



国际麻醉品管制局报告
国际管制药物的供应：
确保为医疗和科研
用途的充分供应



国际麻醉品管制局 2010 年发表的报告

国际麻醉品管制局 2010 年报告 (E/INCB/2010/1) 尚有下列报告作为补充:

国际麻醉品管制局关于“国际管制药物的供应: 确保对医疗和科研用途的充分供应”的报告 (E/INCB/2010/1/Supp.1)

麻醉药品: 2011 年全球估计需求量——2009 年统计数字 (E/INCB/2010/2)

精神药物: 2009 年统计数字——1971 年《精神药物公约》表二、表三和表四所列物质的年度医疗和科研需求量评估 (E/INCB/2010/3)

经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体和化学品: 国际麻醉品管制局 2010 年关于 1988 年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》第 12 条执行情况的报告 (E/INCB/2010/4)

受国际管制的物品, 包括麻醉药品、精神药物和经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的物质最新修订清单, 载于麻管局另行印发的统计表附件 (“黄单”、“绿单”和“红单”) 最新版。

联系国际麻醉品管制局

可按下列地址与麻管局秘书处联系:

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

另外, 还可利用下列方式与秘书处联系:

电话: (+43-1) 26060
电传: 135 612
传真: (+43-1) 26060-5867 或 26060-5868
电报: unations vienna
电子邮件: secretariat@incb.org

本报告的文本还可在麻管局网站 (www.incb.org) 上查阅。



国际麻醉品管制局

国际麻醉品管制局报告
国际管制药物的供应：
确保为医疗和科研
用途的充分供应



联合国
2011年，纽约

E/INCB/2010/1/Supp.1

UNITED NATIONS PUBLICATION
Sales No. C.11.XI.7
ISBN: 978-92-1-014884-9

© 联合国：国际麻醉品管制局，2011年2月。版权所有。

本出版物中使用的名称和材料的编排方式，并不意味着联合国秘书处对任何国家、领土、城市或地区及其当局的法律地位或者对其边界或界线的划分表示任何意见。

国家和地区的名称按收到有关资料时正式使用的名称编列。

出版：联合国维也纳办事处英文、出版和图书馆科。

前言

国际药物管制公约的目的是确保医疗和科研用途的麻醉药品和精神药物充分供应，同时确保这些药物不被转入非法用途。国际麻醉品管制局的任务授权是监测这一条约目标的落实情况，由于世界各地医疗和科研用途获得受管制药物的机会各异，而且不充分，所以麻管局多次对此表示关切。

许多年来，麻醉药品和精神药物的全球消费量始终低于最基本治疗所需的水平。随着对受管制物质的治疗价值认识日益加深，以及国际社会的多方努力，消费量实现了大幅增加。然而，虽然世界一些区域的消费量上升，但增加主要发生在有限的一些国家，特别是在三个区域：欧洲、北美洲和大洋洲。在有些国家或区域内，消费量停滞不前或甚至下降。只要世界上绝大多数人依然无法获得这些药物，病患者就不能从中享受他们根据《世界人权宣言》而应享有的保健福利。

由于这些原因，麻管局决定在其 2010 年报告的单另一份补编中重点阐述这一关键问题。补编列出了对国际管制物质消费量全球形势和区域差异的透彻分析，查明了限制充分供应的主要障碍，并提供了如何可以解决这一问题的各项建议。

在国际药物管制条约下管制的大多数麻醉药品和精神药物都是医疗实践中所不可缺少的。类阿片镇静剂，例如可待因和吗啡，以及半合成和合成类阿片，是治疗疼痛的基本药品。精神药物，例如苯二氮卓类抗焦虑药和镇静安眠药及巴比土酸盐，是治疗神经和精神疾病不可缺少的药物。含有国际管制物质的医药制剂在减轻疼痛和痛苦的医学治疗中发挥着重要作用。

在预防药物从合法市场转入非法市场和保护社会免遭吸毒成瘾后果之害方面，国际药物管制条约继续发挥着强大效力。然而在许多国家，对条约的另一个目的——确保受管制药物的充分供应，却没有给予同样的注意。各国政府为防止滥用和贩运麻醉药品和精神药物而采取的各项措施不应阻碍医学治疗上对这些药物的使用。各国政府需要达到国际药物管制条约的双重目标，即一方面预防受国际管制物质被转移和滥用，另一方面确保其为合法用途的供应。这种平衡应当反映在国家药物管制的法律和条例中。

为改进医疗和科研用途获取这些基本药品的机会，第一步首先是查明障碍，而这些障碍是多方面的。虽然在高成本的医药方面经济考虑可能发挥作用，但也的确存在着低成本的制剂，使用这类制剂的国家实例表明，经济障碍是可以克服的。系统和监管上的问题可能导致受管制物质供应不足。

为协助各国政府消除这些障碍，本补编载有广泛的一系列实用建议，可以根据每一国家的具体国情加以调整。我真诚希望各国政府将能充分利用本报告评估本国的形势，执行各项相关的建议。除非紧急执行各项补救措施，否则高消费国与低消费国之间的差距将会扩大，许多国家将继续存在着不必要的病患疼痛和痛苦。



Hamid Ghodse
国际麻醉品管制局
局长

内容提要

2010年3月的麻醉药品委员会第五十三届会议请国际麻醉品管制局在2010年报告中列入关于医疗所需国际管制物质供应情况的信息。麻管局认识到世界卫生组织、其他政府间机构和非政府组织对此问题正在产生日益浓厚的兴趣。麻管局认可该主题的重要性，决定专门就此主题发表一份年度报告补编。这一形式使麻管局得以提供关于全球和区域当前形势的充分信息，重点阐明遇到的主要障碍并为改善医疗和科研用途国际管制物质的供应情况制订建议。麻管局关于麻醉药品和精神药物的技术出版物中载有详细的分析。

目录

	页次
前言	iii
第一章. 导言	1
第二章. 麻管局为确保充分供应采取的行动	3
第三章. 阿片剂原料和类阿片的供应	7
A. 阿片剂原料的供应情况	7
B. 受《1961年公约》管制的类阿片的供应情况	8
C. 目前受《1971年公约》管制的类阿片的供应	9
D. 受《1971年公约》管制的兴奋剂的供应	10
E. 受《1971年公约》管制的苯二氮卓类和巴比土酸盐类的供应	10
第四章. 含国际管制物质的药品的供应	11
A. 受《1961年公约》管制的类阿片镇痛剂的供应	12
B. 受《1971年公约》管制的类阿片	20
C. 抗癫痫剂	21
D. 《1971年公约》表二所列的用于治疗注意力缺乏症的兴奋剂	22
E. 《1971年公约》表四所列的用作减食欲剂的兴奋剂	23
F. 苯二氮卓类	25
第五章. 在确保医疗和科研用途国际管制物质的供应和防止这些物质被转移和滥用之间实现平衡	35
A. 类阿片镇痛剂供应方面存在的障碍	35
B. 国际管制物质的供应超过合理行医需求量	37
C. 确保紧急情况下的充分供应	39
第六章. 结论和建议	41
附件	
一. 各区域类阿片镇痛剂消费量表格	45
二. 国际麻醉品管制局主席和联合国发展集团主席的联名信	55
三. 国际麻醉品管制局主席和联合国发展集团主席的后续联名信	57
四. 国际麻醉品管制局主席致所有国家的信函	59

导言

1. 确保依据 1961 年《麻醉品单一公约》（《1961 年公约》）¹、经 1972 年《议定书》²修正的该公约和 1971 年《精神药物公约》（《1971 年公约》）³的序言供应用于治疗的国际管制物质是国际麻醉品管制局在这些公约下的一项任务授权。
2. 通过成为各项国际药物管制公约的缔约方，各国政府即接受了将这些条约的规定引入本国立法并加以执行的义务。国际麻醉品管制局是经《1961 年公约》设立的机构，负责监测各国政府对各项国际药物管制条约的遵守情况和在这方面向各国政府提供支持。
3. 各项公约建立的管制制度服务于双重目的：确保医疗和科研用途管制物质的供应并防止非法生产、贩运和滥用此类物质。《1961 年公约》在承认麻醉药品成瘾对个人构成严重危害，同时充斥着威胁人类的社会和经济危险的同时，肯定医疗使用麻醉药品对于减轻疼痛和痛苦仍然不可或缺，必须作出适当规定以确保此类用途麻醉药品的供应。同样，《1971 年公约》虽然认可公约缔约方决心防止和打击滥用和贩运精神药物，但却承认供医疗和科研用途使用精神药物不可或缺，为此用途供应精神药物不应受到不适当的限制。麻管局监测缔约方对各项国际药物管制条约的执行情况，其在《1961 年公约》第 9 条下的职责明确包括其有责任确保医疗和科研用途麻醉药品的供应。
4. 各项国际药物管制条约承认麻醉药品和精神药物对于医疗和科研用途不可或缺。但是，尽管麻管局和世界卫生组织（世卫组织）以及非政府组织作出了极大的努力，但在世界大部分地方这些医药制剂的供应一直非常有限，剥夺了许多病人获得使用基本药物的机会。麻管局继续监测全世界麻醉药品和精神药物的供应，并将其供应列为其与各国政府就充分执行条约所开展的对话的主要议题之一。
5. 吗啡、芬太尼和羟考酮等麻醉药品是对中、重度疼痛颇具疗效的类阿片镇痛剂。2009 年以来的数据表明，这些类阿片镇痛剂超过 90% 的全球消费发生在澳大利亚、加拿大、新西兰、美国和欧洲的若干国家。这意味着这些药品在许多国家以至整个区域内的供应都非常有限。虽然医学有能力缓解大多数形式的中重度疼痛，但是超过 80% 的世界人口在遭受此种疼痛时不能获得充分的止痛，或甚至根本没有止痛。⁴

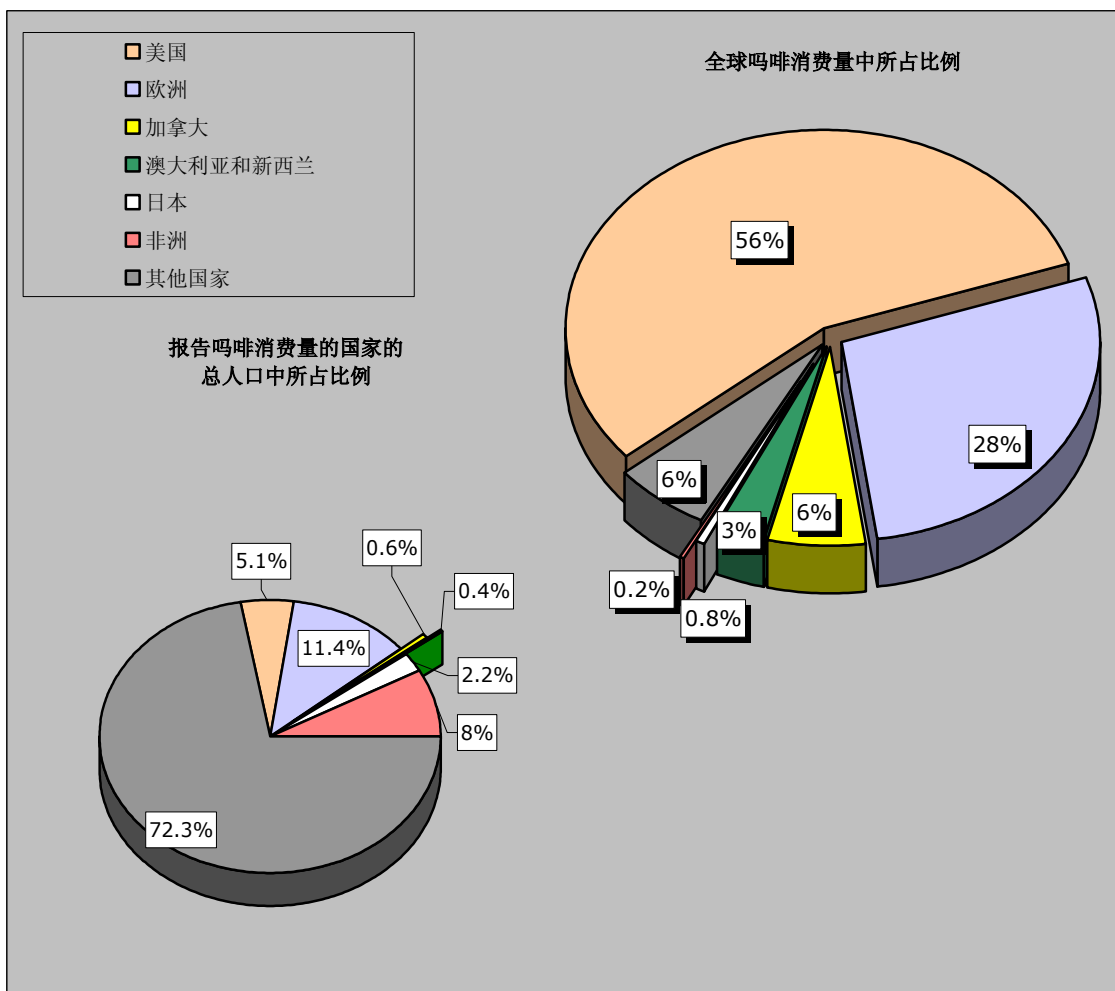
¹ 联合国，《条约汇编》，第 520 卷，第 7515 号。

² 同上，第 976 卷，第 14152 号。

³ 同上，第 1019 卷，第 14956 号。

⁴ 有很多方法可以安全、有效地治疗疼痛。类阿片镇痛剂仍是缓解中重度疼痛的主要方法。

图 1. 2009 年吗啡消费量分布



6. 精神药物的消费水平存在着与此类似的差异，但由于《1971 年公约》未要求各国政府向麻管局提供关于此类药物的消费量数据，因而造成更加难以查明情况。

7. 考虑到阿片剂原料的全球供应足够生产吗啡、可待因及其他生物碱等类阿片镇痛剂，对麻醉药品的供应并不构成障碍，所以通过各国政府采取适当行动以极大地改善这种情形应当是可能的。但是，麻管局在过去查明和强调的影响充分供应的许多其他障碍仍然存在。麻管局 2010 年报告的本次补编重点介绍为确保充分供应所开展的工作、近些年取得的进展和麻醉药品和精神药物的现有供应水平，并提供拟在国际和国家各级采取的行动建议。

麻管局为确保充分供应采取的行动

8. 在各项公约赋予的任务授权下运作的麻管局也曾早就发出过警告，指出大多数国家未能确保麻醉药品的供应。麻管局地位独特能够评估不同国家消费情况的机会，20 多年前就已认识到这个问题。《1961 年公约》要求各国政府向麻管局提交年度统计数据，包括关于麻醉药品的消费数据。各国政府提交的消费数据经麻管局分析后，发表在麻管局关于麻醉药品的年度技术出版物中。尽管《1971 年公约》并未要求报告精神药物的消费情况，然而，参照向麻管局提供的其他统计数据⁵计算了消费情况，并发表在关于精神药物的年度技术出版物中。

9. 对消费数据，特别是关于麻醉药品的消费数据的定期分析，使麻管局确信麻醉药品消费水平在许多国家非常低。因此，1989 年，麻管局和世卫组织合作评估了世界对阿片剂的医疗需求。评估中发现，对阿片剂的医疗需求，特别是用于治疗癌症疼痛的阿片剂，不能得到完全满足。

10. 麻管局发现，仅有少数国家建立了评估医疗需求的有效系统。许多相互关联的因素被确定为重大的障碍。法律和条例及其管理或解释不恰当地妨碍了阿片剂的供应。卫生保健系统资源短缺阻碍了最为适量地供应和使用阿片剂。专业人员和公众唯恐用药成瘾，这对开具适当的阿片剂医药处方也构成了阻碍。而且，缺少最新的专业培训妨碍了适度使用类阿片治疗疼痛。

11. 这项研究的成果发表在麻管局 1989 年关于医疗和科研用途阿片剂的需求和供应的特别报告⁶中。麻管局向各国政府提出了许多建议，以帮助各国最大限度地减少或克服束缚医疗用途阿片剂供应的诸多障碍。请各国政府审查其评估阿片剂医疗需求的方法；评估其卫生保健系统、法律和条例是否存在阻碍阿片剂供应的障碍；制订可便利为所有适应状况供应阿片剂的行动计划；以及制订关于医疗上合理使用阿片剂的国家政策、准则和专业教育。

12. 五年之后的 1994 年，麻管局在其年度报告的一份题为《国际药物管制条约的有效性》的补编中审查了各项国际药物管制条约的有效性。⁷ 麻管局的评估认为，确保充分供应麻醉药品，特别是用于医疗用途阿片剂的条约目标未获普遍实现。

13. 因此，1995 年，麻管局发表了另一份题为《医疗用途阿片剂的供应情况》的特别报告，⁸ 其中包括了向各国政府、联合国国际药物管制规划署、麻醉药品委员会、世卫组织、国际和区域药物管制、卫生和人道主义组织、教育机构和非政府卫生保健组织，包括国际痛感研究协会，以及其他卫生保健代表提出的具体建议。该特别报告的各项建议依然有效。而且，麻管局 1999 年报告⁹的第一章即已专门论述了麻醉止痛剂的供应问题。在该章中，麻管局除其他事项外，查明了影响充分供应用于治疗疼痛的类阿片的各种制约因素和障碍，并向各国政

⁵ 关于精神药物的制造、进口、出口和贮存的数据。

⁶ 联合国出版物，出售品编号：E.89.XI.5。

⁷ 联合国出版物，出售品编号：E.95.XI.5。

⁸ 联合国出版物，出售品编号：E.96.XI.6。

⁹ 联合国出版物，出售品编号：E.00.XI.1。

府提出了采取纠正行动的建议。由于国际管制药物在一些国家过度使用，导致处方药物滥用及其相关问题，所以麻管局 2000 年报告¹⁰的第一章论述过度消费国际管制药物的问题，并建议使用上采取一个均衡的办法。

14. 为了解各国是否改善供应水平或者至少认识到该问题并且表明改善意图，这方面的一个评估工具是分析所有国家向麻管局提交的麻醉药品估计数。麻管局定期联系评估数缺失或者特别低的国家，以确保充分供应用于治疗疼痛的类阿片。这种做法在 1999 年 11 月麻管局开始选择类阿片镇痛剂（主要是吗啡）消费水平低并具有共同特征¹¹的几组国家时正式确定下来。2004 年，麻管局联系了四个已极大改善了本国消费水平的国家¹²，请其介绍他们认为是促成本国类阿片镇痛剂（特别是吗啡）消费量上升的主要原因的政策和活动的的相关信息，以便将该信息提供给需要改善本国消费水平的国家。

15. 这个问题反复出现在发给所有国家的通知函和单个国家的具体信函中，以提请各国政府注意。2001 年 8 月，麻管局主席和联合国发展集团主席向联合国系统在国家一级的全体驻地协调员发出了一封联合信函，促请他们除其他事项外，认识到在许多发展中国家可供治疗重度疼痛的药物消费不足和短缺的问题（见附件一）¹³。此要求在 2005 年 2 月麻管局主席和联合国发展集团主席发出的一封后续联合信函中获得确认（见附件二）¹³。2006 年 4 月，麻管局主席在发给所有国家的一封信函中强调了有需要的病人在获得麻醉药品和精神药物方面遇到的困难，并鼓励各国政府采取措施，以确保将合理使用药物这一科目列入适合的大学院系课程之中（见附件三）¹³。

16. 麻管局所有访问团都与个别国家的政府讨论用于治疗疼痛的类阿片的供应这一主题。访问团在任务结束后发给各国政府的建议书包括就用于治疗疼痛的类阿片的供应问题酌情提出的具体建议。同样，世卫组织关于实现国家类阿片管制政策的平衡的准则¹⁴一直被列入麻管局访问团在各国期间向主管当局提供的信息资料中。

17. 麻管局定期在大会第二十届特别会议、麻醉药品委员会会议、经济及社会理事会以及世界卫生大会的会议等政府间机构的会议和国际组织的区域性会议的发言中列入麻醉药品的供应这一主题。2010 年 3 月，麻醉药品委员会第 53 届会议讨论了供应问题，从而通过了委员会题为“促进医疗和科研用途国际管制合法药物的充分供应，同时防止这些药物被转移和滥用”的第 53/4 号决议。

18. 世卫组织是麻管局开展增加用于治疗疼痛的类阿片供应活动的主要伙伴。麻管局和世卫组织之间开展的具体合作活动包括由麻管局促进世卫组织关于实现国家类阿片管制政策的平衡的准则；在 2003 年设立一个供应问题工作组，该工作组就麻管局和世卫组织之间在麻醉药品供应和促进合理使用精神药物方面加强工作关系拟订了一份建议书；以及在世卫组织关于消除疼痛的全球战略上进行合作，其目的是向各国提供援助，除其他事项外，协助在使用类阿片医治病痛方面进行能力建设和提高认识。

19. 世界卫生大会第 WHA58.22 号决议和经济及社会理事会第 2005/25 号决议请世卫组织和麻管局审查为便利使用类阿片镇痛剂进行适当的疼痛治疗而建立一套援助机制的可行性。世卫组织和麻管局审查了关于类阿片镇痛剂在国家一级供应的文件和研究报告，并审查了各机

¹⁰ 联合国出版物，出售品编号：E.01.XI.1。

¹¹ 供选择的主要特征：没有吗啡估计数；人口庞大和吗啡消费水平很低；癌症发病率很高和止痛剂消费水平低；正常运行的管制管理但是供应水平低；欧洲和北美洲以外的高收入但供应不足的国家。

¹² 巴西、加拿大、法国、美国。

¹³ 这三封信函还登在麻管局网站 http://www.incb.org/incb/en/other-issues_correspondence.html 上。

¹⁴ 世卫组织，WHO/EDM/QSM/2000.4 号文件。

构为协助各国政府确保这些药物用于合法医疗用途的供应已开展和计划开展的活动。他们认为，尽管世界范围内合法生产的类阿片镇痛剂原料并不短缺，并且过去二十年里类阿片的全球合法消费量大幅增加，但由于存在着若干制约因素，在许多国家仍旧难以获得类阿片镇痛剂。

20. 世卫组织和麻管局发现建立一种有助于使用类阿片镇痛剂进行适当的疼痛治疗的机制是可行的。因此，世卫组织在与麻管局协商下，开始制定一项获取受管制药品的方案并制订了方案框架。该方案由世卫组织执行。麻管局在派出其访问团考察期间、在关于供应主题的发言中并通过其年度报告里的具体论述和建议积极地促进该方案。

21. 不过，尽管由于麻管局的工作和其他方面的努力结果，医疗用途麻醉药品的消费量在一些国家大幅提高，但是在大部分国家，受国际公约管制的物质供应水平依然较低和不足。因此，麻管局认为，必须促进更好地理解各项药物管制条约的规定。这项工作的一个主要部分便是在确定含有管制物质的药物更合理的估计需求量方面向各国政府提供援助。目前，麻管局和世卫组织正在联合制订关于受国际管制的物质估计需求量的准则。这个举措旨在查明拟在各国适用的方法，以便得出充分的医疗用途麻醉药品估计数、精神药物评估数和一些前体的估计数。



阿片剂原料和类阿片的供应

22. “阿片剂”一词一般用来指从鸦片及其相关化学衍生物中提取的药物，如半合成生物碱，而“类阿片”则是一个广义词，更常用于指具有如同吗啡特性但化学结构可能与吗啡不同的天然和合成药物。

23. 鸦片或罂粟秆中包含的受国际管制的天然生物碱为吗啡、可待因、蒂巴因和奥列巴文。吗啡和可待因因其可能被滥用而置于国际管制之下，而蒂巴因和奥列巴文受国际管制则是因其可被转换成类阿片加以滥用。吗啡是天然阿片剂和许多类阿片的原型，此外，因其镇痛药力强大，在进行对比时吗啡被用作参照基准。

24. 类阿片因其镇痛特性而大多用于治疗重度疼痛（芬太尼、氢吗啡酮、美沙酮、吗啡和哌替啶）、中度至重度疼痛（丁丙诺啡¹⁵和羟考酮）和轻度至中度疼痛（可待因、双氢可待因和右丙氧芬）。还用作麻醉药剂的药引或补充（芬太尼和芬太尼类似物，例如阿芬太尼和瑞芬太尼），作为止咳药（可待因、双氢可待因和少数情况下，福尔可定和乙基吗啡），以及用于治疗类阿片成瘾（丁丙诺啡和美沙酮）。

《1961年公约》管制的主要类阿片，另加丁丙诺啡^a

天然生物碱	半合成类阿片	合成类阿片
吗啡	双氢可待因	右丙氧芬
可待因	乙基吗啡	地芬诺酯
蒂巴因	海洛因	芬太尼及其类似物
奥列巴文	氢可酮	凯托米酮
	氢吗啡酮	美沙酮
	羟考酮	哌替啶
	福尔可定	替利定
	丁丙诺啡	

^a 丁丙诺啡由《1971年公约》管制。

25. 半合成类阿片通过相对简单地改变吗啡、可待因和蒂巴因等天然阿片剂的化学结构来制造。例如，双氢可待因、乙基吗啡、海洛因、羟考酮和福尔可定就是这些衍生物。合成类阿片为完全人造，与阿片剂无关，尽管在用于治疗时药效类似。最常用的合成类阿片包括芬太尼及芬太尼的类似物、美沙酮和哌替啶。

A. 阿片剂原料的供应情况

26. 供患者用于医疗用途的阿片剂提取自阿片剂原料（鸦片、罂粟秆和罂粟草膏）。因此，充分供应制造阿片剂所需的阿片剂原料是确保充分供应用于医疗和科研用途的阿片剂的前提。

¹⁵ 丁丙诺啡受《1971年公约》管制。

27. 根据《1961 年公约》和麻醉药品委员会与经济及社会理事会的相关决议，麻管局定期审查影响阿片剂原料供需的动态。麻管局通过与各国政府合作，努力保持供需的持久平衡。在分析阿片剂原料供需状况时，麻管局使用的信息来自阿片剂原料各生产国政府，以及使用这些原料制造阿片剂或不受《1961 年公约》管制的物质的国家政府。关于全球阿片剂原料供需现状的详细分析载于 2010 年麻管局关于麻醉药品的报告¹⁶。

