



تقرير

الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات عن

توافر العقاقير

الخاضعة للمراقبة الدولية:

ضمان سبل الحصول على كميات كافية منها
للأغراض الطبية والعلمية



التقارير الصادرة عن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في عام ٢٠١٠

يُستكمل تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٠ (E/INCB/2010/1) بالتقارير التالية:

تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات عن توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية: ضمان سبل الحصول على كميات كافية منها للأغراض الطبية والعلمية (E/INCB/2010/1/Supp.1)

المخدرات: الاحتياجات العالمية المقدّرة لعام ٢٠١١ - إحصاءات عام ٢٠٠٩ (E/INCB/2010/2)

المؤثرات العقلية: إحصاءات عام ٢٠٠٩ - تقييم الاحتياجات الطبية والعلمية السنوية من المواد المدرجة في الجداول الثاني والثالث والرابع من اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١ (E/INCB/2010/3)

السلاتف والكيمياويات التي يكثر استخدامها في صنع المخدرات والمؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة: تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٠ عن تنفيذ المادة ١٢ من اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة ١٩٨٨ (E/INCB/2010/4)

وترد القوائم المحدثة للمواد الخاضعة للمراقبة الدولية، والتي تشمل المخدرات والمؤثرات العقلية والمواد التي يكثر استخدامها في صنع المخدرات والمؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة، في آخر طبعات المرفقات الملحقة بالاستمارات الإحصائية ("القائمة الصفراء" و"القائمة الخضراء" و"القائمة الحمراء") التي تصدرها الهيئة أيضا.

الاتصال بالهيئة الدولية لمراقبة المخدرات

يمكن الاتصال بأمانة الهيئة على العنوان التالي:

Vienna International Centre
Room E-1339
P.O. Box 500
1400 Vienna
Austria

وإضافة إلى ذلك، يمكن الاتصال بالأمانة بالوسائل التالية:

الهاتف: (+ 43-1) 26060

التلكس: 135612

الفاكس: 26060-5867 (+ 43-1) أو 26060-5868

البرقيات: unations vienna

البريد الإلكتروني: secretariat@incb.org

ونص هذا التقرير متاح أيضا في موقع الهيئة على الإنترنت (www.incb.org).



الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات

تقرير
الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات عن
توافر العقاقير
الخاضعة للمراقبة الدولية:
ضمان سبل الحصول على كميات كافية منها
للأغراض الطبية والعلمية



الأمم المتحدة
نيويورك، ٢٠١١

E/INCB/2010/1/Supp.1

منشورات الأمم المتحدة
رقم المبيع A.11.XI.7
ISBN 978-92-1-626112-2

© الأمم المتحدة: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، كانون الثاني/يناير ٢٠١١. جميع الحقوق محفوظة.

لا تنطوي التسميات المستخدمة في هذا المنشور ولا طريقة عرض المادة التي يتضمنها على الإعراب عن رأي كان من جانب الأمانة العامة للأمم المتحدة بشأن المركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو للسلطات القائمة فيها أو بشأن تعيين حدودها أو تخومها.

ويُشار إلى البلدان والمناطق بالأسماء التي كانت تُستخدم رسمياً عند جمع البيانات ذات الصلة.

منشور صادر عن: قسم اللغة الإنكليزية والمنشورات والمكتبة، مكتب الأمم المتحدة في فيينا.

تصدير

الهدف من الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات هو ضمان توافر المخدرات والمؤثرات العقلية بكميات كافية للأغراض الطبية والعلمية، مع كفاءة عدم تسريب هذه العقاقير للأغراض غير المشروعة. والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات مكلفة برصد تنفيذ هذا الهدف التعاهدي، وقد أبدت مرارا قلقها بشأن تباين وقصور إمكانية الحصول على المواد الخاضعة للمراقبة للأغراض الطبية والعلمية على نطاق العالم.

ولسنوات عديدة، ظلَّ الاستهلاك العالمي للمخدرات والمؤثرات العقلية دون المستويات اللازمة لأدنى درجات العلاج الأساسية. ونتيجة للاعتراف المتزايد بالقيمة العلاجية للمواد الخاضعة للمراقبة، إلى جانب الجهود التي بذلها المجتمع الدولي، تحققت زيادات كبيرة في الاستهلاك. بيد أنه، في حين ارتفعت مستويات الاستهلاك في عدة مناطق في العالم، حدث معظم الازدياد في عدد محدود من البلدان، وخصوصا في ثلاث مناطق هي أوروبا وأمريكا الشمالية وأوقيانوسيا. وفي بعض البلدان والمناطق ركزت مستويات الاستهلاك بل ونقصت. وطالما كان الحصول على هذه العقاقير غير متاح للغالبية العظمى من الناس على نطاق العالم فلن يتمكن المرضى من الحصول على الفوائد الصحية التي يستحقونها. بموجب الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

ولهذه الأسباب، قرّرت الهيئة أن تسلط الضوء على هذه القضية الحاسمة الأهمية في ملحق مستقل لتقريرها السنوي لعام ٢٠١٠. ويقدم هذا الملحق تحليلاً دقيقاً للوضع العالمي والتباينات الإقليمية في استهلاك المواد الخاضعة للمراقبة الدولية، ويحدد العقبات الرئيسية التي تواجه التوافر الكافي، ويقدم توصيات بشأن الكيفية التي يمكن بها التصدي للمشكلة.

ولا غنى في الممارسات الطبية عن معظم المخدرات والمؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة. بموجب المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات. فالمسكنات شبه الأفيونية، مثل الكوديين والمورفين، وكذلك شبائهم الأفيون الاصطناعية وشبه الاصطناعية، هي أدوية ضرورية لعلاج الألم. والمؤثرات العقلية، مثل مزيلات القلق البنزوديازيبينية والمهدئات النومة والمواد الباربيتورائية، هي أدوية لا غنى عنها لعلاج الاضطرابات العصبية والعقلية. وتؤدي المستحضرات الصيدلانية المحتوية على مواد خاضعة للمراقبة الدولية دورا جوهريا في العلاج الطبي الهادف إلى تخفيف الألم والمعاناة.

وما زالت المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات ناجعة جداً في منع تسريب المخدرات من الأسواق المشروعة إلى الأسواق غير المشروعة وفي حماية المجتمع من عواقب الارتهان. غير أنه لم يُوجَّه في العديد من البلدان القدر ذاته من العناية إلى الهدف الآخر للمعاهدات - أي ضمان توافر القدر الكافي من المواد الخاضعة للمراقبة. فالتدابير التي تتخذها الحكومات لمنع تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والاتجار بها لا يجب أن تُعرقل استخدام هذه العقاقير للعلاج الطبي. ويلزم أن تفي الحكومات بالهدف المزدوج للمعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات، أي منع تسريب وتعاطي المواد الخاضعة للمراقبة الدولية مع كفاءة توافرها للاستعمال المشروع. ويجب أن يتحسد هذا التوازن في القوانين واللوائح الوطنية لمراقبة المخدرات.

والخطوة الأولى صوب تحسين إمكانية الحصول على هذه العقاقير الضرورية من أجل الأغراض الطبية والعلمية هي استبانة العقبات، وهي كثيرة. ومع أن الاعتبارات الاقتصادية قد يكون لها دور فيما يتعلق بالأدوية العالية التكلفة فإن المستحضرات القليلة التكلفة موجودة فعلا، وتبين الأمثلة على البلدان التي تستخدم تلك المستحضرات أن العقبات الاقتصادية يمكن التغلب عليها. ويمكن أن تؤدي المشاكل البنيوية والتنظيمية إلى قصور توافر المواد الخاضعة للمراقبة.

وبغية مساعدة الحكومات على القضاء على هذه العقبات، يشتمل هذا الملحق على مجموعة واسعة من التوصيات العملية يمكن تكييفها لتناسب كل حالة وطنية على حدة. وإني لأمل صادقا أن تستفيد الحكومات استفادة كاملة من هذا التقرير لتقييم الوضع في بلدانها ولتنفيذ التوصيات ذات الصلة. فما لم تُنفذ تدابير تصحيحية على جناح السرعة فقد تتسع الفجوة بين البلدان ذات الاستهلاك العالي والبلدان ذات الاستهلاك المنخفض، مع استمرار الألم والمعاناة دون مبرر في العديد من البلدان.



حميد قدسي

رئيس

الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات

ملخص

دعت لجنة المخدرات، في دورتها الثالثة والخمسين المعقودة في آذار/مارس ٢٠١٠، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات إلى أن تُدرج في تقريرها لعام ٢٠١٠ معلومات عن مدى توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية من أجل الاحتياجات الطبية. وتدرك الهيئة الاهتمام المتزايد من جانب منظمة الصحة العالمية وغيرها من الهيئات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية بهذه المسألة. وتقديرا لأهمية هذا الموضوع، قرّرت الهيئة أن تركز له ملحقا لتقريرها السنوي. فهذا الشكل يتيح للهيئة توفير معلومات وافية عن الحالة الراهنة، عالميا وإقليميا، وإبراز العقبات الرئيسية، ووضع توصيات لتحسين توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية من أجل الأغراض الطبية والعلمية. ويرد تحليل مفصّل في المنشورات التقنية للهيئة عن المخدرات والمؤثرات العقلية.

المحتويات

الصفحة

تصدير	iii	
مقدمة	١	الفصل الأول -
الإجراءات التي اتخذتها الهيئة لضمان توافر القدر الكافي من العقاقير	٥	الفصل الثاني -
عرض الخامات الأفيونية وشبائه الأفيون	٩	الفصل الثالث -
عرض الخامات الأفيونية	١٠	ألف -
عرض شبائه الأفيون الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٦١	١١	باء -
عرض شبائه الأفيون الخاضعة للمراقبة حاليا بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١	١٢	جيم -
عرض المنشطات الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١	١٣	دال -
عرض المواد البنزوديازيبينية والباربيتوراتية الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١	١٣	هـ -
توافر الأدوية المحتوية على مواد خاضعة للمراقبة الدولية	١٥	الفصل الرابع -
توافر المسكنات شبه الأفيونية الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٦١	١٨	ألف -
شبائه الأفيون الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١	٢٧	باء -
مضادات الصرع	٢٩	جيم -
المنشطات المدرجة في الجدول الثاني من اتفاقية سنة ١٩٧١ والمستخدمه في علاج اضطراب نقص الانتباه	٣٠	دال -
المنشطات المدرجة في الجدول الرابع من اتفاقية سنة ١٩٧١ والمستخدمه كقَهْمِيَّات ..	٣١	هـ -
المواد البنزوديازيبينية	٣٣	واو -
تحقيق توازن بين ضمان توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية للأغراض الطبية والعلمية		الفصل الخامس -
ومنع تسريبها وتعاطيها	٤٣	
العقبات التي تحول دون توافر المسكنات شبه الأفيونية	٤٤	ألف -
توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية بما يزيد على المستويات اللازمة		باء -
للممارسات الطبية السليمة	٤٧	
ضمان التوافر الكافي في حالات الطوارئ	٥١	جيم -
الاستنتاجات والتوصيات	٥٣	الفصل السادس -
المرفقات		
جداول عن استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في المناطق	٥٩	الأول -
رسالة مشتركة من رئيس الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ورئيس مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية	٦٩	الثاني -
رسالة مشتركة من رئيس الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ورئيس مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية	٧١	الثالث -
رسالة من رئيس الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات إلى جميع البلدان	٧٣	الرابع -

أولاً | مقدمة

١- إنَّ ضمانَ توافُرِ المواد الخاضعة للمراقبة الدولية للعلاج وفقاً للمادة ٩ من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ (اتفاقية سنة ١٩٦١)^(١) بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة ١٩٧٢^(٢)، ودياجة اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١ (اتفاقية سنة ١٩٧١)^(٣)، هو ولاية مسندة إلى الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

٢- وقد قبلت الحكومات، بانضمامها إلى الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، واجب إدراج أحكام تلك المعاهدات في تشريعاتها الوطنية وتنفيذها. والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات هي الجهاز الذي أنشئ بموجب اتفاقية سنة ١٩٦١ والمسؤول عن رصد امتثال الحكومات للمعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات وعن تقديم الدعم للحكومات في هذا الصدد.

٣- وقد أنشأت الاتفاقيات نظام مراقبة لخدمة غرض مزدوج هو ضمان توافر المواد الخاضعة للمراقبة للأغراض الطبية والعلمية وفي الوقت نفسه منع إنتاج هذه المواد والاتجار بها وتعاطيها بصفة غير مشروعة. وبينما تسلّم اتفاقية سنة ١٩٦١ بأن إدمان العقاقير المخدرة يشكل شراً خطيراً على الفرد وأنه محفوف بمخاطر اقتصادية واجتماعية تهدد البشرية، فإنها تؤكد أن الاستعمال الطبي لتلك المواد ما زال أمراً لا غنى عنه لتخفيف الألم والمعاناة، وأنه يجب اتخاذ التدابير الملائمة لضمان توافر العقاقير المخدرة لهذه الأغراض. وفي الوقت ذاته، تُسلّم اتفاقية سنة ١٩٧١ بأنه، في حين أن الأطراف في الاتفاقية مصممة على منع ومكافحة تعاطي المؤثرات العقلية والاتجار بها، فإنه لا غنى عن استعمالها للأغراض الطبية والعلمية، كما تسلّم بأن الحصول على هذه المواد لتلك الأغراض لا ينبغي تقييده دون ضرورة. وترصد الهيئة تنفيذ المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات من جانب الأطراف، وتشمل مسؤولياتها المنصوص عليها صراحة في المادة ٩ من اتفاقية سنة ١٩٦١ المسؤولية عن ضمان توافر العقاقير المخدرة للأغراض الطبية والعلمية.

٤- وتعترف المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات بأن المخدرات والمؤثرات العقلية ضرورية للأغراض الطبية والعلمية. ولكن، على الرغم من الجهود العديدة التي بذلتها الهيئة ومنظمة الصحة العالمية، وكذلك المنظمات غير الحكومية، ما زال توافر هذه المواد لا يزال محدوداً للغاية في كثير من أنحاء العالم، الأمر الذي يحرم العديد

(١) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ٥٢٠، الرقم ٧٥١٥.

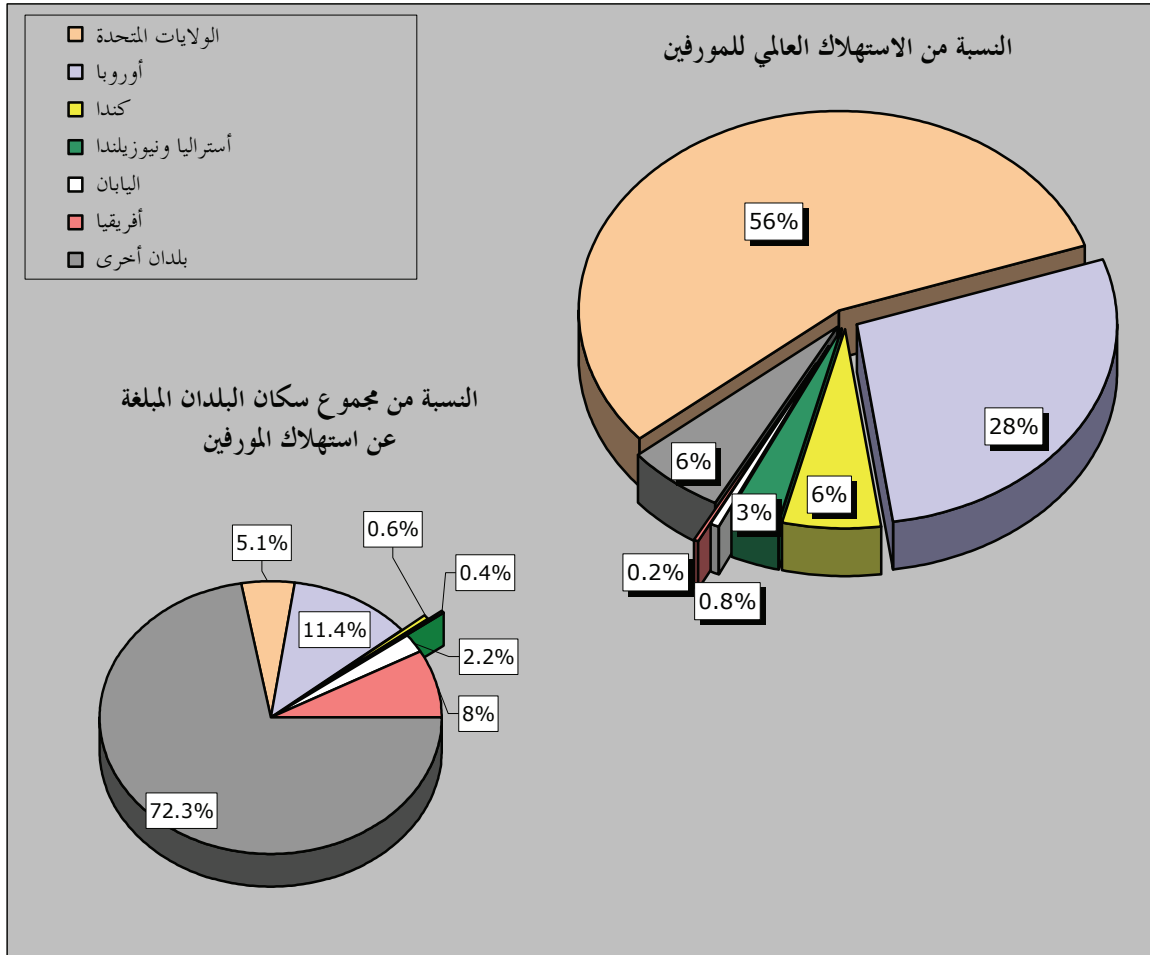
(٢) المرجع نفسه، المجلد ٩٧٦، الرقم ١٤١٥٢.

(٣) المرجع نفسه، المجلد ١٠١٩، الرقم ١٤٩٥٦.

من المرضى من أدوية ضرورية. وتواصل الهيئة رصد توافر المخدرات والمؤثرات العقلية على نطاق العالم، وقد جعلت توافرها أحد المواضيع الرئيسية لحوارها مع الحكومات بشأن تنفيذ المعاهدات تنفيذا ملائما.

٥- وهناك عقاقير مخدرة مثل المورفين والفتانيل والأوكسيكودون هي مسكنات شبه أفيونية فعالة لعلاج الألم المتوسط والشديد. وتُظهر بيانات عام ٢٠٠٩ أن أكثر من ٩٠ في المائة من الاستهلاك العالمي لهذه المسكنات شبه الأفيونية يتم في أستراليا وكندا ونيوزيلندا والولايات المتحدة الأمريكية وعدة بلدان أوروبية. وهذا يعني أن توافرها كان محدودا للغاية في كثير من البلدان وفي مناطق بأكملها. وعلى الرغم من أن العلوم الطبية قادرة على توفير الراحة من معظم أشكال الألم المتوسطة والشديدة فإن أكثر من ٨٠ في المائة من سكان العالم لن يتاح لهم ما يكفي من المسكنات، أو لن يتاح لهم أي مسكنات على الإطلاق، إذا عانوا من هذه الآلام.^(٤)

الشكل ١ - توزع استهلاك المورفين، ٢٠٠٩



(4) يوجد عدد من الأساليب المأمونة والفعالة لعلاج الألم. وما زالت المسكنات شبه الأفيونية الدعامة الأساسية لتلطيف الألم المتوسط والشديد.

٦- وتوجد تفاوتات مماثلة في مستويات استهلاك المؤثرات العقلية، وإن كان تحديد تلك التفاوتات أكثر صعوبة لأنّ اتفاقية سنة ١٩٧١ لا تقتضي من الحكومات أن توفر للهيئة بيانات عن استهلاك هذه المواد.

٧- ومع مراعاة أنّ المعروض العالمي من الخامات الأفيونية يكفي لإنتاج مسكّنات شبه أفيونية، مثل قلويدات المورفين والكوديين وغيرها من القلويدات، ولا يشكّل عقبة أمام توافر العقاقير المخدّرة، فينبغي أن يكون بالوسع تحسين هذا الوضع كثيرا بأن تتخذ الحكومات الإجراءات الملائمة. غير أنه لا تزال توجد عقبات عديدة أخرى أمام التوافر الكافي، وقد بيّنتها الهيئة وسلّطت عليها الضوء في الماضي. ويركّز هذا الملحق لتقرير الهيئة لعام ٢٠١٠ على الجهود المبذولة لضمان التوافر الكافي، والتطوّرات التي حدثت خلال السنوات الأخيرة، والمستويات الحالية لتوافر المخدّرات والمؤثرات العقلية، وهو يقدّم توصيات بشأن الإجراءات التي ينبغي اتخاذها على الصعيدين الدولي والوطني.

ثانياً | الإجراءات التي اتخذتها الهيئة لضمان توافر القدر الكافي من العقاقير

٨- كانت الهيئة، التي تصرّفت بموجب الولاية التي أسندتها إليها الاتفاقيات، من أوائل الجهات التي أصدرت تحذيراً بأن توافر العقاقير المخدّرة ليس مضموناً في غالبية البلدان. فمنذ أكثر من ٢٠ عاماً أصبحت الهيئة على بينة من هذه المشكلة، لأنها كانت في وضع فريد يتيح لها تقييم الاستهلاك في البلدان المختلفة. فاتفاقية سنة ١٩٦١ تقتضي من الحكومات أن تقدّم إلى الهيئة بيانات إحصائية سنوية تشمل بيانات عن استهلاك العقاقير المخدّرة. وتحلّل الهيئة بيانات الاستهلاك المقدّمة من الحكومات، ثم تنشرها في النشرة التقنية السنوية للهيئة عن المخدّرات. ومع أنّ اتفاقية سنة ١٩٧١ لا تشترط الإبلاغ عن استهلاك المؤثّرات العقلية، فإن الاستهلاك يحسب بالاستناد إلى البيانات الإحصائية الأخرى المقدّمة إلى الهيئة^(٥) ويُنشر في المنشور التقني السنوي عن المؤثّرات العقلية.

٩- وقد أدّى التحليل المنتظم لبيانات الاستهلاك، وخصوصاً فيما يتعلق بالعقاقير المخدّرة، إلى اقتناع الهيئة بأن مستوى استهلاك هذه المواد كان منخفضاً جداً في عدد من البلدان. ولذلك أجرت الهيئة في عام ١٩٨٩، بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، تقييماً للاحتياجات الطبية من المواد الأفيونية في العالم. ووجدت المنظمتان أنّ الاحتياجات الطبية إلى المواد الأفيونية لا تلبّى تلبية تامة، ولا سيما لعلاج آلام السرطان.

١٠- ووجدت الهيئة أنّ بلداناً قليلة فقط أنشأت نظماً فعّالة لتقييم الاحتياجات الطبية. وحُدّد عدد من العوامل المترابطة باعتبارها عقبات هامة. فالقوانين واللوائح، وإدارتها أو تفسيرها، تعرقل دون مبرر توافر المواد الأفيونية. وبحول نقص الموارد في نظام الرعاية الصحية دون التوافر الأمثل والاستخدام الأمثل للمواد الأفيونية. كما يُشكّل خوف المهنيين والجمهور من الإدمان رادعاً عن إصدار الوصفات الطبية المناسب للمواد الأفيونية. وإضافة إلى ذلك، يعوق نقص التدريب المهني المطابق لأحدث التطوّرات الاستخدام الكافي لشبائه الأفيون لعلاج الألم.

١١- ونُشرت استنتاجات هذه الدراسة في تقرير الهيئة الخاص لعام ١٩٨٩، المعنون طلب المواد الأفيونية وعرضها للاحتياجات الطبية والعلمية.^(٦) ووضعت الهيئة عدداً من التوصيات الموجهة إلى الحكومات لمساعدتها على تقليل العديد من العقبات أمام توفير المواد الأفيونية للاحتياجات الطبية أو التغلب على تلك

(٥) بيانات عن صنع المؤثّرات العقلية ووارداها وصادراتها ومخزونها.

(٦) منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.89.XI.5.

العقبات، وطلبت إلى الحكومات بحث الأساليب التي تستخدمها لتقييم الاحتياجات الطبية للمواد الأفيونية؛ وتقييم نظمها وقوانينها ولوائحها الخاصة بالرعاية الصحية لمعرفة العقبات التي تعترض توافر المواد الأفيونية؛ ووضع خطط عمل لتيسير توافر المواد الأفيونية لجميع الحالات المرضية المناسبة؛ واستحداث سياسات ومبادئ توجيهية وطنية وتنقيف مهني وطني بشأن الاستخدام الطبي الرشيد للمواد الأفيونية.

١٢- وبعد ذلك بخمس سنوات، أي في عام ١٩٩٤، بحثت الهيئة فعالية المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات في ملحق لتقريرها السنوي بعنوان فعالية المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات.^(٧) وخلصت الهيئة في تقييمها إلى أن هدف المعاهدة المتمثل في ضمان توفير إمدادات كافية من العقاقير المخدرة، وخصوصا المواد الأفيونية المستخدمة للأغراض الطبية، لم يتحقق عالميا.

١٣- ولذلك نشرت الهيئة في عام ١٩٩٥ تقريرا خاصا آخر بعنوان توافر المواد الأفيونية للتلبية الاحتياجات الطبية،^(٨) تضمن توصيات محدّدة موجهة إلى الحكومات، وبرنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات، ولجنة المخدرات، ومنظمة الصحة العالمية، والمنظمات الدولية والإقليمية لمكافحة المخدرات، والمنظمات الصحية والإنسانية الدولية والإقليمية، والمؤسسات التعليمية، ومنظمات الرعاية الصحية غير الحكومية، بما فيها الرابطة الدولية لدراسة الألم، وممثلين آخرين في مجال الرعاية الصحية. ولا تزال توصيات التقرير الخاص صالحة. وعلاوة على ذلك، حُصِّص الفصل الأول من تقرير الهيئة لعام ١٩٩٩^(٩) لمسألة توافر المسكنات المخدرة. وحددت الهيئة في ذلك الفصل، فيما حدّدت، المعوقات والعقبات أمام التوافر الكافي لشبائه الأفيون لعلاج الألم، ووضعت توصيات موجهة إلى الحكومات لاتخاذ إجراءات تصحيحية. وبما أن العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية كانت تستخدم بإفراط في بعض البلدان، بما يؤدي إلى تعاطي عقاقير الوصفات الطبية وما يتصل بذلك من المشاكل، فقد تناول الفصل الأول من تقرير الهيئة لعام ٢٠٠٠^(١٠) مسألة فرط استهلاك العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية، وأوصى باتّباع نهج متوازن في استخدامها.

١٤- وثمة أداة لتقييم ما تُحرزُهُ البلدان من تقدّم في تحسين مستويات توفير تلك العقاقير، أو على الأقل لتقييم مدى إدراكها لتلك المشكلة ومدى نيتها في تحقيق ذلك التحسين، وهي تحليل تقديرات العقاقير المخدرة، التي تقدّمها كل البلدان إلى الهيئة. وتتصل الهيئة بانتظام بالبلدان التي لا تقدّم تقديرات، أو تقدّم تقديرات قليلة جدا، من أجل ضمان توافر كميات كافية من شبائه الأفيون لعلاج الألم. وقد أضفي الطابع الرسمي على هذه الممارسة في تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٩، عندما بدأت الهيئة تختار مجموعات مُعيّنة من البلدان التي لها مستويات استهلاك منخفضة من المسكنات شبه الأفيونية (المورفين أساسا) وخصائص

(7) منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.95.XI.5.

(8) منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.96.XI.6.

(9) منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.00.XI.1. منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.96.XI.6.

(10) منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.01.XI.1.

مشتركة.^(١١) وفي عام ٢٠٠٤ اتصلت الهيئة بأربعة بلدان^(١٢) كانت قد زادت كثيرا مستويات استهلاكها، وطلبت منها معلومات عن السياسات والأنشطة التي تعتبرها الأسباب الرئيسية لتزايد استهلاكها للمسكنات شبه الأفيونية، وخصوصا المورفين، بغية إتاحة هذه المعلومات للبلدان التي تحتاج إلى تحسين مستويات استهلاكها.

١٥- ووجه انتباه الحكومات تكراراً إلى المسألة في خطابات تعميمية موجهة إلى جميع البلدان ورسائل خاصة إلى بلدان فرادى. ففي آب/أغسطس ٢٠٠١، وجهت رسالة مشتركة من رئيس الهيئة ورئيس مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية إلى جميع المنسقين المقيمين التابعين لمنظومة الأمم المتحدة على المستوى القطري، تحثهم، في جملة أمور، على أن يكونوا على علم بمستوى الاستهلاك المفرط الانخفاض والافتقار إلى الأدوية اللازمة لعلاج الألم الحاد في كثير من البلدان النامية (انظر المرفق الثاني). وأكد هذا الطلب في شباط/فبراير ٢٠٠٥، في رسالة متابعة مشتركة موجهة من رئيس الهيئة ورئيس مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية (انظر المرفق الثالث). وفي نيسان/أبريل ٢٠٠٦، شدّد رئيس الهيئة في رسالة موجهة إلى جميع البلدان على صعوبات حصول المرضى المحتاجين على المخدرات والمؤثرات العقلية، وشجّع الحكومات على اتخاذ تدابير لضمان إدراج موضوع الاستخدام الرشيد للعقاقير في المناهج الدراسية للكليات الجامعية المناسبة (انظر المرفق الرابع).^(١٣)

١٦- ويُناقش موضوع توافر شبائه الأفيون لعلاج الألم مع كل من الحكومات على حدة أثناء جميع بعثات الهيئة. وعند الاقتضاء، تشمل رسائل التوصيات الموجهة إلى الحكومات بعد بعثات الهيئة توصيات محدّدة حول توافر شبائه الأفيون لعلاج الألم. وبالمثل، تُدرج دائما في المواد الإعلامية المقدّمة إلى السلطات المختصة خلال بعثات الهيئة مبادئ منظمة الصحة العالمية التوجيهية بشأن تحقيق التوازن في السياسات الوطنية لمراقبة شبائه الأفيون.^(١٤)

١٧- وتُدرج الهيئة بانتظام موضوع توافر العقاقير المخدّرة في الكلمات التي تُلقبها في اجتماعات هيئات حكومية دولية، مثل دورة الجمعية العامة الاستثنائية العشرين، ودورات لجنة المخدّرات والمجلس الاقتصادي والاجتماعي وجمعية الصحة العالمية، والاجتماعات الإقليمية للمنظمات الدولية. وفي آذار/مارس ٢٠١٠، في الدورة الثالثة والخمسين للجنة المخدّرات، أسفرت مناقشة التوافر عن إصدار قرار لجنة المخدّرات ٤/٥٣، المعنون "تعزيز توافر العقاقير المشروعة الخاضعة للمراقبة الدولية بكميات كافية للأغراض الطبية والعلمية مع العمل في الوقت نفسه على منع تسريبها وتعاطيها".

(11) الخصائص الرئيسية للاختيار: عدم وجود تقديرات للمورفين؛ ووجود عدد كبير من السكان مع مستوى بالغ الانخفاض من استهلاك المورفين؛ ووجود معدل بالغ الارتفاع من الإصابة بالسرطان ومستوى منخفض من استهلاك المسكنات؛ ووجود إدارة رقابية عاملة ولكن مستوى منخفض من التوافر؛ والبلدان ذات الدخل المرتفع الواقعة خارج أوروبا وأمريكا الشمالية وذات التوافر غير الكافي.

(12) البرازيل وفرنسا وكندا والولايات المتحدة الأمريكية.

(13) هذه الخطابات الثلاثة منشورة أيضا في موقع الهيئة على الإنترنت
http://www.incb.org/incb/en/other-issues_correspondence.html

(14) منظمة الصحة العالمية، الوثيقة WHO/EDM/QSM/2000.4.

١٨- ومنظمة الصحة العالمية هي الشريك الرئيسي للهيئة في الأنشطة الرامية إلى زيادة توافر شبائنه الأفيون لعلاج الألم. وتشمل الأنشطة التعاونية المحددة المشتركة بين الهيئة والمنظمة ترويج الهيئة لمبادئ المنظمة التوجيهية بشأن تحقيق التوازن في السياسات الوطنية لمراقبة شبائنه الأفيون؛ وإنشاء فريق عامل معني بالتوافر، في عام ٢٠٠٣، أعد اقتراحا لتعزيز علاقات العمل بين الهيئة والمنظمة فيما يتصل بتوافر الأدوية المخدرة وترويج الاستخدام الرشيد للأدوية ذات التأثير النفساني؛ والتعاون في الاستراتيجية العالمية للمنظمة لمكافحة الألم، الهادفة إلى تقديم المساعدة إلى البلدان في أمور من بينها بناء القدرات وزيادة الوعي في مجال استخدام شبائنه الأفيون في علاج الألم.

١٩- ودعت جمعية الصحة العالمية في قرارها ٥٨-٢٢، والمجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره ٢٥/٢٠٠٥، منظمة الصحة العالمية والهيئة إلى دراسة جدوى إنشاء آلية مساعدات من أجل تيسير العلاج الكافي للألم باستخدام المسكنات شبه الأفيونية. واستعرضت منظمة الصحة العالمية والهيئة وثائق ودراسات عن توافر المسكنات شبه الأفيونية على الصعيد القطري، وبجنتا الأنشطة المنفذة والمعتمدة من قبل هيئات مختلفة لمساعدة الحكومات على ضمان توافر هذه الأدوية للاستخدام الطبي المشروع. وخلصتا إلى أنه، على الرغم من أنه لا يوجد نقص على الصعيد العالمي في خامات المسكنات شبه الأفيونية المنتجة بصفة مشروعة وأن الاستهلاك العالمي المشروع لشبائنه الأفيون قد ازداد كثيرا في العقدين الماضيين، فإن الحصول على المسكنات الأفيونية ما زال صعبا في كثير من البلدان، بسبب عدّة معوّقات.

٢٠- وخلصت منظمة الصحة العالمية والهيئة إلى أن إنشاء آلية مساعدات لتسهيل العلاج الكافي للألم باستخدام المسكنات شبه الأفيونية هو أمر مجدٍ. ولذلك شرعت المنظمة في إعداد برنامج الحصول على الأدوية الخاضعة للمراقبة ووضعت إطار ذلك البرنامج بالتشاور مع الهيئة. وتنفذ البرنامج منظمة الصحة العالمية. وتروج الهيئة للبرنامج ترويجا نشطا أثناء بعثاتها، في الكلمات التي تلقيها حول موضوع التوافر ومن خلال إشارات وتوصيات محدّدة ترد في تقاريرها السنوية.

٢١- بيد أنه في حين أن استهلاك العقاقير المخدرة للأغراض الطبية ازداد كثيرا في بعض البلدان، لأسباب من بينها الجهود التي تبذلها الهيئة، فإن مستوى توافر المواد الخاضعة للمراقبة بموجب الاتفاقيات الدولية ظل منخفضا وغير كافٍ في معظم البلدان. ولذلك خلصت الهيئة إلى أنه يلزم ترويج فهم أفضل لأحكام المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات. ويتمثل جزء رئيسي من هذا الجهد في تقديم المساعدة للحكومات على وضع تقديرات أكثر واقعية للاحتياجات من الأدوية المحتوية على مواد خاضعة للمراقبة. وتشارك الهيئة ومنظمة الصحة العالمية حاليا في وضع مبادئ توجيهية لتقدير الاحتياجات من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية. ويُقصد من هذه المبادرة تحديد الأساليب التي ينبغي أن تطبقها البلدان للوصول إلى تقديرات وافية للمواد المخدرة وتقييمات للمؤثرات العقلية وتقديرات لبعض السلائف اللازمة للأغراض الطبية.

ثالثاً | عرض الخامات الأفيونية وشبائه الأفيون

٢٢- عبارة "مادة أفيونية" (opiate) هي المصطلح الذي يستخدم عادة لتسمية العقاقير المشتقة من الأفيون والمشتقات ذات الصلة الكيميائية بها، مثل القلويدات شبه الاصطناعية، في حين أن عبارة "شبيه الأفيون" (opioid) هي مصطلح أكثر عمومية يستخدم للعقاقير الطبيعية والاصطناعية على السواء التي لها خصائص مشابهة لخصائص المورفين على الرغم من أن تركيبها الكيميائية قد تختلف عن التركيبة الكيميائية للمورفين.

٢٣- والقلويدات الطبيعية التي يحتوي عليها الأفيون أو قش الخشخاش والخاضعة للمراقبة الدولية هي المورفين والكوديين والثيبايين والأوريبافين. ويخضع المورفين والكوديين للمراقبة الدولية بسبب إمكانية تعاطيها، بينما يخضع الثيبايين والأوريبافين لتلك المراقبة بسبب قابليتهما للتحويل إلى شبائه الأفيون المتعاطاة. والمورفين هو الشكل الأولي للمواد الأفيونية الطبيعية وللعديد من شبائه الأفيون، وهو يستخدم كمعلمة مرجعية لأغراض المقارنة، بسبب مفعوله المسكن القوي.

