



国际麻醉品管制局



报告 2017



联合国

发行限制

遵守发行日期：
不得在以下时间之前发表或播出
2018年3月1日星期四 11:00时（欧洲中部时间）

敬请注意

国际麻醉品管制局发表的 2017 年报告

《国际麻醉品管制局 2017 年报告》(E/INCB/2017/1) 尚有下列报告作为补充：

《麻醉药品：2018 年全球估计需求量——2016 年统计数字》(E/INCB/2017/2)

《精神药物：2016 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/2017/3)

《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 2017 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/2017/4)

受国际管制的物质，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
传真： (+43-1) 26060-5867 或 26060-5868
电子邮件： secretariat@incb.org

本报告的文本还可在麻管局网站 (www.incb.org) 查阅。



国际麻醉品管制局

2017 年
国际麻醉品管制局
报告



联合国
2018 年，维也纳

E/INCB/2017/1

联合国出版物
eISBN: 978-92-1-363143-0
ISSN 0257-3741

前言

世界毒品形势的复杂性每年都在增加。国际麻醉品管制局（麻管局）负责监测各国执行国际药物管制条约的情况，并支持各国政府确保提供麻醉药品和精神药物用于医疗和科研用途，同时防止这些药物被转移和滥用。通过循证研究和文献，麻管局强烈促请各国政府采取体现人权为本方针的人道、平衡的药物政策，执行各项国际药物管制公约，适用相称性原则和坚持条约所载的法治精神。如果不能适当地考虑人权，就会有灾难性的后果。

在纪念《世界人权宣言》七十周年之际，麻管局回顾，人权是联合国使命和工作的基石。这次周年为探讨人权与药物政策之间的关联，讨论各国毒品问题对策的影响提供了一次机会。题为《我们对有效处理和应对世界毒品问题的政治宣言》的大会第三十届特别会议成果文件，¹把吸毒病症治疗、康复及回归社会纳入了建议所载主要行动目标之列。有鉴于若干人权文书这次具有里程碑意义的周年纪念，麻管局对人权尤其重视，把人权作为一项特别专题列入了今年的年度报告。

《世界人权宣言》第二十五条规定，健康权是适足生活水准权的一部分。本报告的主题章节侧重于吸毒病症治疗、康复及回归社会，以此作为减少药物需求的关键要素。在这方面，我们提请注意保护受吸毒病症影响者的权利，并强调必须能够不受歧视地获得治疗、康复及回归社会的服务。我们提出了一些建议，如果广为执行，将有助于实现《可持续发展目标》，特别是关于良好健康和福祉的具体目标 3。这些建议包括落实多层次治疗服务结构的投资和提供，并确保跨部门协调旨在减少供应和需求的努力。麻管局认为，如果领导人、政策制定者和广大社会遵循这一章中阐述的各项原则，并尤其关注治疗需求，就将对经常受到忽视的群体产生重大的公共健康作用。

麻管局在年度报告第二章中述评各国的履约情况，并着重说明了一些实质性政策事项。在这一章的 F 节（“特别专题”）中，我们提请注意政策制定者应予重视的一些问题。

在关于大麻素的治疗使用的特别专题下，麻管局慎重地再度审查了术语，并参照《1961 年麻醉品单一公约》得出结论认为，需要保证用语准确。因此，我们讨论的是大麻素的治疗使用，并避免“医用大麻”的概念。这样做是为了确保在提到医药产品时，被理解为是指产品业已经过适当测试，通过了全面的科学评估和临床试验，是获得了许可证的药品。麻管局注意到，有一些传闻说某些大麻素具有治疗效果，而有些辖域为此类产品发放了许可，尽管其治疗价值仍然证据不足，目前还在进行临床试验。因此，麻管局指出，在考虑是否有可能使用大麻衍生物治疗某些健康状况时，采用“大麻素的治疗使用”这一说法最为妥当。我们强调，在决定发放药品

¹大会第 S-30/1 号决议，附件。

许可时，各国政府应当审查科学研究和临床试验的结果，以确保医用处方是在具备合格医学知识和监督的条件下开具的。

正如我们 2016 年年度报告²和题为《国际管制药物供应情况：确保医疗和科研所用药物的充分供应——不可或缺、充分供应且不受不当限制》的特别报告³所述，全世界有数十亿人获得含管制物质药品的机会受到限制或完全没有。类阿片止疼药供应不平衡现象对中、低收入国家的影响更为严重，不成比例。我谨一如既往地呼吁各国弥合我所称之为“全球疼痛鸿沟”的这一差距。

与对待类阿片药物不够使用的态度一样，我们对北美洲类阿片药物使用过量的流行状况深感痛心。我们在报告中着重指出了长期使用类阿片药物的相关风险，并建议各国政府认识到与滥用处方药物有关的各种风险。尽管这种情况只是在世界的某一部分尤其严重，麻管局目前正在关注此事，并建议其他国家政府从这一危机中找到借鉴。

如同前面提到的那样，我们正在目睹类阿片药物不够使用和使用过量的两极分化现象。这两种流行现象是造成世界上许多苦难的原因。然而，类阿片药物并不可怕，只要服用和监督得当，类阿片药物就是管控疼痛和姑息护理的一种重要工具。我们在今年的年度报告中呼吁向保健专业人员和负责人员提供培训，确保合理的处方开具作法并落实大会第三十届特别会议就此通过的行动建议。我们认为，为了应对这些双重挑战，各国的努力是不可或缺的。

针对疑似从事涉毒活动的人实施持续不断的暴力和法外处决行为，无论是简单使用暴力或是犯罪行为，都是对法治和国际公认的正当程序标准的破坏。麻管局提醒各国，任何形式的法外处决行动都是违反国际药物管制条约的，我们在报告中阐述了这个问题。

根据世界旅游组织的统计，2016 年的国际游客到访人次超过了 12 亿，如果把商务和国际会议旅行人数包括在内，这一数字还会大幅增加。在到国外旅行的人中，有许多人正在接受医治，有时需要携带含国际管制物质的药品。麻管局提请注意这一问题，并呼吁各国政府使旅客和有关官员熟知本国在这方面的要求，确保到访其国家的人不会受到不当延误或困扰。在这方面，我们请各国政府帮助携带医药制剂的旅客在国外时能继续接受医治。

阿富汗禁毒部和联合国毒品和犯罪问题办公室公布的《2017 年阿富汗阿片调查》表明，罂粟种植面积 2016 年以来增加了 63%，创下新高。本报告也讨论了这一问题。该国的非法药物经济进一步加剧了原本就不稳定的环境，增加了向阿富汗境内和境外恐怖集团输送的资金。麻管局意识到阿富汗政府和人民有效应对该国特殊局势所面临的挑战和困难，再次呼吁该国政府同地方、区域和国际伙伴合作，制定并落实

²E/INCB/2016/1。

³E/INCB/2015/1/Supp.1。

平衡、有效和全面的努力，以应对这一问题。麻管局随时准备并吁请国际社会和阿富汗共同努力，将扭转这种局势作为高度优先的任务。

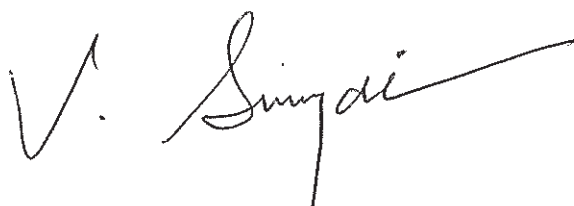
这份年度报告提请注意其他一些影响远远超出国家疆界的重要动态。就此，我们注意到哥伦比亚非法古柯树种植面积 2016 年达到了创纪录的水平，以及哥伦比亚政府和哥伦比亚人民军革命武装力量在 2016 年 11 月签署了和平协定。和平协定载有关于毒品管制的承诺，预期将对根除非法药物种植和可卡因贩运活动产生积极的影响。麻管局将继续密切监测安第斯地区的事态发展。

麻管局还着重说明了一些用以支持各国政府执行条约和大会第三十届特别会议成果文件的现有工具和举措。这些工具包括麻管局学习项目，这是加强国家主管部门监测管制物质贸易和促进为医疗用途供应此类物质的能力的一项举措。同样，为了促进受管制物质的合法国际贸易建立起了一种新的系统，即国际进出口许可系统 (I2ES)。该系统并入了麻管局开发的一系列工具，如出口前通知网上系统 (PEN)、前体事件通信系统 (PICS) 以及较近期出台以应对新型精神活性物质的举措。此外，麻管局国际药物管制系统 (IDS) 这一麻管局使用的数据库平台，是连接政府提供的履行监管义务数据的中枢。国际药物管制系统为分析管制物质合法国际贸易制度的运作提供依据，向麻管局提供协助各国政府所需要的信息。今天，国际药物管制系统迫切需要更新换代。

我们的目标是继续扩大我们的分析和支助能力以协助世界各国政府。麻管局着眼于在自己的任务授权范围内积极促进实现《可持续发展目标》和大会第三十届特别会议通过的各项目标。为此，我们将继续依靠与所有国家的积极对话和来自所有国家的支持。

药物政策必须遵循力争促进人类健康和福祉的方针。三项国际药物管制公约为国际社会提供了实现这一目标的充分余地。

我希望，今年的年度报告将进一步激励各国和国际社会的合作、多层次的战略和多部门的努力和行动。我们共同努力，就能进一步改善全世界的个人福祉，并为到 2030 年实现《可持续发展目标》做出贡献。



国际麻醉品管制局

主席

Viroj Sumyai

目录

页次

前言	iii
解释性说明.....	ix

章次

一. 吸毒病症的治疗、康复及回归社会：减少药物需求的关键要素	1
A. 背景.....	1
B. 治疗、康复及回归社会是减少需求的关键要素	2
C. 与吸毒病症相关的基本概念.....	3
D. 与吸毒病症有关的因素	4
E. 吸毒病症和恢复的发展过程及轨迹	4
F. 治疗干预的原则	5
G. 治疗方法和模式	6
H. 吸毒病症治疗的成本效益.....	8
I. 治疗服务提供方面的组织和管理.....	9
J. 特殊人群的治疗	9
K. 药物依赖治疗作为一项人权.....	11
L. 治疗方案的监测和质量保证.....	12
M. 建议	13
二. 国际药物管制制度的运作	17
A. 促进各项国际药物管制条约的一致适用.....	17
B. 确保国际药物管制条约各项规定的实施.....	18
C. 各国政府与麻管局的合作.....	26
D. 总体履约情况评价	30
E. 麻管局为确保各项国际药物管制条约的实施而采取的行动	40
F. 特别专题.....	44
三. 世界形势分析.....	59
A. 非洲.....	61
B. 美洲.....	66
中美洲和加勒比	66
北美洲.....	71
南美洲	78
C. 亚洲.....	85
东亚和东南亚	85
南亚.....	90
西亚.....	94
D. 欧洲.....	101
E. 大洋洲.....	109

四. 给各国政府、联合国及其他有关国际组织和国家组织的建议	117
-------------------------------------	-----

附件

一. 国际麻醉品管制局 2017 年报告中使用的区域和次区域划分	121
二. 国际麻醉品管制局现任成员	125

解释性说明

凡在 2017 年 11 月 1 日以后报来的资料，均未能编入本报告。

本出版物中使用的名称和材料的编制方式，并不意味着联合国秘书处对任何国家、领土、城市、地区或其当局的法律地位，或对其边界或界线的划分，表示任何意见。

所提及的国家和地区名称是收集到相关资料时正式使用的名称。

本报告使用了下列简称：

AIRCOP	机场通信项目
APAAN	α -苯基乙酰基乙腈
CARICC	中亚区域信息和协调中心
CICAD (美洲药管会)	美洲药物滥用管制委员
ECOWAS (西非经共体)	西非国家经济共同体
EMCDDA	欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心。
欧警局	欧洲警察局
GBL	伽马丁内酯
GHB	伽马羟丁酸
ha	公顷
I2ES	国际进出口许可证系统
INCB (麻管局)	国际麻醉品管制局
INTERPOL (国际刑警组织)	国际刑事警察组织
IONICS	Ion 项目事件通信系统
LSD (致幻剂)	麦角酰二乙胺
MDMA	3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺
OAS	美洲国家组织
OSCE (欧安组织)	欧洲安全与合作组织
PEN Online	网上出口前通知
PICS	前体事件通信系统
SCO (上合组织)	上海合作组织
SMART	全球综合监测：分析、报告和趋势方案
THC	四氢大麻酚
UNAIDS (艾滋病署)	联合国艾滋病毒 / 艾滋病联合规划署
UNAMA (联阿援助团)	联合国阿富汗援助团
UNODC (毒品和犯罪问题办公室)	联合国毒品和犯罪问题办公室
WCO (海关组织)	世界海关组织
WHO (世卫组织)	世界卫生组织

第一章

吸毒病症的治疗、康复及回归社会：减少药物需求的关键要素

A. 背景

1. 对人类健康和福祉的关切是国际药物管制框架的基石。统称为国际药物管制公约的《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》⁴、《1971年精神药物公约》⁵和1988年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》⁶都涉及这一关切。为确保人类的健康和福祉，各项公约要求缔约国为受毒品问题影响者的治疗、康复及回归社会采取措施（《1961年公约》第三十八条和《1971年公约》第二十条）。国际麻醉品管制局（麻管局）在其2015年年度报告中强调了这一点。⁷

2. 吸毒病症的治疗、康复及回归社会是大会第三十届特别会议题为《我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺》的成果文件所载关于减少药物需求的建议中列出的关键行动目标。⁸在该成果文件中，大会认识到药物依赖是一种复杂的健康障碍，特点为慢性和复发性，可通过循证的自愿治疗方案进行治疗，并呼吁在制定和执行治疗举措方面加强国际合作。

3. 几千年来，使用能改变情绪的精神药物一直是人类文明的组成部分。对特定物质来说，或者在特定情况下，它可能呈现出一种病态模式，需要加以处理。在整个人类文明史中，社会对精神药物的使用表现出不同程度的容忍和宽容，管制力度也不尽相同。对于其中一些物质，如烟草和酒精，大多数社会或多或少会严格管理。其他一些物质则被判定具有危害性，并因此受到严格管制。受国际药物管制公约管制的麻醉药品和精神药物就属于这种情况。

4. 不论管制、监管和社会赞同或不赞同的程度如何，所有精神药物（为简便起见本章称之为“毒品”）的一个共同因素是，它们往往会在使用后导致吸毒病症，不论是经常使用还是偶尔使用。吸毒病症与重度疾病（发病率）和残疾联系在一起，对国家资源构成负担，并给人类造成不可估量的痛苦。世界卫生组织（世卫组织）估计，酒精和非法药物使用造成的全球疾病负担在所有疾病负担中占5.4%。⁹具体来说，药物依赖造成的疾病负担在各种原因造成的全球疾病负担中占0.9%，正如伤残调整寿命年所示，其中，类阿

⁴联合国，《条约汇编》，第976卷，第14152号。

⁵同上，第1019卷，第14956号。

⁶同上，第1582卷，第27627号。

⁷E/INCB/2015/1，第1段。

⁸大会第S-30/1号决议，附件。

⁹世卫组织，全球卫生观察站数据，预防和治疗吸毒病症的资源。可在www.who.int/gho/substance_abuse/en/上查阅。

片依赖在造成该负担的因素中占最大比例。¹⁰ 药物使用与公共卫生风险的联系，如与艾滋病毒传播和其他血液传播感染的联系，是影响健康的另一个方面。因此，所有国家和辖域都必须具备各种机制和制度，为受吸毒病症影响者提供帮助和救助。

B. 治疗、康复及回归社会是减少需求的关键要素

5. 减少药物需求涉及两种既相互重叠又截然不同的方法：预防吸毒的发生（或初级预防）与治疗、康复及回归社会。

6. 减少需求的相关干预措施通常更注重初级预防活动。初级预防经常得到更多的支助，因此在国家减少药物需求框架和方案中更为突出。但是，许多初级预防活动被认为证据不足，覆盖面有限，而活动质量也无从了解。¹¹ 受吸毒病症影响者的治疗、康复及回归社会的价值（本章稍后将对此进行讨论）需要得到更大程度的认可。出于一些强有力的理由，各国政府应当投资于治疗和康复服务：

(a) 除了生活质量和生产力下降，受吸毒病症影响者的身心健康及福祉受到严重损害；

(b) 一些受吸毒病症影响者可能诉诸非法和（或）犯罪行为以支撑自己吸毒，固化了上瘾和痛苦的恶性循环，并增加了社会犯罪负担；

(c) 研究显示，同伴压力是致使吸毒的一个重要因素。因此，为药物依赖者提供治疗能减少其他人在他

们的影响下开始吸毒的风险。换言之，为受影响的个人提供治疗和康复服务能够帮助预防其关系网络范围内的其他个体吸毒；

(d) 作为国际药物管制条约的缔约方，各国政府需要为受毒瘾影响者提供治疗服务。《1961 年公约》第三十八条和《1971 年公约》第二十条都要求各国政府特别关注受药物依赖影响者的预防、治疗、康复及回归社会并采取一切切实措施予以实现，以协力达此目的，并促进这些领域内工作人员的培训；

(e) 尊重受吸毒病症影响者的健康权和享有治疗服务权将有助于减少与这类病症有关的污名化和歧视现象；

(f) 研究一致表明，治疗方面的投资能够节省政府资金。提供治疗的经济成本要比吸毒相关病症和有关问题，包括失业、旷工、犯罪（包括刑事司法成本和执法成本）、发病率、早期死亡率以及残疾等所引起的成本低得多；

(g) 对于实现《可持续发展目标》3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）至关重要，就具体目标 3.5（加强对药物滥用的预防和治疗）采取行动。

7. 在全世界范围内，治疗和康复服务的资源供应存在显著差距。世卫组织估计，全球每 100,000 人中只有 1.7 张床位用于治疗药物和酒精依赖，高中收入国家的可用床位是低中收入国家的 10 倍以上（每 100,000 人 7.1 张比 0.7 张）。¹² 联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）报告称，在全球一级，每 6 个需要药物依赖治疗的人中只有 1 人能够进入治疗方案。对于拉丁美洲，相应的数字为每 11 人中有 1 人，对于非洲，则是每 18 人中有 1 人，

¹⁰ Louisa Degenhardt 等人，“全球归因于非法药物使用和依赖的疾病负担：《2010 年全球疾病负担研究调查结果》”，《柳叶刀》，第 382 卷，第 9904 号（2013 年 11 月 9 日），第 1564-1574 页。

¹¹ 《2015 年世界毒品问题报告》（联合国出版物，出售品编号：E.15.XI.6），第一章 D 节（“预防吸毒有什么作用？”）。

¹² 世卫组织，《药物使用地图（2010 年）：预防和治疗药物使用病症的资源》（2010 年，日内瓦）。

这表明资源差距在中低收入国家更加显著。高收入国家每年为每人的精神健康大约支出 50 美元，而中低收入国家仅支出约 2 美元。此外，在国家范围内，治疗和康复服务的获取也往往失衡。例如，医疗体系经常有能力为滥用酒精病症提供服务，但是不能为吸毒病症提供服务。往往只有较大的城市才能提供药物依赖的治疗服务。同样，尽管药物依赖在男子中比在妇女中更加多发，但由于污名化和缺乏对性别问题有敏感认识的治疗服务，存在药物依赖问题的妇女获得治疗和康复服务的比例更低。¹³ 治疗差距的另一个重要方面是可提供和可获得的医疗在类型上的差异。在全球范围内，三分之一以上的国家报告称可提供社会心理干预，而只有不到四分之一的国家报告称可提供药物干预，尽管有力的证据表明药物干预能有效治疗许多类型的吸毒病症。此外，在可提供和可获得治疗服务的情况下，服务质量可能不佳，而且干预措施可能并非基于证据或以国际标准或准则作为支持。

C. 与吸毒病症相关的基本概念

8. 由于术语使用不当可能导致污名化和歧视，应当区分诸如药物使用、药物滥用、有害用药、药物依赖和药物上瘾等术语。从刑事司法角度看，在某些国家，即使一次性地使用被列为麻醉药品或精神药物的精神物质，也可能招致制裁。¹⁴ 但是，从上瘾和行为科学的角度看，个别的一次性消费药物不一定是病态行为。区分病态行为和非病态（尽管经常是危险的）行为的，是用药的模式和导致的后果。

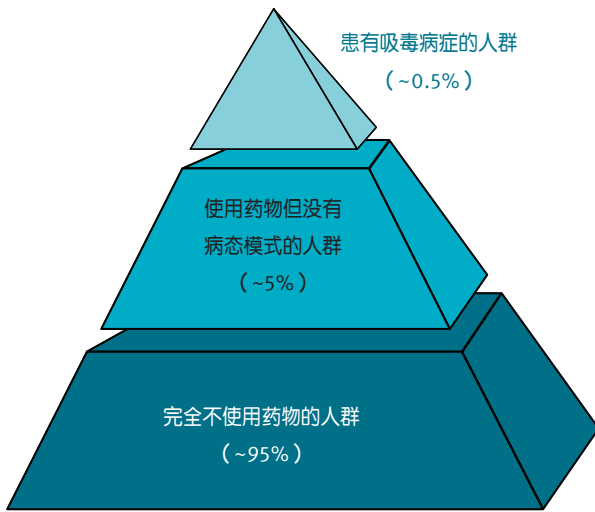
¹³ 联合国促进两性平等和妇女赋权署（妇女署），“从性别视角看药物使用、毒品贸易和毒品管制机制的影响”，政策简报（2014 年 7 月）。

¹⁴ 麻管局已经多次澄清，根据联合国药物管制条约，缔约国没有义务对药物使用者适用刑事司法制裁。

9. 《国际疾病分类》第十次修订本 (ICD-10) 描述了使用药物引起的两大诊断分类，与这方面的讨论有关：有害使用和依赖症状。有害用药被视为一种损害个人身体或精神健康的药物使用模式。药物依赖是药物使用成为使用者生活中最要紧的一件事并伴随产生一系列相关行为的这样一种状况。旧的术语“上瘾”，其含义在很大程度上与“依赖”的含义类似，在科学文献和通俗用语中根深蒂固，因此继续得到使用。“药物滥用”一语过去用作诊断分类，但在很大程度上已被术语“有害用药”和“吸毒病症”代替。鉴于这种情况，本章主要使用的术语是“药物使用”和“吸毒病症”。

10. 开始使用药物的人可能随着药物使用和药物有害后果的升级，达到有害使用的阶段，并最终形成依赖。药物使用、有害用药和药物依赖构成了一种严重程度递增的使用模式。在任何社会里，药物使用模式都可以用一个金字塔形表示。如下图所示，金字塔的底部由完全不使用药物的人群构成。金字塔的中间层代表使用药物但其药物使用模式并非病态的少数群体。最后，最小的一部分，也就是金字塔的顶部，代表的是受到吸毒病症折磨的人群。尽管他们只构成金字塔最小的一部分，但必须指出，受吸毒病症折磨的人群，自身遭受伤害和有害后果的比例最大，在对整个社会造成的相关疾病负担中所占比例也最大。毒品和犯罪问题办公室在《2017 年世界毒品问题报告》中指出，全球由于药物使用在 2015 年损失了 2,800 万健康生命年，其中因吸毒病症损失了 1,700 万健康生命年，尽管只有约 10% 的药物使用者遭受吸毒病症的折磨。遗憾的是，全球患有吸毒病症的人群中每 6 人中只有 1 人能够获得治疗服务。因此，应当把向遭受吸毒病症折磨的人群提供治疗和康复服务列为高度优先事项。但是，未患有吸毒病症的药物使用人群可能也需要帮助，以防止他们的药物使用问题进一步升级。

药物使用模式金字塔（象征性）



D. 与吸毒病症有关的因素

11. 将吸毒病症视为源于生物——心理——社会因素最为恰当。任何个体吸毒都不是单独的因素导致的。各种风险因素和保护因素彼此相互作用，可能导致药物使用和随后产生的依赖。其中包括药物使用者原有的个性，以及源于其大脑神经生物学机能障碍的遗传和生理因素。此外，还有环境因素。其中，一些社会、文化和法律因素加大了个人使用药物并随后发展成药物依赖的风险。社会和文化对使用药物的宽容可能会增加其供应，影响人们使用药物的风险。同样，据发现，社会经济困难与药物使用风险相关，药物可能被用作应对个人问题的一种自我治疗方式，而这种个人问题有时源于童年的不幸经历，如虐待、疏忽和其他形式的家庭功能失常。最后，与药物相关的因素也可能决定风险，因为有些药物比其他药物更有可能导致吸毒病症。类阿片药物比大麻等其他药物更容易成瘾。一些导致药物依赖的因素超出了药物使用者的控制范围。人们不能决定自己的遗传脆弱性或生物脆弱性，他们没有能力影响邻里间的文化习俗，也不能控制决定药物供应的国家法律和政策。人们对形成药物依赖的风险在多大程度上可以控制或有所选择，是一个有

争议的问题。¹⁵ 因此，没有必要将受吸毒病症影响的群体视为受害者和受难者，而应将其视为患者，并且不应当认为他们是在随意实施不良或非法行为。为他们提供帮助的理想环境是治疗和康复环境。

E. 吸毒病症和恢复的发展过程及轨迹

12. 吸毒病症一旦形成，便会像糖尿病或高血压等其他慢性非传染性疾病一样自然发展。所有此类慢性非传染性疾病的治疗有一些共同的特征：

- (a) 治疗可以减轻症状，但不一定去除病根；
- (b) 改变行为和生活方式是治疗的一个重要组成部分；
- (c) 尽管进行了治疗，但复发是常见现象。

13. 从吸毒病症中恢复是有可能的，但这常常需要进行多种尝试以及长期参与治疗方案。对大多数个人来说，从吸毒病症中恢复是一个过程，而不是一个结果。绝大多数吸毒病症患者通常在一个治疗阶段之后重新吸毒。失效（在实现戒断后只要有一次吸毒）和复发（在实现戒断后遵循一种依赖模式吸毒）被视为恢复过程中内在且意料之中的阶段。在经历一个短期的治疗阶段之后就期待某人实现持久戒断是不切实际的，就像只提供了几天的降压药物然后就逐渐减少药物，却期待高血压患者的血压在一年期结束后恢复正常是不切实际的一样。因此，应当将治疗和康复方案设计为包含预防复发战略的长期干预方案。重要的是，国家法律和政策不应当制裁在治疗之后复发的吸毒者。必须指出，对于吸毒病症，治疗是有效的。换

¹⁵ Allison Kurti 和 Jesse Dallery, “海曼成瘾研究：一种选择性病症”, 《应用行为分析学报》。第45卷, 第1号(2012年), 第229-240页。

言之，现代医疗保健科学为吸毒病症提供了有效的治疗战略。保持必要的长期治疗是实现良好治疗成果的最重要的单一预估指标。

14. 有一个普遍的误区，认为遭受药物依赖折磨的群体不希望停止吸毒。不成功的戒毒尝试是药物依赖的一个标志性诊断特征。治疗服务的供应和获取条件太差会剥夺受影响者减少或停止吸毒行为的机会。最近在印度旁遮普开展的一项调查指出，在据估计对类阿片药物产生依赖的232,000多人中，80%以上的人尝试过停止吸毒。但是，只有大约15%的人获得过有组织的治疗部门的帮助，这表明人们对治疗服务有着广泛的需求，但服务的供应太差。¹⁶

15. 即使是在实现戒断后，许多吸毒病症患者发现，重新获得他们在家庭和社会中的位置和地位是一项挑战。与吸毒相关的污名化是康复道路上的一个严重阻碍。代表世卫组织对全世界14个国家进行的一项研究指出，在18种健康疾病中，毒品上瘾遭受污名化或社会指责的程度最高。¹⁷ 国家减少需求方案必须解决污名化和歧视问题，提供援助，以实现康复及回归社会，为受吸毒病症影响者提供一个机会，让其重获在社会中作为负责和具有生产能力的公民的地位。

16. 药物依赖治疗成果的界定不应仅从是继续吸毒还是完全戒断这种二元化角度看问题。事实证明，即使没有实现完全戒断，一些人也可能减少吸毒的有害后果，并继续保持相对稳定和富足的生活。除了减少药物使用，个人健康和社会职能（就业、家庭和社会关系）的改进，以及危险行为或犯罪的减少都是吸毒病症治疗

所能取得的有效和可喜成果。因此，治疗和康复服务不应只侧重于停止吸毒这个最终目标，还应考虑到减少吸毒及其有害后果的干预目标，以作为实现完全康复及回归社会过程中必不可少的一部分。

F. 治疗干预的原则

17. 吸毒病症是可治疗的健康疾病，可以得到有效治疗和康复干预。它们被视为复杂的生物—心理—社会疾病，对它们的治疗同样复杂并具有多面性。为确保有效，治疗通常包括针对药物依赖不同方面及其后果的多个组成部分。世卫组织与毒品和犯罪问题办公室概述了治疗药物依赖的九项原则：¹⁸

原则 1. 药物依赖治疗的可用性、可获得性、可负担性、吸引力和适当性。受药物上瘾影响的人群应当能够获得可解决各种不同需求的一系列治疗服务。诸如可负担性、地理上的可获得性、及时性和开放时间的灵活性、对用户友好度以及对个人需求的响应度等因素有助于获得药物依赖治疗。

原则 2. 筛查、评估、诊断和治疗规划。全面的诊断评估过程是有效和个体化治疗方法的基础。组成部分包括筛查（例如，药物使用和相关风险行为）、评估和诊断（例如，药物依赖和其他精神疾病共病）、全面评估（例如，疾病的阶段和严重程度、性格、个性和就业状况）以及个体化治疗计划。

原则 3. 循证的药物依赖治疗。适用于批准治疗其他健康疾病的严格标准必须同样适用于药物依赖治疗。因此，考虑到保健科学具有不断演变的性质，特定国家批准的所有药物依赖治疗都应当根植于最新的循证良好做法和积累的科学知识。

¹⁶ 印度社会正义和赋权部与旁遮普政府卫生和家福利部，“旁遮普类阿片药物依赖调查：简报”。可在 <http://pbhealth.gov.in/> 上查阅。

¹⁷ Robin Room 等人，“关于残疾相关的污名化、评价、均等和社会态度的跨文化观点”，见《残疾与文化：普遍性和多样性》，T. Bedirhan Üstün 等人编（Hogrefe and Huber Publishers, 西雅图，2001年）。

¹⁸ 毒品和犯罪问题办公室与世卫组织，“治疗药物依赖的原则”，讨论文件（2008年3月）。

原则 4. 药物依赖治疗、人权和患者尊严。不应因药物依赖者有吸毒史而歧视他们。适用于其他健康疾病的合乎道德的治疗标准也必须适用于药物依赖治疗。这包括患者的自主权和自决权，以及保健服务提供者所遵循的仁慈、不伤害和保密原则。在此背景下，麻管局欢迎最近关于结束医疗机构歧视的联合国联合声明。¹⁹

原则 5. 针对特殊亚群体和疾病。青少年、妇女、孕妇、有医学和精神科共病的群体、性工作者、族裔少数群体以及包括移民和难民在内的社会边缘个体等人口亚群体可能有他们的特殊需求。他们的药物依赖治疗必须解决这些需求。

原则 6. 上瘾治疗和刑事司法体系。在一些司法管辖领域，吸毒本身视为一种犯罪。但是，由于吸毒病症是健康疾病，理想的治疗环境是医疗保健体系而不是刑事司法体系。医疗保健体系应当是管理这些问题的首选环境，如果缺乏治疗能力，则应当予以发展。治疗作为监禁的替代方案能够带来减少痛苦和残疾以及减少犯罪的双重益处。由此带来的成本显著减少有助于实现这一方法的成本效益。

原则 7. 社区介入、参与和患者导向。在提供治疗的过程中，思维模式需要从发布指令转变为提供更加协调且基于社区的服务，并且吸毒者、他们的家人、社区以及地方利益攸关方都参与规划、实施和监测治疗服务的过程。

原则 8. 药物依赖治疗服务的临床管理。通过书面政策和协议，以及通过对合格工作人员的监测和监督机制，能够建立可问责并高效的临床管理体系。此外，应制定治疗服务的鉴定、认证和质量保证制度。

原则 9. 治疗体系：政策制定、战略规划和服务协调。建议采取合乎逻辑、循序渐进的方法，包括制定治疗政策、评估形势、建设保健服务提供者的能力和质量保证体系。

¹⁹联合国和世卫组织，“关于结束医疗机构歧视的联合国联合声明”，2017年。可参阅 www.who.int/。

G. 治疗方法和模式

18. 并非每一项促使吸毒减少的活动都能无可争议地被称为治疗。对吸毒病症及相关身体和精神健康问题的治疗被定义为“直接针对存在吸毒问题的群体并且在减轻和（或）消除这些问题方面旨在实现规定成果的一项（或多项）活动，由具备经验或经过认证的专业人员在公认的医疗、心理或社会援助实践框架内提供”。²⁰

19. 虽然针对不同药物类型和人群进行药物依赖治疗的一般原则可能看起来类似，但理想的情况是，每位患者都应获得针对其个人本身的治疗，治疗性质可能因所使用药物的类型、依赖的严重程度、动机水平和社会支助的提供（或缺乏）等因素而不同。药物依赖是一种慢性、间断性复发的疾病，对于大多数人来说，短期的一次性治疗通常是不够的，患者在家人和社区支持下持续参与治疗会有所裨益。

20. 毒品和犯罪问题办公室与世卫组织共同制定了关于治疗吸毒病症的国际标准，以支持各会员国发展有效且合乎道德的治疗服务。²¹ 对各种各样的治疗模式和方法进行了评估，以查明其效力在多大程度上基于证据。这些模式和方法包括：

(a) 基于社区的外联活动。这些活动主要针对吸毒但是目前没有接受治疗的人群。外联方案提供的核心服务包括基本支助、毒品相关教育、筛查和短暂干预、药物依赖治疗转诊和针具交换服务；

(b) 筛查、短暂干预和转诊治疗。这些干预在很大程度上针对初级保健、急诊护理、社会服务和监狱等非专业环境下存在吸毒问题的人群。标准和有效的筛查工具以及与文化相适应的手册可用于短暂的社会心

²⁰欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心，《欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心治疗战略》，工作方案和战略汇编（2010年4月，里斯本）。

²¹毒品和犯罪问题办公室和世卫组织，《关于治疗吸毒病症的国际标准：实地试验草案》（2017年3月）。

理干预。此类方案能够有效减少吸毒，特别是对于那些处于吸毒轨迹初级阶段的人群而言；

(c) 短期住院或寄宿治疗。这一类型的治疗也称为戒毒，主要目的是减轻药物戒断症状，在一个安全、受保护的环境中促进患者身体和情绪状态的稳定。关于苯二氮草类、类阿片药物和许多其他类别的药物，戒毒主要依靠对戒断症状进行药物治疗。关于类阿片药物，有力证据表明，最好使用丁丙诺啡和美沙酮等兴奋剂药物治疗戒断症状。²² 关于苯二氮草类等镇静催眠药物，建议使用足够剂量的长效苯二氮草类药物，并在随后几天内逐渐减少用量。戒毒经常被错误地认为其本身是一种彻底的治疗。但是，对戒断症状的治疗仅仅是对药物依赖进行长期治疗的第一步。在任何形式的戒毒之后，复发和服药过量的风险非常高。为防止复发，有必要在治疗的这一阶段启动准备工作，以确保患者长期和持续参与治疗过程；

(d) 门诊治疗。门诊治疗主要针对在家里获得充足的社会支助与资源但是确实需要长期药物和（或）社会心理干预的个人。绝大多数吸毒病症患者不需要住院护理，可作为门诊患者接受治疗。有力证据表明，作为药物依赖长期治疗的一部分，提供各种各样的药物干预是有效的。关于类阿片拮抗药维持治疗，世卫组织建议使用适当剂量的丁丙诺啡或美沙酮。²³ 另一种形式的门诊患者类阿片依赖药物治疗是使用类阿片拮抗药环丙甲羟二羟吗啡酮，建议对动机极强的患者使用。但是，只有少量证据能够证明其有效性。²⁴ 关于对大麻和精神刺激剂依赖（即依赖苯丙胺或可卡因）的治疗，目前没有证据证明有哪种药物疗法是持续有效的。因此，社会心理治疗仍然是处理对这类药

物所产生依赖的主要方式。除了药物治疗，应急管理、²⁵ 动机访谈、²⁶ 认知行为疗法²⁷ 以及复发预防治疗等一系列社会心理干预对于预防复发和使患者康复也是有效的。其中大多数在与药物治疗结合时都能产生最佳效果；

(e) 长期寄宿治疗。长期寄宿治疗最常见的形式是社区治疗，患者预计在这里待上6至24个月。传统上，长期寄宿治疗仅由社会心理治疗组成，但是现代方法可能涉及到使用药物。大规模的评估表明，几乎没有证据证明社区治疗能够提供显著的益处，除非它们是在监狱环境中运作；²⁸

(f) 恢复管理。恢复管理也称作后续护理或社会支助，是为那些已经通过其他形式的治疗实现戒断的群体提供的一种长期、以恢复为导向的护理模式。侧重点是通过为个人社会职能和个人福利的改变提供支助，以及帮助他们重新获得在社区里的地位来防止复发。复发几乎是恢复过程中的一个不可避免的部分。因此，与其让患者经历多个阶段的短期治疗，倒不如采用恢复管理方法，提供持续时间较长但是强度和成本要低得多的支助服务，重点是患者的自主权和确保社区参与；

(g) 旨在减少吸毒不良后果的干预。一些方法被用于减少吸毒的不良后果，而不是直接减少吸毒行为本身。这些方法得到广泛使用，特别是在减少在注射毒品人群中传播广泛的艾滋病毒和其他血液传播病毒感染风险方面。世卫组织、毒品和犯罪问题办公室及联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病署）核准了一份对注射吸毒者的艾滋病毒预防、

²⁵M. Prendergast 等人，“吸毒病症治疗的应急管理：综合分析”，《毒瘾》，第101卷，第11号（2006年11月），第1546-1560页。

²⁶G. Smedslund 等人，“滥用药物的动机访谈”，《考科蓝图书馆》（2011年5月11日）。

²⁷M. Magilland, L. A. Ray, “对酒精和非法药物成人使用者的认知行为治疗：随机对照试验的综合分析”，《酒精和毒品研究期刊》，第70卷，第4号（2009年），第516-527页。

²⁸L. A. Smith, S. Gates 和 D. Foxcroft, “毒品相关疾患治疗社区”，《考科蓝系统评价数据库》，第1号（2006年）。

²²L. Gowing, R. Ali 和 J. White, “使用镇静作用最小的阿片受体拮抗药实现阿片戒断”，《考科蓝图书馆》，第2号（2002年）。

²³世卫组织，《关于类阿片药物依赖社会心理辅助药物疗法的指导准则》（2009年，日内瓦）。

²⁴S. Minozzi 等人，“类阿片依赖的口服环丙甲羟二羟吗啡酮维持治疗”，《考科蓝系统评价数据库》，第4号（2011年）。

治疗和护理进行九项干预的全面方案。²⁹ 麻管局承认这项全面方案获得了广泛认可，包括大会、³⁰ 经济及社会理事会³¹ 以及麻醉药品委员会的认可。³² 所述的九项干预经过了科学评估。作为一项方案，这些干预在彼此结合时提供最为有效。它们是：(a) 针头和注射器方案；(b) 类阿片替代疗法和其他药物依赖治疗；(c) 艾滋病毒检测和咨询；(d) 抗逆转录病毒疗法；(e) 性传播感染的预防、诊断和治疗；(f) 分发避孕套；(g) 有针对性的信息、教育和交流；(h) 病毒性肝炎预防、疫苗接种、诊断和治疗；及 (i) 结核病预防、诊断和治疗；³³

(h) 其他方法。多年以来，人们一直在讨论除全面方案之外的其他活动，这类活动被一些人看作是以减少吸毒有害后果为目的的干预措施。一些国家政府针对不接受其他形式治疗的患者开展了处方海洛因维持方案试验，尽管这不属于首选治疗形式。³⁴ 研究表明，处方海洛因维持治疗可能有助于海洛因依赖者坚持接受治疗，限制他们使用街头毒品和减少非法活动。³⁵ 但是，由于存在不良影响风险和一些操作因素，世卫组织或其他联合国机构都没有推荐这一疗法。另一种经常引发争议和讨论的干预是监管注射设施，或用药室。它们旨在为吸毒者提供安全的注射器具和注射毒品的环境。监管注射设施本身通常不提供药物。一份关于这些方法的有效性的评论文章审查了 75 份已发表的研究并得出结论，认为

²⁹ 世卫组织、毒品和犯罪问题办公室及艾滋病署，《世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病署指导各国确定向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理指标的技术指南：2012 年修订版》（世卫组织，2012 年，日内瓦）。

³⁰ 《关于艾滋病毒和艾滋病的政治宣言：加大行动力度，消灭艾滋病毒和艾滋病》（大会第 65/277 号决议，附件）。

³¹ 经济及社会理事会第 2009/6 号决议。

³² 麻醉药品委员会第 53/9 号决议。

³³ 世卫组织，关于艾滋病毒 / 艾滋病和注射吸毒者行动证据丛书、技术文件和政策简报。可参阅 www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html。

³⁴ Ambros A. Uchtenhagen, “海洛因维持治疗：从想法到研究再到实践”，《毒品酒精评论》，第 30 卷，第 2 号（2011 年），第 130-137 页。

³⁵ M. Ferri、M. Davoli 和 C. A. Perucci, “慢性海洛因依赖者的海洛因维持”，《考科蓝系统评价数据库》，第 12 号（2011 年）。

安全的注射设施成功吸引了难以接近的人群，促进了更安全的注射，减少了用药过量的风险，还减少了大庭广众之下注射药物和在社区内丢弃注射器的现象。³⁶ 因此，关于这些方法的有效性的科学证据在快速发展。麻管局在其 2016 年的年度报告中称，此类设施的最终目标是减少药物使用的有害后果，而绝不宽容或鼓励贩毒，治疗转诊和康复方案必须是此类干预的一个不可分割的方面。³⁷

H. 吸毒病症治疗的成本效益

21. 在对药物依赖治疗进行投资时，成本是一个重要的考虑因素。遗憾的是，全球只有不到一半的国家制定了专门用于治疗药物依赖的预算项目，中低收入国家不在其中。为治疗服务筹资的三个最重要的方法依次是税收资金、自费支付和非政府组织。中低收入国家似乎主要依靠自费支付。³⁸

22. 总体上，不同环境和国家的研究表明药物依赖治疗具有很高的成本效益。药物治疗每花费一美元能够产生 4 至 7 美元的回报，这是因为犯罪率和刑事司法系统的费用减少了。如果将医疗保健系统所节省下来的费用算在其中，则药物依赖治疗节省总额与刑事司法干预节省总额的比率超过了 12:1。通过检索关于所用多种治疗方式的 11 项经济评价，研究了在不同成果领域（犯罪活动、健康服务的使用、就业收入、用于非法药物的开支）取得的经济效益，得出的结论是，降低犯罪活动的发生和减少对健康护理服务的使用是治疗吸毒病症最大的经济收益。³⁹ 此外，药物

³⁶ Chloé Potier 等人，“督导下的注射服务：展示了什么？系统性文献回顾”，《毒品和酒精依赖》，第 145 卷，第 1 号（2014 年），第 48-68 页。

