

اقدامات قوه مجریه جمهوری اسلامی ایران در ایفای تعهدات بین‌المللی مربوط به پیشگیری کنشی از جرائم مواد مخدر (در پرتو حق بر سلامت)

میرشهبیز شافع*
محسن یکتا خدایی**

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۵/۱۹

چکیده

مواد مخدر و جرائم مواد مخدر، جزء چالش برانگیزترین معضلات پیش روی بشر امروزی است و دولت‌ها در سطح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی کوشیده‌اند به هر ترتیب ممکن، با این پدیده‌های مخرب و ناگوار که متأسفانه آثار و عواقب بسیار شومی برای جوامع انسانی نیز دارند مقابله کنند. امروزه بسیاری به این نکته مهم اعتقاد و بر آن اصرار دارند که مواد مخدر و جرائم مواد مخدر، به‌ویژه تحقق یک حق مسلم و مهم بشری را با مانع و چالش جدی مواجه می‌سازند یعنی حق بر سلامت. آنچه در کنوانسیون‌های سه‌گانه مربوط به مواد مخدر نیز قابل رؤیت است، تأکید بر همین موضوع است. بر همین اساس، دولت‌ها متعهد به ایفای برخی وظایف شده‌اند تا به نحو مؤثرتر و کارآمدتر با جرائم مواد مخدر به‌ویژه قاچاق آنها در سطح فراملی مقابله کنند. این تعهدات را می‌توان به دو دسته تعهدات ناظر بر مرحله قبل از وقوع جرائم مواد مخدر و تعهدات مربوط به مرحله پس از وقوع این جرائم تقسیم کرد. تعهدات دسته اول که آنها را تعهدات به پیشگیری کنشی از جرائم مواد مخدر نام نهاده‌ایم، عبارتند از سازوکارهایی که با محوریت دو حق سلامت در همه ابعاد و با همه مقتضیاتشان به منظور پیشگیری از وقوع جرائم مواد مخدر به کار

* استادیار دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی.

mirshahbiz@hotmail.com

** دانشجوی دکتری حقوق بین‌الملل دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی.

mohsen_khodae46@yahoo.com

می‌روند و عملیاتی می‌شوند. در این نوشتار، اقداماتی که دولت ایران به عنوان یک عضو جامعه بین‌المللی برای پیشگیری کنشی از وقوع جرائم مواد مخدر به اجرا درآورده است را بررسی می‌کنیم با توجه به این نکته که ایران اتفاقاً به دلیل قرار گرفتن در هلال طلایی، با جرائم مواد مخدر بسیار درگیر بوده و هزینه‌های انسانی و غیرانسانی زیادی هم پرداخت کرده است.

کلیدواژگان

مواد مخدر، جرائم مواد مخدر، پیشگیری کنشی از جرم، حق بر سلامت، اقدامات ایران، تعهدات بین‌المللی.



مقدمه

ایفای تکالیف بین‌المللی در راستای مقابله با مواد مخدر و جرائم مواد مخدر در مورد کشور ما ایران که از یک سو عضوی از جامعه بین‌المللی است و از سوی دیگر به دلیل قرار گرفتن در هلال طلایی که مسیر ترانزیت مناسبی برای مرتبط کردن مراکز تولید مواد مخدر به مراکز مصرف آنها است و بنابراین به رغم توفیق در مبارزه با کشت مواد مخدر در داخل، به هیچ‌وجه نتوانسته از آثار و عواقب شوم قاچاق مواد مخدر در خارج مصون بماند و لذا به‌عنوان عضو بسیار آسیب‌پذیر جامعه بین‌الملل در این زمینه قلمداد می‌شود. به این ترتیب ایران می‌تواند بازبزرگ مهمی در صحنه مقابله و مبارزه با مواد مخدر و جرائم مواد مخدر باشد.^۱ در عین حال، تلاش دولت‌ها در سطح بین‌المللی به منظور مقابله با مواد مخدر از نخستین سطح و از رهگذر اقدام به ابتدایی‌ترین تدابیر آغاز شده و به پیشرفته‌ترین و پیچیده‌ترین مراحل می‌رسد. انعقاد معاهدات بین‌المللی در زمینه مبارزه با مواد مخدر و جرائم مبارزه با مواد مخدر، به نظر، ابتدایی‌ترین اقدام می‌رسد؛ اقدامی که مسبوق به نیل دولت‌ها و کشورها به‌ویژه دولت‌ها و کشورهای سیبل (هدف/آماج) به یک باور مشترک برای مبارزه با مواد مخدر است و به خوبی می‌تواند تلاش‌ها و دیگر اقدامات را جهت‌دار ساخته و سامان ببخشد.^۲ آنچه در سه کنوانسیون راجع به مواد مخدر در رابطه با تعهدات دولت‌های عضو در رابطه با پیشگیری از جرائم مواد مخدر آمده را می‌توان عبارت دانست از: تعهدات ناظر بر افزایش و تضمین ایمنی و سلامت شهروندان و تعهدات ناظر بر تحدید تولید، تبادل و دسترسی به مواد مخدر. در عین حال، این تعهدات را می‌توان مورد تحلیل قرار داد. به عقیده ما در تحلیل این تعهدات که ناظر و شامل بر دولت ایران به‌عنوان یکی از دول عضو کنوانسیون‌های سه‌گانه مواد مخدر نیز می‌شود، می‌توان یک حق مهم را مینا گرفت و در واقع با محوریت این حق بنیادین از حقوق بشری، تعهدات مذکور را تحلیل کرد. این

۱. امیرخیزی، محمدرضا؛ اقدام‌های جامعه بین‌المللی در مبارزه با مواد مخدر، مجله سیاست خارجی، سال ۱۳، ش ۵۱، پاییز ۱۳۷۸، ص ۹۵.
 ۲. ترابی، یوسف؛ اعتیاد؛ تهدیدی آشکار بر امنیت ملی، فصلنامه دانش انتظامی، ش ۲، تابستان ۱۳۸۰، ص ۱۱۷.

حق عبارت است از حق بر سلامت. در واقع به نظر می‌رسد که مواد مخدر و جرائم راجع به آنها، مقولاتی دقیقاً خلاف مبنا و مقتضای این حق بشمار می‌آیند زیرا، حق شهروندان بر سلامت و برخورداری از بالاترین کیفیت تمامیت جسمانی و روانی را خدشه‌دار ساخته با چالش جدی مواجه می‌سازد. ضمن اینکه این حق، بیشتر جنبه فردی دارد. از جنبه فردگرایانه، مواد مخدر، به وضوح سلامت جسمی و روانی شهروندان اعم از مصرف کننده و غیرمصرف کننده را به خطر می‌اندازد و لذا امری مخالف اقتضائات حق بر سلامت است.^۱

مبحث اول: مفهوم و مؤلفه‌های حق بر سلامت

شناسایی حقی با عنوان حق بر سلامت در سطح جهانی، هرگز به معنای روشن بودن همه ابعاد و جوانب آن و محتوای آن به‌طور کامل نیست. تبیین حق بر سلامت کاری دشوار است. در معنای محدود، حق بر سلامت مساوی است با حق بر برخورداری از ارگان‌های سالم و به این ترتیب حق بر سلامت معادل است با حق بر سالم بودن و مریض نبودن. در معنای گسترده اما این معنای محدود، تنها بخشی از معنای حق بر سلامت را شکل می‌دهد. در مفهوم گسترده، سلامت معادل رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و نه فقط عدم بیماری یا فقدان ناتوانی. در مفهوم اخیر، حق بر سلامت، تعابیری چون «حق بر مراقبت‌های پزشکی» (Right to medical cares)، «حق بر مراقبت‌های بهداشتی» (Right to health cares)، «حق بر حمایت و صیانت از سلامتی» (Right to health protection) را نیز دربرمی‌گیرد. باید اشاره داشت به اینکه به رغم شناسایی حق بر سلامت به‌عنوان یکی از حق‌های بشری، ماهیت و محتوای این حق به‌طور کامل روشن و آشکار نیست و از وضوح و شفافیت لازم نیز برخوردار نیست به‌طوری که تحلیل و تبیین محتوایی حق مزبور را امری دشوار و پیچیده می‌سازد زیرا، عبارت حق بر سلامت، تعبیری نارسا قلمداد شده است.^۲

1. Gary S. Backer and Others, The Economic Theory of Illegal Goods: the Case of Drugs, NBER Working Paper, No. 10976, Issued in December 2014, available at: <http://www.nber.org/papers/w10976>, Cambridge, 2004, p 2.