٢٤- وتستخدم شبائه الأفيون في معظم الأحوال، بسبب خصائصها المسكنة، لعلاج الألم الحاد (الفتنانيل والهيدرومورفون والميثادون والمورفين والبيثيديين)، والألم المتوسط إلى الشديد (البوبرينورفين^(١) والأوكسيكودون) والألم الخفيف إلى المتوسط (الكوديين وثنائي الهيدروكوديين والدكستروبوبروبوكسيفين). كما أنها تستخدم لإحداث التخدير أو دعمه (الفتنانيل وشبائه الفتنانيل مثل الألفنتانيل والريميفينتانيل)، وبصفة كإحباط للسعال (الكوديين وثنائي الهيدروكوديين، وبدرجة أقل الفولوكودين، وإيثيل المورفين)، ولعلاج الإدمان على شبائه الأفيون (البوبرينورفين والميثادون).

شبائه الأفيون الرئيسية الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٦١ والبوبرينورفين^(١)

القلويدات الطبيعية	شبائه الأفيون شبه الاصطناعية	شبائه الأفيون الاصطناعية
المورفين	ثنائي الهيدروكوديين	الدكستروبوبروبوكسيفين
الكوديين	إثيل المورفين	ثنائي الفينو كسيلات
الثيبايين	الهبروين	الفتنانيل ونظائره
الأوريبافين	الهيدروكودون	الكيثوبيميديون
	الهيدرومورفون	الميثادون
	الأوكسيكودون	البيثيديين
	الفولوكودين	التيليدين
	البوبرينورفين	

(١) يخضع البوبرينورفين للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١.

(15) يخضع البوبرينورفين للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١.

٢٥- وتُصنَع شباته الأفيون شبه الاصطناعية بإدخال تعديلات كيميائية بسيطة نسبياً على المواد الأفيونية الطبيعية، مثل المورفين والكوديين والثيبايين. ومن الأمثلة على تلك المشتقات ثنائي الهيدروكوديين وإيثيل المورفين والهيريون والأوكسيكودون والفولكودين. أما شباته الأفيون الاصطناعية فهي من صنع الإنسان تماماً ولا صلة لها بالمواد الأفيونية، على الرغم من أن لها آثاراً مماثلة عند استخدامها في العلاج. ومن أكثر شباته الأفيون الاصطناعية شيوعاً في الاستعمال الفتانيل ونظائر الفتانيل والميثادون والبيثيدين.

ألف- عرض الخامات الأفيونية

٢٦- المواد الأفيونية التي يتناولها المرضى من أجل العلاج الطبي تُستخرج من الخامات الأفيونية (الأفيون وقش الخشخاش ومُرَكَّب قش الخشخاش). ولذا فإن توافر القدر الكافي من الخامات الأفيونية لصنع المواد الأفيونية هو شرط مسبق لضمان التوافر الكافي للمواد الأفيونية المستخدمة للأغراض الطبية والعلمية.

٢٧- وعملاً باتفاقية سنة ١٩٦١ وقرارات لجنة المخدرات والمجلس الاقتصادي والاجتماعي ذات الصلة، تدرس الهيئة بانتظام التطورات التي تؤثر في عرض الخامات الأفيونية والطلب عليها. وتسعى الهيئة، بالتعاون مع الحكومات، إلى الحفاظ على توازن دائم بين العرض والطلب. ولدى تحليل الوضع فيما يتعلق بعرض الخامات الأفيونية والطلب عليها، تستخدم الهيئة المعلومات التي ترد من حكومات البلدان التي تنتج الخامات الأفيونية وكذلك من حكومات البلدان التي تُستخدم فيها تلك المواد لصنع المواد الأفيونية أو المواد غير الخاضعة للمراقبة. بمقتضى اتفاقية سنة ١٩٦١. ويرد في تقرير الهيئة عن المخدرات لعام ٢٠١٠ تحليل مفصّل للوضع الراهن فيما يتعلق بعرض الخامات الأفيونية والطلب عليها على نطاق العالم.^(١٦)

٢٨- وينبغي أن تكون المخزونات العالمية من الخامات الأفيونية كافية لتلبية الطلب العالمي لمدة سنة تقريباً من أجل ضمان توافر المواد الأفيونية المستخدمة للأغراض الطبية والعلمية في حال حدوث تناقص غير متوقع للإنتاج نتيجة لظروف جوية غير مؤاتية في البلدان المنتجة مثلاً.^(١٧) وفي نهاية عام ٢٠٠٩، كانت المخزونات العالمية من الخامات الأفيونية الغنية بالمورفين كافية لتلبية الطلب العالمي لمدة ١٢ شهراً. وكانت المخزونات العالمية من الخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين كافية لتغطية الطلب العالمي لمدة تقل عن ١٢ شهراً بقليل؛ غير أن ذلك النقص عوّض عنه بوجود المستوى المرتفع من مخزونات الثيبايين والمواد الأفيونية المشتقة من الثيبايين، وكانت تلك المخزونات كافية في نهاية عام ٢٠٠٩ لتلبية الطلب العالمي على المواد الأفيونية لنحو ١٤ شهراً.

٢٩- وحسب المعلومات المتاحة للهيئة، كان الإنتاج العالمي من الخامات الأفيونية الغنية بالمورفين في عام ٢٠١٠ أكبر من استخدام تلك الخامات. وكان العرض العالمي (أي المخزونات والإنتاج) من الخامات الأفيونية الغنية بالمورفين كافياً تماماً لتلبية الطلب العالمي. وفيما يتعلق بعام ٢٠١١، تخطط حكومات البلدان المنتجة لمواصلة توسيع المساحة المزروعة بخشخاش الأفيون الغني بالمورفين.

(16) العقاقير المخدرة: المتطلبات العالمية المقدرة لعام ٢٠١١ - إحصاءات لعام ٢٠٠٩ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع T.11.XI.2).

(17) تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠٠٥ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.06.XI.2)، الفقرة ٨٥.

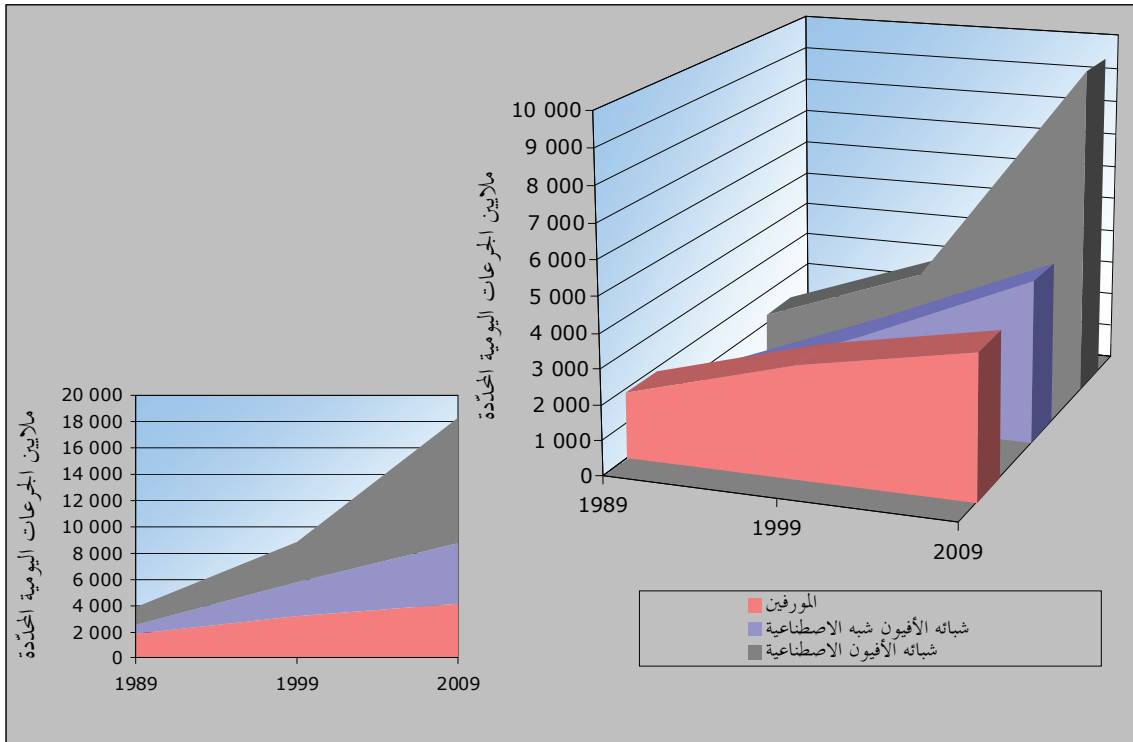
٣٠- وفيما يتعلق بالخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين، تبين المعلومات المتاحة للهيئة أن الإنتاج العالمي تجاوز الطلب العالمي في عام ٢٠١٠. وكان إجمالي مخزونات الخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين كافيا لتلبية الطلب العالمي لأقل من سنة واحدة. وتشير خطط البلدان المنتجة إلى أن الإنتاج العالمي من الخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين سيتجاوز الطلب العالمي في عام ٢٠١١ أيضا. فمن المتوقع إذا أن يزيد إجمالي مخزونات الخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين ليصل إلى مستوى يمكن أن يغطي الطلب لمدة نحو ١٤ شهرا. وسيظل العرض العالمي (المخزونات والإنتاج) من الخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين كافيا لتلبية الطلب العالمي تماما.

٣١- ومن المتوقع أن يرتفع الطلب العالمي على الخامات الأفيونية الغنية بالمورفين والغنية بالثيبايين في المستقبل أيضا. ويتوقع أن يتواصل ارتفاع الطلب العالمي على المواد الأفيونية والخامات الأفيونية نتيجة للأنشطة التي تضطلع بها الهيئة ومنظمة الصحة العالمية لضمان توافر كميات كافية من المسكنات شبه الأفيونية.

باء- عرض شبائه الأفيون الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٦١

٣٢- كما في حالة الارتفاع المستمر في إنتاج الخامات الأفيونية، ازداد صنع شبائه الأفيون أيضا ازديادا تدريجيا في السنوات العشرين الأخيرة. فقد ازداد صنع المورفين وشبائه الأفيون الاصطناعية وشبه الاصطناعية الرئيسية خمسة أضعاف في السنوات العشرين الأخيرة، حيث سجلت شبائه الأفيون الاصطناعية وشبه الاصطناعية معدلات نمو أعلى من معدلات نمو المورفين. ويرتبط هذا التطور ارتباطا قويا بالطلب المتزايد على عقاقير مخدرة معينة، فضلا عن تطوير منتجات جديدة.

الشكل ٢- النمو في صنع شبائه الأفيون، ١٩٨٩-٢٠٠٩



٣٣- ويبيّن الشكل ٢ النمو المجمع في صنع المورفين وشبائه الأفيون الاصطناعية وشبه الاصطناعية خلال فترة ٢٠ عاما. ويمثل مصطلح "الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية" (الجرعات اليومية المحددة) وحدة قياس تقنية تستخدم لتحليل الإحصائي، وليس جرعة موصى بها لإصدار الوصفات الطبية. وتستخدم وحدة القياس هذه كلما أريد تجميع عقاقير مخدّرة أو مؤثّرات عقلية ذات مستويات مختلفة من القوة، ومن ثمّ مستويات مختلفة من الجرعات اليومية في العلاج، لبيان الكميات المتاحة فيما يتعلق بمجموعة من المواد بوحدة قياس قابلة للمقارنة.

٣٤- وسُجّلت معدلات نمو قوية بصفة خاصة فيما يتعلق بالفتنانيل، الذي أصبح أكثر شبائه الأفيون الاصطناعية صنعا عند التعبير عن الكميات بالجرعات اليومية المحددة. وعندما يستخدم الفتنانيل كمسكّن، يكون أقوى من المورفين بحوالي ١٠٠ مرة، ويستخدم للتخدير بجرعات صغيرة جدا (على سبيل المثال، ٠,٠٠٥ - ٠,١ ملغ في شكل قابل للحقن). ويزيد في جميع أنحاء العالم استخدام رقع فتنانيل ذات إطلاق محكوم لعلاج الألم الحاد، تحتوي على جرعات أعلى وتستخدم لمدة تصل إلى ثلاثة أيام، وقد أدى ذلك إلى ازدياد صنع الفتنانيل. ويُصنع الميثادون أيضا بكميات أكبر بكثير من الكميات التي كانت تصنع قبل ٢٠ سنة، وإن كان معظم ذلك الصنع هو للاستخدام في العلاج الإبدالي. وقد أظهر أيضا صنع العقاقير شبه الاصطناعية الهيدروكودون والهيدرومورفون والأوكسيكودون والأوكسيمورفون معدلات ازدياد عالية جدا. وازدادت التجارة الدولية في العقاقير المخدّرة ازديادا ماثلا، أي بخمسة أضعاف للمورفين، وبما يقرب من ٣٠٠ ضعف للفتنانيل، وبأكثر من ١٣٠ ضعفا للأوكسيكودون.

٣٥- وهذه المعدلات هي معدلات نمو هائلة لصنع العقاقير المخدّرة والتجارة الدولية فيها. إلا أن السبب الرئيسي لهذه المعدلات كان الازدياد الشديد في الواردات في بعض الدول ذات معدلات الاستهلاك المرتفعة، في حين أنّ معظم البلدان الأخرى زادت وارداتها بقدر أقل بكثير أو بدأت من مستويات منخفضة إلى حد أنه حتى معدلات الازدياد العالية جدا لم تشكل كميات كبيرة بالأرقام المطلقة. وعلاوة على ذلك فمن أصل ٢١١ بلدا وإقليما لم يستورد ١٧ بلدا وإقليما أيّ كمية من المورفين، ولم يستورد ٢٢ بلدا وإقليما أيّ كمية من الفتنانيل، ولم تستورد ٩ بلدان أو أقاليم أيّ كمية من شبائه الأفيون.

٣٦- ويتّضح من البيانات المتاحة للهيئة أنّ صنع المورفين وشبائه الأفيون الاصطناعية وشبه الاصطناعية حاليا كافٍ تماما لتلبية الطلب العالمي. وإضافة إلى ذلك فإنّ البحوث الجارية بشأن التطبيقات والمستحضرات الجديدة تتيح صنع أدوية جديدة أسهل وأكثر راحة في الاستخدام. وفي الوقت نفسه، يستمر صنع أنواع أخرى من المستحضرات أقل تكلفة. ويمكن للصناعة الصيدلانية أن تلي الطلب المتزايد على المنتجات في نطاقات سعرية مختلفة. ولذلك لا يمكن اعتبار جانب العرض لشبائه الأفيون عقبة أمام توافر العقاقير المخدّرة توافرا كافيا.

جيم- عرض شبائه الأفيون الخاضعة للمراقبة حاليا بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١

٣٧- ازداد أيضا صنع البوبرينورفين في العالم بخمسة أضعاف في السنوات العشرين الماضية، ووصل إلى مستوى مماثل لمستوى صنع شبائه الأفيون الرئيسية. فقد ازداد ازديادا حادا في أواخر التسعينات عندما بدأ

استخدام هذه المادة بجرعات أعلى لعلاج إدمان شبائه الأفيون، وهناك ازدياد حاد آخر ظاهر منذ عام ٢٠٠٦. وبالمثل ازدادت التجارة الدولية في هذه المادة ازديادا حادا، وأفاد ٨٠ بلدا بواردات من البوبرينورفين في الفترة من عام ٢٠٠٧ إلى عام ٢٠٠٩. غير أن عدد البلدان التي تستورد البوبرينورفين أقل بكثير من عدد من البلدان التي تستورد واحدا على الأقل من شبائه الأفيون الرئيسية. ويوجد صنع وتجارة أقل كثيرا للبتازوسين، الذي هو مسكن اصطناعي رئيسي آخر خاضع للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١ ولم يُظهر اتجاهها مماثلا. وفي حين توجد تقلبات في الصنع والتجارة، لا يمكن أن يلاحظ معدل ازدياد مطرد.

دال - عرض المنشطات الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١

٣٨- تُصنع المنشطات المدرجة في الجدول الثاني في حوالي اثني عشر بلدا، ويستوردها ٩٠ بلدا آخر. وقد سُجلت معدلات نمو عالية بوجه خاص في الصنع في السنوات العشرين الأخيرة فيما يتعلق بالميثيل فينيدات (١٦ ضعفا) والديكسامفيتامين (٢,٥ أضعاف)، بينما بلغ صنع الأمفيتامين^(١٨) ذروته في عام ١٩٩٨، وهو يتراجع منذ ذلك الحين. وازدادت أيضا التجارة الدولية في المنشطات المدرجة في الجدول الثاني، وذلك للميثيل فينيدات أكثر منه للمواد الأمفيتامينية. وخلال السنوات العشر الأخيرة ظلت صناعة وتجارة المنشطات المدرجة في الجدول الرابع، والتي تستخدم في معظم الأحوال كقهيميات (مشبطات للشهية) في علاج البدانة، في نفس المستوى تقريبا. أما مستوى الصنع للمجموعة كلها، التي تضم ١٤ مادة ومعبرا عنها بالجرعات اليومية المحددة، فهو دون مستوى صنع شبائه الأفيون الرئيسية.

هاء - عرض المواد البنزوديازيبينية والباربتيوراتية الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١

٣٩- بعد حصول معدلات نمو قوية قبل ٢٠ عاما، وصَلَ صُنْع وتجارة مُزيلات القلق البنزوديازيبينية والمهدّئات المنومة إلى مستويات مستقرة (بين ٢٠ بليون و ٣٠ بليون جرعة يومية محدّدة لمزيلات القلق؛ وبين ٥ بلايين و ٩ بلايين جرعة يومية محدّدة للمهدّئات المنومة)، وقد ظلّ يزيدان أو ينقصان قليلا على تلك المستويات. وظل صنع المواد الباربتيوراتية مستقرا أيضا خلال السنوات العشر الماضية. واستمرت الفوارق الإقليمية الكبيرة في التجارة الدولية في مزيلات القلق والمهدّئات المنومة، وفي مناطق مُعيّنة كانت دائما

(18) مُعظّم المواد المدرجة في جداول اتفاقية سنة ١٩٧١ واردةٌ بأسمائها الدولية غير التجارية. وقد وَضَعَت منظمة الصحة العالمية نظامَ الأسماء غير التجارية لتيسير التعرّف إلى المواد الصيدلانية أو المكونات الصيدلانية الفعالة. (وتُستخدَم هذه الأسماء في تقرير الهيئة التقني عن المؤثرات العقلية.) وفي حال عدم وجود أسماء دولية غير تجارية، تُدرَج المواد في الجداول ضمن فئة "الأسماء غير التجارية الأخرى أو الأسماء الدارجة".

وبالنسبة لمعظم الناطقين بالإنكليزية أصلا، تبدو الأسماء غير التجارية للعديد من المواد المدرجة في الجدول الثاني من اتفاقية سنة ١٩٧١ وكأنها أخطاء إملائية: amphetamine, dexamphetamine, levamphetamine, metamphetamine, metamphetamine racemate. وفي هذا التقرير، تُستخدم "الأسماء غير التجارية الأخرى أو الأسماء الدارجة" لهذه المواد، والتي هي أكثر شيوعا: amphetamine, dexamphetamine, levamphetamine, methamphetamine, methamphetamine racemate.

لا تُبلغ إلا عن مستويات منخفضة للغاية من هذه الواردات، لوحظ المزيد من حالات الانخفاض (معظمها بلدان أفريقية ولكن أيضا في بعض أنحاء آسيا). والمؤثران العقلان الأكثر تجارة من حيث عدد البلدان المستوردة هما الديازيبام، الذي هو أحد مزيلات القلق البنزوديازيبينية، والفينوباربيتال، الذي هو مادة باربيتورائية، وكلاهما يستورده أكثر من ١٦٠ بلدا. وأكثر المؤثرات العقلية صنعا عند التعبير عن كمياته بالجرعات اليومية المحددة هو الألبرازولام، الذي هو أحد مزيلات القلق البنزوديازيبينية.

رابعاً | توافر الأدوية المحتوية على مواد خاضعة للمراقبة الدولية

٤٠- إن الإمداد بكميات كافية من الخامات الأفيونية المنتجة بصفة مشروعة، ومن المنتجات النهائية المصنعة باستخدام تلك الخامات، فضلا عن تزايد صنع المؤثرات العقلية، لا يُؤدّيان بالضرورة إلى كفاية إمداد المستعمل النهائي، أي المريض، بالأدوية المحتوية على تلك المواد. فإمكانية الحصول على الأدوية المصنوعة من شبائه الأفيون، وكذلك الأدوية الأخرى المحتوية على مواد خاضعة للمراقبة الدولية، محدودة أو شبه معدومة في العديد من البلدان. وقد نوقش ذلك التفاوت مرارا، لا من جانب الهيئة فحسب بل من جانب لجنة المخدّرات أيضا.

٤١- وكما هو مذكور أعلاه، استذكرت لجنة المخدّرات في قرارها ٤/٥٣، المعنون "تعزيز توافر العقاقير المشروعة الخاضعة للمراقبة الدولية بكميات كافية للأغراض الطبية والعلمية مع العمل في الوقت نفسه على منع تسريبها وتعاطيها" اتفاقية سنة ١٩٦١ بصيغتها المعدلة بروتوكول سنة ١٩٧٢، كما استذكرت اتفاقية سنة ١٩٧١. ويجسّد القرار الاعتراف في الاتفاقيتين كإحدى المواد الخاضعة للمراقبة الدولية ضرورة للعلاج الطبي وللأغراض العلمية. واستذكرت اللجنة في القرار أن توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية لا ينبغي تقييده دون داع، وأنه يجب اتخاذ التدابير اللازمة لكفالة توافر تلك المواد للأغراض الطبية والعلمية.

٤٢- ودعت لجنة المخدّرات الهيئة، في القرار ذاته، إلى أن تدرج في تقريرها السنوي لعام ٢٠١٠ معلومات عن استهلاك المخدّرات والمؤثرات العقلية المستخدمة للأغراض الطبية والعلمية على نطاق العالم، تشمل تحليلا للعقبات التي تحول دون كفاية توافرها، والإجراءات الواجب اتخاذها للتغلب على تلك العقبات، وما يتوافر من معلومات محدّدة عن وضع البلدان وما تحرزه من تقدّم في هذا الشأن. وعملاً بذلك القرار، أجرت الهيئة تحليلا للتطورات العالمية والأنماط الإقليمية لاستهلاك المسكّنات شبه الأفيونية، استنادا إلى الإحصاءات التي وفّرتها الحكومات. وأجرت أيضا تحليلا للتطورات العالمية والأنماط الإقليمية لاستهلاك المؤثرات العقلية.^(١٩)

٤٣- ومن أجل بيان الفوارق بين المناطق، وكذلك بين البلدان داخل كل منطقة، يقدم منشور الهيئة التقني عن المخدّرات جداول إقليمية عن مستويات استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية، إضافة إلى الجدول العالمي عن متوسط استهلاك المخدّرات (الجدول الرابع عشر من التقرير التقني عن المخدّرات). ويتعين على الحكومات

(19) محسوبة على أساس البيانات الإحصائية المقدّمة إلى الهيئة عن الصنع والواردات والصادرات والمخزونات.

أن تزود الهيئة، في إحصاءاتها السنوية عن المخدرات، ببيانات عن استهلاك المسكنات شبه الأفيونية. وقد ظلت البلدان تجمع هذه البيانات لسنوات عديدة، ولكن لم تُضع كلها أساليب وافية لتقييم احتياجاتها. واستحدثت الهيئة مفهوم "الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية (الجرعات اليومية المحددة) والتي يستهلكها كل مليون ساكن في اليوم"، وهي تستخدم هذا المفهوم عند تجميع ومقارنة الإحصاءات عن استهلاك المواد ذات المستويات المتفاوتة من قوة المفعول، مثل المسكنات شبه الأفيونية.

٤٤ - وإزاء عدم وجود رأي خبراء متفق عليه عالمياً بشأن مستويات الاستهلاك الكافية، وضعت الهيئة داخلياً، لأغراض إدارية، بعض المعايير الدنيا لتستخدمها عند النظر في التقديرات التي تقدمها البلدان عن احتياجاتها السنوية من العقاقير المخدرة. وحددت الهيئة مستويات الاستهلاك التي تعتبرها قاصرة (استهلاك المسكنات شبه الأفيونية بكميات تتراوح بين ١٠٠ جرعة يومية محددة و ٢٠٠ جرعة يومية محددة لكل مليون ساكن في اليوم)، أو قاصرة جداً (استهلاك المسكنات شبه الأفيونية بكميات تساوي أو تقل عن ١٠٠ جرعة يومية محددة لكل مليون ساكن في اليوم). فإذا استُخدم هذان المستويان كأساس مرجعي للمقارنة، كانت مستويات الاستهلاك قاصرة في ٢١ بلداً وقاصرة جداً في أكثر من ١٠٠ بلد آخر، معظمها في أفريقيا. واعتمدت الهيئة في أيار/مايو ٢٠٠٤ تعديلاً لقواعد وضع التقديرات سمح للهيئة برفع تقديرات عقاقير مخدرة ضرورية معينة إذا اعتُبرت التقديرات الموجودة منخفضة انخفاضاً غير ملائم.

٤٥ - وفي قرار لجنة المخدرات ٤/٥٣، دعت اللجنة الهيئة إلى تزويد اللجنة بمعلومات عن استهلاك المؤثرات العقلية المستخدمة للأغراض الطبية والعلمية على نطاق العالم، وأن تعمل على توافرها بكميات كافية. غير أن الحكومات غير ملزمة بتقديم بيانات عن استهلاك المؤثرات العقلية. وقد وجدت الهيئة في الماضي أن من المفيد حساب مستويات الاستهلاك التقريبية للمؤثرات العقلية بناءً على ما يرد إلى الهيئة من الحكومات، في إحصاءاتها السنوية عن المؤثرات العقلية، من معلومات إحصائية عن تلك المواد، وذلك لبيان الاتجاهات العالمية والقيام، عندما تبدو البيانات متسقة وموثوقة، بتحديد أنماط الاستهلاك غير المعتادة. وكما جاء في التقرير التقني للهيئة عن المؤثرات العقلية، ينبغي اتخاذ الحذر عند استخلاص الاستنتاجات بشأن المستوى الفعلي لاستهلاك المؤثرات العقلية، على المستوى العالمي وكذلك في بلدان بعينها، إذ إن البيانات التي تقدمها الحكومات عن صنع المؤثرات العقلية والتجارة بها قد لا تكون كاملة أو قد لا تشمل جميع المواد المعنية. وتميل مستويات الاستهلاك المحسوبة إلى عدم الدقة بصفة خاصة عندما تتعلق بالبلدان الصانعة. وتُنشر مستويات الاستهلاك المحسوبة في الجدول الرابع من التقرير التقني عن المؤثرات العقلية.

٤٦ - وكان تحليل مستويات الاستهلاك المحسوبة للمؤثرات العقلية يركز في الماضي في كثير من الأحيان على المستويات المرتفعة على الدوام التي قد لا يكون لها مبرر طبي ويمكن أن تؤدي إلى تسريب المواد المعنية وتعاطيها. بيد أن الهيئة كانت تدرك أن المستويات المنخفضة جداً الملحوظة في بعض البلدان لاستهلاك المؤثرات العقلية قد تنم عن أن الحصول على تلك المواد كان شبه مستحيل على قطاعات معينة من السكان وأن هذه المواد، أو الأدوية المزيفة التي يفترض أن تحتوي على هذه المواد، قد تظهر لذلك في الأسواق غير المنظمة لتغطية الاحتياجات غير الملباة. وينبغي أن يؤخذ في الحسبان أيضاً أن مستويات استهلاك المؤثرات

العقلية تتفاوت كثيرا بين البلدان والمناطق، بسبب الفوارق في الممارسات الطبية وما يرتبط بها من تفاوت في أنماط إصدار الوصفات الطبية. ولا يمكن إجراء المقارنات بين البلدان أو المناطق إلا بقدر كبير من الحذر، وخاصة لأن من الممكن، فيما يتعلق ببعض المؤثرات العقلية، استخدام مؤثرات عقلية أخرى أو مواد غيرها كبداية، وينبغي أن يوضع ذلك في الاعتبار لدى استعراض توافر تلك المؤثرات العقلية.

٤٧- وتلاحظ الهيئة أن الحكومات عززت نظام المراقبة الدولية للمؤثرات العقلية في العديد من المناسبات بموافقتها على تزويد الهيئة ببيانات إضافية، مثل تقييمات الاحتياجات السنوية من تلك المواد، وتفاصيل التجارة بالمواد المدرجة في الجدولين الثالث والرابع من اتفاقية سنة ١٩٧١، والبيانات عن المخزونات التي يحتفظ بها المصنعون. وبما أن هذه البيانات لم تكن تعتبر أساسية عندما اعتمدت اتفاقية سنة ١٩٧١ فقد كان المجلس الاقتصادي والاجتماعي هو الذي استحدث، في قرارات مختلفة^(٢٠)، اشتراط جمع المعلومات الإضافية المذكورة أعلاه عن المؤثرات العقلية وتقديمها إلى الهيئة. ومع أن هذا الإبلاغ الإضافي لم يصبح عالمي النطاق بعد فإن الهيئة تشعر بالتقدير لكون معظم الحكومات يقدم المعلومات الإضافية عملا بقرارات المجلس الاقتصادي والاجتماعي ويوفر التدريب للسلطات الوطنية المسؤولة عن ملء الاستمارات وإعادةها.

٤٨- وترى الهيئة أن الوقت حان مرة أخرى لكي تتفق الحكومات على تزويد الهيئة طوعا بمعلومات لم تكن متوخاة في اتفاقية سنة ١٩٧١ ولكنها ضرورية لتنفيذ قرار لجنة المخدرات ٤/٥٣، لكي تكون الهيئة في وضع يمكنها من تحليل الاتجاهات في استهلاك المؤثرات العقلية. وستكون البيانات التي يُعَوَّلُ عليها عن استهلاك المؤثرات العقلية لازمة أيضا من أجل تقييم فعالية أي تدابير تتخذ وفقا لقرار اللجنة ٤/٥٣. لذلك توصي الهيئة الحكومات بشدة بأن تنظر في تزويدها ببيانات عن استهلاك المؤثرات العقلية، بغية تمكين الهيئة من الامتثال لقرار اللجنة ٤/٥٣ ولتمكينها في نهاية المطاف من ترويج التوافر الكافي للمؤثرات العقلية المستخدمة للأغراض الطبية والعلمية مع منع تسريب تلك المواد وتعاطيها.

٤٩- وللأسباب المذكورة أعلاه، لا تضاهي نوعية البيانات عن استهلاك المؤثرات العقلية نوعية البيانات عن استهلاك العقاقير المخدرة. ومن ثم فإن تقديم تحليل ذي معنى لمستويات استهلاك المؤثرات العقلية هو أكثر صعوبة. فضلا عن ذلك ففي معظم البلدان تستخدم المؤثرات العقلية في العلاج الطبي أكثر كثيرا مما تستخدم العقاقير المخدرة. ولذلك تستخدم الهيئة، من أجل تحليل أنماط استهلاك المؤثرات العقلية، مفهوم الجرعات اليومية المحددة المستهلكة لكل ألف ساكن في اليوم من أجل مقارنة وتجميع الإحصاءات عن المواد ذات قوة المفعول المختلفة. ومن ثم تنقسم المعلومات الواردة أدناه إلى معلومات عن مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية ومعلومات عن المسكنات الخاضعة للمراقبة بمقتضى اتفاقية سنة ١٩٧١، إلى جانب معلومات عن فئات أخرى من المؤثرات العقلية.

(20) القرارات ٧/١٩٨١ و ١٥/١٩٨٥ و ٣٠/١٩٨٧ و ٤٤/١٩٩١.

٥٠- أما الوضع فيما يتعلق بكفاية مستويات استهلاك المؤثرات العقلية فهو مماثل للوضع فيما يتعلق بكفاية مستويات استهلاك العقاقير المخدرة، إذ ليس هنالك اتفاق بين الخبراء حول المستوى الذي ينطوي عليه مفهوم "كفاية التوافر" لاستهلاك الفرد لأي من فئات المؤثرات العقلية.

٥١- وقد أكدت لجنة المخدرات في قرارها ٤/٥٣ أن الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات تسعى إلى تحقيق توازن بين ضمان توافر المخدرات والمؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة الدولية للأغراض الطبية والعلمية، من ناحية، ومنع تسريبها وتعاطيها، من الناحية الأخرى. وفي القرار ذاته، سلمت اللجنة بأنّ الزيادة في العرض المشروع للمواد الخاضعة للمراقبة الدولية قد تزيد من احتمال تسريب هذه المواد وتعاطيها. ويحتوي هذا الملحق على معلومات عن مستويات الاستهلاك لفئات مُعَيَّنة من المواد يمكن اعتبارها مفرطة الارتفاع. ومن الواضح أنّ المسكّنات المخدرة هي، في عدد قليل من البلدان ذات المستوى المرتفع من الاستهلاك، المشكلة الرئيسية في مجال تعاطي المخدرات، وأنّ تعاطي عقاقير الوصفات الطبية يتزايد.

ألف- توافر المسكّنات شبه الأفيونية الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٦١

٥٢- ازداد الاستهلاك العالمي للمسكّنات شبه الأفيونية المستخدمة لعلاج الألم المتوسط والشديد ازديادا كبيرا في الفترة ١٩٨٩-٢٠٠٩. فمثلا ازداد في تلك الفترة الاستهلاك العالمي للمورفين بسبعة أضعاف. وكانت الزيادة أكبر لشبائه أفيون مُعَيَّنة خاضعة للمراقبة الدولية، مثل الفنتانيل (١٠٠ ضعف) والأوكسيكودون (٢٦ ضعفا). وكانت الزيادة في بعض المناطق أعلى بكثير من الزيادة في مناطق أخرى.^(٢١) وفي كل منطقة على حدة، كانت الزيادة في الاستهلاك أكبر في بعض البلدان منها في البلدان الأخرى، واستمر وجود فوارق كبيرة في مستويات الاستهلاك بين مختلف البلدان. وتُبيّنُ الجداول الواردة في المرفق الأول مستويات الاستهلاك في المناطق والبلدان والأقاليم.

٥٣- وسُجِّلت أعلى مستويات استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية في بلدان أمريكا الشمالية وأوروبا وفي أستراليا ونيوزيلندا. وفي نسبة كبيرة من البلدان في أوروبا وأمريكا الشمالية ارتفعت مستويات استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية ارتفاعا كبيرا في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٩. وشهدت كندا والولايات المتحدة أعلى مستويات استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية في العالم. وسجّل هذان البلدان ازديادا مطّردا في استهلاكهما للمسكّنات شبه الأفيونية من عام ١٩٨٩ إلى عام ٢٠٠٩، عندما بلغت مستويات الاستهلاك ما يقرب من ٤٠ ٠٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في الولايات المتحدة وأكثر من ٢٠ ٠٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في كندا، مقارنة بـ ٨٥ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم في المكسيك.

(21) تقدّم الأشكال ٣-١٣ معلومات عن التطور في مستويات استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية عالميا وإقليميا خلال السنوات العشرين الأخيرة. ومقاييس الرسم المستخدمة في الأشكال البيانية مختلفة بسبب الاختلافات الكبيرة في مستويات الاستهلاك.

