

Judicial Legislative Approach of Application of Pursuit Suspension toward Addicts

Mohammad Ashouri¹, Ebrahim Ebrahimi²

Abstract

Since 2010, with the amendment to the Counter Narcotics and Psychotropic Substance Act, the change in the legal approach to addicts was considered to be a form of illness and the criminal offense was abandoned. The abandonment of this criminal title has been conditional on the use of one of the prosecution alternatives as suspension of prosecution, according to which the pursuit of a person stops on condition of the treatment of addiction within a specified period. A judicial authority can, for one time, receive a suspensive suspension for six months and addict to one of the centers of the subject matter by obtaining adequate funding and a commitment to provide evidence of the issue of addiction abandonment. The centers are required to provide a monthly report to the judiciary or its representative on the treatment process of the addict. If the treatment is approved and the addiction withdrawn, the prosecutor shall issue the archives and, otherwise, proceed in accordance with the provisions of this article. Extension of the deadline the subject matter of this Note is permissible at the request of the relevant centers for a further period of three months. This legislative approach, as an important development, gave rise to a criminal law approach to addicts. In this regard, it is important that, within six years after the adoption of this law, how much of this "prosecution" institution is used by judicial authorities and how many of these successfully used to treat addicted persons have become. In this regard, by assessing the validity of this suspension, along with the pathology of this institution and the practical application of it, we will strive to provide solutions, solutions and practices

1. Professor, Department of Criminal Law and Criminology, Faculty of Law and Political Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. PhD in Law and Criminology, Department of Criminal Law and Criminology, Faculty of Law and Political Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding author)
Email: ebrahimi.e2002@gmail.com

Original Article Received: 31 January 2017 Accepted: 21 February 2018

that can, by eliminating practical challenges, more effective treatment Drug and psychotropic drug addicts.

Keywords

Pursuit Suspension, Addicts, Judicial Legislative Approach, Treatment

Please cite this article as: Ashouri M, Ebrahimi E. Judicial Legislative Approach of Application of Pursuit Suspension toward Addicts. Iran J Med Law 2018; 12(44): 117-141.

رویکرد تقنینی قضایی کاربست درمانی تعلیق تعقیب نسبت به معتادان

محمد آشوری^۱

ابراهیم ابراهیمی^۲

چکیده

از سال ۱۳۸۹ و اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر و روانگردان، رویکرد قانونی نسبت به معتادان و بیماری اعتیاد تغییر یافت و عنوان مجرمانه از آن سلب شد. سلب این عنوان مجرمانه مشروط بوده است، زیرا که مقنن با استفاده از یکی از جایگزین‌های تعقیب، یعنی تعلیق تعقیب، توقف تعقیب شخص معتاد را به درمان اعتیاد در مدت مشخص مشروط ساخته است. لذا مقام قضایی می‌تواند برای یک بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ترک اعتیاد، نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش ماه اقدام و معتاد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی نماید. مراکز مذکور موظفند ماهانه گزارش روند درمان معتاد را به مقام قضایی یا نماینده وی ارائه نمایند. در صورت تأیید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیر این صورت طبق مفاد این ماده اقدام می‌شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذی‌ربط برای یک دوره سه‌ماهه دیگر بلامانع است. این رویکرد تقنینی به عنوان تحولی مهم، به رویکرد حقوق کیفری نسبت به معتادان خاصیتی درمانی بخشید. حال با گذشت حدود شش سال از تصویب این قانون این بحث اهمیت دارد که از یکسو تا چه اندازه نهاد «تعلیق تعقیب» مورد استفاده مقام‌های قضایی قرار گرفته و از سوی دیگر از میان این موارد استفاده، چه میزان از آن‌ها به درمان موفقیت‌آمیز شخص معتاد منتهی شده است. از آنجا که وجود فاصله زیاد میان رویکرد قضایی و رویکرد تقنینی نتیجه کلی این مقاله است، مقتضی است تا در این خصوص با سنجش قضایی کاربست تعلیق تعقیب در کنار آسیب‌شناسی این نهاد و نحوه

۱. استاد گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی، گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: ebrahimi.e2002@gmail.com

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲

به کارگیری عملی آن، درصدد ارائه تدابیر، راه حل‌ها و شیوه‌هایی تلاش خواهد شد که می‌توانند با رفع چالش‌های عملی، درمان مؤثرتر معتادان به مواد مخدر و روانگردان را تضمین نماید.

واژگان کلیدی

تعلیق تعقیب، معتاد، رویکرد تقنینی - قضایی، درمان

مقدمه

به دنبال ناکارآمدی نظام عدالت کیفری در حصول اهداف خود از قبیل اصلاح و درمان، بر شیوه‌های سنتی تعقیب دعوای عمومی نیز انتقاد جدی وارد شد، زیرا نظام عدالت کیفری با صرف هزینه‌ها و امکاناتی وسیع ادله وقوع جرم را جمع‌آوری و در صورت محکومیت قطعی شخص، مجازات را در قبال او اجرا می‌کند، اما نه تنها شخص اصلاح نمی‌شود، بلکه در خیلی از موارد نتیجه عکس به همراه دارد و شخص به دلیل دوری از جامعه و خوردن برچسب مجرمانه، بیشتر از قبل به فعالیت‌های مجرمانه روی می‌آورد (۱). بر همین اساس و در راستای اصل اقتضایی بودن تعقیب (۲) و به منظور درمان شخص معتاد از بیماری اعتیاد، مقنن از عنوان مجرمانه آن جرم‌زدایی نمود. بر اساس اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر و روانگردان مصوب ۱۳۸۹، مقرر شد که اعتیاد به خودی خود جرم نیست؛ در این ارتباط ماده ۱۵ مقرر می‌دارد که معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیر دولتی یا خصوصی و یا سازمان‌های مردم‌نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد نمایند. معتادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت نماید، چنانچه تجاهر به اعتیاد ننماید از تعقیب کیفری معاف می‌باشد. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد نمایند، مجرمند.

همان‌گونه که پیداست قانونگذار از رویکرد سخت‌گیرانه‌ای که در قانون ۱۳۷۶ در ارتباط با اعتیاد پیشه‌ساخته بود، عدول نموده و سیاست تساهل و تسامح را پیش روی خود قرار داده است. در این ماده قانونگذار فروض مختلفی را در نظر گرفته که به تفکیک بیان می‌داریم، هرچند این نحوه نگارش مصون از ایراد و انتقاد نیست. بر اساس قسمت اول این ماده اگر معتاد به مراکز درمانی مراجعه و گواهی دریافت دارد و تجاهر به اعتیاد ننماید، از تعقیب کیفری معاف است. تجاهر در اینجا به معنای آشکار نمودن و علنی کردن مصرف مواد است. پس اگر معتاد با داشتن گواهی تحت درمان استعمال را علنی نکند، عملش مجرمانه نبوده و قابل تعقیب نیست، اما در ادامه مقنن ذکر می‌کند که معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد نمایند، مجرمند. بر اساس این قسمت درمی‌یابیم که اعتیاد فی‌نفسه و بذات خود جرم نیست، اما اگر شخص معتاد به یک سری تکالیف تن در ندهد، مجرم شناخته می‌شود. این تکالیف عبارتند از مراجعه برای درمان به مراکز مخصوص، داشتن گواهی درمان، عدم تجاهر به مصرف در طول

دوره درمان و در نهایت ترک اعتیاد. از نظر مقنن معتاد به صرف معتادبودن مجرم نیست، بلکه اگر تکالیف مقرر را در راستای ترک اعتیاد انجام ندهد، مجرم است، اما ضمانت اجرای تخلف از این تکالیف چیست؟ ماده ۱۶ مقرر می‌دارد معتادان به مواد مخدر و روانگردان مذکور در دو ماده ۴ و ۸ فاقد گواهی موضوع ماده ۱۵ و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می‌شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه‌ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است. همانطور که ملاحظه می‌شود، ضمانت اجرا فاقد صبغه کیفری بوده و بیشتر جنبه تأمینی، تربیتی و درمانی دارد و این خود ناشی از تغییر نگرش قانونگذار در ارتباط با اعتیاد است. همچنین در اجرای تبصره ۱ ماده ۱۶ اصلاحی قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر، مصوب ۱۳۸۹/۵/۹، در راستای تبصره ۱ ماده ۱۶ و به منظور تقویت اثربخشی تعلیق تعقیب از حیث درمان معتادان، آیین‌نامه مراقبت بعد از خروج معتادان در سال ۱۳۹۲ و با مشارکت دستگاه‌های ذی‌ربط توسط دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر در هشت ماده تهیه شده است.

