

پیش‌گفتار

UNAIDS (برنامه ی مشترک ملل متحده در مورد (HIV/AIDS)) بر این عقیده است که نزدیک به 30% از سرایت های جدید HIV خارج از صحرای آفریقا مربوط به وسایل آلوده ی تزریقات می باشد. در اروپای شرقی و آسیای مرکزی، استفاده از وسایل آلوده ی مربوط به وسایل آلوده ی مربوط به تزریقات، دلیل بیش از 80 درصد ابتلا به این بیماری به حساب می آید. با این وجود، در کل جهان، کمتر از 5 درصد از مردم که مواد مخدر تزریق می کنند دسترسی به خدمات پیشگیری از HIV دارند و حتی در جاهایی که اکثر مبتلایان به HIV را دارد، آندسته از بیمارانی که از مواد مخدر استفاده می کنند، به طور معمول از مراقبت ها و درمان های مربوطه محروم می شوند. بسیاری از کشورهایی که در آن ها این بیماری مُسری HIV/AIDS از طریق تزریق شیوع زیادی دارد، همواره روی مسئله ی اجرای قوانین جزایی در مورد استفاده از مواد مخدر تأکید دارند که این مسئله مانع از واکنش مؤثر و مناسب در برابر HIV می شود. شواهد زیادی وجود دارد مبنی بر اینکه مداخلات گوناگون به منظور جلوگیری از سرایت HIV و کاهش صدمات دیگر مربوط به تزریق مواد، می تواند تا حد زیادی مناسب، مؤثر به عنوان

معیارهای سلامت عمومی و البته مقرون به صرفه باشد. علی
رغم چنین شواهدی، میلیونها انسان در سراسر جهان که از
مواد استفاده می کنند به چنین خدماتی بنا به موانع
قانونی و اجتماعی، دسترسی ندارند.

قانون بین المللی حقوق بشر، وظیفه ای را بر ایالات و
کشورها مقرر کرده است که بر طبق آن ، کشورها موظفند تا
بالاترین حد استاندارد ممکن به حقوق انسانها احترام
گذاشته و از سلامت انسانها حمایت کنند و این شامل آندسته
از کسانی که از مواد استفاده می کنند نیز می شود.

سایر حقوق انسانی مربوط به اپیدمی HIV/AIDS می باشد.
زمانی که از حقوق انسانها حمایت نمی شود، جلوگیری به
عمل آوردن از شیوع HIV مشکل تر می شود و تأثیر این
اپیدمی روی افراد و جوامع بدتر می شود. در نتیجه،
دول عضو UN متعهد شده اند که :

قوانین، مقررات و سایر مصوباتی که طبق آن تمام اشکال
تبعیض را از میان برمی دارد را تصویب کنند، آن را تقویت
کنند و یا آنطور که شایسته است روی آن پافشاری نمایند و
اطمینان دهند که تمام انسانها از تمام حقوق انسانی خود
به طور کامل بهره مند شده و انسانهایی که مبتلا به
HIV/AIDS هستند و اعضای گروههای آسیب پذیر، همگی از

آزادی های بنیادین و پایه ای برخوردار می شوند. دول عضو UN همچنین متعهد شده اند که برنامه های گسترده ی جلوگیری از HIV را فراهم سازی کنند که این برنامه ها شامل تهیه ی وسایل استریل تزریق و تلاشهایی مبنی بر کاهش صدمات مربوط به استفاده از مواد می باشد.

انشعابات قانونی، اجتماعی و سیاسی اپیدمی HIV/AIDS بررسی و اصلاح سطح وسیعی از قوانین را واجب می کند. برخی کشورها قوانین ملی HIV/AIDS را اتخاذ کرده اند، اما این قوانین اغلب مسائل بسیار مهم سیاسی و همچنین سوء استفاده های حقوق انسانی را که اپیدمی HIV را دائمی می کند، در نظر نمی گیرد. این مسئله در مورد استفاده ی غیرقانونی از مواد مخدر به درستی صدق می کند. پیشگیری از شیوع HIV ، خدمات مراقبتی و درمانی در یک چارچوب قانونی شفاف که حامی حقوق انسانی کسانی است که از مواد مخدر استفاده می کنند، به بهترین وجه ممکن عمل کرده و اقدامات کاهش آسیب را به منظور کاهش اثرات HIV عملی می کند. یک چارچوب قانونی می تواند شفافیت و تداوم چنین خدماتی را فراهم سازد. این به خصوص در مورد رویکرد غالب جزایی کردن استفاده از مواد غیرقانونی و کسانی که از مواد مخدر استفاده می کنند حائز اهمیت است، که موانع

بیشتری را برای ارائه خدمات بهداشتی به وجود می آورد.
اصلاح قانون یک راه حل کامل و کافی برای مورد ملاحظه قرار
دادن اپیدمی HIV بین کسانی که از مواد غیرقانونی
استفاده می کنند نیست، اما گاهی مهم است که اغلب نادیده
گرفته می شود.

- طرح الگوی قانونی

در اوایل سال 2005، شبکه قانونی یک کمیته ی طرح مشورتی
تأسیس نمود، در مذاکره و رایزنی با کمیته، طرحی را برای
خلق الگوی قانونی ایجاد نمود که به دولت ها کمک می کرد
به صورت موثرتر و نتیجه بخش تری اپیدمی HIV را بین
کسانی که از مواد مخدر استفاده می کنند، بر اساس شواهد
اقدامات و حمایت های به عمل آمده از سلامت و معیارهای
پیشرفت و ترقی، مورد ملاحظه قرار دهند.
رایزنی های جامعه ی در طول پیش نویس الگوی قانونی به
عمل آمد. یک نسخه ی پیش نویس از الگوی قانونی توسط
گروهی از متخصصین قانونی، مشاورین کاهش آسیب و
نمایندگان دولت از اروپای مرکزی و شرقی و کشورهای اتحاد
جماهیر سابق در طول یک گردهمایی Vilnius, Lithuania مورد بررسی
قرار گرفت. در اوایل سال 2006، این الگوی قانونی به
شکل فرم الکترونیکی بین انسانها و جوامع زیادی منتشر

شد، که شانس بیشتری را برای تعدیل و تقویت راه حل فراهم می‌کرد. این سند نهایی، بنابراین، از تفکرات رنج گسترده ای از متخصصین در زمینه ی HIV/AIDS، حقوق بشر و سیاست دارویی، بهره مند شد.

- در مورد این راه حل

این راه حل الگوی قانونی، چارچوبی از شروط قانونی توأم با تفسیرات مربوطه با جزئیات کامل است. این راه حل، اشاره ای به نمونه هایی از قانون دارد که در آن دادرسی هایی برای برقراری یک چارچوب شفاف قانونی صورت گرفته است تا موضوعات مربوط به HIV/AIDS را بین کسانی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند، مورد توجه قرار دهد. این راه حل همچنین، قواعد حقوق انسانی و قوانین دولت ها را در سراسر سند، ادغام می‌کند. این راه حل به منظور مورد تأکید قرار دادن موضوعات حیاتی و شواهدی که اقدامات پیشنهادی را پشتیبانی می‌کند، تفسیر شده است. این راه حل الگوی قانونی به منظور اطلاع رسانی و یاری رسانی به سیاستگذاران و طرفداران در طول مدتی که به اقدامات بهسازی و قانونگذاری مشغولند، طراحی شده است تا به چالشهای قانونی ایجاد شده به واسطه ی بیماری مسری HIV بین مصرف کنندگان مواد مخدر، رسیدگی کند. راه حل

الگوی قانونی برای یک کشور یا گروهی از کشورها، اختصاص داده نشده است بلکه به این منظور طراحی شده است تا با نیازهای هر حوزه قضایی و دادرسی مناسب و وفق پذیر باشد. در برخی موارد، الگوی قانونی اختیارات قانونی متفاوتی برای حکومت هایی که قوانین حقوق بشر را رعایت می کنند، به ارمغان می آورد. امید است که این راه حل بتواند برای آندسته از کشورهایی که در آن استفاده از داروهای تزریقی فاکتور مهمی در شیوع اپیدمی HIV می باشد و مخصوصاً برای آندسته از کشورهای در حال توسعه و کشورهای در معرض شیوع که طرح راه حل های قانونی در آن به ندرت دیده می شود، بسیار مفید واقع شود.