2. Francisco E. Thoumi(2004), Political Economy & Illegal Drugs in Colombia, vol.2., Lynne Rienner Publishers Inc., Boulder, Colorado, 4th eds, 2004, p 17.

بند اول: نظریات ارائه شده درباره حق بر سلامت

حق بر سلامت به مثابه حقی بشری، همانند بسیاری دیگر از مفاهیم و مباحث مهم دانش بشری، محل ابهام و اختلافات فکری و نظری است. از یک طرف به اعتقاد برخی، موضوع سلامت، امری نسبی است که متناسب با شخصیت و محیط زندگی و نوع فعالیت و اشتغال افراد تغییر می‌یابد و لذا مفهومی در نوسان است. از سوی دیگر، سلامت نه فقط به معنای بیمار نبودن بلکه به مفهوم برخورداری از وضعیت رفاه کامل و یا لااقل نسبی جسمی، روانی و اجتماعی است و فقدان بیماری، تنها جزئی از مفهوم ارائه شده است لذا حق بر سلامت را نمی‌توان به حق بر سالم بودن و مریض نشدن منحصر کرد. از جهتی بنابر اعتقاد برخی دیگر، حق بر سلامت را نمی‌توان دقیقاً به معنای برخورداری از سلامت معمول و متعارف فرض کرد بلکه باید آن را ناظر بر طیف متنوعی از تسهیلات، امکانات و خدمات دانست که دولت‌ها به موجب معاهدات بین‌المللی، به آنها متعهد شده و افراد انسانی به واسطه آن، قابلیت برخورداری و استحقاق بهره‌مندی از آن را یافته‌اند. عده‌ای دیگر از متخصصان امر معتقدند حق بر سلامت، در تمامی سطوح و در همه اَشکال و نمودهایش، حاوی و شامل اصول به هم پیوسته و مرتبطی است که نقش اساسی و تأثیرگذار در تحقق کامل این حق دارند.^۱

با وجود این، کاربرد دقیق و مناسب آنها بستگی به شرایط و مقتضیات حاکم بر هر کشور خواهد داشت اما اصول راهبردی حاکم بر این حق همانند محتوای اصلی حق بر سلامت، به اندازه کافی دارای انعطاف می‌باشند که پذیرش جهانی را به ارمغان آورند. بر همین سیاق، عده‌ای، عبارت «خدمات سلامت» را به هر نحو دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و نیز خدمات پیش شرط استقرار نظام سلامت اطلاق کرده‌اند و پیش شرط‌های مورد اشاره را نیز عبارت دانسته‌اند از برابری و عدم تبعیض در دسترسی به امکانات و تسهیلات و خدمات سلامت، در اختیار بودن دائمی امکانات، تسهیلات و خدمات سلامت، قابلیت پذیرش امکانات، تسهیلات و خدمات به معنای امکان سازگار کردن و متناسب کردن امکانات، تسهیلات و خدمات سلامت با شرایط و

۱. کلهر، سمیرا؛ **شکاف‌های منطقه‌ای در نگرش ایرانیان به مصرف مواد مخدر**، مجله مطالعات اجتماعی ایران، ش ۷، پاییز ۱۳۸۸، ص ۱۷۹ و نیز مختاریان، حسن؛ **اثرات تجارت مواد مخدر بر تثبیت اقتصاد کلان**، مجله اعتیادپژوهی، س اول، ش ۴، پاییز ۱۳۸۲، ص ۷۱.

هنجارهای بومی و ملی، کیفیت بالای امکانات، خدمات و تسهیلات سلامت و توزیع جغرافیایی مناسب امکانات، تسهیلات و خدمات سلامت. بر اساس همین اندیشه‌ها است که عده‌ای نتیجه گرفته‌اند که حق بر سلامت با دیگر حق‌های بشری ارتباط تنگاتنگی دارد از جمله حق بر حیات، حق بر غذا، حق بر مسکن و پوشاک، حق بر آزادی بیان و حق بر گردش اطلاعات و حق بر حریم خصوصی.^۱

بند دوم: حق بر زیست سالم؛ مؤلفه اصلی حق بر سلامت

زیست سالم در واقع چیزی جزء برخوردارگی و بهره‌مندی از استانداردهای رفاهی در زندگی نیست. بنابر عقیده برخی، در مرکز حقوق رفاهی، حق بر استاندارد مناسب زندگی قرار دارد. (با استناد به اعلامیه جهانی حقوق بشر ماده ۲۵، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی ماده ۱۱ و کنوانسیون حقوق کودک ماده ۲۷) بهره‌مندی از این حق، مستلزم این است که هر شخص از حق‌های ضروری برای معاش و زیست بهره‌مند باشد.^۲ مفهومی کاملاً مرتبط با این معنا، مفهوم «مراقبت» و «مساعدت» است. مراقبت و مساعدت، در واقع اصلی‌ترین سازوکارهای صیانت از حق بهره‌مندی از زندگی سالم و استاندارد هستند. در میان حق‌های مرتبط با حق بهره‌مندی از زیست سالم، حق بر مساعدت و مراقبت (میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ماده ۱۰، کنوانسیون حقوق کودک ماده ۱۰) و حق بر تأمین اجتماعی (اعلامیه جهانی حقوق بشر ماده ۲۵ و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ماده ۹ و کنوانسیون حقوق کودک ماده ۲۶) از اهمیت مضاعفی برخوردارند.^۳

این‌گونه توجیه کرده‌اند که یکی از مؤلفه‌های حق بر سلامت، حق بر زیست سالم است زیرا، تنها در پرتو شناسایی و تضمین حق بر زیست سالم یا زیست برخوردار از استانداردها و حقوق رفاهی

۱. توبی، بریژیت؛ **حق بر بهداشت**، ترجمه علی کمالی، انتشارات مجد، چ اول، ۱۳۸۸، ص ۳۰.

۲. زارعی، مرتضی؛ **بررسی ابعاد حقوقی حق بر سلامت به‌عنوان یکی از حقوق بشر**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ۱۳۸۹، ص ۳۳.

3. Labontee, R. & Others, Trade and Health, In: Williams, O.P. & Kay, A., (eds.), Global Health Governance: Crisis, Institutions and political economy, London, Palgrave Mc. Millan, 2009, p 88.

است که می‌توان حق بر سلامت را عینی و محقق دانست و تنها در فرض وجود استانداردهای رفاهی و برخورداری از سازوکارهای تضمین‌کننده آن است که می‌توان حق بر سلامت را مستقر محسوب نمود. بنابراین تا زمانی که فردی از استانداردهای رفاه بهره‌مند نباشد نمی‌توان گفت حق بر سلامت نسبت به وی جریان دارد. حق برخورداری از استانداردهای رفاه، به‌عنوان یک مینا برای استحقاق‌هایی که می‌توانند مجموعه‌ای از استانداردهای مناسب برای زندگی را تضمین کنند عمل می‌کند. و گفته شد که حق بر سلامت تنها به معنای حق بر بیمار نبودن یا بیمار شدن نیست بلکه گستره‌ای وسیع‌تر از این دارد. در عین حال «حق بر زیست سالم» مهم‌ترین موضوع داخل در گستره حق بر سلامت است. در واقع، ما فرد انسانی را برخوردار و منتفع از حق بر سلامت در همه ابعادش محسوب کرده‌ایم چون او حق دارد از زیست سالم بهره‌مند باشد و لذا بر فرض، اگر حق بر زیست سالم از وی گرفته شود، دیگر نمی‌توان مدعی بود که حق بر سلامت نیز نسبت به وی در جریان است.^۱

مبحث دوم: احصاء تعهدات دولت‌ها در زمینه پیشگیری کنشی از وقوع جرائم

مواد مخدر در پرتو حق بر سلامت

به نظر می‌رسد آنچه در کنوانسیون‌های سه‌گانه مواد مخدر و نیز دیگر اسناد موجود در زمینه مقابله با مواد مخدر به‌عنوان تعهدات دولت‌های عضو مورد تصریح قرار گرفته شده و بر مبنای مقتضای حق بر سلامت قابل تبیین است را بتوان شامل دو دسته تعهدات دانست؛ تعهدات ناظر بر تحدید تولید، تبادل و دسترسی به مواد مخدر و تعهدات ناظر بر افزایش و تضمین ایمنی و سلامت شهروندان. در ادامه به ترتیب هریک را جداگانه بررسی خواهیم کرد.