بنابراین می‌توان دریافت که مقنن در اصلاحیه فوق نسبت به جرم‌زدایی از اعتیاد، تصمیم سنجیده و به جایی را اتخاذ نموده، چه آنکه فردی که مصرف مواد مخدر نیازش را برطرف می‌کند، یک بیمار روانی محسوب می‌شود نه یک مجرم. ضمانت اجرایی در نظر گرفته نیز به نظر کارآمدتر از مجازات است، زیرا در نظر گرفتن شلاق و جزای نقدی برای معتاد که در قانون قبلی موجود بود، از یک طرف نه‌تنها با اهداف برخاسته از مجازات، یعنی تنبه و درمان بزه‌کاران مغایر می‌باشد، بلکه از طرفی دیگر به نقض صریح حقوق بشر منتهی می‌شود، چراکه اصولاً یک بیمار را شلاق نمی‌زنند، بلکه نسبت به مداوای وی اقدام می‌کنند. حال این‌که این تدبیر مبتنی بر جایگزینی (۳) تعقیب در عمل به چه شکلی اجرا می‌شود و چه نکات عملی بایستی رعایت گردد تا نتایج مورد نظر آن محقق شوند، موضوع بحث مهمی است که در این مقاله به آن پرداخته می‌شود. در ابتدا ماهیت درمانی تعلیق تعقیب نسبت به معتادان بررسی می‌گردد، سپس شرایط تحقق هدف درمانی اجرای تعلیق تعقیب نسبت به معتادان و در نهایت چالش‌های درمانی اجرای تعلیق تعقیب نسبت به معتادان مورد بررسی قرار خواهد گرفت. از طرفی نیز تصویب آیین‌نامه مراقبت بعد از خروج در سال ۱۳۹۲ تلاشی است که بعد از اتمام

قرار تعلیق تعقیب و البته به منظور تقویت اثربخشی آن به تصویب رسیده است و خود به شکل دقیق نیازمند تحلیل است.

ماهیت درمانی تعلیق تعقیب نسبت به معتادان

با توجه به این که قرار تعلیق تعقیب در نظام عدالت کیفری ایران دارای سابقه بوده است، لازم است که با تفکیک قوانین کیفری قبل از انقلاب و بعد از آن نسبت به تحلیل جایگاه نگرش درمانی در این نهاد پرداخت، زیرا که در سابقه موجود، این نهاد تحت تأثیر تحولات تقنینی متعدد در زمینه مقررات ناظر به آیین دادرسی کیفری، رویکردهای مختلفی نسبت به آن اتخاذ شده است که شایسته بررسی است.

۱- ماهیت درمانی تعلیق تعقیب قبل از انقلاب اسلامی

در قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک مصوب ۱۳۳۴ قانونگذار استعمال مواد مخدر بدون مجوز طبی را جرم می‌شناخت. ماده ۹ لایحه قانونی راجع به اصلاح قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک مصوب ۱۳۳۸ نیز استعمال مواد مخدر بدون مجوز طبی را جرم می‌دانست، البته مقنن در این قانون اخراج کارمندان معتاد به مواد مخدر را نیز به عنوان مجازات پیش‌بینی نموده بود. در ادامه قانونگذارها راجع به مواد مخدر آیین‌نامه اجرایی راجع به قانون کشت محدود تریاک مصوب ۱۳۴۸ بین معتادان قائل به تفصیل شد، بدین نحو که افراد معتاد زیر ۶۰ سال را مجرم و بالای ۶۰ سال را بیمار و برای آن‌ها کارت سهمیه پیش‌بینی نمود. ماده ۲۰ لایحه قانونی تشدید مجازات مرتکبین جرائم مواد مخدر و اقدامات تأمینی و درمانی به منظور مداوا و اشتغال به کار معتادین ۱۳۵۹ به معتادان شش ماه مهلت ترک داد. ماده ۸ استعمال مواد را بدون مجوز پزشکی جرم دانست. در همین قانون کارت‌ها باطل اعلام شد. تعلیق تعقیب برای نخستین بار در سال ۱۳۵۲ و از رهگذر ماده ۴۰ مکرر قانون تسریع دادرسی و اصلاح قسمتی از قانون آیین دادرسی کیفری مورد توجه قرار گرفت (۴). از آن پس تعلیق تعقیب دعوی کیفری، با تحولات متعددی مواجه گردیده است، چنانچه در سال ۱۳۵۶ و به موجب ماده ۲۲ قانون اصلاح پاره‌ای از قوانین دادگستری دستخوش تغییرهایی شد و در دوره‌ای دیگر تردیدهایی بنیادین در خصوص چگونگی بهره‌گرفتن از آن پدید آمد. بر اساس ماده ۲۲ قانون اصلاح پاره‌ای از قوانین دادگستری ۱۳۵۶ «در کلیه اتهامات از درجه جنحه... هر

گاه متهم اقرار به ارتکاب جرم نماید، دادستان رأساً می‌تواند با احراز شرایط زیر تعقیب او را... معلق سازد: ۱- اقرار متهم حسب محتویات پرونده به واقع باشد؛ ۲- متهم سابقه محکومیت کیفری مؤثر نداشته باشد؛ ۳- شاکی یا مدعی خصوصی در بین نبوده یا شکایت خود را استرداد کرده باشد...». بدین ترتیب دادستان می‌تواند پس از احراز شرایط مذکور و تا هنگامی که نخستین جلسه دادرسی سپری نشده باشد، نسبت به صدور قرار مزبور اقدام کند. بر این اساس می‌توان دریافت که ضرورت طرح این نهاد در حقوق کیفری قبل از انقلاب کاهش بار دستگاه‌ها و نهادهای ناظر به دادرسی کیفری از یک طرف و به نحوی تلاش در جهت تسریع دادرسی بوده است. شخصیت شخص معتاد در این قوانین و دیگر قوانین قبل از انقلاب از حیث درمان‌مدار بودن مد نظر نبوده است.

۲- ماهیت درمانی تعلیق تعقیب بعد از انقلاب اسلامی

پس از انقلاب اسلامی و به دنبال تصویب قوانینی متعدد، دو رویکرد در رابطه با قرار تعلیق تعقیب به وجود آمده است: یکی رویکرد عدم پذیرش و دیگری پذیرش قرار تعلیق تعقیب دعوی کیفری. در رویکرد اول، به دلیل کنارگذاشتن دسته‌بندی پیشین جرائم، یعنی جنایت، جنحه و خلاف، شماری از اندیشمندان کیفری مقررات گذشته را کاملاً منسوخ پنداشته و بر این باورند که به دلیل نسخ شدن (۵) مقررات کیفری پیشین از جمله قانون اصلاح پاره‌ای از قوانین دادگستری ۱۳۵۶، امکان صدور قرار تعلیق تعقیب دعوی کیفری منتفی می‌باشد (۶). رویکرد دوم، همان رویکرد پذیرنده به قرار تعلیق تعقیب دعوی کیفری می‌باشد که در مقابل رویکرد اول، دلایل متعددی را برای پذیرفتن قرار تعلیق تعقیب عنوان داشته‌اند (۷). این اختلاف نظرها پس از تصویب قانون آیین دادرسی کیفری دادگاه‌های عمومی و انقلاب (در امور کیفری) در سال ۱۳۷۸ و اصلاح قانون تشکیل دادگاه‌های عمومی و انقلاب در سال ۱۳۸۱ نیز ادامه یافت تا این‌که هیأت عمومی دیوان عالی کشور به موجب رأی وحدت رویه شماره ۶۶۱ مورخ ۲۲ مهر ۱۳۸۲ تردیدهای مربوط به اعتبار قانون اصلاح پاره‌ای از قوانین آیین دادرسی کیفری را پایان داد. بر اساس این رأی، هرچند عناوین جنحه و جنایت در قوانین جزایی فعلی به کار نرفته، ولی ماده ۶ قانون اصلاح پاره‌ای از قوانین دادگستری... به اعتبار خود باقی است.»

