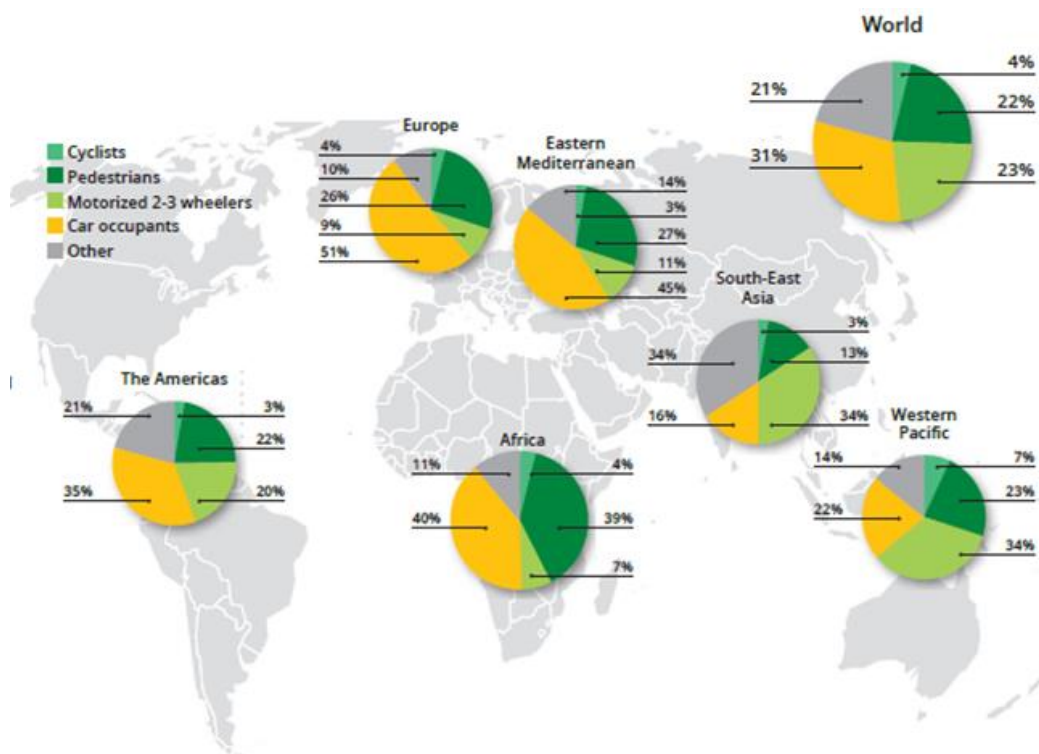
Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

منطقه مدیترانه شرقی تنها منطقه‌ای است که در آن مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کشورهای با درآمد بالا بیش از کشورهای با درآمد کم و متوسط است. (۱)
در دنیا ۴۸٪ فوتی‌های ناشی از حوادث ترافیکی در گروه سنی ۱۵ تا ۴۴ سال قرار دارند. (۳)

افراد در معرض خطر حوادث ترافیکی

تقریباً نیمی از موارد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کاربران آسیب‌پذیر شامل، موتورسیکلت‌سواران، دوچرخه‌سواران و عابران پیاده رخ می‌دهد. ۲۲٪ فوتی‌های حوادث ترافیکی در جهان عابران پیاده، ۲۳٪ راکبین وسائط نقلیه موتوری دو یا سه چرخ و ۴٪ دوچرخه سواران هستند. (نمودار ۶)
در میان فوتی‌های حوادث ترافیکی بالاترین درصد فوت عابران پیاده در میان مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت مربوط به افریقا (۳۹٪) و کمترین مربوط به جنوب شرق آسیا (۱۳٪) است. ۲۷٪ فوتی‌های حوادث ترافیکی در منطقه مدیترانه شرقی را عابران پیاده تشکیل می‌دهند. (۱)

نمودار ۶، میزان مرگ حوادث ترافیکی در کاربران مختلف، به تفکیک مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

کودکان از دیگر گروه‌های آسیب‌پذیر حوادث ترافیکی هستند به‌گونه‌ای که تقریباً هر چهار دقیقه یک کودک بدلیل حادثه ترافیکی برای همیشه چشم از جهان فرو می‌بندد. سالانه ۱۸۶,۳۰۰ کودک معادل بیش از ۵۰۰ کودک در هر روز در اثر حوادث ترافیکی فوت می‌کنند و سوانح ترافیکی در میان چهار علت عمده مرگ کودکان بالای ۵ سال قرار دارد. (جدول ۱)

بر اساس آمارها، ۹۵٪ مرگ کودکان در سوانح ترافیکی در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد.

جدول ۱، مهمترین علل مرگ کودکان زیر ۱۸ سال در سال ۲۰۱۲ را نشان می‌دهد.

جدول ۱، مهمترین علل مرگ کودکان در سال ۲۰۱۲

ترتیب	کمتر از ۵ سال	۵ تا ۹ سال	۱۰ تا ۱۴ سال	۱۵ تا ۱۷ سال
۱	عوارض تولد زودرس	بیماری‌های اسهالی	ایدز	سوانح ترافیکی
۲	بیماری‌های تنفسی	بیماری‌های تنفسی	بیماری‌های اسهالی	خودکشی
۳	آسفیکسی/ ترومای پیش از تولد	منزیت	سوانح ترافیکی	خشونت بین فردی
۴	بیماری‌های اسهالی	سوانح ترافیکی	بیماری‌های تنفسی	ایدز

Source: Ten strategies for keeping children safe on Roads. World Health Organization, 2015.

میزان مرگ کودکان زیر ۱۸ سال در حوادث ترافیکی (شاخص مرگ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت) در کشورهای مختلف متفاوت است.

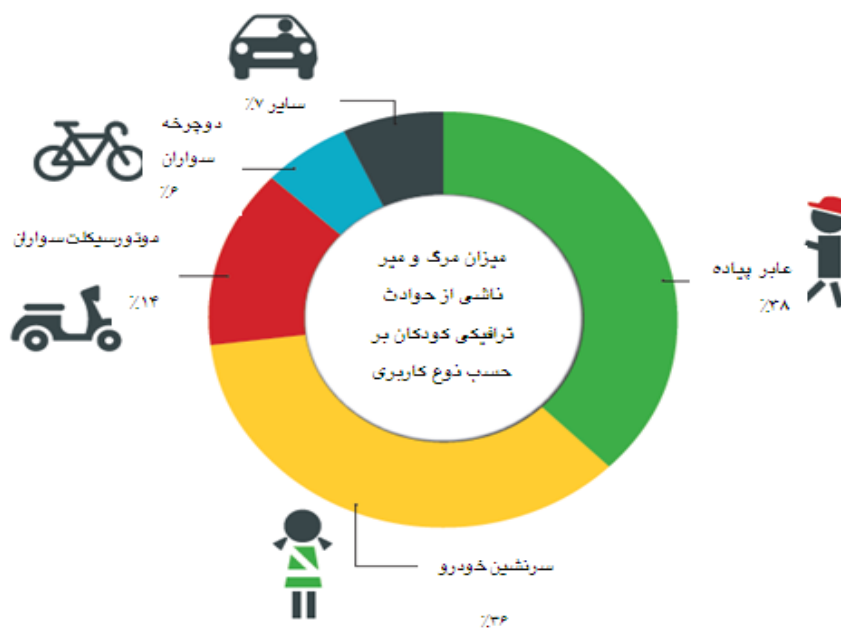
جدول ۲، میزان مرگ کودکان به ازای یکصد هزار نفر جمعیت در مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت

منطقه آفریقا		منطقه اروپا		منطقه مدیترانه شرقی		منطقه اروپا		منطقه جنوب غرب آسیا		منطقه غرب اقیانوس آرام		جهان	
کشورهای با درآمد بالا	کشورهای با درآمد پایین	کشورهای با درآمد بالا	کشورهای با درآمد پایین	کشورهای با درآمد بالا	کشورهای با درآمد پایین	کشورهای با درآمد بالا	کشورهای با درآمد پایین	کشورهای با درآمد بالا	کشورهای با درآمد پایین	کشورهای با درآمد بالا	کشورهای با درآمد پایین	کشورهای با درآمد بالا	کشورهای با درآمد پایین
۶,۳	۱۵,۶	۳,۹	۶,۹	۸,۵	۱۱,۲	۲,۹	۵,۶	۶,۹	۲,۰	۵,۷	۳,۴	۹,۱	

Source: Ten strategies for keeping children safe on Roads. World Health Organization, 2015.

کودکان در سنین پایین‌تر به علت محدود بودن تکامل فیزیکی، شناختی و اجتماعی، بیش از بالغین در برابر ترافیک آسیب‌پذیرند. در کودکان به علت کوچکی جثه احتمال دیدن و دیده شدن کمتر از بالغین است. به علاوه اگر کودکی در حادثه ترافیکی درگیر شود، نرم‌تر بودن بافت سر او را در مقابل صدمات جدی سر نسبت به بالغین آسیب‌پذیرتر می‌کند. در کودکان کوچکتر دشواری در تفسیر صداها و علائم مختلف بر قضاوت آن‌ها در خصوص فاصله، سرعت و جهت حرکت وسائط نقلیه تاثیر می‌گذارد. همچنین کودکان کوچکتر رفتارهای تکانشی دارند و کوتاهی دامنه توجه آن‌ها باعث می‌شود تا توان مقابله همزمان با بیش از یک چالش را نداشته باشند. با بزرگتر شدن، مثلاً در سنین نوجوانی، کودک بیشتر مستعد بروز رفتارهای مخاطره آمیز می‌شود که بر ایمنی آن‌ها تاثیر می‌گذارد. (۴)

نمودار ۷، میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی کودکان زیر ۱۸ سال، بر حسب نوع کاربری



Source: Ten strategies for keeping children safe on Roads. World Health Organization, 2015.

مردان بیش از زنان در معرض رخداد حوادث ترافیکی هستند. قریب به ۷۳٪ فوتی‌های حوادث ترافیکی را مردان تشکیل می‌دهند. در میان رانندگان جوان زیر ۲۵ سال، مردان سه برابر بیش از زنان در معرض خطر مرگ ناشی از حوادث ترافیکی قرار دارند. (۳) این تفاوت جنسیتی از زمان کودکی آغاز می‌گردد به طوری که مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در پسرها دو برابر دخترها است. (۴)

شکل ۱، مقایسه مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کودکان پسر و دختر



Source: Ten strategies for keeping children safe on Roads. World Health Organization, 2015.
http://www.youthforroadsafety.org/uploads/nieuws_bijlagen/final_a4_format_infographic.pdf

عوامل خطر کلیدی حوادث ترافیکی

۷ ریسک فاکتور کلیدی حوادث ترافیکی عبارتند از:

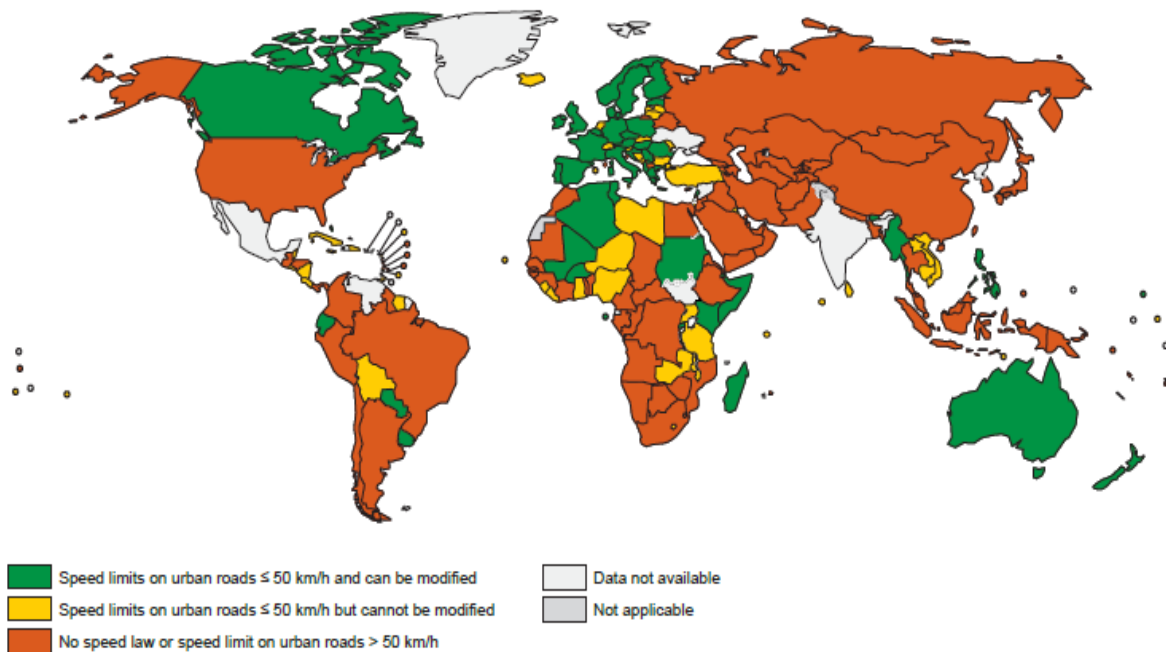
سرعت بالا، عدم استفاده از کمربند ایمنی، عدم استفاده از کلاه ایمنی موتورسواران و صندلی مخصوص کودک، رانندگی تحت تاثیر مصرف مشروبات الکلی، رانندگی تحت تاثیر دارو و مواد مخدر و استفاده از تلفن همراه حین رانندگی.

سرعت بالا:

با افزایش میانگین سرعت رانندگی احتمال تصادف نیز به همان نسبت افزایش می‌یابد. در صورت وقوع تصادف، خطر مرگ و آسیب‌های جدی در سرعت‌های بالاتر، به‌ویژه برای عابران پیاده، دوچرخه‌سواران و راکبان موتورسیکلت بیشتر است.

احتمال مرگ یک فرد عابر پیاده بزرگسال در اثر برخورد با خودرویی با سرعت ۸۰ کیلومتر در ساعت حدود ۶۰ درصد است درحالی‌که اگر سرعت خودرو حدود ۵۰ کیلومتر در ساعت بود این احتمال به زیر ۲۰ درصد تقلیل می‌یافت.

شکل ۲، قانون کنترل سرعت در مناطق شهری به تفکیک کشورهای مختلف



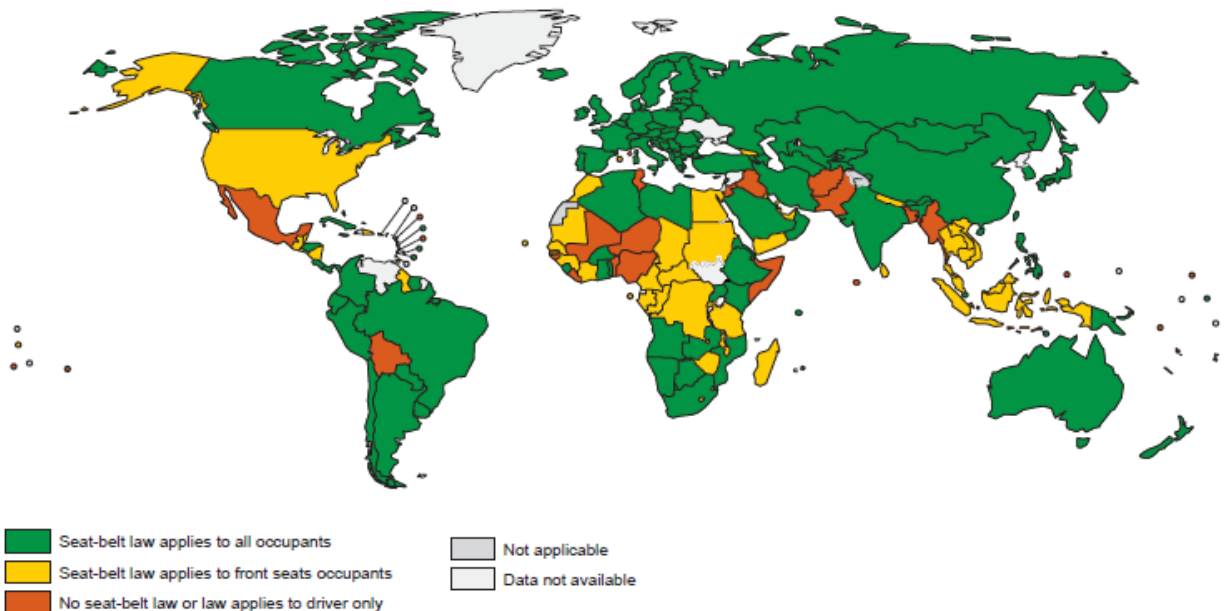
Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

۴۷ کشور جهان با جمعیتی حدود ۹۵۰ میلیون نفر، قوانین مناسبی برای محدودیت سرعت در مناطق شهری دارند.

کمربند ایمنی:

بستن کمربند ایمنی خطر مرگ را در راننده و سرنشین جلوی خودرو به میزان ۴۵ تا ۵۰٪ و خطر مصدومیت‌های خفیف و جدی را به ترتیب به میزان ۲۰٪ و ۴۵٪ کاهش می‌دهد. در میان سرنشینان عقب خودرو نیز بستن کمربند ایمنی خطر مصدومیت‌های کشنده و جدی را تا ۲۵٪ و مصدومیت‌های خفیف را تا حدود ۷۵٪ کاهش می‌دهد. همچنین بستن کمربند ایمنی خطر بیرون افتادن از ماشین (پرت شدن) در هنگام تصادف را به صورت معنی‌داری کاهش می‌دهد.

شکل ۳. قانون استفاده از کمربند ایمنی به تفکیک کشورهای مختلف



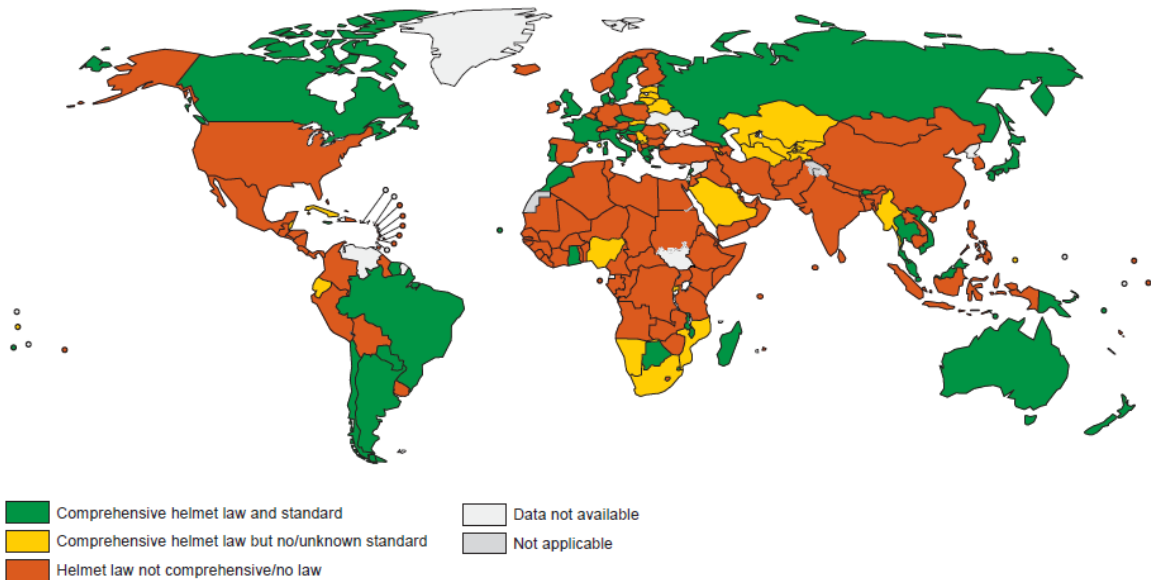
Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

۱۰۵ کشور با جمعیت ۴٫۸ میلیارد نفر قوانین استفاده از کمربند ایمنی برای کلیه سرنشینان (جلو و عقب) خودرو را دارند.

کلاه ایمنی موتورسواران:

آسیب‌های سر و گردن علت اصلی مرگ، آسیب شدید و ناتوانی در بین راکبان موتورسیکلت می‌باشد. استفاده از کلاه ایمنی می‌تواند خطر مرگ را تا ۴۰٪ و خطر آسیب‌های شدید را تقریباً تا ۷۰٪ کاهش می‌دهد.

شکل ۴. قانون استفاده از کمربند ایمنی به تفکیک کشورهای مختلف



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

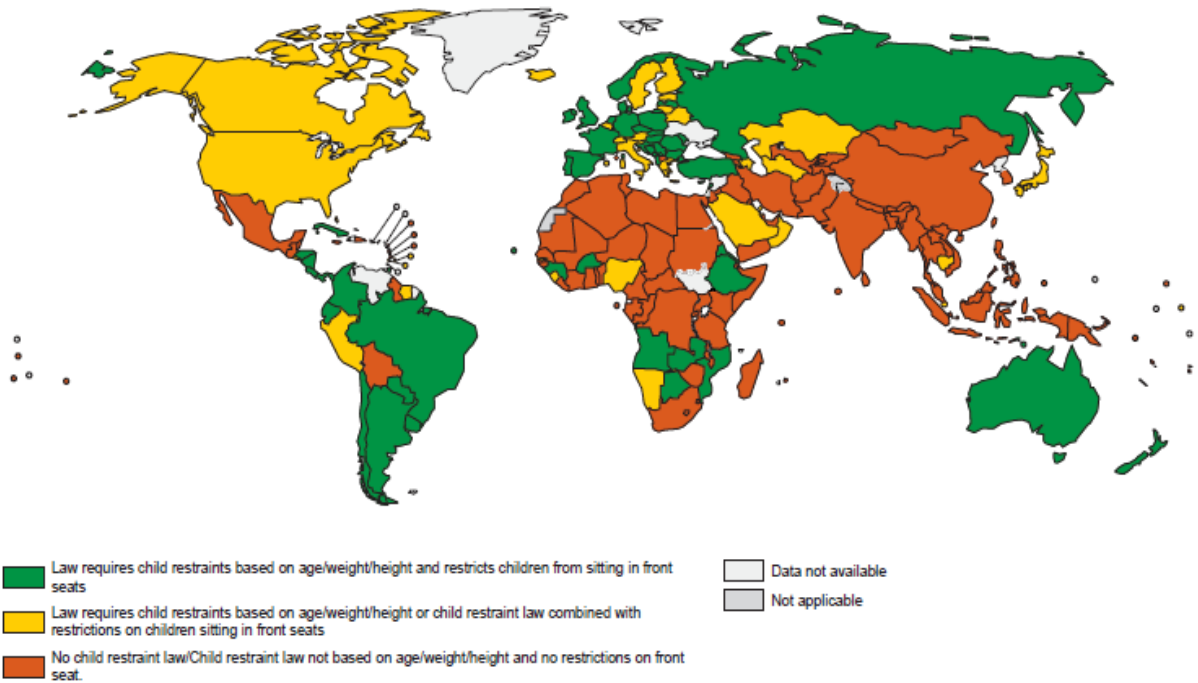
تنها ۴۴ کشور جهان با جمعیتی حدود ۱٫۲ میلیارد نفر قوانین استفاده اجباری از کلاه ایمنی (به شکل مناسب و استاندارد) را دارند.

صندلی مخصوص کودک:

اثر بخشی صندلی ایمنی کودک در کاهش مرگ یا مصدومیت بر اساس نوع صندلی ایمنی متغیر است. استفاده از صندلی ایمنی رو به عقب برای نوزادان و کودکان (زیر ۱ سال) در مقایسه با عدم استفاده از آن تا ۹۰٪ باعث کاهش مرگ یا مصدومیت می‌شود. صندلی ایمنی روبه جلو خطر مصدومیت‌های جدی را تا تقریباً ۸۰٪ نسبت به استفاده صرف از کمربند ایمنی برای کودکان کاهش می‌دهد. صندلی کودک در کودکان سنین ۴ تا ۱۰ سال تا ۷۷٪ خطر مصدومیت را کاهش می‌دهد.

به علاوه، کودکان در صندلی عقب خودرو نسبت به صندلی جلو آن ایمن تر هستند. ۸۴ کشور قوانینی برای ممانعت از نشستن کودکان در صندلی جلوی خودرو وضع کرده‌اند. عمده این قوانین کودکان زیر سن ۱۰ - ۱۲ سال یا قد ۱۳۵-۱۵۰ سانتی‌متر را از نشستن در صندلی جلوی خودرو منع می‌کند.

شکل ۵، قانون استفاده از صندلی مخصوص کودک به تفکیک کشورهای مختلف



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

۵۳ کشور جهان با جمعیتی معادل ۱,۲ میلیارد نفر قوانین مناسبی در ارتباط با استفاده از صندلی ایمنی کودک دارند.

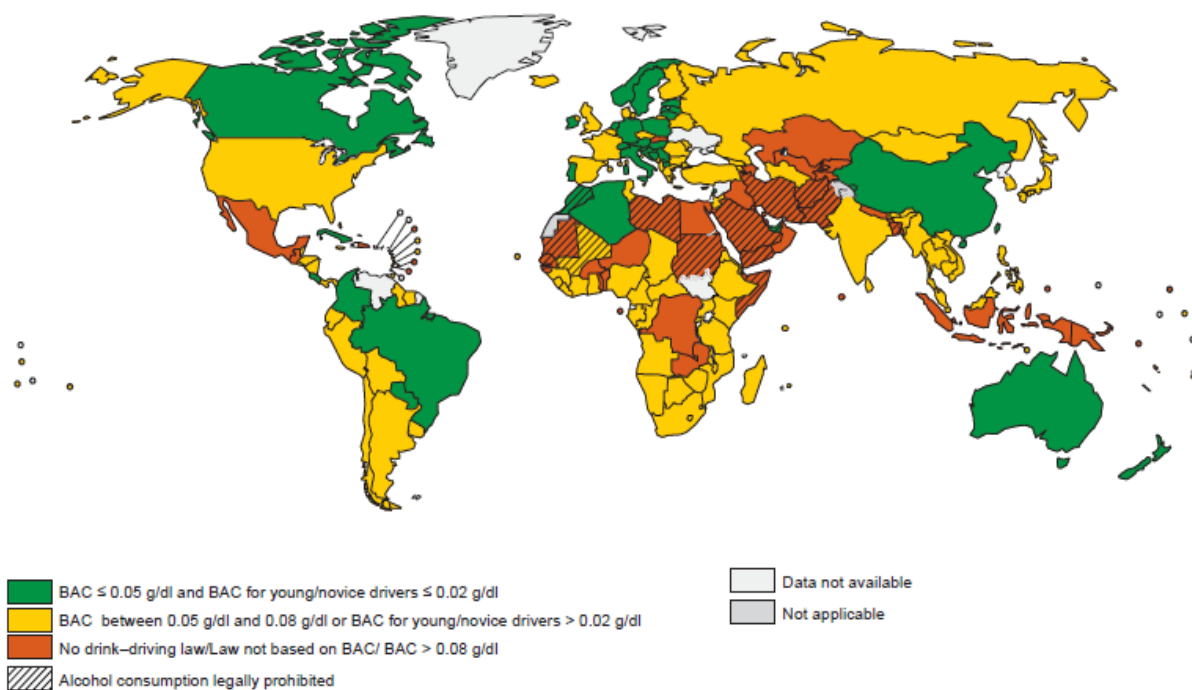
رانندگی تحت تأثیر مصرف مشروبات الکلی:

مصرف الکل و رانندگی شانس سوانح ترافیکی و همچنین احتمال پیامد مرگ یا مصدومیت شدید را افزایش می‌دهد. خطر مصدومیت در سطوح خیلی پایین غلظت الکل شروع می‌شود و به صورت تصادفی با مقدار مصرف الکل افزایش می‌یابد. خطر مرگ در یک سانحه رانندگی در رانندگان با مقدار سطح مجاز الکل خون (BAC) بین ۰/۰۲ تا ۰/۰۵ گرم بر دسی لیتر حداقل سه برابر بیشتر است. این خطر در مقادیر BAC بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ گرم بر

دسی لیتر تا حداقل ۶ برابر افزایش می‌یابد و در مقادیر بالاتر از ۰/۰۸ گرم بر دسی لیتر به صورت تصاعدی افزایش می‌یابد.

در اکثر مواقع رانندگی تحت تاثیر الکل با سایر رفتارهای پرخطر رانندگان مانند سرعت بالا و یا نبستن کمربند ایمنی همراه است.

شکل ۶، قانون مصرف الکل و رانندگی به تفکیک کشورهای مختلف



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

تنها ۳۴ کشور جهان با جمعیتی معادل ۲,۱ میلیارد نفر قوانین مناسبی برای رانندگی و مصرف الکل دارند.

متأسفانه تا به امروز، نه تنها برآورد جهانی از مرگ‌های ناشی از مصرف مواد مخدر و رانندگی به دست نیامده است بلکه شیوع مصرف مواد مخدر و رانندگی در سطح جهانی یا منطقه‌ای نیز مشخص نشده است. انواع مختلفی از مواد روان‌گردان نیز وجود دارد که می‌توانند عوارض جانبی بر روی رفتار رانندگان ایجاد کنند. این مواد عبارتند از:

- مخدرهای غیرقانونی (مانند حشیش، کوکائین)
- داروها (مانند بنزودیازپین‌ها، اپیوئیدها)

• مواد روانگردان صنعتی و جدید (۱)

رانندگی حین استفاده از تلفن همراه:

عوامل متعددی ممکن است باعث حواسپرتی رانندگان گردد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها استفاده از تلفن همراه است. گسترش روزافزون کاربری تلفن همراه حین رانندگی، به زودی آن‌را به یکی از چالش‌های مهم ایمنی ترافیکی تبدیل می‌کند. (۳) بر اساس برآوردهای انجام شده استفاده از تلفن همراه حین رانندگی شانس رخداد تصادف را تا ۴ برابر افزایش می‌دهد. ریسک مذکور در هر دو نوع استفاده از تلفن همراه (سیستم دستی و هندزفری) تقریباً برابر است و دلیل آن به حواسپرتی شناختی^۲ راننده علاوه بر حواسپرتی فیزیکی او برمی‌گردد.

ارسال پیام کوتاه حین رانندگی حتی از صحبت کردن با تلفن همراه نیز خطرناکتر است و شانس تصادف را بیشتر افزایش می‌دهد. (۵)

استفاده از تلفن همراه حین رانندگی بر عملکرد رانندگان موثر است و باعث آهسته شدن زمان واکنش (گرفتن ترمز و حتی توجه به علائم راهنمایی رانندگی)، ناتوانی حفظ مسیر حرکت (انحراف از مسیر) و عدم رعایت حداقل فاصله طولی می‌شود. (۳)

حداقل زمانی که یک فرد برای فرستادن پیامک با استفاده از تلفن همراه صرف می‌کند، ۵ ثانیه است. در رانندگی با سرعت ۵۵ مایل بر ساعت^۳ این زمان معادل طی مسافتی برابر با طول زمین بازی فوتبال بدون توجه به جاده است. ارسال پیامک حین رانندگی احتمال تصادف را تا ۲۳ برابر افزایش می‌دهد و جوانانی که حین رانندگی، پیامک می‌فرستند تقریباً ۱۰٪ مواقع انحراف مسیر داشته و خارج از مسیر (لاین) رانندگی می‌کنند. بر اساس پیمایشی که در ایالات متحده توسط اپراتور AT&T انجام شده، علیرغم آن‌که ۹۷٪ جوانان ارسال پیامک را حین رانندگی خطرناک می‌دانند، ولی ۴۳٪ آن‌ها حین رانندگی پیامک ارسال می‌کنند. ۱۹٪ رانندگان در کلیه سنین حین رانندگی به اینترنت متصل می‌شوند، این درحالیست که در ۴۳ ایالت علاوه بر واشنگتن دی سی ارسال پیامک حین رانندگی ممنوع است. (۶)

^۲ Cognitive Distraction

^۳ ۵۵ مایل بر ساعت معادل ۸۸٫۵ کیلومتر در ساعت است.

ده نکته کلیدی در خصوص حوادث ترافیکی

همه ساله، ۱,۲۵۰,۰۰۰ نفر در اثر حوادث ترافیکی فوت می‌کنند.

در سال ۲۰۱۳، ۱,۲۵ میلیون نفر در اثر حوادث ترافیکی فوت نمودند، رقمی که علیرغم افزایش موتوریزاسیون، جمعیت و پیش‌بینی روند رو به رشد تصادفات ترافیکی نسبت به سال ۲۰۰۷، تغییر چندانی نداشته‌است. تصادفات رانندگی از علل عمده مرگ در کلیه سنین و علت نخست مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال است.



۹۰٪ مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد.

این کشورها ۵۴٪ وسائط نقلیه جهان را در خود جای داده‌اند.

نیمی از فوتی‌های حوادث ترافیکی را کاربران آسیب‌پذیر تشکیل می‌دهند.

عابران پیاده، دوچرخه سواران و رانندگان وسائط نقلیه موتوری دوچرخ و ترک‌سواران آن تحت عنوان کاربران آسیب‌پذیر نامیده می‌شوند. سهم کاربران آسیب‌پذیر از فوتی‌های حوادث ترافیکی در کشورهای با درآمد کم و متوسط بالاتر از کشورهای پردرآمد است.



کنترل سرعت از حوادث ترافیکی می‌کاهد.



تنها ۴۷ کشور، دربرگیرنده ۱۳٪ جمعیت جهان، قوانینی برای محدودیت سرعت مجاز دارند که با تجارب موفق (best practice) جهانی همخوانی دارد. این قانون شامل، محدودیت سرعت ۵۰ km/h است و مسئولین محلی در صورت لزوم توانایی کاهش آن را دارند.

رانندگی تحت تاثیر مصرف مشروبات الکلی، احتمال رخداد تصادف را افزایش می‌دهد.

سطح الکل خون بالای ۰,۰۵ gr/dl شانس رخداد حوادث ترافیکی را به‌طور تصاعدی افزایش می‌دهد. تنها ۳۴ کشور، دربرگیرنده ۲,۱ میلیارد نفر جمعیت، قوانینی برای ممنوعیت رانندگی تحت تاثیر مصرف مشروبات الکلی دارند که با تجارب موفق (best practice) جهانی هم-خوانی دارد. WHO، سطح مجاز الکل خون را برای رانندگان جوان مبتدی $\geq 0,02 \text{ gr/dl}$ و برای سایر رانندگان $\geq 0,05 \text{ gr/dl}$ می‌داند.



استفاده از کلاه ایمنی با کیفیت شانس مرگ را در حوادث ترافیکی تا ۴۰٪ کاهش می‌دهد.

استفاده از کلاه ایمنی مرغوب شانس آسیب شدید ناشی از حوادث ترافیکی را تا ۷۰٪ کاهش می‌دهد. تنها ۴۴ کشور، دربرگیرنده ۱۷٪ جمعیت، قوانینی برای استفاده از کلاه ایمنی دارند که با تجارب موفق (best practice) جهانی همخوانی دارد. این قانون ضرورت استفاده از کلاه را برای کلیه راکبین (راننده و ترک‌نشینان)، کلیه راه‌ها و انواع موتور ضروری می‌داند و بر لزوم بستن کلاه ایمنی و تبعیت آن از استاندارد تاکید دارد.



استفاده از کمربند ایمنی در سرنشینان صندلی جلوی خودرو شانس مرگ را ۴۵ تا ۶۰٪ کاهش می‌دهد. استفاده از کمربند ایمنی در سرنشینان عقب خودرو شانس مرگ را ۲۵ تا ۷۵٪ کاهش می‌دهد. ۱۰۵ کشور، دربرگیرنده ۶۷٪ جمعیت قوانینی برای بستن کمربند ایمنی در کلیه سرنشینان خودرو (اعم از سرنشینان جلو و عقب خودرو) دارند که با تجارب موفق (best practice) جهانی هم‌خوانی دارد.



صندلی شیرخواران، کودکان و صندلی booster شانس مرگ کودکان را در حوادث ترافیکی ۵۴ تا ۸۰٪ کاهش می‌دهد.



بیش از نیمی از کشورهای قوانینی برای لزوم استفاده از صندلی مخصوص کودک دارند. تنها ۵۳ کشور، دربرگیرنده ۱٫۲ میلیارد نفر جمعیت، قانون صندلی مخصوص کودک دارند که با تجارب موفق (best practice) جهانی هم‌خوانی دارد. در این قانون به محدودیت‌های سن، جنس و وزن کودکان در استفاده از صندلی مخصوص کودک توجه شده است.

خدمات پیش‌بیمارستانی با کیفیت و به‌موقع، در نجات جان مصدومین حوادث ترافیکی نقش بسزایی دارد.

بهترین راه برای فعال‌سازی سیستم خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی، دسترسی به شماره واحد ملی با دیسیچ متمرکز است. در ۱۱۶ کشور جهان شماره تماس واحد برای خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی وجود دارد.