28. 阿片剂原料的全球储存量应满足大约一年的全球需求，才能在生产国的不利气候条件等原因造成意外产量下降时，确保用于医疗和科研用途的阿片剂供应¹⁷。截至 2009 年底，富含吗啡的阿片剂原料的全球储备足以满足全球 12 个月的需求。富含蒂巴因的阿片剂原料全球储存量可以满足不到 12 个月的全球需求；然而这得到了蒂巴因和源自蒂巴因的阿片剂大量储存的补偿，截至 2009 年底这些储存量足以满足近 14 个月全球对这些阿片剂的需求。

29. 麻管局的现有资料表明，在 2010 年，富含吗啡的阿片剂原料产量高于这些原料的使用量。富含吗啡的阿片剂原料全球供应量（产量和储存量）足以完全满足全球需求。2011 年，各生产国政府计划进一步扩大富含吗啡的罂粟种植面积。

30. 关于富含蒂巴因的阿片剂原料，麻管局的现有资料表明，2010 年全球产量超过了全球需求量。富含蒂巴因的阿片剂原料的储存总量足以满足不到一年的全球需求。根据生产国的计划，2011 年富含蒂巴因的阿片剂原料全球产量也将超过全球需求量。因此预计富含蒂巴因的阿片剂原料储存总量还会进一步增加，足以满足 14 个月的需求。富含蒂巴因的阿片剂原料全球供应量（产量和储存量）仍将足以完全满足全球需求。

31. 富含吗啡和富含蒂巴因的阿片剂原料全球需求量预计未来也将有所增加。预计，由于麻管局和世卫组织确保类阿片镇痛剂充分供应的活动，全球阿片剂和阿片剂原料需求量将继续上升。

B. 受《1961 年公约》管制的类阿片的供应情况

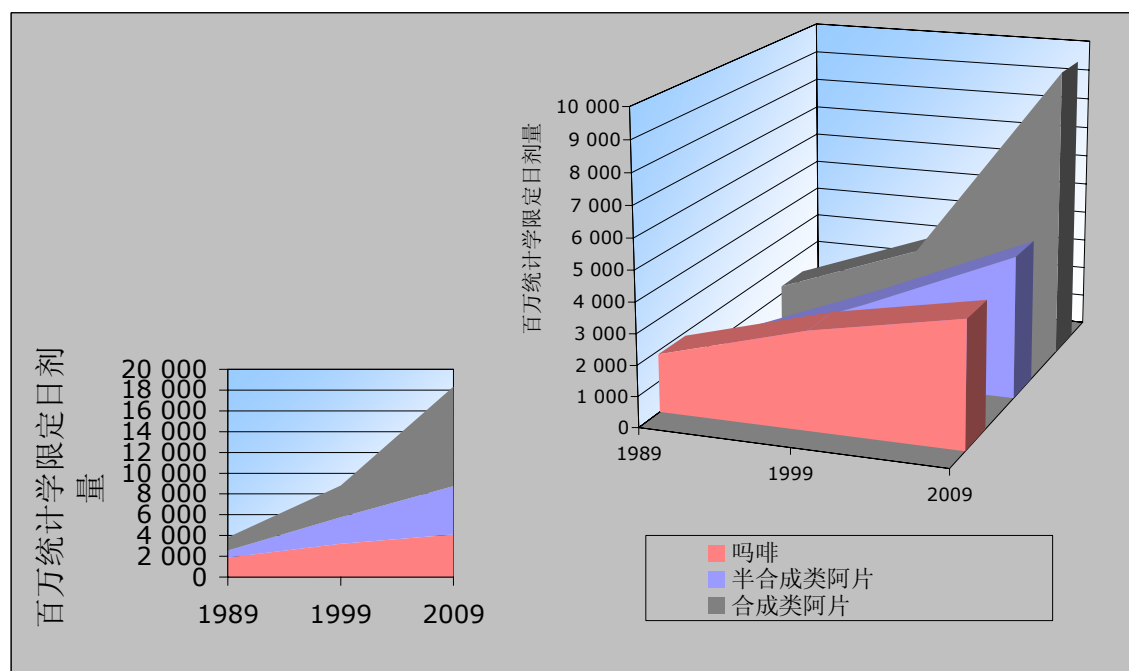
32. 阿片剂原料的产量在稳步增加，同样，过去 20 年来类阿片的制造量也在逐渐增加。过去 20 年来，吗啡和主要的合成和半合成类阿片制造量增加了五倍，其中合成和半合成类阿片的增长率高于吗啡。该动向与某些麻醉药品的需求量上升以及新产品的开发密切相关。

33. 图 2 显示 20 年间吗啡及合成和半合成类阿片的合计增长量。统计学限定日剂量（S-DDD）是用于统计分析的技术计量单位，不是推荐的处方剂量。汇总不同强度因而不同治疗日剂量的麻醉药品或精神药物时即使用该计量单位，以可比计量单位显示一组物质的含有量。

¹⁶ 麻醉药品：2011 年全球估计需求量——2009 年统计（联合国出版物，出售品编号：T.11.XI.2）。

¹⁷ 《国际麻醉品管制局 2005 年报告》（联合国出版物，出售品编号：E.06.XI.2），第 85 段。

图 2. 1989-2009 年类阿片制造量增长情况



34. 芬太尼的增长率尤其高，其已成为以统计学限定日剂量表示的制造量最大的合成类阿片。芬太尼在用作镇痛剂时药力强度约为吗啡的 100 倍，麻醉时使用极小剂量即可（例如，注射形式为 0.005-0.1 毫克）。用于治疗重度疼痛的芬太尼控释贴剂所含的剂量较大，可用三天之久，其使用造成芬太尼的全球制造量增加。与 20 年前相比，美沙酮的制造量也有大幅上升，尽管大多数还是用于替代治疗。氢可酮、氢吗啡酮、羟考酮和羟吗啡酮等半合成药物的制造量增长率也很高。麻醉药品的国际贸易量也有相当的增长：吗啡增长了 5 倍，芬太尼增长了近 300 倍，羟考酮增长了 130 多倍。

35. 麻醉药品的制造量及国际贸易量的增长率都很高。不过，高增长率的主要原因是有些高消费国的进口增长强劲，而大多数其他国家要么进口增长率低很多，要么是起点较低，即使增长率很高也不意味着绝对量很大。此外，在 211 个国家和地区中，有 17 个不进口任何吗啡，22 个不进口任何芬太尼，9 个不进口任何类阿片。

36. 麻管局的现有数据表明，目前吗啡及合成和半合成类阿片的制造量足以满足全球需求。此外，由于新应用和制剂的不断研究，现已能够制造出使用上更方便和更舒适的新型药物。同时造价较低的其他类型的制剂仍在继续制造。制药业可满足对不同价位产品的更多需求。因此，不能认为类阿片的供应阻碍了麻醉药品的充分供应。

C. 目前受《1971 年公约》管制的类阿片的供应

37. 过去 20 年来，丁丙诺啡的全球制造量也增加了五倍，已达到与主要类阿片相当的水平。在 1990 年代后期，由于开始较大剂量地将丁丙诺啡用于类阿片成瘾治疗，其制造量出现激增，2006 年后再次大幅增长。同样，该物质的国际贸易量也显著增加，有 80 个国家报告在 2007-2009 年进口了丁丙诺啡。不过，进口丁丙诺啡的国家远少于进口至少一种主要类阿片的国家。喷他佐辛（另一种受《1971 年公约》管制的主要合成镇痛剂）的制造量与贸易量则少

很多，并没有显示相当的趋势。尽管该物质的制造量和贸易量均有波动，但是没有明显的稳定增长率。

D. 受《1971 年公约》管制的兴奋剂的供应

38. 表二所列兴奋剂在约 12 个国家制造，90 个国家进口。过去 20 年来，哌醋甲酯和右苯丙胺的制造量增长率尤其高（16 倍和 2.5 倍），而苯丙胺¹⁸的制造量在 1998 年达到峰值后一直处于下滑状态。表二所列兴奋剂的国际贸易量也有所增加，其中哌醋甲酯的增长率高于苯丙胺。过去 10 年间，表四所列兴奋剂（主要用作肥胖症治疗中的减食欲剂）的制造量和贸易量大致持稳。整组的制造量（包括 14 种物质，以统计学限定日剂量表示）低于主要类阿片的制造量。

E. 受《1971 年公约》管制的苯二氮卓类和巴比土酸盐类的供应

39. 苯二氮卓类抗焦虑药和镇静安眠药的制造和贸易在经历了 20 年前的增长率急剧上升之后，现已达到了一个平台（抗焦虑药 200 亿至 300 亿统计学限定日剂量；镇静安眠药 50 亿至 90 亿统计学限定日剂量），在此范围上下波动。巴比土酸盐类的制造过去 10 年也保持稳定。在抗焦虑药和镇静安眠药的国际贸易方面，区域差异依然很大，某些区域历来仅报告非常少量的此类进口，现在注意到进一步减少（大多数是非洲国家，但也有一些亚洲地区）。从进口国数量来看，贸易量最大的两种精神药物是地西泮（一种苯二氮卓类抗焦虑药）和苯巴比妥（一种巴比土酸盐），有超过 160 个国家进口这两种药物。以统计学限定日剂量表示，制造量最大的精神药物是苯二氮卓类抗焦虑药阿普唑仑。

¹⁸ 大多数《1971 年公约》附表内所列物质以其国际非专利商标名（INN）列入。该 INN 系统由世卫组织拟定，以便于确认药物或活性药用成分。（麻管局关于精神药物的技术报告使用这些名称。）如果没有 INN，则这些物质以“其他非专利名或俗名”列入附表。

对大多数以英语为母语的人来说，《1971 年公约》表二内许多物质的 INN 似乎有拼写错误，ph 误拼为 f，例如：苯丙胺、右苯丙胺、左苯丙胺、去氧麻黄碱、去氧麻黄碱外消旋体。本报告使用了这些物质更为常用的“其他非专利名或俗名，采用 ph 拼法”：苯丙胺、右苯丙胺、左苯丙胺、去氧麻黄碱、去氧麻黄碱外消旋体。



含国际管制物质的药品的供应

40. 合法生产的阿片剂原料和使用这些原料制造的最终产品，其充分供应以及精神药物日益增加的制造数量，并不一定导致对最终使用者病人充分供应含这些物质的药品。在许多国家，类阿片药品和含国际管制物质的其他药品的获取渠道有限，或几乎根本不存在。不仅是麻管局，麻醉药品委员会也反复讨论到这一差距。

41. 如上所述，麻醉药品委员会题为“促进药疗和科学用途国际管制合法药物的充分供应，同时防止这些药物被转移和滥用”的第 53/4 号决议，回顾了经《1972 年议定书》修正的《1961 年公约》，以及《1971 年公约》。该决议反映了这两项公约确认国际管制的物质是医疗和科研用途所不可缺少的。在该决议中，委员会回顾，国际管制物质的供应不应受到不适当限制，这些物质必须提供，以确保供应医疗和科研用途。

42. 在同一决议中，麻委会请麻管局在其 2010 年的年度报告中列入关于世界范围用于医疗和科研目的的麻醉药品和精神药物的消费量信息，包括对限制充分供应的障碍的分析、为克服这些障碍而将采取的行动以及现有关于各国现状和进展的具体信息。依照该决议，麻管局根据各国政府提交的统计数字，对类阿片镇痛剂消费情况的全球动态和区域格局进行了分析。还分析了精神药物消费情况的全球动态和区域格局。¹⁹

43. 为了指明区域之间以及区域内各国之间的差距，麻管局麻醉药品技术出版物除关于麻醉药品平均消费量的全球表格外，还提供关于类阿片镇痛剂消费量的区域表格（麻醉药品技术出版物表十四）。要求各国政府在其麻醉药品年度统计中向麻管局提供类阿片镇痛剂的消费量数据。多年来，各国一直在收集这类数据，但并非所有国家都形成了评估其需要量的适当方法。麻管局创建了“每百万居民每日消费的统计学限定日剂量”概念，麻管局使用这一概念汇编和比较不同强度物质（如类阿片镇痛剂）的消费量统计数字。

44. 在无普遍商定的关于消费量适度的专家意见情况下，麻管局为行政管理之便，内定了审查各国提交的麻醉药品年度需要量估计数时使用的一些最低限度标准。麻管局订立了其认为不足的消费量（类阿片镇痛剂消费量为每百万居民每日 100-200 统计学限定日剂量），或非常不足的消费量（类阿片镇痛剂消费量等于或少于 100 统计学限定日剂量）。如果以这些用量作为参照标准，那么 21 个国家消费量不足，另有 100 多个国家消费量非常不足，其中大多数在非洲。2004 年 5 月，麻管局通过对确立估计数的规则作出的修订，允许在某些基本麻醉药品现有估计数被认为太低不适当时，由麻管局提高其估计数。

45. 麻醉药品委员会在其第 53/4 号决议中，请麻管局向麻委会提交关于世界范围用于医疗和科研目的的精神药物消费量信息，以促进其充分供应。但是，各国政府没有义务提交精神药物消费量数据。过去，根据各国政府向麻管局提交的精神药物年度统计数字中有关这些药物的统计信息，麻管局发现以此推算精神药物的大概消费量可有助于表明全球趋势，在数据显得前后一致和可靠的情况下，还可有助于查明异常的消费状况。正如在麻管局精神药物技术报告中所述，在得出全球以及具体国家精神药物实际消费量结论时应当小心谨慎，因为各国

¹⁹ 根据向麻管局提交的关于制造、进口、出口和储备量的统计数据推算。

政府报告的精神药物制造和贸易数据可能不完整，或可能没有涵盖所有物质。推算得出的消费量对制造国来说往往特别不准。精神药物技术报告表四公布推算得出的消费量。

46. 过去，对推算得出的精神药物消费量进行分析的重点经常是那些可能无正当医疗用途和可能导致相关药物被转移和滥用的居高不下的消费量。但是，麻管局注意到，在一些国家发现的精神药物消费量非常低可能反映的实际情况是这些药物与某些人口阶层几乎无缘，因此，这些药物或声称含这些药物的假冒药品可能出现在非管制市场上迎合未得到满足的需要。还应当考虑到，因为医疗实践的差别和相关的处方方式上的差异，各国和各区域的精神药物消费量相差很大。进行国家间和区域间比较时只能非常小心，特别是因为对某些精神药物而言，可使用其他精神药物或非精神药物作为替代，在审查这些精神药物的供应时，这一点应当考虑到。

47. 麻管局注意到，在许多情况下，各国政府通过同意向麻管局提供补充数据，例如这些药物的年度需要量估定数以及《1971 年公约》表三和表四所列物质的贸易细节及制造厂商所持有的储备量细节，从而加强了精神药物的国际管制制度。由于在通过《1971 年公约》时，并不认为这些数据至关重要，所以经济及社会理事会才在多项决议²⁰中提出了收集和向麻管局提交精神药物上述补充信息的要求。虽然这种补充报告尚未普遍化，但麻管局赞赏地注意到大多数国家政府依照经济及社会理事会的决议提交补充信息并对负责填写和交回表格的国家机关提供培训。

48. 麻管局认为，各国政府现在需要再次同意向麻管局自愿提供《1971 年公约》所未设想但对于执行麻醉药品委员会第 53/4 号决议至关重要的信息，以便麻委会能够分析精神药物的消费趋势。精神药物消费量的可靠数据还将需要用于评估根据麻委会第 53/4 号决议采取的任何措施是否有效。因此，麻管局强烈建议各国政府考虑向其提供精神药物消费量数据，以使麻管局能够遵照执行麻委会第 53/4 号决议，并最终促进用于医疗和科研目的的精神药物的充分供应，同时防止这些药物被转移和滥用。

49. 出于上述原因，精神药物消费量数据的质量不能与麻醉药品消费量数据的质量相比较。因此，对精神药物消费量进行有意义的分析较为困难。另外，在大多数国家，精神药物用于医疗的情况比麻醉药品多得多。为了分析精神药物的消费状况，麻管局使用每千居民每日消费的统计学限定日剂量概念来比较和汇编不同强度药物的统计数字。因此，以下信息分为类阿片镇痛剂消费量信息和《1971 年公约》管制的镇痛剂的信息，以及其他类别精神药物的信息。

50. 精神药物消费量适度状况与麻醉药品消费量适度状况相类似：关于任何类别精神药物人均消费量，专家们没有一个“适度供应”的统一标准。

51. 麻醉药品委员会第 53/4 号决议确认，国际药物管制公约力求在确保医疗和科研用途国际管制麻醉药品和精神药物的供应与防止其被转移和滥用这两方面之间实现平衡。在该决议中，麻委会还确认，国际管制药物的合法供应的增加可能加剧这些药物被转移和滥用的风险。本补编列有关于某些药物消费水平可能被认为太高的信息。显然在高消费量的一些国家，麻醉品镇痛剂是主要的药物滥用问题，处方药物的滥用也正在增加。

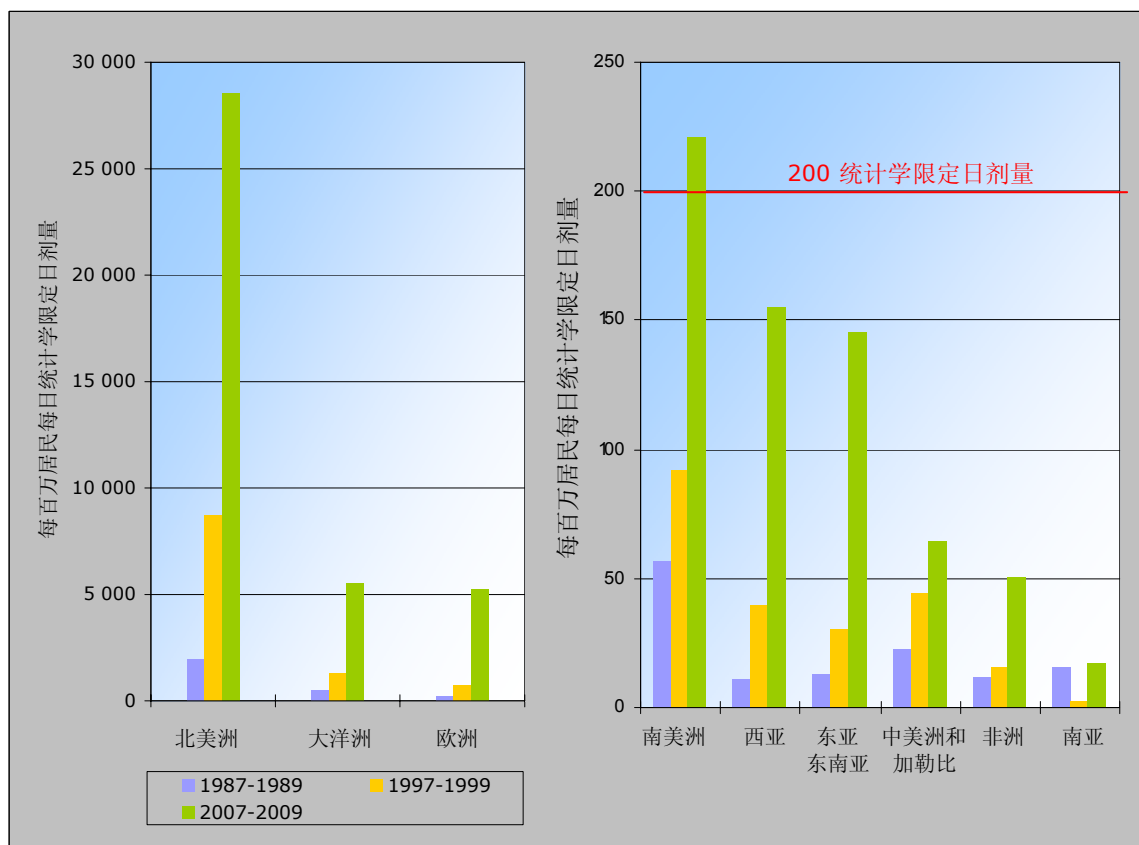
A. 受《1961 年公约》管制的类阿片镇痛剂的供应

52. 在 1989-2009 年期间，用于治疗中度和严重程度疼痛的类阿片镇痛剂全球消费量大幅增加。例如，吗啡的全球消费量增加了七倍。某些受国际管制的类阿片增幅更加惊人，例如芬

²⁰ 第 1981/7 号、第 1985/15 号、第 1987/30 号和第 1991/44 号决议。

太尼（100 倍）和羟考酮（26 倍）。一些区域的增幅远远高于其他区域。²¹在每一区域内，一些国家的消费量增幅大于其他国家，不同国家的消费量仍然差别很大。各区域、国家和地区的消费量列在附件一表格中。

图 3. 所有区域：1987-1989 年，1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量



53. 所记录的类阿片镇痛剂消费量最大的是北美洲和欧洲国家，以及澳大利亚和新西兰。在欧洲和北美洲的多数国家中，2000-2009 年期间类阿片镇痛剂消费量急剧增加。加拿大和美国的类阿片镇痛剂消费量全球最高。1989-2009 年，这两个国家的类阿片镇痛剂消费量持续增加，美国达到每百万居民每日近 40,000 统计学限定日剂量，加拿大达到 20,000 以上统计学限定日剂量，而相比之下，墨西哥是每百万居民每日 85 统计学限定日剂量。

54. 在欧洲，用于治疗疼痛的类阿片镇痛剂消费量在 2000-2009 年期间也大幅增加。但是，欧洲国家之间的这些药物消费量依然差别很大。消费量最高的两个国家——德国和奥地利，分别报告为约每百万居民每日 20,000 和 16,000 统计学限定日剂量。另有五个国家报告消费量超过 10,000 统计学限定日剂量，21 个报告消费量在 1,000-10,000 统计学限定日剂量之间。在该区域的一些国家，大多数是东欧和东南欧，消费量仅略有增加，或甚至下降。3 个国家（白俄罗斯、罗马尼亚和俄罗斯联邦）的消费量每百万居民每日少于 200 统计学限定日剂量。²²四

²¹ 图 3-13 提供了过去二十年来全球和区域类阿片镇痛剂消费量的发展动态信息。由于消费量差别很大，图表中使用的刻度单位不同。

²² 《麻醉药品：2011 年世界估计需要量——2009 年统计数字》（见上文脚注 16），表十四。

个国家报告的消费量低于 100 统计学限定日剂量（阿尔巴尼亚、摩尔多瓦共和国、前南斯拉夫的马其顿共和国和乌克兰）。

图 4. 北美洲：1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量

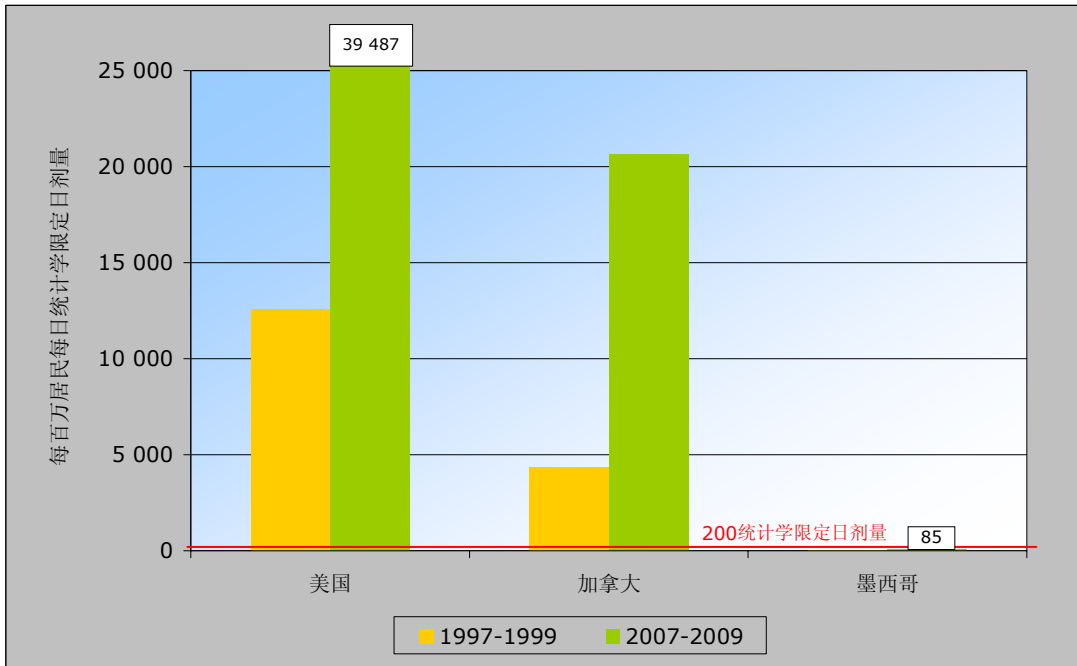
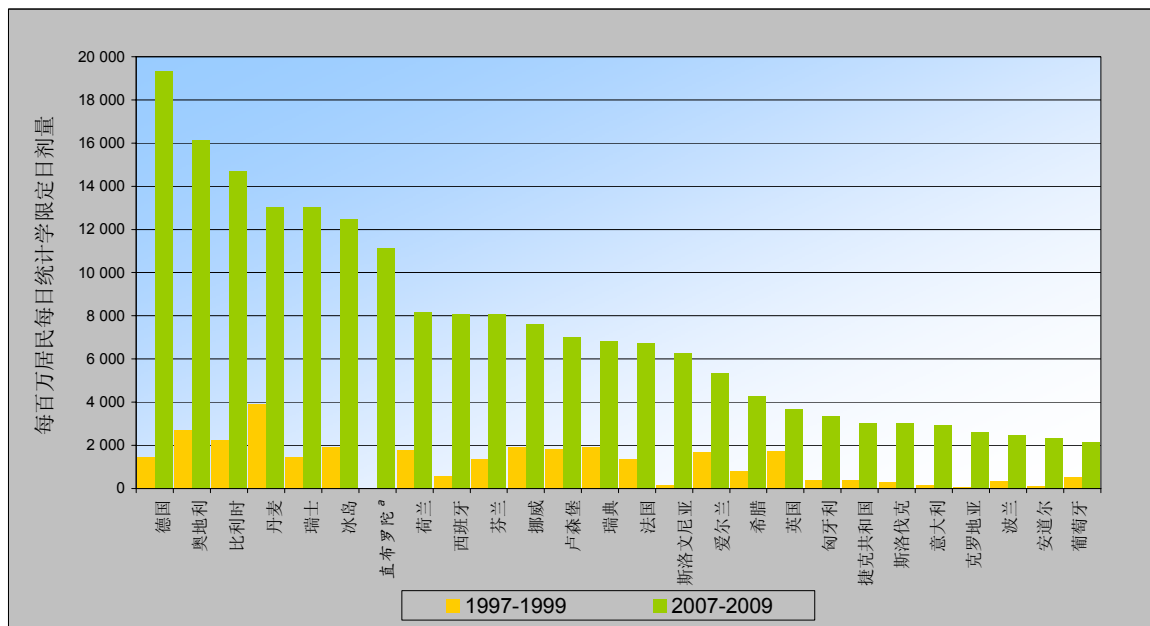
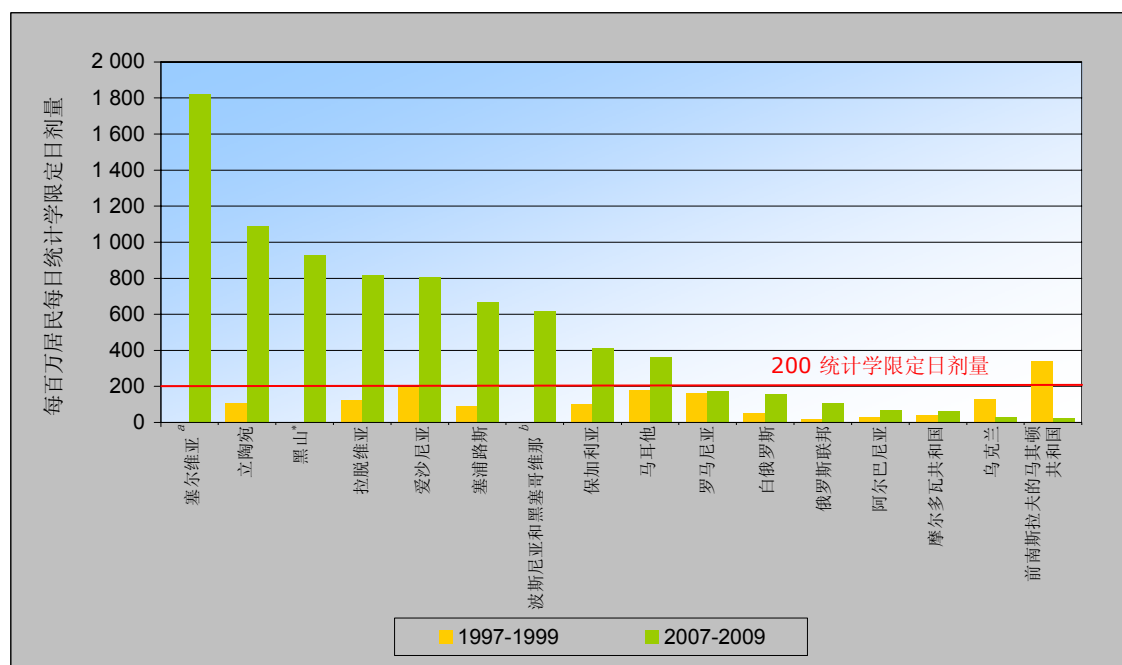