با وجود رأی وحدت رویه فوق و نظر مساعد بسیاری از حقوقدانان، نگرش اکثریت کنگران قضایی کماکان در عدم توسل به این نهاد بوده است و به همین خاطر تا قبل از تصویب قانون

آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ که در تیرماه ۱۳۹۴ اجرایی شد، تعداد موارد صدور تعلیق تعقیب بسیار اندک بوده است. نکته جالب این که تصویب اصلاحیه مربوط به قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۹ نیز خود می‌تواند تأکید بر رویکرد قانونگذار بر استفاده از تعلیق تعقیب باشد. به هر تقدیر اولین متن قانونی بعد از انقلاب در رابطه با تعلیق تعقیب به عنوان یک نهاد قابل اجرا آن هم بدون هیچ اختلاف نظری متن همین تبصره ۳ ماده ۱۶ اصلاحیه ۱۳۸۹ می‌باشد: «مقام قضایی می‌تواند برای یک بار با اخذ تأمین مناسب و تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده ۱۵ این قانون، نسبت به تعلیق تعقیب به مدت شش ماهه اقدام و معتاد را به یکی از مراکز موضوع ماده مزبور معرفی نماید. مراکز مذکور موظفند ماهیانه گزارش روند درمان معتاد را به مقام قضایی یا نماینده وی ارائه نمایند. در صورت تأیید درمان و ترک اعتیاد با صدور قرار موقوفی تعقیب توسط دادستان، پرونده بایگانی و در غیر این صورت طبق مفاد این ماده اقدام می‌شود. تمدید مهلت موضوع این تبصره با درخواست مراکز ذی‌ربط برای یک دوره سه‌ماهه دیگر بلامانع است.» در تبصره ۳ ماده ۱۶ نیز چنین مقرر شده است که «متخلف بدون عذر موجه از تکالیف موضوع تبصره ۲ این ماده به حبس از نود و یک روز تا شش ماه محکوم می‌شود.»

در قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ نیز در ماده ۸۱ به طور کلی قرار تعلیق تعقیب نسبت به افراد غیر از معتاد پیش‌بینی شد. بر اساس این ماده «در جرائم تعزیری درجه شش، هفت و هشت که مجازات آن‌ها قابل تعلیق است، چنانچه شاکی وجود نداشته، گذشت کرده یا خسارت وارده جبران گردیده باشد و یا با موافقت بزه‌دیده، ترتیب پرداخت آن در مدت مشخص داده شود و متهم نیز فاقد سابقه محکومیت مؤثر کیفری باشد، مقام قضایی می‌تواند پس از اخذ موافقت متهم و در صورت ضرورت با اخذ تأمین متناسب، تعقیب وی را از شش ماه تا دو سال معلق کند. در این صورت، مقام قضایی متهم را حسب مورد، مکلف به اجرای برخی دستورات زیر می‌کند...» در ماده مذکور، تعریزی بودن جرم ارتکاب یافته یکی از شرایط صدور قرار تعلیق تعقیب، دانسته شده است. بنابراین بزه‌کاران جرائم مستوجب حد، دیه و قصاص از شمول صدور این قرار خارج‌اند. همچنین بر اساس این ماده دادستان فقط نسبت به جرائم تعزیری درجه شش تا هشت می‌تواند از قرار مذکور استفاده نماید، یعنی به نوعی آن جرائمی که مجازات سبکی دارند و فرض بر آن است که مرتکبین آن جرائم کم‌تر خطرناک بوده و به نوعی بیشتر

می‌توان انتظار تعهد به دستورات مورد تکلیف را از آن‌ها داشت. همان‌گونه که می‌توان دریافت، این شرط در راستای شرط جنحه‌ای بودن در ماده ۲۲ قانون اصلاح پاره‌ای از قوانین دادگستری پیش‌بینی شده بود (۸).

از جنبه دیگری با دقت در شرط موافقت متهم به این نکته پی برده می‌شود که اخذ موافقت شخص متهم دارای کارکردی جرم‌شناسانه نیز می‌باشد. به این صورت که موافقت متهمان با صدور قرار تعلیق تعقیب دعوی کیفری و طبیعتاً اجرای یکی از دستوراتی که مقام قضایی تعیین می‌کند، نمایانگر تمایل آنان به سمت اصلاح و درمان است. این نکته در بندهای «ب» و «ج» به روشنی مشاهده می‌شود (۹). بر اساس بندهای مذکور متهمان مکلفند نسبت به ترک اعتیاد یا شرکت در جلسه‌های آموزشی، فرهنگی، حرفه‌ای و... مبادرت ورزند. موافقت متهمان با اجرای این دستورها نشان‌دهنده گرایش آنان به بازپروری است. به این سان شرط مذکور علاوه بر این‌که دارای کارکردی حقوق بشری است، می‌تواند تأثیرهای جرم‌شناسانه نیز داشته باشد. بدیهی است که تعلیق تعقیب به معنی رفع کلی تعقیب نیست و حسب مورد ممکن است، دوباره تعقیب علیه شخص آغاز گردد.

حال به موجب ماده ۸۱ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲ مشخص می‌گردد که یکی از تدابیر و اقداماتی که ممکن است از سوی دادستان به مناسبت صدور قرار تعلیق تعقیب صادر شود، به موجب بند «ب» ترک اعتیاد است. به موجب این دستور متهم باید از طریق مراجعه به پزشک درمانگاه، بیمارستان یا به هر طریق دیگر، حداکثر ظرف مدت شش ماه اقدام به ترک اعتیاد نماید. سؤالی که مطرح می‌شود، این است که آیا این بند باعث نسخ تبصره ۲ ماده ۱۶ فوق‌الذکر می‌شود یا این‌که این تبصره به قوت خود باقی است و کماکان به موجب همین متن باید نسبت به معتادان اقدام نمود. به نظر می‌رسد که اولاً نباید عام لاحق را نسخ خاص سابق دانست؛ ثانیاً این‌که بند «ب» ماده ۸۱ را باید ناظر به موردی دانست که اعتیاد شخص به ارتکاب جرم منتهی شده است و یا در زمان اعتیاد به ارتکاب جرم دست زده است، یعنی حالت اعتیاد وی فرع بر ارتکاب جرم بوده است. به هر تقدیر به نظر می‌رسد که همان تبصره ۲ ماده ۱۶ نسبت به معتادان جاری است و چنانچه در اجرا و صدور آن به لحاظ شکلی ابهام وجود داشته باشد، می‌توان به ماده ۸۱ مراجعه نمود.

در حقوق کیفری فرانسه نیز جایگزین تعقیبی تحت عنوان هدایت شخص به سوی یک مرکز بهداشتی، اجتماعی یا حرفه‌ای وجود دارد که برخی از مجرمین با وجود شرایط خاص مشمول آن می‌شوند. به موجب بند دوم ماده ۱-۴۱ قانون آیین دادرسی کیفری فرانسه، دادستان می‌تواند مرتکب جرم را به یک مرکز درمانی اجتماعی یا حرفه‌ای هدایت کند، این تدابیر می‌تواند شامل انجام اعمالی به هزینه خود شخص در مراکز کارآموزی یا آموزش در یک واحد یا ارگان بهداشتی، اجتماعی یا حرفه‌ای و به ویژه در یک دوره کلاس شهروندی باشد. از سوی دیگر، چنانچه ارتکاب جرم از طریق رانندگی وسایل نقلیه موتوری صورت گرفته باشد. این تدبیر می‌تواند به هزینه شخص از طریق گذراندن یک دوره کارآموزی برای حساس کردن او نسبت به امنیت راه و جاده صورت بگیرد. بدیهی است نوع تدبیر استفاده شده باید با جرم ارتكابی رابطه‌ای مستقیم داشته باشد و در واقع تدبیر مذکور باید رفع‌کننده حالت یا شرایطی باشد که شخص را به سوی ارتکاب جرم تحریک کرده است (۱).