³⁷ E/INCB/2016/1，第 720 段。

³⁸ 世卫组织，《药物使用地图（2010 年）：预防和治疗药物使用病症的资源》（2010 年，日内瓦），第二章，第 26 和第 27 页。

³⁹ Kathryn McCollister 和 Michael French, “成瘾干预总体经济效益中各方面成果的相对贡献：初步调查结果述评”，《成瘾》，第 98 卷，第 12 号（2003 年），第 1647-1659 页。

依赖治疗比刑事司法干预的费用要低得多。例如，在美国，美沙酮维持的成本据估计大约是每位患者每年 4,700 美元，而监禁的成本据估计是每名囚犯每年 24,000 美元。⁴⁰ 据估计，如果仅为 10% 符合条件的罪犯提供治疗，刑事司法系统就能节省大约 48 亿美元。⁴¹ 广泛查阅科学文献得出的结论认为，从成本效益的角度看，应当考虑将美沙酮和丁丙诺啡等兴奋剂维持治疗作为类阿片依赖治疗的首选方案。⁴²

I. 治疗服务提供方面的组织和管理

23. 尽管关于药物依赖是一种健康疾病这一点获得了普遍承认，但在许多国家，药物依赖治疗始终与医疗保健的提供相分离。这种分离对向受影响者提供的护理质量造成了不利影响，增加了可避免且不必要的支出。实现药物依赖治疗与一般医疗保健服务的一体化非常重要，这是因为：

(a) 吸毒与精神疾病和其他身体疾病相互关联；

(b) 服务一体化能更好地协调护理工作，最终改善医疗成果；

(c) 在一般医疗保健体系内提供药物治疗具有成本效益；

(d) 一体化能够减少健康差异和在吸毒治疗设施等候的时间。

⁴⁰美国，卫生和公众服务部，全国药物滥用研究所，《毒品上瘾治疗的原则：基于研究的指导》，第 3 版，国家卫生研究院第 12-4180 (2012) 号出版物。

⁴¹Gary Zarkin 等人，“将吸毒犯人转出州立监狱的长期效益和成本”，《犯罪与过失》，第 61 卷，第 6 号（2012 年），第 829-850 页。

⁴²Chris Doran，“对非法类阿片药物依赖的干预措施的经济评估：对证据的审查”，为 2007 年 9 月 17 日至 21 日在日内瓦举行的世卫组织关于类阿片药物依赖社会心理辅助药物疗法的指导准则技术工作组第三次会议编拟的背景文件。

24. 吸毒病症服务与医疗保健服务的一体化使医疗保健体系能够为存在轻微到适度吸毒问题的人群提供服务，他们是吸毒者中占比最大的群体。这减轻了对强度和费用都更高的药物治疗的需求，防止药物问题进一步升级。所描述的各种持续护理模式包括：可以对药物治疗和医疗保健服务进行协调，这意味着它们仍然是分离的，但是在一定程度上能够协作和交流；它们可以同地协作，这意味着它们在物理距离上很接近，但仍然是单独存在的；它们可以实现一体化，这意味着它们在完全融为一体或服务合并的基础上密切协作。其中的每一种模式都有自己的优势和劣势，但是在最大程度上实现灵活的一体化似乎是提供服务的最高效方式，特别是在资源有限的环境下。因此，不论药物是否受到管制，在相同环境下为物质使用病症提供服务是有所裨益的，对于所有类型的药物而言都是如此。应当实现这种服务与一般医疗保健体系的一体化。但是，必须确保以药物治疗为重。

J. 特殊人群的治疗

1. 儿童和青少年

25. 青少年有独特的吸毒模式和治疗需求。在青少年当中，任何吸毒行为都是引起关切的原因，即便他们仅仅是在试验，这是因为吸毒会使他们面临更危险的行为，增加后期患吸毒病症的风险和严重性。研究确认吸毒会对儿童和青少年的大脑发育造成严重不利的后果。⁴³ 因此，对于吸毒的青少年来说，治疗是有益的，即使是他们还没有出现可诊断的吸毒病症。在向儿童和青少年提供有效治疗方面，存在的挑战包括：(a) 对这一人群吸毒问题的研究不充分；(b) 针对成年人的药物对儿童和青少年有

⁴³Lindsay M. Squeglia 和 Kevin M. Gray，“酒精和药物使用及大脑发育”，《最新精神病学报告》，第 18 卷，第 5 号（2016 年 5 月）。

何影响不明确；及 (c) 缺少考虑到青少年认知发育水平和生活经历的适龄社会心理干预。家庭和社区在青少年药物治疗中发挥着重要作用。许多吸毒的青少年有过身体、情感或性虐待的历史，应当查清这些问题并在适当情况下一并处理。⁴⁴

2. 妇女

26. 在全世界范围内，男子使用非法药物的可能性几乎是妇女的三倍，而妇女比男子更可能使用类阿片处方药物和镇静剂。虽然吸毒病症在男子中更为常见，但过去二十年来，妇女的吸毒普遍率一直在增长，特别是在一些高收入国家。此外，妇女一旦开始吸毒，其升级为药物依赖的速度要比男子快得多。重要的是，只有极少数形成药物依赖的妇女能够获得治疗服务。每三名吸毒者中就有一名是妇女，而每五名获得治疗的人群中只有一位是妇女。污名化是寻求治疗的最大障碍。尽管吸毒的妇女较少，但妇女的吸毒病症对公共健康造成的影响重大，有必要通过对性别问题有敏感认识的治疗服务加以解决。具体而言，必须解决的问题包括儿童护理援助、性、妊娠和生殖健康、精神并发症、暴力、性虐待、女性性工作和住房。⁴⁵ 世卫组织编制了妊娠期药物使用管理准则。⁴⁶ 麻管局在 2016 年的年度报告第一章中专门特别关注了妇女与毒品问题。⁴⁷

⁴⁴美国，全国药物滥用研究所，《青少年吸毒病症治疗的原则：基于研究的指导》，国家卫生研究院第 14-7953 号出版物（2014 年，华盛顿特区）。

⁴⁵R. Orwin、L. Francisco 和 T. Bernichon，“妇女药物滥用治疗方案的有效性：综合分析”，NEDS 分析概要第 21 号（药物滥用治疗中心，2001 年，弗吉尼亚费尔法克斯）。

⁴⁶世卫组织，《妊娠期药物使用和吸毒病症的鉴定与管理准则》（2014 年，日内瓦）。

⁴⁷E/INCB/2016/1。

3. 监狱和其他监护设施里的人群

27. 尽管联合国文件一再澄清国际药物管制条约不要求缔约国对吸毒行为适用刑事司法制裁或对出于个人使用目的持有毒品的行为强制实行此类制裁，但一些国家政府继续实施要求采取惩罚措施的法律，包括对吸毒者进行监禁。有必要重申的是，根据国际药物管制条约的规定，可以提供治疗和康复服务以作为刑事司法制裁的成熟替代方案，这一点麻管局曾在 2007 年和 2016 年指出。^{48,49,50} 有必要向由于吸毒或出于个人使用目的少量藏毒而面临指控的人员提供除刑事司法系统之外的护理备选方案。基于监狱的治疗对于患有吸毒病症的囚犯来说很重要。在监狱里提供的治疗的标准和质量应当与在广大社区里提供的服务相匹配，社区里提供的所有药物依赖心理治疗和药物治疗方案也必须在监狱里提供。与监狱外服务之间的联系对于确保囚犯获释后能持续得到护理也至关重要。在社会心理干预中，社区治疗中的长期寄宿治疗被发现特别适合于囚犯设施。

4. 患有吸毒病症和其他精神健康疾病并发症（双重诊断）的人群

28. 众所周知，吸毒和其他精神健康疾病经常并发。这种并发症表现为多种形式。吸毒者可能同时患有精神健康症状或精神健康障碍。相反地，患有健康障碍的人群有可能以非病态的方式吸毒或者发展成为吸毒病症。从病原学或时间关联的角度看，这些疾病会先于或晚于对方发生。先前存在的精神健康疾病可能导致吸毒问题（例如自我用药的情况），或者精神健康疾病可能是吸毒的后果。药物依赖治疗服务应当有能力评估患者的并发精神健康症状并提供治疗或转诊。

⁴⁸E/INCB/2007/1。

⁴⁹毒品和犯罪问题办公室，“从强制到凝聚：通过医疗保健而不是惩罚治疗药物依赖”，讨论文件，2010 年。

⁵⁰E/INCB/2016/1。

5. 其他特殊人群

29. 在其他群体中，移民和族裔少数群体可能会在获取治疗服务方面面临特殊挑战。虽然移民（无论是否为被迫）在世界上大规模出现，但关于移民吸毒问题的研究有限。由于移民有着痛苦的经历，存在着与此相连的精神问题，面临文化适应和社会经济不平等的挑战，他们患上吸毒病症的风险特别大。⁵¹ 对于这一群体的治疗服务必须考虑影响到健康和福利服务需求和利用的种种文化因素。⁵² 从事性工作的人是另一个特别脆弱和往往被忽视的群体。与吸毒和性工作两者相联系的污名化妨碍获得治疗，而这两者活动的刑罪化使得问题变得更为复杂。建议与在吸毒者和性工作者两者中间开展工作的公民社会伙伴开展协作，这是向这些群体伸出援手的一种特别有用的方法。⁵³ 此外，应当把为这些群体制定具体的专项干预措施作为优先事项，因为没有确凿证据证明现有的干预措施是行之有效的。⁵⁴

K. 药物依赖治疗作为一项人权

30. 《经济、社会、文化权利国际公约》规定了健康权，将其描述为“人人有权享有能达到的最高的体质和心理健康的标准”。由于药物依赖治疗确实能够改善受影响者的体质和心理健康，因此治疗理所当然地被认为是健康权的一个要素。

31. 经济、社会及文化权利委员会在关于享有能达到的最高健康标准的权利的第 14 (2000) 号

⁵¹Danielle Horyniak 等人，“被迫移民者药物使用的流行病学：系统性全球述评”，PLOS One (2016 年)。

⁵²国际移民健康与发展中心，“移民、被迫流离失所者及吸毒：公共健康挑战”，1998 年。

⁵³减轻伤害国际组织，“当性工作与吸毒相交之时：宣传与实践的考虑”，伦敦，2013 年。

⁵⁴Nikki Jeal 等人，“关于减少依赖药物的街头女性性工作非法使用药物的干预措施的系统述评”，*BMJ Open*, No. 5(11):e009238, DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009238。

一般性意见⁵⁵ 中解释该《公约》第十二条第一款界定的健康权时说，一切形式和一切层面的健康权都包含若干相互关联的基本要素，这些要素的准确适用取决于具体缔约国的基本条件。对于药物依赖的治疗和康复服务，这些条件包括：

(a) 可用性：应考虑到预期要求，提供数量充足的治疗服务，包括药物依赖治疗所需的充足数量的药物（如用于治疗类阿片吸毒病症的美沙酮和用于治疗吸毒过量的丁丙诺啡）；

(b) 可获得性：可获得性的几个重要方面包括不歧视（特别关注弱势和边缘人群），物理上的可获得性，经济上的可获得性（即能负担得起）以及保密性；

(c) 可接受性：所有治疗服务都应当在文化上适用于受益人并且必须遵守医德；

(d) 质量：高质量是指技术熟练的治疗服务提供者利用循证方法提供在医疗和科学上适当的治疗服务，例如开具经科学证明有效的药物处方。

32. 因此，根据各项国际药物管制公约和《经济、社会、文化权利国际公约》，各国应努力确保药物依赖治疗的提供符合上述标准。

33. 关于与吸毒病症患者人权相关的强制性药物依赖治疗的讨论，尤其具有重要意义。许多国家在其国家药物管制框架内制定条款，规定刑事司法系统可以激励、命令和（或）监督特定形式的药物依赖治疗。在一些情况下，有关方面未经患者同意而强制其接受治疗。这种治疗经常伴随着在监狱或其他拘禁设施中羁押患者。在其他一些情况下，可请个人在知情同意的情况下选择接受监禁还是接受治疗。只有在某些少数且有限的情况下才可能批准对患者进行短期治疗而无需获得其同意，例如有严重精神健康问题的个人在受到法律制裁的情况下接受非自愿住院治疗。

⁵⁵HRI/GEN/1/Rev.9（第一卷），第一章。

34. 出于以下原因，应当阻止强制治疗，即在受影响者未明确表示同意的情况下对其实施的治疗：

(a) 关于其有效性的证据不足；

(b) 它们威胁到接受治疗者的健康，包括面对艾滋病毒和其他感染的脆弱性增加；

(c) 它们与《经济、社会、文化权利国际公约》所阐述的人权原则直接冲突。

35. 很多联合国机构坚决倡导关闭强制毒品拘留和康复中心并提供自愿、循证和基于权利的治疗服务，麻管局已经重申了这一立场。^{56,57}

36. 治疗服务的质量和供应方面的一个基本要素是获得治疗药物依赖所需的药物。美沙酮和丁丙诺啡等一些经证明对于治疗药物依赖明确有效的药物是受到国际管制的药物。许多国家药物管制政策框架使得治疗设施难以使用此类受管制药物进行治疗。许多受管制药物不仅在药物依赖治疗中发挥着关键作用，而且在减轻疼痛、麻醉、外科手术以及精神障碍治疗中也发挥着关键作用。相较于阻止药物被转移、贩运和滥用的义务，确保出于医疗和科学用途充分供应这些药物所获得的关注要多得多。一些国家明确禁止使用此类药物。在其他地方，即使能获得药物，但由于繁琐的监管要求，服务提供者也不愿使用它们。虽然必须劝阻保健专业人员不当开具管制药物的处方，但对于在处理类阿片药物过程中发生的无意失误，麻管局明确建议取消法律制裁。⁵⁸ 但是，有些国家继续过于严格地解释和适用与治疗服务提供者有关的法律。例如，在印度，两名精神科医生在

2014 年因被指控向患者提供丁丙诺啡而被逮捕和监禁。这导致大量医生停止使用丁丙诺啡进行治疗，致使大量患者无法获得有效治疗并被迫继续非法使用海洛因。⁵⁹ 遗憾的是，印度并非是唯一一个这样做的国家。据指出，尽管出于医疗目的的消费量非常少，但药物还是会被转移。这表明限制出于医疗目的获取药物不足以防止滥用。⁶⁰

37. 确保出于医疗和科学目的获得受管制的麻醉药品和精神药物符合国际药物管制公约的精神。因此，各国应采取措施，消除阻止获得这些药物的法律障碍和政策障碍。规范医药产品供应的国家法律总体上应当与药物管制条约一致，这是因为相关条约可遏制药物的非法使用并促进获取药物用于治疗。国家政策和条例细则有时会对不同的医疗目的进行区分，便利获得受管制药物以治疗与癌症晚期相关的疼痛等某些健康疾病，但却阻碍了治疗药物依赖的获取。根据国际药物公约的规定并依照科学证据，必须一视同仁地为需要使用受管制药物进行治疗的所有健康疾病提供受管制药物。对使用受管制药物进行治疗实施不当的限制是对健康权的侵犯。

L. 治疗方案的监测和质量保证

38. 适当的监测和评价体系对于监测公共部门和私营部门的治疗、康复及回归社会服务的覆盖范围与质量至关重要。这是有效确立优先事项并有针对性地响应所评估需求的一项先决条件，这些需求涉及改善护理质量，帮助决策者确定治疗相关投资的回报，查明治疗提供方面的差距以及规划必要的治疗方案。

⁵⁶ 毒品和犯罪问题办公室等，“强制毒品拘留和康复中心”，联合声明，2012 年 3 月 9 日。可在 www.unodc.org/ 上查阅。

⁵⁷ E/INCB/2016/1。

⁵⁸ 《受国际管制药物的供应：确保出于医疗和科学目的的充分供应——不可缺少，充分获得和不受不当限制》(E/INCB/2015/1/Supp.1)。

⁵⁹ Atul Ambekar 等人，“印度扩大类阿片药物替代疗法的挑战”，《印度精神病学杂志》，第 59 卷，第 1 号（2017 年 4 月）。

⁶⁰ Briony Larence 等人，“南亚药用类阿片药物的供应、转移和注射”，《毒品酒精评论》，第 30 卷，第 3 号（2011 年），第 246-254 页。

39. 在牢记这一目的的同时，应当制定以健康为重点的指标，例如从吸毒病症中恢复的人群比例，这不仅仅是要衡量吸毒频率或所使用药物的类型。鼓励进行业务研究和共享良好做法是重要的机制，有助于确保治疗方案结果得到更好的利用，以作为连续改进质量进程的一部分。

M. 建议

40. 三项药物管制公约规定缔约国有义务向吸毒病患者提供治疗，作为广泛的减少需求措施的一部分，这项义务对于在世界范围内改善公众健康非常重要。另外，加强吸毒病症的治疗也是实现《可持续发展目标》3（确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉）的一项关键指标。本章力求实现的一项主要目标是根据药物管制条约的要求促进吸毒病症治疗，以及防止以公约名义实施不以证据为基础的做法。各国应知晓并利用药物依赖治疗和护理的资源与工具，而这些资源和工具是通过毒品和犯罪问题办公室与世卫组织之间的协作进行开发的。⁶¹ 联合国系统努力开展合作，通过公共卫生、药物管制和执法部门之间的有效互动，推进一种综合且平衡的药物治疗方法。

41. 麻管局建议各国应当：

(a) 收集关于吸毒病症流行率以及治疗的可得性和利用率的数据。有必要分配资源，改进有效收集信息的机制，途径包括采用公认的方法全面开展国家药物使用调查，评估药物使用和治疗的程度与模式；

(b) 进行投资，使循证治疗和康复服务可用和可得。考虑到吸毒病症对国家资源构成重大负担并给人类造成痛苦，各国有必要进行投资，使受药物依赖影响人群可利用和获得循证治疗和康复服务，作为医疗保健

系统的一部分。很难规定为涵盖全部药物管制活动而需要分配的资源的具体数量或比例。药物管制包括减少供应（例如，监管控制、执法、禁止和刑事司法）和减少需求（例如，预防、治疗和康复，以及预防有害后果）。但是，资源分配应当平衡，并考虑到药物问题的程度和模式、国家优先事项和科学证据；

(c) 确保协调政府机构和部门在减少供应和需求方面的努力。减少供应和减少需求所需的技能和专业知识有很大不同。即使是在减少需求领域，初级预防所需的专业知识也与治疗和康复所需的专业知识有很大不同。因此，尽管执法机构更适合管理各种不同的管制措施，最好由负责卫生领域的部委来处理药物依赖治疗。与此同时，必须确保参与药物管制的所有机构间的协调；

(d) 在其他健康和福利需求中，适当重视药物依赖治疗。必须根据本地需求，为吸毒病症的治疗和康复分配国家资源。即使这些资源是范围广泛的健康和福利服务一揽子方案的一部分，也需要划拨一定的比例专门用于治疗 and 康复。有必要优先为有效性得到有力证据证明的治疗方法提供资源；

(e) 培养一批有技能和训练有素的人才。为确保药物依赖治疗方案的质量，各国必须发展机制，建设各类专业治疗人员的能力，包括在大学受过培训的成瘾药物或成瘾精神病学领域的专家、能够处理常见毒品相关问题一般医学专家和包括护士、咨询师、心理学家、社会工作者和职业理疗师在内的其他专业人员。关于这一领域的外联活动，据发现，来自吸毒群体社区的同伴咨询师在接触难以接触的吸毒人群并激励他们获得服务方面卓有成效。此外，其他可能遇到存在吸毒问题的人群的专业人员，包括一般医疗保健、教育、社会服务或刑事司法领域的专业人员，应当接受早期发现、转诊或干预方面的培训。所有培训方案必须纳入人权要素与合乎道德的治疗方法；

(f) 与公民社会伙伴协作。非政府组织可以多种方式成为国家政府十分有效的伙伴，其中包括通过锻造受影响个人与服务提供者之间的联系增强服务的外延，确保吸毒者的权利得到保护及发挥宣传平台的作

⁶¹ 毒品和犯罪问题办公室和世卫组织，《毒品和犯罪问题办公室和世卫组织药物依赖治疗和护理联合方案》（2009年）。

用为受影响社群发声。国家政府应当增进与公民社会的合作，帮助确保强化的治疗干预在外延和覆盖面上遵守各项国际药物管制公约；

(g) 遵循公正和公平原则。应确保所有需要治疗服务的群体都能便利获得这些服务，并特别关注特殊人群或边缘群体、贫困群体和弱势群体，尤其是妇女、儿童和青少年、性少数群体、经济弱势群体及种族和族裔少数群体。应当确保受药物依赖影响群体不被歧视，包括不因其一直在使用的药物类型（受管制药物相对于不受管制药物）而遭受歧视以及不论他们是否与刑事司法系统有过接触。监狱或其他拘禁设施中的治疗服务必须具备与社区所提供相同水平的质量和强度。需要确保有吸毒病症的所有人都能够行使获得治疗的权利；

(h) 为吸毒病症治疗提供医疗保险和其他福利。药物依赖人群必须能够获得与其他健康疾病患者相同的医保和福利服务。可给付医疗保险的疾病列表中必须包括吸毒病症。同样，如果提供残障福利，也必须涵盖药物依赖患者群体；

(i) 改善受管制药物的获得。应当简化受管制药物（例如美沙酮、丁丙诺啡及治疗药物依赖所需的其他药品）的相关政策和规程，以方便获取。虽然程序性监督和监测对于预防制药产品转移和误用至关重要，但限制性过强的规则和程序会使专业人员不敢使用它们。有必要创造一个环境，让专业人员提供标准的治疗服务，包括在必要时开具处方和配发受管制药物。国家法律和政策不应当对需要此类药物的各类健康疾病加以区分。应委托医疗部门和医疗专业人员按照医学科学的流行知识就药物选择做出临床决定；

(j) 为提供治疗服务制定一个多层结构。有必要在各种不同环境下提供治疗、康复及回归社会服务。过于依赖专业康复中心等专门设施可能适得其反，这是因为它们可能使用户遭受污名化，使服务难以获得并无法负担。相反，随着能力得到发展，应针对治疗服务的提供制定一个多层结构，通过提供一般和初级医疗保健服务来处理普通和严重程度较低的问题，而较严重的问题则通过提供专业一级的护理来处理。此种

结构将便于问题相对较轻的群体尽早发现问题并接受治疗，防止他们产生更深的药物依赖和遭遇更严重的后果。鼓励各国政府使用世卫组织编制的关于在全民健康保障框架内促进一般医疗保健系统对吸毒病症的预防和治疗的资源材料；⁶²

(k) 从刑事司法对策转向健康和福祉制度对策。有必要确保国家药物政策框架有利于提供治疗和康复服务，并避免在处理药物问题时无意地向刑事司法对策倾斜。在这方面，一些国家启动了具有重要意义的法律和政策改革。国家层面的总体药物政策环境要有利于提供循证治疗和康复服务。必须确保有吸毒病症者的人权在所有阶段得到尊重，这些人不得受到任何形式的歧视；

(l) 扩大合作，分享最佳做法和建设能力。麻管局和联合国的多份出版物以及麻醉药品委员会、经济及社会理事会和大会的各种决议都指出并强调药物管制领域的国际合作的重要性。国际合作对于改进和扩大药物依赖治疗的涵盖范围同样至关重要。敦促各国通过分享证据和最佳做法开展合作，并在培训人力资源以提供治疗和康复服务方面开展合作；

(m) 向中低收入国家提供资金和技术援助。许多国家需要经济和专业援助，以制定和维持符合国际标准的药物依赖治疗方案。许多已经建立受管制药物非法市场的发达高收入国家寻求与作为这些受管制药物来源国或过境点的发展中国家合作。因此，发达高收入国家应向正在努力建立与维持治疗和康复服务的中低收入国家提供经济和技术援助，以作为回应。鼓励在汇集适当专长和建立能力方面取得了成功的中低收入国家与其他国家共享自己的经验。在这方面，国际捐赠机构和联合国机构在援助发展中国家方面能发挥至关重要的作用；

(n) 确保研究最新干预措施。过去数十年间取得的科学进步使国际社会有可能高效、切实和人道地应对吸毒病症构成的挑战。尽管在吸毒病症治疗领域取得

⁶²世卫组织，《精神卫生差距行动方案，非专业卫生环境下的精神、神经和药物使用病症干预指导：精神卫生差距行动方案》（2010年，日内瓦）。

了重大进步，但仍存在一些挑战。虽然已经证明了现有的药物疗法对于类阿片使用病症有效，但对大麻和兴奋剂使用病症的有效药物疗法仍然难以捉摸。新出现的精神活性物质属于另一个领域，其中关于有效治疗的效果、后果和模式的知识储备仍然在不断发展。许多国家和司法管辖领域实施了与受管制药物，特别

是大麻相关的实质性政策与立法改革。这些政策变革对吸毒病症以及随之而来的治疗需求的影响仍然有待观察。一些国家正在实施形式相对较新的干预，例如海洛因维持和监管注射设施。麻管局呼吁继续努力，在这些领域开展更多的研究，为符合各项国际药物管制公约的循证治疗和干预提供资料。

第二章

国际药物管制制度的运作

A. 促进各项国际药物管制条约的一致适用

42. 国际药物管制法律框架的主体包括《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》。

43. 国际社会制定这一框架是达成广泛共识的结果，这反映出国际社会认识到，为保护人类的健康和福祉，当务之急是采取共同办法和一致行动来管理、供应和使用受管制药物。

44. 成为各项药物管制公约的缔约国是一项庄严承诺，这意味着各国政府致力于采取必要的立法措施、监管措施和政策措施，以确保在各自国家制度中充分履行所承担的法律义务。

45. 具体而言，各项药物管制公约要求各国采取措施管控麻醉药品、精神药物和用于非法制造这两类物质的前体化学品的合法交易，并便利获取这些物质用于合法的医疗用途，同时防止其流入非法渠道。这些公约要求缔约国制定各项战略以预防吸毒，还要求缔约国建立机制，通过治疗、康复、善后护理和重返社会等措施来解决吸毒成瘾问题。这些公约规定，各国应

当针对疑似涉毒犯罪采取人道和相称且立足于尊重人的尊严、无罪推定和法治原则的应对办法，并坚决抵制不符合上述要求的应对办法。这些公约相结合，也是便利国家间司法协助和引渡以及打击洗钱行为的一种手段。

各项国际药物管制条约的加入情况

46. 虽然在本报告所述期间没有新的国家加入三项国际药物管制条约，但经修正的《1961年公约》、《1971年公约》和《1988年公约》是得到最广泛批准的国际文书，这得益于已经近乎普遍性的加入。

47. 截至2017年11月1日，已有185个国家批准或加入了经修正的《1961年公约》。在尚未加入的国家中，有2个非洲国家（赤道几内亚和南苏丹），2个亚洲国家（巴勒斯坦国和东帝汶），7个大洋洲国家（库克群岛、基里巴斯、瑙鲁、纽埃、萨摩亚、图瓦卢、瓦努阿图）。乍得仍是仅批准了未经修正的《1961年公约》的国家。

48. 批准或加入了《1971年公约》的国家数目仍为183个，尚未加入该公约的国家共有14个：3个非洲国家（赤道几内亚、利比里亚和南苏

丹), 1 个美洲国家(海地), 2 个亚洲国家(巴勒斯坦国和东帝汶), 8 个大洋洲国家(库克群岛、基里巴斯、瑙鲁、纽埃、萨摩亚、所罗门群岛、图瓦卢、瓦努阿图)。

49. 《1988 年公约》通过 30 周年即将到来, 该《公约》是三项药物管制公约中得到最广泛批准的公约, 共有 189 个缔约方(188 个国家和欧洲联盟)。尚未加入该《公约》的国家多数位于大洋洲(基里巴斯、帕劳、巴布亚新几内亚、所罗门群岛、图瓦卢)。在非洲, 尚未批准或加入《1988 年公约》的只有三个国家(赤道几内亚、索马里、南苏丹), 在亚洲, 尚未批准或加入该《公约》的只有一个国家(巴勒斯坦国)。

50. 麻管局再次呼吁尚未加入一项或多项国际药物管制公约的所有国家尽早加入, 并采取一切必要的立法措施和政策措施, 确保在国家一级予以全面实施。

B. 确保国际药物管制条约各项规定的实施

51. 国际药物管制制度的根本目标是确保人类的健康和福祉。这一目标将通过并列的两组行动实现: 确保为医疗和科研用途供应受国际管制的物质, 并确保前体化学品用于合法的工业用途; 以及防止受管制物质转入非法渠道。

52. 为监测国际药物管制条约的遵守情况, 麻管局审查各国政府为实施条约的各项规定所采取的行动, 这些规定旨在实现各项公约的总体目标。多年来, 条约规定由经济及社会理事会和麻醉药品委员会通过的附加管制措施加以补充, 以加强各项规定的效力。在本节中, 麻管局着重阐释为执行国际药物管制制度所需采取的行动, 说明这方面遇到的问题, 并就如何应对这些挑战提出具体建议。

1. 防止受管制物质的转移

(a) 立法依据和行政依据

53. 各国政府必须确保国家法律符合国际药物管制条约的各项规定。当某种物质被列入某国际药物管制条约的某一附表或从某一附表转入另一附表时, 各国政府也有义务修订国家一级的受管制物质清单。国家一级的立法或执行机制不健全, 或未能及时使国家一级的受管制物质清单与国际药物管制条约的附表保持一致, 将导致对受国际管制的物质实行的国家管制不足, 并可能导致这些物质转入非法渠道。因此, 麻管局欣然注意到, 与往年一样, 大多数国家政府继续向麻管局提供了信息, 介绍为确保遵行国际药物管制条约的各项规定所采取的立法措施或行政措施。同时, 麻管局感到关切的是, 一些国家政府已经实行或正计划实行违反国际药物管制条约规定的立法措施。麻管局提醒各国政府, 在大会于 2016 年 4 月 19 日通过的题为《我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺》的第 S-30/1 号决议中, 会员国重申了对三项国际药物管制公约的宗旨与目标的承诺。

54. 2017 年 3 月 16 日, 麻醉药品委员会在其第 60/2 号和第 60/3 号决定中, 将 U-47700 和丁酰芬太尼列入经修正的《1961 年公约》附表一。依照经修正的《1961 年公约》第三条第七项, 秘书长于 2017 年 4 月 21 日将该决定通报所有国家政府、世卫组织和麻管局, 该决定在各缔约国收到通知后对其生效。麻管局确认已对这些物质实行管制的国家政府所作的努力, 并促请所有其他国家政府相应地修正在国家一级受管制的物质清单, 并对这些物质适用经修正的《1961 年公约》要求采取的管制措施, 以及向麻管局通报这方面的情况。

55. 麻管局还希望提请各国政府注意一个事实, 即麻醉药品委员会于同一天将八种物质列在《1971 年公约》下受国际管制的物质。依照麻委会第 60/4 号、第 60/5 号、第 60/6 号、第 60/7 号、

第 60/8 号、第 60/9 号、第 60/10 号和第 60/11 号决定，将 4-甲基乙卡西酮 (4-MEC)、3,4-亚甲二氧基乙卡西酮、1-苯基-2-甲氨基-1-戊酮、哌乙酯、1-(2-噻吩基)-N-甲基-2-丙胺 (MPA)、N-(1-甲氧基羰基-2,2-二甲基丙基)-1-(环己基甲基)吡啶-3-甲酰胺、N-(1-金刚烷基)-1-(5-氟戊基)吡啶-3-甲酰胺 (5F-AKB-48)、[1-(5-氟戊基)-1H-吡啶-3-基](2,2,3,3-四甲基环丙基)甲酮 (XLR-11) 列入《1971 年公约》附表二。依照《1971 年公约》第二条第七项，秘书长于 2017 年 4 月 21 日将麻委会的这些决定通报所有国家政府、世卫组织和麻管局，这些决定于 2017 年 10 月 18 日对所有缔约国生效。麻管局确认已对这些物质实行管制的国家政府所作的努力，并促请所有其他国家政府相应地修正在国家一级受管制的物质清单，并对这些物质适用《1971 年公约》及麻委会和理事会相关决议要求采取的管制措施，以及向麻管局通报这方面的情况。

56. 依照经济及社会理事会第 1985/15 号、第 1987/30 号和第 1993/38 号决议，各国政府应对唑吡坦实行进口许可证规定，唑吡坦于 2001 年被列入《1971 年公约》附表四。遵照麻管局在其 2012 年和 2013 年年度报告以及 2016 年发出的一封通知中提出的要求，一些国家政府提供了所需信息。截至 2017 年 11 月 1 日，已有 130 个国家和领土的相关信息。其中，121 个国家和领土实行了进口许可证规定，一个国家（美利坚合众国）要求进行进口前申报。六个国家和领土（佛得角、爱尔兰、新西兰、新加坡、瓦努阿图和直布罗陀）不要求提供唑吡坦进口许可证。阿塞拜疆禁止进口唑吡坦，埃塞俄比亚不进口该物质。与此同时，84 个国家和领土有关唑吡坦管制的信息仍然不清楚。因此，麻管局再次请尚未提交唑吡坦管制状态相关信息的国家和领土的政府尽快提交信息。

57. 2017 年 3 月 16 日，麻醉药品委员会决定将 N-苯乙基-4-哌啶酮 (NPP) 和 4-苯基氨基-1-苯乙基哌啶 (ANPP) 这两种芬太尼前体和少数“特制”芬太尼列入《1988 年公约》表一。该决定

于 2017 年 10 月 18 日生效。因此，请各国政府在国家一级执行这些决定，并随之向麻管局通报相关情况。

(b) 防止从国际贸易中转移

国际管制物质年度需要量的估计数和评估数

58. 麻醉药品和精神药物年度合法需要量的估计数和评估数制度是国际药物管制制度的基石。这一制度使出口国和进口国均能确保这些物质的贸易量不致超出由进口国政府确定的限度，并能有效防止受管制物质从国际贸易中转移。根据经修正的《1961 年公约》，对于麻醉药品必须适用这一制度，各国政府提供的估计数需由麻管局进行确认，然后才能成为计算制造和进口限额的依据。

59. 经济及社会理事会在其第 1981/7 号、第 1991/44 号、第 1993/38 号和第 1996/30 号决议中通过了精神药物年度需要量评估数制度，麻醉药品委员会在其第 49/3 号决议中通过了部分前体年度合法需要量估计数制度，目的是帮助各国政府防止贩运者试图将受管制物质转入非法渠道。精神药物年度合法需求量评估数及部分前体的年度合法需要量估计数有助于各国政府查明异常交易。在许多情况下，出口国因拟出口的物质超过进口国要求的数量而拒绝批准该物质的出口，这样就防止了受管制物质的转移。

60. 麻管局定期调查涉及各国政府可能违反估计数或评估数制度的情况，因为此类违规会有利于受管制物质从合法国际贸易转入非法渠道。关于这一点，麻管局在必要时就估计数或评估数制度的运作方式向各国政府提供信息、支持和指导。

61. 各国政府有义务遵守《1961 年公约》第二十一条和第三十一条规定的麻醉药品进出

口限制。第二十一条规定，除其他外，任何国家或领土在任何年度内制造及输入每项麻醉药品的全部数量不得超出下列数量的总和：供医疗及科学用途消费的数量；在有关的估计数限额内，供制造其他麻醉药品、制剂或物质所用的数量；输出数量；为将贮存品增至有关估计数所定的数额而添入的数量；在有关的估计数限额内为特别用途取得的数量。第三十一条要求所有出口国对出口到任何国家或领土的麻醉药品实行限制，使进口的数量不超出进口国家或领土的估计总数另加供再出口用的数量的总和。

62. 如同往年，麻管局发现，进口和出口制度总体仍然得到遵守且运行良好。2017 年 7 月，共与 9 个国家就当年在麻醉药品国际贸易方面查明的可能超量进口或超量出口问题进行了接触。截至 2017 年 11 月 1 日，收到了捷克和沙特阿拉伯的两份答复，已向未作出答复的国家发送提醒函。麻管局继续与未作出答复的国家探讨这一事项。

63. 根据经济及社会理事会第 1981/7 号和第 1991/44 号决议，请各国政府向麻管局提供《1971 年公约》附表二、附表三和附表四所列精神药物年度国内医疗和科研需要量的评估数。所收到的评估数向所有国家和领土转发，以便协助出口国主管部门批准精神药物的出口。截至 2017 年 11 月 1 日，除南苏丹以外的所有国家和领土的政府均向麻管局至少提交过一次精神药物年度医疗需要量评估数，南苏丹的评估数是麻管局于 2011 年确定的。

64. 麻管局建议，各国政府至少每三年审查并更新一次其精神药物年度医疗和科研需要量评估数。然而，26 个国家政府至少三年未提交对其精神药物合法需要量评估数的修订。因此，这些国家和领土的有效评估数可能已经过时，无法再反映其精神药物实际的医疗和科研需要量。

65. 如果评估数低于实际合法需要量，医疗或科研用途所需精神药物的进口就可能延迟。如果评估数显著高于合法需要量，则可能增加精神药物被转入非法渠道的风险。麻管局反复提醒各国政府必须正确和切合实际地估计和评估本国的初步需要。

66. 与往年一样，精神药物年度需要量评估数制度继续运行良好并得到大多数国家和领土的遵守。2016 年，29 个国家的主管部门在未确定任何此类评估数或数量大大超过评估数的情况下，签发了有关物质的进口许可证。仅发现两个出口国出口的精神药物数量超过其相关评估数。

67. 根据麻醉药品委员会第 49/3 号题为“加强对用于制造合成药物的前体化学品的管制制度”的决议，会员国应在自愿基础上为麻管局提供四种苯丙胺类兴奋剂前体的年度合法进口需求量，并尽可能提供含有这些物质的制剂的进口需求量。截至 2017 年 11 月 1 日，166 个国家政府提供了这些物质中至少一种的估计数，这不仅为出口国主管部门提供了进口国合法需要量的参考数，还能防止试图进行转移。

进出口许可证要求

68. 《1961 年公约》和《1971 年公约》中规定的普遍适用进出口许可证要求是防止药物转入非法市场的关键。任何交易，凡涉及受《1961 年公约》管制的物质或《1971 年公约》附表一和附表二所列物质，均需要进出口许可证。这些公约要求国家主管部门就进口此类物质进入本国境内的交易签发进口许可证。出口国的国家主管部门必须在签发允许含有上述物质的货物离境所需的出口许可证之前核实进口许可证的真伪。

69. 《1971 年公约》并不要求涉及其附表三和附表四所列精神药物的交易有进出口许可

证。然而，鉴于1970年代和1980年代这些物质从合法国际贸易中大量转移的问题，经济及社会理事会第1985/15号、第1987/30号和第1993/38号决议要求各国政府扩大进出口许可证制度的适用范围，以涵盖这些精神药物。

70. 根据经济及社会理事会的上述各项决议，对于《1971年公约》附表三和附表四所列的精神药物，大多数国家和领土均已实行进出口许可证要求。作为对2016年发出的一封信函的答复，麻管局还收到了多米尼克、老挝人民民主共和国、莱索托、摩洛哥、菲律宾和泰国政府提供的补充信息和最新信息。特别是一些国家政府已经更新了其对芬纳西洋的进出口许可证要求，该物质于2016年被列入《1971年公约》附表四。截至2017年11月1日，206个国家和领土向麻管局提供了具体信息，表明所有主要进口国和出口国现在对于《1971年公约》附表三和附表四中所有精神药物均规定实行进出口许可证制度。麻管局一年两次向所有国家政府分发一份表格，其中说明了各国根据经济及社会理事会的相关决议对附表三和附表四所列物质实行进出口许可证要求的情况。该表格还在麻管局网站的安全区公布，只有经特别授权的政府官员才能访问该网页，这样，出口国的国家主管部门就可以尽快获悉进口国的进口许可证要求的变更情况。麻管局促请本国法律和（或）法规仍未要求就所有精神药物提供进出口许可证的少数国家政府，无论其是否为《1971年公约》的缔约国，尽早对《1971年公约》附表三和附表四内的所有物质适用这些管制措施，并向麻管局通报这方面的情况。

71. 《1988年公约》并不要求就涉及其表一和表二所列物质的交易提供进出口许可证。然而，为了防止这些物质转移，《公约》规定向进口国政府的主管部门提供计划货运提前通知（见下文第74和第75段关于前体化学品出口前通知的内容）。

麻醉药品和精神药物国际电子进出口 许可系统

72. 作为麻管局努力利用技术进步切实、高效地实施麻醉药品和精神药物合法国际贸易的进出口许可制度的一部分，麻管局牵头开发了一种电子工具，以便利和加快各国主管部门的工作并减少这些药物和物质被转移的风险。国际进出口许可系统(I2ES)是由麻管局与毒品和犯罪问题办公室合作，并在会员国的支助下开发的新型网络电子应用程序。国际进出口许可系统使各国政府能够就麻醉药品和精神药物的合法进出口生成电子进出口许可证，实时交换这些许可证，并即时核查单个交易的合法性，同时确保充分遵守国际药物管制公约的规定。国际进出口许可系统大大降低了药物货物被转入非法渠道的风险（更多详情见下文F节（“特别专题”））。

73. 国际进出口许可系统于2015年正式启动，来自40个国家的国家主管部门已在该系统注册。2017年3月，在麻醉药品委员会第六十届会议期间举行了一次用户组会议，以收集对于该系统的反馈意见。来自30个国家的约40位专家参加了该用户组会议。会议为参与国的政府官员提供了一次宝贵机会，以交流关于更好执行国际进出口许可系统的想法，并向麻管局与毒品和犯罪问题办公室的信息技术处提出反馈意见，以指导该系统未来的行动和进一步发展。用户组强调了全世界各国的政府主管部门大量注册和使用国际进出口许可系统的重要性，并鼓励所有国家政府注册使用该系统。麻管局谨鼓励所有尚未注册的国家主管部门尽快注册并开始使用国际进出口许可系统，只有通过广泛应用这个系统，各国政府才能够利用该工具提供的所有优势。麻管局愿意在这方面提供协助。麻管局再次吁请麻醉药品委员会第58/10号决议所涉会员国尽最大可能提供资金支助，以使麻管局秘书处能够继续管理和监测该系统，并再次重申有必要为系统的执行和进一步发展提供必要支助。

前体化学品的出口前通知

74. 《1988 年公约》第 12 条第 10 款 (a) 项允许进口国政府规定，出口国必须向进口国政府通报任何计划出口前体到达该国领土的情况。截至 2017 年 11 月 1 日，112 个国家和领土已援引该规定，并正式请求获得出口前通知，这使得它们能够提前核查计划交易的合法性。为提高对前体化学品进入国家领土的认识，并同时减轻前体化学品进入国家领土的不良影响，谨此鼓励尚未正式请求获得出口前通知的其他国家政府援引《1988 年公约》第 12 条第 10 款 (a) 项，不再拖延。

75. 出口前网上通知系统是一个由麻管局免费提供的基于网络的安全工具，使进口国和出口国政府可以就前体化学品的国际贸易进行交流，并对可疑交易发出警报。截至 2017 年 11 月 1 日，共有 157 个国家政府已经注册使用该系统。尽管今年用户数量较去年有所增长，但仍有很多国家尚未注册使用该系统。麻管局吁请各国政府积极、系统地使用出口前通知网上系统，并促请尚未注册使用该系统的其他国家尽快注册。麻管局愿意在这方面为各国政府提供协助。

(c) 旨在防止受管制物质从国际贸易中转移的管制措施的效力

76. 《1961 年公约》规定的管制措施制度为麻醉药品的国际贸易提供有效保护，阻止将这些药物转入非法渠道的企图。同样，在近乎普遍执行《1971 年公约》和经济及社会理事会相关决议所规定的管制措施之后，近年来未发现涉及精神药物从国际贸易转入非法渠道的情况。此外，《1988 年公约》规定各缔约国必须防止从国际贸易中转移前体化学品用于非法制造麻醉药品和精神药物。麻管局还制定了各项制度，以监测在这方面遵守《1988 年公约》的情况，并促进各国政府为实现该目标加强合作。

