



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

چارچوب ملی ارائه خدمت

در

حوادث ترافیکی

در راستای سند ملی پیشگیری و
کنترل بیماری‌های غیرواگیر

۱۳۹۸







جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی

(در راستای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر)

۱۳۹۸

عنوان و نام پدیدآور: چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی (در راستای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر) / پدیدآورندگان قاسم جان بابایی ... [او دیگران]؛ همکاران (به ترتیب حروف الفبا) افشین استوار ... [او دیگران]؛ [برای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر. وضعیت ویراست: اویراست ۲].

مشخصات نشر: کرج: انتشارات گارسه، ۱۳۹۸.

مشخصات ظاهری: ۱۴۲ص: مصور (رنگی)، جدول (رنگی)، نمودار (رنگی)؛ ۲۲ × ۲۹س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۷۱۲۵-۱-۹

وضعیت فهرست نویسی: فیپا

یادداشت: پدیدآورندگان قاسم جان بابایی، محمد حاجی آقاجانی، مشیانه حدادی، جمشید کرمانچی، پیرحسین کولیوند، محمدسرور.

یادداشت: همکاران (به ترتیب حروف الفبا) افشین استوار، علی اردلان، کامران باقری لنگرانی، علی بیداری، نیلوفر پیکری، امیرحسین تکیان، ناهید جعفری، حمیدرضا حاتم آبادی، سیدتقی حیدری...

یادداشت: چاپ قبلی: آفتاب اندیشه، ۱۳۹۵.

یادداشت: چاپ دوم.

موضوع: رانندگی -- حوادث -- آمار

موضوع: Traffic accidents -- Statistics

موضوع: ترافیک -- پیش‌بینی‌های ایمنی -- آمار

موضوع: Traffic safety -- Statistics

موضوع: رانندگی -- ایران -- حوادث -- آمار

موضوع: Traffic accidents -- Iran -- Statistics

موضوع: رانندگی -- ایران -- حوادث -- مدیریت

موضوع: Traffic accidents -- Iran -- Management

شناسه افزوده: جان بابایی، قاسم، ۱۳۴۸ -

شناسه افزوده: استوار، افشین، ۱۳۵۱ -

شناسه افزوده: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

رده بندی کنگره: HE۵۶۱۴/۵

رده بندی دیویی: ۳۶۳/۱۲۵

شماره کتابشناسی ملی: ۵۷۸۲۶۵۳

پدید آورندگان: دکتر قاسم جان بابایی، دکتر محمد حاجی آقاجانی، دکتر مشیانه حدادی، دکتر جمشید کرمانچی، دکتر پیرحسین کولیوند، دکتر محمد سرور

همکاران به ترتیب حروف الفبا: دکتر افشین استوار، دکتر علی اردلان، دکتر کامران باقری لنگرانی، دکتر علی بیداری، دکتر نیلوفر پیکری، دکتر امیر حسین تکیان، دکتر ناهید جعفری، دکتر حمید رضا حاتم آبادی، دکتر سید تقی حیدری، دکتر حمید حیدری، دکتر حمیدرضا خانکه، دکتر داوود خراسانی زواره، دکتر اردشیر خسروی، دکتر علیرضا دلاوری، دکتر عطیه ربیعی، دکتر وفا رحیمی موقر، دکتر رضایابی، دکتر سجاد رضوی، دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر سهیل سعادت، دکتر حمید سوری، دکتر علی شهرامی، دکتر امین صابری نیا، دکتر همایون صادقی، دکتر خسرو صادق نیت، دکتر علیرضا عسکری، دکتر طیب قدیمی، دکتر فرشاد فرزادفر، دکتر بهزاد کلانتری، دکتر سید عباس متولیان، دکتر علیرضا مغیثی، دکتر جعفر میعادفر، دکتر حسن نوری، دکتر حسن واعظی، دکتر شاهرخ یوسف زاده چابک.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۷۱۲۵-۱-۹

ناشر: گارسه

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

چاپ دوم: ۱۳۹۸

اعضای کمیته و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

آقای دکتر سعید نمکی؛ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر باقر لاریجانی؛ معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نائب رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر علیرضا رئیسی؛ معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر محمدرضا شانه‌ساز؛ سرپرست سازمان غذا و دارو، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر قاسم جان بابایی؛ معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر کامل تقوی نژاد؛ معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر محسن اسدی لاری؛ مدیر کل امور بین الملل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر فرشاد فرزادفر؛ رئیس مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر حمیدرضا جمشیدی؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر علی اکبر حقدوست؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر علیرضا دلاوری؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر افشین استوار؛ سرپرست دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر رامین حشمت؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر امیرحسین تکیان؛ عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

خانم دکتر نیلوفر پیکری؛ دبیر و عضو دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران

چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی

(در راستای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر)

پدیدآورندگان:

دکتر قاسم جان بابایی، دکتر محمد حاجی آقاجانی، دکتر مشیانه حدادی، دکتر جمشید کرمانچی، دکتر پیرحسین کولیوند، دکتر محمد سرور.

همکاران علمی (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر افشین استوار، دکتر علی اردلان، دکتر کامران باقری لنکرانی، دکتر علی بیداری، دکتر نیلوفر پیکری، دکتر امیر حسین تکیان، دکتر ناهید جعفری، دکتر حمید رضا حاتم آبادی، دکتر سید تقی حیدری، دکتر حمید حیدری، دکتر حمیدرضا خانکه، دکتر داوود خراسانی زواره، دکتر اردشیر خسروی، دکتر علیرضا دلاوری، دکتر عطیه ربیعی، دکتر وفا رحیمی موقر، دکتر رضا رضایی، دکتر سجاد رضوی، دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر سهیل سعادت، دکتر حمید سوری، دکتر علی شهرامی، دکتر امین صابری نیا، دکتر همایون صادقی، دکتر خسرو صادق نیت، دکتر علیرضا عسکری، دکتر طیب قدیمی، دکتر فرشاد فرزادفر، دکتر بهزاد کلانتری، دکتر سید عباس متولیان، دکتر علیرضا مغیثی، دکتر جعفر میعادفر، دکتر حسن نوری، دکتر حسن واعظی، دکتر شاهرخ یوسف زاده چابک.

همکاران اجرایی (به ترتیب حروف الفبا):

کارولین ابش زاده، فروغ اسربار، معصومه افسری، سهیل آقابگلویی، دکتر آرمان برزه کار، حمید جوادی فر، عظیمه سادات جعفری، دکتر حسن حسینی زاده، محسن حسن زاده لعل، آزاده حقیقی، مجتبی خالیدی، لیلا خیراتی، دکتر رضا دهقانپور، زهرا رحمانی زاده، میترا رستگاری، آنیتا رضایی طهرانی، دکتر فرهاد رضوانی، دکتر منصور رنجبر، ابراهیم زارع، رضا زارعی نژاد، مرضیه زنگنه، مهرداد زینالی، مریم سیاه تیر، دکتر مجتبی سیف، دکتر نرگس سادات شمس، دکتر سید موسی طباطبایی لطفی، سارا مهران امین، دکتر حمید مهربانی فر، دکتر معصومه عباسی، سارا علیپور، پروانه عزتی، اسماعیل فراهانی، میثم فراهانی، علی سوسن آبادی، مریم قدیری افشار، فاطمه کشوری، دکتر حمیدرضا لرنژاد، دکتر حمید لهراسبی، عطیه مبینی، دکتر زینب محمدی، دکتر نفیسه میرکتولی، حسن وطنی، دکتر علیرضا ولی زاده، جواد یعقوبی زاده.

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 در پیچه‌های 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 دور دست کشور است.



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

بنا به ضرورت‌های پیشگفت و با توجه به تعهد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان جهانی بهداشت در خصوص 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. اکنون که با هماهنگی جناب آقای دکتر باقر لاریجانی، نائب رئیس محترم کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و زحمات و پیگیری‌های مجدانه جناب آقای دکتر محمد آقاجانی و جناب آقای دکتر قاسم جان بابایی، چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی تدوین گردیده، امیداست با جلب مشارکت و همکاری‌های بین‌بخشی 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 زحمات برادر ارجمند جناب آقای دکتر سید حسن قاضی زاده هاشمی و 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 به‌موقع، مناسب و با کیفیت از آسیب بیشتر پیشگیری و فرد را به‌طور مولد به آغوش جامعه بازگردانیم.

کار گروه‌های کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

از ملزومات پوشش همگانی سلامت و توسعه پایدار در کشور، مدیریت و رهبری مؤثر و عملکرد سریع و مناسب در سطوح ملی و فروملی در کشور به منظور پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر است. بر همین اساس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کمیته پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ایران را به منظور سیاستگذاری در سطح ملی، برنامه ریزی، جلب مشارکت ذی نفعان و همکاری‌های درون بخشی و بین بخشی و هدایت مداخلات مبتنی بر اولویت تشکیل داد. این کمیته سند ملی ایران را مبتنی بر برنامه عمل جهانی و اولویت‌های کشور به منظور پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن از سال ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴ تدوین نمود. این سند دارای ۱۳ هدف ملی که بر عوامل خطر اصلی شامل مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، عدم فعالیت فیزیکی و مصرف الکل، چهار دسته بیماری که عبارتند از بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن ریوی، دیابت و اولویت‌های دیگر کشور مانند حوادث ترافیکی متمرکز است.

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر به منظور اجرایی ساختن سند ملی، کارگروه‌های ملی را مبتنی بر اهداف یاد شده در سال ۱۳۹۴ تشکیل داد.

هماهنگ کنندگان کارگروه‌های کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۹۴

معاون آموزشی و بهابنگ کننده کارگروه بیماری‌های غیرواگیر با تمرکز بر دیابت و عوامل خطر متابولیک	جناب آقای دکتر لاریجانی
معاون بهداشت و بهابنگ کننده کارگروه عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی	جناب آقای دکتر سیاری
معاون تحقیقات و فناوری و بهابنگ کننده کارگروه بیماری‌های غیرواگیر با تمرکز بر سرطان	جناب آقای دکتر ملک زاده
معاون درمان و بهابنگ کننده کارگروه‌های بیماری‌های غیرواگیر با تمرکز بر بیماری‌های قلبی - عروقی و پیشگیری از حوادث ترافیکی	جناب آقای دکتر آقاجانی
معاون و رئیس سازمان غذا و دارو و بهابنگ کننده کارگروه غذا و دارو	جناب آقای دکتر دیناروند
بهابنگ کننده کارگروه تعاملات بین بخشی	جناب آقای دکتر ولادری
بهابنگ کننده کارگروه پایش و شرف‌ت دستیابی به اهداف سند ملی	جناب آقای دکتر فرزادفر

در سال ۱۳۹۶، با تشکیل معاونت اجتماعی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جناب آقای دکتر ایازی، معاون اجتماعی وقت، به عنوان هماهنگ کننده کارگروه تعاملات بین بخشی و اجتماعی سازی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در کمیته ملی فعالیت داشتند. در گذر زمان و با توجه به عضویت شخصیت حقوقی افراد

همهانگ کنندگان برخی کارگروه‌ها تغییر کرده و همچنین کارگروه‌های جدیدی به مجموعه کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، مبتنی بر نیاز کشور، افزوده شدند.

همهانگ کنندگان کارگروه‌های کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۹۸

معاون آموزشی و هانگ کننده کارگروه بیماری‌های غیرواگیر با مرکز بر دیات و عوامل خطر متابولیک	خان آقایی دکتر لاریجانی
معاون بهداشت و هانگ کننده کارگروه عوامل خطر مرتبط با بک زندگی	خان آقایی دکتر رینی
معاون تحقیقات و فناوری و هانگ کننده کارگروه بیماری‌های غیرواگیر با مرکز بر سرطان	خان آقایی دکتر ملک زاده
معاون درمان و هانگ کننده کارگروه پیشگیری از حوادث ترافیکی	خان آقایی دکتر جان بابایی
معاون و سرپرست سازمان غذا و دارو و هانگ کننده کارگروه غذا و دارو	خان آقایی دکتر شازده
رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهید بهشتی و هانگ کننده کارگروه بیماری‌های قلبی، عروقی	خان آقایی دکتر آقاجانی
هانگ کننده کارگروه بیماری‌های غیرواگیر با مرکز بر بیماری‌های مزمن تنفسی	خان آقایی دکتر قانع
معاون پرستاری و هانگ کننده کارگروه آموزش، پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر	سرکار خانم دکتر حضرتی
هانگ کننده کارگروه تعاملات بین بخشی	خان آقایی دکتر دل‌پیشه
هانگ کننده کارگروه پایش، مشرف و دستیابی به اهداف سند ملی	خان آقایی دکتر فرزادفر

چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی

راهکاری برای دستیابی به اهداف سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

دکتر باقر لاریجانی

نائب رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و رئیس پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

کشور جمهوری اسلامی ایران متعهد گردیده است که تا سال ۲۰۲۵، مرگ زودهنگام به علت بیماری‌های غیرواگیر را در جمعیت کشور به میزان ۲۵ درصد کاهش دهد، تعهدی که برای اجرای آن نیاز به بسیج منابع و امکانات وزارت بهداشت و همکاری سایر وزارتخانه‌ها، نهادهای عمومی و حتی بخش خصوصی است. در این راستا و در تیر ماه سال ۱۳۹۴، اولین «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» با حضور خانم دکتر مارگارت چان، مدیر کل محترم سازمان جهانی بهداشت و آقای دکتر علاء الوان، مدیر منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، به امضای مقام محترم ریاست جمهوری، مقام محترم ریاست مجلس شورای اسلامی، سه تن از معاونان رئیس جمهور، نه نفر از وزرای دولت یازدهم و ریاست سازمان صدا و سیما رسید که شاید اولین مورد از این دست اسناد در تاریخ نظام سلامت کشور باشد. اکنون که کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، مسئولیت سیاست‌گذاری‌های کلان در حوزه بیماری‌های غیرواگیر و هماهنگی درون بخشی و برون بخشی را بر عهده گرفته است، انتظاری رود اقدامات سریع و قاطع در راستای دستیابی به اهداف ذیل، صورت پذیرد.

اهداف سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴

- هدف ۱: ۲۵٪ کاهش خطر مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان، دیابت و بیماری‌های مزمن ریوی
- هدف ۲: حداقل ۱۰٪ کاهش نسبی در مصرف الکل
- هدف ۳: ۲۰٪ کاهش نسبی در شیوع فعالیت بدنی ناکافی
- هدف ۴: ۳۰٪ کاهش نسبی در متوسط مصرف نمک در جامعه
- هدف ۵: ۳۰٪ کاهش نسبی در شیوع مصرف دخانیات در افراد بالاتر از ۱۵ سال
- هدف ۶: ۲۵٪ کاهش نسبی در شیوع فشار خون بالا
- هدف ۷: ثابت نگهداشتن میزان بیماری دیابت و چاقی
- هدف ۸: دریافت دارو و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) توسط حداقل ۷۰٪ از افراد واجد شرایط برای پیشگیری از حمله‌های قلبی و سکته مغزی
- هدف ۹: ۸۰٪ دسترسی به تکنولوژی‌ها و داروهای اساسی قابل فراهمی شامل داروهای ژنریک مورد نیاز برای درمان بیماری‌های غیرواگیر در بخش‌های خصوصی و دولتی
- هدف ۱۰: به صفر رساندن میزان اسید چرب اشباع در روغن‌های خوراکی و محصولات غذایی
- هدف ۱۱: ۲۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی
- هدف ۱۲: ۱۰٪ کاهش نسبی در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر
- هدف ۱۳: ۲۰٪ افزایش دسترسی به درمان بیماری‌های روانی

به این منظور، در کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، کارگروه‌های متعددی در نظر گرفته شده‌است که هر یک از آن‌ها مسئولیت دستیابی به یک یا چند هدف موجود در «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» را بر عهده دارند. این کارگروه‌ها شامل کارگروه دیابت و عوامل خطر متابولیک، کارگروه بیماری‌های قلبی و عروقی، کارگروه عوامل خطر مرتبط با سبک زندگی، کارگروه سرطان، کارگروه دارو/ مواد و صنایع غذایی، کارگروه عوامل خطر زیست محیطی، کارگروه سوانح و حوادث ترافیکی، کارگروه تعاملات بین بخشی و کارگروه پایش و ارزشیابی سند است. کارگروه سوانح و حوادث ترافیکی، با توجه به مسئولیت‌هایی که در راستای دستیابی به اهداف «سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط» دارد، اقدام به تدوین «چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی» نمود تا با کمک آن بتواند برنامه‌های پیشگیری و درمان و بازتوانی را با رویکردی چند بخشی هماهنگ کند و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور را در راه رسیدن به اهداف مورد نظر یاری نماید.

بیانیه رئیس کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی



دکتر قاسم جان بابایی
معاون درمان و رئیس کارگروه ملی
کاهش بار حوادث ترافیکی

امروزه حوادث ترافیکی به‌عنوان یکی از معضلات مهم و موانع توسعه پایدار در سطح بین‌المللی مطرح است، بگونه‌ای که سالانه ۱,۳۵ میلیون نفر یعنی تقریباً روزانه ۳۷۰۰ نفر در اثر حوادث ترافیکی فوت می‌کنند و ده‌ها میلیون نفر مصدوم یا معلول می‌شوند. این حوادث بار بالایی را به نظام سلامت کشورها تحمیل و هزینه هنگفتی برای دولت‌ها رقم می‌زند.

متأسفانه بیش از ۹۰٪ موارد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد، کشورهایی که ۸۵٪ جمعیت جهان و تنها ۶۰٪ وسائط نقلیه را دارند. منطقه مدیترانه شرقی در مقام سوم بالاترین میزان مرگ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت بعد از آفریقا

و جنوب شرق آسیا قرار دارد. در ایران نیز سالانه تعداد زیادی از هموطنان در اثر حوادث ترافیکی فوت می‌کنند این در حالیست که متأسفانه علیرغم روند رو به کاهشی که از ابتدای دهه ایمنی راهها آغاز شده بود در دو سال اخیر مجدداً شاهد روند افزایشی تلفات ترافیکی بودیم.

روند سریع شهرنشینی، استانداردهای ضعیف ایمنی، ناکارآمدی قوانین، اجرا و اعمال ضعیف قانون، حواس‌پرتی یا خستگی حین رانندگی، رانندگی تحت تأثیر مواد مخدر یا الکل، سرعت غیرمجاز، عدم استفاده از کمربند ایمنی و یا کلاه ایمنی، صحبت کردن با تلفن همراه و حواس‌پرتی حین رانندگی بخشی از دلایل رخداد این حوادث بشمار می‌روند.

تجربه نشان می‌دهد که دستیابی به ایمنی پایدار راه‌ها نیازمند برنامه‌ریزی، سرمایه‌گذاری طولانی‌مدت و ظرفیت مدیریتی مناسب است. لازمه دستیابی به این مهم همکاری مشترک همه ذینفعان ملی و بین‌المللی، سازمان‌های مردم‌نهاد و آحاد مردم است.

جمهوری اسلامی ایران بعنوان کشور پیشگام در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر، کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط را به ریاست جناب آقای دکتر قاضی زاده هاشمی وزیر محترم بهداشت و با عضویت معاونین محترم ایشان و جمعی از صاحب‌نظران تشکیل داد و «سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط» را تدوین نمود، سندی که علاوه بر اهداف ۹ گانه سازمان جهانی بهداشت، اهداف دیگری از جمله کاهش مرگ ناشی از حوادث ترافیکی را نیز با توجه به اولویت‌های کشور در بحث بیماری‌های غیر واگیر تعریف نمود.

این سند توسط جناب آقای دکتر روحانی رئیس‌جمهور محترم و اعضا محترم هیئت دولت به تصویب رسید و همچنین خانم مارگارت چان رئیس وقت سازمان جهانی بهداشت آن را تایید نمود. به منظور دستیابی به اهداف ذکر شده در سند و عملیاتی نمودن برنامه‌های آن، کارگروه‌های مرتبط در حوزه‌های اصلی بیماری‌های غیر واگیر تشکیل گردید. یکی از این کارگروه‌ها، کارگروه حوادث ترافیکی بود که در اولین گام به همت جناب آقای دکتر محمد آقاجانی، معاون درمان وقت و با همکاری مشاوران علمی و افراد خبره در این حوزه اقدام به تهیه چارچوب ملی ارائه خدمت به مصدومین ترافیکی نمود. تهیه سند پیش رو که ویرایش دوم از چارچوب ملی ارائه خدمت به مصدومین ترافیکی است نیز بدون همکاری مجدانه برادر ارجمند و سخت‌کوشم جناب آقای دکتر پیرحسین کولیوند، رئیس محترم سازمان اورژانس کشور و دبیر محترم کارگروه حوادث ترافیکی سرکار خانم دکتر مشیانه حدادی میسر نبود.

مشارکت فعال کلیه ذینفعان نظام سلامت در حوزه حوادث ترافیکی نقطه قوت دیگر سند پیش رو است. امید است با همکاری و حمایت واحدهای مرتبط در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و دیگر ذینفعان در وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و موسسات دیگر، گام‌های در نظر گرفته شده در این سند شکل واقعی و عملیاتی بخود گیرد و مردم عزیز کشور ما از نتایج سلامت‌بخش آن بهره‌مند گردند.

رئوس مطالب:

- اعضای کمیته و دبیرخانه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ۵
- چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی ۶
- بیانیه رئیس کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ۷
- چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی ۱۰
- راهکاری برای دستیابی به اهداف سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ۱۰
- بیانیه رئیس کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی ۱۱

فصل نخست: کلیات حوادث ترافیکی فصل نخست ۱۷

- نگاهی کلی به وضعیت حوادث ترافیکی در جهان ۱۸
- افراد در معرض خطر حوادث ترافیکی ۲۰
- عوامل خطر کلیدی حوادث ترافیکی ۲۲
- سرعت بالا ۲۲
- کمربند ایمنی ۲۴
- کلاه ایمنی موتورسواران ۲۴
- صندلی مخصوص کودک ۲۵
- رانندگی تحت تاثیر مصرف مشروبات ۲۷
- رانندگی تحت تاثیر داروها و مواد روانگردان ۲۸
- رانندگی حین استفاده از تلفن همراه ۲۸
- هزینه حوادث ترافیکی در جهان ۲۹
- نگاهی کلی به وضعیت حوادث ترافیکی در ایران ۲۹
- هزینه حوادث ترافیکی در ایران ۳۶
- الگوی حوادث ترافیکی در ایران ۳۶
- سرعت غیرمجاز ۳۷
- کلاه ایمنی ۳۸
- صندلی مخصوص کودک ۳۸
- رانندگی تحت تاثیر مصرف مشروبات الکلی ۳۸
- حوادث ترافیکی در ایران از منظر بین المللی ۳۹
- اسناد بالادستی بین المللی ۴۷
- اهداف توسعه پایدار و حوادث ترافیکی ۴۹

- اهداف عملکردی بین المللی ارتقای ایمنی راه ها ۵۰
- استراتژی‌های ده‌گانه ایمنی ترافیکی کودکان ۵۲
- اسناد بالادستی ملی ۵۳
- قانون برنامه سوم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ۵۳
- قانون برنامه چهارم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ۵۳
- قانون برنامه پنجم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ۵۴
- قانون برنامه ششم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ۵۵
- قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه ۵۸
- دهه ایمنی راه‌ها در ایران ۵۹
- راهبرد ملی ده ساله ایمنی راه‌های ایران ۱۴۰۰-۱۳۹۰ ۵۹
- سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در سال‌های ۱۴۰۴-۱۳۹۴ ۶۰
- آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی کشور ۶۱
- اساسنامه سازمان اورژانس کشور ۶۱
- طرح تحول نظام سلامت ۶۱

فصل دوم: چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی (حوزه ارائه خدمت) ... ۶۳

- هدف کلی ۶۴
- اهداف راهبردی ۶۴
- راهبردها ۶۴
- ظرفیت‌سازی: گام‌های سازمانی در سال نخست برنامه ۶۹
- ساختار شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش در سطح دانشگاه و شهرستان ۷۰
- استانداردهای چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی ۷۲
- دستیابی به استانداردها: ده سال آینده ۷۷
- منطبق بودن با اولویت‌های دانشگاهی / شهرستانی ۷۷
- شاخص‌های پایش و ارزشیابی ۷۸

فصل سوم: حوزه پژوهش در حوادث ترافیکی ۸۳

- اهداف پژوهش در چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی ۸۴
- استانداردهای پژوهش در چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی ۸۴
- ارکان ۸۵

- کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ۸۵
- وظایف کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی در حوزه پژوهش ۸۶
- وظایف دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در حوزه پژوهش ۸۷
- وظایف شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و شهرستان ۸۷

فصل چهارم حوزه آموزش در حوادث ترافیکی ۸۹

- اهداف آموزش در چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی ۹۰
- کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ۹۱
- وظایف دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در حوزه آموزش ۹۲
- وظایف شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و شهرستان ۹۳

فصل پنجم: تعاملات درون و برون بخشی ۹۵

- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از ذینفعان برون بخشی ۹۶
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت راه، مسکن و شهرسازی ۹۶
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از پلیس راهنمایی و رانندگی ۹۷
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت صنعت، معدن و تجارت ۹۸
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت کشور ۹۸
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان صدا و سیما ۹۸
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان ملی استاندارد ۹۹
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت ورزش و جوانان ۹۹
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت آموزش و پرورش ۹۹
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ۱۰۰
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت کار، رفاه و امور اجتماعی ۱۰۰
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت اقتصاد و دارایی ۱۰۰
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت نیرو ۱۰۰
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت جهاد کشاورزی ۱۰۰
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان پزشکی قانونی کشور ۱۰۰
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت ارتباطات و فن آوری اطلاعات ۱۰۱
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان برنامه و بودجه ۱۰۱

- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از مجلس شورای اسلامی..... ۱۰۱
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان اورژانس کشور..... ۱۰۱
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت درمان، وزارت متبوع..... ۱۰۱
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت بهداشت، وزارت متبوع..... ۱۰۲
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت آموزشی، وزارت متبوع..... ۱۰۲
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت پژوهشی، وزارت متبوع..... ۱۰۲
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت توسعه، مدیریت و منابع، وزارت متبوع..... ۱۰۳
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت پرستاری، وزارت متبوع..... ۱۰۳
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان غذا و دارو..... ۱۰۳
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از حوزه روابط بین الملل..... ۱۰۳
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از حوزه روابط عمومی، وزارت متبوع..... ۱۰۴
- انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی..... ۱۰۴

ضمائم..... ۱۰۷

- جدول نمره منفی در قانون رسیدگی به جرائم رانندگی..... ۱۰۸
- اهداف ۱۷ گانه توسعه پایدار..... ۱۱۰
- فعالیت‌های دهه بین‌المللی ایمنی راهها..... ۱۱۱
- راهبرد ملی ایمنی راه‌های ایران..... ۱۱۴
- تفاهم نامه همکاری وزارت راه و شهرسازی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی..... ۱۱۹
- آیین‌نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی کشور..... ۱۲۳
- اساسنامه سازمان اورژانس کشور..... ۱۲۸
- اساسنامه سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور..... ۱۲۸
- روند مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک استان..... ۱۳۱
- منابع..... ۱۳۴



فصل نخست

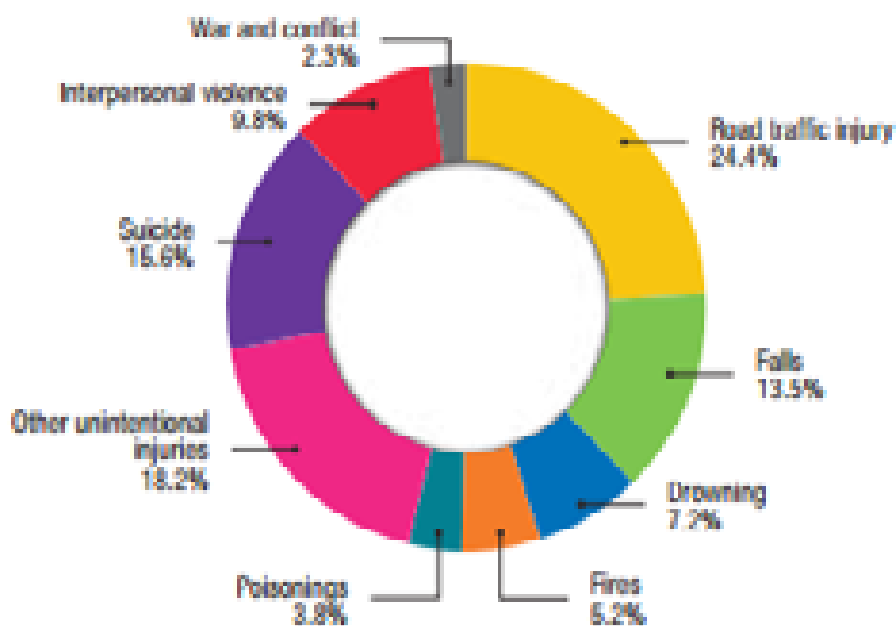
کلیات حوادث ترافیکی



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 که در سال ۲۰۱۸ و به استناد آمار و اطلاعات سال ۲۰۱۶ به چاپ رسیده، سالیانه ۱,۳۵۰,۰۰۰ نفر (روزانه قریب به ۳۷۰۰ 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 (۲) (نمودار ۱) و ۲,۵٪ کل مرگ‌ها را به خود اختصاص می‌دهد، هم‌اکنون هشتمین علت مرگ در جهان (نمودار ۲) و نخستین علت مرگ در گروه سنی ۵ تا ۲۹ سال است 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. این در حالیست که به استناد سومین گزارش بین‌المللی ایمنی راه‌ها که در سال ۲۰۱۵ به چاپ رسیده بود، سالیانه ۱,۲۵۰,۰۰۰ نفر در اثر حوادث ترافیکی در سراسر جهان جان خود را از دست می‌دادند و حوادث ترافیکی نهمین علت مرگ در جهان و نخستین علت مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال بود. (۳)

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 2018, https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/

2- 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 جهان در سال ۲۰۱۶ میلادی

درصد	شرح
۱۴٫۴	بیماری‌های ایست قلبی قلبی
۱۰٫۲	سکته مغزی
۵٫۴	بیماری مزمن استخوانی ریه
۵٫۲	طوفانهای انفجاری طبیعی
۴٫۵	بیماری‌های مزمن و سایر عفونت‌ها
۴	سرطان ترشه، پروستات و ریه
۳٫۵	دیابت مزمن
۳٫۵	حوادث ترافیکی
۳٫۴	بیماری‌های تنفسی
۳٫۳	سر

Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2018.

متأسفانه حدود ۹۳٪ موارد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد، کشورهایی که ۸۵٪ جمعیت جهان و تنها ۶۰٪ 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, 2018.

میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در جهان ۱۸٫۲ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت است. این میزان در منطقه مدیترانه شرقی (۱۸ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت) است و این منطقه پس از آفریقا (۲۶٫۶ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت) و جنوب شرق آسیا (۲۰٫۷ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت) در مقام سوم بالاترین میزان مرگ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت قرار دارد.(نمودار ۴)

نمودار ۴، میزان مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به ازای یکصد هزار نفر جمعیت، بر اساس مناطق ۶ گانه سازمان جهانی بهداشت



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2018.

منطقه مدیترانه شرقی تنها منطقه‌ای است که در آن مرگ ناشی از حوادث ترافیکی با افزایش سطح درآمد کاهش نمی‌یابد. (۱)

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. ۲۳٪ فوتی‌های حوادث ترافیکی در جهان عابران پیاده، ۲۸٪ راکبین وسائط نقلیه موتوری دو یا سه چرخ و ۳٪ دوچرخه سواران هستند. (نمودار ۵)

در میان فوتی‌های حوادث ترافیکی بالاترین درصد فوت عابران پیاده در میان مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت مربوط به آفریقا (۴۰٪) و کمترین مربوط به جنوب شرق آسیا (۱۴٪) است. ۳۴٪ فوتی‌های حوادث ترافیکی در منطقه مدیترانه شرقی را عابران پیاده تشکیل می‌دهند. (۱)

نمودار ۵، میزان مرگ حوادث ترافیکی در کاربران مختلف، به تفکیک مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت

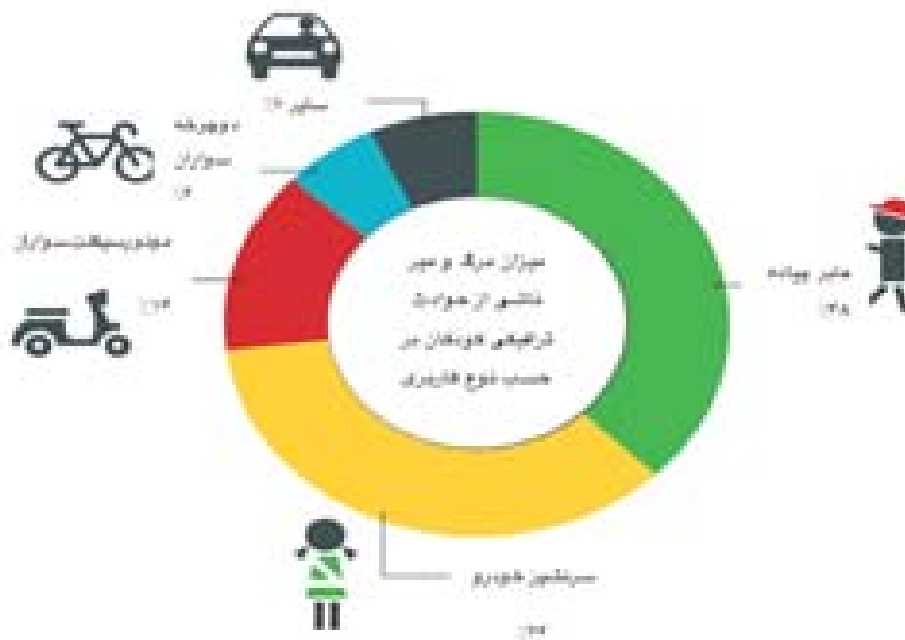


Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2018.