در ادامه، ماده ۱-۴۰ از همین قانون مقرر می‌دارد که «زمانی که دادستان شهرستان صالح از لحاظ محلی، معتقد است اعمالی که در اجرای مقررات ماده ۴۰ به اطلاع او رسیده است، جرم ارتكابی توسط شخصی را می‌سازد که هویت و اقامتگاه او معلوم است و منع قانونی برای اقامه دعوای عمومی وجود ندارد، یکی از تصمیمات ذیل را که مناسب باشد، اتخاذ می‌کند:

- ۱- یا تعقیب را آغاز می‌کند؛
- ۲- یا در راستای اجرای مواد ۱-۴۱ یا ۲-۴۱ مبادرت به یک دادرسی جایگزین برای تعقیب می‌نماید؛
- ۳- یا در صورتی که اوضاع و احوال خاصی مربوط به ارتکاب جرم، دادستان را توجیه نمایند، پرونده را بایگانی می‌نماید.»

شرایط صدور و اجرای تعلیق تعقیب نسبت به معتادان از منظر تحقق هدف درمانی

در مقام تحقق شرایط برخورداری شخص معتاد از تعلیق تعقیب تحقق اهداف درمانی مقرر در ماده ۱۵ و ۱۶ قانون اخیرالذکر، منوط به آن است که شرایط صدور و نیز شرایط اجرای این نهاد از سوی شخص معتاد تأمین گردد. بنابراین به منظور تبیین نظام‌مند این شرایط دو دسته شرایط را باید از یکدیگر تفکیک نمود: اول شرایط صدور؛ دوم شرایط زمان اجرای تعلیق تعقیب

که در نحوه سنجش عملی این شرایط مد نظر قرار می‌گیرند. برای صدور این نهاد شخص معتاد باید تأمین متناسبی بسپارد و متعهد بشود که در مدت شش ماه نسبت به ترک اعتیاد اقدام نماید. همچنین در اجرای این نهاد باید مراکز مورد نظر و نحوه فعالیت آن‌ها شناسایی گردد.

۱- معناد بودن

اعتیاد از نظر لغوی مصدر باب افتعال از ریشه عاد است که در فرهنگ لغت معین به معنی عادت کردن و خوگرفتن است. در فرهنگ‌نامه دهخدا اعتیاد به مفهوم پیاپی خواستن چیزی آمده است. در سال ۱۹۵۰ میلادی کمیته تخصصی تشخیصی مواد اعتیادآور که وابسته به کمیسیون بهداشت جهانی است، اعتیاد به مواد مخدر را چنین تعریف کرده است: «اعتیاد به مواد مخدر مسمومیت حاد یا مزمنی است که مضر به حال اشخاص و اجتماع است و زاییده وابستگی مصرف دارویی طبیعی یا صنعتی به شمار می‌رود.» در سال ۱۹۶۴ سازمان بهداشتی جهانی واژه وابستگی به مواد یا سوء مصرف دارویی را جانشین واژه اعتیاد کرد (۱۰). اعتیاد به مواد مخدر دارای دو جنبه جسمی و روانی است. منظور از اعتیاد جسمی آن است که علائمی چون درد عضلانی، آبریزش، عطسه، اختلال خواب و... بعد از قطع مصرف مواد مخدر در فرد بروز می‌کند. اعتیاد روانی همان تمایل بیمار به استفاده از مواد مخدر است که شاید سال‌ها طول بکشد. اعتیاد عموماً به وابستگی‌های انسان به هر چیز سمی یا به هر دارو یا ماده‌ای اعم از طبیعی یا ترکیبی که برای بدن غیر ضروری باشد، اطلاق می‌گردد، به گونه‌ای که ترک آن به آسانی قابل تحمل نباشد. اعتیاد در اثر کثرت استعمال حاصل می‌شود و شخص برای تأمین لذتی که از استعمال حاصل می‌شود، هر بار بر مقدار مصرف آن می‌افزاید و بدن آن یک نوع وابستگی به آن پیدا می‌کند (۱۱).

خصوصیات اعتیاد عبارت است از: یک میل لایزال یا یک الزام یا نیازمندی به ادامه مصرف مواد مخدر و تهیه آن به هر وسیله‌ای که باشد، گرایش به افزایش میزان مصرف، وابستگی روانی و به طور کلی بدنی نسبت به نتایج مواد مخدر، نتایج زیان‌آور برای فرد و جامعه (۱۲). در این که اعتیاد یک نوع بیماری است یا نه، بحث‌های عملی مختلفی صورت گرفته است و عقیده رایج آن است که اعتیاد نوعی بیماری است و گفته می‌شود که با توجه به نتایج به دست‌آمده از مطالعات و تحقیقات، اعتیاد به طور کلی و آشکار در اثر تغییرات ساختاری و کارکردی مغز ایجاد می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که اعتیاد به طور قطع و یقین یک بیماری مغزی است،

ولی به نظر می‌رسد که تعبیر دقیق‌تر آن باشد که معتاد را بیمار بدانیم نه اعتیاد را بیماری (۱۱).

عده‌ای دیگر معتقدند که نباید معتاد را بیمار بدانیم، این دسته از حقوقدانان معتقدند که بیمار قابل ترحم کسی است که میکروب را نمی‌بیند، نمی‌شناسد و به طور ناگهانی توسط آن دچار مرض می‌شود، ولی معتاد کسی است که مواد را می‌بیند، می‌شناسد، می‌خرد و خود را آلوده و بیمار می‌سازد. بنابراین این یک مریض خودخواسته است نه ناخواسته و هیچ عقل سلیمی نسبت به چنین کسی که جامعه را آلوده می‌سازد و خود را به رنج و زحمت می‌اندازد، ترحم نمی‌کند. بنابراین این دسته از حقوقدانان معتاد را مجرم می‌پندارند، به این دلیل موجبات لطمه مادی و معنوی برای جامعه و دیگران می‌شود (۱۳). آنچه مسلم به نظر می‌رسد، این واقعیت است که در غالب جوامع اعتیاد به عنوان جرم یا یک عمل نابهنجار تحت بررسی قرار گرفته و تنها در اندک کشورهایی به عنوان عملی عادی به آن نگریسته می‌شود. طبق ماده ۱۵ مصوبه اصلاحی قانون مبارزه با مواد مخدر، اعتیاد جرم است، ولی به کلیه معتادان اجازه داده می‌شود به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مشخص می‌شود، مراجعه و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام کنند. در تبصره ۱ این ماده بیان داشته که معتادان مذکور در طی مدت درمان و بازپروری از تعقیب کیفری جرم اعتیاد معاف هستند. مقررات قانونی که از بدو قانونگذاری راجع به اعتیاد هستند، همگی دلالت بر پذیرش اعتیاد به عنوان بیماری دارند، چراکه قانونگذار علی‌رغم اذعان به بیمار بودن معتاد، قائل به مجرم بودن وی می‌شود و در ماده ۱۶ مصوبه برای بیماری که از درمان بیماری امتناع می‌کند، مجازات شلاق و جزای نقدی تعیین می‌کند (۱۱).