图 5a. 欧洲（消费量较高国家）：1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量



^a 无数据，因为该地区 1997-1999 年连续三年未提交统计表。

图 5b. 欧洲（消费量较低国家）：1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量



^a 无 1997-1999 年的数据，因为该国 2006 年才被接收作为联合国会员国。

^b 无数据，因为该国 1997-1999 年连续三年未提交统计表。

55. 2000-2009 年期间，东亚东南亚、西亚、南美洲和大洋洲一些国家的类阿片镇痛剂消费量也显著增加。尽管如此增加，但这些区域大多数国家的类阿片镇痛剂消费量依然相对较低。

56. 在东亚东南亚，2007-2009 年期间，该区域 65% 国家的类阿片镇痛剂消费量每百万居民每日少于 100 统计学限定日剂量。日本和大韩民国报告的消费量最高，该区域这两个国家在过去十年中记录的这类药物的消费量增加最显著（每百万居民每日超过 1,000 统计学限定日剂量）。但是，在该区域大多数国家，类阿片镇痛剂消费量仅略有增加。80% 以上的国家报告的消费量低于 200 统计学限定日剂量。在柬埔寨、印度尼西亚、老挝人民民主共和国和缅甸，这些消费量每百万居民每日低于 10 统计学限定日剂量。东帝汶没有关于类阿片镇痛剂消费情况的报告。

57. 在西亚，2007-2009 年期间，该区域 60% 国家的类阿片镇痛剂消费量每百万居民每日少于 100 统计学限定日剂量。以色列的消费量大大高于该区域其他国家，在 20 年期间不断增加，2007-2009 年期间达到每百万居民每日 3,000 多统计学限定日剂量。在巴林和土耳其，2000-2009 年期间用于治疗疼痛的类阿片镇痛剂消费量大幅增加。约旦、科威特、黎巴嫩、卡塔尔、沙特阿拉伯和阿拉伯联合酋长国的消费量增加，但依然低于 200 统计学限定日剂量。在阿富汗、伊拉克、巴基斯坦、塔吉克斯坦、乌兹别克斯坦和也门，2009 年消费量每百万居民每日低于 10 统计学限定日剂量。

图 6. 东亚东南亚：1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量

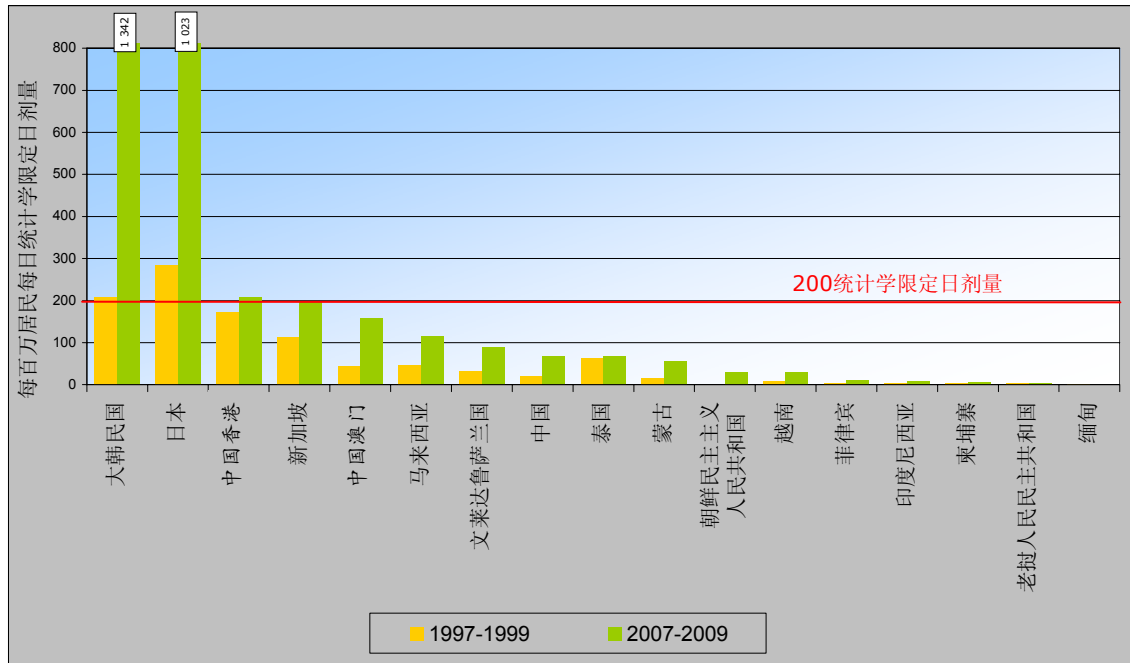
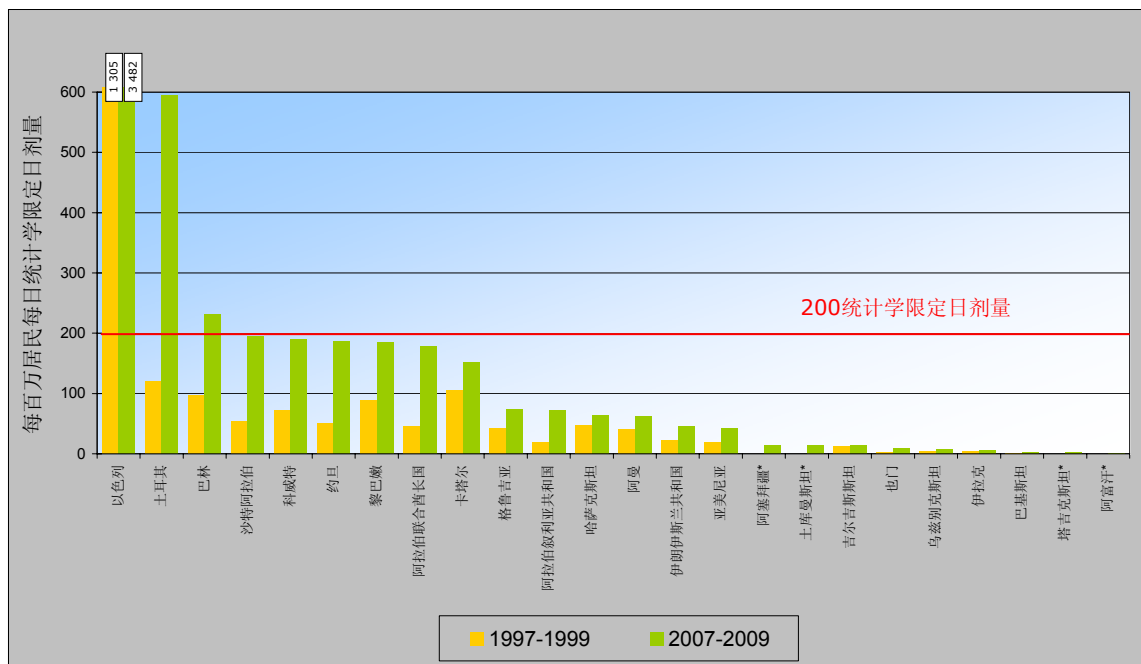


图 7. 西亚：1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量



* 无数据，因为该国 1997-1999 年连续三年未提交统计表。

58. 在南美洲，2000-2009 年期间，该区域 50%以上国家的类阿片镇痛剂消费量每百万居民每日少于 100 统计学限定日剂量，不过，整个区域的消费量明显增加。在该区域的大约半数国家中，类阿片镇痛剂消费量在这一时期翻了一倍多。2007-2009 年期间，福克兰群岛（马尔维纳斯）报告的消费量最高，每百万居民每日 4,283 统计学限定日剂量。阿根廷和智利报告的每百万居民每日消费量约为 400 统计学限定日剂量。多民族玻利维亚国和圭亚那报告的类阿片镇痛剂消费量为每百万居民每日不超过 10 统计学限定日剂量。

59. 在大洋洲，消费量情况不同国家截然分明。在 15 个报告国中，6 个国家（40%）消费量每百万居民每日低于 100 统计学限定日剂量。而另一方面，7 个国家（47%）报告的消费量超过 1,000 统计学限定日剂量。2007-2009 年期间，澳大利亚的类阿片镇痛剂消费量（超过 8,000 统计学限定日剂量）远远高于该区域的其他国家。尽管马绍尔群岛、瑙鲁、巴布亚新几内亚、萨摩亚、汤加和瓦努阿图的类阿片镇痛剂消费量显著增加，但消费量依然很低（每百万居民每日少于 100 统计学限定日剂量）。

图 8. 南美洲：1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量

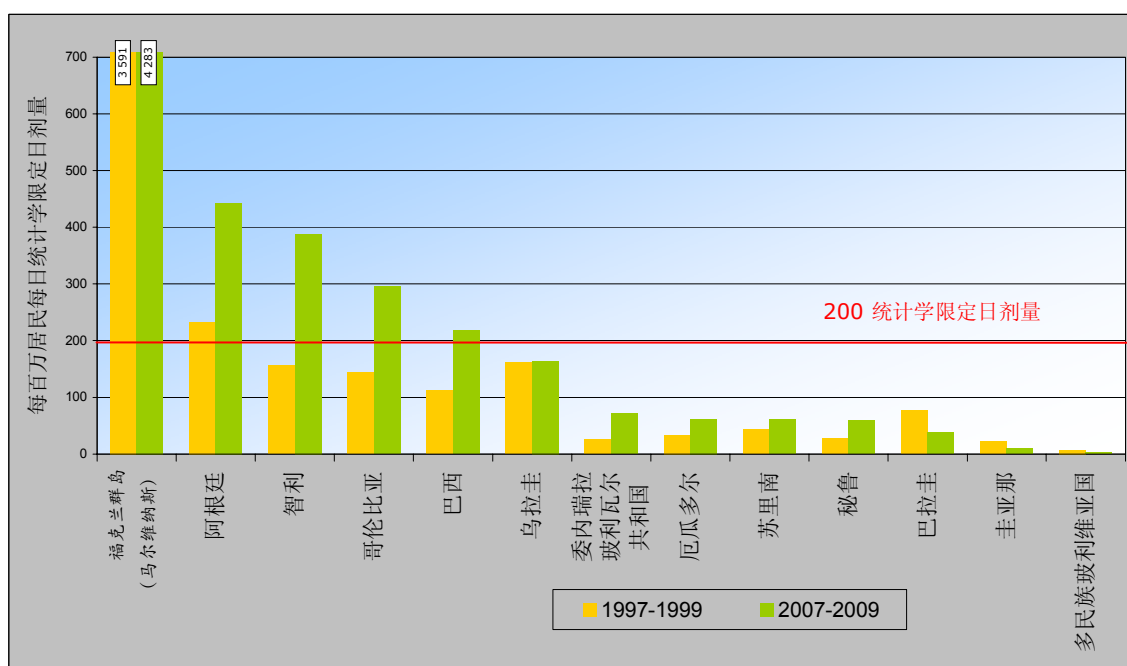
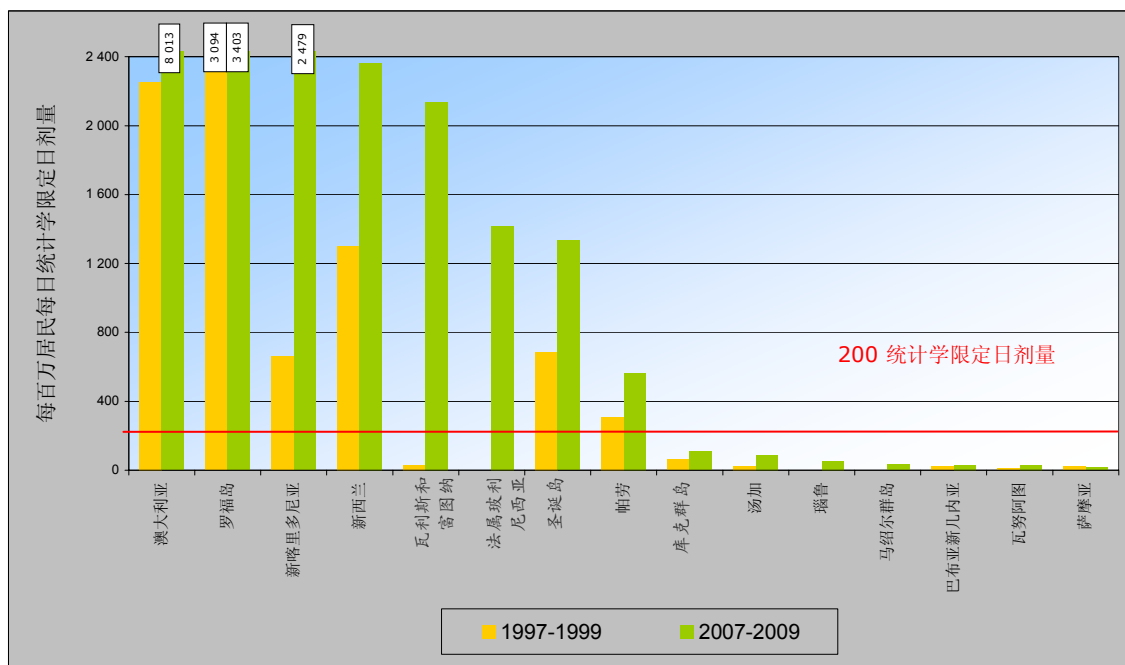


图 9. 大洋洲：1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量

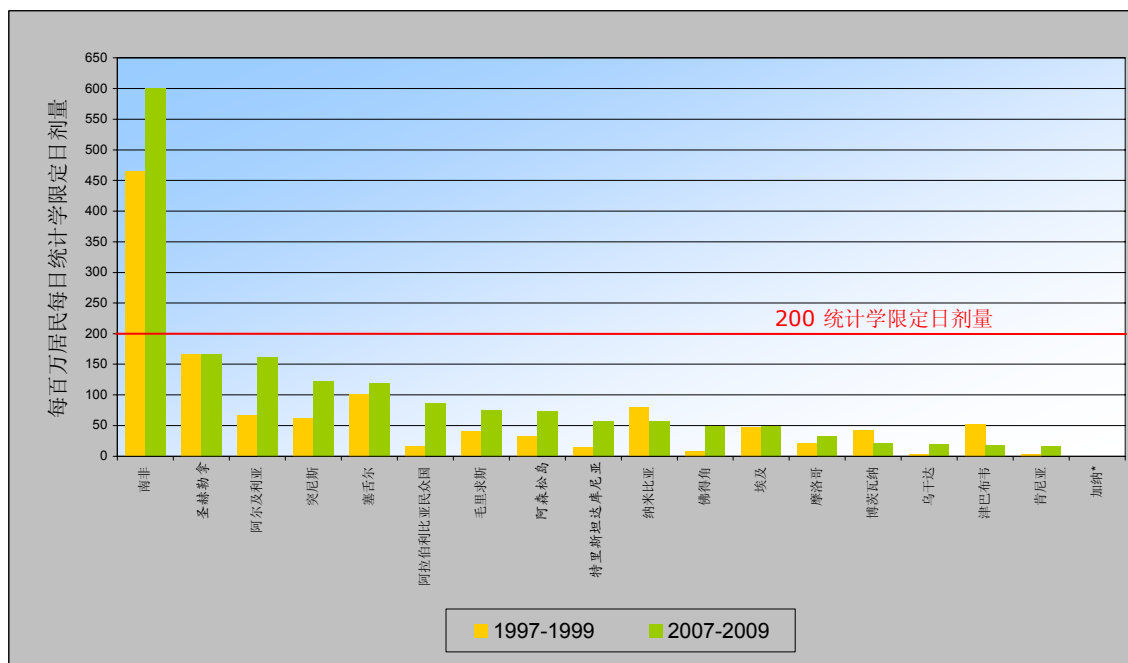


60. 与上述各区域的发展形势相对比，2000-2009 年期间，非洲、中美洲和加勒比及南亚的类阿片镇痛剂消费量并未显著增加。这三个区域中每个区域都有少数国家报告说略微增加。所以，在这些区域的绝大多数国家中，类阿片镇痛剂消费量为每百万居民每日少于 100 统计学限定日剂量，而其中许多国家少于 10 统计学限定日剂量，或甚至为零。

61. 非洲继续是类阿片镇痛剂消费量最低的区域。只有一个国家报告说消费量为每百万居民每日超过 200 统计学限定日剂量，另有 4 个国家报告的消费量超过 100 统计学限定日剂量。在该区域近 90% 的国家中，消费量为每百万居民每日少于 100 统计学限定日剂量，该区域近一半国家的消费量低于 5 统计学限定日剂量。消费量显著增加的仅限于少数一些国家，而若干其他国家则有所下降。南非目前是该区域类阿片镇痛剂消费量最高的国家，每百万居民每日平均 600 统计学限定日剂量。在该区域的六个国家（喀麦隆、乍得、马里、尼日利亚、卢旺达和坦桑尼亚联合共和国），类阿片镇痛剂平均消费量为每百万居民每日少于 1 统计学限定日剂量。中非共和国、刚果、吉布提、赤道几内亚、冈比亚、几内亚、几内亚比绍、利比里亚、索马里和斯威士兰没有关于类阿片镇痛剂消费情况的报告。

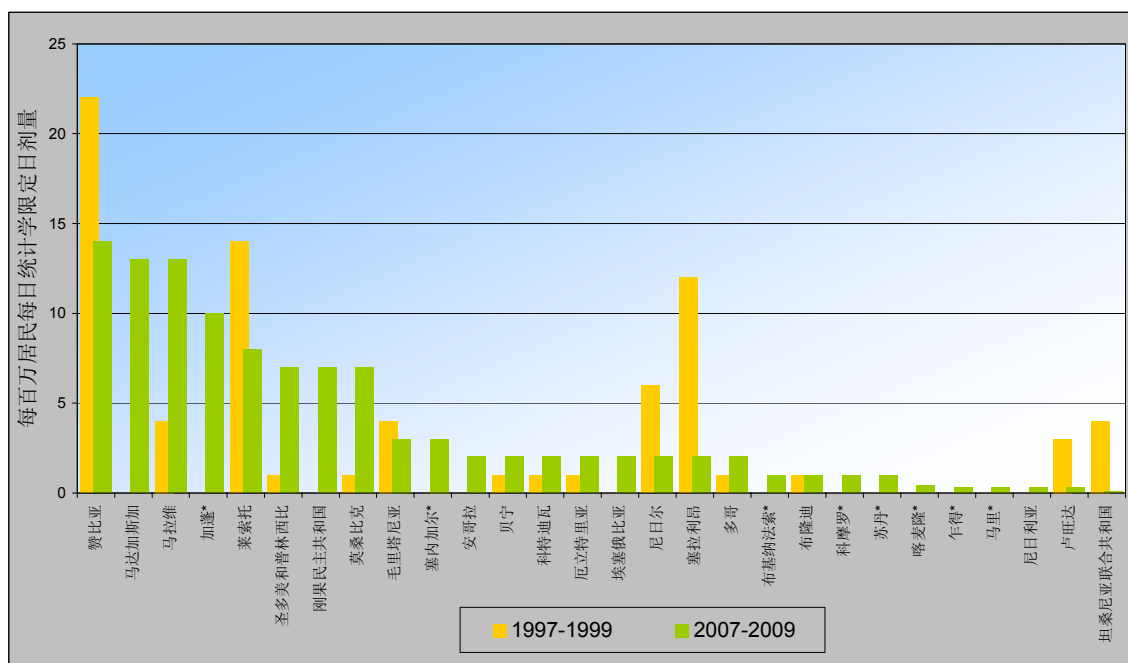
62. 在中美洲和加勒比，1989-2009 年期间，类阿片镇痛剂消费量依然较低。该区域半数以上的国家报告的 2007-2009 年期间类阿片镇痛剂消费量为每百万居民每日少于 100 统计学限定日剂量。只有开曼群岛和荷属安的列斯群岛报告的每百万居民每日消费量高于 1,000 统计学限定日剂量。海地报告的平均消费量为每百万居民每日 2 统计学限定日剂量。安圭拉、安提瓜和巴布达、阿鲁巴、巴巴多斯、伯利兹、英属维京群岛、洪都拉斯和圣基茨和尼维斯没有关于类阿片镇痛剂消费情况的报告。

图 10a. 非洲（消费量较高国家）：1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量



* 无数据，因为该国 1997-1999 年连续三年未提交统计表。

图 10b. 非洲（消费量较低国家）：1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量

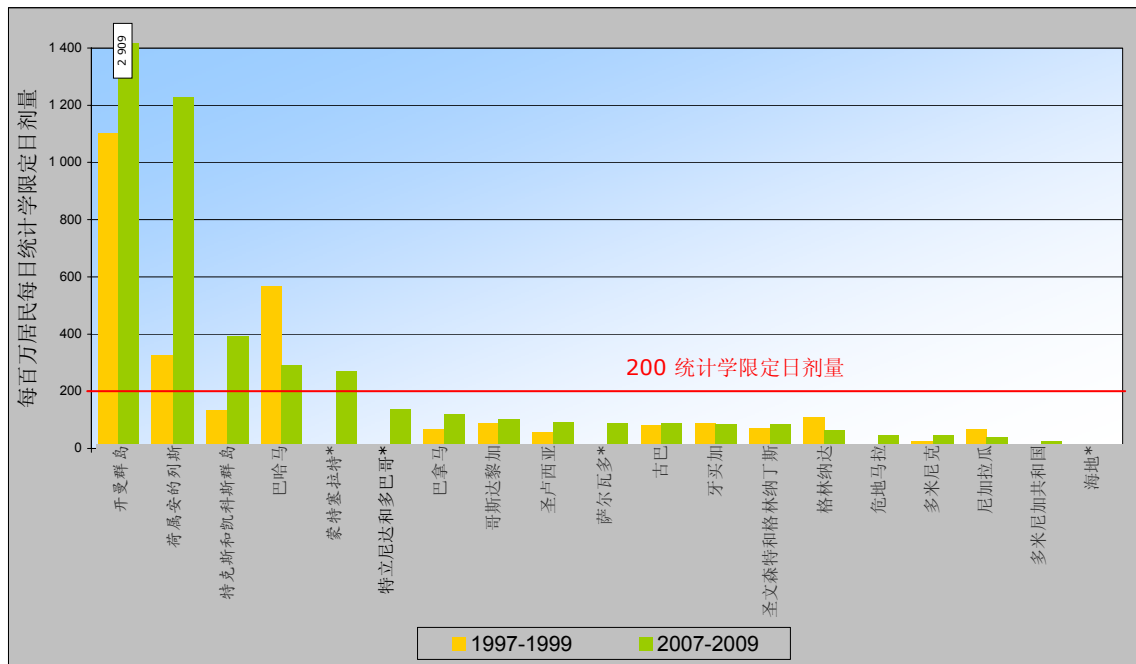


* 无数据，因为该国家 1997-1999 年连续三年未提交统计表。

63. 南亚所有国家报告的 2007-2009 年期间类阿片镇痛剂消费量都很低。斯里兰卡报告的消费量最高，为 26 统计学限定日剂量。不丹是消费量超过 20 统计学限定日剂量的唯一另一个国家。孟加拉国和尼泊尔报告的消费量少于 10 统计学限定日剂量。