کودکان از دیگر گروه‌های آسیب‌پذیر حوادث ترافیکی هستند به‌گونه‌ای که تقریباً هر چهار دقیقه یک کودک به‌دلیل 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. بر اساس آمارها، ۹۵٪ مرگ کودکان در سوانح ترافیکی در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد.

کودکان در سنین پایین‌تر به‌علت محدود بودن تکامل فیزیکی، شناختی و اجتماعی، بیش از بالغین در برابر ترافیک آسیب‌پذیرند. در کودکان به‌علت کوچکی جثه احتمال دیدن و دیده شدن کمتر از بالغین است. به‌علاوه 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. در سنین بالاتر نیز، بروز رفتارهای مخاطره آمیز کودک بر ایمنی او تاثیر می‌گذارد. (۴)

نمودار ۶، 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, 2018.

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. (۵) این تفاوت جنسیتی از زمان کودکی آغاز می‌گردد به‌طوری‌که 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.

عوامل خطر کلیدی حوادث ترافیکی

هفت 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 :

مدیریت موثر سرعت، مهمترین راهکار مداخله‌ای در کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی است. (۱) 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. (۳) کاهش اندک سرعت می‌تواند بر احتمال مرگ و خطر مصدومیت‌های جدی در تصادفات رانندگی موثر باشد:

- خطر مرگ برای عابرانی که در برخورد با قسمت جلوی خودرو مصدوم می‌شوند، در افزایش سرعت از ۵۰ km/h به ۶۵ km/h، ۴/۵ برابر می‌شود.

- خطر مرگ سرنشینان خودرو در تصادفات دو خودرو از پهلو در سرعت ۶۵ km/h، ۸۵ درصد است.

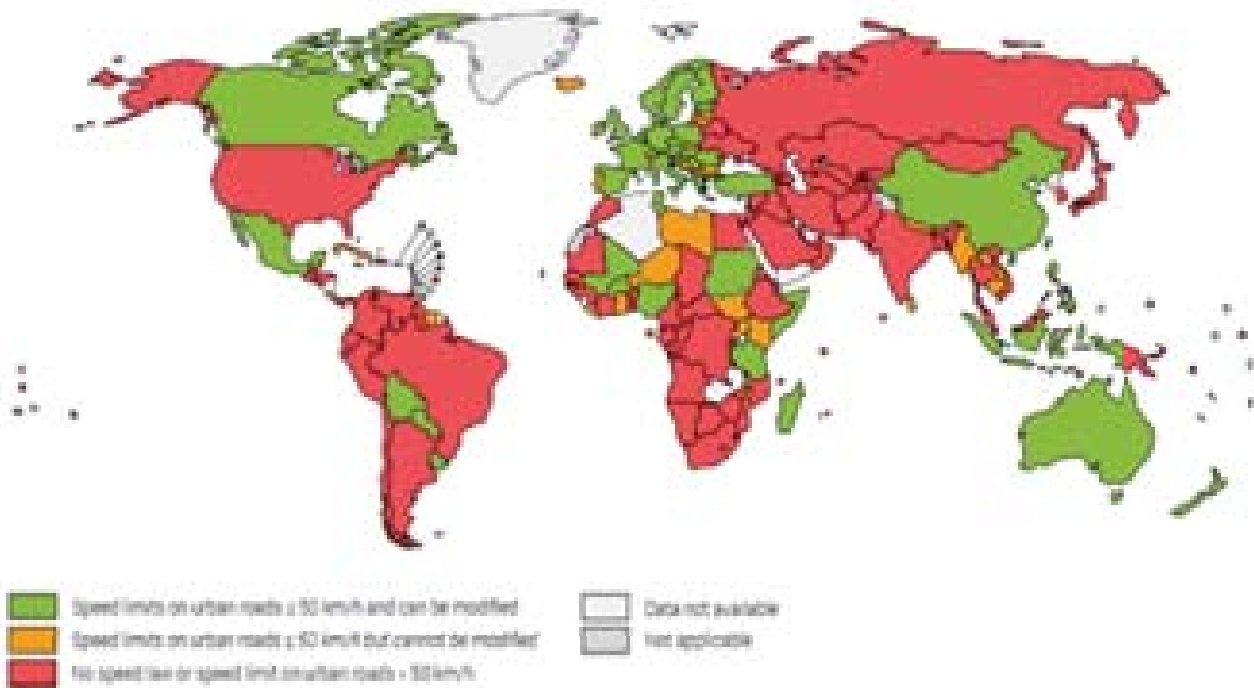
- برای سرنشینانی که در خودروهای با بهترین کیفیت ایمنی سوار^۳ هستند و کمربند ایمنی نیز بسته‌اند، آستانه آسیب‌های جدی و کشنده ناحیه سر در تصادفات شاخ به شاخ دو خودرو ۷۰ km/h (سرعت در لحظه برخورد)^۴ گزارش شده است. (۱)

3- Euro- NCAP- 5 star

4- Travel speed at impact

به ازای هر ۱٪ افزایش در سرعت متوسط ۴٪ خطر تصادفات مرگ‌بار و ۳٪ خطر تصادفات شدید افزایش می‌یابد.
۵ درصد کاهش متوسط سرعت، تعداد فوتی‌ها را تا ۳۰ درصد کاهش می‌دهد.(۱)

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



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2018.

۴۶ کشور جهان با جمعیتی حدود سه میلیارد نفر، قوانین مناسبی برای محدودیت سرعت در مناطق شهری دارند.(۱)

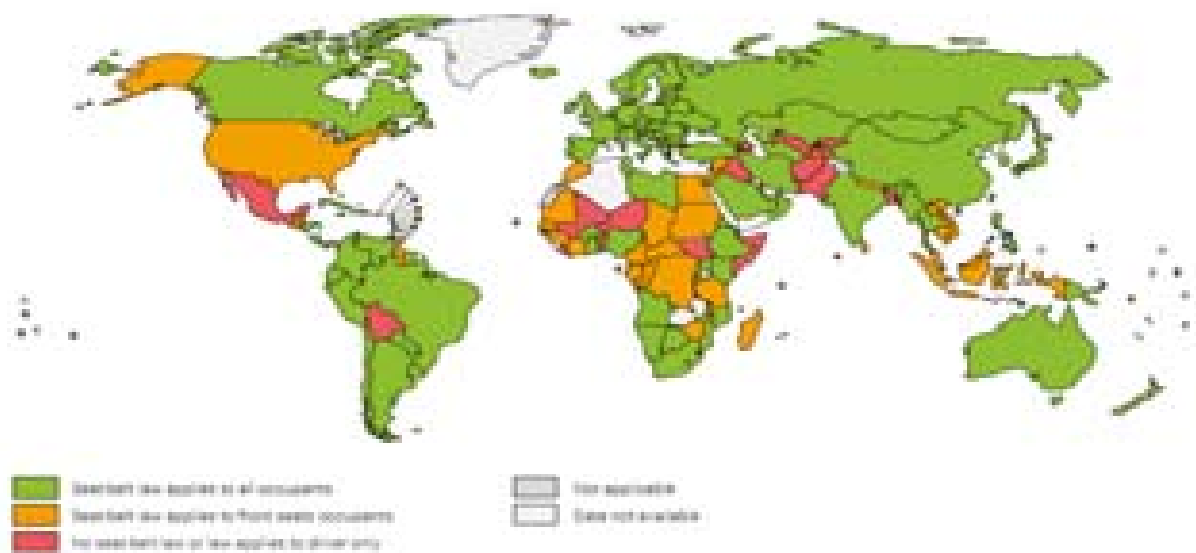
سه معیار مهم برای ارزیابی وضعیت قوانین مرتبط با سرعت، بمنظور انطباق با بهترین عملکرد مورد تایید سازمان جهانی بهداشت عبارتند از:

- وجود قانون ملی برای محدودیت سرعت
- حداکثر سرعت درون‌شهری کمتر یا برابر با ۵۰ km/h (سرعت ۳۰ km/h برای مناطق مسکونی و مناطق با حجم بالای تردد عابران پیاده توصیه می‌شود).
- قدرت تغییر و اصلاح محدودیت‌های سرعت توسط متولیان محلی (جهت انطباق با بسترهای مختلف).(۱)

کمربند ایمنی:

بستن کمربند ایمنی خطر مرگ را در راننده و سرنشینان 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. (۳)

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



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2018.

۱۰۵ کشور با جمعیت ۵,۳ میلیارد نفر قوانین مناسبی برای استفاده از کمربند ایمنی برای کلیه سرنشینان (جلو و عقب) خودرو را دارند. (۱)

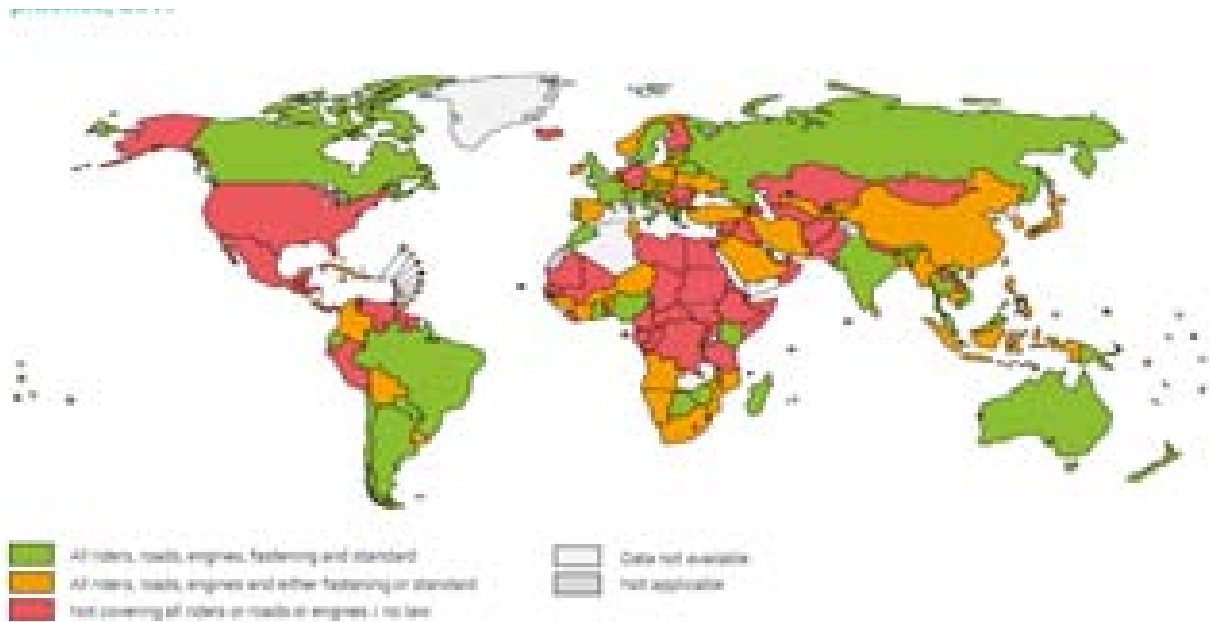
دو معیار مهم برای ارزیابی وضعیت قوانین مرتبط با کمربند ایمنی، بمنظور انطباق با بهترین عملکرد مورد تایید سازمان جهانی بهداشت عبارتند از:

- وجود قانون ملی استفاده از کمربند ایمنی
- قانون بستن کمربند برای کلیه سرنشینان جلو و عقب خودرو. (۱)

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 ۴۲٪ و خطر آسیب‌های شدید را تا ۶۹٪ کاهش دهد. (۱)

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



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2018.

تنها ۴۹ کشور جهان با جمعیتی حدود ۲,۷ میلیارد نفر قوانین استفاده اجباری از کلاه ایمنی (به شکل مناسب و استاندارد) را دارند. (۱)

پنج معیار مهم برای ارزیابی وضعیت قوانین مرتبط با کلاه ایمنی، بمنظور انطباق با بهترین عملکرد مورد تایید سازمان جهانی بهداشت عبارتند از:

- وجود قانون ملی استفاده از کلاه ایمنی در موتورسیکلت سواران
- شمول قانون برای کلیه راکبان و ترک سواران
- شمول قانون برای کلیه جاده‌ها و انواع موتورها
- الزام مشخص به بستن کمربند ایمنی در قانون.
- تعیین استانداردهای مربوط به کلاه ایمنی در قانون. (۱)

صندلی مخصوص کودک:

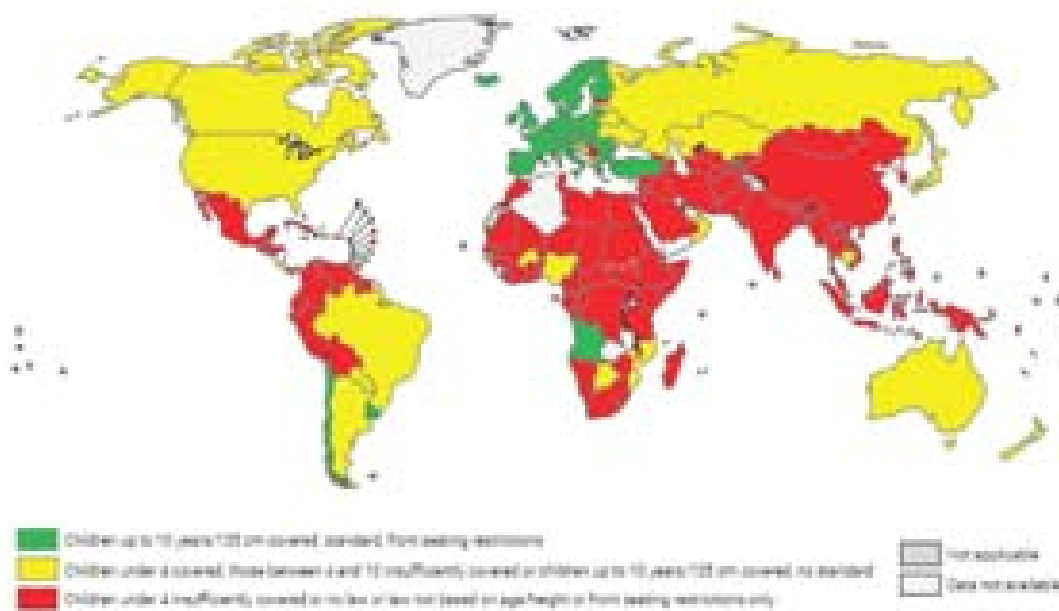
صندلی مخصوص کودکان در کاهش آسیب و مرگ و میر سرنشینان کودک بسیار مؤثر است. استفاده از صندلی مخصوص کودکان می‌تواند منجر به کاهش ۶۰٪ از مرگ و میرها شود. مزایای استفاده از صندلی مخصوص در کودکان با سن کمتر به خصوص زیر ۴ سال بیشتر گزارش شده است. (۱)

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 رو به 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. (۳) برای کودکان ۸ تا ۱۲ سال، صندلی‌های بوستر^۵ در مقایسه با بستن کمربند ایمنی به‌تنهایی، با کاهش ۱۹٪ شانس آسیب کودکان همراه بوده است. (۱)

به‌علاوه، کودکان در صندلی عقب خودرو نسبت به صندلی جلو آن ایمن‌تر هستند. ۱۱۳ کشور قوانینی برای محدودیت نشستن کودکان در صندلی جلوی خودرو وضع کرده‌اند (۶۱ کشور قانون ممنوعیت کامل نشستن کودک در صندلی جلوی خودرو را دارند)، ۴۱ کشور کودکان زیر سن ۱۰ سال یا قد ۱۳۵ 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, 2018

۳۳ کشور جهان با جمعیتی معادل ۶۵۲ میلیون نفر قوانین مناسبی در ارتباط با استفاده از صندلی ایمنی کودک دارند. (۱)

چهار معیار مهم برای ارزیابی وضعیت قوانین مرتبط با صندلی مخصوص کودک، بمنظور انطباق با بهترین عملکرد مورد تایید سازمان جهانی بهداشت عبارتند از:

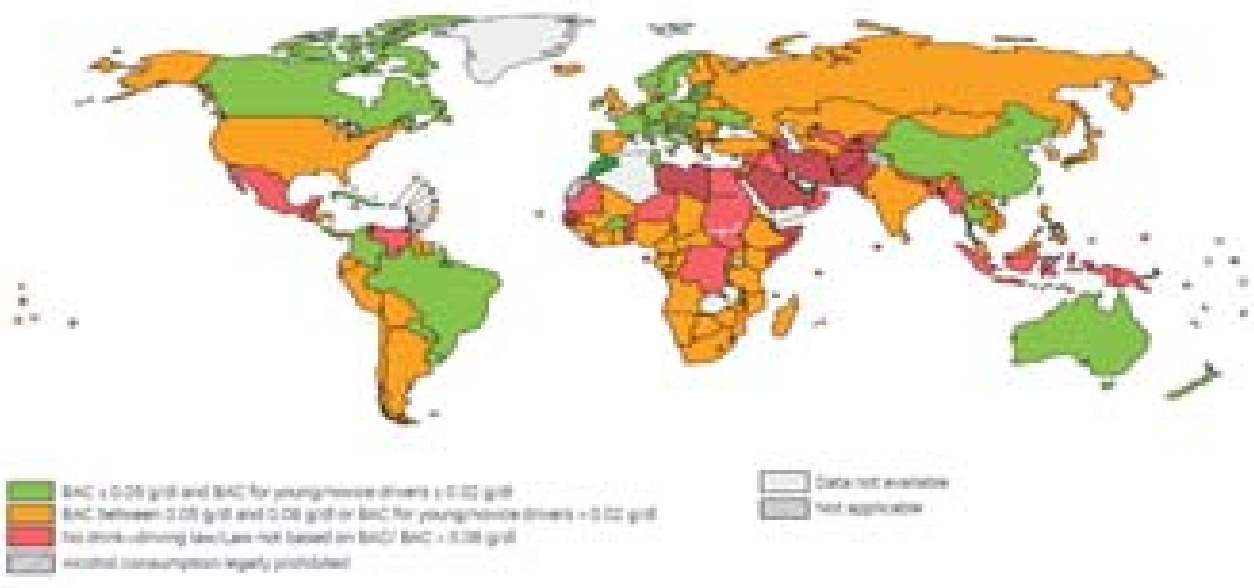
- وجود قانون ملی استفاده از صندلی کودک
- الزامات استفاده از صندلی مخصوص شامل استفاده تا ۱۰ سالگی یا ۱۳۵ سانتی‌متر قد
- محدودیت نشستن کودک در صندلی جلو تا سن و قد مشخص
- قانون مشخص در خصوص استانداردهای مربوط به صندلی مخصوص کودکان. (۱)

رانندگی تحت تاثیر مصرف مشروبات:

مصرف الکل و رانندگی شانس سوانح ترافیکی و همچنین احتمال پیامد مرگ یا مصدومیت شدید را افزایش می‌دهد بگونه‌ای که در مجموع حدود ۵٪ تا ۳۵٪ از مرگ‌ومیرهای حوادث رانندگی به دلیل مصرف الکل است. هر میزانی از مصرف الکل روی رفتار رانندگی تأثیر مخرب داشته و این خطر در غلظت الکل خون بالای ۰/۰۵ گرم بر دسی لیتر بصورت سریع و تصاعدی افزایش می‌یابد. کاهش سطح غلظت الکل خون^۶ از ۰/۱ گرم در دسی لیتر تا ۰/۰۵ گرم در دسی لیتر می‌تواند شانس مرگ و میر را در سوانح ترافیکی مرتبط با مصرف الکل ۶ تا ۱۸٪ کاهش دهد. (۱)

در اکثر مواقع رانندگی تحت تاثیر الکل با سایر رفتارهای پرخطر رانندگان مانند سرعت‌بالا و یا نبستن کمربند ایمنی همراه است. (۳)

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



Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2018.

تنها ۴۵ کشور جهان با جمعیتی معادل ۲,۳ میلیارد نفر قوانین مناسبی برای رانندگی و مصرف الکل دارند. (۱)

سه معیار مهم برای ارزیابی وضعیت قوانین مرتبط با مصرف الکل در رانندگی، بمنظور انطباق با بهترین عملکرد مورد تایید سازمان جهانی بهداشت عبارتند از:

- وجود قانون ملی کنترل مصرف الکل
- محدودیت سطح غلظت الکل در خون برای جمعیت عمومی تا حداکثر میزان ۰/۰۵ گرم در دسی لیتر

6- BAC limit) Blood Alcohol Concentration(

- محدودیت سطح غلظت الکل در خون برای جوانان و رانندگان مبتدی و همچنین رانندگان ناوگان عمومی مسافبری و خودروهای تجاری و حمل بار تا حداکثر میزان ۰/۰۲ گرم در دسی لیتر.

رانندگی تحت تاثیر داروها و مواد روانگردان:

استفاده از داروهای غیرمجاز و داروهای تجویزی به طور فزاینده‌ای با مصدومیت‌های ترافیکی و مرگ‌ومیر ناشی از آن ارتباط دارد، هرچند شواهد زیادی از درصد رانندگانی که تحت تأثیر اثرات مخرب این داروها قرار می‌گیرند، وجود دارند و کشورهای اندکی به‌طور منظم وسعت این مشکل را اندازه‌گیری می‌کنند.

داده‌های مربوط به کشور آمریکا نشان می‌دهد در سال ۲۰۱۶ در میان رانندگان فوت شده‌ای که در سوانح رانندگی تست مصرف دارو برای آنها صورت پذیرفته بود، نتیجه تست در ۴۳/۶٪ موارد مثبت بود، این تست در سال ۲۰۰۶ میلادی در ۲۷/۸٪ موارد مثبت بود که حاکی از روند رو به رشد مسئله است خطر تصادف و مرگ بسته به نوع ماده روان‌گردان استفاده‌شده، متفاوت است. (۱) 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 (۳)

تنها ۷۶ کشور جهان انجام برخی از تست‌های مصرف مواد را در رانندگان درگیر در سوانح فوتی گزارش نموده‌اند. (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 بویژه در میان رانندگان جوان و مبتدی و همچنین موتورسیکلت‌سواران تبدیل می‌کند. (۱ و ۴) 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^۷ 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 تا ۲۳ برابر افزایش می‌دهد. (۱ و ۶)

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 (۴) بگونه‌ای که زمان واکنش رانندگان نیز در زمان استفاده از تلفن همراه ۵۰٪ کاهش می‌یابد. متأسفانه علیرغم وجود شواهد در مورد خطرات رانندگی با حواس‌پرتی، کمبود شواهد در مورد مداخلات اثربخش در کاهش آن وجود دارد.

در مجموع ۱۵۰ کشور دارای قوانین ملی تلفن همراه هستند و بیشتر آن‌ها (۱۴۵ کشور) استفاده دستی از تلفن همراه را منع کرده‌اند. چهار کشور دیگر نیز قوانین مربوط به استفاده از تلفن همراه را وضع کرده است، اگرچه به دلیل نبود

معیارهای بهترین عملکرد، نمی توان اثرات آن را ارزیابی کرد. (۱)

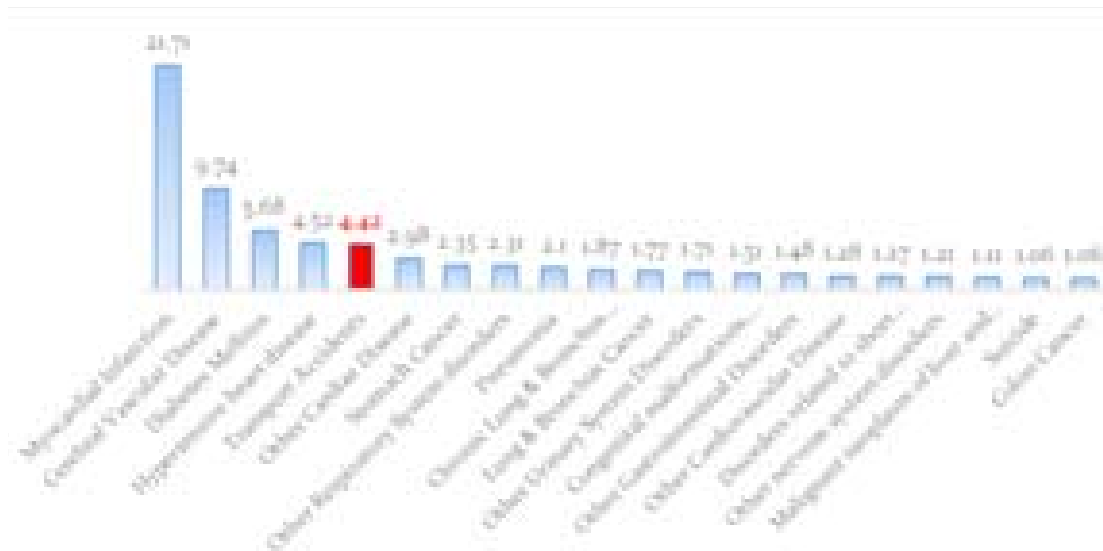
هزینه حوادث ترافیکی در جهان

حوادث ترافیکی بار عظیمی را بر سیستم سلامت، بیمه و اقتصاد کشورها تحمیل می کند و هزینه های مستقیم و غیرمستقیم آن از جمله ناتوانی حضور در محیط کار و متعاقباً کاهش حقوق و دستمزد بر دوش خانواده ها سنگینی می کند. (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. (۷) دومین گزارش بین المللی ایمنی راهها هزینه حوادث ترافیکی را برای کشورهای با درآمد کم و متوسط معادل ۱-۲٪ تولید ناخالص ملی (GNP)^۸ یعنی رقمی بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار در سال برآورد نمود. (۸) بر اساس سومین گزارش بین المللی ایمنی راهها نیز هزینه حوادث ترافیکی در جهان معادل ۳ درصد تولید ناخالص داخلی (GDP)^۹ برآورد شد. (۳ و ۵)

نگاهی کلی به وضعیت حوادث ترافیکی در ایران

حوادث مربوط به حمل و نقل (V01- V99) در ایران با احتساب ۴,۴۲٪ کل مرگها پنجمین علت مرگ پس از سکته قلبی، مغزی، دیابت و بیماری های قلبی ناشی از فشار خون است. (۹) به گزارش سازمان پزشکی قانونی کل کشور (متولی رسمی اعلام آمار فوت حوادث ترافیکی) علیرغم روند رو به کاهش مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در سالیان اخیر (نمودار ۷) در سال های ۱۳۹۶ و ۱۰،۱۳۹۷ مجدداً روند افزایشی مشاهده گردید، بگونه ای که در سال ۱۳۹۷، ۱۷۱۸۳ نفر در اثر حوادث ترافیکی جان خود را از دست دادند (۱۶-۱۰) و تعداد به مراتب بیشتری مجروح و معلول شدند که اغلب در گروه سنی جوان و نان آور جامعه بودند.

نمودار ۷، بیست علت نخست مرگ در جمهوری اسلامی ایران



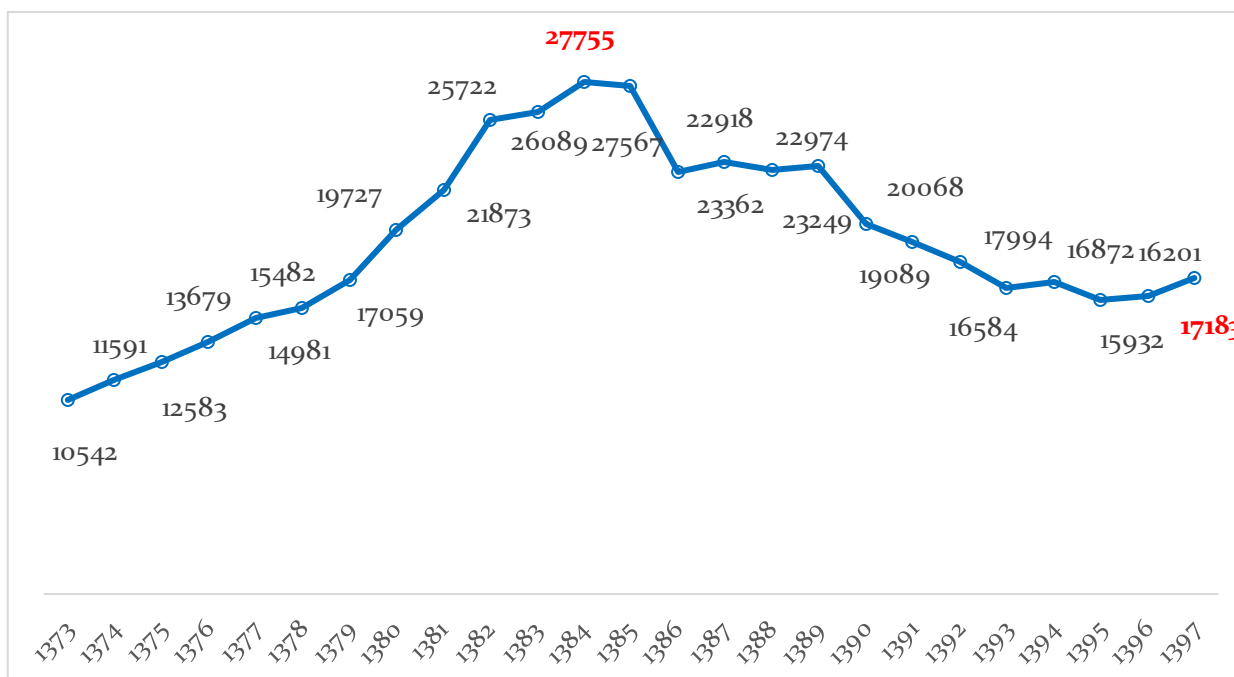
منبع: سیمای مرگ در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۵

8- Gross National Products

9- Gross Domestic Products

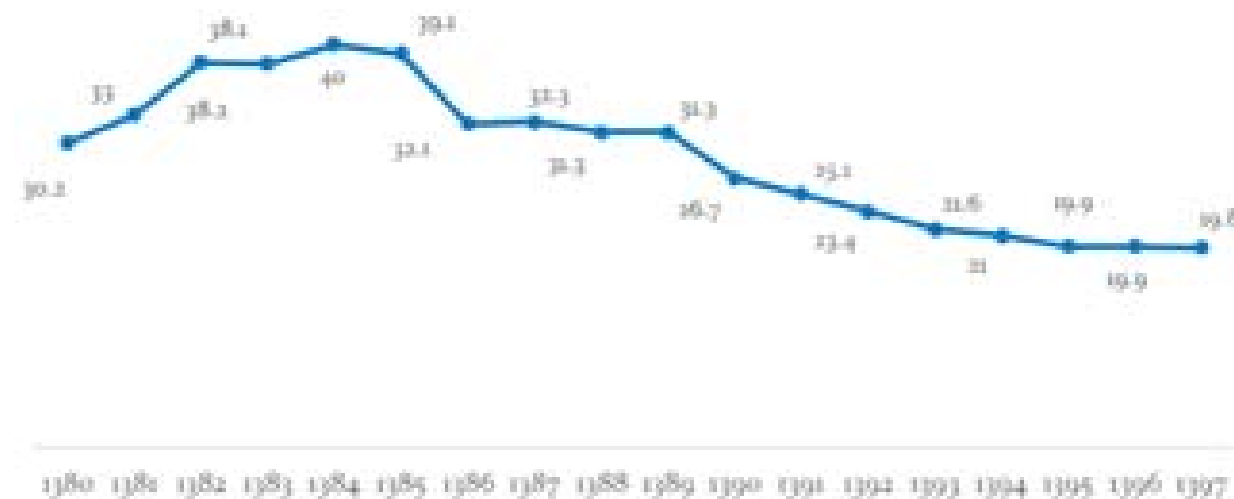
۱۰- بر اساس مصوبه کمیسیون ایمنی راهها از سال ۹۷، موارد راه اختصاصی و سایر از داخل موارد غیرترافیکی تفکیک شده اند و در مجموع حوادث ترافیکی لحاظ شده اند. به عبارتی فوتی های داخل حریم (درون شهری، برون شهری و جاده های روستایی) در سال ۱۳۹۷، ۱۶۴۰۰ نفر و فوتی های خارج از حریم (راه اختصاصی و سایر) ۶۰۸ نفر و مجموع آمار فوت ۱۷۱۸۳ نفر بودند. این آمار در سال ۱۳۹۶، بر اساس برآورد ۱۶۹۸۴ بود که در مقایسه با ۱۷۱۸۳ نفر در سال ۱۳۹۷، ۱.۲ درصد افزایش داشت.