تردیدی نیست که اعتیاد به مواد مخدر می‌تواند زمینه‌ساز بروز رفتارهای آسیب‌زا و حتی مجرمانه در فرد، خانواده و جامعه بشود و رد این مسأله که در افراد معتاد به مواد مخدر میزان جرم و جنایت بیشتر از افراد عادی است نیز هیچ‌گونه تردیدی وجود ندارد. معتادان به این مواد از نظر روانی، در صورت عدم دسترسی دچار بیماری می‌گردند، امری که کنترل آن را به حداقل کاهش می‌دهد. از طرف دیگر، به دست آوردن مواد عادت پرهزینه‌ای محسوب می‌شود و کسانی که فاقد درآمد کافی هستند، باید راه‌های دیگری برای تأمین هزینه‌های مواد پیدا کنند، به همین دلیل ارتکاب جرائم علیه اموال، راه حل آسان و معمولی است (۱۴). معتادان به مواد

مخدر فقط به ماده مورد علاقه خود عشق می‌ورزند تا بدان حد که گمان می‌برند حیات آنان وابسته به این مواد است، به همین دلیل به ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی، حتی به خانواده خود بی‌اعتنا هستند و بعید نیست که برای به دست آوردن سم مورد نیاز خود، دست خود را به هر جنایتی آلوده سازند. تأثیر مستقیم اعتیاد بر بزه‌کاری را در اغلب موارد باید در خلال جرائم علیه اشخاص که در حالت مستی ناشی از مسمومیت وقوع می‌یابد، مشاهده نمود. جرائم علیه مالکیت به منظور تهیه پول برای خرید مواد مخدر مورد نیاز، جرائم علیه اخلاق که اغلب موارد انگیزه آن سودجویی و به دست آوردن پول است (خودفروشی، فحشا) و جرائم بی‌احتیاطی است. اعتیاد به مواد مخدر به این دلیل در کشوری مثل ایران جرم شناخته شده است که معتاد برای تهیه ادویه مورد نیاز، خود را به هر آب و آتشی می‌زند و از ارتکاب هر نوع فعالیت مجرمانه ابایی ندارد. همچنین از دیرباز متوجه شده‌اند که اعتیاد رانندگان، خلبانان، مأموران و خدمه حمل و نقل موجب بروز جرائم بی‌احتیاطی شده است و مسأله‌ای اساسی جرم‌شناسی که موجب تحریم معاملات مواد مخدر گردیده است، بروز اعمال خشونت‌آمیز در جرائم علیه اشخاص و اخلاق به وسیله اشخاص معتاد بوده است (۱۲).

شرط اول صدور تعلیق تعقیب نسبت به معتاد این است که وی معتاد باشد. حال این واژه چگونه تعریف می‌شود و این‌که نسبت به چه موادی شخص باید معتاد باشد. در بند ۲ ماده ۱ آیین‌نامه مراقبت بعد از خروج معتادان مصوب ۱۳۹۲، شخص معتاد بدین نحو تعریف شده است: «فردی که به یک یا چند ماده مخدر یا روان گردان موضوع مواد ۴ یا ۸ قانون، اعتیاد داشته و فاقد گواهی موضوع ماده ۱۵ قانون یا متجاهر به اعتیاد باشد.» اعتیاد نیز به موجب بند ۳ همین ماده بدین شکل تعریف شده است: «وابستگی به مصرف یک یا چند ماده مخدر یا روانگردان موضوع مواد ۴ یا ۸ قانون که عدم مصرف آن موجب اختلالات جسمی یا روانی و یا هر دو شود.» بنابراین مشخص می‌شود که شخص معتاد نه به هر موادی مشمول تعلیق تعقیب می‌شود، بلکه باید به مواد مقرر در مواد ۴ و ۸ اعتیاد داشته باشد. حال این مواد چه موادی را شامل می‌شود. در ماده ۴ این مواد تصریح شده است: بنگ، چرس، گراس، تریاک، شیره، سوخته، تفاله تریاک و یا دیگر مواد مخدر یا روانگردان‌های صنعتی غیر دارویی که فهرست آن‌ها به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد. در ماده ۸ نیز به این مواد تصریح شده است: «هروئین، مرفین، کوکائین و دیگر مشتقات شیمیایی مرفین و کوکائین و یا لیزرژیک اسید دی

اتیل آمید (ال.اس.دی)، متیلن دی اکسی مت آمفتامین (ام.دی.ام.آ. یا آکستاسی)، گاما هیدروکسی بوتیریک اسید (جی.اچ.بی)، فلونیتراپام، آمفتامین، مت آمفتامین (شیشه) و یا دیگر مواد مخدر یا روانگردان‌های صنعتی غیر دارویی که فهرست آن‌ها به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد.» تنها موادی که در ماده ۳ بیان شده‌اند از شمول این نهاد خارج می‌باشند، یعنی بذر یا گرز خشخاش یا بذر یا برگ کوکا و یا بذر شاهدانه. با این وجود می‌توان دریافت که تعلیق تعقیب نسبت به اکثر مواد مخدر و روانگردان می‌تواند اعمال گردد.

۲- تجاهر شخص معتاد یا نداشتن گواهی درمان یا ترک اعتیاد

با توجه به این‌که باید تبصره ۲ ماده ۱۶ را در قالب متن ماده ۱۶ تفسیر نمود، شرایط مقرر در صدر این ماده در تعلیق تعقیب بایستی وجود داشته باشد. بنابراین شخصی که متجاهر باشد و یا این‌که گواهی مورد نظر را نداشته باشد، با وجود شرایط مشمول تعلیق تعقیب می‌گردد. تجاهر به اعتیاد در بند ۴ ماده ۱ آیین‌نامه اخیرالذکر این‌گونه تعریف شده است: شرایط معتادی که رفتار، گفتار یا اعمال او عرفاً دلالت بر اعتیاد وی نماید. تشخیص این امر با مقام قضایی است. مقام قضایی در صورت تردید می‌تواند جهت احراز اعتیاد نسبت به اخذ نظریه کارشناس اقدام نماید. در فرآیند قضایی چالشی که مطرح است، این است که واژه تجاهر را به معنای استفاده علنی و در انظار عمومی تعبیر می‌کنند و بر همین اساس بدان حکم می‌دهند، اما باید دانست که تجاهر لزوماً به استفاده علنی اطلاق نمی‌شود. بنابراین نتیجه‌ای که حاصل می‌شود، این است که گاه در رویه قضایی برخی قضاات فقط شخصی را که علناً اقدام به استعمال می‌کند، مشمول تعلیق تعقیب می‌دانند، در حالی که توسل به این تفسیر اشتباه خود باعث محدودشدن استفاده از تعلیق تعقیب می‌شود.

۳- اخذ تأمین مناسب

مسئلاً اخذ تأمین کیفری قبل از ارجاع شخص معتاد به مراکز درمانی تحت عنوان تعلیق تعقیب و وابسته‌کردن آن به سیستم عدالت کیفری به روند آن تأثیرات گوناگون دارد. این محدودیت از یک طرف معتاد را دائماً به این فکر فرو می‌برد که اگرچه مشمول تعلیق تعقیب قرار گرفته است، ولی کماکان در حوزه عدالت کیفری قرار داشته و از آن بیرون نخواهد رفت، چراکه روشن است که این نحوه از ارجاع پرونده، به صورت کامل باعث جدایی و انفکاک رسیدگی غیر رسمی از رسیدگی رسمی دستگاه عدالت نخواهد شد. به همین دلیل معتاد نیز

ممکن است همکاری نکند و اهداف این تعلیق تعقیب به منظور تحقق اهداف درمانی محقق نگردد و شخص معتاد نتواند با موفقیت اعتیاد را ترک نماید. بنابراین می‌توان فوایدی را برای اخذ تأمین قبل از صدور تعلیق تعقیب بیان کرد. از جمله این‌که بزه‌کار را به همکاری و تسریع در درمان تشویق می‌کند و از طرف دیگر از آنجا که می‌بایست برای اخذ تصمیم نهایی پس از مدت معین معتاد باید نزد مقام قضایی حاضر شود، صدور قرار تأمین از فرار و یا مخفی شدن وی جلوگیری خواهد کرد. در عمل نیز این توسل به تأمین کیفری موضوع بسیار مهمی است و نظارت مستمر از سوی مقام قضایی بر شخص معتاد باعث تضمین نتیجه مؤثر و منتج به درمان خواهد بود. بنابراین قبل از ارجاع پرونده شخص معتاد به مراکز درمانی، اخذ قرار تأمین کیفری الزامی است. مشکلی که در عمل ممکن است مطرح شود نوع قرار تأمین است که بسته به شرایط شخص معتاد، می‌تواند خود حاکی از موارد پرکاربردی چون وثیقه، یا کفالت باشد و طبیعتاً قراردایی که اخذ می‌شوند بایستی پایبندی معتاد را تضمین نمایند. به همین دلیل است که به نظر می‌رسد پرداخت وجه التزام، اخذ کفالت و تودیع وثیقه از مهم‌ترین و معتبرترین قرارها نسبت به این اشخاص باشند.