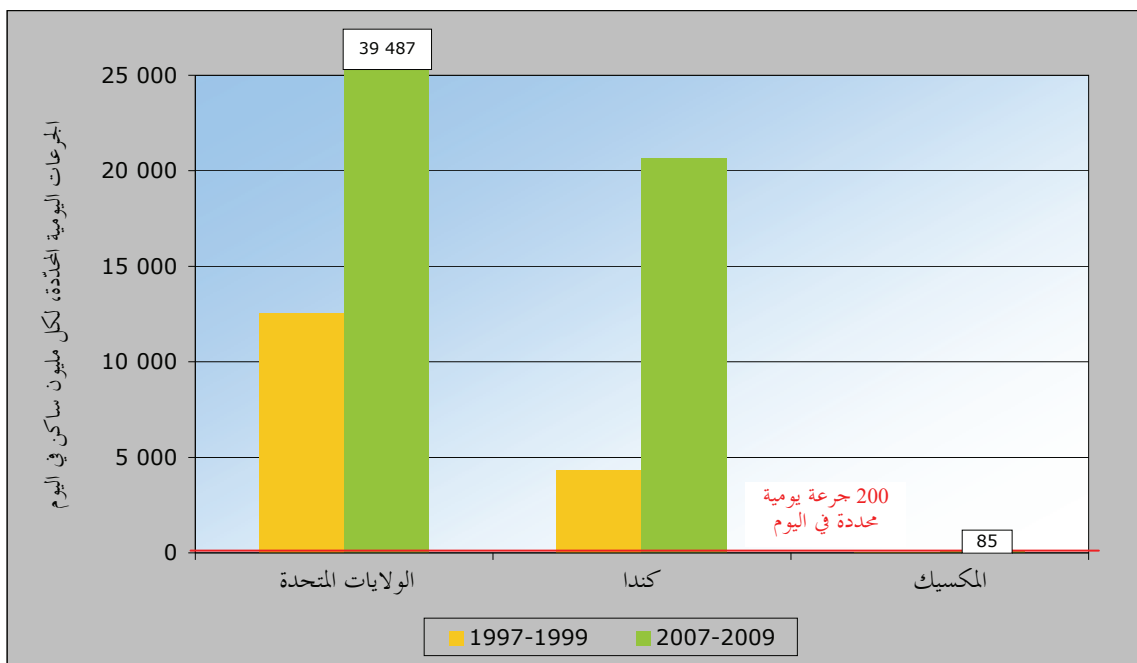
الشكل ٣- جميع المناطق: متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، ١٩٨٧-١٩٨٩،
و١٩٩٧-١٩٩٩، و٢٠٠٧-٢٠٠٩



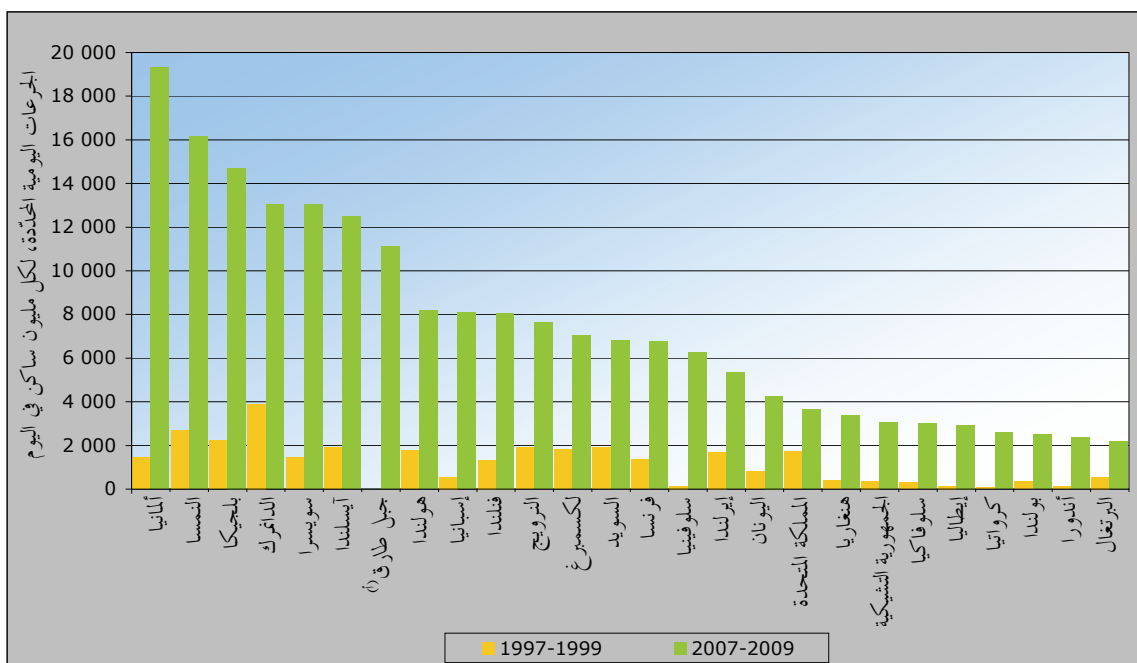
٥٤- وفي أوروبا، ارتفعت مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية المستخدمة لعلاج الألم ارتفاعاً هائلاً أيضاً في الفترة ٢٠٠٩-٢٠٠٠. بيد أنه ما زالت هنالك فوارق كبيرة في مستويات الاستهلاك هذه بين البلدان الأوروبية. فقد أبلغ البلدان اللذان لديهما أعلى مستويات الاستهلاك، وهما ألمانيا والنمسا، عن استهلاك نحو ٢٠ ٠٠٠ و ١٦ ٠٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم، على التوالي. وأبلغت خمسة بلدان أخرى عن مستويات استهلاك تزيد عن ١٠ ٠٠٠ جرعة يومية محدّدة، كما أبلغ ٢١ بلداً عن مستويات تتراوح بين ١٠٠٠ و ١٠ ٠٠٠ جرعة يومية محدّدة. وفي بعض البلدان في المنطقة، معظمها في شرق وجنوب شرق أوروبا، لم تزد مستويات الاستهلاك إلا بقدر طفيف، أو حتى نقصت. وبلغ الاستهلاك في ٣ بلدان (الاتحاد الروسي وبيلاروس ورومانيا) أقل من ٢٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم.^(٢٢) وأبلغت أربعة بلدان عن مستويات استهلاك أقل من ١٠٠ جرعة يومية محدّدة (ألبانيا وأوكرانيا وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً وجمهورية مولدوفا).

(22) العقاقير المخدّرة: الاحتياجات المقدّرة لعام ٢٠١١ - إحصاءات لعام ٢٠٠٩ (انظر الحاشية ١٦ أعلاه)، الجدول الرابع عشر.

الشكل ٤ - أمريكا الشمالية: متوسط استهلاك المسكنات، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩

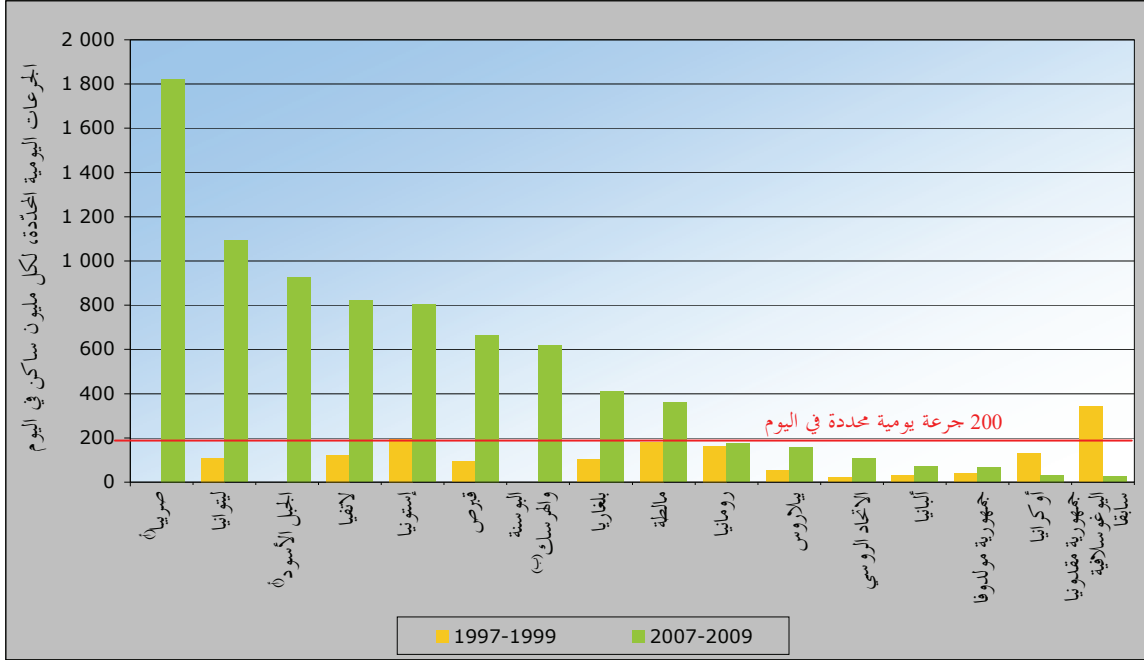


الشكل ٥ أ- أوروبا (البلدان ذات الاستهلاك الأعلى): متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



(أ) البيانات غير متوفرة لأن الإقليم المعني لم يقدم أي إحصائيات إحصائية للسنوات المتتالية الثلاث (١٩٩٧-١٩٩٩).

الشكل ٥ ب- أوروبا (البلدان ذات الاستهلاك الأدنى): متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية،
١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩

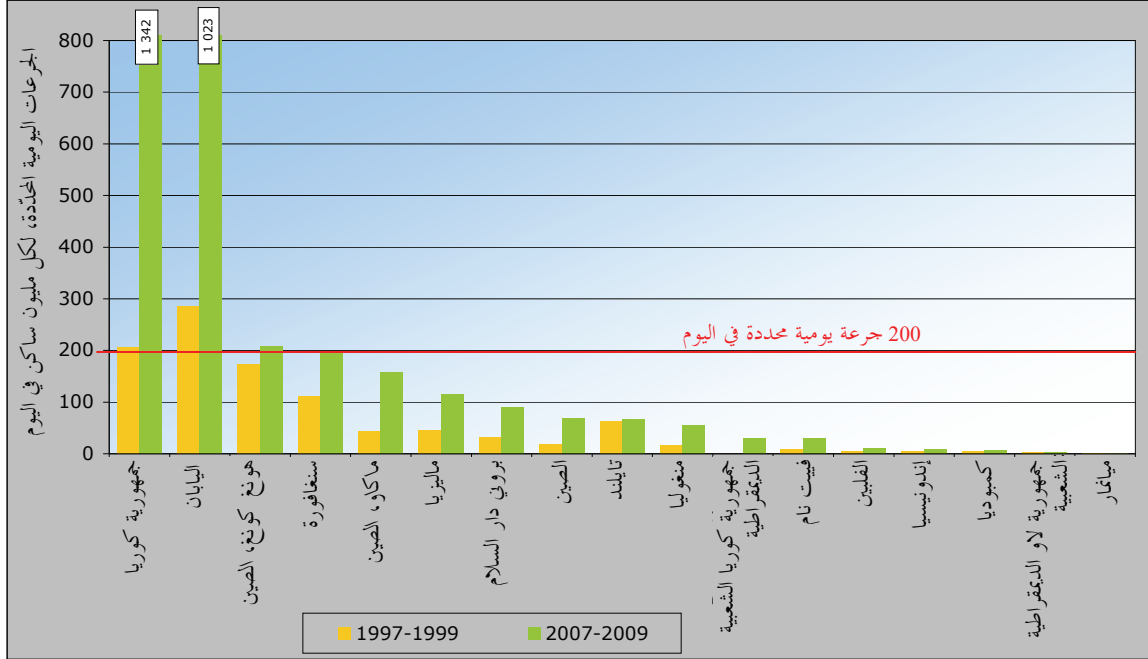


- (أ) بيانات الفترة ١٩٩٧-١٩٩٩ غير متوافرة لأنّ البلد لم يُقبل عضويته في الأمم المتحدة إلا في عام ٢٠٠٦.
(ب) البيانات غير متوافرة لأنّ البلد لم يقدم أيّ استمارات إحصائية للسنوات المتتالية الثلاث (١٩٩٧-١٩٩٩).

٥٥- وحدثت أيضا في الفترة ٢٠٠٩-٢٠٠٠ زيادات هامة في استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في بعض البلدان في شرق وجنوب شرق آسيا، وغرب آسيا، وأمريكا الجنوبية، وأوقيانوسيا. وعلى الرغم من هذه الزيادات، ظل مستوى استهلاك المسكنات شبه الأفيونية منخفضا نسبيا في معظم البلدان في تلك المناطق.

٥٦- وفي شرق وجنوب شرق آسيا، بلغت مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في ٦٥ في المائة من بلدان المنطقة في الفترة ٢٠٠٩-٢٠٠٧ أقل من ١٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم. وأبلغ عن أعلى مستويات الاستهلاك في جمهورية كوريا واليابان، وهما بلدا المنطقة اللذان سجلا أكبر زيادة في هذا الاستهلاك خلال العقد الماضي (أكثر من ١٠٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم). غير أنّ مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية لم تزد سوى زيادة طفيفة في معظم بلدان المنطقة. وأبلغ أكثر من ٨٠ في المائة من البلدان عن مستويات استهلاك أقل من ٢٠٠ جرعة يومية محدّدة. وفي إندونيسيا وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وكمبوديا وميانمار كانت مستويات الاستهلاك هذه أقل من ١٠ جرعات يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم. ولم تبلغ تيمور-ليشتي عن أيّ استهلاك للمسكنات شبه الأفيونية.

الشكل ٦- شرق وجنوب شرق آسيا: متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩

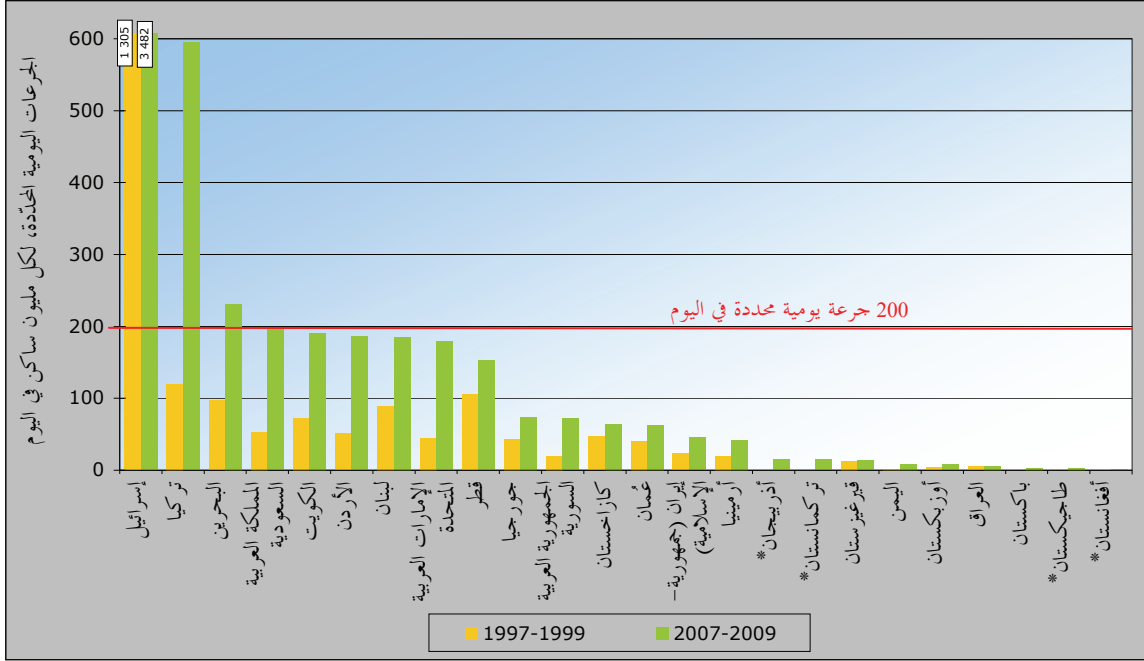


٥٧- وفي غرب آسيا، بلغت مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩ في أكثر من ٦٠ في المائة من بلدان المنطقة أقل من ١٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم. وكانت مستويات الاستهلاك في إسرائيل أعلى بكثير مما كانت عليه في البلدان الأخرى في المنطقة، وازدادت باطراد طوال فترة عشرين عاما، فبلغت أكثر من ٣٠٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩. وارتفعت كثيرا في الفترة ٢٠٠٩-٢٠٠٠ مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية المستخدمة لعلاج الألم في البحرين وتركيا. وازداد الاستهلاك ولكن بقي أقل من ٢٠٠ جرعة يومية محدّدة في الأردن والإمارات العربية المتحدة وقطر والكويت ولبنان والمملكة العربية السعودية. وكانت مستويات الاستهلاك في أفغانستان وأوزبكستان وباكستان وطاجيكستان والعراق واليمن أقل من ١٠ جرعات يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم في عام ٢٠٠٩.

٥٨- وفي أمريكا الجنوبية، بلغت مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في أكثر من ٥٠ في المائة من بلدان المنطقة أقل من ١٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم في الفترة ٢٠٠٩-٢٠٠٠، رغم أنّ مستويات الاستهلاك ازدادت كثيرا في المنطقة ككل. ففي نحو نصف بلدان المنطقة، ازداد استهلاك المسكنات شبه الأفيونية بأكثر من الضعف أثناء تلك الفترة. وسُجّلت أعلى مستويات الاستهلاك في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩ في جزر فوكلاند (مالفيناس)، حيث بلغت ٤٢٨٣ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم. وأبلغت الأرجنتين وشيلي عن مستويات استهلاك قدرها نحو ٤٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون

ساكن في اليوم. وأبلغت بوليفيا (دولة-المتعددة القوميات) وغيانا بأن استهلاك المسكنات شبه الأفيونية لا يتجاوز ١٠ جرعات يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم.

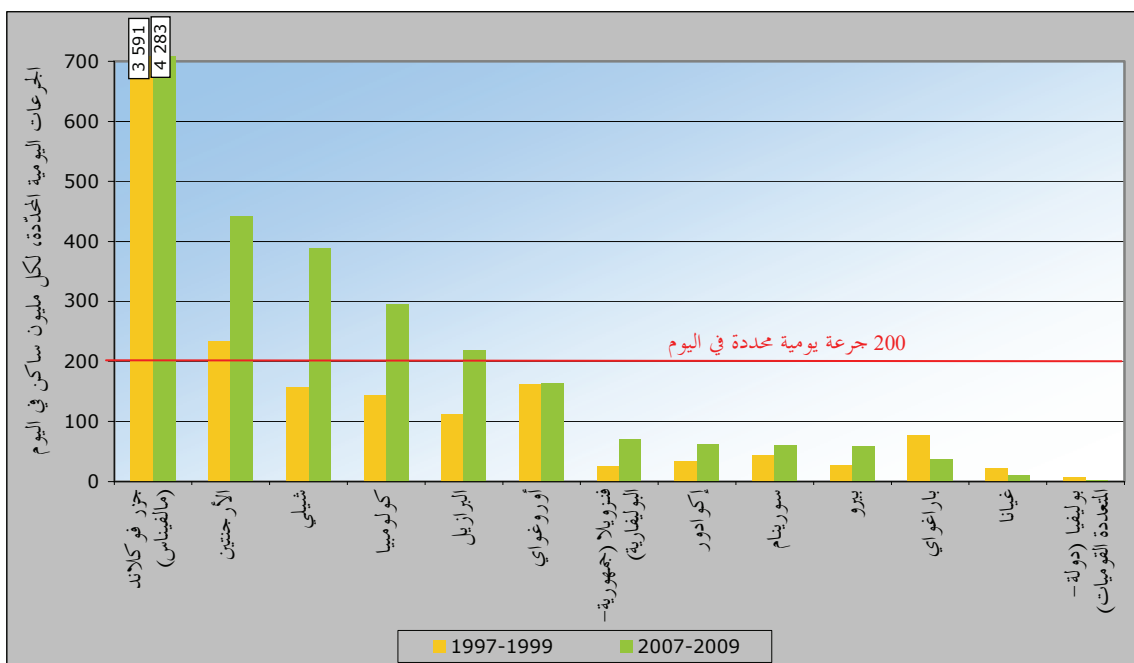
الشكل ٧- غرب آسيا: متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



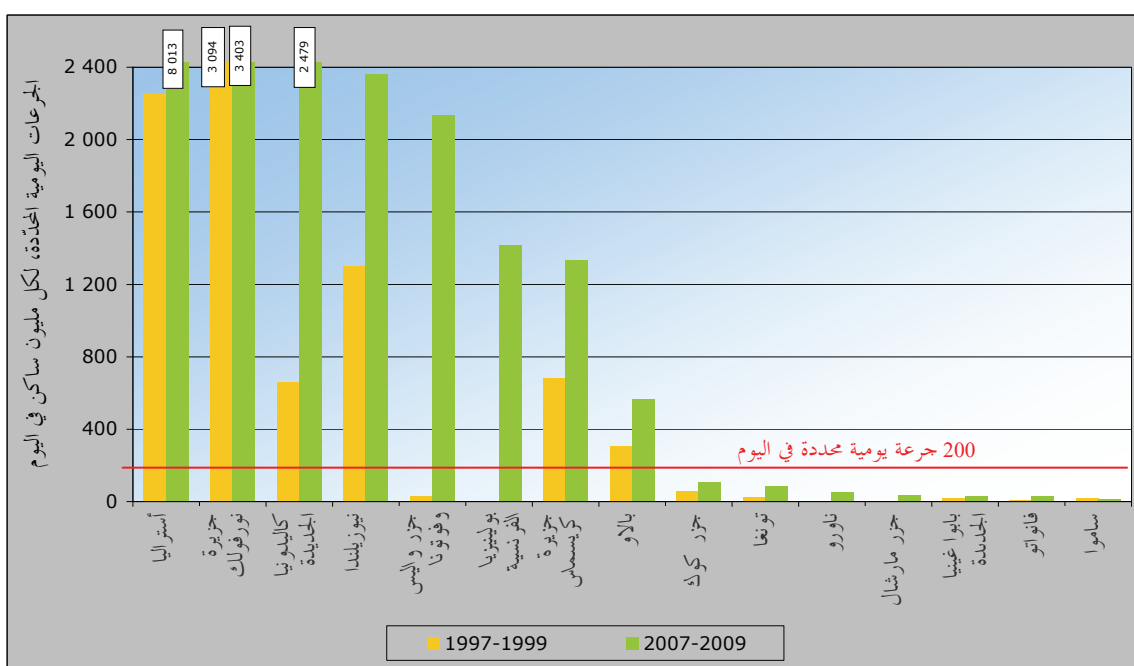
* البيانات غير متوافرة لأنّ البلد لم يقدم أيّ استمارات إحصائية للسنوات المتتالية الثلاث (١٩٩٧-١٩٩٩).

٥٩- وفي أوقيانوسيا، كانت الحالة فيما يتعلق بمستويات الاستهلاك في مختلف البلدان منقسمة انقساماً حاداً. فمن بين ١٥ بلداً قدمت تقاريرها، بلغت مستويات الاستهلاك في ٦ بلدان (٤٠ في المائة) أقل من ١٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم. ومن الناحية الأخرى، أبلغت ٧ بلدان (٤٧ في المائة) عن استهلاك يزيد عن ١٠٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم. وكانت مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في أستراليا في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩ (أكثر من ٨٠٠٠ جرعة يومية محدّدة) أعلى كثيراً مما كانت عليه في البلدان الأخرى في المنطقة. ورغم الزيادات الكبيرة في مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في بابوا غينيا الجديدة وتونغا وجزر مارشال وساموا وفانواتو وناورو، ظلت مستويات الاستهلاك منخفضة (أقل من ١٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم).

الشكل ٨ - أمريكا الجنوبية: متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



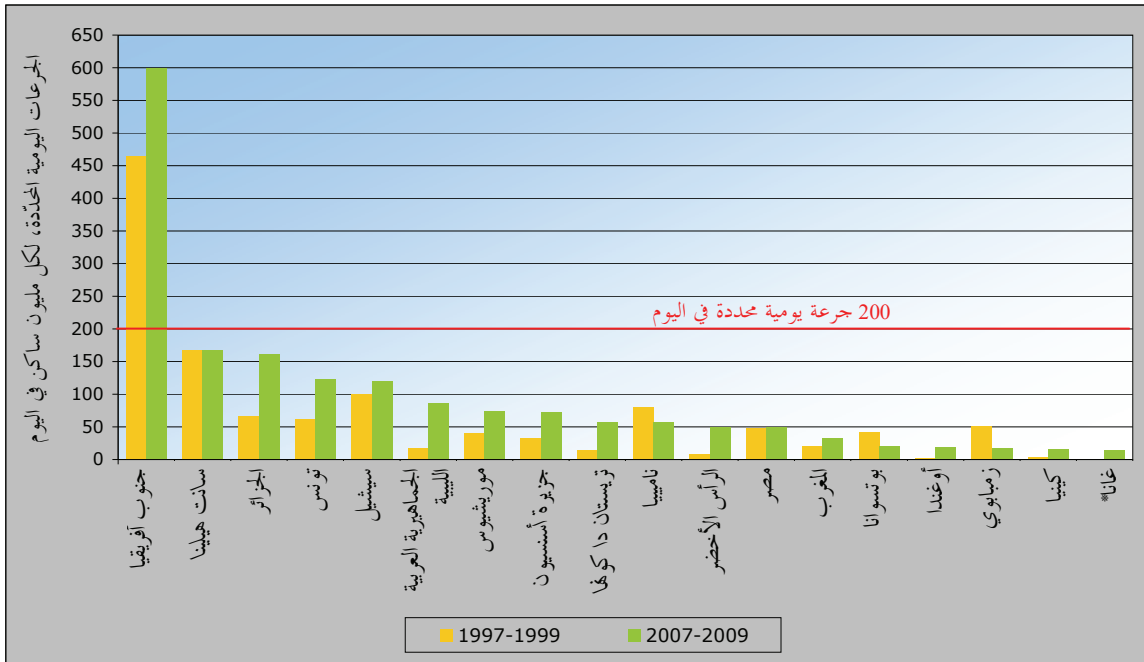
الشكل ٩ - أوقيانوسيا: متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



٦٠- وعلى نقيض التطورات في المناطق المذكورة أعلاه، لم ترتفع مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في أفريقيا وأمريكا الوسطى والكاريبية وجنوب آسيا ارتفاعا كبيرا في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٩. وسُجّلت زيادات متواضعة في عدد قليل من البلدان في كل من هذه المناطق الثلاث. ونتيجة لذلك، بلغ استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في الغالبية العظمى من البلدان في هذه المناطق أقل من ١٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم، وكان في عدد كبير من هذه البلدان أقل من ١٠ جرعات يومية أو حتى صفرا.

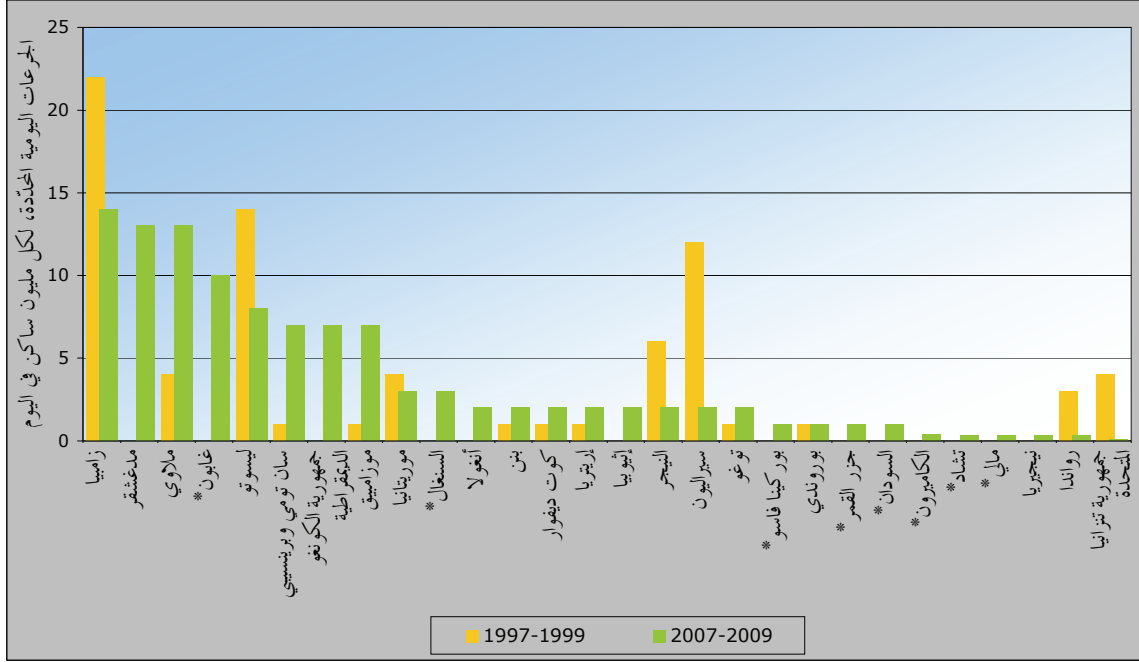
٦١- وظلت أفريقيا المنطقة التي بها أدنى مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية. فلم يُبلغ سوى بلد واحد عن استهلاك أكثر من ٢٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم، وأبلغت أربعة بلدان أخرى عن استهلاك أكثر من ١٠٠ جرعة يومية محدّدة. وفي قرابة ٩٠ في المائة من بلدان المنطقة بلغ هذا الاستهلاك أقل من ١٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم، وكان في ما يقرب من نصف بلدان المنطقة أقل من ٥ جرعات يومية محدّدة. واقتصرت الزيادات الكبيرة في الاستهلاك على عدد قليل من البلدان، وانخفض الاستهلاك في عدة بلدان أخرى. وتشهد جنوب أفريقيا حاليا أعلى مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في المنطقة، حيث يبلغ المتوسط ٦٠٠ جرعة يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم. وفي ستة بلدان في المنطقة (تشاد وجمهورية تنزانيا المتحدة ورواندا والكاميرون ومالي ونيجيريا) كان متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية أقل من جرعة يومية محدّدة واحدة لكل مليون ساكن في اليوم. ولم تُبلغ جمهورية أفريقيا الوسطى أو جيبوتي أو سوازيلند أو الصومال أو غامبيا أو غينيا أو غينيا الاستوائية أو غينيا-بيساو أو ليبيريا أو الكونغو عن أيّ استهلاك للمسكنات شبه الأفيونية.

الشكل ١٠ أ- أفريقيا (البلدان ذات الاستهلاك الأعلى): متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



* البيانات غير متوفرة لأنّ البلد لم يقدم أيّ استمارات إحصائية للسنوات المتتالية الثلاث (١٩٩٧-١٩٩٩).

الشكل ١٠ ب- أفريقيا (البلدان ذات الاستهلاك الأدنى): متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



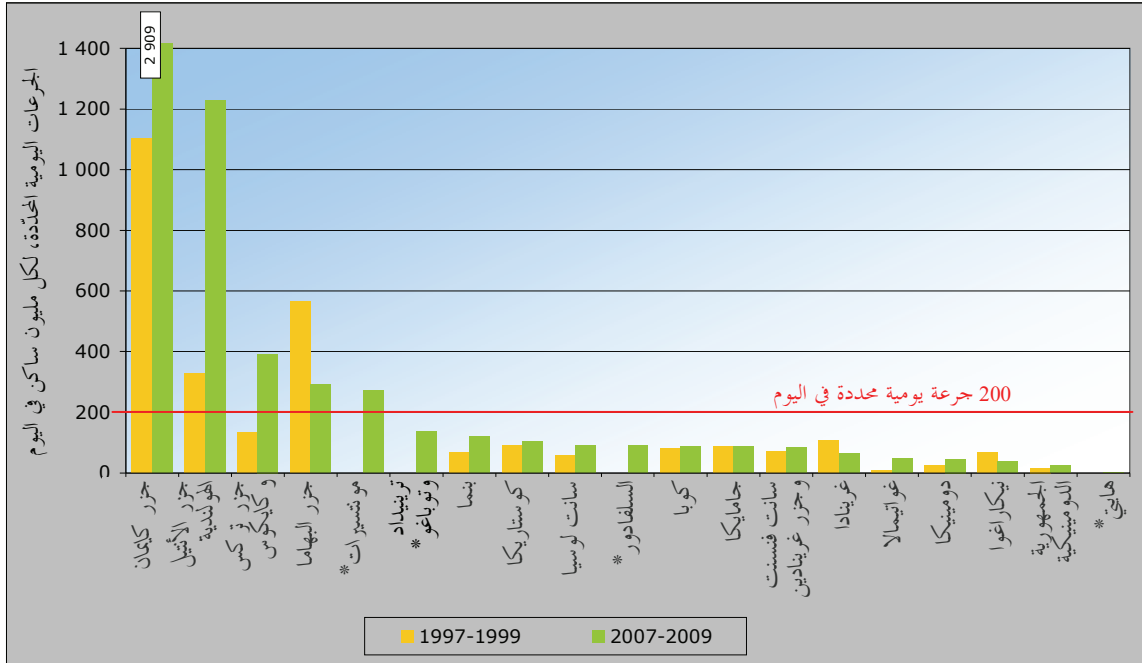
* البيانات غير متوافرة لأن البلد لم يقدم أي استمارات إحصائية للسنوات المتتالية الثلاث (١٩٩٧-١٩٩٩).

٦٢- وفي أمريكا الوسطى والكاريبية، ظلت مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية منخفضة نسبياً في الفترة ١٩٨٩-٢٠٠٩. وأبلغ أكثر من نصف بلدان المنطقة عن مستويات أقل من ١٠٠ جرعة يومية محددة من المسكنات شبه الأفيونية لكل مليون ساكن في اليوم في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩. ولم يبلغ عن استهلاك يزيد عن ١٠٠٠ جرعة يومية محددة لكل مليون ساكن في اليوم سوى جزر الأنتيل الهولندية وجزر كايمان. وأبلغت هايتي عن متوسط استهلاك قدره جرعتان يوميتان محددتان لكل مليون ساكن في اليوم. ولم تبلغ أنتيغوا وبربودا أو أروبا أو أنغويلا أو بربادوس أو بليز أو جزر فيرجن البريطانية أو سانت كيتس ونيفيس أو هندوراس عن أي استهلاك للمسكنات شبه الأفيونية.

٦٣- وأبلغت كل بلدان جنوب آسيا عن مستويات استهلاك منخفضة للغاية للمسكنات شبه الأفيونية أثناء الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩. وأبلغت سري لانكا عن أعلى مستوى استهلاك، وهو ٢٦ جرعة يومية محددة. وكانت بوتان البلد الآخر الوحيد الذي بلغت مستويات الاستهلاك فيه أكثر من ٢٠ جرعة يومية محددة. وأبلغت بنغلاديش ونيبال عن استهلاك يقل عن ١٠ جرعات يومية.

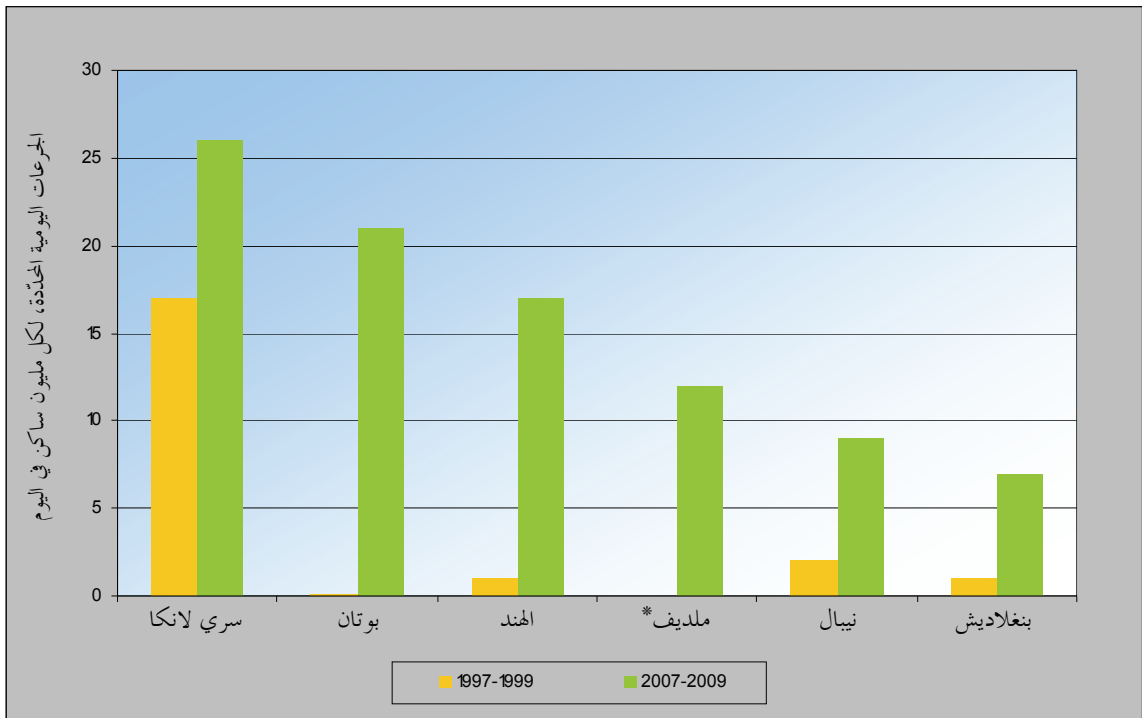
٦٤- وكما هو مبين في الفقرات الواردة أعلاه، ما زالت هناك فوارق كبيرة بين البلدان من حيث استهلاك شبائهم الأفيون. وما زالت المسكنات شبه الأفيونية الخاضعة للمراقبة الدولية غير متاحة بكميات كافية لتلبية الاحتياجات الطبية للسكان في كثير من البلدان في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك في عدة بلدان تضم أعداداً كبيرة للغاية من السكان، مثل نيجيريا والهند. إلا أنه في بعض البلدان الأخرى يمكن أن يؤدي فرط إصدار الوصفات الطبية وتوافر المسكنات شبه الأفيونية بكميات أكبر من الكميات اللازمة للعلاج الطبي السليم إلى تسريب تلك المواد وتعاطيها، وهو أمر يشهده بعض البلدان حالياً بالفعل.

الشكل ١١ - أمريكا الوسطى والكاريبي: متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



* البيانات غير متوفرة لأن البلد أو الإقليم لم يقدم أي إحصائية للسنوات المتتالية الثلاث (١٩٩٧-١٩٩٩).

الشكل ١٢ - جنوب آسيا: متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



* البيانات غير متوفرة لأن البلد لم يقدم أي إحصائية للسنوات المتتالية الثلاث (١٩٩٧-١٩٩٩).