راه حل الگوی قانونی از هشت برنامه تشکیل شده است، که موضوعات ذیل را مورد توجه قرار می دهد :

- 1) مسائل قانون جزایی
- 2) درمان برای وابستگی به مواد مخدر
- 3) برنامه های سرنگ استریل
- 4) تسهیلات مصرف دارو و به صورت نظارت شده
- 5) زندا
- 6) امداد و اطلاع رسانی
- 7) ننگ و تبعیض
- 8) برنامه های تجویز هروئین

هر یک از هشت برنامه ی فوق یک سند منحصر به فرد است. هر برنامه با پیش گفتاری آغاز می شود که هم اکنون در حال خواندن آن هستید. متن پیش گفتار در تمام این برنامه ها بسیار حیاتی و حائز اهمیت است.

به دنبال پیش گفتار، هر الگو، یک خلاصه ی پیش گفتاری، قوانین جزایی و فهرستی از راه حل های منتخب، را ارائه می کند. (همه ی اینها با همدیگر، قوانین جزایی در تمام هشت برنامه، یک الگوی قانونی را تشکیل می دهد که مسئله ی HIV/AIDS و استفاده از مواد مخدر را مورد توجه قرار می دهد)

خلاصه ی پیش گفتاری استدلالی را برای اصلاح قوانین و سیاستها در حوزه ی تحت پوشش برنامه ارائه می دهد. در ادامه، بحث و گفتگوهای انجام شده در گردهمایی های سازمان ملل در مورد کنترل مواد مخدر، و قوانین حکومتها راجع به حقوق بشر در این زمینه ، آورده شده است. بخش مربوط به الگوی قوانین جزایی شامل قوانینی می شود که می توان آن را در یک الگوی قانونی راجع به HIV/AIDS و مصرف مواد مخدر، گنجانند. قوانین به چندین فصل، بند، بخش و بخش فرعی تقسیم می شود. فصل اول (قوانین عمومی) هدف

آن قسمت از الگوی قانونی را شرح می دهد و بسیاری از واژه های مربوط به قوانین را توضیح می دهد. برخی از قوانین با یک سری تفسیر همراه شده اند. تفسیر ارائه شده اطلاعات مضاعف و یا استدلال مربوطه را در مورد قوانین ارائه می کند. برای برخی از الگوها قوانین جزایی، دو اختیار قانونی ارائه شده است، یادداشتی که در متن گنجانده شده است نشان می دهد که کدام اختیار قانونی باید اتخاذ شود. همچنین، برخی از قوانین علامت " اختیاری " دارند. این بدان معنی است که از این قانون به صورت دلخواه می توان استفاده کرد بنا به شرایط در کشور.

بخش آمده در راه حل های منتخب حاوی فهرست کوتاهی از راه حل هایی است که شبکه ی قانونی آنرا بسیار سودمند می پندارد. دو زیر بخش وجود دارد : یکی از راجع به بندها، گزارشات و اسناد سیاسی و دیگری راجع به اسناد قانونی. منابع الگوی قانونی به صورت زیر نویس نوشته شده است. یادداشت ها اطلاعات اضافی را راجع به موضوعات اشاره شده و همچنین مراجع به شما می دهند. چنانچه به یک منبع بیش از یکبار اشاره شده باشد دفعات بعدی آن را به شکل خلاصه ارائه داده ایم. (معمولاً فقط نام نویسنده، سازمان و عنوان بند یا گزارش)

برنامه ی 1

مسائل قانون جزایی

برنامه ی 1 حاوی یک یادداشت پیش گفتاری است که دلیل اصلاح قوانین جزایی را که مربوط به مصرف مواد مخدر و توضیح قوانین بین المللی مربوطه و سیاست ها، شامل قوانین حقوق بشر می شود را مورد بحث و بررسی قرار می دهد. این برنامه با یک بخش راجع به الگوی قوانین جزایی دنبال می شود. برنامه 1 حاوی یک یادداشت راجع به دادگاه های درمان اعتیاد و فهرستی از راه حل های توصیه شده می باشد.

یادداشت پیش گفتاری

دلیل اصلی اصلاحات

اتخاذ سیاستهایی که مصرف مواد مخدر و نتیج منفی از آن را کاهش می دهد اغلب باعث به وجود آمدن چالشهای سیاسی سختی می شود. به طور سنتی، سیاستهای مربوط به مصرف مواد روی هر دو جنبه ی کاهش عرضه و کاهش تقاضا متمرکز بود. کاهش عرضه و تقاضاهای مواد مخدر به وضوح علائم سلامت سیاست است در هر کجا که مصرف مواد باعث تهدیدهای جدی به سلامت سیاست می شود. اما باید اطمینان حاصل شود که ماهیت و اتخاذ سیاست های کاهش عرضه و تقاضا با قوانین حقوق بشر حکومت ها هماهنگی دارد. به طور خاص، از اتخاذ سیاست

ها و در پیش گرفتن برنامه هایی که منحصر به صدماتی به سلامت و حقوق انسانهایی که مواد مصرف می کنند، می شود مثلاً صدمه پذیری آنان را در برابر آلودگی HIV بیشتر می کند، باید خودداری کرد. موضوع اصلی این است که چه نوع تلاش هایی و با چه نوع ترکیبی، بیشترین تأثیر مثبت را روی مصرف مواد و نوع، شدت و توزیع آسیب ها دارد.

سیاست های کاهش عرضه و تقاضا که بیشتر یا به طور کلی وابسته به چارچوب اجرای قوانین جزایی هستند اغلب تأثیر منفی روی سلامت و حقوق انسانی مصرف کنندگان مواد دارد. چنین قوانینی، سیاستها و سیاستهای اجرایی می تواند با اهداف مقامات تأمین کننده ی سلامت عموم در تضاد بوده و به توانایی این مقامات برای مداخله و تأثیر مداخله و وساطت آنان، ضربه وارد کند.

اجرای قوانین جزایی نباید مشکلات اجتماعی موجود را تشدید کند (از طریق تحریم های جزایی افراطی) یا به در مان و خدمات کاهش آسیب، صدمه وارد آورده رویکردهایی که بر مبنای تحریم ها و کیفرهای جزایی استوارات به جای آنکه صدمات مصرف مواد را کاهش دهد به طرقي که در ذیل آمده آنرا افزایش می دهد :

- زمانی که می توان مواد را فقط از بازارهای زیرزمینی خریداری نمود جایی که از نیرو و ترکیب آن اطلاعی به دست نمی آید، این خود عاملی برای استفاده ی بیش از حد و سایر صدمات مربوطه به مصرف کنندگان می شود.
- ترس از کیفرهای جزایی و قیمت گران مواد مخدر می تواند مصرف کننده را به سمت مصرف مواد به اشکال مؤثرتری مثل تزریق به جای دود کردن مواد سوق دهد که این خود ممکن است در انتقال HIV و سایر بیماری های خونی، نقش داشته باشد.
- از آنجایی که دسترسی به وسایل استریل تزریق همیشه ممکن نیست، و از قابل دسترس بودن آن به خاطر قوانین متعلقات شخصی و سایر معیارهای جزایی ممانعت به عمل می آید، کسانی که مواد مصرف می کنند ممکن است مجبور شوند از سوزن ها و لوازم به صورت مشترک استفاده کنند، که ای خود عاملی برای گسترش بیماری است.
- سرمایه ی قابل توجهی صرف اجرای قوانین می شود، پولی که می شد آنرا برای جلوگیری از وابستگی به مواد و گسترش تسهیلات درمانی برای مصرف کنندگان وابسته به مواد صرف کرد. اینها راه های مؤثرتری برای کاهش تقاضای مواد مخدر است که از لطمه وارد شدن به سلامت و حقوق انسانها،

جلوگیری به عمل می آورد. در برخی شرایط، تجاوز به حقوق انسانی معتادان اغلب با رویکردهای اجرای قوانین برای مصرف مواد، پیوند خورده است. برای مثال، طبق مستندات مواردی وجود داشته است که پلیس به صورت غیرقانونی به جستجو و تفحص پرداخته است، بازداشت های مستبدانه، بازداشت های طولانی مدت قبل از دادگاه، همچنین استفاده از زور، اذیت و آزار و اخاذی از مصرف کنندگان مواد داشته است. گزارشات دیگر مبتنی بر شواهدی است که فرد بازداشت شده که از مواد محرومانده و درد و رنج عمیقی را تجربه می کرده مورد بازجویی قرار گرفته و یا حتی از حق برخورداری از وکیل نیز محروم شده است.