گفتار اول: تعهدات ناظر بر تحدید تولید، تبادل و دسترسی به مواد مخدر

بخش عمده و اساسی کنوانسیون ۱۹۶۱ با عنوان «معاهده واحد مواد مخدر»، یک سری تعهدات است که کشورهای عضو معاهده را ملزم می‌سازند تا مندرجات کنوانسیون مذکور را نسبت به

1. George P. Smith, Human Rights and Bioethics: Formulating a Universal Right to Health: Health care or health protection? Vanderbilt Journal of Transnational Law, No. 38, 2008, p 20.

مواد مخدر منعکس در فهرست‌های چهارگانه منضم به این کنوانسیون و سایر مواد مخدر پیش‌بینی شده اعمال نمایند. در ماده ۲ این کنوانسیون، مقررات عمومی ناظر به فهرست‌های ۱ و ۲ و ۳ و ۴ به‌طور کلی پیش‌بینی شده و پیشاپیش اعلام شده است که کدام یک از مقررات این کنوانسیون، مشمول کدام یک از فهرست‌ها می‌گردد و سپس در مواد بعدی، این مقررات را شرح داده و حدود و کیفیت آنها را مشخص کرده است.^۱ بارزترین تعهدات مورد پذیرش دولت‌های عضو کنوانسیون ۱۹۶۱ عبارتند از: پیش‌بینی و اجرای اقدامات قانون‌گذاری و اداری لازم جهت عملیاتی ساختن مفاد کنوانسیون مورد اشاره و همکاری با کشورهای دیگر در اجرای مقررات و مندرجات کنوانسیون و محدود ساختن تولید، ساخت، صدور، ورود، پخش، تجارت، استعمال و نگهداری مواد مخدر منحصرًا برای مقاصد طبی و علمی. این تعهدات بر اساس توضیحاتی که در مورد حق بر سلامت ارائه کردیم، از منظر این حق و مقتضیات آن قابل تحلیل هستند. در واقع، دولت‌ها بر مبنای حق بر سلامت که به موجب آن همه تلاش‌ها باید در راستای تضمین بالاترین حد از سلامت جسم و روان برای شهروندان باشند و به‌ویژه دو حق زیرمجموعه ناظر بر «زیست سالم» و ناظر بر «ایمنی و محافظت» را تحقق بخشند.^۲

به‌طور کلی آن‌گونه که برخی از پژوهشگران عرصه مواد مخدر و جرائم مواد مخدر در سطح بین‌المللی گفته‌اند، هر تعهدی که دلالت بر لزوم محدود کردن دسترسی‌ها به مواد مخدر در اشکال و انواع مختلف آن کند، تعهدی مبتنی بر نتایج اجرای حق بر سلامت است. عده‌ای دیگر معتقدند نتیجه اولیه حق بر سلامت و فرایند تضمین آن از سوی دولت نسبت به شهروندان در ارتباط با مواد مخدر، این است که فرایند یکپارچه تولید، تبادل و دسترسی به مواد مخدر محدود گردد زیرا، با فراهم شدن امکان هریک از این موارد سه‌گانه نمی‌توان گفت شهروندان در پناه حق بر سلامت هستند. برخی دیگر از محققان، اصولاً هر نوع امکان دستیابی به مواد مخدر را تحت عنوان کلی «دسترسی» مورد بررسی قرار داده و هر نوع دسترسی را مخالف و معارض با

۱. ابراهیمی، صمد؛ حق بر سلامتی، انتشارات پژوهشکده باقرالعلوم(ع)، قم، چ اول، ۱۳۹۱، ص ۴.

۲. ستوده لنگرودی، نسرتین؛ بررسی قواعد حقوق بین‌الملل در جهت تضمین حق بر توسعه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۸۰، ص ۳۹.

مقتضای حق بر سلامت دانسته‌اند.^۱ در کنوانسیون مورد بحث، همچنین در ماده ۲۰ در راستای تحدید دسترسی‌ها به مواد مخدر، دولت‌های عضو به ارائه برخی آمارها ملزم شده‌اند؛ الف) آمار مربوط به تولید یا ساخت مواد مخدر، ب) آمار مربوط به استفاده از مواد مخدر برای ساخت مواد مخدر دیگر، ج) آمار مربوط به مصرف مواد مخدر، د) آمار مربوط به واردات و صادرات مواد مخدر، ه) آمار مربوط به مواد مخدر ضبط شده و ترتیب مصرف آنها و و) آمار مربوط به موجودی‌های مواد مخدر.

در کنوانسیون ۱۹۶۱ برخی محدودیت‌های خاص نیز دقیقا در راستای تضمین حق بر سلامت عموم شهروندان مورد تصریح قرار گرفته‌اند.^۲ با مطالعه مفاد این کنوانسیون به این نتیجه می‌رسیم که اگر کشوری تشخیص دهد که منع کشت خشخاش یا بوته کوکا یا شاهدانه مناسب‌ترین راه برای حمایت از سلامت عمومی و جلوگیری از انحراف مواد مخدر به طرف قاچاق است، کشت آنها را ممنوع اعلام خواهد کرد. در کشورهایی که اجازه کشت خشخاش صادر می‌شود، سازمانی تشکیل می‌گردد تا بر امور ذیل نظارت نماید:

- الف) تعیین زمین‌هایی که در آنها کشت خشخاش مجاز خواهد بود،
- ب) کشت فقط با اجازه سازمان مزبور صورت گیرد،
- ج) در پروانه صادر شده و جواز کشت، مساحت زیر کشت باید مشخص شود،
- د) سازمان مذکور محصول کشت شده را خریداری کند،
- ه) در مورد تریاک (به جزء تریاک طبی) منحصرأ سازمان مزبور حق وارد کردن، صادر کردن، تجارت عمده و نگهداری موجودی‌ها را خواهد داشت،
- و) تولید تریاک توسط کشورها نبایستی از نیازمندی‌های جاری دنیا به تریاک که توسط برآوردهای هیئت اجرایی منتشر شده بیشتر گردد و اگر تولید یا افزایش تولید در کشوری این خطر را دارد که به نفع قاچاق تریاک تمام می‌شود، اجازه تولید تریاک را نخواهند داد،

۱. مولایی، یوسف؛ **حق توسعه و جهان شمولی حقوق بشر**، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ش ۵۶، تابستان ۱۳۸۱، ص ۶۳.

۲. پلاسیدی، پریا؛ **تحریم‌های یک‌جانبه و حق بر توسعه**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۹۲، ص ۸.

ز) ساخت مواد مخدر بایستی با پروانه صورت گیرد مگر اینکه ساخت توسط دولت انجام گیرد و بر کار بنگاه‌های غیردولتی دارای مجوز بایستی نظارت کامل وجود داشته باشد،

ح) تجارت و پخش نیز بایستی با پروانه صورت گیرد و تحویل و توزیع مواد مخدر فقط با نسخه پزشک صورت گرفته و بر روی بسته‌های مواد مخدر فوق، برچسب و آگهی لازم درج گردد. داشتن مواد مخدر بدون مجوز قانونی جایز نیست و مقررات مخصوصی برای حمل مواد مخدر در جعبه‌های کمک‌های نخستین کشتی‌ها و هواپیماها در سفرهای بین‌المللی پیش‌بینی شده است تا جنبه تجاری پیدا نکند.^۱ تعهداتی کاملاً مشابه آنچه در کنوانسیون ۱۹۶۱ مورد تصریح قرار گرفته‌اند، در کنوانسیون ۱۹۷۱ مربوط به مواد روان‌گردان نیز مشهودند. اساساً با بررسی مفاد هر دو کنوانسیون، به خوبی مشاهده خواهد شد که مقررات مندرج در هر دو کنوانسیون در بسیاری موارد یکسان بوده و فقط مواد تحت نظارت در آنها متفاوت است و لذا ضرورتی به شرح آن مقررات به دلیل اجتناب از تکرار احساس نمی‌شود.^۲