باء- شبائه الأفيون الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١

٦٥- البوبرينورفين والليفيتامين والبتنازوسين هي مسكّنات خاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية ١٩٧١. وقد شكّل استهلاك البوبرينورفين، وهو مسكّن شبه أفيوني مدرج في الجدول الثالث من اتفاقية سنة ١٩٧١، أكثر من ٩٩ في المائة من الاستهلاك العالمي من هذه المسكّنات في عام ٢٠٠٩. وازداد الاستهلاك المحسوب للبوبرينورفين ازديادا حادا في الفترة ١٩٩٠-٢٠٠٩، وإن كانت المعلومات المتوافرة ليست دقيقة بما يكفي لإتاحة حساب مستوى الاستهلاك لكل من البلدان الصانعة والمستهلكة الرئيسية على حدة. وقبل عقدين من الزمان، كان البوبرينورفين يستخدم في ١٢ بلدا فقط، لم يكن أيٌّ منها في أفريقيا أو أوقيانوسيا. وفي الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩، أصبح البوبرينورفين يستخدم في نحو ٧٥ بلدا أو إقليما، تمثل كل المناطق، أو نحو ٣٥ في المائة من جميع البلدان والأقاليم. ويمكن أن يعزى هذا التحوّل في استخدام البوبرينورفين إلى ازدياد استخدامه في أشكال جرعات أعلى لعلاج الألم وللعلاج الإبدالي. والبلدان التي لديها أعلى مستويات استهلاك للبوبرينورفين هي أستراليا، وألمانيا، وبلجيكا، وفرنسا، والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وإيرلندا الشمالية، والنرويج، والولايات المتحدة. وكانت أوروبا باستمرار هي المنطقة التي لها أعلى مستويات الاستهلاك.

٦٦- ولا يمكن من المعلومات المتاحة تحديّد البلدان التي لديها أنماط استهلاك إشكالية (مستويات الاستهلاك المفرطة الانخفاض أو المفرطة الارتفاع)، وذلك أساسا بسبب مشاكل الإبلاغ المذكورة أعلاه، ولكن أيضا لأنّ عقاقير مخدّرة مُعيّنة (على سبيل المثال، أي مسكّن شبه أفيوني مستخدم لعلاج الألم، والميثادون المستخدم للعلاج الإبدالي) قد تستخدم كبديل للبوبرينورفين، وينبغي استعراض توافره مرتبطا بتوافر تلك العقاقير. ولا يزال يجري تسريب البوبرينورفين من قنوات التوزيع الداخلية، وفي المقام الأول من برامج العلاج الإبدالي.

٦٧- والبتنازوسين هو مسكّن شبه أفيوني ذو خواص واستخدامات مماثلة لخواص المورفين واستخداماته؛ وهو مدرج في الجدول الثالث لاتفاقية سنة ١٩٧١. وفي الفترة ٢٠٠٥-٢٠٠٩، أظهر الاستهلاك العالمي المحسوب من البتنازوسين زيادة طفيفة. وعلى خلاف استخدام البوبرينورفين، لا ينتشر استخدام البتنازوسين حاليا إلى بلدان أخرى؛ وظلت نفس البلدان الخمسين تستخدم البتنازوسين خلال العقد الماضي، وشكّلت من بينها باكستان والولايات المتحدة والهند معا ٨٠ في المائة من الإجمالي العالمي في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩.

جيم- مضادات الصرع

٦٨- الكلونازيام (وهو مادة بنزوديازيبينية) والميثيل فينوباربيتال والفينوباربيتال هي مواد مضادة للصرع خاضعة للمراقبة بمقتضى اتفاقية سنة ١٩٧١. وهذه المواد الثلاث كلها مدرجة في الجدول الرابع من تلك الاتفاقية. وإلى جانب استعمالها لعلاج الصرع، تستخدم هذه المواد لإحداث النوم. وفي ضوء البيانات المقدّمة إلى الهيئة، ليس من الممكن تحديد مدى استخدام هذه المواد لإحداث النوم ومدى استخدامها لعلاج

الصرع. وقد شكّل استهلاك الفينوباربيتال في عام ٢٠٠٩ أكثر من ٩٩ في المائة من الاستهلاك العالمي لمضادات الصرع.

٦٩- وازداد الاستهلاك المحسوب لمضادات الصرع في الفترة ١٩٩٠-٢٠٠٩. فقد أُبلغ في عام ٢٠٠٩ عن استهلاك هذه المواد في ١٢٠ بلداً في جميع أنحاء العالم. ومنذ ذلك الحين، انتشر استعمالها إلى كل البلدان تقريباً، والفينوباربيتال من المؤثرات العقلية التي ينتشر استعمالها أوسع انتشاراً. وكما هو الحال لجميع المؤثرات العقلية فإن مستويات الاستهلاك المحسوب لمضادات الصرع، المستندة إلى البيانات المبلغ عنها إلى الهيئة، هي تقديرات تقريبية للغاية، لأنّ بعض أهم الجهات الصانعة والمستوردة تقدّم بيانات تفتقر إلى الدقّة أو إلى الاتّساق. والبلدان التي تشهد أعلى مستويات استهلاك لمضادات الصرع هي أوكرانيا وبلغاريا ولاتفيا. وكانت أوروبا باستمرار المنطقة التي تشهد أعلى مستويات استهلاك لهذه المواد.

٧٠- ومستويات استهلاك مضادات الصرع في بنن (٧ جرعات يومية محدّدة لكل مليون ساكن في اليوم في عام ٢٠٠٨) هي أعلى بكثير من المتوسط في أفريقيا، الأمر الذي قد يشير إلى فرط التوافر المرتبط بعدم تنفيذ ما هو متوخى في اتفاقية سنة ١٩٧١ من اشتراطات إصدار الوصفات الطبية، إلى جانب إمكانية ما يرتبط بذلك من تسريب المواد وتعاطيها. ولا تمكّن المعلومات المتاحة للهيئة من التوصل إلى استنتاجات عما إذا كانت المواد متوافرة في كل البلدان بكميات كافية، وخصوصاً بوصفها مضادات للصرع. ويُعثر أحياناً على الفينوباربيتال المسرّب في الأسواق غير المشروعة، ربما لأنّ المادة غير متاحة في الأسواق المشروعة بالكميات اللازمة. وكانت هناك تساؤلات من المستشفيات تدل على أنّ كميات الفينوباربيتال المستوردة للأغراض الطبية في بعض البلدان غير كافية.

دال- المنشطات المدرجة في الجدول الثاني من اتفاقية سنة ١٩٧١ والمستخدم في علاج اضطراب نقص الانتباه

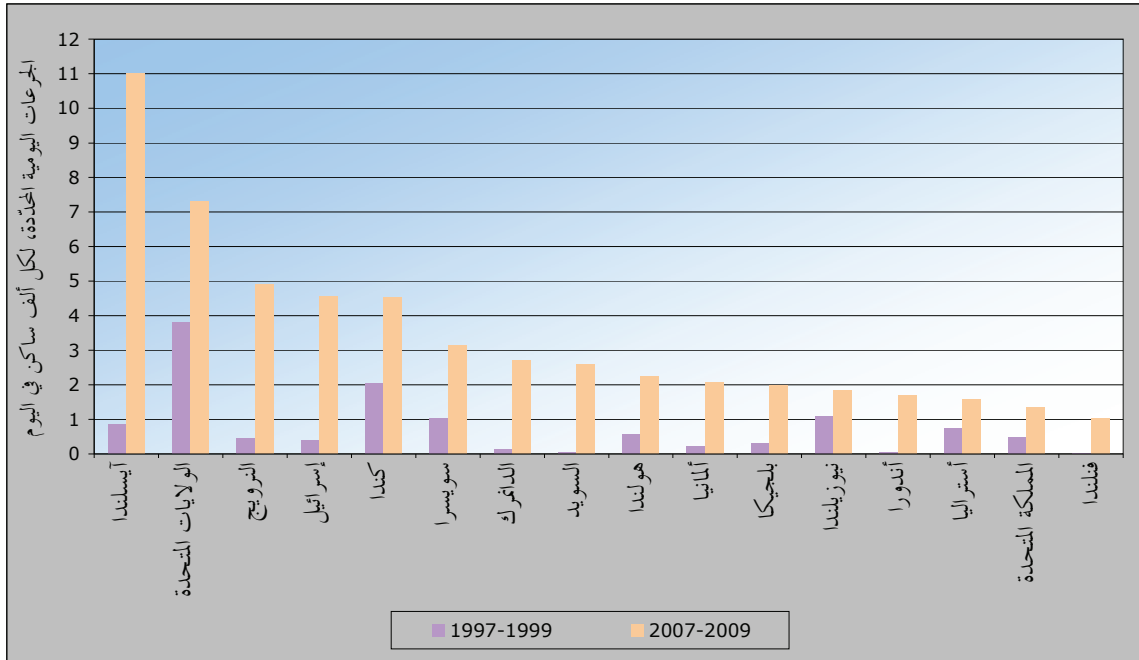
٧١- الميثيل فينيدات والأمفيتامين والديكسامفيتامين هي مواد مدرجة في الجدول الثاني من اتفاقية سنة ١٩٧١ وتُستخدَم أساساً لعلاج اضطراب نقص الانتباه ومرض الخُدار (narcolepsy). ولسنوات عديدة، كان أوسع استخدام نطاقاً لهذه المواد للأغراض الطبية هو في القارة الأمريكية. وفي السنوات الأخيرة، لوحظت أعلى مستويات استهلاك لهذه المنشطات في إسرائيل وكندا والولايات المتحدة وبلدان شمال أوروبا.

٧٢- والميثيل فينيدات هو أكثر المنشطات المدرجة في الجدول الثاني من اتفاقية سنة ١٩٧١ استخداماً، ولا يزال صنعه واستخدامه في تزايد. وفي الفترة ٢٠٠٥-٢٠٠٩، ازداد الاستهلاك العالمي المحسوب من الميثيل فينيدات بنسبة ٣٠ في المائة، فبلغ ٤٠ طناً، وشكّلت الولايات المتحدة القسط الأكبر من هذا الاستهلاك. وما زال استخدام الميثيل فينيدات لعلاج اضطراب نقص الانتباه يروّج في ذلك البلد في الإعلانات التجارية

المُوجَّهة إلى المستهلكين المحتملين، خلافاً لأحكام اتفاقية سنة ١٩٧١. واستخدام الميثيل فينيدات في علاج اضطراب نقص الانتباه يتزايد في العديد من البلدان الأخرى كذلك، وإن كان استعمال هذه المادة لا يزال أعلى بكثير في الولايات المتحدة منه في كل البلدان الأخرى مجتمعة. فقد شكَّلت كل البلدان غير الولايات المتحدة معاً أقل من ٢٠ في المائة من الاستهلاك العالمي المحسوب للميثيل فينيدات في عام ٢٠٠٠؛ غير أن تلك النسبة ازدادت تدريجياً إلى ٣٠ في المائة بحلول عام ٢٠٠٩.

٧٣- وأثناء الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩، أبلغ حوالي ١٠٠ بلد وإقليم عن استعمال الميثيل فينيدات، وأبلغ حوالي ٧٠ بلداً وإقليماً عن استعمال المواد الأمفيتامينية. ويبدو أن المنشطات المدرجة في الجدول الثاني من اتفاقية سنة ١٩٧١ غير متوافرة في حوالي ٥٠ في المائة من جميع البلدان والأقاليم. ومنذ عام ٢٠٠٧ كانت آيسلندا البلد الذي لديه أعلى مستوى استهلاك محسوب من الميثيل فينيدات للفرد، تليها الولايات المتحدة. ويبيّن الشكل ١٣ البلدان ذات معدلات استهلاك الميثيل فينيدات التي تزيد على جرعة يومية محدّدة واحدة لكل ألف ساكن في اليوم، مرتّبة حسب مستويات استهلاكها المحسوب.

الشكل ١٣ - بلدان مختارة: متوسط استهلاك^(١) الميثيل فينيدات، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



(١) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

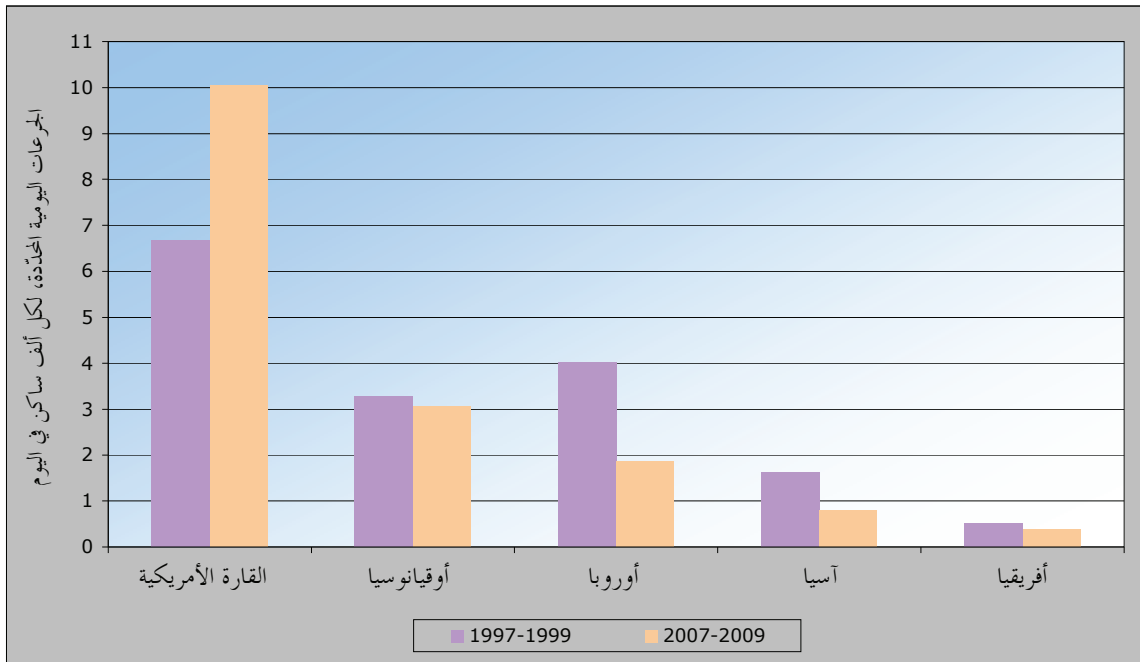
٧٤- وكما سبق أن ذكرت الهيئة فإنّ تسريب وتعاطي المنشطات المدرجة في الجدول الثاني من اتفاقية سنة ١٩٧١ يحدث في البلدان التي توجد فيها مستويات استهلاك مرتفعة جدا لهذه المواد. وتكرّر الهيئة طلبها

إلى جميع الحكومات أن تكفل تطبيق تدابير المراقبة المتوخاة في اتفاقية سنة ١٩٧١ تطبيقا كاملا على المنشطات المدرجة في الجدول الثاني.

هاء- المنشطات المدرجة في الجدول الرابع من اتفاقية سنة ١٩٧١ والمستخدمة كقَهْمِيَّات

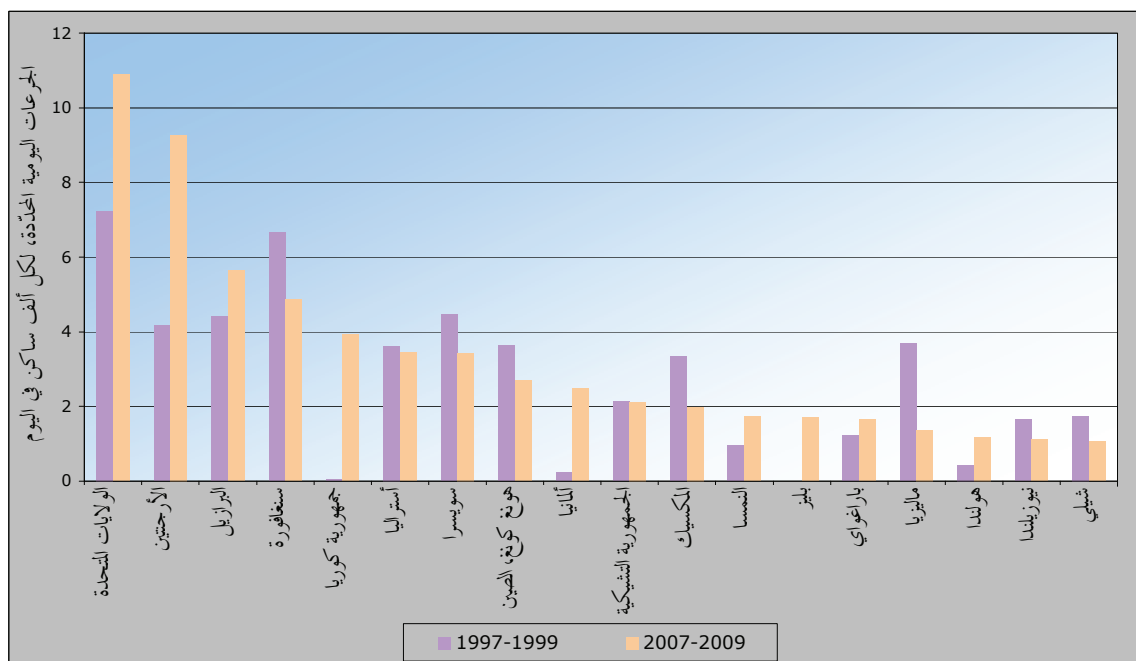
٧٥- المنشطات المدرجة في الجدول الرابع من اتفاقية سنة ١٩٧١ تستخدم أساسا كقَهْمِيَّات (كأجبات للشهية). وأكثر المنشطات المدرجة في الجدول الرابع استخداما هو الفينترمين، يليه الفينبروبوريكس والأمفيرامون والمازيندول.

الشكل ١٤- جميع المناطق: متوسط استهلاك^(أ) منشطات الجهاز العصبي المركزي المدرجة في الجدول الرابع، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



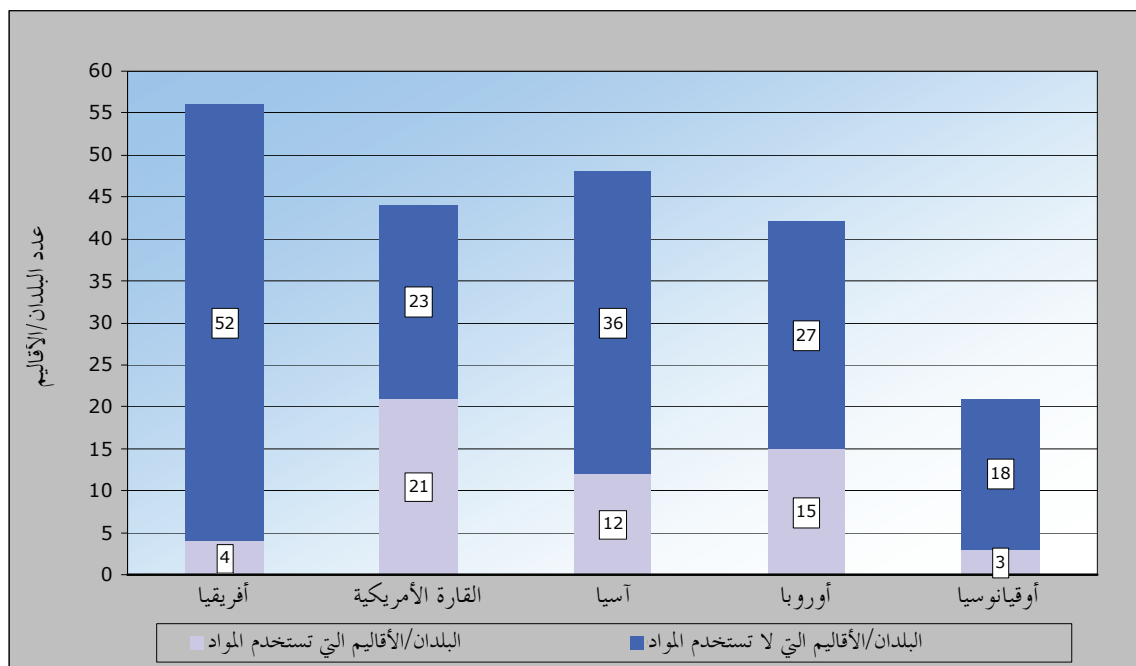
(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

الشكل ١٥ - بلدان وأقاليم مختارة: متوسط استهلاك^(أ) منشآت الجهاز العصبي المركزي المدرجة في الجدول الرابع، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

الشكل ١٦ - جميع المناطق: عدد البلدان/الأقاليم التي تستخدم منشآت الجهاز العصبي المركزي المدرجة في الجدول الرابع، ٢٠٠٧-٢٠٠٩



٧٦- وكانت أعلى مستويات الاستهلاك المحسوب من المنشطات المدرجة في الجدول الرابع من اتفاقية سنة ١٩٧١ تسجّل عادة في بلدان القارة الأمريكية، ولا سيما الأرجنتين والبرازيل والولايات المتحدة. وفي الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩، واصل متوسط الاستهلاك المحسوب تزايداً في القارة الأمريكية، وظلت الولايات المتحدة البلد الذي يسجّل أعلى مستويات الاستهلاك المحسوب للفرد في العالم من هذه المنشطات. وحتى عام ٢٠٠٦، كانت البرازيل تسجّل مستويات استهلاك مماثلة. وفي الفترة بين عام ٢٠٠٦ وعام ٢٠٠٩، نجحت البرازيل في الحد من متوسط استهلاك الفرد لهذه المنشطات بمقدار الثلثين، وذلك بالتشدد في إنفاذ اشتراط وجود وصفة طبية واتخاذ إجراءات بحق أعضاء الهيئة الطبية الذين يثبت تصرفهم بطريقة منافية لأداب المهنة. وارتفع نصيب الولايات المتحدة من مجموع الاستهلاك المحسوب العالمي من المنشطات المدرجة في الجدول الرابع (معبراً عنها بالجرعات اليومية المحددة) من ٥٨ في المائة في عام ٢٠٠٨ إلى ٧١ في المائة في عام ٢٠٠٩. ولاحظت الصناعة تناقص الطلب على المنشطات. ففي عام ٢٠٠٩ تراجع صنع هذه الفئة من المنشطات في العالم بنسبة ٢٥ في المائة عن المستوى الذي كان عليه في السنوات السابقة، وذلك أساساً بسبب انخفاض في صنع الفينبروبوريكس في البرازيل.

٧٧- ويبلغ نحو ٧٥ بلداً وإقليماً عن استعمال منتظم للمنشطات المدرجة في الجدول الرابع من اتفاقية سنة ١٩٧١. ويبيّن الشكل ١٥ أنّ مستويات استهلاك تلك المنشطات تتفاوت كثيراً بين البلدان والمناطق، في حين يبيّن الشكل ١٦ عدد البلدان والأقاليم في كل منطقة على حدة التي أبلغت عن هذا الاستعمال. وفي نحو ٦٠ في المائة من جميع البلدان والأقاليم، يبدو أنّ هذه المنشطات غير متوافرة؛ وتوافرها محدود بصفة خاصة في أفريقيا والبلدان الجزرية في أوقيانوسيا وفي جزء كبير من آسيا.

٧٨- وفي عدد من البلدان، أدت المستويات المرتفعة من إصدار الوصفات الطبية للمنشطات المدرجة في الجدول الرابع إلى تسريب هذه المنشطات وتعاطئها. وتشجّع الهيئة الحكومات على البقاء متيقظة وعلى استبانة مستويات الاستهلاك غير الملائمة و/أو غير اللازمة للممارسة الطبية السليمة، وعلى اتخاذ خطوات لتطبيق تدابير المراقبة المتوخاة في اتفاقية سنة ١٩٧١ تطبيقاً كاملاً.

واو- المواد البنزوديازيبينية

٧٩- يُظهر الاستهلاك العالمي المحسوب من المواد البنزوديازيبينية ازدياداً طفيفاً في العقد الأخير. فخلال تلك الفترة، كانت كل البلدان والأقاليم تقريباً التي قدمت تقاريرها إلى الهيئة قد صنعت المواد البنزوديازيبينية أو تداولتها تجارياً بكميات تزيد عن كيلوغرام واحد مرة واحدة على الأقل. والألبرازولام والديازيبام هما أكثر مادتين تستخدمان من بين مزيلات القلق، بينما كان التريازولام أكثر المهدئات المنومة استخداماً. والتزامات الإبلاغ عن المواد المدرجة في الجدولين الثالث والرابع، مثل المواد البنزوديازيبينية، أقل تشدداً من التزامات الإبلاغ عن المواد المدرجة في الجدول الثاني. ومن ثمّ فإنّ مستويات الاستهلاك المحسوب لهذين النوعين من المواد تتسم بطابع تقريبي أكثر من الطابع التقريبي للمواد المدرجة في الجدول الثاني.^(٢٣)

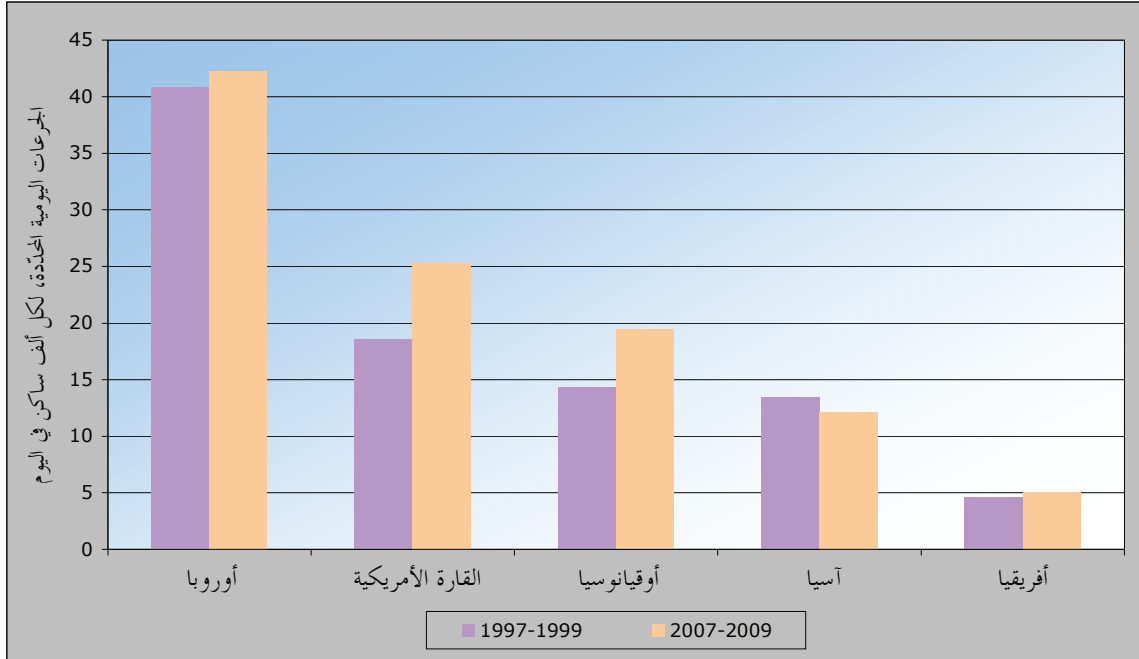
(23) تقدّم الأشكال ١٧ إلى ٢٨ معلومات عن التطورات العالمية والإقليمية في مستويات استهلاك المواد البنزوديازيبينية على مدى السنوات العشر الأخيرة. ومقاييس الرسم المستخدمة في الأشكال متباينة بسبب الفوارق الكبيرة في مستويات الاستهلاك.

مزيلات القلق البنزوديازيبينية

٨٠- كما يتبين في الشكل ١٧ فإن أعلى مستويات استهلاك مزيلات القلق البنزوديازيبينية توجد في بلدان أوروبا، انعكاسا لوجود ميل إلى وصف المواد البنزوديازيبينية كثيرا للمسنين. وكما هو مبين في الأشكال ١٩ إلى ٢٢، كانت مستويات استهلاك مزيلات القلق البنزوديازيبينية في البلدان الواقعة خارج أوروبا في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩ تميل إلى أن تكون أقل من ٢٠ جرعة يومية محدّدة لكل ألف ساكن في اليوم، وإن كانت هناك استثناءات قليلة.

الشكل ١٧ - جميع المناطق: متوسط استهلاك^(أ) المواد البنزوديازيبينية (مضادات القلق)،

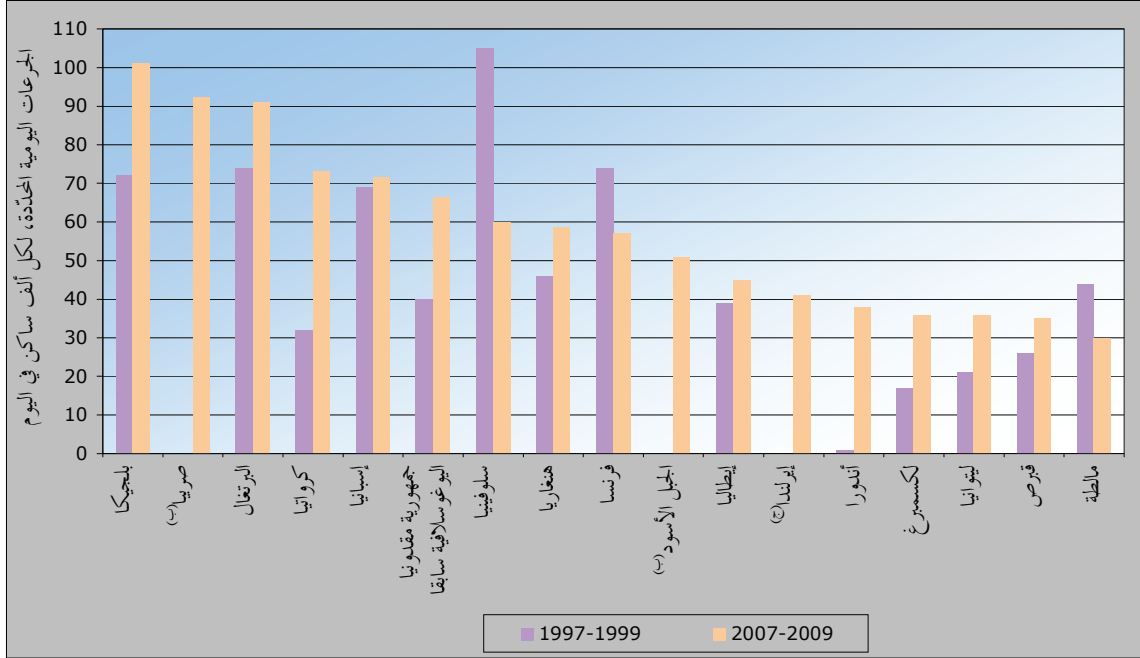
١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

٨١- وازداد استهلاك مزيلات القلق في العديد من البلدان في أوروبا خلال العقد الماضي من مستوى عال أصلا. وفي ١٢ بلدا (حوالي ٢٧ في المائة من بلدان المنطقة)، بين عامي ٢٠٠٧ و ٢٠٠٩، تجاوزت مستويات متوسط الاستهلاك المحسوب ٤٠ جرعة يومية محدّدة لكل ألف ساكن، وكانت تلك المستويات في ١٤ بلدا آخر (٣١ في المائة) ما بين ٢٠ و ٤٠ جرعة يومية محدّدة لكل ألف ساكن. ولدى بلدان أوروبا الغربية وبلدان جنوب شرق أوروبا أعلى مستويات الاستهلاك في المنطقة.

الشكل ١٨ - أوروبا (بلدان مختارة): متوسط استهلاك^(أ) المواد البنزوديازيبينية (مضادات القلق)، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

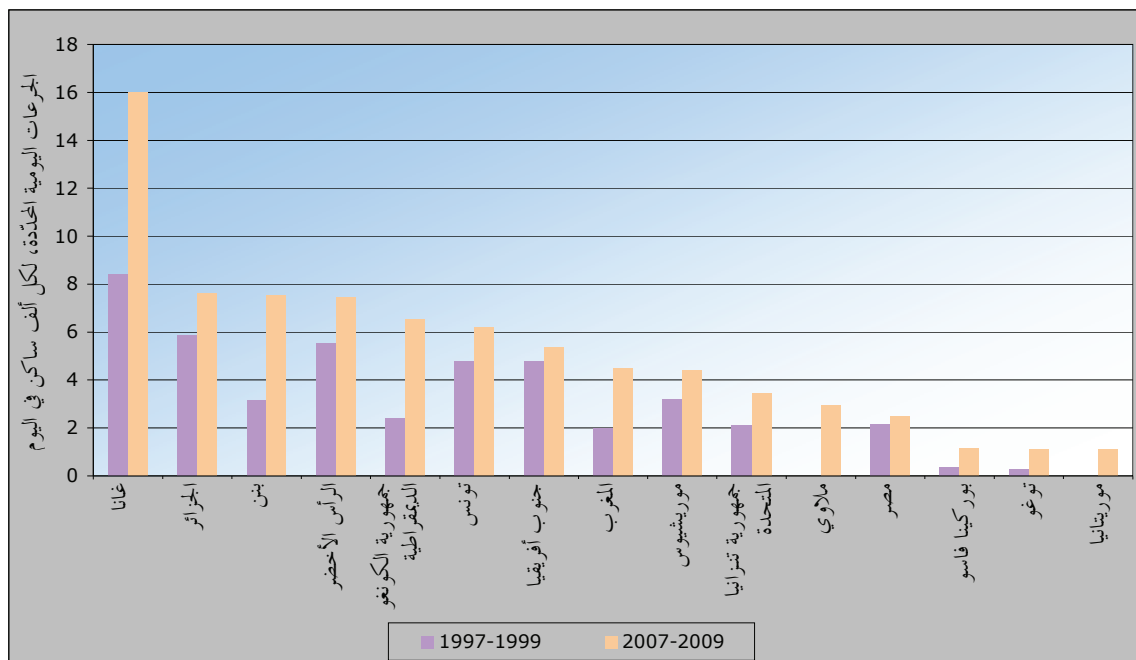
(ب) البلدان تشكلاً في عام ١٩٩٩، ولذلك لا توجد بيانات عن الفترة ١٩٩٧-١٩٩٩.

(ج) البيانات الواردة لا تتيح حساب المتوسط التقريبي للفترة ١٩٩٧-١٩٩٩.

٨٢- وفي أفريقيا، أظهرت غانا أعلى متوسط استهلاك محسوب لمزيلات القلق (١٦ جرعة يومية محددة لكل ألف ساكن) في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩. وفي ستة بلدان أخرى (تونس وبنين والجزائر وجمهورية الكونغو الديمقراطية وجنوب أفريقيا والرأس الأخضر)، كان الاستهلاك بين ٥ و ١٠ جرعات يومية محددة لكل ألف ساكن في اليوم. وكانت لدى ثمانية بلدان، كما هو موضح في الشكل ١٩، مستويات استهلاك تتراوح بين ١ و ٥ جرعات يومية محددة لكل ألف ساكن في اليوم، في حين أنه في جميع البلدان والأقاليم الأخرى (٧٣ في المائة من بلدان المنطقة) كان يستهلك أقل من جرعة يومية محددة واحدة لكل ألف ساكن في اليوم.

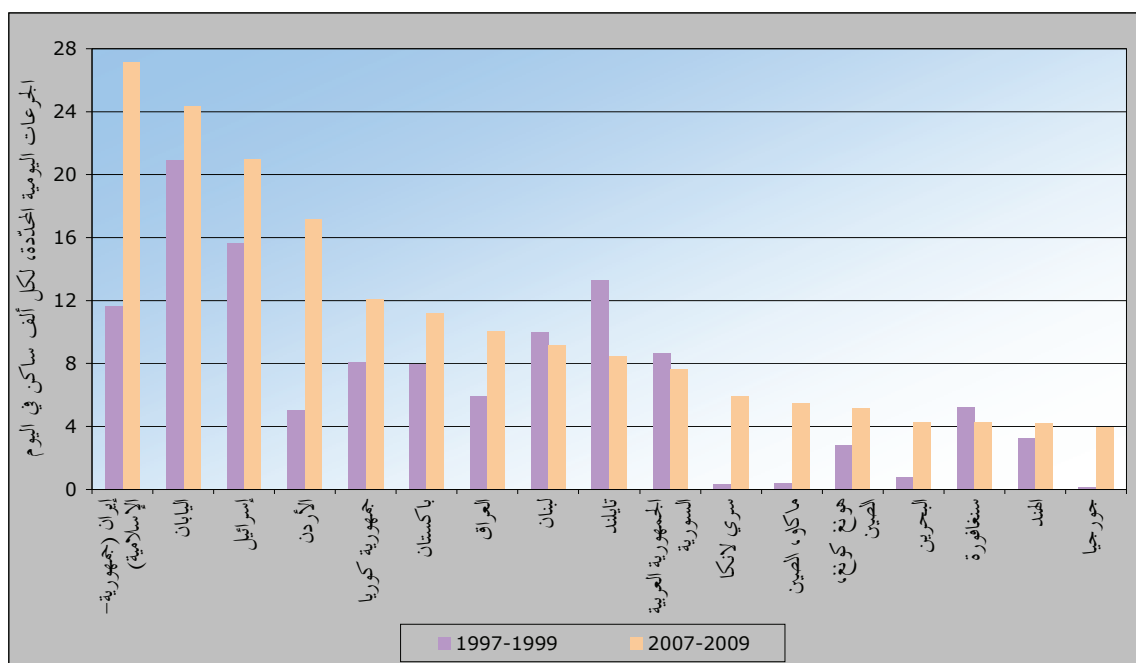
٨٣- وفي آسيا، أظهرت سبعة بلدان (الأردن وإسرائيل وباكستان وجمهورية إيران الإسلامية وجمهورية كوريا والعراق واليابان) (١٥ في المائة من البلدان والأقاليم) مستوى متوسط استهلاك محسوب لمزيلات القلق أعلى من ١٠ جرعات يومية محددة لكل ألف ساكن في اليوم بين عامي ٢٠٠٧ و ٢٠٠٩، في حين أنه في أربعة بلدان وإقليمين (تايلند والجمهورية العربية السورية وسري لانكا ولبنان وماكاو الصينية وهونغ كونغ الصينية) لوحظت مستويات استهلاك تتراوح بين ٥ و ١٠ جرعات يومية محددة لكل ألف ساكن في اليوم. وكانت عشرة بلدان (البحرين وتركيا وجمهورية كوريا وجورجيا وسنغافورة والصين وكمبوديا والكويت والهند واليمن) تستهلك ما بين جرعتين و ٥ جرعات يومية محددة لكل ألف ساكن في اليوم. وكانت الـ ٤٤ في المائة المتبقية من البلدان والأقاليم في آسيا تستهلك أقل من جرعتين يوميتين محددتين لكل ألف ساكن في اليوم.