۴- تعهد به ارائه گواهی موضوع ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر و روانگردان

شخص معتاد در کنار این‌که باید تأمین بسپارد، بایستی متعهد بشود که در مدت تعیین شده گواهی درمان و ترک را تقدیم مرجع قضایی بنماید. این گواهی که به موجب صدر ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر و روانگردان ۱۳۸۹، گواهی تحت درمان و کاهش آسیب نام دارد، از مرکز تحت درمان دریافت می‌شود. شکل گواهی‌ها در عمل مشخص است و باید به امضای رییس و مدیر مرکز تقدیم مرجع قضایی گردد. چنانچه معتاد از این تعهدات تخلف نماید، به حبس از نود و یک روز تا شش ماه محکوم می‌شود. این‌که آیا این ضمانت اجرا با توجه به لزوم توجه به ضرورت اتخاذ تدابیر درمانی نسبت به معتاد قابل توجیه است، به نظر پاسخ منفی است، زیرا حبس، شخص معتاد را از تدابیر درمانی دور می‌سازد، مگر این‌که در زندان مکان یا بخشی خاص به درمان آنان اختصاص داده شود.

۵- شناسایی مراکز اجرا

در زمان تعلیق تعقیب، شخص معتاد بایستی شرایطی را تأمین نماید که در صورت فقدان آن‌ها فرآیند درمانی تعلیق متوقف می‌شود. لازم به ذکر است که این شرایط باید در مدت شش ماهه و یا سه ماهی که پس از آن تمدید می‌شود، تأمین گردند. این که مدت تمدید در زمان اجرا بنا به چه ملاحظاتی باید باشد، مشخص نشده است، ولی در عمل این تمدید برای تضمین درمان و ترک اعتیاد صورت می‌گیرد. تمدید مهلت موضوع تبصره ۲ ماده ۱۶، با درخواست مراکز ذی‌ربط برای یک دوره سه‌ماهه دیگر بلامانع است و این تمدید نیز از سوی مقام قضایی صالح صورت می‌گیرد.

مراکز یا کمپ‌هایی که در راستای این قرار تعلیق تعقیب باید اقدام کنند، در تبصره ۱ ماده ۱۵ مشخص شده‌اند که باید طبق آیین‌نامه‌ای مشخص شوند: مراکز مجاز موضوع این ماده، بر اساس آیین‌نامه‌ای که توسط وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب ستاد می‌رسد، تعیین می‌شود. مراکز ترک اعتیاد در شهرهای مختلفی تشکیل و در حال فعالیت هستند. این مراکز مطابق با ماده ۱۵ اغلب خصوصی هستند و معتادان به شکل خودمعرف به آن مراجعه می‌کنند. این مراکز از سوی مراجع قضایی در هر شهرستان مشخص هستند و بنا به ظرفیت هر کدام از آن‌ها اشخاص معتاد به آنان ارجاع می‌گردند. این مراکز به تفکیک زنان و مردان معتاد تشکیل می‌شود و در عمل مراکز ترک اعتیاد زنان، به دلیل آمار کم اعتیاد زنان در مقایسه با مردان، اندک هستند. صدور حکم به حضور یکی از مراکز ترک اعتیاد به شکلی اجباری می‌باشد و عموماً امکان انتخاب از میان مراکز موجود به شخص معتاد داده نمی‌شود، چراکه ممکن است در گواهی‌هایی که ارائه می‌شود و یا نگهداری معتادان امکان سوء استفاده از این طریق فراهم گردد. در ماده ۱ از آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان‌ها موضوع تبصره ۱ ماده ۱۵ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر که مصوب ۱۳۹۱ است، مراکز متعدد در قالب این مراکز مشخص شده‌اند. این آیین‌نامه در ۱۵ ماده و ۱۱ تبصره به تایید وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزیر کشور و دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر رسید و در تاریخ ۱۳۹۱/۲/۱۷ به تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر رسید. به موجب این ماده «به منظور ارائه خدمات درمان و نیز کاهش

آسیب افرادی که به نحوی دچار اعتیاد به مواد مخدر و یا روانگردان گردیده‌اند، مراکز زیر حسب نوع خدمتی که ارائه می‌نمایند، به عنوان مرکز مجاز درمان و کاهش آسیب تعیین می‌گردند:

- ۱- مرکز درمان سرپایی وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می‌گردد که امکانات ارائه خدمات درمان دارویی و غیر دارویی برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و یا روانگردان را داشته باشد؛
- ۲- مرکز یا بخش درمان بستری وابستگی به مواد: به مکانی اطلاق می‌شود که امکانات ارائه خدمات درمان سم‌زدایی (بازگیری) و خدمات پیشگیری از عود و درمان‌های غیر دارویی را به صورت بستری برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و یا روانگردان داشته باشد؛
- ۳- مرکز اقامتی میان‌مدت درمان وابستگی به مواد: به مرکزی اطلاق می‌شود که به صورت اقامتی داوطلبانه و میان‌مدت (یک تا سه ماه) فعالیت می‌کند. رویکرد اصلی در این مرکز سم‌زدایی (بازگیری) به همراه درمان‌های دارویی و غیر دارویی ترجیحاً با مشارکت گروه‌های همتا و خودیار برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر و یا روانگردان است؛
- ۴- مرکز اقامتی خودیاری گروه‌های همتا: به مرکزی اطلاق می‌گردد که مددجویان به صورت داوطلبانه برای مدت یک تا سه ماه در آن اقامت کرده و خدمات حمایتی را دریافت می‌کنند. رویکرد اصلی این مرکز بر مشارکت گروه‌های همتا و خودیار (معتادان بهبودیافته) به منظور پیشگیری از عود در افرادی است که مراحل سم‌زدایی (بازگیری) را گذرانده‌اند؛
- ۵- مرکز اقامتی بلندمدت اجتماع درمان مدار (TC): مرکزی شبانه‌روزی (دوره‌های سه تا شش ماهه) برای ادامه درمان و بازتوانی به افراد وابسته به مواد مخدر و یا روانگردان است. رویکرد اصلی در این مرکز بر تغییر رفتاری و شناختی شامل برنامه‌های خدمات روانشناختی، مشاوره، آموزش خانواده، تشکیل گروه‌های خودیار، خدمات مددکاری اجتماعی و پیگیری پس از ترخیص است؛
- ۶- مرکز یا واحد درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست: مرکزی مستقل و یا واحدی از مراکز موضوع این ماده است که در آن بر اساس پروتکل‌های ابلاغی، درمانگر در اجرای ماده ۴۱ قانون اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ مجاز به استفاده از داروهای آگونیست مواد مخدر (افیونی) برای درمان وابستگی به مواد مخدر می‌باشد؛

۷- مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری: مرکزی است که زیر نظر معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، خدمات مشاوره، آموزش، مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی، ایدز و سایر بیماری‌های قابل انتقال را به افراد داوطلب و افراد مبتلا به بیماری‌های آمیزشی یا مبتلا به ویروس نقص ایمنی (HIV+)، معتادان تزریقی، معتادان، بی‌خانمان و خانواده‌های آنان ارائه می‌کند؛

۸- مرکز کاهش آسیب: مرکزی است که در مورد معتادانی که قادر و یا حاضر به ترک دائم نیستند و به دلیل رفتارهای پرخطری که از خود بروز می‌دهند، به منظور کنترل و کاهش آسیب‌های آنان به جامعه و سایر افراد و در راستای ترغیب آن‌ها برای درمان تأسیس و اداره می‌گردد.