خودروهایی که در ۸۰٪ کشورهای جهان به فروش می‌رسند استانداردهای ایمنی ندارند. ایمنی خودروها در پیشگیری از رخداد تصادفات و کاهش شدت آسیب در صورت رخداد تصادف نقش بسیار مهمی دارند. سازمان ملل برای یکپارچه‌سازی استانداردهای خودرو، ۷ دستورالعمل دارد ولی تنها در ۴۰ کشور این مقررات رعایت گردیده که ۳۵ کشور از مجموع ۴۰ کشور فوق جز کشورهای با درآمد بالا هستند. (۷)

هزینه حوادث ترافیکی در جهان

حوادث ترافیکی بار عظیمی را بر سیستم سلامت، بیمه و اقتصاد کشورها تحمیل می‌کند و هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم آن از جمله ناتوانی حضور در محیط کار و متعاقباً کاهش حقوق و دستمزد بر دوش خانواده‌ها سنگینی می‌کند. (۱) هزینه حوادث ترافیکی در جهان ۵۱۸ میلیارد دلار و در کشورهای با درآمد کم و متوسط حدود ۶۵ میلیارد دلار برآورد گردیده است که رقمی بالاتر از بودجه عمرانی این کشورها است. (۸) دومین گزارش بین‌المللی ایمنی راه‌ها هزینه حوادث ترافیکی را برای کشورهای با درآمد کم و متوسط معادل ۱-۲٪ تولید ناخالص ملی (GNP)^۴ یعنی رقمی بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار در سال برآورد نمود. (۹) بر اساس آخرین گزارش بین‌المللی ایمنی راه‌ها نیز هزینه حوادث ترافیکی در جهان معادل ۳ درصد تولید ناخالص داخلی (GDP)^۵ برآورد شد. (۱)

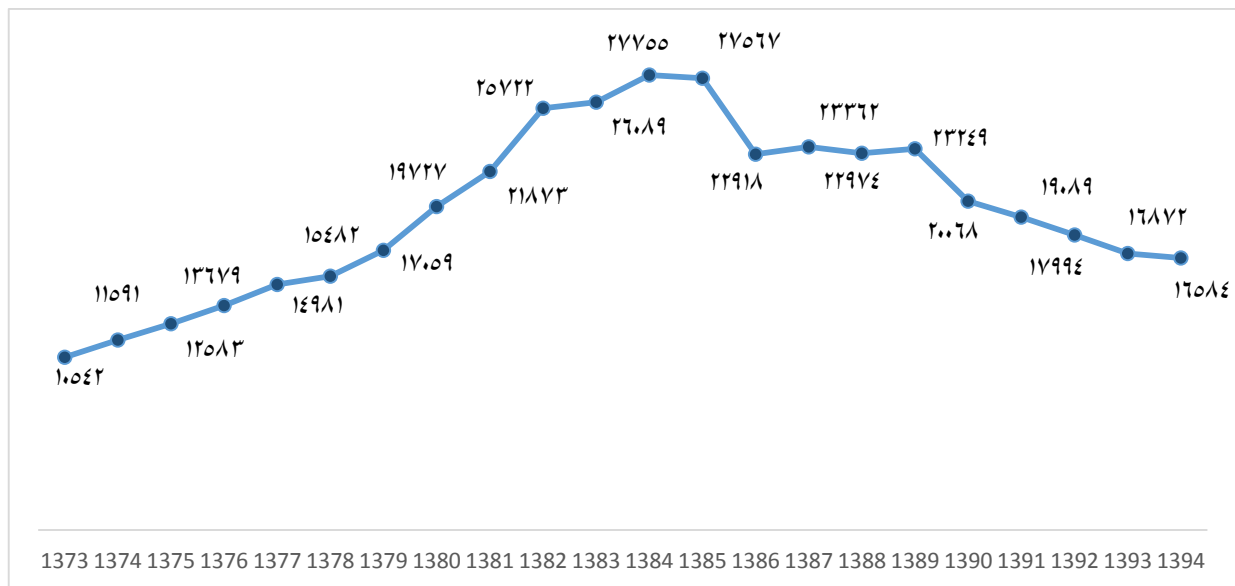
^۴ Gross National Products

^۵ Gross Domestic Products

نگاهی کلی به وضعیت حوادث ترافیکی در ایران

حوادث مربوط به حمل و نقل (V01- V99) در ایران با احتساب ۷,۴٪ کل مرگ‌ها سومین علت مرگ^۶ پس از سکته قلبی و مغزی است. (۱۰) به گزارش سازمان پزشکی قانونی کل کشور (متولی رسمی اعلام آمار فوت حوادث ترافیکی) اگرچه روند مرگ ناشی از حوادث ترافیکی رو به کاهش است (نمودار ۸) ولی در سال ۱۳۹۴، ۱۶۵۸۴ نفر در اثر حوادث ترافیکی جان خود را از دست دادند (۱۱) و تعداد به مراتب بیشتری مجروح و معلول شدند که اغلب در گروه سنی جوان و نان آور جامعه بودند. (نمودار ۹)

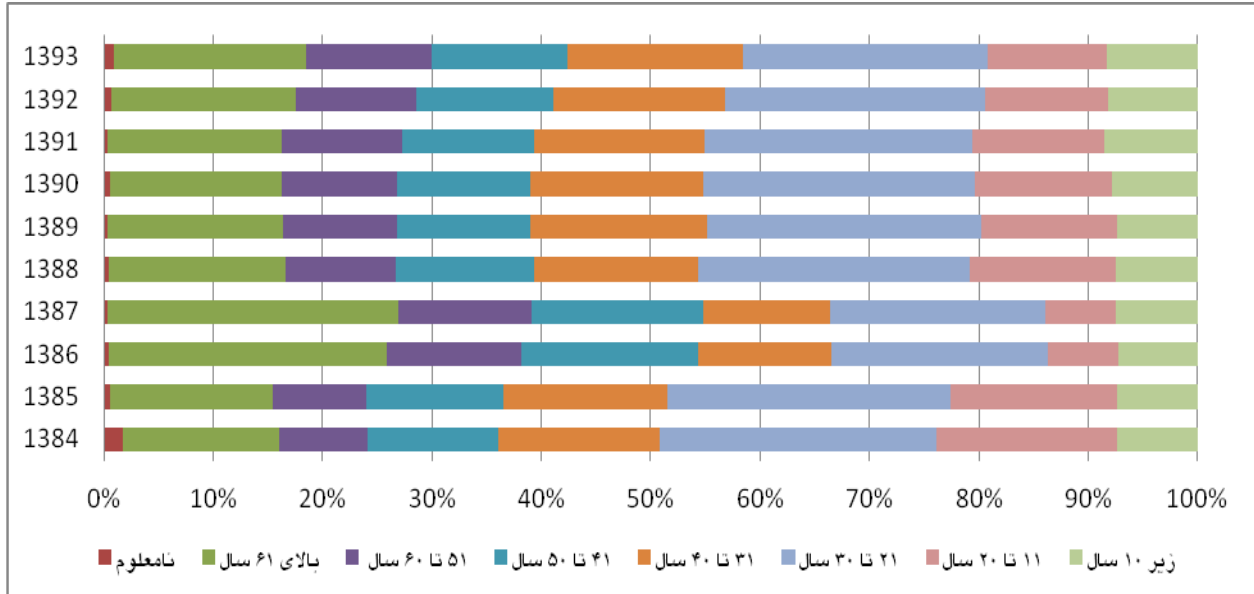
نمودار ۸. روند مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در ایران طی سال‌های ۱۳۷۳ لغایت ۱۳۹۴



منبع: سازمان پزشکی قانونی

⁶ در کل حوادث مرتبط با حمل و نقل در زنان با احتساب ۳,۷٪ کل مرگ‌ها، ششمین علت مرگ پس از سکته‌های قلبی، سکته‌های مغزی، بیماری‌های قلبی ناشی از فشارخون، سایر بیماری‌های قلبی و عروقی و دیابت و در مردان با احتساب ۱۰,۰۵٪ کل مرگ‌ها دومین علت مرگ پس از سکته‌های قلبی است.

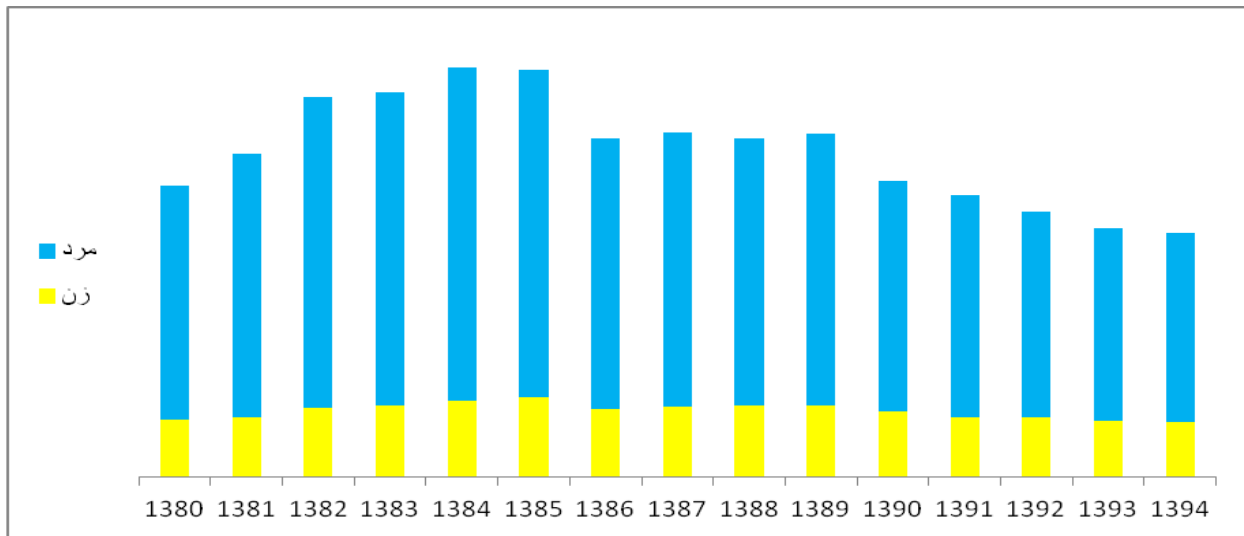
نمودار ۹، مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک سن



منبع: سازمان پزشکی قانونی

در ایران سهم مردان بیش از ۷۵٪ از مجموع متوفیان حوادث ترافیکی است (نمودار ۱۰)

نمودار ۱۰، مرگ ناشی از حوادث ترافیکی بر حسب جنس



منبع: سازمان پزشکی قانونی

حدود ۷۲٪ موارد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در تصادفات برون شهری و در راه‌های روستایی رقم می‌خورد.
(جدول ۳)

جدول ۳، تعداد موارد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک محل رخداد تصادف

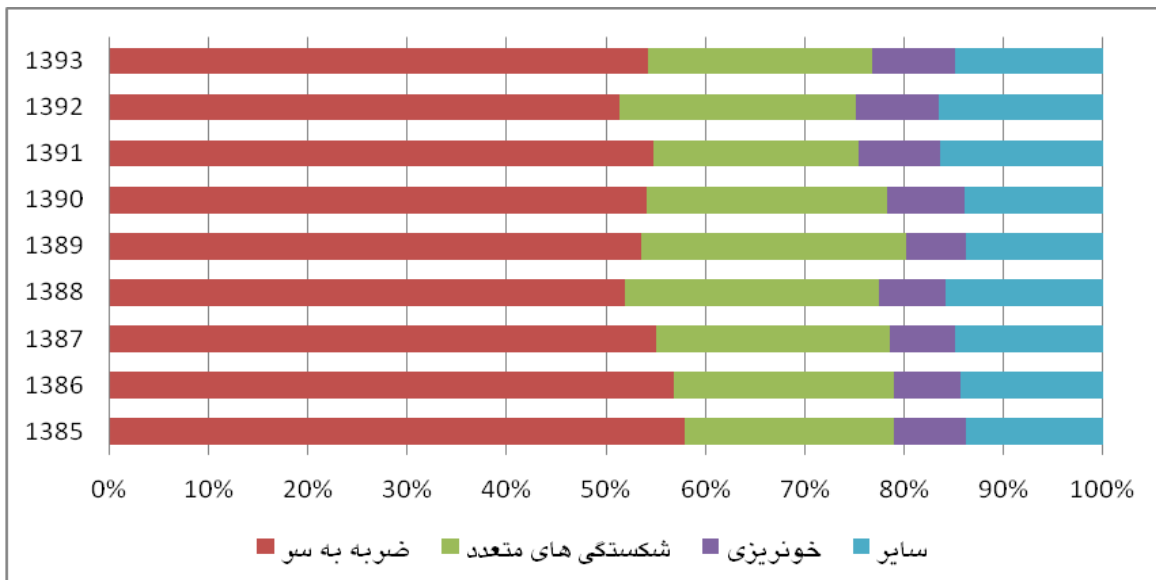
سال	محل تصادف	درون شهری	برون شهری	خاکی-روستایی	نامعلوم	کل
۱۳۸۵	۷۷۹۴	۱۷۴۷۰	۱۹۶۷	۳۳۶	۲۷۰۶۷	
۱۳۸۶	۷۰۱۸	۱۳۷۶۳	۱۹۷۶	۱۶۱	۲۲۹۱۸	
۱۳۸۷	۷۲۱۳	۱۳۹۸۴	۲۰۰۲	۱۶۳	۲۳۳۶۲	
۱۳۸۸	۷۰۵۸	۱۳۵۵۶	۲۱۷۹	۱۸۱	۲۲۹۷۴	
۱۳۸۹	۶۶۶۶	۱۴۱۷۶	۲۲۰۶	۲۰۱	۲۳۲۴۹	
۱۳۹۰	۵۸۸۸	۱۲۲۳۲	۱۸۰۳	۱۴۵	۲۰۰۶۸	
۱۳۹۱	۵۴۰۴	۱۱۸۱۱	۱۷۶۴	۱۱۰	۱۹۰۸۹	
۱۳۹۲	۵۰۶۳	۱۱۵۶۶	۱۲۹۶	۶۹	۱۷۹۹۴	
۱۳۹۳	۴۵۸۴	۱۰۹۵۱	۱۲۵۲	۸۵	۱۶۸۷۲	
۱۳۹۴	۴۴۵۳	۱۰۸۶۰	۱۱۸۸	۸۳	۱۶۵۸۴	

منبع: سازمان پزشکی قانونی

نمودار ۱۱، علت نهایی فوت را در متوفیان حوادث ترافیکی نشان می‌دهد. ضربه به سر (Head Trauma) دلیل اصلی فوت در بیش از نیمی از متوفیان بوده است.

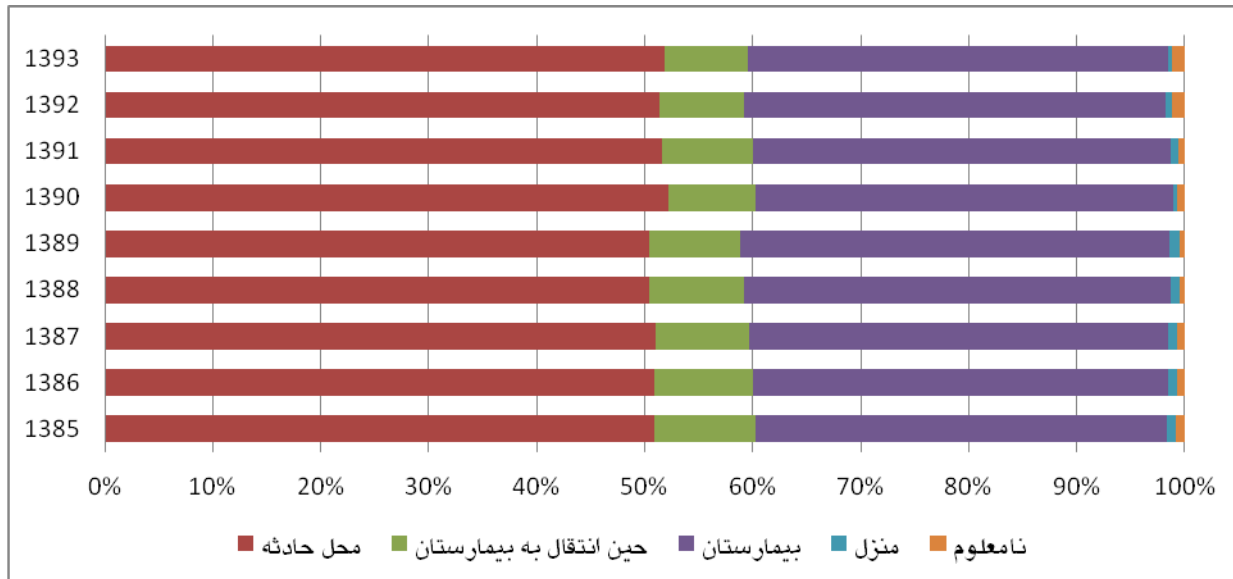
حدود ۵۰٪ موارد فوت ناشی از حوادث ترافیکی در محل حادثه رخ می‌دهد. (نمودار ۱۲) و حدود ۲۲٪ متوفیان حوادث ترافیکی عابر پیاده اند. (۱۲-۱۴)

نمودار ۱۱، علت نهایی فوت در متوفیان حوادث ترافیکی



منبع: سازمان پزشکی قانونی

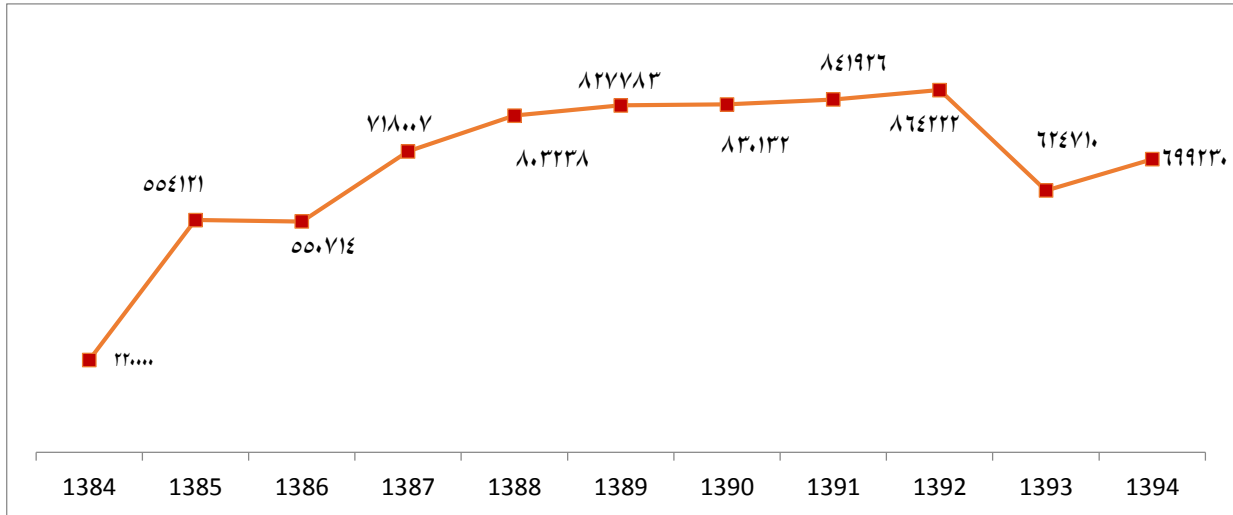
نمودار ۱۲، محل فوت در متوفیان حوادث ترافیکی



منبع: آمار سازمان پزشکی قانونی

حوادث ترافیکی در ایران از چالش‌های عمده نظام سلامت است به‌گونه‌ای که بر اساس بانک اطلاعاتی ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه و بند ب ماده ۳۷، قانون برنامه پنجم توسعه کشور مبنی بر درمان رایگان و بی‌قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی، سالانه حدود ۷۰۰ هزار بار مراجعه مصدومین حوادث ترافیکی به اورژانس بیمارستان‌های سراسر کشور رقم می‌خورد. (نمودار ۱۳)

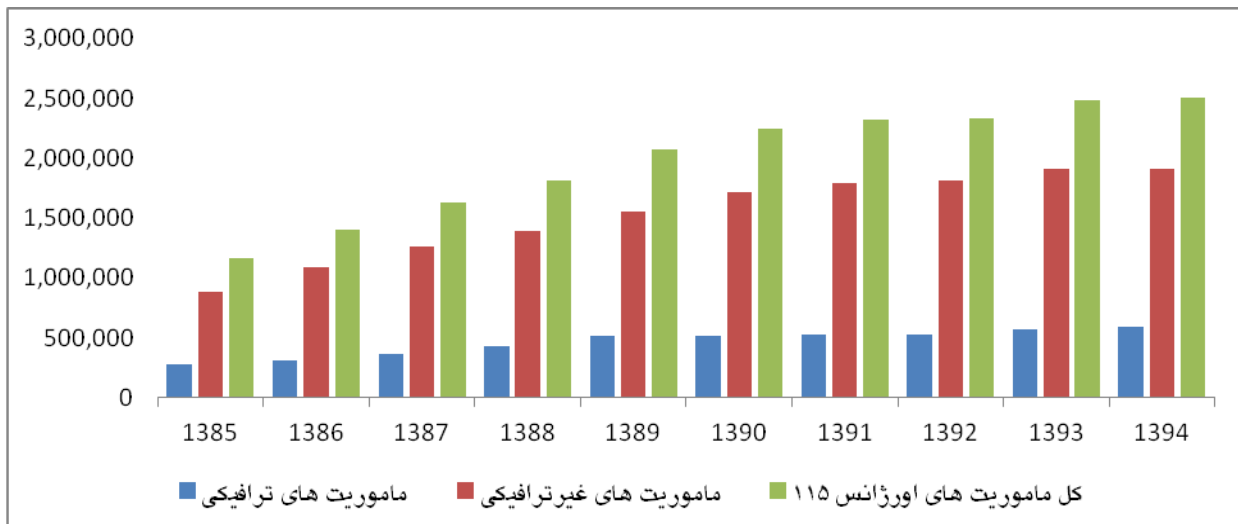
نمودار ۱۳، بار مراجعه مصدومین حوادث ترافیکی به اورژانس بیمارستان‌های کشور



منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بانک اطلاعاتی ماده ۹۲/ بند ب ماده ۳۷

همه ساله قریب به ۲,۵۰۰,۰۰۰ ماموریت اورژانس پیش بیمارستانی در کشور انجام می‌گیرد که قریب به ۲۳٪ آن‌ها ماموریت‌های ترافیکی هستند. (نمودار ۱۴)

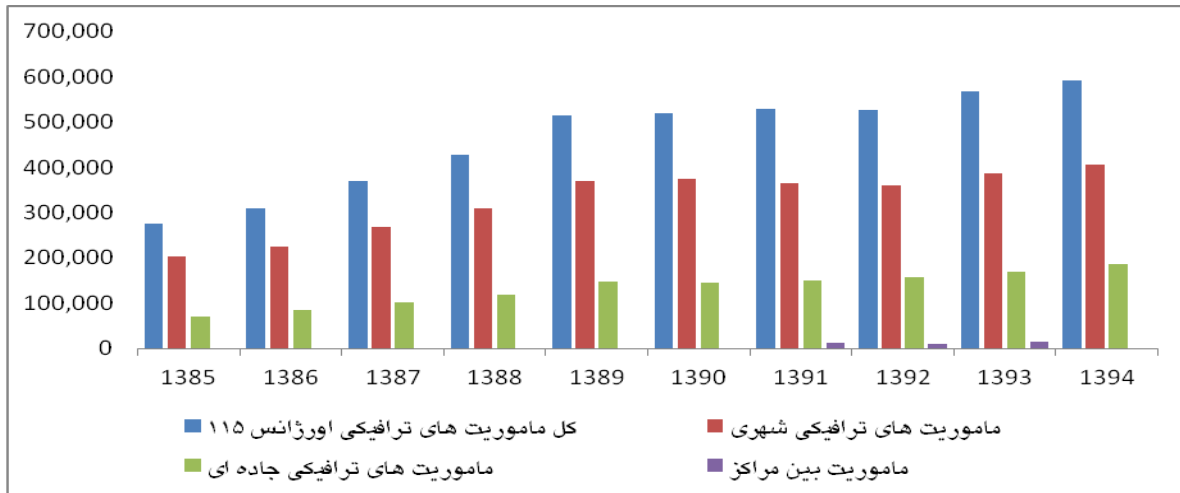
نمودار ۱۴، ماموریت‌های پیش بیمارستانی اورژانس ۱۱۵ به تفکیک ترافیکی و غیرترافیکی



منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

در سال گذشته ۳۰٪ ماموریت‌های ترافیکی پیش‌بیمارستانی جاده‌ای و مابقی شهری بود. (نمودار ۱۵)

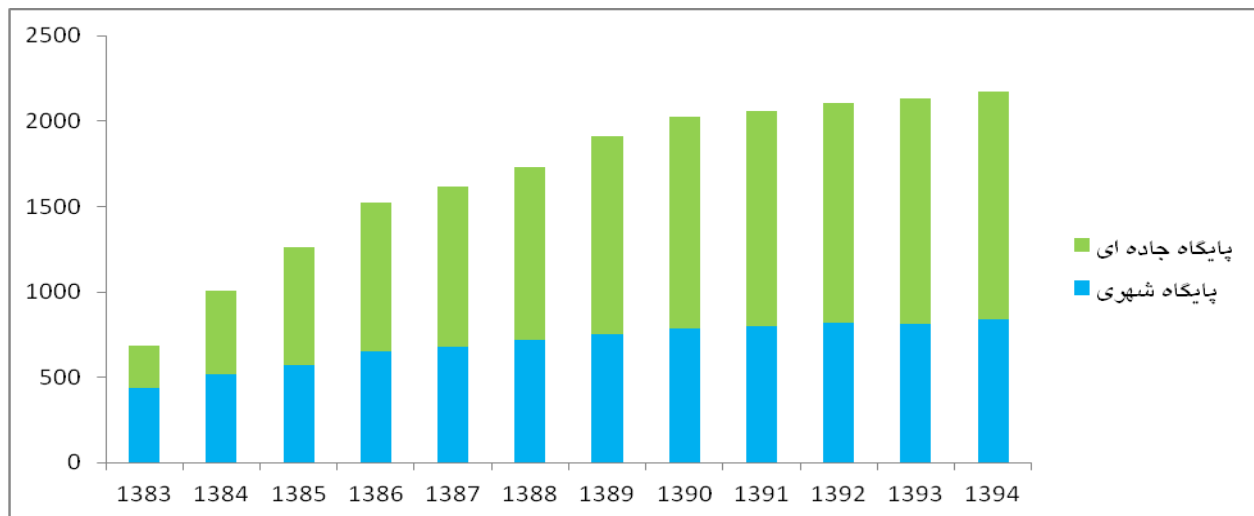
نمودار ۱۵، ماموریت‌های ترافیکی پیش‌بیمارستانی اورژانس ۱۱۵ به تفکیک شهری، جاده‌ای و بین مراکز



منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

هم اکنون مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی وزارت بهداشت با ظرفیت ۸۳۸ پایگاه شهری و ۱۳۳۴ پایگاه جاده‌ای یعنی در مجموع ۲۱۷۲ پایگاه اورژانس زمینی (نمودار ۱۶)، ۳۸۰۰ آمبولانس زمینی (نمودار ۱۷)، ۲۱ پایگاه اورژانس هوایی، ۵۷^۷ دستگاه اتوبوس آمبولانس و ۳۲ موتورلانس مشغول فعالیت می‌باشد.

نمودار ۱۶، پایگاه‌های اورژانس زمینی (شهری و جاده‌ای)

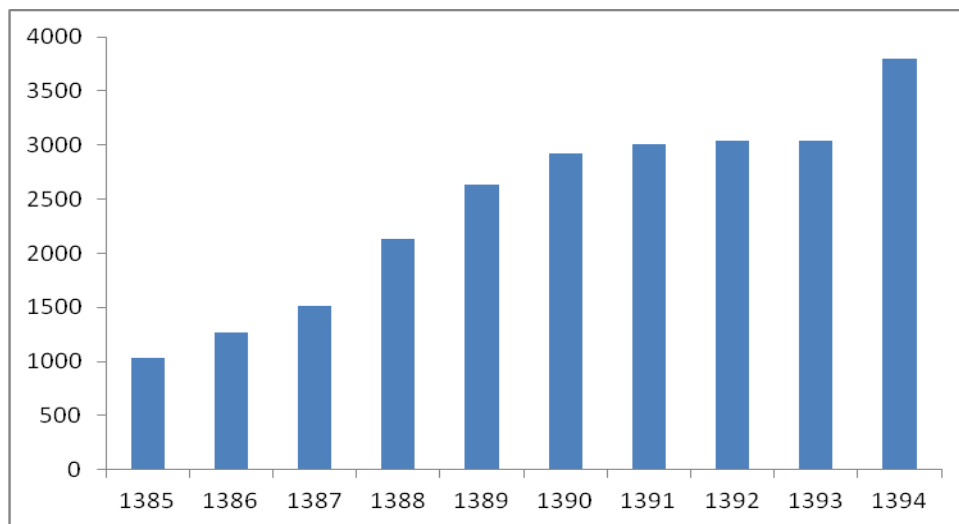


منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

⁷ اهواز، بوشهر، بیرجند، تهران، دزفول، زاهدان، شاهرود، شیراز، قزوین، قم، مشهد، کرمان، اصفهان، تبریز، کرمانشاه، خرم‌آباد، مازندران،

همدان، سبزوار، بندرعباس، اردبیل.

نمودار ۱۷، روند رشد آمبولانس‌های زمینی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی



منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

هزینه حوادث ترافیکی در ایران

بر اساس مطالعه پژوهشکده حمل و نقل وزارت مسکن و شهرسازی، مجموع هزینه حوادث ترافیکی در سال ۱۳۸۶، بالغ بر ۱۸۰،۰۰۰ میلیارد ریال، یعنی حدود ۷٪ تولید ناخالص داخلی (GDP)^۸ برآورد گردید. (۱۵) در مطالعه دیگری در ایران هزینه حوادث ترافیکی در سال ۱۳۸۸، بر اساس روش سرمایه انسانی^۹ ۱۱۴،۴۵۵ میلیارد ریال (معادل ۱۱،۴۵۸ بیلیون دلار آمریکا) برآورد گردید که معادل ۱،۴۱٪ تولید ناخالص ملی (GNP) بود. (۱۶) در سال ۱۳۹۲ نیز هزینه حوادث ترافیکی بر اساس روش تمایل به پرداخت^{۱۰} معادل ۶،۴۶٪ درآمد ناخالص داخلی (GNI)^{۱۱} محاسبه شده است. (۱۷)

^۸ Gross Domestic Product

^۹ Human Capital

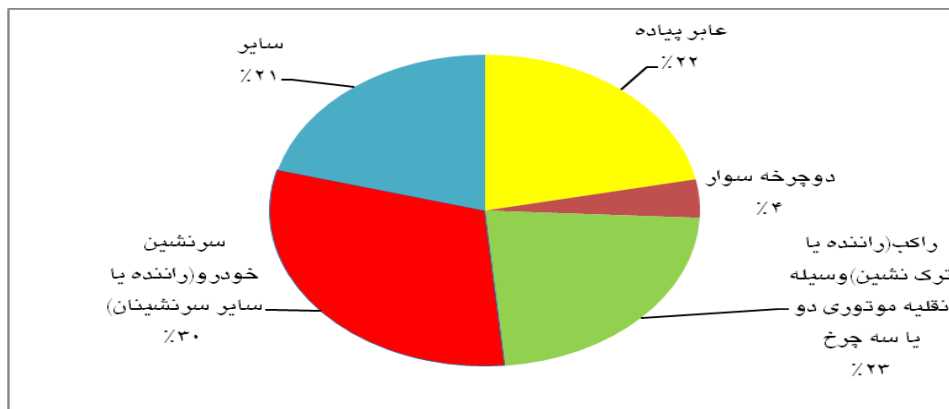
^{۱۰} Willingness To Pay (WTP)

^{۱۱} Gross National Income

الگوی حوادث ترافیکی در ایران (تفاوت‌های رفتاری با سایر کشورها)

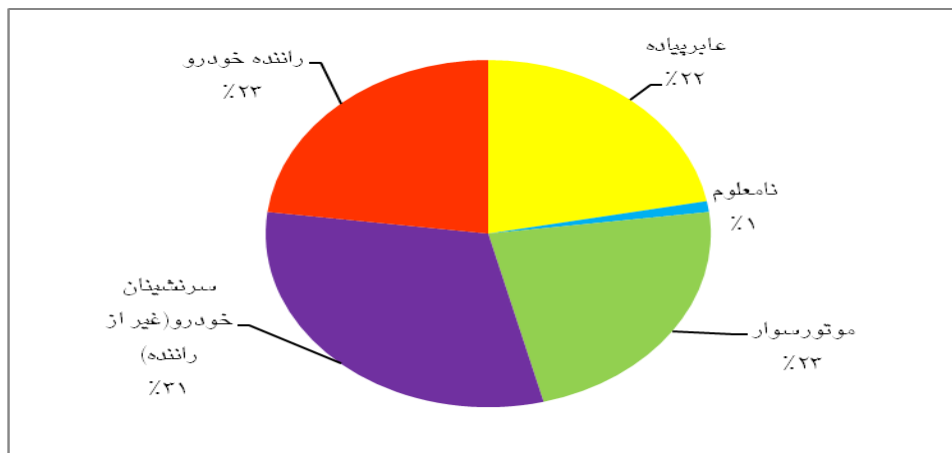
در جهان تقریباً نیمی از موارد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کاربران آسیب‌پذیر شامل، موتورسیکلت‌سواران (۲۳٪)، دوچرخه‌سواران (۴٪) و عابران پیاده (۲۲٪) رخ می‌دهد. (نمودار ۱۸) در ایران حدود ۴۶٪ موارد مرگ در موتورسیکلت‌سواران (۲۳٪)^{۱۲} و عابران پیاده (۲۲٪) رخ می‌دهد. این درحالیست که سرنشینان وسایل نقلیه و رانندگان وسایط نقلیه به ترتیب ۳۱٪ و ۲۳٪ فوتی‌ها را شامل می‌گردد. (نمودار ۱۹)

نمودار ۱۸، مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک نوع کاربری در جهان



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

نمودار ۱۹، مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک نوع کاربری در سال ۹۴



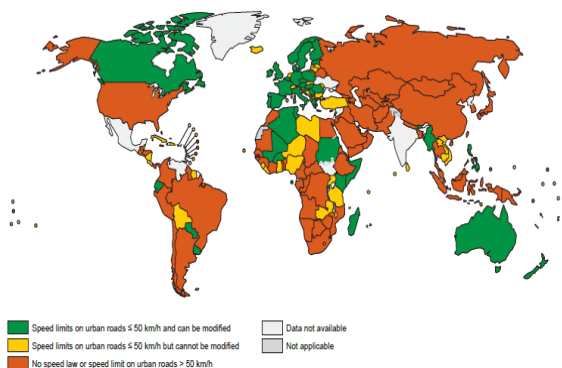
منبع: سازمان پزشکی قانونی

¹² آمار مذکور دربرگیرنده رانندگان موتورسیکلت و ترک نشینان آن است.

هفت ریسک فاکتور سرعت بالا، عدم استفاده از کمربند ایمنی، عدم استفاده از کلاه ایمنی موتورسواران، عدم استفاده از صندلی مخصوص کودک، رانندگی تحت تاثیر مصرف مشروبات الکلی، رانندگی تحت تاثیر دارو و مواد مخدر و استفاده از تلفن همراه حین رانندگی در ایران نیز از ریسک فاکتورهای حوادث ترافیکی محسوب می‌گردد.

سرعت غیرمجاز:

بر اساس آخرین گزارش بین‌المللی ایمنی راه‌ها ماکزیمم سرعت مجاز در معابر شهری ۵۰ کیلومتر در ساعت در نظر گرفته شده است و متولیان امر بنا به ضرورت اجازه کاهش آن را دارند. در ایران سرعت مجاز در شهرها ۸۰ کیلومتر در ساعت است و لذا ایران جز کشورهایی است که قوانین مرتبط با سرعت در آن با توصیه‌های جهانی همخوانی ندارد. (۱)



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

در ایران سرعت غیرمجاز جز تخلفات حادثه ساز است. بر اساس قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی،^{۱۳} تجاوز بین ۳۰ تا ۵۰ کیلومتر در ساعت از سرعت مجاز برای وسایل نقلیه شخصی ۵ نمره منفی و برای رانندگان وسایل نقلیه عمومی و سنگین ۱۰ نمره منفی دارد. این درحالیست که میزان نمره منفی برای تجاوز بیش از ۵۰ کیلومتر در ساعت از سرعت مجاز برای رانندگان وسایل نقلیه شخصی ۱۰ نمره منفی و برای رانندگان وسایل نقلیه عمومی و سنگین ۱۵ نمره منفی را به دنبال خواهد داشت. (۱۸)

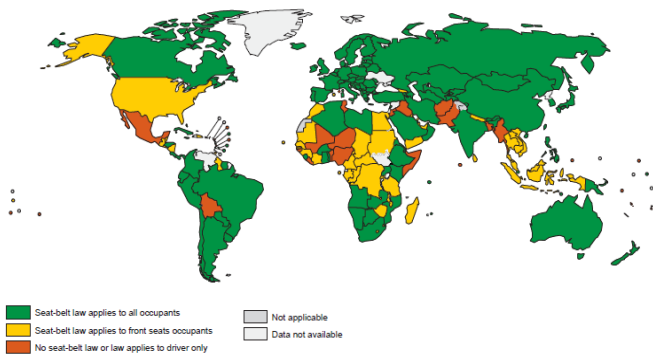
کمربند ایمنی:

در ایران قانون کشوری ضرورت استفاده از کمربند ایمنی برای کلیه رانندگان و سرنشینان جلو و عقب خودرو وجود دارد^{۱۴} (۱۸) و لذا ایران جز کشورهایی است که قوانین مرتبط با کمربند ایمنی در آن با توصیه‌های جهانی همخوانی دارد. (۱) متأسفانه میزان تبعیت شهروندان از این قانون پایین است بگونه‌ای که حتی در خودروهای

¹³ قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی در جلسه علنی روز یکشنبه ۸/۹/۸۹ در مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۲۴/۱۲/۸۹ به تایید شورای نگهبان رسید و از تاریخ ۱۷/۱/۱۳۹۰ لازم‌الاجرا گردید.