الشكل ١٩ - أفريقيا (بلدان مختارة): متوسط استهلاك^(١) المواد البنزوديازيبينية (مضادات القلق)،
١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

الشكل ٢٠ - آسيا (بلدان وأقاليم مختارة): متوسط استهلاك^(١) المواد البنزوديازيبينية (مضادات القلق)،
١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩

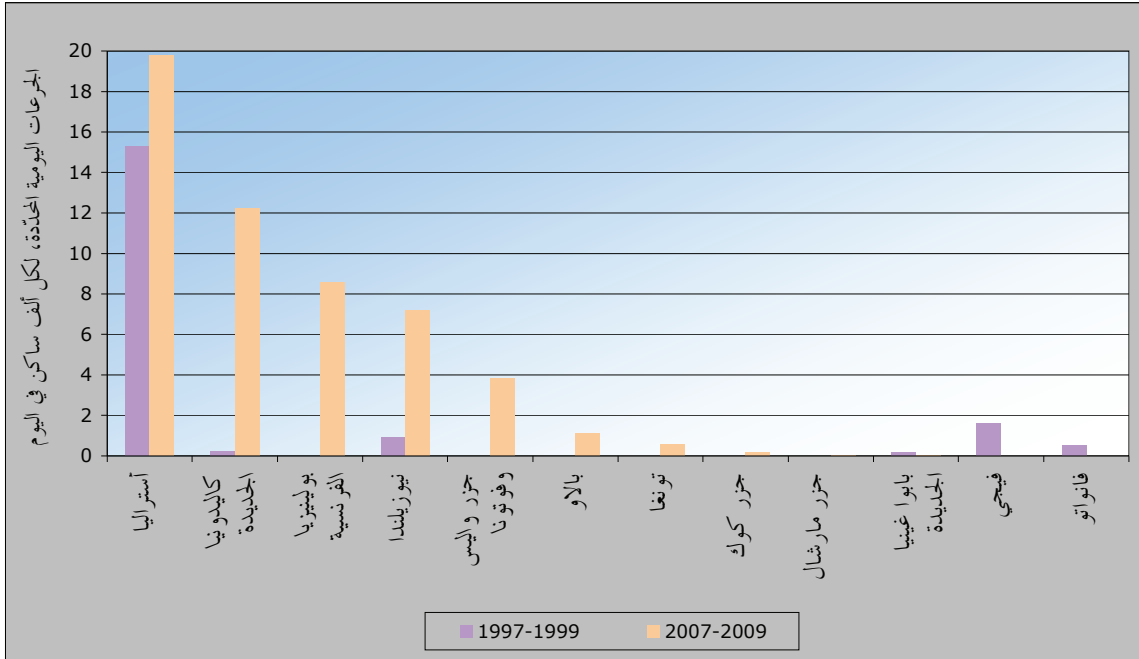


(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

٨٤- وفي أوقيانوسيا، كان يستهلك بلدان وإقليمان (أستراليا وبولينيزيا الفرنسية وكاليدونيا الجديدة ونيوزيلندا) في المتوسط أكثر من ٥ جرعات يومية محدّدة من مزيلات القلق لكل ألف ساكن في اليوم في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩. وكانت كل البلدان والأقاليم الأخرى تستهلك أقل من ذلك بكثير.

٨٥- وفي القارة الأمريكية، توجد فوارق كبيرة في مستويات استهلاك مزيلات القلق، كما هو مبين في الشكل ٢٢. ففي ما عدا الأرجنتين وأوروغواي والولايات المتحدة، التي كانت تستهلك في المتوسط أكثر من ٢٠ جرعة يومية محدّدة من مزيلات القلق لكل ألف ساكن في اليوم بين عامي ٢٠٠٧ و ٢٠٠٩، كانت ستة بلدان (باراغواي والبرازيل وشيلي وغيانا وكندا وكوبا) تستهلك ما بين ١٠ و ٢٠ جرعة يومية محدّدة لكل ألف ساكن في اليوم، وكانت خمسة بلدان تستهلك ما بين ٥ و ١٠ جرعات يومية محدّدة لكل ألف ساكن في اليوم. وكانت الغالبية العظمى من البلدان والأقاليم في المنطقة (٧٠ في المائة) تستهلك أقل من ٥ جرعات يومية محدّدة من مزيلات القلق لكل ألف ساكن في اليوم. ويمكن أن تكون مستويات الاستهلاك العالية التي لوحظت للأرجنتين وأوروغواي، والتي قد تشير إلى توافر مفرط وإلى عدم تنفيذ ما هو متوخى في اتفاقية سنة ١٩٧١ من اشتراطات إصدار الوصفات الطبية، ذات علاقة بمستوى استهلاك مثبطات الشهية المرتفع للغاية في هذه المنطقة الفرعية.

الشكل ٢١- أوقيانوسيا (بلدان وأقاليم مختارة): متوسط استهلاك^(١) المواد البنزوديازيبينية (مضادات القلق)، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩

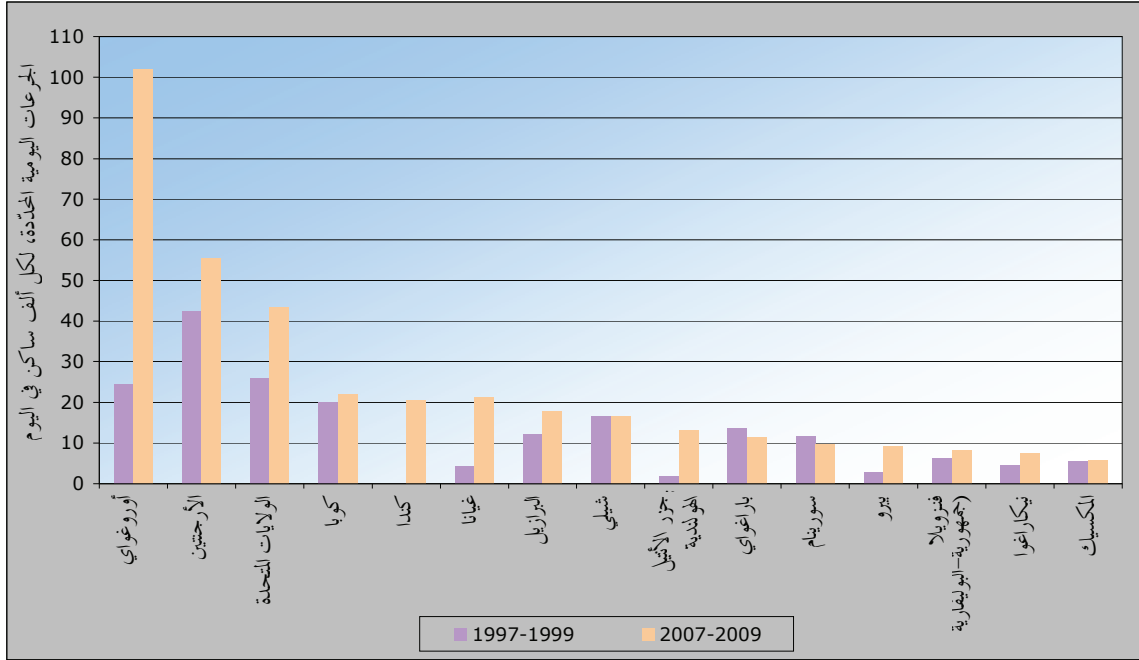


(١) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

المهدّئات المنوّمة البنزوديازيبينية

٨٦- من بين جميع المناطق، كانت أعلى مستويات الاستهلاك المحسوب من المهدّئات المنوّمة البنزوديازيبينية توجد باستمرار في أوروبا، كما هو مبين في الشكل ٢٣. إلا أنّ استهلاك تلك المهدّئات البنزوديازيبينية المنوّمة انخفض في العديد من البلدان في أوروبا وغيرها على نحو أكثر وضوحاً من انخفاض استهلاك مزيلات القلق، مقارنة بالمستويات التي كانت تلاحظ قبل عقد من الزمان، انعكاساً للتغيرات في أنواع المواد البنزوديازيبينية التي توصف في الممارسات الطبية.

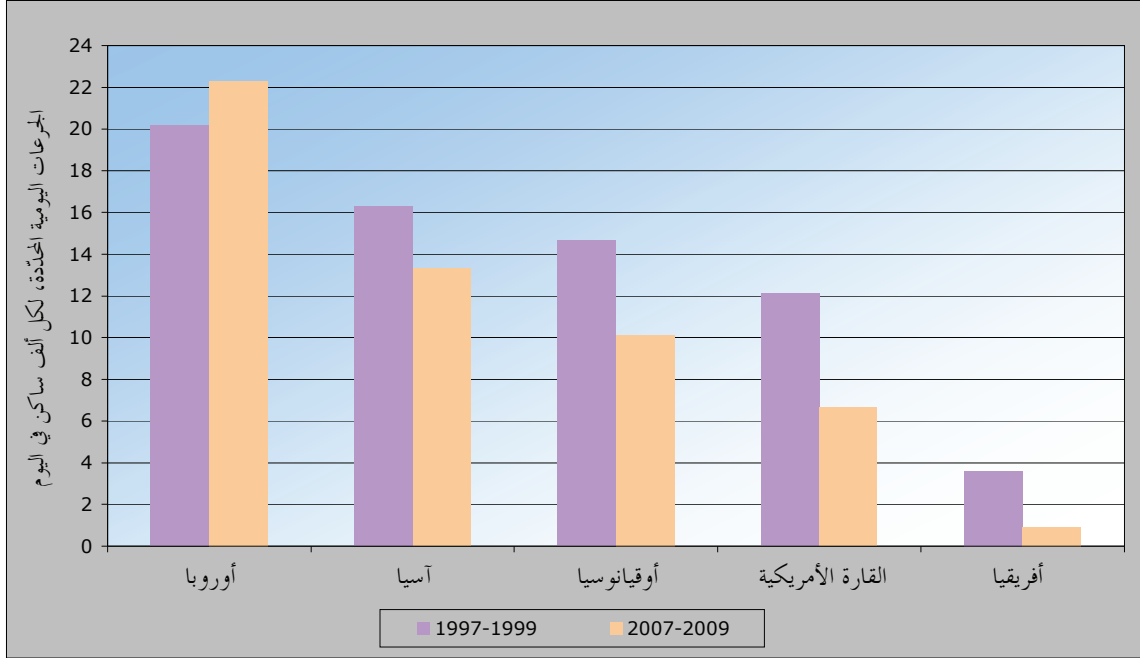
الشكل ٢٢ - القارة الأمريكية (بلدان وأقاليم مختارة): متوسط استهلاك^(أ) المواد البنزوديازيبينية (مضادات القلق)، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

٨٧- وفي أوروبا في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩، كما هو مبين في الشكل ٢٤، تجاوزت مستويات متوسط استهلاك المهدّئات المنوّمة البنزوديازيبينية ١٠ جرعات يومية محدّدة لكل ألف ساكن في ١٣ بلداً (حوالي ٣٠ في المائة من المنطقة)، وكانت مستويات الاستهلاك المقابلة في ٨ بلدان أخرى (أندورا، وإيرلندا وصربيا وكرواتيا ومالطة والمملكة المتحدة والنرويج واليونان، التي تشكّل معاً ١٨ في المائة من المنطقة) تتجاوز ٥ جرعات يومية محدّدة لكل ألف ساكن. وأظهرت بلدان أوروبا الغربية أعلى مستويات الاستهلاك في المنطقة لهذه الفئة من المواد البنزوديازيبينية.

الشكل ٢٣ - جميع المناطق: متوسط استهلاك^(أ) المواد البنزوديازيبينية (المهدئات المنومة)،
١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩

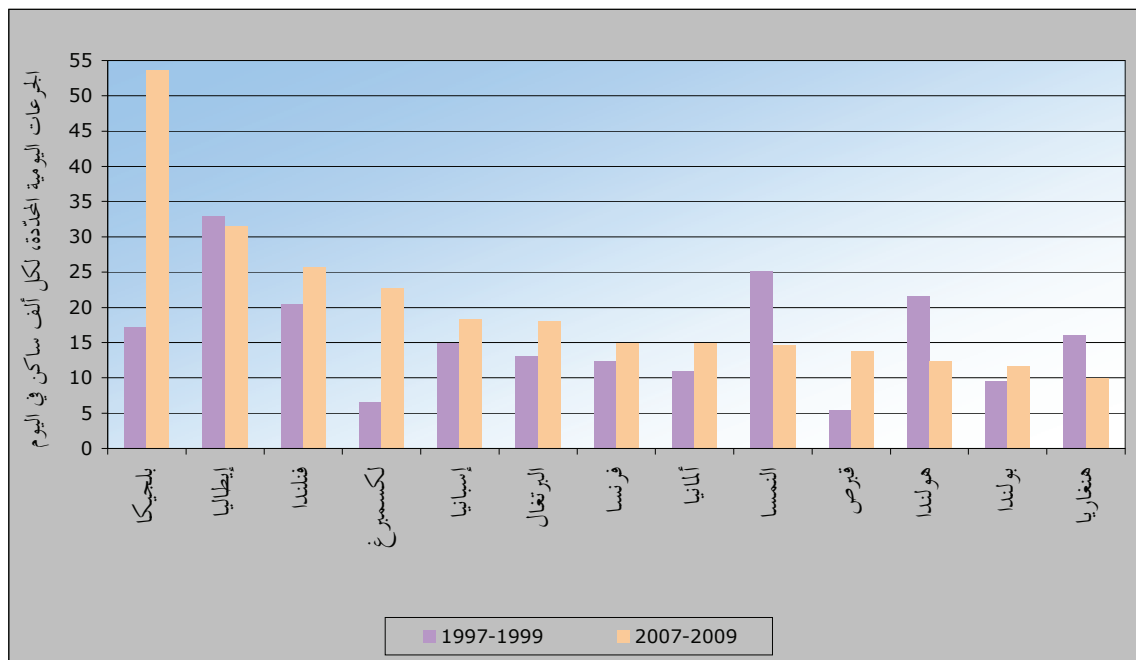


(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

٨٨- في أفريقيا، خلال الفترة من ٢٠٠٧-٢٠٠٩، أظهرت جنوب أفريقيا وموريشيوس وحدهما متوسط استهلاك محسوب للمهدئات المنومة أعلى من جرعة يومية محددة لكل ألف ساكن. وفي خمسة بلدان أخرى (الجمهورية العربية الليبية والرأس الأخضر وسيشيل وناميبيا ونيجيريا)، كان الاستهلاك بين ٠,١ و ١ جرعة يومية محددة لكل ألف ساكن في اليوم. وفي خمسة بلدان (أنغولا وتشاد وزامبيا وغانا وكوت ديفوار) كانت مستويات الاستهلاك بين ٠,٠٣ و ٠,١ جرعة يومية محددة لكل ألف ساكن في اليوم، في حين أنه في جميع البلدان والأقاليم الأخرى (٨٢ في المائة من المنطقة) كان يستهلك أقل من ٠,٠٣ جرعة يومية محددة لكل ألف ساكن في اليوم.

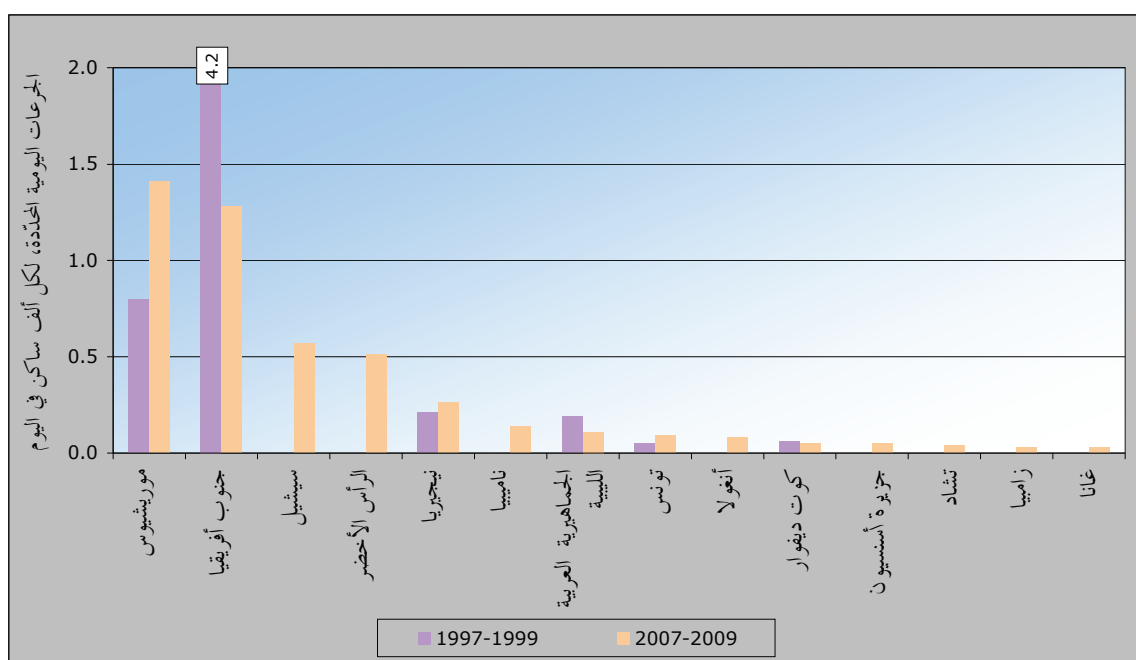
٨٩- وفي آسيا، تميل مستويات استهلاك المهدئات المنومة البنزوديازيبينية إلى أن تكون منخفضة جدا، إلا في إسرائيل واليابان، اللذين هما البلدان الآسيويان اللذان يوجد فيهما أكبر عدد من السكان المسنين. ويمكن أن تكون مستويات الاستهلاك المرتفعة الملاحظة في اليابان انعكاسا أيضا لأنماط غير مناسبة في إصدار الوصفات الطبية وما يرتبط بذلك من التعاطي. وفي الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩، كانت مستويات الاستهلاك في أربعة بلدان، غير إسرائيل واليابان، (البحرين وجمهورية كوريا وسنغافورة والصين) أكثر من جرعة يومية محددة واحدة من هذه الفئة من المواد البنزوديازيبينية لكل ألف ساكن في اليوم، في حين كانت مستويات الاستهلاك في الغالبية العظمى من البلدان والأقاليم في المنطقة (٨٨ في المائة) أقل من جرعة يومية محددة واحدة لكل ألف ساكن في اليوم.

الشكل ٢٤ - أوروبا (بلدان مختارة): متوسط استهلاك^(١) المواد البنزوديازيبينية (المهدئات المنومة)، ١٩٩٩-٢٠٠٧ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



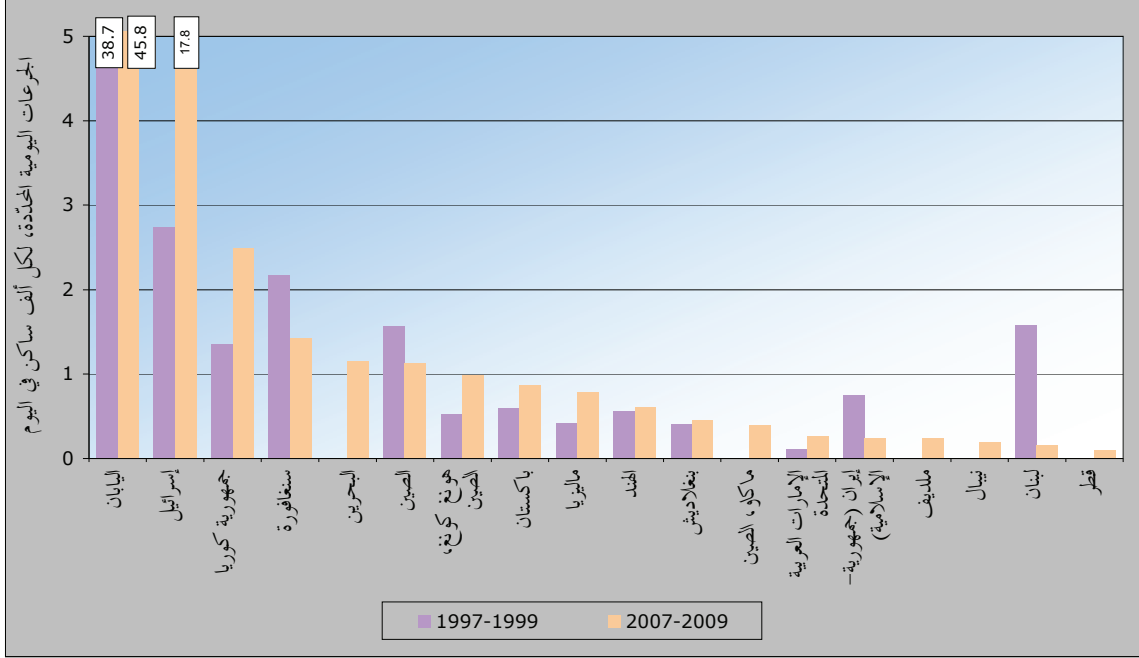
(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

الشكل ٢٥ - أفريقيا (بلدان مختارة): متوسط استهلاك^(١) المواد البنزوديازيبينية (المهدئات المنومة)، ١٩٩٩-٢٠٠٧ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

الشكل ٢٦ - آسيا (بلدان وأقاليم مختارة): متوسط استهلاك^(أ) المواد البنزوديازيبينية (المهدئات المنومة)، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩

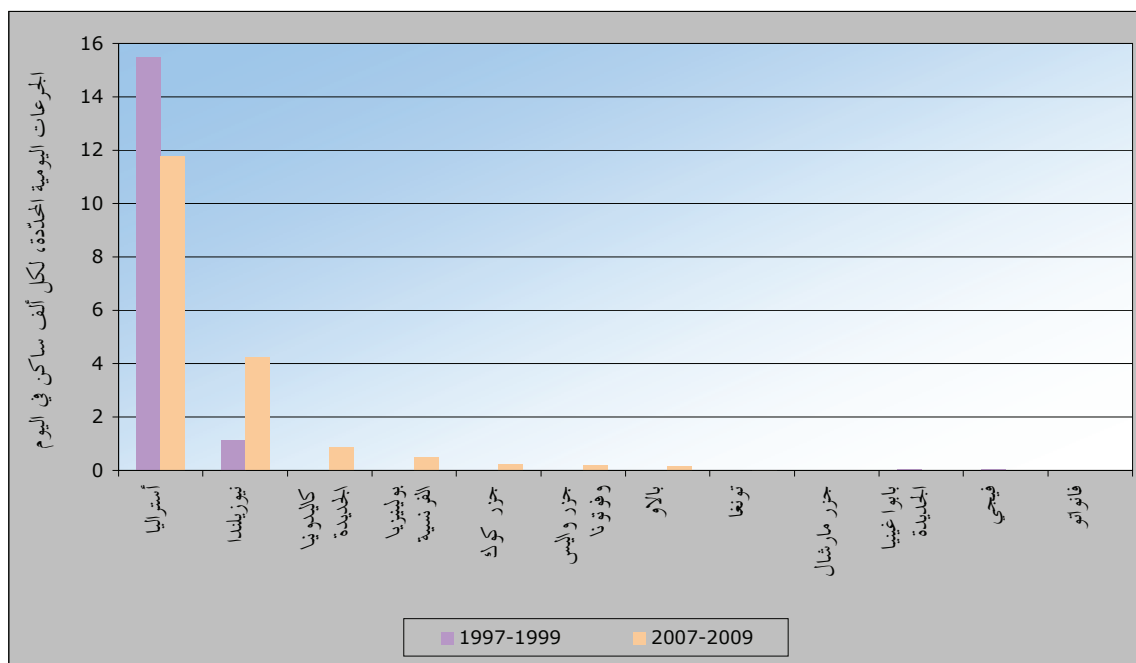


(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

٩٠- في أوقيانوسيا، في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩، كان لدى أستراليا ونيوزيلندا وحدهما متوسط مستوى استهلاك محسوب للمهدئات المنومة البنزوديازيبينية يزيد عن جرعة يومية محددة واحدة لكل ألف ساكن في اليوم. وكانت مستويات الاستهلاك في ستة بلدان والأقاليم أخرى لا تقل عن ٠,٠١ جرعة يومية محددة من هذه الفئة من المواد البنزوديازيبينية لكل ألف ساكن في اليوم، كما هو مبين في الشكل ٢٧. وعلى الرغم من أن بابوا غينيا الجديدة وجزر مارشال وفانواتو وفيجي كانت تستورد المهدئات المنومة البنزوديازيبينية وتستخدمها فإن مستويات الاستهلاك المحسوب فيها كانت أقل من ٠,٠١ جرعة يومية محددة لكل ألف ساكن في اليوم.

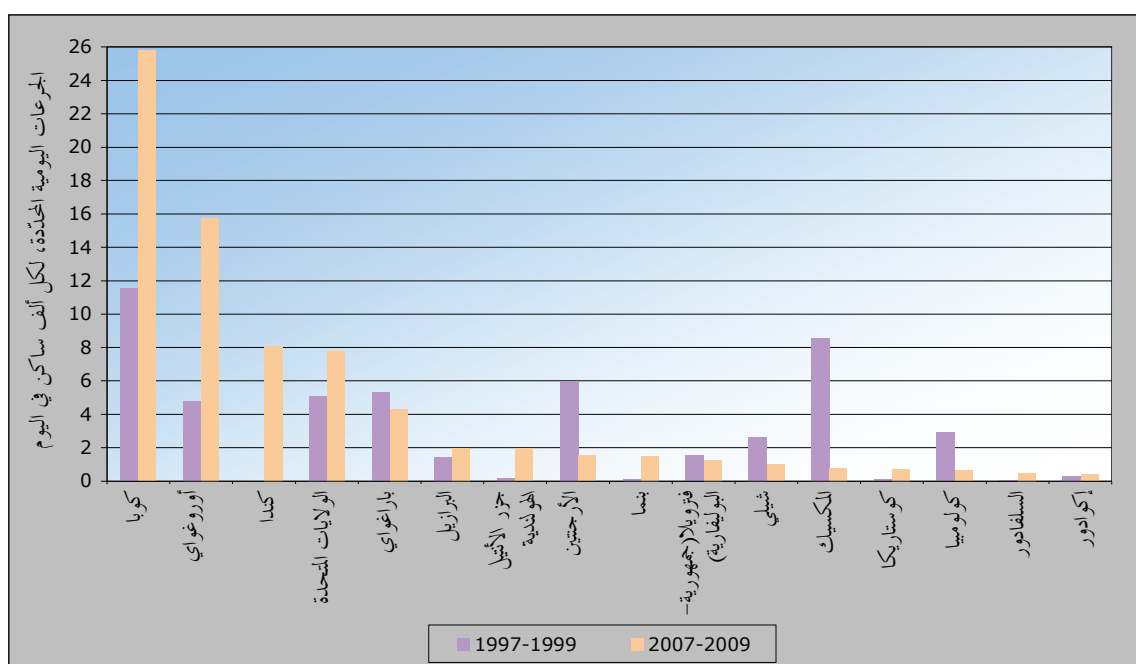
٩١- وفي القارة الأمريكية، في الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩، كانت لدى أوروغواي وكوبا مستويات استهلاك يزيد متوسطها على ١٠ جرعات يومية محددة من المهدئات المنومة البنزوديازيبينية لكل ألف ساكن في اليوم. وكانت لدى ثلاثة بلدان (باراغواي وكندا والولايات المتحدة) مستويات تتراوح بين جرعتين و ١٠ جرعات يومية محددة لكل ألف ساكن في اليوم، ولدى خمسة بلدان وإقليم واحد (الأرجنتين والبرازيل وبنما وجزر الأنتيل الهولندية وشيلي وفنزويلا (جمهورية-البوليفارية)) مستويات استهلاك تتراوح بين جرعة واحدة وجرعتين يوميتين محددتين لكل ألف ساكن في اليوم. وكانت لدى الغالبية العظمى من البلدان والأقاليم في المنطقة (٨٠ في المائة) مستويات استهلاك تقل عن جرعة يومية محددة واحدة من المهدئات المنومة البنزوديازيبينية لكل ألف ساكن في اليوم.

الشكل ٢٧ - أوقيانوسيا (بلدان وأقاليم مختارة): متوسط استهلاك^(أ) المواد البنزوديازيبينية (المهدئات المنومة)، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

الشكل ٢٨ - القارة الأمريكية (بلدان وأقاليم مختارة): متوسط استهلاك^(أ) المواد البنزوديازيبينية (المهدئات المنومة)، ١٩٩٧-١٩٩٩ و ٢٠٠٧-٢٠٠٩



(أ) استهلاك تقريبي حسبته الهيئة.

خامساً

تحقيق توازن بين ضمان توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية للأغراض الطبية والعلمية ومنع تسريبها وتعاطيها

٩٢- كما تم تأكيده في قرار لجنة المخدرات ٤/٥٣ بشأن تعزيز توافر العقاقير المشروعة الخاضعة للمراقبة الدولية بكميات كافية للأغراض الطبية والعلمية مع العمل في الوقت نفسه على منع تسريبها وتعاطيها، فإن التوازن بين التوافر الكافي لهذه العقاقير ومنع تسريبها وتعاطيها هو في صميم الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات. في حين أنه ليس من الممكن في الوقت الحاضر، في غياب مؤشرات للاستخدام المناسب، تحديد ماذا ستكون مستويات الاستهلاك المناسبة في كل بلد على حدة، ناهيك عن تحديدها على المستوى العالمي، فإنه يمكن تحديد مستويات الاستهلاك التي تبدو المفرطة الانخفاض بقدر كبير أو مرتفعة على نحو غير متناسب.

٩٣- وفي حالة البلدان التي تبلغ فيها مستويات الاستهلاك الصفر أو ما يقرب من الصفر، لا تلزم هذه المؤشرات الخاصة بالمستويات الكافية، لأنه لا يمكن أن يكون هناك أي شك في عدم كفاية التوافر. فالهيئة تعتبر جميع مستويات استهلاك العقاقير المخدرة الأقل من ٢٠٠ جرعة يومية محددة لكل مليون ساكن في اليوم غير كافية. إلا أن هذا لا يعني ضمناً أن المستويات الأعلى من ٢٠٠ جرعة يومية محددة يمكن اعتبارها كافية، لأن تحديد ما إذا كان توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية اللازمة للعلاج كافياً يتوقف على بيانات الاعتلال الخاصة.

٩٤- وقد يكون من المفيد مقارنة مستويات الاستهلاك بين البلدان ذات مستويات التنمية الاجتماعية-الاقتصادية المتماثلة بغية استبانة ما إذا كانت حصة الفرد من استهلاك عقاقير معينة في البلد متماشية مع المستويات السائدة في البلدان المشابهة. غير أن لهذا الأسلوب عيبان. فالمستويات المنخفضة من استهلاك المواد الخاضعة للمراقبة الدولية سائدة في مناطق معينة. وكون غالبية البلدان في المنطقة تسجل نفس مستويات الاستهلاك المنخفضة انخفاضاً غير ملائم لا يجعل هذه المستويات كافية، بل يدل فقط على أن معظم بلدان المنطقة يواجه نفس المشكلة. ومن الناحية الأخرى فإن المستويات العالية بقدر غير متناسب من استهلاك مواد معينة في عدد من البلدان ذات مستويات التنمية الاجتماعية-الاقتصادية المتشابهة لا تجعل مستويات الاستهلاك هذه مناسبة. فهي يمكن أن تشير أيضاً إلى أن مستويات إصدار الوصفات الطبية في جميع تلك البلدان قد تكون مفرطة الارتفاع، ويمكن أن تكون هناك طائفة متنوعة من الأسباب لذلك.

٩٥- لذلك تستخدم حالياً المؤشرات الظرفية لدعم المؤشرات الأخرى لتحديد ما إذا كانت مستويات الاستهلاك المفرطة الانخفاض أو مفرطة العلو. فالإفادات عن وجود مرضى لم يتلقوا العلاج وعن وجود صعوبات في الحصول على الأدوية اللازمة تشير إلى وجود عقبات خطيرة أمام التوافر. والإفادات عن تسريب المواد الخاضعة للمراقبة الدولية من قنوات التوزيع الداخلية، وعن التهريب الواسع النطاق لهذه المواد، وعن الاتجار، وعن وجود قدر كبير من التعاطي، قد تشير إلى توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية بمستويات أعلى من المستويات المطلوبة للممارسات الطبية السليمة.

ألف- العقبات التي تحول دون توافر المسكنات شبه الأفيونية

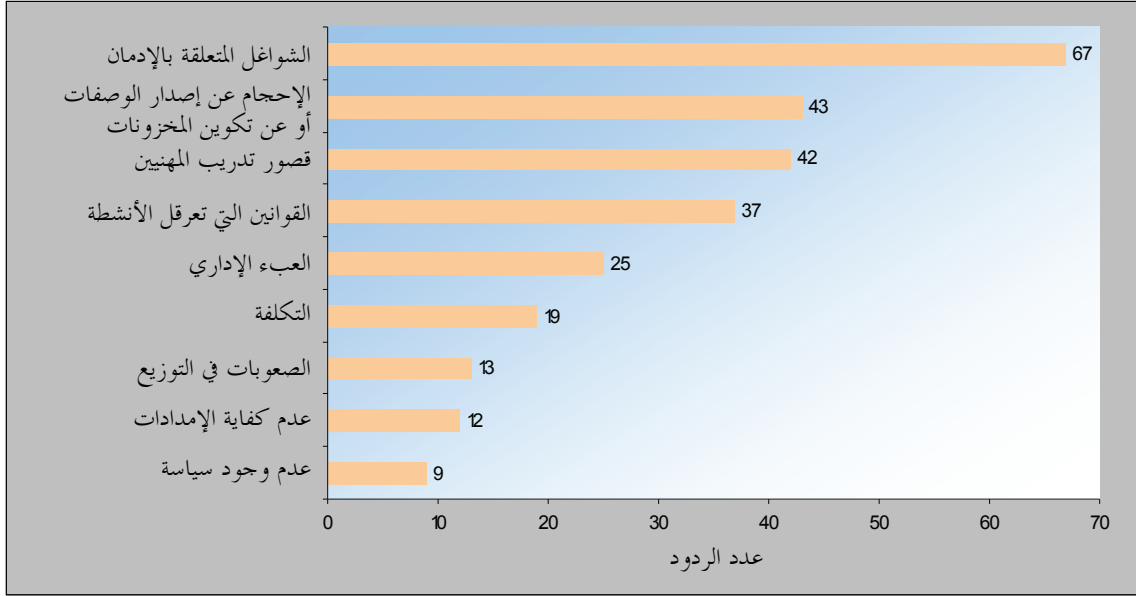
٩٦- يرتبط مستوى استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في أي بلد، عموماً، بمستوى تنميته الاجتماعية-الاقتصادية. وثمة عوامل متنوعة تحدد السبب في أن بلداناً معينة يوجد لديها أعلى مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في منطقتها، ومن بين تلك العوامل الإبلاغ الجيد إلى الهيئة والتعاون معها.

٩٧- وقد لفتت الهيئة انتباه الحكومات، في عدّة مناسبات، إلى أسباب محدودة توافر شبائهم الأفيون الخاضعة للمراقبة الدولية. ومن هذه الأسباب المشاكل التنظيمية والموقفية والمعرفية والاقتصادية والمتعلقة بالاشتراء التي تؤثر سلباً في التوافر. وفي دراسة استقصائية أجرتها الهيئة مؤخراً^(٢٤) عن العقبات أمام توافر شبائهم الأفيون لتلبية الاحتياجات الطبية،^(٢٥) أبلغت غالبية الحكومات عن أن العقبات المرتبطة بالمواقف والمعارف، أي ما لدى المهنيين في مجال الرعاية الصحية ولدى المرضى من شواغل بشأن الارتمان، ونقص التدريب لدى هؤلاء المهنيين، ما زالت هي العوامل الرئيسية التي تسهم في نقص استخدام شبائهم الأفيون. كما اعتُبر عموماً أن القوانين التقييدية دون مبرر واللوائح التنظيمية المرهقة تؤدي دوراً كبيراً في الحد من توافر شبائهم الأفيون. وأبلغ عدد أقل من الحكومات بأن الصعوبات المتعلقة بالتوزيع والعرض وارتفاع تكلفة شبائهم الأفيون كانت من العقبات الرئيسية أمام جعل شبائهم الأفيون متوافرة توافراً كافياً. وكانت أهم العقبات التي ذكرتها البلدان هي الشواغل بشأن الإدمان، والإحجام عن إصدار الوصفات الطبية أو تكوين المخزونات، وقصور التدريب للمهنيين. ويرد في الشكل ٢٩ ترتيب العقبات المختلفة حسب الأهمية كما بينته البلدان التي استجابت للدراسة الاستقصائية.