کنوانسیون ۱۹۷۱ دارای چهار فهرست است که در آنها مواد روان‌گردان درج شده‌اند. برای فهرست‌های منضم تحت مواد گوناگون، کنوانسیون مذکور مقررات نظارتی خاصی وضع نموده است که عمده‌ترین و مهم‌ترین آنها، تحدید استفاده از مواد روان‌گردان برای مقاصد طبی و علمی و جلوگیری از تجارت غیرقانونی آنها است. به موجب کنوانسیون ۱۹۷۱، ساخت مواد روان‌گردان و حتی حمل و نگهداری آنها مانند مواد مخدر باید با مجوز و پروانه مخصوص صورت گیرد. همچنین مصرف مواد روان‌گردان فقط با نسخه پزشک صورت گرفته و دولت‌ها نیز می‌بایست نظارت کاملی بر تمام مراحل تولید، ساخت و توزیع آنها اعمال نمایند. گفتنی است در مقدمه کنوانسیون، هدف از تصویب آن این گونه بیان شده است: «طرف‌های این معاهده با ابراز علاقه به سلامت جسمی و رفاهی ابناء بشر و با توجه به مشکلات اجتماعی و بهداشت عمومی ناشی از مصرف نادرست برخی از مواد روان‌گردان، مصمم به پیشگیری و مبارزه علیه مصرف نادرست این گونه مواد و قاچاق ناشی از آن شده و با عنایت به اینکه مقررات شدیدتری برای

1. Some of Authors, study on judicial cooperation and extradition of drug traffickers European commission, publication office of the European union, 2013, p 116-143.

2. Denters, Erik, International Law and Development, Martinus Nijhoff publishers, 1998, p 3

تحدید مصرف این گونه مواد برای مصارف مجاز لازم است و با علم به اینکه مصرف مواد روان گردان برای مصارف درمانی و علمی ضروری است و دسترسی به مواد مزبور را برای این گونه مصارف نباید بی جهت و بی دلیل محدود کرد و با اعتقاد به اینکه اقدام مؤثر علیه مصرف نادرست این گونه مواد باید به صورت هماهنگ در سطح جهانی انجام پذیرد و با اذعان به صلاحیت سازمان ملل متحد در امر نظارت بر مواد روان گردان و با ابراز تمایل به اینکه دستگاه‌های بین‌المللی مربوط در چارچوب این سازمان گرد هم آیند و با تمرکز بر اینکه برای نیل به اهداف فوق، [انعقاد] یک معاهده بین‌المللی ضروری است، قرار زیر را تصویب نمودند...^۱

در مورد مندرجات و مفاد کنوانسیون ۱۹۷۱ نیز برخی از پژوهشگران بر این باور هستند که حق بر سلامت و رفاه و ایمنی، محورهای اصلی مورد توجه تدوین کنندگان آن بوده اند. ایشان بر این نکته تصریح کرده‌اند که جزء ماهیت و چیستی متفاوت مواد مخدر و مواد روان گردان، از حیث تعهدات دولت‌ها در مورد تحدید دسترسی و مصرف، نمی‌توان میان این دو دسته مواد تمایز و تفاوتی قائل شد لذا اولاً: آنچه در کنوانسیون‌های مواد مخدر (۱۹۶۱ و ۱۹۷۱ که مورد بررسی قرار گرفتند و ۱۹۸۸ که مطالعه خواهد شد) درباره تحدید و منع دسترسی و مصرف مواد مخدر و یا روان گردان ذکر شده، دلالت تام بر امر پیشگیری و لزوم آن در مورد این دو دسته از مواد دارد و مهم‌ترین انواع اقدامات کنشی پیشگیرانه مصوب می‌شوند و ثانیاً: همه این تدابیر و اقدامات، از منظر حق بر سلامت و رفاه و ایمنی و نتایج و اقتضات این حق قابل تحلیل و بررسی هستند زیرا، در واقع دولت‌ها خواسته‌اند با تحدید موارد دسترسی به مواد مخدر و مواد روان گردان، بیشترین میزان سلامت جسمی و روانی را برای شهروندانشان تضمین کنند و سازوکارهای اجرایی مربوط به این امر را عملی سازند.^۲

این موضوعی است که در مقدمه کنوانسیون ۱۹۷۱ نیز- چنان که آمد- مورد تصریح دولت‌های متعهد بوده است. در عین حال تشریح رویکرد کنوانسیون ۱۹۸۸ سازمان ملل متحد برای مبارزه

۱. کاسسه، آتونیبو؛ **حقوق بین‌المللی در جهان نامتحد**، ترجمه مرتضی کلانتریان، انتشارات دفتر خدمات حقوقی بین‌المللی ریاست جمهوری، ج اول، ۱۳۷۳، ص ۳۷۱.

۲. شایگان، فریده؛ حق توسعه، مرکز مطالعات حقوق بشر دانشگاه تهران، ج اول، ۱۳۸۸، ص ۲۵-۲۸ و نیز عسگری، پوریا و امیر ساعد وکیل؛ **نسل سوم حقوق بشر (حقوق همبستگی)**، نشر مجد، ج اول، ۱۳۷۳، ص ۲۵.

با قاچاق مواد مخدر و داروهای روان گردان نسبت به تعهدات دولت های عضو و نیز تحلیل این تعهدات از منظر حق بر سلامت نیز ضروری است. با دقت در مقدمه این کنوانسیون می تواند گویای حساسیت موضوع پیشگیری از جرائم مواد مخدر باشد. در این مقدمه و قبل از آغاز مواد کنوانسیون، شرح مبسوطی از انگیزه هایی که موجب تصویب این کنوانسیون گردیده، در ۱۵ بند آمده که اهم آنها عبارتند از:

- نگرانی عمیق از حجم رو به افزایش و تقاضای مواد مخدر و نفوذ روزافزون آن به گروه های اجتماعی مخصوصاً صغار و نوجوانان،
 - تمایل به ریشه کن کردن علل اصلی سوء استفاده از مواد مخدر، تقویت همکاری های بین المللی و تمایل به انعقاد یک کنوانسیون بین المللی جامع، مؤثر و کارآ که مبارزه با قاچاق مواد مخدر را هدف مشخص خود قرار داده و به ابعاد گوناگون آن توجه کند.^۱
- مستفاد از ماده ۲ کنوانسیون ۱۹۸۸، هدف این کنوانسیون عبارت است از همکاری بین اعضای آن به هر نحوی که آنها بتوانند با کارایی بیشتری، ابعاد گوناگون قاچاق مواد مخدر و داروهای روان گردان را که دارای یک قلمرو بین المللی هستند، با احترام به اصول تساوی حاکمیت ها و تمامیت سرزمینی دولت های خود و عدم مداخله در امور داخلی یکدیگر مورد بررسی قرار داده و در چارچوب مقررات داخلی خود، تدابیر لازم از جمله قانون گذاری و اقدامات اجرایی را جهت ایفای تعهدات خود نسبت به این کنوانسیون به عمل آورند. از جمله مهم ترین این تعهدات، تعهد به تحدید موارد دسترسی و مصرف مواد مخدر و روان گردان و اتخاذ تدابیر عملیاتی و اجرایی ناظر بر پیشگیری از قاچاق و مبادله و داد و ستد مواد مخدر و مواد روان گردان است.^۲ اضافه می کنیم که مقوله قاچاق مواد مخدر و پیشگیری از آن، مهم ترین موضوعی است که در کنوانسیون ۱۹۸۸ مورد ذکر و توجه است. در جای جای کنوانسیون مورد اشاره، اتخاذ و اعمال تدابیر و روش های ناظر

1. Cros E., Hecor, The right of Development as a Human right, in: Human Rights in the world Community, edited by Pilchard Clued and Burms H., western Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1992, p 162.

2. Dorfman, L. & Others, More than a message: Framing Public Health Advocacy to change corporate practices, Health Education & Behavior, vol. 32(3), 2005, pp 320-336.