77. 对关于麻醉药品和精神药物国际贸易的政府报告中的不一致之处，会与相关国家的主管部门定期开展调查，以确保不会发生麻醉药品和精神药物从合法国际贸易中转移的情况。这些调查可能揭示在执行麻醉药品和精神药物管制措施方面的缺点，包括企业不遵守国家药物管制规定。

78. 已在 39 个国家就 2016 年与麻醉药品贸易有关的不一致情况启动了调查。截至 2017 年 11 月 1 日，收到了 28 个国家的答复。相关答复表明，不一致是由以下原因造成的：编制报告时出现笔误和技术错误，在报告《1961 年公约》附表三所列制剂的出口或进口情况时没有在表格上注明这一事实，或因疏忽而将过境国报告为贸易伙伴。在有些情况下，国家会证实其报告的数量无误，并在此之后对各自的贸易伙伴开展后续调查。已向未给出答复的国家发送了提醒函。

79. 同样，在精神药物国际贸易方面，在 52 个国家启动了对与 2015 年数据有关的 655 处不一致情况的调查。截至 2017 年 11 月 1 日，31 个国家对这些不一致情况作出答复，最终解决了其中 475 处不一致的情况。在作出答复的国家证实其所提供数据无误的情况下，按照要求对与其合作的国家采取了后续行动。收到的所有答复表明，不一致问题是笔误或技术错误造成的：多数情况下是未将数量转换为无水基数，或是“重叠统计”，即进口国在翌年年初才收到特定年份的出口报告。没有一种调查情况显示精神药物可能从国际贸易中转移。

80. 多年来，《1988 年公约》第 12 条有关前体的规定一直由大会、经济及社会理事会和麻醉药品委员会通过的若干决议加以补充。各国政府对这些自愿措施的通过和执行不仅有助于有效监测《公约》表一和表二中所列物质的流动情况，还限制了从合法国际贸易中转移的情况。为了应对各国政府和国际社会现在正面临

的新挑战，麻醉药品委员会在其 2017 年 3 月的第 60/5 号决议中呼吁采取一系列自愿措施并加强各国政府间以及与麻管局的合作，以处理在非法制造麻醉药品和精神药物过程中使用非表列前体化学品的问题；在该决议中，麻委会还呼吁采取行动处理利用互联网从事的前体相关犯罪活动。

81. 政府间传达信息的实时性对麻管局努力支持各国政府防止和调查化学品转移至关重要。具体来说，麻管局开发的在线工具有助于即时合作和后续行动，以查明负责转移和贩运前体的人员。关于出口前通知，麻管局继续标记可疑货运并在必要时要求予以明确说明。多年来，这些工具得到了极大的发展，不仅使用情况良好，而且一些国家政府还提供了大量详细信息。

82. 棱晶项目和聚合项目是麻管局采取的两项举措，这两个项目侧重于非法制造苯丙胺类兴奋剂及可卡因和海洛因的前体，有助于缩小知识差距，防止受管制物质从国际贸易和国内经销渠道中转移。

83. 关于这些项目的详细情况以及对所观察到的最新趋势和发展动态的深入分析，可查阅麻管局 2017 年关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告。⁶³ 该报告第四章探讨了利用互联网从事的前体贸易。

(d) 防止前体从国内经销渠道转移

84. 由于各国政府在化学物质的国内贸易和经销方面采取的管制措施往往落后于在国际贸易中使用的那些措施，而且各国采取的措施不尽相同，所以，从国内经销渠道转移仍然是表一和表二所列用于非法药物制造的物质的主要来源。一些国家前体管制制度中经查明的一个

漏洞与新前体运营者的注册要求及其实际应用有关。

2. 确保用于医疗和科研用途的国际管制物质的供应

85. 按照其确保用于医疗和科研用途的国际管制物质供应的任务授权，麻管局开展了与麻醉药品和精神药物有关的各项活动。麻管局对各国政府采取的行动进行监测，并与其他国际组织和机构合作以支持用于医疗和科研用途的受管制物质的供应和合理使用，还通过其秘书处为各国政府执行国际药物管制条约的各项规定提供技术支持与指导。

86. 为了补充和增强上述行动的效力，麻管局于 2016 年启动了一个名为“麻管局学习”的项目。该项目协助各会员国努力实现完全遵守国际药物管制条约的各项规定。项目的目标之一是确保充分供应受国际管制的物质，同时防止其滥用和转入非法渠道。

87. 在“麻管局学习”项目下，2017 年 7 月在维也纳为欧洲国家主管部门举办了一次区域培训研讨会，共有 57 名与会者，分别来自阿尔巴尼亚、安道尔、奥地利、比利时、保加利亚、捷克、丹麦、爱沙尼亚、芬兰、德国、匈牙利、冰岛、爱尔兰、意大利、拉脱维亚、立陶宛、卢森堡、马耳他、黑山、荷兰、挪威、波兰、葡萄牙、罗马尼亚、俄罗斯联邦、塞尔维亚、斯洛文尼亚、西班牙和瑞典国家主管部门。研讨会还讨论了关于确保为医疗和科研用途提供类阿片止痛剂和精神药物的重要性。2017 年 11 月在澳大利亚悉尼为大洋洲国家举办了一次培训研讨会，目前还在为将于 2017 年 12 月在危地马拉城举办中美洲一体化体系成员国培训讲习班开展筹备工作。截至 2017 年 11 月 1 日，在这一项目下接受过培训的有来自 56 个国家的 116 名官员，代表了世界人口的近二分之一（更多详情见下文 F 节）。

⁶³E/INCB/2017/4。

(a) 阿片剂原料的供应和需求

88. 为履行《经 1972 年议定书修正的 1961 年麻醉品单一公约》以及经济及社会理事会和麻醉药品委员会的相关决议赋予的各项职责，麻管局定期审查影响合法需要的阿片剂供需问题，并努力确保供需之间保持平衡。本节载有根据各国政府提供的数据对当前情况所作的分析。⁶⁴

89. 为了确定阿片剂原料的供应和需求状况，麻管局分析各国政府提供的关于阿片剂原料和用这些原料制造的阿片剂的数据。此外，麻管局还分析了关于在全球一级利用这些原料、用于合法用途的消费量估计数和库存的信息。有关阿片剂原料供需现状的详细分析载于麻管局关于麻醉药品的 2017 年技术报告。⁶⁵

吗啡

90. 过去四年间，富含吗啡罂粟的年平均种植面积估计为 119,370 公顷。种植面积和实际收割面积一向少于估计面积。在 2013 年至 2016 年间，平均来看，实际种植面积为估计面积的 72%（2016 年为 77%）。平均实际收割面积为估计面积的 58%（2016 年为 48%）。平均实际收割面积为种植面积的 80%（2016 年仅为 63%）。2017 年的前期数据显示，主要生产国的富含吗啡罂粟总面积估计下降超过 10%。2018 年，富含吗啡罂粟的种植面积估计数比 2017 年下降约 20%。

蒂巴因

91. 过去四年间，富含蒂巴因罂粟的平均种植面积估计为 20,089 公顷。种植面积和实际收割面积一向少于估计面积，但与富含吗啡罂粟的情况

相比，差额没有那么多。平均来看，在 2013 年至 2016 年这四年期间，实际种植面积为估计面积的 87%（2016 年为 75%）。平均实际收割面积为估计面积的 80%（2016 年为 70%）。平均实际收割面积为种植面积的 92%（2016 年为 93%）。在 2017 年和 2018 年，按收割面积计算，预计富含蒂巴因罂粟的种植面积在一些国家会减少，而在另一些国家则会增加。

可待因

92. 与上一年相比，2016 年澳大利亚富含可待因罂粟的实际收割面积下降 85%，法国富含可待因罂粟的实际收割面积下降 70%。2017 年，澳大利亚的种植面积预计增长 40%，而法国不再种植此类罂粟。澳大利亚是 2017 年和 2018 年富含可待因罂粟的主要生产国中唯一一个预计在 2018 年增加种植面积的国家。

那可丁

93. 最近，有报告称某些生产国种植富含那可丁罂粟的面积增加。那可丁是不受国际管制的物质。关于阿片剂原料供应和酌情用于医药与科学目的的阿片剂原料需求的分析包含了从这一具体品种种植中获得的受国际管制的阿片剂数量。2016 年，只有法国和匈牙利报告种植了富含那可丁罂粟。2017 年的前期数据指出，澳大利亚预计此类罂粟的产量为 1,487 吨（收割面积为 940 公顷）。据报告，匈牙利 2017 年的收割面积预计为 254 公顷。澳大利亚、法国和匈牙利预计将在 2018 年进一步增加其种植面积。

(b) 阿片剂原料的产量

吗啡

94. 2016 年，主要生产国富含吗啡阿片剂原料的生产总量从 2015 年的 586 吨吗啡当量下降至

⁶⁴ 此项分析不包括中国和朝鲜民主主义人民共和国的数据，这两个国家生产的阿片剂原料仅供国内使用。分析也不包括伊朗伊斯兰共和国将缉获的阿片投放用于合法用途的数据，以及关于此类阿片衍生出的阿片剂相关需求的数据。

⁶⁵ E/INCB/2017/2。

463 吨吗啡当量。⁶⁶2017 年，富含吗啡阿片剂原料的全球产量预计再次出现增长，达到约 577 吨吗啡当量。其中，罂粟秆将占 529 吨 (92%)，鸦片将占 48 吨 (8%)。2018 年，预计富含吗啡阿片剂原料的全球产量将下降至 528 吨吗啡当量。

蒂巴因

95. 2016 年，富含蒂巴因阿片剂原料的全球产量为 187 吨⁶⁷ 蒂巴因当量。2017 年，由于预计所有生产国的产量都会增加，因此富含蒂巴因阿片剂原料的全球产量预计会增长至约 292 吨蒂巴因当量。2018 年，富含蒂巴因原料预计稍有增长，达 297 吨。

(c) 阿片剂原料和从其中提取的阿片剂全球库存

吗啡

96. 2016 年底，富含吗啡阿片剂原料的库存（罂粟秆、罂粟秆浓缩物和阿片）总计大约 747 吨吗啡当量，与 2015 年基本持平。按 2017 年的需求水平计算，这些库存被认为足以满足全球制造商 19 个月的预期需求。到 2016 年底，利用富含吗啡原料生产的、主要形式为可待因和吗啡的阿片剂全球库存（534 吨吗啡当量）足以满足全球大约 15 个月对此类阿片剂的需求。基于各国政府报告的数据，阿片剂和阿片剂原料的库存总量非常充足，足以满足在 2018 年对用于医疗和科研用途的含吗啡阿片剂的需求。

⁶⁶分析主要基于从富含吗啡罂粟中获得的原料，但酌情列入了富含蒂巴因罂粟和富含可待因罂粟中含有的吗啡生物碱。

⁶⁷分析主要基于从富含蒂巴因罂粟中获得的原料，但酌情列入了富含吗啡罂粟中含有的蒂巴因生物碱。

蒂巴因

97. 截至 2016 年底，富含蒂巴因阿片剂原料的库存（罂粟秆、罂粟秆浓缩物和阿片）从 2015 年的 274 吨下降至约 224 吨蒂巴因当量。这些库存足以满足全球制造商 2017 年大约 12 个月的预期需求。截至 2016 年底，基于富含蒂巴因原料的阿片剂全球库存（羟考酮、蒂巴因和少量羟吗啡酮）保持在 242 吨蒂巴因当量，足以满足全球大约 18 个月对用于医疗和科研用途的含蒂巴因阿片剂的需求。

(d) 以原料利用情况衡量的制造商对阿片剂原料的需求

98. 全球制造商对富含吗啡阿片剂原料（特别是鸦片和罂粟秆）的需求量自 2014 年以来一直在减少。2016 年，需求量降至 367 吨吗啡当量。但是，预计 2017 年和 2018 年将分别增至 460 吨和 470 吨。

99. 全球制造商对富含蒂巴因阿片剂原料的需求量自 2012 年至 2015 年一直在减少，但 2016 年从 2015 年的 183 吨蒂巴因当量增至 210 吨。预计全球对富含蒂巴因原料的需求量将进一步增加，2017 年和 2018 年将分别增至 220 吨和 230 吨蒂巴因当量。

(e) 阿片剂原料供需之间的平衡

吗啡

100. 自 2009 年以来，富含吗啡阿片剂原料全球产量已超过全球对这些原料的需求量。其结果是库存一直在增加，并有一些浮动。2015 年，库存增至 746 吨，2016 年则保持在 747 吨吗啡当量，足以满足全球约 19 个月的预计需求量。2017 年，富含吗啡阿片剂原料的全球产量预计再次超过全球需求量，其结果是这些原料的全球库存将在

2018 年进一步增加。到 2017 年底，库存预计将达到 864 吨，按 2018 年需求水平计算，相当于约 22 个月的全球预期需求量（尽管并非就所有数据都做出完整预测）。对于 2018 年，生产国已表示它们计划减产。到 2018 年底，预计库存将达到约 922 吨，足以满足超过一年的全球预期需求量。富含吗啡阿片剂原料的全球供应量（库存和产量）将仍然足以满足全球需求。

蒂巴因

101. 2016 年，富含蒂巴因阿片剂原料全球产量（187 吨）5 年来首次低于需求量（210 吨），这导致 2016 年年底的库存（224 吨）下降。这些库存相当于 12 个月的全球需求量。产量预计将在 2017 年和 2018 年增加。截至 2017 年底，富含蒂巴因阿片剂原料的全球库存可能达到 296 吨，足以满足大约 15 个月的全球需求量，到 2018 年底可能达到 363 吨，足以满足超过一年的全球需求量。富含蒂巴因阿片剂原料的全球供应量（库存和产量）将非常充足，满足 2017 年和 2018 年的全球需求量绰绰有余。

类阿片消费水平趋势

102. 二十年来，类阿片全球消费量已增至三倍多。阿片剂消费量在类阿片总消费量中所占比重在 1997 年的 59% 和 2008 年的 51% 之间波动。在 2014 年达到占类阿片总消费量 68% 的峰值以后，阿片剂消费量一直在下降。2016 年，该比重下降至 61%。其结果是，与阿片剂一样用于相同适应症的合成类阿片所占比重从 2014 年的 32% 增至 2016 年的 39%。总体趋势表明，对阿片剂的需求预计在未来将会增加，但尚不清楚与合成类阿片相比，它们在类阿片总消费量中所占比重会增加还是减少。

C. 各国政府与麻管局的合作

1. 各国政府向麻管局提供信息

103. 麻管局按照任务授权每年发表两份报告：年度报告和麻管局关于《1988 公约》第 12 条执行情况的报告。此外还发表技术报告，为各国政府分析关于国际管制物质的制造、贸易、消费、使用和储存的统计资料，分析这些物质需要量的估计数和评估数。

104. 麻管局的报告和技术出版物以国际药物管制条约缔约方必须提交的资料为依据。此外，依照经济及社会理事会和麻醉药品委员会的决议，各国政府自愿提供资料，以便准确和全面评价国际药物和前体制度的运作。

105. 拥有从各国政府收到的数据和其他信息，麻管局就能够对涉及麻醉药品、精神药物和前体化学品的合法活动进行监测并评估条约遵守情况和国际药物管制制度总体运作的情况。在分析的基础上，麻管局提出关于改进制度运作的建议，以确保为医疗和科研需要供应麻醉药品和精神药物，同时防止其从合法渠道转移进入非法渠道并防止前体转入非法药物生产。

2. 提交统计资料的情况

106. 各国政府有义务每年及时向麻管局提供国际药物管制公约所要求的统计报告。

(a) 麻醉药品

107. 截至 2017 年 11 月 1 日，麻管局从 152 个国家（包括缔约国和非缔约国）和领土收到关于 2016 年麻醉药品生产、制造、消费、储存和缉获情况的年度统计报告（表 C），约占请其提交此类报告的国家 and 领土的 71%。这一数字高于

2016年（148份涉及2015年的报告）和2015年（140份涉及2014年的报告）。

108. 共有89个政府（42%）按时（即在2017年6月30日截止日以前）提交了数据，高于前两年（2016年为84个，2015年为83个）。截至2017年11月1日，有61个政府（占有所有政府的29%）未提交2016年年度统计数据，其中包括56个国家（占国家数目的29%）和5个领土（占领土数目的24%）。未按时提交报告的国家 and 领土分布在非洲⁶⁸、美洲⁶⁹、亚洲⁷⁰、欧洲⁷¹和大洋洲⁷²。预计还会有若干国家和领土将于2017年11月1日以后提交数据。

109. 几乎所有的麻醉药品生产、制造、进出口或消费大国都提交了年度统计数字。麻管局2016年的年度报告强调了准确和及时提交报告对于国际药物管制制度运作实效和效率的重要性，强调了具备可靠数据对于麻管局精准监测世界形势的能力的巨大影响。然而，麻管局仍然对已提供的一些数据质量深表关切，特别是一些主要生产和制造国家的数据，因为这表明国家监管和监测国际管制药物的机制存在缺陷。麻管局促请各国政府加强监测受管制药物种植、生产、制造和贸易的国家机制，在一定程度上，这可通过完善和发展国家数据系统、培训国家主管部门工作人员和确保获准经营国际管制药物的公司履行与许可证有关的法律规定来实现。

⁶⁸ 安哥拉、布隆迪、喀麦隆、中非共和国、乍得、刚果、吉布提、赤道几内亚、厄立特里亚、埃塞俄比亚、加蓬、冈比亚、几内亚、莱索托、利比里亚、利比亚、马拉维、马里、毛里塔尼亚、纳米比亚、尼日尔、圣多美和普林西比、塞内加尔、索马里、南苏丹、特里斯坦-达库尼亚、赞比亚。

⁶⁹ 安提瓜和巴布达、阿鲁巴、巴哈马、百慕大、开曼群岛、古巴、格林纳达、海地、墨西哥、巴拉圭、圣基茨和尼维斯、苏里南、特克斯和凯科斯群岛。

⁷⁰ 不丹、柬埔寨、伊拉克、吉尔吉斯斯坦、新加坡、塔吉克斯坦、越南、也门以及中国香港。

⁷¹ 波斯尼亚和黑塞哥维那、卢森堡、罗马尼亚。

⁷² 基里巴斯、马绍尔群岛、瑙鲁、纽埃、萨摩亚、所罗门群岛、图瓦卢、瓦努阿图、瓦利斯和富图纳群岛。

110. 截至2017年11月1日，从153个国家政府（其中包括139个国家和14个领土）收到2016年麻醉药品进出口全套共四份季度的统计数字（表A），即约占被要求的213个国家政府中的72%。此外，有19个国家政府（约9%）已提交至少一份季度报告。共有36个国家和5个领土（约19%）完全没有提交2016年的季度统计数据。

(b) 精神药物

111. 截至2017年11月1日，有151个国家和领土依照《1971年公约》第十六条向麻管局提交了2016年精神药物年度统计报告（表P），占被要求提供此类报告的国家 and 领土的71%。麻管局赞赏地注意到这一提交比例高于2015年。此外，有107个国家政府按照经济及社会理事会第1981/7号决议自愿提交2016年《1971年公约》附表二所列药物进出口情况的全部四份季度报告，另有38个国家政府提交了部分季度报告。

112. 虽然大多数政府定期提交了法定和自愿统计报告，但有些国家的合作情况一直并不令人满意。2017年，提交2016年表P的国家中约有63%是在2017年6月30日截止日之前提交的。未在限期内提交表P的国家包括一些主要的制造和进出口国家，如比利时、巴西、加拿大、中国、法国、印度和联合王国。麻管局关切地注意到，尽管向所有逾期和违规的政府定期发出了提醒通知，但是作为精神药物主要进出口国家的大韩民国2015年和2016年的报告均未提交。

113. 麻管局关切地注意到，未提交表P的国家 and 领土数量最多的是非洲，其次是大洋洲及中美洲和加勒比区域。非洲⁷³共有26个国家和领土

⁷³ 阿森松岛、布隆迪、喀麦隆、中非共和国、刚果、科特迪瓦、吉布提、赤道几内亚、厄立特里亚、埃塞俄比亚、加蓬、冈比亚、几内亚、几内亚比绍、莱索托、利比亚、马拉维、马里、毛里塔尼亚、尼日尔、圣多美和普林西比、塞内加尔、索马里、南苏丹、特里斯坦-达库尼亚群岛和赞比亚。

(占该区域国家和领土的 46%) 未提交 2016 年表 P。与此相似,大洋洲⁷⁴ 有 45% (包括澳大利亚)、中美洲和加勒比⁷⁵ 有 39% 的国家和领土未提交。欧洲有 93% 的国家和领土提交了 2016 年表 P, 有三个国家未提交 (波斯尼亚和黑塞哥维那、卢森堡、罗马尼亚)。南美洲和去年一样, 共有三个国家未提交 2016 年表 P (厄瓜多尔、巴拉圭、苏里南)。亚洲有 19% 的国家和领土未提交 2016 年表 P。⁷⁶

114. 经济及社会理事会在第 1985/15 号和第 1987/30 号决议中要求各国政府在精神药物年度统计报告中向麻管局详细提供《1971 年公约》附表三和附表四所列药物的贸易情况 (按原产国和目的国分列数据)。截止 2017 年 11 月 1 日, 有 120 个国家政府 (占提交 2016 年表 P 总数的 79%) 提交了这类交易的全部详细情况, 多于上一年。其余 31 个国家政府提交的表格为空白或所含 2016 年贸易数据不完整。

115. 麻管局赞赏地注意到, 有一部分国家按照麻醉药品委员会第 54/6 号决议自愿提交了精神药物的消费数据。这样, 2016 年共有 72 个国家和领土提交了部分或全部精神药物的消费数据, 多于 2015 年截至同一日期提交了数据的 58 个国家和领土。麻管局对相关政府的合作表示赞赏, 吁请所有各国政府每年按照委员会第 54/6 号决议报告精神药物的消费情况, 因为这类数据对改进评价医疗和科研用精神药物的供应情况是必不可少的。

116. 麻管局赞赏地注意到, 比利时、印度和俄罗斯联邦政府提交了有关精神药物缉获情况的报告, 挪威、爱沙尼亚和立陶宛政府按照麻醉药品委员会第 50/11 号决议提交了关于缉获通过邮件

⁷⁴斐济、基里巴斯、马绍尔群岛、瑙鲁、纽埃、萨摩亚、所罗门群岛、图瓦卢、瓦努阿图、沃利斯和富图纳群岛。

⁷⁵安提瓜和巴布达、阿鲁巴、英属维尔京群岛、开曼群岛、古巴、库拉索岛、格林纳达、危地马拉、圣基茨和尼维斯、特立尼达和多巴哥、特克斯和凯科斯群岛。

⁷⁶柬埔寨、伊拉克、吉尔吉斯斯坦、马尔代夫、大韩民国、土库曼斯坦、越南、也门以及中国香港。

(包括通过互联网订购) 走私国际管制的合法药物的通告。麻管局承认有关政府的拦堵工作, 吁请所有政府按照麻醉药品委员会第 50/11 号决议, 定期向麻管局提供有关缉获通过互联网订购和利用邮件投递精神药物的信息。

(c) 前体

117. 根据《1988 年公约》第 12 条, 缔约国应提供关于非法制造麻醉药品和精神药物经常使用的物质的资料。表 D 提供的这种信息有助于麻管局监测和查明贩运前体和非法制造药物的趋势, 也使麻管局必要时能够为政府提供补救措施和政策方面的建议。

118. 截至 2017 年 11 月 1 日, 共有 125 个缔约国提交了 2016 年表 D, 占《1988 年公约》缔约国的 66%。但是, 有 52 个缔约国提交空白表或表中所含信息不完整。麻管局关切地注意到, 《1988 年公约》缔约国中有 60 个未向麻管局进行报告。

119. 在提交 2016 年表 D 相关数据的国家中, 有 89 个报告了缉获《1988 年公约》表一和表二所列物质的必报信息, 有 60 个国家报告了缉获非表列物质的情况。与前几年一样, 大多数国家政府未提供关于转移方法和非法制造情况的详细资料。

120. 按照经济及社会理事会第 1995/20 号决议, 各国政府还需要自愿、保密地提供《1988 年公约》表一和表二所列物质在本国合法贸易情况的资料。截至 2017 年 11 月 1 日, 有 117 个缔约国向麻管局提交了 2016 年合法贸易情况的资料, 有 114 个提交了有关《1988 年公约》表一和表二所列一种或一种以上物质合法使用和 (或) 需要量的数据。

121. 自 2012 年年初以来, 前体事件通信系统辅助网上出口前通知系统以及每年通过表 D 从

政府收到的合并缉获数据，提供了一个可靠在线平台，用于实时共享化学品相关事件，如缉获、已拦截在运货物、转移企图以及捣毁非法制备点。前体事件通信系统为国家主管部门发起回溯调查提供了线索，及时通报前体事件的细节很多时候促成了进一步缉获或阻止了转移企图。但是，前体事件通信系统的好处在很大程度上取决于提供信息的及时性，以便促进立即采取后续行动与合作，以查明负责转移和贩运前体的人员。

122. 截至 2017 年 11 月 1 日，前体事件通信系统已有 104 个国家 240 多个机构的 480 名注册用户，共享了近 2,000 起事件的相关信息。本报告所述期间，通过前体事件通信系统通报的新事件达 300 多起。

3. 提交估计数和评估数的情况

(a) 麻醉药品

123. 根据《1961 年公约》，缔约国应每年向麻管局提供对次年麻醉药品需要量的估计数。截至 2017 年 11 月 1 日，共有 158 个缔约国和领土（占被要求缔约国和领土的 74%）已经提交对 2018 年麻醉药品需要量的估计数，由麻管局予以确认。与前几年一样，麻管局为没有依照《1961 年公约》第十二条按时提交估计数的缔约国和领土确定了估计数。

(b) 精神药物

124. 截至 2017 年 11 月 1 日，除南苏丹以外，所有国家及领土的政府均已向麻管局提交了至少一份对本国 / 领土精神药物年度医疗和科研需要量的评估。根据经济及社会理事会第 1996/30 号决议，麻管局确定了对南苏丹 2011 年的需要量的评估数，以便该国能够进口医疗用精神药物而不至造成不必要的延误。

125. 根据经济及社会理事会第 1981/7 号和第 1991/44 号决议，政府应向麻管局提供医疗和科研用《1971 年公约》附表二、三和四所列精神药物的评估。对精神药物的评估长期有效，除非政府对其进行修改以反映国家需求的变化。为促进国家主管部门提交这类修改，麻管局制作了一个称为“B/P 补充”的表，从 2014 年 10 月起采用联合国六种正式语文面向所有政府提供，通过麻管局网站即可获取。截止 2017 年 11 月 1 日，即该表发布三年以后，几乎已经得到所有国家普遍采用。麻管局建议各国政府至少每三年对精神药物的年度医疗和科研需要量评估数进行一次审查和更新。

126. 从 2016 年 11 月 1 日到 2017 年 11 月 1 日，共有 93 个国家和 9 个领土提交了经过全面修订的精神药物需要量评估，另有 30 个政府提交了对一种或几种药物评估情况的修订。截至 2017 年 11 月 1 日，有 36 个国家和 4 个领土的政府未提交对三年来精神药物合法需要量的修订。

(c) 前体

127. 在题为“加强对用于非法制造合成药物的前体化学品的管制制度”的第 49/3 号决议中，麻醉药品委员会请缔约国向麻管局提供各自对进口苯丙胺类兴奋剂四种前体——3,4-亚甲基二氧苯基-2-丙酮、麻黄素、伪麻黄素和苯基-2-丙酮的年度合法需要量，并尽可能提供对进口可方便加以使用或通过现成适用的手段加以提取的含有这些物质的制剂的需要量。这些估计数有助于各国政府评估货物的合法性并查明这些物质的出口前通知是否有任何超额。

128. 虽然是自愿提供，但是提供了对至少一种上述物质的年度合法需要量估计数的政府和上一年相比在不断增多，截至 2017 年 11 月 1 日达到 166 个。同样，2017 年所提供估计数的数量（麻管局 2016 年关于《1988 年公约》第 12 条执行

情况的年度报告公布)从 851 个增加到 872 个。2017 年,有 100 多个国家政府重新确认或者更新了对至少一种物质的年度合法需要量。

129. 政府通过表 D 提供年度合法需要量的估计数,并且可以在年内随时进行更新。麻管局网站定期更新和公布各国和领土最近提交的年度合法需要量,还可以通过网上出口前通知系统面向注册用户提供。

130. 总之,麻管局希望提醒各国政府,麻醉药品年度医疗和科研需要量总估计数和对精神药物需要量的评估发表在年度和季度刊物上,麻管局网站公开提供每月更新。网站还提供对苯丙胺类兴奋剂前体合法需要量的最新年度估计数。

4. 提高向麻管局提供的信息的质量

131. 各政府定期向麻管局提供可靠的统计数据,对于查明用于非法目的的管制物质的转移情况、分析管制物质的合法国际贸易趋势以及国际药物管制制度整体正常运行至关重要。

132. 各国政府在向麻管局提供适当统计数据 and (或)估计数与评估时遇到的问题往往表明其国家管制机制和(或)保健系统存在缺陷。这种缺陷可能反映了条约规定执行过程中存在的问题,例如国家立法空白、行政条例的不足以及国家主管部门的工作人员缺乏培训等等。

133. 麻管局促请各国政府加强监测受管制药物种植、生产、制造和贸易的国家机制,在一定程度上,这可通过完善和发展国家数据系统、培训国家主管部门工作人员和确保获准经营国际管制药物的公司履行与许可证有关的法律规定来实现。

134. 麻管局请所有相关国家政府查明向麻管局报告统计数据 and (或)估计数与评估数存在缺

陷的原因并相应通知麻管局,以便解决这些问题,确保及时适当报告。为了协助各国政府,麻管局开发了多种工具和套件,制订了若干套指南,供国家主管机关使用。这些都在麻管局网站(www.incb.org)上免费提供,其中包括培训材料和《国际管制药物需要量估算指南》。邀请各国政府在遵守国际药物管制条约的工作中充分使用这些工具。麻管局还谨鼓励各国政府利用麻管局应请求提供的具体培训。

D. 总体履约情况评价

1. 对若干国家总体履约情况的评价

135. 国际药物管制公约的范围非常广泛。它包括制定监管框架以监测管制物质的合法生产、制造和贸易;通过国家药物管制立法和政策措施;打击药物贩运和转移的行动;提供预防、治疗、康复、后续护理以及重新融入社会服务;以及提供合理医疗用途的麻醉药品和精神药物。《公约》还规定通过及时、准确地报告以及回应麻管局关于提供更多信息的请求与麻管局合作。

136. 根据作为一个半司法监测机构的条约任务授权,麻管局协助各国全面执行三项药物管制公约。在这一过程中,要求麻管局审议各个不同国家的药物管制情况,使各国政府参与持续对话查明良好做法和需要加强执行《公约》的领域,并在必要情况下建议采取补救措施。

137. 2017 年,麻管局审议了多民族玻利维亚国、毛里塔尼亚、缅甸、荷兰和联合王国的药物管制情况,并审查了这些国家的政府为执行国际药物管制条约而采取的措施。麻管局还审议了一些国家在医用大麻方案、用药室以及大麻非医疗用途合法化方面通过立法和政策措施的进展情况。

(a) 多民族玻利维亚国

138. 作为持续审查缔约国履行条约规定义务情况的一部分，过去几年来，麻管局一直密切跟踪多民族玻利维亚国在种植古柯树和生产古柯叶相关政策方面的进展情况。麻管局注意到，在不断与该国政府进行对话之后，该国政府提高了与麻管局的合作层次。该国政府承诺采取综合办法，确保把国际管制物质置于国家管制之下并得到有效处理，并采取了有效的管制措施防止这些物质从合法的分销渠道转移。

139. 麻管局注意到，2017年3月，多民族玻利维亚国通过了两部新的法律，这是该国药物管制政策的一个重要转变，使可用于合法古柯树种植的面积显著增加。关于古柯的一般法（第906号法）规定了监管、管制和监测生产、运输、销售和重估价天然状态的古柯的体制框架，包括通过工业途径。关于打击贩运管制物质的法律（第913号法）确立了打击贩运管制物质的机制，包括用于非法制毒的前体化学品。

140. 麻管局注意到，多民族玻利维亚国政府用这两部新的药物管制法律代替了先前的药物管制法律。这一变革的目的是为了能够将古柯叶用于传统用途并加工成范围广泛的工业产品。其中一些产品可能是为了出口。与此同时，多民族玻利维亚国承诺继续采取一切必要措施管制古柯树种植并防止滥用和非法制造可能从古柯叶中提取的麻醉药品。

141. 但是，麻管局仍然感到关切的是，报告的古柯树种植总面积和预计古柯叶产量均有增加。尽管该国政府目前采取了社会管制措施来减少古柯树的种植和古柯叶的产量，但该国2016年古柯树的种植总面积却增加到了23,100公顷，比2015年（20,200公顷）增长了14%。因此，2016年，在政府批准的场所可供出售的古柯叶总量增加了4%，达到将近22,000吨，相比之下，2015年大约是21,200吨。另一方面，自从2012年报告的高峰值以来，国家每年铲除的所谓多余古柯

树的总面积似乎不断减少。麻管局感到关切的是，这些动态对政府控制为国内传统消费提供古柯叶的能力产生了消极的影响，并且增加了古柯叶被转移用于非法制造可卡因的风险。

142. 麻管局表示严重关切的是，根据新的立法，为了多民族玻利维亚国所提保留中提到的用途（特别是传统的古柯叶咀嚼）而允许种植古柯树的总面积几乎翻了一番。⁷⁷ 麻管局希望指出，该国保留了在其境内允许以下行为的权利：传统的古柯叶咀嚼；为了文化和医药目的消费和使用天然状态的古柯叶，例如，用于输液；以及在仅仅为了这些目的所必要的程度内种植、交易和持有古柯叶。

143. 麻管局强调有效履行《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》第二十六条规定的条约义务的重要性。这些义务同样适用于多民族玻利维亚国，并要求允许种植古柯树的各国根据阐述国家阿片机关任务授权和职能的第二十三条规定的框架设立一个国家古柯叶机关。其他具体义务包括但不限于：(a) 指定准予种植的区域及田地（第二十三条第二项(a)款）；(b) 种植者的特许证发放（第二十三条第二项(b)款）和第二十三条第二项(c)款）；(c) 国家古柯叶机关须在收获完毕后尽速实际取有该项收成（第二十六条第一项）；以及根除所有野生的古柯树和摧毁非法种植的古柯树（第二十六条第二项）。

144. 麻管局还希望请多民族玻利维亚国，除了根据经修正的《1961年公约》第十九条、第二十条和第二十七条第二项的规定提供估计数和统计报告之外，参照经修正的《1961年公约》第二十七条第二项和第四十九条第三项(b)款，就所保留的活动向麻管局提供单独的估计数及统计报告。这些估计数和统计报告应当详细说明该国估计用于和实际用于保留目的的古柯叶数量。

⁷⁷ 多民族玻利维亚国在重新加入《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》时提出了所述的保留，按照《公约》第四十一条第二项，《公约》于2013年2月10日对其生效。

此类材料将使麻管局、其他缔约国和国际社会能够评估多民族玻利维亚国是否确保遵守了保留的限制，以及为实现经修正的《1961 年公约》的目的是否遵守了总体履行《公约》所规定义务的承诺。

145. 多民族玻利维亚国所提出的保留明确限于其领土内的保留活动，因而，除了经修正的《1961 年公约》所确立的法律框架明确认可的活动以外，不授权进行涉及古柯叶的任何类型国际贸易，也不是扩大这种权利。

146. 麻管局回顾，多民族玻利维亚国政府在颁布实施当前关于种植古柯树和生产古柯叶的政策时明确表示承诺继续采取一切必要措施管制古柯树种植，适用上文所提到的《公约》一切条款，以防止滥用古柯和非法制造可能从古柯叶中提取的麻醉药品。多民族玻利维亚国必须确保充分履行经修正的《1961 年公约》规定的义务，消除所有除《公约》和对《公约》的保留中所规定目的以外的古柯叶使用。麻管局敦促该国政府采取有效的政策，积极消除该国所谓的多余非法古柯树种植和古柯叶生产，并采取果断措施解决可卡因的非法生产和贩运。

147. 麻管局将继续监测多民族玻利维亚国的毒品管制动态，并坚持与该国政府持续对话。麻管局相信该国政府将继续加强在毒品管制方面的努力，并愿意在需要时提供进一步援助。

(b) 毛里塔尼亚

148. 近些年来，有组织犯罪集团除了从事本地的非法药物生产活动，还越来越多地利用西非作为将可卡因从南美洲运往欧洲的一个过境转运区。毛里塔尼亚尤其受到这一类贩运的影响，萨赫勒地区各国已报告本地人口药物滥用增多。麻管局对该地区非法活动增加感到关切，这使受影响国家本已脆弱的卫生和经济体系更加紧张。

149. 麻管局对于毛里塔尼亚的形势继续感到关切。关切领域包括缺乏适当的国家毒品管制立法，缺乏毒品管制领域的政府协调机制，与麻管局的合作令人不满意，特别是在提交规定的关于合法贸易、消费和缉获情况的统计数据方面。自从 2015 年以来，该国政府没有向麻管局提交过任何统计资料，这是履行国际药物管制条约所规定报告义务的要求。

150. 麻管局赞扬萨赫勒国家（布基纳法索、乍得、马里、毛里塔尼亚和尼日尔）、非洲联盟、西非国家经济共同体（西非经共体）以及毒品和犯罪问题办公室在面对巨大的安全问题、非法活动（包括药物贩运）以及该地区面临的发展挑战方面表现出来的政治领导力。麻管局欢迎在“支持 2016-2020 年西非经共体应对西非非法药物贩运、有组织犯罪及药物滥用的区域行动计划”项目下开展的活动，也欢迎由欧洲联盟提供资金并与毒品和犯罪问题办公室合作实施的 2015-2019 年期间新的行动计划。项目的目的是加强西非经共体及其成员国的能力，对药物贩运、药物滥用和跨国有组织犯罪采取可持续的行动。

151. 麻管局注意到，毒品和犯罪问题办公室已经使它的新区域方案与新的 2016-2020 年西非经共体“打击西非非法药物贩运、有组织犯罪及药物滥用的区域行动计划”定义的优先事项保持一致。为实现该项目的目标，毒品和犯罪问题办公室致力于在预防药物滥用和治疗药物依赖、立法发展、法医学和药物执法领域开展活动。具体来说，自从 2016 年以来，在努瓦克肖特建立了项目管理机构，以建设毛里塔尼亚的能力。

152. 麻管局重申西非在药物管制方面开展国际合作的重要性，并敦促毛里塔尼亚政府加强与邻国政府和活跃在该地区的国际组织的合作。特别是，麻管局鼓励该国政府寻求毒品和犯罪问题办公室及西非经共体委员会的进一步支持，以执行西非经共体行动计划，该行动计划的宗旨是：
(a) 提高药物方面可靠和可比较数据的可利用性，

以制定循证药物政策和方案；(b) 加强区域能力，以查明和传播减少药物需求方面的最佳做法；(c) 提高司法和执法机关的能力，并加强次区域和区域合作与协调机制。

153. 在 2016 年以来向该国政府发送的多份信函中，麻管局邀请毛里塔尼亚派遣代表团参加麻管局届会，向麻管局简要报告该国的毒品管制情况以及为打击药物贩运和滥用增加所采取的措施。截至本报告编写之际，该邀请尚未得到接受。麻管局相信毛里塔尼亚政府将改善与麻管局的合作，并加大努力，以确保在遵守国际药物管制条约及其报告要求方面取得重大进步。麻管局将继续努力促进与该国政府的对话，以期促进该国遵守国际药物管制条约。

(c) 缅甸

154. 缅甸特别是掸邦的非法种植罂粟仍然是国际社会的一个主要关切问题。根据毒品和犯罪问题办公室的数据，主要集中在掸邦的该国非法罂粟种植，在前十年增加了三倍之后，于 2016 年稳定下来。尽管出现了这一动态，缅甸仍然是排在阿富汗之后的全世界第二大罂粟生产国。此外，该国前体化学品的转移以及甲基苯丙胺的生产和贩运一直在增加。

155. 缅甸政府已经采取措施解决该国与毒品相关的挑战。2017 年，在毒品和犯罪问题办公室的支持下，缅甸继续改革药物立法和政策，以期通过与 2016 年举行的关于世界毒品问题的大会特别会议成果文件一致的毒品管制框架。

156. 缅甸继续在它与邻国柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国、泰国和越南的一项六国区域倡议《湄公河谅解备忘录》机制方面发挥积极作用。该机制得到毒品和犯罪问题办公室的支持，旨在加强毒品管制事项方面的区域合作。

157. 由于缺乏全面的药物使用调查，难以测量缅甸的药物滥用的流行率。麻管局注意到，毒品和犯罪问题办公室目前正在支持该国政府编拟该国的第一份国家药物使用调查。

158. 缅甸继续受到通过注射滥用药物人群中艾滋病毒 / 艾滋病高发率的影响。政府估计 2015 年该人口群体的艾滋病毒流行率为 28.5%。2017 年 5 月，缅甸卫生与体育部颁布了 2016-2020 年艾滋病毒和艾滋病国家战略计划，这是第三份此类计划。该计划旨在通过加强国家的预防、教育、护理和治疗基础设施，到 2030 年结束作为一项公众健康威胁的艾滋病毒。

159. 与该区域的许多国家一样，缅甸合法用途麻醉药品和精神药物的可利用率非常低，很可能不足以满足医疗需要。因此，麻管局继续鼓励该国政府审查它评估麻醉药品和精神药物相关需求的方法，查明可利用性的障碍并采取纠正行动，以确保满足实际医疗需要。

160. 麻管局对于若开邦属于少数族裔群体的人群被迫流离失所的报告及其在缅甸和邻国，特别是在孟加拉国，造成的人道主义危机感到关切。麻管局呼吁国际社会向受影响人群提供援助，如有必要，包括提供急救医疗用品。

161. 为履行任务授权，麻管局愿意通过任何可能的方式协助缅甸政府执行国际药物管制公约。

(d) 荷兰

162. 在本报告所述期间内，麻管局继续与荷兰政府就多个药物相关动态开展对话，包括该国的“咖啡店”政策和与大麻种植相关的立法举措。2017 年 3 月，为讨论与该国药物管制相关的事项，麻管局主席在麻醉药品委员会第六十届会议间隙会见了荷兰代表团。麻管局收到了荷兰政府的信函，对所讨论的问题提供了进一步的解释。

163. 2017 年 2 月，荷兰议会下院经表决勉强通过了一项规范非医疗用途大麻种植的法案。一旦该法案成为法律，它将使持有许可证的大麻种植者免受起诉，只要他们满足特定条件。根据麻管局掌握的信息，荷兰检察院对于非医疗用途大麻种植合法化将使荷兰违反国际药物管制条约提出了关切。卫生、福利及体育部也一直批评这项立法举措。根据 2017 年 8 月收到的该国政府的来函，该法案仍然需要议会上院批准才能成为法律。麻管局重申，如果该法案成为法律，其中允许为非医疗用途种植、生产和分销大麻的条款将违背经修正的《1961 年公约》，特别是《公约》中要求缔约国的此类活动以医疗及科学上的用途为限的第四条 (c) 项。