¹⁴ طبق ماده ۱۹ قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی، بستن کمربند برای کلیه رانندگان و سرنشینان خودروهای درحال حرکت در کلیه راه‌ها و همچنین استفاده از کلاه ایمنی استاندارد برای رانندگان و سرنشینان هر نوع موتورسیکلت اجباری است.

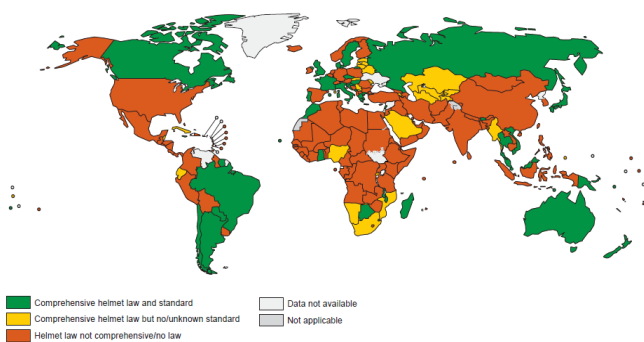
سواری شخصی سرنشینان عقب به ویژه در درون شهرها کمربند ایمنی نمی‌بندند.



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

عدم استفاده از کمربند ایمنی در رانندگان تاکسی‌های درون شهری بسیار مشهود است بگونه‌ای که به طرق مختلف سعی در اغفال پلیس برای جریمه نشدن دارند و گویا ضرورت استفاده از کمربند ایمنی برای حفظ جان خود را درک نکرده اند. از طرفی در وسایل حمل و نقل عمومی مانند اتوبوس‌های درون شهری شرکت واحد حتی در اتوبوس‌های خطوط BRT¹⁵ کمربند ایمنی برای مسافران تعبیه نشده است.¹⁶

کلاه ایمنی:



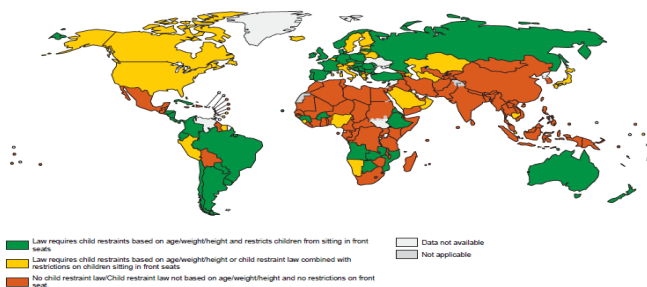
Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

قانون کشوری استفاده از کلاه ایمنی استاندارد حین موتورسواری برای کلیه رانندگان و ترک نشینان برای انواع راه‌ها و انواع موتورسیکلت در ایران وجود دارد¹⁷ ولی از آنجاکه در متن قانون به نحوه صحیح بستن کلاه ایمنی اشاره نشده است، (۱۸) قانون کلاه ایمنی ایران از جامعیت لازم برخوردار نبوده و با قوانین توصیه شده جهانی همخوانی ندارد. (۱)

¹⁵ Bus Rapid Transport

¹⁶ این در حالیست که در اغلب اتوبوس‌های برون شهری نیز کمربند ایمنی با استانداردهای روز مطابق نداشته و تنها از یک بست برخوردار است.

صندلی مخصوص کودک:

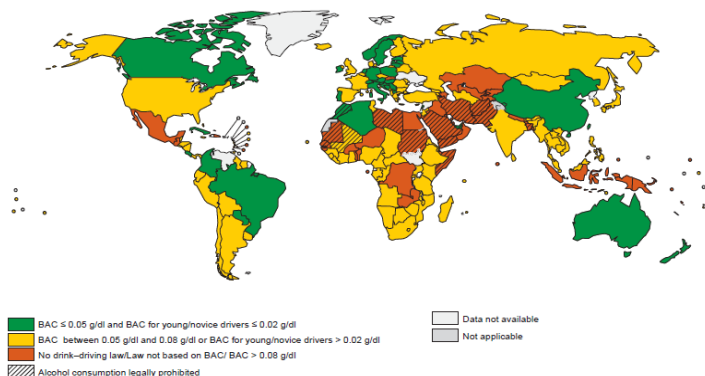


در ایران قانونی برای استفاده اجباری از صندلی مخصوص کودک وجود ندارد و هنوز به صندلی مخصوص کودک به عنوان کالایی لوکس نگاه می‌شود.

البته نشانیدن کودک زیر ۱۲ سال در صندلی جلوی خودرو طبق قانون در کشور ممنوع است.

Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

رانندگی تحت تاثیر مصرف مشروبات الکلی:



در ایران طبق قانون شرع استفاده از مشروبات الکلی مجاز نمی‌باشد و از آنجاکه در متن قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی سطح مجاز الکل خون تعیین نشده است، (۱۸) ایران جزو کشورهای به حساب می‌آید که قانون ممنوعیت رانندگی تحت تاثیر الکل در آن با توصیه‌های جهانی همخوانی ندارد. (۱)

Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.

رانندگی تحت تاثیر مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان از جمله معضلات حوادث ترافیکی در کشور است و متأسفانه تست رندوم مصرف مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان به‌طور فراگیر صورت نمی‌پذیرد.

خستگی و خواب آلودگی از دیگر فاکتورهای مهم در رخداد حوادث ترافیکی در کشور است.

¹⁷ در مواردی که قرائن و شواهد حاکی از حالت مستی یا استفاده راننده از مواد مخدر و روانگردان باشد مأموران موضوع ماده ۲ با استفاده از تجهیزات لازم نسبت به تشخیص این حالت اقدام می‌نمایند و در صورت اثبات حالت مستی و بی‌ارادگی حاصل از مصرف مسکرات، مواد مخدر و روانگردان از رانندگی فرد مورد نظر جلوگیری و ضمن صدور قبض چریمه به مبلغ ۲ میلیون ریال و ضبط گواهینامه به مدت ۶ ماه توسط نیروی انتظامی جهت اقدام قانونی به مرجع سالم قضایی معرفی می‌شود.

وجود احتشام در راه‌های برون شهری و روستایی و برخورد با احتشام از دیگر دلایل رخداد حوادث ترافیکی در کشور است.

سوار کردن بیش از ظرفیت در خودرو یا ترک موتور، عدم وجود محدوده سن یا قد مجاز برای نشستن ترک موتور، ترک سواران کودک و بعضاً شیرخوار، کاربری غیرمعمول خودرو (سوار کردن مسافر در قسمت بار وانت یا کامیون) و سوار نمودن بیش از ظرفیت صندلی در خودروها و اتوبوس‌های درون شهری از دیگر تفاوت‌های حوادث ترافیکی در ایران با سایر کشورها است.

قاچاق انسان و سوخت، سرعت غیرمجاز قاچاق‌چیان در استان‌های مرزی و مهاجرپذیر کشور از دیگر الگوهای موجود حوادث ترافیکی در کشور است.

از علل دیگر رخداد حوادث ترافیکی در کشور می‌توان به تردد موتورسیکلت‌ها در پیاده‌روها و معابر ویژه تردد عابران پیاده، عدم تابعیت موتورسواران از قوانین و عبور از مسیرهای غیرمجاز، حرکت خلاف جهت حرکت خودروها و در مسیرهای ویژه تردد اتوبوس یا خطوط ویژه نیروهای امدادی اشاره نمود. این درحالی است که ارزانی قیمت موتورسیکلت باعث شده ضبط موتورسیکلت توسط پلیس از کارایی لازم برخوردار نباشد زیرا موتورسواران متخلف اکثراً به جای پرداخت جریمه و پی‌گیری ترخیص موتورسیکلت قبلی، موتورسیکلت جدیدی خریداری می‌کنند.

اشکال در دیدن و دیده شدن در قالب روشنایی ناکافی معابر، نداشتن چراغ جلو و عقب در خودروها یا موتورسیکلت‌ها، پوشیدن لباس‌های رنگ تیره بدون استفاده از نوارهای شبرنگ در کفش، لباس یا کیف از معضلات دیگر این حوادث در کشور است.

ناکافی بودن پل‌های روگذر عابران، مکانیزه نبودن پل‌های عابر برای استفاده سالمندان و معلولین، عدم استقبال مردم و مسئولین از پل‌های زیرگذر بدلیل دشواری تامین امنیت آنها همراه با عدم تطابق خودروها^{۱۸} و معابر^{۱۹} با استانداردهای بین‌المللی از دیگر مشکلات کشور در این وادی است.

متأسفانه امروزه برخی جوانان این کشور بزرگراه‌های داخل شهر را به‌عنوان پیست ماشین‌سواری محل عرض اندام و رقابت قرار می‌دهند که در کنار دیگر مشکلات، عدم احساس امنیت را به‌ویژه در تعطیلات آخر هفته و ساعات آخر شب بدنبال دارد.

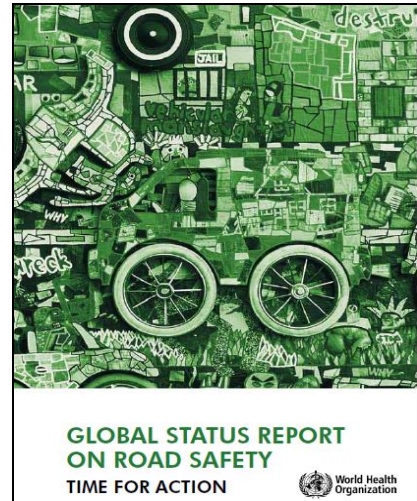
آمار تکان دهنده حوادث پرتلفات ترافیکی (حوادث دارای بیش از ۳ کشته یا بیش از ۵ مجروح) هم‌الگوی متفاوتی از حوادث ترافیکی را در کشور به نمایش می‌گذارد، بگونه‌ای که به گزارش مرکز عملیات بحران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تقریباً روزانه شاهد ۱۵ مورد حادثه پرتلفات ترافیکی^{۲۰} در کشور هستیم.

¹⁸ NCAP(New Car Assessment Programs)

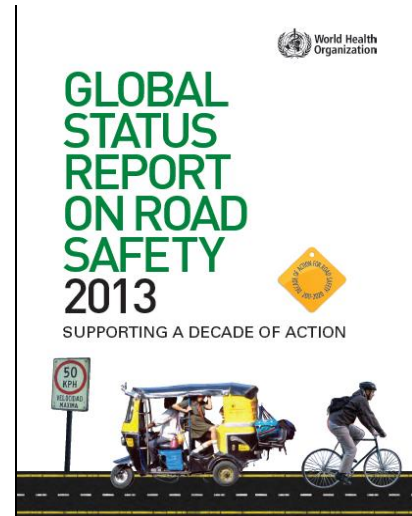
¹⁹ The International Road Assessment Programme (iRAP)

حوادث ترافیکی در ایران از منظر بین‌المللی

گزارش نخست بین‌المللی وضعیت ایمنی راه‌ها (۲۰۰۹) به استناد آمار ۱۷۸ کشور جهان در سال ۲۰۰۷، برآورد نقطه‌ای میزان مرگ کشور را ۳۵٫۸ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت محاسبه و ایران را در جایگاه دهم در رتبه بندی بین‌المللی قرار داد. (جدول ۴) این درحالی‌است که آمار فوت ناشی از حوادث ترافیکی در کشور ایران در سال ۱۳۸۶، به استناد گزارش سازمان پزشکی قانونی کل کشور برابر با ۲۲۹۱۸ مورد بود. (شکل ۷) به‌منظور فراهم شدن امکان مقایسات بین‌المللی با توجه به متدولوژی گزارش مذکور، برآورد نقطه‌ای آمار فوت کشور در آن سال ۲۵،۴۹۱ مورد محاسبه شد. (۱۹)

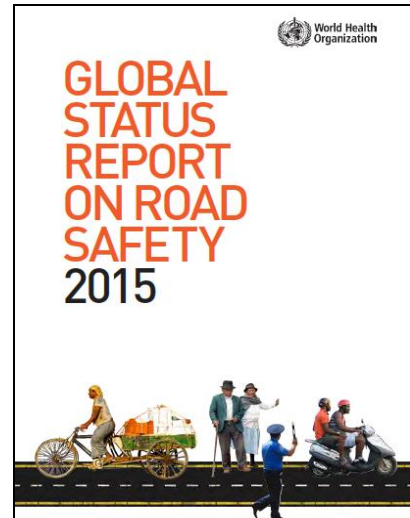


دومین گزارش بین‌المللی وضعیت ایمنی راه‌ها (۲۰۱۳) به استناد آمار ۱۸۲ کشور جهان در سال ۲۰۱۰، برآورد نقطه‌ای میزان مرگ کشور را ۳۴٫۱ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت محاسبه و ایران را در جایگاه پنجم در رتبه بندی بین‌المللی قرار داد. (جدول ۵) این درحالی‌است که آمار فوت ناشی از حوادث ترافیکی در کشور ایران در سال ۱۳۸۹، به استناد گزارش سازمان پزشکی قانونی کل کشور برابر با ۲۳۲۴۹ مورد بود. (شکل ۸) به‌منظور فراهم شدن امکان مقایسات بین‌المللی، برآورد نقطه‌ای آمار فوت کشور در آن سال ۲۵،۲۲۴ محاسبه شد. (۹)



²⁰ در سال ۱۳۹۴، ۵۴۷۴ مورد حادثه پرتلفات ترافیکی در کشور رقم خورد.

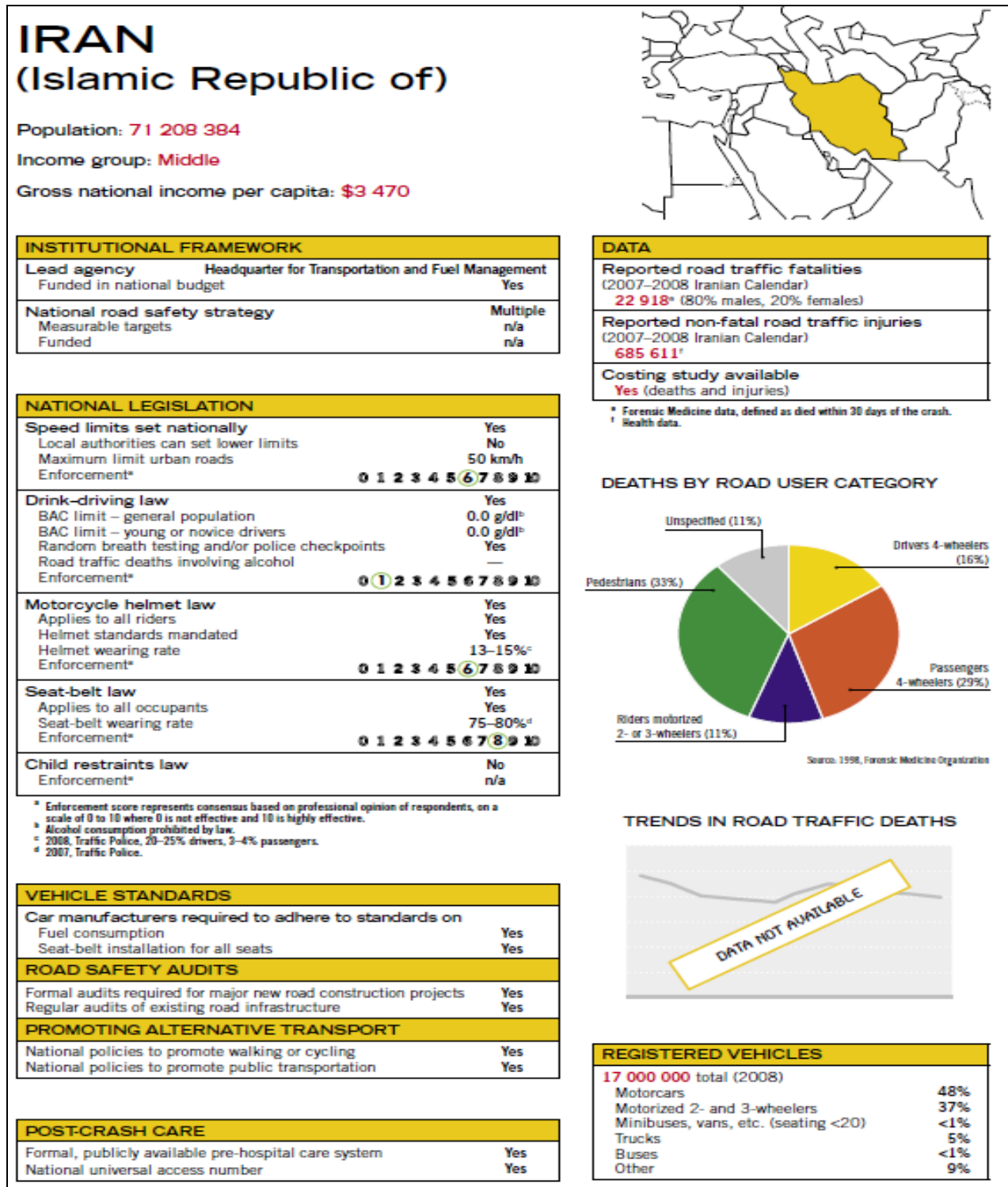
سومین گزارش بین‌المللی وضعیت ایمنی راه‌ها (۲۰۱۵) به استناد آمار ۱۹۵ کشور جهان در سال ۲۰۱۳، برآورد نقطه‌ای میزان مرگ کشور را ۳۲٫۲ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت محاسبه و ایران را در جایگاه هشتم در رتبه بندی بین‌المللی قرار داد. (جدول ۶) این درحالی‌است که آمار فوت ناشی از حوادث ترافیکی در کشور ایران در سال ۱۳۹۲، به استناد گزارش سازمان پزشکی قانونی کل کشور برابر با ۱۷۹۹۴ مورد بود. (شکل ۹) به‌منظور فراهم شدن امکان مقایسات بین‌المللی، برآورد نقطه‌ای آمار فوت کشور در آن سال ۲۴٫۸۹۶ محاسبه شد. (۱)



جدول ۴، رتبه بین‌المللی ایران در حوادث ترافیکی، برگرفته از نخستین گزارش بین‌المللی ایمنی راه‌ها

رتبه	کشور	منطقه	درآمد	جمعیت	تعداد وسائط نقلیه ثبت شده	آمار فوت گزارش شده	برآورد نقطه‌ای	میزان مرگ به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
۱	اریتره	AFRO	کم	۴,۸۵۰,۷۶۳	۶۰,۸۴۹	۸۱	۲,۳۵۰	۴۸,۴
۲	جزایر کوک	WPRO	متوسط	۱۳,۳۲۵	۱۰,۶۹۲	۶	۶	۴۵
۳	مصر	EMRO	متوسط	۷۵,۴۹۷,۹۱۳	۴,۳۰۰,۰۰۰	۱۵,۹۸۳	۳۱,۴۳۹	۴۱,۶
۴	جمهوری عربی لیبی	EMRO	متوسط	۶,۱۶۰,۴۸۳	۱,۸۲۶,۵۳۳	۲,۱۳۸	۲,۴۹۷	۴۰,۵
۵	افغانستان	EMRO	کم	۲۷,۱۴۵,۲۷۵	۷۳۱,۶۰۷	۱,۷۷۹	۱۰,۵۹۳	۳۹
۶	عراق	EMRO	متوسط	۲۸,۹۹۳,۳۷۴	۲,۲۲۲,۲۶۹	۱,۹۳۲	۱۱,۰۵۹	۳۸,۱
۷	نیجر	AFRO	کم	۱۴,۲۲۵,۵۲۱	۷۶,۰۶۱	۵۷۰	۵,۳۵۷	۳۷,۷
۷	آنگولا	AFRO	متوسط	۱۷,۰۲۴,۰۸۴	۶۷۱,۰۶۰	۲,۳۵۸	۶,۴۲۵	۳۷,۷
۸	امارات متحده عربی	EMRO	بالا	۴,۳۸۰,۴۳۹	۱,۷۵۴,۴۲۰	۱,۰۵۶	۱,۶۲۶	۳۷,۱
۹	گامبیا	AFRO	کم	۱,۷۰۸,۶۸۱	۱۴,۴۵۰	۵۴	۶۲۵	۳۶,۶
۱۰	جمهوری اسلامی ایران	EMRO	متوسط	۷۱,۲۰۸,۳۸۴	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۲,۹۱۸	۲۵,۴۹۱	۳۵,۸

شکل ۷، حوادث ترافیکی در ایران - نخستین گزارش بین المللی ایمنی راهها^{۲۱}



²¹ Global Status Report on Road Safety, Time for Action(2009)

جدول ۵، رتبه بین‌المللی ایران در حوادث ترافیکی، برگرفته از دومین گزارش بین‌المللی ایمنی راه‌ها

رتبه	کشور	منطقه	درآمد	جمعیت	تعداد وسائط نقلیه ثبت شده	آمار فوت گزارش شده	برآورد نقطه‌ای	میزان مرگ به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
۱	نیو	WPRO	متوسط	۱،۴۶۳	۸۴۸	۱	۱	۶۸،۳
۲	جمهوری دومینکن	AMRO	متوسط	۹،۹۲۷،۳۲۰	۲،۷۴۳،۷۴۰	۲،۴۷۰	۴،۱۴۳	۴۱،۷
۳	تایلند	SEARO	متوسط	۶۹،۱۲۲،۲۳۲	۲۸،۴۸۴،۸۲۹	۱۳،۳۶۵	۲۶،۳۱۲	۳۸،۱
۴	ونزوئلا	AMRO	متوسط	۲۸،۹۷۹،۸۵۷	۴،۰۵۱،۷۰۵	۷،۷۱۴	۱۰،۷۹۱	۳۷،۲
۵	ایران	EMRO	متوسط	۷۳،۹۷۳،۶۲۸	۲۰،۶۵۷،۶۲۷	۲۳،۲۴۹	۲۵،۲۲۴	۳۴،۱

شکل ۸. حوادث ترافیکی در ایران - دومین گزارش بین المللی ایمنی راهها^{۲۲}

IRAN (ISLAMIC REPUBLIC OF)



Population: 73 973 628
Income group: Middle
Gross national income per capita: US\$ 4 520

INSTITUTIONAL FRAMEWORK	
Lead agency	Road Safety Commission
Funded in national budget	No
National road safety strategy	Yes
Funding to implement strategy	Partially funded
Fatality reduction targets set	Yes (2011–2020)
Fatality reduction target	10% per year

SAFER ROADS AND MOBILITY	
Formal audits required for new road construction	Yes
Regular inspections of existing road infrastructure	Parts of network
Policies to promote walking or cycling	Yes
Policies to encourage investment in public transport	Yes
Policies to separate road users to protect VRUs	Subnational

SAFER VEHICLES	
Total registered vehicles (2010)	20 657 627
Cars and 4-wheeled light vehicles	11 918 576
Motorized 2- and 3-wheelers	8 120 747
Heavy trucks	474 777
Buses	143 527
Other	—
Vehicle standards applied	
UN World forum on harmonization of vehicles standards	No
New car assessment programme	No
Vehicle regulations	
Front and rear seat-belts required in all new cars	Yes
Front and rear seat-belts required all imported cars	Yes

DATA	
Reported road traffic fatalities (2010)	23 249 ^a , 79%M, 21%F
Estimated GDP lost due to road traffic crashes	—

^a Vital registration data. Defined as died within 30 days of crash.

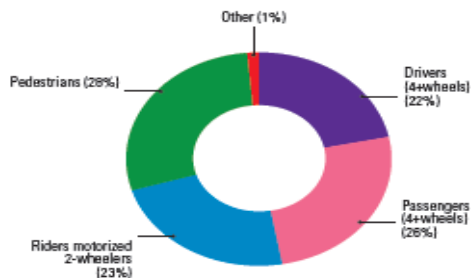
SAFER ROAD USERS	
Penalty/demerit point system in place	Yes
National speed limits	Yes
Local authorities can set lower limits	No
Maximum limit urban roads	50–60 km/h
Enforcement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
National drink-driving law	Yes ^{b,c}
BAC limit – general population	—
BAC limit – young or novice drivers	—
BAC limit – professional/commercial drivers	—
Random breath testing and/or police checkpoints	Yes
Enforcement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
% road traffic deaths involving alcohol	—
National motorcycle helmet law	Yes
Applies to drivers and passengers	Yes
Helmet standard mandated	Yes
Enforcement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Helmet wearing rate	30% Drivers ^d 10% Passengers ^d
National seat-belt law	Yes
Applies to front and rear seat occupants	Yes
Enforcement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Seat-belt wearing rate	80% Drivers ^d 80% Front seats ^d
National child restraint law	No
Enforcement	—
National law on mobile phones while driving	Yes
Law prohibits hand-held mobile phone use	Yes
Law also applies to hands-free mobile phones	Yes

^b Not based on BAC.
^c Alcohol consumption legally prohibited.
^d Traffic police reports, 2010 and 2011 (Iranian calendar).

POST-CRASH CARE	
Vital registration system	Yes
Emergency Room based injury surveillance system	Yes
Emergency access telephone number(s)	115
Seriously injured transported by ambulance	50–74%
Permanently disabled due to road traffic crash	6%*
Emergency medicine training for doctors	Yes
Emergency medicine training for nurses	No

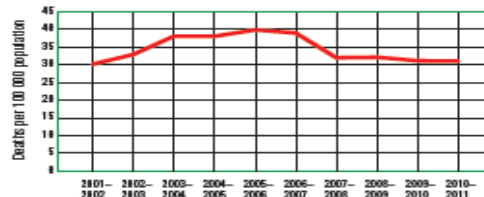
* Ministry of Health and Ministry of Education.

DEATHS BY ROAD USER CATEGORY



Source: Legal Medicine (Forensic Medicine).
The year is according to Iranian Calendar from 21 March 2010 to 20 March 2011.

TRENDS IN ROAD TRAFFIC DEATHS



Source: Legal Medicine (Forensic Medicine) and Iranian Statistic Center.
Years according to Iranian Calendar (March–February).

created by road traffic crash mapping and data analysis Ministry of Health and Medical Education

²² Global Status Report on Road Safety 2013.

جدول ۶، رتبه بین‌المللی ایران در حوادث ترافیکی، برگرفته از سومین گزارش بین‌المللی ایمنی راهها

رتبه	کشور	منطقه	درآمد	جمعیت	تعداد وسائط نقلیه ثبت شده	آمار فوت گزارش شده	برآورد نقطه‌ای	میزان مرگ به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
۱	لیبی	EMRO	متوسط	۶,۲۰۱,۵۲۱	۳,۵۵۳,۴۹۷	۴,۳۹۸	۴,۵۵۴	۷۳,۴
۲	تایلند	SEARO	متوسط	۶۷,۰۱۰,۵۰۲	۳۲,۴۷۶,۹۷۷	۱۳,۶۵۰	۲۴,۲۳۷	۳۶,۲
۳	مالاوی	AFRO	کم	۱۶,۳۶۲,۵۶۷	۴۳۷,۴۱۶	۹۷۷	۵,۷۳۲	۳۵
۴	لیبیریا	AFRO	کم	۴,۲۹۴,۰۷۷	۱,۰۸۵,۰۷۵	-	۱,۴۴۸	۳۳,۷
۵	جمهوری دموکراتیک کنگو	AFRO	کم	۶۷,۵۱۳,۶۷۷	۳۵۰,۰۰۰	۴۹۸	۲۲,۴۱۹	۳۳,۲
۶	تانزانیا	AFRO	کم	۴۹,۲۵۳,۱۲۶	۱,۵۰۹,۷۸۶	۳,۸۸۵	۱۶,۲۱۱	۳۲,۹
۷	جمهوری افریقای مرکزی	AFRO	کم	۴,۶۱۶,۴۱۷	۳۷,۴۷۵	۵۸	۱,۴۹۵	۳۲,۴
۸	ایران	EMRO	متوسط	۷۷,۴۴۷,۱۶۸	۲۶,۸۶۶,۴۵۷	۱۷,۹۹۴	۲۴,۸۹۶	۳۲,۱
۸	روندا	AFRO	کم	۱۱,۷۷۶,۵۲۲	۱۰۷,۴۱۱	۵۲۶	۳,۷۸۲	۳۲,۱

شکل ۹، حوادث ترافیکی در ایران – سومین گزارش بین المللی ایمنی راهها^{۲۳}

IRAN (ISLAMIC REPUBLIC OF)

Population: 77 447 168 - Income group: Middle - Gross national income per capita: US\$ 5 780



INSTITUTIONAL FRAMEWORK	
Lead agency	Road Safety Commission
Funded in national budget	No
National road safety strategy	Yes
Funding to implement strategy	Partially funded
Fatality reduction target	10% annually (2011–2020)

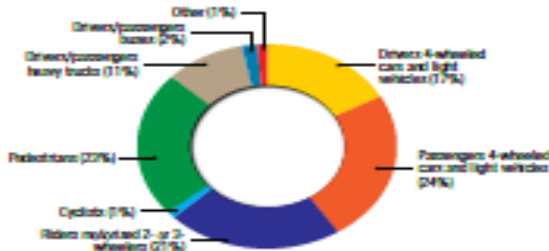
SAFER ROADS AND MOBILITY	
Formal audits required for new road construction projects	No
Regular inspections of existing road infrastructure	Yes
Policies to promote walking or cycling	Substantial
Policies to encourage investment in public transport	Yes
Policies to separate road users and protect VRUs	Substantial

SAFER VEHICLES	
Total registered vehicles for 2013–2014*	20 866 457
Cars and 4-wheeled light vehicles	75 624 483
Motorized 2- and 3-wheelers	70 328 385
Heavy trucks	659 040
Buses	203 638
Other	50 991
Vehicle standards applied†	
Frontal impact standard	No
Electronic stability control	No
Prohibition protection	No

POST-CRASH CARE	
Emergency team injury surveillance system	Yes
Emergency access telephone numbers	115
Permanently disabled due to road traffic crash	5.0%‡

DATA	
Reported Road Traffic Fatalities (2013–2014)*	17 954† (2796 M, 2398 F)
WHO estimated road traffic fatalities	24 896
WHO estimated rate per 100 000 population	32.1
Estimated GDP lost due to road traffic crashes	6.0%‡

DEATHS BY ROAD USER CATEGORY



source: nemec worldwide capabilities and road safety culture 2015–2016.

SAFER ROAD USERS	
National speed limit law	Yes
Max urban speed limit	60 km/h
Max total speed limit	95 km/h
Max motorway speed limit	125 km/h
Local authorities can modify limits	No
Enforcement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
National drink-driving law	Yes‡
BAC limit – general population	—
BAC limit – young or novice drivers	—
Random breath testing carried out	Yes
Enforcement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
% road traffic deaths involving alcohol	—
National motorcycle helmet law	Yes
Applies to drivers and passengers	Yes
Law requires helmet to be fastened	No
Law refers to helmet standard	Yes
Enforcement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Helmet wearing rate	35% Drivers‡, 12% Passengers‡
National seat-belt law	Yes
Applies to front and rear seat occupants	Yes
Enforcement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Seat-belt wearing rate	81% Front seats‡, 10% Rear seats‡
National child restraint law	No
Restrictions on children sitting in front seat	Yes
Child restraint law based on	—
Enforcement	—
% children using child restraints	—
National law on mobile phone use while driving	Yes
Law prohibits hand-held mobile phone use	Yes
Law also applies to hands-free phones	Yes
National drink-driving law	Yes

* not available
† source: nemec worldwide capabilities and road safety culture 2015–2016.
‡ source: nemec worldwide capabilities and road safety culture 2015–2016.

TRENDS IN REPORTED ROAD TRAFFIC DEATHS



source: nemec worldwide capabilities and road safety culture 2015–2016.

²³ Global Status Report on Road Safety 2015.

فصل دوم

اسناد بالادستی بین‌المللی:

دهه بین‌المللی ایمنی راهها (Decade of Action on Road Safety)

حوادث ترافیکی در سال ۲۰۰۴، نهمین عامل مرگ بود و تخمین زده شده بود که اگر اقدامی برای کاهش آن صورت نپذیرد تا سال ۲۰۳۰ میلادی به پنجمین^{۲۴} عامل مرگ تبدیل می‌شود.

شکل ۱۰، ده علت نخست مرگ در سال ۲۰۰۴ در مقایسه با سال ۲۰۳۰

Top 10 leading causes of death, 2004 and 2030 compared

2004		2030	
Rank	Disease or injury	Rank	Disease or injury
1	Ischaemic heart disease	1	Ischaemic heart disease
2	Cerebrovascular disease	2	Cerebrovascular disease
3	Lower respiratory infections	3	Chronic obstructive pulmonary disease
4	Chronic obstructive pulmonary disease	4	Lower respiratory infections
5	Diarrhoeal diseases	5	Road traffic injuries
6	HIV/AIDS	6	Trachea, bronchus, lung cancers
7	Tuberculosis	7	Diabetes mellitus
8	Trachea, bronchus, lung cancers	8	Hypertensive heart disease
9	Road traffic injuries	9	Stomach cancer
10	Prematurity & low-birth weight	10	HIV/AIDS

Source: Global status report on road safety: time for action. Geneva, World Health Organization, 2009.

به‌منظور پیشگیری از مرگ ناشی از حوادث ترافیکی سازمان ملل متحد با همکاری سازمان جهانی بهداشت دهه ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۰ را دهه اقدام برای ارتقای ایمنی راه یا **Decade of Action on Road Safety** نامگذاری نمود و بر ۵ محور اصلی برای ارتقای ایمنی راهها تاکید نمود.

هدف از نامگذاری این دهه سوق دادن فعالیت‌های ملی و بین‌المللی کشورهای مختلف به‌سوی تثبیت و سپس کاهش مرگ و میر پیش‌بینی شده ناشی از حوادث ترافیکی است. انتظار می‌رود فعالیت‌های منسجم بین‌المللی

²⁴ بر اساس سومین گزارش بین‌المللی ایمنی راهها اگر اقدامی برای کاهش حوادث ترافیکی صورت نپذیرد تا سال ۲۰۳۰ میلادی به هفتمین عامل مرگ و میر تبدیل می‌شود.

این دهه، هدف کاهش ۵ میلیون فوت، ۵۰ میلیون مصدومیت و جلوگیری از هدر رفت ۵ تریلیون دلار را تامین نماید.



موضوع دهه ایمنی راهها در نخستین کنفرانس بین‌المللی ایمنی راهها در سطح وزرا^{۲۵} که در نوامبر سال ۲۰۰۹ در مسکو برگزار گردید طرح و به‌طور رسمی از ۱۱ می ۲۰۱۱ آغاز گردید.

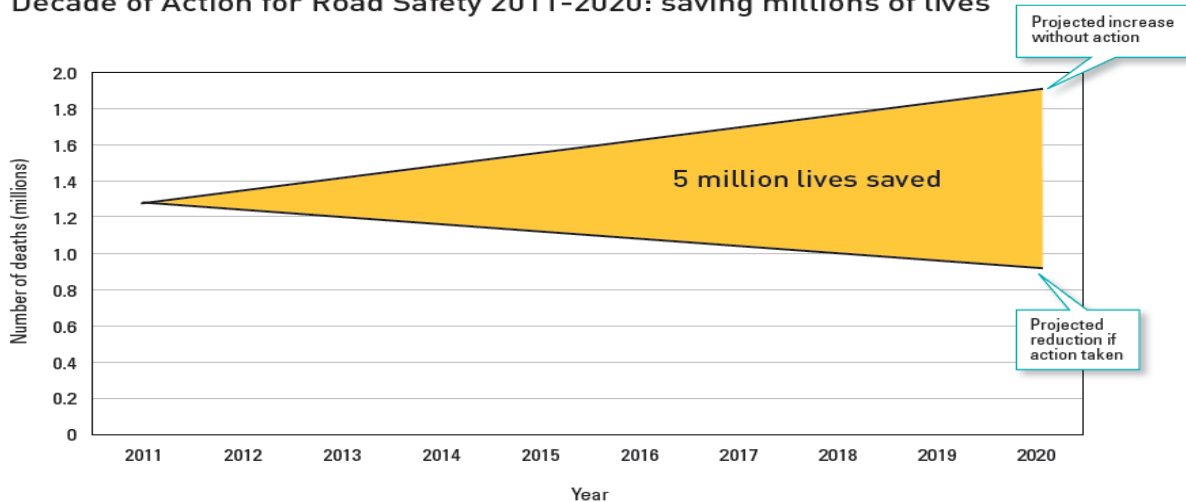


با توجه به آن‌که صاحب‌نظران موضوع ایمنی راهها معتقد بودند راهکارهای مبارزه با حوادث ترافیکی که تحت عنوان اپیدمی خاموش نامیده می‌شد شناخته شده است، شعار دهه ایمنی راهها "Time for Action" انتخاب گردید.

هدف دهه ایمنی راهها (۲۰۱۱-۲۰۲۰) معکوس یا متوقف کردن روند رو به رشد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی و نجات ۵ میلیون زندگی است.