چنین تجاوزاتی به حقوق انسانها به خودی خود منجر کننده هستند. اینها همچنین مردم را بیش از پیش به سمت زیر زمینها سوق می دهد و بنابراین نمی گذارد که این قشر از انسانهای آسیب پذیر از خدمات اجتماعی و سلامتی به خوبی بهره مند شوند.

اقدامات شدید اعمال قانون می تواند مانع از دستیابی قشر مصرف کننده ی مواد به خدمات مراقبت از سلامت شود. تحریم های جزایی می تواند دسترسی افراد مجرب را به مصرف کنندگان مواد و ارائه اطلاعات ضروری سلامت و خدمات مربوطه مشکل سازد، می تواند باعث ایجاد ترس در مصرف کنندگان

شود زمانی که در جستجوی خدمات اجتماعی یا بهداشتی هستند، می‌تواند باعث شود که خدمه‌ای که آموزش لازمه را برای استفاده‌ی مطمئن‌تر از مواد مخدر یا وسایل لازمه برای مصرف مطمئن‌تر مواد می‌دهند، احساس شرمندگی کنند. (مثلاً توزیع وسایل استریل تزریق) ، ترس از اینکه به چشم افراد بی‌تفاوت و یا ترویج دهنده‌ی مصرف مواد به آنها نگریسته شود، می‌تواند باعث ترویج رویکردهای تبعیض آمیز در مورد مصرف‌کنندگان شود و به جای ترویج درک و یاری‌رسانی به آنها، تنها کیفر فرد خاطی را به دنبال داشته باشد.

جرم زدایی یا کیفر زدایی از استفاده‌ی فردی مواد در سایه‌ی این موضوعات سلامت عمومی، این الگوی قانونی به جرم زدایی یا کیفر زدایی از استفاده‌ی شخصی مواد مخدر توصیه می‌کند. عنصر اصلی چارچوب اعمال قوانین جزایی، قوانین و ساستهای مربوط به تحریم‌های جزایی برای مصرف مواد، مالکیت و (در برخی چارچوب‌های قانونی) اکتساب مواد است. برخی دولت‌ها توسط قانون یا سیاست، به منظور قضاوت در مورد اینکه مقدار مواد غیرقانونی متعلق به فرد، برای استفاده‌ی شخصی محسوب بشود یا خیر، استانداردهایی را تعیین کرده‌اند.

زمانی که چنین تخلفاتی مثل دارا بودن مقداری مواد مخدر برای استفاده ی شخصی، جرم و جنایت محسوب نشود، دیگر افراد متهم به چیری نمی شوند و تنها باید جریمه ی اجرایی را بپردازند. فصل 2 این قوانین کیفری چارچوبی را به منظور تخفیف در شدت جزا برای مصرف مواد و داشتن مقداری مواد برای استفاده ی شخصی، ارائه می کند. این کار را توسط فراهم سازی یک برنامه ی مشخص (نامیده می شود برنامه ی A) که شامل یک لیست از مواد مشخص کنترل شده و معیاری برای تعیین مقدار استفاده ی شخصی برای هر یک از مواد لیست شده ، می شود، انجام می دهد. الگوی قانونی شامل برنامه ی A حقیقی نمی شود، چرا که محتویات چنین لیستی به چارچوب قبلی موجود برای دسته بندی مواد تحت کنترل در هر کشور بستگی خواهد داشت.

برقراری چنین استانداردهایی برای استفاده ی شخصی باید برای قوانین و سیاست های مربوط به مواد مخدر یک نقطه ی عطف باشد. به هر حال باید توجه داشت که در برخی کشورها، به خصوص در اتحاد جماهیر سابق، گرچه دولت ظاهراً در تلاش برای کیفرزدایی از تخلف دارا بودن مواد اندک بوده است، ولیکن، مقدار استفاده ی شخصی را آنقدر کم تعریف کرده است که دارا بودن هر مقدار مواد غیرقانونی حتی خیلی

اندک نیز، بیش از مقدار مصرف شخصی محسوب می شود. در حالی که الگوی قانونی پیشنهاد شده در اینجا مقدار استفاده ی شخصی را در برنامه ی A مشخص نمی کند، ولیکن منظور واقعی از چنین پیشنهادی این است که چنین استانداردهایی باید مقدار منطقی مواد را برای استفاده ی شخصی منعکس کنند اما این مقدار باید به اندازه ای باشد که فقط برای استفاده ی یک نفر کافی باشد.

جایگزینی مناسب برای حبس

یک جزء اصلی دیگر چارچوب قوانین جزایی حبس است. اگر بخواهیم از بُعد پیشگیری از HIV به قضیه نگاه کنیم، زندانی کردن مردم به خاطر استفاده ی شخصی شان از مواد مخدر، مشکل ساز می شود. این عقیده که زندانی کردن مصرف کنندگان مواد مخدر می تواند به کاهش بیماری های خونی مثل HIV/AIDS کمک کند، کاملاً غلط است. در بسیاری از موارد، زندانیان به مواد مخدر تا حدی دسترسی دارند ولیکن به معالجات مربوط به وابستگی به مواد، درمانهای جایگزین تریاک و یا وسایل استریل تزریق خیلی کم و یا به ندرت دسترسی دارند. در نتیجه، سیاستهایی که حبس انسانها را دائمی می کند، شیوع بیماری را شدت می بخشد. سازمان بهداشت جهانی (WHO) عنوان کرده است که زندانها

محیطهای پخش HIV و سایر صدمات مربوط به مواد مخدر با ریسک بسیار بالا می باشد.

طرح اقدامات اتحادیه ی اروپا در رابطه با مواد مخدر (2005-2008) از دولت های عضو درخواست می کند که برای انتخاب یک جایگزین مناسب برای حبس مصرف کنندگان مواد مخدر و گسترش خدمات برای زندانیان با توجه به قوانین ملی، دست به کار شوند.

مدل قوانین جزایی در فصل III این برنامه به منظور برقراری یک چارچوب قانونی طراحی شده است که متخلفین را از زندان به سمت اقدامات جایگزین سوق می دهد به صورتی که به حقوق انسانی مصرف کنندگان مواد مخدر تعدی نشود. چارچوب تنظیم

شده در بند 6 مبنایی را برای اجرای کمیسیون های شبه قضایی با توانایی اداره و نظارت بر کیفرهای مربوط به کسب، مالکیت و مصرف مواد کنترل شده در اندازه های تعیین شده برای استفاده ی شخصی، ارائه می دهد. بند 6 (

b) چارچوبی را برای کیفرهای غیرامانی مثل دسترسی به برنامه های درمانی وابستگی به مواد، بعد از محکومیت در یک دادگاه قضایی، تنظیم می کند. این بندها برای آندسته از کسانی که بنا به تخلفات مربوط به مواد مخدر برای استفاده فردی محکوم شده اند، کاربرد دارد. خارج از این

دسته کسانی هستند که به خاطر قاچاق مواد مخدر و تخلفاتی نظیر واردات یا صادرات دچار محکومیت شده اند. همچنین کسانی که به خاطر تخلفات غیر موادی همچون (تجاوز، دزدی، سرقت یا خرابکاری) محکوم شده اند.

قانون و سیاست بین الملل

در زمان وضع قانون در حیطه ی مواد مخدر و مواد تحت کنترل ، کشورها باید الزاماً به تعهدات خود تحت قوانین کاربردی بین الملل، توجه داشته باشند. این شامل عهدنامه های کنترل مواد مخدر و قوانین بین المللی حقوق بشر می شود.