نمودار ۸، روند مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در ایران طی سال‌های ۱۳۷۳ لغایت ۱۳۹۷



منبع: سازمان پزشکی قانونی

نمودار ۹، شاخص مرگ به ازای ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت طی سال‌های ۱۳۸۰ لغایت ۱۳۹۷



منبع: فوت(سازمان پزشکی قانونی) و جمعیت(مرکز آمار ایران)

نمودار ۱۰، شاخص مرگ به ازای ۱۰,۰۰۰ وسیله نقلیه طی سالهای ۱۳۸۴ لغایت ۱۳۹۷



منبع: فوت(سازمان پزشکی قانونی) و وسایط نقلیه موتوری(پلیس راهور)

در ایران در ۱۸ سال اخیر، سهم مردان بیش از ۷۹٪ از مجموع متوفیان حوادث ترافیکی است. (۱۷-۱۰)

نمودار ۱۱، مرگ ناشی از حوادث ترافیکی بر حسب جنس طی سالهای ۱۳۸۴ لغایت ۱۳۹۷



منبع: سازمان پزشکی قانونی

حدود ۷۰٪ موارد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در تصادفات برون شهری و در راههای روستایی رقم می‌خورد. (جدول

(۱)

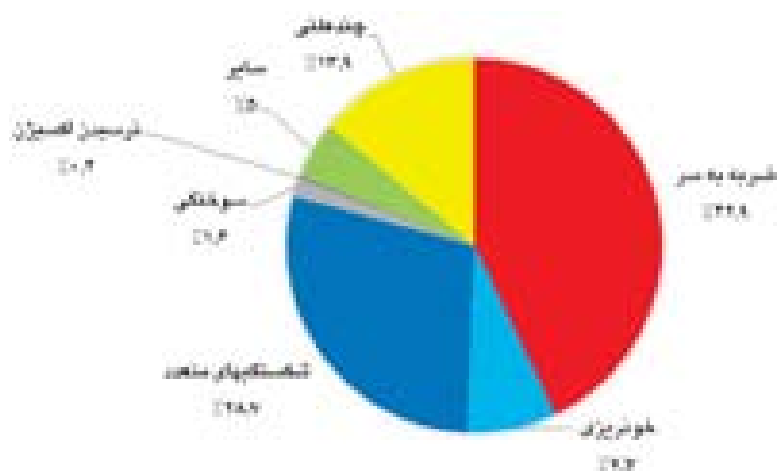
جدول ۱، تعداد موارد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک محل رخداد تصادف طی سالهای ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۷

محل تصادف سال	داخل حریم			خارج حریم ^{۱۱}	
	درون شهری	برون شهری	خاکی-روستایی	نامعلوم	راه اختصاصی
۱۳۸۵	۷۷۹۴	۱۷۴۷۰	۱۹۶۷	۳۳۶	-
۱۳۸۶	۷۰۱۸	۱۳۷۶۳	۱۹۷۶	۱۶۱	-
۱۳۸۷	۷۲۱۳	۱۳۹۸۴	۲۰۰۲	۱۶۳	-
۱۳۸۸	۷۰۵۸	۱۳۵۵۶	۲۱۷۹	۱۸۱	-
۱۳۸۹	۶۶۶۶	۱۴۱۷۶	۲۲۰۶	۲۰۱	-
۱۳۹۰	۵۸۸۸	۱۲۲۳۲	۱۸۰۳	۱۴۵	-
۱۳۹۱	۵۴۰۴	۱۱۸۱۱	۱۷۶۴	۱۱۰	-
۱۳۹۲	۵۰۶۳	۱۱۵۶۶	۱۲۹۶	۶۹	-
۱۳۹۳	۴۵۸۴	۱۰۹۵۱	۱۲۵۲	۸۵	-
۱۳۹۴	۴۴۵۳	۱۰۸۶۰	۱۱۸۸	۸۳	-
۱۳۹۵	۴۳۵۵	۱۰۴۲۷	۱۱۰۲	۴۸	-
۱۳۹۶	۴۳۷۸	۱۰۷۴۹	۱۰۴۴	۳۰	۱۳
۱۳۹۷	۴۲۷۶	۱۱۰۲۹	۱۰۹۵	-	۱۷۵

منبع: سازمان پزشکی قانونی

ضربه به سر (Head Trauma) دلیل اصلی فوت در ۴۲,۹ درصد متوفیان در سال ۱۳۹۷ بود. (نمودار ۱۲)(۱۷)

نمودار ۱۲، فوت ناشی از حوادث ترافیکی سال ۱۳۹۷ به تفکیک گروه سنی



منبع: سازمان پزشکی قانونی کشور

۱۱- بر اساس مصوبه کمیسیون ایمنی راهها از سال ۹۷، موارد راه اختصاصی و سایر از داخل موارد غیرترافیکی تفکیک شده‌اند و در مجموع حوادث ترافیکی لحاظ شده‌اند.

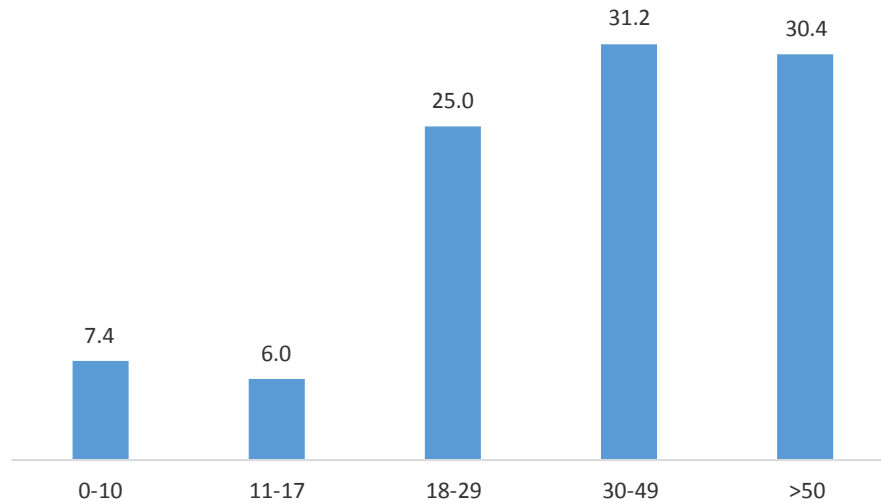
۱۲- این آمار بر اساس برآورد سال ۱۳۹۶، ۱۷۸ نفر بود.

۱۳- این آمار بر اساس برآورد سال ۱۳۹۶، ۶۳۵ نفر بود.

۱۴- این آمار در سال ۱۳۹۶، بر اساس برآورد ۱۶۹۸۴ بود که در مقایسه با ۱۷۱۸۳ نفر در سال ۱۳۹۷، ۱,۲ درصد افزایش داشت.

شایع‌ترین گروه سنی درگیر در حوادث ترافیکی، گروه سنی ۳۱-۴۰ سال (۳۱,۲٪) بودند و ۱۳,۴٪ فوتی‌ها را در سالجاری کودکان (زیر ۱۸ سال) تشکیل می‌دادند.

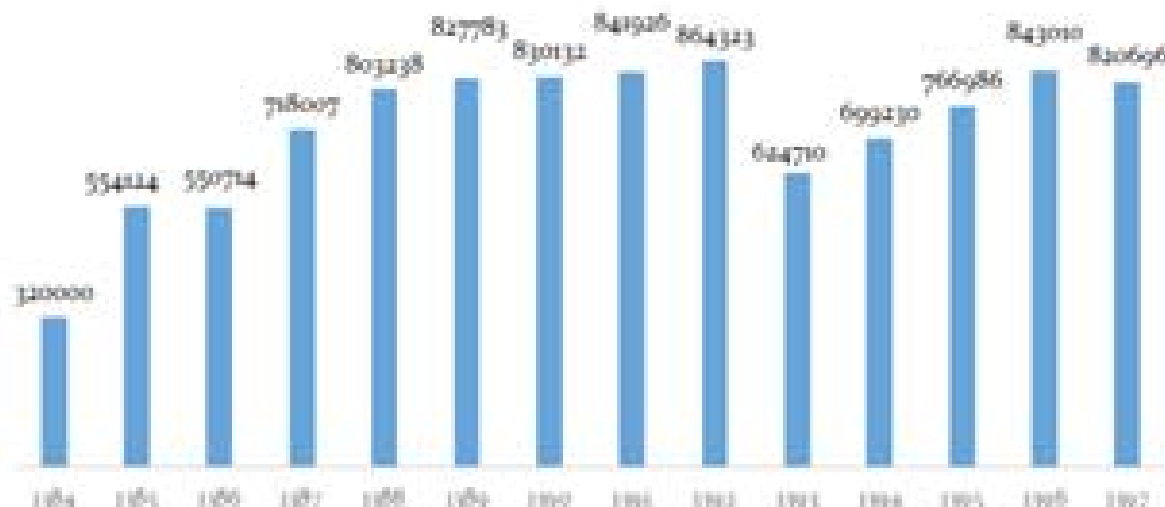
نمودار ۱۳، فوت ناشی از حوادث ترافیکی سال ۱۳۹۷ به تفکیک گروه سنی



منبع: سازمان پزشکی قانونی کشور

حوادث ترافیکی در ایران از چالش‌های عمده نظام سلامت است به گونه‌ای که بر اساس بانک اطلاعاتی ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه، بند ب ماده ۳۷، قانون برنامه پنجم توسعه کشور و ماده ۳۰ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)، مبنی بر درمان رایگان و بی‌قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی، سالانه حدود ۸۲۰ هزار بار خدمت بصورت رایگان به مصدومین حوادث ترافیکی در اورژانس بیمارستان‌های سراسر کشور ارائه می‌گردد. (نمودار ۱۴)

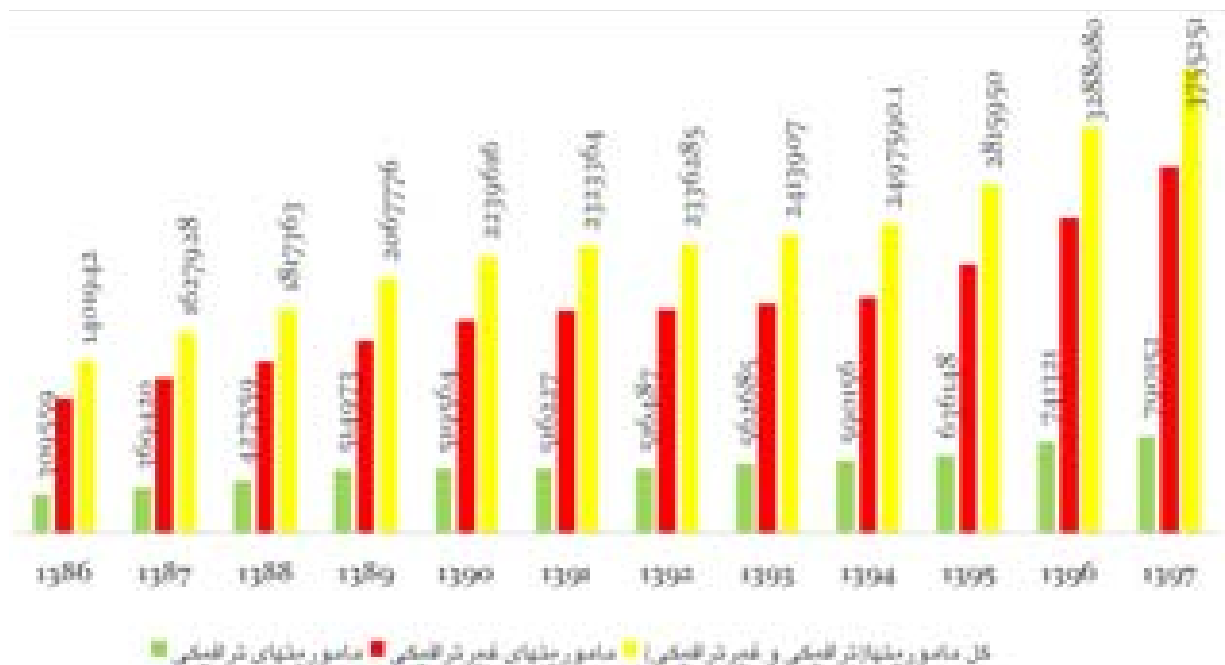
نمودار ۱۴، بار مراجعه مصدومین حوادث ترافیکی به اورژانس بیمارستان‌های کشور طی سالهای ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۷



منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان

در سال ۱۳۹۷، ۳,۷۵۵,۲۵۱ ماموریت اورژانس پیش بیمارستانی در کشور انجام شد که قریب به ۲۱٪ آن‌ها ماموریت‌های ترافیکی بودند. روند ۱۲ ساله ماموریت‌های اورژانس پیش بیمارستانی در زیر آمده است. (نمودار ۱۵)

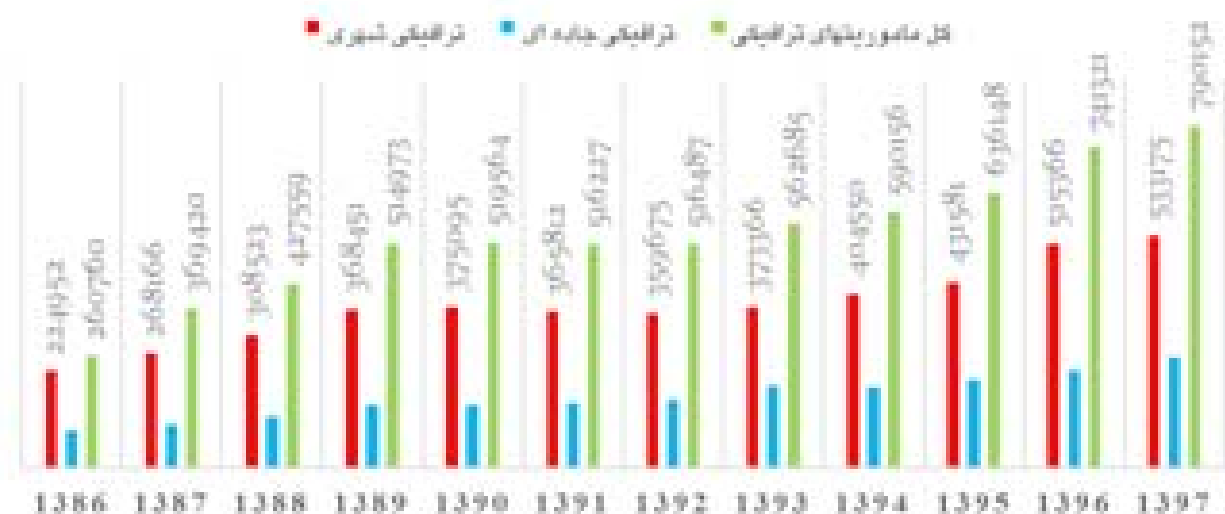
نمودار ۱۵، ماموریت‌های پیش بیمارستانی اورژانس ۱۵ به تفکیک ترافیکی و غیرترافیکی طی سالهای ۱۳۸۶ لغایت ۱۳۹۷



منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان اورژانس کشور

در سال ۱۳۹۷، ۳۲,۵٪ ماموریت‌های ترافیکی پیش بیمارستانی جاده‌ای و مابقی شهری بود. (نمودار ۱۶)

نمودار ۱۶، ماموریت‌های ترافیکی پیش بیمارستانی اورژانس ۱۱۵ به تفکیک شهری و جاده‌ای طی سالهای ۱۳۸۶ لغایت ۱۳۹۷



منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان اورژانس کشور

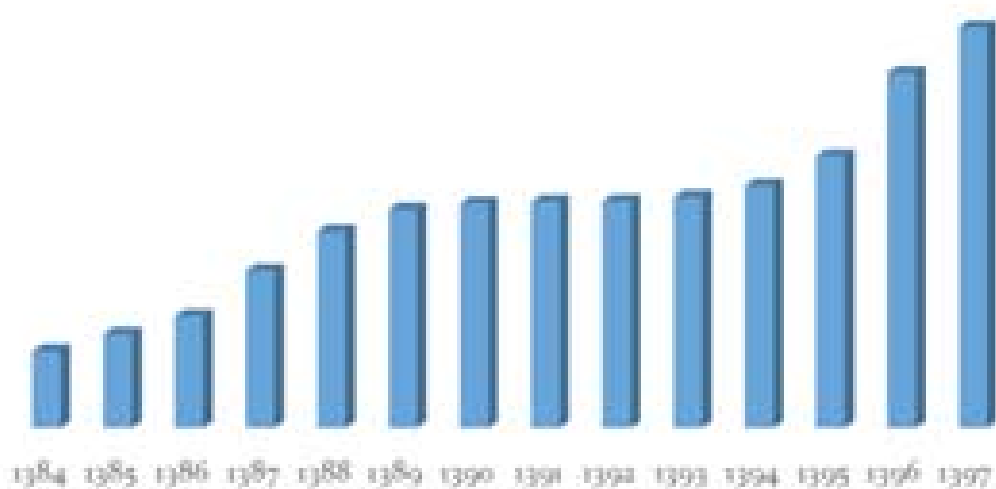
هم اکنون سازمان اورژانس کشور، با ظرفیت ۱۰۳۱ پایگاه شهری و ۱۶۱۷ پایگاه جاده‌ای یعنی در مجموع ۲۶۴۸ پایگاه اورژانس زمینی (نمودار ۱۷)، ۵۳۹۳ آمبولانس زمینی (نمودار ۱۸)، ۴۳ پایگاه اورژانس هوایی،^{۱۵} ۶۵ دستگاه اتوبوس آمبولانس و ۱۹۱ دستگاه موتور آمبولانس^{۱۶} مشغول فعالیت می‌باشد.

نمودار ۱۷، پایگاه‌های اورژانس زمینی شهری و جاده‌ای طی سالهای ۱۳۸۴ لغایت ۱۳۹۷



منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان اورژانس کشور

نمودار ۱۸، روند رشد آمبولانس‌های زمینی اورژانس کشور طی سالهای ۱۳۸۴ لغایت ۱۳۹۷



منبع: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان اورژانس کشور

۱۵- مراکز دارای پایگاه اورژانس هوایی عبارتند از: مازندران، اورژانس تهران (۲)، شاهرود، شیراز، زاهدان، قم، مشهد، کرمان، کرمانشاه، اصفهان، اهواز، قزوین، تبریز، همدان، خرم‌آباد، بیرجند، بوشهر، دزفول، سبزوار، بندرعباس، اردبیل، زنجان، البرز، چابهار، یزد، الیگودرز، جهرم، طبرستان، لار، ایلام، یاسوج، گچساران، سندج، گناباد، شهرکرد، سمنان، اراک، نیشابور، گلستان، میانه، ارومیه، ابرانشهر.
۱۶- تعداد موتور آمبولانس فعال به فراخور شرایط جوی متغیر است.

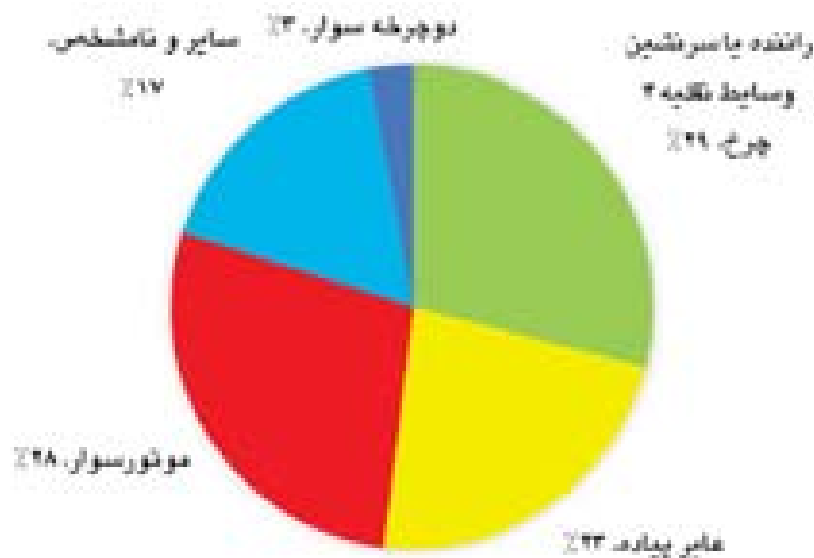
هزینه حوادث ترافیکی در ایران

در ایران هزینه تصادفات برای نخستین بار در سال ۱۳۸۰ معادل ۶۱۷۰/۳ میلیارد ریال برآورد گردید. (۱۸) بر اساس مطالعه پژوهشکده حمل و نقل وزارت راه، مسکن و شهرسازی، مجموع هزینه حوادث ترافیکی در سال ۱۳۸۶، بالغ بر ۱۸۰,۰۰۰ میلیارد ریال، یعنی حدود ۷٪ تولید ناخالص داخلی (GDP)^{۱۷} برآورد گردید. (۱۹) در مطالعه دیگری در ایران هزینه حوادث ترافیکی در سال ۱۳۸۸، بر اساس روش سرمایه انسانی^{۱۸} ۱۱۴,۴۵۵ میلیارد ریال برآورد گردید که معادل ۱,۴۱٪ تولید ناخالص ملی (GNP) بود. (۲۰) در سال ۱۳۹۲ نیز هزینه حوادث ترافیکی بر اساس روش تمایل به پرداخت^{۱۹} معادل ۶,۴۶٪ درآمد ناخالص داخلی (GNI)^{۲۰} محاسبه شده است. (۲۱)

الگوی حوادث ترافیکی در ایران

در جهان تقریباً نیمی از موارد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی در کاربران آسیب پذیر شامل، موتورسیکلت سواران (۲۸٪)، دوچرخه سواران (۳٪) و عابران پیاده (۲۳٪) رخ می دهد. (نمودار ۱۹) در ایران در سال ۱۳۹۷، حدود ۴۳٪ موارد مرگ در کاربران آسیب پذیر شامل موتورسیکلت سواران (۲۱,۸٪)^{۲۱} و عابران پیاده (۲۱,۱٪) رخ می دهد. این در حالیست که ۲۵,۷٪ فوتی ها راننده و سائط نقلیه ۴ چرخ و ۳۰,۵٪ سرنشین آن بودند. (نمودار ۲۰)

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

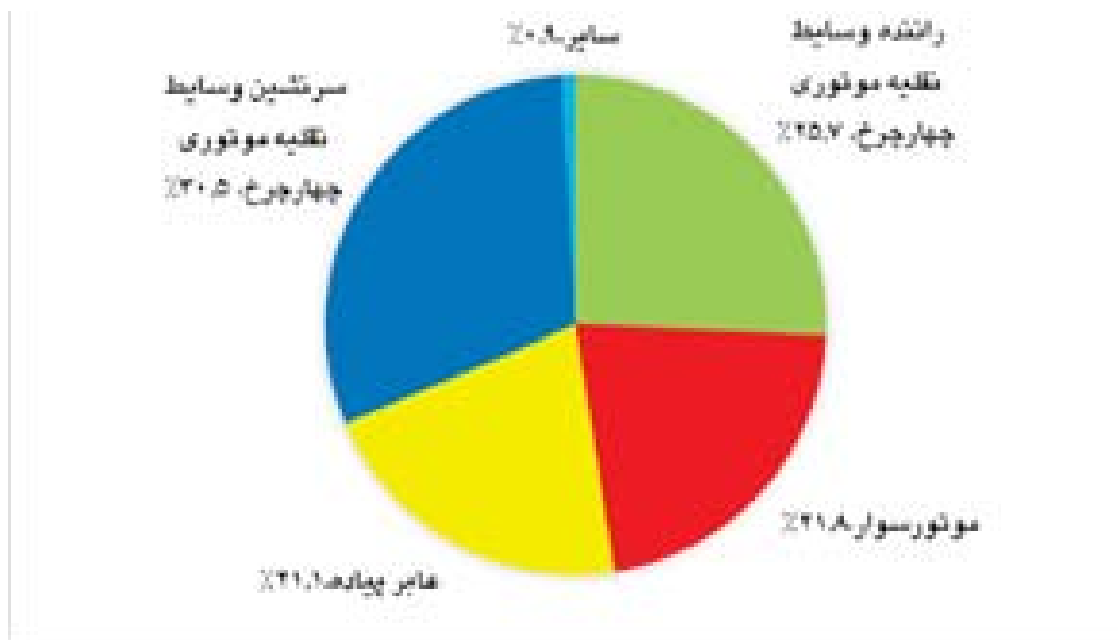


Source: Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2018.

17- Gross Domestic Product
18- Human Capital
19- Willingness To Pay (WTP)
20- Gross National Income

۲۱- آمار مذکور دربرگیرنده رانندگان موتورسیکلت و ترک نشینان آن است.

نمودار ۰۲، مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک نوع کاربری در سال ۱۳۹۷



منبع: سازمان پزشکی قانونی و پلیس راهور

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 عوامل خطر 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 حداکثر سرعت در شریانی اصلی معابر درون شهری، ۶۰ کیلومتر در ساعت است^{۲۲} و لذا ایران جز کشورهای است که قوانین مرتبط با سرعت در آن با توصیه‌های جهانی هم‌خوانی ندارد. (۱) سرعت غیرمجاز در کشور جز تخلفات حادثه ساز است. بر اساس قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی،^{۲۳} 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. (۲۲)

کمربند ایمنی:

قانون کشوری ضرورت استفاده از کمربند ایمنی برای کلیه رانندگان و سرنشینان جلو و عقب خودرو در کشور وجود دارد^{۲۴} (۲۱) لذا ایران جز کشورهای است که قوانین مرتبط با کمربند ایمنی در آن با توصیه‌های جهانی

۲۲- طبق ماده ۱۲۶، سرعت حداکثر سرعت در خیابان‌های شریانی اصلی در معابر درون شهری، ۶۰ کیلومتر در ساعت و در خیابان‌های فرعی درون شهری ۵۰ کیلومتر در ساعت و دور میدان‌ها و معابر محلی، ۳۰ کیلومتر در ساعت است.

۲۳- 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.

۲۴- 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.

هم‌خوانی دارد. (۱) متأسفانه میزان تبعیت شهروندان از این قانون پایین است بگونه‌ای که حتی در خودروهای سواری شخصی سرنشینان عقب به‌ویژه در درون شهرها کمربند ایمنی نمی‌بندند. عدم استفاده از کمربند ایمنی در رانندگان تاکسی‌های درون شهری نیز بسیار مشهود است بگونه‌ای که به‌طریق مختلف سعی در اغفال پلیس برای جریمه نشدن دارند و گویا ضرورت استفاده از کمربند ایمنی برای حفظ جان خود را درک نکرده‌اند. از طرفی در وسایل حمل و نقل عمومی مانند اتوبوس‌های درون شهری شرکت واحد حتی در اتوبوس‌های خطوط BRT^{۲۵} کمربند ایمنی برای مسافران تعبیه نشده است.^{۲۶}

کلاه ایمنی:

قانون کشوری استفاده از کلاه ایمنی استاندارد چین موتورسواری برای کلیه رانندگان و ترک نشینان برای انواع راه‌ها و انواع موتورسیکلت در ایران وجود دارد^{۲۷} ولی از آنجاکه در متن قانون به نحوه صحیح بستن کلاه ایمنی و استاندارد مشخص آن اشاره نشده است، (۲۱) قانون کلاه ایمنی ایران از جامعیت لازم برخوردار نبوده و با قوانین توصیه شده جهانی هم‌خوانی ندارد. (۱)

صندلی مخصوص کودک:

در ایران قانونی برای استفاده اجباری از صندلی مخصوص کودک تهیه و در شرف تصویب مجلس شورای اسلامی است.^{۲۸} نشانیدن کودک زیر ۱۲ سال در صندلی جلوی خودرو نیز طبق قانون در کشور ممنوع است.

رانندگی تحت تاثیر مصرف مشروبات:

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، (۲۱)^{۲۹} ایران از کشورهایی به حساب می‌آید که قانون ممنوعیت رانندگی تحت تاثیر الکل در آن با توصیه‌های جهانی هم‌خوانی ندارد. (۱) این در حالیست که به تازگی دبیرخانه کمیسیون ایمنی راههای کشور به‌عنوان نهاد راهبر، مصرف الکل در هر سطحی را در رانندگی غیرمجاز دانسته است. 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.

وجود احشام در راه‌های برون شهری و روستایی و برخورد با احشام از دیگر دلایل رخداد حوادث ترافیکی در کشور است.
سوار کردن بیش از ظرفیت در خودرو یا ترک موتور، عدم وجود محدودیت 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

25- Bus Rapid Transport

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

۲۷- علاوه بر اینکه طبق ماده ۱۹، استفاده از کلاه ایمنی استاندارد برای رانندگان و سرنشینان هر نوع موتورسیکلت اجباری است.

طبق ماده ۲۰ قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی، کلیه قوانین و مقررات عمومی مربوط به حمل و نقل و عبور و مرور در مورد موتورسیکلت‌ها نیز جاری است. حرکت در پیاده رو یا در جهت مخالف مسیر مجاز، ایجاد عمدی صدای ناهنجار، حمل بار غیرمعارف، حرکت نمایشی ماریج، تک‌چرخ، حمل یدک، عدم استفاده از کلاه ایمنی و تردد در خطوط ویژه اتوبوسرانی با موتورسیکلت تخلف محسوب شده و مأموران موضوع ماده (۲) این قانون موظفند ضمن صدور قبض جریمه نسبت به توقیف موتورسیکلت حداکثر به مدت یک هفته و در صورت تکرار یک ماه اقدام کنند.

تبصره - صدور گواهینامه رانندگی موتورسیکلت برای مردان برعهده نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران است.

۲۸- تا ابتدای تیرماه ۱۳۹۸، این قانون هنوز در صحن علنی مجلس شورای اسلامی به تصویب نرسیده است

۲۹- طبق بند ب، ماده ۱۰، قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی، 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 جریمه به مبلغ ۲ میلیون ریال و ضبط گواهینامه به مدت ۶ ماه توسط نیروی انتظامی جهت اقدام قانونی به مرجع صالح قضایی معرفی می‌شود.

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 قاچاق چیان 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 به دلیل دشواری تامین امنیت آنها همراه با عدم تطابق خودروها^۲ و معابر^۳ 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 تفریح و رقابت قرار می‌دهند که در کنار دیگر مشکلات، عدم احساس امنیت را به‌ویژه در تعطیلات آخر هفته و ساعات آخر شب به‌دنبال 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، به‌گونه‌ای که به گزارش مرکز عملیات بحران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تقریباً روزانه شاهد ۲۷ مورد حادثه پرتلفات ترافیکی در کشور هستیم.

حوادث ترافیکی در ایران از منظر بین‌المللی

لازمه مقایسات بین‌المللی و تعیین جایگاه هر کشور در قیاس با سایر کشورهای جهان، استفاده از شاخص‌های قابل وصول بین‌المللی و همسان‌سازی کیفیت داده‌های اعلام شده از سوی کشورهای مختلف است. در همین راستا سازمان جهانی بهداشت اقدام به تهیه گزارشات بین‌المللی ایمنی راهها و رتبه‌بندی کشورهای جهان از نظر میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی به ازای یکصد هزار نفر جمعیت می‌نماید.

برای تعیین جایگاه هر کشور در خصوص مرگ ناشی از حوادث ترافیکی، سازمان جهانی بهداشت کشورها را از نظر کیفیت داده‌های نظام ثبت مرگ به ۴ گروه تقسیم می‌نماید.