نمودار ۲۰، دهه ایمنی راهها

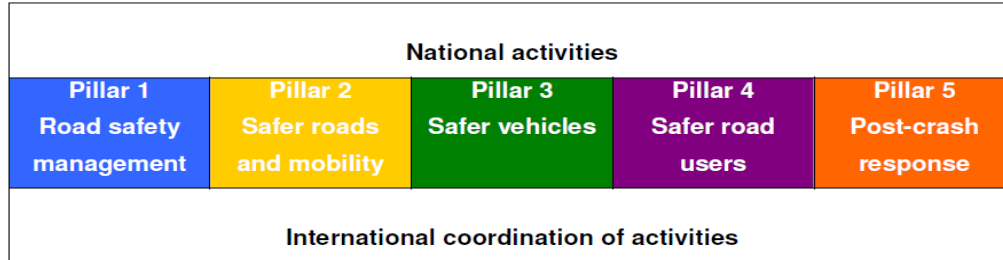
Decade of Action for Road Safety 2011-2020: saving millions of lives



Source: Decade of action for road safety 2011-2020, Saving millions of lives

²⁵ First Global Ministerial Conference on Road Safety

فعالیت‌های دهه بین‌المللی ایمنی راه‌ها که عزمی بین‌المللی برای کاهش مرگ ناشی از حوادث ترافیکی است در ۵ حوزه متمرکز است. (۲۰)



حوزه اول: مدیریت ایمنی راه‌ها (Safe Road Management)
 حوزه دوم: راه‌های ایمن‌تر و ایمنی تردد (Safer Roads and Mobility)
 حوزه سوم: وسائط نقلیه ایمن‌تر (Safer Vehicles)
 حوزه چهارم: کاربران ایمن راه (Safer Road Users)
 حوزه پنجم: پاسخ پس از حادثه (Post Crsah Response)

Global Plan
for the Decade of Action
for Road Safety 2011-2020



چارچوب فعالیت‌های دهه ایمنی راه‌ها

همکاری‌های بین‌المللی / تقویت ساختارهای جهانی



افزایش اعتبارات بین‌المللی
 حساس سازی سیاست‌گزاران و تصمیم‌سازان
 تهیه دستورالعمل با موضوعات:
 تقویت سیستم‌های مدیریتی
 کاربرد تجارب موفق
 خدمات پزشکی به مصدومین تروما
 ارتقای کیفیت داده‌ها

اقدامات ملی

حوزه ۵	حوزه ۴	حوزه ۳	حوزه ۲	حوزه ۱
خدمات پس از رخداد حادثه	کاربران راه ایمن‌تر	وسائط نقلیه ایمن‌تر	راه‌های ایمن‌تر و ایمنی تردد	مدیریت ایمنی راه‌ها

مدیریت ایمنی راهها (Safe Road Management)	حوزه ۱	
پایبندی و اجرای کامل توافقات و مصوبات کنفوانسیون‌های سازمان ملل متحد در حوزه ایمنی راهها وجود سازمان راهبر (Lead Agency)	فعالیت‌ها	
تصویب برنامه استراتژیک ملی در سطح کابینه یا وزراء		
تنظیم اهداف واقع‌گرایانه و درازمدت بر اساس نتایج آنالیز داده‌های ملی تصادفات		
رایزنی برای جلب حمایت مالی و تنظیم بودجه لازم برای اجرای فعالیت‌ها		
راه‌اندازی و حمایت از سیستم‌های اطلاعاتی برای پایش و ارزشیابی شاخص‌های فرآیند (Process) و برونداد (Outcome)		
تعداد کشورهای پایبند به توافقات و مصوبات کنفوانسیون‌های سازمان ملل متحد در حوزه ایمنی راهها		شاخص‌های الزامی (Core Indicators)
تعداد اهرم‌های قانونی جدید ایمنی‌راهها و تعداد کشورهای که به آن پای‌بندند		
تعداد کشورهای دارای یک سازمان ملی راهبر مستقل و توانمند		
تعداد کشورهای دارای استراتژی ملی واحد		
تعداد کشورهای دارای اهداف زمان‌بندی شده		
تعداد کشورهای دارای سیستم‌های اطلاعاتی برای پایش دستیابی به شاخص‌های هدف‌گذاری شده		
تعداد کشورهای که اطلاعات تصادفات را بر اساس معیارهای مورد توافق بین‌المللی جمع- آوری می‌کنند		
تعداد کشورهای دارای منابع اختصاصی برای اجرای استراتژی‌های ایمنی راهها	شاخص‌های انتخابی (Optional)	
تعداد کشورهای که در جهت دستیابی به اهداف موفقیت‌های کسب نموده‌اند		

راه‌های ایمن‌تر و ایمنی تردد (Safer Roads & Mobility)	حوزه ۲
ارتقای مسئولیت‌پذیری متولیان ایمنی راه‌ها، مهندسان راه و شهرسازی و طراحان شهری در خصوص ایمنی راه‌ها	فعالیت‌ها
تامین نیازهای کلیه کاربران در طراحی شهرها، سیستم‌های حمل و نقل و آمایش سرزمین	
ارتقای ایمنی عملکردی، نگهداری و به‌سازی راه‌ها و زیرساخت‌های موجود	
تامین زیرساخت‌های ایمن با در نظر گرفتن نیازهای کلیه کاربران ایمنی راه‌ها	
تشویق ظرفیت‌سازی و انتقال دانش ایمنی راه‌ها	
تشویق تحقیق و توسعه برای ایجاد راه‌های ایمن‌تر و ایمنی تردد	
تعداد کشورهایی که در آن متولیان ایمنی راه‌ها حس مسئولیت قانونی برای ارتقای ایمنی راه‌ها در شبکه‌های ارتباطی دارند	شاخص‌های الزامی (Core Indicators)
تعداد کشورهایی که بودجه اختصاصی برای برنامه‌های ارتقای زیرساخت‌های ایمنی راه‌ها دارند	
تعداد کشورهایی که کاهش راه‌های پرخطر را تا سال ۲۰۲۰ هدف‌گذاری نموده‌اند	
تعداد کشورهایی که سیاست‌هایی برای تردد پایدار شهری (sustainable urban mobility) تنظیم نموده‌اند	
تعداد کشورهای دارای واحدهای تخصصی پایش جنبه‌های ایمنی راه‌ها	
تعداد کشورهای دارای ممیزی‌های نظام‌مند ایمنی راه‌ها، پیامدهای ایمنی و سیاست‌ها یا راهکارهایی برای ارزیابی ایمنی راه‌ها	
تعداد کشورهایی که به توافقات کمیسیون منطقه‌ای سازمان ملل متحد در خصوص زیرساخت‌های ایمنی راه‌ها پایبندند	
تعداد ابزارهای جدید ارتقای زیرساخت‌های ایمن راه و تعداد کشورهایی که به آن پایبندند	
تعداد کشورهایی که ایمنی راه‌ها را در پروژه‌های آمایش سرزمینی و طراحی سیستم‌های حمل و نقل ادغام نموده‌اند (الحاق برجسب ایمنی)	شاخص‌های انتخابی (Optional)
تعداد کشورهای دارای راهکارهای موثر کنترل توسعه راه‌ها و دسترسی‌ها	
تعداد کشورهایی که پایش منظم و مستمر شبکه راه‌ها و سیستم رتبه‌بندی دارند	
تعداد کشورهایی که رتبه ایمنی آن‌ها برای ۱۰٪ راه‌های دارای بالاترین حجم تردد، بالاتر از سطح آستانه تعیین شده است (به‌عنوان مثال، میزان تصادفات به ازای هر کیلومتر، حداقل رتبه زیرساخت‌های ایمنی، درصد معابر اصلی شریانی دارای حاشیه ایمن و جداکننده میانی و پیاده‌رو)	
تعداد کشورهایی که حداقل استانداردهای ایمنی را در ساخت راه‌های جدید اعمال نموده‌اند	
تعداد کشورهایی که کیلومتر مسافت طی شده را گزارش نموده‌اند	

وسائط نقلیه ایمن تر (Safer Vehicles)	حوزه ۳
تشویق کشورهای عضو به اجرای ضوابط ایمنی و وسائط نقلیه که توسط فوروم جهانی سازمان ملل متحد برای یکپارچه سازی ضوابط و وسائط نقلیه تدوین شده است	فعالیت‌ها
تشویق به اجرای ارزیابی و وسائط نقلیه ^{۲۶} (NCAP) به منظور افزایش دسترسی مشتریان به شاخص-های عملکردی ایمنی خودروها	
تشویق و الزام خودروسازان به تجهیز خودروها به کمربند ایمنی استاندارد به گونه ای که تست برخورد (Crash Test) که حداقل (کف) استاندارد است را با موفقیت بگذرانند	
تشویق خودروسازان به تجهیز خودروها به تکنولوژی‌های Crash Avoidance شامل سیستم کنترل پایداری الکترونیک Electronic Stability Control و ترمز ضد قفل Anti-Lock Braking	
سیاست‌های انگیزشی برای حمایت از خودروهای با کیفیت مناسب و سیاست‌های بازدارنده برای تولید یا واردات خودروهای با استانداردهای پایین	
تشویق مدیران دولتی و ناوگان بخش خصوصی به خرید، به کارگیری و نگهداری وسائط نقلیه دارای تجهیزات محافظ سرنشینان و مجهز به تکنولوژی‌های ایمنی پیشرفته	
تعداد کشورهایی که به فوروم جهانی سازمان ملل متحد برای یکپارچه سازی ضوابط و وسائط نقلیه پایبندند و آنرا اعمال می‌کنند	
تعداد کشورهایی که در برنامه ارزیابی و وسائط نقلیه (NCAP) شرکت می‌کنند	
تعداد کشورهایی که قوانین بازدارنده‌ای برای ممانعت از تولید وسائط نقلیه فاقد کمربند ایمنی (در صندلی جلو و عقب خودرو) دارند	
تعداد کشورهایی که قوانین بازدارنده‌ای برای ممانعت از تولید وسائط نقلیه فاقد سیستم کنترل پایداری الکترونیکی و ترمز ضد قفل (ABS) توسط خودروسازان را تصویب نموده‌اند	شاخص‌های انتخابی (Optional)

²⁶ NCAP(New Car Assessment Program)

کاربران ایمن تر (Safe Road Users)	حوزه ۴	
افزایش آگاهی در خصوص ریسک فاکتورهای حوادث ترافیکی و معیارهای پیشگیرانه و استفاده از کمپین‌های بازاریابی اجتماعی برای تاثیر بر عقاید و نگرش افراد در خصوص ضرورت برنامه‌های ارتقای ایمنی راه‌ها	فعالیت‌ها	
تصویب و به‌کار بستن قوانین مدیریت سرعت و استانداردها و مقررات مبتنی بر شواهد برای کاهش تصادفات مرتبط با سرعت و آسیب‌های ناشی از آن		
تصویب و به‌کار بستن قوانین ممنوعیت رانندگی تحت تاثیر مصرف الکل و استانداردها و مقررات مبتنی بر شواهد برای کاهش تصادفات تحت تاثیر مصرف الکل حین رانندگی و آسیب‌های ناشی از آن		
تصویب و به‌کار بستن قوانین الزام استفاده از کلاه ایمنی و استانداردها و مقررات مبتنی بر شواهد برای کاهش تصادفات مرتبط با عدم استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواران و آسیب‌های ناشی از آن		
تصویب و به‌کار بستن قوانین الزام استفاده از کمربند ایمنی و صندلی مخصوص کودک و استانداردها و مقررات مبتنی بر شواهد برای کاهش تصادفات مرتبط با عدم استفاده از کمربند ایمنی و صندلی مخصوص کودک و آسیب‌های ناشی از آن		
تصویب و به‌کار بستن قوانین ایمنی و سلامت شغلی رانندگان و استانداردها و مقررات مبتنی بر شواهد برای حمل و نقل ایمن کالاها و سرنشینان وسائط حمل و نقل تجاری و ناوگان حمل و نقل عمومی و خصوصی برای کاهش تصادفات جرحی		
تحقیق و تدوین سیاست‌ها و راهکارهای جامع برای حوادث ترافیکی شغلی در بخش‌های عمومی، خصوصی و غیررسمی در تبعیت از استانداردهای بین‌المللی مدیریت ایمنی راه‌ها و سلامت و ایمنی شغلی رانندگان		
گسترش به‌کارگیری سیستم پلکانی اخذ گواهینامه (GDL) ^{۲۷} رانندگان مبتدی		
تعداد کشورهایی که قانون محدودیت سرعت مجاز بر حسب نوع معابر (شهری، روستایی، بزرگراه‌ها) تعیین می‌شود		شاخص‌های الزامی (Core Indicators)
تعداد کشورهایی که سطح مجاز الکل خون آن‌ها برای رانندگان کمتر یا مساوی ۰٫۰۵ gr/dl است		
تعداد کشورهایی که سطح مجاز الکل خون آن‌ها برای رانندگان مبتدی جوان کمتر یا مساوی ۰٫۰۵ gr/dl است		
تعداد کشورهایی که اطلاعات ملی در خصوص سهم الکل در تصادفات منجر به فوت دارند		
تعداد کشورهایی که قوانین جامعی در خصوص الزام استفاده از کلاه ایمنی (استاندارد) دارند		
تعداد کشورهایی که اطلاعات ملی در خصوص میزان استفاده از کلاه ایمنی دارند		
تعداد کشورهایی که قوانین جامعی در خصوص الزام استفاده از کمربند ایمنی دارند		
تعداد کشورهایی که اطلاعات ملی در خصوص میزان استفاده از کمربند ایمنی (به تفکیک صندلی جلو و عقب خودرو) دارند		

²⁷ GDL(Graduated Driving License)

تعداد کشورهایی که قوانین جامعی در خصوص الزام استفاده از صندلی مخصوص کودک دارند	شاخص‌های انتخابی (Optional)
تعداد کشورهایی که سیاست ملی برای مدیریت خستگی رانندگان سیستم حمل و نقل تجاری دارند	
تعداد کشورهایی که اطلاعات ملی در خصوص سرعت در شبکه‌های ارتباطی بر حسب نوع راه دارند	
تعداد کشورهایی که اطلاعات ملی در خصوص میزان استفاده از صندلی مخصوص کودک دارند	
تعداد کشورهایی که استاندارد جدید ²⁸ ISO 39001 را به‌کار بسته‌اند	
تعداد کشورهایی که تصادفات رانندگی مرتبط با شغل را به‌عنوان یکی از دلایل حوادث شغلی گزارش می‌کنند	
تعداد کشورهایی که هفته ایمنی راه‌ها را گرامی می‌دارند	




²⁸ ISO 39001:2012 specifies requirements for a road traffic safety (RTS) management system to enable an organization that interacts with the road traffic system to reduce death and serious injuries related to road traffic crashes which it can influence. The requirements in ISO 39001:2012 include development and implementation of an appropriate RTS policy, development of RTS objectives and action plans, which take into account legal and other requirements to which the organization subscribes, and information about elements and criteria related to RTS that the organization identifies as those which it can control and those which it can influence.

خدمات پس از رخداد حادثه (Post Crash Response)	حوزه ۵
توسعه خدمات پیش بیمارستانی از رهاسازی مصدوم از خودرو و وجود شماره واحد ملی برای فوریت‌های پزشکی گرفته تا اعمال مراقبت‌های ضروری هم‌خوان با تجارب موفق جهانی	فعالیت‌ها
توسعه سیستم خدمات بیمارستانی برای مصدومین تروما، ارزشیابی کیفیت ارائه خدمات براساس تجارب موفق جهانی در موضوع تروما و تضمین کیفیت	
ارائه خدمات بازتوانی و توانبخشی به‌موقع برای مصدومین و خانواده‌های داغدار در حوادث ترافیکی برای به حداقل رساندن آسیب‌های جسمی و روانی تروما	
تشویق برنامه‌های بیمه کاربران به‌منظور پوشش خدمات بازتوانی	
تشویق بررسی ریشه‌ای علل رخداد تصادف، تنظیم دادخواست قانونی برای مجروحین و فوتی‌های حوادث ترافیکی و احقاق حقوق مجروحین و خانواده‌های داغدار با عدالت و انصاف	
تشویق و ایجاد انگیزش در کارفرمایان به‌منظور حمایت شغلی از معلولین ناشی از حوادث ترافیکی در قالب به‌کارگیری اولیه و موافقت با تداوم کار آنها	
تحقیق و توسعه برای ارتقای کیفیت ارائه خدمات پس از رخداد حادثه	
تعداد کشورهای دارای برنامه بیمه شخص ثالث برای کلیه رانندگان	
تعداد کشورهای دارای شماره واحد ملی برای فوریت‌های پزشکی	
تعداد کشورهای دارای مراکز تروما مشخص	
تعداد کشورهایی که برای کارکردن در بخش فوریت‌های پزشکی گذراندن دوره‌های آموزشی خاص تروما الزامی است (۲۰)	شاخص‌های انتخابی (Optional)


اهداف توسعه پایدار (Sustainable Development Goals):


سند «اهداف توسعه پایدار» با ۱۷ هدف کلی و ۱۶۹ هدف اختصاصی تدوین و کلیه ۱۹۱ کشور عضو سازمان ملل متحد برای دستیابی به اهداف تعیین شده تا سال ۲۰۳۰ هم‌پیمان شدند. در هدف شماره ۳، که تضمین زندگی سالم و ترویج رفاه برای همه افراد در همه سنین است بخش سلامت نقش کلیدی دارد ولی سایر اهداف نیز به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با سلامت مردم مرتبط است. (۲)

	هدف ۱	ریشه‌کنی فقر در همه اشکال آن و در همه جا
	هدف ۲	پایان بخشیدن به گرسنگی، دستیابی به امنیت غذایی و بهبود تغذیه و ترویج کشاورزی پایدار
	هدف ۳	تضمین زندگی سالم و ترویج رفاه برای همه افراد در همه سنین
	هدف ۴	تضمین کیفیت آموزش برابر و فراگیر و ترویج فرصت‌های آموزش (یادگیری) مادام‌العمر برای همه
	هدف ۵	تامین برابری جنسی و توانمندسازی همه زنان و دختران
	هدف ۶	تامین مدیریت پایدار و قابلیت دسترسی به آب و بهداشت برای همه
	هدف ۷	تامین دسترسی به انرژی پایدار، مطمئن، قابل تهیه و مدرن برای همه
	هدف ۸	ترویج رشد اقتصادی محکم، جامع و پایدار و شغل کامل و مداوم و مناسب و معقول برای همه
	هدف ۹	ایجاد زیرساخت‌های قابل احیا، ترویج صنعتی‌سازی جامع و پایدار و پرورش نوآوری‌ها
	هدف ۱۰	کاهش نابرابری درون و مابین کشورها
	هدف ۱۱	ساخت شهرها و سکونتگاه‌های انسانی جامع، ایمن، قابل احیاء و پایدار
	هدف ۱۲	تامین الگوهای پایدار تولید و مصرف
	هدف ۱۳	انجام اقدامی فوری برای مبارزه با تغییرات اقلیمی و اثرات آن
	هدف ۱۴	نگهداری و استفاده پایدار از اقیانوس‌ها، دریاها و منابع دریایی برای توسعه پایدار

	<p>هدف ۱۵: محافظت، بازیابی و ترویج استفاده پایدار از اکوسیستم‌های زمینی، مدیریت پایدار جنگل‌ها، مبارزه با بیابان‌زایی و معکوس و متوقف ساختن روند تخریب زمین‌ها و متوقف ساختن رویه از دست دادن تنوع زیستی</p>
	<p>هدف ۱۶: ارتقاء جوامع کامل و آرام و صلح طلب برای توسعه پایدار و فراهم نمودن دسترسی به عدالت برای همه و ایجاد نهادهای جامع، قابل اتکاء و موثر در همه سطوح</p>
	<p>هدف ۱۷: تقویت مفاهیم اجرا و احیاء مشارکت جهانی برای توسعه پایدار</p>

در میان اهداف تعیین شده دو هدف اختصاصی زیر مرتبط با حوادث ترافیکی است. هدف ۳،۶، که در زیرگروه سلامت تعریف شده و بر ضرورت توجه هرچه بیشتر بخش سلامت به حوادث ترافیکی و بار ناشی از آن تاکید دارد و تنها هدف تعیین شده تا سال ۲۰۲۰ است و هدف ۱۱،۲ که بر دستیابی کلیه کاربران از جمله زنان، کودکان، سالمندان و معلولین به سیستم‌های حمل و نقل پایدار تاکید دارد. (۲۱)

	<p>آرمان ۳ هدف ۳،۶ کاهش ۵۰٪ مرگ و آسیب ناشی از حوادث ترافیکی تا سال ۲۰۲۰</p>
--	--

	<p>آرمان ۱۱ هدف ۱۱،۲ دستیابی به سیستم حمل و نقل ایمن، مقرون به صرفه، در دسترس و پایدار تا سال ۲۰۳۰ برای کلیه کاربران، ارتقای ایمنی راه‌ها با تمرکز بر گسترش سیستم‌های حمل و نقل عمومی با توجه به کاربران آسیب‌پذیر شامل زنان، کودکان، سالمندان و معلولین</p>
---	--



استراتژی‌های ده‌گانه ایمنی ترافیکی کودکان " Ten Strategies to keep Children Safe on Roads "

هر ۴ دقیقه یک کودک در معابر ترافیکی دچار مرگ زودهنگام می‌شود و تعداد به مراتب بیشتری آسیب می‌بینند که اغلب شدت جراحت نیز شدید است.



روزانه بیش از ۵۰۰ کودک در اثر حوادث ترافیکی فوت می‌کنند. این وقایع تروماتیک باعث غم و اندوه فراوان، توام با فشار اقتصادی برای خانواده‌ها و جوامع و هدررفت منابع با ارزش جوامع شده و هزینه‌کرد را از سوی بهداشت و اقدامات توسعه ای به سمت خود سوق می‌دهد.

بسیاری از کودکان قربانی این واقعه انسان ساخت فقیرند و تلاش‌هایی که به‌منظور ایمنی ترافیکی کودکان صورت می‌گیرد، به‌طور جدایی ناپذیری با مفاهیمی چون عدالت اجتماعی مرتبط است و می‌باید بخشی از عزم جهانی برای کاهش فقر باشد.

حوادث ترافیکی از ۴ علت اصلی مرگ کودکان بالای ۵ سال و مهم‌ترین عامل تهدید کننده حیات برای کودکان ۱۵ تا ۱۷ سال است.

شکل ۱۲- الگوی مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کودکان

Road traffic death rates among children are

3x higher in developing countries



Road traffic injury ranks:

→ Among the **top 4** causes of death for children >5 years

→ Is the **#1** killer of children aged 15-17 years



Source: Ten strategies for keeping children safe on Roads. World Health Organization, 2015.
http://www.youthforroadsafety.org/uploads/nieuws_bijlagen/final_a4_format_infographic.pdf

معابر ترافیکی ایمن برای همه کاربران به معنای معابر ترافیکی ایمن برای کودکان است. برنامه جهانی دهه ایمنی راه‌ها ۲۰۲۰-۲۰۱۱، چارچوب اصلی برای ارتقای ایمنی راه‌ها برای کلیه کاربران را بیشتر آشکار می‌نماید. این چارچوب برای کشورهای شامل وضع قوانین و مقررات در خصوص سرعت، رانندگی حین مصرف مشروبات الکلی، کلاه ایمنی، کمربند ایمنی، صندلی مخصوص کودک، اعمال صحیح این قوانین، اجبار کارخانه‌ها و شرکت‌های خودروسازی برای ساخت وسایط نقلیه ایمن و سیستمی است که خدمات مراقبتی را برای آسیب‌دیدگان بهبود بخشد. ده استراتژی زیر بهترین استراتژی‌ها برای محافظت از کودکان است به‌ویژه در زمانی است که به‌طور هم‌زمان ارائه گردد.

۱. مدیریت سرعت

سرعت یکی از عوامل همراه در یک سوم حوادث ترافیکی کشنده در کشورهای با درآمد بالا و نیمی از حوادث ترافیکی کشنده در کشورهای با درآمد کم و متوسط است. معابر طولانی و مستقیم که از کنار مدارس، محل‌های مسکونی و تجاری می‌گذرد و امکان رفت و آمد با سرعت‌های بالا در آن‌ها فراهم است، کودکان را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد. استراتژی‌های زیر می‌تواند برای کاهش سرعت موثر باشد:

۱. تعیین و اعمال قانون محدودیت سرعت بر حسب نوع کاربری معابر
۲. تعیین و اعمال حداکثر سرعت مجاز ۳۰ کیلومتر در ساعت در معابر پراندام عابران پیاده
۳. اعمال قوانین سرعت با استفاده از دوربین‌های کنترل سرعت
۴. ساخت و اصلاح معابر ترافیکی در قالب نصب چراغ راهنمایی و رانندگی، میادین و سرعت گیرها

۲. کاهش رانندگی حین مصرف مشروبات الکلی

افرادی که تحت تاثیر الکل رانندگی می‌کنند یکی از عوامل خطر اصلی برای کودکان عابر پیاده، دوچرخه سوار و سرنشینان وسائط نقلیه هستند. مصرف الکل پیش از رانندگی نه تنها شانس رخداد تصادف رانندگی را بیشتر می‌کند بلکه احتمال مرگ یا جراحت شدید را نیز افزایش می‌دهد. استراتژی‌های زیر شانس رخداد رانندگی تحت تاثیر مشروبات الکلی را کاهش می‌دهد:

۱. تنظیم و اعمال قانون محدودیت مصرف مشروبات الکلی (سطح الکل خون ۰,۰۵ گرم در دسی لیتر یا کمتر برای کلیه رانندگان و ۰,۰۲ گرم در دسی لیتر یا کمتر برای رانندگان جوان)
۲. اعمال قانون محدودیت مصرف مشروبات الکلی از طریق کنترل در ایست‌های بازرسی و انجام تصادفی تست‌های تنفسی
۳. وضع قوانین ممنوعیت فروش الکل (محدودیت فروش زیر سن قانونی) و تنظیم مقررات مراکز فروش

الکل و ساعات فعالیت آن‌ها

۴. ممنوعیت بازاریابی الکل برای کودکان

۳. استفاده از کلاه ایمنی برای دوچرخه‌سواران و موتورسواران

استفاده از کلاه ایمنی مفیدترین استراتژی واحد برای کودکان به منظور کاهش خطر آسیب به سر حین دوچرخه‌سواری و موتورسواری است. در دوچرخه‌سواران استفاده از کلاه ایمنی مناسب، ریسک آسیب به سر را تا ۶۹٪ کاهش می‌دهد، در موتورسواران نیز استفاده مناسب از کلاه ایمنی ریسک مرگ را تا ۴۰٪ و ریسک آسیب جدی سر را تا ۷۰٪ کاهش می‌دهد.

استراتژی‌های زیر میزان استفاده از کلاه ایمنی را افزایش می‌دهد:

۱. وضع و اعمال قانون استفاده از کلاه ایمنی به فراخور نوع و اندازه موتور که می‌باید متناسب با اندازه سر کودک باشد.
۲. اعمال استانداردهای بین‌المللی ساخت کلاه ایمنی موتورسواران برای اطمینان از مناسب بودن آن برای کودکان.
۳. اطمینان از دسترسی و قابلیت خرید کلاه موتورسواری توسط کاربران.
۴. حمایت از ابتکارات جامعه محور برای کودکان از طریق آموزش والدین، درخصوص استفاده از کلاه ایمنی دوچرخه سواری و موتورسواری و تامین کلاه ایمنی رایگان و تخفیف دار برای کودکان.

۴. محافظت از کودکان در خودرو

برای کودکان سرنشین وسائط نقلیه طیف وسیعی از ابزارهای محافظت کننده وجود دارد. این ابزارها عبارتند از: صندلی مخصوص شیرخوار، صندلی مخصوص کودک، صندلی محافظ و کمربند ایمنی و کاربری آن‌ها بر حسب سن، قد و وزن کودک متفاوت است. در مقایسه با استفاده صرف از کمربند ایمنی، صندلی محافظ کودک ریسک آسیب جدی پایدار به کودکان ۴ تا ۷ ساله را تا ۵۹٪ کاهش می‌دهد. استراتژی‌های زیر میزان استفاده از صندلی محافظ کودک و کاربرد صحیح آن را تقویت می‌کند:

۱. تصویب و اعمال قانون استفاده اجباری از ابزار محافظت از کودکان در تمام انواع خودروهای شخصی.
۲. اعمال استانداردهای بین‌المللی ساخت بست‌های محافظ کودک.
۳. اطمینان از دسترسی و قابلیت خرید بست‌های محافظ کودکان توسط کاربران.
۴. اجبارسازندگان وسائط نقلیه به تعبیه اتصالات لازم مانند سیستم ISOFIX برای محکم نمودن صندلی مخصوص کودک.

۵. ارتقای طرح‌های حمایت مالی و اعطای وام برای خرید صندلی مخصوص کودک و آموزش والدین در خصوص چگونگی استفاده از آن.

۵. ارتقای قابلیت‌های کودک برای دیدن و دیده شدن

قابلیت دیدن و دیده شدن از پیش‌نیازهای اساسی ایمنی برای کلیه افرادی است که در معابر ترافیکی رفت و آمد می‌کنند ولی این ضرورت به‌ویژه برای کودکان به‌علت آسیب‌پذیری ویژه بیشتر است.

استراتژی‌های زیر برای ارتقای کیفیت دیده شدن مفید است:

۱. پوشیدن لباس‌های سفید و رنگ روشن
۲. استفاده از نوارهای شبرنگ به‌روی لباس و سایر متعلقات از جمله کوله پشتی
۳. پیاده روی های قطاری (شبیه اتوبوس‌های در حال حرکت)، مداخله ای که در آن افراد بالغ گروهی از کودکان را که جلیقه شبرنگ به تن دارند در مسیرهای مشخص همراهی می‌کنند.
۴. استقرار اشخاصی که با لباس‌های شبرنگ کودکان را برای عبور از عرض خیابان در اطراف مدارس همراهی می‌کنند.
۵. استفاده از چراغ پیشانی برای دوچرخه سواران مانند چراغ جلو و عقب و چراغ‌های شبرنگ.
۶. روشن گذاشتن چراغ موتورسیکلت‌ها و وسایط نقلیه طی روز.
۷. اطمینان از رفع موانع موجود در خیابان‌ها تا حد امکان و افزایش روشنایی معابر.

۶. ارتقای زیرساخت‌های راه

خیابان‌ها در اصل برای وسائط نقلیه موتوری تعبیه شده و در طراحی آن کوچکترین توجهی به نیازهای کاربران نشده است. توجه به ایمنی جوامع در ساخت راه‌های جدید و اصلاح راه‌های موجود باعث کاهش مرگ و آسیب‌پذیری کودکان می‌شود. استراتژی‌های زیر برای ارتقای زیرساخت‌های راه مفید است:

۱. تعبیه معیارهای پیشگیرانه شامل چراغ راهنمایی و رانندگی، میدان‌ها، سرعت‌گیرها، پیاده‌روها، پل‌های روگذر، جزایر میانی و روشنایی معابر در مسیرهای پرتردد.
۲. جدا نمودن انواع مختلف راه‌ها و کاربران از طرق مختلف مانند پیاده‌روهای با اختلاف سطح، مسیرهای ویژه پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری و موانع جداکننده مسیرهای رفت و برگشت خودروها از یکدیگر.

۳. اختصاص مناطق ویژه به عابران که در آن تردد انواع وسائط نقلیه ممنوع^{۲۹} است.
۴. ایجاد مناطق ایمن حول و حوش مدارس شامل تغییراتی از جمله تعبیه معیارهای کاهش سرعت، مناطق عاری از وسائط نقلیه، مناطق ایمن برای سوار و پیاده کردن دانش‌آموزان و افرادی که عبور و مرور کودکان و رد شدن آن‌ها از عرض خیابان را تسهیل می‌کنند.
۵. افزایش زمان مجاز عبور عابران از عرض خیابان در تقاطع‌های حول و حوش مدارس (با تنظیم چراغ‌های راهنمایی و رانندگی)

۷. تطابق در طراحی خودروها

طراحی مناسب خودروها و رعایت استانداردهای ساخت خودروها ایمنی کاربران را تامین می‌کند ولی رعایت برخی نکات در ایمنی کودکان موثرتر است.

استراتژی‌های زیر برای ارتقای طراحی خودروها مفید است:

۱. اجبار تامین بخش‌های جاذب انرژی^{۳۰} در خودرو برای حفاظت از سرنشینان خودرو در هنگام رخداد تصادف.
۲. باز طراحی بخش جلوی خودروها (سپر) برای حفاظت بیشتر عابران.
۳. تجهیز وسائط نقلیه به دوربین و هشدار دهنده صوتی دنده عقب برای شناسایی کوچکترین موانع در هنگام حرکت با دنده عقب.
۴. سیستم قفل تنفسی الکل^{۳۱} برای شناسایی و ممانعت از رانندگی تحت تاثیر مصرف مشروبات الکلی.

۸. کاهش ریسک در رانندگان جوان و مبتدی

²⁹ Car Free Zones

³⁰ Energy -Absorbing Crumple Zones

³¹ Alcohol interlock system

قفل کنترل الکل در خودرو، در واقع همان حسگر الکترونیکی است که از طریق تنفسی میزان الکل موجود در بدن راننده خودرو را می‌سنجد و مستقیماً به سیستم احتراق داخلی خودرو متصل می‌شود و در صورت استفاده راننده خودرو از الکل، اجازه روشن شدن خودرو را به وی نمی‌دهد.

در برخی کشورها کودکان از سن ۱۵ سالگی مجاز به رانندگی می‌باشند. در جهان، رانندگان جوان و مبتدی سهم بالایی از تصادفات رانندگی را به خود اختصاص می‌دهند. سرعت غیرمجاز و رانندگی تحت تاثیر الکل و مواد مخدر از عوامل تشدیدکننده تصادفات رانندگی در این قشر از رانندگان است. برنامه‌هایی از جمله سیستم پلکانی اخذ گواهینامه^{۳۲} و محدودیت‌هایی که برای رانندگان جوان و مبتدی حین رانندگی در نظر گرفته می‌شود نقش بسیار مهمی در کاهش تصادفات و کسب تجربه برای این دسته از رانندگان دارد و باعث کاهش ۴۶٪ تصادفات در کشورهای اجراکننده شده است.

استراتژی‌های زیر برای کاهش ریسک در رانندگان جوان و مبتدی موثر است:

۱. کاهش سطح مجاز الکل خون در رانندگان جوان و مبتدی
۲. رانندگی منوط به داشتن همراه برای مدت معین یعنی رانندگی در کنار فردی که دارای گواهینامه و تجربه رانندگی است
۳. محدودیت رانندگی در شب یا محدودیت سوار کردن سرنشین/ مسافر در خودرو
۴. اعمال بی قید و شرط قانون و پرهیز از کوچکترین چشم‌پوشی و گذشت در صورت ارتکاب تخلفاتی مانند استفاده از موبایل و ارسال پیام کوتاه حین رانندگی.
۹. **تامین خدمات فوریت‌های پزشکی مناسب برای کودکان**

در ارتقای سیستم فوریت‌های پزشکی و توانبخشی هرکشوری، بهترین رویکرد در ارتقای سلامت و بهبود پیامد مصدومیت‌های ترافیکی توجه به کودکان است.

استراتژی‌های کلیدی برای ارتقای خدمت‌رسانی به کودکان آسیب‌دیده عبارتند از:

۱. آموزش مراقبین و سرپرستان در خصوص کمک‌های اولیه و اقدامات فوریتی در صورت بروز آسیب و تامین سیستم رسمی یا غیررسمی پیشرفته برای انتقال کودک آسیب‌دیده به سانتر درمانی
۲. آموزش تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی درخصوص تفاوت‌های سایکولوژیک کودکان و بالغین و چگونگی پاسخ به آن‌ها
۳. تجهیز سیستم فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی (در صورت وجود) به تجهیزات و لوازم مصرفی خاص کودکان

³² GDL(Graduated Driving License)

۴. تبدیل بیمارستان‌ها به بیمارستان‌های دوستدار کودک (تا حد ممکن) به گونه‌ای که از تشدید آسیب وارده به کودک جلوگیری شود
۵. تامین خدمات بازتوانی و توانبخشی ویژه کودکان، تجویز خدمات بازتوانی در منزل و تامین دسترسی به مراکز توانبخشی جامعه محور
۶. تامین دسترسی به مراکز مشاوره برای تسکین آلام سایکولوژیک ناشی از حادثه بر کودکان و خانواده‌های آنها و کمک به تامین نیازهای مالی و قانونی آنها

۱۰. مراقبت مناسب و نظارت بر رفتار کودکان

- کودکان معمولاً توانایی محدودی در ارزیابی خطر دارند و لذا والدین و مراقبین آنها می‌توانند ضمن مراقبت از کودکان به تفسیر خطرات پیرامون آنها کمک کنند.
- نقش مراقبین جایگزین هیچیک از مداخلات پیش‌گفت نیست ولی در تکمیل و تاکید مجدد بر آنها اهمیت زیادی دارد. سرپرستی شامل اطمینان از استفاده کودکان از کلاه ایمنی، کمربند ایمنی، صندلی مخصوص کودک و رعایت قوانین حول و حوش مدرسه است. (۴)

اسناد بالادستی ملی

قانون برنامه سوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی:

فصل ۲۵، بهداشت و درمان

ماده ۱۹۳: تأمین و توزیع متعادل خدمات درمان بستری

بند الف. در راستای تحقق اهداف سطح بندی خدمات، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در طی برنامه پنج ساله سوم جهت ظرفیت‌های موجود درمان بستری و سامان‌دهی خدمات فوریتی پزشکی (اورژانس) هماهنگ با سطح بندی خدمات نسبت به رفع کمبودها و تعدیل امکانات درمانی مازاد اعم از نیروی انسانی و تجهیزات، جایگزینی واحدهای درمانی فرسوده و غیر استاندارد اقدامات لازم را انجام دهد. تبصره، دولت موظف است جهت ساماندهی رسیدگی به بیماران حادثه دیده و اورژانس سیستم رسیدگی به این نوع بیماران (سیستم تروما) را ایجاد کند و بخش‌هایی را در مراکز درمانی به مرکز حوادث و سوانح (تروما سنتر) تبدیل کرده و یا در صورتی که لازم باشد مراکز حوادث و سوانح جدید احداث کند به طوری که تمام این بیماران بدون پرداخت هزینه در این مراکز به طور اورژانس تحت درمان قرار گیرند. (۲۲)

قانون برنامه چهارم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی:

فصل ۷، ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی

ماده ۹۲: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی، در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی اقدام کند. به منظور تأمین منابع لازم برای ارائه خدمات فوق، ۱۰٪ حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکت‌های بیمه تجاری وصول و به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نزد خزانه داری کل واریز می‌گردد و هزینه‌های درمان کلیه مصدومان ترافیکی، جاده‌ای و رانندگی از محل وجوه واریز شده به این حساب و سایر منابع موجود پرداخت خواهد شد. توزیع این منابع براساس عملکرد هر یک از سازمان‌های بیمه‌گر پایه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هر شش ماه یک بار صورت خواهد گرفت. (۲۳)

قانون برنامه پنجم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی:

فصل ۳، اجتماعی - مبحث سلامت

بند ب ماده ۳۷: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات حضوری بعدی را به عمل آورد.