انجمن های سازمان ملل راجع به کنترل مواد مخدر

سه مجمع اصلی UN در رابطه با کنترل مواد مخدر :

• مجمع جداگانه سال 1961 در رابطه با داروهای مسکن

مخدر 23

• مجمع سال 1971 در رابطه با مواد روان درمانی 24 و

• مجمع سازمان ملل در سال 1988 بر ضد قاچاق مواد

ممنوعه شامل مواد مخدر مسکن و مواد روان درمانی 25-

می توان اینگونه تفسیر کرد که این مجامع به این منظور

تشکیل می شوند که با مصرف مواد به شکل یک مسئله ی تهدید

کننده ی سلامت برخورد کرده و اقدامات متعدد کاهش آسیب را

در پیش بگیرند. این مجامع به حکومت ها اجازه ی کمی انعطاف پذیری را در برابر محکومیت های مربوط به مالکیت و مصرف مواد و کنترل شده می دهد. شواهد روزافزونی مبنی بر این ادعا وجود دارد که ممنوعیت های کیفری، آسیب های توأم با مصرف مشکل ساز مواد مخدر را نه تنها کنترل نمی کند بلکه آنها را تشدید نیز می نماید.

شیوع اپیدمی HIV در بین کسانی که از مواد غیرقانونی استفاده می کنند، به خصوص از طریق تزریق، محدودیت ها و مشکلات رویکرد و تمرکز روی جزایی کردن و تحمیل کیفرهای شدید را بر ما روشن می کند.

بنابراین مهم است که حکومت هایی که اصلاح تعهدات بومی را در نظر دارند از انعطاف پذیری که تحت مجامع بین المللی کنترل مواد مخدر مجاز شمرده شده است، آگاهی یابند.

مجامع کنترل مواد مخدر سازمان ملل را می توان به درستی

اینگونه تعبیر نمود که به منظور حمایت از اجرای چنین

اقدامات کاهش دهنده آسیب مثل درمانهای جایگزین افیون،

برنامه های سرنگ استریل، لوازم نظارت شده ی مصرف دارو و

برنامه های تجویز هروئین، تشکیل شده اند. برنامه ی

کنترل مواد مخدر سازمان ملل (UNDCP) در اداره ی دارو و

جرائم سازمان ملل قرار گرفته است که یک نظر قانونی به

هیئت مدیره ی بین المللی کنترل مواد مخدر مسکن (INCB)
ابلاغ نمود مبنی بر اینکه تمام این اقدامات ذکر شده با
مجامعه کنترل مواد مخدر سازمان ملل هماهنگی دارد.
اولاً ، مجمع جداگانه یسال 1961 در رابطه با مواد افیونی
و مجمع سال 1971 در رابطه با مواد روان درمانی، اجازه ی
تولید، توزیع یا مالکیت مواد تحت کنترل را برای « اهداف
علمی و دارویی » می دهد. دولت ها خودشان چگونگی تفسیر و
اجرای چنین قوانینی را در حوزه ی قوانین بومی خود تعیین
می نمایند.

ثانیاً، قوانین کنترل مواد مخدر همچنین اهمیت اقدامات
انجام شده را به منظور حفظ و گسترش سلامت مصرف کنندگان
مواد خاطر نشان می کند. مجمع 1961 که در رابطه با
داروهای مسکن مخدر بود، دولت را موظف می کرد که به
اقدامات عملی برای میسر سازس درمان ، آموزش ، مراقبتهای
دوران نقاهت، توانبخشی و سروساماندهی وضعیت اجتماعی
مصرف کنندگان مواد ، رو آورد. به علاوه اگرچه کیفر کسانی
که مواد مخدر دارند به جز کسانی که برای اهداف دارویی و
علمی مقداری مجاز مواد در اختیار دارند، ضروری به نظر
می رسد، مجمع اظهار می کند که اقدامات درمانی ، مراقبتی
و حمایت از مصرف کنندگان مواد باید به شکل جایگزینی

برای محکومیت یا جزا یا در کنار محکومیت یا جزا، تأمین شود (بند 36 (b) تأکید شده است)

مجمع سال 1971 که در رابطه با مواد روان درمانی بود شامل تعهدات مشابه مبنی بر اقدامات عملی برای تأمین مراقبت، درمان و سروساماندهی وضعیت اجتماعی مصرف کنندگان مواد بود (بند 20) ، و قوانین مشابه که اجازه ی اقدامات لازمه را برای درمان ، مراقبت، توانبخشی و استقرار مجدد فرد مصرف کننده به عنوان جایگزینی برای محاکمه یا کیفر وی می داد (بند 22) . در جلسه ی ویژه ی مجمع عمومی UN در سال 1998 که راجع به مواد مخدر بود، مجمع اظهارنامه ای را در رابطه با راهنمایی قواعد کلی کاهش تقاضای مواد تصویب کرد که در آن ابزار داشت سیاستهای کاهش تقاضا نه تنها باید به منظور پیشگیری از مصرف مواد بلکه همچنین به منظور کاهش پیامدهای مضر و منفی اعتیاد به مواد، اتخاذ شود.

در سال 2000 ، سازمان ملل یادداشتی را پذیرفت که به واسطه ی آن مشخص می شد مشکلات اعتیاد به مواد مخدر نمی تواند به سادگی تنها توسط اقدامات مقدماتی دادرسی جزایی حل و فصل شود. یک رویکرد جزایی می تواند انسانهایی را که شدیداً به خدمات مراقبتی و پیشگیری نیاز دارند را به

سمت زیرزمینها سوق دهد. اقدامات کاهش آسیب - مثل تجویز افیون یا جایگزینی های افیون (تریاک) ، برنامه های اطمینان از دسترسی آسان به وسایل استریل مصرف مواد و وسایل مصرف مواد که متدهای بی خطرتر استفاده از مواد را به دنبال دارد و دسترسی به سایر خدمات بهداشتی سلامتی مثل درمانهای مشکل وابستگی به مواد، آموزش ، مراقبت و توانبخشی مصرف کنندگان مواد مخدر و استقرار مجدد مقام اجتماعی شان باید در مورد معتادین شود.

سوماً در مجمع سال 1988 که راجع به مقاله با قاچاق مواد ممنوعه بود، تمرکز اصلی روی جزایی کردن قاچاق (نه فرد مصرف کننده) بود که البته این رویکرد مجمع به نادرستی تعبیر شده است بی این معنا که در اختیار داشتن هر مقدار مواد ممنوعه را الزاماً یک جرم کیفری کامل تعبیر می کند.

بند 3 (2) می گوید که هر حکومتی که عضو مجمع می باشد بنا به قوانین بومی خود تملک، خرید یا کشت تریاک یا مواد روان درمانی را برای مصرف شخصی برعکس قوانین مجمع سال 1961 ، می بایست یک تخلف جزایی تفسیر نماید. به هرحال تعهداتی که تحریم های جزایی را تحمیل می کند فرق چندانی با تعهدات مجامع 1961 و 1971 ندارد. مجمع سال 1988 تنها اظهار رسمی اقدام به کیفری نمودن در اختیار داشتن مواد برای استفاده ی شخصی را واجب می کند که این با

قوانین مجامع سال 1961 و 1971 در تضاد است بنابراین ،
قابلیت انعطاف مشاهده شده در دو مجمع قبلی حفظ شده است.
همان طور که در بالا گفته شد، مجمع های فوق حاوی قوانینی
بودند که به صورت قانونی اجازه ی از میان برداشتن،
حداقل تا حدودی ، مجازات مصرف کنندگان یا دارندگان مواد
را می داد- اگر ، برای مثال کیفرزدایی به دنبال اهداف
دارویی یا علمی باشد یا نوعی اقدام عملی را برای فراهم
آوری مراقبت ، درمان یا حمایت از مصرف کننده ، ممکن
سازد. درست نیست که نتیجه ی حاصله از نشست سال 1988 را
تنها مجازات بی چون و چرای فرد دارنده ی مواد مخدر برای
استفاده ی شخصی، تعبیر نماییم. همچنین درست نیست که این
طور نتیجه بگیریم که مجمع 1988 مجازات زندان را برای
فرد محکوم که مقداری مواد برای استفاده شخصی در اختیار
دارد، ضروری می داند. بند 3 (4) می گوید که : در موارد
مشاهده ی تخلف یعنی مالکیت ، خرید یا کشت مواد مخدر
برای استفاده ی شخصی ، دولت باید اقداماتی را جهت درمان
، آموزش ، مراقبتهای دوران نقاهت ، توانبخشی ، یا
استقرار مجدد وضعیت اجتماعی فرد خاطی ، انجام دهد، حال
این اقدامات می تواند جایگزینی برای محومیت یا کیفر فرد
باشد یا در کنار محومیت و کیفر فرد ، انجام شود.