164. 麻管局继续监测荷兰市镇主管部门执行只准荷兰居民进入“咖啡店”的标准方面的动态。该居民标准是 2013 年 1 月颁布实施的。根据该国政府 2017 年 8 月提供的资料，执行居民标准是地方主管部门的责任。在 102 个有一个或多个咖啡店的城镇中，83 个市镇主管部门将居民标准纳入了它们的地方药物政策，16 个市镇主管部门宣布它们打算未来这样做。该国政府强调，它的政策旨在使“咖啡店”更小和更加可管理并减少“药物旅游”。政府观察到，2015 年“药物旅游”人数与 2014 年相比仅有少数增长。虽然注意到该国政府为遏制“咖啡店”数量及其影响所作的努力，麻管局再度呼吁该国政府采取步骤关闭“咖啡店”，因为该项政策违反了国际药物管制条约的规定。

165. 麻管局注意到，2016 年鹿特丹港可卡因缉获量达到最高 13 吨的纪录，超过了先前 2013 年的峰值 9.8 吨。虽然可卡因缉获次数保持稳定，每次缉获的可卡因量却在增加。被截获的可卡因货物从 1.5 千克到将近 4 吨不等。鹿特丹港（以及比利时安特卫普港）似乎始终是向欧洲联盟走私海洛因和可卡因的主要中枢。麻管局承认在提供国家药物管制政策最新资料方面它继续得到该国政府的配合，并期待继续与该国政府进行对话，以促进执行国际药物管制条约。

(e) 联合王国

166. 麻管局继续监测联合王国政府执行三项国际药物管制条约的情况，包括关于与合法贸易相关的事项、及时提交规定的报告和年度医疗及科学用途所需麻醉药品和精神药物的估计数。麻管局赞赏该国政府在这些事项方面的有效合作，并继续监测该国的药物管制努力。

167. 麻管局注意到联合王国政府 2017 年 7 月通过了《2017 年药物战略》，该战略建立在它所替代的 2010 年药物战略的基础上。文件阐述的新战略直面多项威胁，包括：药物滥用，特别是在年轻人中间；新型精神活性物质的新兴市场；所谓“形象和性能提升药物”（促进减肥、改变肤色、锻炼肌肉和允许更长更艰苦的训练的物质）的滥用；“化学性爱”药物（在计划的性活动之前或期间使用，以维持、增强、放开或促进体验）、处方药和涉毒犯罪。

168. 正如《2017 年药物战略》所指出，联合王国与药物滥用相关的经济成本据估计为每年 107 亿英镑，其中仅药物相关的偷窃（例如，盗窃、抢劫、入店行窃）一项就耗费 60 亿英镑。2016 年，英格兰和威尔士 16 至 59 岁群体中有将近 8% 的人，即 270 万人，在过去一年里使用了非法药物。年轻人使用药物的比例更高：16 至 24 岁群体占 18%。该文件讨论了市场上快速出现的新型精神活性物质，并注意到无家可归者和监狱囚犯的使用问题。文件强调了“形象和性能提升药物”的使用和多药滥用等新兴问题，也强调指出，自从 2013 年以来，该国药物滥用致死现象显著增加。

169. 麻管局注意到，新战略鼓励警方、卫生机构和地方社区之间的合作行动，并侧重于四个领域：减少需求、减少供应、康复和全球行动。该战略包括有针对性的干预，为药物使用者提供量身定制的支持，包括治疗、康复、就业和住房。

最后，它规定了更加强有力的边境控制和情报共享，并呼吁增加国际合作。

170. 麻管局注意到，正如《2017年药物战略》所指出，联合王国政府承诺在联合王国仍然是欧洲联盟的成员国期间，与欧洲伙伴合作，包括与欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心合作。联合王国还承诺，一旦该国脱离欧洲联盟，就将与欧洲和其他国际伙伴共同努力。

171. 麻管局呼吁联合王国政府和欧洲联盟相关机构在可能情况下继续在现有机制下开展有效合作和（或）商定促进欧洲未来有效药物管制的合作安排。

172. 麻管局将继续监测联合王国在药物管制的动态，包括在执行新战略方面的进展情况。麻管局期待继续与联合王国政府就药物管制事项进行密切合作。

(f) 大麻及其衍生物的医药使用

173. 经修正的《1961年公约》规定，受国际管制的麻醉药品的使用以医药及科学上的用途为限，并受特定条件的限制。这些条件或管制措施，根据不同药物在《公约》不同附表里的位置而各异。

174. 麻管局注意到，自从发布2016年年度报告以来，更多成员国已经采取了立法或监管措施，以规定大麻的医用或其衍生物用于医疗用途。⁷⁸

175. 虽然经修正的《1961年公约》规定了各国用于医疗用途的大麻使用，根据附表一和附表四，该药物受到管制，因此受到《公约》规定的最严

厉的管制措施的管制。这是因为各国都认识到此类药物具有的特殊危险性。

176. 与受到经修正的《1961年公约》管制的其他物质的情况一样，用于医药用途的大麻使用受一般许可和报告义务的约束。但是，制定医用大麻方案的国家必须履行经修正的《1961年公约》第二十三条和第二十八条规定的补充义务。这些条款要求，规定了大麻用于医疗用途的国家应设立一个国家大麻机关，以监管、监督和许可大麻种植。此类机关必须指定准予种植大麻的区域；确保向生产者颁发许可证；收购并实际持有存货；垄断批发购售之权和保持存货之权。

177. 各国必须采取措施禁止未经授权的大麻植物的种植，缉获和摧毁非法作物，并预防滥用和贩运大麻。同样，麻管局希望提醒所有各国政府注意麻管局此前已经声明的立场，个人为医疗用途种植大麻不符合经修正的《1961年公约》，因为除其他外这会加剧被转移的风险。根据《1961年公约》第二十三条和第二十八条，所有医用大麻方案的制订和执行都必须置于所涉国家的完全管控之下。

178. 麻管局敦促已经制订医用大麻方案或正在考虑这样做的所有国家确保根据经修正的《1961年公约》推出有效的立法和管制框架，以确保合理并在医药上受到监管的使用，防止转移。麻管局呼吁允许大麻医疗用途的国家政府确保大麻由主管医师根据良好的医疗实践并基于可靠的科学证据开具处方。

(g) 大麻非医疗使用的合法化

179. 在本报告所述期间，国际药物管制公约的一些缔约国都已采取步骤，建立或进一步发展关于大麻非医疗使用的法律和监管框架。

180. 麻管局谨此重申，任何允许或将会允许将大麻用于非医疗用途的措施显然违反经修正的

⁷⁸下列国家2016年向麻管局报告的大麻消费量超过了10千克，麻管局知悉这些国家允许将大麻和（或）大麻衍生物用于医疗用途：澳大利亚、奥地利、比利时、加拿大、捷克、丹麦、芬兰、德国、以色列、意大利、荷兰、挪威、波兰、西班牙、瑞典、瑞士。

《1961 年公约》第四条 (c) 项和第三十六条以及《1988 年公约》第 3 条第 1 款 (a) 项。麻管局还重申,受管制药物的使用仅限于医药和科研用途,这是经修正的《1961 年公约》不容克减的一项基本原则。

181. 麻管局继续与相关缔约国开展了对话,以促进遵守国际药物管制公约,所有缔约国都已经同意接受这些公约规定的法律义务约束。

182. 乌拉圭 2017 年 3 月向麻管局提交了一份关于 2013 年 12 月通过的第 19.172 号法律的执行情况报告,该项法律建立了一个大麻非医疗使用的有监管市场。乌拉圭继续为实施该法发展了体制和监管框架,涵盖领域包括在药房出售大麻用于非医疗用途;建立在工作场所消费大麻和其他药物时应遵循的程序;以及大麻用于非医疗用途的登记、销售和发放。

183. 国家监管部门截至 2017 年 1 月已登记了 6,057 名非医用大麻家庭种植者和 33 个“会员俱乐部”,这种俱乐部由 15 至 45 人组成,以种植、培育和分销非医用大麻为目的。

184. 乌拉圭的药店 2017 年 7 月开始向注册用户销售大麻用于非医疗用途。麻管局注意到,该国政府计划在不久的将来评估该项法律对公共健康的后果并向麻管局通报评估结果。与此同时,麻管局重申,大麻用于非医疗用途的合法化和规范化不符合相关的国际法律框架,其中明确规定管制药物如大麻的使用仅限于医疗和科研用途(经修正的《1961 年公约》第四条 (c) 项)。

185. 麻管局关切地注意到,加拿大下议院 2017 年 4 月提出了打算授权和监管大麻非医疗消费的立法草案。政府预定于 2018 年 7 月前通过的该立法草案为出于非医疗目的生产、分销、销售和持有大麻规定了一种管制框架。正如麻管局一再指出,如果法案 C-45 获得通过成为法律,其中

允许非医疗和非科研用途使用大麻的条文将有悖于加拿大根据经修正的《1961 年公约》所承担的义务。

186. 如上文所述(见上文第 163 段),荷兰议会下院 2017 年 2 月批准了一项法案,授权为非医疗用途种植大麻并实行监管。一旦颁布,这项立法将允许获得许可的种植者在一定条件下种植大麻。该项法案尚需经过议会上院批准才能成为法律。麻管局注意到荷兰市政部门采取了步骤规定“咖啡店”仅限荷兰居民进入,以便遏制来自国外的“毒品旅游”。尽管如此,麻管局重申,“咖啡店”的经营不符合经修正的《1961 年公约》。

187. 麻管局继续监测美国在大麻管制方面的动态,包括在该国州一级通过投票将大麻用于非医疗用途合法化的举措。

188. 牙买加继续实施了于 2015 年修订的立法,即不再将与种植、销售和运输大麻有关的某些行为定为刑事犯罪,允许出于宗教原因种植大麻植物。麻管局提醒牙买加政府和所有其他各方,根据经修订的《1961 年公约》第四条 (c) 项,大麻的使用仅限医疗和科研用途,任何其他目的使用,包括出于宗教理由,是不允许的。

(h) “用药室”

189. 麻管局一如既往地(包括在 2016 年年度报告中)重申,“用药室”的最终目标是减少药物滥用的有害后果,不是宽恕或怂恿吸毒贩毒。因此,任何此类设施必须提供治疗、康复和重新融入社会服务,或介绍患者接受这些服务。各国政府还必须注意,设立药品消费设施并不代替其他旨在预防药物滥用的举措,这些举措依旧至关重要。

190. 在本报告所述期间,一些国家在设立或继续经营受监督药物使用设施或“用药室”方面有

所发展。数年来，麻管局对“用药室”的运作持有保留意见，因为担心其运作可能会增加药物滥用和贩运的风险。麻管局也对“用药室”中所用物质的来源表示不安，因为它们是或可能是非法获得的。

191. 在法国，政府继续执行 2016 年 1 月通过的第 2016-41 号法律，它为开办“低风险用药室”提供了法律依据。2016 年 11 月，第二个这类设施在斯特拉斯堡开设，第一个当年早些时候在巴黎设立。上述设施为经常光顾的个人提供医疗、社会和心理服务。

192. 在加拿大，修订《受管制药品及物质法》和相关立法的第 C-37 号法案 2017 年 5 月获得了皇室同意。法案所载修正案将申请标准从 26 个减少到 8 个，简化了申请设立受监督用药场所许可的过程。修正案还准许在加拿大卫生部正式收到所有佐证文件之前开始审查申请，通过公开决策和拒绝理由（如适用）并简化更新过程，提高决策过程的透明度。批准过程将继续要求与利益攸关方和社区代表进行广泛磋商，同时提供关于场所安全性、使用设施人员、雇用人员和周围社区成员的适当信息。迄今为止，位于不列颠哥伦比亚省、安大略省和魁北克省的 16 处设施已获得批准，其他申请正在审查。

193. 2017 年 5 月，爱尔兰总统签署了《2017 年药物滥用（受监督注射设施）法》。该法规定了卫生部长颁发许可证和设立受监督注射设施的条件。该法还允许授权用户在获得许可证持有者同意的情况下使用设施而不受私藏药物刑事条款的惩罚。2017 年 7 月，爱尔兰政府发布了一项新的国家药物战略，题为“减少伤害，支持康复：2017-2025 年爱尔兰药物和酒精使用的健康先导对策”。该策略对受监督注射设施作出规定，并保证政府会促成这些设施的运作，以遏制街头毒品注射问题。

2. 国别访问团

194. 为了全面概览国际药物管制条约缔约国的药物管制情况，麻管局会定期进行国别访问。

195. 访问国家期间，麻管局与药物管制领域的主要利益攸关方举行会议，其中包括政府官员以及监管机关负责官员、治疗和康复提供方及民间社会团体的代表。

196. 根据访问调查结果，麻管局随后采取改善国际药物管制框架遵守情况的保密建议，传递给有关政府。

197. 麻管局提出的建议会涉及若干领域，包括：国家药物政策、机构间合作、根据药物管制公约对受国际管制物质的合法生产和贸易的管理、预防药物滥用及吸毒者的治疗和康复、为合理医疗用途获取麻醉药品和精神药物、执法、解决非法药物生产和制造及毒品贩运的措施、管制前体化学品和新的精神活性物质。

198. 在本报告所涉期间，麻管局对埃及进行了访问。截至 2017 年 11 月 1 日，预定将在 2017 年底前还对澳大利亚、圭亚那、俄罗斯联邦、瑞士进行访问。

199. 哥伦比亚、牙买加、科威特和乌兹别克斯坦政府原则上接受了访问团，但因为上述国家政府未能通报日期或确保对访问团的活动作出适当安排，尚未派团访问这些国家。此外，麻管局还与刚果民主共和国、巴布亚新几内亚和卡塔尔政府联系，但尚未接到这些国家的政府确认接受访问团的信息。就巴布亚新几内亚而言，麻管局已经邀请该国主管部门参加某届会议进行磋商，但迄今尚未成功。麻管局目前正在与其他国家讨论 2018 年至 2019 年期间麻管局访问的问题。麻管局提醒所有缔约国，与麻管局合作对履行其任务授权至关重要，包括协助开展国别访问，使麻管局可以充分评估毒品管制领域的国家发展情况，

并能够向各国政府提供有关履行其条约义务的反馈和建议。

埃及

200. 2017 年 6 月，麻管局访问团访问了埃及，目的是审查毒品管制情况和埃及政府遵守三项国际药物管制公约的情况。

201. 麻管局指出，自 2001 年上次访问以来，埃及政府已经在毒品管制的各个领域取得进展。麻管局通过禁毒总局的工作也注意到该国政府对遵守国际药物管制条约的承诺。该国政府已采取切实措施，以解决毒品贩运和滥用增加所引起的问题，满足为受影响人口提供适当治疗的需要。麻管局赞扬埃及在执法领域取得的进展，并鼓励政府继续采取有力的减少供应措施，进一步减少通过埃及贩运的非法药物的供应。

202. 埃及依旧被用作运往西亚和北非市场的非法药物和前体化学品货物的过境国。需要采取进一步措施加强对执法机关的专业培训。麻管局鼓励该国政府继续加强边境管制、区域合作和信息共享机制，以防止在埃及境内和过境毒品贩运。

203. 尤其是在预防、治疗和康复方面仍然存在重大挑战。麻管局与该主管部讨论定期进行国家吸毒调查，特别是在年轻人中进行调查的必要性，必要时利用调查结果进一步调整毒品管制政策和提供的服务，以覆盖全部受影响人群。

204. 在埃及，用于缓解疼痛和治疗疾病的麻醉药品和精神药物的供应仍然相对有限。因此，麻管局与政府讨论了更好评估缓解痛苦的需要量的必要性，以确定供应方面可能存在的障碍，并确保向有需要的人提供足够数量的麻醉药品和精神药物。

3. 评价各国政府对麻管局国别访问后提出的建议的执行情况

205. 为了跟踪各国政府对麻管局在访问之后提出的建议的执行情况，麻管局会对毒品管制方面的情况动态进行年度审查。在访问过后三至四年，麻管局会向政府征集为促进麻管局建议而采取的立法和政策措施的详细资料。

206. 2017 年，麻管局请在 2014 年接受访问的各国政府，即巴林、冰岛、坦桑尼亚联合共和国和委内瑞拉玻利瓦尔共和国政府，报告毒品管制情况在这段时间内的动态。

207. 麻管局谨感谢巴林、坦桑尼亚联合共和国和委内瑞拉玻利瓦尔共和国政府提供资料。它们的合作有助于麻管局审查这些国家执行条约的情况，并通过积极交换资料促进了麻管局与国际药物管制公约缔约国保持的重要对话。

208. 麻管局再次呼吁冰岛政府提供所要求的资料。一旦收到资料，麻管局将进行审查，以便将其列入麻管局 2018 年年度报告。

(a) 坦桑尼亚联合共和国

209. 麻管局注意到，坦桑尼亚联合共和国政府自 2014 年麻管局访问该国以来，在执行其建议方面已经取得了一些进展。

210. 2015 年，坦桑尼亚联合共和国通过了《2015 年毒品管制与执行法》，依该法成立了毒品管制和执行机构。该机构获得授权，在管制药物贩运和滥用方面执行广泛的任任务，包括缉获非法药物，以及逮捕、调查和起诉涉嫌参与毒品犯罪的人员的执行权力。麻管局相信，该机构的成立和后续活动将有助于加强政府有效应对坦桑尼亚联合共和国毒品贩运和滥用带来的挑战的努力。

211. 麻管局进一步欢迎设立由警察部队、入境事务处、税务局、国家情报局和在国家边境口岸工作的其他政府机构的代表组成的多部门防务和安全工作队。工作队监测包括毒品和前体化学品在内的跨国产品流动，验证货物合法性，拦截可疑货物，并向毒品管制和执法机构报告。

212. 麻管局在承认这些积极动态的同时指出，坦桑尼亚联合共和国仍然缺乏全面的国家毒品管制战略。在执行麻管局关于毒品管制活动中部际有效协调与合作的建议方面，还需要进一步的进展。麻管局鼓励该国政府继续进行毒品管制工作，特别是采取必要措施以尽快确保通过国家毒品管制战略，并拟订一项行动计划以确保该战略的有效实施。

213. 在坦桑尼亚联合共和国，虽然非法药物的供应量不断增加，但主管部门尚未充分了解该国的药物滥用程度。麻管局提醒政府，进行全面国家评估，包括收集和分析吸毒发生率和流行率的数据，以确定该国药物滥用的程度和性质，根据调查结果调整毒品管制政策很重要。对于有效设计预防吸毒和受影响人的治疗和康复方案，客观评估不可或缺。麻管局建议坦桑尼亚联合共和国政府更多开展预防药物滥用的活动，并确保能够涵盖各个阶层的群体。麻管局指出，需要在药物依赖者的治疗、康复和重新融入社会方面采取进一步行动。

214. 麻管局进一步指出，在已查明的许多有改进空间的领域仍缺乏进展。麻管局尤其继续鼓励坦桑尼亚联合共和国政府采取更多措施，以促进为医疗目的充分供应和合理使用麻醉药品和精神药物，包括通过在合理使用含有管制物质的药品方面适当培训医科学生和保健专业人员。麻管局还鼓励该国政府审查现行法律和条例，这些法律和条例可能会不必要地限制用于医疗目的的麻醉药品和精神药物的合法制造、进口、分销、处方或分发。

215. 麻管局鼓励该国政府采取必要措施确保上述领域取得进一步进展，从而确保完全履行国际药物管制条约，包括在国际社会协助下全面履行。

(b) 委内瑞拉玻利瓦尔共和国

216. 麻管局注意到，自2014年访问委内瑞拉玻利瓦尔共和国以来，该国政府已采取若干措施落实麻管局的建议，并已经在毒品管制的某些领域取得进展。麻管局访问后不久，该国政府就通过了《2015-2019年国家禁毒计划》，目的是减少药物滥用，促进药物滥用预防活动。国家禁毒办公室已经扩大了其禁毒教育培训和方案，以提高全国减少和预防毒品活动的意识。

217. 委内瑞拉玻利瓦尔共和国通过与国际组织和其他政府有关机构接触，进一步加强了处理贩毒活动的区域和跨界合作。麻管局注意到，该国政府积极参与拉丁美洲与欧洲联盟的药物政策合作方案的第二阶段，这两个区域的国家共同开展了解决世界毒品问题的活动。另一个例子是委内瑞拉玻利瓦尔共和国和荷兰的第四个毒品联合委员会，2016年5月在海牙举行会议，为交流有关预防非法药物使用政策的经验提供了机会。在麻醉药品委员会第六十届会议期间，委内瑞拉玻利瓦尔共和国政府于2017年3月举行会外活动，题为“促进公民参与防止非法贩运和滥用药物：委内瑞拉国家禁毒基金的经验”。麻管局欢迎这种交流，并鼓励政府继续参与毒品管制事宜的国际合作。

218. 麻管局注意到，该国政府根据其管理综合空域防务的法律，继续实施空中管制和拦截方案。据该国政府所述，该法律符合相关国际标准和议定书，特别是1944年《国际民用航空公约》。

219. 麻管局在承认这些积极发展的同时指出，委内瑞拉玻利瓦尔共和国政府仍然面临重大挑战。尽管它采取了具体措施，罂粟和大麻的大规模种植仍在继续，毒品贩运依然带来严重问题。此外，虽然该国政府继续作出很大努力，但药物滥用率依然很高，特别是在学童和青少年中。麻管局鼓励该国政府对该国药物滥用情况进行评估调查，以制定符合国家人口特殊需要的循证毒品管制政策。

220. 麻管局指出，其他几个方面，包括为确保提供充足的医用麻醉药品所作的努力，特别是为缓解疼痛所做努力，似乎进展有限。令麻管局感到鼓舞的是，该国政府根据麻管局在 2014 年访问提出的建议，保证公民能够获得阿片镇痛药治疗急性和慢性疼痛。

221. 麻管局还指出，国家主管部门已经对麻醉药品的需求量估计数进行了修订，并作出调整，以增加用于医疗目的的麻醉药品和精神药物的国内供应。然而，根据该国政府向麻管局报告的数据，医疗机构内镇痛阿片剂的供应仍然不足。

222. 据国家禁毒办公室报告，每年年底都会进行一次评估，将估计数与实际消费的药物数量进行对比，以调整满足全民实际需要所需的数量。麻管局请该国政府审查现状，采取必要措施，确保提供足够数量的麻醉药品和精神药物，包括阿片剂，以满足医疗需要。为此，麻管局建议委内瑞拉玻利瓦尔共和国主管部门考虑麻管局《国际管制药物供应情况：确保医疗和科研所用药物的充分供应——不可或缺、充分供应且不受不当限制》报告⁷⁹中所载的建议，以及麻管局和世卫组织制定的《国际管制药物需要量估算指南》。

223. 麻管局指出，对分发含有管制物质的药物制剂的零售店实行的检查似乎仍有不足。还

需要为药剂师提供培训，以确保对管制物质的配发进行适当监测，并确保这些物质仅用于医疗目的。

224. 麻管局促请该国政府作出更多努力以便在上述领域取得进展。麻管局确认委内瑞拉玻利瓦尔共和国政府对毒品管制的承诺，相信该国政府将继续采取措施打击非法作物种植、非法药物制造、毒品贩运、管制物质的转移和药物滥用。麻管局鼓励委内瑞拉玻利瓦尔共和国政府继续努力执行并充分遵守国际药物管制条约，并随时准备根据其任务授权协助该国政府。

E. 麻管局为确保各项国际药物管制条约的实施而采取的行动

1. 麻管局依照《经 1972 年议定书修正的 1961 年麻醉品单一公约》第十四条和《1971 年精神药物公约》第十九条采取的行动

225. 麻管局如果有理由认为《公约》目标因某一缔约国未遵守《公约》条文而受到严重威胁，则可援引《公约》中与缔约国履约有关的条款。

226. 相关条款为《经 1972 年议定书修正的 1961 年单一公约》第十四条、《1971 年公约》第十九条和《1988 年公约》第 22 条。这些条款规定了一个进程，麻管局可在所有其他手段都未奏效的情况下凭借该进程与有关国家进行对话，促使其遵守各项公约。

227. 过去，麻管局曾针对数量有限的国家援引了《1961 年单一公约》第十四条和（或）《1971 年公约》第十九条。多数有关国家在与麻管局进行秘密磋商和对话之后采取了补

⁷⁹E/INCB/2015/1/Supp.1。

救措施以解决麻管局的关切，这使得麻管局随之决定终止根据这些条款对所涉国家采取的行动。

228. 麻管局于2000年第一次援引了《1961年单一公约》第十四条第一项(a)款，鼓励与阿富汗主管部门进行对话，以推动遵守《公约》。2001年，麻管局援引了《公约》第十四条第一项(d)款，以便在国际层面开展合作行动，帮助阿富汗政府确保遵守《公约》。阿富汗仍然是目前对之援引《1961年单一公约》第十四条的唯一国家。

2. 依照《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》第十四条与阿富汗政府的协商

229. 在本报告所涉期间，麻管局继续与阿富汗政府进行协商。在2016年5月麻管局高级别代表团访问阿富汗之后，麻管局通过立法、政策、制度和实际措施，采纳了一系列建议以处理该国的毒品管制情况并改善国际药物管制条约的履约情况。麻管局于2016年12月将这些建议告知政府，自此之后，麻管局一直在与阿富汗政府进行对话，以促进落实这些建议。

230. 麻管局仍然对阿富汗毒品管制的总体情况感到关切。麻管局再次提请国际社会注意阿富汗面临的挑战，并强调，如果不能切实有效地管制该国的非法药物经济，维护该国稳定的努力将不可能持久。麻管局向国际社会重申，毒品管制是一个跨领域问题。除非有效开展地方、国家、区域和国际层面的努力应对这一挑战，贫穷、叛乱、恐怖主义和阻碍发展的各种障碍仍将无法得到解决。

与麻管局合作

231. 在本报告所述期间，麻管局根据《1961年公约》第十四条与阿富汗政府继续开展磋商。2017年1月，麻管局秘书在维也纳会见了阿富汗常驻联合国维也纳代表团临时代办，讨论该国政府实施国际药物管制条约的情况，包括主管部门为落实麻管局在2016年5月对该国进行高级别访问之后提出的建议所采取的后续行动等相关事项。

232. 2017年3月，麻管局主席在维也纳举行的麻醉药品委员会第六十届会议间隙期间，与阿富汗禁毒内务部副部长率领的阿富汗代表团会面。此次会议的重点是该国在改善毒品管制情况、加强阿富汗落实与毒品有关的国际法律框架方面面临的挑战和机遇。麻管局主席提到，他提请麻委会第六十届会议注意麻管局对阿富汗事态发展的关切，以及为该国进一步提供国际技术和资金援助的必要性。他还告知代表团，麻管局继续呼吁国际社会关注该国面临的毒品挑战，它在2016年10月举行的阿富汗问题布鲁塞尔会议之前发表了一份声明，强调如果该国没有有效的毒品管制，可持续发展是不可能实现的。麻管局主席鼓励阿富汗政府继续与国际捐助界分享在毒品管制领域取得的切实成果，例如2016年5月在喀布尔新设立了一个重要的药物滥用治疗机构。

233. 2017年7月，麻管局主席与阿富汗常驻联合国代表在纽约展开磋商，内容关于该国毒品问题相关的事态发展和挑战，以及有效落实麻管局在2016年5月对阿富汗进行高级别访问之后提出的建议的必要性。

234. 在2017年7月举行的经济及社会理事会的协调和管理会议上，麻管局主席也向安理会重申了其严重关切，即阿富汗的毒品管制和安全局势不断恶化，以及有必要本着共同和分担责任的精神向阿富汗持续提供国际援助。在对纽约的同次访问期间，麻管局主席还与经济及社会理事会主席和大会主席就阿富汗问题进行了磋商。

联合国的行动

235. 2017 年 3 月，安理会一致通过第 2344 (2017) 号决议，将联合国阿富汗援助团（联阿援助团）的任务期限延长至 2018 年 3 月 17 日。安理会在此项决议中决定，联阿援助团和负责阿富汗问题的秘书长特别代表应以加强国家主权、主导权和自主权的原则为指导，继续领导并协调国际民事合作以援助阿富汗，联阿援助团和特别代表也应当推动国际社会更加协调一致地支持阿富汗政府的优先发展和治理事项。在该决议中，安理会还呼吁各国按照共同和分担责任的原则，加强国际和区域合作，解决源于阿富汗的非法药物的生产、贩运和消费对国际社会构成的威胁。

阿富汗局势

236. 在 2016 年和 2017 年期间，安全局势持续恶化。联合国在 2016 年共记录了 23,712 起安全事件，比 2015 年增加了近 5%，是联阿援助团所记录的安全事件数量最高的年份。阿富汗安全部队继续面临重大挑战，特别是在行动能力方面。据联阿援助团说，这些挑战包括在指挥和控制、领导和后勤领域存在缺陷以及减员率高。

237. 麻管局对该国过去两年非法的罂粟种植和阿片产量大幅增加仍然极为关切。据毒品和犯罪问题办公室与该国的禁毒部于 2017 年 11 月 15 日发布的《2017 年阿富汗阿片调查》，与 2016 年相比，阿富汗阿片产量 2017 年激增了 87%，令人震惊，达到了 9,000 吨的创纪录水平。《调查》还发现，2017 年的种植总面积大幅增加，比 2016 年多了 63%，达到 328,000 公顷。这是有记录以来最大的罂粟种植面积和阿片生产量，打破了 2014 年的记录。产量增加的主要原因是罂粟种植面积的扩大以及阿片每公顷单位收成的提高。罂粟

种植扩展进入了新的地区，使受此类种植影响的省份从 21 个增加为 24 个。《调查》还注意到，几乎所有的罂粟种植主要省份的种植面积都有大幅度增加，包括赫尔曼德省（增加 63,700 公顷，即 79%）、巴尔赫省（增加 10,000 公顷，即 37%）、坎大哈省（增加 7,500 公顷，即 37%）、尼姆鲁兹省（增加 6,200 公顷，即 116%）和乌鲁兹省（增加 6,000 公顷，即 39%）。大部分种植位于该国南部地区（约占种植总面积的 60%），其次是西部（17%）、北部（13%）和东部（7%）。

238. 阿富汗于 2017 年 3 月开始了年度罂粟铲除工作。阿富汗禁毒部和毒品和犯罪问题办公室的专家在 2017 年核实，省长领导的铲除工作共铲除了 750 公顷的罂粟种植地。虽然铲除面积比 2016 年铲除的 355 公顷增加了 111%，但从该年报告的种植总面积看微不足道，铲除面积还不到种植总面积 1% 的四分之一。铲除主要是在阿富汗的 14 个省份，而 2016 年是 7 个。铲除总水平极低的主要原因是，多数罂粟种植水平最高的省份安全状况太差。另外，一些农民反对铲除罂粟运动，包括采用暴力形式，造成了人员伤亡。

239. 阿富汗贩运、生产和滥用合成药物的问题也日益受到关切。有报道称，甲基苯丙胺的缉获量和生产量增加，该国某些地区因吸毒病症而接受治疗的人数也有所增加。

240. 阿富汗正在制定新的毒品管制法。部长会议在 2016 年批准了草案初稿。截至 2017 年 11 月 1 日，该草案将由国民议会审议。一旦颁布，新法律预计将重建国家的毒品管制基础设施，并通过加强总统办公室的监督，为毒品管制举措的协调工作提供支持。

与国际社会的合作

241. 阿富汗继续加强与邻国的双边合作。在本报告所述期间，阿富汗高级别代表团访问了伊朗伊斯兰共和国、俄罗斯联邦、阿拉伯联合酋长国和乌兹别克斯坦，讨论就包括经济、安全和政治问题在内的一系列合作问题建立双边关系。

242. 同时，阿富汗与巴基斯坦的双边关系紧张。2017年2月16日，巴基斯坦封锁其与阿富汗的边界，切断一切交通长达一个月之久，并对阿富汗境内的可疑武装分子进行了越境炮击。3月20日，巴基斯坦总理下令重新开放边界。英国于2017年3月举办了高级别双边会谈，目的是建立信心。阿富汗总统国家安全顾问和巴基斯坦总理外事顾问出席会谈，促成两国建立跨境合作机制。

243. 阿富汗也在继续加强参与多边外交。在“亚洲心脏地带倡议”下，于2016年12月在印度阿姆利则举行了一次部长级会议。2017年2月，阿富汗、中国、印度、伊朗伊斯兰共和国、巴基斯坦和俄罗斯联邦共聚一堂，讨论阿富汗安全局势恶化问题，并探讨如何共同加快努力，以支持阿富汗的和平进程。在2017年3月于巴库举行的“亚洲心脏地带倡议”高级官员会议上，与会者重申其通过“亚洲心脏地带—伊斯坦布尔进程”加强经济与安全合作的承诺。

244. 2017年4月，上海合作组织部长级会议在阿斯塔纳举行。与会者重申了该组织关于在阿富汗冲突各方之间进行政治对话的承诺。

245. 2017年8月，美国总统发表声明，认为贸然从阿富汗撤回外国军队将为基地组织、伊拉克和黎凡特伊斯兰国等恐怖主义集团留下真空地带。根据经他修改的战略，美国将继续支持阿富汗政府和军队，尽管美国的参与取决于一套具体的条件，而不是任何期限。

结论

246. 经过多年的冲突和斗争，阿富汗面临着有关安全、和平进程和政治转型的重大而复杂的挑战，这阻碍了建立一个能够控制领土并提供领导、见解与和解的统一政府。2016年，经联合国确认的在该国发生的安全事件数量创历史新高。尽管有关在高级政府官员之间分配责任的协商仍在继续，但几个关键的政府职位依然空缺。虽然政府的声明证实了其愿与塔利班开展建设性对话的意愿，但政府和塔利班之间的和平建设仍未取得实质性进展。此外，在本报告所述期间，尽管为创建更好的跨境合作机制所做的努力似乎再次改善了阿富汗和巴基斯坦之间的双边关系，但总体仍然紧张。阿富汗与其他邻国的合作似乎有所加强。

247. 2017年，罂粟种植面积和阿片生产量大幅增加，继2015年出现下降后，持续了过去两年那种令人震惊的走势。虽然该国或多或少加大了铲除力度，但是，由于资源限制和多个省份的安全局势太差，仍不足以对种植水平产生有意义的作用。另外，对于阿富汗境内制造合成药物以及滥用此类药物，有着日趋强烈的关切。

248. 麻管局意识到阿富汗政府和人民继续面临的挑战和困难。然而，为了维护阿富汗的国家稳定，必须有效应对该国非同一般的毒品相关挑战。麻管局再度呼吁阿富汗政府与地方、区域和国际伙伴合作，制定和实施平衡、有效和全面的战略应对这些挑战。这种战略必须有地方和国家政治领导人的参与，包括铲除和拦截努力以及有效利用阿富汗和国际执法能力，对从事非法药物经济活动的行为形成威慑。预防吸毒和治疗吸毒病症患者应当成为此种战略的一个组成部分。

F. 特别专题

1. 药物管制与人权：《世界人权宣言》和世界人权会议通过的《维也纳宣言和行动纲领》周年纪念

249. 2018 年是纪念多个周年的一年，因而将具有里程碑意义：1948 年《世界人权宣言》通过七十周年、1993 年世界人权会议通过《维也纳宣言和行动纲领》二十五周年，以及 1988 年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》通过三十周年。这些周年纪念是反思毒品管制与人权之间的关系，以及这种关系对世界毒品问题国家对策的影响的一次独特机会。

250. 在 2016 年世界毒品问题大会特别会议成果文件中，国际社会重申承诺在制定和执行药物政策时尊重、保护并促进所有人的一切人权、基本自由和固有尊严及法治。成果文件中的一项行动建议是，提高政策制定者对世界毒品问题各个方面的认识，酌情改进国家主管机关在这些方面的能力，以确保国家药物政策作为全面综合平衡办法的一部分，充分尊重一切人权和基本自由，保护个人、家庭、社会脆弱成员、社区和全社会的健康、安全和福祉，为此鼓励与联合国毒品和犯罪问题办公室、麻管局、世卫组织和联合国其他相关实体在其各自任务授权范围内的合作。保护和增进人权原则和标准的重要性，也在世界各国领导人 2015 年 9 月通过的《2030 年可持续发展议程》的所有 17 项《可持续发展目标》中得到了充分承认和体现。

251. 麻管局一再强调尊重和保护人权与基本自由作为有效落实国际药物管制条约的一部分的重要性。麻管局继续强调，**药物管制行动要想取得成功并持续下去，就必须遵循国际人权标准。**

252. 《世界人权宣言》第二十五条在享有适足生活水准权的范围内规定了健康权。《经济、

社会、文化权利国际公约》第十二条承认享有能达到的最高健康标准的权利。对充分享有健康权而言，重要的是基本药物的获取。⁸⁰ 世卫组织编制了一份药品清单，其中的药物被视为满足人们保健方面的优先需求所必需的。该清单包含了若干种受国际管制的麻醉药品和精神药物。国际药物管制条约要求缔约国确保为医疗目的提供并合理使用受国际管制的麻醉药品和精神药物。⁸¹ 自成立以来，麻管局一直推动在国家和国际层面采取措施，力求为医疗用途提供充足的国际管制药物，并确保这些药物不会受到过分限制。

253. 为实现充分享有健康权，同样重要的是各国为每个人提供平等机会，以便其享有能达到的最高健康标准的权利以及预防和治疗疾病的权利。国际药物管制条约要求各方采取措施，防止药物滥用，确保尽早识别滥用药物者，为其提供治疗、教育和善后护理，使其康复并重返社会。⁸² 麻管局 2016 年的报告强调了非歧视性地获取保健、康复和重返社会服务的必要性，尤其是对妇女而言，包括在监狱服刑和出狱后的情况下。麻管局强调，有必要优先向吸毒成瘾的妇女提供便于获得的保健服务，包括采取有针对性的循证干预措施。吸毒成瘾的妇女经常面临污名，这阻碍了她们寻求和（或）获取所需服务。麻管局还在 1997 年和 2009 年的年度报告中讨论了有效预防措施的重要性，报告中的专题章节专门探讨了在非法药物增加的背景下防止药物滥用，以及药物滥用的初级预防。

⁸⁰ 又见经济、社会及文化权利委员会通过的关于享有能达到的最高健康标准的权利的第 14 (2000) 号一般性意见 (E/C.12/2004/4)，以及人权高专办的第 31 号概况介绍，人权概况系列介绍 (2008 年 6 月，日内瓦)。

⁸¹ 在《经 1972 年议定书修正的 1961 年公约》和《1971 年公约》的前言中，缔约国确认，必须作出适当规定以确保能为医疗用途分别获得麻醉药品和精神药物。又见《经 1972 年议定书修正的 1961 年公约》第九条第四项，该项规定要求麻管局与各国政府合作，确保为医疗和科学用途提供麻醉药品。

⁸² 见《经 1972 年议定书修正的 1961 年公约》第三十八条，以及《1971 年公约》第二十条。

2013 年年度报告讨论了药物滥用如何不成比例地对妇女、低收入人口和儿童等特定人群造成影响。麻管局着重指出，必须按照大会 1991 年第 46/119 号决议和《残疾人权利公约》保护精神病患者的权利和改善精神保健。麻管局还强调，需要根据《儿童权利公约》特别是其中的第 33 条保护儿童不致滥用药物和防止利用儿童从事非法生产和贩运非法药物。

254. 麻管局强调，有必要在刑事司法程序的各个阶段保护遭指控涉毒罪犯和吸毒者的权利。国际人权文书规定，禁止任意逮捕和拘留、酷刑及其他形式的虐待、生命权、禁止歧视、无罪推定和接受公正审判的权利是一个有效刑事司法系统的重要组成部分。违反这些原则会破坏法治，也违背了国际药物管制条约的目标。国际药物管制条约、大会第二十届特别会议通过的《政治宣言》以及《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》都要求采取一种平衡的办法，尊重相称性原则和人权。

255. 根据国际药物管制条约，各国在处理毒品相关罪行和对待涉嫌犯罪者方面应采用相称的对策。国际药物管制公约规定，各国负有义务确定某类行为是应受惩罚的罪行，并确保严重罪行会受到适当处罚，而这项义务应符合国家宪法原则和相称性原则。尽管对于严重罪行可采用监禁、其他形式的剥夺自由、经济制裁或没收等处罚，但对于较轻的罪行并不一定要采取此类惩罚性制裁。在轻微犯罪的适当情况下，麻管局鼓励各国采取教育、康复或回归社会等替代措施，尤其是对受滥用药物影响的人群。

256. 关于毒品相关罪行的法外应对办法显然违反了国际药物管制公约，因为这些公约要求采用正式的刑事司法对策解决毒品相关罪行，更违背了《世界人权宣言》和《公民权利和政治权利国际公约》，其中要求遵循国际公认的正当程序标准。

257. 虽然确定制裁是各国的专有权，但麻管局继续鼓励仍对毒品相关犯罪适用死刑的所有国家鉴于与适用死刑相关的国际公约和议定书以及大会、经济及社会理事会和联合国其他机构的决议，减轻已经作出的死刑判决，并且考虑废除对毒品相关罪行处以死刑。

258. 缔约国在采取符合国际人权法的毒品管制政策方面取得了不同程度的进展。麻管局将继续强调在执行国际药物管制公约过程中尊重人权和基本自由的重要性，并请所有国家抓住上述周年纪念所提供的机会反思这一重要问题，并采取行动。

2. 长期使用类阿片药物和消费类阿片止痛剂的风险

259. 麻管局根据其任务授权，一直提请缔约国注意确保为医疗用途提供受国际管制药物的重要性，并强调世界各地在药物供应方面存在很大差距。麻管局鼓励各国确保在消费水平低的国家充分供应类阿片止痛剂。麻管局继续强调确保将类阿片止痛剂用于合理的医疗用途的重要性。然而，尽管麻管局强调需要为医疗和科学用途充分提供受管制药物，但缔约国仍须确保合理开具处方，并采取措施防止这些药物的转移和发生滥用风险。

260. 近几十年来，类阿片止痛剂的全球消费量一直在增加。特别是从 2000 年到 2010 年，芬太尼的消费量大幅增加。此后，芬太尼的消费量一直在较高水平上下波动。自 2013 年以来，最大的消费国美国采用了更严格的处方要求，消费量也因此下降。对氢可酮、氢吗啡酮吗啡和羟考酮等其他类阿片止痛剂也采用了类似的模式。加拿大、澳大利亚和比利时在芬太尼消费方面也经历了类似的发展，但处于较低水平。德国、西班牙和意大利等其他一些国家尚未出现过同等消费水平和由此产生的一些后果（如过量服用而死亡），这些国家芬太尼的消费量也在稳步增长。

261. 自 2000 年以来，特别是在高收入国家，类阿片止痛剂消费量的强劲增长似乎与癌症发病率的相应增加无关，而是与处方中用于治疗慢性非癌性疼痛的强效类阿片止痛剂的增加有关。影响这一动态的有若干因素，包括使得某些人口群体比其他人口更容易受到侵害的社会经济问题。处方泛滥和由此导致的类阿片止痛剂滥用的可能原因包括医疗专业人员处方开具过量，以及制药企业的大肆营销，这些为开具处方者提供货币和非货币奖励的公司同时还对从业人员进行针对性的培训。这被认为是类阿片止痛剂处方量增加的两个最重要的推动因素。