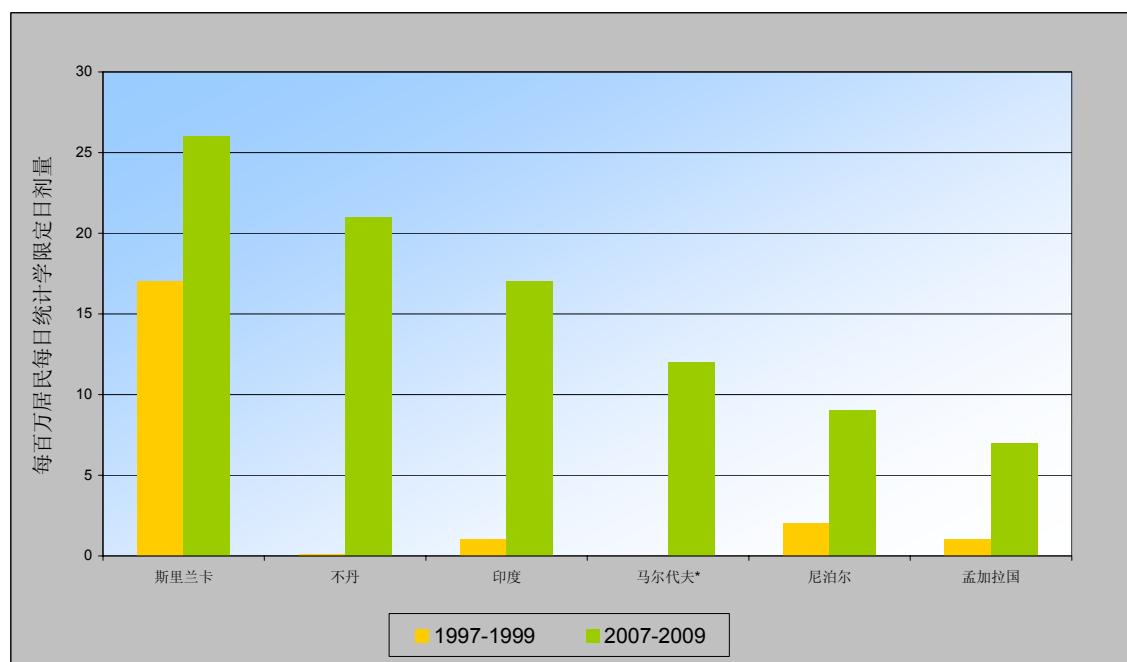
64. 如以上各段所述，类阿片消费情况各国之间仍有很大的差异。受国际管制的类阿片镇痛剂供应数量继续不足以满足全世界许多国家人口的医疗需要，包括人口非常庞大的若干国家，例如印度和尼日利亚。但是，在其他一些国家，过度开具类阿片镇痛剂处方及其供应数量大于正常医疗所需可能导致这些药物被转移和滥用，一些国家已经在遭遇这种情况。

图 11. 中美洲和加勒比：1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量



* 无数据，因为该国或该地区 1997-1999 年连续三年未提交统计表。

图 12. 南亚：1997-1999 年和 2007-2009 年类阿片镇痛剂平均消费量



* 无数据，因为该国 1997-1999 年连续三年未提交统计表。

B. 受《1971 年公约》管制的类阿片

65. 丁丙诺啡、利非他明和喷他佐辛是《1971 年公约》管制的镇痛剂。丁丙诺啡这一《1971 年公约》表三所列的类阿片镇痛剂，2009 年占全球此类镇痛剂消费量 99% 以上。1990-2009 年期间，丁丙诺啡的推算消费量急剧增加，不过，现有的信息不够精确，无法为每一个主要制造国和消费国计算出消费量。二十年前，只有 12 个国家使用丁丙诺啡，其中没有非洲和大洋洲。在 2007-2009 年期间，约 75 个国家或地区使用丁丙诺啡，每个区域都有，约占所有国家和地区的 35%。丁丙诺啡使用上的这一转变是因为日益使用更高剂量的形式治疗疼痛和作为替代疗法。澳大利亚、比利时、法国、德国、挪威、大不列颠及北爱尔兰联合王国和美国是丁丙诺啡消费量最高的国家。欧洲一直是消费量最高的区域。

66. 从现有信息中，无法分辨消费状况有问题（消费量太低或太高）的国家，这主要是因为以上所述的报告问题，但也是因为某些麻醉药品（例如，用于治疗疼痛的任何类阿片镇痛剂和用于替代疗法的美沙酮）可用于替代丁丙诺啡，所以丁丙诺啡的供应应当结合这些药物的供应一并审查。丁丙诺啡从国内分销渠道转移的情况继续发生，首先是从替代治疗方案被转移。

67. 喷他佐辛这种类阿片镇痛剂的特性和用途与吗啡相类似；喷他佐辛已列入《1971 年公约》表三。在 2005-2009 年期间，喷他佐辛的全球推算消费量表现为略有增加。与使用丁丙诺啡相比，喷他佐辛的使用并未扩散至其他国家；过去十年中，仍是同样的 50 个国家在使用喷他佐辛，其中印度、巴基斯坦和美国加在一起占 2007-2009 年期间全球总量的 80%。

C. 抗癫痫剂

68. 氯硝西洋（一种苯二氮卓）、甲苯巴比妥和苯巴比妥是《1971 年公约》管制的抗癫痫剂。这三种药物都已列入该公约表四。除用于治疗癫痫症外，这些药物还用于引诱睡眠。从向麻管局报告的数据中，无法确定这种药物在多大程度上分别用于引诱睡眠和治疗癫痫症。苯巴比妥的消费量在 2009 年抗癫痫症的全球消费量中占 99%以上。

69. 1990-2009 年期间，抗癫痫剂的推算消费量增加。1990 年，全世界 120 个国家报告使用这种药物。自那时以来，这种药物的使用范围扩大到几乎每个国家，苯巴比妥是最广泛使用的精神药物之一。如同所有精神药物的情况一样，根据麻管局报告的数据，抗癫痫剂的推算消费量完全是初步的大概数字，因为一些主要制造商和进口商提交的数据不准确或不一致。抗癫痫剂消费量最高的国家是保加利亚、拉脱维亚和乌克兰。欧洲一直是这些药物消费量最高的区域。

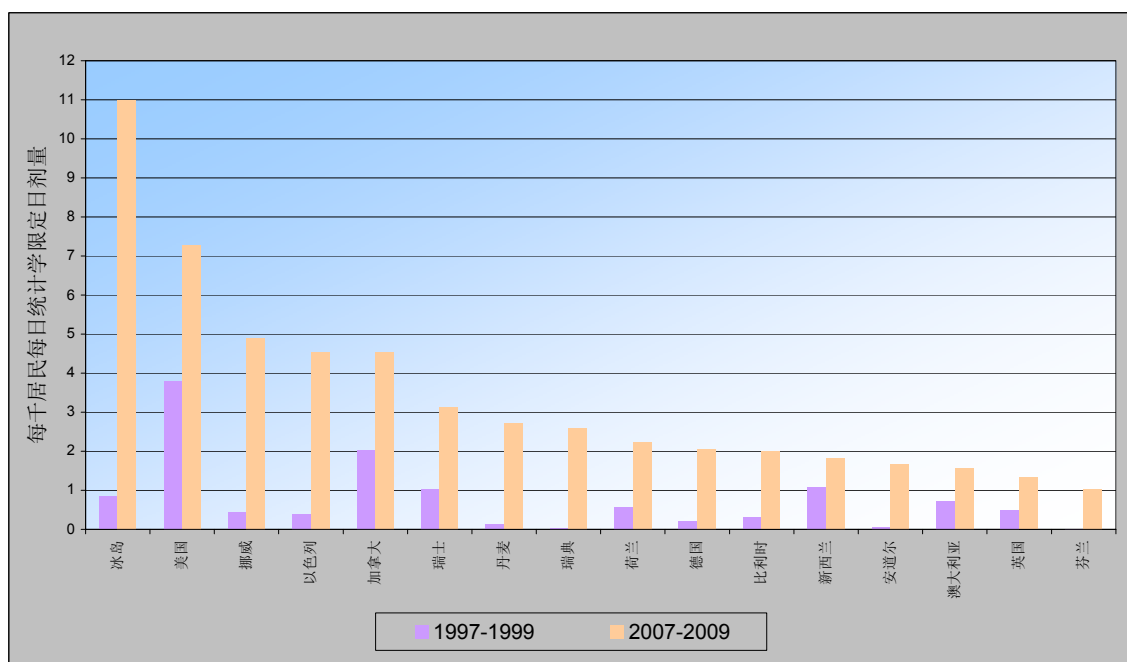
70. 在贝宁，抗癫痫剂消费量（2008 年每百万居民每日 7 统计学限定日剂量）比非洲平均数高出许多，这可能表明与《1971 年公约》设想的处方要求未得到执行相关的过度供应，以及可能存在与此相关的被转移和滥用。从麻管局掌握的信息中无法得出所有这些国家这些药物供应特别是作为抗癫痫剂是否数量充足的结论。被转移的苯巴比妥有时在非法市场上发现，可能是因为这种药物在合法市场上供应量不能达到要求。一些医院提出的询问表明，在一些国家，为医疗目的进口的苯巴比妥数量不足。

D. 《1971 年公约》表二所列的用于治疗注意力缺乏症的兴奋剂

71. 哌醋甲酯、苯丙胺和右苯丙胺是《1971 年公约》表二所列的药物，主要用于治疗注意力缺乏症和嗜眠发作。许多年来，为医疗目的使用这些药物最广泛的是美洲。近几年，发现加拿大、以色列、美国 and 北欧国家这些兴奋剂消费量最高。

72. 哌醋甲酯是最广泛使用的《1971 年公约》表二所列兴奋剂。其制造和使用继续增加。在 2005-2009 年期间，哌醋甲酯的全球推算消费量增加了 30%，达到 40 吨，美国占其中大多数。在该国，广告中继续针对潜在消费者宣传使用哌醋甲酯治疗注意力缺乏症，与《1971 年公约》的规定背道而驰。使用哌醋甲酯治疗注意力缺乏症的情况也在其他许多国家增加，但美国对这种药物的用量继续比其他所有国家的总和高出许多。2000 年，除美国以外的所有国家加在一起占哌醋甲酯全球推算消费量不到 20%；但是，到 2009 年，这一比例逐渐上升至 30%。

73. 在 2007-2009 年期间，约 100 个国家和地区报告使用哌醋甲酯，大约 70 个国家报告使用苯丙胺。在大约 50%的国家和地区中，似乎没有《1971 年公约》表二兴奋剂供应。自 2007 年以来，冰岛已成为推算的哌醋甲酯人均消费量最高的国家，其次是美国。冰岛的消费比率高可能是因为该国人口少。图 13 按推算的消费量排列，显示每千居民每日哌醋甲酯消费率超过 1 统计学限定日剂量的国家。

图 13. 选定的一些国家：1997-1999 年和 2007-2009 年哌醋甲酯平均消费量^a

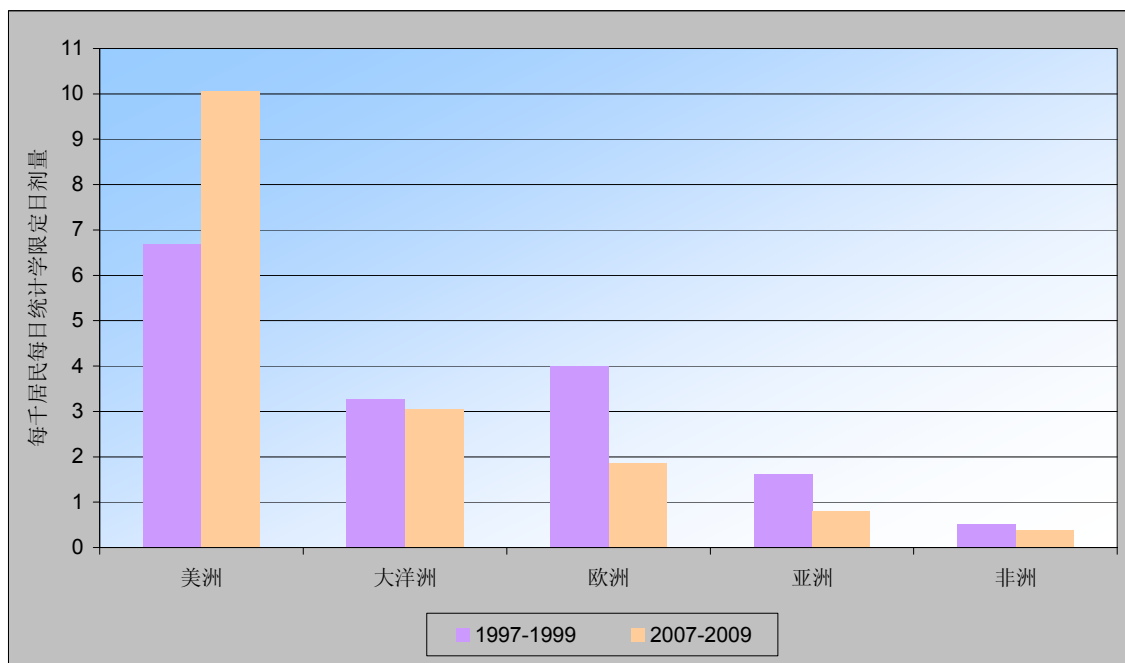
^a 麻管局计算的大约消费量。

74. 正如麻管局以往所注意到的，《1971 年公约》表二兴奋剂的转用和滥用发生在这些药物消费量非常高的国家。麻管局再次请所有国家政府确保对表二兴奋剂充分实行《1971 年公约》设想的管制措施。

E. 《1971 年公约》表四所列的用作减食欲剂的兴奋剂

75. 《1971 年公约》表四所列的兴奋剂主要用作减食欲剂。最经常使用的表四兴奋剂是芬特明，其次是芬普雷斯、安非拉酮和马吲哚。

图 14. 所有区域：1997-1999 年和 2007-2009 年表四中央神经兴奋剂平均消费量^a

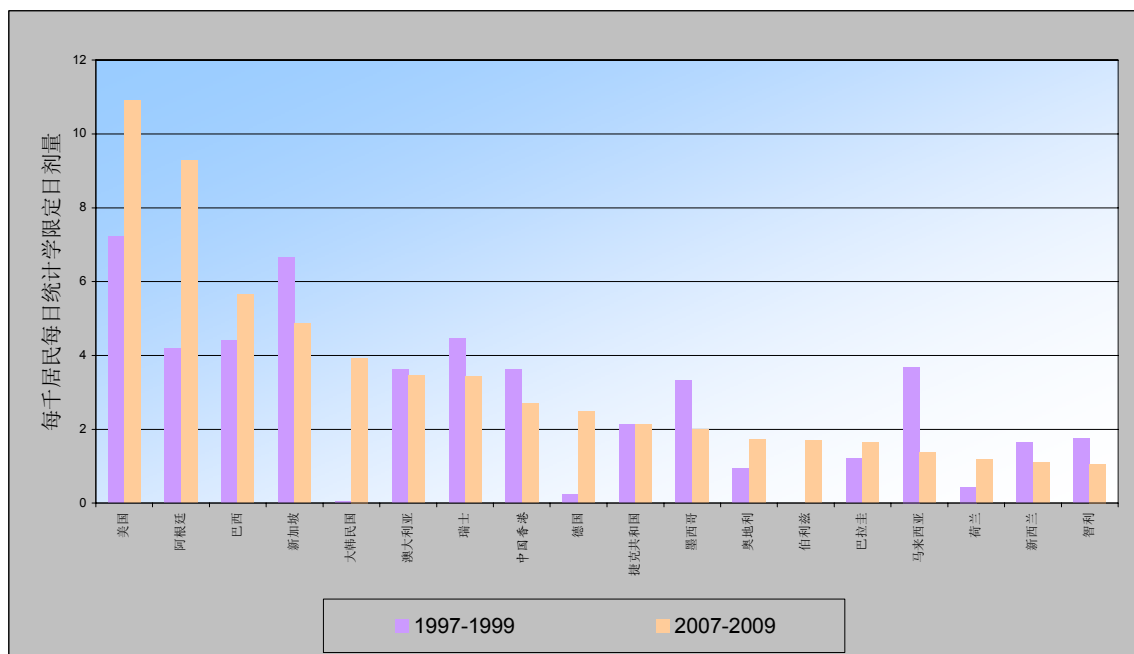


^a 麻管局计算的大约消费量。

76. 《1971 年公约》表四兴奋剂推算消费量最高的向来是美洲国家，特别是阿根廷、巴西和美国。在 2007-2009 年期间，美洲的推算平均消费量继续上升，美国依然是世界上这些兴奋剂推算人均消费量最高的国家。直至 2006 年，巴西有类似的消费量。2006-2009 年期间，巴西通过严格实行处方要求和对经发现以非职业方式行医的医务人员采取行动，成功将这些兴奋剂的人均消费量减少了三分之二。在表四兴奋剂的全世界推算消费量（以统计学限定日剂量表示）中，美国所占的比例从 2008 年的 58% 上升至 2009 年的 71%。业界发现兴奋剂的需求量日渐下降：2009 年，这类兴奋剂的全球制造与往年相比减少了 25%，主要是因为巴西芬普雷斯制造量下降。

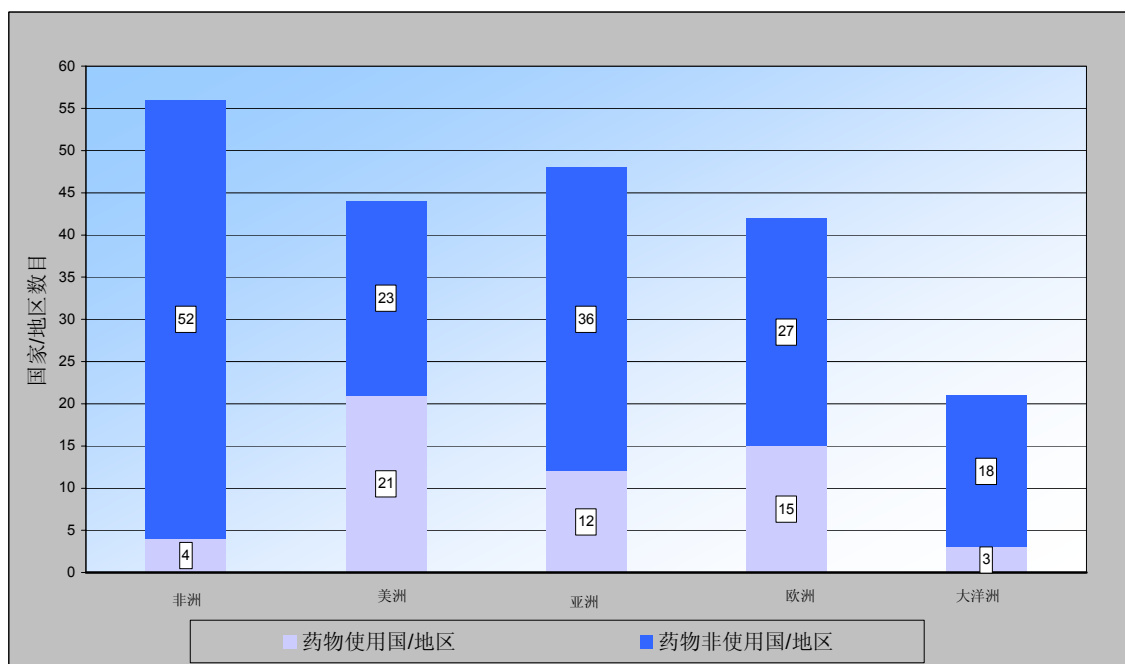
77. 约 75 个国家和地区报告经常使用《1971 年公约》表四所列的兴奋剂。图 15 表明，各国和各区域这些兴奋剂的消费量差异很大，而图 16 则显示每一区域内报告这种使用情况的国家和地区数目。在大约 60% 的国家和地区中，似乎没有这些兴奋剂供应；供应量在非洲、大洋洲岛国和亚洲许多地区特别有限。

图 15. 选定的一些国家/地区：1997-1999 年和 2007-2009 年表四中央神经兴奋剂平均消费量^a



^a 麻管局计算的大约消费量。

图 16. 所有区域：2007-2009 年使用表四中央神经兴奋剂的国家/地区数目



78. 在一些国家，表四所列兴奋剂的大量处方已导致这些兴奋剂被转用和滥用。麻管局鼓励各国政府保持警惕，查明与正常医疗活动不相适应和（或）非正常医疗活动所需的消费量，并采取步骤，充分实行《1971年公约》所设想的管制措施。

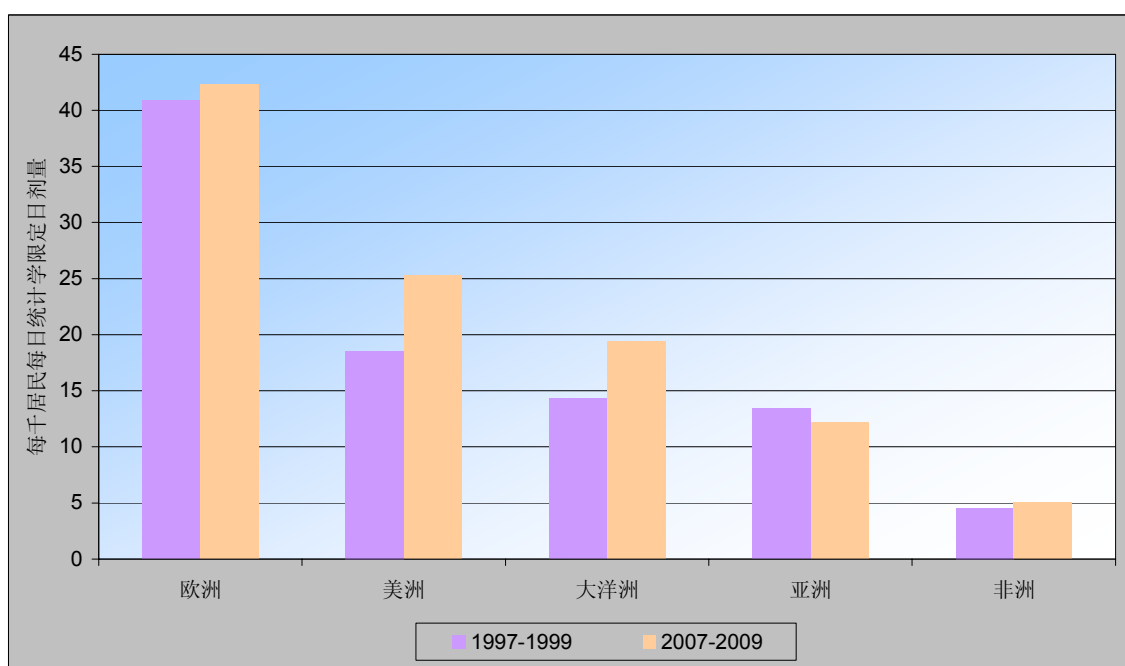
F. 苯二氮卓类

79. 苯二氮卓类的全球推算消费量在过去十年中显示略有增加。在这一期间，向麻管局报告的几乎所有国家和地区都制造苯二氮卓类或进行其交易，至少有一次数量在 1 千克以上。在抗焦虑药中，阿普唑仑和地西洋是使用最多的药物，而三唑仑则是消费最多的镇静安眠药。对表三和表四所列的药物，例如苯二氮卓类，报告义务不如表二药物那么严格。因此，这类药物的推算消费量与表二药物相比更加是个大概数字。²³

苯二氮卓类抗焦虑药

80. 从图 17 可以看出，苯二氮卓类抗焦虑药消费量最高的是欧洲国家，反映了往往为老年人经常开具苯二氮卓类处方药的事实。如图 19 至图 22 所示，2007-2009 年期间，欧洲以外国家的苯二氮卓类抗焦虑药消费量大多为每千居民每日低于 20 统计学限定日剂量，不过也有少数例外。