بر هرچه کمتر کردن میزان دسترسی به مواد مخدر و روان گردان و نهایتاً کاهش یا امحاء کامل موارد قاچاق این مواد، مورد عنایت دولت‌های عضو بوده است که همگی، اقدامات پیشگیرانه ناظر بر قبل از وقوع جرائم مواد مخدر محسوب می‌شوند. در عین حال همه آنها در راستای تضمین و اعمال حق بر سلامت و حقوق و الزامات مرتبط با آن قلمداد می‌گردند.^۱ در جمع‌بندی می‌توان گفت مسئله تحدید دسترسی‌ها به مواد مخدر و روان گردان، یک اصل مبنایی در هر سه کنوانسیون مورد بررسی هستند. تحدید دسترسی‌ها البته عنوانی عام بوده و شامل مصادیق متعددی خواهد شد. به قول برخی از پژوهشگران، این مصادیق از کشت و زرع مواد مخدر یا تولید روان گردان‌ها در کمترین فضاها فیزیکی آغاز شده و به قاچاق‌های کلان با ارقام سرسام‌آور در سطح بین‌المللی ختم می‌شوند. در هر حال هر نوع اقدام یا تدبیری در راستای تحدید (کاهش) تولید، تبادل و دسترسی به مواد مخدر، اولاً: یک اقدام پیشگیرانه است. ثانیاً: در راستای حق بر سلامت شهروندان است. این موضوع، به‌ویژه درباره کودکان و نوجوانان حائز اهمیت است، گفته شده که آنها آسیب پذیرترین قشر جامعه در برابر مواد مخدر و روان گردان هستند. لذا کاهش موارد دسترسی آنها به مواد مخدر و روان گردان به معنای عام، از ضروریات است و نسبت به دیگر اقشار و گروه‌های جامعه از اهمیت بالاتری برخوردار است. ثانیاً: بارزترین جلوه‌ها و سازوکارهای اجرایی حق بر سلامت در مورد آنها صدق می‌کند و لذا اگر مواد مخدر و روان گردان، مهم‌ترین یا لاقلاً یکی از مهم‌ترین موضوعات آسیب‌زننده به آنها هستند، پیشگیری از موارد دسترسی و تبادل و تولید آنها نسبت به کودکان و نوجوانان، مهم‌تر و اساسی‌تر خواهد بود و لذا حق بر سلامت نیز از اهمیت و جایگاه مهم‌تر و اساسی‌تری برخوردار خواهد شد.

1. Yong, Jeffery, Obamacare Benefits Enrollment will Start Slowly: White House Predicts, the Huffington Post, Retrieved October 2, 2013, pp 24-28.

گفتار دوم: تعهدات ناظر بر افزایش و تضمین ایمنی و سلامت شهروندان

شاید به عنوان یک مبنای کلی بتوان به این نکته اشاره نمود که آنچه مستقیماً در مورد تعهدات ناظر بر تحدید دسترسی به مواد مخدر و روان گردان گفتیم، در مورد تعهدات ناظر بر افزایش و تضمین ایمنی و سلامت شهروندان نیز صادق است با این تفاوت که تعهدات ناظر بر افزایش و تضمین ایمنی و سلامت شهروندان، در مقایسه با تعهدات دسته اول کلی تر و دارای دایره شمول وسیع تر هستند و دیگر جنبه‌های مربوط به مواد مخدر علاوه بر مقوله دسترسی‌ها را نیز دربرمی‌گیرد. از جمله مهم‌ترین این جنبه‌ها تضمین سلامت شهروندانی است که در وهله اول با مواد مخدر و یا روان گردان ارتباطی از حیث مصرف خرید و فروش ندارند لیکن به دلایلی دیگر درگیر تبعات این موضوع می‌گردند. از مثال‌های بارز این جنبه مورد اشاره، از جمله می‌توان به کودکان و نوجوانان اشاره داشت که والدین مصرف کننده یا تولیدکننده یا توزیع کننده مواد مخدر دارند و به طور کاملاً ناخواسته وارد جریان‌های مواد مخدر و یا روان گردان می‌شوند. این کودکان، در ابتدا خود، نه مصرف کننده‌اند نه تولیدکننده و نه توزیع کننده اما به دلیل غلبه قدرت والدین و لزوم تبعیت از والدین خود، به جرگه فعالان عرصه مواد مخدر وارد می‌شوند. مثال بارز دیگر، کسانی هستند که خودشان کمترین ارتباطی با مواد مخدر یا روان گردان ندارند لیکن مثلاً: در همسایگی افرادی سکونت دارند که درگیر فعالیت‌های مجرمانه مواد مخدر هستند. چنین فرض‌هایی هرچند به صراحت در کنوانسیون‌های سه‌گانه مورد اشاره نبوده‌اند اما بنابر عقیده برخی پژوهشگران، تأکیدات و تصریحات عام و اشارات کلی موجود در کنوانسیون‌ها دایره وسیعی داشته و مصادیقی از این قبیل را نیز دربر خواهد گرفت.

مبحث سوم: اقدامات قوه مجریه ایران در راستای ایفای تکالیف ناشی از حق بر

سلامت، ایمنی و محافظت شهروندان

دولت ایران در مجموعه قوانین و مقررات و نیز رویه‌ها و رویکردهای کلی حاکم بر نظام حقوقی، حق بر سلامت شهروندان که حق بر ایمنی و محافظت آنها را نیز به همراه خویش دارد، مورد توجه قرار داده است البته همیشه و همه جا این توجه، میزان یکسان و ثابتی نداشته است. ارتباط حق بر سلامت و ایمنی و محافظت با موضوع مواد مخدر و جرائم مواد مخدر، در فصل نخست از

بخش حاضر توضیح داده و گفته شد که اقتضای حق بر سلامت، ایمنی و محافظت این است که کلیه عوامل نقض حق بر سلامت که به نوعی ایمنی شهروندان را در مخاطره قرار می‌دهند باید رفع گردند و یکی از مهم‌ترین این عوامل، مواد مخدر هستند.^۱

گفتار اول: اقدامات در سطح هیئت وزیران

آنچه در ارتباط با اقدامات در سطح قوه مجریه در ارتباط با پیشگیری از وقوع جرائم مواد مخدر و بر اساس حق بر سلامت و ایمنی شهروندان قابل ذکر است را می‌توان در قالب وظایف و اختیارات شخص رئیس جمهور و هیئت وزیران تحت امر وی و وظایف و اختیارات ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان متولی اصلی مقابله با مواد مخدر در کشور، مورد بحث و بررسی قرار داد. به ترتیب این دو موضوع را تحلیل خواهیم کرد. با در نظر گرفتن مجموعه قوانین و مقررات و نیز با لحاظ مسئولیت اجرای قوانین و مقررات بر عهده قوه مجریه، تردیدی نیست که رئیس‌جمهور و وزرای تحت ریاست وی، موظف به اجرای قوانین و مقرراتی که به نحوی حق بر سلامت و بهداشت و ایمنی شهروندان و اقتضات این حق را در نظر داشته و وظایف مربوط به تضمین و تأمین این حق را بر شمرده‌اند نیز هستند. در واقع، هم شخص رئیس‌جمهور و هم هریک از وزرا وظیفه دارند که قوانین و مقررات دائر مدار حق بر سلامت و ایمنی شهروندان را همچون دیگر قوانین و مقررات به اجرا گذارند.^۲ از جمله وظایفی که رئیس‌جمهور و هیئت وزیران در راستای تضمین حق بر سلامت و ایمنی شهروندان موظف به اجرای آنها هستند، وظایفی است که در سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام رهبری در حوزه سلامت مورد احصاء قرار گرفته‌اند. در میان وزارتخانه‌ها اما به نظر می‌رسد به‌ویژه دو وزارتخانه بیش از دیگر وزارتخانه‌ها با موضوع سلامت و ایمنی مردم و حق بر سلامت و ایمنی آنها مرتبط باشند؛ یکی وزارتخانه بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دیگری وزارتخانه تعاون، کار و رفاه اجتماعی و یکی دیگر سازمان بهزیستی کل کشور.