حال نکته جالب این است که در تبصره این ماده چنین مقرر شده است «مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب برای نگهداری معتادان موضوع ماده ۱۶ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر در آیین‌نامه مربوطه، توسط دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر (اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی) با همکاری دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط تدوین و به تصویب ستاد مبارزه با مواد مخدر خواهد رسید.» با توجه به این که تبصره ۲ ماده ۱۶ اصلاحیه همان مراکز مقرر در ماده ۱۵ را نسبت به پذیرش تعلیق تعقیب معتادان تعیین نموده است، ولی این تبصره لزوم تصویب مراکز مجزایی را پیشنهاد داده است. این آیین‌نامه هنوز تدوین نشده است، ولی در عمل تعلیق تعقیب معتادان واجد شرایط در مراکز مورد اشاره صورت می‌گیرد.

۶- مراقبت بعد از خروج؛ شرط اجرای موفقیت‌آمیز درمان در اثر تعلیق تعقیب

در ماده ۲ آیین‌نامه مراقبت بعد از خروج معتادان مقرر شده است که «فردی که پس از اتمام مدت مقرر در دستور مقام قضایی موضوع ماده ۱۶ قانون و تبصره ۲ آن از مرکز خارج می‌شود، مکلف است یک یا چند تکلیف از تکالیف ذیل که به پیشنهاد گروه درمانگر و اعلام مسؤول فنی و تقاضای مدیر مرکز نوع و مدت آن توسط مقام قضایی با توجه به پیشنهاد مذکور و سوابق شخص تعیین می‌شود را رعایت نماید:

۱- مراجعه به مراکز موضوع ماده ۱۵ قانون جهت شرکت در برنامه‌های درمان، بازتوانی و

کاهش آسیب از قبیل: درمان‌های دارویی و جلسات مشاوره‌ای و آموزشی؛

- ۲- شرکت در جلسات گروه‌های خودیاری که بر حسب ضوابط و مقررات مربوطه، مجوز فعالیت دارند؛
- ۳- مراجعه به مراکز درمانی در دوره‌های زمانی مشخص و اخذ گواهی سلامت و تسلیم آن به نماینده مقام قضایی موضوع این آیین‌نامه؛
- ۴- گذراندن دوره یا دوره‌های خاص آموزشی و یادگیری مهارت‌های زندگی یا شرکت در دوره‌های مذهبی، تربیتی، اخلاقی یا ورزشی و...؛
- ۵- حرفه‌آموزی؛
- ۶- انجام خدمات عمومی و یا اجتماعی؛
- ۷- منع یا محدودیت ارتباط و یا معاشرت با شخص و یا اشخاص معین؛
- ۸- منع یا محدودیت رفت و آمد به محل یا محل‌های معین؛
- ۹- اشتغال به شغل، حرفه یا کار معین؛
- ۱۰- منع یا محدودیت رانندگی با وسیله نقلیه موتوری و یا تصدی وسایل موتوری؛
- ۱۱- ارائه خدمت در مراکز موضوع مواد ۱۵ و یا ۱۶ قانون؛
- ۱۲- در صورت بی‌خانمان بودن و یا وجود شرایط مربوطه، الزام به اقامت در مراکز اقامتی از قبیل: خانه‌های میان‌راهی، گرمخانه‌های شهرداری‌ها و یا مراکز متولی امور بی‌خانمان‌ها و یا معلولین و... که بر اساس ضوابط و مقررات مربوطه ایجاد شده‌اند حسب مورد.» نکته جالب توجه این است که در تعلیق تعقیب درمانی شخص معتاد، در مقایسه با تعلیق تعقیب مقرر در ماده ۸۱ ق.آ.د.ک شخص نه در زمان تعلیق تعقیب، بلکه پس از آن مکلف به رعایت دستورات نظارتی و درمانی می‌شود. این امر خود حاکی از آن است که نهاد تعلیق تعقیب با هدف درمان اشخاص صادر می‌شود.
- در تبصره ۲ ماده ۱ این آیین‌نامه مقرر شده است که «انواع خدمات عمومی و یا اجتماعی موضوع بند ۶ این ماده، در دستگاه‌های و مؤسسات دولتی و عمومی پذیرنده و نحوه همکاری آنان پس از تبادل توافق‌نامه‌هایی که حسب مورد توسط دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر با مراجع مزبور در چارچوب شرح وظایف آنها منعقد می‌شود، با مقام قضایی خواهد بود.» همچنین به موجب تبصره ۱ ماده ۲ فوق‌الذکر «مدیر مرکز موظف است یک هفته پیش از پایان مدت مقرر، نظریه گروه درمانگر و مسؤول فنی را که با توجه به وضعیت شخص و سوابق هر فرد

متضمن نوع تکلیف یا تکالیف به همراه مدت پیشنهادی که حداقل سه ماه تا حداکثر یک سال می‌باشد را به طور کتبی و محرمانه جهت اخذ دستور به مقام قضایی تسلیم نماید. در هر حال تعیین نوع و میزان مدت تا دو برابر مدت پیشنهادی با مقام قضایی می‌باشد.»

در تبصره ۴ این ماده به شرایط دستور مراقبت بعد از خروج اشاره شده است «دستور مراقبت بعد از خروج مقام قضایی به طور کتبی صادر و به شخص و مرکز و سایر مراجع مورد نیاز جهت اطلاع و نظارت بر حسن اجرا ابلاغ می‌شود. مرکز موظف است از طریق واحد مددکاری اجتماعی تدابیر لازم برای حسن اجرای دستور و نحوه ارائه گزارش به مقام قضایی را اتخاذ و گزارش تخلف مستمر از دستور موضوع این ماده را به طور کتبی ظرف ۲۴ ساعت به مقام قضایی یا نماینده وی تقدیم خواهد داشت.» لزوم دخالت شخص مددکار اجتماعی نیز ویژگی درمانی این نهاد را پررنگ‌تر ساخته است، این ضابطین اجتماعی در فرآیند درمان مداخله می‌نمایند و از طریق ارائه گزارش‌ها با نظارت خود اثربخشی درمان را تضمین می‌نمایند.

در ماده ۳ این آیین‌نامه مقرر شده است که علاوه بر مددکاران بتوان از ضابطان دادگستری نیز استفاده نمود: «مقام قضایی می‌تواند به منظور تقویت اقدامات نظارتی بر حسن اجرای تکالیف موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه، توسط شخص و یا مرکز و یا مجری ذی‌ربط، نماینده‌ای از قبیل ضابطین دادگستری تعیین نماید. نماینده تعیین‌شده موظف به اقدام و ارائه گزارش مکتوب طبق نظر مقام قضایی است.» در تبصره این ماده نیز بیان شده است «به منظور حسن اجرای مراقبت بعد از خروج، مقام قضایی می‌تواند تأمین و یا تعهد مناسب و معتبر از فرد مکلف و یا اشخاص ثالث معتبر معرفی‌شده از طرف وی اخذ نماید. چنانچه فرد از اعطای تأمین و یا تعهد خودداری نماید، مقام قضایی متناسب با وضعیت وی نسبت به جایگزینی تکلیف از قبیل: بندهای ۱۱ و ۱۲ ماده ۲ این آیین‌نامه که امکان نظارت بر حسن اجرای آن توسط مقامات دولتی و یا معتمد مقام قضایی میسر باشد، اقدام خواهد کرد.»

فقط ذکر این نکته لازم است که در این آیین‌نامه می‌توانست قانونگذار با پیش‌بینی ضمانت اجرای تخطی از دستورات به تأمین و تضمین تبعیت از دستورات حین این دوره مراقبت پس از خروج اقدام کند.