برای تامین بخشی از منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به مصدومین فوق معادل ده درصد (۱۰٪) از حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد از شرکتهای بیمه تجاری اخذ و به طور مستقیم طی قبض جداگانه به حساب درآمدهای اختصاصی نزد خزانه داری کل کشور به نام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می گردد.

فصل ۵، حمل و نقل

بخش ۳، بند و، ماده ۱۶۳:

دولت موظف است ساز و کارهای قانونی لازم به منظور کاهش سالانه ده درصد (۱۰٪) میزان تلفات جانی ناشی از تصادفات رانندگی در جاده های کشور در طول برنامه پنجم توسعه فراهم نماید. (۲۴)

دهه ایمنی راهها در ایران:

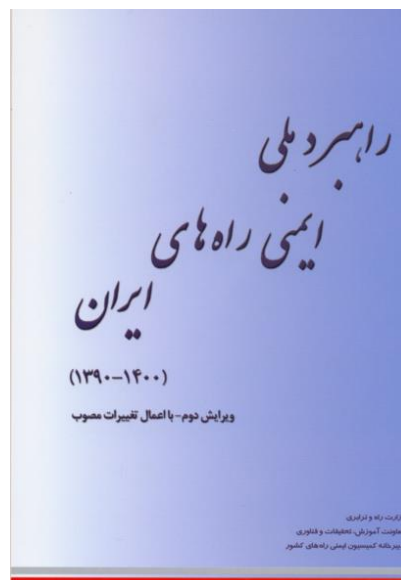
همزمان با آغاز رسمی نام‌گذاری دهه بین‌المللی ایمنی راهها (۱۱ ماه می سال ۲۰۱۱)، کشور جمهوری اسلامی ایران همگام با سایر کشورهای جهان عزم ملی برای کاهش مرگ ناشی از حوادث ترافیکی را طی مراسمی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با حضور مقام عالی وزارت وقت و مقامات عالی رتبه ایمنی راههای کشور با رونمایی از لگوی دهه ایمنی راهها به‌طور رسمی آغاز نمود.

شکل ۱۱، دهه ایمنی راهها در جمهوری اسلامی ایران



راهبرد ملی ده ساله ایمنی راه‌های ایران ۱۴۰۰-۱۳۹۰:

راهبرد ملی ایمنی راه‌های ایران با همکاری وزارتخانه‌های راه و شهرسازی، کشور، بهداشت و درمان، آموزش و پرورش، ارتباطات و فناوری اطلاعات، جمعیت هلال احمر، بیمه مرکزی، راهداری و حمل و نقل جاده‌ای، موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی و پلیس راهنمایی و رانندگی و به همت کمیسیون ایمنی راه‌های کشور به‌عنوان نهاد متولی (lead Agency) در سی و یکمین جلسه کمیسیون ایمنی راه‌های کشور تصویب و طی ابلاغیه شماره ۱۱/۱۱۳۶۳۵ مورخ ۱۳۸۸/۹/۱۶ توسط رئیس کمیسیون ایمنی راه‌ها ابلاغ گردید، در ویرایش دوم مطابق جلسه سی و هشتم کمیسیون ایمنی راه‌ها و برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران برای اجرا در دوره ۱۴۰۰-۱۳۹۰ اصلاح و نهایی شد.



چشم انداز:

استفاده ایمن از راه برای تمامی اقشار جامعه

هدف کمی:

کاهش شاخص تلفات رانندگی به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در دوره ۱۰ ساله بطوری‌که مقدار شاخص در ابتدای سال ۱۴۰۰ به عدد ۹ برسد (این شاخص در انتهای سال ۱۳۸۸ حدوداً ۳۰ محاسبه گردید) در تعیین میزان این شاخص لزوم کاهش سالانه ۱۰٪ تلفات رانندگی مطابق بخش ۳ از بند "و" ماده ۱۶۳ قانون برنامه پنجم توسعه لحاظ گردیده است.

در طی اجرای این طرح راهبردی ارتقای ایمنی رانندگی و کاهش قابل توجه تصادفات جرحی و فوتی مورد انتظار است.

سند مذکور دارای ۱۶ هدف راهبردی و ۹۶ راهبرد به شرح زیر است.

- ۱) کاهش تخطی از سرعت مجاز
- ۲) ارتقای ایمنی موتورسیکلت‌سواران
- ۳) ارتقای ایمنی عابران پیاده
- ۴) کاهش معضل خستگی رانندگان
- ۵) بهبود وضعیت استفاده از کمربند ایمنی
- ۶) کاهش استعمال مواد مخدر، الکل و دخانیات

- ۷) بهبود رعایت قوانین و مقررات راهنمایی و رانندگی
- ۸) توسعه و بهره‌برداری از نظام جامع اطلاعات
- ۹) ارتقای وضعیت طراحی، ساخت و نگهداری ایمن شبکه راه‌ها
- ۱۰) ارتقای ایمنی دسترسی به شبکه راه‌ها
- ۱۱) ارتقای ایمنی وسائط نقلیه
- ۱۲) ارتقای سیستم‌های خدمات امداد و نجات، فوریت‌های پزشکی و بیمارستانی تروما
- ۱۳) گسترش سیستم‌های جایگزین وسائط نقلیه موتوری شخصی
- ۱۴) ارتقای هماهنگی ایمنی راه‌ها در سطح ملی
- ۱۵) مدیریت منابع در جهت ارتقای ایمنی
- ۱۶) توسعه کمی و کیفی پژوهش‌های هدفمند در راستای ارتقای ایمنی راه‌ها

<p>۱-۱) افزایش آگاهی رانندگان از تبعات رانندگی با سرعت غیرمجاز ۲-۱) تشدید مجازات متخلفان از سرعت مجاز(افزایش مجازات به صورت پلکانی) ۳-۱) توسعه سیستم‌های نظارت و کنترل در خصوص رانندگی با سرعت غیرمجاز در سطح شبکه راه‌ها با تاکید بر راه‌های پرتصادف(دوربین‌های کنترل سرعت و) ۴-۱) به‌کارگیری روش‌های مدیریت سرعت و آرام‌سازی ترافیک در راه‌ها از جمله در مناطق مسکونی و مبادی شهرها</p>	<p>۱. کاهش تخطی از سرعت مجاز</p>
<p>۱-۲) ارتقای نظام آموزش موتورسیکلت‌سواران ۲-۲) ترویج و توسعه استفاده از کلاه و سایر پوشش‌های ایمنی (مانند دستکش، چکمه و لباس مناسب) برای موتورسیکلت- سواران ۳-۲) تجهیز موتورسیکلت‌ها به سیستم خودکار کنترل و تطبیق سرعت ۴-۲) ارتقا و اجرای استانداردهای اجباری موتورسیکلت ۵-۲) تشدید مجازات تخلفات خطرناک موتورسیکلت‌سواران از جمله عدم استفاده از کلاه ایمنی ۶-۲) بهبود وضعیت طراحی و ایمن‌سازی راه‌ها بر اساس نیاز موتورسیکلت‌سواران</p>	<p>۲. ارتقای ایمنی موتورسیکلت سواران</p>
<p>۱-۳) افزایش آگاهی عمومی از خطرات تهدیدکننده عابران پیاده ۲-۳) توسعه آموزش‌های ویژه برای آمد و شد ساکنان حاشیه راه‌ها ۳-۳) مدیریت دسترسی عابران پیاده به شبکه راه‌ها ۴-۳) توسعه تجهیزات و زیرساخت‌های ویژه برای آمد و شد ساکنان حاشیه راه‌ها و لزوم آرام‌سازی ترافیک در مناطق مسکونی و مبادی شهرها ۵-۳) بهبود وضعیت طراحی و ایمن‌سازی راه‌ها با هدف ایجاد محیط ایمن برای عابران پیاده ۶-۳) توسعه سیستم‌ها و روش‌های نظارت، کنترل و اعمال قانون بر رفتار ترافیکی عابران پیاده ۷-۳) اجباری شدن استاندارد ایمنی وسائط نقلیه در برخورد با عابران پیاده</p>	<p>۳. ارتقای ایمنی عابران پیاده</p>
<p>۱-۴) افزایش آگاهی رانندگان در خصوص تبعات رانندگی در حین خستگی ۲-۴) بهبود و توسعه روش‌ها و سیستم‌های نظارت بر ساعات کاری مجاز رانندگان حمل و نقل عمومی بار و مسافر ۳-۴) توسعه و تجهیز استراحتگاه‌های بین راهی</p>	<p>۴. کاهش معضل خستگی رانندگان</p>

<p>۴-۴) کاهش یکنواختی محیط راه در مسیرهای طولانی ۴-۵) تشدید مجازات رانندگان متخلف از قانون و ضوابط ساعت کاری مجاز ۴-۶) توسعه روش‌های مناسب کاهش خروج وسائط نقلیه از مسیر ۴-۷) توسعه سامانه‌های درون خودرویی موثر بر هشدار خواب آلودگی</p>	
<p>۱-۵) افزایش آگاهی عمومی از اثربخشی استفاده از کمربند ایمنی و کلاه ایمنی ۲-۵) توسعه قوانین بازدارنده در خصوص موارد عدم استفاده از کمربند ایمنی و کلاه ایمنی توسط رانندگان و سرنشینان ۳-۵) توسعه روش‌های نظارت بر استفاده از کمربند ایمنی و کلاه ایمنی توسط رانندگان و سرنشینان ۴-۵) بهبود طراحی و فناوری ساخت کمربند ایمنی و کلاه ایمنی مناسب با انواع وسائط نقلیه تولید داخل</p>	<p>۵. بهبود وضعیت استفاده از کمربند ایمنی</p>
<p>۱-۶) افزایش آگاهی نسبت به تبعات رانندگی تحت تاثیر مواد مخدر، الکل و مواد محرک ۲-۶) توسعه قوانین بازدارنده در خصوص رانندگی تحت تاثیر مواد مخدر، الکل و مواد محرک ۳-۶) توسعه ابزارهای بازدارنده و کنترلی رانندگی تحت تاثیر مواد مخدر، الکل و مواد محرک ۴-۶) تشدید و توسعه اعمال قانون در مورد مصرف مواد مخدر، الکل و مواد محرک توسط رانندگان ۵-۶) توسعه روش‌های نظارت و کنترل رانندگان به خصوص رانندگان حمل و نقل عمومی، بار و مسافر</p>	<p>۶. کاهش استعمال مواد مخدر، الکل و مواد محرک</p>
<p>۱-۷) افزایش آگاهی عمومی در خصوص مقررات راهنمایی و رانندگی ۲-۷) ارتقای مهارت‌های ادراکی کاربران راه در درک و پیش‌بینی خطر ۳-۷) ارتقای نظام آموزش مربوط به اخذ و تمدید گواهینامه رانندگی ۴-۷) استانداردسازی و نظارت بر آموزشگاه‌ها و مراکز آموزش رانندگی ۵-۷) بازنگری و به‌روز نمودن قوانین و مقررات راهنمایی و رانندگی با لحاظ نمودن افزایش بازدارندگی ۶-۷) اجرای سیستم ارزیابی رانندگان مبتنی بر امتیاز برای تمامی رانندگان در سراسر کشور ۷-۷) کنترل و نظارت هدفمند بر رفتار پرخطر رانندگان ۸-۷) ارتقای مهارت‌های تخصصی نیروهای پلیس ۹-۷) ارتقای توان عملیاتی و تجهیزاتی نیروی پلیس به‌ویژه در برخورد با رانندگی‌های خطرناک ۱۰-۷) توسعه آموزش‌های تخصصی مورد نیاز کاربران راه به‌خصوص رانندگان حرفه‌ای در جهت آشنایی و رعایت قوانین و</p>	<p>۷. بهبود رعایت قوانین و مقررات راهنمایی و رانندگی</p>

مقررات ویژه و تکمیلی	
<p>۸-۱) طراحی و پیاده‌سازی نظام جامع و یکپارچه اطلاعات تصادفات، تلفات و مصدومان کشور ۸-۲) تکمیل و توسعه زیرساخت‌های لازم برای جمع‌آوری اطلاعات تصادفات ۸-۳) استانداردسازی و ارتقای کیفیت اطلاعات تصادفات ۸-۴) نظام‌مند نمودن و تسهیل دسترسی به اطلاعات تصادفات برای کلیه کاربران ذیربط ۸-۵) بهبود روش ارزیابی طرح‌ها و اقدامات مربوط به ایمنی به کمک سیستم جامع اطلاعات تصادفات ۸-۶) بهبود روش ارزیابی عملکرد متولیان و دست‌اندرکاران ایمنی راه در جهت دستیابی به اهداف راهبردی تعیین شده به کمک سیستم جامع اطلاعات</p>	<p>۸. توسعه و بهره‌برداری از نظام جامع اطلاعات تصادفات</p>
<p>۹-۱) توسعه رویکرد استفاده از اقدامات کم‌هزینه در ایمنی راه‌ها ۹-۲) ارتقای ایمنی حاشیه راه (ملایم‌سازی شیب‌ها، حذف موانع حاشیه راه و ...) ۹-۳) توسعه و بهبود نظام اصلاح نقاط پرتصادف در شبکه راه‌های موجود و آشکارسازی نقاط اصلاح نشده با نصب علائم ویژه ۹-۴) توسعه و بهبود نظام بازدید ایمنی راه‌های موجود ۹-۵) توسعه نظام بازرسی ایمنی راه‌ها در خصوص طرح‌ها و پروژه‌های راه‌سازی جدید و در دست مطالعه ۹-۶) بهبود وضعیت ایمنی مبادی ورودی و عبوری از مناطق مسکونی ۹-۷) بهبود وضعیت ایمنی ترافیک در هنگام عملیات ساخت و ساز و نگهداری راه‌ها ۹-۸) اجرای نظام اولویت‌بندی ایمن‌سازی شبکه راه‌ها (درجه بندی ایمنی)</p>	<p>۹. ارتقای وضعیت طراحی، ساخت و نگهداری ایمن شبکه راه‌ها</p>
<p>۱۰-۱) مدیریت تغییر و توسعه کاربری حاشیه راه‌ها با لحاظ وضعیت دسترسی به شبکه راه‌ها ۱۰-۲) ساماندهی و کنترل دسترسی‌های موجود در شبکه‌ها راه‌ها ۱۰-۳) جلوگیری از ساخت و سازهای بی‌رویه در حریم راه‌ها ۱۰-۴) محدود سازی میزان دسترسی راه‌های فرعی به راه‌های اصلی مطابق ضوابط</p>	<p>۱۰. ارتقای ایمنی دسترسی به شبکه راه‌ها</p>
<p>۱۱-۱) کنترل و نظارت بر خودروها بر اساس استانداردهای ایمنی کشور ۱۱-۲) اجرای کامل و دقیق نظام تطابق خودرو داخلی با استانداردها ۱۱-۳) جلوگیری از واردات وسائط نقلیه فاقد استاندارد ایمنی</p>	<p>۱۱. ارتقای ایمنی وسائط نقلیه</p>

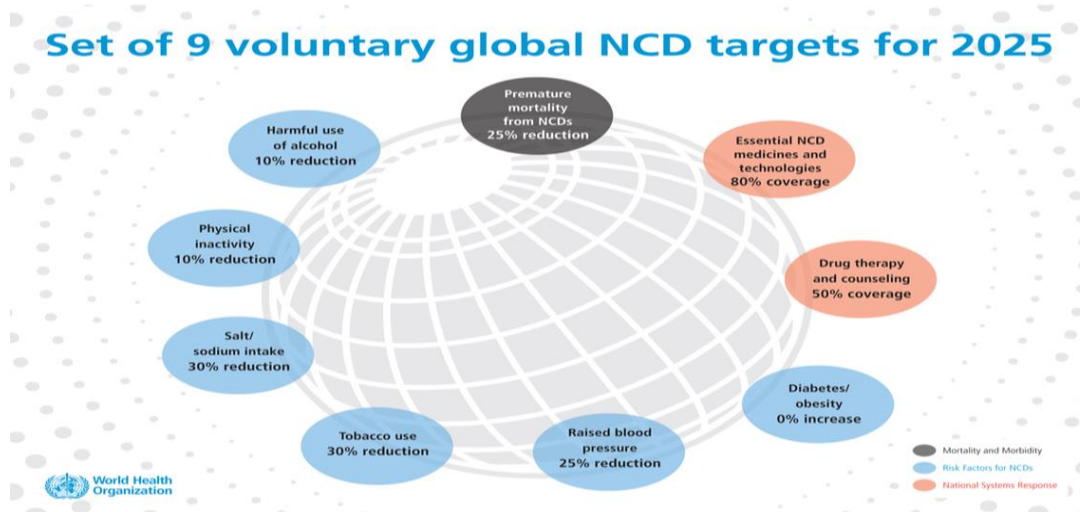
<p>۴-۱۱) اجرای نظام درجه‌بندی ایمنی وسائط نقلیه</p> <p>۵-۱۱) بهبود و توسعه نظام بازدیدهای دوره‌ای وسائط نقلیه با تاکید بر کنترل‌های ایمنی</p> <p>۶-۱۱) ترغیب کاربرد فناوری‌های نوین در وسائط نقلیه در جهت حفظ جان راننده و سرنشینان و عابران پیاده</p> <p>۷-۱۱) نوسازی ناوگان فرسوده باری و مسافری</p> <p>۸-۱۱) نصب تجهیزات ویژه هشدار عدم استفاده سرنشینان وسیله نقلیه از کمربندایمنی و کنترل سرعت روی وسائط نقلیه</p>	
<p>۱-۱۲) ارتقای نظام مدیریت رسیدگی به تصادفات و مصدومان</p> <p>۲-۱۲) ساماندهی شبکه ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی</p> <p>۳-۱۲) ساماندهی شبکه و توسعه خدمات بیمارستانی تروما</p> <p>۴-۱۲) ارتقا و توسعه سیستم‌های ارتباطی اطلاع‌رسانی و فرآیند پاسخ‌گویی در خصوص حوادث ترافیکی</p> <p>۵-۱۲) ساماندهی شبکه ارائه خدمات امداد و نجات غیرپزشکی در راه‌ها توسط عوامل ذیصلاح</p> <p>۶-۱۲) توسعه آموزش‌های عمومی بهبود رفتار و اقدامات کاربران راه بعد از وقوع تصادف</p>	<p>۱۲. ارتقای سیستم خدمات امداد و نجات، فوریت‌های پزشکی و بیمارستانی تروما</p>
<p>۱-۱۳) توسعه و ترغیب استفاده از سیستم‌های حمل و نقل انبوه</p> <p>۲-۱۳) توسعه شبکه حمل و نقل عمومی یکپارچه</p> <p>۳-۱۳) توسعه و بهبود سیستم‌های ارائه خدمات الکترونیک</p> <p>۴-۱۳) ترویج فرهنگ تجارت الکترونیک در بین مردم</p>	<p>۱۳. گسترش سیستم‌های جایگزین وسائط نقلیه موتوری شخصی</p>
<p>۱-۱۴) ارتقای جایگاه نهاد متولی، هماهنگی و مدیریت راه در سطح ملی</p> <p>۲-۱۴) توسعه هماهنگی مدیریت ایمنی در سطوح استانی و محلی</p> <p>۳-۱۴) بهبود و توسعه سطح برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در حوزه ایمنی راه</p> <p>۴-۱۴) بهبود و ارتقای مشارکت انجمن‌ها و نهادهای غیردولتی ایمنی راه‌ها</p> <p>۵-۱۴) ارتقا و توسعه دانش تخصصی ایمنی حمل و نقل نزد متولیان و دست‌اندرکاران حمل و نقل کشور</p>	<p>۱۴. گسترش سیستم‌های جایگزین وسائط نقلیه موتوری شخصی</p>
<p>۱-۱۵) افزایش سهم منابع تخصیص یافته به‌صورت هدف‌مند بر اساس اهداف مشخص ایمنی راه</p> <p>۲-۱۵) نظام‌مند نمودن تخصیص اعتبارات مورد نیاز به ایمنی راه‌ها</p> <p>۳-۱۵) استفاده موثر از منابع تخصیص یافته به ایمنی</p>	<p>۱۵. مدیریت منابع در جهت ارتقای ایمنی</p>

<p>۴-۱۵) بهبود شرایط و بسترهای لازم برای جذب منابع بخش‌های خصوصی و سازمان‌های مردمی غیردولتی</p> <p>۵-۱۵) اهتمام به جذب منابع و اعتبارات مربوط به سازمان‌های بین‌المللی جهت سرمایه‌گذاری در ایمنی راه‌ها</p> <p>۶-۱۵) توسعه مشارکت صنعت بیمه و سایر بنگاه‌های اقتصادی در سرمایه‌گذاری پروژه‌های ایمنی</p> <p>۷-۱۵) اجرای قانون بیمه شخص ثالث و ارائه پوشش بیمه‌ای مناسب به دارندگان وسائط نقلیه موتوری، جهت جبران خسارت وارده به اشخاص</p>	
<p>۱-۱۶) توسعه پژوهش‌های کاربردی درخصوص سوانح و حوادث ترافیکی</p> <p>۲-۱۶) ایجاد مرکز یا پژوهشکده ویژه ایمنی و تصادفات رانندگی</p> <p>۳-۱۶) ایجاد مرکز تحقیقات و آزمایشگاه عملکردی علائم و تجهیزات رانندگی</p> <p>۴-۱۶) ایجاد مرکز تحقیقات و آزمایشگاه عملکردی ایمنی خودرو با هدف انجام آزمایش‌های ارزیابی ایمنی خودرو</p> <p>۵-۱۶) حمایت و پشتیبانی از پژوهشگران و مراکز پژوهشی ایمنی (۱۵)</p>	<p>۱۶. توسعه کمی و کیفی پژوهش‌های هدفمند در راستای ارتقای ایمنی راه‌ها</p>

سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در بازه زمانی ۱۴۰۴-۱۳۹۴:

ایران در دهه‌های اخیر به دستاوردهای قابل توجهی در حوزه سلامت دست یافته‌است که از آن جمله می‌توان به کاهش میزان مرگ و میر مادران و کودکان و افزایش امید به زندگی اشاره نمود. با این حال بار بیماری‌های غیرواگیر^{۳۳} و هزینه‌های مالی منتسب به آن‌ها موجب گردیده نظام سلامت کشور بیماری‌های غیرواگیر را به‌عنوان تهدید جدی سلامت در نظر گرفته و به‌منظور کاهش بار ناشی از آن اقدام به تهیه سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر منتسب نماید. سند مذکور که با بهره‌گیری از فرصت عزم جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر با تمرکز بر ریسک فاکتورها تهیه گردیده است، ضمن پایبندی به اهداف ۹ گانه سازمان جهانی بهداشت برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر،^{۳۴} اهداف بالادستی را بر اساس شرایط ایران تنظیم و ۴ هدف ویژه ایران را به آن افزوده است.

شکل ۱۳، اهداف ۹ گانه سازمان جهانی بهداشت برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر



Source: World Health Organization.

³³ در ایران بیش از ۷۶٪ کل بار بیماری‌ها (DALY) مربوط به بیماری‌های غیرواگیر است.

³⁴ همه ساله قریب به ۳۸ میلیون مورد مرگ به‌علت بیماری‌های غیرواگیر رقم می‌خورد که ۴۲٪ آنها یعنی ۱۶ میلیون مورد مرگ زودرس (پیش از ۷۰ سالگی) رخ می‌دهد و عمدتاً قابل پیشگیری است. به‌عبارتی با صرف ۱ تا ۳ دلار به ازای هر نفر کاهش قابل توجهی در این آمار رقم می‌خورد.

۱۳ هدف سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر عبارتند از:

۱. ۲۵٪ کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی

۲. حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل

۳. ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی^{۳۵}

۴. ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه

۵. ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع استعمال دخانیات افراد بالاتر از ۱۵ سال

۶. ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون بالا

۷. ثابت نگه داشتن میزان بیماری دیابت و چاقی

۸. دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰٪ از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری

از حمله قلبی و سکته مغزی^{۳۶}

۹. ۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی‌ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان

بیماری‌های غیرواگیر در بخش‌های خصوصی و دولتی

۱۰. به حد صفر رساندن میزان اسیدهای چرب ترانس در روغن‌های خوراکی و مواد غذایی

۱۱. ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی

۱۲. ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر

۱۳. ۲۰٪ افزایش دسترسی به درمان بیماری‌های روانی (۲۵)

³⁵ هدف توصیه شده سازمان جهانی بهداشت، ۱۰٪ کاهش میزان شیوع فعالیت بدنی کم است.

³⁶ هدف توصیه شده سازمان جهانی بهداشت، دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۵۰٪ از افراد واجد شرایط به منظور پیشگیری از حمله قلبی و سکته مغزی.

اسناد بالادستی نظام سلامت

آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی کشور

آیین‌نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی مصوب ۱۵۵۰۸۱/ت/۳۴۳۸۹

مورخ ۱۳۸۶/۹/۲۵ هیئت وزیران

ماده ۱- در این آیین‌نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:

الف - خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی: به مجموعه خدمات و مهارت‌های فوری پزشکی اورژانسی که در مواقع اضطراری مانند تصادف، بیماری حاد، پدیده‌های طبیعی یا ساخته دست بشر در قالب نظام شبکه فوریت‌های پزشکی کشور قبل از رسیدن بیمار یا مصدوم حادثه‌دیده به بیمارستان ارائه می‌شود، اطلاق می‌گردد.

ب - آمبولانس: مورد استفاده در پایگاه‌ها دو نوع است:

۱. آمبولانس تیپ B: آمبولانسی که به منظور انتقال و یا درمان‌های اولیه و پایش بیماران، طراحی و تجهیز شده است، این آمبولانس دارای تجهیزات چهارگانه اصلی شامل کپسول اکسیژن، برانکارده، کیف احیا و ساکشن است.
۲. آمبولانس تیپ C: آمبولانسی که به منظور انتقال بیمار و درمان‌های پیشرفته طراحی و تجهیز شده است. آمبولانس تیپ (C) علاوه بر تجهیزات آمبولانس تیپ (B) مجهز به (DC) شوک نیز می‌باشد.

ج - شبکه فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی: شامل مرکز ارتباطات یا مرکز پیام، پایگاه‌های شهری، جاده‌ای - موقت، هوایی، ریلی و دریایی - ساحلی و موقت خواهد بود.

۱. مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات: مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات، واحد اطلاع‌رسانی و فراخوان اورژانس (۱۱۵) و هماهنگ‌کننده پایگاه‌های اورژانس است که موظف است پس از تماس افراد نیازمند، اقدام مقتضی را با هماهنگی واحدهای ذی‌ربط به عمل آورد. واحدهای ارتباطات در مراکز استان‌ها، شهرهای دارای دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و شهرهای با جمعیت بیش از ۲۵۰ هزار نفر به

صورت مستقل در یک مکان مناسب قرار می‌گیرد.

۲. مرکز پیام: در شهرستان‌هایی که فاقد شرایط لازم برای ایجاد مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات هستند و جمعیت آن‌ها کمتر از ۲۵۰ هزار نفر است مرکز پیام ایجاد شده و به‌عنوان واحد اطلاع‌رسانی و وظیفه هماهنگی و فراخوان اورژانس (۱۱۵) را به‌عهده دارد و در شرایط بحرانی با مرکز ارتباطات همکاری لازم را انجام خواهد داد.

تبصره ۱- فاصله دو شهر برای راه‌اندازی مرکز پیام نباید کمتر از ۴۰ کیلومتر باشد.

تبصره ۲- مرکز پیام در یکی از پایگاه‌های اورژانس موجود ایجاد شده و استفاده از پرسنل همان پایگاه برای انجام امور محوله در اولویت است.

۳. پایگاه امداد شهری: این پایگاه در مراکز شهرستان‌ها، شهرهای دارای دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و شهرهای با جمعیت بیش از ۵۰ هزار نفر ایجاد می‌شود. پایگاه امداد شهری با مرکز پیام و مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات در ارتباط بوده و دارای دو دستگاه آمبولانس می‌باشد.

تبصره ۱- در شهرهای با جمعیت بیش از ۵۰ هزار نفر به ازای هر ۶۰ هزار نفر جمعیت مازاد بر تعداد پایه (۵۰ هزار نفر) یک پایگاه به همراه دو آمبولانس فعال اضافه می‌گردد.

تبصره ۲- به‌منظور تسریع در ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی، کاهش زمان رسیدن به صحنه حادثه و غلبه بر ترافیک‌های سنگین شهری در کلان‌شهرها (شامل: تهران، تبریز، شیراز، مشهد، اصفهان، اهواز، قم، کرج) بایستی هر پایگاه شهری مجهز به حداقل یک دستگاه موتورسیکلت اورژانس شود که به ازای هر دستگاه موتورسیکلت ۴ نفر کاردان یا کارشناس مربوط تعریف می‌گردد. سایر شهرها بنا بر ضرورت در اولویت‌های بعدی قرار می‌گیرد.

۴. پایگاه امداد جاده‌ای: پایگاه جاده‌ای در جاده‌ها و در مبادی شهرهای با جمعیت کمتر از ۵۰ هزار نفر با فاصله حداکثر ۴۰ کیلومتر و با در نظر گرفتن حداکثر زمان رسیدن به محل حادثه ۱۵ دقیقه ایجاد می‌شود. هر پایگاه جاده‌ای دارای یک دستگاه آمبولانس فعال بوده و با مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات و یا مرکز پیام در ارتباط می‌باشد.

تبصره - آمبولانس مورد استفاده در پایگاه‌های شهری و جاده‌ای بایستی دارای شرایط آمبولانس تیپ (B)

بوده و به ازای هر سه پایگاه یک آمبولانس پشتیبان در نظر گرفته می‌شود.

۵. پایگاه امداد فوریت‌های پزشکی موقت: پایگاه‌هایی که در ایام ویژه به‌منظور آمادگی و توان عملیاتی بیشتر

در مکان‌هایی که افزایش جمعیت و یا تردد بیش از حد معمول دارند، راه‌اندازی می‌شوند.

۶. پایگاه امداد هوایی: پایگاه هوایی در مسیرهای صعب‌العبور، محورهای حادثه‌خیز، محورهایی که میزان تردد

در آن‌ها بالا باشد و نیز در مناطقی که دسترسی زمینی به محل امکان‌پذیر نباشد با در نظر گرفتن امکان استفاده

از بالگرد در طول روز استقرار می‌یابد.

۷. پایگاه امداد دریایی - ساحلی: امداد ساحلی و دریایی به دو روش امداد دریایی و امداد ساحلی انجام می‌شود.

۱-۷. امداد دریایی: پایگاه‌هایی که بیماران و مصدومین جزایر جنوب کشور را به مراکز درمانی انتقال می‌دهد.

۲-۷. امداد ساحلی: در خط ساحلی استان‌های شمالی کشور در نقاط طرح سالم‌سازی دریا به‌صورت فصلی و با

استفاده از نیروی انسانی موجود در طرح یادشده، استقرار می‌یابد.

۸. پایگاه امداد ریلی: پایگاه ریلی در مسیر راه آهن سراسر کشور که دسترسی جاده‌ای به آن امکان‌پذیر

نمی‌باشد و با در نظر گرفتن شرایط استقرار پایگاه جاده‌ای استقرار می‌یابد.

ماده ۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اجرای طرح پوشش فراگیر نظام فوریت‌های

پزشکی پیش‌بیمارستانی را به‌گونه‌ای راهبری و ساماندهی نماید که تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی،

اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - زمان رسیدن بر بالین بیمار در شهرها در ۸۰٪ موارد

کمتر از ۸ دقیقه و در جاده‌ها در ۸۰٪ موارد کمتر از ۱۵ دقیقه باشد.

ماده ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است دستورالعمل‌های لازم مربوط به چگونگی ارائه

خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی را حداکثر تا سه ماه پس از تصویب آیین‌نامه تهیه و ابلاغ نماید.

ماده ۴- در اجرای ماده (۸۸) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت - مصوب ۱۳۸۰ - وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی مکلف است در راه‌اندازی پایگاه‌های شهری و جاده‌ای، استفاده از خدمات بخش

غیردولتی را در اولویت قرار دهد، به نحوی که حداقل ۵۰٪ پایگاه‌ها تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - از طریق واگذاری به بخش غیردولتی اداره گردد. تبصره - با توجه به حساسیت مرکز ارتباطات (Dispatch) و مرکز پیام، واگذاری فعالیت‌های واحد یادشده به بخش خصوصی ممنوع می‌باشد.

ماده ۵ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در مناطقی که پایگاه امداد و نجات هلال احمر جمهوری اسلامی ایران حائز شرایط مربوط باشند در چارچوب عقد قرارداد براساس طرح پوشش فراگیر کشور، در پایگاه‌های موجود نسبت به ارائه خدمات اقدام نماید.

ماده ۶ - ارائه خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی به صورت رایگان خواهد بود.

ماده ۷ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به تهیه طرح تفصیلی پوشش فراگیر فوریت‌های پزشکی کشور براساس این آیین‌نامه اقدام و ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این آیین‌نامه به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و سایر مراجع مربوط ابلاغ نماید.

ماده ۸ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با استقرار پایگاه‌های اورژانس در مراکز بهداشتی درمانی روستایی که با پایگاه اورژانس پیش‌بیمارستانی حداقل ۴۰ کیلومتر فاصله دارند و در مسیر راه‌های اصلی کشور قرار ندارند، به روستاییان و عشایر کل کشور خدمات فوریت‌های پزشکی ارائه نماید. ضوابط و شرایط امداد روستایی، عشایری طی دستورالعملی، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هماهنگی معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور اعلام خواهد شد.

ماده ۹ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با توجه به تغییر در تقسیمات کشوری و احداث جاده‌های اصلی جدید هر سال نسبت به بازنگری در طرح پوشش فراگیر نظام فوریت‌های پزشکی در چارچوب موارد یادشده اقدام نماید این تغییرات پس از تأیید معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور با رعایت قوانین و مقررات مربوط قابل اجرا می‌باشد.

ماده ۱۰ - در راستای امدادسانی فوریت‌های پزشکی به مصدومان ناشی از حوادث اعم از شهری، جاده‌ای و

غیرمترقبه، وزارتخانه‌های کشور، راه و ترابری، ارتباطات و فناوری اطلاعات، نیرو، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و همچنین نیروهای نظامی (پس از اخذ مجوز کلی فرماندهی کل قوا) و غیرنظامی و سایر سازمان‌های دولتی و غیردولتی و مؤسسات تابعه، مکلف به همکاری لازم با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشند.

تبصره - مصادیق و نحوه همکاری دستگاه‌های یادشده در قالب تفاهم‌نامه بین وزارت بهداشت و هریک از دستگاه‌ها، تعیین خواهد شد.

ماده ۱۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است جهت ارتقاء سطح علمی و مهارت‌های پرسنل فوریت‌های پزشکی، دوره‌های آموزشی لازم را از طریق دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی در دستور کار خود قرار دهد.

تبصره - وزارت بهداشت برای اعتلای سطح آگاهی‌های مردم در مورد فوریت‌های پزشکی برنامه‌های آموزشی عمومی را از طریق صدا و سیما و یا سایر دستگاه‌های مربوط و یا رسانه‌های جمعی دیگر ارائه خواهد نمود.

ماده ۱۲- پایگاه‌ها و مراکز ارائه‌دهنده خدمات فوریت‌های پیش‌بیمارستانی مکلفند از آمبولانس صرفاً جهت انتقال بیماران و مصدومین به مراکز درمانی استفاده نمایند.

ماده ۱۳- استانداردها و ضوابط مربوط به تعداد افراد شاغل در مراکز ارتباطات، پیام، پایگاه‌های شهری، جاده‌ای، ریلی، هوایی، دریایی، ساحلی و موتوری طی دستورالعملی، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هماهنگی معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور اعلام خواهد شد، تا زمان اعلام دستورالعمل مذکور استانداردها و ضوابط مندرج در آیین‌نامه اجرایی بند (الف) ماده (۱۹۳) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۷۹ - قابل اجرا می‌باشد.

ماده ۱۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است به منظور تکمیل طرح پوشش فراگیر فوریت‌های پزشکی کشور نسبت به ارائه طرح ساماندهی اورژانس بیمارستانی متناسب با طرح ساماندهی اورژانس پیش بیمارستانی کشور به مراجع ذی‌ربط در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی

ایران - مصوب ۱۳۸۳ - اقدام لازم بعمل آورد.