1. Taylor, S., Wealth, health and equity, university of London, WC1E6BT, 2009, pp 1-19.

2. Center for economic and social rights, rights violations in the Ecuadorian amazon, 1994, p 29.

در ماده ۱ قانون تشکیل وزارت بهداشت می‌خوانیم؛ «به منظور استفاده مطلوب و هماهنگ از امکانات پزشکی کشور در جهت تأمین و تعمیم بهداشت و درمان و بهزیستی و تحقق بندهای ۴ و ۱۲ و ۱۳ اصل سوم و آن قسمت از اهداف اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که مربوط به خدمات بهداشت و درمان و بهزیستی می‌باشد... وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی... تشکیل می‌گردد.» بدین ترتیب، وزارت بهداشت از متولیان اصلی اجرا و تضمین حق بر سلامت و بهداشت و ایمنی شهروندان است. در کنار وزارت بهداشت، باید بر وظایف وزارت رفاه نیز عنایت داشت. وزارت رفاه در سال ۱۳۸۳، پس از تصویب قانون نظام جامع تأمین اجتماعی تشکیل شد. این وزارتخانه در تیر ماه ۱۳۹۰ با دو وزارتخانه تعاون و کار و امور اجتماعی ادغام شد و حاصل آن، تشکیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی بود. با بررسی قانون تشکیل وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی می‌توان یکی از مهم ترین وظایف این وزارتخانه را وظایف مربوط به حوزه سلامت و ایمنی و عبارت دانست از برنامه ریزی و نظارت بر اجرای قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و سایر قوانین و مقررات ذیربط، برنامه ریزی به منظور ساماندهی و هدفمند کردن یارانه‌ها و منابع حمایتی در جهت استقرار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و برنامه‌ریزی به منظور پیاده سازی نظام جامع بیمه سلامت.

این توضیح را نیز می‌افزاییم که در تکمیل خدماتی که وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی فعلی در حوزه سلامت و بهداشت و ایمنی به شهروندان ارائه می‌کند، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۳ به تصویب مجلس رسید که در قسمت مربوط به خود مورد بررسی قرار خواهد گرفت. در سطح قوه مجریه و در ارتباط با وظایف و اختیاراتی که شخص رئیس‌جمهور و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به‌طور ویژه در رابطه با بحث سلامت و بهداشت و ایمنی و حق بر سلامت و بهداشت و ایمنی شهروندان بر عهده دارند، اقدام در خور تحسین دیگری که صورت گرفته، «طرح بیمه سلامت همگانی» است که از روز اول اردیبهشت ۱۳۹۳ به اجرا درآمد که با اجرایی شدن آن، حق بیمه شهروندان به‌طور کامل از سوی دولت و از محل هدفمندسازی یارانه‌ها تقبل شد.

گفتنی است در این طرح، وزارت بهداشت، همکار مستقیم وزارت رفاه بوده است. به عقیده ما اولاً: اقداماتی از این دست، کاملاً و دقیقاً در راستای تضمین و تأمین و تحقق حق بر سلامت و

بهداشت و ایمنی شهروندان است و ثانياً: ارتباط مستقیمی نیز با مسئله مواد مخدر دارد به گونه‌ای که اگر مواد مخدر را عامل ضد سلامت و بهداشت می‌نامیم، هر اقدامی در راستای ارتقای سطح سلامت و ایمنی شهروندان را باید حرکتی در جهت کاهش اثر مواد مخدر و روان گردان و جرائم مشتمل بر این مواد قلمداد نماییم. به این ترتیب، با توانمندسازی افراد و حفظ میزان سلامت و ایمنی آنها در بالاترین سطح می‌توان اثر مواد مخدر و نیز درجه تمایل و گرایش افراد به مواد مخدر و در نتیجه میزان ارتکاب جرائم مواد مخدر را به حداقل رساند و به این ترتیب، پیشگیری مؤثری از وقوع جرائم مواد مخدر را عملی ساخت. نظیر همین رویکرد در برخی کشورهای دیگر که دارای نظام خدمات بیمه‌ای منسجم و کارآمد هستند مشاهده می‌شود. جالب آنکه یکی از موارد مورد تأکید و اصرار سازمان بهزیستی کل کشور نیز همین بحث توانمندسازی است. در ماده ۱ قانون تشکیل سازمان بهزیستی کل کشور، در بند (د)، یکی از رسالت‌های مهم این سازمان، توانمندسازی افراد فاقد مهارت‌ها و توانایی‌های لازم شناخته شده است.

گفتار دوم: اقدامات ستاد مبارزه با مواد مخدر

به منظور پیشگیری از اعتیاد و مبارزه با مواد مخدر و به موجب ماده ۳۳ قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۶۷/۸/۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام، ستادی به ریاست رئیس‌جمهور تشکیل و کلیه عملیات اجرایی ناظر بر پیشگیری و مقابله با مواد مخدر و جرائم مواد مخدر و آموزش عمومی و تبلیغ علیه مواد مخدر در این ستاد متمرکز شده است. از مهم‌ترین وظایفی که بر عهده ستاد مبارزه با مواد مخدر گذاشته شده و در راستای ایفای آن، اختیاراتی نیز برای ستاد در نظر گرفته شده، وظایف ناظر بر پیشگیری از وقوع جرائم مواد مخدر از جمله کشت، قاچاق، توزیع و مصرف است. با اینکه در هیچ منبعی به محوریت بحث حق بر سلامت و ایمنی شهروندان در برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر اشاره نشده لیکن به نظر می‌رسد ستاد به‌طور ضمنی و تلویحی، این مؤلفه را مد نظر خویش دارد و حتی اگر به‌صورت مستقیم، مداخلیتی در موضوع حق بر سلامت و ارتقای سطح سلامت و ایمنی شهروندان ندارد و اما قطعاً در همکاری‌های مشترکی که با سازمان‌ها و دستگاه‌های ذی‌ربط دیگر به‌ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عملیاتی می‌کند، به بحث سلامت و بهداشت و ایمنی شهروندان نیز

توجه دارد. در برخی اسناد درون سازمانی مصوب در ستاد مبارزه با مواد مخدر، توجه به مقوله سلامت و ایمنی شهروندان مشهود است؛ از جمله در سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد که در سال ۱۳۹۰ به تصویب رسیده و در مقدمه این سند، به اهمیت غیرقابل انکار سلامت شهروندان و نقشی که پیشگیری از اعتیاد به عنوان یک جرم در ارتقای سلامت عمومی دارد و نیز به روابطی که میان ارتقای سلامت شهروندان و کاهش گرایش به مواد مخدر وجود دارد، عنایت شده است. نکته دیگر آنکه برای ارائه بهتر خدمات پیشگیرانه، به دنبال تصویب سند مورد اشاره، یک سایت اینترنتی نیز به نام «پیشگیری نوین» توسط اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر طراحی شده و به ارائه خدمات برخط (آنلاین) به مراجعین مشغول است. در قسمت اهداف سایت، کمک به ارتقای سطح سلامت و توانمندی شهروندان برای پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان، به عنوان یک هدف مهم معرفی شده است. در سند مصوب دیگری در ستاد مبارزه با مواد مخدر، تحت عنوان «سند جامع درمان و حمایت‌های اجتماعی» که در سال ۱۳۹۲ به تصویب رسیده، در قسمت پیام سند، سلامت از ابتدایی‌ترین حقوق انسان برشمرده و بر این نکته تأکید شده که سلامت و آسایش، تنها باید با توجه کافی به تمامی ابعاد زیستی، روانی، معنوی و اجتماعی انسان تأمین خواهد شد و پدیده اعتیاد و گرایش به مواد مخدر، پدیده مخربی است که بر همه این ابعاد اثرگذار است و سلامت انسان را با مخاطره جدی مواجه می‌سازد. همچنین تصریح شده که کرامت ذاتی انسان اقتضا می‌کند برخورداری از خدمات سلامت به منظور پیشگیری از اعتیاد، مشروط به هیچ شرطی نباشد. در مقدمه این سند، ضمن جلب توجه همگان به مقوله سلامت، اقدام در راستای کاهش تقاضای مواد مخدر، سازوکاری مستقیماً مربوط به ارتقای سلامت قلمداد شده است.