چالش‌های درمانی اجرای تعلیق تعقیب نسبت به معتادان

در مسیر تحقق هدف درمان و اجرای صحیح نهاد تعلیق تعقیب از یک طرف چالش‌های قضایی و از طرفی دیگر چالش‌های اجرایی مطرح و به دور شدن این نهاد از اهداف آن منتهی گردد. در ادامه با تجمیع این چالش‌ها در دو مورد سلیقه‌گرایی اجرایی و قضایی و نیز عدم وجود نظارت قضایی اجرایی به تبیین آن‌ها پرداخته می‌شود.

۱- دخالت سلیقه‌گرایی نهادهای متعدد

با توجه به این که از اسناد متعدد مرتبط با درمان اعتیاد مشخص می‌شود، تلاش بر این بوده است که در این خصوص از بخشی نگری اجتناب گردد، ولی این رویکرد به دخالت مصلحت سنجی‌های متعدد منتهی شده است و خود به انحراف بسیاری از برنامه‌های درمانی دامن زده است. از طرفی که از این معضل در نظارت بر اجرا که گذر کنیم، چالش دیگر امکان دخالت فراوان صلاحدید مقام قضایی است. اعمال صلاحدید وسیع منتهی به برخوردهای سلیقه‌ای می‌گردد و فرآیند یا آغاز فرآیند درمانی معتاد را تحت تأثیر قرار خواهد گذاشت. برخی به این ایراد چنین پاسخ داده‌اند که از طریق دستورالعمل‌ها می‌توان تشخیص‌ها را ضابطه‌مند نموده و واکنش‌ها را قابل پیش‌بینی نمود، اما به نظر می‌رسد در کنار وجود دستورالعمل، لازم است که کنترل بر کنشگران اجرایی نیز پیش‌بینی شود. در عمل سلیقه‌گرایی باعث می‌شود که بسیاری از قضات از واژه می‌تواند سوء تفسیر به اطلاق در صدور این قرار تعلیق تعقیب نمایند و در قریب به اتفاق پرونده‌ها از این نهاد استفاده کنند. در حالی که گاه دیده می‌شود که شخص برای جامعه خطرناک است و با تعلیق تعقیب وی نه تنها درمان نمی‌شود، بلکه لطمات جبران ناپذیری را برای جامعه به همراه داشته باشد.

۲- عدم نظارت بر مراکز درمانی

عدم وجود نظارت سازماندهی شده بر مراکزی که تعلیق تعقیب شخص معتاد در آن انجام می‌شود، خود به نوعی باعث می‌شود که این تعلیق به اهداف درمانی از اشخاص معتاد نائل نگردد. این عدم نظارت تا بدان جا به مشکلات عملی دامن زده است که حتی برخی از این مراکز به مرکزی برای توزیع داروهای مربوطه که برخی از آن‌ها سهمیه‌ای و دارای تخفیف در قیمت هستند، تبدیل گردد.

نتیجه‌گیری

از سال ۱۳۸۹ با اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر و روانگردان، با تغییر رویکرد قانونی نسبت به معتادان، اعتیاد نوعی بیماری تلقی شد و عنوان مجرمانه از آن منوط به شرایطی موضوع توفیق موقت تعقیب شد. در این راستا مقنن از یکی از جایگزین‌های تعقیب به عنوان تعلیق تعقیب استفاده نموده است که به موجب آن به شرط درمان اعتیاد در مدت مشخص، تعقیب شخص متوقف می‌شود. با گذشت حدود شش سال از تصویب این قانون و الحاق تبصره ۲ ماده ۱۶، بازشناسی این‌که تا چه اندازه این نهاد «تعلیق تعقیب» مورد استفاده مقام‌های قضایی قرار گرفته و از میان این موارد استفاده، چه میزان از آن‌ها با موفقیت باعث درمان شخص معتاد شده‌اند، ضرورتی انکارناپذیر دارد. در همین راستا، با سنجش قضایی این کاربست تعلیق تعقیب در کنار آسیب‌شناسی این نهاد و نحوه به کارگیری عملی از آن، درصد ارائه تدابیر، راه حل‌ها و شیوه‌هایی تلاش شد. آنچه در رویکرد قضایی به نظر می‌رسد، آن است که در این رویکرد، اگرچه تمایل قابل توجهی در توسل به این جایگزین تعقیب به چشم می‌خورد، اما در رویکرد اجرایی تحقق این هدف درمانی تعلیق تعقیب عملکرد صحیحی مشاهده نمی‌شود. این عملکردها را می‌توان در عدم توجه مراکز درمانی مرتبط به هدف تعلیق تعقیب و نیز عدم اجرای آیین‌نامه‌های مرتبط مشاهده نمود. همچنین در موارد متعددی مشاهده می‌شود که این مراکز درمانی خود به فروشگاه‌هایی برای داروهای سهمیه‌ای مختلف تبدیل می‌شود. نتیجه این نواقص عملی آن است که اشخاص معتاد نیز تعهدی به ترک اعتیاد نداشته و عمده گزارش‌های ترک اعتیاد به مراجع قضایی صوری و غیر واقعی است و معتاد را از تعقیب کیفی رها می‌سازد، در حالی که هنوز اعتیاد را ترک ننموده است. بنابراین لازم است که سیاست جنایی قضایی نیز در کنار صدور تعلیق تعقیب، مقام یا نهادی را جهت احراز تحقق درمان شخص معتاد پیش‌بینی و در این فرآیند نیز ورود کند. به علاوه در کنار این پیشنهاد کلی، لازم است که نظارت دوره‌ای دادستان و نمایندگان وزارت بهداشت و درمان پیش‌بینی گردد.

References

1. Koushki GH. General Prosecution Alternatives to the Iran-France Criminal Procedure System. *Journal of Law* 2010; 12(29): 327-350. [Persian]
2. Mosaddeq M. Position of the prosecution in two Islamic Penalties and Criminal Proceedings. *Journals Journal* 2012; 32(93): 3-9. [Persian]
3. Ashuri M. Prison alternatives or punishment interstate. 1st ed. Tehran: Gerayesh Publication; 2001. p.229. [Persian]
4. Rezaei GH. Position of Prosecution Suspension in Iran's Criminal Justice System. *Journal of Legal Research, Faculty of Law, Shahid Beheshti University* 2011; 3(4): 156-171. [Persian]
5. Baghal S. Mahmoud's Office of the Status of the Prosecution Suspension in the Criminal Procedure System of Iran. *Journey Monthly* 2003; 39(44): 12-19. [Persian]
6. Akhundi M. Criminal Procedure. 1st ed. Qom: Printing and Publishing Organization of the Ministry of Culture and Islamic Guidance; 2008. Vol.6 p.83. [Persian]
7. Khaleghi A. Criminal Procedure. 3ed ed. Tehran: Publications of the Institute for Legal Studies and Research of the City of Knowledge; 2009. p.104. [Persian]
8. Ghazi Ardakani Z. Comparative Study of Punishment Suspension in Iran-US Criminal Law. Master's thesis. Shiraz: Shiraz University; 2013. p.32-38 [Persian]
9. Asar P. The role of the defendant's will in determining the punishment. Master's thesis, Criminal law, Criminology. Qazvin: Imam Khomeini International University; 2013. p.98. [Persian]
10. Mir Fatemi SE. Investigating the Possibility of Issuing Addicted Stone. *Legal Discourse* 2005; 8-9(3): 12-27. [Persian]
11. Rahmold M. Human Rights and Addicts. *Social Welfare* 2004; 8(13): 91-112. [Persian]
12. Keynyia M. Criminology Foundations. Tehran: University of Tehran; 2008. [Persian]

13. Salahi J. Is Addiction Actually Patient. The Proceedings 2007; 11(65): 67-80. [Persian]
14. Gholami H. Prophecy of Crime. Theology and Law 2002; 6: 41-48. [Persian]