图 17. 所有区域：1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类（抗焦虑药）平均消费量^a

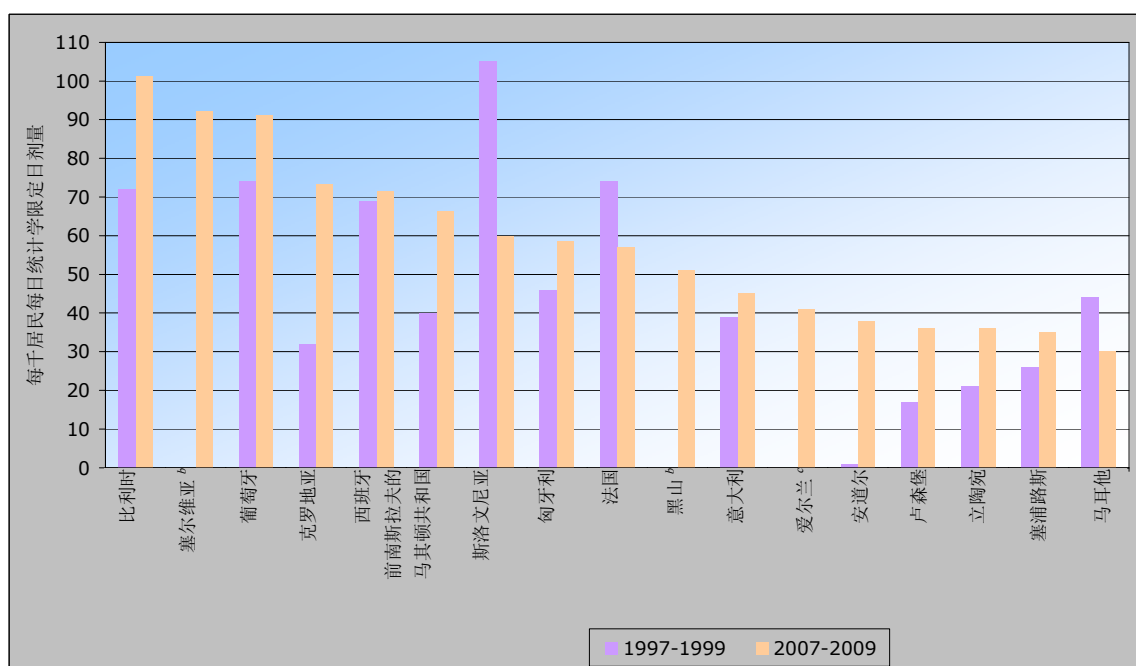


^a 麻管局计算的大约消费量。

²³ 图 17-28 提供关于过去十年苯二氮卓类消费量全球和区域发展动态的信息。因为消费量差别巨大，图中使用的度量单位不同。

81. 欧洲许多国家的抗焦虑药消费量本已很高，在过去十年中进一步上升。2007-2009 年期间，12 个国家（约占该区域 27%）每千居民的推算平均消费量超过 40 统计学限定日剂量，另外 14 个国家（31%）的这些消费量每千居民为 20-40 统计学限定日剂量。在该区域，西欧和东南欧国家的消费量最高。

图 18. 欧洲（选定的一些国家）：1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类（抗焦虑药）平均消费量^a



^a 麻管局计算的大约消费量。

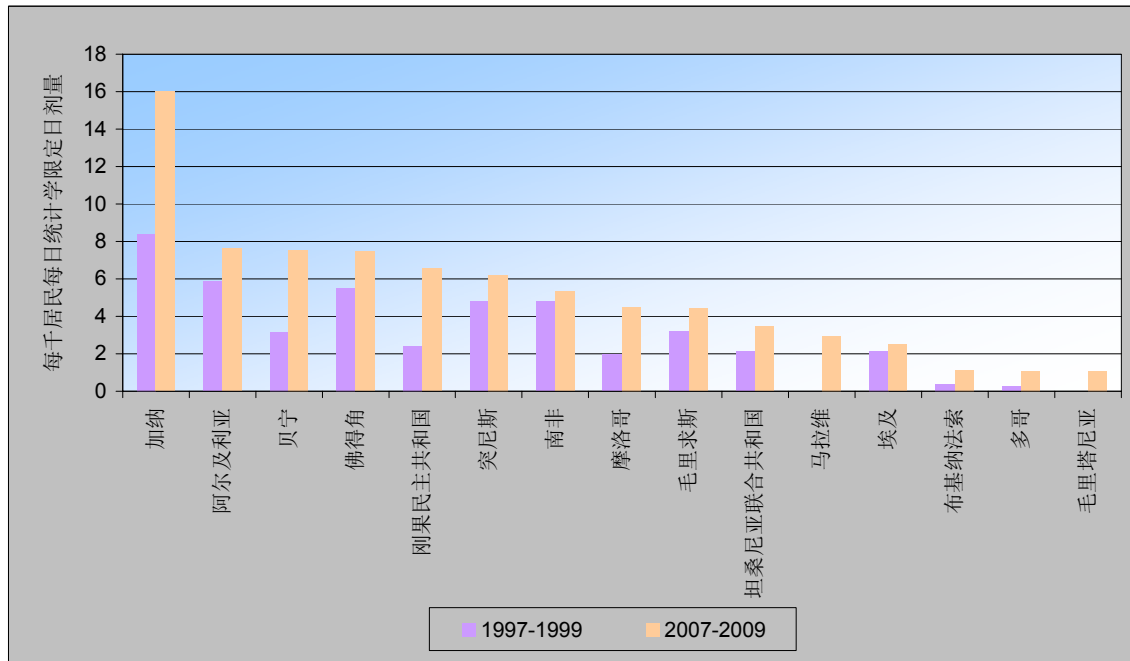
^b 1999 年以后成立的国家，因此无 1997-1999 年时期的数据。

^c 收到的数据不足以计算 1997-1999 年时期的大约消费量。

82. 在非洲，2007-2009 年期间，加纳显示的抗焦虑药推算平均消费量最高（每千居民 16 统计学限定日剂量）。6 个国家（阿尔及利亚、贝宁、佛得角、刚果民主共和国、突尼斯和南非）的消费量为每千居民每日 5-10 统计学限定日剂量。正如图 19 所示，8 个国家的消费量为每千居民每日 1-5 统计学限定日剂量，而其他所有国家和地区（占该区域 73%）的消费量为每千居民每日少于 1 统计学限定日剂量。

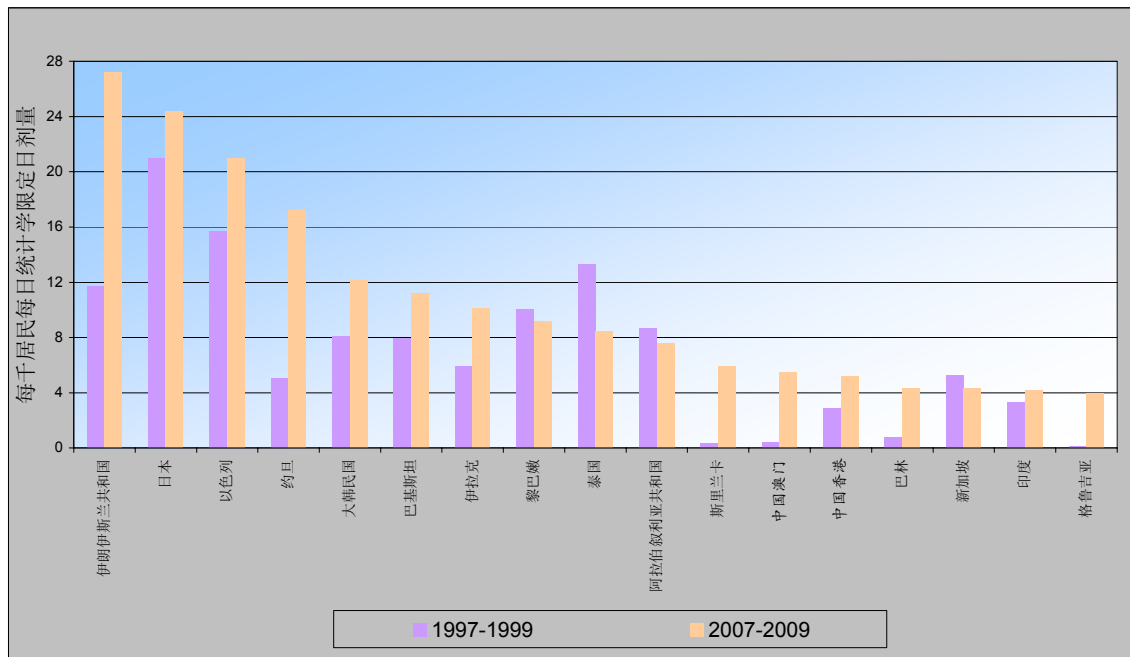
83. 在亚洲，7 个国家（伊朗伊斯兰共和国、伊拉克、以色列、日本、约旦、巴基斯坦和大韩民国）（15% 的国家和地区）显示 2007-2009 年期间抗焦虑药的推算平均消费量每千居民每日高于 10 统计学限定日剂量，而四个国家和两个地区（黎巴嫩、斯里兰卡、阿拉伯叙利亚共和国、泰国、中国香港和中国澳门）则发现消费量为每千居民每日 5-10 统计学限定日剂量。10 个国家（巴林、柬埔寨、中国、格鲁吉亚、印度、科威特、大韩民国、新加坡、土耳其和也门）每千居民每日消费量 2-5 统计学限定日剂量。亚洲其余 44% 的国家和地区每千居民每日消费量低于统计学限定日剂量。

图 19. 非洲 (选定的一些国家): 1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类 (抗焦虑药) 平均消费量^a



^a 麻管局计算的大约消费量。

图 20. 亚洲 (选定的一些国家): 1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类 (抗焦虑药) 平均消费量^a

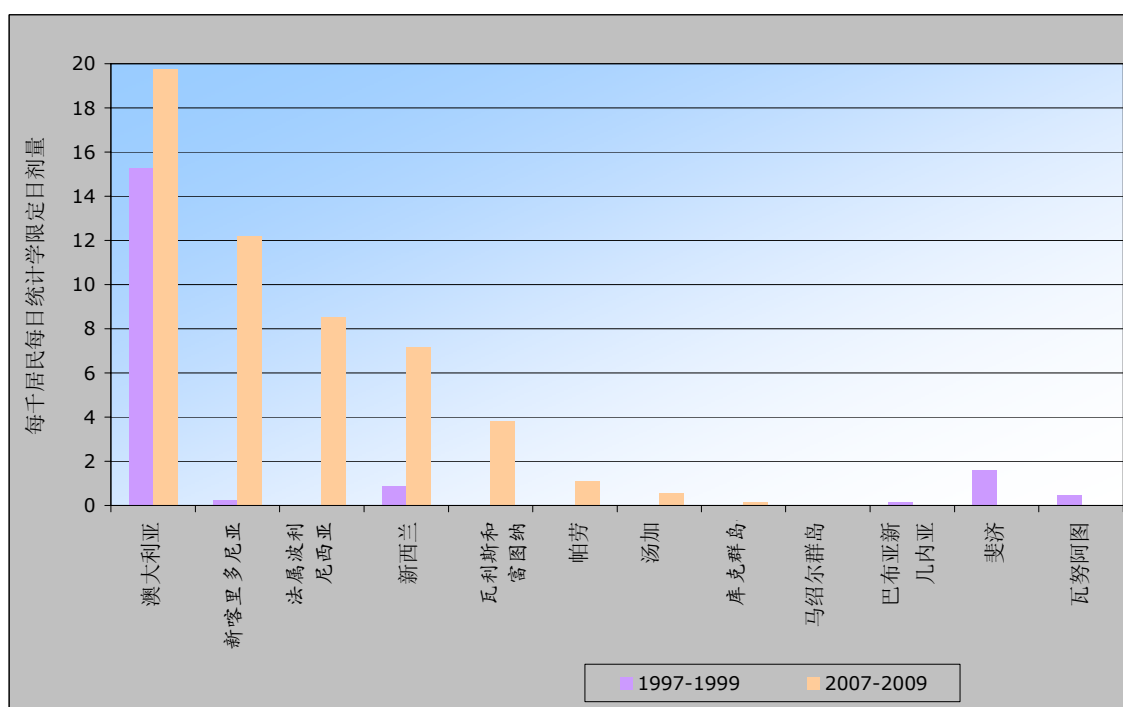


^a 麻管局计算的大约消费量。

84. 在大洋洲，两个国家和两个地区（澳大利亚、新西兰、法属波利尼西亚和新喀里多尼亚）2007-2009 年期间每千居民每日消费抗焦虑药超过 5 统计学限定日剂量。所有其他国家和地区消费量少得多。

85. 如图 22 所示，在美洲，抗焦虑药消费量差异巨大。除 2007-2009 年期间每千居民每日平均消费抗焦虑药超过 20 统计学限定日剂量的阿根廷、美国和乌拉圭之外，6 个国家（巴西、加拿大、智利、古巴、圭亚那和巴拉圭）每千居民每日消费 10-20 统计学限定日剂量，5 个国家每千居民每日消费 5-10 统计学限定日剂量。该区域大多数国家和地区（70%）每千居民每日消费抗焦虑药少于 5 统计学限定日剂量。发现阿根廷和乌拉圭的消费量高，可能表明供应超量和《1971 年公约》所设想的处方要求未得到执行，这种高消费量可能与该次区域的减食欲剂消费量非常高相关。

图 21. 大洋洲（选定的一些国家和地区）：1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类（抗焦虑药）平均消费量^a

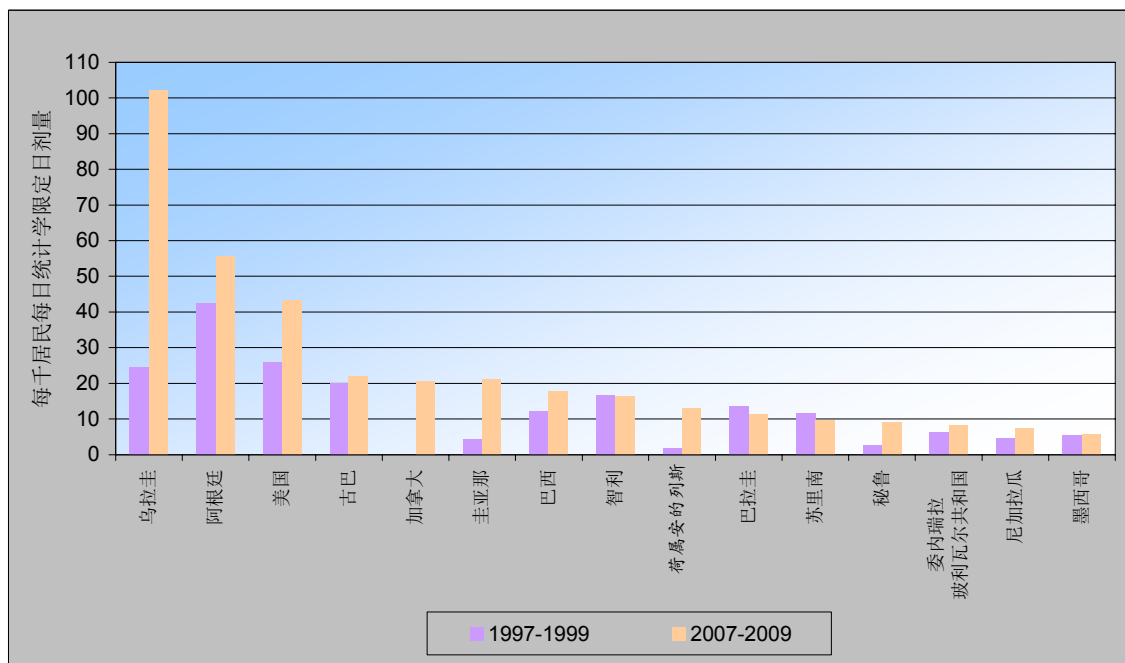


^a 麻管局计算的大约消费量。

苯二氮卓类镇静安眠药

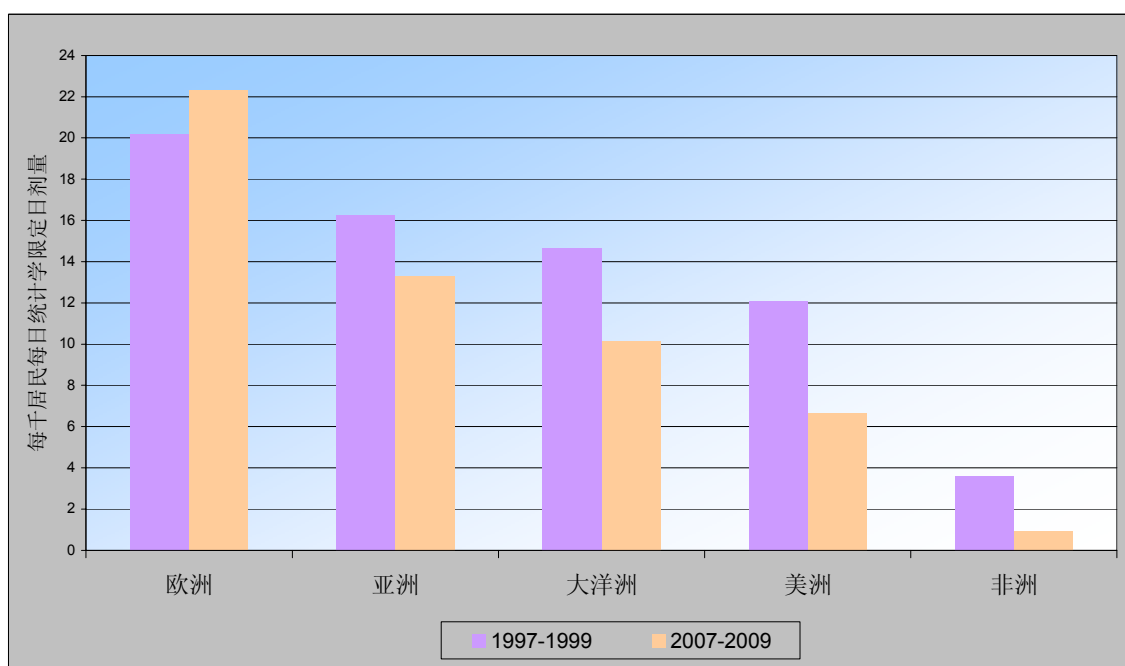
86. 在所有区域中，如图 23 所示，苯二氮卓类镇静安眠药的推算消费量欧洲始终最高。但是，在欧洲许多国家和其他地方，苯二氮卓类镇静安眠药的消费量较之十年前下降，比抗焦虑药下降的幅度显著得多，这反映了在医疗实践中所开具的苯二氮卓类处方药发生了变化。

图 22. 美洲（选定的一些国家和地区）：1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类（抗焦虑药）平均消费量^a



^a 麻管局计算的大约消费量。

图 23. 所有区域：1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类（镇静剂安眠药）平均消费量^a



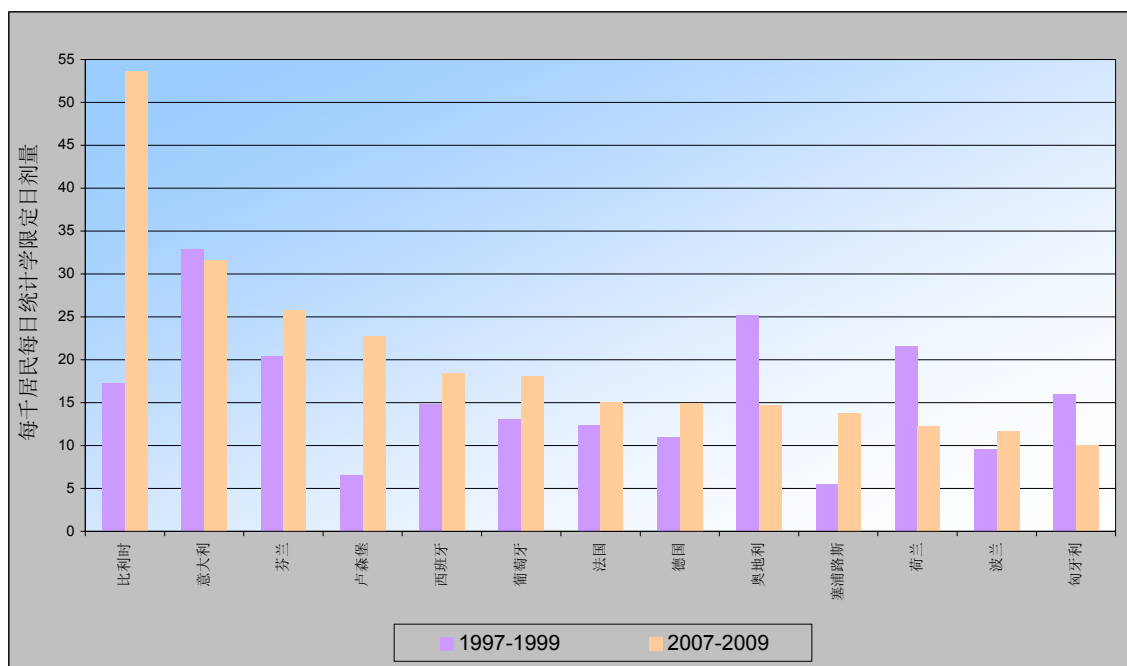
^a 麻管局计算的大约消费量。

87. 在欧洲，如图 24 所示，2007-2009 年期间，13 个国家（约占该区域 30%）苯二氮卓类镇静安眠药平均消费量超过每千居民 10 统计学限定日剂量，而另外 8 个国家（安道尔、克罗地亚、希腊、爱尔兰、马耳他、挪威、塞尔维亚和英国，合在一起占该区域 18%）的相应消费量每千居民超过 5 统计学限定日剂量。西欧国家显示的这组苯二氮卓类消费量在该区域最高。

88. 在非洲，2007-2009 年期间，只有毛里求斯和南非显示的镇静安眠药推算平均消费量每千居民高于 1 统计学限定日剂量。另外 5 个国家（佛得角、阿拉伯利比亚民众国、纳米比亚、尼日利亚和塞舌尔）消费量是每千居民每日 0.1-1 统计学限定日剂量。在 5 个国家（安哥拉、科特迪瓦、乍得、加纳和赞比亚），消费量是每千居民每日 0.03-0.1 统计学限定日剂量，而所有其他国家和地区（占该区域 82%）每千居民每日消费量少于 0.03 统计学限定日剂量。

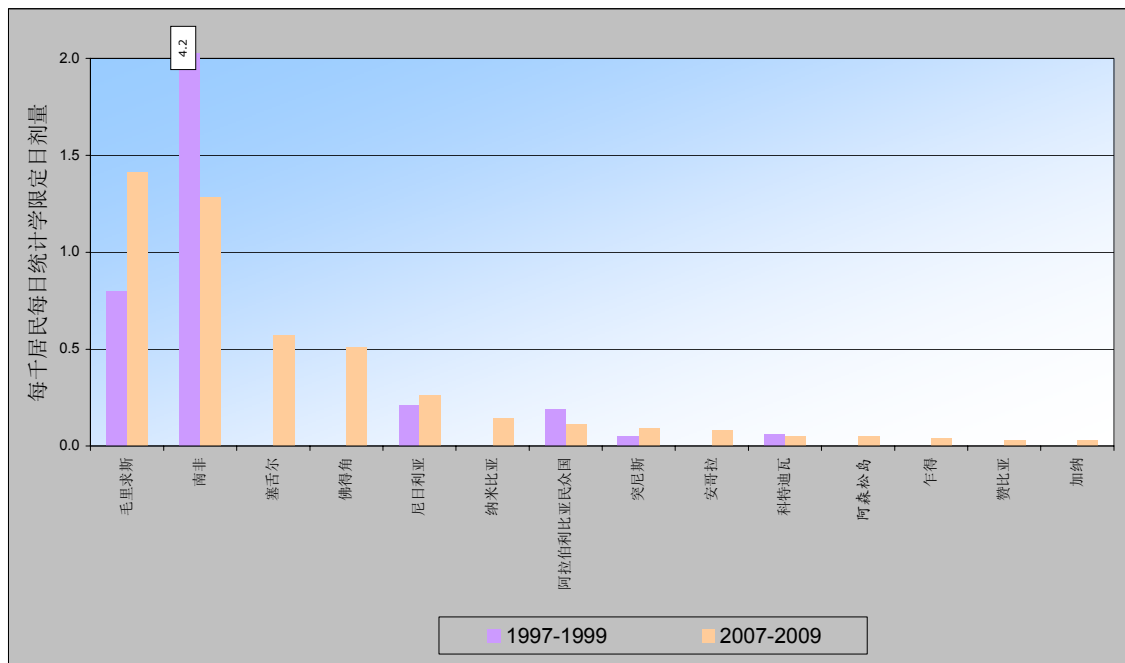
89. 在亚洲，苯二氮卓类镇静安眠药消费量大多非常低，只有以色列和日本除外，这是亚洲老年人人口最多的两个国家。日本发现的高消费量还可能反映了不适当的处方模式及相关的滥用。2007-2009 年期间，除以色列和日本之外，4 个国家（巴林、中国、大韩民国和新加坡）这组苯二氮卓类消费量每千居民每日超过 1 统计学限定日剂量，而该区域多数国家和地区（88%）的消费量则是每千居民每日少于 1 统计学限定日剂量。

图 24. 欧洲（选定的一些国家）：1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类（镇静剂安眠药）平均消费量^a



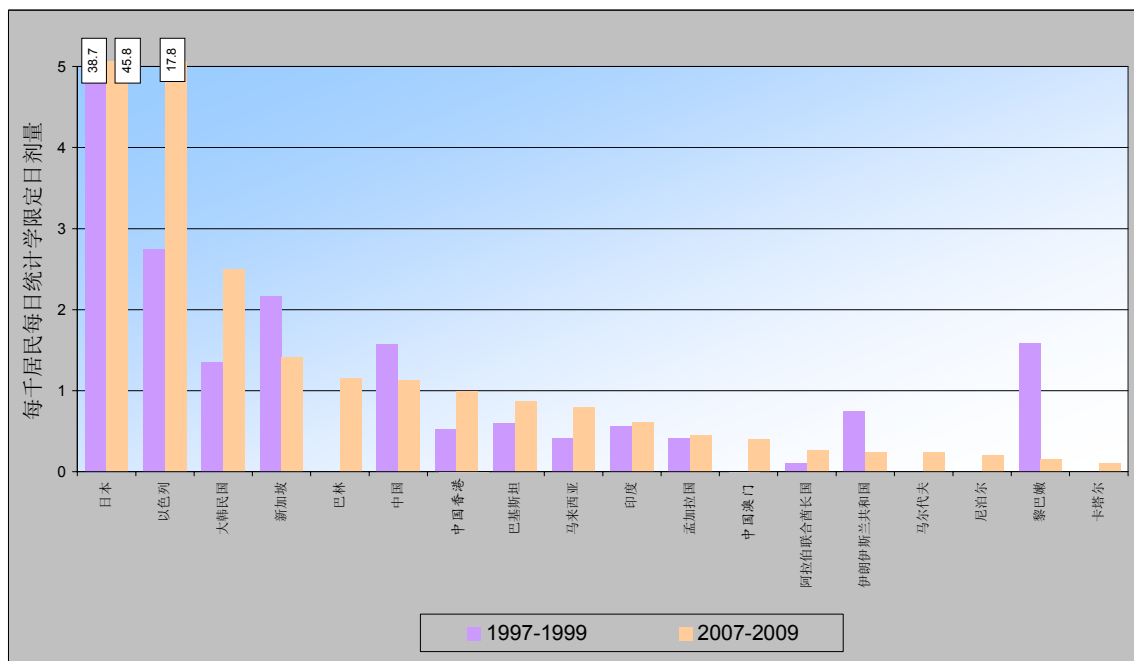
^a 麻管局计算的大约消费量。

图 25. 非洲（选定的一些国家）：1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类（镇静剂安眠药）平均消费量^a