اقدام دیگر در سطح ستاد مبارزه با مواد مخدر، تشکیل مؤسسه‌ای با عنوان مؤسسه دانش اعتیاد و روان‌شناسی (ایرسا-IRSA) و همکاری نزدیک با این مؤسسه در راستای ارائه خدمات علمی، آموزش و پژوهشی به مراجعین به منظور کاهش زمینه‌های تمایل به مواد مخدر و هشدار درباره پیامدها و عواقب ناگوار مواد مخدر است. با مراجعه به سایت اینترنتی این مؤسسه، زمینه‌های قوی همکاری این مؤسسه با نهادهای اصلی متولی تأمین سلامت و ایمنی عمومی از جمله وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و وزارت رفاه مشهود است و گسترش سلامت و بهداشت و

ایمنی برای پیشگیری از اعتیاد، به‌عنوان هدفی مهم در این مؤسسه معرفی شده است. افزودنی است دو دستورالعمل مهم نیز در ستاد مبارزه با مواد مخدر به تصویب رسیده که اولی، دستورالعمل مراکز درمان دولتی و مجاز نگهداری درمان و کاهش آسیب معتادان (موضوع ماده ۱۶ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶- مصوب ۱۳۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام) و دیگری دستورالعمل تأسیس مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز دولتی، غیردولتی، خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب معتادان (موضوع ماده ۱۵ قانون اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶- مصوب ۱۳۸۹/۵/۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام) است که به گفته دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مخدر، در هر دو دستورالعمل، از مهم‌ترین موارد مدنظر تدوین‌کنندگان، تأمین و ارتقای سلامت و توانمندسازی شهروندان بوده است. نکته مهم دیگر درباره اقدامات ستاد مبارزه با مواد مخدر با همکاری وزارت بهداشت در مورد پیشگیری از اعتیاد و درمان سوء مصرف مواد، تهیه راهنمای درمان بستری سوء مصرف مواد توسط گروهی از روان‌پزشکان حاذق و مجرب است. در مقدمه این راهنما و نیز در برخی از فرازهای دیگر آن، به وضوح به اهمیت و جایگاه غیرقابل انکار سلامت و ایمنی شهروندان و لزوم توانمندسازی آنها برای ارتقای سطح سلامتشان به منظور افزایش آستانه تحمل آنها در برابر مواد مخدر اشاره شده است.

در کنار همه این موارد، از جمله اقدامات مهم ستاد مبارزه با مواد مخدر، اجرای عملیات‌های Delivery (محموله‌های تحت کنترل) به‌ویژه از سال ۲۰۱۱ به این سو و با همکاری نیروی پلیس کشورهای هم‌جوار و منطقه بوده است. به این منظور، با هدف شناسایی مجرمان موضوع قانون مبارزه با مواد مخدر، ردیابی منابع مالی، کشف طرق ورود یا عبور محموله‌های قاچاق از کشور، کشف وسایل یا مکان کشت یا تولید یا ساخت مواد مذکور، پلیس ایران، با همکاری مستقیم ستاد مبارزه با مواد مخدر و با تنظیم طرح عملیاتی و با درخواست فرمانده نیروی انتظامی، با حکم دادستان کل کشور، محموله‌های تحت کنترل را در قلمرو داخلی و با همکاری پلیس سایر کشورها در قلمرو آنان مورد تعقیب قرار داده و پس از تکمیل تحقیقات، گزارش اقدام را به دادستان کل کشور یا قاضی‌ای که او تعیین خواهد نمود تسلیم می‌نماید. در اینجا به نظر، اشاره‌ای به بحث محموله‌های تحت کنترل مفید می‌رسد. حمل و تحویل تحت نظارت، پیش از

آنکه در سطح بین‌المللی به منزله یکی از سازوکارهای تأثیرگذار برای مبارزه با قاچاق سازمان یافته مواد مخدر شناسانده شود، در برخی کشورها تجربه شده بود اما امروزه در آغاز هزاره سوم، بسیاری از کشورها با توجه به پیامدهای موفقیت بار این روش، از آن بهره‌گیری کرده‌اند. در چند سال گذشته، دست اندرکاران عدالت کیفری ایران و نیروهای پلیس نیز برای وارد کردن این سازوکار به نظام حقوقی داخلی از خود گرایش‌هایی نشان داده‌اند.^۱ در حمل و تحویل تحت نظارت که یک شگرد پلیسی (انتظامی) است، دست اندرکاران مبارزه با مواد مخدر، با وجود آگاهی از ورود محموله‌های قاچاق به کشور یا عبور آن از کشور، بی آنکه به دستگیری عاملان قاچاق و ضبط و توقیف محموله اقدام کنند، آن را برای شناسایی گردانندگان کلیدی و سازمان‌های اصلی پوشش دهنده قاچاق مواد مخدر زیر نظر و پیگیری و مراقبت قرار می‌دهند. وانگهی، از آنجا که حمل و تحویل تحت نظارت ممکن است به بیرون از مرزهای داخلی ایران تسری یابد، به ثمر نشستن تلاش‌های دست اندرکاران مبارزه با مواد مخدر و اجرای موفقیت بار این روش در گرو همکاری‌های بین‌المللی (منطقه‌ای و جهانی) خواهد بود.^۲ به این سان، اندیشیدن راهکارهایی چون امضای توافقتنامه‌های منطقه‌ای و تأسیس و تجهیز پلیس‌های منطقه‌ای و امضای تفاهم‌نامه‌های همکاری پلیسی و ارتقای همکاری‌ها و معاضدت‌ها به سطح جهانی راهگشا به نظر می‌رسد. به هر تقدیر، ستاد مبارزه با مواد مخدر، به‌عنوان متولی اصلی مقابله با مواد مخدر در کشور ما تاکنون توانسته اقدامات مهم و مفیدی را در ارتباط با پیشگیری از جرائم مواد مخدر به کار بندد. بنابر ادعای دبیر کل ستاد مبارز با مواد مخدر، اقداماتی که در این باره صورت گرفته، از جمله درصدد تضمین سلامت عمومی شهروندان بوده‌اند.^۳

۱. اردبیلی، محمدعلی؛ حمل و تحویل تحت نظارت، نشر میزان، چ اول، ۱۳۸۳، ص ۲۲.

۲. خنجی، علی؛ تحلیلی بر تحویل کنترل شده، فصلنامه دانش انتظامی (نشریه دانشگاه علوم انتظامی)، ش ۲ و ۳، تابستان و پاییز ۱۳۷۹، ص ۳۳.

۳. افراسیابی، علی؛ پارادایم‌های حاکم بر پیشگیری وضعی از جرم، فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم، س ۵، ش ۱۷، زمستان ۱۳۸۹، ص ۱۹۲.

نتیجه گیری

اولین و مهم‌ترین وظیفه هر حکومتی، فراهم نمودن امنیت مردم و مقابله با تهدیداتی است که سلامت جامعه را به مخاطره انداخته و راه رشد و کمال و بالندگی را از آنها سلب می‌نماید. حدود یک قرن است که معضل مواد مخدر به‌طور فزاینده‌ای رواج یافته و به استناد شواهد و قرائن موجود، هم‌اینک یکی از بزرگ‌ترین معضلات جامعه بشری محسوب می‌گردد. در راستای ایفای تکالیف بین‌المللی مربوط به مقابله با جرائم مواد مخدر، بر جمهوری اسلامی ایران به‌عنوان نظامی که بر ایدئولوژی اسلام تکیه دارد، فرض است که با یک جهاد وسیع و گسترده و با عزم استوار ملی با این معضل مبارزه و آن را ابتدا کنترل و سپس از بین ببرد و با نگرش جامع روان‌شناختی و جامعه‌شناختی و اتخاذ سیاست‌هایی با موضوع گسترش و رشد آگاهی مردم و از جمله بهبود وضع معیشت مردم و توزیع عادلانه منابع موجود در مناطق مختلف کشور تمهیدی بیندیشد و این پدیده را مهار نماید. کشور ایران به دلیل موقعیت جغرافیایی خود و قرار گرفتن در هلال طلایی، مسیر ترانزیت برای مرتبط کردن مراکز تولید به مراکز مصرف مواد مخدر می‌باشد و بنابراین علی‌رغم نیل به موفقیت در کنترل کشت مواد مخدر، به هیچ‌وجه نتوانسته است خود را از آثار سوء این مواد ایمن نگهدارد، این امر مسلماً تبعات اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و امنیتی متعددی را برای کشور دربر دارد. همچنین یکی از وظایف حکومت و دولت، ایجاد محیط مساعد برای رشد فضائل اخلاقی بر اساس ایمان و تقوی و مبارزه با کلیه مظاهر فساد و تباهی می‌باشد.^۱ بدون شک یکی از مظاهر فساد و تباهی و از جمله علل گسترش آنها در جامعه ابتلای افراد به مواد مخدر و شیوع روزافزون آن در جامعه می‌باشد. ایجاد محیط سالم و به دور از انحرافات وقتی امکان‌پذیر است که جوانان یک جامعه به‌صورت پویا، فعال و شاداب در جهت کمال و رشد انسانی حرکت کنند و ابتلای آنها به اعتیاد و مواد مخدر مانع مهمی برای تحقق این امر است. مواد مخدر امروزه در سطح جهان به‌صورت همه‌گیر درآمدہ است که هم جسم و جان انسان‌ها و هم سرمایه ملی کشورها را در کام خود فرو می‌برد. در کشور ایران افراد و اتباع کشور در معرض ابتلای به مواد مخدر هستند، سوداگران مرگ و قاچاقچیان برای به‌دست آوردن

۱. اصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.