گروه نخست: کشورهای دارای نظام ثبت مرگ

(Countries with death registration data)

30- NCAP (New Car Assessment Programs)

31- The International Road Assessment Programme (iRAP)

گروه دوم: کشورهای دارای سایر منابع اطلاعاتی

(Countries with other sources of information on causes of death)

گروه سوم: کشورهایی با جمعیت کمتر از ۱۵۰,۰۰۰ نفر

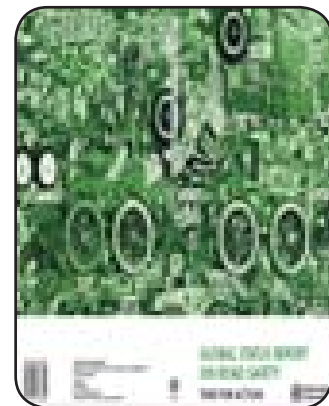
(Countries with populations less than 150 000)

گروه چهارم: کشورهای فاقد نظام ثبت مرگ

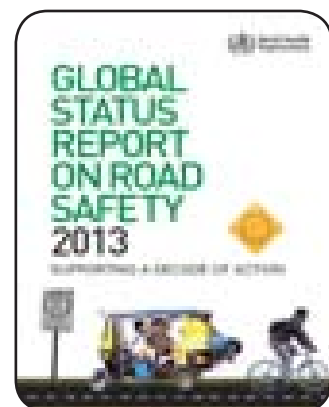
(Countries without eligible death registration data)

هر کشور آمار فوت ناشی از حوادث ترافیکی را اعلام و بسته به کیفیت داده‌های نظام ثبت مرگ در یکی از ۴ گروه فوق قرار گرفته، سپس برآورد نقطه‌ای آمار مرگ با حسب گروه به روش‌های آماری انجام و رتبه‌بندی بین‌المللی بر اساس آن صورت می‌پذیرد. (۱، ۳، ۸ و ۲۳)

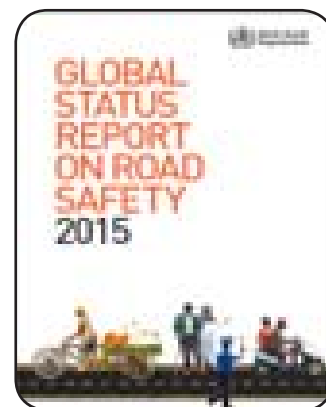
گزارش نخست بین‌المللی وضعیت ایمنی راه‌ها (۲۰۰۹) به استناد آمار ۱۷۸ کشور جهان در سال ۲۰۰۷، میزان مرگ کشور را ۳۵,۸ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت محاسبه و ایران را در جایگاه دهم در رتبه‌بندی بین‌المللی قرار داد. (جدول ۲) این درحالی‌است که آمار فوت ناشی از حوادث ترافیکی در کشور ایران در سال ۱۳۸۶، به استناد گزارش سازمان پزشکی قانونی کشور برابر با ۲۲۹۱۸ مورد بود. به‌منظور فراهم شدن امکان مقایسات بین‌المللی با توجه به متدولوژی گزارش مذکور، تعداد موارد فوت براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت برای کشور در آن سال ۲۵,۴۹۱ محاسبه شد. (۲۳)



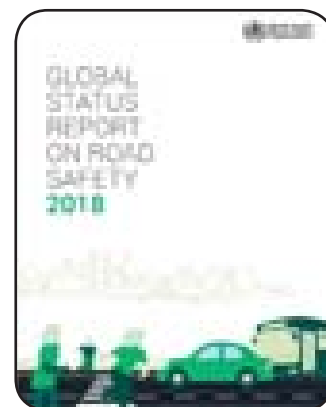
دومین گزارش بین‌المللی وضعیت ایمنی راه‌ها (۲۰۱۳) به استناد آمار ۱۸۲ کشور جهان در سال ۲۰۱۰، برآورد نقطه‌ای میزان مرگ کشور را ۳۴,۱ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت محاسبه و ایران را در جایگاه پنجم در رتبه‌بندی بین‌المللی قرار داد. (جدول ۳) این درحالی‌است که آمار فوت ناشی از حوادث ترافیکی در کشور ایران در سال ۱۳۸۹، به استناد گزارش سازمان پزشکی قانونی کل کشور برابر با ۲۳۲۴۹ مورد بود. به‌منظور فراهم شدن امکان مقایسات بین‌المللی با توجه به متدولوژی گزارش مذکور، تعداد موارد فوت براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت برای کشور در آن سال ۲۵,۲۲۴ محاسبه شد. (۸)



سومین گزارش بین‌المللی وضعیت ایمنی راه‌ها (۲۰۱۵) به استناد آمار ۱۸۰ 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 ۴) 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. به‌منظور فراهم شدن امکان مقایسات بین‌المللی با توجه به متدولوژی گزارش مذکور، تعداد موارد فوت براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت برای کشور در آن سال ۲۴،۸۹۶ محاسبه شد. (۳)



چهارمین گزارش بین‌المللی وضعیت ایمنی راه‌ها (۲۰۱۸) به استناد آمار ۱۷۵ کشور جهان در سال ۲۰۱۶، برآورد نقطه‌ای میزان مرگ کشور را ۲۰٫۵ به ازای یکصد هزار نفر جمعیت محاسبه و ایران را در جایگاه پنجاه و سوم در رتبه بندی بین‌المللی قرار داد. (جدول ۵) این درحالی‌است که آمار فوت ناشی از حوادث ترافیکی در کشور ایران در سال ۱۳۹۵، به استناد گزارش سازمان پزشکی قانونی کل کشور برابر با ۱۵۹۳۲ مورد بود. به‌منظور فراهم شدن امکان مقایسات بین‌المللی با توجه به متدولوژی^{۳۲} گزارش مذکور، تعداد موارد فوت براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت برای کشور در آن سال ۱۶۴۲۶ محاسبه شد. (۱)



جدول ۲، رتبه بین‌المللی ایران در حوادث ترافیکی، برگرفته از نخستین گزارش بین‌المللی ایمنی راه‌ها در سال ۲۰۰۹ (به استناد آمار سال ۲۰۰۷)

رتبه	کشور	منطقه	درآمد	جمعیت	تعداد وسائط نقلیه ثبت شده	آمار فوت گزارش شده	برآورد سازمان جهانی بهداشت برای مقایسه بین‌المللی	میزان مرگ به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
۱	اریتره	AFRO	کم	۴,۸۵۰,۷۶۳	۶۰,۸۴۹	۸۱	۲,۳۵۰	۴۸,۴

۳۲- فوت‌نوت: تغییر جایگاه ایران از گروه کشورهای با سایر منابع اطلاعاتی برای غل مل مرگ و همگروهی با تایلند، هند و ویتنام به گروه کشورهای با نظام ثبت مرگ (با پوشش سیمای مرگ بالای ۸۰٪ برای کلیه غل مل مرگ) و همگروهی با کشورهای پیشرفته جهان از جمله امریکا، انگلستان، آلمان، فرانسه، سوئد، سوئیس و ... از دستاوردهای مهم ملی در عرصه بین‌المللی است که به همت سازمان اورژانس کشور و با مشارکت جدی، متولیان سیمای مرگ در معاونت بهداشتی وزارت متبوع و سازمان جهانی بهداشت در هر سه سطح ملی، منطقه‌ای و جهانی صورت گرفت.

۴۵	۶	۶	۱۰,۶۹۲	۱۳,۳۲۵	متوسط	WPRO	جزایر کوک	۲
۴۱,۶	۳۱,۴۳۹	۱۵,۹۸۳	۴,۳۰۰,۰۰۰	۷۵,۴۹۷,۹۱۳	متوسط	EMRO	مصر	۳
۴۰,۵	۲,۴۹۷	۲,۱۳۸	۱,۸۲۶,۵۳۳	۶,۱۶۰,۴۸۳	متوسط	EMRO	جمهوری عربی لیبی	۴
۳۹	۱۰,۵۹۳	۱,۷۷۹	۷۳۱,۶۰۷	۲۷,۱۴۵,۲۷۵	کم	EMRO	افغانستان	۵
۳۸,۱	۱۱۰,۵۹	۱,۹۳۲	۲,۲۴۲,۲۶۹	۲۸,۹۹۳,۳۷۴	متوسط	EMRO	عراق	۶
۳۷,۷	۵,۳۵۷	۵۷۰	۷۶,۰۶۱	۱۴,۲۲۵,۵۲۱	کم	AFRO	نیجر	۷
۳۷,۷	۶,۴۲۵	۲,۳۵۸	۶۷۱,۰۶۰	۱۷,۰۲۴,۰۸۴	متوسط	AFRO	آنگولا	۷
۳۷,۱	۱,۶۲۶	۱,۰۵۶	۱,۷۵۴,۴۲۰	۴,۳۸۰,۴۳۹	بالا	EMRO	امارات متحده عربی	۸
۳۶,۶	۶۲۵	۵۴	۱۴,۴۵۰	۱,۷۰۸,۶۸۱	کم	AFRO	گامبیا	۹
۳۵,۸	۲۵,۴۹۱	۲۲,۹۱۸	۱۷,۰۰۰,۰۰۰	۷۱,۲۰۸,۳۸۴	متوسط	EMRO	جمهوری اسلامی ایران	۱۰

جدول ۳، رتبه بین‌المللی ایران در حوادث ترافیکی، برگرفته از دومین گزارش بین‌المللی ایمنی راه‌ها در سال ۲۰۱۳ (به استناد آمار سال ۲۰۱۰)

رتبه	کشور	منطقه	درآمد	جمعیت	تعداد وسائط نقلیه ثبت شده	آمار فوت گزارش شده	برآورد سازمان جهانی بهداشت برای مقایسه بین‌المللی	میزان مرگ به ازای 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

جدول ۴، رتبه بین‌المللی ایران در حوادث ترافیکی، برگرفته از سومین گزارش بین‌المللی ایمنی راه‌ها در سال ۲۰۱۵ (به استناد آمار سال ۲۰۱۳)

رتبه	کشور	منطقه	درآمد	جمعیت	تعداد وسائط نقلیه ثبت شده	آمار فوت گزارش شده	برآورد سازمان جهانی بهداشت برای مقایسه بین‌المللی	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	لیبریا	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 افریقایی 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

جدول ۵. رتبه بین‌المللی ایران در حوادث ترافیکی، برگرفته از چهارمین گزارش بین‌المللی ایمنی راه‌ها در سال ۲۰۱۸ (به استناد آمار سال ۲۰۱۶)

رتبه	کشور	منطقه	درآمد	جمعیت	تعداد وسائط نقلیه ثبت شده	آمار فوت گزارش شده	برآورد سازمان جهانی بهداشت برای مقایسه بین‌المللی	میزان مرگ به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت
۱	لیبریا	AFRO	کم	۴,۶۱۳,۸۲۳	۱,۰۸۵,۰۷۵	۱۷۵	۱,۶۵۷	۳۵,۹
۲	سنت لوئیس	AMRO	متوسط	۱۷۸,۰۱۵	۳۵,۶۸۱	۱۵	۶۳	۳۵,۴
۳	بوروندی	AFRO	کم	۱۰,۵۲۴,۱۱۷	۱۱۱,۲۳۶	۱۱۲	۳,۶۵۱	۳۴,۷
۳	زیمباوه	AFRO	کم	۱۶,۱۵۰,۳۶۲	۱,۱۹۸,۵۸۴	۱,۷۲۱	۵,۶۰۱	۳۴,۷
۴	جمهوری دومینیکن	AMRO	متوسط	۱۰,۶۴۸,۷۹۱	۳,۸۵۴,۰۳۸	۳,۱۱۸	۳,۶۸۴	۳۴,۶
۵	ونزوئلا (جمهوری بولیواری)	AMRO	متوسط	۳۱,۵۶۸,۱۸۰	۱,۷۱۱,۰۰۵	۷,۰۲۸	۱۰,۶۴۰	۳۳,۷
۵	جمهوری دموکراتیک کنگو	AFRO	کم	۷۸,۷۳۶,۱۵۲	-	۳۸۵	۲۶,۵۲۹	۳۳,۷
۶	جمهوری افریقای مرکزی	AFRO	کم	۴,۵۹۴,۶۲۱	۳۷,۴۷۵	۱۹۳	۱,۵۴۶	۳۳,۶
۷	تایلند	SEARO	متوسط	۶۸,۸۶۳,۵۱۲	۳۷,۳۳۸,۱۳۹	۲۱,۷۴۵	۲۲,۴۹۱	۳۲,۷
۸	گینه بیسائو	AFRO	کم	۱,۸۱۵,۶۹۸	۶۲,۲۳۹	۱۲۲	۵۶۵	۳۱,۱
۹	مالاوی	AFRO	کم	۱۸,۰۹۱,۵۷۶	۳۴۴,۳۴۵	۱,۱۲۲	۵,۶۰۱	۳۱
۱۰	بورکینافاسو	AFRO	کم	۱۸,۶۴۶,۴۳۲	۲,۱۰۶,۲۹۲	۸۷۸	۵,۶۸۶	۳۰,۵
۱۱	نامیبیا	AFRO	متوسط	۲,۴۷۹,۷۱۳	۳۷۱,۲۸۱	۷۳۱	۷۵۴	۳۰,۴

۳۰,۱	۷,۰۶۶	۱,۸۷۹	۷۵۸,۱۴۵	۲۳,۴۳۹,۱۸۸	متوسط	AFRO	کامرون	۱۲
۳۰,۱	۸,۶۶۵	۱,۳۷۹	۶۹۸,۸۶۴	۲۸,۸۲۹,۴۷۶	کم	AFRO	موزامبیک	۱۲
۲۹,۹	۳,۶۶۱	۱۳۰	۶۹,۶۴۷	۱۲,۲۳۰,۷۳۰	کم	AFRO	سودان جنوبی	۱۳
۲۹,۷	۶۰۵	۱۳۹	۸۴,۹۶۳	۲,۰۳۸,۵۰۱	کم	AFRO	گامبیا	۱۴
۲۹,۷	۳,۵۳۵	۵۹۳	۱۸۰,۱۳۷	۱۱,۹۱۷,۵۰۸	کم	AFRO	رواندا	۱۴
۲۹,۲	۱۶,۲۵۲	۳,۲۵۶	۲,۱۶۳,۶۲۳	۵۵,۵۷۲,۲۰۰	کم	AFRO	جمهوری متحده تانزانیا	۱۵
۲۹,۲	۲,۲۲۴	۵۱۴	۶۴,۱۱۸	۷,۶۰۶,۳۷۴	کم	AFRO	توگو	۱۵
۲۹	۱۲,۰۳۶	۳,۵۰۳	۱,۵۹۴,۹۶۲	۴۱,۴۸۷,۹۶۴	کم	AFRO	اوگاندا	۱۶
۲۸,۹	۶۳۸	۳۱۸	-	۲,۲۰۳,۸۲۱	متوسط	AFRO	لسوتو	۱۷
۲۸,۸	۹,۳۱۱۱	۹,۰۳۱	۶,۸۹۵,۷۹۹	۳۲,۲۷۵,۶۸۸	بالا	EMRO	عربستان سعودی	۱۸
۲۸,۶	۷,۱۰۸	۳۴۰	۲۳۶,۹۷۹	۲۴,۸۹۴,۵۵۲	کم	AFRO	ماداگاسکار	۱۹
۲۸,۳	۱۰۴	۱۰۱	۵۶,۰۹۴	۳۶۶,۹۵۴	متوسط	AMRO	بلیز	۲۰
۲۸,۲	۳,۴۹۰	۴۵۸	۲۵۹,۷۳۱	۱۲,۳۹۵,۹۲۴	کم	AFRO	گینه	۲۱
۲۷,۸	۱۳,۴۶۳	۲,۹۶۵	۲,۹۷۹,۹۱۰	۴۸,۴۶۱,۵۶۸	متوسط	AFRO	کنیا	۲۲
۲۷,۶	۳,۹۹۰	۱,۱۲۲	۱,۱۲۴,۰۰۰	۱۴,۱۵۲,۵۴۳	کم	AFRO	چاد	۲۳
۲۷,۵	۵۵	۲۳	۳۴,۰۵۰	۱۹۹,۹۱۰	متوسط	AFRO	سائوتوم و پرینسیپ	۲۴
۲۷,۵	۲,۹۸۶	۶۳۷	۴۶۹,۷۶۱	۱۰,۸۷۲,۲۹۸	کم	AFRO	بنین	۲۴
۲۷,۴	۱,۴۰۵	۳۰۸	-	۵,۱۲۵,۸۲۱	متوسط	AFRO	کنگو	۲۵
۲۷,۱	۳,۸۸۴	۱۶۵	۵۹,۴۵۷	۱۴,۳۱۷,۹۹۶	کم	EMRO	سومالی	۲۶
۲۶,۹	۳۶۱	۲۰۳	۵۹۸۰,۵۱۲	۱,۳۴۳,۰۹۸	متوسط	AFRO	سوازیلند	۲۷
۲۶,۷	۲۷,۳۲۶	۴,۳۵۲	۷۰۸,۴۱۶	۱۰۲,۴۰۳,۲۰۰	کم	AFRO	اتیوپی	۲۸

۲۶,۵	۴,۸۹۰	۷۱۴	۲,۳۹۶,۵۴۴	۱۸,۴۳۰,۴۵۲	متوسط	EMRO	سوریه (جمهوری عربی)	۲۹
۲۶,۵	۲۱۱	۲۳	۹۰۵,۵۳۷	۷۹۵,۶۰۱	کم	AFRO	اتحاد قمر (کوموروس)	۲۹
۲۶,۴	۲۴,۹۷۰	۸,۴۱۷	۵۰,۶۶۶,۸۵۵	۹۴,۰۵۶۹,۰۷۲	متوسط	WPRO	ویتنام	۳۰
۲۶,۲	۵,۴۱۴	۹۷۸	۴۳۶,۴۲۰	۲۰,۶۷۲,۹۸۸	کم	AFRO	نیجر	۳۱
۲۶,۱	۱,۶۴۵	۲,۴۱۴	۳,۵۵۳,۴۹۷	۶,۲۹۳,۲۵۳	متوسط	EMRO	لیبی	۳۲
۲۵,۹	۱۴,۵۰۷	۱۴,۰۷۱	-	۵۶,۰۱۵,۴۷۲	متوسط	AFRO	افریقای جنوبی	۳۳
۲۵,۷	۱۰,۱۷۸	۲,۳۱۱	۱,۲۵۲,۷۴۰	۳۹,۵۷۸,۸۲۸	متوسط	EMRO	سودان	۳۴
۲۵,۳	۱,۲۵۵	۱۳۰	۷۲,۴۰۵	۴,۹۵۴,۶۴۵	کم	AFRO	اریتره	۳۵
۲۵	۱۳۵	۴۱	۶۴,۹۵۵	۵۳۹,۵۶۰	متوسط	AFRO	کیپ ورد	۳۶
۲۴,۹	۷,۰۱۸	۱,۸۰۲	۲,۰۶۶,۹۴۳	۲۸,۲۰۶,۷۲۸	متوسط	AFRO	غنا	۳۷
۲۴,۷	۱,۰۶۴	۱۸۴	-	۴,۳۰۱,۰۱۸	متوسط	AFRO	موریتانی	۳۸
۲۴,۶	۱۹۰	۱۲۸	۱۵,۶۹۴	۷۷۳,۳۰۳	متوسط	AMRO	گویان	۳۹
۲۴,۶	۳۰۰	۴۱	۱۰۰,۹۹۳	۱,۲۲۱,۴۹۰	متوسط	AFRO	گینه استوایی	۳۹
۲۴,۴	۲,۳۰۶	۷۵۰	۱,۵۰۲,۴۲۰	۹,۴۵۵,۸۰۲	متوسط	EMRO	اردن	۴۰
۲۳,۸	۵۳۵	۴۵۰	۶۵۳,۲۷۴	۲,۲۵۰,۲۶۰	متوسط	AFRO	بوتسوانا	۴۱
۲۳,۶	۷,۳۷۴	۷,۱۵۲	۲۷,۶۱۳,۱۲۰	۳۱,۱۸۷,۲۶۴	متوسط	WPRO	مالزی	۴۲
۲۳,۶	۶,۷۹۷	۲,۸۴۵	-	۲۸,۸۱۳,۴۶۴	متوسط	AFRO	آنگولا	۴۲
۲۳,۶	۵,۵۸۲	۹۹۱	۹۰۵,۵۳۷	۲۳,۶۹۵,۹۲۰	متوسط	AFRO	ساحل عاج	۴۲
۲۳,۴	۳۶۰۹	۶۰۴	۴۶۸,۰۵۱	۱۵,۴۱۱,۶۱۴	پایین	AFRO	سنگال	۴۳
۲۳,۲	۴۶۰	۵۴	-	۱,۹۷۹,۷۸۶	متوسط	AFRO	گابن	۴۴
۲۳,۱	۴,۱۵۹	۵۴۱	۳۴۴,۳۴۵	۱۷,۹۹۴,۸۳۶	کم	AFRO	مالی	۴۵

۲۲,۸	۲,۵۹۵	۱,۴۴۳	۲,۰۱۵,۶۰۱	۱۱,۴۰۳,۲۴۸	متوسط	EMRO	تونس	۴۶
۲۲,۷	۱,۵۲۹	۱,۲۰۲	۱,۸۷۱,۹۴۷	۶,۷۲۵,۳۰۸	متوسط	AMRO	پاراگوئه	۴۷
۲۲,۶	۲۹۹,۰۹۱	۱۵۰,۸۷۵	۲۱۰,۰۲۳,۲۸۹	۱,۳۲۴,۱۷۱,۳۹۲	متوسط	SEARO	هند	۴۸
۲۲,۲	۱,۴۱۱	۱,۲۱۵	۱,۰۰۸,۰۸۰	۶,۳۴۴,۷۲۲	متوسط	AMRO	السالوادور	۴۹
۲۱,۴	۳۹,۸۰۲	۵,۰۵۳	۱۱,۷۳۳,۴۲۵	۱۸۵,۹۸۹,۶۳۲	متوسط	AFRO	نیجریه	۵۰
۲۱,۳	۳,۴۹۰	۲,۸۹۴	۱,۹۲۵,۳۶۸	۱۶,۳۸۵,۰۶۸	متوسط	AMRO	اکوادور	۵۱
۲۰,۷	۷,۶۸۶	۴,۱۳۴	۵,۷۷۵,۷۷۷	۳۷,۲۰۲,۵۷۲	متوسط	EMRO	عراق	۵۲
۲۰,۵	۱۶,۴۲۶	۱۵,۹۳۲	۳۰,۳۷۷,۰۶۵	۸۰,۲۷۷,۴۲۴	متوسط	EMRO	جمهوری اسلامی ایران	۵۳

اسناد بالادستی بین المللی

دهه بین المللی ایمنی راهها

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^{۳۳} عامل مرگ تبدیل می‌شود.

شکل ۷، 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 cancer
7	Tuberculosis	7	Diabetes mellitus
8	Trachea, bronchus, lung cancer	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.

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

به منظور 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 به سوی تثبیت و سپس کاهش مرگ و میر پیش بینی شده ناشی از حوادث ترافیکی است. انتظار می‌رود فعالیت‌های منسجم بین‌المللی این دهه، هدف کاهش ۵ میلیون فوت، ۵۰ میلیون مصدومیت و جلوگیری از هدر رفت ۵ تریلیون دلار را تامین نماید.

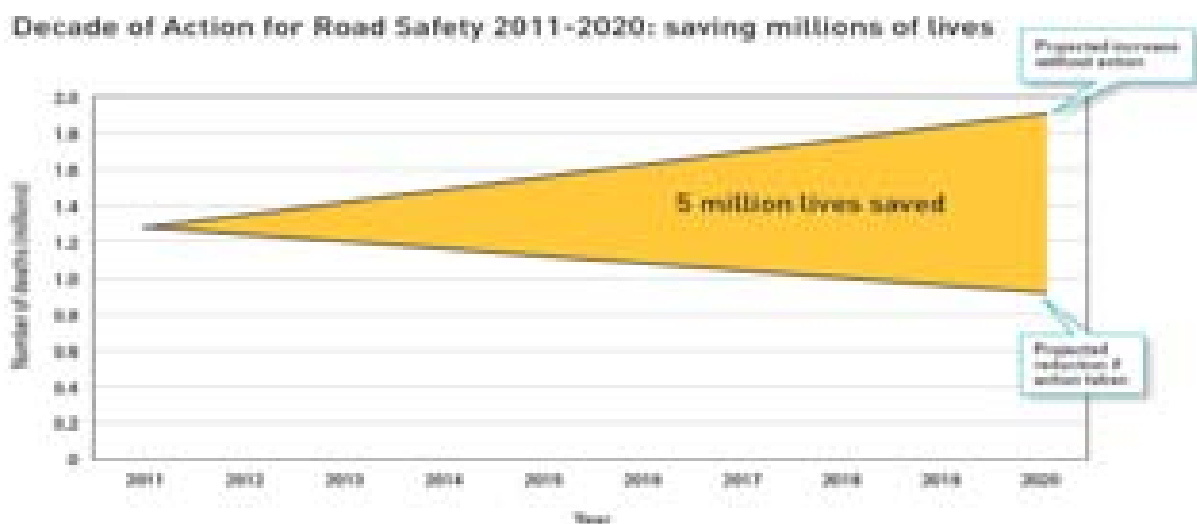


موضوع دهه ایمنی راهها در نخستین کنفرانس بین‌المللی ایمنی راهها در سطح وزرا^{۳۴} که در نوامبر سال ۲۰۰۹ در مسکو برگزار گردید طرح و به طور رسمی از ۱۱ می ۲۰۱۱ آغاز گردید.



با توجه به آن که 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 ۲۱، دهه ایمنی راهها



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

فعالیت‌های دهه بین‌المللی ایمنی راهها که عزمی بین‌المللی برای کاهش مرگ ناشی از حوادث ترافیکی است در ۵

چارچوب فعالیت‌های دهه ایمنی راه‌ها

همکاری‌های بین‌المللی / تقویت ساختارهای جهانی

افزایش اعتبارات بین‌المللی
 حساس‌سازی 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

ریز فعالیت‌های هر حوزه، شاخص‌های الزامی و اختیاری هر حوزه در بخش ضمایم آمده است.

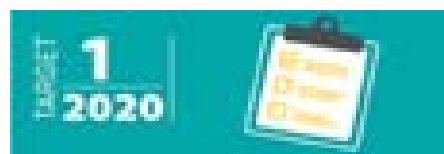
اهداف توسعه پایدار^{۳۵} و حوادث ترافیکی

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. 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.(۲۵)

	کاهش ۵۰٪ مرگ و آسیب ناشی از حوادث ترافیکی تا سال ۲۰۲۰	هدف اختصاصی ۳,۶	هدف کلی ۳
	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 آسیب پذیر شامل زنان، کودکان، سالمندان و معلولین	هدف اختصاصی ۱۱,۲	هدف کلی ۱۱

اهداف عملکردی بین المللی ارتقای ایمنی راهها^{۳۶}

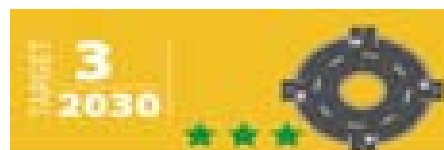
هدف ۱: کلیه کشورها تا سال ۲۰۲۰ موظف به تدوین برنامه جامع عملیاتی ملی ایمنی راهها^{۳۷} با اهداف زمان بندی شده هستند.



هدف ۲: کلیه کشورها تا سال ۲۰۳۰، موظفند به حداقل یکی از ابزارهای قانونی سازمان ملل در ایمنی راهها^{۳۸} بپیوندند.



هدف ۳: کلیه راههای جدید تا سال ۲۰۳۰، باید استانداردهای فنی ایمنی راهها برای کلیه کاربران راهها و یا حداقل سه ستاره ایمنی را داشته باشند.



هدف ۴: تا سال ۲۰۳۰، بیش از ۷۵٪ تردها در جادههای موجود با استانداردهای فنی ایمنی راهها برای کلیه کاربران صورت پذیرد.



هدف ۵: تا سال ۲۰۳۰، ۱۰۰٪ خودروهای جدید(منظور خودروهای تولیدی، فروخته شده یا وارداتی) و کارکرده(منظور خودروهای وارداتی) استانداردهای بالای کیفیت مانند مقررات اولویت دار سازمان ملل متحد، مقررات فنی بین المللی یا ملزومات عملکردی ملی مترادف با آن را داشته باشند.



36- Global Road Safety Performance Targets.

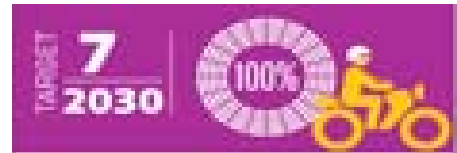
37-Comprehensive Multisectoral National Road Safety Action Plan.

38-Core Road Safety-Related UN Legal Instruments.

هدف ۶: تا سال ۲۰۳۰، کاهش ۵۰ درصدی در نسبت خودروهایی که بالای سرعت مجاز تردد می‌کنند و کاهش تلفات و آسیبهای مرتبط با سرعت.



هدف ۷: تا سال ۲۰۳۰، افزایش نسبت موتورسوارانی که کلاه ایمنی استاندارد را بطور صحیح استفاده می‌کنند تا رسیدن به حدود ۱۰۰ درصد.



هدف ۸: تا سال ۲۰۳۰، افزایش درصد استفاده سرنشینان وسایل نقلیه موتوری از کمربند ایمنی یا صندلی مخصوص کودک تا رسیدن به حدود ۱۰۰ درصد.



هدف ۹: تا سال ۲۰۳۰، کاهش ۵۰ درصدی تعداد آسیبها و تلفات حوادث ترافیکی مرتبط با الکل و یا سوء مصرف مواد در رانندگان وسایل نقلیه موتوری.



هدف ۱۰: تا سال ۲۰۳۰، کلیه کشورها موظفند قوانین ملی برای محدودیت و ممنوعیت استفاده از تلفن همراه حین رانندگی وضع نمایند.



هدف ۱۱: کلیه کشورها موظفند آیین نامه ساعات کاری رانندگان حرفه‌ای و استراحتگاه‌های آنان را تصویب و یا به آیین نامه‌های بین‌المللی یا منطقه‌ای ساعات کاری رانندگان پایبند باشند.



هدف ۱۲: تا سال ۲۰۳۰، کلیه کشورها موظفند به اهداف ملی تنظیم شده برای کاهش زمان بین رخداد حادثه ترافیکی تا دریافت خدمات تخصصی فوریت‌های پزشکی دست یابند (۱)



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



استراتژی‌های ده‌گانه ایمنی ترافیکی کودکان

روزانه کودکان زیادی در حوادث ترافیکی فوت می‌کنند که 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 توسعه‌ای به سمت خود سوق می‌دهد. بسیاری از کودکان قربانی این واقعه انسان ساخت فقیرند و تلاش‌هایی که به منظور 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.



شکل ۸- 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

معايير ترافیکی ایمن برای همه کاربران به معنای معیار 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 کشورها 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

۲. کاهش رانندگی حین مصرف مشروبات الکلی

۳. استفاده از کلاه ایمنی برای دوچرخه‌سواران و موتورسواران

۴. محافظت از کودکان در خودرو

۵. ارتقای قابلیت‌های کودک برای دیدن و دیده شدن

۶. ارتقای زیرساخت‌های راه

۷. تطابق در طراحی خودروها

۸. کاهش ریسک در رانندگان جوان و مبتدی

۹. تامین خدمات فوریت‌های پزشکی مناسب برای کودکان

۱۰. مراقبت مناسب و نظارت بر رفتار کودکان. (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 پنج‌ساله 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 به‌طور اورژانس تحت درمان قرار گیرند.

ب: در تطبیق ظرفیت‌های مناسب و مورد نیاز با ظرفیت‌های موجود، کل امکانات درمان بستری کشور اعم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی، بانک‌ها و شرکت‌های دولتی، نیروهای مسلح، مؤسسات خیریه و خصوصی و سایر موارد به صورت یک مجموعه صرف‌نظر از مالکیت و مدیریت آن‌ها منظور خواهد شد. ج: به‌منظور ارتقاء سطح کیفی و کمی خدمات توانبخشی و دسترسی آحاد مردم به این خدمات با هدف تساوی فرصت‌ها و مشارکت معلولین در جامعه، مناسب سازی اماکن عمومی (خصوصی و دولتی) در طول برنامه سوم صورت می‌گیرد. و همچنین در طول برنامه سوم آسایشگاه‌هایی برای بستری جانبازان زن اختصاص یافته و استفاده از آمبولانس برای جانبازان بالای هفتاد درصد (۷۰٪) قطع نخاع و اعصاب و روان و شیمیایی به صورت رایگان منظور می‌گردد.

آیین‌نامه اجرائی مربوط به این بند با همکاری وزارت مسکن و شهرسازی و سازمان بهزیستی کشور و سازمان برنامه و بودجه تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. (۲۶)

قانون برنامه چهارم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی

بخش سوم - توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی

فصل ۷، ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی

ماده ۸۵:

دولت موظف است ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، لایحه حفظ و ارتقاء سلامت آحاد جامعه و کاهش

مخاطرات تهدیدکننده سلامتی را مشتمل بر نکات ذیل تهیه و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارائه کند: کاهش حوادث حمل و نقل، از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه خیز جاده‌ها و راههای مواصلاتی و کاهش نقاط مذکور به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.

ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.

بخش سوم - توسعه سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی

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.

به‌منظور 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. (۲۷)

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 به‌عمل آورد.

برای تأمین 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 به‌طور مستقیم طی قبض جداگانه به حساب درآمدهای اختصاصی نزد خزانه‌داری کل کشور به نام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌گردد.

فصل ۵، حمل و نقل

بخش ۱، بند و، ماده ۱۶۳:

وزارت راه و ترابری با هماهنگی و مشارکت مرکز آمار ایران موظف است تا پایان سال دوم برنامه نسبت به ایجاد بانک جامع حمل و نقل کشور و استقرار سامانه اطلاعات جامع حوادث و سوانح حمل و نقل دربرگیرنده اطلاعات دریافتی از پلیس، بخش بهداشت و درمان کشور، سازمان‌های راهداری، هواپیمایی کشوری و بنادر و دریانوردی، شرکت راه آهن و سایر سازمان‌های ذیربط با هدف تجمیع، شفاف‌سازی و ارائه داده‌ها و اطلاعات صحیح و قابل استفاده در تحلیل و تدوین اهداف و برنامه‌های ملی ایمنی اقدام نماید. گزارش آماری حمل و نقل کشور همه ساله توسط مرکز آمار ایران

تدوین و منتشر می‌شود.

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 جاده‌های کشور در طول برنامه پنجم توسعه فراهم نماید. (۲۸)

قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)

ماده ۳۰:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اقدامات لازم برای درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی در همه واحدهای بهداشتی و درمانی دولتی و غیردولتی و همچنین در مسیر اعزام به مراکز تخصصی و مراجعات ضروری بعدی را به عمل آورد. برای تأمین بخشی از منابع لازم جهت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به این مصدومان، معادل ده درصد (۱۰٪) از حق بیمه پرداختی شخص ثالث، سرنشین و مازاد به‌طور مستقیم طی قبض جداگانه به حساب درآمدهای اختصاصی نزد خزانه‌داری کل کشور در چارچوب اعتبارات مصوب بودجه سنواتی به نام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واریز می‌شود. توزیع این منابع بین دانشگاه‌های علوم پزشکی توسط وزارتخانه مذکور با تأیید سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور براساس عملکرد واحدهای یادشده بر مبنای تعرفه‌های مصوب هر سه ماه یک‌بار صورت می‌گیرد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است هزینه‌کرد اعتبارات مذکور را هر شش ماه یک‌بار به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی گزارش کند. بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران مسئول حسن اجرای این ماده است.

قانون برنامه ششم توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی

بخش ۱۱- حمل و نقل و مسکن

ماده ۵۶:

وزارت صنعت، معدن و تجارت و سازمان ملی استاندارد موظفند بر طراحی و ساخت خودروهای داخلی به‌نحوی نظارت کنند که ایمنی خودروهای مذکور متناسب با حداکثر سرعت ارتقاء یافته تا در تصادفات جاده‌ای، تلفات به حداقل میانگین جهانی برسد.