ماده ۱۵ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است:

الف - به منظور انتقال مصدومین نیازمند به خدمات فوریت‌های پزشکی در شرایط بحرانی و همچنین انتقال بیماران و مصدومین از مراکز با امکانات محدود به مراکز تخصصی پزشکی ۵٪ کلیه آمبولانس‌ها اعم از آمبولانس‌های فعال و آمبولانس‌های پشتیبانی اورژانس ۱۱۵ دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی را به‌عنوان واحد مراقبت‌های ویژه سیار یا (MICU) اختصاص دهد.

تبصره - آمبولانس مورد استفاده واحد مراقبت‌های ویژه بایستی دارای شرایط آمبولانس تیپ (C) و یا تیپ (B) با تجهیزات آمبولانس تیپ (C) براساس کتابچه استاندارد خودروی ملی شماره (۴۳۷۴) و مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران باشد.

ب - با توجه به وجود مناطق کوهستانی، سردسیر و صعب‌العبور در کشور، ۱۰٪ کل آمبولانس‌های پیش‌بینی شده تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - را از نوع کم‌دار (4WD) اختصاص دهد.

ج - به‌منظور ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی در حوادث دسته‌جمعی و حوادث غیرمترقبه و لزوم انتقال سریع‌تر بیماران، به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت یک اتوبوس آمبولانس اختصاص دهد.

ماده ۱۶ - سازمان‌های راهداری و حمل و نقل جاده‌ای، بنادر و کشتیرانی و شرکت راه آهن جمهوری اسلامی ایران در تأمین مکان فیزیکی مناسب جهت استقرار پایگاه‌های اورژانس جاده‌ای، دریایی و ریلی، همکاری لازم را به عمل خواهند آورد.

ماده ۱۷ - وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات مکلف است:

الف - کلیه جاده‌های اصلی و کلیه نقاط حادثه‌خیز جاده‌ای را تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - و کلیه جاده‌های فرعی را تا پایان برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران زیر پوشش تلفن همراه قرار دهد.

ب - ارتباطات رادیویی اورژانس کشور را تأمین نماید.

ج - زیرساخت‌های ارتباطی اورژانس کشور را تأمین نماید.

ماده ۱۸- وزارت کشور، شهرداری‌ها و نیروی انتظامی با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری لازم جهت تأمین فضای فیزیکی مناسب و امکانات زیستی را جهت استقرار پایگاه اورژانس شهری و جاده‌ای فراهم آورند.

تبصره - پایگاه‌های شهری، جاده‌ای و روستایی حتی‌الامکان در بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و همچنین مراکز آتش‌نشانی، کلانتری‌ها و مراکز راهنمایی و رانندگی راه‌اندازی شوند.

ماده ۱۹- به منظور ارائه خدمات اورژانس از طریق بالگرد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مکلف است با هماهنگی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح نسبت به تنظیم توافق‌نامه جهت استفاده از امکانات آن نیروها در شرایط عادی و بحران اقدام نماید.

ماده ۲۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است:

کلیه برنامه‌های مندرج در طرح پوشش فراگیر کشور را همه ساله براساس شاخص‌های ذیل و در راستای اهداف کمی برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - پایش نموده و نتایج آن را به مراجع مربوط نظارتی ارائه نماید.

الف - درصد پوشش خدمات پیش‌بیمارستانی در حوادث ترافیکی

ب - درصد افزایش مأموریت‌های اورژانس

پ - میانگین زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیمار

ت - درصد راه‌اندازی پایگاه براساس تقسیم‌بندی سنواتی در قالب پوشش فراگیر

ث - درصد رضایت‌مندی خدمات گیرندگان

ج - میزان ارتقاء آموزشی حین خدمت و بدو خدمت پرسنل

ماده ۲۱- به‌منظور افزایش بهره‌وری و تسریع در ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی مکلف است ظرف مدت شش ماه پس از ابلاغ این آیین‌نامه ساختار ارائه خدمات موجود را بازبینی نموده و پیشنهاد ساختار یکپارچه فوریت‌های پزشکی را به هیئت وزیران ارائه دهد.

ماده ۲۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با هماهنگی معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور ظرف مدت شش ماه طرح چگونگی استفاده از صنعت بیمه در ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی را جهت تصویب، به هیئت وزیران ارائه نماید.

ماده ۲۳- اعتبارات مورد نیاز برای اجرای این تصویب‌نامه توسط معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور همه ساله در بودجه سنواتی پیشنهاد خواهد شد. (۲۶)

طرح تحول نظام سلامت



شکل ۱۳- طرح تحول درمان

بسته‌های طرح تحول - درمان

- برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در بیمارستان‌های مناطق محروم
- برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

- برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- برنامه ترویج زایمان طبیعی
- نظارت بر حسن اجرای برنامه‌های تحول سلامت
- توسعه خدمات اورژانس هوایی

فصل سوم

هدف کلی:

کاهش ۲۰٪ مرگ ناشی از حوادث ترافیکی نسبت به سال پایه (۱۳۹۴) طی ۱۰ سال (تا سال ۱۴۰۴)

اهداف راهبردی:

- هدف ۱: شناسایی و کنترل ریسک فاکتورهای حوادث ترافیکی
- هدف ۲: ارتقای سطح آگاهی، اصلاح نگرش، ایجاد مهارت و صلاحیت^{۳۷} در کاربران راه^{۳۸}
- هدف ۳: ارتقای سطح پوشش عادلانه خدمات پیش‌بیمارستانی در مصدومین حوادث ترافیکی
- هدف ۴: ارتقای کیفیت ارائه خدمات پیش‌بیمارستانی به مصدومین حوادث ترافیکی
- هدف ۵: ارتقای کیفیت ارائه خدمات بیمارستانی به مصدومین حوادث ترافیکی
- هدف ۶: ارتقای نظام جامع اطلاعات مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی
- هدف ۷: توانمندسازی و ارتقای ظرفیت نظام سلامت برای ارائه خدمات بهینه به مجروحان

³⁷ Competency

³⁸ Road Users

منظور از کاربران راه کلیه افرادی است که در معابر رفت و آمد می‌کنند (رانندگان و سرنشینان وسایط نقلیه موتوری سبک و سنگین، موتورسواران، دوچرخه سواران و عابران پیاده)

راهنماها:

➤ هدف ۱: شناسایی و کنترل ریسک فاکتورهای حوادث ترافیکی

▪ راهنماها:

- ارزیابی و اولویت بندی عوامل خطر حوادث ترافیکی در جمعیت تحت پوشش و شناسایی گروه‌های در معرض خطر^{۳۹} تا پایان سال ۲۰۱۸
- شناسایی عوامل خطر حوادث ترافیکی در حوادث ترافیکی پرتلفات^{۴۰} تا پایان سال ۲۰۱۸
- شناسایی عوامل خطر حوادث ترافیکی در رانندگان حرفه‌ای تا پایان سال ۲۰۱۸
- بازنگری معیارهای تایید صلاحیت جسمانی و روحی-روانی متقاضیان اخذ و تمدید گواهینامه رانندگی و پیگیری تصویب الزام اخذ تاییدیه صلاحیت جسمانی و روحی-روانی در رانندگان حرفه‌ای پس از تصادفات منجر به جرح و فوت تا پایان سال ۲۰۱۸
- بازنگری معیارهای تشخیص رانندگی تحت تاثیر مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان، حمایت از تست تصادفی مصرف مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان و راه اندازی مراکز مشاوره و درمان سومصرف مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان برای رانندگان (با تمرکز بر رانندگان حرفه‌ای خاکی در تصادفات منجر به جرح و فوت) تا پایان سال ۲۰۱۸
- مرور قوانین و مقررات جاری ایمنی ترافیکی و تسلیم درخواست بازنگری به مراجع ذیربط ضمن ارائه پیشنهادات اصلاحی

³⁹ ارزیابی و اولویت بندی ریسک فاکتورها و شناسایی گروه‌های در معرض خطر با اولویت مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر

⁴⁰ حوادث ترافیکی با بیش از سه کشته یا بیش از پنج مجروح در این تعریف می‌گنجد.

➤ هدف ۲: ارتقای سطح آگاهی، اصلاح نگرش، ایجاد مهارت و صلاحیت در کاربران راه

▪ راهبردها:

- راه اندازی کمپین‌های پیشگیرانه با هدف کاهش عوامل خطر حوادث ترافیکی^{۴۱} تا پایان سال ۲۰۱۸
- ادغام آموزش‌های خودمراقبتی ترافیکی^{۴۲} در راهنمای ملی خودمراقبتی برای سبک زندگی سالم و آموزش سفیران سلامت خانوار تا پایان سال ۲۰۱۸
- آموزش مردم در خصوص پیشگیری از حوادث ترافیکی، اقدامات اولیه در مواجهه با آن و شیوه‌های صحیح جابجایی مصدومین حوادث ترافیکی در قالب به‌کارگیری ظرفیت رسانه‌های دیداری، شنیداری و شبکه‌های اجتماعی تا پایان سال ۲۰۱۸
- ادغام آموزش‌های خودمراقبتی ترافیکی در راهنمای آموزش جامع سلامت در مدارس (از پیش‌دبستانی تا پایان دبیرستان) تا پایان سال ۲۰۱۸
- برگزاری دوره‌های آموزشی و اجرای کمپین‌های اختصاصی برای رانندگان ناوگان حمل و نقل عمومی و راکبان موتورسیکلت در جهت اصلاح رفتارهای پرخطر تا پایان سال ۲۰۱۸

➤ هدف ۳: ارتقای سطح پوشش عادلانه خدمات پیش‌بیمارستانی در مصدومین حوادث ترافیکی

▪ راهبردها:

^{۴۱} سرعت، کمربند ایمنی، کلاه ایمنی، صندلی مخصوص کودک، رانندگی تحت تاثیر الکل و مخدر، استفاده از تلفن همراه و دیده نشدن.

^{۴۲} مشتمل بر روش‌های صحیح حمل مصدوم و راهنمایی‌های ضروری (بایدها و نبایدها) برای ناظرین حوادث ترافیکی (Bystanders) و مردم عادی (Laypeople)

- مدیریت واحد و یکپارچه خدمات امدادی (ایجاد شماره واحد ملی امدادی^{۴۳} و دیسپچ مشترک) در ۱۵ استان کشور تا پایان سال ۲۰۱۸
- هماهنگی جهت اختصاص فضای مناسب برای استقرار واحد اورژانس در پایگاه‌های آتش‌نشانی به- منظور ارتقای سطح امداد و نجات مصدومین حوادث رانندگی در مناطق شهری و اقدام به‌منظور استقرار تجهیزات و نیروی انسانی اورژانس در پایگاه‌ها^{۴۴} تا پایان سال ۲۰۱۸
- افزایش درصد پوشش مصدومین حوادث ترافیکی به ۹۰٪ تا پایان سال ۲۰۱۸
- گسترش تعداد پایگاه‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی به ۲۸۰۴ پایگاه^{۴۵} تا پایان سال ۲۰۱۸
- گسترش تعداد پایگاه‌های آمبولانس هوایی به ۴۴ پایگاه^{۴۶} تا پایان سال ۲۰۱۸
- گسترش تعداد موتورلانس به ۲۰۰ دستگاه^{۴۷} تا پایان سال ۲۰۱۸
- گسترش و نوسازی ناوگان آمبولانس‌های اورژانس زمینی^{۴۸} به ۵۱۵۸ دستگاه^{۴۹} تا پایان سال ۲۰۱۸
- بهره‌گیری از ۸۰۰ دستگاه آمبولانس کمک‌دار (4WD)^{۵۰} برای مناطق کوهستانی، سردسیر و صعب-العبور تا پایان سال ۲۰۱۸

⁴³ Universal Access Number(UAN)

⁴⁴ دستگاه مجری: شهرداری، دستگاه ناظر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی(زمانبندی اجرا: شش ماه)

⁴⁵ تعداد پایگاه‌های اورژانس زمینی تا پایان سال ۱۳۹۸، ۲۸۰۴ (۱۰۶۵ پایگاه شهری، ۱۷۳۹ جاده‌ای) و تا پایان قانون برنامه ششم توسعه: ۳۰۰۸ پایگاه

⁴⁶ تعداد پایگاه‌های اورژانس هوایی تا پایان سال ۱۳۹۸: ۴۴ پایگاه

⁴⁷ به ازای هر پایگاه شهری در کلانشهرها(تهران، شیراز، مشهد، تبریز، اصفهان، اهواز، کرج و قم) یک دستگاه موتورلانس.

⁴⁸ در قانون بودجه سال ۹۴ مصوب گردید عوارض واردات خودروهای سواری به میزان پنج‌درصد (۵٪) قیمت تحویل روی کشتی در مبدأ (فوب) افزایش و درآمد حاصله پس از واریز به حساب خزانه‌داری کل کشور تا سقف یک هزار و پانصد میلیارد ریال به‌منظور تأمین آمبولانس مورد نیاز اورژانس کشور در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد.

⁴⁹ تعداد آمبولانس‌های اورژانس زمینی به ازای هر پایگاه شهری دو دستگاه و به ازای هر پایگاه جاده‌ای یک دستگاه برآورد و در مجموع به ازای هر سه دستگاه آمبولانس، یک دستگاه آمبولانس رزرو محاسبه شده‌است.

- تجهیز ۳۷۰ پایگاه سلامت^{۵۱} برای پوشش جامعه روستایی، عشایری و شهری با جمعیت زیر ۵۰ هزار نفر کشور با اولویت روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر و تامین نیروی انسانی کارآمد تا پایان سال ۲۰۱۸

➤ هدف ۴: ارتقای کیفیت ارائه خدمات پیش‌بیمارستانی به مصدومین حوادث ترافیکی

▪ راهبردها:

- کاهش میانگین زمان رسیدن به صحنه حادثه به ۸ دقیقه در شهرهای بزرگ، ۷ دقیقه در شهرهای کوچک و ۱۴ دقیقه در جاده‌ها و راه‌های روستایی در ۹۰٪ ماموریت‌های پیش‌بیمارستانی تا پایان سال ۲۰۱۸
- کاهش میانگین زمان انتقال مصدوم حادثه ترافیکی به سانتر درمانی مناسب به ۲۰ دقیقه^{۵۲} در ۹۰٪ ماموریت‌های پیش‌بیمارستانی تا پایان سال ۲۰۱۸
- الزام ۹۰٪ تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی به کسب مهارت مدیریت بیمار ترومایی تا پایان سال ۲۰۱۸
- تجهیز ناوگان اورژانس کشور به ۱۰۰ دستگاه آمبولانس MICU^{۵۳} و ۵۰ دستگاه NICU^{۵۴} تا پایان سال ۲۰۱۸
- تجهیز ۱۰۰ درصد آمبولانس‌ها به دستگاه GPS^{۵۵} تا پایان سال ۲۰۱۸

^{۵۰} در زمستان ۱۳۹۴، تعداد ۴۰۰ دستگاه آمبولانی کم‌کدار توزیع گردید.

^{۵۱} تعداد پایگاه‌های سلامت تا پایان برنامه ششم توسعه: ۴۵۰ پایگاه

^{۵۲} Transport Time

^{۵۳} Mobile Intensive Care Unit(MICU)

^{۵۴} Neonatal Intensive Care Unit(NICU)

^{۵۵} Global Positioning System(GPS)

- تجهیز ۱۰۰ درصد آمبولانس‌ها به استانداردهای احیا و مدیریت بیماران بحرانی (دستگاه AED)^{۵۶} تا پایان سال ۲۰۱۸

- راه‌اندازی مرکز مانیتورینگ مراقبت‌های مدیکال (MCMC)^{۵۷} در کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور^{۵۸} تا پایان سال ۲۰۱۸

- تامین ۱۵ فروند بالگرد اورژانس^{۵۹} با قابلیت پرواز در شب تا پایان سال ۲۰۱۸

- اصلاح نظام پرداخت پرسنل اورژانس پیش‌بیمارستانی متناسب با نوع عملکرد تا پایان سال ۲۰۲۵

➤ هدف ۵: ارتقای کیفیت ارائه خدمات بیمارستانی به مصدومین حوادث ترافیکی

▪ راهبردها:

- سطح‌بندی بیمارستان‌ها^{۶۰} بر اساس سطح توانمندی پاسخ به بیماران ترومایی با اولویت مصدومین حوادث ترافیکی تا پایان سال ۲۰۱۶

- راه‌اندازی پنج تروما سنتر تا پایان سال ۲۰۲۵

- کاهش میانگین زمان توقف اورژانس پیش‌بیمارستانی حامل مصدومین حوادث ترافیکی در بیمارستان به زیر ۱۰ دقیقه تا پایان سال ۲۰۱۸

⁵⁶ Automated External Defibrillator(AED)

⁵⁷ Medical Care Monitoring Center(MCMC)

⁵⁸ بمنظور ارتقای فرآیند هدایت مصدومان حوادث ترافیکی از لحظه تحویل به اورژانس تا تریاژ بیماران.

⁵⁹ ۳۰٪ بالگردهای اورژانس هوایی باید در شب داشته باشند. هزینه تجهیز نمودن هر بالگرد به ناوبری دید در شب، در سال ۱۳۹۴، دویست میلیارد ریال (معادل دو میلیارد تومان) می‌باشد.

⁶⁰ بیمارستانها بر اساس سطح پاسخ به بیمار ترومایی به سه سطح تقسیم می‌شود.

- ایجاد دیسپچ مشترک اورژانس پیش‌بیمارستانی، بیمارستانی به‌منظور مدیریت انتقال بیماران اورژانس از طریق نرم افزار اطلاعاتی آن‌لاین تا پایان سال ۲۰۱۸
- ایجاد تشکیلات مصوب اورژانس تا پایان سال ۲۰۱۸
- ارتقای سطح توانمندی پرسنل تریاژ جهت اولویت‌بندی صحیح در ۹۰ درصد مراجعات تا پایان سال ۲۰۱۸
- اصلاح ساختار فیزیکی در ۱۰۰ درصد اورژانس‌های بیمارستانی متناسب با استانداردهای ملی تا سال ۲۰۲۵
- ظرفیت‌سازی به‌منظور حضور موثر تیم ترومای انسجام یافته و نظامند بر اساس سطح‌بندی بیمارستان‌ها مطابق با استانداردهای تعریف شده تا پایان سال ۲۰۲۰
- کاهش زمان تعیین تکلیف مصدومین حوادث ترافیکی (Disposition) بستری در اورژانس به زیر ۶ ساعت در ۹۰ درصد بیمارستان‌ها و ۱۰۰ درصد بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی تا پایان سال ۲۰۱۸
- تهیه الگوریتم یکسان (Clinical Practice / Guideline) برای بستری مصدومین حوادث ترافیکی در (بخش مراقبت ویژه و سایر بخش‌ها) و اجرای آن در ۱۰۰ درصد بیمارستان‌ها تا پایان سال ۲۰۱۸
- تامین نیروی پرستار باتجربه^{۶۱} در ۱۰۰ درصد بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی تا پایان سال ۲۰۱۸

⁶¹ ممنوعیت فعالیت درمانی دانشجویان پرستاری در بخش اورژانس.

حداکثر ۳۰٪ پرسنل پرستاری بخش اورژانس می‌توانند از نیروهای طرحی با حداقل یک سال سابقه کار باشند. لازم است این نیروها به صورت یکتواخت در شیفت‌های کاری توزیع شوند و پرسنل پیمانی و رسمی در سال اول فعالیت حرفه‌ای نباید در بخش اورژانس به کار گرفته شوند مگر اینکه در طی دوره طرح نیروی انسانی در اورژانس ارائه خدمت نموده باشند. پرستار باتجربه می‌بایست دوره‌های استاندارد مراقبت از بیماران ترومایی را گذرانده باشد.

- بهبود کیفیت ارائه خدمات تخصصی^{۶۲} در ۷۰ درصد بیمارستان‌ها و ۱۰۰ درصد بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی تا پایان سال ۲۰۱۸
- تامین نیروی متخصص طب اورژانس تمام‌وقت (۲۴ ساعت در روز و ۷ روز هفته) در ۱۰۰ درصد بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی تا پایان سال ۲۰۱۸
- افزایش تعداد تخت‌های بستری مرتبط با تروما به میزان ۵۰ درصد سال پایه تا پایان سال ۲۰۲۵
- راه‌اندازی حداقل سه مرکز توانبخشی بیماران ترومایی ویژه مصدومین حوادث ترافیکی در سطح کشور تا پایان سال ۲۰۲۵

➤ هدف ۶: ارتقای نظام جامع اطلاعات مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی

▪ راهبردها:

- به‌روز رسانی و گسترش بانک اطلاعاتی مصدومین حوادث ترافیکی در کلیه بیمارستان‌ها اعم از دولتی و خصوصی تا پایان سال ۲۰۲۰
- تهیه و انتشار سال‌نامه آماری مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی^{۶۳} تا پایان سال ۲۰۲۰

⁶² در تمامی مراکز اورژانس بیمارستانی با مراجعه بالای ۳۰ هزار نفر در سال بکارگیری نیروی متخصص طب اورژانس توسط دانشگاه در اولویت نسبت به سایر بیمارستان‌های تابعه بوده و ترتیبی اتخاذ گردد که در هنگام ساعات شلوغی و ازدحام بیماران، نفر دوم متخصص طب اورژانس به شیفت اضافه گردد.

در بخش اورژانس مراکز آموزشی، درمانی، ویزیت و دستورات پزشک بایستی توسط دستیاران سال ۲ و یا بالاتر در تمامی رشته‌های تخصصی از جمله طب اورژانس صورت پذیرد و دستورات کارورزان و یا دستیاران سال اول قابل اجرا نمی‌باشد.

⁶³ نظر به اینکه مبنای برآوردهای سازمان جهانی بهداشت از فوتی‌های حوادث ترافیکی آمار منتشره وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب سیمای کشوری مرگ می‌باشد. به روز رسانی و انتشار بموقع با پوشش حداقل ۸۰٪ سیمای مرگ مانع از برآوردهای غیرواقعی سازمان جهانی بهداشت و موجب تبیین جایگاه واقعی کشور در رتبه بندی بین‌المللی بر اساس میزان مرگ و میر به ازای یکصد هزار نفر جمعیت می‌شود.

- راه‌اندازی سیستم ثبت اطلاعات مصدومین (Trauma Registration System) با اولویت حوادث ترافیکی در سه بیمارستان دانشگاهی تا پایان سال ۲۰۲۵
 - پژوهش و امکان‌سنجی^{۶۴} طراحی سیستم رجیستری اختصاصی (از نوع Quality registry ها) تا پایان سال ۲۰۱۸
 - راه‌اندازی نظام پی‌گیری ۳۰ روزه ثبت اطلاعات مصدومین (پی‌گیری وضعیت سلامت مصدومین حوادث ترافیکی تا ۳۰ روز پس ترخیص) در ۱۰۰ درصد بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی تا پایان سال ۲۰۲۵
- هدف ۷: توانمندسازی و ارتقای ظرفیت نظام سلامت برای ارائه خدمات بهینه به مجروحان
- راهبردها:
 - الزام پرسنل نظام سلامت در رده‌های مختلف (از بهورز تا جراح متخصص مغز و اعصاب) به کسب مهارت‌های مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) تا پایان سال ۲۰۱۸
 - الزام کلیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی به کسب مهارت‌های پیش‌بیمارستانی مدیریت بیماران ترومایی^{۶۵} (با اولویت حوادث ترافیکی) تا پایان سال ۲۰۱۸
 - الزام پرستاران شاغل در اورژانس به کسب مهارت مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) در بدو خدمت در بخش اورژانس بیمارستان تا پایان سال ۲۰۱۸

⁶⁴ Feasibility Study

⁶⁵ PHTLS(Pre Hospital Trauma Life Support)

- الزام پزشکان شاغل در اورژانس به کسب مهارت مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) در بدو خدمت در بخش اورژانس بیمارستان تا پایان سال ۲۰۱۸
- گنجاندن واحد درسی مهارت مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) در کوریکولوم آموزشی مصوب دانشجویان گروه پزشکی تا پایان سال ۲۰۲۵
- ایجاد و پذیرش دانشجو در حداقل ۳ رشته کارشناسی ارشد^{۶۶} (حداقل یکی از این رشته‌ها می‌تواند جهت آموزش مدیران ذیربط در نظر گرفته شود) تا پایان سال ۲۰۱۸
- راه اندازی رشته‌های دکتری تخصصی (Ph.D.) در زمینه ایمنی ترافیک با گرایش‌های مرتبط و لحاظ نمودن بعد چند بخشی بودن رشته در پذیرش دانشجو تا پایان سال ۲۰۲۰
- گنجاندن درس دو واحدی در زمینه اپیدمیولوژی و ارتقای ایمنی ترافیکی جهت رشته‌های موجود در سطح تحصیلات تکمیلی مرتبط با علوم بهداشتی و رشته‌های مرتبط با تروما و حوادث مانند سلامت در بلایا، طب اورژانس و... به صورت اختیاری و یا اجباری با صلاحدید هر دانشگاه تا پایان سال ۲۰۲۰

ظرفیت‌سازی: گام‌های سازمانی در سال نخست برنامه

- دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند بودجه‌های تخصیص داده‌شده در سال نخست برنامه را به‌منظور پیشگیری از رخداد سوانح ترافیکی برای ارزیابی و اولویت‌بندی ریسک فاکتورها، شناسایی گروه‌های در معرض خطر و افزایش سطح آگاهی، اصلاح نگرش، ایجاد مهارت و صلاحیت در کاربران راه در جامعه تحت پوشش به‌کار برند.

⁶⁶ رشته همه‌گیری‌شناسی و پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی، سلامت روان و حوادث ترافیکی، مدیریت و اقتصاد سلامت در حوادث ترافیکی

➤ چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی به منظور فراهم نمودن امکان مراقبت یکپارچه از مصدومین حوادث ترافیکی و ارائه خدمات پیشگیرانه در هر سه سطح نیازمند ارتقای ظرفیت عملکردی، به روز رسانی امکانات، تجهیزات و منابع ساختاری و ایجاد تمهیدات لازم برای کارآمدسازی نیروی انسانی است تا موجب کاهش بار ناشی از حوادث ترافیکی در کشور گردد. بدین شیوه دستیابی به اهداف زیر امکان پذیر می‌گردد:

- ✓ گسترش خدمات پیشگیری از رخداد تصادفات و آسیب‌های ناشی از حوادث ترافیکی
- ✓ افزایش عادلانه پوشش خدمات نظام سلامت برای آسیب‌دیدگان سوانح ترافیکی
- ✓ بهبود پیامد بالینی خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی
- ✓ بهبود پیامد بالینی خدمات توانبخشی و بازتوانی
- ✓ حمایت روانی- اجتماعی از مصدومین حوادث ترافیکی
- ✓ و افزایش سطح رضایت‌مندی مردم

➤ دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند کلیه مدیران اجرایی، ارائه‌دهندگان خدمات، مردم و سیاست‌گذاران محلی را از اهداف «چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی» آگاه سازند و آموزش‌های لازم را متناسب با نیازهای هریک از رده‌های پیش‌گفت ارائه نمایند، به گونه‌ای که پیش از اجرای برنامه‌های «چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی» سطوح دانشگاهی و شهرستانی، آمادگی لازم برای اجرای آن را داشته و آموزش‌های لازم را دریافت نموده باشند.

➤ دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند بودجه‌های تخصیص یافته از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را به منظور اجرایی نمودن اهداف «چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی» در بخش ظرفیت‌سازی صرف ایجاد و به‌روزرسانی زیرساخت‌ها شامل ظرفیت ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی، بیمارستانی و توانبخشی و بازتوانی،

آموزش، پیاده‌سازی نظام‌های جامع اطلاعاتی و فراهم‌سازی نظام پایش و نظارت مستمر به‌منظور اصلاح فرآیندها کنند.

➤ دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور تلاش خود را خواهند نمود تا اکثر منابع مورد نیاز به‌منظور اجرایی نمودن اهداف «چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی» را از منابع و زیرساخت‌های خود دانشگاه تامین نمایند. این موارد شامل نیروی انسانی کارآمد، زیرساخت‌های اطلاعاتی و منابع مالی در اختیار خواهد بود.

➤ دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند شیوه‌های طراحی برنامه‌های مداخله‌ای را به کارشناسان ستادی در حوزه‌های معاونت‌های بهداشت، درمان، آموزش و تحقیقات و فناوری اطلاعات در سطح دانشگاهی، در حوزه مرکز بهداشت استان، پایگاه‌های اورژانس پیش-بیمارستانی و بیمارستان‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح استان و شهرستان آموزش دهند تا به این وسیله امکان برنامه‌ریزی از پایین به بالا فراهم شود.

ساختار شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش در حوزه حوادث ترافیکی در سطح دانشگاه / ساختار شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی در سطح شهرستان

➤ کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و کارگروه کاهش بار حوادث ترافیکی، هر دو در سطح ملی، ابزارهای اصلی سیاست‌گذاری و نظارت بر اجرای سیاست‌ها می‌باشند و به‌هیچ وجه قصد ورود به حوزه اجرا را نخواهند داشت.

- ساختارهای میانه‌ای پیشنهادی در حوزه حوادث ترافیکی همانند شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش دانشگاه و شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش شهرستان، در بخش اجرا به مجریان و در بخش نظارت به سیاست‌گذاران کمک خواهد نمود. بدیهی است این شبکه‌ها بنا به تصمیم‌گیری کارگروه کاهش بار حوادث ترافیکی و کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر با سایر شبکه‌های آموزش، ارائه خدمت و پژوهش در حوزه بیماری‌های غیرواگیر قابل ادغام خواهد بود.
- شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش دانشگاه زیر نظر روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و با حضور معاونان بهداشت، درمان، آموزشی، غذا- دارو، پژوهشی و پشتیبانی آن دانشگاه تشکیل می‌شود و علاوه بر رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه و مدیر روابط عمومی دانشگاه، دبیر کمیسیون ایمنی راه‌های استان، نماینده صدا و سیما استان و همکارانی از انجمن‌های علمی و سازمان‌های مردم‌نهاد⁶⁷ مصوب و مراکز تحقیقات مرتبط با پیشگیری و مدیریت حوادث ترافیکی در آن حضور دارند.
- وظایف شبکه دانشگاهی عبارتند از: همکاری با شبکه شهرستانی در فرآیند آموزش و ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی، گردهم آوردن شبکه‌های شهرستانی برای تبادل تجارب موفق (BestPractice)، جذب منابع مردمی و جلب حمایت افراد تاثیرگذار و شخصیت‌های محبوب.
- شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش شهرستان زیر نظر مدیر شبکه بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور با مشارکت پزشکان، مدیران، افراد محلی، نمایندگان بخش‌های خصوصی و دولتی مرتبط با ایمنی راه‌ها تشکیل می‌گردد و بازماندگان حوادث ترافیکی علاقمند نیز در آن شرکت می‌کنند تا این طیف گسترده اعضا باعث کاربردی شدن اهداف «چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی» در عمل گردد. وظایف شبکه شهرستان عبارتند از: همکاری با شبکه دانشگاهی، جذب منابع مردمی و جلب حمایت افراد تاثیرگذار و شخصیت‌های محبوب.

⁶⁷ NGO(Non Governmental Organization)

➤ شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش دانشگاه و شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش شهرستان توسط کمیته استانی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به مدت ۳ سال تشکیل و حمایت می‌شود و بر موارد زیر تمرکز خواهد داشت.

✓ پایش شاخص‌های عملکردی

✓ طراحی مداخلات موثر و هزینه اثربخش با همکاری سایر حوزه‌های متولی ایمنی راه‌ها

✓ حصول اطمینان از مشارکت فعال و همه جانبه همه سازمان‌ها در بهبود خودمراقبتی

✓ تاکید بر اقدامات همه گیر و جامع به منظور افزایش سطح سواد سلامت جامعه به منظور ارتقای

ایمنی و پیشگیری از حوادث ترافیکی

✓ هدایت اقدامات منتج به تغییرات در فرهنگ سلامت مردم

✓ اصلاح وبازبینی شرح وظایف مدیران، متخصصان، ارائه دهندگان خدمات سلامت (پزشکان،

پرستاران، فیزیوتراپیست‌ها، مراقبان سلامت و بهورزان) در پیشگیری از حوادث ترافیکی

✓ ایجاد و اجرای نظام پایش و ارزشیابی با اهداف بومی و ملی

✓ بسیج و جذب منابع محلی به منظور گسترش دسترسی مردم به خدمات با کیفیت

✓ تبادل اطلاعات و تجربیات شبکه‌ها به منظور بهینه‌سازی استفاده از منابع

➤ دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند با ایجاد محیط آموزشی مناسب

فرصتی را برای اعضای شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و شبکه آموزش،

ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی شهرستان فراهم آورد که اعضا بتوانند به تبادل تجارب اجرایی

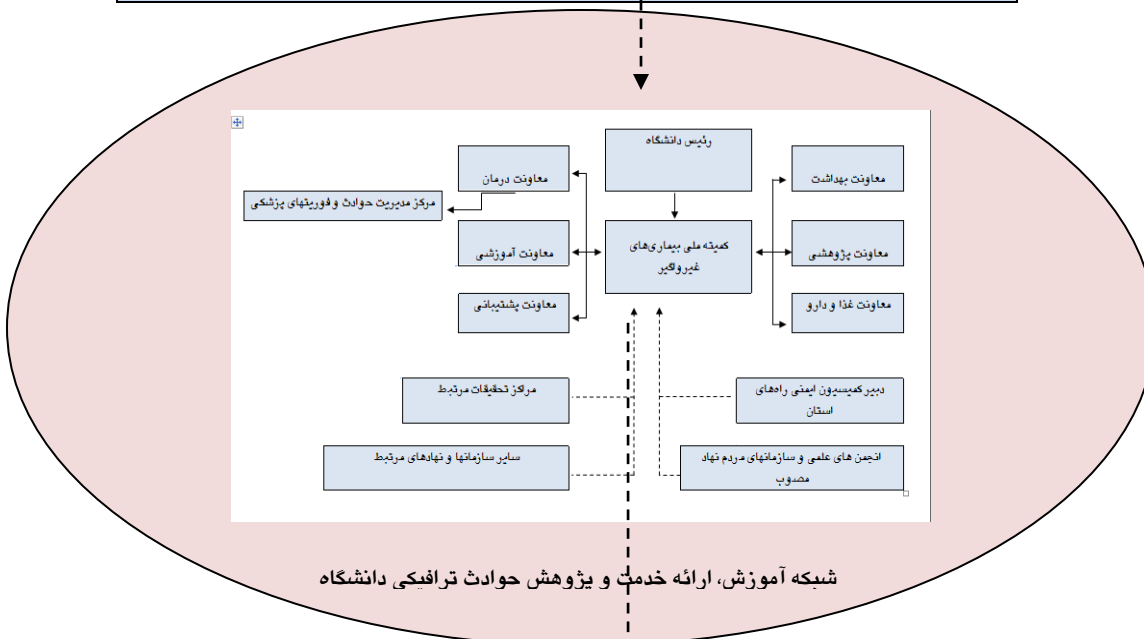
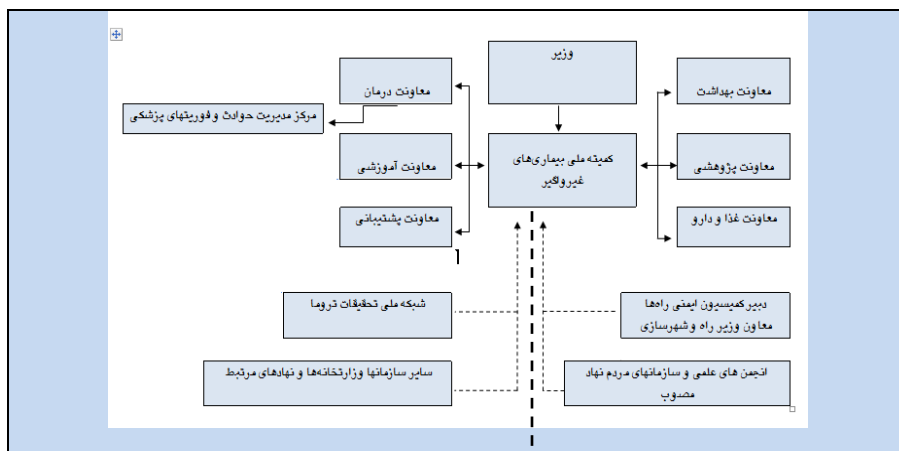
پرداخته و در نتیجه از موفقیت و مشکلات یکدیگر بیاموزند.

➤ نشست‌های ادواری بین سطوح ملی با استانی و استانی با شهرستانی، نقش مهمی در موفقیت

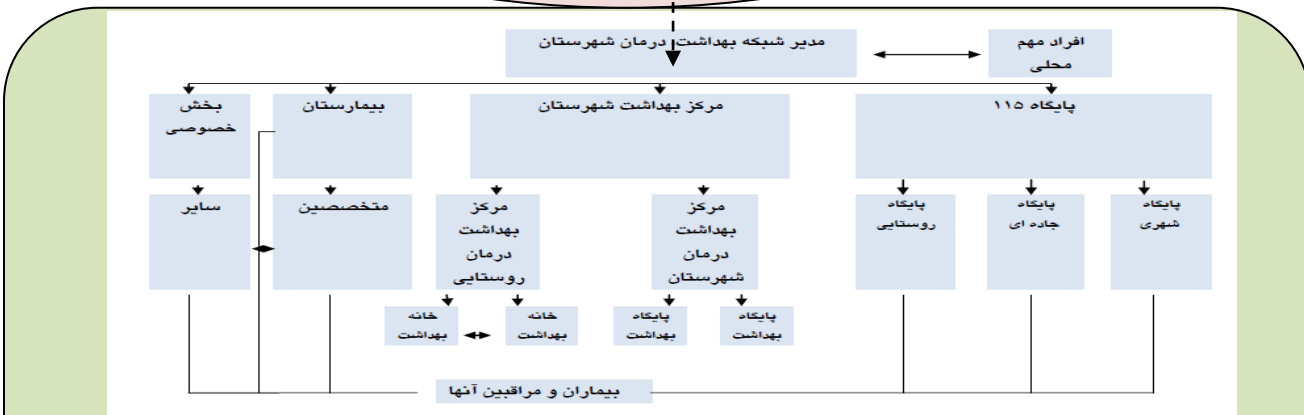
شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش دارد و از طریق آن‌ها می‌توان اطمینان حاصل نمود که اولویت‌ها و

موانعی که توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شناخته شده‌اند همچنان در اولویت قرار دارند.