(24) أجريت الدراسة الاستقصائية بواسطة الاستبيان الذي يستند إليه الشكل ٢٩.

(25) تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات عن متابعة دورة الجمعية العامة الاستثنائية العشرين (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.09.XI.7).

الشكل ٢٩ - العوامل الرئيسية المؤثرة في توافر شبائنه الأفيون للاحتياجات الطبية



ملحوظة: النتائج المبينة في الشكل تستند إلى الردود المقدّمة من البلدان والأقاليم التي ردت على سؤال محدّد متعدد الخيارات. وكان يوسع البلدان والأقاليم أن تختار عاملاً واحداً أو أكثر من العوامل الواردة في ذلك السؤال.

٩٨- وفي العديد من البلدان ذات المستويات المنخفضة من استهلاك شبائنه الأفيون، يتأثر توافر هذه المواد بمجموعة من العوامل التنظيمية والمعرفية والاقتصادية. ومن الواضح أنّ هذه العوامل ليست مستقلة بعضها عن البعض؛ فمثلاً قد يكون تحقيق الإصلاحات التنظيمية أصعب في بلد تسود فيه لدى مقرري السياسات ومهنيي الرعاية الصحية شواغل إدمان المخدّرات. ولذلك يتطلب التغلب على هذه العقبات اتباع نهج متعدد الجوانب ومشاركة طائفة واسعة من أصحاب المصلحة من الهيئات الحكومية التنظيمية المعنية ومهنيي الرعاية الصحية والمنظمات غير الحكومية الناشطة في مجال الرعاية الصحية.

٩٩- وقد نجحت فرنسا في وضع وتنفيذ برنامج متعدد الجوانب لضمان كفاية توافر المسكّنات شبه الأفيونية لعلاج الألم. فعلى امتداد العقد الماضي، ازداد متوسط استهلاك الفرد في فرنسا لهذه المسكّنات المستخدمة في علاج الألم المتوسط والحاد بأكثر من خمسة أضعاف، بحيث أصبحت فرنسا من البلدان التي يبدو أنّ لديها مستويات كافية وملائمة من استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية الخاضعة للمراقبة الدولية.

١٠٠- وبعد إدراك أنّ مستوى استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية كان مفرط الانخفاض في فرنسا وأنّ الألم لم يكن يُعالج على نحو كاف في نظام الرعاية الصحية، أدخلت تعديلات تشريعية وتعديلات في السياسة العامة بغية تعزيز تنفيذ خطط عمل وطنية متعاقبة لمكافحة الألم، بدأت في عام ١٩٨٩. وكان من العناصر الهامة في كل خطة عمل ضمان حصول مهنيي الرعاية الصحية على تثقيف كافٍ بشأن علاج الألم. ولبلوغ هذه الغاية، أدخلت في مناهج كليات الطب والتمريض نماذج بشأن علاج الألم والرعاية التيسيرية، كما وُضعت برامج عن علاج الألم لتوفير التدريب المستمر للعاملين في مرافق الرعاية الصحية. وفي الوقت ذاته،

أدى إدخال عدد من الإصلاحات التنظيمية إلى جعل عمليات اشتراء شبائه الأفيون وإصدار وصفاتها وصرفها أقل صعوبة. ومن الأمثلة على تدابير الإصلاح هذه التي كان لها أثر بارز في فعالية علاج الألم تمديد فترة صلاحية الوصفات الطبية للمسكنات شبه الأفيونية من ٧ أيام إلى ٢٨ يوما، والسماح للمرضين والمرضات بإعطاء شبائه الأفيون في حال غياب الطبيب. وإلى جانب تشجيع استهلاك شبائه الأفيون لعلاج الألم، أنشأت الحكومة الفرنسية في الوقت ذاته آليات لرصد هذه المواد ومنع تعاطيها وتسريبها. وظلت كل الأنشطة المذكورة أعلاه في إطار الاتفاقيات الدولية.

١٠١- وفي حين أن الزيادات في مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية قد تكون أيسر تحقيقا في بلدان تملك، مثل فرنسا، الموارد الكافية للرعاية الصحية، فإن هذه التحسينات ممكنة أيضا في بلدان ذات موارد أكثر محدودة، مثل أوغندا. فقد تزايد استهلاك المورفين في أوغندا باطراد على مدى السنوات العشر الماضية نتيجة لتوسيع نطاق برنامج تُوفّر في إطاره الرعاية السكنية المنزلية للمرضى في جميع أنحاء البلاد. وفي أوغندا، كما في فرنسا، كان من العوامل الرئيسية في نجاح تنفيذ هذا النهج التزام الحكومة بجعل تخفيف الألم أولوية في مجال الرعاية الصحية، وتثقيف مهنيي الرعاية الصحية بشأن استخدام شبائه الأفيون والرعاية السكنية. وتمثلت خطوة هامة أخرى صوب ضمان حصول المرضى على المورفين في طائفة من مرافق الرعاية الصحية في إدخال إصلاحات قانونية تسمح للمرضين والمرضات بإصدار وصفات المورفين. وهذا مثال لنوع تحويل المهام الذي توصي به منظمة الصحة العالمية^(٢٦) لزيادة إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية في الأوضاع التي يوجد فيها نقص في العاملين في مجال الرعاية الصحية. وكان وضع نظم لاشتراء المورفين بطريقة موثوقة وجعله متاحاً لتناوله عن طريق الفم وبتكلفة منخفضة عاملاً جوهرياً أيضاً في الجهود المبذولة لتوسيع إمكانية الحصول على هذا العقار. وفي هذه الحالة أيضاً ظلت الأنشطة جميعها في إطار الاتفاقيات الدولية.

١٠٢- ويبيّن مثالا فرنسا وأوغندا أن بالإمكان تحقيق زيادة استهلاك المسكنات شبه الأفيونية بواسطة دعم حكومي قوي من خلال استراتيجية متعددة المحاور لإزالة العقبات أمام توافر هذه المواد. ورغم أن العديد من البلدان في أوروبا لديه مستويات استهلاك لشبائه الأفيون الخاضعة للمراقبة الدولية مشابهة لمستويات الاستهلاك في فرنسا فإن عددا من البلدان، يشمل بلدان عديدة في أوروبا الشرقية، لديه حاليا مستويات لاستهلاك شبائه الأفيون أدنى بكثير من المستوى الذي أبلغت عنه فرنسا قبل ١٠ سنوات. ولغالبية الناس في العديد من البلدان الأفريقية، تكاد إمكانية الحصول على المورفين المنخفض التكلفة الذي يؤخذ عن طريق الفم أن تكون معدومة. ومما يؤسف له أن تعذر الحصول على شبائه الأفيون ما زال حقيقة واقعة في عدد كبير من البلدان، لا في أفريقيا وشرق أوروبا فحسب بل في جميع المناطق. وتدعو الهيئة حكومات هذه البلدان إلى اتخاذ خطوات حازمة لضمان كفاية إمكانية الحصول على المسكنات شبه الأفيونية ولتعزيز الأجهزة التنظيمية، وهذا أمر أساسي لكفاية الحصول على العقاقير الخاضعة للمراقبة ولاستعمالها الملائم. ولبلوغ هذه الغاية، ينبغي أن تنظر

(26) منظمة الصحة العالمية، تحويل المهام: إعادة توزيع المهام على نحو رشيد بين الأفرقة العاملة في مجال الصحة - توصيات ومبادئ توجيهية عمومية (جنيف، ٢٠٠٨).

الحكومات في التوصيات الواردة في التقرير الخاص لعام ١٩٩٥ الذي أصدرته الهيئة عن توافر المواد الأفيونية لتلبية الاحتياجات الطبية،^(٢٧) وفي الفصل الأول من تقرير الهيئة لعام ١٩٩٩.

١٠٣- وتلاحظ الهيئة، مع التقدير، أن حكومات عدد من البلدان، ومنها بنما وجورجيا وصربيا وغواتيمالا وفيت نام، أدخلت في السنوات القليلة الماضية إصلاحات في مجال السياسات ترمي إلى ضمان كفاية إمكانية الحصول على المسكنات شبه الأفيونية. وينبغي لحكومات هذه البلدان وغيرها من البلدان التي هي في المراحل الأولى من عملية وضع استراتيجيات لتحسين توافر شبائ الأفيون أن تقدم دعماً قوياً لتنفيذ هذه الاستراتيجيات. وينبغي أن تكون هناك آليات لرصد تنفيذ السياسات الرامية إلى تحسين إمكانية الحصول على شبائ الأفيون ولرصد فعالية تلك السياسات في الأجل الطويل.

١٠٤- وترى الهيئة أن هناك حاجة ملحة إلى أن تتخذ بعض الحكومات تدابير محددة لتكفل للسكان في بلدانها إمكانية كفاية للحصول على الأدوية المصنوعة من شبائ الأفيون وفقاً للاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات. وعلى الخصوص، ينبغي لحكومات البلدان التي يكون فيها استهلاك شبائ الأفيون أقل من ١٠٠ جرعة يومية محددة لكل مليون ساكن في اليوم وحكومات البلدان التي لا تستهلك أي شبائ أفيون على الإطلاق أن تتخذ فوراً الإجراءات الملائمة لضمان إمكانية الحصول على هذه الأدوية. والعنصر الأساسي هو وجود هيئة تنظيمية فعالة. وليس من المقبول أنه لا يزال هناك في أنحاء واسعة من العالم نقص خطير في عرض الأدوية اللازمة لتخفيف آلام المرضى ومعاناتهم.

١٠٥- وتوجه الهيئة انتباه الحكومات إلى أن التقدير الدقيق للاحتياجات من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية ضروري لضمان كفاية توافر هذه المواد للأغراض الطبية والعلمية. وقد يؤدي سوء تقدير تلك الاحتياجات إلى العديد من المشاكل في استخدام المواد الخاضعة للمراقبة في نظام الرعاية الصحية، مثل حالات نقص الإمدادات، وإصدار الوصفات الطبية غير الرشيد، وتشوّه الطلب، وانخفاض فعالية التكاليف؛ ويمكن أن يؤدي أيضاً إلى وجود الفوائض وازدياد احتمال تسريب المواد الخاضعة للمراقبة. فالاستخدام الصحيح لنظام تقديرات العقاقير المخدرة ونظام تقييمات المؤثرات العقلية هام لضمان كفاية توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية. ولهذا الغرض، يلزم أن تكفل السلطات الوطنية المختصة أن يكون بوسع مقدمي الخدمات الصحية أن يبلغوا تلك السلطات باحتياجاتهم بسهولة.

باء- توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية بما يزيد على المستويات اللازمة للممارسات الطبية السليمة

١٠٦- قد يؤدي عدم توافر المخدرات والمؤثرات العقلية إلى حرمان المرضى من حقوقهم الأساسية ومن فرصة التخفيف مما يكابدونه من ألم بدني ومن معاناة ناجمة عن مرض عقلي. ومن الناحية الأخرى، يمكن أن يؤدي التوافر المفرط لهذه العقاقير إلى تسريبها وتعاطيها، ولاحقاً إلى الارتهاان بالمخدرات. وخلال السنوات

(27) توافر المواد الأفيونية لتلبية الاحتياجات الطبية (انظر الحاشية ٨ أعلاه).

الأخيرة لاحظت الهيئة بقلق متزايد أن تعاطي المواد الخاضعة للمراقبة الدولية، المسربة إلى القنوات غير المشروعة في مختلف مراحل توزيعها، لا يزال واسع الانتشار في العديد من البلدان، وقد وصل في بعض البلدان إلى نفس مستويات تعاطي العقاقير غير المشروعة أو تجاوز تلك المستويات.

١٠٧- في عدد من البلدان، يبلغ تعاطي المستحضرات الصيدلانية المحتوية على مواد خاضعة للمراقبة مستوى لا يفوقه سوى مستوى تعاطي القنب. وتحتوي المستحضرات الصيدلانية التي تُسرب وتُتعاطى على شبائهم أفيون شتى ومواد بنزوديازيبينية ومنشطات أمفيتامينية. ومن بين شبائهم الأفيون، يشكل تسريب المستحضرات المحتوية على البوبرينورفين والكوديين والدكستروبوروبوكسيفين والفنتانيل والهيدروكودون والميثادون والمورفين والأوكسيكودون والتريميبيديين أكبر كميات يتم تسريبها. والألبرازولام والبوبرينورفين والديازيبام والفلونيترازيبام والفينوباربيتال والفينترمين هي أكثر المواد تسريباً وتعاطياً من بين المؤثرات العقلية.

١٠٨- وتوحي البيانات التي جمعتها الحكومات بأن أنماط التعاطي ترتبط بالتوافر العام المفرط للمستحضرات الصيدلانية المحتوية على هذه المواد. وعلى وجه الخصوص، ينبغي للبلدان ذات المستويات المرتفعة أصلاً من استهلاك المخدرات والمؤثرات العقلية والتي تشهد المزيد من الزيادات الكبيرة أن تكون متيقظة من أجل تحديد ما إذا كانت هذه الزيادات متعلقة بالاحتياجات الطبية الفعلية أم بإساءة استعمال تلك المواد وتعاطيها. وتغيير أنماط إصدار وصفات العقاقير وأنماط استهلاك العقاقير يكون في العادة عملية بطيئة، وتتطور العادات الجديدة في مجال استهلاك المخدرات خلال فترة من السنوات. ومن الجهة أخرى فإن الأنماط الشائعة الجديدة في مجال تعاطي المخدرات تتطور تطوراً سريعاً للغاية، وخصوصاً عندما تسبب المخدرات المتعاطاة نفس التأثير الذي كانت تحدثه المخدرات غير المشروعة التي كانت تُتعاطى سابقاً في حين يكون الحصول على المخدرات الجديدة أسهل. ومن شأن ثقافة التوافر الواسع النطاق والمفرط للمستحضرات الصيدلانية التي لها آثار مماثلة لتلك التي تحدثها العقاقير غير المشروعة أن تؤدي إلى تزايد الاستعاضة بهذه المستحضرات الصيدلانية عن المخدرات غير المشروعة. وتغيير هذا الاتجاه هو أمر صعب ويتطلب جهوداً، لأنَّ المستحضرات الصيدلانية المتعاطاة ستبقى متاحة. وهذا يوضح السبب في أنه، في البلدان ذات التوافر المفرط، أصبح الاستعمال غير الطبي لمخففات الألم أو المهدئات أو المنشطات أو المسكنات أسرع مشاكل المخدرات نمواً.

١٠٩- وفي معظم البلدان نالت مشكلة تعاطي عقاقير الوصفات الطبية اهتماماً من جانب المنظمين المعنيين بمراقبة المخدرات أقل من الاهتمام الذي ناله تعاطي العقاقير غير المشروعة. وحالياً لا يتم جمع البيانات النظامي عن تعاطي عقاقير الوصفات الطبية في استقصاءات الأسر المعيشية إلا في الولايات المتحدة، الأمر الذي يعني أنَّ البيانات الموثوق بها عن مدى انتشار هذا التعاطي مقصور على ذلك البلد. غير أنَّ المشكلة لا تقتصر على الولايات المتحدة. فتعاطي عقاقير الوصفات الطبية يُبلغ عنه من جميع المناطق في العالم.

١١٠- ويمكن أن يكون تعاطي عقاقير الوصفات الطبية يمثل خطورة تعاطي العقاقير غير المشروعة. وعلى الخصوص، حدثت زيادة كبيرة في ما لشبائه الأفيون التي تصرف بالوصفات الطبية من حصة في حالات الوفاة المتصلة بتناول الجرعات المفرطة. ومن سوء الحظ أن عامة الجمهور لم يلاحظ ذلك لفترة طويلة. وخلال العقد الماضي ارتفع كثيرا عدد حالات الوفاة المتصلة بتعاطي عقاقير الوصفات الطبية، متجاوزا في بعض البلدان عدد حالات الوفاة الناجمة عن الجرعات الزائدة المرتبطة بالعقاقير غير المشروعة. بيد أن وسائل الإعلام والجمهور الأوسع لم ينتبها لمخاطر تعاطي عقاقير الوصفات الطبية إلا لأن وفيات عدد من الفنانين الترويجيين البارزين كانت مرتبطة بتعاطي عقاقير الوصفات الطبية. غير أنه ينبغي اتخاذ إجراءات قبل بلوغ هذه المستويات المرتفعة من تعاطي عقاقير الوصفات الطبية. وبما أن التوافر المفرط يكون في كثير من الأحيان الخطوة الأولى صوب ازدياد تعاطي عقاقير الوصفات الطبية فيلزم أن تكون الجهات التنظيمية في مجال مراقبة المخدرات متيقظة فيما يتعلق بالمستويات العالية من استهلاك المخدرات والمؤثرات العقلية.

١١١- وقد أدى تزايد تعاطي عقاقير الوصفات الطبية إلى تصاعد مستويات إدمان العقاقير المتعددة الذي يتم فيه الجمع بين الأدوية المصنوعة صنعا مشروعا والعقاقير غير المشروعة، أو بين عدة أدوية محتوية على مواد خاضعة للمراقبة الدولية. وبالمثل، يتزايد تعاطي المنتجات المزيجية التي تنتجها صناعة المستحضرات الصيدلانية أو تراكيب الوصفات الطبية التي تجهز في الصيدليات والتي تجمع بين عدد من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية.

١١٢- وتشجع الهيئة جميع الحكومات على استبانة الاتجاهات غير المألوفة في مستويات استهلاك المخدرات والمؤثرات العقلية وعلى اتخاذ إجراءات تصحيحية في هذا الشأن إذا لزم الأمر. وفي غياب معايير مقبولة للاستهلاك المناسب، قد ترغب الحكومات في أن تحلل الاتجاهات الماضية وأن تقارن مستويات الاستهلاك الوطنية لديها بمثيلاتها في بلدان أخرى ذات مستوى مشابه من حيث التنمية الاجتماعية-الاقتصادية.

١١٣- ويمكن إجراء هذه المقارنات بالاستناد إلى الجداول الخاصة باستهلاك المسكنات شبه الأفيونية ومختلف فئات المؤثرات العقلية، والتي تنشرها الهيئة في تقريرها التقني عن المخدرات وتقاريرها التقني عن المؤثرات العقلية. وينبغي لحكومات البلدان التي تشهد مستويات عالية بوجه خاص أو متصاعدة من استهلاك المخدرات والمؤثرات العقلية أن ترصد الحالة عن كثب وأن تحدد ما إذا كانت أراضيها قد أصبحت تُستخدم لإقامة صيدليات الإنترنت التي تعمل بصفة غير مشروعة، وأن تتبين احتمال الإفراط في إصدار الوصفات الطبية أو أي ممارسات أخرى منافية لأداب المهنة من جانب أعضاء المهن الطبية، وأن تكفل فرض مراقبة كافية على قنوات التوزيع الداخلية. وينبغي أن تنفذ جميع الحكومات توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن إصدار وصفات العقاقير الرشيد وأن تتخذ تدابير لترويج الممارسات الطبية السليمة.^(٢٨)

١١٤- وبغية منع تسريب المواد الخاضعة للمراقبة الدولية في أحد البلدان وتهريبها لاحقا إلى بلد آخر، ينبغي للحكومات أن تنسق، على الصعيدين الإقليمي ودون الإقليمي، التدابير المتخذة لخفض مستويات الاستهلاك المفرطة، لكي لا تؤدي الجهود المبذولة في بلد ما إلى نزوح أنماط الاستهلاك الإشكالية إلى البلدان المجاورة.

“Promoting rational use of medicines: core components”, *WHO Policy Perspectives on Medicines*, No. 5, (28)

September 2002. متاح على الويب http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.3.pdf

١١٥- بيد أن استخدام فئات مُعيّنة من المواد قد يختلف ليس فقط بين البلدان ذات مستويات التنمية الاجتماعية-الاقتصادية المتشابهة في المناطق المختلفة بل أيضا بين البلدان في نفس المنطقة، بسبب العوامل الثقافية والسكانية. وعلى سبيل المثال، تشير الاختلافات الكبيرة بين البلدان وعلى الصعيد القطري إلى وجود فوارق كبيرة في الممارسات الطبية بين البلدان المتماثلة فيما عدا ذلك، وأحيانا حتى داخل البلدان.

١١٦- ويُشاهد فرق ثابت في استهلاك المواد الخاضعة للمراقبة الدولية في التفضيلات الإقليمية لفئات من المؤثرات العقلية في أوروبا وفي أمريكا الشمالية، وهما منطقتان ذواتا مستويين متماثلين من التنمية الاجتماعية-الاقتصادية. ففي حين تُسجّل أوروبا أعلى مستوى في العالم لاستهلاك المواد البنزوديازيبينية، تسجّل أمريكا الشمالية أعلى المستويات لاستهلاك منشّطات تعزيز الأداء. وقد يعني ذلك وجود فوارق ثقافية، ولكنه قد يكون ذا علاقة أيضا بعوامل سكانية، لأنّ المواد البنزوديازيبينية تتناولها في معظم الأحوال القطاعات الأكبر سنًا من السكان، في حين أن عقاقير تعزيز الأداء وتحسين شكل الجسم يستهلكها بقدر أكبر المراهقون وصغار البالغين.

١١٧- وتباين قنوات توريد عقاقير الوصفات الطبية المتعاطاة، ولكن، من حيث المبدأ، ما أن تغادر تلك العقاقير قنوات الإمداد الخاضعة للمراقبة الرسمية فإنها توجد في "سوق موازية" تكون أحيانا ذات أبعاد كبيرة. وفي كثير من البلدان، توجد أسواق عقاقير غير خاضعة للتنظيم تُسمّى "أسواق الشوارع" تعمل بالتوازي مع الصيدليات المرخصة، أو في كثير من الأحيان في غيابها. وكثيرا ما تكون أسباب شراء الأدوية في أسواق الشوارع هذه مرتبطة بعوامل اقتصادية أو بقصور العرض من خلال القنوات الرسمية. وصيدليات الإنترنت التي تعمل بصفة غير قانونية هي نوع آخر من الأسواق الموازية. وكما هو الحال في أسواق الشوارع، يمكن للعملاء الحصول على العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية، مثل المواد البنزوديازيبينية وشبائه الأفيون والمنشّطات والمواد الباربيتورائية، من دون وصفة طبية. وكثيرا ما تكون الإمدادات الواردة إلى هذه الأسواق منتجات مسرّبة أو مسروقة، أو أدوية غير مسجّلة أو دون المستوى المطلوب أو مزيفة.

١١٨- وتختلف أسباب استخدام الأسواق غير المنظّمة، تبعا للبلد المعني. وهي تشمل محدودية إمكانية الاستفادة من مرافق الرعاية الصحية، والتكلفة الأدنى للعقاقير، التي تكون لها في كثير من الأحيان علاقة بكونها منتجات دون المستوى المطلوب أو مزيفة، والشروط المفرطة الصرامة لإصدار الوصفات الطبية، والرغبة في الحصول على العقاقير دون سجلات طبية، بغية الحفاظ على الخصوصية، أو الطلب على عقاقير الوصفات الطبية لأغراض التعاطي.

١١٩- وينبغي أن تُطبّق جميع الحكومات المبادئ التوجيهية الصادرة عن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات بشأن مراقبة صيدليات الإنترنت،^(٢٩) لأنّ هذه الصيدليات تمثّل في بعض البلدان القناة الرئيسية للتوزيع غير المشروع للمواد الخاضعة للمراقبة الدولية.

(29) المبادئ التوجيهية للحكومات بشأن منع بيع المواد الخاضعة للمراقبة الدولية غير المشروع عبر الإنترنت (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.09.XI.6).

جيم- ضمان التوافر الكافي في حالات الطوارئ

١٢٠- قد تؤدي حالات الطوارئ التي تحدث في أعقاب الكوارث الطبيعية أو الناجمة عن أنشطة بشرية إلى حاجة مفاجئة وملحة لأدوية تحتوي على مواد خاضعة للمراقبة. وقد نشأت تلك الحالة في أعقاب الزلزال المدمر الذي حدث في هايتي في كانون الثاني/يناير ٢٠١٠. وكانت مواد خاضعة للمراقبة، مثل المورفين والبنزازوسين، لازمة على وجه الاستعجال لتوفير الرعاية الطبية للعديد من الناس الذين أصيبوا بجروح في الزلزال.

١٢١- وكثيراً ما وجدت وكالات الإغاثة الإنسانية أن من الصعب الحصول السريع على الأدوية المحتوية على مواد خاضعة للمراقبة من أجل الرعاية الطبية في حالات الطوارئ، وذلك في جانب منه بسبب تدابير المراقبة المفروضة على نقل الأدوية على الصعيد الدولي. فالمتطلبات الإدارية التي يجب استيفاؤها في الظروف الاعتيادية للترخيص باستيراد وتصدير المواد الخاضعة للمراقبة تبطئ عملية توريد الأدوية اللازمة بصفة عاجلة إلى مناطق الكوارث. وتتفاقم هذه المشكلة إذا لم تعد السلطات الوطنية المختصة في بلدان الاستيراد تؤدي وظيفتها.

١٢٢- ولمعالجة هذه المسألة، أعدت منظمة الصحة العالمية، بالتشاور مع الهيئة، نموذج المبادئ التوجيهية بشأن توفير العقاقير الخاضعة للمراقبة للرعاية الطبية في حالات الطوارئ على الصعيد الدولي.^(٣٠) وتوفر هذه المبادئ التوجيهية إجراءات مبسطة لتصدير الأدوية المحتوية على مواد خاضعة للمراقبة لتكون تحت تصرف وكالات الإغاثة الإنسانية ذات السمعة الحسنة. وبعد وقوع الزلزال في هايتي بفترة وجيزة، أرسلت الهيئة رسائل إلى جميع الحكومات وإلى وكالات إغاثة إنسانية مختارة لتذكيرها بالإجراءات المبسطة الواردة في المبادئ التوجيهية.

١٢٣- وبما أن حالات الطوارئ تحدث فجأة فينبغي أن تكون السلطات المختصة على أهبة الاستعداد لاستخدام الإجراءات المبسطة الواردة في المبادئ التوجيهية لاستعجال توريد الأدوية الخاضعة للمراقبة حالما تنشأ الحاجة إليها. وتدعو الهيئة الحكومات ووكالات الإغاثة الإنسانية إلى إبلاغها بأي مشاكل تصادف في عمليات تسليم الأدوية الخاضعة للمراقبة في حالات الطوارئ. وقد ترغب الحكومات في أن تدرج في مخزونها الخاصة من المخدرات والمؤثرات العقلية كميات لتلبية الحاجة إلى هذه المواد عند حدوث أي حالة طوارئ.

(30) وثيقة منظمة الصحة العالمية WHO/PSA/96.17.

سادساً | الاستنتاجات والتوصيات

١٢٤- لقد أكدت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات مراراً على أن المبادئ التي تستند إليها المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات تُوفّر الآلية اللازمة لضمان توافر المخدرات والمؤثرات العقلية للاحتياجات الطبية والعلمية، وفي الوقت ذاته لمنع استخدامها غير السليم وتعاطيها. وليس هدفاً ضمان توافر المخدرات والمؤثرات العقلية ومنع تسريبها هدفين متناقضين، فالواقع أن اتخاذ الإجراءات لتحقيق هذين الهدفين يمكن أن يتم في تآزر إذا نُفذت التدابير بطريقة صحيحة وبالكامل. والتفسير السليم لهذين الهدفين اللذين يكمل أحدهما الآخر مقبول لدى مجموعة دائمة الاتساع من البلدان. غير أنه لا يزال يلزم تحقيق تقدّم كبير في عدد من البلدان.

١٢٥- وتلاحظ الهيئة أنه، استجابة لتوصيات سابقة بشأن توافر العقاقير المخدرة، قامت حكومات كثيرة بزيادة تقديراتها لتلبية الطلب الطبي، وأصدرت سياسات وطنية لتحسين الاستخدام الطبي للمواد المخدرة، ودعمت البرامج التعليمية، وفحصت نظمها وقوانينها ولوائحها الخاصة بالرعاية الصحية بحثاً عن العقبات. وكانت هناك أوجه تحسّن في مدى كفاية عرض مخدّرات ومؤثرات عقلية مُعيّنة في كثير من البلدان، ولكن كانت هناك نكسات في بلدان أخرى. وفي حين سجّلت معظم أوجه التحسّن الكبيرة في البلدان المتقدّمة تقدّماً كبيراً، حدث معظم النكسات، للأسف، في المناطق التي كانت لديها قبل ٢٠ عاماً أدنى مستويات توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية.

١٢٦- وكما هو مبين في التحليل الذي أجرته الهيئة، لا يزال عددٌ كبير من البلدان في العديد من المناطق يُسجّل مستويات غير كافية من توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية. ولا تزال أفريقيا هي المنطقة التي تضم أكبر عدد من البلدان التي لا تُسجّل سوى القليل من التوافر أو لا تسجّل أيّ توافر على الإطلاق. والمنطقتان الأخريان اللتان لم يتحسّن الوضع فيهما، بل تدهورَ في بعض الحالات، هما أمريكا الوسطى والكاريبية وجنوب آسيا. بيد أنه، حتى في المناطق ذات المستويات العامة المتزايدة من التوافر، تسجّل البلدان التي ظلّت في المدى الأسفل من حيث استهلاك المواد الخاضعة للمراقبة مستويات توافر منخفضة إلى حد غير ملائم.

١٢٧- ويوجد ضمن البلدان ذات المستويات المنخفضة بوجه خاص عدد من البلدان ذات الأعداد السكانية الكبيرة؛ ومن ثمّ فإنّ أجزاء كبيرة من سكان العالم لا تتوفر لها إمكانية الحصول على المخدّرات والمؤثرات العقلية. كما أنه، حتى إذا سجّلت البلدان تحسّناً، فربما لا يكون هذا التحسّن قد أَدّى إلى بلوغ مستويات يمكن اعتبارها كافية، بسبب انخفاض المستويات التي بدأت منها. وعلى الرغم من التقدّم المحرّز صوب تحقيق أهداف المعاهدات فإنّ عدداً قليلاً نسبياً من البلدان في العالم لديه نظام ملائم لإدارة إمدادات العقاقير وآليات عمل تكفل إجراء تقييمات يُعوّل عليها ومستندة إلى الاحتياجات وتكفل التوافر العادل وفعالية التكليف.

١٢٨- ووفقا للتحليل الذي أجرته الهيئة، لا تزال أوجه القصور في إدارة إمدادات العقاقير ترجع إلى الافتقار إلى الموارد المالية، وعدم كفاية البنية التحتية، والأولوية المنخفضة المعطاة للرعاية الصحية، وضعف سلطة الحكومة، وعدم كفاية التعليم والتدريب المهني، والمعارف المتقدمة، التي هي عوامل تؤثر معا لا في توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة وحسب بل أيضا في توافر جميع الأدوية.

١٢٩- ويرتبط إحداثُ تحسُّن كبير في توافر المخدَّرات والمؤثَّرات العقلية بإحراز تقدُّم في توافر الأدوية عموما، ولا سيما في البلدان التي تكون فيها محدودية الموارد المخصَّصة للصحة، وتزايد الفوارق الاقتصادية، وإلحاح الاحتياجات الأساسية، وضعف البنية التحتية، هي العقبات الرئيسية أمام أيِّ تحسُّن دائم. وخلال السنوات الأخيرة ازداد الوعي الدولي، وتبذل المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية جهودا لتسهيل توريد العقاقير المشروعة للمناطق المتخلفة النمو. بيد أنه على الرغم من تزايد الوعي العالمي بالحالة غير المرضية السائدة فإن عددا كبيرا من البلدان ما زال لا يبدي تقديرا للمشكلة نفسها أو للسهولة النسبية التي يمكن بها توفير العلاج الناجع.

١٣٠- ويبدو أن عدداً من البلدان لم يُدرك بعد أن التوافر الكافي للأدوية، بما فيها المخدَّرات والمؤثَّرات العقلية، هو جزء جوهري من مسؤوليتها تجاه سكانها. ويتضح إهمال هذه المسؤولية عندما لا تقوم البلدان حتى بتقدير احتياجاتها ويبدو أنها ليست لديها معرفة بالكميات التي سيحتاجها سكانها من عقاقير مُعيَّنة لتلقِّي العلاج الطبي. وفي بلدان أخرى، حيث لا يلاحظ هذا الإهمال، لا تزال عقبات أخرى سائدة، بما في ذلك الأنظمة التقييدية التي عفا عليها الزمن وكذلك، في أحيان أكثر، التفسيرات الجاهلة للوائح التي تكون صحيحة لولا تلك التفسيرات، والمخاوف المبنية على الضلالات، وأوجه التحيز المسبق الراسخة بشأن استخدام شبائنه الأفيون للأغراض الطبية.

١٣١- وقد شدَّدت الهيئة دائما على أن الجهود المبذولة لجعل استخدام المخدَّرات والمؤثَّرات العقلية مقتصرًا على الأغراض الطبية والعلمية يجب ألا تؤثر سلبا في توافرها لهذه الأغراض. ومن الناحية الأخرى، تتطلب زيادة استخدام عقاقير مُعيَّنة خاضعة للمراقبة للأغراض الطبية المشروعة رقابة دقيقة. ويتعيَّن الحرص على ضمان القدرة المشروعة على الاستيعاب لدى البلدان والأداء السليم للآليات التحوطية بغية التقليل إلى الحد الأدنى من إساءة استعمال النظام والثغرات فيه. وترى الهيئة أن وجود إدارة لنظام المراقبة تكون عليمه وذات أداء جيد هو شرط مسبق لضمان التوافر، لأن تلك الإدارة ستكون قادرة على تحديد الكميات اللازمة وستبيِّن حالات نقص الإمدادات والمشاكل التي تحدث في التوزيع. وستكون الإدارة ذات الأداء الجيد لنظام المراقبة شريكا يتسم بالمسؤولية أيضا في التعاون مع الرابطات المهنية ورابطات المستهلكين.