بخش ۱۴- سلامت، بیمه، سلامت و زنان و خانواده

بند ب ماده ۷۲:

به منظور توسعه کمی و کیفی و ساماندهی و یکپارچه‌سازی فرماندهی شبکه اورژانس پیش بیمارستانی (۱۱۵)، سازمان فوریت‌های پیش بیمارستانی اورژانس کشور به عنوان مؤسسه دولتی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از محل منابع، ساختار و نیروی انسانی موجود بر اساس وظایف قانونی خود ایجاد می‌گردد. اساسنامه سازمان مذکور به پیشنهاد مشترک سازمان، سازمان اداری و استخدامی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

تبصره- واحدهای استانی و شهرستانی سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی کشور کماکان به‌صورت ادغام‌یافته در شبکه‌های بهداشتی درمانی زیر نظر سازمان مذکور ارائه خدمت خواهند نمود.

احکام مندرج در ماده (۷۲) این قانون بر احکام بندهای «الف» و «ب» ماده (۷) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور و مواد (۱۲) و (۱۷) قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳ حاکم است.

بخش ۱۴- سلامت، بیمه، سلامت و زنان و خانواده

بند ث ماده ۷۴:

ث- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبتهای اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبتهای پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این‌گونه خدمات صرفاً براساس راهنماهای بالینی، طرح فاقد نام تجاری (ژنریک) و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود.

تبصره- در چارچوب قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری مصوب ۱۳۸۶/۴/۶ دولت مکلف است در قالب قوانین بودجه سالانه در سقف کارانه پرستاری و در چارچوب بسته‌های خدمات تشخیصی درمانی موضوع قانون مذکور اعتبارات مورد نیاز را از محل منابع بودجه عمومی دولت تأمین نماید.

بخش ۱۴- سلامت، بیمه، سلامت و زنان و خانواده

ماده ۷۶:

دولت مکلف است با رعایت سیاست‌های کلی جمعیت، سلامت مادر و کودک و ارتقای شاخص‌های نسبت مرگ مادر و نوزادان^{۳۹} را بر اساس جدول زیر تأمین نماید:

شاخص	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰
کاهش میزان مرگ کودکان یک تا ۵۹ ماهه ^{۴۰} هر ۱۰۰۰ تولد زنده	۱۵,۶	۱۴,۴	۱۳,۳	۱۲,۳	۱۱,۳

بخش ۱۵- بیمه اجتماعی، امور حمایتی و آسیب‌های اجتماعی

ماده ۷۷:

جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران به منظور افزایش ضریب ایمنی و تاب‌آوری جامعه، پیشگیری و کاهش خطرات ناشی از حوادث و سوانح، ارائه خدمات بشردوستانه در قالب قوانین بودجه سنواتی اقدامات ذیل را انجام دهد:

الف- کمک به حفظ و ارتقای سرمایه اجتماعی با استفاده از توان و ظرفیت‌های مردمی و افزایش مشارکت‌های

۳۹- شاخص‌های دیگر مطرح میزان مرگ مادر، افزایش درصد زایمان طبیعی و کاهش عوارض ناشی از بارداری و سقط است.
۴۰- بر اساس سیمای مرگ حوادث حمل و نقل دومین علت مرگ کودکان گروه سنی ۱ تا ۵۹ ماهه می باشد.

اجتماعی مردم.

ب- توسعه و تقویت شبکه امداد و نجات کشور با هدف اقدامات پیشگیرانه و آمادگی برای پاسخگویی سریع و به موقع به حوادث و سوانح کشور.

پ- افزایش آگاهی‌های عمومی به ویژه آموزش‌های همگانی جهت کاهش خطرپذیری و افزایش تاب‌آوری جامعه در مقابل حوادث و سوانح.

ت- در راستای تأمین منابع پایدار در زمینه مقابله با حوادث و سوانح، نیم‌درصد (۵٪) مندرج در ماده (۱۶۳) قانون امور گمرکی به یک‌درصد (۱٪) افزایش پیدا نموده و منابع حاصله پس از واریز به خزانه در قالب بودجه سنواتی در اختیار جمعیت هلال احمر قرار می‌گیرد.

بخش ۱۸ - سیاسی، دفاعی و امنیتی

ماده ۱۰۸:

به منظور ارتقای نظم و امنیت و توسعه پیشگیری و مقابله با جرائم، کنترل مؤثر مرزها و همچنین کاهش تخلفات و حوادث رانندگی اقدامات زیر در طول اجرای قانون برنامه اجراء می‌شود:

الف: ارتقای نظم و ایمنی حمل و نقل و عبور و مرور؛

۱. دولت مکلف است اقدامات و سازوکار لازم برای کاهش تلفات حوادث رانندگی با تأکید بر تجهیز و تقویت پلیس راهنمایی و رانندگی، ارتقای کیفیت ایمنی وسایط نقلیه، تقویت و تکمیل شبکه‌های امداد رسانی و فوریت‌های پزشکی، اصلاح نقاط حادثه‌خیز جاده‌ای و توسعه فرهنگ صحیح ترافیکی را فراهم نماید به نحوی که تلفات حوادث رانندگی نسبت به تعداد ده‌هزار دستگاه خودرو تا پایان اجرای قانون برنامه سی و یک درصد (۳۱٪) کاهش یابد.

۲. کلیه معابر اصلی، میادین و بزرگراه‌ها در مراکز استان‌ها و کلان‌شهرها و همچنین جاده‌های اصلی و آزادراه‌ها با نصب، نگهداری و به‌روزرسانی سامانه‌های کنترلی و مراقبتی هوشمند توسط شهرداری‌ها و وزارت راه و شهرسازی تحت پوشش قرار گرفته و این سامانه‌ها و دسترسی لازم آن در اختیار نیروی انتظامی قرار گیرد.

۳. مفاد قانون الحاق سه تبصره به بند (۱۲) ماده (۴) قانون تشکیل نیروی انتظامی مصوب ۱۳۷۹/۲/۱۸ به شهرهای بالای یک میلیون نفر تسری می‌یابد.

ب: به منظور کنترل و مبارزه مؤثر با قاچاق کالا به نیروی انتظامی و گمرک اجازه داده می‌شود نسبت به نصب، راه‌اندازی و به‌روزرسانی سامانه‌های کنترل خودرویی بارگنجی (کانتینری) (ایکس‌ری) در مبادی گمرکی، ورودی و خروجی مرزها و ایستگاههای بازرسی و کنترلی ناجا از طریق اشخاص و مؤسسات حقوقی غیردولتی اقدام نمایند. مدیریت و بهره‌برداری از این سامانه‌ها حسب مورد در اختیار نیروی انتظامی و گمرک می‌باشد.

به‌منظور تأمین هزینه‌های مربوط به راه‌اندازی، نگهداری و به‌روزرسانی سامانه‌های کنترلی خودرویی بارگنجی (کانتینری) (ایکس‌ری) و تجهیزات مربوط به آن صاحبان بار یا خودرو مکلفند به هنگام کنترل و صرفاً در مبادی ورودی و خروجی نسبت به پرداخت تعرفه مربوط اقدام کنند. میزان این تعرفه در بودجه سنواتی تعیین می‌شود.

پ: کلیه شهرک‌ها و مجتمع‌های اداری، تجاری، مسکونی و صنعتی و همچنین مراکز عمومی مکلفند پیوسته‌های حفاظتی - انتظامی لازم برای ارتقاء امنیت و ایمنی این اماکن و پیشگیری از سرقت را برابر استانداردهای اعلامی نیروی

انتظامی رعایت نمایند.

تبصره- آیین‌نامه نحوه اجرای این بند و استانداردهای اعلامی توسط وزارتخانه‌های کشور و راه و شهرسازی با همکاری نیروی انتظامی و شورای عالی استان‌ها تهیه و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

قانون احکام دایمی برنامه‌های توسعه

ماده ۴:

کلیه اتباع خارجی مقیم کشور موظف به دارا بودن بیمه‌نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران می‌باشند. تعیین میزان تعرفه مطابق مقررات بر عهده بیمه مرکزی ایران است که به تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور می‌رسد.

ماده ۹، بند الف:

شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیأت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه کند. این بند به‌عنوان یک ماده بعد از ماده (۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ الحاق می‌گردد.

ماده ۹، بند ب:

آزمایش اجباری برای تأیید سلامت کلیه رانندگان وسایل حمل و نقل عمومی مشمول بیمه سلامت است. هزینه‌های مربوط از محل اعتبار موضوع ماده (۳۰) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) تأمین می‌شود.

ماده ۳۰، بند ج: به‌منظور بهره‌برداری بهینه از ظرفیت‌ها و موقعیت‌های جغرافیایی کشور.

۱. وزارت راه و شهرسازی با هماهنگی و مشارکت مرکز آمار ایران موظف است نسبت به ایجاد بانک جامع حمل و نقل کشور و استقرار سامانه اطلاعات جامع حوادث و سوانح حمل و نقل که دربرگیرنده اطلاعات دریافتی از پلیس، بخش بهداشت و درمان کشور، سازمان‌های راهداری و حمل و نقل جاده‌ای، هواپیمایی کشوری و بنادر و دریانوردی، شرکت راه آهن و سایر سازمان‌های ذیربط است با هدف تجمیع، شفاف‌سازی و ارائه داده‌ها و اطلاعات صحیح و قابل استفاده در تحلیل و تدوین اهداف و برنامه‌های ملی ایمنی اقدام نماید. گزارش آماری حمل و نقل کشور همه ساله توسط مرکز آمار ایران تدوین و منتشر می‌شود.

۲. طرح جامع حمل و نقل کشور با هدف پاسخگویی به تقاضاهای بالفعل و بالقوه و دستیابی به جایگاه مناسب در حوزه‌های ایمنی، انرژی، اقتصاد، حمل و نقل و محیط زیست تا مدت شش‌ماه پس از لازم‌الاجراء شدن این قانون به تصویب هیأت وزیران می‌رسد. از زمان تصویب طرح جامع، شروع کلیه طرح‌های جدید توسعه و ساخت زیربنای حمل و نقل، فقط براساس این طرح و در قالب بودجه سنواتی قابل اجراء است.

۳. دولت موظف است ساز و کارهای قانونی لازم را به منظور کاهش سالانه ده درصد از میزان تلفات جانی ناشی از تصادفات رانندگی در جاده‌های کشور فراهم کند.

ماده ۳۸، بند چ:

سازمان پزشکی قانونی کشور مکلف است تحقیقات لازم برای بررسی عوامل منجر به مصدومیت و مرگ‌های غیرطبیعی در موارد ارجاعی را انجام دهد و با تهیه شناسنامه هویت ژنتیکی متهمان، محکومان و متوفیان و با توجه به نتایج به دست آمده، نسبت به برنامه‌ریزی و آموزش برای پیشگیری و کاهش جرائم، تخلفات و آسیب‌های اجتماعی ناشی از آنها اقدام کند.

ماده ۵۶:

به وزارت راه و شهرسازی اجازه داده می‌شود در محدوده شهرها نسبت به جابه‌جایی خطوط ریلی و کاهش حریم آن اقدام کند. شهرداری‌ها و واحدهای استانی وزارت مذکور مجاز به ایجاد و احداث خیابان در حریم خطوط جمع‌آوری شده برابر طرح‌های جامع و تفصیلی می‌باشند.

دهه ایمنی راه‌ها در ایران

شکل ۹، دهه ایمنی راه‌ها در جمهوری اسلامی 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.

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 ۱۱/۱۳۶۳۵ 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 ۱۳۹۰-۱۴۰۰ 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 بطوری که 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 موتورسیکلت سواران
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. (۱۹)

سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در سال‌های ۱۴۰۴-۱۳۹۴

ایران در دهه‌های اخیر به دستاوردهای قابل توجهی در حوزه سلامت دست یافته است 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^{۴۱} 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

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

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،^{۴۲} اهداف بالادستی را بر اساس شرایط ایران تنظیم و ۴ هدف ویژه ایران را به آن افزوده است.

۱۳ هدف 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^{۴۳}
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^{۴۴}
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 (۳۰)

آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی کشور (۳۱)

اساسنامه سازمان اورژانس کشور (۳۲)

طرح تحول نظام سلامت

۴۲- همه ساله قریب به ۲۸ میلیون مورد مرگ به علت بیماری‌های غیرواگیر رقم می‌خورد که ۴۲٪ آنها یعنی ۱۶ میلیون مورد مرگ زودرس (پیش از ۷۰ سالگی) رخ می‌دهد و عمدتاً قابل پیشگیری است. به عبارتی با صرف ۱ تا ۳ دلار به ازای هر نفر کاهش قابل توجهی در این آمار رقم می‌خورد.

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

۴۴- 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.



فصل دوم

چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی

(حوزه ارائه خدمت)



هدف کلی

کاهش میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۲۰٪ نسبت به سال پایه طی ۱۰ سال^{۴۵}

اهداف راهبردی

- هدف ۱: شناسایی و مدیریت ریسک فاکتورهای حوادث ترافیکی
- هدف ۲: ارتقای سطح آگاهی، اصلاح نگرش، ایجاد مهارت و صلاحیت^{۴۶} در کاربران راه^{۴۷}
- هدف ۳: ارتقای سطح پوشش عادلانه خدمات پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی 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: استقرار نظام جامع اطلاعات مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی
- هدف ۷: ارتقای دانش و مهارت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به منظور خدمت‌رسانی بهینه به مجروحان
- هدف ۸: حمایت مالی^{۴۸} از مصدومین حوادث ترافیکی

راهبردها

هدف ۱: شناسایی و مدیریت ریسک فاکتورهای حوادث ترافیکی

راهبردها:

- ۱،۱- ارزیابی و اولویت‌بندی عوامل خطر حوادث ترافیکی در جمعیت تحت پوشش و شناسایی گروه‌های در معرض خطر^{۴۹} تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۲،۱- شناسایی عوامل خطر حوادث ترافیکی در حوادث ترافیکی پرتلفات^{۵۰} تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۳،۱- شناسایی عوامل خطر حوادث ترافیکی در رانندگان حرفه‌ای تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۴،۱- بازنگری معیارهای تایید صلاحیت جسمانی و روحی-روانی متقاضیان اخذ و تمدید گواهینامه رانندگی و پیگیری تصویب الزام اخذ تاییدیه مجدد صلاحیت جسمانی و روحی-روانی در رانندگان حرفه‌ای پس از تصادفات منجر به جرح و فوت تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۵،۱- حمایت از تست تصادفی (Random Test) مصرف مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان و بازنگری معیارهای تشخیص رانندگی تحت تاثیر مواد مخدر، الکل و داروهای روانگردان تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۶،۱- تدوین بسته خدمتی (تست‌های غربالگری سلامت)^{۵۱} رانندگان حرفه‌ای تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۷،۱- مرور قوانین و مقررات جاری ایمنی ترافیکی و تسلیم درخواست بازنگری به مراجع ذیربط ضمن ارائه پیشنهادات اصلاحی تا پایان سال ۱۳۹۹

۴۵- سال پایه ۲۰۱۵ (۱۳۹۴) و سال پایانی ۲۰۲۵ (۱۴۰۴)

46- Competency

47- Road Users

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

48- Financial Protection

۴۹- ارزیابی و اولویت‌بندی ریسک فاکتورها و شناسایی گروه‌های در معرض خطر با اولویت مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر

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

۵۱- تست‌های غربالگری دوره‌ای برای بیماری‌های قلبی عروقی (اکو و تست ورزش)، هایپرتانسیون (HTN)، دیابت (HbA1C)، معاینه کامل چشم‌پزشکی و سنجش بینایی، معاینه کامل نورولوژی (تشنج)، اختلالات روانپزشکی (اختلالات مازور و تشخیص موارد احتمالی اختلالات شخصیت)، اختلال خواب و اعتیاد.

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

- ۱،۲- راهاندازی کمپین‌های پیشگیرانه با هدف کاهش عوامل خطر حوادث ترافیکی^{۵۲} تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۲،۲- ادغام آموزش‌های خودمراقبتی ترافیکی^{۵۳} در راهنمای ملی خودمراقبتی برای سبک زندگی سالم و آموزش سفیران سلامت خانوار تا پایان سال ۱۳۹۸
- ۳،۲- آموزش مردم در خصوص پیشگیری از حوادث ترافیکی، اقدامات اولیه در مواجهه با آن و شیوه‌های صحیح جابجایی مصدومین حوادث ترافیکی^{۵۴} در قالب به‌کارگیری ظرفیت رسانه‌های دیداری، شنیداری و شبکه‌های اجتماعی تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۴،۲- ادغام آموزش‌های خودمراقبتی ترافیکی در راهنمای آموزش جامع سلامت در مدارس (کلیه مقاطع تحصیلی) تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۵،۲- برگزاری دوره‌های آموزشی و اجرای کمپین‌های اختصاصی برای رانندگان ناوگان حمل و نقل عمومی^{۵۵} و راکبان موتورسیکلت در جهت اصلاح رفتارهای پرخطر تا پایان سال ۱۳۹۹

هدف ۳: ارتقای سطح پوشش عادلانه خدمات پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی در مصدومین حوادث ترافیکی راهبردها:

- ۱،۳- مدیریت واحد و یکپارچه خدمات امدادی (ایجاد شماره واحد ملی امدادی^{۵۶} و دیسپچ مشترک) در ۵ استان کشور تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۲،۳- هماهنگی جهت اختصاص فضای مناسب برای استقرار واحد اورژانس در پایگاه‌های آتش‌نشانی به‌منظور ارتقای سطح امداد و نجات مصدومین حوادث رانندگی در مناطق شهری و اقدام به‌منظور استقرار تجهیزات و نیروی انسانی اورژانس در پایگاه‌ها^{۵۷} تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۳،۳- افزایش درصد پوشش اورژانس پیش‌بیمارستانی برای مصدومین حوادث ترافیکی به ۹۰٪ تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۴،۳- گسترش تعداد پایگاه‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی به ۲۸۰۴ پایگاه^{۵۸} تا پایان سال ۱۳۹۸
- ۵،۳- گسترش تعداد پایگاه‌های آمبولانس هوایی به ۵۰ پایگاه^{۵۹} تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۶،۳- گسترش تعداد موتورآمبولانس به ۵۰۰ دستگاه^{۶۰} تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۷،۳- گسترش و نوسازی ناوگان آمبولانس‌های اورژانس زمینی^{۶۱} به ۵۱۵۸ دستگاه^{۶۲} تا پایان سال ۱۳۹۹

۵۲- سرعت، کمربند ایمنی، کلاه ایمنی، صندلی مخصوص کودک، رانندگی تحت تاثیر الکل و مخدر، استفاده از تلفن همراه و دیده نشدن.

۵۳- مشتمل بر روش‌های صحیح حمل مصدوم و راهنمایی‌های ضروری(بایدها و نبایدها) برای ناظرین حوادث ترافیکی (Bystanders) و مردم عادی (Laypeople)

۵۴- اصول First responder

55-Public transportation

56- Universal Access Number(UAN)

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

۵۸- تعداد پایگاه‌های اورژانس زمینی تا پایان سال ۱۳۹۸، ۲۸۰۴ (۱۰۶۵ پایگاه شهری، ۱۳۳۹ جاده‌ای) و تا پایان قانون برنامه ششم توسعه: ۳۰۰۸ پایگاه

۵۹- تعداد پایگاه‌های اورژانس هوایی تا پایان سال ۱۳۹۸: ۴۴ پایگاه

۶۰- طبق آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی، به ازای هر پایگاه شهری در کلانشهرها یک دستگاه موتورآمبولانس و به ازای هر ۴ پایگاه شهری در شهرهای با جمعیت معادل ۲۰۰ تا ۵۰۰ هزار نفر جمعیت یک دستگاه موتورآمبولانس.

۶۱- 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.

۶۲- 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 طبق آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی، محاسبه شده‌است.

۸،۳- بهره‌گیری از ۸۰۰ دستگاه آمبولانس کمک‌دار (4WD) برای مناطق کوهستانی، سردسیر و صعب‌العبور تا پایان سال ۱۳۹۹

۹،۳- تجهیز ۳۷۰ پایگاه سلامت^{۶۳} 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 ۱۴۰۰

۱۰،۳- متناسب‌سازی تعداد تخت‌های بستری مرتبط با تروما براساس نیاز هر منطقه تا پایان سال ۱۴۰۴

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

راهبردها:

- ۱،۴- ایجاد تشکیلات مصوب اورژانس تا پایان سال ۱۳۹۸
- ۲،۴- 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 ۱۳۹۹
- ۳،۴- کاهش میانگین زمان انتقال مصدوم حادثه ترافیکی به سانتر درمانی مناسب به ۲۰ دقیقه^{۶۴} در ۹۰٪ ماموریت‌های پیش‌بیمارستانی تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۴،۴- تجهیز ناوگان اورژانس کشور به ۱۰۰ دستگاه آمبولانس MICU^{۶۵} و ۵۰ دستگاه NICU^{۶۶} تا پایان سال ۲۰۱۸
- ۵،۴- تجهیز ۱۰۰ درصد آمبولانس‌ها به دستگاه GPS^{۶۷} تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۶،۴- تجهیز ۱۰۰ درصد آمبولانس‌ها به استانداردهای احیا و مدیریت بیماران بحرانی (دستگاه AED)^{۶۸} تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۷،۴- راه‌اندازی مرکز مانیتورینگ مراقبت‌های مدیکال (MCMC)^{۶۹} در کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور^{۷۰} تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۸،۴- تامین ۱۵ فروند بالگرد اورژانس^{۷۱} با قابلیت پرواز در شب تا پایان سال ۱۴۰۴
- ۹،۴- اصلاح نظام پرداخت پرسنل اورژانس پیش‌بیمارستانی متناسب با نوع عملکرد تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۱۰،۴- ایجاد انگیزش و تقویت روحیه ایثارگری و از خودگذشتگی در تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی^{۷۲} و ارتقای جایگاه شغلی آنان تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۱۱،۴- تعرفه‌گذاری خدمات پیش‌بیمارستانی تا پایان سال ۱۴۰۴

۶۳- تعداد پایگاه‌های سلامت تا پایان برنامه ششم توسعه: ۴۵۰ پایگاه

64- Transport Time

65- Mobile Intensive Care Unit(MICU)

66- Neonatal Intensive Care Unit(NICU)

67- Global Positioning System(GPS)

68- Automated External Defibrillator(AED)

69- Medical Care Monitoring Center(MCMC)

۷۰- بمنظور ارتقای فرآیند هدایت مصدومان حوادث ترافیکی از لحظه تحویل به اورژانس تا ترخیص بیماران.

۷۱- ۳۰٪ بالگردهای اورژانس هوایی باید دید در شب داشته باشند.

۷۲- تعریف درجه ایثارگری یا شهادت برای تکنسین‌های ایثارگر یا فوت شده در حین خدمت

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

راهبردها:

- ۱،۵- سطح بندی بیمارستان ها بر اساس توانمندی پاسخ به بیماران ترومایی (با اولویت مصدومین حوادث ترافیکی) تا پایان سال ۱۳۹۸
- ۲،۵- راه اندازی پنج مرکز تروما^{۷۳} تا پایان سال ۱۴۰۴
- ۳،۵- کاهش میانگین زمان توقف اورژانس پیش بیمارستانی حامل مصدومین حوادث ترافیکی در بیمارستان به زیر ۱۰ دقیقه تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۴،۵- ایجاد دیسپچ مشترک اورژانس پیش بیمارستانی، بیمارستانی برای مدیریت انتقال بیماران اورژانس از طریق نرم افزار اطلاعاتی آنلاین تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۵،۵- ارتقای سطح توانمندی پرسنل تریاژ جهت اولویت بندی صحیح در ۹۰ درصد مراجعات تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۶،۵- اصلاح ساختار فیزیکی در ۱۰۰ درصد اورژانس های بیمارستانی متناسب با استانداردهای ملی تا سال ۱۴۰۴
- ۷،۵- ظرفیت سازی به منظور حضور موثر تیم ترومای انسجام یافته و نظام مند بر اساس سطح بندی بیمارستان ها مطابق با استانداردهای تعریف شده تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۸،۵- کاهش زمان تعیین تکلیف مصدومین حوادث ترافیکی (Disposition) بستری در اورژانس به زیر ۶ ساعت در ۹۰ درصد بیمارستان ها و ۱۰۰ درصد بیمارستان های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۹،۵- تهیه الگوریتم یکسان (Clinical Practice/Guideline) برای بستری مصدومین حوادث ترافیکی (در بخش مراقبت ویژه و سایر بخش ها) و اجرای آن در ۱۰۰ درصد بیمارستان ها تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۱۰،۵- تامین نیروی پرستار باتجربه^{۷۴} در ۱۰۰ درصد بیمارستان های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۱۱،۵- بهبود کیفیت ارائه خدمات تخصصی^{۷۵} در ۷۰ درصد بیمارستان ها و ۱۰۰ درصد بیمارستان های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۱۲،۵- تامین نیروی متخصص طب اورژانس تمام وقت (۲۴ ساعت در روز و ۷ روز هفته) در ۱۰۰ درصد بیمارستان های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی و مقیم نمودن تخصص های مورد نیاز با توجه به طرح تحول نظام سلامت تا پایان سال ۱۳۹۹
- ۱۳،۵- راه اندازی مراکز توانبخشی بیماران ترومایی با اولویت مصدومین حوادث ترافیکی تا پایان سال ۱۴۰۴

۷۳- مراکز تروما (Trauma Center) سطح ۱، بعنوان مراکز ارائه دهنده خدمات پیشرفته، فعالیت های پژوهشی و تربیت نیروی انسانی مرتبط با تروما ۷۴- ممنوعیت فعالیت درمانی دانشجویان پرستاری در بخش اورژانس.

حد اکثر ۳۰٪ پرسنل پرستاری بخش اورژانس می توانند از نیروهای طرحی با حداقل یک سال سابقه کار باشند. لازم است این نیروها به صورت یکنواخت در شیفت های کاری توزیع شوند و پرسنل بیمانی و رسمی در سال اول فعالیت حرفه ای نباید در بخش اورژانس به کار گرفته شوند مگر اینکه در طی دوره طرح نیروی انسانی در اورژانس ارائه خدمت نموده باشند.

پرستار باتجربه می بایست دوره های استاندارد مراقبت از بیماران ترومایی را گذرانده باشد. (مصوبه مقام عالی وزارت در جلسه ساماندهی اورژانس های پرزدحام شهر تهران مورخه ۹۴/۴/۲۲) ۷۵- 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 بیمارستان های 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 رشته های تخصصی از جمله طب اورژانس صورت پذیرد و دستورات کارورزان و یا دستیاران سال اول قابل اجرا نمی باشد. (مصوبه مقام عالی وزارت، جلسه ساماندهی اورژانس های پرزدحام شهر تهران مورخه ۹۴/۴/۲۲)

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

راهبردها:

۱،۶- به‌روز رسانی و گسترش بانک اطلاعاتی مصدومین حوادث ترافیکی در کلیه بیمارستان‌ها اعم از دولتی و خصوصی تا پایان سال ۱۴۰۰

۲،۶- تهیه و انتشار سالنامه آماری مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی^{۷۶} تا پایان سال ۱۴۰۰

۳،۶- راه‌اندازی سیستم ثبت اطلاعات مصدومین (Trauma Registration System) با اولویت حوادث ترافیکی در بیمارستان‌های منتخب دانشگاهی تا پایان سال ۱۴۰۴

۴،۶- 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 ۱۴۰۴

هدف ۷: ارتقای دانش و مهارت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به‌منظور خدمت‌رسانی بهینه به مجروحان

راهبردها:

۱،۷- الزام پرسنل نظام سلامت در رده‌های مختلف به کسب مهارت‌های مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) تا پایان سال ۱۳۹۹

۲،۷- الزام کلیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی به کسب مهارت‌های پیش‌بیمارستانی مدیریت بیماران ترومایی^{۷۷} (با اولویت حوادث ترافیکی) تا پایان سال ۱۳۹۹

۳،۷- 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 ۱۳۹۹

۴،۷- 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 ۱۳۹۹

۵،۷- ایجاد و پذیرش دانشجو در حداقل ۳ رشته کارشناسی ارشد^{۷۸} مرتبط با حوادث ترافیکی (حداقل یکی از این رشته‌ها می‌تواند جهت آموزش مدیران ذیربط در نظر گرفته شود) تا پایان سال ۱۴۰۱

۶،۷- راه‌اندازی رشته‌های دکتری تخصصی (Ph.D.) در زمینه ایمنی ترافیک با گرایش‌های مرتبط و لحاظ نمودن بعد چند بخشی رشته در پذیرش دانشجو تا پایان سال ۱۴۰۱

۷،۷- گنجاندن درس تک واحدی سلامت و ترافیک برای کلیه رشته‌های علوم پزشکی به‌صورت اختیاری و یا اجباری با صلاحدید هر دانشگاه تا پایان سال ۱۴۰۱

۸،۷- گنجاندن واحد درسی مهارت مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) در کوریکولوم آموزشی مصوب دانشجویان گروه پزشکی تا پایان سال ۱۴۰۴

۷۶- 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 بین المللی بر اساس میزان مرگ و میر به ازای یکصد هزار نفر جمعیت می‌شود.

77- PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support)

۷۸- 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 بین المللی بر اساس میزان مرگ و میر به ازای یکصد هزار نفر جمعیت گردید.

هدف ۸: حمایت مالی از مصدومین حوادث ترافیکی

راهبردها:

- ۱،۸- پیشنهاد لایحه برای پیش‌بینی منابع پایدار به‌منظور تداوم درمان رایگان و بی‌قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی در کلیه بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمت با حمایت مالی سازمان‌های بیمه‌گر تا پایان سال ۱۳۹۷
- ۲،۸- گسترش سطح خدمات درمان رایگان و بی‌قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی در قالب پوشش خدمات توانبخشی تا پایان سال ۱۴۰۴
- ۳،۸- گسترش سطح خدمات درمان رایگان و بی‌قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی با محوریت تعمیم پوشش به کل جمعیت مقیم کشور (پوشش اتباع غیرایرانی) تا پایان سال ۱۴۰۴
- ۴،۸- افزایش میزان حمایت مالی از خدمات تحت پوشش برنامه و کاهش پرداخت از جیب مردم^{۷۹} تا پایان سال ۱۴۰۴
- ۵،۸- برآورد هزینه‌های واقعی پوشش خدمات مصدومین و احصا حق بیمه متناسب با آن^{۸۰} تا پایان سال ۱۴۰۴
- ۶،۸- اصلاح جریان منابع مشتمل بر واریز مستقیم وجوه درمان رایگان و بی‌قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌محض وصول از بیمه‌گذار و تخصیص مستقیم منابع از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مراکز ارائه دهنده خدمت تا پایان سال ۱۴۰۴

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.
- چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی به‌منظور فراهم نمودن امکان مراقبت یکپارچه از مصدومین حوادث ترافیکی و ارائه خدمات پیشگیرانه در هر سه سطح نیازمند ارتقای ظرفیت عملکردی، به‌روز 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 امکان‌پذیر 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، به‌گونه‌ای 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 به‌منظور 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 در اختیار 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 اورژانس، معاونت‌های بهداشت، درمان، آموزش و تحقیقات و فن‌آوری اطلاعات در سطح دانشگاهی، در حوزه مرکز بهداشت استان، پایگاه‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی و بیمارستان‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح استان و شهرستان آموزش دهند تا به این‌وسیله امکان برنامه‌ریزی از پایین به بالا فراهم شود.

ساختار شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش در سطح دانشگاه و 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 رئیس اورژانس پیش‌بیمارستانی و مدیر حوادث دانشگاه، معاونان بهداشت، درمان، آموزشی، غذا- دارو، تحقیقات و فن‌آوری و توسعه مدیریت و منابع آن دانشگاه تشکیل می‌شود و علاوه بر مدیر روابط عمومی دانشگاه، دبیر کمیسیون ایمنی راه‌های استان، نماینده صدا و سیما استان و همکارانی از انجمن‌های علمی و سازمان‌های مردم‌نهاد^{۸۱} مصوب و مراکز تحقیقات مرتبط با پیشگیری و مدیریت حوادث

ترافیکی و تروما 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.

• 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 همه‌جانبه همه سازمان‌ها در بهبود خودمراقبتی

• تاکید بر اقدامات همه‌گیر و جامع به‌منظور افزایش سطح سواد سلامت جامعه به‌منظور ارتقای ایمنی و پیشگیری از حوادث ترافیکی

• هدایت اقدامات منتج به تغییرات در فرهنگ سلامت مردم

• اصلاح و بازبینی شرح وظایف مدیران، متخصصان، ارائه‌دهندگان 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 به‌منظور گسترش دسترسی مردم به خدمات با کیفیت

• تبادل اطلاعات و تجربیات شبکه‌ها به‌منظور 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 به‌منظور ارتقای کیفیت خدمات پیشگیری، پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی یاری رساند.

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 موظف است 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 نماید.

استاندارد ۶: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند 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 موظفند با همکاری و مشارکت ادارات آموزش و پرورش استان نسبت به تدوین راهنماهای آموزشی برای دانش‌آموزان، معلمان، مربیان و والدین و ادغام آموزش‌های خودمراقبتی ترافیکی در راهنمای آموزش جامع سلامت در مدارس (کلیه مقاطع تحصیلی) اقدام نماید.

استاندارد ۸: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند 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 به‌منظور ارتقای سطح دانش

پیشگیری از مصدومیت‌ها و مدیریت مناسب بیماران ترومایی واحدهای درسی مرتبط را بر حسب صلاحیت و قطب علمی مرتبط در کوریکولوم آموزشی دانشجویان گروه پزشکی ارائه نماید.

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

استاندارد ۱۲: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به‌عنوان متولی بخش سلامت با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی نسبت به تدوین بسته خدمتی (تست‌های غربالگری سلامت)^{۸۲} رانندگان حرفه‌ای اقدام نماید.