- راه‌اندازی سامانه ثبت تجارب مصدومین حوادث ترافیکی (Citizen's Voice)، نیازسنجی عمومی (Need Assessment)، کسب نقطه نظرات مردم و بازماندگان حوادث ترافیکی نیز می‌تواند به تعیین اولویت‌ها به-منظور ارتقای کیفیت خدمات پیشگیری، پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی یاری رساند.



شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه



شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی شهرستان

شکل ۱۴- ساختار شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و شهرستان

استانداردهای چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی

- پیشگیری استاندارد ۱: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند نسبت به ارزیابی و اولویت‌بندی عوامل خطر حوادث ترافیکی در جمعیت تحت پوشش اقدام و گروه‌های در معرض خطر حوادث ترافیکی را شناسایی نمایند.
- استاندارد ۲: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند با همکاری و مشارکت کمیسیون ایمنی راه‌های استان نسبت به شناسایی عوامل خطر حوادث ترافیکی در حوادث پرتلفات و رانندگان حرفه‌ای اقدام و جهت پیشگیری از رخداد آن برنامه‌ریزی و مداخله نمایند.
- استاندارد ۳: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند با همکاری و مشارکت اعضای کمیته آموزش و فرهنگ اجتماعی کمیسیون ایمنی راه‌های استان با بهره‌گیری از توان سازمان‌های مردم‌نهاد نسبت به طراحی کمپین‌های پیشگیرانه با تمرکز بر ریسک فاکتورهای اصلی حوادث ترافیکی اقدام و ضمن حمایت و بازاریابی اجتماعی برای اجرای بهینه، مستندسازی، پایش و ارزشیابی و اصلاح مستمر آن را برعهده بگیرند.
- استاندارد ۴: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید با همکاری و مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به تدوین و ادغام آموزش‌های خودمراقبتی ترافیکی در راهنمای ملی خودمراقبتی برای سبک زندگی سالم اقدام نماید.
- استاندارد ۵: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند نسبت به اجرای برنامه آموزش سفیران سلامت خانوار با اولویت‌های منطقه‌ای اقدام نمایند.
- استاندارد ۶: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی باید برای آموزش عمومی اصول پیشگیری از حوادث، اقدامات اولیه در برخورد با حوادث ترافیکی و شیوه‌های صحیح جابجایی مصدومین حوادث ترافیکی در قالب به‌کارگیری ظرفیت رسانه‌های دیداری، شنیداری و شبکه‌های اجتماعی اقدام نماید.

استاندارد ۷: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی باید با همکاری و مشارکت ادارات آموزش و پرورش استان نسبت به تدوین راهنماهای آموزشی برای دانش‌آموزان، معلمان و مربیان و والدین و ادغام آموزش‌های خودمراقبتی ترافیکی در راهنمای آموزش جامع سلامت در مدارس (از پیش‌دبستانی تا پایان دبیرستان) اقدام نماید.

استاندارد ۸: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی باید با همکاری و مشارکت سایر اعضای کمیته آموزش و فرهنگ اجتماعی کمیسیون ایمنی راه‌های استان با بهره‌گیری از توان سازمان‌های مردم‌نهاد نسبت به اصلاح رفتارهای پرخطر رانندگان ناوگان حمل و نقل عمومی و راکبان موتورسیکلت در قالب برگزاری دوره‌های آموزشی و اجرای کمپین‌های اختصاصی اقدام نماید.

استاندارد ۹: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند به منظور ارتقای سطح دانش پیشگیری از مصدومیت‌ها و مدیریت مناسب بیماران ترومایی واحدهای درسی مرتبط را بر حسب صلاحدید قطب علمی مرتبط در کوریکولوم آموزشی دانشجویان گروه پزشکی ارائه نماید.

استاندارد ۱۰: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری پلیس راهنمایی و رانندگی نسبت بازننگری معیارهای تایید صلاحیت جسمانی و روحی-روانی متقاضیان اخذ و تمدید گواهینامه رانندگی اقدام و با هماهنگی کمیسیون ایمنی راه‌ها فرایند تصویب ضرورت اخذ تاییدیه صلاحیت جسمانی و روحی-روانی مجدد در رانندگان حرفه‌ای پس از تصادفات منجر به جرح و فوت را در قانون پیگیری نماید.

استاندارد ۱۱: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری پلیس راهنمایی و رانندگی نسبت به بازننگری معیارهای تشخیص رانندگی تحت تاثیر مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان اقدام و ضمن حمایت از تست تصادفی مصرف مواد مخدر، الکل و داروهای

روانگردان نسبت به صدور مجوز راه‌اندازی مراکز مشاوره و درمان سومصرف مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان برای رانندگان (با تمرکز بر رانندگان حرفه‌ای خاکی در تصادفات منجر به جرح و فوت) اقدام نماید.

استاندارد ۱۲: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به‌عنوان متولی بخش سلامت قوانین و مقررات جاری ایمنی ترافیکی را مرور و درخواست بازنگری قوانین مربوطه را همراه با پیشنهادات اصلاحی به مراجع ذیربط تسلیم نماید.

پوشش استاندارد ۱۳: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با جلب همکاری و مشارکت اورژانس کشور، هلال احمر، آتش‌نشانی و پلیس ترافیک نسبت به ایجاد شماره واحد ملی امدادی و دیسپچ مشترک اقدام نماید.

استاندارد ۱۴: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند به‌منظور ارتقای خدمات امداد و نجات مصدومین حوادث رانندگی با هماهنگی پایگاه‌های آتش‌نشانی جهت اختصاص فضای مناسب در مناطق شهری نسبت به استقرار واحد اورژانس و تامین تجهیزات و نیروی انسانی پایگاه‌های اورژانس اقدام نماید.

استاندارد ۱۵: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری و مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به افزایش درصد پوشش مصدومین حوادث ترافیکی در قالب گسترش پایگاه‌های هوایی و زمینی، گسترش و نوسازی آمبولانس‌های اورژانس زمینی، گسترش ناوگان موتورلانس و تامین آمبولانس کم‌مدار بسته به شرایط اقلیمی منطقه اقدام نماید.

استاندارد ۱۶: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند نسبت به تجهیز پایگاه‌های سلامت برای پوشش جامعه روستایی، عشایری و شهری موجود در روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۵۰ هزار نفر کشور با اولویت روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰

هزار نفر و تامین نیروی انسانی کارآمد اقدام نماید.

کیفیت ارائه
مراقبت

استاندارد ۱۷: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند با جلب همکاری و مشارکت سایر اعضای کمیسیون ایمنی راه‌های استان به‌ویژه پلیس راهنمایی و رانندگی، تمهیدات لازم به‌منظور کاهش میانگین زمان رسیدن به صحنه و کاهش میانگین زمان انتقال مصدوم حادثه ترافیکی به سانتر درمانی مناسب را با تمرکز بر جاده‌ها و راه‌های روستایی فراهم آورند.

استاندارد ۱۸: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند تمهیدات لازم به‌منظور کاهش زمان توقف اورژانس پیش‌بیمارستانی حامل مصدومین حوادث ترافیکی در بیمارستان‌ها را فراهم آورند.

استاندارد ۱۹: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند تمهیدات لازم به‌منظور کسب مهارت مدیریت بیمار ترومایی را برای تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی فراهم آورند.

استاندارد ۲۰: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ناوگان اورژانس را به دستگاه GPS، AED مجهز و تمهیدات لازم برای گسترش آمبولانس‌های MICU و NICU را فراهم آورند.

استاندارد ۲۱: کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظف به راه‌اندازی مرکز مانیتورینگ مراقبت‌های مدیکال (MCMC) می‌باشند.

استاندارد ۲۲: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ناوگان اورژانس هوایی را به بالگردهای اورژانس با قابلیت پرواز در شب مجهز نماید.

استاندارد ۲۳: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های

علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به اصلاح نظام پرداخت پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی متناسب با نوع عملکرد آن‌ها و بر اساس خروجی‌های کمیته مرگ و میر (M&M) اقدام و مداخلات لازم برای کاهش موارد مرگ‌های قابل پیشگیری را اعمال نماید.

استاندارد ۲۴: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند کارکنان نظام سلامت سراسر کشور را در رده‌های مختلف ملزم به کسب مهارت مدیریت بیمار ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) نمایند.

استاندارد ۲۵: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند در بدو خدمت پزشکان و پرستاران در بخش اورژانس بیمارستان آنان را ملزم به کسب مهارت مدیریت بیمار ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) نمایند.

استاندارد ۲۶: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به سطح‌بندی بیمارستان‌ها بر اساس سطح توانمندی پاسخ به بیماران ترومایی با اولویت مصدومین حوادث ترافیکی اقدام نماید.

استاندارد ۲۷: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تمهیدات لازم برای تبدیل بیمارستان‌های با سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی به تروما سنترهای استاندارد را فراهم آورد.

استاندارد ۲۸: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظف به راه‌اندازی دیسپچ مشترک اورژانس پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی به‌منظور مدیریت انتقال بیماران اورژانس از طریق نرم افزار اطلاعاتی آنلاین می‌باشند.

استاندارد ۲۹: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی باید شرایط لازم برای ارتقای سطح توانمندی پرسنل تریاژ جهت اولویت‌بندی صحیح مصدومان را فراهم آورند.

استاندارد ۳۰: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند با همکاری وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به اصلاح ساختار فیزیکی اورژانس بیمارستانی متناسب با استانداردهای ملی اقدام نمایند.

استاندارد ۳۱: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظف به ظرفیت-سازی به منظور حضور موثر تیم ترومای انسجام یافته و نظامند بر اساس سطح بندی بیمارستان‌ها می‌باشند.

استاندارد ۳۲: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظف به تامین امکانات لازم به منظور کاهش زمان تعیین تکلیف مصدومین حوادث ترافیکی بستری در اورژانس بیمارستانی می‌باشند.

استاندارد ۳۳: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به تهیه الگوریتم یکسان برای بستری مصدومین حوادث ترافیکی در (بخش مراقبت ویژه و سایر بخش‌ها) اقدام نماید.

استاندارد ۳۴: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به تامین نیروی پرستار با تجربه با اولویت بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی اقدام نماید.

استاندارد ۳۵: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند اقدامات لازم برای بهبود کیفیت ارائه خدمات تخصصی به بیماران ترومایی را فراهم آورند.

استاندارد ۳۶: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به تامین نیروی متخصص طب اورژانس تمام وقت با اولویت بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی اقدام نماید.

استاندارد ۳۷: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های

علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به افزایش تعداد تخت‌های بستری مرتبط با تروما در کلیه بیمارستان‌ها با اولویت بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی اقدام نماید.

استاندارد ۳۸: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به راه‌اندازی مراکز توانبخشی بیماران ترومایی ویژه مصدومین حوادث ترافیکی در سطح کشور اقدام نماید.

استاندارد ۳۹: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند نسبت به راه‌اندازی سامانه ثبت تجارب مصدومین حوادث ترافیکی (Citizen's Voice) و نیازسنجی عمومی (Need Assesment) برای ارتقای کیفیت خدمات پیشگیری، پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی اقدام نماید.

استاندارد ۴۰: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند نسبت به روزآمد نمودن و گسترش بانک اطلاعاتی مصدومین حوادث ترافیکی در کلیه بیمارستان‌ها اعم از دولتی و خصوصی اقدام نماید.

استاندارد ۴۱: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری و مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به تهیه و انتشار سالنامه آماری مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی اقدام نماید.

استاندارد ۴۲: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند نسبت به راه‌اندازی تروما رجیستری (با اولویت حوادث ترافیکی) با اولویت بیمارستان‌های دارای سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی اقدام نماید.

استاندارد ۴۳: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری و مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به پژوهش و امکان‌سنجی طراحی

مدیریت
عوارض

نظام ثبت

سیستم رجیستری اختصاصی مصدومیت‌های ترافیکی (از نوع Quality registry ها) اقدام نماید.

استاندارد ۴۴: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند نسبت به تامین تمهیدات لازم به منظور راه‌اندازی نظام پی‌گیری ۳۰ روزه ثبت اطلاعات مصدومین حوادث ترافیکی اقدام نماید.

پوشش بیمه استاندارد ۴۵: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری و مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به تامین درمان فوری، رایگان و بی-قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی (طبق بند ب ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم توسعه) اقدام نماید.

استاندارد ۴۶: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به ایجاد تشکیلات مصوب اورژانس اقدام نماید. اهداف مشترک ۷گانه

استاندارد ۴۷: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به تعیین نقشه راه و اولویت‌های پژوهشی حوادث ترافیکی اقدام نماید.

استاندارد ۴۸: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درصدی از منابع پژوهشی خود را به پژوهش‌های مبتنی بر مداخله در سوانح و حوادث ترافیکی اختصاص دهند.

استاندارد ۴۹: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به تقویت مراکز تحقیقاتی مرتبط با حوادث ترافیکی در راستای انجام پژوهش‌های نیاز محور و Benchmarking و شناسایی تجارب موفق بین-

المللی (Best Practice) در زمینه حوادث ترافیکی اقدام نمایند.

استاندارد ۵۰: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری مرجع تخصصی توسعه دانش ترافیک (کلان مناطق آمایش سرزمینی) نسبت به ایجاد و پذیرش دانشجو در حداقل سه رشته کارشناسی ارشد (رشته همه گیری شناسی و پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی، سلامت روان و حوادث ترافیکی، مدیریت و اقتصاد سلامت در حوادث ترافیکی)، راه اندازی رشته‌های دکتری تخصصی (Ph.D) در زمینه ایمنی ترافیک و گنجاندن واحد درسی در زمینه اپیدمیولوژی و ارتقای ایمنی ترافیکی جهت رشته های موجود در سطح تحصیلات تکمیلی مرتبط با علوم بهداشتی و رشته های مرتبط با تروما و حوادث مانند سلامت در بلایا، طب اورژانس و... به صورت اختیاری و یا اجباری با صلاحدید هر دانشگاه اقدام نمایند.

استاندارد ۵۱: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به پایش مستمر اقدامات و ارزشیابی عملکرد نظام سلامت در حوزه پیشگیری و مدیریت سوانح ترافیکی در ۴ محور حاکمیت،^{۶۸} کاهش آسیب،^{۶۹} مراقبت بهداشتی^{۷۰} و نظارت^{۷۱} اقدام نمایند.

⁶⁸ Governance

⁶⁹ Risk Reduction

⁷⁰ Health Care

⁷¹ Surveillance

دستیابی به استانداردها: ده سال آینده

منطبق بودن با اولویت‌های دانشگاهی / شهرستانی

- دستیابی به استانداردهای « چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی » تا سال ۲۰۲۵ یک هدف فراگیر برای تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور است، البته باید توجه داشت که نقطه آغاز اجرا در یک دانشگاه ممکن است تفاوت معناداری با دانشگاه دیگر داشته باشد. طرح‌های فرمولی باید منعکس‌کننده اولویت‌های فرمولی باشد و بر اساس ظرفیت هر مکان، گسترش یابد.
- به‌منظور کسب اطمینان از دستیابی به تمام استانداردها، انتظار می‌رود دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، چالش‌ها و اهداف قابل حصول خود که منجر به بهبود ارائه خدمات پیشگیری در سطوح سه‌گانه برای مدیریت زنجیره حوادث^{۷۲} می‌گردد را حداکثر تا نیمه اول سال ۱۳۹۵ در قالب برنامه استراتژیک استانی براساس چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی مشخص نمایند. این اهداف باید:
 - ✓ براساس نیازهای اولیه استانی/شهرستانی و ظرفیت خدمات تعیین شده باشد.
 - ✓ منبعث از نقاط چالش برانگیز باشد.
 - ✓ با توان و استعدادهای نیروی کار و گستره اطلاعات آنان سازگار باشد.
 - ✓ مقرون به صرفه و دارای منابع، تجهیزات و ظرفیت‌های ساختاری مورد نیاز باشد.
 - ✓ دارای پیامدهای قابل اندازه‌گیری باشد.
 - ✓ متعلق به و مورد توافق جوامع علمی، شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و شبکه آموزش و ارائه خدمت حوادث ترافیکی شهرستان باشد و با نیازهای مصدومین حوادث ترافیکی و خانواده‌های آنان همراهی داشته باشد.

⁷² Pre Event- Event- Post Event

- ✓ نشان‌دهنده مسیر روشنی برای دستیابی به تمام استانداردها تا سال ۲۰۲۵ باشد.
- افزایش رفتارهای مخاطره آمیز، منعکس کننده افزایش رخداد حوادث ترافیکی و آسیب‌های ناشی از آن است و می‌تواند تاثیر به‌سزایی در نیاز به دریافت خدمات درمانی و بازتوانی (خدمات پیشگیری سطح ۲ و ۳) در آینده داشته باشد. لذا تمرکز بر ریسک فاکتورها و برنامه‌های آموزش افراد در زمینه اصلاح رفتارهای مخاطره آمیز از استانداردهای کلانی است که دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و شبکه آموزش و ارائه خدمت حوادث ترافیکی شهرستان باید آن‌ها را پذیرفته و با آن منطبق شوند.
- دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور باید درخصوص اجرای برنامه‌های «چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی» تا سال ۲۰۲۵ به کمیته/ دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر پاسخ‌گو باشند.
- دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند تا از شبکه آموزش، ارائه- خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و شبکه آموزش و ارائه خدمت حوادث ترافیکی شهرستان تحت پوشش خود پایش به‌عمل آورده و نتایج را به دبیرخانه کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ارائه دهند.

شاخص‌های پایش دستیابی به اهداف

- هدف ۱: شناسایی و کنترل ریسک فاکتورهای حوادث ترافیکی
شاخص‌های پایش:
- درصد هریک از عوامل خطر (ریسک‌فاکتورهای) حوادث ترافیکی در جمعیت تحت پوشش

- درصد گروه‌های در معرض خطر (آسیب‌پذیر) حوادث ترافیکی در جمعیت تحت پوشش
- درصد هریک از عوامل خطر (ریسک‌فاکتورهای) حوادث ترافیکی در حوادث پرتلفات
- درصد هریک از عوامل خطر (ریسک‌فاکتورهای) حوادث ترافیکی در حوادث ترافیکی رانندگان حرفه‌ای
- بازنگری معیارهای تایید صلاحیت جسمانی و روحی-روانی متقاضیان اخذ و تمدید گواهینامه
- بازنگری معیارهای تشخیص رانندگی تحت تاثیر مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان
- تعداد مراکز مشاوره و درمان سومصرف مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان راه‌اندازی شده برای رانندگان
- تعداد رانندگان دریافت کننده خدمات از مراکز مشاوره و درمان سومصرف مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان

➤ هدف ۲: ارتقای سطح آگاهی، اصلاح نگرش، ایجاد مهارت و صلاحیت در کاربران راه

شاخص‌های پایش:

- تعداد کمپین‌های پیشگیرانه حوادث ترافیکی
- تعداد برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی ترافیکی ادغام شده در راهنمای ملی خودمراقبتی برای سبک زندگی سالم
- تعداد سفیران سلامت خانوار آموزش دیده
- میزان آگاهی، نگرش و عملکرد مردم در خصوص پیشگیری از حوادث ترافیکی، نحوه مواجهه با حوادث ترافیکی و شیوه‌های صحیح جابجایی مصدومین حوادث ترافیکی
- میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانش آموزان در خصوص پیشگیری از حوادث ترافیکی و خودمراقبتی ترافیکی

- میزان آگاهی، نگرش و عملکرد رانندگان ناوگان حمل و نقل عمومی و راکبان موتورسیکلت در خصوص رانندگی ایمن

➤ هدف ۳: ارتقای سطح پوشش عادلانه خدمات پیش‌بیمارستانی در مصدومین حوادث ترافیکی
شاخص‌های پایش:

- تعداد استان‌های دارای شماره واحد ملی امدادی و دیسپچ مشترک
- تعداد پایگاه‌های مشترک اورژانس و آتش‌نشانی در مناطق شهری
- درصد پوشش مصدومین حوادث ترافیکی
- تعداد پایگاه‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی
- تعداد پایگاه‌های آمبولانس هوایی
- تعداد دستگاه موتورلانس فعال
- تعداد آمبولانس‌های اورژانس زمینی
- تعداد آمبولانس‌های کمک‌دار (4WD)
- تعداد پایگاه‌های سلامت جمعیت در روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۵۰ هزار نفر با اولویت روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر

➤ هدف ۴: ارتقای کیفیت ارائه خدمات پیش‌بیمارستانی به مصدومین حوادث ترافیکی
شاخص‌های پایش:

- میانگین زمان رسیدن به صحنه حادثه به تفکیک شهرهای بزرگ، شهرهای کوچک و جاده‌ها و راه‌های روستایی

- میانگین زمان انتقال مصدوم حادثه ترافیکی به سانتر درمانی مناسب (Transport Time)
- نفر ساعت آموزش مهارت‌های مدیریت بیمار ترومایی در تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی
- تعداد دستگاه آمبولانس MICU و NICU
- تعداد آمبولانس‌های مجهز به دستگاه GPS
- تعداد آمبولانس‌های مجهز به استانداردهای احیا و مدیریت بیماران بحرانی (دستگاه AED)
- تعداد دانشگاه‌هایی که مرکز مانیتورینگ مراقبت‌های مدیکال (MCMC) را راه‌اندازی کرده‌اند
- تعداد فروند بالگرد اورژانس با قابلیت پرواز در شب
- اصلاح/اجرای نظام پرداخت پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی متناسب با نوع عملکرد

➤ هدف ۵: ارتقای کیفیت ارائه خدمات بیمارستانی به مصدومین حوادث ترافیکی

شاخص‌های پایش:

- اجرای طرح سطح‌بندی بیمارستان‌ها بر اساس سطح توانمندی پاسخ به بیماران ترومایی با اولویت مصدومین حوادث ترافیکی
- تعداد تروما سنتر راه‌اندازی شده
- میانگین زمان توقف اورژانس پیش‌بیمارستانی حامل مصدومین حوادث ترافیکی در بیمارستان
- تعداد دانشگاه‌های دارای دیسپچ مشترک اورژانس پیش‌بیمارستانی، بیمارستانی
- ایجاد تشکیلات مصوب اورژانس
- نفر-ساعت آموزش تریاژ به پرستاران تریاژ بیمارستان‌ها
- تعداد اورژانس‌های بیمارستانی با ساختار فیزیکی متناسب با استانداردهای ملی

▪ درصد بیمارستان‌های با سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی دارای تیم ترومای انسجام یافته و نظامند

▪ زمان تعیین تکلیف مصدومین حوادث ترافیکی (Disposition) بستری در اورژانس

▪ تهیه الگوریتم یکسان (Clinical Practice / Guideline) برای بستری مصدومین حوادث ترافیکی

▪ تعداد نیروی پرستار با تجربه در بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی

▪ رضایتمندی مردم از کیفیت ارائه خدمات تخصصی در بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی

▪ تعداد نیروی متخصص طب اورژانس تمام وقت در بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی

▪ تعداد تخت‌های بستری مرتبط با تروما

▪ تعداد مراکز توانبخشی بیماران ترومایی ویژه مصدومین حوادث ترافیکی در سطح کشور

➤ هدف ۶: ارتقای نظام جامع اطلاعات مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی
شاخص‌های پایش:

▪ تعداد بیمارستان‌های (دولتی و خصوصی) دارای بانک اطلاعاتی مصدومین حوادث ترافیکی روزآمد

▪ انتشار سالنامه آماری مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی

▪ تعداد بیمارستان‌های دارای سیستم ثبت اطلاعات مصدومین (Trauma Registration System) با اولویت حوادث ترافیکی

▪ تعداد بیمارستان‌های دارای نظام پی‌گیری ۳۰ روزه ثبت اطلاعات مصدومین

➤ هدف ۷: توانمندسازی و ارتقای ظرفیت نظام سلامت برای ارائه خدمات بهینه به مجروحان

شاخص‌های پایش:

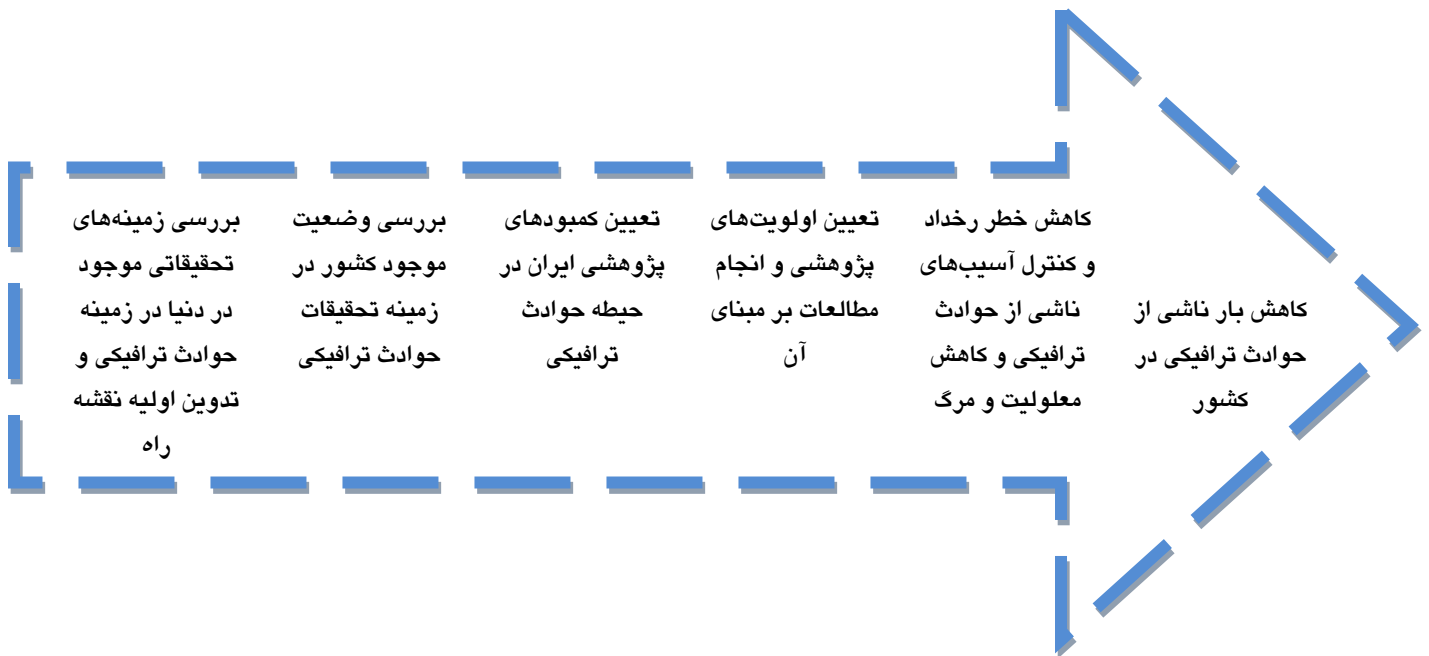
- نفر- ساعت آموزش مهارت‌های مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) پرسنل نظام سلامت در رده‌های مختلف (از بهورز تا جراح متخصص مغز و اعصاب)
- نفر- ساعت آموزش ضمن خدمت مهارت‌های پیش‌بیمارستانی مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی
- نفر- ساعت آموزش بدوخدمت مهارت‌های مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) پرستاران شاغل در اورژانس
- نفر- ساعت آموزش بدوخدمت مهارت‌های مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) پزشکان شاغل در اورژانس
- گنجاندن واحد درسی مهارت مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) در کوریکولوم آموزشی مصوب دانشجویان گروه پزشکی
- تعداد سهمیه پذیرش دانشجو در هریک از ۳ رشته کارشناسی ارشد (همه‌گیری شناسی و پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی، سلامت روان و حوادث ترافیکی، مدیریت و اقتصاد سلامت در حوادث ترافیکی)
- تعداد سهمیه پذیرش دانشجو در رشته‌های دکتری تخصصی (Ph.D.) در زمینه ایمنی ترافیک
- گنجاندن واحد درسی اپیدمیولوژی و ارتقای ایمنی ترافیکی جهت رشته‌های موجود در سطح تحصیلات تکمیلی مرتبط با علوم بهداشتی و رشته‌های مرتبط با تروما و حوادث مانند سلامت در بلایا، طب اورژانس و... به صورت اختیاری و یا اجباری با صلاحدید هر دانشگاه

فصل چهارم

اهداف پژوهش در چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی

اهداف پژوهش در چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی را می‌توان به ترتیب زیر مرور نمود:

- تعیین نقشه راه (Road Map) و اولویت‌های پژوهشی حوادث ترافیکی با بهره‌گیری از تجربیات و تلاش‌های انجام شده برای کنترل روند رو به رشد حوادث ترافیکی در کشورهای توسعه یافته
- ارتقا و توسعه نقشه راه حوادث ترافیکی براساس اولویت‌های پژوهشی مورد نیاز کشور
- تخصیص درصدی از منابع پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی به پژوهش‌های مبتنی بر مداخله در سوانح و حوادث ترافیکی
- تقویت مراکز تحقیقاتی مرتبط با حوادث ترافیکی در راستای انجام پژوهش‌های نیاز محور
- رصد نیازهای تحقیقاتی (Need Assesment) برای کاهش رفتارهای مخاطره آمیز
- Benchmarking و شناسایی تجارب موفق بین‌المللی (Best Practice) در زمینه حوادث ترافیکی



استانداردهای پژوهش در چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی

پژوهش در زمینه حوادث ترافیکی باید جنبه‌های مختلف این معضل بهداشت عمومی پیچیده و چند عاملی (Multi-factorial) انسان ساخت را مدنظر قرار دهد:

- نقش انسان، راه، وسیله نقلیه، محیط اجتماعی اقتصادی و مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت^{۷۳}
- نقش مدیریت ایمنی راه‌ها، راه‌های ایمن، کاربران راه، وسائط نقلیه ایمن و خدمات پس از رخداد حادثه
- علوم بالینی در زمینه مراقبت از مصدومین حوادث ترافیکی و بررسی مداخلات درمانی و ارزیابی وپایش آن با رویکرد چند رشته‌ای
- مطالعات اقتصادی در حوزه حوادث ترافیکی (تعیین بار و هزینه‌ها)
- مطالعات جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی
- مطالعات بهداشت عمومی
- مطالعات بهداشت حرفه‌ای و سلامت شغلی
- ارتباطات و تبادل دانش و تجارب در حوزه دانشگاه و صنعت و
- هزینه اثربخشی مداخلات و بهره‌وری (Reaserch Utilization)

در هر مطالعه باید پیشرفت‌های علمی مهم استخراج و به‌عنوان نقاط ورودی برای ایجاد مسیر پژوهشی در نظر گرفته شود:

این مسیرها باید در طول چند مرحله ادامه یابند و پیشرفت کنند تا به یک نقطه پایانی مشترک یعنی هدف نهایی کاهش بار ناشی از حوادث ترافیکی با رویکرد سلامت محور برسند.

⁷³ Social Determinants of Health(SDH)

نقاط عطف و موانع بازدارنده در امتداد مسیر پیشرفت و همچنین فرصت‌های خاص چه در محیط‌های علمی و چه در محیط‌های صنعتی شناسایی شوند و مسیرها یا نقاط عطف مناسب برای سرمایه‌گذاری و مداخلات هزینه-اثربخش (Cost- Effective) و مبتنی بر شواهد (Evidence based) تعیین و به عنوان اولویت در نظر گرفته شوند.

در این طرح‌ها، هر یک از زیرگروه‌ها مستقل نبوده بلکه باید بخشی از یک مسیر واحد باشند و بر وجود راه میان بر یعنی تحقیقات میان رشته‌ای تاکید داشته باشند. مشارکت دست اندرکاران سلامت و محققان سایر حوزه‌ها همراه با بهبود گردآوری و پردازش داده‌ها الزامی است.

تمامی موارد فوق براساس نقشه راه حوادث ترافیکی که توسط کارگروه کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر تدوین و پایش می شود، خواهد بود.

ارکان :

ارکان حوزه پژوهش در چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی را موارد زیر تشکیل می‌دهند:

کارگروه کارگروه کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

مراکز تحقیقاتی مرتبط (پیشگیری از حوادث ترافیکی، تروماهای جاده ای و

شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه /شبکه آموزش و ارائه خدمت حوادث ترافیکی

شهرستان

سازمان‌های همکار و پشتیبان در حوادث ترافیکی

کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر با مشارکت معاونت های بهداشت، درمان، آموزشی، غذا و دارو، پژوهشی و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تمامی فعالیت ها را برنامه ریزی، نظارت و پایش می نماید.

این کارگروه به عنوان بالاترین مرجع سیاست گذاری حوادث ترافیکی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران ترومایی و هزینه اثربخشی بهتر اقدامات، موارد زیر را پایش خواهند نمود:

- تدوین نقشه راه حوادث ترافیکی کشور به منظور تعیین اولویت های پژوهشی
- تعیین استانداردهای پیشگیری، مراقبت های پیش بیمارستانی، بیمارستانی، درمان و توانبخشی مصدومین حوادث ترافیکی در سطوح مختلف ارائه خدمات
- تدوین راهنمای بالینی مصوب مصدومین حوادث ترافیکی جهت یکسان سازی و استاندارد سازی ثبت و آنالیز داده ها
- تهیه الگوریتم یکسان (Clinical Practice / Guideline) برای بستری مصدومین حوادث ترافیکی در (بخش مراقبت ویژه و سایر بخش ها)
- تعیین اولویت های فوری پژوهشی بر اساس گزارش های دریافتی
- جلب حمایت های مالی و همکاری و هماهنگی بین واحدهای تابعه کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
- اشتراک و تبادل دانش و درس آموخته ها با سایر مراکز تحقیقاتی مرتبط
- جمع آوری، تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری و ارسال پس خوراند مناسب

وظایف کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی در حوزه پژوهش

۱. توسعه مراکز تحقیقات تروما و ایجاد شبکه ملی تحقیقات تروما

کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی موظف است با حمایت از راه‌اندازی مراکز تحقیقاتی جدید و جلب همکاری مراکز تحقیقات مرتبط موجود زمینه لازم برای توسعه مراکز تحقیقات تروما و ایجاد شبکه ملی تحقیقات تروما را فراهم آورد

۲. ارتقای کیفیت داده‌ها

کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی با تاکید بر به‌روزرسانی بانک‌های اطلاعاتی مصدومین حوادث ترافیکی زمینه تحقیقات ملی و مبتنی بر شواهد و دسترسی مراکز تحقیقاتی مرتبط کشور را به بانک‌داده‌های موجود فراهم می‌آورد. در این راستا حمایت از راه‌اندازی سیستم ثبت اطلاعات مصدومین (Trauma Registration System) با تمرکز بر حوادث ترافیکی و پژوهش و امکان‌سنجی طراحی سیستم رجیستری اختصاصی (از نوع Quality registryها) در اولویت است.

۳. پرهیز از موازی کاری

تعیین و تدوین اولویت‌های پژوهشی در زمینه حوادث ترافیکی در سطح ملی مطابق با نقشه جامع علمی کشور زیر نظر کارگروه تخصصی کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی در کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر منجر به هم‌افزایی در ظرفیت‌های پژوهشی، پژوهش‌های چندمرکزی و گسترده، تسهیل کاربست نتایج پژوهش و طبعاً پرهیز از موازی‌کاری و تکمیل قطعات مختلف پازل تحقیقاتی می‌گردد.

۴. کاربست نتایج تحقیق **Research utilization**

منظور از **Research utilization** کاربرد مستندات و یافته‌های پژوهشی در سیاست‌گذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و عملکرد جاری در پیشگیری، برخورد و مراقبت‌های اولیه و پیشرفته در مصدومین حوادث ترافیکی به‌منظور ارتقای کیفیت و بهره‌وری است و استراتژی‌های مختلفی از جمله: جلب مشارکت ذینفعان،^{۷۴} تحقیقات

⁷⁴ Stakeholder Engagement

مشارکتی،^{۷۵} استفاده از افراد مهم و تاثیرگذار،^{۷۶} به‌کارگیری دانش‌شکنان^{۷۷} و ترویج جلب حمایت و رایزنی و ارتباط متقابل^{۷۸} با صنایع و سازمان‌های مسئول، همکار و پشتیبان در حوزه راه، انسان و وسیله نقلیه است. این رویکرد دوسویه فرصتی برای بهره‌گیری از نتایج تحقیقات در سیاست‌گذاری‌ها فراهم نموده و به‌طور هم-زمان استفاده از تجربیات، سیاست‌ها و روش‌های جاری انجام کار را برای برنامه‌ریزی نیازهای جدید پژوهشی مد نظر دارد.