درست مثل مجامع سالهای 1961 و 1971 ، مجمع سال 1988 نیز
کیفرهای جزایی مثل حبس و زندان و یا سایر اقدامات شدید
را برای محکومینی که دارای مقداری مواد کنترل شده برای
استفاده ی شخصی بودند ، لازم و ضروری نمی بیند. دولت ها
می توانند قوانین و سیاست هایی را اتخاذ کنند که طبق آن
به مصرف مواد و وابستگی به آن به شکل یک موضوع مربوط به
سلامتی نگریسته می شود تا اینکه به دنبال تحمیل کیفرهای
شدید جزایی برای فرد خاطی باشند در نهایت آنکه ، باید
به یاد داشته باشیم که مجامع 1961 و 1971 گرچه دولت ها
را ملزم به تحمیل محدودیت هایی در تولید ، صادرات ،
واردات ، توزیع ، استفاده و در اختیار گیری مواد تحت
کنترل می کند همچنین به این نکته نیز اشاره دارد که
تعهدات دولت تحت قوانین مجامع ، باید تابع محدودیت های
قانون اساسی آن دولت باشد. در مجمع 1988 ، در مورد تعهد
دولت در کیفری نمودن مالکیت فردی ، خرید یا کشت بر خلاف
مجامع 1961 و 1971 ، صریحاً اعلام شد که نحوه ی کیفری
سازی این تخلفات به اصول و قوانین قانون اساسی آن دولت
بستگی دارد چنین اصول و قوانین مربوط به قانون اساسی
معمولاً شامل احترام به حقوق انسانها می شود، در برخی
کشورها ، تعهدات قانون بین المللی (مثل حقوق بشر) به
وضوح با قانون بومی آن کشور به واسطه ی قانون اساسی

اش ، در هم آمیخته است. بنابراین ، به اقدامات و واکنش های یک شکل نیازی نیست ، دولت ها برای تعیین سیاست هایی که مایلند در پیش بگیرند مختارند ، اتخاذ سیاست هایی که هم راستای اصول قانون اساسی بومی شان باشد مثل احترام و حفظ حقوق انسانی مصرف کنندگان مواد مخدر.

تعهدات حقوق انسانی

در تصویب و اجرای قوانین و سیاست های بومی ، دولت ها باید همچنین تعهدات خود را تحت قانون بین الملل مبنی بر احترام و رعایت حقوق بشر ، در نظر داشته باشند. تحت منشور (اساس نامه) سازمان ملل تمام دولت های عضو طبق یک معاهده ی اجباری موظفند به صورت مجزا یا گروهی برای دستیابی به هدف UN که همانا ترویج چاره سازی برای مشکلات مربوط به سلامت در سطح بین الملل و احترام جهانی به حقوق بشر و آزادی های اساسی برای همگان می باشد تلاش کنند.

اساس نامه ی UN به وضوح ابراز می دارد که در صورت به وجود آمدن تضاد بین قوانین و تعهدات یک کشور تحت اساس نامه و تعهداتشان تحت هر توافق نامه ی بین المللی دیگری ، قوانین و تعهدات UN بر تعهدات قبلی می چربد (ارجحیت خواهد داشت) . این بدان معناست که کشورها نمی توانند به صورت قانونی معاهدات بین المللی کنترل مواد مخدر را

به صورتی اجرا کنند که با تعهداتشان برای حل مشکلات سلامت و احترام به حقوق انسانها ، در تضاد باشد.

برای بیش از 50 سال ، تمام دول عضو UN مکرراً تعهدات خود را تحت اظهارنامه های جهانی حقوق بشر، تأکید و تصدیق کرده اند، بدین صورت که هرکس حق برخورداری از یک زندگی استاندارد مناسب با سلامت و بهبودی را دارد که این شامل مراقبت های دارویی و خدمات اجتماعی ضروری می شود. در 1993 ، در کنفرانس جهانی راجع به حقوق بشر ، تمام کشورهای عضو تأیید کردند که حفظ و ترفیع حقوق بشر وظیفه ی اولیه هر دولتی است. اتخاذ و اجرای سیاست ها و قوانین بومی در کنترل مواد مخدر باید این اولویت اظهار شده را منعکس نماید. در جلسه ی ویژه ی گردهمایی عمومی UN در سال 1998 که مربوط به مواد مخدر بود ، اعضای سازمان ملل اظهار داشتند که اقدامات علیه مواد مخدر نیازمند یک قانون بین المللی یکپارچه و متعادل است که با اهداف منشور سازمان ملل و قوانین بین الملل هماهنگی کامل داشته باشد و مخصوصاً احترام خاصی برای حقوق بشر و آزادی های بنیادی قائل باشد. دولت های عضو پیمان بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (ICESCR) ، حقوق تمام انسان ها را برای لذت برن از بالاترین درجه ی استاندارد

سلامت فیزیکی و روانی به رسمیت شناختند این دولت ها همچنین یک تعهد قانونی اجباری مبنی بر داشتن گامی جهت درک و شناخت کامل این قوانین دارند که شامل گامهای لازم برای پیشگیری ، درمان و کنترل بیماری مسری ، بیماری همه گیر بومی و ... و سایر بیماری می شود و البته ایجاد شرایطی که ارائه کلیه خدمات دارویی و مراقبت های درمانی را در صورت بروز بیماری ، واجب می کند. در کمیته ی UN که راجع به حقوق اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی بررسی می کند، گروهی از متخصصین که مسئول ارزیابی وضعیت پیروی دولت ها از قوانین و تعهداتشان تحت ICESCR هستند ، توضیح داده اند که « در حق برخورداری از سلامت به شکل حق بهره مندی از تجهیزات ، کالاها ، خدمات ، و شرایط گوناگون که لازمی تحقق بالاترین درجه ی استاندارد سلامت ممکن است ، باید عمیقاً ادراک شود. » همچنین پیمان بین الملل راجع به حقوق سیاسی و معدنی (ICCPR) می گوید که هر فردی به طور ذاتی حق زندگی کردن دارد. در کمیته حقوق بشر، گروهی از متخصصین که مسئول ارزیابی پیروی دولت ها از قوانین و تعهداتشان تحت ICCPR هستند، توضیح داده اند که : « این حقوق نباید به صورت کوتاه فکرانه تعبیر شوند » و اینکه دولت ها برای حفظ زندگی انسانی باید خط مشی

مثبت و پویش گرانه ای را در پیش بگیرند مثل راه حل هایی برای کاهش شیوع بیماری های مسری.

شیوع بیماری HIV و سایر آسیب هایی که مصرف کنندگان مواد مخدر با آن مواجه می شوند در شرایط ناامن ، نشان دهنده ی این مطلب است که قانون و سیاست های اتخاذ شده توسط دولت ها در مورد کنترل مواد مخدر کمکی به این آسیب ها نکرده و مانع از تلاش های بهبود سلامت بین مصرف کنندگان مواد نمی شود. به هر حال، دولت ها تعهد قانونی برای انجام وظایفشان دارند. انجام اقدامات گوناگون جهت کاهش آسیب تنها تحت پیمانانه بین الملل کنترل مواد مخدر مجاز نیست بلکه با تعهدات دولتها تحت قانون بین الملل حقوق بشر نیز هماهنگ است طبق نظر UN در مورد پیشگیری از شیوع HIV بین معتادین به مواد، اظهارنامه ی جهانی حقوق بشر و اصول و قوانین مربوط به حقوق بشر بخشی از زیربنای تلاش های پیشگیرانه از HIV در این زمینه را تشکیل می دهند. بعد از تنظیم قراردادهای بین الملل حقوق بشر ، در سال 1998 دفتر مأمور عالی رتبه UN که مربوط به حقوق بشر و UNAIDS فعالیت می کرد، خط مشی های بین المللی را در مورد حقوق بشر و HIV/AIDS ارائه داد که توانست متخصصین را در واکنش در برابر HIV/AIDS از طریق تصویب قوانین ،

اتخاذ سیاست ها و تلاشهایی که به منظور حفظ حقوق بشر و دست یابی به اهداف سلامت عمومی بود ، راهنمایی کند. این راهنمایی شامل توصیه های اصلی به این مضمون است که قانون جزایی نباید مانعی سر راه دولت ها در زمان انجام اقدامات مفید برای کاهش ریسک شیوع HIV بین مصرف کنندگان تزریقی ایجاد نماید و همچنین نباید مانع از مراقبت ها و درمان های مربوط به HIV بین معتادین تزریقی باشد. این خط مشی بر این توصیه دارد که دولت ها می بایست قانون جزایی و سیستمهای تأدیبی را بررسی و اصلاح کنند تا مطمئن شوند که با تعهدات بین الملل حقوق بشر هماهنگی دارند.