١٣٢- وينبغي أن يكون الهدفُ العام للنظام الوطني والدولي الجيد الأداء لإدارة توافر المخدَّرات والمؤثَّرات العقلية هو توفير تلطيف الألم والمعاناة عن طريق ضمان أمان إيصال أفضل الأدوية المقبولة التكلفة إلى المرضى الذين يحتاجونها، وفي الوقت نفسه منع تسريب العقاقير لغرض تعاطيها. ولكفالة ذلك، يتعيَّن على الحكومات الوفاء بالمهام الأساسية التالية:

توصيات بشأن توافر المخدرات والمؤثرات العقلية

(أ) ينبغي أن تقيّم الحكومات ما للنظم الصحية الوطنية من احتياجات فعلية من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية؛ وأن تحسب احتياجاتها السنوية من هذه المواد وتزوّد الهيئة بتقديرات للمواد المخدّرة وتقييمات للمؤثرات العقلية في الوقت المناسب. وإذا كانت الاحتياجات الوطنية في المدى الأسفل من مستويات الاحتياجات في المنطقة فقد يتعين على الحكومات أن تدرس أساليبها الخاصة بتقييم الاحتياجات الطبية من المخدّرات والمؤثرات العقلية دراسة نقدية؛

(ب) ينبغي أن تتبيّن الحكومات العقبات التي تحول دون توافر المخدّرات والمؤثرات العقلية (العقبات السياسية والتنظيمية والإدارية) وأن تتخذ تدابير تفصيلية متدرجة لإزالة تلك العقبات؛

(ج) ينبغي أن تُنشئ الحكومات نظاماً لجمع المعلومات من المرافق الطبية التي تُوفّر الرعاية للمصابين بالأمراض العقلية والمدمنين ومن يخضعون لعمليات جراحية ومرضى السرطان وسائر المرضى، ومن المنظمات التي تعمل على تحسين الاستخدام المناسب للمخدّرات والمؤثرات العقلية، وأن تُنشئ مجموعات من الأفراد العلميين للمساعدة في الحصول على المعلومات عن الاحتياجات الطبية المتغيرة؛ وينبغي أيضاً أن تستفيد من المبادئ التوجيهية المتوافرة بشأن تقييم الاحتياجات الفعلية لبلداتها من المخدّرات والمؤثرات العقلية؛

(د) عندما يصل البلد إلى مستوى مناسب من استهلاك المخدّرات والمؤثرات العقلية، ينبغي أن تُضيف الحكومات إلى تقديراتها السنوية للاحتياجات من العقاقير المخدّرة وتقييماتها السنوية للمؤثرات العقلية هامشاً من أجل التحسّب لإمكانية ازدياد الاستهلاك لأسباب عامة مثل النمو السكاني وتطور الخدمات الصحية والاتجاهات في انتشار الأمراض وعلاجها، وينبغي أن يُضاف هامش أكبر، إذا لزم الأمر، في البلدان أو المناطق التي توجد فيها تنمية اقتصادية واجتماعية سريعة أو توسّع سريع في الاستعمال الطبي للمخدّرات، بما في ذلك استحداث تراكيب صيدلانية جديدة أو عقاقير جديدة؛

(هـ) ينبغي للحكومات التي تتعرّض لانقطاع في عرض المخدّرات والمؤثرات العقلية بسبب حالات التأخير في الاستيراد أو لأسباب أخرى أن تدرس الحالة وتضع نظاماً لإنجاز الخطوات التي ينطوي عليها الأمر في توقيتها المناسب، ومن الأمثلة على تلك الخطوات إصدار التراخيص، والترتيب للدفع، والقيام بالإجراءات الرسمية، ونقل العقاقير، وتمريرها عبر الجمارك، وتوزيع العقاقير إلى المرافق الطبية؛

(و) ينبغي أن تتبيّن الحكومات ما إذا كانت قوانينها الوطنية للمخدّرات تحتوي على عناصر من اتفاقية سنة ١٩٦١ بصيغتها المعدّلة بروتوكول سنة ١٩٧٢ تراعي أن الاستعمال الطبي للمواد المخدّرة ما زال لا غنى عنه لتخفيف الألم والمعاناة وأنه يجب اتخاذ تدابير كافية لضمان توافر العقاقير المخدّرة لهذه الأغراض ولضمان تحديد المسؤولية الإدارية وتوافر العاملين اللازمين لتنفيذ تلك القوانين؛

(ز) ينبغي أن تتبيّن الحكومات ما إذا كانت هناك قيود لا مبرر لها في القوانين أو اللوائح أو السياسات الإدارية للمخدّرات تعرقل إصدار الوصفات بالمخدّرات أو المؤثرات العقلية أو صرفها للمرضى، أو توفير العلاج الطبي اللازم بما للمرضى، أو توافرها وتوزيعها لهذه الأغراض، وأن تجري التعديلات اللازمة إذا كان هذا هو الحال؛

(ح) من أجل تحقيق توافر المؤثرات العقلية الكافي على الصعيد العالمي وفي بلدان محدّدة، عملاً بقرار لجنة المخدّرات ٤/٥٣، ينبغي أن تجمع الحكومات أكثر البيانات الإحصائية موثوقة عن استهلاك المؤثرات العقلية وأن تقدّم هذه المعلومات إلى الهيئة في التوقيت المناسب؛

(ط) ينبغي أن تتعاون الحكوماتُ تعاوناً كاملاً مع الهيئة في ضمان التوافر الكافي للمخدّرات والمؤثرات العقلية؛ وينبغي أن تدرس احتياجاتها الطبية للمخدّرات والمؤثرات العقلية، وكذلك العقبات التي تعترض توافرها، وأن تبلغ الهيئة بنتائج تلك الجهود، وأن تخطر الهيئة إذا كان بوسع الهيئة تقديم المساعدة؛ وينبغي أيضاً أن تبلغ الهيئة بالتقدّم المحرز والاحتياجات فيما يتعلق بتنفيذ هذه التوصيات؛

توصيات بشأن الاستخدام الملائم

(ي) ينبغي أن تكفل الحكوماتُ التعليم والتدريب السليمين لأفراد المهن الصحية، وأن تُبلغهم بأسلوب منظمة الصحة العالمية التسكيني لتخفيف آلام السرطان؛ وأن تتواصل معهم بشأن المتطلبات القانونية لإصدار وصفات المخدّرات والمؤثرات العقلية وصرّفها، وأن تتيح لهم الفرصة لمناقشة الشواغل المشتركة؛

(ك) ينبغي أن تكفل الحكوماتُ أن تُطبّق في الكليات ذات الصلة في الجامعات وكليات الطب والصيدلة والتمريض وسائر معاهد الرعاية الصحية مناهجٌ دراسية شاملة عن تعاطي مواد الإدمان والاستخدام الرشيد للعقاقير ذات التأثير النفساني؛

(ل) ينبغي أن تحفّز الحكومات، من خلال التنظيم والرصد، السلوك الأخلاقي في تسويق العقاقير؛ وينبغي أن تكفل أتباع معايير مهنية عالية في العلاج (التشخيص، واتخاذ القرار بشأن العلاج، وإصدار الوصفات الطبية)؛

(م) ينبغي أن تتقّف الحكوماتُ الجمهور بشأن الاستخدام المناسب للمخدّرات والمؤثرات العقلية وبشأن الاستخدام الصحيح للعلاج الدوائي مع الخيارات العلاجية الأخرى، وينبغي أن تجتذب إلى هذه الجهود المشاركة الفعالة من المنظمات المهنية ورابطات المستهلكين؛

(ن) ينبغي أن تُنشئ الحكوماتُ نظاماً شاملاً لتسجيل العقاقير والترخيص بها وأن تختار بحرص وتدعم العقاقير الأكثر أماناً والأكثر فعالية من حيث التكلفة وأساليب العلاج البديلة الموثوق بها؛

(س) ينبغي أن تشجّع الحكوماتُ أيضاً على تطوير واستخدام العوامل العلاجية الأفضل والأكثر أماناً (ذات إمكانية تسبب الارتهان القليلة أو المعدومة) لتحل محل الأدوية ذات الفعالية والأمان المحدودين. وتقع على عاتق البلدان التي تعاني من مشاكل التعاطي المتعلقة بالمنتجات المزيّجة أو تراكيب الوصفات الطبية مسؤولية ضمان اتخاذ تدابير لمنع هذا التعاطي؛

توصيات بشأن نظم المراقبة الوطنية

(ع) ينبغي أن تسعى الحكوماتُ إلى إبقاء عرض المواد الخاضعة للمراقبة الدولية واستهلاكها تحت إشراف دقيق. وقد أظهرت التجربة أنه يلزم إيلاء اهتمام خاص للتشريعات الملائمة والترتيبات الإدارية الصحيحة المكيفة، حسب الاقتضاء، للاتجاهات والتطوّرات الجديدة؛

- (ف) ينبغي أن تفرض الحكوماتُ قدرًا كافيًا من السلطة الحكومية والرقابة التنظيمية على عرض العقاقير الوطني، بما في ذلك مراقبة المخدرات والمؤثرات العقلية؛
- (ص) ينبغي أن تجري الحكومات عمليات تفتيش للصانعين والمصدرين والمستوردين والموزعين بالجملة والتجزئة، وكذلك للمخزونات والسجلات، وأن تتخذ الإجراءات المناسبة ضد من لا يمثلون للمتطلبات القانونية ومدونات السلوك المهني المنطبقة. ويجب تنظيم أنشطة وسطاء السوق، مثل السماسرة، حسب الاقتضاء؛
- (ق) يلزم أن تضمن الحكومات الموارد المالية والبشرية الكافية لسلطاتها التنظيمية الخاصة بالمخدرات وغيرها من الأجهزة وأن توفرّ بناء القدرات لموظفي تلك الهيئات؛
- (ر) يلزم أن تنفذ الحكومات سياسات فعّالة لمكافحة العقاقير المزيفة وأن توفرّ إطارًا قانونيًا شاملاً لجعل التجارة في المنتجات المزيفة جريمة جنائية خطيرة؛ ويجب أن تنظم البلدان المصدرّة عملية التصدير بهدف منع تصدير العقاقير المزيفة أو ذات النوعية الرديئة؛
- (ش) ينبغي أن تكون الحكومات على علم بالمبادئ التوجيهية النموذجية بشأن توفير العقاقير الخاضعة للمراقبة من أجل الرعاية الطبية في حالات الطوارئ على الصعيد الدولي وأن تستفيد منها أفضل استفادة؛

توصيات بشأن منع التسريب والتعاطي

- (ت) ينبغي أن تقوم الحكومات بإنفاذ التشريعات القائمة بغية ضمان عدم صنع المخدرات والمؤثرات العقلية أو استيرادها أو تصديرها بصفة غير قانونية وعدم تسريبها إلى السوق غير المنظمة؛
- (ث) ينبغي أن تجمع الحكومات البيانات بطريقة أكثر نظامية عن تعاطي عقاقير الوصفات الطبية، وأن تجعل الدراسات الاستقصائية الوطنية عن تعاطي العقاقير تشمل، بقدر الإمكان، المستحضرات الصيدلانية المحتوية على المخدرات والمؤثرات العقلية، وذلك بأن تدرج في تلك الدراسات إما فئات محدّدة من المواد أو مخدّرات ومؤثرات عقلية محدّدة، حسب الاقتضاء؛
- (خ) بالنظر إلى الطابع الدولي لهذه المشكلة ومن أجل تكميل جهود أجهزة إنفاذ القوانين في كل بلد على حدة في المجالات المذكورة أعلاه، ينبغي أن تضع الحكومات، وكذلك المنظمات الإقليمية والدولية، اتفاقات حكومية دولية للقيام بعمليات مشتركة فعّالة وترتيبات ومعايير تطبق على الصعيد الإقليمي؛
- (ذ) ينبغي أن تتخذ الحكومات إجراءات فورية وفعّالة لتنفيذ التوصيات التي سبق أن صدرت من الهيئة بشأن التجارة عبر الإنترنت وإساءة استخدام البريد لتهرب المواد الخاضعة للمراقبة الدولية.

١٣٣- ولتحقيق هدف التوافر الكافي للمخدّرات والمؤثرات العقلية على الصعيد العالمي، يلزم دعم من جانب المجتمع الدولي. وإحراز التقدم في البلدان التي لديها مستويات منخفضة من استهلاك هذه المخدرات يكون عادة تدريجياً. فالأحوال السائدة في السوق ونظام العرض الحالي لا يتيحان ضمان توافر الأدوية

اللازمة في البلدان المنخفضة الدخل. والأوضاع الاقتصادية والمالية في هذه البلدان وعدم كفاية البنية التحتية للرعاية الصحية هي عقبات لا يمكن لهذه البلدان أن تتغلب عليها بمفردها. ولا يمكن إحراز تقدّم إلاّ بالاستناد إلى نهج أكثر إنسانية يتماشى مع النظام التعاهدي. ويمكن أن يشمل هذا النهج، في بلدان مختارة، تقديم المساعدة في مجال وضع تقديرات خط أساس أكثر موثوقية وتقييمات للاحتياجات الطبية والتشاور مع الموردّين المحتملين في إطار شروط تفضيلية.

١٣٤- وتخلص الهيئة إلى أنه إذا نُفذت التوصيات الواردة أعلاه فسيُحرز تقدّم إضافي كبير صوب ضمان توافر المخدّرات والمؤثّرات العقلية الكافي للأغراض الطبية والعلمية. وستواصل الهيئة دراسة الوضع وسترصد الاستجابات لتوصياتها. ولدعم إحراز التقدّم، ستواصل الهيئة القيام بما يلي:

(أ) رصد التقديرات السنوية للمخدّرات والتقييمات السنوية للمؤثّرات العقلية المقدّمة من الحكومات، واستهلال حوار حسب الاقتضاء لتحديد الاحتياجات غير الملبّاة والتأكّد من أن التقديرات أو التقييمات السنوية للاحتياجات من المخدّرات والمؤثّرات العقلية ليست أكثر من الواقع أو أقل منه؛

(ب) كفالة التأكيد السريع للتقديرات التكميلية التي تقدّمها الحكومات، والمعالجة السريعة لما تقدّمه من تقييمات معدّلة للمؤثّرات العقلية، من أجل مساعدتها على تلبية الاحتياجات التي لا يمكن توقّعها؛

(ج) الاستعراض المنتظم للتطورات الوطنية والدولية ذات الصلة بتحسين توافر المخدّرات والمؤثّرات العقلية للأغراض الطبية، مع إدراج معلومات وملاحظات محدّثة في تقرير الهيئة السنوي؛

(د) تشجيع الحكومات على إنشاء أنظمة لتوزيع العقاقير تكون خاضعةً لمراقبة جيّدة وتكفل توافراً للمخدّرات والمؤثّرات العقلية للمرضى في المرافق الطبية وفي المجتمع المحلي؛

(هـ) التعاون مع المكتب لإدراج أحكام في التشريع الوطني النموذجي لمراقبة المخدّرات والمؤثّرات العقلية تعترف بالالتزام بضمان التوافر الكافي للمخدّرات والمؤثّرات العقلية للأغراض الطبية والعلمية؛

(و) الاستجابة للدعوة الموجهة من لجنة المخدّرات في مجال توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية، ودعم اللجنة في جهودها الرامية إلى تذكير أطراف اتفاقية سنة ١٩٦١ واتفاقية سنة ١٩٧١ بالتزامهما في هذا الصدد؛

(ز) التعاون مع منظمة الصحة العالمية لمساعدة الحكومات على وضع نظم لتوزيع العقاقير تكون خاضعة لمراقبة كافية وقادرة على توفير المخدّرات والمؤثّرات العقلية للمرضى في المستشفيات وفي المجتمع المحلي؛

(ح) تنبيه المجتمع الدولي إلى الاتجاهات الجديدة في تعاطي المستحضرات الصيدلانية المحتوية على المخدّرات والمؤثّرات العقلية؛

(ط) تنبيه المجتمع الدولي إلى الأساليب الجديدة الناشئة للتجار بالمواد الخاضعة للمراقبة الدولية؛

(ي) دعم الحكومات في تنفيذ أحكام المعاهدات الدولية لمراقبة المخدّرات وتدابير المراقبة الإضافية، حسب طلب المجلس الاقتصادي والاجتماعي، فضلاً عن المبادئ التوجيهية ذات الصلة الصادرة عن الهيئة.

المرفق الأول

جداول عن استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في المناطق

الجدول ١

متوسط استهلاك العقاقير المخدرة، ٢٠٠٧-٢٠٠٩، حسب المناطق، في اليوم
(الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم)

النسبة	الجرعة	الوقت	البلد	البلد	البلد	البلد	البلد	البلد	البلد
١٤٣٢٠	٢٥٤	٤٠	٢٢١٧	٨٠٩	٣٣٧	٦٨٥٠	٣٧٨١	٣١	القارة الأمريكية
٢٨٥٣٦	٥٠٩	٧٢	٤٤٤١	١٥٦٤	٦٧٥	١٣٧٣٨	٧٤٨١	٥٨	أمريكا الشمالية
٢٢١	٢	١٠	٨	٦٨	١	٨	١٢٠	٥	أمريكا الجنوبية
٦٥	١	٨	٤	١٦	>>	٤	٣٦	>>	أمريكا الوسطى والكاريبي
٥٥١٠	٣	٢٨	١٥٩٠	١٠٥٠	٤٢	>>	٢٧٢٧	٧٠	أوقيانوسيا
٥٢٣٦	٦٨٩	١١	٢٨٨	٣٩٨	١٠٤	٦	٣٧٠٧	٣٢	أوروبا
١٠٥	٤	٥	٧	١٤	>>	١	٧٢	٢	آسيا
١٥٥	٧	٧	٨	٨	>>	-	١٢٣	٢	غرب آسيا
١٤٦	٨	١١	٤	١٩	١	>>	١٠٢	٣	شرق وجنوب شرق آسيا
١٧	٤	١	>>	٧	-	١	٣	>>	جنوب آسيا
٥٠	١١	٣	>>	١٠	>>	>>	٢٢	٤	أفريقيا

ملحوظة: الرمز ">>" يشير إلى كمية أقل من جرعة يومية محددة واحدة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم.

الجدول ٢

مستويات استهلاك العقاقير المخدرة

ألف - متوسط استهلاك العقاقير المخدرة في أمريكا الشمالية، وأمريكا الجنوبية، وأمريكا الوسطى والكاربيبي، ٢٠٠٧-٢٠٠٩
(الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم)

رقم العقاقير	عقاقير مخدرة أخرى	زيفيدون	كستورون	زيفيدون	البيروبروفون	البيروبروفون	زيفيدون	زيفيدون	زيفيدون	الولايات المتحدة الأمريكية	الولايات المتحدة الأمريكية	الولايات المتحدة الأمريكية	الولايات المتحدة الأمريكية
أمريكا الشمالية													
٣٩٤٨٧	٧٣٤	٨٨	٥٩٦٢	٢٠٦٠	٦٧٣	٢٠٠٦٦	٩٩٠٤	>>	الولايات المتحدة الأمريكية	١	١	١	١
٢٠٦٣٢	٩٢	١٥١	٤٩٣٢	٢٠٨٠	٢٩٠٩	٢٥٣	٩٤٣٢	٧٨٣	كندا	٢	٢	٢	٢
٨٥	-	-	١	٩	١	-	٧٤	-	المكسيك ^(١)	٩١	٢١	٣	٣
٢٨٥٣٦	٥٠٩	٧٢	٤٤٤١	١٥٦٤	٦٧٥	١٣٧٣٨	٧٤٨١	٥٨	المتوسط الإقليمي: أمريكا الشمالية				
أمريكا الجنوبية													
٤٢٨٣	١٠٨٤	٣١	-	٤٥٢	-	-	٢٣٤٧	٣٦٩	جزر فوكلاند (مالغيناس) ^(١)	٢٠	٣	١	١
٤٤٣	٢٠	٢	١٢	٢٥٠	-	٤٢	١٠٣	١٤	الأرجنتين	٥٢	٦	٢	٢
٣٨٨	١	٧	٥	١٠٨	-	-	١٩٨	٦٩	شيلي	٥٥	٨	٣	٣
٢٩٥	-	١	٢٤	٤٢	٤	٣٤	١٨٨	-	كولومبيا	٥٧	٩	٤	٤
٢١٨	-	١٧	٣	٥٩	-	-	١٣٩	>>	البرازيل	٦١	١٢	٥	٥
١٦٤	-	١٠	-	٧٦	-	١	٧٧	-	أوروغواي	٧١	١٣	٦	٦
٧١	-	١	١٤	٩	>>	-	٤٧	-	فنزويلا (جمهورية- البوليفارية)	٩٧	٢٣	٧	٧
٦٢	-	-	٥	٧	-	-	٥٠	-	إكوادور	١٠٥	٢٥	٨	٨
٦١	-	٤	-	١٨	-	-	١٢	٢٧	سورينام	١٠٦	٢٦	٩	٩
٥٨	-	٤	٩	١٩	-	-	٢٦	-	بيرو	١٠٧	٢٧	١٠	١٠
٣٨	-	٨	-	٢	-	-	٢٨	-	باراغواي	١١٩	٣١	١١	١١
١٠	-	١	-	٣	-	-	٤	٢	غيانا	١٤٦	٣٣	١٢	١٢
٣	-	-	٢	١	-	-	>>	-	بوليفيا (دولة- المتعددة القوميات)	١٥٩	٣٤	١٣	١٣
٢٢١	٢	١٠	٨	٦٨	١	٨	١٢٠	٥	المتوسط الإقليمي: أمريكا الجنوبية				
أمريكا الوسطى والكاربيبي													
٢٩٠٩	٢	٤٠٨	٧١٤	٨٩	٣٢	١٨١	١٤٦٥	١٨	جزر كايمن	٢٩	٤	١	١
١٢٢٩	٤٥	٢٠	٢	٨٢	-	-	١٠٨٠	-	جزر الأنتيل الهولندية	٤١	٥	٢	٢
٣٩٢	٣٩	٥٧	١٥١	١٠	-	-	١٣٣	٢	جزر تروكس وكليكوس	٥٤	٧	٣	٣
٢٩٢	-	١٤٠	٩٦	٤٠	-	-	٨	٨	جزر البهاما	٥٨	١٠	٤	٤

البلد أو الإقليم	الكودين	القتليل	الهيدرو كودون	الهيدرو مورفون	المورفين	الأوكسيكودون	البنتانين	عقار مخدر آخرى	الجموع	الترتيب في المنطقة	الترتيب الإقليمي	الترتيب العالمي
مونتسيرات	٢٢٣	>>	-	-	١٤	-	٣٥	-	٢٧٢	٥	١١	٥٩
ترينيداد وتوباغو ^(١)	-	١٧	-	-	٤٢	-	٧٨	-	١٣٧	٦	١٤	٧٦
بنما	-	١٠٤	-	-	٧	-	٨	-	١١٩	٧	١٥	٧٩
كوستاريكا	-	٤١	-	-	٦١	-	٢	-	١٠٤	٨	١٦	٨٣
سانت لوسيا	٢٩	١	٤	-	٢١	-	٣٦	-	٩١	٩	١٧	٨٤
السلفادور	-	٤٨	٣	-	٤	١٩	١٦	-	٩٠	١٠	١٨	٨٥
كوبا	-	٤٤	-	-	٣٦	-	٦	٢	٨٨	١١	١٩	٨٧
جامايكا	٢	١٤	-	-	٣٠	-	٤٠	-	٨٦	١٢	٢٠	٨٩
سانت فنسنت وجزر غرينادين	١	٥	-	-	٣٠	-	٤٩	-	٨٥	١٣	٢١	٩١
غرينادا	٧	٤	-	-	١٤	-	٣١	٧	٦٣	١٤	٢٤	١٠٣
غواتيمالا	-	١٦	٢١	-	٤	٤	٣	>>	٤٨	١٥	٢٨	١١٤
دومينيكا	-	١	-	-	٧	-	٣٨	-	٤٦	١٦	٢٩	١١٥
نيكاراغوا	-	٣٠	-	-	٧	٢	>>	-	٣٩	١٧	٣٠	١١٨
الجمهورية الدومينيكية	-	١٥	-	-	٨	١	>>	-	٢٤	١٨	٣٢	١٢٩
هايتي	>>	١	-	-	١	-	>>	-	٢	١٩	٣٥	١٦٥
المتوسط الإقليمي: أمريكا الوسطى والكاريبي	>>	٣٢	٤	>>	١٦	٤	٨	١	٦٥			
المتوسط: القارة الأمريكية	٣١	٣٧٨١	٦٨٥٠	٣٣٧	٨٠٩	٢٢١٧	٤٠	٢٥٤	١٤٣٢٠			

ملحوظات: الرمز ">>" يشير إلى كمية أقل من جرعة يومية محددة واحدة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم.

حتى ١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٠، لم يقدم الإقليم التالي في أمريكا الشمالية أي استمارات إحصائية عن السنوات الثلاث المتتالية المعنية: بربودا؛ ولم تقدم البلدان والأقاليم الثمانية التالية في أمريكا الوسطى والكاريبي أي استمارات إحصائية أو لم توفر أي بيانات استهلاك عن السنوات الثلاث المتتالية المعنية: أنغيلا، أنتيغوا وبربودا، أروبا، بربادوس، بليز، جزر فيرجن البريطانية، هندوراس، سانت كيتس ونيفيس.

(١) الحساب يستند إلى بيانات تشمل فترة سنتين فقط.

باء- متوسط استهلاك العقاقير المخدرة في أوقيانوسيا، ٢٠٠٧-٢٠٠٩
(الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم)

البلد	خلفية المنطقة الجغرافية	البلد	الكود	البلد	البلد	البلد	البلد	البلد	البلد	البلد	البلد
٨٠١٣	٤	٣١	٢٣٦٧	١٣٨١	٦٤	>>	٤٠٥٨	١٠٨	أستراليا	١٣	١
٣٤٠٣	-	١٥	٢١٣	٣٩٣	-	-	٢٧٤٠	٤٢	جزيرة نورفولك	٢٤	٢
٢٤٧٩	-	-	٩	٢٦٦	١٧	-	٢١٨٧	-	كاليدونيا الجديدة	٣٢	٣
٢٣٦٤	>>	٥٦	٤٧٩	١١٩٢	>>	-	٦٣٧	-	نيوزيلندا	٣٣	٤
٢١٣٧	١١٦١	-	-	١٨	-	-	٨٢٣	١٣٥	جزر ويس وفوتونا	٣٦	٥
١٤١٨	-	١	٦	١٤١	٧	-	١٢٦٣	-	بولينزيا الفرنسية	٣٨	٦
١٣٣٤	-	٨	٤٨٧	١٢	-	-	٨١٨	٩	جزيرة كريسماس	٤٠	٧
٥٦٤	-	٢٧	-	١٦	-	٤٨٥	٢	٣٤	بالاو	٥١	٨
١٠٧	-	٦٦	-	٤١	-	-	-	-	جزر كوك ^(أ)	٨١	٩
٨٧	-	١٩	-	١٥	-	-	٣	٥٠	تونغا ^(ب)	٨٨	١٠
٥٣	-	٢١	-	١٤	-	-	١٣	٥	ناورو ^(ب)	١١١	١١
٣٣	-	١١	-	١٥	-	-	٧	-	جزر مارشال ^(ب)	١٢٠	١٢
٣١	-	١٥	-	١٥	-	-	>>	١	بابوا غينيا الجديدة ^(ب)	١٢٣	١٣
٣١	-	-	-	١١	-	-	١٢	٨	فانواتو ^(ب)	١٣٦	١٥
١٥	-	٧	-	٧	-	-	١	-	ساموا	١٣٦	١٥
٥٥١٠	٣	٢٨	١٥٩٠	١٠٥٠	٤٢	>>	٢٧٢٧	٧٠	المتوسط الإقليمي: أوقيانوسيا		

ملحوظات: الرمز ">>" يشير إلى كمية أقل من جرعة يومية محددة واحدة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم. حتى ١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٠، لم تقدم البلدان والأقاليم الستة التالية في أوقيانوسيا أي استمارات إحصائية أو لم توفر أي بيانات استهلاك عن السنوات الثلاث المتتالية المعنية: جزر كوك (كيلينغ)، فيجي، كيريباتي، ميكرونيزيا (ولايات-المتحدة)، جزر سليمان، توفالو.

(أ) الحساب يستند إلى بيانات تشمل فترة سنتين فقط.

(ب) الحساب يستند إلى بيانات تشمل فترة سنة واحدة فقط.

جيم - متوسط استهلاك العقاقير المخدرة في أوروبا، ٢٠٠٧-٢٠٠٩
(الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم)

الترتيب المنطقة	الترتيب دولة	الترتيب المنطقة	الترتيب دولة	الترتيب دولة	الترتيب دولة	الترتيب دولة	الترتيب دولة	الترتيب دولة	الترتيب دولة	الترتيب دولة	الترتيب دولة
١	ألمانيا	٣	١٢٧٧٢	٤١	٦١٥	٦١٩	٨٣٦	١٤	٤٤٢١	١٩٣١٩	
٢	التمسا	٤	١٠٢٥٢	-	٩٣٢	٤٥٩٣	٢٠٠	٦	١٦٠	١٦١٦٠	
٣	بلجيكا	٥	١٠٦١٣	٤٢	١٢٦	٣٦٦	٧٢	١٣	٣٤٦٠	١٤٧١٤	
٤	الدانمرك	٦	٨٠٧٨	٦	٧٤	١٥٢٣	٢٢٩٨	٧٥	٩٩٢	١٣٠٤٦	
٥	سويسرا	٧	٧٦٤٩	٦٧	٢٣٢	١٢٣٨	٧١٧	٨٠	٢٩٦٣	١٣٠٤٤	
٦	آيسلندا	٨	٤٨١٨	-	٤٨	٩١٩	٢٤٩	٨	٨٤١	١٢٤٩٠	
٧	جبل طارق	٩	-	-	-	٣٢٥	٣٧	١٥	٤٤	١١١٣٥	
٨	هولندا	١٠	٦٤٦٠	-	٣١	٣٧٧	٤٧٠	٩	٨٣٩	٨١٨٦	
٩	إسبانيا	١١	٧٧٠٢	-	٥٣	١٨٠	١٠٧	٢٢	٨	٨٠٧٢	
١٠	فنلندا	١٢	٦٨٦١	-	١٧	١٠٧	١٠٢٣	٣	١٢	٨٠٥٨	
١١	النرويج	١٤	٥٢٨٤	٦	١٢	٨١٠	١٢٢٥	٣٢	٢٤١	٧٦٢٦	
١٢	لكسمبرغ	١٥	٥٢٦٦	>>	١٢٠	١٩٧	٢	٤	١٤٣١	٧٠٢٣	
١٣	السويد	١٦	٤٧٦٣	>>	٢٠٠	٥٨٤	١٠٧٤	٣	١٩٢	٦٨١٦	
١٤	فرنسا	١٧	٥٠٥٥	-	٤٣	١٠٢٤	٣٢٨	١	١٨٤	٦٧٦٤	
١٥	سلوفينيا	١٨	٤٧٢٦	-	١٧٢	٧٦١	٣٠٨	٦	٢٣٦	٦٢٦٨	
١٦	إيرلندا	١٩	٤٤١٣	-	١١١	٢٦٩	٥٢٥	٢٤	>>	٥٣٤٤	
١٧	اليونان	٢١	٤٢١٧	>>	-	١٤	>>	١٨	٢١	٤٢٧٠	
١٨	المملكة المتحدة	٢٢	١٢٨١	>>	٣٦	١١١٤	٩١٤	٣٣	٢٧٦	٣٦٥٥	
١٩	هنغاريا	٢٥	٢٩٢٥	>>	٥٧	٣٦	١٩	٥	٣٠٠	٣٣٦٦	
٢٠	الجمهورية التشيكية	٢٦	٢٤٤٤	-	١١٧	١٤٢	١٩٣	٣٧	٦٤	٣٠٥٧	
٢١	سلوفاكيا	٢٧	٢٨٨٤	-	٣٢	٣٧	٥١	٨	٦	٣٠٢١	
٢٢	إيطاليا	٢٨	٢٤٧٩	-	٢٦	٧٨	١١٨	٥	٢٢٠	٢٩٢٦	
٢٣	كرواتيا	٣٠	٢١٢١	٣٩٧	-	٩	٣٠	٤	>>	٢٦١٢	
٢٤	بولندا	٣١	٢٠٥٥	٢٢١	-	>>	١٧١	٢٠	٢٣	٢٤٩١	
٢٥	أندورا	٣٤	٢٢٠٣	-	-	٧٤	٧١	١٣	-	٢٣٦١	
٢٦	البرتغال	٣٥	١٤٥٤	٨٩	-	٦	٦٠١	١١	٥	٢١٦٦	
٢٧	صربيا	٣٧	١٢٨٥	>>	-	٢١	>>	٢	٤٩٤	١٨٢٣	
٢٨	ليتوانيا	٤٢	٩٩٩	>>	-	٧٥	>>	١٩	>>	١٠٩٣	
٢٩	الجبل الأسود	٤٤	٩١٩	-	-	٣	-	٢	٣	٩٢٧	
٣٠	لاتفيا	٤٥	٧٣٤	٢	-	٥٧	٧	٦	١٤	٨٢٠	
٣١	إستونيا	٤٦	٥٥٥	>>	-	١١٢	١١٣	٢٤	١	٨٠٥	
٣٢	قبرص	٤٧	٤٧٤	-	-	٧٢	٨١	٣٩	-	٦٦٦	
٣٣	البوسنة والهرسك	٤٨	٤٦٠	١	-	١٧	-	>>	١٤٠	٦١٨	

تقرير عن توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية

البلد	عقاقير مخدرة أخرى	البيبتين	الأوكسيكودون	المورفين	الهيدرومورفون	الهيدروكودون	النتانول	الكودين	البلد	الرمز	المنطقة
بلغاريا	٨١	٨	٣١	١٩٧	-	-	٩٥	-	٥٣	>>	٣٤
مالطة	٢	٥٣	-	٢٣٩	>>	-	٦٧	>>	٥٦	>>	٣٥
رومانيا	-	٥	٤٠	٣٤	١	-	٩٣	-	٦٩	>>	٣٦
بيلاروس	٢٤	-	-	١٤	-	-	١١٨	-	٧٤	>>	٣٧
الاتحاد الروسي	٢٠	-	-	١٢	-	-	٧٥	>>	٨١	>>	٣٨
ألبانيا	١٨	٣	-	٢٠	-	-	٢٨	-	٩٨	>>	٣٩
جمهورية مولدوفا	٩	-	-	٢٧	-	-	٣٠	-	١٠١	>>	٤٠
أوكرانيا	٢	-	-	٦	-	-	١١	١٣	١٢٢	>>	٤١
جمهورية مقدونيا البوغوسلافية سابقا	-	-	-	١	-	-	٢٥	-	١٢٧	>>	٤٢
المتوسط الإقليمي: أوروبا	٦٨٩	١١	٢٨٨	٣٩٨	١٠٤	٦	٣٧٠٧	٣٢	٥٢٣٦	>>	

ملحوظة: الرمز ">>" يشير إلى كمية أقل من جرعة يومية محدّدة واحدة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم.

دال - متوسط استهلاك العقاقير المخدرة في شرق وجنوب شرق آسيا، وجنوب آسيا، وغرب آسيا،
٢٠٠٧-٢٠٠٩

(الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم)

البلد	عقاقير مخدرة أخرى	البنجيامين	الأوكسيكودون	المرفين	الهيدرمورفون	الهيدروكودون	البريتانيد	ديازيبام	البنزيبام	البنزيبام	البنزيبام	البنزيبام
شرق وجنوب شرق آسيا												
جمهورية كوريا	١٣	١٥	١٢٨	٥٠	٢٦	١٦	١٠٧٩	١٥	٣٩	٢	١	١٣٤٢
اليابان	١٦	٣	٩٨	٧٦	-	-	٨٠٥	٢٥	٤٣	٣	٢	١٠٢٣
هونغ كونغ، الصين	١١	٢٠	>>	٨٦	>>	٢	٨٩	>>	٦٢	٦	٣	٢٠٨
سنغافورة	>>	١٩	٢٠	٣١	-	>>	١٢٧	>>	٦٣	٧	٤	١٩٧
ماكاو، الصين	>>	١٦	>>	٤٢	-	-	١٠٠	-	٧٣	١٣	٥	١٥٨
ماليزيا	>>	١٨	٥	٣٣	-	-	٦٠	-	٨٠	١٥	٦	١١٦
بروني دار السلام	٢	٢٠	-	٣٣	-	-	٣٤	-	٨٦	١٦	٧	٨٩
الصين	>>	١٠	٢	١٧	>>	>>	٣٧	٢	٩٩	١٩	٨	٦٨
تايلند	-	٨	-	٢٣	-	-	٣٦	>>	١٠٠	٢٠	٩	٦٧
منغوليا	١	-	-	٤٧	-	-	٦	٢	١١٠	٢٣	١٠	٥٦
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	-	-	-	٢٣	-	-	-	٧	١٢٥	٢٦	١١	٣٠
فييت نام	-	٤	-	٨	-	-	١٧	-	١٢٦	٢٧	١٢	٢٩
الفلبين	-	١	٢	٤	>>	-	٤	-	١٤٥	٣٥	١٣	١١
إندونيسيا	-	٢	-	١	-	-	٦	-	١٤٨	٣٦	١٤	٩
كمبوديا	-	>>	-	٢	-	-	٣	١	١٥٧	٤١	١٥	٦
جمهورية لاو الشعبية الديمقراطية ^(١)	-	٢	-	>>	-	>>	١	-	١٥٩	٤٣	١٦	٣
ميانمار	>>	>>	-	>>	-	-	>>	>>	١٧٩	٤٧	١٧	>>
المتوسط الإقليمي: شرق وجنوب شرق آسيا												
جنوب آسيا												
سري لانكا	-	٧	-	١٦	-	-	٣	-	١٢٧	٢٨	١	٢٦
بوتان ^(ب)	-	١٠	-	٣	-	-	١	٧	١٣٠	٢٩	٢	٢١
الهند	٤	>>	>>	٨	-	١	٤	-	١٣٤	٣٠	٣	١٧
ملديف ^(١)	-	٥	-	٤	-	-	٣	-	١٤٤	٣٤	٤	١٢
نيبال	-	٢	-	٦	-	-	١	-	١٤٨	٣٦	٥	٩
بنغلاديش ^(١)	-	٥	-	١	-	-	١	-	١٥٣	٤٠	٦	٧
المتوسط الإقليمي: جنوب آسيا												
غرب آسيا												
إسرائيل	٩	٢٦	٥٠٠	١٤٠	٢	-	٢٧١٩	٨٦	٢٣	١	١	٣٤٨٢
تركيا	٤٤	١٥	-	٢٣	-	-	٥١٣	-	٥٠	٤	٢	٥٩٥
البحرين	-	٥١	-	٤٧	-	-	١٣١	٢	٦٠	٥	٣	٢٣١
المملكة العربية السعودية ^(١)	>>	٢٢	٢	١٦	١	-	١٣٢	٢٢	٦٤	٨	٤	١٩٥
الكويت	-	٤١	٥	١٣	>>	-	١٢٦	٦	٦٥	٩	٥	١٩١
الأردن	-	٣٢	-	٤٣	>>	-	١١١	-	٦٦	١٠	٦	١٨٦
لبنان	١	٢٤	-	٣٥	-	-	١٢٥	-	٦٧	١١	٧	١٨٥

البلد	عدد مراكز إنتاج العقاقير	التعليق	الأوكسيكودون	البرفين	الهيدرومورفون	الهيدروكودون	البنزاترا	البرفين	البلد	عدد مراكز إنتاج العقاقير	التعليق	الأوكسيكودون	البرفين	الهيدرومورفون	الهيدروكودون	البنزاترا	البرفين	البلد	عدد مراكز إنتاج العقاقير	التعليق	الأوكسيكودون	البرفين	الهيدرومورفون	الهيدروكودون	البنزاترا	البرفين	البلد	عدد مراكز إنتاج العقاقير	التعليق	الأوكسيكودون	البرفين	الهيدرومورفون	الهيدروكودون	البنزاترا	البرفين		
الإمارات العربية المتحدة	68	12	8	>>	143	4	-	14	3	11	4	179																									
قطر	75	14	9	1	100	-	-	27	1	22	2	153																									
جورجيا	94	17	10	>>	33	-	-	39	-	-	2	74																									
الجمهورية العربية السورية	96	18	11	-	23	-	-	3	35	11	-	72																									
كازاخستان	102	21	12	>>	40	-	-	4	-	-	20	64																									
عمان	103	22	13	1	33	-	-	19	-	-	>>	63																									
إيران (جمهورية-الإسلامية)	115	24	14	-	28	-	-	-	-	-	18	46																									
أرمينيا	117	25	15	-	14	-	-	26	-	-	2	42																									
أذربيجان	136	31	16	-	11	-	-	2	-	-	2	15																									
تركمستان				>>	3	-	-	6	-	-	6	15																									
قيرغيزستان	140	33	18	>>	9	-	-	2	-	-	3	14																									
اليمن	148	36	19	-	7	-	>>	1	-	-	1	9																									
أوزبكستان	151	39	20	>>	3	-	-	3	-	-	2	8																									
العراق ^(ب)	157	41	21	-	1	-	-	1	-	-	4	6																									
باكستان	159	43	22	-	2	-	-	1	-	-	>>	3																									
طاجيكستان				>>	2	-	-	>>	-	-	1	3																									
أفغانستان ^(ب)	174	46	24	-	>>	-	-	1	-	-	>>	1																									
المتوسط الإقليمي: غرب آسيا				2	123	-	>>	8	8	7	7	155																									
المتوسط: آسيا				2	72	1	>>	14	7	5	4	105																									

ملحوظات: الرمز ">>" يشير إلى كمية أقل من جرعة يومية محددة واحدة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم. حتى 1 تشرين الثاني/نوفمبر 2010، لم يقدم البلد التالي في شرق وجنوب شرق آسيا أي استمارات إحصائية عن السنوات الثلاث المتتالية المعنية: تيمور-ليشتي.