^a 麻管局计算的大约消费量。

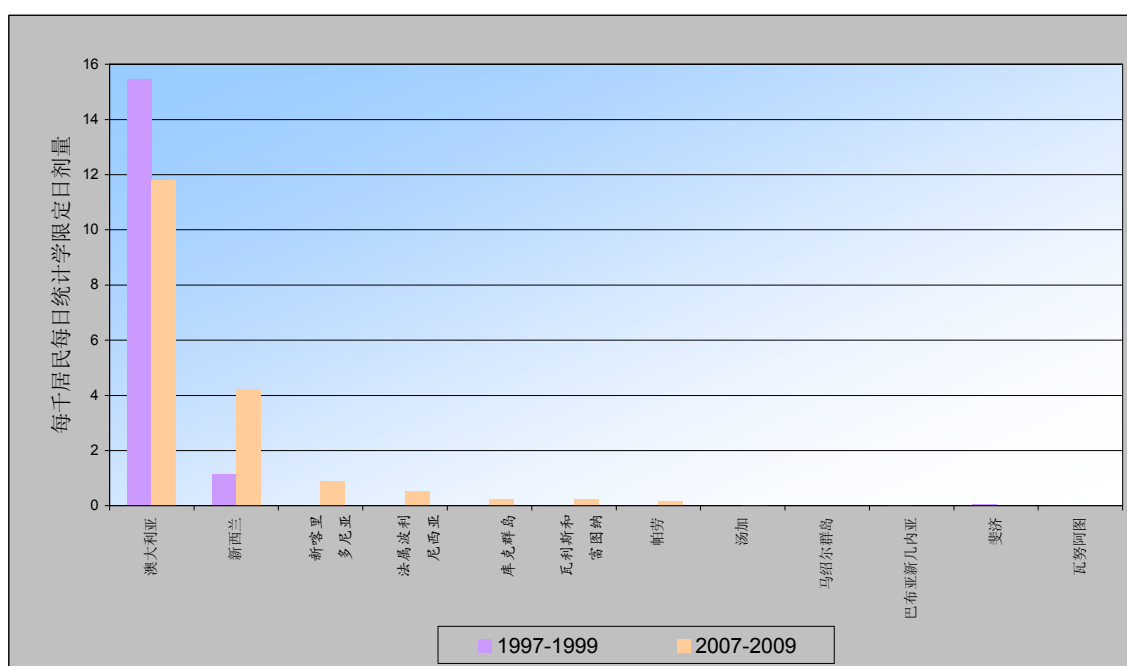
图 26. 亚洲（选定的一些国家和地区）：1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类（镇静剂安眠药）平均消费量^a



^a 麻管局计算的大约消费量。

90. 在大洋洲，2007-2009 年期间，只有澳大利亚和新西兰的苯二氮卓类镇静安眠药推算平均消费量每千居民每日超过 1 统计学限定日剂量。6 个其他国家和地区这组苯二氮卓类消费量每千居民每日至少 0.01 统计学限定日剂量，如图 27 所示。虽然斐济、马绍尔群岛、巴布亚新几内亚和瓦努阿图进口和使用苯二氮卓类镇静安眠药，但其推算消费量每千居民每日少于 0.01 统计学限定日剂量。

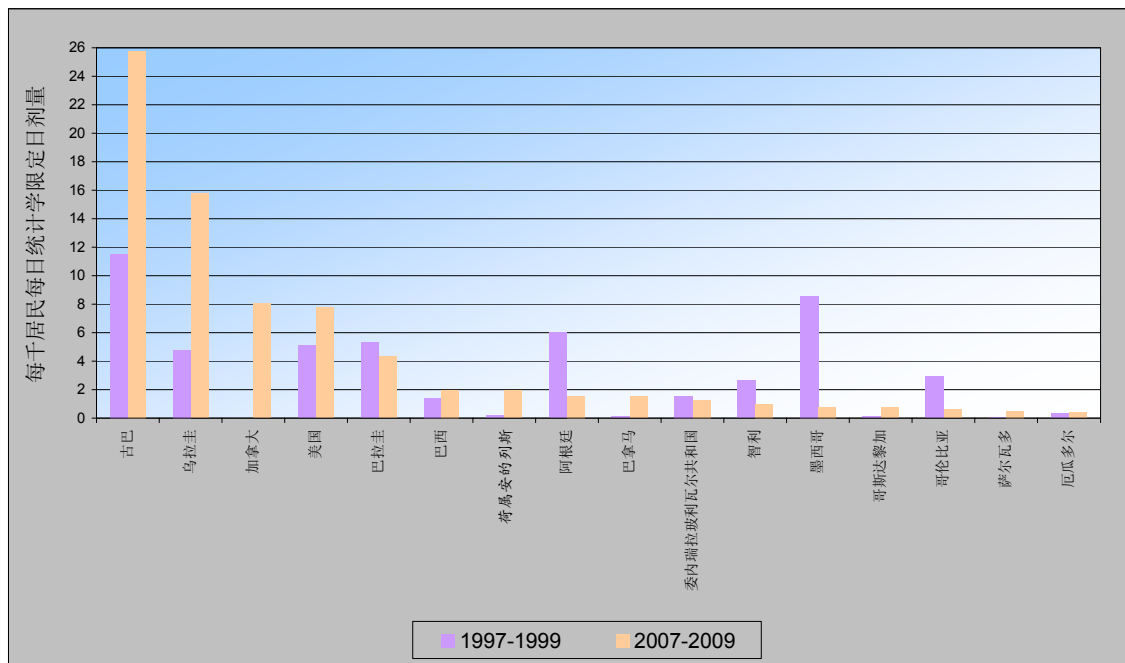
图 27. 大洋洲（选定的一些国家和地区）：1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类（镇静剂安眠药）平均消费量^a



^a 麻管局计算的大约消费量。

91. 在美洲，2007-2009 年期间，古巴和乌拉圭苯二氮卓类镇静安眠药消费量平均每千居民每日超过 10 统计学限定日剂量。3 个国家（加拿大、巴拉圭和美国）的消费量为每千居民每日 2-10 统计学限定日剂量，5 个国家和一个地区（阿根廷、巴西、智利、巴拿马、委内瑞拉玻利瓦尔共和国和荷属安的列斯群岛）消费量为每千居民每日 1-2 统计学限定日剂量。该区域大多数国家和地区（80%）苯二氮卓类镇静安眠药消费量每千居民每日少于 1 统计学限定日剂量。

图 28. 美洲（选定的一些国家和地区）：1997-1999 年和 2007-2009 年苯二氮卓类（镇静剂安眠药）平均消费量^a



^a 麻管局计算的大约消费量。

五

在确保医疗和科研用途国际管制物质的供应和防止这些物质被转移和滥用之间实现平衡

92. 正如麻醉药品委员会关于“促进医疗和科研用途国际管制合法药物的充分供应，同时防止这些药物被转移和滥用”的第 53/4 号决议所确认的，在这些药物的充分供应和防止其被转移和滥用之间实现平衡是各项国际药物管制公约的核心所在。在缺少适度使用指标的情况下，目前不可能确定单个国家中多少是适度的消费量，更不必说在全球一级了，而可能的则是查明看似太低或者过高的消费量。

93. 对于消费量为零或几乎为零的国家，不要求有关适量的指标，这是因为供应不充分是毫无疑问的。麻管局认为，若每百万居民每日麻醉药品消费总量低于 200 统计学限定日剂量，则不充分。但是，这并不意味着高于 200 统计学限定日剂量就能被认作是充分的数量，这是因为确定治疗所需的国际管制物质的供应是否充分取决于具体的发病率数据。

94. 通过比较社会经济发展水平相似的国家之间的消费量来确定一国某些药物的人均消费是否可与可比国家的普遍数量相一致，这可能有所裨益。不过，这种方法有两个缺点：国际管制物质消费量低在某些地区是普遍现象。某个区域内的大部分国家显示同样欠充分的低消费量，这一事实并不能使之成为消费量充分，而仅仅表明该区域内的大部分国家面临同一问题。另一方面，在社会经济发展水平有可比性的许多国家里，某些物质的消费量过高并不能使之成为消费量充分。这也可能表明所有这些国家的处方量可能太高，而这可以归结于多种原因。

95. 因此，目前使用依环境而定的指标辅助消费量是否太低或太高的其他指标。关于病人未作治疗和难以获得必需药物的报告显示供应方面存在严重阻碍。关于国际管制物质从国内分销渠道被转移、大规模走私此类物质、贩运和大量滥用的报告可能表明国际管制物质的供应超过合理行医需求量。

A. 类阿片镇痛剂供应方面存在的障碍

96. 一国的类阿片镇痛剂消费量通常与其社会经济发展水平相关。多种因素可以决定为什么会发现某些国家的类阿片镇痛剂消费量为该区域内最高，这其中包括向麻管局正常报告和与麻管局合作良好。

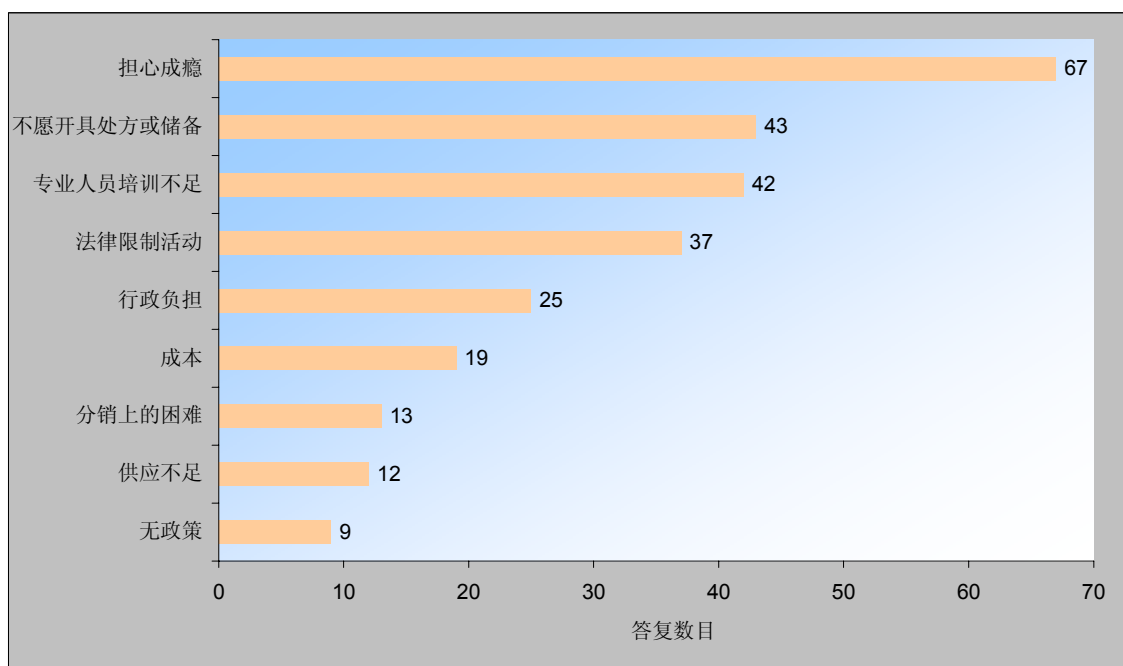
97. 麻管局在很多场合提请各国政府注意导致受国际管制的类阿片供应有限的原因。原因包括消极影响供应的与监管、态度、知识、经济和采购有关的问题。在麻管局最近就医疗所需的类阿片镇痛剂供应方面存在的障碍²⁴开展的调查²⁵中，大部分国家政府报告了与态度和知识有关的障碍——即保健专业人员和病人担心成瘾以及保健专业人员培训不够——仍是导致类阿片使用量低的主要因素。法律限制过度和条例繁冗也被经常视为极大地限制了类阿片的供应。少数国家政府报告了涉及分销、供给和类阿片成本较高等困难是制约类阿片充分供应的

²⁴ 《国际麻醉品管制局关于大会第二十届特别会议后续行动的报告》（联合国出版物，出售品编号：E.09.XI.7）。

²⁵ 此项调查以调查表形式进行，图 29 依此绘制。

主要障碍。各国列出的最重要障碍是担心成瘾、不愿意开处方或储备以及专业人员培训不够。图 29 按重要性排列显示对此项调查作出答复的国家所指出的各种障碍。

图 29. 影响医疗所需类阿片供应的主要因素



注：图中所示结果根据对特定的多项选择题作出答复的国家/地区所提交的答复整理而成。国家/地区可选择题中所列出的一个或多个因素。

98. 在很多类阿片消费量低的国家，监管方面、与知识有关的和经济等因素交叉在一起影响类阿片的供应。很明显，这些因素并非彼此独立；例如，若一国政策制定者和保健专业人员普遍对药物成瘾担心，那么在该国进行监管改革可能会更困难。因此，克服这些障碍需要采取一种多元做法，需要相关政府监管机构、保健专业人员和在保健领域活动的非政府组织等广大利益相关者参与。

99. 法国成功制订并实行了一个旨在确保用于治疗疼痛的类阿片镇痛剂充分供应的多元方案。过去十年间，法国用于治疗中重度疼痛的类阿片镇痛剂人均消费增加了五倍多，使之成为受国际管制的类阿片镇痛剂消费量明显充分而又适当的其中一个国家。

100. 在认识到法国的镇痛剂消费量太低以及疼痛未在保健系统中得到适当治疗之后，1989 年开始引入了立法和政策变革，以促进执行接连推出的国家消除疼痛行动计划。确保保健专业人员接受关于治疗疼痛的充分教育是每个行动计划的一大要素。为此，关于疼痛治疗和减轻痛苦的护理单元被列入医学和护士学校的课程之中，还制订了关于疼痛治疗的方案，以向卫生保健机构人员提供持续不断的培训。同时，许多监管改革减少了与类阿片采购、开具处方和配发有关的困难。这些改革措施极大地影响了对疼痛进行有效的治疗，实例包括将类阿片镇痛剂处方的有效期从 7 天延长至 28 天和允许护士在无医生在场时给病人施用类阿片。在促进用于治疗疼痛的类阿片消费的同时，法国政府还建立了各种监测和防止这些物质被滥用和转移的机制。上述全部活动均保持在各项国际公约的框架内。

101. 虽然类阿片镇痛剂消费量的增加可能在像法国这些卫生保健资源充足的国家较为容易实现，但是这些改善同样还能在乌干达等资源更加有限的国家成为现实。过去 10 年间，由于扩大了向全国病人提供减轻痛苦的家庭护理方案，乌干达的吗啡消费稳步增加。同法国一样，乌干达成功实施这一办法的关键因素包括政府承诺将缓解疼痛作为一个卫生保健优先事项以及保健专业人员接受关于使用类阿片和减轻痛苦护理的教育。另一个为确保各种卫生保健环境中的病人获得吗啡而采取的重要措施是实行法律改革，允许护士开具吗啡处方。这个例子属于世卫组织建议的任务转移²⁶，任务转移的目的是在缺少卫生保健工作者的情形下增加获得卫生保健服务的机会。制订可靠采购吗啡的系统并以低成本供应口服吗啡对扩大获得该种药物的工作也是必要的。全部活动也均保持在各项国际公约的框架内。

102. 法国和乌干达的例子表明，在政府强有力的支持下，通过采取多元战略扫除供应障碍，就能够实现类阿片镇痛剂消费的增加。虽然欧洲很多国家受国际管制的类阿片消费量可与法国相提并论，但是目前，包括东欧多国在内的众多国家类阿片消费量远低于法国在 10 年前报告的数量。对于非洲很多国家的大部分人，获得低成本的口服吗啡机会实际上几乎根本不存在。遗憾的是，不能充分获得类阿片仍是众多国家的现实情况，这不仅出现在非洲和东欧，而是出现在所有区域。麻管局呼吁这些国家政府采取坚决措施以确保充分获得类阿片镇痛剂并加强监管机构，这是充分获得和适当使用管制药物的关键所在。为此，各国政府应当审议麻管局 1995 年关于医疗用途阿片剂供应的特别报告²⁷和麻管局 1999 年报告第一章所载各项建议。

103. 麻管局赞赏地注意到，过去几年，包括格鲁吉亚、危地马拉、巴拿马、塞尔维亚和越南在内的许多国家政府引入了旨在确保充分获得类阿片镇痛剂的政策改革。这些国家政府及其他处于制订改善类阿片供应战略初期的国家应当为这些战略的实施提供强大的支持。各种机制应当被落实到位，以监测改善获得类阿片的政策的实施情况及其长期有效性。

104. 麻管局认为，一些国家政府迫切需要按照各项国际药物管制公约采取具体措施，确保其民众能充分获得以类阿片为主要成分的药物。特别是类阿片消费量每百万居民每日低于 100 统计学限定日剂量的国家政府和根本没有类阿片消费的国家政府应当立即采取适当行动，以确保需要者获得这些药物。关键要素是一个有效的监管机构。在世界大部分地区，减轻病人疼痛和痛苦的必需药物供应仍然严重不足，这是不可接受的。

105. 麻管局呼吁各国政府注意以下事实，即准确估计国际管制物质需求数对确保医疗和科研用药物的充足供应必不可少。错误估计这些需求量会导致卫生保健系统中出现许多管制物质使用方面的问题，例如供应短缺、不合理开药、非正常需求和成本效率低下；另外，它还可以导致过剩、浪费和管制物质转移风险增加。适当使用麻醉药品估计数系统和精神药物评估数系统对确保充分供应国际管制物质至关重要。为此，国家主管当局必须确保保健服务提供者能够方便地向其通报所需数量。

B. 国际管制物质的供应超过合理行医需求量

106. 麻醉药品和精神药物供应短缺可能会剥夺病人的基本权利及使其缓解身体疼痛和精神疾病痛苦的机会。另一方面，过度供应这些药物会导致转移和滥用，继而造成药物依赖。近些年来，麻管局日益关切地注意到，滥用在各分销阶段被转入非法渠道的国际管制物质的现象在许多国家依然普遍，并在一些国家达到或超过了非法药物滥用数量。

²⁶ 世界卫生组织，《任务转移：卫生保健人员团队内任务的合理再分配——全球建议和准则》（日内瓦，2008 年）。

²⁷ 《医疗用途阿片剂的供应》（见上文脚注 8）。

107. 在很多国家，滥用含有管制物质的药品仅次于滥用大麻。被转移和滥用的医药制剂含有各种类阿片、苯二氮卓类和苯丙胺类兴奋剂。在类阿片中，被转移的含有丁丙诺啡、可待因、右旋丙氧吩、芬太尼、二氢可待因酮、美沙酮、吗啡、羟考酮和三甲利定的制剂占被转移用途的药物的绝大多数。在精神药物中，阿普唑仑、丁丙诺啡、地西泮、氟硝西泮、苯巴比妥和芬特明是最常被转移和滥用的药物。

108. 各国政府收集的数据显示，滥用类型与含有这些物质的医药制剂总体供应过度有关。特别是麻醉药品和精神药物消费量已经有所提高却进一步大幅增加的国家应当保持警惕，以确定这些增加是与实际医疗需求有关还是与其误用和滥用有关。改变药物处方和药物消费类型通常是一个缓慢的过程，药物消费新习惯要经过数年才能养成。另一方面，药物滥用新方式发展地相当快，特别是当被滥用药物显出与先前被滥用的非法药物相同的效果却相对较易获取时。普遍、过度供应与非法药物具有相似效果的药品这一方式会导致这些药品越来越多地替代非法药物。由于被滥用品会被持续供应，所以难以扭转这种趋势，需要极大的努力。这就解释了为什么非医疗用途使用镇痛药、镇定剂、兴奋剂或镇静剂在过度供应国家成为了发展最迅速的药物问题。

109. 在大部分国家，处方药物滥用问题从药物管制管理机构得到的关注不及非法药物滥用问题。目前，通过家庭调查系统地收集关于处方药物滥用的数据仅在美国开展，这意味着该国获得的关于此类滥用范围的可靠数据是有限的。然而，这个问题并不仅限于美国。世界各个区域都在报告处方药物滥用问题。

110. 处方药物滥用和非法药物滥用同样危险。特别是在与用药过量有关的死亡案例中，处方类阿片所占比重大幅提高。不幸地是这个问题被一般公众长期忽略。过去十年，与处方药物滥用有关的死亡案例数目大幅增加，在一些国家超过了与非法药物有关的用药过量死亡案例数目。然而，只是因为几名著名演艺人士的死亡与处方药物滥用有关，媒体和广大公众才注意到处方药物滥用的危险。但是，应当采取行动，以免达到如此大量的处方药物滥用程度，既然过度供应经常是导致处方药物滥用增加的第一步，药物管制管理机构必须对麻醉药品和精神药物大量消费保持警惕。

111. 处方药物滥用日益增多导致多种混合药物成瘾数量上升，多种混合药物是合法制造的药物和非法药物或几种含有国际管制物质的药物混合并用。同样，滥用制药工业制造的合成产品或药店配制的合成若干国际管制物质的处方药的现象正在增多。

112. 麻管局鼓励所有国家政府查明麻醉药品和精神药物消费量方面的异常趋势，如有需要，采取补救行动。在尚无有关适度消费量的认可规范的情况下，各国政府似宜分析过去的趋势，并将本国的消费量与处于相似社会经济发展水平的其他国家的消费量加以比较。

113. 这样的比较可以参照麻管局关于麻醉药品的技术报告和关于精神药物的技术报告中刊载的有关类阿片镇痛剂和不同类别的精神药物消费的表格进行。麻醉药品和精神药物消费量特别高或者不断增加的国家政府应当密切监测形势，确定本国领土是否正被用于非法经营的互联网药店，查明专业医疗人员间可能存在的处方过量或任何其他非职业做法，并确保国内分销渠道得到适当管制。所有国家政府应当执行世卫组织关于合理开具药物处方的建议并采取措施促进合理行医。²⁸

114. 为了防止受国际管制的物质被转移到一国并在随后走私进入另一国，各国政府应当在区域和次区域各级协调为减少过度消费量采取的措施，从而使在一国开展的工作不会导致有问题的消费模式转移至邻近国家。

²⁸ 《促进合理用药：核心组成部分》《世卫组织药物政策观点》，第5号，2002年9月。见 http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.3.pdf。

115. 然而，某些类别物质的使用可能不仅在不同区域的具有可比社会经济发展水平的国家间存在差异，而且由于文化和人口因素，即使在相同区域内的国家间也可能有所不同。例如，跨国和单个国家大量的变化显示，相似国家间甚至有时国家内部在行医方面存在相当多的差异。

116. 国际管制物质消费方面一个持久性差异是欧洲和北美洲这两个社会经济发展水平相似的区域对于精神药物的类别具有区域性偏好。欧洲的苯二氮卓类药物使用为世界最高，而北美洲的比赛增效兴奋剂消费超过其他区域。这可能隐含着文化差异，但是还可能与人口有关，因为苯二氮卓类药物主要是老龄人口服用，而比赛和塑身健美增效药物则更多是青少年消费。

117. 被滥用的处方药物的供应渠道各有不同，但是，原则上，一旦这些药物离开了受官方管制的供应渠道，便会发现其出现在有时会颇具规模的“并行市场”上。在许多国家，被称为“街边市场”的无管制药物市场与特许药店并行经营，或者经常是不存在特许药店而单独经营。之所以在这些街边市场上购买药物，原因通常与经济因素或经由官方渠道的供应不足有关。非法经营的互联网药店是另一种并行市场。同街边市场一样，顾客无需处方即可获得苯二氮卓类药物、类阿片、兴奋剂和巴比土酸盐等国际管制药物。这些市场上的供应品时常是被转移或偷窃而来的产品，或者未经登记、不合格或假冒的药物。

118. 利用无管制市场的原因视国家不同而异。其中包括保健设施的使用机会有限，药物成本较低（经常与药物是不合格或假冒产品有关），处方要求过于严厉，期望无病历获得药物以保护隐私，或者为滥用而需处方药物。

119. 各国政府应当实施互联网药店的管制准则，²⁹这是因为在一些国家，此类药店是非法分销国际管制物质的首要渠道。

C. 确保紧急情况下的充分供应

120. 天灾人祸之后的紧急情况可能导致突然亟需含有管制物质的药物。这种情况出现在 2010 年 1 月遭受破坏性地震后的海地。当时亟需吗啡和喷他佐辛等管制物质，以向大批地震伤员提供医疗护理。

121. 人道主义救济机构经常发现，在紧急情况下难以快速获得供医疗护理用的含有管制物质的药物，部分原因是这些药物的国际流动被施加了各种管制措施。在正常情况下为批准管制物质进出口而必须满足的行政要求减缓了向受灾地区供应亟需药物的速度。若进口国的国家主管当局不再能够发挥作用，这个问题便会愈加复杂化。

122. 为了解决该问题，世卫组织与麻管局协商编写了《国际提供受管制药物用于紧急医疗护理示范准则》。³⁰《准则》为有声誉的人道主义救助机构经办的含有管制物质的药物出口提供了一个简化程序。海地地震发生后不久，麻管局便向各国政府和部分人道主义救助机构发信，提醒他们《准则》所载的这一简化程序。

123. 因为紧急情况是突然发生，主管当局应当做好准备，使用《准则》所载的简化程序，从而一旦有需要就能加快管制药物的供给。麻管局请各国政府和人道主义救助机构将紧急情况下交付管制药物方面遇到的任何问题提请其注意。各国政府似宜在本国的特别储备中包含一定数量的麻醉药品和精神药物，以在紧急情况发生时满足对于这些物质的需要。