تدارکات قانونی مدل

مقاله 1 : هدف این قسمت

هدف این قسمت بدین ترتیب است :

(a) جرم زدایی یا جریمه زدایی استفاده و مالکیت مواد

کنترل شده در مقداری مشخص برای استفاده شخصی

(b) جرم زدایی استفاده و مالکیت مواد کنترل شده برای

استفاده در درمان جایگزینی افیون

(c) فراهم کردن چارچوبی برای پردازش خلاف های مربوط به

مواد کنترل شده بیش از یک کمیسیون شبه قضایی

(d) ایجاد محکومیت های قضایی برای آنهایی که محکوم به استفاده و مالکیت مواد کنترل شده در مقداری مشخص برای استفاده مشخص شده اند، به عنوان جایگزینی برای محکومیت حبس شامل تدابیر غیر اجباری برای تسهیل درمان، آموزش، بازگشت به زندگی عادی و ادغام اجتماعی با افرادی که از مواد کنترل شده استفاده می کنند.

مقاله ی 2 : تعریف ها

برای هدف این قسمت، این تعریف ها استفاده می شوند :

" جرم اداری یا جریمه " به معنای جرم یا جریمه ای که شامل ثبت جنایی نیست.

"مواد کنترل شده " به معنای ماده ای که در برنامه های زمانی [قانون گذاری مواد مخدر قابل کاربرد] باشد.

"جرم زدایی" به معنای برداشتن عنوان جنایت از روی آن، و ایجاد این جرم به عنوان جرم اداری که جریمه های خودش را ایجاب می کند.

"جریمه زدایی" یعنی برداشتن جریمه ها، جنایی یا اداری، برای تخلفات مشخص. این جرم ممنوع می ماند و در صورت تکرار فرد بازداشت می شود، ولی هیچ تحریمی را به دنبال نخواهد داشت.

"وابستگی" یعنی ملاک هایی برای وابستگی در طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD-19) برای تشخیص و شرایط آماری اختلالات ذهنی (IV-DSM) ملاک ها.

"درمان وابستگی به مواد مخدر" به معنای یک برنامه ی فرمولیزه شده با تکنیک های درمانی یا روانشناختی ویژه به منظور مدیریت با کاهش وابستگی فرد به یک مورد کنترل شده یا بیشتر، در نتیجه بالا بردن سطح عمومی سلامت شخص. این اقدامات شامل درمان جایگزینی افیون، خدمت بستری در کلینیک یا غیر از آن، تجویز داروهای برای کاهش به مواد یا کاهش اثر استفاده از مواد کنترل شده، خدمات حمایتی روانشناختی و روان درمانی و گروه های حمایت نظارت شده. "جایگزینی افیون" به معنای هر گونه دارویی که توسط پزشک مربوطه برای استفاده ی درمانی در درمان جایگزینی افیون تجویز می شود، مثل متادون و بوپرنورفین.

"درمان جایگزینی افیون" به معنای تجویز افیونی تأیید شده، که از لحاظ داروشناسی مربوط به افیون است و همان وابستگی را ایجاد می کند، به افرادی با همان وابستگی، به منظور حاصل کردن اهداف درمانی تعریف شده.

"مالکیت" داشتن مالکیت واقعی یا سرپرستی یک شخص، یا بودن در هر مکانی (چه آن مکان به آن فرد تعلق داشته

باشد و چه توسط فرد دیگری اشغال شده باشد) برای استفاده ی آن فرد یا شخص دیگری.

"مصرف" به معنای، در رابطه با موادی که در برنامه زمانی لحاظ شده، برای معرفی ماده ای کنترل شده به بدن شخص، شامل کشیدن دود ایجاد شده توسط گرم کردن یا سوزاندن آن ماده.

توجه : برنامه ی زمانی A ، به همراه این فعالیت، فهرستی از مواد کنترل شده را فراهم می آورد که مقداری برای استفاده ی شخصی یک جریمه پزشکی دارد ولی جریمه جنایی ندارد. برنامه ی زمانی A باید کمیت ها برای استفاده ی شخصی را مشخص کند، که به عنوان راهنمایی عمل می کند برای تعیین اینکه آیا مقدار مصرف شده برای استفاده ی شخصی است.

فصل II: وضعیت مواد کنترل شده

مقاله ی 3. اصلاح مواد کنترل شده

موادی ممکن است به برنامه ی زمانی A افزوده شود به همراه این شرط که پزشک مشخص کند آیا آن ماده برای سلامت عموم قابل توصیه است.

گزارش : مقاله 3

برنامه زمانی A چارچوبی برای باز طبقه بندی بوسیله ی مقام مربوطه ی سلامت عموم فراهم می آورد به منظور جرم زدایی یا جریمه زدایی. مالکیت یا استفاده از کمیت های مشخص مواد طبقه بندی شده در برنامه ی زمانی A که به منظور استفاده ی شخصی هستند، و در صورت جرم زدایی تحریم جنایی نخواهد داشت. و در صورت جریمه زدایی نه تحریم جنایی و نه تحریم اداری نخواهد داشت.

ایجاد جرم تلاش برای پیاده سازی استراتژی های سلامت عموم و رویکردهای کاهش آسیب را با به حاشیه راندن افرادی که از مواد استفاده می کنند پیچیده می کند، تماس آنها را با مسئولان سلامت کاهش می دهد و نگرانی های سلامت مربوط به مصرف مواد را افزایش می دهد، مثل آوردن کردن یا انتقال بیماری های عفونی.

به منظور پیاده سازی استراتژی های کارآمد برای افراد که مواد مخدر مصرف می کنند و برنامه های کاهش آسیب را اجرا می کنند، مقامات سلامت عمومی بعضی مواد را به برنامه ی زمانی A می افزایند. این می تواند شامل موادی برای استفاده ی درمانی یا دارویی باشد، علاوه بر موادی که برای آن جرم زدایی یا جریمه زدایی برای تخلفات مربوط به

استفاده ی شخصی، که از آنها انتظار می رود آثار سلامت عمومی مصرف مواد مخدر را کاهش دهد.

مقاله ی 4 . جرم زدایی و جریمه زدایی مواد کنترل شده برای مصرف شخصی

[دو گزینه برای مقاله ی 4 در زیر فراهم آمده اند (a4و

b4) . فقط یکی از آنها باید انتخاب شود]

گزینه 1 . مقاله ی (4) a . جرم زدایی مواد کنترل شده برای استفاده ی شخصی

مصرف و مالکیت یک ماده ی کنترل شده فهرست شده در برنامه ی زمانی A در مقداری برای استفاده ی شخصی شامل تخلف جنایی نیست ولی فقط یک تخلف اداری بحساب می آید.

گزارش : مقاله ی (4) a

به طور کلی، به معنای برداشتن یک اقدام یا فعالیت از حیطه ی قانون جنایی است. در زمینه ی قانون مواد مخدر، جرم زدایی فرایندی است که بوسیله ی آن یک فرد مسئول بعضی تخلفات جنایی را با تخلفات اداری جایگزین می کند. قصد آن برداشتن فعالیت های مشخصی از طبقه بندی به عنوان تخلفات جنایی است و سروکار داشتن با آن از طریق اقدامات اداری، پس از جرم زدایی تخلفاتی مشخص آنها همچنان

غیرقانونی می مانند و تحریمات بکار برده شده کمتر از حبس است.