استاندارد ۱۳: 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 ۱۴: 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 ۱۵: 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 ۱۶: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری و مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به افزایش درصد پوشش پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی برای مصدومین حوادث ترافیکی در قالب گسترش پایگاه‌های هوایی و زمینی، گسترش و نوسازی آمبولانس‌های اورژانس زمینی، گسترش ناوگان موتورآمبولانس، تامین آمبولانس کمک‌دار بسته به شرایط اقلیمی منطقه و افزایش تعداد تخت‌های بستری بیماران ترومایی تناسب نیاز اقدام نماید.

استاندارد ۱۷: 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 ۱۸: 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

۸۲- تست‌های غربالگری دوره‌ای برای بیماری‌های قلبی عروقی (اکو و تست ورزش)، هایپر تانسیون (HTN)، دیابت (HbA1C)، معاینه کامل چشم‌پزشکی و سنجش بینایی، معاینه کامل نورولوژی (تنج)، اختلالات روانپزشکی (اختلالات مازور و تشخیص موارد احتمالی اختلالات شخصیت)، اختلال خواب و اعتیاد.

درمانی مناسب را با تمرکز بر جاده‌ها و راه‌های روستایی فراهم آورند.

استاندارد ۱۹: 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 ۲۰: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند تمهیدات لازم به‌منظور کسب مهارت مدیریت بیمار ترومایی را برای تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی فراهم آورند.

استاندارد ۲۱: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ناوگان اورژانس را به دستگاه AED، GPS، مجهز و تمهیدات لازم برای گسترش آمبولانس‌های MICU و NICU را فراهم آورند.

استاندارد ۲۲: کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظف به راه‌اندازی مرکز مانیتورینگ مراقبت‌های مدیکال (MCMC) می‌باشند.

استاندارد ۲۳: 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 ۲۴: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به اصلاح نظام پرداخت پرسنل اورژانس پیش‌بیمارستانی 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 ۲۵: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تمهیدات لازم برای ایجاد انگیزش و تقویت روحیه ایثارگری و از خودگذشتگی را در تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی فراهم و در راستای ارتقای جایگاه شغلی آنان اقدام نماید.

استاندارد ۲۶: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اقدامات لازم برای تعرفه‌گذاری خدمات پیش‌بیمارستانی را تا وصول نتیجه مطلوب پیگیری نماید.

استاندارد ۲۷: 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) نماید.

استاندارد ۳۱: 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 ۳۲: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند شرایط لازم برای ارتقای سطح توانمندی پرسنل تریاژ جهت اولویت‌بندی صحیح مصدومان را فراهم آورند.

استاندارد ۳۳: 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 ۳۴: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظف به ظرفیت‌سازی به‌منظور حضور موثر تیم ترومای انسجام یافته و نظام‌مند بر اساس سطح‌بندی بیمارستان‌ها می‌باشند.

استاندارد ۳۵: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظف به تامین امکانات لازم به‌منظور

کاهش زمان تعیین تکلیف مصدومین حوادث ترافیکی بستری در اورژانس بیمارستانی می‌باشند. استاندارد ۳۶: 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 ۳۷: 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 ۳۸: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند اقدامات لازم برای بهبود کیفیت ارائه خدمات تخصصی به بیماران ترومایی را فراهم آورند.

استاندارد ۳۹: 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 و تامین نیروی متخصص مقیم با توجه به طرح تحول نظام سلامت اقدام نماید.

استاندارد ۴۰: 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.

مدیریت عوارض

استاندارد ۴۱: 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 ۴۲: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند نسبت به راه‌اندازی سامانه ثبت تجارب مصدومین حوادث ترافیکی (Citizen's Voice) و نیازسنجی عمومی (Need Assessment) برای ارتقای کیفیت خدمات پیشگیری، پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی اقدام نماید.

نظام ثبت

استاندارد ۴۳: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند نسبت به استقرار، روزآمد نمودن و گسترش بانک اطلاعاتی مصدومین حوادث ترافیکی در کلیه بیمارستان‌ها اعم از دولتی و خصوصی اقدام نماید.

استاندارد ۴۴: 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 ۴۵: 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 ۴۶: دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند نسبت به تامین تمهیدات لازم

به منظور راه اندازی نظام پی گیری ۳۰ روزه ثبت اطلاعات مصدومین حوادث ترافیکی اقدام نماید.

پوشش بیمه

استاندارد ۴۷: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف به پیشنهاد لایحه پیش بینی منابع پایدار به منظور تداوم حمایت سازمان های بیمه گر در قالب درمان رایگان و بی قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی در کلیه بیمارستان ها و مراکز ارائه خدمت، پوشش خدمات توانبخشی، تعمیر پوشش به اتباع غیر ایرانی مجاز، افزایش میزان حمایت مالی از خدمات تحت پوشش برنامه و کاهش پرداخت از جیب مردم می باشد.

استاندارد ۴۸: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری و مشارکت دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هزینه های واقعی پوشش خدمات مصدومین را برآورد و برای احصا حق بیمه متناسب با آن اقدام نماید.

استاندارد ۴۹: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ضمن ریزنی برای تداوم حمایت سازمان های بیمه گر، نسبت به اصلاح جریان منابع مشتمل بر واریز مستقیم وجوه درمان رایگان و بی قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به محض وصول از بیمه گذار و تخصیص مستقیم منابع از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مراکز ارائه دهنده خدمت اقدام نماید.

استاندارد مشترک اهداف ۶ گانه

استاندارد ۵۰: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نسبت به ایجاد تشکیلات مصوب اورژانس اقدام نماید.

استاندارد ۵۱: دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به تعیین نقشه راه و اولویت های پژوهشی حوادث ترافیکی اقدام نماید.

استاندارد ۵۲: دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظفند با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درصدی از منابع پژوهشی خود را به پژوهش های مبتنی بر مداخله در سوانح و حوادث ترافیکی اختصاص دهند.

استاندارد ۵۳: دانشگاه های 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 پژوهش های نیاز محور، Benchmarking و شناسایی تجارب موفق بین المللی (Best Practice) در زمینه حوادث ترافیکی اقدام نمایند.

استاندارد ۵۴: 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 مصدومیت های ترافیکی، سلامت روان و حوادث ترافیکی، مدیریت و اقتصاد سلامت در حوادث ترافیکی)، راه اندازی رشته های دکتری تخصصی (Ph.D) در زمینه ایمنی ترافیک و گنجاندن درس تک واحدی سلامت و ترافیک برای کلیه رشته های علوم پزشکی به صورت اختیاری و یا اجباری با صلاح دید هر دانشگاه اقدام نمایند.

استاندارد ۵۵: دانشگاه های 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،^{۸۳} کاهش آسیب،^{۸۴} مراقبت بهداشتی^{۸۵} و نظارت^{۸۶} اقدام نمایند.

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.
- 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^{۸۷} می‌گردد را حداکثر تا شش ماهه نخست سال ۹۸ 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.
 - 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

83- Governance
84-Risk Reduction
85-Health Care
86-Surveillance
87- Pre Event- Event- Post Event

حوادث ترافیکی دانشگاه و شبکه آموزش و ارائه خدمت حوادث ترافیکی شهرستان تحت پوشش خود پایش به عمل آورده و نتایج را به دبیرخانه کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر ارائه دهند.

شاخص‌های پایش و ارزشیابی

- هدف ۱: شناسایی و مدیریت ریسک فاکتورهای حوادث ترافیکی

شاخص‌های پایش:

- درصد هریک از عوامل خطر (ریسک فاکتورهای) حوادث ترافیکی در جمعیت تحت پوشش
- درصد گروه‌های در معرض خطر (آسیب‌پذیر) حوادث ترافیکی در جمعیت تحت پوشش
- درصد هریک از عوامل خطر (ریسک فاکتورهای) حوادث ترافیکی در حوادث پرتلفات
- درصد هریک از عوامل خطر (ریسک فاکتورهای) 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
- تدوین بسته خدمتی (تست‌های روتین غربالگری) رانندگان حرفه‌ای
- مرور قوانین و مقررات جاری ایمنی ترافیکی و تسلیم درخواست بازنگری به مراجع ذیربط

- 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 و بیمارستانی 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 موتور آمبولانس 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
- تعداد تخت‌های بستری مرتبط با تروما

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

شاخص‌های پایش:

- ایجاد تشکیلات مصوب اورژانس
- 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)
- 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 فرزند بالگرد اورژانس با قابلیت پرواز در شب
- اصلاح/اجرای نظام پرداخت پرسنل اورژانس پیش‌بیمارستانی متناسب با نوع عملکرد
- میزان رضایت شغلی در تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی
- تعرفه‌گذاری خدمات پیش‌بیمارستانی
- رضایتمندی مردم از کیفیت ارائه خدمات پیش‌بیمارستانی به مصدومین حوادث ترافیکی

• 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 مراکز تروما
- میانگین زمان توقف اورژانس پیش‌بیمارستانی حامل مصدومین حوادث ترافیکی در بیمارستان
- تعداد دانشگاه‌های دارای دیسیپلین مشترک اورژانس پیش‌بیمارستانی، بیمارستانی
- 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 نظام‌مند
 - 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 نیروی متخصص مقیم در بیمارستان‌های با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی
 - تعداد مراکز توانبخشی بیماران ترومایی ویژه مصدومین حوادث ترافیکی در سطح کشور
- هدف ۶: استقرار 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: ارتقای دانش و مهارت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به‌منظور خدمت‌رسانی بهینه به مجروحان شاخص‌های پایش:
- نفر- ساعت آموزش مهارت‌های مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) پرسنل نظام سلامت در رده‌های مختلف
 - نفر- ساعت آموزش ضمن خدمت مهارت‌های پیش‌بیمارستانی مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی
 - نفر- ساعت آموزش بدو خدمت مهارت‌های مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) پرستاران شاغل در اورژانس
 - نفر- ساعت آموزش بدو خدمت مهارت‌های مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) پزشکان شاغل در اورژانس
 - 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 درس تک واحدی سلامت و ترافیک برای کلیه رشته‌های علوم پزشکی به صورت اختیاری و یا اجباری با صلاحدید هر دانشگاه
- گنجاندن واحد درسی مهارت مدیریت بیماران ترومایی (با اولویت حوادث ترافیکی) در کوریکولوم آموزشی مصوب دانشجویان گروه پزشکی

• هدف ۸: حمایت مالی از مصدومین حوادث ترافیکی

شاخص‌های پایش:

- پوشش خدمات درمان رایگان و بی‌قید و شرط در کلیه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی
- پوشش خدمات توانبخشی در درمان رایگان و بی‌قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی
- پوشش اتباع غیرایرانی در خدمات درمان رایگان و بی‌قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی
- درصد پرداخت از جیب مردم در حوادث ترافیکی
- برآورد هزینه‌های واقعی پوشش خدمات مصدومین و احصا حق بیمه متناسب با آن
- واریز مستقیم وجوه درمان رایگان و بی‌قید و شرط مصدومین حوادث ترافیکی به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به محض وصول از بیمه‌گذار
- تخصیص مستقیم منابع از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مراکز ارائه دهنده خدمت



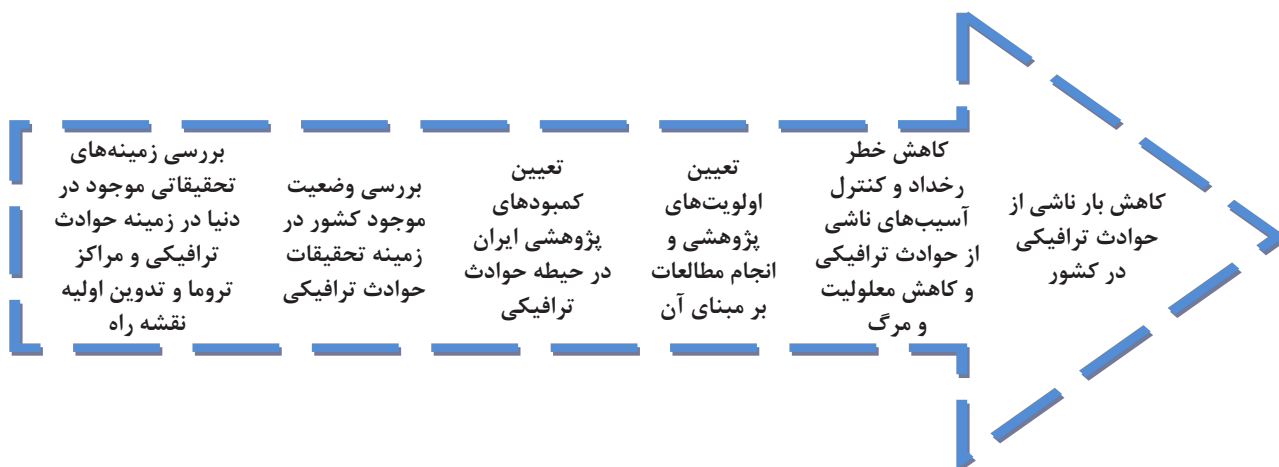
فصل سوم

حوزه
پژوهش
در
حوادث
ترافیکی



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:
- آنالیز هزینه فایده و آینده نگاری در حوادث ترافیکی
- 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^{۸۸}
- 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 و پایش 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.

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 ملی کاهش بار حوادث ترافیکی

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 بیماری‌های غیرواگیر

کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر با مشارکت سازمان اورژانس کشور، معاونت‌های بهداشت، درمان، آموزشی، غذا و دارو، تحقیقات و فن‌آوری و توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تمامی فعالیت‌ها را برنامه‌ریزی، 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:

– تدوین نقشه راه حوادث ترافیکی کشور به‌منظور تعیین اولویت‌های پژوهشی

– تعیین استانداردهای پیشگیری، مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی، بیمارستانی، درمان و توانبخشی مصدومین

حوادث ترافیکی در سطوح مختلف ارائه خدمات

– تدوین راهنمای بالینی مصوب مصدومین حوادث ترافیکی جهت یکسان‌سازی و استاندارد سازی ثبت و آنالیز داده‌ها

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

بخش مراقبت ویژه و سایر بخش‌ها)

- تعیین اولویت‌های فوری پژوهشی بر اساس گزارش‌های دریافتی
- جلب حمایت‌های مالی و همکاری و هماهنگی بین واحدهای تابعه کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
- اشتراک و تبادل دانش و درس‌آموخته‌ها با سایر مراکز تحقیقاتی مرتبط
- جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری و ارسال پس‌خوراند 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 سیستم‌های رجیستری اختصاصی^{۸۹} 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 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 موازی کاری 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،^{۹۰} تحقیقات مشارکتی،^{۹۱} استفاده از افراد مهم و تاثیرگذار،^{۹۲} به‌کارگیری دانش‌شکنان^{۹۳} و ترویج جلب حمایت و رایزنی و ارتباط متقابل^{۹۴} 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 هم‌زمان استفاده از تجربیات، سیاست‌ها و روش‌های جاری انجام کار را برای برنامه‌ریزی نیازهای جدید پژوهشی مد نظر دارد.

۸۹- سیستم‌های رجیستری اختصاصی از نوع Quality Registry

90- Stakeholder Engagement

91- Collaborative Research

92- Use of Champions

93- Use of Knowledge Brokers

94- Advocacy and Communication

شکل ۱۰- کاربرد نتایج تحقیقات (Research Utilization)



۵- حمایت از مجلات مرتبط با حوادث ترافیکی
حمایت فنی و مالی از نشریات به منظور تبدیل فصل نامه‌ها 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.

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

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور به منظور 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 و شهرستان

شبکه‌های آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه/شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی شهرستان به منظور 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 آموزشی^{۹۵} برای تربیت پژوهش‌گران توانمند در حوزه سلامت

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



فصل چهارم

حوزه آموزش در حوادث ترافیکی



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 موانع در این راستا، عدم تداوم برنامه‌های آموزشی و 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^{۹۶} را می‌توان به ترتیب زیر مرور نمود:

- تشکیل بورد تخصصی توسعه دانش ترافیک و حوادث جاده‌ای در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- آموزش عمومی (Public Education) به‌منظور 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 (کلیه مقاطع تحصیلی)
- 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 به‌منظور 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 ذریبط در نظر گرفته شود):
 - رشته همه‌گیری شناسی و پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی
 - سلامت روان و حوادث ترافیکی
 - مدیریت و اقتصاد سلامت در حوادث ترافیکی

۹۶- 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.

- راه اندازی رشته‌های دکتری تخصصی (Ph.D) در زمینه ایمنی ترافیک با گرایش‌های مرتبط و لحاظ نمودن بعد چند بخشی رشته در پذیرش دانشجو
- گنجاندن درس تک واحدی سلامت و ترافیک برای کلیه رشته‌های علوم پزشکی به صورت اختیاری و یا اجباری با صلاحدید هر دانشگاه
- برگزاری دوره‌های 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 دوره‌های آموزشی در داخل کشور با کمک اساتید بین المللی
 - اعزام نیرو به خارج از کشور جهت گذراندن دوره‌های آموزشی در قالب:
 - اعزام دانشجو 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 دوره‌های آموزشی کوتاه مدت (حداکثر سه ماه)
- تقویت آموزش‌های ضمن خدمت (On Job Training) در رده‌های مختلف برای ارتقای عملکرد پرسنل نظام سلامت در ارائه خدمت به بیماران ترومایی
- الزام پرسنل نظام سلامت در رده‌های مختلف به کسب مهارت‌های 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 اولویت‌های ملی آموزش مداوم (CME)^{۹۷}
- 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 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

کار گروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

کار گروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر با مشارکت سازمان اورژانس کشور و معاونت‌های بهداشت، درمان، آموزشی، غذا و دارو، تحقیقات و فن آوری و توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همکاری مرجع تخصصی توسعه دانش ترافیک و حوادث جاده‌ای تمامی

فعالیت‌ها را برنامه‌ریزی، 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^{۹۸} و فلوشیپ‌های بین رشته‌ای (Interdisciplinary)^{۹۹}
- 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 سازمان اورژانس کشور و 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.

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

- دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور به‌منظور 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، رانندگان وسائط 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

۹۸- 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.
 ۹۹- 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)

- 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 و شهرستان

- شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی دانشگاه و شبکه آموزش و ارائه خدمت حوادث ترافیکی شهرستان موظف به طراحی، اجرا و ارزیابی اثربخشی برنامه‌های آموزشی خود هستند.
- بدیهی است شبکه آموزش، ارائه خدمت و پژوهش حوادث ترافیکی شهرستان موظف است 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 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 پنجم

تعاملات درون و برون بخشی



انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از ذینفعان برون بخشی

با توجه به ماهیت چندوجهی حوادث ترافیکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت مردم نیازمند همکاری و جلب مشارکت سایر بخش‌ها، وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها بوده و انتظاراتی را از سایر ذینفعان دارد، مکانیسم‌های تحکیم و تقویت تعاملات بین‌سازمانی جهت دستیابی به اهداف تعیین شده در چارچوب ملی ارائه خدمت در حوادث ترافیکی عبارتند از:

- حساس‌سازی سایر سازمان‌ها و حمایت طلبی
- امضای تفاهم‌نامه‌های همکاری مشترک
- طرح موضوع در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- طرح موضوع در کمیسیون بهداشت، درمان مجلس
- طرح موضوع در کمیسیون ایمنی راه‌ها
- برپایی جلسات مشترک بین‌سازمانی
- برپایی نشست‌های مشترک خبری
- برگزاری کنفرانس‌های ملی و بین‌المللی
- برگزاری مشترک مناسبت‌ها^{۱۰۰}

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 (تدوین پیوست سلامت برای کلیه پروژه‌های توسعه‌ای و عمرانی)
- تقویت اقدامات مداخله‌ای برای کاهش سوانح رانندگی و ارتقا ایمنی عبور و مرور در کریدورهای دارای اولویت اقدام ایمنی^{۱۰۱}

۱۰۰- به‌عنوان نمونه برگزاری یادواره قربانیان حوادث ترافیکی (Road Traffic Victims Remembrance Day) که سومین یکشنبه ماه نوامبر هر سال برگزار می‌گردد.

- تامین زیر ساخت لازم برای رفت و آمد ایمن و فعال، گسترش تحرک بدنی (از قبیل دوچرخه سواری) و ارتقای سلامت روانی شهروندان در طرح‌ها و برنامه‌های توسعه شهری
- بازنگری در سیاست‌های حمایتی در خصوص اقشار آسیب پذیر (معلولان، سالمندان، بیماران قلبی و مبتلایان به اختلالات روانپزشکی ...)
- جلب مشارکت سازمان‌های مردم نهاد جهت دستیابی به سلامت، ایمنی و امنیت در شهرها و روستاها
- توسعه، ساخت و تجهیز مجتمع‌های خدماتی - رفاهی مناسب در راه‌های بین شهری با فواصل مناسب
- 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 راه‌ها
- ایمن‌سازی مدارس حاشیه راه‌ها برای آمد و شد ایمن دانش‌آموزان
- بهبود طراحی و ایمن‌سازی راه‌ها و لزوم اجرایی نمودن بازرسی و پایش و نظارت در مراحل طراحی، حین و پس از بهره‌برداری
- توسعه استانداردهای مسیرهای امدادی شهری و جاده‌ای و تاکید بر گسترش آن‌ها
- ایجاد فضای همکاری جهت استفاده از زیرساخت‌های الکترونیک در تامین منابع اطلاعاتی مناسب
- شناسایی و اصلاح نقاط حادثه خیز جهت کاهش حوادث ترافیکی
- پیش‌بینی و بهبود مبانی و استانداردهای کاهش خطر بلایا و حوادث غیرمترقبه در طرح‌های توسعه شهری
- تقویت کمیسیون ایمنی راه‌های کشور به منظور حمایت از ایمنی کلیه کاربران

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)
- پیگیری وضع قوانین و مقررات بازدارنده، به‌روز 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 موتورسواران متخلف متقاضی ترخیص موتورسیکلت یا بازپس گرفتن گواهینامه ضبط شده توسط پلیس به طی دوره‌های آموزشی اثربخش و بازدارنده
- تشدید مجازات تخلفات خطرناک و تغییر نگرش در خصوص تعیین نوع مجازات^{۱۰۲}
- انجام تست‌های رندوم مصرف الکل، مواد مخدر و داروهای روانگردان
- الزام متقاضیان اخذ یا تمدید گواهینامه پایه یک رانندگی به طی دوره آموزشی مدیریت استرس و کنترل خشم

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
- 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 دوچرخه‌سواری 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^{۱۰۳}

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان صدا و سیما

- بازبینی سیاست‌های کلان آموزشی برای کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و پیشگیری از رخداد حوادث ترافیکی
- آگاه‌سازی مردم از حقوق شهروندی و مطالبات برحق مردمی در خصوص حوادث ترافیکی

۱۰۳- 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، دوچرخه‌سواران، خودروها و وسائل حمل و نقل عمومی طراحی و مورد استفاده قرار گرفته باشند.

- 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 از تبعات رانندگی با سرعت غیرمجاز، نیستن کمربندایمنی، عدم استفاده کلاه ایمنی، عدم استفاده 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

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان ملی استاندارد

- تدوین و به‌روزرسانی استانداردهای ایمنی دوچرخه و لوازم ایمنی مرتبط
- تدوین و به‌روزرسانی استانداردهای ایمنی^{۱۰۴} وسایل نقلیه موتوری دوچرخ و لوازم ایمنی مرتبط
- تدوین و به‌روزرسانی استانداردهای ایمنی خودروهای سواری سبک و سنگین و لوازم ایمنی مرتبط
- تدوین و به‌روزرسانی 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 هیجانات 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 مربوطه^{۱۰۵}
- 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
- 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)

۱۰۴- بر اساس استانداردهای روز دنیا

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

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 غیرواگیر می‌شوند و حمایت از پخش تیزهای سلامت محور با اولویت پیشگیری از 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 زمینه‌ها
- تدوین و استقرار سیاست‌های خبرگزاری‌ها در تهیه، تولید و انتشار خبرهای مربوط به 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 آسیب‌پذیر مانند معلولان حوادث ترافیکی

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

- حمایت از خدمات توانبخشی برای حمایت از مصدومین حوادث ترافیکی
- اجرای بسته‌های حمایتی در قالب پوشش مقطعی و کامل مشمولین بر اساس دستورالعمل تایید سلامت جسمی و روانی رانندگان حرفه‌ای

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

- تنظیم هدفمند مالیات وسایل 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^{۱۰۶}

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

۱۰۶-در اختیار داشتن اطلاعات فوت مصدومین حوادث ترافیکی برای سنجش عملکرد نظام ارائه خدمت و اجتناب از مرگ‌های قابل پیشگیری بر حسب شاخص شدت بسیار مهم است.

– استفاده از کدینگ بین‌المللی بیماری‌ها و آسیب‌ها (ICD10)

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزارت ارتباطات و فن آوری اطلاعات

- تکمیل پوشش‌دهی تلفن همراه در سطح کشور (با اولویت جاده‌های فرعی و روستایی)
- ترمینه کردن تماس‌های در جریان از طریق BTS^{۱۰۷}
- همکاری در استفاده از سایت‌های مخابراتی و زیرساخت‌های ارتباطی کشور
- ایجاد بستر لازم جهت برقراری ارتباطات ماهواره ای در حوادث غیرمترقبه
- ایجاد امکان شناسایی مکان (مختصات جغرافیایی) تماس‌گیرنده با شماره ۱۱۵ از طریق تلفن ثابت و موبایل

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان برنامه و بودجه

- صدور مجوز استخدام، جذب و بکارگیری تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی
- صدور مجوز استخدام، جذب و بکارگیری پرستار در اورژانس بیمارستانی

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از مجلس شورای اسلامی

- تصویب قوانین و مقررات روزآمد ترافیکی
- توجه به پیوست سلامت و ایمنی در هنگام تصویب کلیه طرح‌های توسعه‌ای

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان اورژانس کشور

- ارتقای کیفیت و سطح پوشش عادلانه خدمات پیش‌بیمارستانی در مصدومین حوادث ترافیکی
- استقرار نظام جامع اطلاعات مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی (همکاری با معاونت درمان)
- تعیین شاخص مناسب و عملیاتی جهت محاسبه شدت آسیب
- محاسبه احتمال زندگی و مرگ بر اساس شاخص شدت آسیب (مانند MGAP^{۱۰۹}، GAP^{۱۰۸} و ...)
- ارتقای مهارت کارکنان اورژانس پیش‌بیمارستانی
- تجهیز و گسترش ناوگان اورژانس (شهری - جاده ای، ریلی، هوایی و دریایی).

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت درمان، وزارت متبوع

- ارتقای کیفیت و سطح پوشش عادلانه خدمات بیمارستانی در مصدومین حوادث ترافیکی
- گسترش پوشش حمایت مالی از مصدومین حوادث ترافیکی
- اهتمام جدی به شفاف سازی آمار مصدومین^{۱۱۰} حوادث ترافیکی
- استقرار نظام جامع اطلاعات مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی (همکاری با سازمان اورژانس کشور)
- سطح بندی بیمارستان‌های ارائه دهنده خدمت به بیماران ترومایی بر اساس استانداردهای معتبر بین‌المللی

107- A base transceiver station (BTS) is a piece of equipment that facilitates wireless communication between user equipment (UE) and a network.

108-MGAP: Mechanism, Glasgow coma scale, Age, and Arterial pressure.

109-GAP: Glasgow coma scale, Age, and Arterial pressure.

۱۱۰- اعلام آمار تعداد مصدومین حوادث ترافیکی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

- محاسبه احتمال زندگی و مرگ بر اساس شاخص شدت آسیب (مانند TRISS¹¹¹).

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت بهداشت، وزارت متبوع

- به‌روز رسانی و ارتقای کیفیت داده‌های سیمای مرگ
- به اشتراک‌گذاری آمار فوت حوادث (با اولویت حوادث ترافیکی) و تامین امکان محاسبه مرگ بر اساس شاخص شدت آسیب (همکاری با سازمان اورژانس کشور)
- شناسایی و مدیریت ریسک فاکتورهای حوادث ترافیکی
- ارتقای سطح آگاهی، اصلاح نگرش، ایجاد مهارت و صلاحیت در کاربران راه
- به‌روز رسانی کرایتریای تشخیص سلامت جسمی و روانی رانندگان
- استقرار نظام جامع اطلاعات مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی (همکاری با سازمان اورژانس کشور).
- راه‌اندازی مراکز توانبخشی بیماران ترومایی با اولویت مصدومین حوادث ترافیکی (استفاده از ظرفیت خیرین و سازمان‌های هلال احمر و بهزیستی)
- گسترش تعاملات برون‌بخشی در قالب امضای تفاهم‌نامه‌های همکاری مشترک با متولیان حوادث ترافیکی
- حمایت از خیرین سلامت و تشکل‌های مردم‌نهاد در حیطه حوادث ترافیکی
- برپایی کمپین‌های تخصصی برای ارتقای سطح آگاهی، اصلاح نگرش، ایجاد مهارت و صلاحیت در کاربران مختلف راه با همکاری دفاتر تخصصی
- تولید سریالها و برنامه‌های فرهنگی - هنری با محوریت سلامت، اشاعه رفتارهای صحیح ترافیکی و بایدها و نبایدها در مواجهه با مصدومین ترافیکی
- استفاده از ظرفیت دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ارتقای سلامت اجتماعی و افزایش تاب‌آوری جامعه در قبال مخاطرات.

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت آموزشی، وزارت متبوع

- نیازسنجی، تعیین اولویت‌های آموزشی
- تقویت آموزش‌های عمومی، رسمی و ضمن خدمت به منظور ارتقای دانش پیشگیری و مراقبت اولیه تروما و ارتقای کیفیت ارائه خدمت به بیماران ترومایی
- گسترش آموزش‌های مهارتی حسب نیاز برای گروه‌های مختلف
- گسترش آموزش‌های آکادمیک (Programs Degree)
- راه‌اندازی رشته‌های کارشناسی ارشد و PhD مرتبط (استفاده از ظرفیت کلان منطقه ۲ آمایشی سرزمینی)
- گسترش دروس اختیاری و آموزش‌های مجازی مرتبط.

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت پژوهشی، وزارت متبوع

- حمایت از تدوین نقشه راه و اولویت‌های پژوهشی حوادث ترافیکی

- 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 کاربردی و مبتنی بر نیاز
- رصد نیازهای تحقیقاتی برای کاهش رفتارهای مخاطره آمیز.

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت توسعه، مدیریت و منابع، وزارت متبوع

- اصلاح نظام جذب، گزینش و پرداخت پرسنل اورژانس پیش‌بیمارستانی متناسب با نوع عملکرد و کیفیت ارائه خدمات
- حمایت از اجرای آموزشی ارائه دهندگان خدمات سلامت به منظور خدمت‌رسانی بهینه در هر سه سطح پیشگیری از حوادث ترافیکی (با همکاری معاونت آموزشی، معاونت درمان، معاونت پرستاری و معاونت بهداشتی)
- تامین نیروی انسانی کارآمد برای اورژانس پیش‌بیمارستانی و بیمارستانهای با توانمندی سطح پیشرفته پاسخ به بیماران ترومایی
- به سازی فضای فیزیکی و ارتقای تجهیزات اورژانس پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی.

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از معاونت پرستاری، وزارت متبوع

- ارتقای کیفیت خدمات پرستاری در بیماران ترومایی با اولویت مصدومین حوادث ترافیکی
- آموزش و توانمندسازی پرستاران در حیطه فوریت‌های پزشکی
- استفاده از پتانسیل پرستاران برای آموزش نکات ضروری برای پیشگیری از حوادث ترافیکی و مراقبت‌های پس از رخداد.

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از سازمان غذا و دارو

- تامین دارو و تجهیزات مورد نیاز خدمت‌رسانی به بیماران ترومایی (با اولویت مصدومین حوادث ترافیکی)
- مشارکت در تدوین پروتکل‌های مدیریت درد بیماران ترومایی (با اولویت مصدومین حوادث ترافیکی)
- ارائه مشاوره‌های دارویی آنلاین به تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی در صحنه حادثه و حین انتقال مصدومین ترافیکی
- تامین تجهیزات به‌روز و نوین و کالیبراسیون به‌موقع آن‌ها برای خدمت‌رسانی به بیماران ترومایی (با اولویت مصدومین حوادث ترافیکی).

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از حوزه روابط بین الملل

- Benchmarking و شناسایی تجارب موفق بین‌المللی در حوادث ترافیکی
- جلب و گسترش تعاملات و فراهم نمودن زمینه‌های لازم برای تبادل دانش و تجارب بین‌المللی در حوزه پیشگیری و مدیریت حوادث ترافیکی.

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از حوزه روابط عمومی، وزارت متبوع

- برپایی کمپین‌های تخصصی برای ارتقای سطح آگاهی، اصلاح نگرش، ایجاد مهارت و صلاحیت در کاربران مختلف راه با همکاری دفاتر تخصصی
- ایجاد فرصت‌های رسانه‌ای
- نشر اخبار و اطلاعات مرتبط.

انتظارات کارگروه ملی کاهش بار حوادث ترافیکی از وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- حمایت از چارچوب ملی ارائه خدمت به مصدومین ترافیکی و برنامه عملیاتی
- حمایت از شفاف‌سازی آمار مصدومین ترافیکی و استقرار نظام جامع اطلاعات مصدومین، معلولین و فوتی‌های حوادث ترافیکی (رصد مصدومین از صحنه حادثه تا بازگشت به جامعه)
- استفاده از ظرفیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی



ضمانهم



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 یک سال 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 هیچیک از تخلفات راهنمایی و رانندگی نشود، کلیه نمرات منفی ناشی از تخلفات ارتكابی گذشته بلااثر می‌شود و تخلفات بعدی وی به‌عنوان 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 دو برابر 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.