262. 导致类阿片止痛剂处方增多的另一个因素是采用了对于住院癌症患者进行的一些研究的有限成果，而这些成果证明强效类阿片药物的依赖风险较低。这些研究成果常常在经同行评审的期刊上得到引用，并用于证明针对慢性非癌性疼痛广泛开具强效类阿片药物处方是合理的。

263. 然而，美国疾病控制和预防中心最近就处方药药瘾首次发作期的特点，以及 2006 年至 2015 年期间国内长期使用类阿片药物的可能性开展的一项研究显示，结果恰恰相反，即接受类阿片止痛药处方以缓解非癌性疼痛的人员很有可能形成对类阿片药物的依赖。

264. 一旦美国有关部门采用更严格的规定进行干预，许多依赖类阿片处方药物的人就难以获得这些药物，于是会转用非法购买的处方类阿片剂或海洛因，而在许多情况下，人们会将海洛因与芬太尼和芬太尼类似物混合，使其产生与曾使用过的合成类阿片药物相同的效力。因过量服用海洛因与更强效的合成类阿片药物混合物而死亡的人数呈指数增长，这是因为使用者并不知道其中掺入了海洛因，或者不清楚即便强效类阿片药物的剂量非常小，也会造成风险。

265. 类阿片药物过量服用的危机在美国最为突出，宣传力度也最大，但这也影响了加拿大、澳大利亚，并在一定程度上影响了英国和其他一些

欧洲国家。在美国，阿片剂服用过量造成的死亡人数已达到历史水平。从 1999 年到 2014 年，药物服用过量的死亡人数几乎增加了两倍。2014 年，在 47,055 起药物服用过量死亡案件中，61% 涉及类阿片药物。国家疾病控制和预防中心的卫生统计数据中心指出，2016 年美国有 64,000 人因药物服用过量死亡。从 2013 年到 2014 年，与最常规的类阿片处方药物相关的死亡人数（天然和半合成类阿片药物）继续增加。然而，因药物服用过量而死亡的人数急剧增加似乎是海洛因和除美沙酮之外的合成类阿片药物所造成的。从 2014 年到 2015 年，因芬太尼和除美沙酮之外的其他合成类阿片药物导致的死亡率上升了 72.2%。海洛因导致的死亡率上升了 20.6%。

266. 2006 年至 2011 年，加拿大的吗啡、羟考酮和芬太尼等高剂量类阿片配方药物的配发率增加了 23%。加拿大卫生部开展的 2013 年烟草、酒精和毒品调查发现，近六分之一 14 岁以上的加拿大人在过去 12 个月内使用过类阿片药物。2009 年至 2014 年，加拿大至少有 655 起死亡案例的直接或间接致死原因被确认为芬太尼，至少有 1,019 起死亡案例的死后毒物筛查表明死者体内存有芬太尼。

267. 澳大利亚国家非法药物指标项目发布的一份报告显示，2013 年，在 15 岁至 54 岁的群体中，有 597 起意外过量服用类阿片药物而死亡的案例，而 2012 年为 564 例，2013 年，在所有年龄群体中，有 668 起意外过量服用类阿片药物而死亡的案例，而 2012 年为 639 例。2013 年，澳大利亚因类阿片药物而意外死亡的 15 岁至 54 岁的人员中有 32% 是海洛因造成的，其余是由类阿片处方药物所致。

268. 欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心的报告显示，2009 年至 2016 年发现了 25 种新合成类阿片药物，2012 年至 2016 年发现了 18 种新芬太尼。《2017 年欧洲毒品报告》指出，据估计，2015 年欧洲发生了 8,441 起因药物服用过量而死亡的案件并且这些案件主要与海洛因和其他类阿片药物

相关,与2014年的估计数7,950起相比增加了6%。几乎所有年龄组的死亡人数都有增加。英国的死亡人数为2,655人,占31%。排名第二的德国与其差距较大,死亡人数占15%。

269. 截至目前,类阿片处方药物滥用现象的增多以及由此导致的因药物服用过量而死亡的人数上升仅存在于某些国家。但是,各国政府在致力于确保为医疗和科学目的供应受管制药物的过程中,应意识到处方药滥用的相关风险。有些政府已采取措施,麻管局也提请各国政府注意这个问题。

270. 一些国家要求医疗卫生专业人员以世卫组织《良好处方指南:实用手册》所述的开具处方的合理方式为指导开具受管制药物处方,⁸³该手册建议患者接受适合其临床需要和特定治疗目标的药物,剂量应满足其自身要求,了解药物相关信息、说明和警告,并在适当时期内以对其自身和社区而言最小的代价监测治疗,直至最终停止治疗。另外,医疗从业人员在开具有可能带来依赖风险的管制药物时,应当面谈问诊,评估依赖风险和是否存在可能使人较易形成吸毒病症的相伴健康状况。

271. 对于患有慢性非癌性疼痛的患者,一些国家的卫生部门制定了类阿片止痛剂替代品的推荐指南。

272. 负责安全使用受管制药物的一些政府机构采取了管制措施,以减少和消除处方药物的滥用。这些措施包括开发可监测电子处方或数字处方的程序,以确保仅向患者分发规定剂量的药物。

273. 许多国家采取定期措施回收处方药,以确保过期和(或)未使用的药物得到归还并予以妥善处置,从而避免不恰当使用。

274. 在一些国家,卫生保健专业人员必须接受充分、独立、不带偏见的药物使用培训,包括避免发生依赖风险的方式和减缓风险的措施。此外,国家卫生部门开展了宣传活动,以提高公众对依赖风险和正确使用药物的认识。

275. 一些国家已经扩大了治疗类阿片药物使用病症的服务,同时确保向患者提供类阿片药物的替代疗法(例如使用美沙酮和丁丙诺啡进行药物辅助治疗),确保受滥用类阿片药物影响地区的第一反应人能够获取用药过量逆转药物(如纳洛酮)。

276. 遏制滥用的各种配方得到了一些公司的推广,想以此解决滥用处方药的问题,但迄今为止实际上没有证据证明这些配方在降低滥用风险方面的效力。需要开展进一步研究,找到解决含类阿片药物的医药配方被滥用的有效技术办法,现在似乎与找到此类方法之间还有一段距离。

277. 麻管局鼓励各国政府根据本国情况,酌情采取本节所述的一些措施,并与公共卫生官员、药剂师、医药产品制造商和分销商、医生、消费者保护协会和执法机构合作,加大公众教育力度,促使人们认识到与处方药、处方药滥用以及对处方药产生依赖的可能性有关的风险,尤其是与含有受国际管制麻醉药品和精神药物的处方药有关的风险。

3. 对于携带含国际管制物质医药制剂的旅行人员的国家规定

278. 国际药物管制制度允许旅行人员携带仅用于个人医疗用途的含麻醉药品和精神药物的少量药剂。药物管制条约没有直接对这一事项作出规定,但《1971年公约》第四条允许各国政府对国际旅行人员携带含《公约》附表一所列物质以外的精神药物的少量制剂实行特别规定。《经1972年议定书修正的1961年公约》不包含这方面的任何规定。麻

⁸³WHO/DAP/94.11。

管局在其 2000 年报告中建议制定关于正在使用国际管制药物接受治疗的国际旅行人员的国家条例的准则。

279. 根据麻醉药品委员会第 44/15 号决议，毒品和犯罪问题办公室召开了一次专家会议，与麻管局和世卫组织合作制定该准则。由此产生的关于正在使用国际管制药物接受治疗的旅行人员的国家条例的国际准则在 2003 年以联合国六种正式语文出版。⁸⁴

280. 该准则旨在支持国家主管机关建立一个监管框架，监管接受治疗的旅行人员携带含国际管制物质的少量制剂情况。虽然该准则未强制规定各国执行准则中建议的统一程序，但其广泛应用将通过麻管局与各国政府机关的工作促进相互披露相关信息。

281. 2003 年，念及必须让旅行人员随时了解相关的国家要求，委员会通过了第 46/6 号决议。其中，委员会大力鼓励《1961 年公约》、《经 1972 年议定书修正的 1961 年公约》和《1971 年公约》的缔约国将目前适用于正在使用国际管制物质接受治疗的旅行人员的限制通知麻管局，并请麻管局以统一格式公布上述信息，以确保信息的广泛传播。

282. 因此，麻管局 2004 年向各国政府发送了一封通函，其中要求它们提供委员会所需的信息。自那时起，麻管局继续寻求各国政府定期提供最新信息，并为按要求提供了信息的各个国家汇编和公布标准化摘要。麻管局网站上公布了这些摘要。这些摘要向国家主管机关和潜在的旅行人员提供了以下信息：携带含国际管制物质的医药制剂所需的文件（例如医疗处方）、质量和 / 或数量限制（例如特定最长时间内的足够用量）和潜在旅行人员的预定目的地国或过境国国家主管机关的详细联系方式。

283. 多年来，许多有意旅行的人员向麻管局询问他们计划前往和过境的国家适用于医药制剂的条例。大多数旅行人员在与麻管局接触时表示关切，他们有可能在外国得不到继续接受治疗所必需的医药制剂。一些旅行人员表示确实担心被指控为企图贩毒，或以此罪名被监禁。其他计划在国外逗留几个月的人想知道他们能否携带足够其在整个访问期间使用的剂量。

284. 截至 2017 年 11 月 1 日，麻管局获得了 107 个国家关于接受治疗的旅行人员携带少量国际管制药物的国家要求的信息。鉴于接受治疗的旅行人员的流动性越来越强且其中许多人表示各种关切，麻管局致力于提供必要的援助，并传播供其处置的最新信息。麻管局所掌握的相关信息是直接从各国政府及其国家主管机关那里收到的，麻管局完全依靠它们提供信息。

285. 许多国家迄今尚未提交相关信息，而另一些国家没有更新其最初提供的信息。鉴于必须确保患者在国外旅行时不被迫停止其治疗，且必须确保其安全、安保、甚至自由不因其旅行时需要药物而面临危险，麻管局敦促《1961 年公约》和《1971 年公约》所有缔约国，采用麻管局网站 (www.incb.org) 上可利用的格式，通过其主管机关将其国家辖区内目前适用于接受国际管制药物治疗的旅行人员的限制通知麻管局。麻管局还谨请已提交信息的国家通知麻管局在麻管局网站上公布的关于其国内法规摘要的有效性情况，并在必要时尽可能及早提交最新信息。

286. 另外，麻管局鼓励所有国家政府深化国家主管部门、执法机关、海关、移民和边检部门及旅游运营商之间的合作，以便使所有各方都意识到本国关于允许正在接受治疗、持有含国际管制药物处方药的旅行人员入境并且在经过国际边境时不受不当拖延或其他纠缠的国家法规。

⁸⁴可查阅：www.incb.org。

4. 大麻素的治疗使用

287. 世界上越来越多的国家批准将大麻素用于医疗目的。《经 1972 年议定书修正的 1961 年公约》规定，只要满足一些条件，此种使用可获允许。在一些情况下，为医疗用途合法获取大麻素的问题已引起国家和地方立法机关的注意，有时还引起了法院的注意。在有些情况下，立法机构已通过立法，力求规范大麻素的获取和使用，或者法院作出判决，确认人们有权获得所需药品。

288. 《1961 年公约》处理了大麻、大麻脂、大麻浸膏和大麻酞，并将其列入了附表一（应限制用于医疗和科研用途的物质），大麻和大麻脂也在附表四（可能被滥用并产生恶果、在医疗上虽有重大优点但仍弊大于利的物质）下受到管制。《1971 年公约》将利用化学合成手段获得的 9-四氢大麻酚（四氢大麻酚）列入了附表二。

289. 全世界各个地区有种类繁多的含大麻素制剂，其剂型和活性及精神活性成分的浓度不同，服用途径也有差别。这些制剂用于缓解各种症状。虽然有迹象表明某些大麻素可用于治疗某些健康疾病，而且有些国家也批准了大麻的医疗使用，但是证明关于大麻治疗价值的证据并不充分，更重要的是尚不清楚含大麻素药物的构造（有效成分和剂量）、最佳服用途径（医学界普遍认为吸食不是受推荐的途径）或副作用。

290. 虽然缺少充分证据证明大麻素的治疗价值，但正如麻管局在其 2003 年年度报告中所指出的，经修正的《1961 年公约》规定由国家主管部门负责批准将大麻素用于的医疗用途。这意味着经修正的《1961 年公约》的相关要求有待满足。

291. 麻管局授权监测国际药物管制公约的落实情况。这些公约要求各缔约方确保充分供应用于医疗和科学用途的麻醉药品和精神药物，同时确保这些药物不被转用于非法目的。在 2014 年年度报告中，麻管局专门设置了一个特别专题以探

讨依照经修正的《1961 年公约》适用于医用大麻素方案的管制措施。

292. 麻管局首先详述了《公约》所载各项要求与条款，随后促请“已制定医用大麻方案的所有管辖区政府确保用于医疗用途的大麻的处方是在具备合格医学知识和监督的情况下开具的，并且处方的开具是建立在现有科学证据和对潜在副作用加以考虑的基础上的。”

293. 经修正的《1961 年公约》第四条要求各缔约方采取立法及行政措施，将麻醉品的生产、制造、输出、输入、分配、贸易、使用及持有以专供医药及科学上的用途为限。

294. 根据《1961 年麻醉品单一公约评注》，各国政府在适用《公约》条款时并没有就“医疗用途”这一术语给出统一的解释。《评注》指出：“其解释必须取决于相关特定时间医学科学的发展阶段；在这方面，不仅要考虑到有时也称作‘西医医学’的现代医学，也要考虑到合法的土著医学体系，如中国、印度和巴基斯坦存在的医学体系。”

295. 在 2003 年年度报告中，麻管局指出，由于不同国家在某种药物的治疗效用、安全性和功效方面的经验不同，“看来国际药物管制公约的起草者们并非故意使‘医学用途’一词含糊不清，而是他们无法就普遍定义达成一致意见。”在该报告中，麻管局提醒各缔约方，经修正的《1961 年公约》将这一术语的定义留给各缔约国决定，并且强调《1971 年公约》要求在考虑对某种药物进行国际管制时，应由世卫组织对该物质的“效用”进行评估。经修正的《1961 年公约》还规定，作为列表工作的一部分，由世卫组织负责确定药物被滥用的可能性和潜在治疗效益。

296. 在 2003 年年度报告中，麻管局指出，“药物的效用必须兼顾风险和效益。在药物能够上市销售之前，治疗功效和安全性是必须证实的基本条件。许多国家的政府承认有责任确保所提供的药物符合既定的功效和安全性标准。”

297. 除了国际药物管制公约的具体规定，世界卫生组织《组织法》规定，世卫组织的任务是“发展，建立，并提倡粮食，药物，生物，及其他有关制品之国际标准”（第二条）。多年来，会员国依赖世卫组织通过制定和倡导国际规范、标准、准则和术语库在药物规范、安全和质量管理方面提供的专门知识和指导意见。

298. 1999 年，世界卫生大会在其修订的药物战略决议 (WHA52.19) 中敦促成员国“制定并实施能确保对其国家生产、进口、出口或中转的所有药物原料及产品有良好的统一的质量保证标准的规定”，并且“制定和实施与世界卫生组织推销医用药物道德标准的原则相符合的立法或规章，鼓励制药工业和卫生界制订一项道德守则，并与有关方面合作监测药物推销。”

299. 麻管局过去曾请世卫组织根据经修正的《1961 年公约》规定的任务授权评价大麻素的潜在医疗效用及其对人类健康造成的危险程度。麻管局注意到世卫组织药物依赖问题专家委员会在 2016 年 11 月 14 日至 18 日举行的第 38 次会议上的建议，即对大麻植物、大麻脂、大麻浸膏和大麻酊进行预审，确定其被滥用和依赖的可能性以及对一些特定疾病的治疗功效和安全性。麻管局还注意到世卫组织 2016 年题为“非医用大麻的卫生和社会效应”的报告。

300. 世卫组织就良好的制造做法提供了指导意见，其中包含关于健全质量管理的准则，以确保按照与预期用途相适应的质量标准以及销售许可、临床试验许可或产品规格的要求稳定地生产和管制产品。世卫组织还制定了关于医药产品试验良好临床做法的准则。

301. 经修正的《1961 年公约》在前言中认定麻醉品的医学使用是“不可或缺的”。因此，如果使用大麻素进行治疗可以缓解某些临床病

症的症状，则各国应通过收集具体证据谨慎确定这一疗法的治疗价值，并明确确定有效成分和使用剂量。一些国家已经开展或正在进行研究和试验，以确定利用大麻素治疗某些病症的最佳治疗方法。

302. 麻管局建议正考虑将大麻素用于此类医疗用途的各国政府审查这些研究和试验结果，确保用于医疗用途的大麻素处方是在具备合格医学知识和受到监督的情况下开具的；并且开具处方行为是建立在现有科学证据和对潜在副作用进行了考虑的基础上的。此外，各国政府应确保遵照上述世卫组织准则和国际药物管制公约向患者提供含大麻素的医药材料。

5. 新型精神活性物质

303. 麻管局自发表 2010 年年度报告以来，一直提醒国际社会警惕新型精神活性物质的贩运和滥用问题。新型精神活性物质是以纯品或配制形式滥用的物质，虽然不受《经 1972 年议定书修正的 1961 年公约》或《1971 年公约》管制，但是可能对公共健康构成威胁。⁸⁵ 此类物质可能是天然原料，也可能是合成物质，往往经过故意化学加工以规避现行的国际和国内药物管制措施。

304. 新型精神活性物质是一类非常庞杂的物质，其数量在世界各区域继续增多。毒品和犯罪问题办公室新型精神活性物质预警咨询系统负责对会员国所报告的新型精神活性物质出现情况进行监测，截至 2017 年 9 月，该系统收列了 796 种独特的物质，与 2016 年报告的 739 种物质相比，有持续的增加。大多数已报告物质仍然是合成大麻素、合成卡西酮和苯乙胺，这些物质加起来占所有已报告物质的三分之二以上。虽然很多被查出的物质在市场上停留的时间不长，但根据麻管

⁸⁵有时也会采用新型精神活性物质的其他定义。例如，为毒品和犯罪问题办公室预警咨询系统使用的定义涵盖了人工合成和植物性物质，以及具有既定医疗用途的物质。

局的 Ion 项目事件通信系统的信息，在 2017 年期间（截至 11 月 1 日）发生的事件中至少涉及了 76 种不同的物质。⁸⁶

305. 为协助会员国应对不断增长的新型精神活性物质的数量和与其瞬态性相关的挑战，麻管局通过 Ion 项目向国家主管部门提供基础设施，实时分享涉及新型精神活性物质的事件（例如可疑货物、贩运、制造或生产）信息并跟进这些事件。Ion 项目的目标是，通过协助各国政府开展调查和制订切合实际的解决办法，防止新型精神活性物质进入消费市场。Ion 项目的新型精神活性物质联络点全球网络已扩展到世界各个地区的 125 个国家和领土。麻管局新型精神活性物质工作队负责指导 Ion 项目的各项活动，在 2017 年举行了两次会议。

306. Ion 项目事件通信系统是 2014 年 12 月启动的。Ion 项目事件通信系统是一个基于网络的安全平台，用以实时交流涉及可疑货物、或涉及新型精神活性物质贩运、制造或生产的事件。截至 2017 年 11 月 1 日，运作近三年后，该系统有来自 75 个国家的 210 多个用户，近 1,100 起事件已通过该系统进行交流。大多数事件涉及合成卡西酮（例如，敏疫朗（ β -keto-MDMA）、甲氧麻黄酮、4-氯甲基卡西酮（4-CMC）、苯基-1-戊酮（ α -PVP）、3-甲基-甲基甲卡西酮（3-MMC）和 N-ethylbuphedrone（NEB）以及合成大麻素（例如 5-fluoro-AMB 和 N-(1-金刚烷基)-1-(5-氟戊基)吡唑-3-甲酰胺）。自 2016 年以来，Ion 项目事件通信系统收到的报告称，至少有 25 起事件涉及五种类的芬太尼类似物：丙烯酸芬太尼、卡芬太尼、呋喃芬太尼、丁酰芬太尼和仲氟代芬太尼。这些事件是由三个欧洲国家通报的。Ion 项目事件通信系统传达的信息引发了目的地国和源发国的若干后续调查。

⁸⁶ 鉴于 Ion 项目事件通信系统是一个通信平台，供参加该系统的国家主管部门注册用户就为数有限的事件自愿交流信息，所以，该系统提供的数据，包括某一特定时间段内报告的物质数量，并不代表对全世界新型精神活性物质的全面看法。

307. 2016 年 3 月，鉴于人们对北美的合成类阿片药物滥用和吸食过量现象向世界各地蔓延的风险越来越关切，麻管局新型精神活性物质工作队决定开展业务活动，审查芬太尼、特制芬太尼、其他类阿片类新型精神活性物质及其前体的来源、流动、非法制造和贩运的全球态势。在工作队作出决定之后，麻管局于 2017 年初开展了一次关于芬太尼的调查。调查的重点是 2015 和 2016 年遇到的目标物质。

308. 49 个国家和领土以及欧洲联盟委员会交回了调查问卷，提供了关于 58 个国家和领土情况的信息。20 个欧洲国家交回了调查问卷，欧洲联盟委员会补充了没有直接交回调查问卷的 9 个国家的信息。因此，调查结果对欧洲情况描述比对其他地区更详细，不应将这理解为对世界上类阿片药物流行率的全面反映。

309. 在 37 个国家和领土遇到了 40 种类阿片制剂（芬太尼、芬太尼类似物和其他类阿片剂）。其中有 26 个西欧和中欧国家、2 个东南欧国家、2 个东亚和东南亚国家、3 个西亚国家、3 个北美国家和 1 个大洋洲国家。这些物质来自 18 个国家和领土，其中有 13 个西欧和中欧国家、2 个东亚和东南亚国家、2 个北美国家和 1 个东欧国家。合成类阿片药物滥用和吸食过量在世界各地蔓延的风险似乎很严重，因为世界各个地区都有合成类阿片的缉获。

310. 新型精神活性物质部分通过网上平台进行交易。受国际管制的麻醉药品和精神药物往往通过所谓的暗网进行交易，新型精神活性物质与这些药品和药物不同，在大多数情况下，在普通互联网上公开出售，例如网上新型精神活性物质店铺和企业对企业交易平台。专门出售新型精神活性物质的网店有时被所在国家的执法机关查封。与此相反，通过合法的企业对企业交易平台交换的新型精神活性物质的销售报价和购买要求往往不受调查，因为平台本身是合法的，且往往设在卖方或买方都不位于其中的第三方辖区。

311. 随着国家管制的扩展，更多的新型精神活性物质被纳入覆盖范围，合法的企业对企业交易平台会更有可能会被用于销售和购买受国家管制的物质。虽然需要防止为非法目的滥用合法平台，但需要避免阻碍利用互联网发展合法经济活动。麻管局鼓励各国政府考虑根据本国法律采取适当的措施，监测通过网上交易平台交易新型精神活性物质的企图并采取相关行动，如有可能包括自愿的监测和信息交流，并考虑让交易平台的运营商参与此类行动。

6. 非法网上药店和网上销售国际管制药物

312. 近年来，互联网渗透到人们生活的各个方面，其中包括健康问题。这使得人们有可能在网上购买药品，包括含有国际管制物质的药品。令人遗憾的是，网上销售药品有时是非法进行的，因为一些网上药店是无照经营或者未经登记，并且不要处方就配发含有麻醉药品和精神药物的药剂。

313. 非法网上药店通常有专门网站。有的门户网站会为这些毒品打广告，并且充当连接其他网站的渠道，便于客户在那些网站下实际订单和付款。网上最经常销售的药品包括麻醉药品，主要是羟考酮、氢可酮、右丙氧芬及其他类阿片，以及精神药物，特别是苯二氮卓、兴奋剂和巴比土酸盐。前体，即经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的化学品，也在网上交易。近年来，利用互联网从事的前体贸易有了扩大，麻管局 2017 年关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告专有一节进一步分析这一问题。⁸⁷

314. 这一现象的范围和经常光顾非法网上药店的客户数量都难以估计，因为没有对此事做过全球数据调查，也没有进行过临床案例研究。“安全网上药店联盟”是一家总部设在美国的非政府

组织，估计约 3,600 万美国人在一生的某个阶段购买过无处方药物。科学的系统查阅发现，报告在网上购买过药品的人数占人口的 1% 至 6%，数据大多数来自美国的研究，在把网上购买意向也纳入考虑范围的研究中，这一比例略高。

315. 非法网上药店往往是有服务商、药店发货业务以及位于不同国家的其他业务组成部分的国际经营活动。大多数非法经营的网上药店根本不需要客户出示处方，而有些则在短暂的网上会诊或填写简短的调查问卷后出具“处方”。非法经营的网上药店是无处方销售的处方药和假冒处方药的主要来源。

316. 为打击非法网上药店采取的行动包括帮助公众查明合法销售药品的网站。欧洲联盟已确定了一个共同的图标，指明在哪个成员国设有网上药店或其他类型网上药品零售商。该图标放在向欧洲联盟某个国家管理机关登记的所有网上药品零售商的网站上。美国实行类似的制度，其经核实网站的网上药店方案由全国药店委员会协会运营，目的是确保参与药店安全、合法地经营。

317. 为了协助各国政府努力应对非法网上药店这一挑战，麻管局公布了《为各国政府拟订的预防经由网络非法出售国际管制药物准则》，⁸⁸可在麻管局网站查阅 (www.incb.org)。《准则》是在国家专家及有关国际组织，如国际刑警组织、万国邮政联盟、互联网服务提供商、金融服务提供者和医药协会的帮助下制定的。该出版物载有 25 项单独的准则，涵盖法律和监管规定、一般性措施及国家和国际合作。其目的是为制定国家立法和政策提供体制援助，以防利用互联网非法销售国际管制药物。非法网上药店是一种日益猖獗的现象，有可能造成严重的公共健康问题。

318. 所有区域的各国政府都已利用《准则》起草并继而通过立法，授权主管部门对非法网上药店开展调查和采取法律行动。这包括允许检查疑

⁸⁷E/INCB/2017/4，第四章。

⁸⁸联合国出版物，出售品编号 E.09.XI.6。

似装有国际管制物质的邮递货品的立法和规定网上药店经营框架的立法。

319. 全世界的互联网接入能力在继续增长，网上沟通渠道普遍可及，深网（搜索引擎无法访问的那部分互联网）范围广阔，所有这些都导致利用互联网贩毒成为严重的犯罪威胁，无论是通过非法网上药店，还是通过其他方式。在这方面，麻管局呼吁各国政府继续按照 2016 年举行的世界毒品问题大会特别会议的成果文件中提出的建议利用《准则》。⁸⁹

7. 国际进出口许可系统 (I2ES) : 更新进出口许可，确保受管制物质的供应和获取

320. 为医疗和科研用途供应不可或缺的麻醉药品和精神药物，同时确保此类药物不被转移或滥用：这是《经 1972 年议定书修正的 1961 年公约》和《1971 年公约》规定的两项基本原则。2016 年举行的关于世界毒品问题大会特别会议的成果文件进一步重申了国际社会实现这些目标的承诺。

321. 根据《1961 年公约》和《1971 年公约》及经济及社会理事会的有关决议，麻醉药品和精神药物的国际贸易均需要获得进出口许可。一个高效率和有实效的进出口许可制度能使国家主管机关加快这一进程，这对于确保充分供应和获取受管制物质及减轻转移的风险至关重要。

322. 受国际管制的麻醉药品和精神药物的合法贸易量在过去十年不断增加。上升势头预计将持续下去，因为越来越多的国家增加了医疗和科研用国际管制物质的供应和获取。

323. 国际进出口许可系统 (I2ES)，是由麻管局与毒品和犯罪问题办公室合作、在会员国慷慨的

资金和技术支助下开发的网络电子系统，旨在更新进出口许可制度，并协助国家主管机关管理其不断增加的工作量。通过实现这些目标，国际进出口许可系统促进着两项公约规定的进出口许可制度的实施，也促进着大会第三十届特别会议成果文件所载关于确保供应和获取受管制物质用于医疗和科研用途的行动建议 2 (c) 的执行。

324. 国际进出口许可系统向各国政府免费提供，是贸易国之间上传和交换进出口许可证的可靠和安全的平台。国家主管机关通过安全门户网站核实进出口许可证的真实性可节省大量时间和资源。在交易需要澄清或进一步处理时，贸易国主管机关之间也能够随时实时通信和交流信息。

325. 这一新工具更新了进出口许可制度，同时兼顾了各国政府的需求和国家制度。国际进出口许可系统使得没有国家电子系统的国家能够以电子方式生成和传送进出口许可证，并在必要时下载和打印这些许可证。该系统还为这些国家提供了受管制物质所有国际贸易的储存库和数据库，使其能够更容易监测受管制物质的使用趋势。已有国家电子系统的国家政府可以将其系统与国际进出口许可系统连接起来，以便能够利用相关数据进一步处理和交换进出口许可证。

326. 在国际进出口许可系统的整个开发过程中，麻管局确保该系统所依据的业务规则完全符合《1961 年公约》和《1971 年公约》关于进出口许可的相关规定，确保许可证的格式和内容符合各项公约以及委员会有关决定规定的要求。

327. 国际进出口许可系统有一些内在功能和自动警报功能，使得各国政府能够监测国际管制物质的合法贸易并防止其转移。如果特定物质的设想交易量超过进口国的最新估计数或评估数，将自动显示警告信息，并且阻止进一步处理，直到有关估计数和 / 或评估数得到更新为止。此外，通过使进口国主管机关能够实时核实实际收到的

⁸⁹大会第 S-30/1 号决议。

数额，如果数量小于或大于许可的出口量，出口国主管机关可以立即得到关于数量的通知。

328. 麻醉药品委员会在 2015 年 3 月第 58/10 号决议中欢迎启动国际进出口许可系统，并敦促会员国推动和促进尽可能充分地利用该系统。它还请麻管局秘书处对该系统进行管理，并鼓励会员国提供尽可能充足的资金支持，用于其行政管理、维护和提供培训。

329. 在委员会 2016 年 3 月第五十九届会议和 2017 年 3 月第六十届会议间隙期间举行了用户组会议。约 40 个国家的主管机关与麻管局秘书处及毒品和犯罪问题办公室就使用国际进出口许可系统交流了看法和经验。与会者尤其评估了所取得的进展，就国际进出口许可系统的进一步开发提出了反馈和建议，并确定了旨在促进其使用的具体行动。

330. 一次用户组会议侧重于最新版本的毒品和犯罪问题办公室国家药物管制系统及其与国际进出口许可系统交换数据的技术方面。这次会议由瑞士国家主管机关与毒品和犯罪问题办公室共同组办，于 2017 年 10 月初举行。麻管局秘书处参加了会议，并介绍了国际进出口许可系统的概况。来自约 15 个麻醉药品和精神药物主要贸易国的主管机关交流了使用这些应用程序的经验和看法。

331. 麻管局愿感谢在国际进出口许可系统开发和试验期间所有提供资金、政治和技术支持的国家政府。虽然开发工作全部是用预算外资源完成的，但还需要更多资金使麻管局秘书处能够根据其任务授权并按照委员会的各项相关决议管理国际进出口许可系统。

332. 截至 2017 年 11 月 1 日，40 个国家（阿富汗、阿尔及利亚、澳大利亚、奥地利、孟加拉国、比利时、巴西、加拿大、智利、中国、哥伦比亚、科摩罗、爱沙尼亚、芬兰、德国、匈牙利、印度、印度尼西亚、意大利、约旦、老挝人民共和国、

立陶宛、卢森堡、马来西亚、马尔代夫、墨西哥、巴布亚新几内亚、秘鲁、波兰、葡萄牙、罗马尼亚、卢旺达、圣卢西亚、沙特阿拉伯、新加坡、西班牙、瑞士、泰国、土耳其、赞比亚）已在国际进出口许可系统登记。

333. 麻管局谨鼓励所有国家主管机关尽快在国际进出口许可系统上登记，并开始利用该系统。随着越来越多的国家政府通过该系统共同签发和交换进出口许可证，这一系统加快流程的力量和实效迅速增强。麻醉药品和精神药物主要贸易国的积极参与尤其至关重要。更普遍地利用国际进出口许可系统，不仅将改善国家主管机关的效率和工作流程，也为进一步加强国际药物管制制度打下基础。

334. 通过执行共同分担责任原则，缔约国成功地减少了受管制物质被转移的现象，这得益于它们协调一致努力执行进出口许可制度及监管受国际管制的麻醉药品和精神药物合法贸易。当前应本着同样的精神充分发挥国际进出口许可系统的潜力，以便实现国际进出口许可系统的更新换代，并确保为医疗和科研用途充分供应和获取受管制物质。

335. 麻管局谨请会员国考虑需要进一步采取何种措施，以确保国际进出口许可系统得到最充分的利用及维护和进一步开发。

8. 国家主管部门的培训和麻管局学习项目

336. 向麻管局提供估计数、评估数和统计数据，与国际贸易管制一起，构成国际药物管制制度的核心。然而，麻管局注意到，许多国家难以满足各项国际药物管制条约和经济及社会理事会及麻醉药品委员会相关决议中阐述的要求。

337. 一些国家政府没有足够的力量遵守各项国际药物管制公约的规定，这增加了管制

物质转移、贩运和滥用的风险，且可能导致不能为医学、科研和合法的工业用途（就前体化学品而言）充分供应管制物质。这可能会使医疗中心、药房和医生无法获得基本药物、疾病得不到治疗、病人承受不必要的痛苦以及管制物质被转移和用于非医疗用途，对社会卫生和福利产生巨大影响。至于前体，一些国家政府在建立平衡的监测系统方面面临困难，这可能妨碍合法国际贸易并助长在其本国和国外非法制造药物和滥用药物的行为。

338. 多年以来，麻管局通过其秘书处，利用麻醉药品委员会年度届会的间隙和通过麻管局对委员会附属机构会议的参与，在区域性和国际性会议上，在各种特定活动中并通过国家主管部门工作人员对麻管局秘书处的访问，向各国政府提供着各种特定培训。

339. 2016年初，麻管局应会员国的请求作为一个全球项目启动了麻管局学习项目，以加强各国政府在监管控制和监测麻醉药品、精神药物和前体化学品合法贸易方面的能力。该项目的最终目标是支持各国政府确保受管制物质的充足供应，同时防止其转移、贩运和滥用。利用麻管局学习举措，麻管局为努力实现确保健康生活方式和促进所有人在所有年龄段的福祉的《可持续发展目标》3做出了贡献。

340. 为了以符合成本效益的方式提供培训，在麻管局学习项目下为国家主管部门的工作人员举办区域研讨会。第一批培训研讨会于2016年4月在内罗毕为东非国家举办、2016年7月在曼谷为南亚和东亚及太平洋区域国家举办。随后于2017年7月在维也纳为欧洲国家举办了研讨会。将于2017年11月在澳大利亚悉尼为大洋洲国家举办培训研讨会，将在危地马拉市为中美洲一体化体系成员国举办的培训讲习班正在筹备之中。截至2017年11月1日，来自56个国家的116名官员

在该项目下接受了培训，加起来代表了近世界人口的半数。

341. 另外，通过麻管局学习项目，麻管局正在更新其供国家主管部门使用的培训材料，并且正在开发电子学习课程，以使这些部门的工作人员能够在提出要求后立即得到麻管局的培训。预计这种做法将有助于确保国家主管部门即使在工作人员更替时也能保留相关知识。在该项目下，网上学习试点课程已经开发，重点是麻醉药品估算制度、精神药物评估制度以及进口某些苯丙胺类兴奋剂前体的年度合法需求量估计数。除了这些培训活动外，还在麻管局学习项目下举办了国家讲习班，力求提高人们对确保供应和获取麻醉药品和精神药物用于医疗和科研用途的重要性的认识。肯尼亚和泰国的讲习班将来自国家部门、国际社会和民间社会的参与者聚集在一起，共同讨论国家的挑战与机遇，以改善为医疗用途获取受管制物质。

342. 麻管局学习项目对2016年举行的世界毒品问题大会特别会议通过的题为《我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺》的成果文件所载的行动建议作出响应。在成果文件中，各国政府商定了一套确保医疗和科研用途专用受管制物质的供应和获取、同时防止其转移的建议措施。成果文件第2段具体建议加强国家药物管制制度及国内评估机制和方案的正常运作。另外还建议培训国家主管部门并开展提高认识运动，以确保能够获取受管制物质用于医疗和科研用途。麻管局学习项目与世卫组织及毒品和犯罪问题办公室协作，以此促进并参与麻管局学习项目培训研讨会和提高认识讲习班，为基本药物和姑息治疗领域提供投入。特别会议成果文件的行动建议还提到了麻管局的在线工具，如国际进出口许可系统和网上出口前通知系统，研讨会期间就此提供了培训。

343. 本着《经1972年议定书修正的1961年公约》第九条第五项的精神，麻管局协助各国政府遵守各项国际药物管制公约。作为技术知

识存储库，麻管局秘书处具有独特的地位，能够向国家主管部门提供培训。业已证明，在麻管局学习项目下开展的培训是一种有效的工具，能够增强会员国对各项公约及经济及社会理事会和麻醉药品委员会相关决议的遵守。已收到非常积极的反馈，与会者在其中强调，培训对工作来说具有重要的现实意义，需要维持、重复和进一步发展麻管局学习项目。

344. 尽管麻管局提供了援助，但各国政府有责任依据各项国际药物管制条约使其国家主管部门能够接受培训。《1961 公约》第三十四条(a)项强调了确保国家药物管理人员具有足够资格以有效和忠实执行条约规定的重要性。《1961 年公约》第三十八条第二和第三项及《1971 年公约》第二十条第二和第三款要求缔约国提供培训，以防止麻醉药品和精神药物被滥用。除其他外，此类培训应以国家主管部门的能力为目标，以确定麻醉药品和精神药物的合法需求量，监测和控制其使用，以及向麻管局提供准确的报告。《1988 年公约》第 9 条第 2 和第 3 款也规定需要就管制麻醉药品、精神药物和前体化学品适当培训执法人员和其他人员。

345. 各项国际药物管制公约和特别会议成果文件第 6 段呼吁国际社会加强合作，并向提出支持请求的国家提供技术和资金援助。麻管局学习项目随时准备与联合国其他实体如世卫组织和毒品和犯罪问题办公室协作，协助各国履行其条约义务，以便加强国际药物管制制度并确保充分供应麻醉药品、精神药物和前体化学品用于合法用途。为实现这一目标并支助各国政府，麻管局依靠各国政府的自愿捐款开展其能力建设活动。麻管局感谢澳大利亚、法国和美国政府为麻管局学习项目提供的捐款，感谢泰国政府提供的实物支助。麻管局呼吁各国政府提供更多的和经常性的捐款，以保持和扩大麻管局学习举措下开展的活动。需要各国政府作出这种承诺，以确保广泛的地域覆盖范围、项目的可持续性，以及向所有国家政府提供支助和咨询意见。

9. 国际药物管制制度平台的升级

346. 国际药物管制制度以下列三项国际公约为基础：《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》。经修正的《1961 年公约》和《1971 年公约》规定了麻醉药品和精神药物的管制措施，而《1988 年公约》规定了用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体化学品的管制措施。各国通过成为这些公约的缔约国，接受在其国家立法中落实这些公约规定的义务。

347. 在拟订各项国际药物管制公约时即认识到，某些物质虽然对人类有很大益处，但也可能造成损害。因此，各项公约建立了一种管制制度，确保为医疗和科研用途供应受管制物质，同时防止非法生产、贩运和滥用此类物质。该制度如应用得当，就不应当妨碍而应当促进获取受管制物质，并防止其转作他用。

348. 麻管局是负责监测各国政府遵守各项国际药物管制条约情况并在这方面向各国政府提供支持的机构。麻管局监测各项公约建立的国际药物管制机制运作情况的能力，部分上取决于各国政府是否有能力为其提供本国合法用途所需的受管制物质的估计数量。这些数量在涉及到麻醉药品时被称为估计数，在涉及到精神药物时被称为评估数，涉及经常用于非法制造苯丙胺类兴奋剂的前体化学品和物质时被称为年度合法需求量。

349. 准确估计受管制物质的需求量是确保充分供应这些药物用于医疗和科研用途的一个基本步骤。虽然低估需求量会导致各种问题，特别是短缺，但高估可能导致盈余、浪费和加大受管制物质被转移的风险。为补充其年度报告，麻管局发表三份关于麻醉药品、精神药物和前体化学品的技术报告。这些报告是根据各国政府按照国际药物管制公约相关规定向麻管局提供的信息编写的。

350. 各国提供的数据存入麻管局的国际药物管制系统 (IDS), 这是一个信息管理系统, 向麻管局提供自动分析工具和报告设施, 同时执行麻管局监测国际药物管制条约遵守情况的任务。国际药物管制系统于 2004 年开始运行, 并在 2005 年 3 月麻醉药品委员会第四十八届会议的间隙正式启动。

351. 该系统为麻管局提供了监测药物管制条约执行情况的工具, 并且便利管理依据这些条约向麻管局报告的国家和领土发来的数据。它还提供了监测和控制麻醉药品和精神药物以及前体全球进出口情况的工具。该系统是麻管局用于监测国家和领土合法生产、种植、使用和储存受管制物质情况的一种工具。该系统能够向麻管局提供若干自动控制机制、分析和报告工具。

352. 麻管局使用国际药物管制系统已长达 13 年, 并且根据过去几年的要求加以改进和扩大。这是麻管局用来监测国际药物管制条约遵守情况的一个重要工具。国际药物管制系统用来处理国家和领土在全年里以不同格式向麻管局提供的数据。

353. 国际药物管制系统中所载的数据经过分析, 用于编写麻管局的出版物。公布统计数据为分析用途提供了信息, 除其他外, 这些信息涉及在各个国家和领土麻醉药品、精神药物和前体化学品的供应和使用情况。编制估计数和统计数据以提交麻管局要求若干国家行政部门 (卫生、警察、海关、司法等) 的参与。国际药物管制系统用于分析确保国际受管制物质供应于医疗和科研用途方面的全球状况。季度统计数据的分析工具用于查明和报告贸易差异及进 / 出口过剩情况。

354. 麻管局的核心活动之一是监测《1988 年公约》表一和表二所列前体化学品的合法贸易情况, 并协助各国政府防止这些化学品被转用于非法贩运。出口国和进口国政府交换出口前通知仍是核实个别贸易交易合法性的最有效手段。关于前体化学品合法贸易的信息被即时记录在国际药

物管制系统数据库中, 网上出口前通知系统 (PEN Online) 自 2006 年 3 月启动以来, 充当了各种前体在国际药物管制系统中的主要数据输入机制。

355. 自 1997 年开始系统地收集出口前通知以来, 大约 269,000 份通知已在国际药物管制系统数据库中记录和处理, 其中 87% 通过网上出口前通知系统实时收到。国际药物管制系统使得麻管局能够及时评估和分析贸易信息 (物质、数量、国家、公司), 以查明合法趋势和可能的转用及非法贩运, 在此基础上, 可以查明国家管制制度中的潜在弱点并对此提出补救行动建议, 从而有助于根据《1988 年公约》的规定有效履行麻管局的职能。此外, 国际药物管制系统载有通过每年提交的 D 表收到的缉获和合法贸易信息, 这对于编写关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告以及协调和支持区域和国际前体管制举措至关重要。

356. 然而, 国际药物管制系统需要升级。实施国际药物管制系统使用的是 13 年多以前可用的技术。随着信息系统技术的迅速发展和进步, 该系统变得过时。现在越来越难以支持和维护现有的系统, 因为支持该系统的软件工具正在从市场上迅速消失, 使其越来越难找到能够为国际药物管制系统所用的现已过时的技术提供支持的计算机专家。