شکل ۱۶، کاربرد نتایج تحقیقات (Research Utilization)

۵. حمایت از مجلات مرتبط با حوادث ترافیکی

حمایت فنی و مالی از نشریات به‌منظور تبدیل فصل‌نامه‌ها به ماهنامه

راه‌اندازی مجلات جدید مرتبط با تروما

ارتقای رتبه علمی مجلات موجود در قالب تشویق و حمایت مالی از نشریاتی که در PubMed و ISI نمایه شده‌اند.

⁷⁵ Collaborative Research

⁷⁶ Use of Champions

⁷⁷ Use of Knowledge Brokers

⁷⁸ Advocacy and Communication

وظایف دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در حوزه پژوهش

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور به‌منظور یکپارچه سازی ارائه خدمات، آموزش و پژوهش، موارد زیر را در زمینه پژوهشی اجرا و پایش می‌کنند:

تعامل با مراکز تحقیقاتی داخلی و خارجی براساس نقشه راه (Road Map) مصوب حوادث ترافیکی

حمایت از تحقیقات در راستای شاخص‌ها و اولویت‌های پژوهشی حوادث ترافیکی تعیین شده در نقشه راه

فراهم نمودن فرصتی برای تبادل تجارب اجرایی و بهره‌گیری شبکه‌های آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی شهرستان از یکدیگر

ارسال گزارشات منظم به کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

وظایف شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه / شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی

شبکه‌های آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه / شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش

حوادث ترافیکی شهرستان به‌منظور یکپارچه‌سازی ارائه خدمات، آموزش و پژوهش، موارد زیر را در زمینه پژوهشی اجرا و پایش می‌کنند:

تعامل با دانشگاه‌ها برای تسهیل اجرای تحقیقات کاربردی بر اساس نقشه راه (Road Map) مصوب حوادث ترافیکی

نظارت بر ثبت دقیق اطلاعات مصدومین حوادث ترافیکی و تکمیل پرونده الکترونیک

برگزاری دوره‌های آموزشی⁷⁹ برای تربیت پژوهش‌گران توانمند در حوزه سلامت

⁷⁹ دوره‌های روش تحقیق مقدماتی و پیشرفته، کار با نرم‌افزارهای آماری پیشرفته، نگارش تخصصی (Scientific Writing)

فصل پنجم

اهداف آموزش در چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی

پیشگیری از رخداد حوادث ترافیکی و مدیریت مراقبت از مصدومین حوادث ترافیکی نیازمند مشارکت و همکاری بین بخشی کلیه نهادهای متولی ایمنی با بهره‌گیری از دانش روز است.

با وجود افزایش آگاهی مردم و جامعه پزشکی از نقش آموزش در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز کاربران راه، موانع مشابهی در جوامع توسعه‌یافته و در حال توسعه در مسیر دستیابی به این آموزش‌ها وجود دارد که عمده‌ترین مانع در این راستا، عدم تداوم برنامه‌های آموزشی، جذاب نبودن یا عدم آشنایی متولیان با روش‌های صحیح آموزش از طریق رسانه‌های گروهی است. از موانع عمده دیگر می‌توان به نبود یا کمبود منابع مالی برای حمایت از برنامه‌های آموزشی و نبود آگاهی از نقش آموزش یا همت عملی برای آن در سطوح مختلف از سیاست‌گذاران حوزه سلامت تا تک تک افراد جامعه اشاره کرد.

با توجه به این که منابع اندکی برای آموزش عمومی مردم و افراد در معرض خطر و همچنین گروه‌های تخصصی درگیر در پیشگیری و مدیریت حوادث ترافیکی تخصیص داده می‌شود، دولت‌ها باید برای مقوله آموزش این افراد سرمایه‌گذاری کنند تا از برنامه‌های پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه حمایت به عمل آید و از صرف هزینه‌های گزاف درمانی در آینده جلوگیری شود.

اهداف آموزش چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی با بهره‌گیری از نظرات کارگروه توسعه دانش ترافیکی و حوادث جاده‌ای⁸⁰ را می‌توان به ترتیب زیر مرور نمود:

➤ تشکیل بورد تخصصی توسعه دانش ترافیک و حوادث جاده‌ای در سطح وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی

⁸⁰ با عنایت به تفاهم نامه شماره ۵۰۰/۸۲۹ مورخه ۹۴/۸/۶ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص اعطای مأموریت توسعه دانش ترافیکی و پیشگیری از حوادث جاده‌ای به کلان منطقه آمایشی ۲، اهداف آموزشی سند کاهش بار ناشی از حوادث ترافیکی با بهره‌گیری از نظرات کارگروه توسعه دانش ترافیکی و حوادث جاده‌ای بازبینی گردید.

➤ آموزش عمومی (Public Education) به منظور ارتقای دانش پیشگیری و مراقبت اولیه تروما در قالب:

راه اندازی کمپین‌های آموزشی پیشگیرانه با هدف کاهش عوامل خطر حوادث ترافیکی

➤ ادغام آموزش‌های خودمراقبتی ترافیکی در راهنمای ملی خودمراقبتی برای سبک زندگی سالم و آموزش سفیران سلامت خانوار

➤ آموزش مردمی اقدامات اولیه در مواجهه با حوادث ترافیکی و شیوه‌های صحیح جابجایی مصدومین حوادث ترافیکی در قالب به‌کارگیری ظرفیت رسانه‌های دیداری، شنیداری و شبکه‌های اجتماعی

➤ ادغام آموزش‌های خودمراقبتی ترافیکی در راهنمای آموزش جامع سلامت در مدارس (از پیش‌دبستانی تا پایان دبیرستان)

➤ اصلاح رفتارهای پرخطر رانندگان ناوگان حمل و نقل عمومی و راکبان موتورسیکلت در قالب برگزاری دوره‌های آموزشی و اجرای کمپین‌های اختصاصی

➤ تقویت آموزش‌های رسمی (Academic Education) دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی در مقاطع تحصیلی مختلف به منظور ارتقای کیفیت ارائه خدمت به بیماران ترومایی

- ایجاد و پذیرش دانشجو در حداقل ۳ رشته کارشناسی ارشد (حداقل یکی از این رشته‌ها می‌تواند جهت آموزش مدیران ذیربط در نظر گرفته شود) تا پایان سال ۲۰۱۸:

- رشته همه‌گیری شناسی و پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی
- سلامت روان و حوادث ترافیکی
- مدیریت و اقتصاد سلامت در حوادث ترافیکی

- راه اندازی رشته‌های دکتری تخصصی (Ph.D.) در زمینه ایمنی ترافیک با گرایش‌های مرتبط و لحاظ نمودن بعد چند بخشی بودن رشته در پذیرش دانشجو تا پایان سال ۲۰۲۰

- گنجاندن درس دو واحدی در زمینه اپیدمیولوژی و ارتقای ایمنی ترافیکی جهت رشته های موجود در سطح تحصیلات تکمیلی مرتبط با علوم بهداشتی و رشته های مرتبط با تروما و حوادث مانند سلامت در بلایا ، طب اورژانس و... به صورت اختیاری و یا اجباری با صلاحدید هر دانشگاه
- برگزاری دوره های آموزشی کوتاه مدت ویژه مدیران ذیربط مانند دوره آموزشی مدیریت صحنه و تحلیل حوادث ترافیکی و..
- تقویت نیروهای آکادمیک موجود در کشور از طریق:
 - تشکیل دوره های آموزشی در داخل کشور با کمک اساتید بین المللی
 - اعزام نیرو به خارج از کشور جهت گذراندن دوره های آموزشی در قالب:
 - اعزام دانشجوی در مقطع دکتری تخصصی (Ph.D.) با توجه به رشته و بر اساس نیازسنجی انجام شده توسط مرجع تخصصی توسعه دانش ترافیک
 - اعزام اعضا هیئت علمی دانشگاهها به صورت فرصت مطالعاتی کوتاه مدت و بلند مدت به صورت فردی و گروهی
 - اعزام کارشناسان و مدیران واجد شرایط به دوره های آموزشی کوتاه مدت (حداکثر سه ماه)
- تقویت آموزش های ضمن خدمت (On Job Trainng) در رده های مختلف برای ارتقای عملکرد پرسنل نظام سلامت در ارائه خدمت به بیماران ترومایی
 - الزام پرسنل نظام سلامت در رده های مختلف (از بهورز تا جراح متخصص مغز و اعصاب) به کسب مهارت های مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی)
 - نیازسنجی آموزشی و تعیین نیازها و موضوعات برجسته در برخورد با بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) در برنامه اولویت های ملی آموزش مداوم (CME)⁸¹

⁸¹ Current Medical Education

➤ تقویت و گسترش آموزش‌های بدو خدمت (Job Training Requirments) در رده‌های مختلف برای ارتقای عملکرد پرسنل نظام سلامت در ارائه خدمت به بیماران ترومایی و انجام کار تیمی (Team Work)

- الزام پرستاران شاغل در اورژانس به کسب مهارت مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) در بدو شروع خدمت در بخش اورژانس بیمارستان
- الزام پزشکان شاغل در اورژانس به کسب مهارت مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) در بدو خدمت در بخش اورژانس بیمارستان

کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیمار های غیرواگیر با مشارکت معاونت‌های بهداشت، درمان، آموزشی، غذا و دارو، پژوهشی و پشتیبانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همکاری مرجع تخصصی توسعه دانش ترافیک و حوادث جاده‌ای تمامی فعالیت‌ها را برنامه ریزی، نظارت و پایش می‌نماید.

این کارگروه به‌عنوان بالاترین مرجع سیاست‌گذاری حوادث ترافیکی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران ترومایی و هزینه اثربخشی بهتر اقدامات، موارد زیر را پایش خواهند نمود:

- نیازسنجی آموزشی و برنامه‌ریزی جهت ایجاد رشته‌های شهرهای جدید
- بازنگری کوریکولوم‌های موجود و تدوین کوریکولوم‌ها/ واحدهای درسی/ رشته شهرهای جدید

- گسترش زیرساخت‌های لازم برای تربیت نیروی انسانی در رشته‌های مرتبط در مقاطع کارشناسی ارشد، دکترای تخصصی، فوق تخصصی^{۸۲} و فلوشیپ‌های بین رشته‌ای (Interdisciplinary)^{۸۳}
- تامین اعضای هیات علمی و نیروهای متخصص
- پذیرش بورسیه‌های تحصیلی
- شناسایی و جلب همکاری سایر مراکز و دانشگاه‌های دارای تجارب ارزشمند در سطوح ملی و بین‌المللی
- برآورد و تامین نیروی انسانی مورد نیاز

کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر موظف است که در همکاری نزدیک با معاونت آموزشی وزارت بهداشت، بوردهای تخصصی و انجمن‌های تخصصی پزشکی مرتبط با حوادث ترافیکی نسبت به بازنگری کوریکولوم آموزش‌های مرتبط در کشور اقدام نماید و اجرای کوریکولوم جدید را پی‌گیری و پایش نماید.

همچنین این کارگروه در همکاری نزدیک با حوزه معاونت درمان و معاونت آموزشی موظف به نظارت بر طراحی دستورالعمل‌های بالینی و سازوکار اجرایی آن در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور خواهد کرد.

⁸² راه‌اندازی رشته فوق تخصصی اورژانس کودکان که از اهداف آن ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان محور (Hospital Based) به گروه سنی زیر ۱۸ سال (کودکان) کشور است.

⁸³ راه‌اندازی رشته سونوگرافی اورژانس (با همکاری مشترک گروه طب اورژانس و گروه رادیولوژی) بمنظور کمک‌رسانی در تشخیص بموقع و انجام اقدامات تهاجمی اورژانسی در بیماران بدحال ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی)

وظایف دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در حوزه آموزش

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور به منظور یکپارچه‌سازی ارائه خدمات، آموزش و پژوهش، موارد زیر را در زمینه آموزشی اجرا و پایش می‌کنند:

- دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند تا نسبت به آموزش مستمر، مناسب و کارآ به عموم مردم با تمرکز بر افراد در معرض خطر و رانندگان وسایط نقلیه عمومی و رانندگان حرفه‌ای اقدام نمایند.
- دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند محتوای مباحث آموزشی گروه‌های هدف پیش‌گفت را تعیین، نوع رسانه را مشخص و با استفاده از بسته‌های آموزشی تاییدشده توسط وزارت بهداشت، اقدام به آموزش آنان کنند.
- دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند نسبت به آموزش ارائه دهندگان خدمات سلامت از رده بهورزی تا رده فوق تخصصی بر اساس محتوای آموزشی مربوطه اقدام نمایند.
- دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند در آموزش مهارت‌های مدیریت بیماران ترومایی به‌منظور تسهیل در اجرای برنامه‌های مداخله‌ای اقدام کنند.
- دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند تمامی مدیران اجرایی، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، بیماران و افراد پرخطر، مردم، سیاست‌گذاران و افراد معتبر محلی را در خصوص اهمیت کاهش بار ناشی از حوادث ترافیکی آموزش دهند.
- دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور موظفند ظرفیت‌های لازم برای آموزش گسترده و همه‌جانبه پیش‌بینی شده در چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی را اجرا کنند. لازم است دانشگاه‌ها، در سطح شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و در سطح شبکه آموزش و ارائه خدمت حوادث ترافیکی شهرستان، اقدام به تشکیل کارگروه آموزش نموده و برای

هر یک از گروه‌های هدف آموزشی، فرد/ افراد خبره آن حیطه را تعیین کنند تا برنامه آموزشی مربوطه توسط آن فرد/ افراد طراحی و اجرا شود.

وظایف شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه / شبکه آموزش و ارائه خدمت حوادث ترافیکی شهرستان

- شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و شبکه آموزش و ارائه خدمت حوادث ترافیکی شهرستان موظف به طراحی و اجرا و ارزیابی اثربخشی برنامه‌های آموزشی خود هستند.
- بدیهی است شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی شهرستان موظف است که تایید شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه را برای برنامه آموزشی خود کسب نماید. شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه نیز موظف است که برنامه آموزشی خود را به تایید کارگروه ملی کاهش بار ناشی از حوادث ترافیکی در کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر برساند.
- تعامل با دانشگاه‌ها برای تسهیل اجرای برنامه‌های آموزشی بر اساس اولویت‌های مصوب آموزشی مورد تایید کارگروه ملی کاهش بار ناشی از حوادث ترافیکی در کمیته ملی بیماری‌های غیرواگیر.
- برگزاری دوره‌های آموزشی به‌منظور تربیت سفیران سلامت.

فصل هشتم

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سایر ذینفعان:

با توجه به ماهیت چندوجهی حوادث ترافیکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی سلامت مردم نیازمند همکاری و جلب مشارکت سایر بخش‌ها، وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها بوده و انتظاراتی را از سایر ذینفعان به شرح زیر دارد:

- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از کمیسیون ایمنی راه‌های کشور:
- حضور فعال دبیر کمیسیون ایمنی راه‌های کشور در جلسات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی و انعکاس، مشارکت و پیگیری اجرای مصوبات در سطح ملی
- حضور فعال دبیر کمیسیون ایمنی راه‌های استان در جلسات کارگروه شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه
- ارائه گزارش مصوبات جلسات کارگروه شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه در جلسات کمیسیون ایمنی راه‌های استان
- انعکاس، مشارکت و پیگیری اجرای مصوبات جلسات کارگروه شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و کمیسیون ایمنی راه‌های استان در سطح ملی
- طراحی و پیاده‌سازی نظام جامع و یکپارچه اطلاعات تصادفات، تلفات و مصدومان کشور
- تکمیل و توسعه و حمایت از زیرساخت‌های لازم برای جمع‌آوری اطلاعات تصادفات
- حمایت از ایجاد شماره واحد ملی امدادی

- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت راه، مسکن و شهرسازی:

- بازبینی سیاست‌های کلان راه و شهرسازی با برچسب سلامت
- تقویت اقدامات مداخله‌ای برای کاهش مرگ و میر سوانح رانندگی و ارتقا ایمنی عبور و مرور

- تقویت اقدامات مداخله ای برای کاهش سوانح رانندگی در کریدور های دارای اولویت اقدام ایمنی⁸⁴
- تامین زیر ساخت لازم برای رفت و آمد ایمن و فعال با تمرکز بر گروه های با ناتوانی جسمی حرکتی
- بازنگری در سیاست های حمایتی در خصوص اقتشار آسیب پذیر (معلولان ، سالمندان ...)
- جلب مشارکت سازمان های مردم نهاد جهت دستیابی به سلامت، ایمنی و امنیت در شهر ها و روستاها
- حمایت از ساخت و تجهیز مجتمع های خدماتی - رفاهی مناسب در طی راه های بین شهری با فواصل مناسب
- تدوین پیوست سلامت برای کلیه پروژه های توسعه ای و عمرانی
- توسعه سیستم های نظارت و کنترل در خصوص رانندگی با سرعت غیرمجاز در شبکه راه ها با تایید بر راه های پرتصادف (دوربین های کنترل سرعت و ...)
- بکارگیری روش های مدیریت سرعت و آرام سازی ترافیک در راه ها
- ایمن سازی مدارس حاشیه راه ها برای آمد و شد ایمن دانش آموزان
- بهبود طراحی و ایمن سازی راه ها و لزوم پایش و نظارت در مراحل طراحی، حین و پس از ساخت و بهره برداری راه ها
- پیش بینی مسیرهای امدادی شهری و جاده ای و تاکید بر گسترش آنها
- ایجاد فضای همکاری جهت استفاده از زیرساخت های الکترونیک در تامین منابع اطلاعاتی مناسب
- شناسایی و اصلاح نقاط پرتصادف جهت کاهش حوادث ترافیکی
- تقویت کمیسیون ایمنی راه های کشور به منظور حمایت از ایمنی کلیه کاربران

⁸⁴ High risk corridors

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از پلیس راهنمایی و رانندگی:

- اعمال صریح و اثربخش قوانین و مقررات ترافیکی با تمرکز بر ریسک فاکتورها (پیشگیری از رخداد تصادفات رانندگی و کاهش رفتارهای مخاطره آمیز)
- وضع قوانین و مقررات بازدارنده، به روز و مبتنی بر شواهد
- بازنگری شرایط اخذ گواهینامه راهنمایی و رانندگی با توجه به سلامت جسمی و روانی رانندگان
- مشارکت در اجرای طرح‌های پیشگیرانه و تقویت اقدامات مداخله‌ای برای کاهش مرگ و میر سوانح رانندگی و ارتقا ایمنی عبور و مرور
- الزام طی دوره‌های آموزشی اثربخش برای متخلفین به منظور ترخیص موتورسیکلت یا بازپس گرفتن گواهینامه ضبط شده توسط پلیس
- تشدید مجازات تخلفات خطرناک و تغییر نگرش در خصوص تعیین نوع مجازات^{۸۵}
- انجام تست‌های رندوم مصرف الکل، مواد مخدر و داروهای روانگردان

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت صنعت، معدن و تجارت:

- بازبینی سیاست‌های کلان وزارت صنعت، معدن و تجارت برای ارتقای ایمنی ترافیکی
- اعمال استاندارد تولید و واردات خودرو با همکاری سازمان ملی استاندارد
- تشویق و حمایت صنایع تولید کننده وسایل خود مراقبتی مقرون به صرفه و ایجاد تسهیلات لازم برای تولید انبوه و ارزان کلاه ایمنی موتورسیکلت‌سواری و دوچرخه سواری و صندلی مخصوص کودک
- هماهنگی سیاست‌ها و فرایندهای تنظیم بازار با سیاست‌های امنیت ترافیکی
- اعمال استاندارد تولید و واردات خودرو با همکاری سازمان ملی استاندارد
- سیاست‌گذاری در تولید و واردات وسایل نقلیه استاندارد با هدف تامین ایمنی حداکثری

^{۸۵} از جرائم نقدی به اقدامات منجر به تغییر رفتار در فرد خاطی مانند فک پلاک، آزمون مجدد اخذ گواهینامه و الزام به خدمات اجتماعی

- حمایت از تولید وسایل نقلیه عمومی

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت کشور:

- توسعه تشکیل شورای محلات در شهرها برای رسیدگی و همکاری در ارتقای ایمنی ترافیکی
- توسعه و تقویت حمل و نقل عمومی و مدیریت ترافیک
- در نظر گرفتن مکان‌های مناسب برای دوچرخه سواری و پیاده‌روی ایمن در خیابان‌ها و معابر شهری
- الزام در تامین وسایل ایمنی استاندارد متناسب با نوع وسیله نقلیه در مراکز اجاره آن
- تقویت اجرای مقررات منع مصرف دخانیات در اماکن عمومی
- تشدید مبارزه با قاچاق مواد دخانی و نوشیدنی‌های الکلی
- تامین بودجه و حمایت مالی از استقرار و اجرای سند پیشگیری از مصرف الکل
- الزام کلیه نیروهای امدادی (پلیس، نیروی انتظامی، آتش‌نشانی، مهمانداران) به گذراندن آموزش کمک‌های اولیه و روش‌های صحیح حمل مصدوم
- تقویت و حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد و جلب مشارکت آنان در برنامه‌های توسعه و سلامت محور
- تشدید مجازات متخلفان از سرعت مجاز
- توسعه سیستم‌های نظارت و کنترل در خصوص رانندگی با سرعت غیرمجاز در شبکه راه‌ها با تایید بر راه‌های پرتصادف (دوربین‌های کنترل سرعت و ...)
- بکارگیری روش‌های مدیریت سرعت و آرام‌سازی ترافیک در مناطق مسکونی و مبادی شهرها و حول و حوش مدارس
- گسترش روش‌های حمل و نقل عمومی

- تبدیل خیابان شهری به خیابان کامل^{۸۶}

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از رسانه ملی:

- بازبینی سیاست‌های کلان آموزشی برای کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و پیشگیری از رخداد حوادث ترافیکی
- آگاه سازی مردم از حقوق شهروندی و مطالبات برحق مردمی در خصوص حوادث ترافیکی
- مشارکت در ارائه پیام‌های آموزشی اثربخش در قالب شخصیت‌پردازی در برنامه‌های پرمخاطب
- ممانعت از اشاعه رفتارهای ناسالم در محصولات فرهنگی و فیلم‌ها و سریال‌ها به‌خصوص در مورد عدم رعایت نکات ایمنی ترافیکی
- پخش رایگان تیزهای کوتاه و اثربخش در حین پخش فیلم‌ها و سریال‌های پرمخاطب
- آموزش کمک‌های اولیه، شیوه‌های صحیح برخورد با مصدومین حوادث ترافیکی (اقدامات حیاتی، روش‌های حمل صحیح مصدوم، بایدها و نبایدها)
- آموزش چگونگی امدادطلبی از نیروهای اورژانس، امداد و نجات هلال احمر، آتش‌نشانی و ...
- افزایش آگاهی رانندگان از تبعات رانندگی با سرعت غیرمجاز، نبستن کمربند ایمنی، نداشتن کلاه ایمنی، نداشتن صندلی مخصوص کودک، رانندگی تحت تاثیر الکل و مواد مخدر و روانگردان، اشکال در سیستم روشنایی به‌منظور دیدن و دیده‌شدن
- افزایش آگاهی عمومی از تبعات عدم استفاده از پیاده‌روها، پلهای روگذر و زیر گذر، استفاده از تلفن همراه حین عبور از خیابان و پوشیدن لباس‌های رنگ‌تیره در شب

⁸⁶ در برنامه ریزی شهری و مهندسی ترافیک، خیابان کامل به راه‌های ارتباطی گفته می‌شود که به منظور ایجاد دسترسی امن، جذاب و راحت برای تمام کاربران اعم از عابر پیاده، دوچرخه سواران، خودروها و وسایل حمل و نقل عمومی طراحی و مورد استفاده قرار گرفته باشند.

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان ملی استاندارد:

- تدوین و به‌روز رسانی استانداردهای ایمنی دوچرخه و لوازم ایمنی مرتبط
- تدوین و به‌روز رسانی استانداردهای ایمنی⁸⁷ وسایل نقلیه موتوری دوچرخ و لوازم ایمنی مرتبط
- تدوین و به‌روز رسانی استانداردهای ایمنی خودروهای سواری سبک و سنگین و لوازم ایمنی مرتبط
- تدوین و به‌روز رسانی استانداردهای ایمنی وسایل نقلیه امدادی و لوازم ایمنی مرتبط

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت ورزش و جوانان:

- بازبینی سیاست‌های کلان برای کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و پیشگیری از رخداد حوادث ترافیکی
- تامین امکانات لازم تفریحی- ورزشی برای جوانان به‌منظور تخلیه مناسب هیجانانگیز جوانی با رعایت نکات ایمنی

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت آموزش و پرورش:

- بهبود دانش، نگرش، مهارت‌ها و رفتارهای دانش آموزان در مورد ریسک فاکتورهای حوادث ترافیکی
- گنجاندن اصول پیشگیری از حوادث ترافیکی در کتب درسی دانش‌آموزان و بازنگری محتواهای مربوطه⁸⁸

- دخیل نمودن انجمن اولیا و مربیان برای ایجاد فضای سلامت محور در مدارس
- آموزش مربیان، معلمان و مشاوران مدارس در زمینه آشنائی با حوادث ترافیکی و راهکارهای پیشگیری از رخداد آن

⁸⁷ بر اساس استانداردهای روز دنیا

⁸⁸ تدوین و متناسب سازی محتواهای آموزشی جهت بالابردن سطح دانش و تغییر نگرش بر اساس هوش هیجانی دانش آموزان

- آموزش اقدامات اولیه در شرایط فوریت‌ها و برخورد صحیح با مصدومین حوادث ترافیکی (بایدها و نبایدها)
- ترغیب و حمایت از دانش آموزان برای شرکت در اردوهای مرتبط با سلامت ترافیکی (پارک‌های ترافیک)
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:
 - هدایت فضای رسانه‌های کشور برای افزایش آگاهی، نگرش، مهارت‌ها و رفتارهای مرتبط با پیشگیری از حوادث ترافیکی و عوامل خطر آن
 - استقرار و اعمال سیاست‌های محدود کننده تبلیغ کالاها و خدماتی که موجب افزایش بیماری‌های غیر واگیر می‌شوند و حمایت از پخش تیزهای سلامت محور با اولویت حوادث ترافیکی
 - حمایت کامل از کتب و نشریات و تولیدات هنری مرتبط با ارتقاء ایمنی و پیشگیری از حوادث ترافیکی با تشویق محصولات برتر در این زمینه ها
 - تدوین و استقرار سیاست‌های خبرگزاری‌ها در تهیه، تولید و انتشار خبرهای مربوط سلامت (شامل انتخاب خبر مناسب برای جامعه و وزن دهی به خبرهای متفاوت) با همکاری کمیته غیرواگیر وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
 - ممانعت از اشاعه رفتارهای ناسالم در محصولات فرهنگی و فیلم‌ها و سریال‌ها به‌خصوص در مورد عدم رعایت نکات ایمنی ترافیکی
 - سوق دادن اعتبارات خیرین به سوی ایجاد تسهیلات کمک کننده به سلامت مردم
 - توسعه گردشگری و تفریحات جامعه به‌ویژه برای اقشار آسیب پذیر مانند معلولان حوادث ترافیکی

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت کار، رفاه و امور اجتماعی:

- تامین منابع مالی لازم و تخصیص هموقع برای حمایت از درمان رایگان و بدون قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی⁸⁹

- حمایت از خدمات توانبخشی برای حمایت از مصدومین حوادث ترافیکی

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت اقتصاد و دارایی:

- تنظیم هدفمند مالیات و سایل نقلیه متناسب با بار مالی ناشی از حوادث ترافیکی

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت نیرو:

- تامین روشنایی معابر برای تسهیل دیدن و دیده شدن

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت جهاد کشاورزی:

- تهیه و ابلاغ دستورالعمل‌های لازم برای ایمن‌سازی وسایل و ادوات کشاورزی به‌منظور پیشگیری از آسیب‌های مرتبط

- حمایت از جایگزینی دستگاه‌های کشاورزی حادثه‌ساز با دستگاه‌های ایمن

➤ انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان پزشکی قانونی کشور:

- به اشتراک گذاشتن آمار و اطلاعات فوتی‌های ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک متغیرها

- استفاده از کدینگ بین‌المللی بیماریها و آسیب‌ها (ICD10)

⁸⁹ بند ب ماده ۲۷، برنامه پنجم توسعه

ضمائم

جدول نمره منفی در قانون رسیدگی به جرائم رانندگی

بند ۱: بر اساس قانون فوق چنانچه متخلف دارای ۳۰ نمره منفی باشد، گواهینامه او به مدت سه ماه ضبط و در پایان مهلت مذکور با پرداخت ۴۰۰ هزار ریال جریمه نقدی به نفع خزانه عمومی کشور مسترد می‌گردد.

بند ۲: پس از اعمال مقررات بند (۱)، چنانچه در اثر ارتکاب به تخلفات جدید ۲۵ نمره منفی به متخلف تعلق گیرد، گواهینامه او به مدت ۶ ماه ضبط و پس از انقضای مدت مذکور و پرداخت ۶۰۰ هزار ریال جریمه نقدی به نفع خزانه عمومی کشور مسترد می‌گردد.

بند ۳: هرگاه پس از اعمال مقررات بند (۲)، در اثر ارتکاب به تخلفات جدید ۲۰ نمره منفی به متخلف تعلق گیرد، گواهینامه او ابطال می‌گردد و بعد از یکسال می‌تواند برابر مقررات و پس از طی دوره آموزشی و پرداخت یک میلیون ریال به نفع خزانه عمومی گواهینامه جدید اخذ نماید.

تبصره ۱: به استثنای بندهای (۱) تا (۷) برای بقیه موارد در هر ۲۴ ساعت یکبار نمره منفی منظور می‌گردد.

تبصره: در صورتی که متخلف به مدت ۶ ماه از زمان آخرین تخلف منجر به نمره منفی در بندهای (۱) و (۲) و بیش از یکسال در بند (۳) مرتکب هیچک از تخلفات راهنمایی و رانندگی نشود، کلیه نمرات منفی ناشی از تخلفات ارتكابی گذشته بلااثر می‌شود و تخلفات بعدی وی به عنوان تخلف اول او محسوب می‌گردد.

تبصره ۳: متخلف موظف است ظرف مدت بیست روز پس از ابلاغ صورت وضعیت مربوط به نمره منفی گواهینامه خود را به اداره راهنمایی و رانندگی مربوطه تسلیم نماید. در صورت عدم تسلیم در موعد مقرر، راهنمایی و رانندگی پرونده مربوطه را به واحد رسیدگی به اعتراضات موضوع ماده (۵) ارسال تا پس از بررسی و عدم وجود عذر موجه علاوه بر جرائم فوق به تناسب، جرائم نقدی مربوط به بندهای این ماده را به میزان دوبرابر افزایش دهد. راهنمایی و رانندگی موظف است در هر نوبت که نمره منفی به فرد تعلق می‌گیرد به نحو مقتضی او را در خصوص مطلع شدن از نمرات منفی راهنمایی کند.

تبصره ۴: کسانی که در مدت ضبط گواهینامه به رانندگی مبادرت می‌کنند به مجازات مقرر برای رانندگان بدون گواهینامه محکوم می‌شوند.

تبصره ۵: ابطال گواهینامه و یا گرفتن آزمون مجدد صرفاً به موجب قانون ممکن است.

نمره منفی		عنوان تخلف حادثه‌ساز	ردیف
وسیله نقلیه عمومی و سنگین	وسیله نقلیه شخصی		
۱۰	۸	هرگونه حرکت نمایشی مانند دورزدن در جا یا حرکت موتورسیکلت روی یک چرخ	۱
۱۵	۱۰	تجاوز از سرعت مجاز(بیش از ۵۰ کیلومتر در ساعت)	۲
۱۰	۵	سبقت غیرمجاز در راه‌های دوطرفه	۳
۱۰	۵	عبور از چراغ قرمز راهنمایی و رانندگی	۴
۵	۳	حرکت بطور مارپیچ	۵
۷	۵	حرکت با دنده عقب در آزادراه‌ها و بزرگراه‌ها	۶
۲۰	۱۰	رانندگی در حالت مستی و مصرف مواد روانگردان و افیونی	۷
۱۰	۵	تجاوز از سرعت مجاز(۳۰ یا ۵۰ کیلومتر در ساعت)	۸
۴	۴	عبور از محل ممنوع	۹
۹	۵	تجاوز به چپ از محور راه	۱۰
۷	۵	عبور وسایل نقلیه از پیاده‌رو	۱۱
۶	۴	عدم رعایت حق تقدم عبور	۱۲
۵	۳	دورزدن از محل ممنوع	۱۳
۵	۳	استفاده از تلفن همراه یا وسایل ارتباطی مشابه در حین رانندگی در سرعت بالای ۶۰ کیلومتر در ساعت	۱۴
۶	۳	نقص فنی موثر یا نقص در سامانه(سیستم) روشنایی در شب	۱۵

۸	۸	عدم رعایت نکات ایمنی حمل و نقل جاده‌ای مواد خطرناک	۱۶
۷	-	رانندگی با وسایل نقلیه عمومی بیش از زمان مجاز	۱۷
۷	۳	عدم رعایت شرایط مندرج در گواهینامه از قبیل استفاده از عینک، سمعک و تجهیزات خاص	۱۸
۵	۳	عدم توجه به فرمان ایست یا پرچم مراقبین عبور و مرور محصلین یا پلیس مدرسه	۱۹
۸	۵	عدم رعایت مقررات حمل بار	۲۰

منابع:

1. Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/
2. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf?ua=1
3. Road traffic Injuries Fact Sheet, N. 358, updated October 2015
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/en/>
4. Ten strategies for keeping children safe on Roads. World Health Organization, 2015.
http://www.who.int/roadsafety/week/2015/Ten_Strategies_For_Keeping_Children_Safe_on_the_Road.pdf
5. Mobile phone use: a growing problem of driver distraction. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2011.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_trac/en/index.html
6. <https://www.dosomething.org/facts/11-fact-about-texting-and-driving> (Accessed May 2016)
7. <http://www.who.int/features/factfiles/roadsafety/facts/en> (Accessed 24 Dec 2015)
8. Mohan Dinesh, Tiwari Geetam, Khayesi Meleckidzedek, Muyia Nafukho Fredrick. Road traffic injury prevention training manual, World Health Organization, 2006.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43271/1/9241546751_eng.pdf
9. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/

۱۰. خسروی اردشیر، آقا محمدی سعیده، کاظمی الهه، سیمای مرگ در ۳۰ استان کشور در سال ۱۳۹۰. تهران؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، زمستان ۱۳۹۴.

۱۱. سایت رسمی سازمان پزشکی قانونی کل کشور

http://www.lmo.ir/uploads/mtas_11_94.pdf (Accessed May 2016)

۱۲. مرادی سعداله، خادمی علی، جاورتنی مهدی. قربانیان حوادث رانندگی دهه هشتاد از نگاه آمار، تهران؛ سازمان پزشکی قانونی کشور، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، پلیس راهنمایی و رانندگی، دفتر تحقیقات کاربردی، ۱۳۹۱.
۱۳. گزیده سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور سال ۱۳۹۳، سازمان پزشکی قانونی کشور.
۱۴. گزیده سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور سال ۱۳۹۲، سازمان پزشکی قانونی کشور.
۱۵. راهبرد ملی ایمنی راه‌های ایران، وزارت راه و ترابری، معاونت آموزش تحقیقات و فناوری، دبیرخانه کمیسیون ایمنی راه‌های کشور، ویراست ۲، ۱۳۹۰.
- <http://www.mrud.ir/Portal/File/ShowFile.aspx?ID=4a60445c-74ca-47dd-a4da-b25009e65198>
16. Ahadi Mohammad Reza, Razi Ardakani Hesamoddin, Estimating the Cost of Road Traffic Accidents in Iran using Human Capital Method. International Journal of Transportation Engineering, 2014; 2(3), 163- 178.
17. Ainy E, Soori H, Ganjali M, Le H, Baghfalaki T (2014). Estimating Cost of Road Traffic Injuries in Iran Using Willingness to Pay (WTP) Method. PLoS One, 2014 Dec 19(12): e112721. doi:10.1371/journal.pone.0112721.
۱۸. قانون ملی رسیدگی به تخلفات رانندگی. پورتال وزارت کشور.
- <http://www.moi.ir/portal/File/ShowFile.aspx?ID=f518f538-dbe4-4e01-854c-6aa539ab2243>(Accessed May 2016)
19. Global status report on road safety: time for action. Geneva, World Health Organization, 2009.
- http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009
20. Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020. Geneva, World Health Organization, 2011.
- http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/en/
21. <https://sustainabledevelopment.un.org/index.php?page=view&type=400&nr=2116&menu=35>(Accessed May 2016)

۲۲. قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران. مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی، مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷.

http://rc.majlis.ir/fa/law/print_version/93301(Accessed May 2016)

۲۳. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران. مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی، مصوب ۱۳۸۳/۶/۱۱.

<http://rc.majlis.ir/fa/law/show/94202>(Accessed May 2016)

۲۴. قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران. مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی، مصوب ۱۳۸۹/۱۰/۱۵.

<http://rc.majlis.ir/fa/law/show/790196>(Accessed May 2016)

۲۵. قاضی‌زاده هاشمی دکتر سیدحسن و همکاران، سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۰-۱۳۹۴، تهران، آفتاب اندیشه، ۱۳۹۴.

۲۶. آیین نامه ساماندهی طرح پوشش فراگیر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

<http://www.behdasht.gov.ir/>(Accessed May 2016)