ردیف	عنوان تخلف حادثه‌ساز	نمره منفی	
		وسیله نقلیه شخصی	وسیله نقلیه عمومی و سنگین
۱	هرگونه حرکت نمایشی مانند دورزدن درجا یا حرکت موتورسیکلت روی یک چرخ	۸	۱۰
۲	تجاوز از سرعت مجاز (بیش از ۵۰ کیلومتر در ساعت)	۱۰	۱۵
۳	سبقت غیرمجاز در راه‌های دوطرفه	۵	۱۰
۴	عبور از چراغ قرمز راهنمایی و رانندگی	۵	۱۰
۵	حرکت بطورمارپیچ	۳	۵
۶	حرکت با دنده عقب در آزادراه‌ها و بزرگراه‌ها	۵	۷
۷	رانندگی در حالت مستی و مصرف مواد روانگردان و افیونی	۱۰	۲۰
۸	تجاوز از سرعت مجاز (۳۰ یا ۵۰ کیلومتر در ساعت)	۵	۱۰
۹	عبور از محل ممنوع	۴	۴
۱۰	تجاوز به چپ از محور راه	۵	۹
۱۱	عبور وسایل نقلیه از پیاده‌رو	۵	۷
۱۲	عدم رعایت حق تقدم عبور	۴	۶
۱۳	دور زدن از محل ممنوع	۳	۵
۱۴	استفاده از تلفن همراه یا وسایل ارتباطی مشابه در حین رانندگی در سرعت بالای ۶۰ کیلومتر در ساعت	۳	۵
۱۵	نقص فنی موثر یا نقص در سامانه (سیستم) روشنایی در شب	۳	۶
۱۶	عدم رعایت نکات ایمنی حمل و نقل جاده‌ای مواد خطرناک	۸	۸
۱۷	رانندگی با وسایل نقلیه عمومی بیش از زمان مجاز	-	۷
۱۸	عدم رعایت شرایط مندرج در گواهینامه از قبیل استفاده از عینک، سمک و تجهیزات خاص	۳	۷
۱۹	عدم توجه به فرمان ایست یا پرچم مراقبین عبور و مرور محصلین یا پلیس مدرسه	۳	۵
۲۰	عدم رعایت مقررات حمل بار	۵	۸

اهداف ۱۷ گانه توسعه پایدار

	هدف کلی ۱	ریشه‌کنی فقر در همه اشکال آن و در همه جا
	هدف کلی ۲	پایان بخشیدن به گرسنگی، دستیابی به امنیت غذایی و بهبود تغذیه و ترویج کشاورزی پایدار
	هدف کلی ۳	تضمین زندگی سالم و ترویج رفاه برای همه افراد در همه سنین
	هدف کلی ۴	تضمین کیفیت آموزش برابر و فراگیر و ترویج فرصت‌های آموزش (یادگیری) مادام‌العمر برای همه
	هدف کلی ۵	تامین برابری جنسی و توانمندسازی همه زنان و دختران
	هدف کلی ۶	تامین مدیریت پایدار و قابلیت دسترسی به آب و بهداشت برای همه
	هدف کلی ۷	تامین دسترسی به انرژی پایدار، مطمئن، قابل تهیه و مدرن برای همه
	هدف کلی ۸	ترویج رشد اقتصادی محکم، جامع و پایدار و شغل کامل و مداوم و مناسب و معقول برای همه
	هدف کلی ۹	ایجاد زیرساخت‌های قابل احیا، ترویج صنعتی‌سازی جامع و پایدار و پرورش نوآوری‌ها
	هدف کلی ۱۰	کاهش نابرابری درون و مابین کشورها
	هدف کلی ۱۱	ساخت شهرها و سکونت‌گاه‌های انسانی جامع، ایمن، قابل احیاء و پایدار
	هدف کلی ۱۲	تامین الگوهای پایدار تولید و مصرف
	هدف کلی ۱۳	انجام اقدامی فوری برای مبارزه با تغییرات اقلیمی و اثرات آن
	هدف کلی ۱۴	نگهداری و استفاده پایدار از اقیانوس‌ها، دریاها و منابع دریایی برای توسعه پایدار
	هدف کلی ۱۵	محافظت، بازبانی 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
	هدف کلی 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
	هدف کلی ۱۷	تقویت مفاهیم اجرا و احیاء مشارکت جهانی برای توسعه پایدار

فعالیت‌های دهه بین‌المللی ایمنی راه‌ها

حوزه ۱	مدیریت ایمنی راه‌ها (Safe Road Management)
فعالیت‌ها	پایبندی و اجرای کامل توافقات و مصوبات کنفوانسیون‌های سازمان ملل متحد در حوزه ایمنی راه‌ها
	وجود سازمان راهبر (Lead Agency)
	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 پیش و ارزشیابی شاخص‌های فرآیند و برونداد
شاخص‌های الزامی	تعداد کشورهای پایبند به توافقات و مصوبات کنفوانسیون‌های سازمان ملل متحد در حوزه ایمنی راه‌ها
	تعداد اهرم‌های قانونی جدید ایمنی راه‌ها و تعداد کشورهایی 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 پیش دستیابی به شاخص‌های هدف‌گذاری شده
شاخص‌های اختیاری	تعداد کشورهای دارای منابع اختصاصی برای اجرای استراتژی‌های ایمنی راه‌ها
	تعداد کشورهایی که در جهت دستیابی به اهداف موفقیت‌های کسب نموده‌اند
حوزه ۲	راه‌های ایمن‌تر و ایمنی تردد (Safer Roads & Mobility)
فعالیت‌ها	ارتقای مسئولیت‌پذیری متولیان ایمنی راه‌ها، مهندسان راه و شهرسازی و طراحان شهری در خصوص ایمنی راه‌ها
	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
شاخص‌های الزامی	تعداد کشورهایی که در آن متولیان ایمنی راه‌ها قانوناً حس مسئولیت‌پذیری برای ارتقای ایمنی راه‌ها در شبکه‌های ارتباطی دارند
	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 اختیاری	
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 معیار 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 ایمن‌تر (Safer Vehicles)		حوزه ۳
تشویق کشورهای عضو به اجرای ضوابط ایمنی وسائط نقلیه که توسط فوروم جهانی سازمان ملل متحد برای یکپارچه‌سازی ضوابط وسائط نقلیه تدوین شده‌است		فعالیت‌ها
تشویق به اجرای ارزیابی وسائط نقلیه ^{۱۱۲} (NCAP) به منظور افزایش دسترسی مشتریان به شاخص‌های عملکردی ایمنی خودروها		
تشویق و الزام خودروسازان به تجهیز خودروها به کمربند ایمنی استاندارد بگونه‌ای 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 الکترونیکی 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، به‌کارگیری و نگهداری وسائط نقلیه دارای تجهیزات محافظ سرنشینان و مجهز به تکنولوژی‌های ایمنی پیشرفته		
تعداد کشورهایی که به فوروم جهانی سازمان ملل متحد برای یکپارچه‌سازی ضوابط وسائط نقلیه پایبندند و آن‌را اعمال می‌کنند	شاخص‌های الزامی	
تعداد کشورهایی که در برنامه ارزیابی 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 اختیاری	

حوزه ۴	کاربران ایمن تر (Safe Road Users)	
فعالیت‌ها	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	
	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	
	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	
	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 دولتی، خصوصی و غیررسمی در تبعیت از استانداردهای بین‌المللی مدیریت ایمنی راه‌ها و سلامت و ایمنی شغلی رانندگان	
	گسترش به‌کارگیری سیستم پلکانی اخذ گواهینامه (GDL) ^{۱۱۳} رانندگان مبتدی	
	شاخص‌های الزامی	تعداد کشورهایی که قانون محدودیت سرعت مجاز بر حسب نوع معابر (شهری، روستایی، بزرگراه‌ها) تعیین می‌شود
		تعداد کشورهایی که سطح مجاز الکل خون آن‌ها برای رانندگان $\geq 0,05$ گرم در دسی لیتر است
تعداد کشورهایی که سطح مجاز الکل خون آن‌ها برای رانندگان مبتدی جوان و رانندگان حرفه‌ای $\geq 0,05$ گرم در دسی لیتر 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		
تعداد کشورهایی که قوانین جامعی در خصوص الزام استفاده از صندلی مخصوص کودک دارند		
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	شاخص‌های اختیاری
تعداد کشورهایی که اطلاعات ملی در خصوص میزان استفاده از صندلی مخصوص کودک دارند	
تعداد کشورهایی که استاندارد جدید ^{۱۱۴} ISO 39001 را به کار بسته‌اند	
تعداد کشورهایی که حوادث ترافیکی مرتبط با شغل را به‌عنوان یکی از دلایل حوادث شغلی گزارش می‌کنند	
تعداد کشورهایی که هفته ایمنی راه‌ها را گرامی می‌دارند	
خدمات پس از رخداد حادثه (Post Crash Response)	حوزه ۵
توسعه خدمات پیش‌بیمارستانی 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	شاخص‌های اختیاری
تعداد کشورهای دارای مراکز تروما مشخص	
تعداد کشورهایی که برای کارکردن در بخش فوریت‌های پزشکی گذراندن دوره‌های آموزشی خاص تروما الزامی است (۲۴)	

راهبرد ملی ایمنی راه‌های ایران

۱-۱) افزایش آگاهی رانندگان از تبعات رانندگی با سرعت غیرمجاز	۱- کاهش تخطی از سرعت مجاز
۲-۱) تشدید مجازات متخلفان از سرعت مجاز (افزایش مجازات به‌صورت 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	

114-ISO 39001:2012 specifies requirements for a road traffic safety (RTS) management 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.

۱-۲) ارتقای نظام آموزش موتورسیکلت سواران	۲- ارتقای ایمنی موتورسیکلت سواران
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 موتورسیکلت سواران از جمله عدم استفاده از کلاه ایمنی	
۶-۲) بهبود وضعیت طراحی و ایمن‌سازی راه‌ها بر اساس نیاز موتورسیکلت سواران	
۱-۳) افزایش آگاهی عمومی از خطرات تهدیدکننده عابران پیاده	۳- ارتقای ایمنی 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 تردد 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	
۱-۴) افزایش آگاهی رانندگان در خصوص تبعات رانندگی در حین خستگی	۴- کاهش معضل خستگی رانندگان
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	
۴-۴) کاهش یکنواختی محیط راه در مسیرهای طولانی	
۵-۴) تشدید مجازات رانندگان متخلف از قانون و ضوابط ساعت کاری مجاز	
۶-۴) توسعه روش‌های مناسب کاهش خروج وسائط نقلیه از مسیر	
۷-۴) توسعه سامانه‌های درون خودرویی موثر بر هشدار خواب آلودگی	
۱-۵) افزایش آگاهی عمومی از اثربخشی استفاده از کمربند ایمنی و کلاه ایمنی	۵- بهبود وضعیت استفاده از کمربند 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 فن‌آوری ساخت کمربند ایمنی و کلاه ایمنی مناسب با انواع وسائط نقلیه تولید داخل	۶- کاهش استعمال مواد مخدر، الکل و مواد محرک
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
۵-۶) توسعه روش‌های نظارت و کنترل رانندگان به خصوص رانندگان حمل و نقل عمومی، بار و مسافر	

۷-۱) افزایش آگاهی عمومی در خصوص مقررات راهنمایی و رانندگی	۷- بهبود رعایت قوانین و مقررات راهنمایی و رانندگی
۷-۲) ارتقای مهارت‌های ادراکی کاربران راه در درک و پیش‌بینی خطر	
۷-۳) ارتقای نظام آموزش مربوط به اخذ و تمدید گواهینامه رانندگی	
۷-۴) استانداردسازی و نظارت بر آموزشگاه‌ها و مراکز آموزش رانندگی	
۷-۵) بازنگری و به‌روز نمودن قوانین و مقررات راهنمایی و رانندگی با لحاظ نمودن افزایش بازدارندگی	
۷-۶) اجرای سیستم ارزیابی رانندگان مبتنی بر امتیاز برای تمامی رانندگان در سراسر کشور	
۷-۷) کنترل و نظارت هدفمند بر رفتار پرخطر رانندگان	
۷-۸) ارتقای مهارت‌های تخصصی نیروهای پلیس	۸- توسعه و بهره‌برداری از نظام جامع اطلاعات تصادفات
۷-۹) ارتقای توان عملیاتی و تجهیزاتی نیروی پلیس به‌ویژه در برخورد با رانندگی‌های خطرناک	
۷-۱۰) توسعه آموزش‌های تخصصی مورد نیاز کاربران راه به‌خصوص رانندگان حرفه‌ای در جهت آشنایی و رعایت قوانین و مقررات ویژه و تکمیلی	
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	۹- ارتقای وضعیت طراحی، ساخت و نگهداری ایمن شبکه راه‌ها
۸-۳) استانداردسازی و ارتقای کیفیت اطلاعات تصادفات	
۸-۴) نظام‌مند نمودن و تسهیل دسترسی به اطلاعات تصادفات برای کلیه کاربران ذریبط	
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	
۹-۱) توسعه رویکرد استفاده از اقدامات کم‌هزینه در ایمنی راه‌ها	۱۰- ارتقای ایمنی دسترسی به شبکه 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)	
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	

۱-۱۱) کنترل و نظارت بر خودروها بر اساس استانداردهای ایمنی کشور	۱۱- ارتقای ایمنی وسائط نقلیه
۲-۱۱) اجرای کامل و دقیق نظام تطابق خودرو داخلی با استانداردها	
۳-۱۱) جلوگیری از واردات وسائط نقلیه فاقد استاندارد ایمنی	
۴-۱۱) اجرای نظام درجه‌بندی ایمنی وسائط نقلیه	
۵-۱۱) بهبود و توسعه نظام بازدیدهای دوره‌ای وسائط نقلیه با تاکید بر کنترل‌های ایمنی	
۶-۱۱) ترغیب کاربرد فن‌آوری‌های نوین در وسائط نقلیه در جهت حفظ جان راننده و سرنشینان و عابران پیاده	
۷-۱۱) نوسازی ناوگان فرسوده باری و مسافری	
۸-۱۱) نصب تجهیزات ویژه هشدار استفاده سرنشینان وسیله نقلیه از کمربندایمنی و کنترل سرعت روی وسائط نقلیه	
۱-۱۲) ارتقای نظام مدیریت رسیدگی به تصادفات و مصدومان	۱۲- ارتقای سیستم خدمات امداد و نجات، فوریت‌های پزشکی و بیمارستانی تروما
۲-۱۲) ساماندهی شبکه ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی	
۳-۱۲) ساماندهی شبکه و توسعه خدمات بیمارستانی تروما	
۴-۱۲) ارتقا و توسعه سیستم‌های ارتباطی اطلاع‌رسانی و فرآیند پاسخ‌گویی در خصوص حوادث ترافیکی	
۵-۱۲) ساماندهی شبکه ارائه خدمات امداد و نجات غیرپزشکی در راه‌ها توسط عوامل ذیصلاح	
۶-۱۲) توسعه آموزش‌های عمومی بهبود رفتار و اقدامات کاربران راه بعد از وقوع تصادف	
۱-۱۳) توسعه و ترغیب استفاده از سیستم‌های حمل و نقل انبوه	۱۳- گسترش سیستم‌های جایگزین وسائط نقلیه موتوری شخصی
۲-۱۳) توسعه شبکه حمل و نقل عمومی یکپارچه	
۳-۱۳) توسعه و بهبود سیستم‌های ارائه خدمات الکترونیک	
۴-۱۳) ترویج فرهنگ تجارت الکترونیک در بین مردم	
۱-۱۴) ارتقای جایگاه نهاد متولی، هماهنگی و مدیریت راه در سطح ملی	۱۴- گسترش سیستم‌های جایگزین وسائط نقلیه موتوری شخصی
۲-۱۴) توسعه هماهنگی مدیریت ایمنی در سطوح استانی و محلی	
۳-۱۴) بهبود و توسعه سطح برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در حوزه ایمنی راه	
۴-۱۴) بهبود و ارتقای مشارکت انجمن‌ها و نهادهای غیردولتی ایمنی راه‌ها	
۵-۱۴) ارتقا و توسعه دانش تخصصی ایمنی حمل و نقل نزد متولیان و دست‌اندرکاران حمل و نقل کشور	

۱-۱۵) افزایش سهم منابع تخصیص یافته به صورت هدفمند بر اساس اهداف مشخص ایمنی راه	۱۵- مدیریت منابع در جهت ارتقای ایمنی
۲-۱۵) نظاممند نمودن تخصیص اعتبارات مورد نیاز به ایمنی راهها	
۳-۱۵) استفاده موثر از منابع تخصیص یافته به ایمنی	
۴-۱۵) بهبود شرایط و بسترهای لازم برای جذب منابع بخش‌های خصوصی و سازمان‌های مردمی غیردولتی	
۵-۱۵) اهتمام به جذب منابع و اعتبارات مربوط به سازمان‌های بین‌المللی جهت سرمایه‌گذاری در ایمنی راهها	
۶-۱۵) توسعه مشارکت صنعت بیمه و سایر بنگاه‌های اقتصادی در سرمایه‌گذاری پروژه‌های ایمنی	
۷-۱۵) اجرای قانون بیمه شخص ثالث و ارائه پوشش بیمه‌ای مناسب به دارندگان وسائط نقلیه موتوری، جهت جبران خسارت وارده به اشخاص	۱۶- توسعه کمی و کیفی پژوهش‌های هدفمند در راستای ارتقای ایمنی راهها
۱-۱۶) توسعه پژوهش‌های کاربردی در خصوص سوانح و حوادث ترافیکی	
۲-۱۶) ایجاد مرکز یا پژوهشکده ویژه ایمنی و تصادفات رانندگی	
۳-۱۶) ایجاد مرکز تحقیقات و آزمایشگاه عملکردی علائم و تجهیزات رانندگی	
۴-۱۶) ایجاد مرکز تحقیقات و آزمایشگاه عملکردی ایمنی خودرو با هدف انجام آزمایش‌های ارزیابی ایمنی خودرو	
۵-۱۶) حمایت و پشتیبانی از پژوهشگران و مراکز پژوهشی ارتقای ایمنی (۱۶)	

تفاهم نامه همکاری وزارت راه و شهرسازی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

 <p>به نام خدا</p>	
<p>تفاهم نامه همکاری بین وزارت راه و شهرسازی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل تهدید کننده سلامت</p>	
<p>شماره پروت: ۱۳۹۵</p>	
<p>ماده ۱- مقدمه و ضرورت تفاهم نامه</p> <p>امروزه با تغییرات سریع و شگرفت اقتصادی ناشی از روند توسعه و به ویژه افزایش سن جمعیت، سهم بیماری‌های غیر واگیر آساند حوادث ترافیکی بیماری‌های قلبی و عروقی و سرطانها آمار مرگ و میر و بار مالی ناشی از مشکلات سلامت با سرعت چشمگیری رو به قزونی است. بر این اساس نظام نظام رفاهی در سیاست های کلی سلامت ملی ۱۳۹۳/۱/۱۹۵ و تحقیق رویکرد سلامت همه جانبه و امکان سالم تر همه فواین، سیاست های اجرایی و ضروریات با رعایت کفایت سلامت از راه های نوین و استفاده از فناوری های نوین، تهدید کننده سلامت بر روی طرح های کلان توسعه ای، ارتقا شاخص های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی تاکید کرده است.</p> <p>نظر به اهمیت موضوع و ضرورت پاسخگویی در قبال سیاست های کلی سلامت و استخدام منابع تصمیم گیری، اعزام نظارت و ارزیابی کفایت فعالیتها در راستای تحقق اهداف "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط" مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تاریخ ۱۳۹۴/۱۱/۱۴، اهداف کلان "سند ملی راهبردی آمیاد، بهداشتی و توانمندی و توانمندسازی جهت های فرسوده" و دکتر احمد شهری "مصوب هیات وزیران در تاریخ ۱۳۹۵/۰۵/۲۲" و "سنجشی توانمندی و بهداشتی سگوننگه های غیر رسمی" مصوب هیات وزیران در تاریخ ۱۳۹۵/۱۱/۱۹۵، این تفاهم نامه بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی جناب آقای دکتر محمد حسن خاتمی از طرف اول تفاهم نامه از وزارت راه و شهرسازی به نمایندگی جناب آقای دکتر عباس آخوندی از طرف دوم تفاهم نامه برای اجرای فصلنامه سلامت محور با هدف پیشگیری و ارتقای مداخلات کنترلی بیماری‌های غیر واگیر و انتظار "سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط" مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذا برانده می گردد.</p> <p>اهداف بلند مدت این سند که از تعهدات بین المللی جمهوری اسلامی ایران برگرفته شده است، به شرح زیر هستند:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱- کاهش ۱۵٪ از خطر مرگ های زودرس ناشی از بیماری های غیر واگیر ۲- کاهش ۱۰٪ از میزان نمره کلسترول بالا ۳- کاهش ۱۰٪ از مصرف تنباکو ۴- کاهش ۱۵٪ از میزان مصرف نمک سدیم ۵- کاهش ۱۳٪ از شیوع ابتلا به دیابت ۶- کاهش ۱۶٪ از شیوع پرفشاری خون ۷- جلوگیری از افزایش فشارخون و دیابت جمعیت ۸- دسترسی ۱۰۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فناوری های پایه و ضروری برای درمان بیماری های غیر واگیر ۹- دسترسی حداقل ۷۵٪ جمعیت به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی و مشکلات عروقی عروقی ۱۰- به خطر انداختن میزان ابتلا به سرطان های خوراکی و محصولات غذایی 	

تفاهیم پایه

- ۱۱- ۲۰: کاهش آسیب در حین بازی و حرکت و پیشگیری از سوختگی و سوختگی از آتش
- ۱۲- ۲۰: کاهش آسیب در حین بازی و حرکت و پیشگیری از سوختگی و سوختگی از آتش
- ۱۳- ۲۰: افزایش دسترسی به درمان پزشکی برای زخمی

ماده ۲- موضوع تفاهیم پایه

اسهول، سریع و هم افزایی جهت ارتقای دانش تخصصی بازیکنان و کنترل بیماری‌های خود را که از طریق تفاهیم سلامت محور در زمین‌های مورد بازی.

ماده ۳- اهداف

الف- اهداف مشترک

- ۱- مشارکت در توسعه انگیزه جهانی جامعه ایس.
- ۲- تقویت تفاهات مشاهده ای برای کاهش آسیب های سوختگی و ارتقای ایمنی خوردن و خواب در با اولویت گرفتن‌های دارای شکم تمام تمام بهیوه ایس.
- ۳- ارتقای ایمنی و رعایت قوانین بهداشتی در حمل و نقل ریلی، خودرویی و هوایی.
- ۴- ایجاد فضای همکاری جهت استفاده از روش‌های الکترونیکی در تامین منابع اطلاعاتی مناسب و تبادل اطلاعات حسب درخواست طرف مقابل.
- ۵- تبادل اطلاعات دسته های مشابه بین و محصلین و مربیان حوادث از همگنی مربوط به بخش بیمارستانی و پیش بیمارستانی.
- ۶- طراحی و پدافستی نظام جامع و یکپارچه اطلاعات تصادفات طبقات و محصلین کشور با همکاری دستگاه های مرتبط.
- ۷- جذب مشارکت سازمان های مردم نهاد جهت دسترسی به سلامت و ایمنی در شهر ها و روستاها.
- ۸- اجرای طرح ایمن سازی مدارس عالییه و انبساط برای آشد و شد و آموزش دانش آموزان.
- ۹- فراهم نمودن سلامت مراکز بهداشت و پایگاه های اورژانس در مناطق پیشرفته و ارتقاء بهداشت با رعایت استانداردهای کاهش خطر حوادث غیر مترقبه و پلایان پدافست قابل با اولویت مناطق عالییه شهر اهرارد مربوط به تفاهات طرفین در کمیته اجرایی ایس می گردند.
- ۱۰- راه اندازی و فعال سازی سازمان های مردم نهاد محلی و کلان های محلی فعال در حوزه سلامت و CHH سلامت محور.
- ۱۱- مشارکت علمی و تحقیقاتی و اجرایی در تدوین دستورالعمل مداخلات ارتقای ایمنی حمل و نقل سلامت محور.
- ۱۲- هماهنگی با رسانه ملی و سایر رسانه ها در خصوص برنامه های مشترک که در آنها اطلاع رسانی عمومی به اجرای سریع از برنامه گسترده خواهد کرد.
- ۱۳- استفاده از کلیه امکانات ورزشی دولتی و محلی با قابلیت فعالیت ورزشی با همکاری وزارت ورزش و جوانان به منظور توسعه مشارکت مردم و کاهش آسیب اجرایی در آشد.
- ۱۴- فراهم سازی زمینه مشارکت حداکثری کارکنان و مسئولان در فعالیت های ورزشی با هماهنگی وزارت ورزش و جوانان.
- ۱۵- تعیین نظارت و همکاری های دوره ای از طریق تفاهات محاسن و طرح نوبت آن در جلسات کمیته های مشترک.
- ۱۶- تعیین و معرفی مدیران و کارشناسان مرتبط برای فعالیت در کار گروه ها، کمیته های مشترک.
- ۱۷- حضور فعال نماینده کار طرفین در کار گروه ها و کمیسیون های مرتبط حسب درخواست طرف مقابل.
- ۱۸- تنظیم سیاست های بدون دخالتی آراج برای فراهم نمودن در زمینه های مورد تفاهات در بنگاه های پخش شده.
- ۱۹- تعیین و جذب منابع علمی مداخلات و انجام پژوهش ها بر اساس برنامه های عملیاتی مصوب.
- ۲۰- همکاری آراج در امر پایش و ارزیابی برنامه های عملیاتی مرتبط و گزارش نتایج به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی از طریق کمیته مشترک.

تفاهوتنامه

ب- نهادهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- ۱- مشارکت فعال نهادهای بهداشت در اجرای طرح های ارتقای ایمنی حمل و نقل.
- ۲- بازنگری و بهبود فرآیند انجام آزمایش صدمه اجساد برای رانندگان با تئوری رانندگان حرفه ای.
- ۳- بازنگری و بهبود روند معاینات سلامت اشغال رانندگان.
- ۴- همکاری، هدایت و تسهیل فرآیند تعیین سیاست ها و اجرای مداخلات سلامت محور بر اساس با بیماری های خود راگی در خصوص سازمانی طرف دوم تفاهوتنامه.
- ۵- تدوین آموزش های لازم و مرتبط مورد نیاز کارکنان و مخاطبان حرفه ای تفاهوتنامه برای تعیین و اجرای مداخلات.
- ۶- معرفی و ترویج خدمات سلامت محور دانشگاه و مراکز درمانی در سطح جامعه در گزارش های سلامت.
- ۷- ارتقاء خدمات اجتماعی از جمله غربی، مشاوره و آموزش در مناطق و مسکن های حاشیه شهر.
- ۸- همکاری در تعیین و اجرای برنامه های ارتقای سلامت در حاشیه شهرها.
- ۹- همکاری در تعیین و اجرای موارد برنامه عملیاتی ارتقای ایمنی راه ها با تکرار برنامه توسعه پایدار کشور.

ج- نهادهای وزارت راه و شهر سازی

- ۱- تعیین پروتکل سلامت برای کلیه رانندگان توسعه ای و معرفی مناطق با کمترین.
- ۲- ایجاد زیر خانه سلامت در حوزه شهر و روستا با هدف تسهیل در فعالیت های سلامت محور و تقویت همکاری های بین بخشی سلامت.
- ۳- بازبینی سیاست های کلی مسکن و شهر سازی و تعیین زیر ساخت لازم برای رفاه و آسایش و ایجاد توسعه شهری که برای افزایش کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روانی شهروندان در طرح های توسعه شهری و معماری بافت های شهری و حاشیه شهر از طریق شورای عالی شهر سازی، معماری و مسکن ملی با آگهی شهری.
- ۴- بازنگری در سیاست های مسکن و راه و شهر سازی در خصوص فشار آسیب پذیری و پدیده های استثنای سلامت، پدیده های غیر طبیعی و اختلالات روانی با همکاری های دستگاه های مرتبط.
- ۵- بازبینی سیاست های کلی شهر سازی و معماری با هدف کاهش آلودگی های محیط اطراف آسایش ها کما.
- ۶- نظارت، نظارت بر اجرای قوانین و مقررات موجود در خصوص استاندارد سازی مصالح، روش های ساخت و ساز، ساخت بافت های جدید، نظام پدیده های معماری و معماری و معماری بافت های فرسوده و توانمند سازی سکونت های غیر رسمی حاشیه شهری.
- ۷- فراهم اجرای موارد بازبینی، معرفی و بازبینی ایمنی رانندگان در ایمنی مراکز طراحی، تعیین ساخت و پس از بهره برداری از راهها.
- ۸- توسعه و اجرای استاندارد های مسیر های ایمنی شهری و جاده ای و تاکسی در گسترش آنها و تسهیل دسترسی شهروندان به خدمات درمانی.
- ۹- تقویت توسعه و تجهیز مجتمع های خدماتی - رفاهی در رانندگان بین شهری.
- ۱۰- پیش بینی و بهبود ایمنی و استاندارد های کاهش خطر حوادث غیر مترقبه و آلودگی طرح های توسعه شهری جهت تعیین از بازرسان نظارت اعتباری برای شهروندان با هدف کاهش حوادث.

تفاهیم نامه

ماده ۲ - شرایط اجرای تفاهیم نامه

۱. به منظور عملیاتی کردن مفاد این تفاهیم نامه گردیده است که شرایط اجرایی مشترکی از چهار نماینده مطلع و نام ال‌احیاء از دفتر مدیریت بهداشتی بیماری های غیر واگیر، مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی، کارگروه بهداشت و درمان در حوادث غیر مترقبه و مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و چهار نفر نماینده مطلع و نام ال‌احیاء از شرکت عمران و بهداشت شهری ایران سازمان راهسازی و حمل و نقل جاده ای و دیرخانه کمیسیون ایمنی راه های وزارت راه و شهرسازی و پنجاه نفر از مدیران شوراهای سلامت و امنیت غذایی تشکیل می گردد.
۲. کمیته اجرایی موظف است در اولین جلسه خود که حداکثر یک ماه پس از امضای تفاهیم نامه تشکیل می گردد، نحوه اداره جلسات و محل برگزاری جلسات مشترک را تعیین نماید.
۳. کمیته اجرایی موظف است صورتجلسات و نیز برنامه های عملیاتی و گزارش پایان برنامه ها را به صورت فصلی برای مدیران راه شوراهای عالی سلامت و امنیت غذایی ارسال نماید.
۴. محل اولین جلسه تفاهیم سلامت معهود در هر برنامه عملیاتی، حسب مورد از رویه های بودجه ای دستگاه مربوطه بر اساس منابع تخصیصی دریا از سوی سازمان برنامه و بودجه خواهد بود. بر این اساس لازم است در صورت لزوم نماینده بودجه دستگاه در جلسات شرکت داشته باشد.
۵. وزیران امضا کننده ی این تفاهیم نامه مسئول حسن اجرای آن خواهند بود.
۶. مدت زمان اجرای تفاهیم نامه تا پایان برنامه ششم توسعه تعیین می گردد.

این تفاهیم نامه در ۲ ماده و ۳ بند، در ۹ نسخه که حکم واحد دارند، متن تاریخ ۱۳۹۵/۰۹/۲۹ به امضا طرفین رسیده و از این تاریخ معتبر می باشد.



سید حسن فاردپور

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

عباس آخوندی

وزیر راه و شهرسازی



آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی کشور

شماره ۱۵۵۰۸۱/ت/۳۴۳۸۹ هـ

تاریخ: ۱۳۸۶/۹/۲۵

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور وزارت کشور - وزارت راه و ترابری - وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات - وزارت نیرو - وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۶/۹/۴ بنا به پیشنهاد شماره ۲۸۶۱۴۶ مورخ ۱۳۸۴/۱۱/۱۳ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی کشور را به شرح زیر تصویب نمود:

آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی کشور ماده ۱- در این آیین نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:

الف - خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی: به مجموعه خدمات و مهارت‌های فوریتی 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 حادثه دیده به بیمارستان ارائه می‌شود، اطلاق می‌گردد.

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

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، برانکارد، کیف احیا و ساکشن می‌باشد.
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 پیش بیمارستانی: 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 اطلاع رسانی و فراخوان اورژانس (۱۱۵) و هماهنگ کننده پایگاه‌های اورژانس است که موظف می‌باشد پس از تماس افراد نیازمند، اقدام مقتضی را با هماهنگی واحدهای ذی ربط 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 می‌باشند و جمعیت آنها کمتر از (۲۵۰) هزار نفر می‌باشد مرکز پیام ایجاد شده و به عنوان واحد اطلاع رسانی وظیفه هماهنگی و فراخوان اورژانس (۱۱۵) را به عهده دارد و در شرایط بحرانی با مرکز ارتباطات همکاری لازم را انجام خواهد داد.

تبصره ۱- فاصله دو شهر جهت راه اندازی 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 جهت انجام

امور محوله در اولویت می‌باشد.