انجام تخلفات جنایی در مصرف مواد مخدر، به طور خاص تزریق مواد مخدر، باعث افزایش و گسترش اپیدمی HIV/AIDS می شود. محکومیت به حبس باعث افزایش خطر انتقال HIV از طریق مصرف غیرایمنی مواد مخدر می شود. وجود جریمه های جنایی برای مالکیت یا مصرف مواد مخدر باعث می شود افراد رو به مصرف غیرایمنی این مواد بیاورند، شامل به اشتراک گذاشتن سرنگ و تزریق در محیط های آلوده. افرادی که مواد مصرف می کنند از مکان های مراقبت درمانی در اثر ترس از دستگیر شدن دوری می کنند، و بنابراین آموزش لازم را دریافت نمی کنند، و همچنین تست بیماری های خونی. به طور مشابه فراهم کنندگان خدمات درمانی از ارائه ی خدمات به افرادی که موادمخدر مصرف می کنند به خاطر ترس از توبیخ پرهیز می کنند. افرادی که حبس می شوند در معرض خطر بالاتری از ابتلا به عفونت HIV قرار می گیرند.

علاوه بر این شرایط زندان، مخصوصاً شلوغ بودن آن، ریسک عفونت های ثانویه را خیلی افزایش می دهد، مثل عفونت ریه ها، در بیماران HIV مثبت.

جرم زدایی اجازه می دهد مصرف مواد مخدر و وابستگی
موادمخدر به عنوان یک نگرانی سلامت عمومی بحساب آید نه
یک مسأله ی جنایی، جرم زدایی باید منتج به برداشتن
تحریمات جنایی از فعالیت هایی مثل مالکیت و مصرف
موادمخدر برای مصرف شخصی.

جرم زدایی نیاز دارد به اختصاص مقادیر موادمخدر
غیرقانونی برای مصرف شخصی به منظور تمییز دادن آن
مقادیر از مالکیت بزرگ مقیاس برای اهداف توزیع مواد
مخدر.

اختصاص این مقادیر در اسناد مختلفی در کشورهای قبلاً
به جرم زدایی اقدام کرده اند یافت می شوند، بسته به
شیوه ای که مواد کنترل شده در آن کشورها توصیف شده اند.
جرم زدایی مؤثر نیاز به تعریف کمیت هایی برای استفاده ی
شخصی به شیوه ای که به شکلی واقع گرایانه ماهیت مصرف
مواد مخدر را منعکس می کند.

گزینه ی 2 : مقاله ی (4) b . جریمه زدایی مواد کنترل
شده برای مصرف شخصی

مصرف و مالکیت یک ماده ی کنترل شده ی فهرست شده در
برنامه ی زمانی A در مقداری برای مصرف شخصی نه یک جریمه
ی جنایی و نه یک جریمه ی اداری را ایجاب نمی کند.

گزارش : مقاله ی (4) b

جریمه زدایی به موقعیتی اشاره می کند که در آن ممنوعیت های قانونی هنوز برای تخلفات مشخصی وجود دارد، ولی هیچ تحریم جنایی یا اداری بکار نمی رود. در زمینه ی مواد مخدر و افرادی که از مواد مخدر مصرف می کنند، این یعنی ممنوعیت روی مواد مخدر و تخلفات مربوط به مواد مخدر هنوز وجود دارد، ولی جریمه ای برای مالکیت یا مصرف مقادیر کم مواد مخدر به منظور مصرف شخصی را باعث نمی شود. جریمه زدایی همان فواید مربوط به جرم زدایی را فراهم می کند، کاهش آسیب ایجاد شده توسط مصرف مواد مخدر را از طریق افزایش دسترسی به اقدامات مصرف ایمنی، آموزش و مراقبت سلامت و پیشگیری از محکومیت به زندان افراد مصرف کننده را تسهیل می کند. جریمه زدایی مقادیر کم موادمخدر با ایجاد این قانون حاصل می ود که مالکیت یا مصرف مقادیر کنترل شده ی مواد برای استفاده ی شخصی جریمه ای در بر نخواهد داشت.

مقاله ی 5. قانونگذاری مواد افیونی برای درمان جایگزینی

افیون

گزارش : مقاله ی 5.

قانونگذاری مواد افیونی برای مصرف در درمان جایگزینی افیون (OST) به منظور رفتار با وابستگی به مواد مخدر به عنوان یک موضوع سلامت عمومی لازم است. OST به منظور کاهش یا حذف مصرف افیونی غیرقانونی مثل هروئین ایجاد شد بوسیله ی تحت کنترل داشتن مصرف کنندگان به مدتی که لازم است و کمک به آنها برای پرهیز از الگوهای مضر مصرف افیون و جلوگیری از رفتارهای پرخطر مثل به اشتراک گذاشتن سرنگ، OST توسط WHO شناخته شده است به عنوان راهی مؤثر، ایمن و کم هزینه برای کاهش وابستگی افیون و کاهش خطرانی مثل انتقال HIV/AIDS . از مطالعات طولی و تحقیقات انجام شده برمی آید که OST یکی از مؤثرترین غالب های درمان وابستگی به افیون است.

متادون، رایج ترین افیون استفاده شده در OST ، در صدها مطالعه ی علمی نشان داده که در کاهش آسیب مربوط به مواد مخدر بدون پیامدهای سلامت منفی مؤثر است. هر دوی متادون و بوپرنورفین در فهرست مدل WHO داروهای ضروری آمده اند. بوسیله ی فراهم کردن شیوه ای از کاهش رفتار پرخطر مربوط به مصرف افیون جلوگیری می کند، مثل به اشتراک گذاشتن سوزن ها یا دیگر لوازم تزریق هروئین.

بنابراین قانونگذاری مواد افیونی برای مصرف درمانی عنصر مهمی در کاهش آسیب HIV است مصرف مواد افیونی برای اهداف درمانی سازگار با توافق 1961 روی مواد مخدر مسکن و توافق 1971 روی مواد روان درمانگر است. هر دو توافق اجازه ی تولید، حمل و نقل، توزیع مالکیت و مصرف مواد کنترل شده برای اهداف درمانی را می دهد. علاوه بر این، توافق 1988 بر علیه توزیع مواد افیونی از دسترس به داروهای OST مثل متادون و بوپرنورفین برای اهداف درمانی جلوگیری نمی کند.

فصل III. جایگزین هایی برای پیگرد قانونی و جریمه مقاله ی 6. جایگزین هایی برای پیگرد قانونی و جریمه [دو گزینه برای مقاله ی 6 در زیر فراهم شده اند (a6) و (b6) فقط یکی از آنها باید انتخاب شود.]

گزینه ی 1. مقاله ی (a)6) ارجاع به کمیسیون شبه قضایی (1) مالکیت و مصرف مقادیری از مواد کنترل شده ی فهرست شده در برنامه ی زمانی A نباید یک تخلف جنایی بحساب آید.

(2) تخلفات باید به بخش (1) ارجاع داده شود و پردازش شود، و اگر لازم و اجرایی باشد جرایمی اعمال شود، بوسیله ی کمیسیون شبه قضایی.

3) کمیسیون باید یک متخصص قانونی داشته باشد، علاوه بر فعالان درمانی، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و دیگر متخصصان در زمینه ی وابستگی مواد مخدر.

4) قواعد مراحل کار حاکم بر کار کمیسیون، شامل مجاز بودن شواهد درمانی، باید توسط مقام قضایی مربوطه و مقام سلامت مربوطه تعیین شود.

5) در رسیدن به جریمه ی مناسب برای فردی که توسط پلیس دستگیر شده برای تخلفات لحاظ شده در بخش (I) ، کمیسیون باید این موارد را در نظر بگیرد.

(a) جدیت عمل (b) درجه ی نسبی

خطا

(c) نوع مواد درگیر در تخلف (d) ماهیت عمومی و خصوصی تخلف، اگر مربوط باشد، مکان تخلف

(e) شرایط شخصی، شرایط اقتصادی، مالی مختلف

(f) آیا متخلف به طور تفننی، تفریحی از مواد مصرف می کند یا به آن وابستگی دارد.