357. 系统升级可以利用硬件和网络方面的改进。现代软件系统提供了更好的用户接口, 并整合了共同用户的经验。升级后的系统将使国际药物管制系统与新的硬件和软件工具更加兼容。例如, 在委员会最近将大量物质列入附表之后, 越来越多的新型精神活性物质被置于国际管制下, 随之需要开发新的业务功能纳入国际药物管制系统中。目前的系统不够灵活, 无法满足所有这些不断变化的需求。升级后的国际药物管制系统将能够与各国政府的国家制度更好地相互作用, 这将增强麻管局监测遵守条约情况的能力, 同时为各国政府整合其国家系统提供一个更加安全的平台。

358. 向麻管局提供的数据将更容易在网上公布或答复移动装置的提问。通过麻管局年度报告和补充性技术出版物公布的技术表和统计信息可通过各种媒体进行分享和供查询。

359. 国际药物管制系统目前以 XML 格式接受各国政府提交的各种形式的统计信息。升级后，国际药物管制系统将获得通过一个安全的网络界面在线接收这一信息的能力。这将使各国政府能够以有效和高效方式上传其统计信息。各国主管机关和麻管局在录入和核实统计信息时可节省大量时间和资源。

360. 国际药物管制系统是主要的信息管理系统，支持麻管局执行其监测国际药物管制条约遵守情况的任务方面的工作。当今的技术进步在 13 年前开发该系统时是无法预见的，麻管局应根据这些进步调整其行动并使其系统升级。

361. 国际药物管制系统的有效性取决于会员国为执行各项公约和监测其执行情况所作的集体努力。国际药物管制系统的升级换代(开发和维护)涉及到经费问题，麻管局谨促请各国政府考虑提供系统升级所需的财政支助，以确保麻管局继续高效和有效地开展工作，同时也简化国家主管机关提交条约规定的信息方面的工作。

第三章

世界形势分析

要点

- 非洲仍然是毒品贩运的一个主要过境区域，但与此同时，可卡因、类阿片、苯丙胺类兴奋剂、曲马多和新出现的新型精神活性物质的使用正在增加。
- 尽管大多数卫生系统缺乏所需资源和能力，但非洲有若干国家已改善其药物依赖治疗服务。
- 虽然中美洲和加勒比区域各国正在强化相互间合作和加大截获力度以打击非法可卡因贸易，但是，可卡因的贩运仍然是该区域的一大挑战。
- 关于中美洲和加勒比区域各国的现有数据显示，在当地人口使用的国际管制物质中，大麻的流行率最高，有些国家报告说这一流行率还在上升。
- 在掺有芬太尼的街头毒品日趋方便可得的推动下，北美洲国家特别是美国和加拿大持续面临着致命的类阿片药物流行现象。
- 在美国,2016年用药过量致死的人数超过 64,000 人,政府于 2017 年宣布了国家公共健康紧急状态。
- 北美洲的一些政府和管辖机关继续执行了支持将大麻用于非医疗用途合法化的政策，违反了《经修正的 1961 年公约》。
- 北美洲的可卡因可得性与可卡因滥用一样，看似呈增长趋势。在美国，据报告可卡因是主要致死原因（无论是否结合使用类阿片）的用药过量致死人数 2015 年到 2016 年增加了 50% 以上。
- 在南美洲，多民族玻利维亚国政府于 2017 年通过法律，依照该国对《1961 年公约》的保留允许用于传统用途的古柯树种植面积最多为 22,000 公顷，尽管这几乎达到根据该国政府 2013 年进行的一项研究得出所需面积的两倍。
- 哥伦比亚古柯树的非法种植面积增加了一半以上，从 2015 年的 96,000 公顷增至 146,000 公顷。哥伦比亚政府于 2016 年 11 月签订《结束冲突和建设稳定持久和平的最终协议》之后与毒品和犯罪问题办公室签署了价值约为 3.15 亿美元的协定，监测该国减少非法作物种植政策的执行和加强替代发展方案，以此作为该国当前建设和平努力的一个关键组成部分。
- 乌拉圭政府于 2017 年 7 月开始在药房出售大麻用于非医疗用途,这违反了该国在经修正的《1961 年公约》下的义务。

-
- 甲基苯丙胺非法制造和甲基苯丙胺非法市场在东亚和东南亚继续扩张，对该区域减少供应和需求形成了严峻挑战。
-
- 鉴于新型精神活性物质在东亚和东南亚不断出现且使用增多，应当加强对收集相关数据和提供治疗服务的重视，并为此投入更多资源。
-
- 南亚地区非法制造、贩运和滥用甲基苯丙胺的现象增加，新型精神活性物质层出不穷，给该地区各国政府带来了严峻挑战。
-
- 贩运和滥用大麻仍是南亚的一大涉毒挑战，南亚许多地区报告说贩运海洛因现象日益增加，同样也是严峻的挑战。
-
- 阿富汗的贩毒活动给西亚地区各国的毒品管制工作带来了重大挑战。
-
- 近东和中东局势动荡，冲突不断，导致贩毒吸毒现象大幅增加，影响该区域的许多国家。
-
- 2016 年在欧洲国家查出的新型精神活性物质虽然增速较慢，数量却继续增加，检测出的新型精神活性物质并非在所有时间点全部保持或存在于市面。
-
- 一些欧洲国家对不受国际管制的数种新型精神活性物质实行了管制。
-
- 据报告，2016 年东南欧苯丙胺缉获量有所增加，这可能与近东和中东境内及通过该区域的苯丙胺贩运扩大有关。
-
- 在大洋洲，通过澳大利亚、新西兰和太平洋岛屿国家之间的合作缉获了大量可卡因，这表明贩毒者越来越多地以太平洋岛屿国家和领土为目标。
-
- 虽然甲基苯丙胺的滥用和贩运继续给该区域的公共健康和执法带来重大挑战，但观察到 2016 年澳大利亚该物质的缉获量和流行率都有所下降。
-

A. 非洲

1. 主要动态

362. 大麻是非洲关切的主要毒品，非法生产、贩运和滥用大麻是一项持续挑战。尽管所有次区域都非法种植大麻药草，但非法生产大麻脂仍仅限于北非的几个国家。摩洛哥报告的大麻脂缉获量在2016年继续增加，达到近237吨，而阿尔及利亚和埃及报告的缉获量则大幅下降。

363. 虽然大麻仍是非洲最广泛滥用的物质，但据报告，可卡因、各种类阿片剂（包括曲马多）、苯丙胺类兴奋剂和新出现的新型精神活性物质的滥用一直在增加。在非洲各次区域，吸毒，特别是滥用海洛因的现象似乎也有加剧。

364. 贩运毒品通常伴随着其他非法活动，如贩运人口和武器，从而导致整个非洲的不安全和不稳定更加恶化。在南非，自上一报告期以来，涉毒犯罪率上升了11%。南非9个省份中有8个都出现了涉毒犯罪的急剧增加。

365. 非洲跨国有组织犯罪网络，包括那些参与贩毒的犯罪网络，正越来越多地利用互联网从事非法活动。尼日利亚国家禁毒执法局报告称，各类网页和博客已成为最常见的毒品来源，网上毒品广告和交易也越来越多。

2. 区域合作

366. 2016年11月，国际刑事警察组织（国际刑警组织）开展了为期8天代号为“Adwenpa二期”的行动，以加强西非次区域的边界安全。这次行动是以成功实施“Adwenpa”一期行动为基础的，“Adwenpa”已成为加强西非边界管理能力建设方案的一部分。“Adwenpa二期”行动涉及14个国家之间的28个关键过境点，这14个国家是：贝宁、布基纳法索、科特迪瓦、冈比亚、加纳、几内亚、几内亚比绍、利比里亚、马里、

尼日尔、尼日利亚、塞内加尔、塞拉利昂和多哥。除其他以外，这次行动多次查获可卡因、大麻、海洛因、甲基苯丙胺和其他毒品。

367. 2016年，毒品和犯罪问题办公室、西非经共体和欧洲联盟呼吁为创新性预防吸毒倡议和试点方案供资提出建议。入选的倡议和方案在布基纳法索、佛得角、利比里亚、毛里塔尼亚、塞拉利昂和多哥实施。主要的目标群体是年轻人。所得赠款将让公民社会组织能够像毒品和犯罪问题办公室《关于预防吸毒的国际标准》所概述的那样，执行现有科学证据证明可有效预防物质滥用的干预措施和政策。还向国家主管部门和机构提供了支持，以促进部门间合作。

368. 非洲联盟卫生、人口与药品管制专门技术委员会第二次会议2017年3月20日至24日在亚的斯亚贝巴举行。来自34个非洲联盟成员国、非洲联盟机关、西非经共体，联合国机构、政府间组织和非政府组织及合作伙伴的与会者出席了会议。派代表出席会议的非洲联盟成员国是阿尔及利亚、安哥拉、布基纳法索、喀麦隆、乍得、科摩罗、刚果、刚果民主共和国、埃及、厄立特里亚、埃塞俄比亚、冈比亚、几内亚、肯尼亚、莱索托、马里、毛里塔尼亚、摩洛哥、莫桑比克、纳米比亚、尼日利亚、卢旺达、塞内加尔、塞拉利昂、南非、南苏丹、苏丹、斯威士兰、多哥、突尼斯、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚和津巴布韦。作为此次会议一部分的部长会议批准了若干建议，包括：将吸毒病症视为健康状况并予以治疗；全面制定和实施国家毒品政策；确保吸毒者获得治疗和心理服务；承认年轻妇女和女童在吸毒问题上面临的特殊风险；以及在执法和医疗机构核心课程中纳入预防吸毒问题，以扩大非洲预防吸毒队伍。

369. 2017年1月，非洲联盟警察合作机制在亚的斯亚贝巴正式成立。该合作机制于2017年5月在阿尔及尔举行了其首次大会。来自45个非洲联盟成员国的与会者商定通过一项为期三年的工作计划（2017-2019年），其中提出了在贩毒等各犯罪领域的战略成果。

370. 2017 年 3 月，三角合作倡议国家的代表在桑给巴尔与非洲和印度洋区域各国的代表首次聚会。参加国包括六个非洲国家：肯尼亚、马达加斯加、尼日利亚、塞舌尔、南非、坦桑尼亚联合共和国。会议为区域间就侦查、调查和破解跨国组织犯罪集团用以资助活动的方法交流经验和最佳作法提供了便利。

371. 非洲国家禁毒执法机构负责官员第二十七次会议于 2017 年 9 月 18 日至 22 日在埃及赫格达举行。讨论的重点是开展打击毒品贩运领域的区域和次区域合作。在工作组会议期间，与会者审议了以下议题：打击洗钱和非法资金流动的有效措施；加强支持整个非洲禁毒执法工作的区域交流平台的协调；新型精神活性物质包括恰特草（*Catha edulis*）、苯并二氮草和曲马多等的贩运及执法应对措施；以及解决妇女和女童在世界毒品问题方面的特殊需求。

3. 国家立法、政策和行动

372. 2017 年 3 月，塞舌尔修订了《药物滥用法》，在附表一中加入了各类合成大麻素。

373. 在索马里，联邦政府 2016 年 11 月推出的新国家发展计划（2017-2019 年）指出，毒品贩运是对国家海上安全的重大威胁。索马里的战略地理位置为贩毒等非法活动提供了大量广泛机会。该计划强调，毒品是当今影响索马里年轻人的严重问题。这项国家发展计划侧重于为年轻人增加经济机会，以此作为阻止这些消极趋势的一种途径。

374. 2017 年 5 月，突尼斯议会通过了第 2017-39 号法律，对关于麻醉药品的第 92-52 号法律进行了修订。该修正案规定废止和替换第 92-52 号法律第 12 条。根据新的条款，法官可自行决定（经《刑法典》第 53 条授权），选择不施加第 92-52 号法律规定的最低限度监禁和罚款。这只适用于为个人使用而消费或持有麻醉品。

375. 2017 年 2 月，坦桑尼亚联合共和国毒品管制和执法署正式取代了毒品管制委员会，成为该国毒品管制的牵头组织。毒品管制和执法署是根据《毒品管制和执法法》（2015 年）成立的，该法取代了《毒品和预防非法贩运药物法》（1995 年）。该机构受委托协调国家毒品应对工作，并有权开展调查、缉获毒品和逮捕罪犯。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

376. 非洲仍然是毒品贩运的一个主要过境区域。大麻仍对非洲大陆构成挑战。虽然所有次区域都非法种植大麻药草，但大麻脂的非法生产仍仅限于几个国家，特别是北非，据报告摩洛哥是最常见的来源国。据报告，北非生产的大多数大麻脂都贩运到欧洲。另一方面，可用资料表明，大麻药草主要在非洲内部贩运。非洲作为可卡因贩运过境区域的重要性也在增加。在过去的一些年份中，西非各国是可卡因贩运的主要过境地区，可现在北非国家也越来越多地被用作把源于南美洲的可卡因贩运至欧洲的过境路线。据毒品和犯罪问题办公室说，可卡因运抵非洲有多条路线，但主要是直接来自南美洲，或经过萨赫勒地区和西非，其次经过欧洲，间接进入非洲。源于阿富汗的阿片剂经过非洲过境，继而贩运到欧洲、北美及其他消费市场。

377. 2016 年，有若干非洲国家报告缉获了大麻药草。埃及报告的缉获量比上一年下降大约 45%，从 360 吨降至 200 吨。同样，在马达加斯加，报告的缉获量下降 62%，从 8 吨降至 3 吨，而在赞比亚，报告的缉获量则从 17 吨增至 20 吨。以下国家也报告缉获了大量大麻药草：加纳（超过 2 吨）、肯尼亚（近 9 吨）、莫桑比克（超过 1 吨）、尼日利亚（超过 4 吨）、苏丹（45 吨）。

378. 2016 年，摩洛哥报告了全球最大的大麻脂缉获量之一，将近 237 吨，而 2015 年为 235 吨。大多数在摩洛哥缉获的大麻脂都准备运往欧洲市

场,特别是西班牙和法国,而有一些则供当地消费。此外,海路贩运大麻仍是摩洛哥主管部门面临的一项重大挑战。

379. 阿尔及利亚和埃及也再次报告缉获大量大麻脂。但是,两国政府报告的缉获数量在过去几年显著下降,特别是自2013年以来。阿尔及利亚2016年大麻脂的缉获量下降至109吨,比2015年(127吨)减少了14%,比2013年(211吨)减少了48%。据估计,75%至80%的大麻脂是通过该国西北省份贩运的,包括通过海运港口。其余20%至25%则供当地消费。埃及报告称,2016年缉获了大约29吨大麻脂,比2015年(33吨)减少了12%,比2013年(84吨)减少了65%。

380. 来自欧盟国家的多份报告指出了新出现的一条大麻脂贩运路线,将利比亚用作主要中转枢纽。来自摩洛哥的大麻脂越来越多地被贩运到地中海对岸,主要运往意大利,然后再从意大利运往其他目的地。然而,从摩洛哥运出的大多数大麻脂仍被运往西班牙,仅有少量大麻脂直接或经由利比亚运往意大利。

381. 非洲国家报告的大麻铲除数据仍然有限,所以,评估这些国家在这方面做出的努力是一项挑战。然而,根据可得资料,2010-2015年期间,在铲除大麻种植面积方面摩洛哥在全世界排名第二,尼日利亚排名第三。尽管根据国家主管部门的报告,近几年摩洛哥大麻种植面积可能有所减少,但由于引入了高产品种,产量似乎已稳定下来。据报告,新的生产技术和高效作物近期已被引入摩洛哥。此外,肯尼亚主管部门在2016年铲除了12公顷大麻,缉获了6,095株大麻植物,赞比亚缉获了近40吨大麻植物。

382. 非洲大陆各国先后报告缉获大量可卡因,证实非洲作为可卡因的中转区域日益重要。毒品和犯罪问题办公室认为,这一态势发展可能是全球可卡因市场扩大造成的。

383. 可卡因主要通过商业航空和海上航线从南美洲运往摩洛哥。2016年,摩洛哥主管部门报

告该国缉获了历年来数量最大的可卡因,总计为1,621千克,而2015年缉获量为120千克。据报告,摩洛哥主管部门2017年10月在分别于两个地点展开的一次单项行动中缉获了2.5吨可卡因。这批可卡因来自巴西,准备运往非洲和欧洲各国。此外,在2017年1月,该国司法警察报告在丹吉尔缉获了大约116千克可卡因。

384. 突尼斯也报告缉获了空前数量来自南美洲的可卡因。突尼斯似乎是南美可卡因的过境国和目的地国。2016年9月,巴西主管部门查获了藏匿在18袋有机糖中的602千克可卡因,这些有机糖放置在一个准备经由意大利运往突尼斯港口的集装箱内。2017年3月,突尼斯海上警卫队在地中海查获了超过31.5千克可卡因。2016年,以下各国也报告缉获了可卡因:阿尔及利亚(59千克)、埃及(26千克)、肯尼亚(113千克)、南非(191千克)、苏丹(10千克)、赞比亚(26千克)。

385. 非洲其他国家,包括吉布提、加纳、马达加斯加、马里、莫桑比克和尼日利亚也报告缉获了可卡因。2017年1月,吉布提警方在主要港口从来自巴西的货物中缉获了500千克可卡因。据主管部门称,这是自2004年以来在吉布提和整个东非缉获的数量最大的可卡因。此外,加纳似乎是运往欧洲的可卡因的一个重要过境国,尽管在加纳缉获的可卡因数量有所下降,而且现在数量较少。2016年,加纳报告缉获了6千克可卡因(来自巴西),而在2014年则缉获了465千克,2013年缉获了901千克。马达加斯加和莫桑比克2016年报告缉获了为数不多的可卡因,两国报告的数量均不到1千克。

386. 在马里,2016年12月和2017年1月,在毒品和犯罪问题办公室—国际刑警组织—世界海关组织机场通信项目下设立的机场联合拦截工作组在巴马科缉获了2千克海洛因,这些海洛因源自拉丁美洲,正被贩往欧洲。尼日利亚国家禁毒执法局2016年报告缉获的可卡因总量为82千克。

387. 阿富汗的阿片剂仍然经由南线贩运过来,而且非洲阿片剂的滥用仍在继续增加。在南非,发生

了多起从巴基斯坦向美国走私海洛因的案件。然而，贩运到南非的海洛因大部分是供当地消费。2016 年，很少几个非洲国家报告缉获了海洛因；这些国家是阿尔及利亚、埃及、加纳、肯尼亚、马达加斯加、摩洛哥、莫桑比克、尼日利亚、南非、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚。缉获量在 30 克至 816 千克之间。2017 年 1 月至 6 月，坦桑尼亚联合共和国主管部门缉获了超过 27 千克海洛因。欧洲主管部门还报告缉获了从非洲贩运来的海洛因。在东非沿海印度洋活动的海上联合部队经常每次缉获毒品，每次都数百千克。例如，2017 年 5 月，英国皇家海军发现并销毁了在一艘渔船的冷藏箱内找到的 266 千克海洛因。

388. 在南非，尽管滥用街头混合型毒品“Nyaope”自 2014 年 3 月以来已属非法，但却不断增加。其主要活性成分是海洛因，很容易使人上瘾。“Nyaope”通常被包裹在大麻叶中点燃吸食。戒断症状非常严重。“Nyaope”的消费人群主要是贫穷的年轻人，因为“Nyaope”比其他毒品更为廉价，而且在城镇和非正规住区更易获得。

(b) 精神药物

389. 摩洛哥官员报告称，2016 年缉获了超过 100 万片精神药物。

390. 对在西非制造的甲基苯丙胺的关切正在增加。过去几年，甲基苯丙胺从各非洲次区域，主要是北非、西非和中非，走私到亚洲和大洋洲。尼日利亚制造和贩运甲基苯丙胺的有组织犯罪网络主要针对东南亚国家市场。2016 年 11 月 1 日至 2017 年 11 月 1 日，尼日利亚国家毒品执法局报告缉获了包括甲基苯丙胺在内的多种毒品，缉获的甲基苯丙胺总量为 40 千克。2016 年，肯尼亚和南非主管部门报告的甲基苯丙胺缉获量分别为 9 千克和 440 千克。

391. “狮子鱼”行动是国际刑警组织领导的一项行动，它揭露了一个西非参与甲基苯丙胺贩运的有组织犯罪集团网络。此次行动期间共计缉获了超过 120 千克甲基苯丙胺。得益于详细的情报分享，此次行动逮

捕了許多人。逮捕行动有助于查明一条经由埃塞俄比亚通往中东、亚洲和太平洋的可卡因贩运路线。

392. 2016 年，南非警察署报告称，制造合成毒品（甲基苯丙胺）的地下制备点的数量有所增加，而且这些合成毒品主要在国内市场出售。东亚，是东非制造的甲基苯丙胺的主要市场，其次是南非。

(c) 前体

393. 由于对表 D 的响应率较低，关于该区域缉获的《1988 年公约》表一和表二中所列物质以及不受国际管制物质数量的可靠数据仍然有限或不存在。截至 2017 年 11 月 1 日，仅有 21 个非洲国家发回了 2016 年的表 D，但在大多数情况下，数据要么缺失，要么不足。然而，前体事件通信系统通报的事件证实，非洲继续受到前体化学品贩运的影响。

394. 根据前体事件通信系统传递的数据，2016 年 11 月 1 日至 2017 年 11 月 1 日，作为来源国、过境国或目的地卷入前体相关事件的非洲国家有莫桑比克、尼日利亚、南非和坦桑尼亚联合共和国。前体事件通信系统报告的主要前体是用于非法制造甲基苯丙胺的麻黄碱。通报的其他前体是醋酸酐（制造海洛因的一种关键化学品）、丙酮和甲基乙基酮。

395. 现有数据表明，南非仍然是走私麻黄碱和伪麻黄碱的重要目的地。2016 年 11 月，尼日利亚国家毒品执法局通过前体事件通信系统分享了有关其在拉各斯机场一次缉获将近 84 千克准备运往南非的麻黄碱的信息。印度麻醉品管制局缉获了 15 千克同样准备运往南非的伪麻黄碱。

396. 据坦桑尼亚联合共和国主管部门称，前体化学品转移的现象在 2017 年继续存在。一次缉获的各类化学品包括 25 公升源自法国的醋酸酐。其他涉及大量前体化学品的案件仍在调查之中。

397. 关于非洲区域管制经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体和化学品情况的综合叙述

评，可参阅麻管局 2017 年关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告。

(d) 不受国际管制的物质

398. 贩运和滥用不受国际管制的物质仍然是许多非洲国家的严重关切。现有数据表明，非医疗使用合成阿片止痛剂曲马多的情况正在增加，中非、北非和西非的缉获量就是明证。

399. 在萨赫勒地区发现了更多的曲马多滥用情况。尼日尔受曲马多滥用影响尤为严重，2016 年辑获了超过 800 万片。尼日利亚主管部门在 2016 年缉获了 3.1 吨曲马多。利比亚的滥用情况也有所增加，利比亚被认为是贩运到埃及的曲马多的主要来源。作为毒品和犯罪问题办公室集装箱管制方案的一部分，西非各国政府 2016 年缉获的毒品包含超过 10 吨的曲马多。在苏丹，2016 年缉获了近 700,000 片。

400. 2017 年 11 月，据报告印度主管部门辑获了创纪录的 23.5 吨甲喹酮片剂。甲喹酮的原料是从印度尼西亚进口的，而终端产品是要发往莫桑比克或南非。南非主管部门报告，2016 年辑获了将近 4 吨的甲喹酮。

401. 恰特草 (*Catha edulis*) 是一种不受国际管制的草本物质。2016 年 11 月 1 日至 2017 年 11 月 1 日，报告了多起涉及源自非洲国家的恰特草的事件。2017 年，西班牙主管部门报告缉获了两批恰特草货物，一批源于肯尼亚，重 75 千克，另一批源于埃塞俄比亚，重 100 千克。此外，马来西亚主管部门报告了 10 起涉及来自埃塞俄比亚总重 231 千克恰特草的事件。每次事件的缉获量在 8 千克至 78 千克之间。苏丹报告 2016 年缉获了近 11 吨恰特草。

5. 滥用和治疗

402. 大麻仍是非洲寻求治疗的吸毒者使用的主要毒品。现有数据表明，15 至 64 岁非洲人中大麻

使用的年流行率仍然很高，估计为 7.5%，几乎是全球平均水平的两倍。西非和中非是流行率最高的次区域，估计为 12.4%。然而，非洲药物滥用的真实程度并不清楚，因为流行率数据通常已过时或不具代表性，或是不存在。除大麻外的其他类型毒品也是这种情况。

403. 根据有限的现有数据，与其他区域相比，非洲的海洛因使用似乎增幅更大。据毒品和犯罪问题办公室称，科特迪瓦、肯尼亚、莫桑比克、尼日利亚、南非、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚以及撒哈拉以南非洲的其他一些国家报告滥用海洛因的情况有所增加。在这些国家中，莫桑比克、尼日利亚、南非和坦桑尼亚联合共和国还报告了越来越多的人因阿片使用病症而寻求治疗。据估计，15 至 64 岁非洲人中，阿片剂使用年度流行率为 0.30%，或者说有超过 200 万人，与全球平均估计值 0.37% 相当。

404. 在尼日利亚，药物滥用正在增加，特别是妇女和年轻人。此外，治疗方案有限，而且吸毒者在其社区内面临污名化。尽管如此，随着推出吸毒成瘾治疗国家最低标准以及推出与国家禁毒执法局合作的辅导员标准政策及实践指南，尼日利亚的吸毒成瘾治疗在过去几年有所改善。该机构为应对不断上升的药物滥用率而建议的战略包括：年轻人引导和教育、减少需求、康复和吸毒者重返社会。

405. 2017 年 6 月，肯尼亚卫生部推出了国家药物病症治疗方案。肯尼亚的药物滥用正在增加。国际毒品贩运日益增多，肯尼亚位于该区域国际贸易十字路口，二者造成肯尼亚国内注射滥用毒品的急剧增加。统计显示，超过 50% 的吸毒者年龄在 10 至 19 岁之间，这可能对该国的社会经济发展和人口健康造成破坏性影响。有证据表明，加强药物滥用病症的治疗服务以及持续改善这类服务，对于减少毒品需求、吸毒者之中的艾滋病毒传播以及涉毒犯罪起着至关重要的作用。

406. 大多数非洲国家的卫生系统没有资源或能力来确定吸毒的程度和模式，或是提供充分的药物滥用预防和治疗服务。不过，在布隆迪、佛得角、厄立特里亚、

埃塞俄比亚、肯尼亚、利比里亚、马达加斯加、毛里求斯、莫桑比克、尼日利亚、塞内加尔、塞舌尔和坦桑尼亚联合共和国，毒瘾治疗已显著改善。

407. 一些非洲国家已提供类阿片替代疗法，包括阿尔及利亚、肯尼亚、毛里求斯、摩洛哥、塞内加尔、南非和坦桑尼亚联合共和国。此外，埃及正在构想一个试点项目，塞舌尔正评估一个试点项目。据非洲联盟称，肯尼亚、毛里求斯和坦桑尼亚联合共和国已为注射吸毒者提供针头和注射器方案。另外，摩洛哥 2017 年开设了两处新的戒瘾所，埃及在开罗开设了一家戒毒治疗所。除了美沙酮外，摩洛哥自 2016 年起批准使用丁丙诺啡。同样，毛里求斯开始用丁丙诺啡和纳曲酮预防复吸，而赞比亚、坦桑尼亚联合共和国则开始使用美沙酮。

408. 截至 2016 年 12 月 31 日，达喀尔大学医院成瘾综合管理中心有 651 名吸毒者申请加入类阿片替代治疗方案，并收治了 178 人。所用替代药物是美沙酮。

409. 2017 年 2 月，突尼斯唯一的吸毒治疗和预防中心“El Amal”在卫生部的支持下重新开放。该中心几年前曾经关闭。其重新开放加强了该国对吸毒者的治疗。

410. 2016 年，南非出版了一份有关大学生药物滥用模式的研究报告。研究报告发现目前的大麻使用占 17.3%。另外一份也是于 2016 年发布的研究报告发现，博茨瓦纳 10 至 19 岁学生中使用多种毒品，这包括非法药物和烟草 (26.6%)，酒精、烟草和非法毒品 (18.7%) 以及非法毒品和烟草 (12.3%)。在每种情况下，男性都比女性更可能使用多种药物。另一个发现是终生使用易上瘾物质在博茨瓦纳非常普遍。这一发现表明需要立即进行方案干预。

411. 非洲国家在滥用药物治疗方面仍然落后。据毒品和犯罪问题办公室称，仅有三分之一的非洲国家可能为治疗药物滥用分配预算。许多非洲国家仍然几乎没有治疗和康复设施以及基本的毒品相关治疗和卫生服务。提供的大多数治疗是解毒，有时也有心理社会支持。现有设施通常都资金不足，也几

乎没有能胜任工作的人员。通常都是在过度拥挤的精神病院提供护理，没有针对药物依赖的服务，或是由不受监督的土医和基于信仰的设施来提供护理。

B. 美洲

中美洲和加勒比

1. 主要动态

412. 中美洲和加勒比区域仍然是从南美洲生产国贩运而来的非法药品，特别是从哥伦比亚和秘鲁贩运到北美洲和欧洲目的地市场的可卡因的主要转运区。根据毒品和犯罪问题办公室的《2017 年毒品问题报告》，美国药品管制局估计，2015 年，从运出南美洲的可卡因有 76% 途经东太平洋，往往利用船舶或半潜船进入中美洲或墨西哥，然后经陆路进入美国。多米尼加共和国是加勒比次区域可卡因的首要中转区。

413. 2017 年 5 月出版的一份研究报告估计，危地马拉、洪都拉斯和尼加拉瓜过去十年森林损失 15% 至 30% (1,500 至 3,000 公顷)，原因就是可卡因贩运活动。在这种森林损失中，有 30% 到 60% 发生在国家或国际保护地区之内。可卡因贩运造成的此类毁林，在整个次区域都可以观察到，不过在中美洲其他国家没有这么严重。该研究报告认为，为非法伐木和放牧而购买土地与贩毒活动有关，目的是洗钱。此外，为便利非法药品流动而修建隐密道路和秘密飞机跑道也被认为是加剧森林损失的一个因素。

2. 区域合作

414. 在拉丁美洲和加勒比国家禁毒执法机构负责官员第二十七次会议上，与会者评估了区域毒品贩运形势，并开展了《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》后续行动，审查了麻醉药品委员会第

60/1 号决议的执行情况。此外，与会者还审议了若干专题，包括支持禁毒执法的区域沟通平台；非法药物贩运与其他形式有组织犯罪之间的联系；某些罪行的监禁替代办法，如减少需求战略；应对儿童和青年的特殊需要以预防和治疗滥用，处理青少年卷入涉毒犯罪的措施。

415. 美洲国家组织（美洲组织）的美洲药物滥用管制委员会（美洲药管会）2016 年 11 月在巴哈马举行第六十届常会，通过了《2016-2020 年半球药品行动计划》。《行动计划》以既往战略为基础，确定了五个战略行动领域：加强体制、减少需求、减少供应、管制措施及国际合作。

416. 2016 年 11 月，萨尔瓦多、危地马拉和洪都拉斯签署了一项三方安全协定，创立了三方国家工作队。根据该协定，这三个“北部三角”国家政府承诺至 2017 年 11 月 15 日之前，在有组织犯罪、边境安全、贩毒及关税问题等七个领域开始合作与协调。

417. 2017 年 7 月，古巴和美国药品执法部门举行了打击贩毒第三次技术会议，官员签署了一项双边协定，以加强两国政府之间的合作，目的是打击麻醉药品和精神药物的贩运。

418. 巴拿马根据其 2016 年 7 月 1 日第 21 号法，现在正力争将其政策和行动与秘鲁协调统一起来，以便努力预防和控制麻醉药品和精神药物的非法生产与贩运。此外，该法还支持预防工作，支持受药物滥用影响的人康复。同样，2016 年 11 月，巴拿马颁布了第 62 号法，将政策与巴拉圭协调起来，以打击非法药品贩运和药品滥用。

419. 据毒品和犯罪问题办公室说，该区域各国政府加强了对毒品该办公室与世界海关组织的集装箱管制方案的参与。古巴、多米尼加共和国、厄瓜多尔、萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯、牙买加和巴拿马都参加了这个方案，方案范围有了进一步扩大，不仅覆盖海运货物，而且还包括了空运货物。2017 年，整个拉丁美洲和加勒比区域在集装箱管制方案的协助下辑获了 35 吨可卡因和 200 千克大麻。

3. 国家立法、政策和行动

420. 2017 年 4 月，圣基茨和尼维斯政府成立了国家大麻委员会，由来自教育、卫生、执法、银行及宗教部门的利益攸关方组成。委员会的任务是研究可能的大麻除罪化在本国的各种影响。

421. 2015 年《危险药品（修正）法》设立的牙买加大麻许可机关，开始有条件批准为本国若干大麻种植者与加工者发放营业执照。大麻许可机关预计，大麻合法商业生产可能从 2017 年底开始。

422. 2017 年 3 月，巴哈马政府发布了《2017-2021 年国家禁毒战略》。《战略》为巴哈马所有药品管制工作与活动确立了一项共同框架，并载入了来自美洲药管会《2016-2020 年半球药品行动计划》、2016 年世界毒品问题大会特别会议成果文件所载建议以及《2030 年可持续发展议程》的要素。与前一个五年禁毒战略相比，一个关键变化是在国家毒品问题的处理上，转向了公众健康办法，而不是用刑事司法办法。

423. 哥斯达黎加的立法者已经颁布一系列新的法律，并对其国家立法和控制程序进行了改革。2017 年 5 月第 9449 号法对该国第 7786 号法的若干条款做了改革。这些改革收紧了金融机构和金融专业人员所做货币交易的程序，以打击洗刷来自非法活动的钱款。

424. 多米尼加共和国参议院批准了打击洗钱和资助恐怖主义的新立法。新立法废止了关于洗净贩毒犯罪所得的第 72-02 号法，并为金融机构确立一个新的监管框架。新立法还更新了洗钱犯罪和资助恐怖主义的类别，同时还附有适用制裁。

425. 萨尔瓦多订立了一项新的五年国家禁毒战略，其中包括人权、性别平等及科学证据。这项战略是与萨尔瓦多减少供求、毒品管制、洗钱及国际合作领域的 17 个机构协商制订的。此外，该国政府在毒品和犯罪问题办公室的援助下，正根据这项新战略改革其关于洗钱与资产洗净的立法。

426. 2017 年 1 月，洪都拉斯政府颁布了《政党和运动筹资、透明与审计法》，是在支持洪都拉斯打击腐败和有罪不罚现象特派团的协助下制订的。对在起诉犯罪帮派和腐败分子的案件中与主管部门配合的人，该法规允许减轻轻罪处罚。

427. 2017 年 3 月，巴拿马部署了雄鹰联合特遣部队，即一支禁止麻醉品和打击犯罪的部队。特遣部队由全国大约 300 名执行人员组成，包括国家警察、边境事务部门、国家空军海军部门以及公共安全部特工。该国政府称，之所以需要这支部队，是因为哥伦比亚的可卡因制造活动有所加剧。特遣部队的各分队被部署到全国各地城市和社区的多事地点，以打击参与贩毒和其他犯罪活动的帮派和犯罪网络。

428. 麻管局谨提请该区域各国政府注意，允许为医疗或科研以外的用途使用大麻的措施违反《1961 公约》的规定。

429. 麻管局欢迎该区域的一些国家政府努力加强相互之间的合作打击毒品贩运活动。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

430. 中美洲和加勒比的主要问题是毒品贩运——主要是可卡因贩运，而不是毒品生产和制造，某些国家的大麻生产除外。该区域各国政府正在做出反应，加强彼此之间的合作，增强执法人员打击驱动毒品贩运的犯罪网络的能力。

431. 根据来自官方报告的缉获数据，中美洲的可卡因贩运，与前些年相比，2015 年仍然保持稳定，缉获可卡因 86 吨。2016 年的现有数据表明，与 2015 年相比，该区域的可卡因缉获总量略有减少，并且流动模式可能已经改变，因为巴拿马报告称可卡因缉获量大增，洪都拉斯报告缉获量显著下降。加勒比 2016 年的可卡因贩运率与 2015

年相似，各国政府和国际合作伙伴的拦截率也依然很高。对运往欧洲市场的非法药物而言，多米尼加共和国依然是加勒比的主要交通枢纽之一。

432. 2016 年巴拿马主管部门缉获非法物质 70 吨，其中 65 吨是可卡因。这一增加很显著，达 25%，因为巴拿马报告的 2015 年可卡因缉获量略高于 52 吨。巴拿马主管部门报告称，尽管它们打击毒品贩运的能力有所提升，但国家的整个毒品问题却继续恶化，涉毒暴力和犯罪以及银行部门的药品贩运利润洗钱都呈上升趋势。

433. 洪都拉斯的可卡因盐缉获量急剧下降，2016 年缉获 735 千克，较前一年的 2,032 千克有所下降。“快克”可卡因的缉获量几乎翻了一番，从 2015 年的 3,665 件到 2016 年的 6,401 件。洪都拉斯政府认为，“快克”可卡因增多是因为国内非法药物制备点增加了，此外被贩运的化学前体也有所增加。

434. 危地马拉国家主管部门报告，2016 年缉获的可卡因数量大增，共达 12.8 吨，是 2015 年 6.1 吨的两倍以上。“快克”可卡因的缉获量在该国有所下降，从 2015 年的 6.12 千克减少到 2016 年的 5.24 千克。有关部门还报告说，海洛因的缉获量大为增加，从 2015 年的 83 千克增加为 2016 年的 143 千克。该国有关部门注意到，贩运方式出现了重大变化，正在从使用商业货运集装箱改为使用高速快艇。

435. 哥斯达黎加报告称，它不再只是非法药品装运的过境国，而且，根据缉获信息，它现在也成了非法药品最终运往目的地市场之前的临时待运点。此外，主管部门还报告称，继续在农村和城市地区发现大麻种植园，并相信当地多数大麻生产是为了国内消费。再者，主管部门还强调，本国的地理对毒品贩运者来说是个有利因素，本国边境地区的地形也让拦堵特别具有挑战性。

436. 多米尼加共和国的可卡因缉获量在 2015 年底起至整个 2016 年上半年期间有所增加，很可能是由于贩运流量增加，但也是拦截率提高的一

种结果。主管部门报告称，多米尼加一些船只的船长扮作获得许可的渔民，行至国家领水以外，把可卡因货物转移装上驶向北美洲和欧洲目的地市场的船舶，以便利源自南美洲的非法药品在公海上的运送。

437. 根据萨尔瓦多 2016 年国家毒品报告，2011 年至 2015 年期间，可卡因的缉获量大幅增加，从 2011 年的 649.7 千克到 2015 年的 3,057.6 千克。报告指出，这表明通过该国的毒品贩运特别是通过太平洋沿岸快艇的贩运有所增加。

438. 2017 年 2 月，特立尼达和多巴哥海岸警卫队与美国海岸警卫队开展联合行动，在苏里南海岸附近缉获了 4.2 吨可卡因，估计价值为 1.25 亿美元。当地主管部门认为，这是自 1999 年以来大西洋海盆最大的缉获量之一。

439. 2015 年，巴哈马的执法机关缉获了共 7,252.9 千克的大麻和 700 千克的可卡因。大麻的缉获量与 2014 年相比下降了 22%，但可卡因的缉获量却增加了 66%。地方主管部门报告称，2015 年巴哈马没有缉获海洛因。

440. 荷兰皇家海军和美国海军在 2017 年上半年开展了几次联合行动，从快艇上缉获了超过 1.1 吨的可卡因。在加勒比海南部的库拉索岛与哥伦比亚之间的水域也有缉获。

441. 格林纳达报告说，该国的可卡因贩运继续从 2014 年的 71 千克的前缉获高点下降，2016 年缉获 12 千克。2016 年，该国执法机关还缉获了 1,421 千克的大麻，6,000 多株大麻植物和 640 克“快克”可卡因，但报告称并没有缉获类阿片剂。

442. 洪都拉斯报告称，缉获的大麻数量大幅减少，2015 年缉获 2,363 千克，2016 年缉获了 155 千克。然而，大麻植物的缉获量从 2015 年的 10,072 个单位上升到 2016 年的 24,253 个单位。

443. 危地马拉报告，大麻缉获量 2016 年大幅增加，达 1.5 吨。这比 2015 年的 347 千克增加了三倍多。危地马拉主管部门指出，2016 年缉获的大麻植物数量也有类似幅度的增加，为 310 万株，而 2015 年为 692,000 株。

444. 在萨尔瓦多，年轻人因持有毒品而被起诉并审判的人数一直在增加，从 2011 年的 396 例案件上升到 2015 年的 1,013 例。在这些人中，因持有毒品而被拘留的人有 98% 是被发现持有大麻的 15 至 24 岁的年轻男子。萨尔瓦多主管部门指出，该国没有大规模的大麻生产，但有证据表明，大麻正被从邻国贩运而来，以便在当地市场上分销。

445. 牙买加报告说，它是一个从南美运往美国和欧洲的毒品的一个主要中转区。它还报告称，港口和机场执法官员和工作人员的腐败便利了贩运，使拦截更加复杂。国家主管部门继续努力通过逮捕和起诉来打击腐败。

446. 洪都拉斯已经查明了三条主要的转运路线，使南美的药品能够贩运到北美市场。洪都拉斯主管部门指出，最常使用的路线是通过该国空运。大西洋的沿海路线也用来穿越该国运送非法物质。在边境地区，通常使用陆地和海上路线。主管部门还注意到，由于贩运者开始在洪都拉斯加勒比地区使用微型贩运手段，利用当地的渔船作为掩护来掩盖走私活动，很难追踪非法药品的去向。

447. 2017 年 5 月，危地马拉主管部门宣布，在圣马科斯省的伊斯奇古安市和塔胡木耳科市实施紧急状态，初步实施 30 天。这是在该地区当地社区之间的土地控制谈判破裂并随后发生暴力冲突之后宣布的，目的是恢复控制。国家主管部门认为，罂粟和大麻种植是导致冲突的原因之一。2017 年 8 月 8 日，在执法人员铲除了超过 300,000 株大麻植物和近 3.6 亿株罂粟植物之后，终于解除紧急状态。该省目前保持派驻警察，而国家主管部门则在调解当地社区领导人之间的争端。

(b) 精神药物

448. 根据掌握的信息，精神药物的生产和贩运在该区域看来并未构成重大挑战，因为鲜有国家报告称大量缉获。

449. 在巴哈马，3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺（MDMA，俗称“摇头丸”）片剂的缉获量 2015 年翻了一倍多，达 195 片，而 2010-2013 年期间年平均 54 片。2014 年，政府罕见地缉获了 18,000 片 MDMA。

450. 在危地马拉，主管部门发现了曾被用于秘密制造苯丙胺类兴奋剂的一个废弃制备点，但无法确定所生产的数量或具体物质。现场的设备上留有微量的前体，表明这些物质处于生产的早期阶段。

451. 洪都拉斯地方主管部门报告称发现了两个秘密制备点，用于制造苯丙胺类兴奋剂及其他非法物质。这是官方第一次报告苯丙胺类兴奋剂在该国的非法制造。

(c) 前体

452. 哥斯达黎加政府报告说，除了一些从碳酸钙中提取的物质之外，前体物质并不是在该国制造的，但主管部门正在密切追踪该国的前体动向。主管部门指出，缺乏强有力的国际合作和协调，阻碍了追踪前体化学品跨境流动的努力，使防止前体化学品转移更加困难。