(أ) الحساب يستند إلى بيانات تشمل فترة سنتين فقط.

(ب) الحساب يستند إلى بيانات تشمل فترة سنة واحدة فقط.

هاء- متوسط استهلاك العقاقير المخدرة في أفريقيا، ٢٠٠٧-٢٠٠٩
(الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم)

البلد	عقاقير مخدرة أخرى	البنيدرين	الأوكسيكودون	المورفين	البيرومورفون	البيروكودون	الفتانتان	الكودون	البلد	الجرعة اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم	الترتيب
جنوب أفريقيا	٦٠٠	١٠٦	٣٢	>>	١٢٥	-	-	٢٧٤	٦٣	٤٩	١
سانت هيلينا	١٦٧	-	٢٦	-	٣٨	-	-	٢٦	٧٧	٧٠	٢
الجزائر	١٦٢	١٣٣	>>	-	٣	-	-	٢٦	-	٧٢	٣
تونس	١٢٣	-	٣	-	٥٩	-	-	٦١	-	٧٧	٤
سيشيل	١٢٠	-	١٥	-	٨٥	-	-	١٦	٤	٧٨	٥
الجمهورية العربية الليبية ^(١)	٨٦	-	٢٣	-	١	-	-	٦٢	>>	٨٩	٦
موريشيوس ^(١)	٧٥	-	٣٦	-	٢٤	-	-	١٥	-	٩٣	٧
جزيرة أسنسيون ^(ب)	٧٣	-	٣٨	-	١٤	-	-	٢١	-	٩٥	٨
ترستان دا كوه ^(ب)	٥٨	-	٣	-	٥٥	-	-	-	-	١٠٧	٩
ناميبيا	٥٧	١	٧	-	٢٧	-	-	٢٢	>>	١٠٩	١٠
الرأس الأخضر	٤٩	-	٣	-	٩	-	-	٣٧	-	١١٢	١١
مصر	٤٩	-	٤	>>	٤	>>	>>	٤١	-	٤٩	١١
المغرب	٣٣	-	-	-	٧	-	-	٢٦	-	١٢٠	١٣
بوتسوانا	٢١	>>	٥	-	١٥	-	-	١	-	١٣٠	١٤
أوغندا ^(١)	١٩	-	١	-	١٣	-	-	-	٥	١٣٢	١٥
زمبابوي ^(١)	١٨	٣	٨	-	٦	-	-	١	-	١٣٣	١٦
كينيا	١٦	٣	٦	-	٦	-	-	١	-	١٣٥	١٧
غانا	١٥	-	١٤	-	١	-	-	>>	-	١٣٦	١٨
زامبيا	١٤	-	١٠	-	٤	-	-	>>	-	١٤٠	١٩
مدغشقر	١٣	١٢	-	-	>>	-	-	١	-	١٤٢	٢٠
ملاوي	١٣	-	٨	-	٥	-	-	>>	>>	١٤٢	٢٠
غابون ^(ب)	١٠	-	>>	-	>>	-	-	١٠	-	١٤٦	٢٢
ليسوتو ^(١)	٨	-	٧	-	>>	-	-	١	-	١٥١	٢٣
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٧	-	>>	-	٢	-	-	>>	٤	١٥٣	٢٤
موزامبيق	٧	-	١	-	٤	-	-	٢	-	١٥٣	٢٤
سان تومي وبرينسيبي	٧	-	-	-	>>	-	-	٧	-	١٥٣	٢٤
موريتانيا ^(١)	٣	-	-	-	>>	-	-	٣	-	١٥٩	٢٧
السغال	٣	-	-	-	٢	-	-	١	-	١٥٩	٢٧
أنغولا	٢	-	>>	-	>>	-	-	١	-	١٦٥	٢٩
بنين	٢	-	١	-	>>	-	-	١	-	١٦٥	٢٩
كوت ديفوار	٢	-	-	-	>>	-	-	٢	-	١٦٥	٢٩
إريتريا	٢	-	١	-	>>	-	-	-	١	١٦٥	٢٩

تقرير عن توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية

البلد	إجمالي	البنزين	الديزل	البنزين	البنزين	البنزين	البنزين	البنزين	البنزين	البنزين	البنزين	البنزين
إثيوبيا ^(أ)	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
النيجر	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
سيراليون ^(ب)	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
توغو	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
بوركينافاسو	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
بوروندي ^(أ)	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
جزر القمر ^(ب)	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
السودان	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
الكامرون ^(أ)	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
تشاد ^(ب)	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
مالي ^(أ)	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
نيجيريا	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
رواندا	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
جمهورية تنزانيا المتحدة	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>
المتوسط الإقليمي: أفريقيا	٤	٢٢	>>	١٠	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>	>>

ملحوظات: الرمز ">>" يشير إلى كمية أقل من جرعة يومية محددة واحدة للأغراض الإحصائية لكل مليون ساكن في اليوم.

حتى ١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٠، لم تقدم البلدان العشرة التالية أي استمارات إحصائية أو لم توفر أي بيانات استهلاك عن السنوات الثلاث المتتالية المعنية: جمهورية أفريقيا الوسطى، الكونغو، جيبوتي، غينيا-الإستوائية، غامبيا، غينيا، غينيا بيساو، ليبيريا، الصومال، سويسرا.

(أ) الحساب يستند إلى بيانات تشمل فترة سنتين فقط.

(ب) الحساب يستند إلى بيانات تشمل فترة سنة واحدة فقط.

المرفق الثاني

رسالة مشتركة من رئيس الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ورئيس مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية

UNITED NATIONS



NATIONS UNIES

الأمم المتحدة

٢٤ آب/أغسطس ٢٠٠١

الزملاء الأعزاء،

بصفتكم منسقين مقيمين تابعين لمنظومة الأمم المتحدة على الصعيد القطري، يُطلب منكم من وقت إلى آخر أن تدعموا أعمال هيئات الأمم المتحدة ومؤسساتها وتعرضوا شواغلها. ونكتب إليكم هذه الرسالة طالبين دعمكم ومساعدتكم فيما يتعلق ببعض القضايا والشواغل الهامة للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

فالهيئة الدولية لمراقبة المخدرات هي الجهاز المستقل وشبه القضائي الذي يرصد تنفيذ المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات. والهيئة جهاز تعاهدي أنشئ بموجب الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١، ويتنحى المجلس الاقتصادي والاجتماعي أعضائها الثلاثة عشر للعمل بصفتهم الشخصية، وليس كممثلين لحكوماتهم. ويتنمي أعضاء الهيئة إلى مختلف ميادين الخبرة في التعامل مع مشكلة المخدرات، ويضمون حاليا بعض كبار ضباط الشرطة/ إنفاذ القوانين ودبلوماسيين سابقين وأطباء ممارسين وباحثين مرموقين ومن إليهم. وتقضي اتفاقية سنة ١٩٦١ بأن يوفر الأمين العام أمانة للهيئة، ولذلك يشكّل أمينُ الهيئة وموظفوه، من الناحية الإدارية، جزءا من برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (اليونديسيب) الذي يوجد مقره في فيينا بالنمسا، ويتبعون للهيئة في جميع المسائل الفنية. وولايةُ الهيئة بمقتضى الاتفاقيات هي جعلُ صنع العقاقير والتجارة بها واستعمالها مقتصرًا على الأغراض العلمية والطبية. والهيئة مخولة، تبعا لذلك، صلاحيات تنظيمية وشبه قضائية فيما يتعلق بصنع الأدوية المحتوية على المواد الخاضعة للمراقبة الدولية والتجارة فيها. وترصد الهيئة وموظفوها أيضا التجارة الدولية بالمواد الكيميائية التي يكثر استخدامها في صنع العقاقير غير المشروع.

وقد سلّط تقريرُ الهيئة لعام ١٩٩٩ الضوء على قصور استهلاك الأدوية المتاحة لعلاج الآلام الحادة والافتقار إلى تلك الأدوية في العديد من البلدان النامية. فالبلدان التي تكثر فيها حالات السرطان والأيدز، مثلا، تتأثر تأثرا مباشرا بذلك، لأنّ الأدوية الضرورية لعلاج الآلام الحادة المرتبطة بهذه الحالات المرضية كثيرا ما تكون غير متوفرة. ولذلك نحثكم على أن تكونوا على علم بهذه القضايا عندما تضعون أولوياتكم في المستقبل في برامج تطوير القطاع الصحي. ونحثكم أيضا على إثارة هذه القضية عندما تناقشون مسائل الصحة والتنمية مع الحكومات وأوساط المانحين والمنظمات غير الحكومية في البلد الذي تعملون فيه.

وعلاوة على ذلك، تضطلع الهيئة ببعثات دورية إلى بلدان برنامجنا. والغرض من هذه البعثات، التي تضم بصفة عامة واحداً أو اثنين من أعضاء الهيئة وأحد أعضاء الأمانة الكائنة في فيينا، يتباين من بلد إلى آخر، ويمكن أن يمتد من تشجيع الانضمام إلى واحدة أو أكثر من المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات إلى الفحص الدقيق لمدى تنفيذ المعاهدات وتفصي الحقائق. ونحن نحث كلا منكم على تقديم دعمكم الكامل لهذه البعثات وعلى الالتقاء بها لمناقشة مسائل المخدرات في البلد الذي تعملون فيه.

وأخيراً، تُصدر الهيئة، في أواخر شباط/فبراير عادة، تقريراً سنوياً يحتوي على تقييم لحالة المخدرات في العالم فيما يتصل بالمعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات، ويبلغ عن أنشطة السنة المنصرمة. وسيكون دعمكم لهذا الحدث موضع تقدير بالغ.

إننا نتطلع إلى تعاونكم ومشاركتكم، بصفتمك المنسقين المقيمين التابعين لمنظومة الأمم المتحدة على الصعيد القطري، في هذه الميادين التي يمكن أن يكون لخبرتنا المشتركة في الأعمال الإنمائية والمعاهدات الدولية المتعلقة بالمخدرات أثر مفيد فيها.



حميد قدسي
رئيس
الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات



مارك مالوخ براون
رئيس
مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية

المرفق الثالث

رسالة مشتركة من رئيس الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ورئيس مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية

UNITED NATIONS



NATIONS UNIES

الأمم المتحدة

٢٤ شباط/ فبراير ٢٠٠٥

المنسقين الدائمين الأعزاء،

بصفتكم منسقين مقيمين تابعين لمنظومة الأمم المتحدة على الصعيد القطري، يُطلب منكم أن تدعموا أعمال هيئات الأمم المتحدة ومؤسساتها وتعرضوا شواغلها. وكما في عام ٢٠٠١، يسرنا أن نعرفكم مجدداً بالهيئة الدولية لمراقبة المخدرات وأن نُحدد رجاءنا لكم أن تقدموا دعمكم فيما يتعلق بالقضايا والشواغل التي تعالجها الهيئة.

فالهيئة الدولية لمراقبة المخدرات هي جهاز تعاهدي أنشئ بموجب الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ يقوم برصد تنفيذ المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات. وهي جهاز مستقل وشبه قضائي مؤلف من ثلاثة عشر عضواً ينتخبهم المجلس الاقتصادي والاجتماعي ليعملوا بصفتهم الشخصية، وليس كممثلين لحكومة كل منهم. وأعضاء الهيئة خبراء مرموقون في مختلف ميادين المراقبة. وتتألف الهيئة حالياً من بعض كبار موظفي إنفاذ القوانين، ودبلوماسيين سابقين، وأطباء ممارسين وصيدلة متمرسين، وأخصائيين في خفض الطلب، وأكاديميين وباحثين مرموقين.

وتقدم المساعدة إلى الهيئة في عملها أمانة يوفرها الأمين العام للأمم المتحدة، ويرأسها أمين. وتشكل الأمانة وأمين الهيئة وزملاؤه، من الناحية الإدارية، جزءاً من برنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدرات (البيوندسيب)، الذي يوجد مقره في فيينا. إلا أن الأمين يتبع للهيئة في جميع المسائل الفنية.

وولاية الهيئة بمقتضى الاتفاقية هي جعلُ صنع العقاقير والتجارة بها واستعمالها مقتصرًا على الأغراض العلمية والطبية. والهيئة مخولة، تبعاً لذلك، لصلاحيات تنظيمية وشبه قضائية فيما يتعلق بصنع الأدوية المحتوية على المواد الخاضعة للمراقبة الدولية والتجارة فيها. ومنذ دخول اتفاقية سنة ١٩٨٨ حيز النفاذ، ترصد الهيئة أيضاً التجارة الدولية بالمواد الكيميائية التي يكثر استخدامها في صنع العقاقير غير المشروع.

وتشمل المجالات المحددة التي نود أن نطلب تعاونكم فيها، بصفتكم منسقين مقيمين ما يلي:

البعثات الميدانية: لمدّومة حوار على الصعيد القطري، تضطلع الهيئة سنويا بنحو ٢٠ بعثة إلى مختلف مناطق العالم. والغرض من هذه البعثات، التي تتألف عادة من واحد أو اثنين من أعضاء الهيئة بصحبة أحد موظفي أمانة الهيئة الكائنة في فيينا، يتفاوت من بلد إلى آخر، ولكن يمتد عادة من تشجيع الدول الأعضاء على الانضمام إلى المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات إلى الفحص الدقيق لتنفيذ الحكومات للمعاهدات.

وتجهز البعثات وتنظم عموما، من الناحية اللوجستية، بالتعاون مع الحكومات ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (المكتب). بيد أنه، في أماكن كثيرة، تلزم مساعدتكم إما لترتيب البعثة أو لتقديم إحاطة فنية إلى أعضاء بعثة الهيئة عن حالة المخدرات في البلد الذي تعملون فيه.

إصدار التقرير السنوي للهيئة: تنشر الهيئة تقريرا سنويا عن أعمالها، يصدر عادة في شباط/فبراير. وفي حين يتم ذلك بالتعاون مع دائرة الأمم المتحدة للإعلام فقد تُرجى منكم المساعدة بناء على طلب من الهيئة أو من الحكومة.

تعميم استنتاجات الهيئة: تُعمّم الاستنتاجات الواردة في تقرير الهيئة على عامة الجمهور على نطاق العالم من خلال القنوات الوطنية والدولية. وقد تطلب منكم الهيئة أن تساعدوا في هذه العملية.

البرامج ذات المنحى العملي: تُشكّل المسائل التي تعالجها الهيئة أساس السياسات والبرامج ذات المنحى العملي في مراقبة المخدرات وما يتصل بها من مسائل. ومن الأمثلة على المسائل التي عاجلتها الهيئة مؤخرا إمكانية الحصول على العقاقير وتوافرها للاستعمال الطبي، لا سيما في البلدان النامية؛ والعقاقير غير المشروعة والتنمية الاقتصادية، والعلاقة المعقدة بين تعاطي المخدرات والجريمة والعنف على صعيد المجتمع المحلي. وكما ترون، تتصل هذه القضايا اتصالا مباشرا بولاية برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. ونحن نرجو منكم، بصفتكم ممثلين مقيمين للبرنامج الإنمائي ومنسقين مقيمين للأمم المتحدة، أن تنظروا في إدراج هذه القضايا في أولوياتكم في المستقبل في برامج التنمية، وأن تثيروها عندما تتباحثون مع الحكومات وأوساط المانحين والمنظمات غير الحكومية في البلد الذي تعملون فيه.

إننا نتطلّع إلى تعاونكم ومشارككم، بصفتكم منسقين مقيمين تابعين لمنظومة الأمم المتحدة على الصعيد القطري، في هذه الميادين التي يمكن أن يكون لخبرتنا المشتركة في الأعمال الإنمائية والمراقبة الدولية للمخدرات أثر مفيد فيها.



حميد قدسي

رئيس

الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات



مارك مالوخ براون

رئيس

مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية

المرفق الرابع

رسالة من رئيس الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات إلى جميع البلدان

UNITED NATIONS
INTERNATIONAL
NARCOTICS
CONTROL BOARD



NATIONS UNIES
ORGANE INTERNATIONAL
DE CONTRÔLE DES
STUPÉFIANTS

Vienna International Centre, P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria
Telephone: +43-1-26060, Telefax: +43-1-26060-5867 / 5868, Telex: 135612 uno a
E-Mail: secretariat @ incb.org Internet Address: http://www.incb.org/

٢٤ نيسان/أبريل ٢٠٠٦
CU 2006/74

المرجع: INCB 114 (3) و 121 و 141
المقرّر: ٥٣/٨٤

صاحب السعادة،

نيابةً عن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات (الهيئة)، يشرفني أن أشير إلى مسؤوليات الهيئة بموجب المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات، وهي التشجيع على امتثال الحكومات لتلك المعاهدات ورصد سير عمل نظام المراقبة الدولية.

والاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، بتاريخها الممتد إلى قرابة قرن من الزمان، هي من أقدم الاتفاقيات الدولية التي صدق عليها معظم البلدان. وتسترشد التشريعات الوطنية بهذه الالتزامات الدولية. وكان الغرض من الاتفاقيات هو ضمان توازن بين الاستعمال المناسب للمخدرات والمؤثرات العقلية من ناحية وآثارها غير المرغوب فيها، مثل التعاطي والارتمان، من الناحية الأخرى. ومن ثم فإن حجر الزاوية للاتفاقيات هو جعل استعمال هذه العقاقير والمواد مقتصرًا على الأغراض الطبية والعلمية. وعلى مدى السنوات الأخيرة نبهت الهيئة الحكومات إلى أنه، علاوة على المراقبة الدولية للإنتاج/الصنع والتجارة الدولية، يلزم تعزيز وتحسين جوانب أخرى من جوانب المنع، ولا سيما خفض الطلب، إذا أريد منع تعاطي مواد الإدمان والارتمان بها.

ويستطيع مهنيو الرعاية الصحية القيام بدور هام في هذه الجهود بكفالة مراعاة التوازن بين الفوائد والمخاطر وكفالة أن يكون استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية مناسبًا ومتماشياً مع توصيات منظمة الصحة العالمية ذات الصلة بشأن الاستعمال الرشيد للعقاقير. بيد أن هناك مشاكل في إمكانية الحصول على هذه العقاقير البالغة الفعالية للمرضى الذين يحتاجونها، من جراء طائفة من الأسباب نوقشت في تقرير الهيئة لعام ١٩٩٩. ويُسببُ فرطُ استعمال العقاقير في بعض البلدان مشاكل أخرى، وقد تناول تقرير الهيئة لعام ٢٠٠٠ هذا الجانب تناولاً شاملاً. فمثلاً تشكل ستة بلدان فقط نسبة ٨٠ في المائة من استعمال المسكنات المخدرة المنتجة إنتاجاً مشروعاً، بينما لا تتاح لنسبة ٨٠ في المائة من سكان العالم سوى إمكانية قليلة للغاية أو لا تتاح لهم أيُّ إمكانية للحصول على هذه العقاقير.

والجامعات في وضع جيد لفهم العوامل المختلفة التي تؤثر في الصحة فيما يتصل بالتنمية البشرية، ولرصد السبل التي يمكن بها استخدام تلك التنمية لتحسين نوعية الحياة. ولذلك تعتقد الهيئة أن تعليم وتدريب المهنيين المنخرطين في مهن الرعاية، وحسب الاقتضاء المنخرطين في التخصصات القانونية والتنظيمية وكذلك العلوم الاجتماعية والسلوكية، هو أمر ذو أهمية قصوى. ومن الواضح أن للجامعات دورا بارزا في تولي القيادة في هذا المجال، لا في البحوث والتوعية وحسب بل أيضا بكفالة إدراج المواضيع ذات الصلة في المناهج الدراسية الجامعية والعليا.

وقد طلبت مني الهيئة أن أوجه عناية حكومتكم إلى هذه الآراء. وعلى الخصوص، تودُّ الهيئة أن تشجّع حكومتكم على اتخاذ تدابير لضمان أن يكون موضوع الاستخدام الرشيد للعقاقير للأغراض الطبية والمخاطر المرتبطة بتعاطي مواد الإدمان والارتهاان بالعقاقير مدرجا في المناهج الدراسية للكليات المناسبة في الجامعات، مع مراعاة الحاجة إلى برامج متماسكة في مختلف ميادين الدراسة. ويمكن أيضا أن تشمل الإجراءات المنسقة في هذا المجال إساءة استعمال الكحول والتبغ وتعاطيهما، على الرغم من أن الهيئة ليست لها ولاية في هذين المجالين. وتود الهيئة أن تطلب منكم، بكل احترام، أن توجّهوا عناية وزارات التعليم العالي ورؤساء الجامعات وسائر الوزارات المختصة إلى هذا الأمر، بغية النظر فيه.

وسيسرُّ الهيئة وأمانتها تزويد حكومتكم وجامعاتكم بنسخ من التقارير السنوية للهيئة ومن منشوراتها لتيسير وضع هذه المناهج الدراسية.

أرفق طيّه لعلمكم منشورا تعريفيًا عن الهيئة والوظائف التي تضطلع بها.

وتفضّلوا، سعادتكم، بقبول أسمى عبارات التقدير والاحترام.



حميد قدسي

رئيس

الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات

نبذة عن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات

الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات هي هيئة رقابية مستقلة شبه قضائية، أنشئت تعاهدا من أجل رصد تنفيذ المعاهدات الدولية لمراقبة العقاقير. وكانت هناك منظمات سالفة لها في إطار المعاهدات السابقة لمراقبة المخدرات، يرجع تاريخها إلى عهد عصبة الأمم.

تركيبها

تتألف الهيئة من ثلاثة عشر عضواً ينتخبهم المجلس الاقتصادي والاجتماعي ويعملون بصفتهم الشخصية لا كممثلين للحكوماتهم. ويُنتخب ثلاثة أعضاء من ذوي الخبرة في ميدان الطب أو علم العقاقير أو المستحضرات الصيدلانية من قائمة أشخاص ترشحهم منظمة الصحة العالمية، وعشرة أعضاء من قائمة من الأشخاص الذين ترشحهم الحكومات. وأعضاء الهيئة هم أشخاص يحظون بثقة الجميع لما يتحلون به من كفاءة وحياد وتنزه عن الغرض. يتخذ المجلس، بالتشاور مع الهيئة، كل الترتيبات اللازمة لضمان الاستقلال التقني التام للهيئة في أداء وظائفها. للهيئة أمانة تساعد على القيام بمهامها الوظيفية ذات الصلة بالمعاهدات. أمانة الهيئة هي كيان إداري تابع لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، لكنها ليست مسؤولة إلا أمام الهيئة بشأن تقديم تقاريرها عن المسائل الموضوعية. وتتعاون الهيئة في العمل على نحو وثيق مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة في إطار الترتيبات التي اعتمدها المجلس في قراره ٤٨/١٩٩١. كما تتعاون مع هيئات دولية أخرى معنية بمراقبة المخدرات، لا تقتصر على المجلس ولجنة المخدرات التابعة له، بل تشمل أيضاً وكالات الأمم المتحدة المتخصصة ذات الصلة، وخصوصاً منظمة الصحة العالمية. وهي تتعاون أيضاً مع هيئات خارج منظومة الأمم المتحدة، وبخاصة المنظمة الدولية للشرطة الجنائية (الإنتربول) والمنظمة العالمية للحمارك.

وظائفها

أُرسيت وظائف الهيئة في المعاهدات التالية: الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة ١٩٧٢؛ واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١؛ واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة ١٩٨٨. وعلى وجه العموم، تقوم الهيئة بما يلي:

(أ) فيما يتعلق بصنع المخدرات وتجارتها واستعمالها بطريقة مشروعة، تسعى الهيئة، بالتعاون مع الحكومات، إلى ضمان توافر إمدادات كافية من العقاقير للاستعمالات الطبية والعلمية، وضمان عدم حدوث تسريب للعقاقير من المصادر المشروعة إلى القنوات غير المشروعة. وتقوم الهيئة أيضاً برصد مراقبة الحكومات على المواد الكيميائية المستخدمة في صنع المخدرات بطريقة غير مشروعة، وتساعد على منع تسريب تلك المواد إلى الاتجار غير المشروع؛

(ب) فيما يتعلق بصنع المخدرات والاتجار بها واستعمالها بطريقة غير مشروعة، تحدد الهيئة مواطن الضعف في نظم المراقبة الوطنية والدولية، وتسهم في تصحيح تلك الأوضاع. تتولى الهيئة أيضاً مسؤولية تقييم المواد الكيميائية المستخدمة في صنع المخدرات بطريقة غير مشروعة، بغية تقرير ما إذا كان ينبغي إخضاعها للمراقبة الدولية.

واضطلاعاً بمسؤولياتها، تقوم الهيئة بما يلي:

(أ) تدير نظام تقديرات للمخدرات ونظام تقييم طوعي للمؤثرات العقلية، وترصد الأنشطة المشروعة المتعلقة بالعقاقير من خلال نظام بيانات إحصائية، بهدف مساعدة الحكومات على تحقيق حملة أمور، ومنها توازن بين العرض والطلب؛

(ب) ترصد وتشجع التدابير التي تتخذها الحكومات لمنع تسريب المواد التي يكثر استخدامها في صنع المخدرات والمؤثرات العقلية بطريقة غير مشروعة، وتقيم تلك المواد لتقرير ما إذا كان يلزم إجراء تغييرات في نطاق مراقبة المواد المدرجة في الجدولين الأول والثاني من اتفاقية ١٩٨٨؛

(ج) تحلل المعلومات المقدمة من الحكومات أو هيئات الأمم المتحدة أو وكالاتها المتخصصة أو غيرها من المنظمات الدولية المختصة، للتأكد من تنفيذ الحكومات لأحكام المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات تنفيذاً وافياً، وتوصي بالتدابير العلاجية المناسبة؛

(د) تقيم حواراً مستمراً مع الحكومات لمساعدتها على التقيّد بالتزاماتها. بمقتضى المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات، وتوصي عند الاقتضاء بتقديم مساعدة تقنية أو مالية تحقيقاً لهذه الغاية.

من واجبات الهيئة أن تطلب إيضاحات في حال حدوث انتهاكات ظاهرة لأحكام المعاهدات، وأن تقترح التدابير العلاجية المناسبة على الحكومات التي لا تطبق أحكام المعاهدات تطبيقاً تاماً أو التي تواجه صعوبات في تطبيقها، وأن تساعد الحكومات عند الاقتضاء على تذييل تلك الصعوبات. على أنه يجوز للهيئة أن تنبه الأطراف المعنية إن لاحظت عدم اتخاذ التدابير اللازمة لعلاج وضع خطير، وأن تسترعي اهتمام لجنة المخدرات والمجلس الاقتصادي والاجتماعي لذلك الأمر. وكما لاذ أخير، تحوّل المعاهدات الهيئة أن توصي الأطراف بوقف استيراد العقاقير من أي بلد مقصّر أو تصدير العقاقير إليه أو كليهما. وفي كل الأحوال، تعمل الهيئة في تعاون وثيق مع الحكومات.

وتساعد الهيئة الإدارية الوطنية على الوفاء بالتزاماتها بموجب الاتفاقيات. ولهذا الغاية، تقترح الهيئة تنظيم حلقات تدارس وبرامج تدريبية إقليمية للمسؤولين الإداريين عن مراقبة المخدرات وتشارك في تلك الحلقات والبرامج.

تقاريرها

تقتضي المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات بأن تعدّ الهيئة تقريراً سنوياً عن أعمالها. ويتضمن التقرير السنوي تحليلاً لأوضاع مراقبة المخدرات في جميع أنحاء العالم، كهي تظنّ الحكومات على علم بالأوضاع القائمة والمحتملة التي قد تعرّض للخطر أهداف المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات. وتلفت الهيئة انتباه الحكومات إلى الثغرات ومواطن الضعف في المراقبة الوطنية وفي التقيد بأحكام المعاهدات، كما تقدّم اقتراحات وتوصيات لتحسين الأوضاع على الصعيدين الوطني والدولي. ويستند التقرير السنوي إلى المعلومات التي تقدّمها الحكومات إلى الهيئة وإلى كيانات الأمم المتحدة وسائر منظماتها. كما تُستخدم فيه معلومات مقدّمة من خلال منظمات دولية أخرى، مثل الإنترنت والمنظمة العالمية للجمارك، وكذلك من خلال المنظمات الإقليمية.

يُستكمل تقرير الهيئة السنوي بتقارير تقنية مفصّلة، تتضمن بيانات عن الحركة المشروعة في تداول المخدرات والمؤثرات العقلية اللازمة للأغراض الطبية والعلمية، مع تحليل لتلك البيانات من جانب الهيئة. وتلك البيانات لازمة لحسن الأداء الوظيفي لنظام مراقبة الحركة المشروعة للمخدرات والمؤثرات العقلية، بما في ذلك منع تسريبها إلى القنوات غير المشروعة. علاوة على ذلك، تقتضي أحكام المادة ١٢ من اتفاقية ١٩٨٨ بأن تقدّم الهيئة إلى لجنة المخدرات تقريراً سنوياً عن تنفيذ تلك المادة. وذلك التقرير، الذي يقدّم عرضاً لتأثير رصد السلّاتف والمواد الكيميائية التي يكثر استخدامها في الصنع غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية، يُنشر أيضاً كملحق للتقرير السنوي.

ومنذ عام ١٩٩٢، يخصّص الفصل الأول من التقرير السنوي لمسألة محدّدة تتعلق بمراقبة المخدرات تبدي بشأنها الهيئة استنتاجاتها وتوصياتها من أجل الإسهام في المناقشات والقرارات المتعلقة بسياسات مراقبة المخدرات على الصعيد الوطني والإقليمي والدولي. وفيما يلي بيان بالمواضيع التي عولجت في التقارير السنوية السابقة:

- ١٩٩٢: إضفاء المشروعية على استخدام العقاقير للأغراض غير الطبية
- ١٩٩٣: أهمية خفض الطلب على المخدرات
- ١٩٩٤: تقييم فعالية المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات
- ١٩٩٥: إعطاء المزيد من الأولوية لمكافحة غسل الأموال
- ١٩٩٦: تعاطي المخدرات ونظام العدالة الجنائية
- ١٩٩٧: منع تعاطي المخدرات في بيئة تتسم بترويج المخدرات غير المشروعة
- ١٩٩٨: المراقبة الدولية للمخدرات: في الماضي والحاضر والمستقبل
- ١٩٩٩: التحرر من الألم والمعاناة
- ٢٠٠٠: فرط استهلاك العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية
- ٢٠٠١: العولمة والتكنولوجيات الجديدة: التحديات أمام إنفاذ قوانين المخدرات في القرن الحادي والعشرين
- ٢٠٠٢: العقاقير غير المشروعة والتنمية الاقتصادية
- ٢٠٠٣: المخدرات والجريمة والعنف: التأثير على المستوى الجزئي
- ٢٠٠٤: تكامل استراتيجيات خفض العرض والطلب: تحطّي مفهوم النهج المتوازن
- ٢٠٠٥: التنمية البديلة ومصادر الرزق المشروعة
- ٢٠٠٦: العقاقير المراقبة دولياً والسوق غير الخاضعة للتنظيم الرقابي
- ٢٠٠٧: مبدأ التناسب والجرائم المتصلة بالمخدرات
- ٢٠٠٨: الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات: التاريخ والإنجازات والتحديات
- ٢٠٠٩: الوقاية الأولية من تعاطي المخدرات

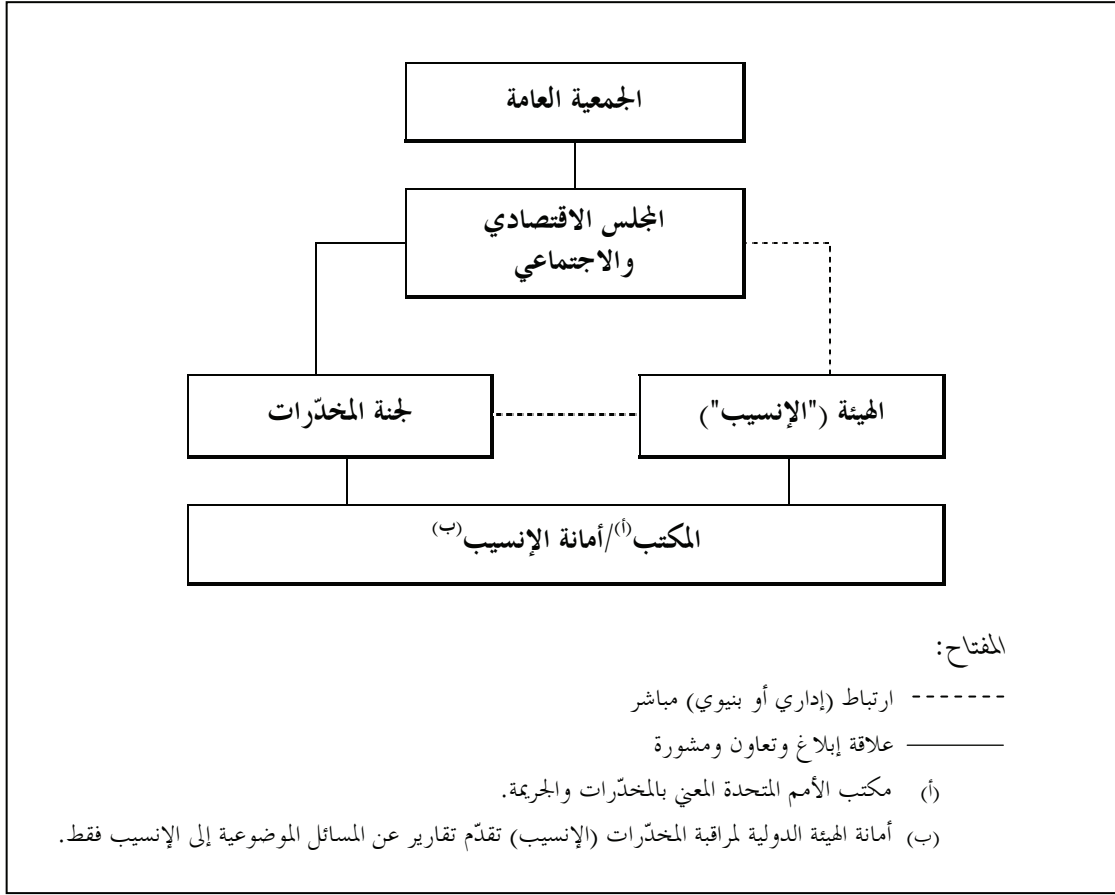
يحمل الفصل الأول من تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٠ عنوان "المخدرات والفساد".

ويقدّم الفصل الثاني تحليلاً لسير نظام المراقبة الدولية للمخدرات استناداً في المقام الأول إلى معلومات تُطلّب الحكومات بتقديمها مباشرة إلى الهيئة وفقاً للمعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات. وينصبّ التركيز فيه على المراقبة على الصعيد العالمي لجميع الأنشطة المشروعة ذات الصلة بالمخدرات والمؤثرات العقلية وكذلك المواد الكيميائية المستعملة في صنع تلك المخدرات على نحو غير مشروع.

ويعرض الفصل الثالث بعضاً من أهمّ التطوّرات في مجال تعاطي المخدرات والاتجار بها، وما تتخذه الحكومات من تدابير لتنفيذ المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات بالتصدّي لتلك المشاكل.

أمّا الفصل الرابع فيقدّم التوصيات الرئيسية التي وجهتها الهيئة إلى الحكومات ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة ومنظمة الصحة العالمية وسائر المنظمات الدولية والإقليمية المعنية.

منظومة الأمم المتحدة وجهازا مراقبة المخدرات وأمانتهما



كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة
يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم
عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经营处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

USD 12
ISBN 978-92-1-626112-2



منشورات الأمم المتحدة
طبع في النمسا

رقم المبيع A.11.XI.7
E/INCB/2010/1/Supp.1



V.10-58063—January 2011—525