6) کمیسیون می تواند این جریمه ها را اعمال کند (ولی فقط محدود به موارد زیر نمی شود) :

(a) یک اعلام هشدار

(b) کم کردن مصرف متناسب با مواد کنترل شده ی در مالکیت برای مصرف شخصی، با بحساب آوردن موقعیت اقتصادی متخلف (c) محدودیت در مسافرت یا حضور در مکان های مشخص (d) تعلیق رانندگی یا گواهینامه های حرفه ای (7) جریمه های اعمال شده توسط کمیسیون نباید شامل جریمه ی حبس باشد.

(8) اگر شخص دستگیر شده برای تخلفات اشاره شده در قسمت (1) توسط کمیسیون وابسته به مواد کنترل شده یافت شود، کمیسیون دستور می دهد شخص در تعداد مشخصی از جلسات با فراهم کنندگان برنامه ی درمان وابستگی به مواد مخدر حضور یابد، که اهداف آن اطمینان از این است که شخص از خدماتی که برنامه در غلبه بر وابستگی مواد مخدر ارائه می هد آگاه است و تعیین اینکه آیا شخص تمایل به شرکت در برنامه را دارد.

کمیسیون فرد را مجبور نمی کند تحت درمان وابستگی به مواد مخدر قرار گیرد.

گزارش : مقاله ی (6) a)

این چارچوب وسیله ای برای ارزیابی تخلفات شخص دستگیر شده برای تخلفات مواد مخدر ارائه می کند، و تحریماتی را اعمال می کند که به شرایط تخلف و متخلف توجه می کند،

شامل ماهیت مصرف او و وابستگی به مواد مخدر. تحریمات قابل اعمال جنایی نیستند و ثبت جنایی نمی شوند. پیاده سازی این چارچوب به همراه جرم زدایی و جریمه زدایی مالکیت مواد کنترل شده برای استفاده و مصرف شخصی حاصل می شود. نتایج بدست آمده نشان می دهد این روش سطح تکرار تخلف را کاهش می دهد.

گزینه ی 2 : مقاله ی (6) b. تدابیر محکومیت غیر از حبس (a) شخص در یک دادگاه قضایی برای تخلف مصرف یا مالکیت مواد کنترل شده [بر خالف قانونگذاری مواد مخدر] مجرم شناخته می شود.

(b) به عقیده ی دادگاه، با بحساب آوردن مقدار مواد تحت مالکیت و همه ی دیگر شرایط مربوطه ی پرونده، مصرف یا مالکیت یک ماده ی کنترل شده برای مصرف شخصی تشخیص داده شده.

(c) جریمه ی نقدی برای شخصی، اگر دادگاه ارضا شود که شخص قادر به پرداخت جریمه است.

(d) دستور اینکه شخص محکومیت را از طریق خدمات اجتماعی اجرا کند، بسته به شرایط شخص.

e) صدور دستور نظارت، یعنی اینکه شخص باید در مکان مشخصی تحت نظارت باشد، و در طول آن زمان باید دستوراتی که به او داده شده است را اجرا کند.

2) دادگاه به شخص دستور می دهد تا در تعداد مشخصی از جلسات شرکت کند تا مطمئن شوند شخص از برنامه ی درمان وابستگی به مواد مخدر آگاهی دارد و یا اصلاً علاقه ای به شرکت در آن برنامه دارد. دادگاه شخص را مجبور نمی کند تحت درمان وابستگی به مواد مخدر قرار گیرد.

3) دادگاه برای تصمیم گیری باید وابستگی به مواد مخدر، سن، شرایط اجتماعی و شخصی، شرایط جسمانی، جنسیت و شخصیت متخلف را در نظر بگیرد. در تصمیم گیری دادگاه باید ارزیابی کلینیکی را نیز در نظر بگیرد.

مقاله ی 7. دسترسی داوطلبانه به ارزیابی کلینیکی

1) اگر اطلاعاتی باشد که شخص وابستگی به یک ماده ی کنترل شده داشته باشد، وقتی او تخلض را مرتکب می شود، یا در هنگام محکومیت متخصص سلامت را می دهد تا سطح احتمالی وابستگی شخص به مواد تعیین شود.

2) یک رونوشت از ارزیابی کلینیکی باید به دادگاه ارائه شود، همچنین به مسئول برنامه ی درمان وابستگی مواد مخدر که شخص در آن شرکت می کند.

3) شخص همواره حق امتناع از شرکت در یک ارزیابی کلینیکی را دارد، و هیچ جریمه ای برای چنین امتناعی اعمال نمی شود.

گزارش : مقالات (6b و 7

این مقالات در مورد جایگزین هایی برای محکومیت به حبس هستند، که برای ارجاع چنین تخلفاتی به یک کمیسیون شبه قضایی فراهم می شوند. اگر انتخاب شود که رسیدگی به این تخلفات در سامانه ی قضایی ادامه یابد، شدت جریمه های جنایی را کاهش می دهد، و در مرحله ی محکومیت شدت محکومیت قضایی را کاهش می دهد. هدف این قانونگذاری انعطاف پذیری قانون در برابر مصرف کنندگان مواد مخدر به منظور کاهش پیامدهای مصرف کنندگان است. که شامل گزینه های محکومیت غیر از حبس زیادی می شود. رویکردی که ارائه شد گزینه های مختلفی را برای مقامات دادگاه فراهم می کند، به منظور اینکه برای تخلفات مربوط به مواد مخدر محکومیت هایی غیر از حبس فراهم آورد، یکی از آنها اجبار شخص مصرف کننده به شرکت در جلسات درمان وابستگی به مواد مخدر است. این رویکرد مزیتش دور نگهداشتن شخص از سامانه ی قضایی - جنایی است تا بیشتر به خدمات درمانی و سلامت دسترسی داشته باشد.

دادگاه های درمان مواد مخدر

اقداماتی که صورت گرفت، مخصوصاً آنهایی که به دنبال جایگزین هایی برای محکومیت های قضایی بودند، هدفشان پیاده سازی در سامانه ی دادگاه نرمال بود، و هدف و توصیه شان پیاده سازی دادگاه های درمان مواد مخدر نیست. دادگاه های درمان مواد مخدر ابتدا در اوایل دهه ی 1990 در آمریکا توسعه یافتند، و همچنین در کانادا پیاده سازی شدند، سپس استرالیا و بریتانیا. در حالی که مدل های زیادی برای دادگاه های درمان مواد مخدر وجود دارد، دادگاه دستور شرکت در درمان وابستگی به مواد مخدر را به عنوان بخشی از محکومیت قضایی را می دهد. اگرچه دادگاه های درمان مواد مخدر تلاش می کنند با دور نگه داشتن متخلفان مواد مخدر از سامانه ی قضایی آسیب آنها را کاهش دهند، واقعیت این است که شرکت کنندگان تحت تهدید محکومیت به حبس وارد درمان می شوند. افراد تحت استرس زیادی قرار می گیرند و نمی توانند بدون مواد مخدر به کار ادامه دهد. همچنین در بعضی پرونده ها ترس این وجود دارد که شرکت کننده ی دادگاه مواد مخدر اگر از طریق دادگاه برای اشخاص مصرف کننده ی مواد مخدر محکومیت های بالاتری از حالت معمول در نظر می گیرد.

یک نگرانی دیگر این است که اشخاص دستگیر شده برای تخلفات مواد مخدر فقط برای به زندان نرفتن وارد برنامه های درمانی می شوند، در نتیجه ای افراد به برنامه ها رغبت ندارند. نتایج نشان می دهد اشخاصی که بدون رغبت یا بدون آگاهی وارد برنامه درمانی می شوند کمتر از برنامه سود می برند و احتمال موفقیت برنامه روی آنها خیلی کم است. تهدید محکومیت به حبس همچنین حق امنیت شخص را نقض می کند.

دادگاه های درمان مواد مخدر مصرف مواد مخدر را به عنوان یک موضوع جنایی می بینند نه یک موضوع سلامت عمومی. دادگاه های درمان مواد مخدر هیچ برتری از خود بر سامانه ی معمولی قضایی نشان نداده اند. این دادگاه ها نگرانی ها از نقض حقوق بشر را بالا می برند.