453. 近年来，该区域有几个国家一直遭受非法制造毒品所用前体的贩运。在某些情况下，被贩运的前体是为供应国内秘密制备点制造可卡因或苯丙胺类兴奋剂。在其他情况下，这些前体从危地马拉和伯利兹贩运到墨西哥。关于该区域前体管制情况的综合述评，可参阅麻管局 2017 年关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告。

(d) 不受国际管制的物质

454. 2017 年，哥斯达黎加卫生部麻醉药品监督委员会报告称，自 2015 年 12 月起，已将氯胺酮置于其受管制精神药物的附表中，并于 2016 年 7 月实施了关于氯胺酮贸易和流动的具体措施。

455. 麻管局谨感谢该区域各国政府为了打击非法生产和贩运国际管制物质而持续付出的拦截和管制努力。

5. 滥用和治疗

456. 大麻是该区域滥用最普遍的药物，但其他麻醉品也在较低的流行程度上被滥用。滥用精神药物和其他兴奋剂的流行率非常低，而且在因药物滥用而接受治疗的人中仅是一小部分人的治疗原因。在该区域，政府防止药物滥用的工作侧重于宣传运动和类似举措。各国政府为滥用药物的人提供综合治疗选择方案的能力受到许多医疗系统的结构性问题、技术能力和资金不足的限制。此外，该区域的许多国家还没有在全国范围内研究大众的非法药物滥用和治疗。

457. 根据毒品和犯罪办公室《2017 年世界毒品问题报告》，加勒比大麻使用年度流行率估计在 15-64 岁人中为 2.1%，类阿片使用估计为 0.24%，阿片剂使用率为 0.15%。可卡因的使用流行率在中美洲估计为 0.61%，在加勒比为 0.62%。就苯丙胺和处方兴奋剂来说，流行率在中美洲估计为 0.71%，在加勒比海为 0.86%。在受管制的物质中，“摇头丸”的年度流行率最低，在中美洲估计为 0.06%，在加勒比海为 0.16%。

458. 在哥斯达黎加，根据 2015 年第四次关于中等教育人口药物使用的全国调查（2017 年公布），没有处方而使用镇静剂和兴奋剂的最早年龄为 13 岁。调查发现，没有医疗处方而获得的镇定剂和兴奋剂的主要来源是学生的家庭。调查发现，对男性和女性来说，大麻使用的流行率是相同的，

而先前的调查则发现在男性中更流行。在全国范围内，可卡因消费的流行率很低。

459. 哥斯达黎加主管部门报告称，2016年，12至70岁的人大约有3.3%因药物滥用而需要治疗。这比2011年上升了二倍，2011年官方报告称，有1.1%的人口需要接受治疗。在所提供的治疗服务中，大约86%的接受者是住院病人，剩下的14%为门诊病人。在接受治疗的人之中，87%的人首次接受治疗。大麻(59%)和可卡因(38%)是上述绝大多数滥用药物病例接受治疗的原因。地方主管部门注意到缺乏医治阿片衍生物物质依赖者的美沙酮诊所。此外，还认为缺乏资金、缺乏培训和体制弱点也是对提供药物滥用治疗的挑战。

460. 尽管格林纳达没有追踪大众使用率的流行率数据，但主管部门报告称，绝大多数因药物滥用入住医院和治疗中心的人都是滥用大麻的男性。

461. 哥斯达黎加酗酒和药物依赖研究所发起了一项针对小学在校生的预防运动，名为“学会照顾自己”。该研究所还在哥斯达黎加启动了若干其他方案，以促进工作场所的药物滥用预防，还在全国范围内开展几项以媒体为基础的预防运动，包括微型电视连续剧《La Urba》。

462. 据洪都拉斯政府报告，针对大众和高危人群开展了一系列预防和干预活动。开展了预防运动，特别是为国际禁止吸毒和非法贩运日。此外，还通过该国各种社区网络推广职业方案，以替代药物滥用。

463. 洪都拉斯报告说，它为当地人口提供了一些覆盖范围有限的药物治疗服务，但没有为监狱在押人口提供此类服务。缺乏资金被认为是药物治疗方案拓展有限的主要原因，缺乏合格的人员和基础设施也是一个额外的助因。

464. 作为牙买加警察部队禁止麻醉品的主要部门，麻醉品司实施了一项减少需求的方案，旨在

减少对“硬毒品”的需求，并阻止个人参与非法药品交易。麻醉品司的工作人员在全国范围内实施了该方案，包括大学、学校、教堂和社区中心等各种地点。

465. 巴拿马的卫生系统仍在进行结构变革，以满足滥用药物者及其康复的需要。国家研究和预防毒品犯罪委员会是协调这些变革的牵头实体，国家卫生系统的医院、诊所和其他提供商负责实施。

466. 2017年5月，卫生部与泛美卫生组织一道在巴拿马举办了一次全国研讨会，旨在解决该国精神活性物质使用问题。研讨会确立了更新精神活性物质公共卫生政策的新准则，并确定加强公共卫生部门应对所必需的能力。

467. 麻管局建议，该区域尚未根据国际公认的参数编制或更新流行率研究报告的国家进行编制或更新，并利用研究结果协助制订和通过目标明确的药物需求减少政策和方案。

468. 此外，麻管局鼓励该区域各国加强治疗药物使用者的能力，并鼓励国际社会提供援助，根据该区域各国的各别需要开发成本有效的药物康复方案和服务。

北美洲

1. 主要动态

469. 非法芬太尼的扩散以及以邮寄方式运送到北美洲的芬太尼和类阿片药物的数量不断增加是2016年的主要关切问题，这尤其是因为国际包裹的总数量，特别是装有芬太尼的国际包裹的数量持续增长，全球非法供应量也在增加。假冒处方药和含有致命剂量芬太尼的海洛因等非法药物的流行导致药物服用过量人数和死亡人数大量增加。面对这一区域范围内的类阿片药物危机和普遍的服用过量现

象，北美国家正紧急制定新计划、措施和法律予以打击。在美国，2016 年用药过量致死的报告人数超过 64,000 人，其中 20,000 起死亡的原因是芬太尼和芬太尼类似物（合成类阿片）吸食过量，这是用药过量致死人数增幅最大的药类。

470. 整个北美区域有关大麻的立法和政策继续得到调整。预计在 2017 年到 2018 年间，国家和地方法律仍会发生变化，这会对供应和需求产生显著影响。预防青少年滥用药物的公共卫生运动也有望继续开展。同时，受监管的药物消费场所的验收范围也在扩大，尤其是在加拿大。

2. 区域合作

471. 在北美区域机制下，执法事项和打击非法药物制造与贩运方面的有效合作继续得到促进。加拿大、墨西哥和美国自 2016 年 10 月“北美毒品政策对话”的创立会议以来，就一直参与其中。在 2016 年 6 月的北美领导人峰会上，墨西哥和美国的总统以及加拿大总理已达成一致，每年举行一次“北美毒品政策对话”，其目的是交流有关毒品趋势的信息，加强毒品政策的三边协调，制定举措以保护加拿大、墨西哥和美国公民免受有害药物和毒品贩运的侵害。

472. 在“五眼执法小组”倡议下，美国联邦执法部门与加拿大合作，启动了“亥伯龙行动”，针对试图买卖非法药物的个人越来越多地使用暗网这一情况制定统一的应对措施。目的是鉴别新的走私网络和趋势，其中合成药物的走私网络和趋势。

3. 国家立法、政策和行动

473. 2017 年 6 月 19 日，墨西哥总统签署了一项法令，修正了一般性卫生法和联邦刑法典，授权卫生部监管对大麻药理衍生物的研究与生产及其医疗用途。该法令为出于医疗和科学目的种植、生产、分销和交付大麻制定了法律框架。

474. 2016 年 12 月，美国总统签署了《二十一世纪治疗法》，规定发放补助以帮助各州和地区打击类阿片药物成瘾问题。资金发放以服药过量致死率和未得到满足的戒毒治疗需求为依据。

475. 美国于 2017 年 1 月发布了关于边境安全和移民执法改进的第 13767 号行政命令。行政命令的重点是制止在南部边界两边开展业务的跨国犯罪组织的各项互动，并优先且快速修建一道实体墙，以防止发生毒品贩运等问题。

476. 2017 年 3 月 29 日，美国总统设立了关于打击吸毒成瘾和类阿片危机委员会。委员会的工作重点是评估成瘾治疗和用药过量逆转服务的提供和获得情况，以及查明国内服务不足的地区。委员会还审议了各州处方药监测的成效，并评估了各州的处方作法。在联邦州一级还采取了行动以应对类阿片的流行。2017 年 3 月，俄亥俄州州长宣布了新的类阿片处方限制以求减少滥用处方药物的现象。2017 年 10 月 26 日，美国总统宣布全国公共卫生紧急状态以应对类阿片药物吸食过量的危机。根据“公共卫生服务法”，不会为了应对这场危机自动提供追加的联邦资金，但将指示联邦机构为此调拨更多的现有预算资源用于这一目的，并采取行动克服官僚作风造成的延误和效率低下问题。据报告，联邦政府会在作出这一宣布时说服国会为公共卫生紧急状况基金提供经费，并在年终预算谈判中增加联邦资金。2017 年 11 月 1 日，总统的打击吸毒成瘾和类阿片危机委员会提交了其最后报告，其中列出了 56 项建议，其中包括采取措施加快为各州政府提供联邦资金，执行和评估以证据为基础的方案，卫生和公众服务部立即彻底消除保健服务提供者进行评估发现的病人疼痛评价问题。报告还鼓励联邦政府在每个联邦司法区建立毒品案件法院，调整戒毒治疗的报销费率，精简联邦为各州和地方政府执行戒毒治疗和预防方案提供所用资金的程序。此外，委员会还建议改变联邦戒毒治疗提供者确定的报销费率，允许更多的应急人员提供纳洛酮，并收紧对方开具医生的规定。委员会还建议美国政府支持《2017 年处方药监测法》，其

中规定接受援款的各州遵守该法的规定，包括分享数据，并指示司法部资助建立和维护一个数据共享中心。该法还规定接受联邦资金的各州建立并实施处方药监测方案以应对类阿片危机，对于处方药监测作出了严格规定，例如规定发放管制药物后 24 小时内提出报告，并帮助促进各州之间的数据共享。委员会还建议美国政府制定一种有关筛查药物使用和精神健康状况以查明风险患者的培训方案范本，在医疗教育各级（包括所有处方开具者）传播；修正《管制药物法》，规定所有药品管制局登记人员接受适当疼痛治疗的培训；卫生和公众服务部必须确保提供更多的培训机会，包括工作人员的继续教育课程。

477. 同样在美国，食品药品监督管理局批准了几种抑制滥用的类阿片药物剂型，但这些剂型在防止滥用阿片类处方药物方面的有效性受到质疑。2017 年 6 月，食品药品监督管理局宣布将评价抑制滥用的类阿片药物剂型对类阿片药物流行现象产生的影响。它还要求在确定公共卫生福利无法再压制滥用风险后，将某些类阿片药物剂型撤出市场。

478. 2017 年 7 月，美国司法部和医疗保险欺诈打击小组宣布采取最大力度的执法行动打击保健欺诈行为。41 个联邦地区内共有 412 名被告因涉嫌参与欺诈计划而受到起诉，包括医生在内的 120 多名被告因非法开具类阿片药物和其他麻醉剂处方并进行配发而受到起诉。

479. 2016 年 12 月，加拿大卫生部部长宣布了“加拿大药品和物质新战略”，取代了之前的国家禁毒战略。该战略是政府为应对当前的类阿片药物危机所做努力的一部分，主要目的之一是减少与药物滥用有关的伤害。该战略的另一部分是为受监管的消费场所和纳洛酮获取量的增加提供支持。

480. 同样在加拿大，第 C-37 号法案于 2017 年 5 月获得御准。该法案修正了《受管制药品及物质法案》、《海关法》和《犯罪收益（洗钱）和恐

怖活动融资法》。修正的目的是更好地配备保健和执法官员，以减少加拿大国内与药品和物质使用有关的危害。法案将简化申请批准开设受监管消费场所的流程，禁止在未经登记的情况下进口某些可用于非法生产受管制物质的器具，修正《海关法》以允许边防官员打开重量为 30 克及以下的邮件来防止芬太尼通过邮件系统非法进入该国，以及允许加快临时编列新的危险物质。加拿大卫生部收到艾伯塔省、安大略省（多伦多和渥太华）等许多省份关于开设新的受监管消费场所的申请；第三个场所将于 2017 年秋季在魁北克（蒙特利尔）开设。

481. 麻管局希望提醒各国政府，受监管注射场所的运作应符合国际毒品管制公约的规定，并且必须遵守某些条件。这些场所的目的应当是通过提供或积极转向治疗与康复服务以及重新融入社会相关措施，减轻药物滥用的不良后果。受监管注射场所不应取代减少需求方案，特别是预防和**治疗活动。虽然这些场所确实可以通过治疗、康复和重新融入社会减轻药物滥用的不良后果，但必须适当考虑防止以任何形式鼓励药物滥用，并防范在这些场所内外发生毒品贩运。

482. 2016 年 11 月底，加拿大大麻合法化和监管工作队发表了最后报告。报告中载有关于设计大麻获取合法化、监管和限制框架的建议。工作队的最后报告与其他部委的研究报告，如《加拿大非法大麻缉获量测量：方法、实践与建议》一样，均为加拿大政府在于 2018 年 7 月采取措施使大麻获取合法化之前所做的数据收集工作的一部分。2017 年 4 月 13 日，加拿大司法部长兼首席检察官介绍了第 C-45 号法案，该法案将允许大麻的非医疗使用。18 岁或以上的成年人可合法持有不超过 30 克的干燥大麻或等量的非干燥大麻。出于个人用途在同一时间内种植不超过四株大麻植物、从持证零售商处购买大麻，以及生产可食用的大麻食品也将合法。麻管局谨重申，《1961 年公约》第四条 (c) 项将受管制麻醉药品的使用限制在医疗和科学用途范围之内，规定非医疗用途的立法措施是违反《公约》的。

483. 此外，加拿大于 2016 年 11 月 18 日修正了《前体管制条例》，增加了《受管制药品及物质法案》附表四中的六种芬太尼前体。修正案的目的是为了帮助保护加拿大人的健康和安​​全，具体办法是指导执法机构对未获适当授权而进口、出口或持有前体化学品的任何人采取行动。

484. 2017 年 5 月 4 日，《好撒玛利亚人药物服用过量法》在加拿大生效。该法案与“加拿大药品和物质新战略”均为经历过或见过药物服用过量并拨打急救电话的人员提供了一些法律保护。该法案的目的是减少加拿大不断增加的类阿片药物服用过量人数和所致死亡人数，具体办法是保护拨打急救电话的人员不因单纯持有药物等遭受刑事处罚。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

485. 北美洲继续面临前所未有的类阿片药物和芬太尼危机。大量伪造的处方药中含有各种芬太尼，包括会造成严重的过量服用和死亡威胁的卡芬太尼和其他类似物。自 2014 年以来，北美洲范围内秘密操作芬太尼压片机的情况似乎也呈上升趋势。芬太尼曾多次被缉获。虽然就重量而言，缉获量并不可观，但若以街头仿冒药丸的形式出售或与其他滥用药物混合，这些剂量可能致数百万人死亡。

486. 该区域最重大且日益扩展的毒品威胁仍然是海洛因的供应量不断增加且范围广泛、海洛因与芬太尼及其类似物的混合以及受管制处方药的滥用。美国的大部分海洛因来自墨西哥和哥伦比亚，墨西哥的罂粟种植量和海洛因生产量不断上升。在 2014 年 7 月至 2015 年 6 月期间，全世界大约有 9% 的罂粟在墨西哥种植。与美国相比，加拿大则往往处于阿片与海洛因贩运路径的末端，而贩运起点是巴基斯坦和印度，所缉获的药物源自东南亚。有迹象表明，墨西哥有时是出自

中国的芬太尼的转运点。美国海关和边境保护部门缉获的芬太尼从 2013 年的不到 1 千克增加至 2016 年的约 200 千克。

487. 2016 年，美国西南边界沿线的可卡因缉获量与 2015 年相比有所增加。2017 年，可卡因的供应量可能会继续增加，哥伦比亚仍然是主要来源国。大多数可卡因自西南边境被偷运入美国。2016 年，加拿大武装部队协助缉获或阻止贩运的可卡因总量约为 5,750 千克。尽管如此，加拿大 2016 年涉及可卡因的毒品犯罪量连续第四年下降，比 2015 年减少了 8%。

488. 鉴于美国某些州正在实施的个人非医用计划的范围不断扩大，有关北美洲大麻种植和贩运的情况仍不稳定。大麻的非刑罪化明显导致有组织犯罪集团侧重于海洛因等其他非法毒品的制造与贩运。例如，这可以解释为何加拿大 2016 年涉及海洛因持有的犯罪事件数量相比 2015 年增长了 32%。美国国内的大麻种植量有所增加，这导致大麻的供应量总体增加。加拿大与大麻相关的毒品犯罪率在 2016 年连续第五年下降；持有大麻的总体犯罪率比 2015 年下降了 12%。

(b) 精神药物

489. 《2017 年世界毒品问题报告》提到对北美区域甲基苯丙胺的生产、贩运和滥用行为不断增加的关切。墨西哥生产的甲基苯丙胺的供应量似乎在增加：2016 年在美国西南部边界沿线缉获了 26,044 千克甲基苯丙胺，而前一年则为 19,202 千克。这一增长是在美国国内甲基苯丙胺的产量持续下降之后出现的，此外，西南边界附近的液体甲基苯丙胺的缉获量也有所增加。

490. 在加拿大，2016 年的甲基苯丙胺的非法持有率增加了 22%。但是，2016 年“摇头丸”的非法持有率下降了 40%。贩运、生产和分销相关的犯罪比前一年下降了 18%。《2017 年世界毒品问题报告》指出，加拿大仍是发往美国和其他国

际市场的“摇头丸”的来源国和过境国，而亚洲有组织犯罪集团则活跃于在加拿大与美国之间大量走私“摇头丸”。

(c) 前体

491. 2016年，美国共查处了5,549个处于运行状态的秘密制备点，其中有5,078个是甲基苯丙胺制备点。2016年上半年，法医特征鉴定显示，在美国检测到的甲基苯丙胺有94%是采用所谓的1-苯基-2-丙酮(P-2-P)法生产的。这一数字在2016年下半年增加到98%。其中相当一部分(2016年上半年为51%，下半年为66%)是通过墨西哥的P-2-P新工艺流程生产的，即使用硝基乙烷和苯甲醛作为主要前体的硝基苯乙烯法。

492. 关于该区域内管制经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体和化学品情况的详细分析，可参阅麻管局2017年关于《1988年公约》第12条执行情况的报告。

(d) 不受国际管制的物质

493. 新型精神活性物质在北美区域的持续快速涌现给该区域的各国政府带来了重大挑战。美国的新型精神活性物质市场继续增长，来自亚洲部分地区的合成类阿片药物、合成大麻素与合成卡西酮所造成的威胁也日渐增强。

494. 美国意识到新型精神活性物质对国家和区域构成了威胁，因为这些物质价格低廉，供应广泛，并且有时会被伪装成“摇头丸”等其他药物。在美国，缉毒署的专业检测和研究实验室指出，2016年共有21种物质首次遭到缉获和分析，其中FUB-AMB和5F-UR-144是最常见的合成大麻素。2017年上半年，共鉴别了477种合成大麻素，与2016年的193种相比同期增加了近250%。在55%经鉴别的合成大麻素中都发现了FUB-AMP这种物质。

5. 滥用和治疗

495. 在滥开处方、随处可见、控制薄弱以及缺乏公共信息的助长下，处方药的滥用近年来已成为北美洲最严峻的药物管制挑战之一。制药产业向公众和医疗从业人员大力推销含有类阿片的药品，以及该产业毒品政策施加影响的游说努力，进一步加剧了这一状况。为了解决这一问题，该区域的各国政府采取了一系列措施来遏制滥用处方药物，包括建立处方药监测系统、执行提高认识措施、出台安全处置举措和加强对药物生产和供应链的监督。

496. 随着对处方药物的开具和销售加强了管制，滥用方式转向了非法药物。这表现为以前有所下降的海洛因滥用出现了急剧的增加。海洛因和掺有芬太尼和芬太尼类似物的其他毒品的消费导致吸食过量致死的人数大幅增加，因为滥用这些药物的许多人并不知道其中含有芬太尼这种药效远远大于海洛因的物质。

497. 在加拿大，2016年显然与类阿片相关的死亡人数为2,458人，比率相当于每100,000人中有8.8例此种死亡。此外，最近发表的报告表明，加拿大不列颠哥伦比亚省第一民族人口经历吸食过量事件的机率是非第一民族人口的五倍。第一民族成员占该省吸食过量死亡总数的10%。这类人吸食过量致死的可能性也比其他人大三倍。不列颠哥伦比亚省死因调查局公布的数据显示，与芬太尼和结合其他药物的芬太尼有联系的类阿片相关死亡比例急剧上升，超过2017年过量致死案件的80%，而2012年的这一比例为4%。

498. 根据美国疾病控制和预防中心，1999年至2015年之间美国用药过量死亡人数平均每年增加5.5%，所有年龄组的比率都有增加。在此基础上，据估计在此期间每天有91名美国人死于类阿片吸食过量。这一数字2016年显著增加到每天有142人死亡，估计这类死亡的总人数超过64,000人。据疾病控制和预防中心估计，如关于打击吸毒成瘾和类阿片危机的总统委员会所报

告，吸毒过量致死的人数超过了枪杀加车祸的死亡人数总和。因此，在 2016 年，美国吸毒过量导致的死亡人数每天平均为 175 人。

499. 在美国，自 1999 年以来，类阿片药物服用过量案件的数量翻了两番，在药物服用过量致死案件中，类阿片药物（均以非法方式开具处方和获取）是造成死亡的主要物质。2015 年，美国共有 33,091 例死亡与类阿片药物有关。2015 年，过量服用致死率排名最高的五个州分别是西弗吉尼亚州（每 100,000 人中有 41.5 例）、新罕布什尔州（每 100,000 人中有 34.3 例）、肯塔基州（每 100,000 人中有 29.9 人例）、俄亥俄州（每 100,000 人中有 29.9 例）和罗德岛州（每 100,000 人中有 28.2 例）。美国的一些地区一直在为公共服务运动提供资助，以宣传类阿片药物流行对当地社区的影响。例如，纽约市推出了一项名为“芬太尼杀戮”的网络宣传活动，宣传 2015 年至 2016 年过量服用案件的增加情况，以及 2016 年纽约市有 1,374 人因药物服用过量而死亡，创历史新高。

500. 2016 年，美国的海洛因使用量和需求量继续大幅增加，许多青年人转向使用海洛因来解决原本用于治疗其疼痛的处方类阿片药物造成的药瘾。美国健康保险的覆盖面不足，这对管理药物成瘾问题和提供适当的护理与治疗形成了阻碍。2016 年，65 岁以下的未参保人员仍约占 28.5%。

501. 自 2010 年以来，北美地区的可卡因使用量持续增长，与可卡因相关的过量服用致死人数也有所增加。2016 年，美国共有 10,619 起据报告可卡因是主要致死原因的死亡案例，据报告其中 2,278 例无类阿片的可卡因，4,506 例涉及与类阿片剂混用的可卡因，而 2015 年总数为 6,784 例。最近的这一增长趋势要归因于海洛因和含有芬太尼的可卡因的供应量及同时出现的滥用现象日益增加。例如，在加拿大的不列颠哥伦比亚省，2015 年至 2016 年检测出芬太尼的药物服用过量致死案件数量增加了 194%。在纽约，有警示信息指出，2016 年的服用过量致死案件中有

37% 与可卡因和芬太尼（不含海洛因）有关，与 2015 年的 16% 相比有所增长。

502. 在美国，国立药物滥用研究所于 2017 年 4 月强调指出，一项根据国家调查数据进行的研究表明，使医用大麻合法化的法律与非法使用大麻和大麻吸毒病症的增加有关。作者估计，在医用大麻相关法律通过之后，由于获取药物更加容易，成年非法使用大麻者可能会增加 110 万人，患有大麻吸毒病症的成年人可能会增加 500,000 人。

503. 2016 年，美国国立卫生研究院公布了 13 岁至 18 岁青少年滥用药物情况年度调查，这是其正在开展的研究——“监测未来”的一部分。该调查显示，许多药物的使用呈长期下降趋势，八年级学生在过去一年所使用的非法药物数量创调查史上的新低。这项调查还显示，医用大麻被合法化的各州十二年级的学生使用大麻的比率比医用大麻未被合法化的各州十二年级的学生高 5%。据报告，在医用大麻已被合法化的各州中，青少年使用食用大麻的比率同样较高。

504. 在美国现已允许大麻非医疗使用的各州，可买到各种形式的此种物质，包括可通过吸烟或气化形式或吸入，或通过烘焙食品和糖果形式食用。自非医用大麻合法化以来，科罗拉多州和华盛顿州增多了儿童意外接触大麻的案例。

505. 根据题为“2009-2015 年科罗拉多州儿童意外接触大麻案例”的一份 2016 年研究报告，“2014 至 2015 年在儿童医院发现的 32 例接触案件中有 15 例接触的是娱乐性大麻，表明娱乐性大麻合法化确实已经对儿童接触发生率产生了影响”。⁹⁰ 同样，在华盛顿州，华盛顿毒物中心经历了接触大麻和大麻中毒相关呼叫增多的又一年，报告说该中心在 2016 年收到了 280 次与大麻有关的呼叫，其中 49 次涉及 0-5 岁的儿童。

⁹⁰Georg S.Wang 等人，“2009-2015 年科罗拉多州儿童意外接触大麻案例”，“*JAMA Pediatrics*”，第 54 卷，第 9 号（2016 年），第 840-846 页。

506. 一项题为“向美国毒物中心报告的可食用大麻产品接触案例的定性分析”的全国性研究报告⁹¹说,在2013年1月至2015年12月的36个月的研究期内,向国家毒物数据系统发出的接触可食用大麻相关电话呼叫达430起,受这种接触影响的最常见年龄组是6岁以下的儿童。此外,这些电话呼叫有381起(91%)来自实施了医用大麻方案或允许大麻非医药使用的各州。

507. 为了应对公共健康和安全关切,已经制定了多项措施。科罗拉多州2017年10月1日通过了关于医疗和非医疗大麻产品的新规则,包括规定此类产品的包装应附带“内含大麻,避免儿童接触”的标准化标识和警示。每种标准化可食用大麻零售产品的包装都必须单独标记。如果因为产品的性质(例如散装货物、样品)不能以这种方式在包装上注明标记,产品就必须置于可防止儿童打开的容器之内,包装不得显示“糖果”之类的字样(除非是厂家名称的一部分),产品不得与动物形状、卡通人物、水果或人类相像,每个容器必须贴有标签,提供必要和相关的消费者信息,包括药效说明和产品经过了污染物测试的声明。

508. 2017年2月,华盛顿州酒类和 hemp 卫生局实行了一种新的警示标签(显示“住手”的手势和“儿童不宜”的字样,并注明毒物管制的24小时紧急热线电话号码),以此标示含有大麻食品。在阿拉斯加州,可食用大麻产品必须标有零售商店的标志、厂家的许可证号码和产品的四氢大麻酚估计含量。产品还必须带有“仅供21岁及以上的成人使用,避免儿童接触”的警示。在加利福尼亚州,禁止出售对儿童有吸引力或容易混同于不含大麻的高售糖果或其他食品的可食用大麻产品,并禁止将含大麻产品制作成人、动物、昆虫或水果的形状。

509. 加拿大药物滥用研究计划于2017年发布了《低风险大麻使用指南》。该文件是一项关于健康教育和预防的工具,承认使用大麻具有即时和

长期的健康风险。该指南载有关于大麻产品选择、初次使用年龄、使用频率和强度以及大麻使用与驾驶等专题的十项建议。

510. 2017年3月,加拿大药物滥用流行病学社区网络发布了题为“在毒品中毒情况下拨打911”的信息公报。该公报估算了在药物服用过量情况下拨打急救服务电话的人数。根据2013年至2016年收集的数据,在发生药物服用过量时,使用纳洛酮医药包进行处理的公众在65%的情况下不会呼叫急救服务。公报建议,即使持有纳洛酮医药包,非专业人员在所有的药物服用过量情况下都应呼叫急救服务,以减少意外死亡或脑损伤的情况。芬太尼服用过量的情况有时可能需要多个纳洛酮医药包或其他类型的医疗干预,以增加存活机会。经纳洛酮治疗后,公报建议患者留在医疗或保健设施进行观察;纳洛酮的药效比多数类阿片药物更短,因此患者可能会再次陷入药物服用过量的状态。纳洛酮也可能引发严重的戒断症状或其他不可预测的并发症。

511. 2017年6月,墨西哥全国戒瘾委员会呈递了2016年至2017年国家药物、酒精和烟草使用情况调查结果。与药物使用趋势相关的主要调查结果之一是,药物的终生使用流行率已从2011年的7.8%上升到2016年的10.3%。同样在2011年至2016年间,过去一年的使用流行率从1.8%上升到2.9%,过去一个月的使用流行率从1%上升到1.5%。在同一时期,非法药物的终生使用流行率从7.2%增加到9.9%,过去一年的流行率从1.5%上升到2.7%,过去一个月的流行率从0.8%上升到了1.4%。仍然是在2011年到2016年间,在青少年年龄组别(12-17岁)中,大麻的终生使用流行率从6%上升到8.6%(男童流行率从10.6%上升到14%,女童流行率从1.6%上升到3.7%),过去一年的流行率从1.2%上升至2.1%(男童从2.2%上升到3.5%,女童从0.3%上升到0.9%)。关于可卡因,终生流行率保持稳定(3.3%至3.5%),而年度流行率则从0.5%上升到0.8%。在青少年群体(12-17岁)中,非法药物使用的终生流行率从2.9%大幅上升到6.2%,过去一年的流行率从1.5%

⁹¹Dazhe Cao 等人,“向美国毒物中心报告的可食用大麻产品接触案例的定性”,《临床毒理学》,第54卷,第9号(2016年),第840-846页。

上升到 2.9%。过去一个月的流行率保持稳定(2011 年为 0.9%，2016 年为 1.2%)。大麻的终生使用流行率(2.4% 至 5.3%)和过去一年的使用流行率(1.3% 至 2.6%)也都大幅增加。与 2011 年相比，可卡因和吸入剂的滥用情况并无显著增长：2011 年可卡因和吸入剂的终生滥用率为 0.7%，而 2016 年为 1.1%。至于上一年的相应使用数字，可卡因为 0.4% 比 0.6%，吸入剂为 0.3% 比 0.6%。

512. 同样是在墨西哥，全国戒瘾委员会于 2017 年 8 月重新启动了防止精神活性物质滥用和促进公民参与的国家方案。该方案涉及联邦、各州和市政府一级的参与，也包括与私营部门和社会组织的合作。该方案就吸毒病症的治疗、预防烟草和酒精消费以及限制向未成年人出售吸入剂作了规定，并包括其他一些措施。该方案将在高风险社区建立 340 个门诊设施为吸毒者提供早期检测和干预提供服务。此外，与美洲药物滥用管制委员会(美洲药管会)合作，墨西哥将设立一个试点方案，为帮助戒瘾的辅导员提供培训和核证。此外，为落实世界毒品问题大会特别会议成果文件的建议，墨西哥政府将开展与公民社会组织 and 研究人员一系列对话，就各种趋势交流经验、最佳做法和信息，以期拟订十项原则(“十诫”)以解决该国的毒品问题。

南美洲

1. 主要动态

513. 在南美洲，阿根廷、哥伦比亚、巴拉圭和秘鲁启动了多项举措，以规范医用大麻的销售。由于若干国家颁布了旨在批准和规范大麻医疗用途与非医疗用途的政策和立法举措，该区域大麻的供应量持续增加，从而降低了对大麻使用相关风险的认知。大麻仍是该区域供应最广泛和经常被滥用的非法药物。

514. 多民族玻利维亚国政府与毒品和犯罪问题办公室在 2016 年古柯树种植监测报告中指

出，专门用于种植该作物的面积增加了 14%，从 2015 年的 20,200 公顷增至 2016 年的 23,100 公顷，但仍小于 2006 年(27,500 公顷)和 2010 年(31,000 公顷)的规模。

515. 哥伦比亚的古柯树种植面积增加了 50% 以上，从 2015 年的 96,000 公顷增至 2016 年的 146,000 公顷。哥伦比亚政府于 2016 年 11 月与哥伦比亚人民军革命武装部队签订了和平协定，其中含有关于解决非法药物的一章，此后，哥伦比亚政府 2017 年 10 月与毒品和犯罪问题办公室签署了价值约为 3.15 亿美元的一个历史性多年期项目，重点是制订、执行、监测和评价哥伦比亚减少非法药物作物的国家政策和关于领土和农村发展的国家战略，以此作为该国当前建设和平努力的一个关键组成部分。这一项目包括毒品和犯罪问题办公室向该国政府提供技术援助执行国家领土和农村发展政策和战略，对非法作物实行综合性监测和支持自愿替代非法作物，包括采取干预措施为可持续替代发展和农村资产的正规化提供支持。

516. 乌拉圭在第 19172 号法律执行框架内落实了各项措施，目的是制定一个国家监管框架，以期准许自 2017 年 7 月起在药房向登记过的用户出售大麻。

2. 区域合作

517. 南美洲加强了双边与多边合作。该区域内的各国改进了信息交流，以通过政策协调与业务协调充分响应与非法药物有关的活动。

518. 会员国执行安全理事会第 1373 (2001) 号决议情况全球调查(见 S/2016/49)指出，尽管许多会员国作出了努力(例如，次区域合作与国际合作)，但腐败、公共机构脆弱、立法薄弱、边界疏漏以及缺乏人力资源对打击恐怖主义领域的合作构成严重挑战。由于打击恐怖主义与打击贩运之间的关联，这些挑战会对为打击贩毒所做的努力产生影响。

519. 哥伦比亚政府在与哥伦比亚人民军革命武装部队于2016年11月签订《结束冲突和建设稳定持久和平的最终协议》之后开始实施冲突后过渡进程,在此过程中,开展国际合作以加强药物管制仍是优先事项。为实施该进程,需要对社会和经济发展方案进行大量投资。在此背景下,欧洲联盟再度承诺为实施《最终协议》提供支助,其中特别重视农村改革。

520. 2017年2月,西半球关于新型精神活性物质的首次区域会议在哥伦比亚举行,目的是交流关于查明公共健康风险和使用早期预警系统作为解决新型精神活性物质问题的有效方式的信息。⁹²

521. 2017年10月2日至6日,在危地马拉城举行了第二十七次拉丁美洲和加勒比国家禁毒执法机构负责人会议。此次会议汇集了美洲所有国家的政府执法专家,会议重点是:(a)协调为拉丁美洲和加勒比的禁毒执法提供支助的区域通信平台;(b)贩毒和包括洗钱在内的其他形式的有组织犯罪之间的关联;(c)针对某些罪行实施监禁替代办法作为减少需求战略,以促进公共健康与安全;以及(d)适合儿童和青少年具体需求的实用措施,以预防和治疗其药物滥用并解决其参与涉毒犯罪的问题。此次会议就这些专题向该区域内的各国政府提出了具体建议,而这些建议也将提交于2018年举行的麻醉药品委员会第六十一届会议审议。

3. 国家立法、政策和行动

522. 阿根廷、哥伦比亚、巴拉圭和秘鲁报告了为准许和规范大麻的医疗用途与科学用途所采取的举措。

523. 哥伦比亚在2016年颁布相关法律后,于2017年1月10日通过第613号法令,批准了

⁹²该活动是由毒品和犯罪问题办公室根据2016年举行的大会世界毒品问题特别会议的成果文件(大会第S-30/1号决议,附件)组织的。与会国包括阿根廷、巴西、加拿大、智利、哥伦比亚、哥斯达黎加和美国。

大麻的医疗用途和科学用途。该法令规范了大麻衍生物的出售、用于作物生产的种子的使用、出于医疗和科学用途种植精神类和非精神类大麻植物以及出于工业用途使用非精神类大麻植物。

524. 2017年2月22日,秘鲁总统向国会转交了一项立法草案,该法案将准许在其他治疗方案无效时凭医疗处方将大麻用于医疗用途。该法案规定,卫生部应在该法颁布两年之后评价其实施情况,执行机构应基于评价结果评估提交进一步法案以批准出于医疗用途生产大麻制品是否适当。政府还在2月通过部门决议成立了一个专家委员会评价在秘鲁将大麻用作一种替代药品的问题。⁹³2017年4月,专家委员会向卫生部提交了报告,负责审查该法案的国会委员会于2017年9月通过了该法案,国会于10月19日予以批准,随后,执行机构于11月予以颁布。

525. 2017年4月,阿根廷第27350号法律生效,该法准许出于医疗用途使用大麻油及其衍生物,并建立一个关于向患者开具这种产品的处方和分销这种产品的监管框架。该法为就大麻植物及其衍生物的医疗和治疗用途及其在缓解疼痛治疗中的使用开展医学和科学研究制定了一个监管框架,以期保障和促进全面保健。该法还为卫生部制定了一项关于研究大麻植物及其衍生物的医疗用途以及非传统疗法的国家方案。

526. 2017年6月,巴拉圭众议院审议了两项法律草案,以准许和规范大麻的医疗用途和科学用途。

⁹³卫生部第096-2017号部门决议,2017年2月14日。该决议为这些专家提交附有结论性意见的报告规定了一个月的截止期限。见《与大麻的医学用途有关的证据的最新修正和综合分析》,国家卫生研究院。第01-2017号系列(2017年4月,利马)。该拟议法律将批准出于医疗目的进口、销售和使用大麻制品,在法案通过后至多三十天内,执行机构将制定细则条例以确定上述内容。

527. 乌拉圭于 2016 年审查并汇编了与关于大麻非医疗用途的第 19172 号法律实施情况监测指标有关的数据。同年 12 月，公共卫生部完成了关于该法实施情况的首份年度报告（2016 年）并提交给乌拉圭国会。⁹⁴2017 年 3 月，乌拉圭国家药物理事会依据第 19172 号法律宣布了一系列措施，以期扩大非医用大麻的获取范围。在这些措施中，最重要的是建立使用者登记册。同时，该理事会还宣布启动关于药物滥用风险的大规模媒体宣传运动。药房自 2017 年 7 月起开始出售大麻，而在此之前曾因本国种植的大麻供应不足而出现数次延期。一旦该制度全面实施，进行过登记的使用者每月能够从注册药房购买最多 40 克大麻（每周限量 10 克）。这些药房将安装指纹识别器，每次的购买情况都将被记录在政府数据库中，以确保购买量不超过个人限量。

528. 麻管局重申，允许将大麻用于非医疗用途显然违反经修正的《1961 年公约》第四条 (c) 项和第三十六条以及《1988 年公约》第 3 条第 1 款 (a) 项。麻管局还重申，管制物质仅限用于医疗和科研用途，是经修正的《1961 年公约》之下不容克减的一项基本原则。

529. 该区域的其他立法动态包括阿根廷在 2016 年 10 月颁布了第 27283 号法律，议会依此设立了前体化学品联邦理事会。该理事会的任务主要包括分析与受管制物质和化学品有关的事项；就有待纳入管制的物质提出建议；编写关于新型前体化学品出现和演变的报告并开展研究，制作并维护相关地图；以及提议执行公共政策以完善对前体化学品生产的管制。2016 年 11 月，阿根廷颁布了第 27302 号法律，该法是对第 23737 号法律的修正，将前体化学品的国际转移定为刑事犯罪，并针对生产、销售和种植毒品制定了其他制裁，还制定了新的边界管制措施以打击贩毒。此外，关于起诉复杂案件的第 27319 号法律于 2016 年 11 月通过，该法载有与特殊侦查手段相关的条款。

⁹⁴正在国家麻醉品委员会、泛美卫生组织和世卫组织之间的技术合作协议下实施此项评估。见 www.ircca.gub.uy。

530. 2016 年 1 月，乌拉圭第 19355 号法律生效，该法设立了国家反洗钱和打击资助恐怖主义秘书处，而该秘书处的职责是根据国家药物委员会没收资产资金规章所制定的程序进行界定的。

531. 2017 年 3 月，多民族玻利维亚国采取了进一步措施以改革其麻醉药品和前体法律框架，将政府管制范围扩展至涵盖古柯叶生产和销售。3 月 8 日，政府通过了第 906 号法律，即《古柯普通法》，该法废除了 1988 年第 1008 号法律的第 1 至第 31 条，并规定根据该国 2013 年对经修正的《1961 年公约》的保留，可将最多 22,000 公顷土地用于种植古柯树，这使为满足传统咀嚼习俗对古柯树的需求所允许的种植面积几乎翻倍，而第 1008 号法律规定的面积为 12,000 公顷。

532. 第 906 号法律还允许将古柯叶用于宗教仪式、医疗、营养、研究和工业用途，并规定设立国家古柯再评价、生产、销售、工业化和调查理事会，⁹⁵ 由农村发展和土地部建立古柯生产者登记册。

533. 通过 2017 年新的《古柯普通法》并根据对经修正的《1961 年公约》的保留，多民族玻利维亚国准许将专门种植古柯树的土地面积几乎翻倍，达到 22,000 公顷，麻管局对该国政府的这一决定表示关切。该国政府在欧盟支持下开展了一项研究并于 2013 年发布，该研究指出，2012 年，要完全满足该国在保留中叙述的各项用途，所需的古柯叶总量为每年 23,219 吨，这需要约 14,700 公顷的种植面积。⁹⁶

⁹⁵在麻管局主席与多民族玻利维亚国代表团举行的双边会议上，玻利维亚主管部门称，该法规定的 22,000 公顷允许种植的面积是上限，该国政府能够限制实际面积，确保其规模是生产满足合法需求所需产量的古柯所必需的。据《Razón 报》称，政府希望促进古柯叶产品的出口。

⁹⁶见毒品和犯罪问题办公室，多民族玻利维亚国，2016 年古柯作物种植监测。可查阅 www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Bolivia/2016_Bolivia_Informe_Monitoreo_Coca.pdf。

534. 2017年3月,多民族玻利维亚国还颁布了关于打击贩运管制物质的第913号法律,依此制定了机制以打击管制物质贸易,途径包括采取预防和执法措施,实施前体管制并加强资产缉获与没收制度。

535. 麻管局指出,麻管局与多民族玻利维亚国长期保持着公开对话,并一直请该国政府提供资料说明其为了确保完全遵守国际药物管制公约,包括遵守2013年加入经修正的《1961年公约》时作出的保留,及就其他事项(包括作为在上述公约下的义务的一部分,该国必须向麻管局提供估计数)所采取了或计划采取的措施。麻管局相信,多民族玻利维亚国政府将充分回应麻管局的各项资料请求并将毫不拖延地提供资料。

536. 据报告说,若干政策举措在该区域得到了实施。2016年12月,圭亚那政府启动了2016-2020年新的国家药物战略总计划。该计划平衡兼顾了公共卫生和公共安全,处理了减少需求和供应、管制措施、体制强化、政策协调和国际合作等问题。