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- به منظور تسریع در ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی، کاهش زمان رسیدن به صحنه حادثه و غلبه بر ترافیک‌های سنگین شهری در کلان شهرها 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 به منظور 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 به صورت 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 پیش بیمارستانی را به گونه‌ای 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 هشتاد درصد (۸۰٪) موارد کمتر از (۸) دقیقه و در جاده‌ها در هشتاد درصد (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 پیش بیمارستانی را حداکثر تا سه ماه پس از تصویب آیین نامه 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 پنجاه درصد (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 پیش بیمارستانی 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 پیش بیمارستانی 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 دانشگاه 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 پیش بیمارستانی 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 پنج درصد (۵٪) کلیه آمبولانس‌ها اعم از آمبولانس‌های فعال و آمبولانس‌های پشتیبانی اورژانس ۱۱۵ دانشگاهها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی را به عنوان 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، ده درصد (۱۰٪) کل آمبولانس‌های پیش‌بینی شده تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - را از نوع کمک دار (4WD) اختصاص دهد.
- ج - به منظور ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی در حوادث دسته جمعی 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 پیش بیمارستانی 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- به منظور 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 رییس‌جمهور 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 رییس‌جمهور همه ساله در بودجه سنواتی پیشنهاد خواهد شد.

پرویز داودی معاون اول رییس‌جمهور

(۳۲)

اساسنامه سازمان اورژانس کشور

هیئت وزیران در جلسه ۱۳۹۶/۱۱/۴ به پیشنهاد مشترک سازمان‌های برنامه و بودجه کشور، اداری و استخدامی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد بند (ب) ماده (۷۲) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۹۵ - اساسنامه سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور را به شرح زیر تصویب کرد:

اساسنامه سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور

ماده ۱- سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور که در این اساسنامه به اختصار سازمان نامیده می‌شود، به صورت مؤسسه دولتی دارای شخصیت حقوقی مستقل و استقلال مالی و اداری، وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل و بر اساس مقررات این اساسنامه و سایر قوانین و مقررات مربوط اداره می‌شود.

ماده ۲- حوزه فعالیت سازمان در سراسر کشور و مرکز اصلی آن در تهران است و واحدهای استانی و شهرستانی فوریت‌های پیش‌بیمارستانی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زیر نظر سازمان مذکور ارائه خدمت می‌نماید.

ماده ۳- وظایف و مأموریت‌های این سازمان به شرح زیر می‌باشد:

۱. ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی اورژانس در سوانح عمدی و غیرعمدی، حوادث غیرمترقبه، بروز بیماری‌های نوپدید و جدید و بلایای طبیعی و انسان ساخت برای آحاد مردم در سطح کشور با هر ملیت و تابعیت در قالب نظام شبکه فوریت‌های قبل از رسیدن بیمار یا مصدوم یا حادثه‌دیده به بیمارستان.

۲. تعیین خط‌مشی‌ها و برنامه‌های خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی در سطح کشور بر اساس نظام سطح‌بندی خدمات، آمایش سرزمین و استانداردهای مصوب، برای تثبیت وضعیت و رفع مخاطرات از بیماران و مصدومین و نظارت بر حسن اجرای آنها.

۳. برنامه‌ریزی توسعه کمی و کیفی پایگاه‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی شهری، جاده‌ای، ریلی، هوایی، دریایی، نوترکیبی و نوین.

۴. تعیین استانداردها و دستورالعمل‌های مرتبط با اورژانس پیش‌بیمارستانی به منظور یکپارچگی مدیریت کشوری اورژانس پیش‌بیمارستانی و نظارت بر حسن اجرای آنها.

۵. طراحی، اجرا، پایش، پشتیبانی، نظارت و ارتقای شبکه ارتباطات رادیویی و بی‌سیم اورژانس پیش‌بیمارستانی کشور با رعایت ضوابط و مقررات سازمان تنظیم مقررات و ارتباطات رادیویی کشور.

۶. فرماندهی، هدایت و اطلاع‌رسانی درمانی (MCMC) و عملیات حوادث و بلایا (EOC)، اولویت‌بندی بیماران برای بهره‌مندی از درمان (تریاز) و درمان اضطراری بیمار یا مصدوم در محل حادثه و انتقال وی به اولین و مناسب‌ترین مرکز بهداشتی و درمانی.

۷. صدور، تمدید و تعلیق یا لغو مجوز تأسیس مراکز ارائه‌دهنده خدمات آمبولانس و فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس زمینی، هوایی و دریایی در سطح کشور برای کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی.

۸. ایجاد ارتباط و تبادل اطلاعات، تجربیات و دستاوردها و همکاری با سازمان‌های ملی و بین‌المللی در راستای

کارایی و اثربخشی فرایندها و فعالیت‌های ارائه خدمات در حوزه فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی.
۹. طراحی نظام یکپارچه فنآوری اطلاعات فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس در کشور و جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و انتشار داده‌ها و اطلاعات.

۱۰. ایجاد ارتباط و هماهنگی با سازمان‌های همکار و پشتیبان در شرایط عادی و بحران برای ارائه خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی.

۱۱. توسعه و ارتقای دانش علمی و حرفه‌ای کارکنان از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی- مهارتی کوتاه‌مدت با استفاده از ظرفیت‌های موجود.

۱۲. تدوین و راهبری برنامه‌ها برای ارتقای سطح آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تعامل، همکاری و همیاری با اورژانس کشور و برنامه‌ریزی برای استفاده از نیروهای داوطلب حرفه‌ای.

۱۳. جلب مشارکت دستگاه‌های اجرایی، مؤسسات، نهادها، سازمان‌های غیردولتی و مراکز علمی، آموزشی و فرهنگی کشور و صدا و سیما و نشریات و جراید در جهت توسعه خدمات فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس و ارتقای سطح فرهنگ جامعه در این رابطه.

ماده ۴- رئیس سازمان به عنوان بالاترین مقام اجرایی و اداری سازمان با حکم وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منصوب می‌شود و علاوه بر انجام امور مقرر در این اساسنامه، اختیارات و وظایف زیر را برعهده دارد:

۱. تهیه و تنظیم بودجه سالانه سازمان و پیشنهاد آن به مراجع قانونی مربوط.
۲. تهیه و تنظیم ساختار و تشکیلات سازمان و مراکز فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس استان تهران و سایر استان‌ها و پیشنهاد آن به مراجع قانونی مربوط.
۳. نصب و عزل مدیران و معاونین ستادی سازمان.
۴. تهیه و تنظیم گزارش عملکرد سالانه سازمان مطابق مقررات مربوط.
۵. تهیه و تنظیم خط‌مشی‌ها و برنامه‌های اجرایی سازمان.
۶. تهیه و ابلاغ استانداردها و دستورالعمل‌ها بر اساس قوانین و مقررات مربوط و احکام این اساسنامه.
۷. نمایندگی سازمان در کلیه مراجع قانونی و قضایی با حق توکیل به غیر با رعایت قوانین و مقررات مربوط.
۸. سایر وظایفی که طبق قوانین و مقررات مربوط به عهده رئیس سازمان قرار می‌گیرد.

تبصره ۱- کلیه اسناد، اوراق بهادار، چک‌ها و اسناد بانکی و قراردادهای امضای رئیس سازمان و یا هر یک از مدیران و معاونین سازمان به انتخاب رئیس و ذی‌حساب سازمان معتبر خواهد بود.

تبصره ۲- رئیس سازمان می‌تواند برخی از اختیارات و وظایف خود را با حفظ مسئولیت به هر یک از معاونان و مدیران سازمان تفویض نماید.

ماده ۵- تشکیلات سازمان از محل پست‌های سازمانی موجود تهیه و با تأیید سازمان اداری و استخدامی کشور با استفاده از نیروهای انسانی موجود اجرا می‌شود.

ماده ۶- رئیس مرکز فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس تهران از سوی رئیس سازمان منصوب می‌گردد.

ماده ۷- رئیس مرکز فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مستقر

در تهران و استان‌ها با معرفی رئیس دانشگاه مربوط و تأیید رئیس سازمان و ابلاغ رئیس دانشگاه منصوب می‌گردد.
 ماده ۸- مدیر اورژانس پیش‌بیمارستانی شبکه بهداشتی- درمانی شهرستان با پیشنهاد رئیس شبکه و تأیید رئیس مرکز فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و با ابلاغ رئیس شبکه منصوب می‌گردد.

ماده ۹- منابع مالی سازمان به شرح زیر می‌باشد:

۱. اعتبارات مصوب مربوط به اورژانس در قوانین بودجه سالانه کل کشور

۲. کمک‌ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی داخلی و خارجی با رعایت قوانین و مقررات مربوط

۳. موقوفات، نذورات و وجوهات شرعی.

این اساسنامه به موجب نامه شماره ۹۶/۱۰۲/۴۲۴۸ مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۱۹ شورای نگهبان به تأیید شورای یادشده رسیده است.

اسحاق جهانگیری- معاون اول رئیس جمهور

(۳۳)

روند مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به تفکیک استان

روند مرگ حوادث ترافیکی از سال ۱۳۸۰ الی ۱۳۹۷ به تفکیک استان بر اساس داده‌های سازمان پزشکی قانونی

۱۱۵	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	۱۳۸۰	استان
۸۴۳	۶۷۷	۶۶۵	۷۶۲	۷۰۰	۸۰۱	۸۲۴	۹۱۷	۹۶۴	۹۳۶	۱۰۲۳	۱۰۱۵	۱۱۲۵	۱۲۰۶	۹۵۶	۹۷۵	۸۳۰	۷۶۵	آذربایجان شرقی	
۵۸۵	۵۶۲	۵۵۹	۵۳۳	۵۶۴	۶۳۳	۶۹۹	۶۱۰	۷۶۸	۷۰۷	۷۶۶	۸۱۱	۸۸۳	۸۲۱	۷۰۰	۷۵۳	۶۶۶	۶۲۳	آذربایجان غربی	
۲۳۱	۱۵۶	۱۹۶	۱۹۹	۲۱۶	۲۱۲	۲۳۱	۲۴۵	۲۷۵	۲۹۳	۲۸۳	۲۳۸	۳۳۷	۳۲۲	۲۹۱	۳۳۳	۲۳۳	۲۸۲	اردبیل	
۱۱۲۷	۹۹۱	۱۰۲۰	۱۱۰۴	۱۱۲۸	۱۱۱۳	۱۱۸۹	۱۲۴۹	۱۴۸۶	۱۴۶۱	۱۵۱۱	۱۵۱۱	۱۷۴۱	۱۹۳۳	۱۷۵۲	۱۶۰۶	۱۲۷۳	۹۸۵	اصفهان	
۲۹۸	۲۲۹	۲۷۶	۲۸۴	۳۰۳	۳۶۸	۳۵۷	۳۳۹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	البرز ^{۱۱۶}	
۱۴۷	۱۵۳	۱۲۶	۱۷۵	۱۵۵	۱۲۵	۱۳۹	۱۵۲	۱۷۶	۲۱۸	۱۸۶	۱۸۹	۱۸۰	۲۰۴	۱۷۳	۲۳۰	۹۳	۱۰۹	ایلام	
۲۷۱	۲۸۹	۳۳۵	۳۲۷	۳۱۰	۳۰۳	۳۴۶	۳۷۴	۳۷۱	۳۵۱	۳۳۵	۳۶۶	۴۳۰	۴۶۹	۴۴۸	۴۳۳	۳۵۶	۳۰۷	بوشهر	
۱۳۱۹	۱۲۳۱	۱۱۵۶	۱۲۱۳	۱۲۹۵	۱۴۳۶	۱۵۷۷	۱۶۰۹	۲۲۷۳	۲۴۱۰	۲۴۴۶	۲۲۷۲	۲۶۴۵	۲۹۷۸	۳۲۲۱	۲۸۷۲	۳۷۶۳	۳۵۲۸	تهران	
۲۳۷	۲۲۴	۲۲۳	۲۱۰	۲۲۸	۲۳۸	۲۷۷	۲۲۹	۲۴۰	۲۴۶	۲۷۰	۲۵۱	۳۴۶	۲۶۸	۲۷۳	۲۷۳	۱۸۵	۱۶۴	چهارمحال و بختیاری	

۱۱۵- بر اساس نظر کمیسیون ایمنی راه‌ها از سال ۹۷، موارد راه اختصاصی و سایر از داخل موارد غیر ترافیکی تفکیک شده‌اند و در مجموع حوادث ترافیکی احاطه شده‌اند.
 به عبارتی فوتی‌های داخل حرم اردزن شهرک، برون‌شهری و جاده‌های روستایی (در سال ۱۳۹۷، ۱۳۹۸، ۱۳۹۹ و فوتی‌های خارج از حرم (راه اختصاصی و سایر) ۴۰۸ نفر و مجموع آمار فوت ۱۷۱۸۳ نفر بودند.
 این آمار در سال ۱۳۹۶، بر اساس برآورد ۱۳۹۸۳ بود که در مقایسه با ۱۷۱۸۳ نفر در سال ۱۳۹۷، ۲ درصد افزایش داشت.
 ۱۱۶- آمار استان البرز از سال ۱۳۹۰، از تهران تفکیک شده است.

۲۴۶	۲۴۵	۲۰۰	۲۱۲	۲۳۸	۲۸۰	۲۰۹	۱۸۷	۲۷۰	۲۵۵	۲۴۹	۲۵۱	۲۳۹	۲۲۴	-	-	-	-	خراسان ۱۲۷ جنوبی
۱۱۲۱	۱۱۲۷	۱۱۳۳	۱۲۹۶	۱۲۳۱	۱۳۷۳	۱۳۳۰	۱۵۹۹	۱۸۴۹	۱۸۲۱	۱۷۹۷	۱۸۳۵	۲۱۷۴	۲۲۳۵	۲۴۶۹	۲۶۷۸	۲۰۴۰	۱۸۳۳	خراسان رضوی
۲۴۶	۲۹۹	۲۳۰	۲۵۷	۲۵۸	۲۶۷	۳۳۰	۲۸۲	۳۶۱	۴۱۱	۳۵۷	۳۲۲	۳۸۵	۳۷۱	-	-	-	-	خراسان شمالی
۸۴۸	۸۱۱	۹۰۵	۸۲۱	۸۸۶	۹۰۷	۱۰۲۰	۱۱۴۶	۱۲۴۳	۱۲۳۹	۱۲۹۱	۱۳۳۲	۱۵۵۹	۱۴۹۶	۱۴۹۳	۱۴۶۸	۱۲۴۵	۱۱۱۵	خوزستان
۳۰۸	۲۱۹	۲۵۲	۲۶۹	۲۹۶	۳۱۷	۳۰۶	۳۵۱	۴۰۳	۴۲۱	۴۶۲	۳۸۶	۴۸۱	۵۰۳	۴۴۰	۵۰۱	۴۱۲	۳۳۳	زنجان
۳۰۶	۳۱۸	۲۶۱	۳۰۴	۲۸۰	۳۳۲	۳۳۱	۳۸۹	۴۵۱	۴۲۹	۴۵۲	۴۷۷	۴۶۴	۴۷۱	۵۵۰	۴۸۰	۴۴۳	۳۲۸	سمنان
۱۰۷۴	۸۳۲	۷۶۴	۷۶۴	۸۶۹	۸۳۵	۹۲۱	۹۲۹	۹۶۶	۸۸۸	۹۷۰	۸۲۳	۱۰۵۸	۹۴۰	۸۹۹	۷۶۶	۷۳۶	۷۰۲	سیستان و بلوچستان
۱۳۵۷	۱۴۴۵	۱۴۵۸	۱۳۷۴	۱۴۵۹	۱۵۳۹	۱۴۷۱	۱۶۲۳	۱۸۶۳	۱۸۱۹	۱۸۴۹	۱۷۵۳	۲۳۳۸	۲۱۶۴	۲۰۷۸	۱۸۹۶	۱۱۶۳	۱۱۸۳	فارس
۳۱۷	۳۱۱	۲۵۵	۲۶۷	۲۶۱	۲۳۳	۴۲۰	۴۳۴	۴۷۷	۵۳۸	۵۸۰	۶۱۶	۷۴۰	۷۳۹	۶۴۲	۸۳۴	۶۳۷	۵۲۷	قزوین
۲۹۷	۲۴۴	۳۰۸	۲۷۸	۳۰۱	۳۴۹	۳۴۳	۳۴۴	۴۶۳	۴۲۸	۴۱۳	۳۹۱	۵۱۵	۴۶۷	۵۱۳	۴۵۹	۳۹۰	۴۵۲	قم
۴۰۹	۳۸۸	۳۷۴	۴۱۹	۳۶۱	۳۸۳	۳۵۱	۴۴۷	۵۵۴	۵۵۸	۵۹۳	۵۴۷	۶۱۸	۵۸۶	۴۶۲	۵۲۶	۳۹۷	۳۴۹	کردستان
۱۱۰۵	۱۰۹۹	۹۲۰	۱۰۰۹	۹۱۷	۹۰۴	۱۱۰۰	۱۰۵۶	۱۲۵۱	۱۲۰۹	۱۱۹۱	۱۱۸۰	۱۶۵۹	۱۶۰۸	۱۳۱۸	۱۳۷۷	۱۱۶۳	۱۰۶۴	کرمان

۱۷-در سال‌های ۸۰ تا ۸۳ آمار استان‌های خراسان جنوبی و خراسان شمالی در استان خراسان رضوی تجميع شده است.

۴۵۸	۴۷۵	۴۳۱	۴۲۵	۴۶۲	۵۳۱	۴۹۹	۵۳۸	۶۱۶	۶۳۳	۶۳۵	۶۱۶	۶۷۷	۶۷۱	۶۸۶	۶۷۷	۴۹۷	۴۰۶	کرمانشاه
۱۸۶	۱۸۳	۱۶۸	۱۶۸	۱۸۴	۱۵۳	۱۵۱	۱۵۹	۱۸۴	۱۵۶	۱۷۶	۱۷۸	۲۲۳	۲۱۲	۱۶۵	۱۹۴	۱۵۸	۱۲۶	کهگیلویه و بویراحمد
۴۱۳	۳۹۲	۳۲۲	۳۶۴	۳۶۳	۴۰۷	۴۹۹	۵۲۲	۶۲۱	۵۵۷	۶۴۵	۵۵۰	۶۴۷	۸۰۲	۷۰۵	۶۸۹	۵۶۲	۵۰۳	گلستان
۶۶۳	۶۶۲	۶۲۸	۶۴۹	۶۲۸	۶۵۳	۷۸۷	۷۹۳	۸۸۰	۹۵۹	۹۲۳	۹۲۰	۱۲۹۶	۱۲۵۳	۱۲۴۹	۱۱۹۳	۱۰۶۰	۸۰۳	گیلان
۴۷۳	۴۴۲	۴۶۵	۴۲۹	۴۶۴	۴۹۹	۵۵۳	۶۰۹	۶۸۹	۵۹۹	۶۱۶	۷۳۴	۸۶۹	۸۱۷	۷۱۹	۶۷۷	۶۲۲	۵۵۲	لرستان
۶۳۸	۶۱۸	۶۵۳	۷۴۷	۷۳۳	۸۶۹	۸۶۱	۹۰۱	۱۰۶۲	۱۰۴۹	۱۰۶۰	۱۰۲۵	۱۲۴۶	۱۴۸۵	۱۴۶۳	۱۳۵۳	۱۱۱۹	۹۷۰	مازندران
۵۶۸	۵۱۵	۵۱۳	۴۹۵	۴۹۵	۶۳۳	۶۷۴	۶۲۳	۸۲۵	۷۰۴	۵۹۷	۶۱۹	۷۳۶	۶۶۷	۶۶۹	۷۱۸	۴۷۶	۴۸۴	مرکزی
۴۴۵	۳۶۴	۳۸۰	۴۱۶	۴۲۲	۴۶۹	۴۱۷	۴۱۹	۵۸۱	۵۶۴	۵۵۹	۵۵۹	۷۱۲	۶۷۲	۶۵۷	۶۰۲	۵۵۲	۵۴۲	هرمزگان
۳۸۸	۴۴۶	۴۴۳	۴۷۱	۵۰۱	۴۶۸	۵۶۳	۶۲۴	۶۸۹	۷۱۷	۷۱۴	۶۸۸	۸۶۹	۷۳۹	۷۰۴	۷۲۷	۵۳۳	۵۱۵	همدان
۲۴۹	۲۵۴	۲۱۳	۲۴۳	۲۶۴	۲۶۴	۳۱۴	۳۶۹	۳۹۸	۳۹۸	۴۱۳	۴۶۳	۴۷۵	۴۳۲	۳۹۴	۴۳۲	۲۶۹	۱۸۷	یزد
۱۷۱۸۳	۱۶۲۰۱	۱۵۹۳۳	۱۶۵۸۴	۱۶۸۷۲	۱۷۹۹۴	۱۹۰۸۹	۲۰۰۶۸	۲۳۲۴۹	۲۲۹۷۴	۲۳۳۶۲	۲۲۹۱۸	۲۷۵۶۷	۲۷۷۵۵	۲۶۰۸۹	۲۵۷۲۲	۲۱۸۷۳	۱۹۷۲۷	جمع

1. Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2018.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/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. Global Status Report on Road Safety. Geneva, World Health Organization, 2015. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/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. Road Traffic Injuries Fact Sheet, 7 December 2018.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
6. 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
7. Mohan Dinesh, Tiwari Geetam, Khayesi Meleckidzedek, Muya Nafukho Fredrick. Road traffic injury prevention training manual, World Health Organization, 2006.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43271/1/9241546751_eng.pdf
8. 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/
۹. خسروی اردشیر، آقا محمدی سعیده، کاظمی الهه. سیمای مرگ در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۴ (۲۰ عت اول مرگ به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی)، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، زمستان ۱۳۹۵.
۱۰. مرادی سعداله، خادمی علی، جاورتی 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.
۱۱. گزیده سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور سال ۱۳۹۱، سازمان پزشکی قانونی کشور.
۱۲. گزیده سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور سال ۱۳۹۲، سازمان پزشکی قانونی کشور.
۱۳. گزیده سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور سال ۱۳۹۳، سازمان پزشکی قانونی کشور.
۱۴. گزیده سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور سال ۱۳۹۴، سازمان پزشکی قانونی کشور.
۱۵. گزیده سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور سال ۱۳۹۵، سازمان پزشکی قانونی کشور.
۱۶. گزیده سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور سال ۱۳۹۶، سازمان پزشکی قانونی کشور.
۱۷. سایت سازمان پزشکی قانونی کل کشور.
http://lmo.ir/web_directory/53999-%D8%AA%D8%B5%D8%A7%D8%AF%D9%81%D8%A7%D8%AA.html
۱۸. اسماعیل آیتی، هزینه تصادفات ترافیکی ایران، دانشگاه فردوسی مشهد، چاپ دوم، ش ۴۵، سال ۱۳۸۴.
۱۹. 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>

20. Ahadi Mohammad Reza, Razi Ardakani Hesamoddin, Estimating the Cost of Road Traffic Accidents in Iran using Human Capital Method. International Journal of Transpotation Engineering, 2014; 2(3), 163- 178.

21. 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.

۲۲. قانون ملی رسیدگی به تخلفات رانندگی. پورتال وزارت کشور.

<http://www.moi.ir/portal/File/ShowFile.aspx?ID=f518f538-dbe4-4e01-854c-6aa539ab2243>

23. 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

24. 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/

25. <https://sustainabledevelopment.un.org/index.php?page=view&type=400&nr=2116&menu=35>

۲۶. 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

۲۷. 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>

۲۸. 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>

۲۹. قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲). مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، مصوب ۱۳۹۳/۱۲/۴.

<http://rc.majlis.ir/fa/law/show/930339>

۳۰. قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران. پایگاه ملی اطلاع رسانی قوانین و مقررات کشور، مصوب ۱۳۹۵/۶/۲۱.

<https://www.dotic.ir/Attachs/old/377.pdf>

۳۱. قاضی زاده هاشمی دکتر سید حسن و همکاران، سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴-۱۳۹۰، تهران، آفتاب اندیشه، ۱۳۹۴.

۳۲. آیین نامه ساماندهی طرح پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی کشور، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، مصوب ۱۳۸۶/۹/۴.

<http://rc.majlis.ir/fa/law/show/131978>

۳۳. اساسنامه سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور.

<http://rc.majlis.ir/fa/law/show/1046618>

Target 6: Road traffic injury, Mortality & disability surveillance system.

By 2021, Update and expand road traffic data banks in all public & private hospitals.

By 2025, Prepare and publish injury, disability and death profile annually.

By 2025, Running trauma registration system in selected university hospitals.

By 2025, Establish 30 days follow up system for road traffic admissions in all hospitals which provide advanced trauma care.

Target 7: Improving knowledge and skills of health care providers to improve quality care.

By 2020, Mandatory training courses on trauma management for all health sectors.

By 2020, Mandatory training courses on trauma management for EMS technicians.

By 2020, Mandatory pre- employment training courses on trauma management for all nurses.

By 2020, Mandatory pre- employment training courses on trauma management for medical doctors.

By 2022, Provide and admit students in 3 majors related to road safety(at least 1 for managers in related authorities)

By 2022, Running PH.D courses in road safety (multidisciplinary approach)

By 2022, Integrating a 2 syllabos lesson for graduated students in different diciplines such as disaster, emergency medicine and (optional or mandatory) based on the university interests and capabilities.

By 2025, Integrating trauma management in the formal curriculum of medical students.

Target 8: Financial Support of road traffic injured.

By 2018, Sustainable resources to continue free of charge care to all road traffic injured patients in all hospitals, compensated by insurance companies.

By 2020, Expanding free of charge care to all road traffic injured patients(including rehabilitation services)

By 2025, Expanding free of charge care to all road traffic injured patients(including legal non Iranian injured people)

By 2025, Increase financial support (for under coverage services) and decrease the out of pocket payments.

By 2025, Estimate the real cost of services and adjust the third party insurance based on it.

By 2025, Improve and facilitate the process of reimbursement.

Target 4: Improving quality of pre hospital care.

By 2019, Establish National Emergency Care Organization.

By 2020, Improve response time 21 to 8 minutes in big cities, 7 minutes in small cities and 14 minutes in rural places in 90% of all pre hospital missions.

By 2020, Improve transfer time from scene to hospital to 20 minutes in 90% of all pre hospital missions.

By 2020, Train and certify 90% of technicians in trauma management.

By 2020, Improve EMS fleet (100 MICU& 50 NICU).

By 2020, Apply Global Positioning System(GPS) in all Ambulances.

By 2020, Running Medical Care Monitoring Center in all Medical Universities.

By 2025, Provide 15 Air medical ambulances capable of flying in night.(Night Vision Imaging System)

By 2020, Implement function- based payment system in pre- hospital setting.

By 2020, Provide incentives for employees to boost productivity.(Spirit of self sacrifice)

By 2025, Provide Tariff coddng in pre hospital setting.

Target 5: Improving quality of hospital care.

By 2020, Ranking hospitals based on their capabilities to provide quality care to trauma patients.

By 2025, Establishing 5 level 1 Trauma Centers.

By 2020, Reduce hospital hand- over time(between pre- hospital and hospital setting) to less than 10 minutes.

By 2020, Running integrated dispatch center(between pre- hospital and hospital setting) for online medical directing.

By 2020, Improve quality of hospital triage in 90% of admissions.

By 2025, Physical reconstruction in all hospital emergency departments based on national standards.

By 2020, Capacity building for integrated trauma team.

By 2020, Reduce disposition time in emergency department to less than 6 hours in 90% of all hospitals and all hospitals which provide advanced trauma care.

By 2020, Prepare and apply clinical practice guidelines for trauma management and apply to all hospitals which provide advanced trauma care.

By 2020, Adequate supply of experienced nurses for all hospitals which provide advanced trauma care.

By 2020, Improve quality of trauma care in 70% of all hospitals and all hospitals which provide advanced trauma care.

By 2020, Adequate supply of attending emergency medicine physicians (24 hours a day) for all hospitals which provide advanced trauma care.

By 2025, Establish rehabilitation centers for trauma patients.

Target1: Road traffic risk factor's Identification & Management.

By 2020, Identify and prioritize risk factors in the catchment area and recognize at risk groups.

By 2020, Identify risk factors in Mass Casualty Incidents(MCI).

By 2020, Identify risk factors among professional drivers.

By 2020, Revise the minimum requirements (mental & physical) for applying a driving license & necessity of re-approval incase of traffic crashes leading to injury or death.

By 2020, Support random check for DUI(Driving Under Influence of drug/Alcohol) and revise the diagnostic criteria in traffic law.

By 2020, Develop service package(health screening tests) for professional drivers.

By 2020, Review current traffic law & regulations and asking responsible authorities for revision.

Target 2: Raising awareness and positive changes in attitude, behavior & skills of all road users.

By 2020, Launching risk reduction & preventive campaigns.

By 2019, Integrating self care education in the training manual of "Health ambassadors".

By 2020, Raising public awareness through Mass media and social networks on injury prevention, first aid, safe transport.

By 2020, Integrating self care education in the formal training curriculum (from primary to high schools).

By 2020, Training courses and risk reduction campaigns(special focus of professional drivers and motorcycle riders).

Target 3: Equitable health care coverage for road traffic injured in hospital & pre hospital settings.

By 2020, Universal access number and integrated dispatch center in 15 provinces.

By 2020, Coordinating with fire- fighting centers, to allocate special places for EMS stations.

By 2020, Increasing pre hospital coverage to 90%.(EMS coverage)

By 2019, Increasing the number of EMS stations to 2804. (land stations)

By 2020, Increase the number of Air Ambulance- stations to 50.

By 2020, Increase the number of Motor lances to 500.

By 2020, Increase the number of land ambulances to 5158.

By 2020, Increase number of 4WD land ambulances to 800.

By 2021, Equip 370 health stations in rural areas and small cities with less than 50.000 population(special focus in rural places and cities with less than 20.000 population)

By 2025, Adjust the number of hospital trauma-beds based on the number of injured patients in different catchment areas.(Resource allocation)

Based on comprehensive literature review, health surveys and research studies a comprehensive situation analysis was done and 13 national target was adapted in Iran.

For each target, the Ministry of health & medical education become responsible to prepare a service framework.

Iranian National service framework on road safety:

As in Iran, the 10 years national strategic plan was adopted by the road safety commission as the lead agency all 3 phase of road safety is covered in it. the Iranian National service framework on road safety aims to determine the role of health sector in collaboration of other relevant stakeholders for road traffic injury prevention.

This framework is prepared in 5 chapters, containing 1 Goal, 8 Strategic objectives and 64 strategies

Chapter 1, Facts, national and international commitments (Policy documents)

Chapter 2, Service Framework

Chapter 3, Research in Road safety

Chapter 4, Education in Road safety

Chapter 5, Intersectoral collaboration, Expectations from other stakeholders

Goal: 20% relative reduction in mortality rate due to road traffic injuries by 2025.

Eight targets were set to reach the 20% relative reduction in mortality rate due to road traffic injuries by 2025 as below:

Target 1: Road traffic risk factor's Identification & Management.

Target 2: Raising awareness and positive changes in attitude, behavior & skills of all road users.

Target 3: Equitable health care coverage for road traffic injured in hospital & pre hospital settings.

Target 4: Improving quality of pre hospital care.

Target 5: Improving quality of hospital care.

Target 6: Road traffic injury, Mortality & disability surveillance system.

Target 7: Improving knowledge and skills of health care providers to improve quality care.

Target 8: Financial Support of road traffic injured.

Strategic objectives were set for different targets to cover injured in all 3 phase:

Pre event, event and post event

Global Facts:

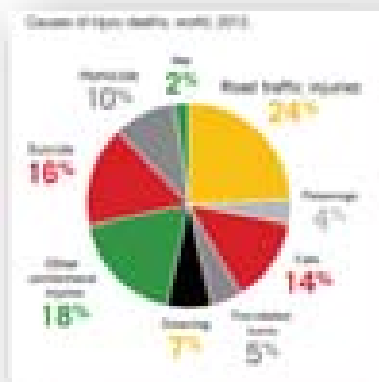
Approximately a quarter of the 5 million deaths from injuries are the result of Road Traffic Injuries (RTIs). Annually, 1.35 million people die from RTIs, and 20–50 million people sustain nonfatal injuries as a result of road traffic collisions or crashes.

Many of those who survive from road traffic crashes are left with temporary or permanent disabilities and health consequences beyond the physical injury.

Low and middle income countries share a disproportionately high burden with 90% of road traffic deaths.

RTIs and falls are predicted to rise in rank compared to other causes of death. RTIs was the 9th leading cause of death in 2012, it's the 8th leading cause in 2016 and is predicted to become the 7th by 2030.

Majority of road traffic deaths and injuries are predictable and preventable, so based on the decade of action on road safety¹ “2011-2020” and sustainable development goals² there is an international commitment to reduce the number of road traffic death.



Source: WHO Global Health Estimates, 2014.

National Facts:

Although there was a downward trend in the number of road traffic death since commencing the decade of action on road safety, in the recent 2 years again, the number of road traffic deaths has increased in our country.

Road traffic injuries is now the 5th leading cause of death and still cost national precious resources, diverting it from other pressing health and development challenges.

1- The goal is to stabilize and then reduce the forecasted level of road traffic fatalities around the world which means saving 5 million lives, 50 million serious injuries and US\$ 5 trillion over the Decade.

2- Sustainable Development Goals:

Target 3.6 calls for a 50% reduction in the number of road traffic deaths and by 2020, relative to a baseline estimate from 2010 and target 11.2, aims to provide access to safe, affordable, accessible and sustainable transport systems for all by 2030.



Islamic Republic of Iran
Ministry of Health & Medical Education



The National Service Framework for **Traffic Injuries**

**According to the National Action Plan of Prevention and
Control of Non-Communicable Diseases in IRAN**

2019



جمهوری اسلامی ایران
سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

سند ملی

سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر
و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران
در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴

۱۳۹۴



تهران، شهرک قدس، خیابان سیمای ایران، ساختمان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تلفن: ۸۰-۸۸۴۶۳۵۶-۹۸۲۹