²⁹ 《各国政府预防互联网非法出售国际管制药物准则》（联合国出版物，出售品编号：E.09.XI.6）。

³⁰ 世界卫生组织，WHO/PSA/96.17 号文件。

六

结论和建议

124. 国际麻醉品管制局已多次确认，国际药物管制条约的基本原则提供了确保为医疗和科研需要供应麻醉药品和精神药物而同时预防其不适当使用和滥用的机制。确保麻醉药品和精神药物的供应和预防其转用并非相互矛盾的目标；事实上，如果正确和充分实施相关的措施，为实现这两项目标而采取的行动是可以产生协同效应的。正确解释这两项相辅相成的目标正为日益广泛的各国所接受。但是，一些国家仍需要取得实质性进展。

125. 麻管局注意到，为了响应以往关于麻醉药品供应的建议，许多国家提高了其估计数以满足医疗需求，颁布了国家政策以改善医疗上使用麻醉药品情况，对教育方案给予支持并审查本国保健系统和法规以查明障碍。在许多国家，某些麻醉药品和精神药物的供应充足程度得到了改善，但其他国家也遇到一些挫折。虽然高度发达国家取得了最显著的改善，但遗憾的是，挫折大多发生在过去二十年前国际药物管制药物的供应量最低的区域。

126. 正如麻管局的分析所示，在许多区域的众多国家，国际管制药物的供应量仍然不足。非洲依然是极少或毫无供应的国家数量最多的区域。情况未发生好转以及在某些情况下更加恶化的其他区域是中美洲和加勒比及南亚。但是，甚至在供应量全面增加的区域，属于受管制药物消费量底端的国家供应量也仍然不足。

127. 供应量特别低的国家包括一些拥有庞大人口的国家；因此，世界上有大量人口无麻醉药品和精神药物的使用机会。另外，即使是情况改善的国家，改善的程度也可能因为起点太低而未达到可被认为充分的水平。尽管在努力实现条约目标方面取得了进展，但世界上只有较为少数的一些国家拥有充分的药物供应管制系统和工作机制，确保可靠的、以需求为基础的评估和公平的供应及成本效益。

128. 根据麻管局的分析，药物供应管理上的欠缺仍然是因为缺少财政资源，基础设施不充分，对保健工作不重视，政府权威薄弱，教育和职业培训不足，以及知识过时，这些因素合在一起影响的不仅是受管制药物的供应，而是所有药品的供应。

129. 麻醉药品和精神药物供应的大幅度改善与一般药品供应的进展相关联，特别是在保健资源有限的国家，在这些国家，日益扩大的经济差距、迫切的基本需要和薄弱的基础设施是限制任何持久改善的主要障碍。这些年来，国际上提高了认识，政府间组织和非政府组织努力促进对欠发达地区的合法药品供应。但是，对于当前普遍的不满意状况虽然全球意识日益增加，但仍有相当多的国家仍未表现出对问题本身的认识，或对可以相对容易提供有效治疗的认识。

130. 看来不少国家尚未认识到包括麻醉药品和精神药物在内的药品充分供应是其对本国人口的责任的一个重要部分。疏忽这种责任的表现是国家甚至不对需要量进行评估，对本国人口医疗所需某些药品的数量显得毫无所知。在并未发现这种疏忽的其他国家，其他障碍继续普遍存在，包括限制性条例过时，而更经常的情况是，对原本正确的条例在解释上缺乏信息，以及对医疗目的使用类阿片抱有误导的恐惧和根深蒂固的偏见。

131. 麻管局始终强调，为将麻醉药品和精神药物限于医疗和科研用途而作出的努力必须不对这些用途的供应造成不利影响。另一方面，增加为合法医疗目的使用某些受管制药物需要彻底的监督。应当认真注意确保各国的合法吸收能力和保障机制的正常运作，以最大限度减少滥用和系统中的漏洞。麻管局认为，一个充分知情和运作良好的管制系统管理部门是确保供应的一个先决条件，因为这样的管理部门将能够确定需要量和查明分销中的短缺和问题。运作良好的管制系统管理部门还将是与专业和消费者协会开展合作的一个负责任的伙伴。

132. 为管理麻醉药品和精神药物的供应，一个运作良好的国家和国际系统的总体目标应当是通过确保对有需要的病人安全提供可以承受的最佳药物而减轻疼痛和痛苦，同时防止这些药物转用于滥用目的。为确保这一点，各国政府需要完成下列基本任务：

关于麻醉药品和精神药物供应的建议

(a) 各国政府应当评估国家保健系统对受国际管制药物的实际需求量；估算其对这类药物的年需求量，并及时向麻管局提交麻醉药品估计数和精神药物估定数。如果本国的需求处于本区域需求量的低端，国家政府可能需要严格审查其医疗所需麻醉药品和精神药物的评估方法；

(b) 各国政府应当查明限制麻醉药品和精神药物供应的（政策、监管、行政）障碍，采取详尽的逐步措施消除这些障碍；

(c) 各国政府应当建立一套系统，从向精神病患者、吸毒成瘾者和外科、癌症及其他病人提供治疗护理的医疗设施以及努力改进麻醉药品和精神药物得以适当使用的各个组织收集信息，并应当设立知识人士小组，协助获取关于医疗需求变化的信息；还应当使用关于本国麻醉药品和精神药物实际需要量现有的评估准则；

(d) 一旦国家达到麻醉药品和精神药物适当的消费量，国家政府应当在其麻醉药品需要量年度估计数和精神药物估定数上增加一个宽限幅度，以便照顾到因人口增长、保健服务发展和疾病发生率及其治疗趋势等一般原因而造成的消费量增加的可能性，在必要时，经济和社会迅速发展或医疗用药迅速扩大（包括采用新配方或药品）的国家或地区，应当增加一个甚至更大的宽限幅度；

(e) 各国政府因为进口延误或其他原因而遭受麻醉药品和精神药物供应中断的，应当审查其国情并制订一项制度，及时完成相关的步骤，例如签发许可证，安排付款，完成文件手续工作，运送药品，办理药品通关手续，以及将药品分送至医疗设施；

(f) 各国政府应当确定本国麻醉品法是否含有经《1972年议定书》修正的《1961年公约》的相关内容，考虑到医疗上使用麻醉药品仍然是减轻疼痛和痛苦所不可缺少的，以及必须作出充分安排，确保这类用途的麻醉药品供应，并确保规定行政管理责任和安排人员执行这些法律；

(g) 各国政府应当确定本国麻醉品法律、条例或行政政策中是否有不适当的限制，妨碍开具麻醉药品或精神药物处方或配发这类药品或以这类药品对病人进行必要的医疗处理，或妨碍这类药物这方面用途的供应和分配，如发现这种情况，应当作出必要的调整；

(h) 为遵照麻醉药品委员会第53/4号决议促进全球和具体国家精神药物的充分供应，各国政府应当收集关于精神药物消费量的最可靠统计数据并及时向麻管局提交这些信息；

(i) 各国政府应当与麻管局充分合作确保麻醉药品和精神药物的充分供应；应当审查本国医疗上对麻醉药品和精神药物的需要以及供应上的障碍，向麻管局通知这些努力的结果，

并告知麻管局是否可以给予帮助；还应当向麻管局通报关于执行这些建议方面的进展和需要；

关于适当用途的建议

(j) 各国政府应当确保对保健专业人员进行正确的教育和培训，并向保健专业人员宣传世卫组织减轻癌症疼痛的止痛方法；应当通知保健专业人员关于麻醉药品和精神药物处方和配发的法律要求，并应当提供机会，讨论相互关切的问题；

(k) 各国政府应当确保大学的相关院系、医疗、医药和护士学校以及其他保健机构采用关于反对药物滥用和合理使用精神药品的全面教学课程；

(l) 各国政府应当通过监督管理而激励药品市场营销中的道德行为；应当确保治疗（诊断、决定治疗方法、处方）中的职业高标准；

(m) 各国政府应当教育公众妥当使用麻醉药品和精神药物，以及结合其他治疗方案正确使用药物疗法，并应当在这一努力中争取专业组织和消费者协会的积极参与；

(n) 各国政府应当建立全面的登记和许可制度，并认真选择和支持更加安全及成本效益更加良好的药物和可靠的替代治疗方法；

(o) 各国政府还应当鼓励开发和采用更好和更加安全的治疗药剂（极少或毫无潜在的依赖性），以取代疗效和安全性有限的药物。在产品并用或处方配方方面遭遇滥用问题的国家，有责任确保采取行动预防这种滥用；

关于国家管制制度的建议

(p) 各国政府应当努力保持对国际管制药物的供应和消费密切监督。经验表明，需要特别注意实行充分的立法和正确的行政安排，按新的趋势和发展动态加以必要的调整；

(q) 各国政府应当确立对国家药品供应实行充分程度的政府管理和监督控制，包括对麻醉药品和精神药品的管制；

(r) 各国政府应当对制造商、出口商、进口商和批发商及零售商进行检查，并对储备和记录进行检查，对于未能遵守适用的法律要求和职业行为守则者采取适当的行动。经纪人等市场中间人的活动必须酌情加以监管；

(s) 各国政府需要确保其药物监管机关和其他机构配备充足的财力和人力资源，并对其工作人员实行能力建设；

(t) 各国政府需要实施打击假冒药品的有效政策，并安排全面的法律框架，将假冒产品交易定为一项严重的刑事犯罪；出口国必须监管出口程序，以期预防假冒或质量残次的药品出口；

(u) 各国政府应当了解和充分利用《国际提供受管制药物用于紧急医疗护理示范准则》；

关于预防转用和滥用的建议

(v) 各国政府应当强制执行现有立法，确保麻醉药品和精神药物不得非法制造、进口或出口，以及不被转入无管制的市场；

(w) 各国政府应当以更加系统的方式收集关于滥用处方药物的数据，并尽可能在其关于药物滥用状况的国家调查中列入含麻醉药品和精神药物的医药，所采取的方法可以是根据需要，或者列入特定类别的药物，或者列入特定的麻醉药品和精神药物；

(x) 考虑到问题的国际性，以及为补充具体国家上述领域的执法努力，各国政府和区域及国际组织应当制定有效联合行动的政府间协定，以及在区域一级加以实行的安排和标准；

(y) 各国政府应当采取迅速和有效的行动，落实麻管局以往关于互联网交易和滥用邮件走私受国际管制药物问题的各项建议。

133. 为实现麻醉药品和精神药物全球充分供应的目标，国际社会需要给予支持。这类药物消费量低的国家取得进展通常是一个逐渐的过程。现行的市场条件和当前的供应制度并不能确保低收入国家有必要的药品供应。这些国家的经济和财政状况以及保健基础设施的不足是这些国家不可能单独克服的障碍。只有在符合条约制度的更为人道主义的方法基础上才能实现进展。在特定国家，这种方法可以包括协助确立医疗需要量更加可靠的基线估计数和估定数，以及在优惠条件下与潜在供应商进行磋商。

134. 麻管局的结论是，如果上述建议得到落实，那么在确保医疗和科研用途的麻醉药品和精神药物充分供应方面将会取得进一步的重大进展。麻管局将继续审查相关的形势，监测对其各项建议的响应情况。为支持取得进展，麻管局将继续：

(a) 监测各国政府提交的麻醉药品年度估计数和精神药物估定数，并在必要时开展对话，查明尚未满足的需要，确保麻醉药品和精神药物需要量的年度估计数或估定数在估算上既不过高也不过低；

(b) 确保迅速确认各国政府提交的补充估计数和处理关于精神药物所提交的估定数修订，以协助各国政府应付无法预见的需要；

(c) 定期审查关于改善医疗用途麻醉药品和精神药物供应方面的国家和国际发展动态，在年度报告中汇入最新的信息和观察资料；

(d) 鼓励各国政府发展麻醉品分销系统，这些系统应处在良好管制中，并将确保对医疗设施内和社区中的病患者供应麻醉药品和精神药物；

(e) 与毒品和犯罪问题办公室合作，在关于麻醉药品和精神药物管制的国家示范立法中列入相关规定，确认有义务确保医疗和科研用途的麻醉药品和精神药物充分供应；

(f) 响应麻醉药品委员会在国际管制药物的供应领域提出的呼吁，支持麻委会努力提醒《1961年公约》和《1971年公约》缔约方在这方面的义务；

(g) 与世卫组织合作，协助各国政府发展能够在医院和社区向患者提供麻醉药品和精神药物的充分控制下的药物分销系统；

(h) 提请国际社会警惕滥用含麻醉药品和精神药物的医药制剂的新趋势；

(i) 提请国际社会警惕出现的贩运国际管制药物的新方法；

(j) 支持各国政府执行国际药物管制条约的各项规定和经济及社会理事会所要求的附加管制措施，以及麻管局相关的准则。

附件一

各区域类阿片镇痛剂消费量表格

表 1

2007-2009 年各区域麻醉药品每日平均消费量

(每百万居民每日统计学限定日剂量)

区域	可待因	芬太尼	氢可酮	氢吗啡酮	吗啡	羟考酮	哌替啶	其他	共计
美洲	31	3 781	6 850	337	809	2 217	40	254	14 320
北美洲	58	7 481	13 738	675	1 564	4 441	72	509	28 536
南美洲	5	120	8	1	68	8	10	2	221
中美洲和加勒比	<<	32	4	<<	16	4	8	1	65
大洋洲	70	2 727	<<	42	1 050	1 590	28	3	5 510
欧洲	32	3 707	6	104	398	288	11	689	5 236
亚洲	2	72	1	<<	14	7	5	4	105
西亚	2	123	-	<<	8	8	7	7	155
东亚东南亚	3	102	<<	1	19	4	11	8	146
南亚	<<	3	1	-	7	<<	1	4	17
非洲	4	22	<<	<<	10	<<	3	11	50

注：“<<”符号表示每百万居民每日消费量少于 1 统计学限定日剂量。

表 2
麻醉药品消费量

A. 2007-2009 年北美洲、南美洲、中美洲和加勒比麻醉药品平均消费量
(每百万居民每日统计学限定日剂量)

区域排名	美洲排名	世界排名	国家或 非主权地区	可待因	芬太尼	氢可酮	氢吗啡酮	吗啡	羟考酮	哌替啶	其他	共计
北美洲												
1	1	1	美利坚合众国	<<	9 904	20 066	673	2 060	5 962	88	734	39 487
2	2	2	加拿大	783	9 432	253	2 909	2 080	4 932	151	92	20 632
3	21	91	墨西哥 ^a	-	74	-	1	9	1	-	-	85
区域平均: 北美洲				58	7 481	13 738	675	1 564	4 441	72	509	28 536
南美洲												
1	3	20	福克兰群岛 (马尔维纳斯) ^a	369	2 347	-	-	452	-	31	1 084	4 283
2	6	52	阿根廷	14	103	42	-	250	12	2	20	443
3	8	55	智利	69	198	-	-	108	5	7	1	388
4	9	57	哥伦比亚	-	188	34	4	42	24	1	-	295
5	12	61	巴西	<<	139	-	-	59	3	17	-	218
6	13	71	乌拉圭	-	77	1	-	76	-	10	-	164
7	23	97	委内瑞拉玻利 瓦尔共和国	-	47	-	<<	9	14	1	-	71
8	25	105	厄瓜多尔	-	50	-	-	7	5	-	-	62
9	26	106	苏里南	27	12	-	-	18	-	4	-	61
10	27	107	秘鲁	-	26	-	-	19	9	4	-	58
11	31	119	巴拉圭	-	28	-	-	2	-	8	-	38
12	33	146	圭亚那	2	4	-	-	3	-	1	-	10
13	34	159	多民族玻利 维亚国	-	<<	-	-	1	2	-	-	3
区域平均: 南美洲				5	120	8	1	68	8	10	2	221
中美洲和加勒比												
1	4	29	开曼群岛	18	1 465	181	32	89	714	408	2	2 909
2	5	41	荷属安的列斯	-	1 080	-	-	82	2	20	45	1 229
3	7	54	特克斯和 凯科斯群岛	2	133	-	-	10	151	57	39	392
4	10	58	巴哈马	8	8	-	-	40	96	140	-	292
5	11	59	蒙特塞拉特	223	<<	-	-	14	-	35	-	272
6	14	76	特立尼达和 多巴哥 ^a	-	17	-	-	42	-	78	-	137
7	15	79	巴拿马	-	104	-	-	7	-	8	-	119
8	16	83	哥斯达黎加	-	41	-	-	61	-	2	-	104
9	17	84	圣卢西亚	29	1	4	-	21	-	36	-	91
10	18	85	萨尔瓦多	-	48	3	-	4	19	16	-	90
11	19	87	古巴	-	44	-	-	36	-	6	2	88
12	20	89	牙买加	2	14	-	-	30	-	40	-	86

区域排名	美洲排名	世界排名	国家或 非主权地区	可待因	芬太尼	氢可酮	氢吗啡酮	吗啡	羟考酮	哌替啶	其他	共计
13	21	91	圣文森特和 格林纳丁斯	1	5	-	-	30	-	49	-	85
14	24	103	格林纳达	7	4	-	-	14	-	31	7	63
15	28	114	危地马拉	-	16	21	-	4	4	3	<<	48
16	29	115	多米尼克	-	1	-	-	7	-	38	-	46
17	30	118	尼加拉瓜	-	30	-	-	7	2	<<	-	39
18	32	129	多米尼加 共和国	-	15	-	-	8	1	<<	-	24
19	35	165	海地	<<	1	-	-	1	-	<<	-	2
区域平均：中美洲和加勒比				<<	32	4	<<	16	4	8	1	65
平均：美洲				31	3 781	6 850	337	809	2 217	40	254	14 320

注：“<<”符号表示每百万居民每日消费量少于1统计学限定日剂量。

截至2010年11月1日，在北美洲，以下地区连续这三年没有提交任何统计表：百慕大；在中美洲和加勒比，下列8个国家和地区连续这三年要么没有提交任何统计表，要么没有提供任何消费量数据：安圭拉、安提瓜和巴布达、阿鲁巴、巴巴多斯、伯利兹、英属维尔京群岛、洪都拉斯和圣基茨和尼维斯。

^a 根据仅有的两年数据计算。

B. 2007-2009 年大洋洲麻醉药品平均消费量 (每百万居民每日统计学限定日剂量)

区域排名	世界排名	国家或地区 或非主权地区	可待因	芬太尼	氢可酮	氢吗啡酮	吗啡	羟考酮	咪替啶	其他	共计
1	13	澳大利亚	108	4 058	<<	64	1 381	2 367	31	4	8 013
2	24	诺福克岛	42	2 740	-	-	393	213	15	-	3 403
3	32	新喀里多尼亚	-	2 187	-	17	266	9	-	-	2 479
4	33	新西兰	-	637	-	<<	1 192	479	56	<<	2 364
5	36	瓦利斯和富图纳群岛	135	823	-	-	18	-	-	1 161	2 137
6	38	法属波利尼西亚群岛	-	1 263	-	7	141	6	1	-	1 418
7	40	圣诞岛	9	818	-	-	12	487	8	-	1 334
8	51	帕劳	34	2	485	-	16	-	27	-	564
9	81	库克群岛 ^a	-	-	-	-	41	-	66	-	107
10	88	汤加 ^a	50	3	-	-	15	-	19	-	87
11	111	瑙鲁 ^b	5	13	-	-	14	-	21	-	53
12	120	马绍尔群岛 ^b	-	7	-	-	15	-	11	-	33
13	123	巴布亚新几内亚 ^b	1	<<	-	-	15	-	15	-	31
		瓦努阿图 ^b	8	12	-	-	11	-	-	-	31
15	136	萨摩亚	-	1	-	-	7	-	7	-	15
区域平均: 大洋洲			70	2 727	<<	42	1 050	1 590	28	3	5 510

注：“<<”符号表示每百万居民每日消费量少于1统计学限定日剂量。

截至2010年11月1日，下列6个国家和地区连续这三年要么没有提交任何统计表，要么没有提供任何消费量数据：科科斯（基林）群岛、斐济、基里巴斯、密克罗尼西亚联邦、所罗门群岛和图瓦卢。

^a 根据仅有的两年数据计算。

^b 根据仅有的一年数据计算。

C. 2007-2009年欧洲麻醉药品平均消费量
(每百万居民每日统计学限定日剂量)

区域排名	世界排名	国家或 非主权地区	可待因	芬太尼	氢可酮	氢吗啡酮	吗啡	羟考酮	咪替啶	其他	共计
1	3	德国	1	12 772	41	615	619	836	14	4 421	19 319
2	4	奥地利	17	10 252	-	932	4 593	200	6	160	16 160
3	5	比利时	22	10 613	42	126	366	72	13	3 460	14 714
4	6	丹麦	-	8 078	6	74	1 523	2 298	75	992	13 046
5	7	瑞士	98	7 649	67	232	1 238	717	80	2 963	13 044
6	8	冰岛	4 818	5 607	-	48	919	249	8	841	12 490
7	9	直布罗陀	-	10 714	-	-	325	37	15	44	11 135
8	10	荷兰	-	6 460	-	31	377	470	9	839	8 186
9	11	西班牙	-	7 702	-	53	180	107	22	8	8 072
10	12	芬兰	35	6 861	-	17	107	1 023	3	12	8 058
11	14	挪威	16	5 284	6	12	810	1 225	32	241	7 626
12	15	卢森堡	3	5 266	<<	120	197	2	4	1 431	7 023
13	16	瑞典	-	4 763	<<	200	584	1 074	3	192	6 816
14	17	法国	129	5 055	-	43	1 024	328	1	184	6 764
15	18	斯洛文尼亚	59	4 726	-	172	761	308	6	236	6 268
16	19	爱尔兰	-	4 413	2	111	269	525	24	<<	5 344
17	21	希腊	<<	4 217	-	<<	14	<<	18	21	4 270
18	22	英国	1	1 281	<<	36	1 114	914	33	276	3 655
19	25	匈牙利	24	2 925	<<	57	36	19	5	300	3 366
20	26	捷克共和国	60	2 444	-	117	142	193	37	64	3 057
21	27	斯洛伐克	3	2 884	-	32	37	51	8	6	3 021
22	28	意大利	-	2 479	-	26	78	118	5	220	2 926
23	30	克罗地亚	397	2 121	-	9	51	30	4	<<	2 612
24	31	波兰	221	2 055	-	<<	171	1	20	23	2 491
25	34	安道尔	-	2 203	-	-	74	71	13	-	2 361
26	35	葡萄牙	89	1 454	-	6	601	-	11	5	2 166
27	37	塞尔维亚	<<	1 285	-	21	21	<<	2	494	1 823
28	42	立陶宛	<<	999	-	-	75	<<	19	<<	1 093
29	44	黑山	-	919	-	-	3	-	2	3	927
30	45	拉脱维亚	2	734	-	-	57	7	6	14	820
31	46	爱沙尼亚	<<	555	-	-	112	113	24	1	805
32	47	塞浦路斯	-	474	-	-	72	81	39	-	666
33	48	波斯尼亚和黑塞哥维那	1	460	-	-	17	-	<<	140	618
34	53	保加利亚	-	95	-	-	197	31	8	81	412
35	56	马耳他	<<	67	-	<<	239	-	53	2	361
36	69	罗马尼亚	-	93	-	1	34	40	5	-	173
37	74	白俄罗斯	-	118	-	-	14	-	-	24	156
38	81	俄罗斯联邦	<<	75	-	-	12	-	-	20	107

区域排名	世界排名	国家或 非主权地区	可待因	芬太尼	氢可酮	氢吗啡酮	吗啡	羟考酮	哌替啶	其他	共计
39	98	阿尔巴尼亚	-	28	-	-	20	-	3	18	69
40	101	摩尔多瓦 共和国	-	30	-	-	27	-	-	9	66
41	122	乌克兰	13	11	-	-	6	-	-	2	32
42	127	前南斯拉夫的 马其顿共和国	-	25	-	-	1	-	-	-	26
区域平均：欧洲			32	3 707	6	104	398	288	11	689	5 236

注：“<<”符号表示每百万居民每日消费量少于1统计学限定日剂量。

D. 2007-2009年东亚东南亚、南亚和西亚麻醉药品平均消费量
(每百万居民每日统计学限定日剂量)

区域排名	亚洲排名	世界排名	国家或 非主权地区	可待因	芬太尼	氢可酮	氢吗啡酮	吗啡	羟考酮	哌替啶	其他	共计
东亚东南亚												
1	2	39	大韩民国	15	1 079	16	26	50	128	15	13	1 342
2	3	43	日本	25	805	-	-	76	98	3	16	1 023
3	6	62	中国香港	<<	89	2	<<	86	<<	20	11	208
4	7	63	新加坡	<<	127	<<	-	31	20	19	<<	197
5	13	73	中国澳门	-	100	-	-	42	<<	16	<<	158
6	15	80	马来西亚	-	60	-	-	33	5	18	<<	116
7	16	86	文莱达鲁 萨兰国	-	34	-	-	33	-	20	2	89
8	19	99	中国	2	37	<<	<<	17	2	10	<<	68
9	20	100	泰国	<<	36	-	-	23	-	8	-	67
10	23	110	蒙古	2	6	-	-	47	-	-	1	56
11	26	125	朝鲜民主 主义人民 共和国	7	-	-	-	23	-	-	-	30
12	27	126	越南	-	17	-	-	8	-	4	-	29
13	35	145	菲律宾	-	4	-	<<	4	2	1	-	11
14	36	148	印度尼西亚	-	6	-	-	1	-	2	-	9
15	41	157	柬埔寨	1	3	-	-	2	-	<<	-	6
16	43	159	老挝人民 主共和国 ^a	-	1	<<	-	<<	-	2	-	3
17	47	179	缅甸	<<	<<	-	-	<<	-	<<	<<	<<
区域平均: 东亚东南亚				3	102	<<	1	19	4	11	8	146
南亚												
1	28	127	斯里兰卡	-	3	-	-	16	-	7	-	26
2	29	130	不丹 ^b	7	1	-	-	3	-	10	-	21
3	30	134	印度	-	4	1	-	8	<<	<<	4	17
4	34	144	马尔代夫 ^a	-	3	-	-	4	-	5	-	12
5	36	148	尼泊尔	-	1	-	-	6	-	2	-	9
6	40	153	孟加拉国 ^a	-	1	-	-	1	-	5	-	7
区域平均: 南亚				<<	3	1	-	7	<<	1	4	17
西亚												
1	1	23	以色列	86	2 719	-	2	140	500	26	9	3 482
2	4	50	土耳其	-	513	-	-	23	-	15	44	595
3	5	60	巴林	2	131	-	-	47	-	51	-	231
4	8	64	沙特阿拉伯 ^a	22	132	-	1	16	2	22	<<	195
5	9	65	科威特	6	126	-	<<	13	5	41	-	191
6	10	66	约旦	-	111	-	<<	43	-	32	-	186
7	11	67	黎巴嫩	-	125	-	-	35	-	24	1	185
8	12	68	阿拉伯联合	<<	143	-	4	14	3	11	4	179