سود بادآورده و نامشروع خود سعی می‌کنند هر روز بیشتر از دیروز مشتریان جدید جلب نمایند و طعمه‌های جدیدی را در دام خود گرفتار سازند. امروزه به‌خصوص جمعیت جوان کشور ما در معرض تهدید جدی مواد مخدر قرار دارد. سوء استفاده از حس کنجکاوی و شور جوانی از جمله زمینه‌های خطرناک برای ابتلای آنها به مواد مخدر است. اوقات فراغت جوانان و میهمانی‌های شبانه و رفاقت‌های بی‌تدبیر و نسنجیده از جمله کمین‌گاه‌های افراد پلید و سوداگران مرگ است که دام خود را پهن می‌کنند و آنان را در دام خود گرفتار می‌سازند.

بخش مهمی از تعهدات دولت‌ها در سطح بین‌المللی به منظور مبارزه با جرائم مواد مخدر، ناظر است بر مرحله قبل از وقوع جرم که می‌توان این فرایند را پیشگیری کنشی از جرائم مواد مخدر نام نهاد. در عین حال، می‌توان این تعهدات را ناظر بر یک حق مسلم و مهم بشری دانست یعنی حق بر سلامت که عبارت است از حق برخورداری از بالاترین سطح سلامت جسم و روان. با مطالعه اقداماتی که دولت ایران در سطوح مختلف نظام سیاسی صورت داده و عملیاتی کرده است، می‌توان به این نتیجه رسید که تاکنون تدابیر و سازوکارهای مختلفی از سوی این دولت عملیاتی شده‌اند و در عین حال، این اقدامات، مناسب و در راستای ایفای تعهدات پذیرفته شده در سطح بین‌المللی بوده‌اند در عین حال بنابر برخی دلایل از جمله جبر محیطی و جغرافیایی یعنی قرار گرفتن در هلال طلایی و نیز همدلی کامل دولت‌های همسایه به‌ویژه همسایگان شرقی، بعضا اقدامات صورت گرفته ناکام مانده‌اند. چنین وضعیتی فقط با افزایش و تقویت بیش از پیش همکاری‌های منطقه‌ای و توجه بیشتر همسایگان شرقی و نیز با توجه بیشتر به حق بر سلامت جبران خواهد شد.

فهرست منابع

الف) فارسی

۱. ابراهیمی، صمد (۱۳۹۱)؛ **حق بر سلامتی**، انتشارات پژوهشکده باقرالعلوم(ع)، قم، چ اول.
۲. اردبیلی، محمدعلی (۱۳۸۳)؛ **حمل و تحویل تحت نظارت**، نشر میزان، چ اول.
۳. افراسیابی، علی (۱۳۸۹)؛ **پارادایم‌های حاکم بر پیشگیری وضعی از جرم**، فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم، س ۵، ش ۱۷، زمستان.
۴. امیرخیزی، محمدرضا (۱۳۷۸)؛ **اقدام‌های جامعه بین‌المللی در مبارزه با مواد مخدر**، مجله سیاست خارجی، سال ۱۳۷۸، ش ۵۱، پاییز.
۵. پلاسعیدی، پریا (۱۳۹۲)؛ **تحریم‌های یک‌جانبه و حق بر توسعه**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی.
۶. ترابی، یوسف (۱۳۸۰)؛ **اعتیاد، تهدیدی آشکار بر امنیت ملی**، فصلنامه دانش انتظامی، ش ۹، تابستان.
۷. توبی، بریژیت (۱۳۸۸)؛ **حق بر بهداشت**، ترجمه علی کمالی، انتشارات مجد، چ اول.
۸. زارعی، مرتضی (۱۳۸۹)؛ **بررسی ابعاد حقوقی حق بر سلامت به‌عنوان یکی از حقوق بشر**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران.
۹. ستوده لنگرودی، نسرین (۱۳۸۰)؛ **بررسی قواعد حقوق بین‌الملل در جهت تضمین حق بر توسعه**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی.
۱۰. شایگان، فریده (۱۳۸۸)؛ **حق توسعه**، مرکز مطالعات حقوق بشر دانشگاه تهران، چ اول.
۱۱. عسگری، پوریا و امیر ساعد وکیل (۱۳۸۳)؛ **نسل سوم حقوق بشر (حقوق همبستگی)**، نشر مجد، چ اول.

۱۲. غنجی، علی (۱۳۷۹): **تحلیلی بر تحویل کنترل شده**، فصلنامه دانش انتظامی (نشریه دانشگاه علوم انتظامی)، ش ۲ و ۳، تابستان و پاییز.
۱۳. کاسسه، آتونبو (۱۳۷۳): **حقوق بین‌المللی در جهان نامتحد**، ترجمه مرتضی کلانتریان، انتشارات دفتر خدمات حقوقی بین‌المللی ریاست جمهوری، چ اول.
۱۴. کلهر، سمیرا (۱۳۸۸): **شکاف‌های منطقه‌ای در نگرش ایرانیان به مصرف مواد مخدر**، مجله مطالعات اجتماعی ایران، ش ۷، پاییز.
۱۵. مختاریان، حسن (۱۳۸۲)، **اثرات تجارت مواد مخدر بر تثبیت اقتصاد کلان**، مجله اعتیادپژوهی، س اول، ش ۴، پاییز.
۱۶. مولایی، یوسف (۱۳۸۱): **حق توسعه و جهان شمولى حقوق بشر**، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ش ۵۶، تابستان.

(ب) لاتین

17. Center for economic and social rights (1994), **rights violations in the Ecuadorian amazon**.
18. Cros E., Hecor (1992), **The right of Development as a Human right**, in: Human Rights in the world Community, edited by Pilchard Clued and Burms H., western Philadelphia, University of Pensylvania Press.
19. Denters, Erik (1998), **International Law and Development**, Martinus Nijhoff publishers.
20. Dorfman, L. & Others (2005), **More than a message: Framing Public Health Advocacy to change corporate practices**, Health Education & Behavior, vol. 32(3).
21. Francisco E. Thoumi(2004), **Political Economy & Illegal Drugs in Colombia** , vol.2., Lynne Rienner Publishers Inc., Boulder, Colorado, 4th eds.
22. Gary S. Backer and Others(2004), **The Economic Theory of Illegal Goods: the Case of Drugs**, NBER Working Paper, No. 10976, Issued in December 2014, available at: //http://www.nber.org/papers/w10976, Cambridge.

23. George P. Smith(2008), **Human Rights and Bioethics: Formulating a Universal Right to Health: Health care or health protection?** Vanderbilt Journal of Transnational Law, No. 38.
24. Labontee, R. & Others (2009), **Trade and Health**, In: Williams, O.P. & Kay, A., (eds.), Global Health Governance: Crisis, Institutions and political economy, London, Palgrave Mc. Millan.
25. Some of Authors (2013), **study on judicial cooperation and extradition of drug traffickers European commission**, publication office of the European union.
26. Taylor, S., Wealth (2009), **health and equity**, university of London, WC1E6BT.
27. Yong, Jeffery (2013), **Obamacare Benefits Enrollment will Start Slowly: White House Predicts**, the Huffington Post, Retrieved October 2.