区域排名	亚洲排名	世界排名	国家或 非主权地区	可待因	芬太尼	氢可酮	氢吗啡酮	吗啡	羟考酮	哌替啶	其他	共计
			酋长国									
9	14	75	卡塔尔	1	100	-	-	27	1	22	2	153
10	17	94	格鲁吉亚	<<	33	-	-	39	-	-	2	74
11	18	96	阿拉伯叙利亚共和国	-	23	-	-	3	35	11	-	72
12	21	102	哈萨克斯坦	<<	40	-	-	4	-	-	20	64
13	22	103	阿曼	1	33	-	-	19	-	10	<<	63
14	24	115	伊朗伊斯兰共和国	-	28	-	-	-	-	18	-	46
15	25	117	亚美尼亚	-	14	-	-	26	-	-	2	42
16	31	136	阿塞拜疆	-	11	-	-	2	-	-	2	15
			土库曼斯坦	<<	3	-	-	6	-	-	6	15
18	33	140	吉尔吉斯斯坦	<<	9	-	-	2	-	-	3	14
19	36	148	也门	-	7	-	<<	1	-	1	-	9
20	39	151	乌兹别克斯坦	<<	3	-	-	3	-	-	2	8
21	41	157	伊拉克 ^b	-	1	-	-	1	-	4	-	6
22	43	159	巴基斯坦	-	2	-	-	1	-	<<	-	3
			塔吉克斯坦	<<	2	-	-	<<	-	-	1	3
24	46	174	阿富汗 ^b	-	<<	-	-	1	-	<<	-	1
区域平均：西亚				2	123	-	<<	8	8	7	7	155
平均：亚洲				2	72	1	<<	14	7	5	4	105

注：“<<”符号表示每百万居民每日消费量少于1统计学限定日剂量。

截至2010年11月1日，在东亚东南亚，以下国家连续这三年未提交任何统计表：东帝汶。

^a 根据仅有的两年数据计算。

^b 根据仅有的一年数据计算。

E. 2007-2009年非洲麻醉药品平均消费量
(每百万居民每日统计学限定日剂量)

区域排名	世界排名	国家或 非主权地区	可待因	芬太尼	氢可酮	氢吗啡酮	吗啡	羟考酮	哌替啶	其他	共计
1	49	南非	63	274	-	-	125	<<	32	106	600
2	70	圣赫勒拿岛	77	26	-	-	38	-	26	-	167
3	72	阿尔及利亚	-	26	-	-	3	-	<<	133	162
4	77	突尼斯	-	61	-	-	59	-	3	-	123
5	78	塞舌尔	4	16	-	-	85	-	15	-	120
6	89	阿拉伯利比亚 民众国 ^a	<<	62	-	-	1	-	23	-	86
7	93	毛里求斯 ^a	-	15	-	-	24	-	36	-	75
8	95	阿森松岛 ^a	-	21	-	-	14	-	38	-	73
9	107	特里斯坦达库 尼亚岛 ^a	-	-	-	-	55	-	3	-	58
10	109	纳米比亚	<<	22	-	-	27	-	7	1	57
11	112	佛得角	-	37	-	-	9	-	3	-	49
		埃及	-	41	<<	<<	4	<<	4	-	49
13	120	摩洛哥	-	26	-	-	7	-	-	-	33
14	130	博茨瓦纳	-	1	-	-	15	-	5	<<	21
15	132	乌干达 ^a	5	-	-	-	13	-	1	-	19
16	133	津巴布韦 ^a	-	1	-	-	6	-	8	3	18
17	135	肯尼亚	-	1	-	-	6	-	6	3	16
18	136	加纳	-	<<	-	-	1	-	14	-	15
19	140	赞比亚	-	<<	-	-	4	-	10	-	14
20	142	马达加斯加	-	1	-	-	<<	-	-	12	13
		马拉维	<<	<<	-	-	5	-	8	-	13
22	146	加蓬 ^b	-	10	-	-	<<	-	<<	-	10
23	151	莱索托 ^a	-	1	-	-	<<	-	7	-	8
24	153	刚果民主共和国	4	<<	-	-	2	-	<<	-	7
		莫桑比克	-	2	-	-	4	-	1	-	7
		圣多美和 普林西比	-	7	-	-	<<	-	-	-	7
27	159	毛里塔尼亚 ^a	-	3	-	-	<<	-	-	-	3
		塞内加尔 ^a	-	1	-	-	2	-	-	-	3
29	165	安哥拉 ^a	-	1	-	-	<<	-	<<	-	2
		贝宁	-	1	-	-	<<	-	1	-	2
		科特迪瓦	-	2	-	-	<<	-	-	-	2
		厄立特里亚	1	-	-	-	<<	-	1	-	2
		埃塞俄比亚 ^a	<<	<<	-	-	1	-	1	-	2
		尼日尔	<<	2	-	-	<<	-	<<	-	2
		塞拉利昂 ^b	2	<<	-	-	<<	-	<<	-	2
		多哥	-	1	-	-	<<	-	1	-	2

区域排名	世界排名	国家或 非主权地区	可待因	芬太尼	氢可酮	氢吗啡酮	吗啡	羟考酮	哌替啶	其他	共计
37	174	布基纳法索	-	1	-	-	<<	-	<<	-	1
		布隆迪 ^a	<<	<<	-	-	<<	-	1	-	1
		科摩罗 ^b	-	-	-	-	<<	-	1	-	1
		苏丹	-	<<	-	-	<<	-	1	-	1
41	179	喀麦隆 ^a	-	<<	-	-	<<	-	<<	<<	<<
		乍得 ^b	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		马里 ^a	-	<<	-	-	<<	-	-	-	<<
		尼日利亚	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		卢旺达	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		坦桑尼亚联合 共和国	-	-	-	-	<<	-	-	<<	<<
区域平均：非洲			4	22	<<	<<	10	<<	3	11	50

注：“<<”符号表示每百万居民每日消费量少于1统计学限定日剂量。

截至2010年11月1日，下列10个国家连续这三年要么没有提供任何统计表，要么没有提供任何消费量数据：中非共和国、刚果、吉布提、赤道几内亚、冈比亚、几内亚、几内亚比绍、利比里亚、索马里和斯威士兰。

^a 根据仅有的两年数据计算。

^b 根据仅有的一年数据计算。

附件二

国际麻醉品管制局主席和联合国发展集团主席的联名信

UNITED NATIONS



NATIONS UNIES

2001年8月24日

亲爱的同事们：

你们作为联合国系统在国家一级的驻地协调员，时常接到号召对联合国机构和组织的工作给予支持，并提出联合国所关切的考虑。我们现在写信给你们，争取你们在对国际麻醉品管制局（麻管局）至关重要的一些问题和关切考虑方面给予支持和协助。

麻管局是独立的准司法机关，监测国际药物管制条约的执行情况。麻管局是 1961 年《麻醉品单一公约》设立的一个条约机构，其 13 名成员由经社理事会选举产生，以其个人身份任职，并不作为各自政府的代表。麻管局的成员来自处理毒品问题的不同专业知识领域，目前包括高级警官/执法官员、前任外交官、资深医务人员、著名研究人员等诸如此类的人士。《1961 年公约》要求联合国秘书长为麻管局提供一个秘书处，因此，麻管局秘书及其工作人员在行政上属于驻奥地利维也纳的联合国国际药物管制规划署（药物管制署）一部分，就所有实质性问题向麻管局报告。公约授权麻管局的任务是监测药物的制造、贸易和使用局限于医疗和科研用途。因此，对于含有国际列管质的药物的制造和贸易，麻管局赋有监管和准司法权力。麻管局及其工作人员还监测经常用于非法制造麻醉品的化学品国际贸易。

麻管局 1999 年的年度报告强调许多发展中国家治疗重度疼痛的药品消费不足和缺乏供应。例如，癌症和艾滋病高发病率国家受到直接影响，因为用于治疗与这些病状相关联的重度疼痛的基本药品经常无从获得。因而我们敦促你们在制定卫生保健部门发展方案今后的优先重点时，注意到这些问题。我们还敦促你们在与驻在国的政府、捐助界和非政府组织讨论健康与发展问题时，提出这一问题。

另外，麻管局还定期派团考察我们规划署的国家。这些考察团一般由麻管局一两成员和驻维也纳秘书处的若干成员组成，考虑团目的因国而异，可以从鼓励加入一项或多项国际药物管制条约，到严密审查条约执行情况和实况调查。我们敦促你们每个人对这些考察团给予全力支持，并与考察团会晤，讨论驻在国的麻醉品问题。

最后，麻管局通常在 2 月下旬发表一份年度报告，参照国际药物管制公约对世界麻醉品形势进行评估，并报告上一年的活动情况。如蒙支持这一活动，将不胜感谢。

期待你们作为联合国系统在国家一级的驻地协调员在这些领域给予合作和进行参与，在这些领域，我们促进发展工作的相互专业知识和国际药物公约将可带来不同的新局面。

Handwritten signature of Mark Malloch Brown in black ink.

Mark Malloch Brown
联合国发展集团
主席

Handwritten signature of Hamid Ghodse in black ink.

Hamid Ghodse
国际麻醉品管制局
主席

附件三

国际麻醉品管制局主席和联合国发展集团主席的后续联名信

UNITED NATIONS



NATIONS UNIES

2005年2月24日

亲爱的驻地协调员：

你们作为联合国系统国家一级的驻地协调员接到号召，对联合国机构和组织的工作给予支持，并提出联合国所关切的考虑。如同 2001 年那样，我们再次高兴地向你们介绍国际麻醉品管制局，再次号召你们在麻管局处理的问题和关切考虑方面给予支持和协助。

麻管局是 1961 年《麻醉品单一公约》设立的一个条约机构，监测国际药物管制条约的执行情况。这是一个独立的准司法机构，由经社理事会选出的 13 名成员组成，以其个人身份任职，而非作为各自政府的代表。麻管局的成员是不同管制领域的著名专家。目前的麻管局包括高级执法官员、前任外交官、资深医务从业人员和药剂师、减少需求专家，以及著名学术界和研究人员。

麻管局由联合国秘书长提供的并以一位秘书为首的秘书处协助其工作。秘书处和麻管局秘书及其同事们在行政上属于驻维也纳的联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）一部分。但是，秘书就所有实质性问题向麻管局报告。

公约授权麻管局的任务是监测麻醉品的制造、贸易和使用局限于医疗和科研用途。因此，对于含有国际列管物质的药品的制造和贸易，麻管局赋有监管和准司法权力。自《1988 年公约》生效以来，麻管局还监测经常用于非法制造麻醉品的化学品国际贸易。

我们请你们作为驻地协调员给予合作的具体领域包括：

外地考察团：为在国家一级保持对话，麻管局每年向世界不同区域派出 20 个考察团。考察团的成员一般包括麻管局一两名成员和麻管局驻维也纳秘书处的若干工作人员作为陪同，考察团的目的因国而异，但范围一般是从鼓励会员国加入国际药物管制条约，到密切审查各国政府执行条约的情况不等。

考察团一般是从后勤的角度与各国政府和毒品和犯罪问题办公室合作筹备和组织的。但在许多地方，都要求你们提供协助，或安排考察工作，或就你们驻在国的麻醉品形势向麻管局考察成员提供实质性简况介绍。

发布麻管局年度报告：麻管局发表关于其工作的年度报告，通常是在 2 月份发布。虽然这是与联合国新闻处合作进行的，但你们可能需要响应号召根据麻管局或政府的请求给予协助。

公布麻管局调查结果：麻管局报告中的调查结果在全世界通过国家和国际渠道向一般公众公布。麻管局可能号召你们协助这一过程。

着眼于行动的方案：麻管局处理的问题是药物管制和相关事项政策和着眼于行动的方案的基础。麻管局最近处理的问题实例包括医疗用途麻醉品的获得和供应，特别是在发展中国家；非法药物和经济发展以及社区内药物滥用、犯罪和暴力之间的复杂关系。你们可以发现，这些问题直接关系到开发计划署的授权任务。我们请你们作为开发计划署的驻地代表和联合国的驻地协调员，在你们发展方案今后的优先重点中考虑列入这些问题，并在与你们驻在国的政府、捐助界和非政府组织讨论时，提出这些问题。

期待你们作为联合国系统在国家一级的驻地协调员在这些领域给予合作和进行参与，在这些领域，我们促进发展工作的相互专业知识和国际药物管制将可带来不同的新局面。



Mark Malloch Brown
联合国发展集团
主席



Hamid Ghodse
国际麻醉品管制局
主席

附件四

国际麻醉品管制局主席致所有国家的信函

UNITED NATIONS
INTERNATIONAL
NARCOTICS
CONTROL BOARD

INCB



OICS

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/>

发文号: INCB 114 (3) & 121 & 141
决定: 84/53

2006年4月24日
CU 2006/74

阁下:

我代表联合国国际麻醉品管制局, 现谨申明国际药物管制条约规定的麻管局职责, 这就是促进各国政府遵守这些条约, 并监测国际管制制度的运作。

国际药物管制公约已有近一个世纪的历史, 属于获得大多数国家批准的时间最悠久的国际公约之列。各国的立法以这些国际义务为其导向。这些公约的目的是在麻醉药品和精神药物的适当使用与这些药物滥用和成瘾等不良后果之间实现平衡。因此, 这些公约的基本点是保持这些药品和药物局限用于医疗和科研用途。近些年来, 麻管局已提请各国政府注意, 如果要预防药物滥用和吸毒成瘾, 除对生产/制造和国际贸易实行国际管制之外, 还需要促进和推进预防工作的其他方面, 特别是减少需求。

卫生保健专业人员可以在这些努力中发挥重要作用, 确保各方考虑到益处与风险之间的平衡, 确保麻醉药品和精神药物得到适当使用, 并符合世界卫生组织(世卫组织)关于合理使用药物的相关建议。但是, 由于各种原因, 存在着这些非常有效的药物与有需要的病患者相隔绝的问题, 这些已在麻管局 1999 年的报告中作过讨论。一些国家用药过度造成其他问题, 这个方面在麻管局 2000 年的报告中作了全面讨论。例如, 在合法生产的麻醉镇痛剂中, 6 个国家就已占用其中的 80%, 而对世界上 80% 的人口, 这些药物一药难求。

大学具有充分的条件认识到相对于人的发展这些对健康的不同影响因素, 并监测如何利用这种发展提高生活质量。因此, 麻管局相信, 对从事保健护理的专业人员以及酌情对法律和监管学科和社会及行为科学的专业人员进行教育和培训, 具有极端重要性。大学显然在这一领域具有突出的领导作用, 不仅仅是在研究和宣传方面, 而且还可以通过确保将相关的主题列入本科生和研究生的教学课程中。

麻管局请我将这些看法提请贵国政府注意。特别是, 麻管局希望鼓励贵国政府采取措施, 确保在大学适当院系的教学课程中列入为医疗目的合理使用药物和滥用药物及吸毒成瘾带来的风险这一科目, 其中考虑到各学习领域课程协调的必要性。这一领域的协调统一行动还可涵盖烟酒滥用, 不过麻管局没有这些领域的任务授权。麻管局敬请阁下将此提请高等教育部长、大学校长和其他适当的各部加以注意考虑。

麻管局及其秘书处乐意向贵国政府和大学提供麻醉品管制局年度报告和出版物若干份，以便利这些教学课程的编制工作。

现附上一本介绍麻管局及其职能的小册子，供您参考。

顺致最崇高的敬意。

Hamid Ghodse
国际麻醉品管制局



国际麻醉品管制局简介

国际麻醉品管制局（麻管局）是为监测各项国际药物管制条约的执行情况而由条约设立的一个独立的准司法监管机关，其前身可以一直追溯到国联时期在前药物管制条约下设立的一些机构。

组成

麻管局由经济及社会理事会选出的 13 名成员组成，他们以个人身份而不是作为国家政府代表供职（见本出版物中关于目前成员的附件二）。其中三名成员具有医学、药理学或制药学方面的经验，是从世界卫生组织（世卫组织）提名的名单中选举产生，其余 10 名成员从各国政府提名的名单中选举产生。麻管局的成员是一些以其才干、公正、廉洁而受到普遍信任的人。经社理事会与麻管局协商后作出一切必要的安排，确保麻管局在履行其职责时保持充分的技术独立性。麻管局设有秘书处，协助其履行与条约有关的职责。麻管局秘书处是联合国毒品和犯罪问题办公室的一个行政实体，但在实质问题上只向麻管局报告。在经社理事会第 1991/48 号决议核准的安排框架内，麻管局与该办公室密切配合。麻管局还与其他负责药物管制的国际机构合作，其中不仅包括经社理事会及其麻醉药品委员会，而且还包括联合国的有关专门机构，特别是世卫组织。麻管局也与联合国系统外的机构开展合作，特别是国际刑事警察组织（刑警组织）和世界海关组织。

职责

下列条约规定了麻管局的职责：经《1972 年议定书》修正的 1961 年《麻醉品单一公约》；1971 年《精神药物公约》和 1988 年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》。概括地说，麻管局处理下列方面的事务：

(a) 在药物的合法制造、贸易和使用方面，麻管局努力同各国政府合作，确保医疗和科研用途的药物充分供应，确保防止药物从合法来源转入非法渠道。麻管局还监测各国政府对用于非法制造药物的化学品的管制，协助它们防止这些化学品转入非法贩运；

(b) 在药物的非法制造、贩运和使用方面，麻管局查明国家和国际管制系统中的薄弱环节并促进纠正此种情况。麻管局还负责评估用于非法制造药物的化学品，以便确定是否应将之列入国际管制范围。

在履行职责时，麻管局：

(a) 通过一种统计报告制度实施麻醉药品估量制度和精神药物自愿评估制度并监测涉及药物的合法活动，以协助各国政府实现供求之间的平衡等目标；

(b) 监测和促进各国政府为防止经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的物质被挪用而采取的措施，并评估此种物质，以确定是否需要修改《1988 年公约》表一和表二的管制范围；

(c) 分析各国政府、联合国各机构、专门机构或其他主管国际组织提供的资料，以便确保各国政府充分执行各项国际药物管制条约的规定，并提出补救措施建议；

(d) 经常保持同各国政府的对话，以协助它们遵守依据各项国际药物管制条约所承担的义务，并为此酌情提出拟提供的技术或财政援助建议。

如果发生明显违反条约的情况，要求麻管局寻求做出解释，向没有充分适用各项条约的规定或在适用这些规定时遇到困难的各国政府提出适当的补救措施建议，并视需要协助各国政府克服此种困难。但是，如果麻管局注意到有关方面没有采取必要的措施以补救所出现的严重情况，它可提请有关各方、麻醉药品委员会和经济及社会理事会注意这一事项。作为最后的手段，各项条约授权麻管局建议当事方停止与违约国的药物进出口业务。在所有情况下，麻管局都是在与各国政府密切合作的情况下采取行动。

麻管局协助国家行政当局履行其依据各公约所承担的义务。为此目的，它提议举办并参加为药物管制行政人员举办的区域培训研讨会和方案。

报告

各项国际药物管制条约均要求麻管局编写关于其工作情况的年度报告。该年度报告载有对全世界药物管制形势的分析，以便各国政府知晓可能危害国际药物管制条约目标的现有和可能的情况。麻管局提请各国政府注意在国家管制和遵守条约方面存在的差距和弱点；它还就国家和国际一级的改进提出意见和建议。年度报告的编写以各国政府提供给麻管局、联合国各实体和其他组织的资料为依据。报告还采用通过其他国际组织如刑警组织和世界海关组织以及各区域组织提供的资料。

麻管局年度报告还有详细的技术报告作为补充。这些技术报告载有关于医疗和科研目的所需要的麻醉药品和精神药物合法移动的数据以及麻管局对这些数据所作的分析。麻醉药品和精神药物合法移动（包括防止其转移到非法渠道）的管制体系要想正常发挥作用，这些数据就是必不可少的。此外，依据《1988年公约》第12条的规定，麻管局每年都要向麻醉药品委员会报告该条款的执行情况。该报告阐述对经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体和化学品的监测结果，也将作为年度报告的补编出版。

1992年以来，年度报告的第一章都用来阐述某个具体的药物管制问题以及麻管局就此问题提出的结论和建议，以便协助人们就国家、区域和国际药物管制政策进行讨论与决策。以往各年度报告论及下述专题：

- 1992年：药品的非医疗用途的合法化
- 1993年：需求量减少的重要性
- 1994年：国际药物管制公约有效性评估
- 1995年：加倍重视打击洗钱活动
- 1996年：药物滥用和刑事司法系统
- 1997年：在非法药物增加的背景下防止药物滥用
- 1998年：国际药品管制：过去、现状与未来
- 1999年：远离疼痛与痛苦
- 2000年：国际管制药物的过量消费
- 2001年：全球化与新技术：在二十一世纪执行禁毒法的挑战
- 2002年：非法药物与经济发展
- 2003年：药物、犯罪与暴力：微观一级的影响
- 2004年：减少供应和减少需求战略的结合：超越均衡的做法
- 2005年：替代发展与合法生计
- 2006年：国际管制药物和无管制市场
- 2007年：相称性原则和毒品相关犯罪
- 2008年：国际药物管制公约：历史、成绩和挑战
- 2009年：药物滥用的初级预防

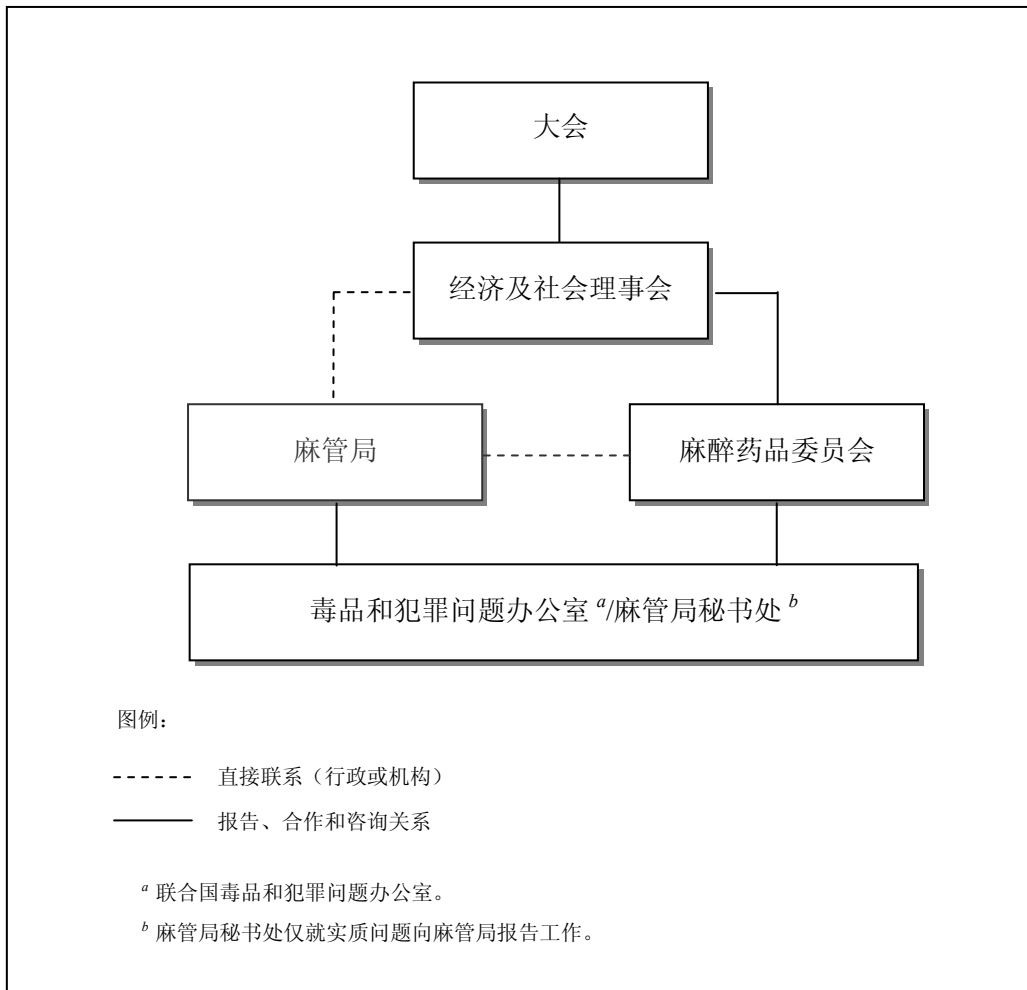
国际麻醉品管制局2010年报告第一章的标题是“毒品与腐败”。

第二章分析了国际药物管制系统的运作情况，其主要依据是各国政府根据国际药物管制条约的要求，向麻管局直接提供的信息。重点内容是对麻醉药品、精神药物以及用于这些药物非法生产的化学品的一切合法活动的全球管制情况。

第三章介绍了药物滥用和贩运方面的一些重要发展，以及各国政府为落实国际药物管制条约、解决这些问题而采取的各项措施。

第四章介绍了麻管局向各国政府、联合国毒品和犯罪问题办公室、世卫组织以及其他有关国际和区域组织提出的主要建议。

联合国系统和药物管制机构及其秘书处



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.

United Nations publication
Printed in Austria

Sales No. C.11.XI.7
E/INCB/2010/1/Supp.1



V.10-58064—February 2011—305

USD 12
ISBN 978-92-1-014884-9