537. 2016年12月,哥伦比亚国家禁毒理事会批准人工铲除非法作物并为此使用草甘膦。哥伦比亚正在为实施冲突后缉毒战略做准备,该国政府的目标是在2017年铲除50,000公顷非法种植的古柯树并在2017年用50,000公顷的合法作物进行替代。此外,国家警方在总检察长办公室和其他政府主管部门的支助下实施了打击微型贩运战略。2017年1月,该国政府启动了非法作物替代国家综合战略,旨在促进自愿替代非法作物并为受非法作物种植影响的贫穷和边缘化农村家庭提供帮助。

538. 秘鲁通过了2017-2021年新的国家毒品管制战略,旨在通过加强相关机构之间的合作、共享情报、增强预防和缉获用于制造非法药物的前体化学品,将该国的古柯种植面积减少50%。秘鲁将集中力量铲除古柯树种植,开展缉获活动,

制定替代发展战略,削弱人们与武装组织和贩毒之间的关联以及恢复安全和尊重法治。

539. 厄瓜多尔正在2016年新兴干预战略框架内在该国的优先领域开展关于毒品供需的形势研究。

540. 南美洲国家对新出现的新型精神活性物质做出应对,措施包括为此开发早期预警系统,发布警报和制定新法律。阿根廷于2017年1月发布第69/2017号法令,据此在2017年1月更新了管制物质列表,增加了61种新的管制物质。乌拉圭颁布了第320/016号法令,将副甲氧基甲基苯丙胺(PMMA)列入国家管制物质清单。2016年12月29日,乌拉圭修正了《精神药物法》,以体现将伽马羟丁酸从经修正的《1971年精神药物公约》附表四移至附表二这一变动。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

541. 古柯树非法种植对保护区的影响仍对该区域的生物多样性构成威胁。⁹⁷ 哥伦比亚的古柯树种植面积显著增加,从2015年的96,000公顷增至2016年的146,000公顷。在2015年10月暂停空中喷洒做法后,⁹⁸ 政府力求制定新战略,例如与受非法作物种植影响的社区开展圆桌会议和加大阻截力度。暂停喷洒做法可能对产量产生影响,2017年计划新开展的产量研究将对此进行评估。⁹⁹

⁹⁷ 毒品和犯罪问题办公室,哥伦比亚,2016年受非法作物影响领土监测。可在www.unodc.org/documents/colombia/2017/julio/CENSO_2017_WEB_baja.pdf上查阅。

⁹⁸ 哥伦比亚于2015年暂停使用草甘膦除草剂熏蒸作物,此后,于2017年重新引入该物质进行人工熏蒸。根据司法部药物观察站发布的政府统计数据,自停止使用一种主要的古柯铲除办法,即用草甘膦对作物进行空中熏蒸后,政府根除的古柯树总量明显减少。

⁹⁹ 哥伦比亚,2016年受非法作物影响领土监测。

542. 在多民族玻利维亚国，监测结果显示，种植面积在 2015 年至 2016 年间有所增加。2016 年，古柯树非法种植总面积估计为 23,100 公顷，较 2015 年增加 14%。2016 年，晒干的古柯叶潜在产量估计为 38,000 吨。同样，市场上销售的用于传统用途的古柯叶总量达到 21,952 吨，比 2015 年增加 751 吨。经批准的种植区的古柯作物多余量减少，这被称为合理化进程，在全国范围内的禁区铲除的古柯树种植面积为 6,577 公顷，相较于 2015 年的铲除面积（11,020 公顷）减少了 40%。¹⁰⁰

543. 毒品和犯罪问题办公室与秘鲁政府在 2016 年 7 月公布的 2015 年秘鲁古柯种植调查报告指出，古柯树非法种植面积估计为 40,300 公顷。秘鲁还报告了一些罂粟非法种植的情况，该作物一年可以收获两次。截至麻管局 2017 年年度报告完成之时（2017 年 11 月 1 日），毒品和犯罪问题办公室与秘鲁政府开展的 2016 年古柯种植调查结果尚未公布。

544. 2016 年，该区域大多数国家指出，陆运是主要的毒品贩运手段。但是，秘鲁飞机跑道被人破坏的现象表明，通过航空贩运可能已经影响到了该国的毒品价格。

545. 在查明的贩毒路线中，有必要提及位于巴西、哥伦比亚和秘鲁之间的“亚马逊四边区”，也被称为三国边界区。该区域位于一条通往美国和欧洲的主要贩毒路线沿线。

546. 智利贩毒观察站在其 2016 年年度报告中称，该国的贩毒正呈上升趋势。智利充当古柯生产国和欧洲、北美洲及大洋洲消费市场之间的转运国。

547. 对于与毒品生产国接壤的边界地区人口稀少的国家而言，所面临的挑战之一是被当作运往北美洲和欧洲的毒品转运国。南美洲的犯罪组织

往往相对较小、都在本地并以家庭为根据地，以确保实现开展行动所需的保密性。这些组织是寻求建立国际联系的国家一级团体的基础，而这些团体通常会加入结构分散并实行权力下放的更大团体，这使得追踪这些团体困难重重。这些组织变化多端、适应性强，这使得它们能够在必要时改变贩运路线和犯罪手法。此外，南美洲国家缺少跟踪非法药物价格波动的系统。

548. 多民族玻利维亚国报告称，2016 年缉获了超过 102 吨大麻植物和 29 吨可卡因盐，大部分经由陆运。在本报告所述期间，该国查封了 4,065 个秘密可卡因碱制备点。

549. 根据巴拉圭国家主管部门提供的信息，从 2006 年到 2008 年，铲除的大麻作物增加，共计 1,786 公顷，随后，从 2009 年到 2012 年，铲除面积大幅减少，降至 780 公顷。2013 年至 2015 年，铲除工作显著增强，被摧毁的大麻作物面积从 2013 年的 1,803 公顷增至 2014 年的 1,966 公顷，2015 年据报达到 2,116 公顷。然而，若与合法作物混合种植，则难以在这类区域识别非法作物。主管部门报告称，2016 年缉获了 413,970 千克大麻。

550. 2016 年，秘鲁共铲除 30,150 公顷非法种植的古柯树，略超过当年 30,000 公顷的目标。2014 年、2015 年和 2016 年秘鲁缉获的可卡因碱糊的数量分别达到 11.1 吨、11.6 吨和 14.0 吨，同期缉获的盐酸可卡因的数量分别为 18.7 吨、8.4 吨和 13.9 吨。

551. 委内瑞拉玻利瓦尔共和国政府报告称缉获了超过 34 吨可卡因盐和超过 1 吨古柯叶，并着重强调委内瑞拉境内的制备点接近该国与哥伦比亚的边界过境点。该国政府还报告称在 2016 年捣毁了六个可卡因加工设施。这些缉获行动表明该国也受到 2015 年和 2016 年哥伦比亚古柯树种植增长的影响。¹⁰¹

¹⁰⁰ 毒品和犯罪问题办公室，多民族玻利维亚国，2016 年古柯作物种植监测。可查阅 https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Bolivia/2016_Bolivia_Informe_Monitoreo_Coca.pdf。

¹⁰¹ 委内瑞拉玻利瓦尔共和国主管部门近期宣布缉获近 3 吨可卡因，这表明有毒品持续在该国与哥伦比亚的边界流动。

(b) 精神药物

552. 南美洲各国的精神药物制造、贩运和滥用问题不尽相同。据委内瑞拉玻利瓦尔共和国有组织犯罪观察站称，精神药物的使用呈上升趋势。在本报告所述期间，阿根廷和乌拉圭政府报告称缉获了 220,000 多粒“摇头丸”类药物，秘鲁政府报告称缉获了 0.25 千克同类药物。

(c) 前体

553. 据报告，南美洲国家缉获的大多数高锰酸钾是在缉获国生产的。七个南美洲国家向麻管局报告 2016 年缉获了总共 585 吨高锰酸钾，其中 582.5 吨是在哥伦比亚缉获的。多民族玻利维亚国报告了 2 吨，秘鲁不到 250 千克，委内瑞拉玻利瓦尔共和国为 200 千克。该区域其他国家的缉获总量不到 10 千克。2016 年向麻管局报告缉获了数量甚多的非国际管制化学品，尤其是三个古柯生产国的报告。这些化学品是用于制造可卡因的普通酸碱、氧化剂和溶剂，在国家层面受到管制。

554. 关于南美洲前体化学品管制情况的详细综述，可参阅麻管局 2017 年关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告。

(d) 不受国际管制的物质

555. 该区域若干国家报告缉获了用于可卡因加工、再加工、精炼或切割的各类非表列化学品。这些化学品包括各类碳氢化合物溶剂混合物，例如常用的稀释剂、煤油、柴油和各类汽油。

556. 在该区域缉获的化学品中，非表列物质占了很大份额，特别是非表列溶剂，其缉获量超过了表列溶剂缉获量。用于提高可卡因加工效率的两种化学品——焦亚硫酸钠和氯化钙的缉

获量增加，这表明相关非法活动的组织水平提高，溶剂回收仍保持在高水平。

557. 毒品和犯罪问题办公室在《2017 年世界毒品问题报告》中指出，南美洲各国就致幻性新型精神活性物质的出现采取了行动，包括建立预警系统，发出警报和实行新的立法。例如，该办公室注意到，哥伦比亚于 2013 年建立了预警系统，并就冒名麦角酸二乙酰胺在网上向大众出售的新型精神活性物质发出了警报。¹⁰² 智利在 2014 年和 2015 年将总共 100 种新型精神活性物质列为国家管制的精神活性物质，其中包括 NBOMe 化合物。巴西卫生监管署于 2016 年 5 月将 11 种 NBOMe 化合物列入了国家管制物质清单。

558. 阿根廷预防药物滥用和打击贩毒规划秘书处 2016 年 12 月启动了查明新型精神活性物质、新出现的药物和使用模式的预警系统。该秘书处的阿根廷药物观察站所属预警系统将评估所查明物质的健康风险和制订对策。这一系统将和司法和人权部、卫生部、安全部、科学、技术和生产创新部、国家医药、食品和医疗技术管理局、国家卫生和农产品质量服务局以及海关署密切合作，所有这些部门都向该秘书处的药物观察站提供信息。观察站发挥中央信息保管单位的作用，对信息进行系统化处理并提出分析报告，以便在最新的科学数据基础上制订有关非正常消费精神活性物质的公共政策。智利、哥伦比亚、墨西哥和乌拉圭已有类似的系统，阿根廷将努力与这些国家交换信息。

5. 滥用和治疗

559. 在南美洲区域，大麻的终生流行率不同，乌拉圭为 26.1%，阿根廷为 19.7%，多民族玻利维亚国和秘鲁为 3.6%。所有这些国家报告的类阿片药物终生流行率均低于 1%。各国的可卡因

¹⁰² 毒品和犯罪问题办公室，“全球合成药物监测：分析、报告和趋势方案的拉美项目”，信息通讯，第 2 号（2016 年 9 月）。

碱糊终生流行率存在差异，多民族玻利维亚国为 0.1%，阿根廷和秘鲁分别为 0.5% 和 1.47%。

560. 2017 年，阿根廷预防药物滥用和打击贩毒规划秘书处与阿根廷药物观察站国家局合作，开展了关于精神药物使用的第六次国家研究。该研究基于对生活在城市地区、12 岁至 65 岁的 20,658 人的调查，收集了关于不同人群使用和滥用精神药物的当前模式的信息。该研究发现，在 2016 年受调查人群的使用流行率方面，大麻是最常见的被滥用药物 (7.8%)。25 岁至 34 岁的群体中的可卡因流行率为 7.7%，是当年流行率最高的群体，而更年轻或年长群体的流行率较低。¹⁰³

此外，该研究表明，一般人群的可卡因使用终生流行率从 2010 年的 2.6% 升至 2017 年的 5.3%。使用率增加尤其影响到 12 岁至 17 岁的青少年，他们的终生使用率从 2010 年的 0.4% 增至 1.2%。此外，6.2% 的受调查者宣称曾至少一次未凭医疗处方消费类阿片止痛剂，其中 54% 的人在 30 岁之前消费过类阿片止痛剂。

561. 哥伦比亚药物观察站开展的 2016 年国家药物使用调查指出，一般人群的终生使用流行率从 2008 年的 8.6% 增至 2013 年的 12.17%。哥伦比亚使用最广泛的药物是大麻，2013 年年度流行率为 3.27%，相较于 2008 年的 2.12% 增长了 54%。

562. 哥伦比亚药物滥用情况的增加表明，一些犯罪组织重组了药物分销和销售。此外，哥伦比亚不再仅仅是药物生产国，它也开始拥有越来越多的消费者。为应对这些挑战，该国政府继续遵守与精神药物使用有关的 2014-2021 年国家计划，以促进公共健康、预防和护理，其中重点关注加强机构、促进健康、预防和治疗。

563. 厄瓜多尔药物技术秘书处于 2017 年 3 月公布的毒品问题费用研究报告指出，2015 年，厄

瓜多尔与毒品问题有关的费用估计为每人 13 美元，占国民生产总值的 0.2%。

564. 可卡因和大麻仍是在圭亚那交易和使用最为普遍的两种药物。该国生产的大多数大麻在当地消费。在美洲药物滥用管制委员会协助下开展的 2016 年住户药物流行率国家调查显示，在所有药物的滥用情况中，首次使用的平均年龄最低和最高的药物分别是大麻 (18.9 岁) 和可卡因 (22.6 岁)。“快克”和“摇头丸”的首次使用平均年龄分别为 19.8 岁和 23.8 岁。但是，可卡因和“快克”可卡因的终生流行率很低，分别为 0.7% 和 0.3%。

565. 据秘鲁全国无毒品发展和生活委员会称，药物使用病症影响了全国约 200,000 人。据信有 32,000 至 60,000 名可卡因成瘾者，估计有 100,000 人使用可卡因。滥用廉价且高度致瘾的古柯碱糊的情况逐渐增多，特别是在沿贩运路线一带的安第斯山以东的中等城市和沿海转运城市。秘鲁的公共治疗设施仍然不足，公立的戒毒门诊治疗机构主要由医疗卫生设施构成，辅之以在保健、司法和惩戒机构内设立的戒毒治疗单位。

566. 乌拉圭于 2016 年开展了第六次住户药物使用国家调查，所涉问题包括大麻的获取形式和在非法市场购买大麻的相关风险。在前 12 个月内所有使用过大麻的人 (即 161,475 名使用者) 中，22% 的人回答称曾在非法市场购买过该药物，在这些买家中，43% 的人称曾经历过某类风险。2004 年至 2012 年，总体犯罪率中的毒品罪的比例显著增加，第 19172 号法律的影响仍有待确认。

567. 关于减少需求举措，在安第斯共同体减少非法药物需求支助项目下开展了安第斯共同体大学生第三次药物使用流行病学调查。毒品和犯罪问题办公室与该项目合作，继续为多民族玻利维亚国的安第斯青年举措提供支助，并为此扩展了青年进入社交网络的渠道以预防药物滥用。哥伦比亚药物观察站开发了早期预警系统，以加强精

¹⁰³ 其他人群的使用比例如下：12 岁至 17 岁为 1.2%；18 岁至 24 岁为 6.5%；35 岁至 49 岁为 6.4%；50 岁至 65 岁为 2.1%。

神药物监测。此外，在本报告所述期间，厄瓜多尔和秘鲁面向街头儿童、青少年和未成年罪犯实施了三项有针对性的地方性预防项目。

C. 亚洲

东亚和东南亚

1. 主要动态

568. 甲基苯丙胺的非法制造、贩运和滥用仍然是东亚和东南亚最大的毒品威胁。尽管非法制造仍然主要发生在中国和缅甸，但在该区域的其他国家也有发现。根据近年来的报告，甲基苯丙胺缉获量显著增长或达到历史高位，以致于 2015 年该区域的甲基苯丙胺缉获量在全球缉获量中占比最高。在高昂的街头价格驱动下，大量甲基苯丙胺也从世界其他地区被贩运到该区域，该区域多数国家所报告的滥用程度不断增长也反映出这种情况。

569. 非法罂粟种植和阿片生产仍然集中在金三角地区。2015 年，缅甸非法种植罂粟的总面积稳定在 55,000 公顷，远大于老挝人民民主共和国的种植面积，报告称该国有 5,700 公顷。海洛因贩运和滥用仍然是该区域一些国家的关切。

570. 该区域的进一步一体化为边境管制带来了新的挑战。在文莱达鲁萨兰国、柬埔寨和越南边境侦查到的涉毒犯罪活动数量不断增长。邻国间开展更加密切的合作和更加及时地分享情报对于采取有效的联合边境行动至关重要。

571. 在一些国家，网上涉毒犯罪日益普遍。在新加坡，因在网上购买毒品和毒品相关用具而被捕的人数增长了六倍多，从 2015 年的 30 人增至 2016 年的 201 人。中国的主管部门注意到网上涉毒犯罪仍然普遍，因此加强了对这种情况的相应

监督和管理。大韩民国政府还修正了立法，禁止通过互联网为非法贩运毒品做广告。

2. 区域合作

572. 2016 年 10 月 24 日至 27 日，亚洲和太平洋国家禁毒执法机构负责官员第四十次会议在科伦坡举行。该区域 150 多名与会者讨论了毒品管制和治疗的现状并采纳了若干专家建议。

573. 2017 年 2 月 20 日至 24 日，第二十二届亚太区域缉毒会议在东京举行。约 130 名与会者就全球合作打击苯丙胺类兴奋剂走私和采取行动应对新型精神活性物质造成的威胁交换了意见。

574. 2017 年 5 月，大湄公河次区域国家（柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国、缅甸、泰国和越南）的部长及高级官员与毒品和犯罪问题办公室举行会议，以期认可一项新的战略，从而解决该区域持续存在和不断发展的毒品问题。新的《湄公河行动计划》在四个领域提高了能力：毒品与健康、执法合作、法律和司法合作以及可持续发展。已对这项新的行动计划进行了调整，纳入了 2016 年世界毒品问题大会第三十届特别会议的成果文件所载建议以及可持续发展目标。

575. 2017 年 7 月 25 日至 27 日，东南亚国家联盟（东盟）毒品问题高官第三十八次会议在越南举行。该年度会议包含五个工作组（预防教育、治疗和康复、执法、研究以及替代发展）的会议，并作为一个平台，促进协调各禁毒执法机构的联合行动和调查。

576. 2017 年 8 月 16 日，第三届金砖国家禁毒工作组会议在中国威海召开。工作组通过了《工作组毒品管制工作规则》，并决定在金砖国家框架（巴西、中国、印度、俄罗斯联邦、南非）下加强双边毒品管制合作，建立起关于交换信

息、禁毒执法合作、国际毒品管制政策协调、人员培训和交流经验的磋商机制。

3. 国家立法、政策和行动

577. 新加坡中央麻醉药品局继续加强对大量受管制物质的管制，以遏制新型精神活性物质的迅速出现及其对公众健康的不利影响。四种新型精神活性物质从《禁止药品滥用法》的附表五转移至附表一，自 2017 年 5 月 1 日起生效。2017 年 3 月，根据麻醉药品委员会关于将 U-47700 列入《经 1972 年议定书修正的 1961 年公约》附表一的决定，该法的附表一增加列入了 U-47700。这些物质一经列入《禁止药品滥用法》附表一，对其中任何一种进行贩运、制造、销售、持有和消费都是犯罪行为。

578. 2017 年 3 月 1 日，中国将四种芬太尼类物质（卡芬太尼、呋喃芬太尼、戊酰芬太尼和丙烯酰芬太尼）列入《非药用麻醉药品和精神药物管制清单》。此外，参照委员会在 2016 年和 2017 年的决定，自 2017 年 7 月 1 日起，将四种物质（4,4'-DMAR、MT-45、PMMA 和 U-47700）添加列入受管制物质的清单。

579. 2016 年 8 月，大韩民国对苯并二氮草因替西洋（氯地西洋）和 13 种其他物质进行了临时管制。2011 年，该国开始实施将药物列入附表的暂行制度，以应对新型精神活性物质迅速涌现的问题。物质如果被认为同麻醉品一样需要紧急列入附表，即可予以临时管制，时间最长为三年。一旦实行临时管制，持有、管理、进出口、买卖和协助买卖这些物质，或者供给或接受含有临时列入附表的物质的材料都将被禁止。

580. 2015 年，越南将若干致幻性（NBOMe 化合物）和拟大麻素（JWH 化合物）化合物等总共 15 种新型精神活性物质增列入受管制物质清单，限制供应。

581. 大韩民国对《麻醉品管制法》做了修正，以应对越来越多使用比特币在非法网上药房交易的情况。自 2017 年 6 月起，禁止任何通过各种媒介传播非法种植、制造和买卖麻醉药品相关资料的行为。任何通过互联网宣传毒品贸易和发布麻醉药品加工手册的行为都将依该法予以惩处。

582. 2017 年 3 月，菲律宾总统签署了一项行政令，建立了“机构间禁毒委员会”。委员会由 21 个国家机构组成，由菲律宾缉毒署担任主席，负责确保综合和同步地开展政府的禁毒活动。

583. 麻管局知悉，菲律宾不断发生针对据称涉毒活动和（或）犯罪的法外行为，包括杀人行为。

584. 麻管局提醒各国政府，据称是为毒品管制目的而采取的法外行动从根本上违反了三项国际药物管制公约的规定和目标，也违背对各国有关约束力的各项人权文书。采取的一切毒品管制行动都应充分遵循法治和正当法律程序。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

585. 在东亚和东南亚，罂粟非法种植仍然集中在所谓金三角地区的两个国家。缅甸的罂粟非法种植量在 2006 年降至最低水平，但此后稳步攀升。2015 年罂粟非法种植总面积估计为 55,000 公顷。因此，缅甸仍然是继阿富汗之后世界第二大罂粟生产国。种植总量中近 90% 都来自该国东北部，即缅甸掸邦。根据毒品和犯罪问题办公室在掸邦的村庄进行的最新社会经济学调查，罂粟的非法种植在 2016 年变得更为集中。尽管生产罂粟的村庄比例减少了 30%，但种植罂粟的平均面积扩大了。同时，老挝人民民主共和国非法种植罂粟的面积仍远低于缅甸（2015 年是 5,700 公顷）。

586. 该区域非法种植和生产的罂粟继续被大量且不断增多地贩运到邻国和大洋洲。据毒品和犯罪问题办公室称，用该区域生产的阿片剂制造的海洛因和吗啡缉获量从2010年的7.1吨增至2015年的13.3吨。最新的缉获数据表明，中国缉获的大多数海洛因都来自缅甸。2016年，中国报告称，海洛因和阿片的缉获量分别是8.8吨和3.1吨，高于前一年的水平。在缅甸，阿片缉获量也从2015年的962千克增至2016年的1,005千克。

587. 大麻非法种植、贩运和滥用仍然是印度尼西亚、菲律宾和越南的主要关切。2015年，菲律宾主管部门取缔了近290个大麻种植园，其中多数种植园位于吕宋岛。该国还报告称，2016年缉获了大量的大麻（干叶）（1.3吨）。在缅甸缉获的大麻药草从2015年的约88千克增至2016年的约188千克。一些大麻药草被贩运到东亚，不过数量要少得多。中国缉获的大麻药草数量从2015年的约9吨降至2016年的不到600千克。日本在2016年缉获了近160千克大麻药草，而2015年则缉获105千克。大韩民国于2016年缉获了约21,000株大麻植物，而前一年的数量是7,000株。

588. 被贩运到该区域的可卡因的数量一直相当有限，原因是该物质的普遍使用率相对较低。但是，最近的缉获数据似乎显示其可得性提高了。2010年至2015年，东亚和东南亚的可卡因缉获量占亚洲缉获量的一半以上（56%）。具体而言，越南缉获可卡因的数量从2013年的2.4千克激增至2015年的178千克。中国于2016年缉获的可卡因总量达431千克，是2015年数量（98千克）的四倍多。该毒品主要以包裹形式被贩运到中国广东省和香港。大韩民国也注意到，2016年，该国缉获的从南美洲经阿拉伯联合酋长国贩运到该国的可卡因数量有所增加。2016年，中国香港缉获了约430千克可卡因，远多于前一年（227千克）。同时，日本和菲律宾报告的可卡因粉剂缉获量分别是113千克和70千克。

(b) 精神药物

589. 该区域的甲基苯丙胺市场继续进一步扩张。毒品和犯罪问题办公室称，2006年至2015年，东亚和东南亚的甲基苯丙胺年缉获量增长了五倍以上。此外，该区域2015年缉获的甲基苯丙胺总量（64吨）超过了北美缉获量（55吨）和所有其他区域，这使该区域成为全世界甲基苯丙胺缉获量最大的次区域。尽管这些增量可能体现了执法的成效，但也标志着该物质的贩运在不断升级。

590. 中国继续报告了该区域最大的甲基苯丙胺缉获量。该国缉获的甲基苯丙胺（片剂或结晶状）从2013年的19.5吨增至2015年的36.6吨。2016年报告了约31吨甲基苯丙胺的缉获量。几乎所有甲基苯丙胺片剂都是在该国毗邻金三角的西南部地区缉获的。

591. 2016年，菲律宾报告称，缉获了约2.2吨甲基苯丙胺，远高于过去五年的平均水平。日本也有类似趋势，2016年共缉获了1.5吨甲基苯丙胺，达到该国记录的第二高点。2016年，缅甸缉获了约2.5吨甲基苯丙胺，比2015年的数字（2.3吨）多200千克。尽管大韩民国缉获的甲基苯丙胺相对较少（2016年是28.6千克），但执法部门注意到，自2010年以来，货源呈现多样化（包括一些非洲国家和墨西哥的供货）。

592. 2015年，印度尼西亚报告称，缉获了大量甲基苯丙胺（4,420千克），而过去几年的年度缉获量是不足2,100千克。该国各主管部门称，海上贩运的结晶甲基苯丙胺的比例显著升高，从2013年的约4%增至2015年的80%。鉴于该国岛屿众多且海岸线绵长，该趋势带来了特殊挑战并要求给予特别关注。

593. 马来西亚越来越多地被用作将甲基苯丙胺贩运到该区域其他国家和大洋洲的转运国。2004年至2008年，国家官员们报告的年均缉获量是135千克。但是，自2009年以来，每年的年缉获量都激增至1吨以上。2015年，又缉获了1.1吨甲基苯丙胺。

594. 2015 年，该区域缉获的结晶甲基苯丙胺在重量上大于缉获的甲基苯丙胺片剂，这是自 2008 年以来的第一次。2016 年的数据显示，这一趋势还在继续。

595. 2015 年，该区域缉获了超过 34 吨结晶甲基苯丙胺，柬埔寨、中国、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、缅甸、大韩民国和越南报告了相当大的数量。大湄公河次区域的国家（柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国、缅甸、泰国、越南）仍然占这些缉获量的多数（75%）。同时，结晶甲基苯丙胺的零售价和平均纯度仍然居于高位。

596. 2015 年，该区域共缉获了 2.87 亿片甲基苯丙胺片剂。大多数缉获量是由大湄公河次区域的六个国家报告的。这些国家缉获的甲基苯丙胺片剂的平均纯度保持稳定。

597. 2015 年，老挝人民民主共和国缉获了大量甲基苯丙胺片剂（633 万片），几乎是 2014 年数字（383 万片）的两倍。尽管如此激增主要源于一起大规模缉获案，但自 2010 年以来缉获了大量甲基苯丙胺片剂说明，该国仍然是从金三角向外贩运片剂的一个主要过境国。

598. 近年来，柬埔寨经常被用作苯丙胺类兴奋剂的来源国、转运国和目的地国。该国报告的甲基苯丙胺缉获量显著增加，其中缉获的结晶甲基苯丙胺在 2015 年达到 73 千克的纪录高点，是 2013 年水平（32.5 千克）的两倍多。据观察，甲基苯丙胺片剂也有类似的趋势。2015 年，缉获了超过 260,000 片的甲基苯丙胺片剂，而 2013 年约为 170,000 片。

599. 该区域被捣毁的秘密合成药物制备点在数量和规模上都有所增加，这说明打击甲基苯丙胺非法制造的能力提高了。2015 年，中国南方各省捣毁了近 600 处非法制备点，比前一年多捣毁了 8%。这些制备点主要用于甲基苯丙胺的非法制造。各主管部门还指出，从事甲基苯丙胺和氯胺酮非法制造的有组织犯罪集团具备了更为先进的设备并且有更强的制造能力。

600. 由于一些个别缉获案涉及的毒品数量巨大，所以该区域每年缉获的“摇头丸”总量往往变化很大，也因此没有发现清楚的模式或趋势。最近报告的大型缉获案包括 2014 年在缅甸缉获的含 MDMA 的近 240 万片“摇头丸”和 2015 年在马来西亚缉获的 40 多万片“摇头丸”。据观察，马来西亚是在文莱达鲁萨兰国和印度尼西亚发现的“摇头丸”的主要装载点之一。2016 年，马来西亚捣毁了七处“摇头丸”压片制备点。印度尼西亚也报告称，2010 年至 2015 年大量缉获“摇头丸”，数量占该区域缉获量的一半以上。

(c) 前体

601. 尽管东亚和东南亚大量和越来越多地使用甲基苯丙胺，但近年来只有中国向麻管局报告了大量缉获麻黄碱和伪麻黄碱的情况。2015 年，该国报告缉获的麻黄碱（23.5 吨）几乎占该区域总量的全部。缉获的前体数量有限，这与关于该区域缉获甲基苯丙胺的数量的数据反差很大。

602. 向中国和缅甸贩运醋酸酐和其他前体化学品没有减退的趋势。2015 年，在中国缉获了 1.1 万公升以上的醋酸酐，在缅甸缉获了 60 公升。关于 2016 年中国毒品形势的年度报告显示，2016 年缉获了近 1,600 吨前体。2015 年和 2016 年，缅甸缉获了越来越多的咖啡因，即用于甲基苯丙胺片剂的掺杂剂。

603. 关于该区域内管制经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体和化学品情况的综合性述评，可参阅麻管局 2017 年关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告。

(d) 不受国际管制的物质

604. 2008 年至 2016 年，该区域的国家报告了近 170 种新型精神活性物质，其中多数是合成卡西酮和合成大麻素。

605. 若干合成类阿片剂、苯并二氮草类衍生物和一系列其他物质的出现表明, 新型精神活性物质日趋多样。它们往往以片剂形式出售, 作为“摇头丸”或者采用其他各种街头名称。卫生部门认为该趋势堪忧, 因为使用者往往不知道相关的健康风险。

606. 中国主管部门报告, 在 2015 年将 116 种新型精神活性物质列入附表之后, 制造和贩运新型精神活性物质的活动在一定程度上有所收敛。但是, 新的合法替代品以及甚至新开发的类似物的出现成为了规避法律和管制的手段。

607. 一些东亚和东南亚国家不断缉获大量氯胺酮。2015 年, 该区域的氯胺酮缉获量达到 20.4 吨, 占全球总量的 97%。2016 年, 中国继续报告了较大的缉获量 (10.4 吨)。缅甸缉获了约 940 千克氯胺酮。同年, 中国主管部门共捣毁了 113 处氯胺酮非法制备点。尽管制造的多数氯胺酮都是在当地消费, 但其中一些被贩运到中国澳门和香港以及该区域的其他国家。2016 年, 马来西亚主管部门捣毁了一个工业规模的氯胺酮非法制备点。据称, 中国滥用氯胺酮的情况在过去的六年中有所加剧。与此类似, 文莱达鲁萨兰国的政府专家指出, 该国氯胺酮使用自 2013 年以来已连续三年增长。

608. 一些国家继续报告缉获了大量卡痛叶和恰特草, 这两种都是基于植物的精神活性物质, 前者是在马来西亚、缅甸和泰国非法种植的。2015 年, 马来西亚缉获了约 29 吨的卡痛叶, 该数字是该国报告的最大量。泰国也缉获了近 28 吨卡痛叶。2016 年, 越南主管部门缉获了大量从南非进入该国、运往澳大利亚和美国的恰特草。2017 年 3 月, 中国在一次行动中缉获了 86 千克源自非洲经快递贩运的恰特草。

5. 滥用和治疗

609. 一些年来, 该区域的多数国家都在多方努力处理缺乏总人口滥用药物的定量数据问题。药物滥

用调查一般侧重于特定的人口群体, 例如已登记的用药者或接受治疗和康复服务的群体。由于印度尼西亚和菲律宾发布了 2015 年全国药物使用调查的结果, 缅甸在毒品和犯罪问题办公室的支助下开展了首次全国药物使用调查, 最近呈现出了一些积极的发展态势。麻管局注意到这些动态, 并鼓励毒品和犯罪问题办公室和其他国际组织继续提供这方面的技术援助, 同时考虑到新型精神活性物质在该区域的不断出现及其构成的健康威胁。

610. 政府专家们指出了观察到的滥用药物趋势, 毒品和犯罪问题办公室就此收集了定性资料, 通过这些资料可以概览该区域的状况。2015 年, 除泰国外的大湄公河次区域所有国家都发现滥用甲基苯丙胺片剂的现象有所加剧。同时, 东亚和东南亚的几乎所有国家 (印度尼西亚和日本除外) 都显示结晶甲基苯丙胺的滥用加剧。包括柬埔寨、中国、菲律宾、新加坡和越南在内的若干国家报告称, 在过去几年中可以看出结晶甲基苯丙胺的滥用持续增加。海洛因滥用仍然是一些国家 (缅甸、马来西亚和越南) 的主要关切, 据观察, 柬埔寨、马来西亚、泰国和越南在 2015 年的滥用情况呈上升趋势。

611. 对多数国家而言, 因滥用结晶甲基苯丙胺而接受治疗者占入院治疗者的比例最高。2015 年, 文莱达鲁萨兰国所有接受戒毒治疗者中有 90% 以上使用了结晶甲基苯丙胺。2014 年, 柬埔寨入院治疗的吸毒者中有四分之三使用了结晶甲基苯丙胺。

612. 一些国家的入院戒毒人数大增。例如, 柬埔寨的临时入院戒毒人数从 2011 年的约 1,000 人激增至 2015 年的近 5,000 人。缅甸的增幅与此相似, 进入戒毒治疗中心的总人数从 2011 年的不足 2,000 人增至 2015 年的略超过 7,500 人, 这是该国报告年度总人数最多的一次。

613. 印度尼西亚最新全国药物使用调查的结果表明, 据估计, 年龄在 10 至 59 岁的总人口中 2015 年有 0.6% 的人口至少使用过一次非法药物。大麻

仍然是主要受到关切的药物，年度流行率是 0.18%。第二大关切是甲基苯丙胺 (0.09%)。镇咳药右甲吗喃的滥用率迅速升高，而海洛因的滥用率降低。

614. 菲律宾 2015 年全国药物使用调查的结果显示，菲律宾有约 180 万吸毒者。大麻仍是该国除结晶甲基苯丙胺之外最广泛使用的药物。滥用结晶甲基苯丙胺仍然占毒品相关逮捕和入院治疗人数的大部分。最新的入院戒毒治疗数据(2016 年)显示，住院的接纳人数从 2015 年的约 5,400 人增至 2016 年的 6,000 余人。

615. 中国估计，至 2016 年底，该国有约 250 万已登记的吸毒者。多数已登记的吸毒者使用合成毒品 (60%)，而在所有使用者中约 38% 的人使用阿片剂，其余的人使用大麻和可卡因。近年来，该国合成毒品使用者的比例继续攀升，成为该国主要受到关切的吸毒人群。该趋势在新查明的吸毒者中尤为突出，其中 80% 以上的人在 2015 年使用了合成毒品。

616. 中国香港的最新数据显示，毒品使用的程度略微有所降低。报告的吸毒者总人数从 2013 年的约 10,200 人降至 2015 年的 9,000 人以下。尽管海洛因仍然是最常使用的药物，但结晶甲基苯丙胺使用者的数量达到近 2,200 人，略超过氯胺酮使用者的数量。

617. 老挝人民民主共和国省药物管制委员会估计，2015 年该国有约 65,000 至 70,000 名吸毒者，相当于总人口的 1%。甲基苯丙胺片剂仍是主要受到关切的药物。

618. 2010 年至 2015 年，越南已登记的吸毒者人数迅速上升，从约 143,000 人增至略超过 200,000 人。尽管海洛因使用者仍占已登记吸毒者的多数 (75%)，但近年来苯丙胺类兴奋剂使用者显著增加，并占新登记吸毒者的多数。毒品和犯罪问题办公室报告称，2015 年，约 24,000 人接受了戒毒治疗中心的强制戒毒治疗，且还有 25,000 名吸毒者接受了基于社区的治疗。

619. 海洛因仍是马来西亚受到关切的主要药物。但因使用苯丙胺而入院治疗的人数一直在增加。2015 年，在入院戒毒的人 (6,032 人) 中，约 4,300 人是因为使用了阿片剂，其次是使用了苯丙胺的人 (1,571 人)。2015 年，因戒除苯丙胺入院治疗的人数是前一年的 (839 人入院) 近两倍。

620. 近年来，泰国入院受戒毒治疗的人数显著减少，部分原因是政府推广了吸毒者的自愿治疗。入院戒毒的总人数从 2014 年的近 230,000 人降至 2015 年的约 120,000 人。接受治疗者报告称，甲基苯丙胺仍然是最常见的滥用药物，其次是大麻。2014 年，该国甲基苯丙胺使用者总人数估计为 289 万人，其中近 80% 的人报告滥用了甲基苯丙胺片剂。

621. 新加坡国家主管部门报告称，2016 年，新的吸毒者中有近三分之二是 30 岁以下，这凸显了该国青年吸毒的问题。甲基苯丙胺和海洛因仍然是两种最常使用的药物，其次是大麻。

南亚

1. 主要动态

622. 2016 年，非法制造、贩运和滥用甲基苯丙胺，以及转移和滥用含麻醉药品和精神药物的药物制剂的抬头仍然属于该地区的主要涉毒挑战。在印度，苯丙胺类兴奋剂的缉获量增至上一年数字的十倍。2016 年 11 月，印度缉获了大量甲喹酮 (23.5 吨)。2016 年，孟加拉国报告了该国历来最大的甲基苯丙胺片剂缉获量之一。此外，该地区继续特别容易发生阿片剂和海洛因贩运。2016 年，贩运到斯里兰卡的海洛因数量几乎增加了四倍。

2. 区域合作

623. 第四十次亚太国家禁毒执法机构负责官员会议于 2016 年 10 月 24 日至 27 日在科伦坡举行。

来自执法、外交和卫生部门的 150 多名与会者讨论了该地区毒品管制和治疗的情况，通过了若干专家建议，着重以下几个专题：国家和区域如何应对苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质日趋严峻的威胁；采取措施以确保在国家一级全面和平衡地减少药物需求以及预防和打击涉毒洗钱和非法资金流动的做法。

624. 作为海上犯罪问题印度洋论坛的一部分，斯里兰卡主办了印度洋区域国家安全和内政部长高级别会议，以打击公海的毒品贩运活动。这次会议于 2016 年 10 月 28 日和 29 日举行，重点在于制定该地区的行动优先事项与合作机制。

625. 在印度，海关中央委员会下属的财税情报总局于 2016 年 12 月 10 日在新德里主办了第四次区域海关执法会议。斯里兰卡、缅甸、孟加拉国、尼泊尔、不丹、毛里求斯和马尔代夫的海关执法负责官员和高级官员出席了这次会议。与会者分享了打击走私和逃税的经验并交换了除其他专题外，特别是有关走私黄金、印度伪钞、麻醉药品和精神药物、古玩和外币的作案手法的信息。

3. 国家立法、政策和行动

626. 不丹麻醉品管制局就涉毒问题举办了若干培训和能力建设活动。2017 年 1 月，来自全国各地的学校辅导员、非政府组织和政府组织在《科伦坡计划》的技术支持下，完成了麻醉品管制局于 2013 年发起的成瘾咨询普遍治疗认证计划最终的课程。2017 年 3 月，来自不丹各个活动中心的同侪顾问举行了预防成瘾的会议。2017 年 6 月，为帕罗机场的安保官员举办了关于毒品检测和毒品及烟草法律规定的培训和增强意识的活动。

627. 2017 年 4 月 11 日，德里高等法院就对贩运氯胺酮定罪提出的质疑在判决中坚持，根据 1985 年《麻醉药品和精神药物法》，氯胺酮属于精神药物。印度于 2011 年 2 月 10 日宣布将氯胺酮列入精神药物清单。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

628. 大麻是该地区最常种植、贩运和滥用的药物之一。印度执法机构报告，2013 年至 2015 年平均每年缉获 100 吨大麻。缉获大麻的起数从 2015 年的 8,130 例上升至 2016 年的 14,401 例，同期缉获的大麻数量从 94.4 吨上升至 294 吨，是 15 年内印度缉获大麻数量之最。2017 年上半年，缉获大麻约 45 吨。2016 年，执法机关铲除了 3,414 公顷非法种植的大麻，是 2010 年以来铲除面积最大的一次，是上一年铲除面积（331 公顷）的十倍。从尼泊尔向印度贩运大麻仍然是一项主要关切。

629. 2013 年以来，孟加拉国的大麻缉获呈现增长趋势。2016 年，该国缉获的大麻数量从 2015 年的 41 吨略增至 47 吨。孟加拉国有非法生产和消费大麻的历史，大麻仍然是该国主要的滥用药物。孟加拉国受到来自邻国印度和尼泊尔的大麻贩运活动的影响。

630. 尽管尼泊尔政府开展了铲除大麻的工作和运动，但非法种植活动在本报告所述期间仍在继续。尼泊尔和印度之间开放的边境容易受该区域大麻贩运活动的影响。2016 年，尼泊尔报告缉获超过 4.4 吨的大麻，而 2015 年大麻的缉获量为 6.6 吨。

631. 马尔代夫也成了将麻醉药品贩运到其他目的地的中转站。马尔代夫的地理位置和全国各地的多条海路使其成为便于向其他国家非法贩运毒品的转运点。药品通过海港和机场走私到马尔代夫。2016 年，马尔代夫缉获了 67.4 千克大麻。

632. 大麻是斯里兰卡唯一一种非法种植的植物性毒品。2011 年，斯里兰卡缉获 203 吨大麻，此后大麻缉获量一直在下降。2013 年，大麻缉获量大幅减少至 81.9 吨，2015 年更是下降至 6.56 吨。2016 年，大麻缉获量持续下降，为 4.17 吨。

633. 在印度，虽然大麻的缉获量大幅上升，但大麻脂的缉获量从 2015 年的 3.3 吨下降至 2016

年的 2.7 吨，而 2016 年的缉获案件较 2015 年上升 10%，达到 2,562 起。除了在国内生产大麻脂，尼泊尔也是印度境内贩运大麻脂的主要来源。

634. 2016 年，斯里兰卡缉获大约 40 千克的大麻脂。该国 2016 年逮捕了与毒品有关的 79,398 人，比上一年下降 4%。

635. 加德满都查获了通过货运和快递贩往东京的大麻脂。根据尼泊尔警方提供的信息，日本正成为该国犯罪集团贩运毒品的目的地。2016 年，尼泊尔缉获的大麻脂量增加到 1.9 吨以上，超过 2015 年的 1.5 吨。

636. 近年来，南亚区域一直受到南线利用率上升的影响，缉获的海洛因中，来自阿富汗的数量高于通常水平，尤其是在斯里兰卡（南线是有组织犯罪集团用于向南部输出阿富汗海洛因的一组贩运路线）。南线通常从巴基斯坦和伊朗伊斯兰共和国的港口开始。海洛因是斯里兰卡第二大常见的滥用药物。斯里兰卡并不制造海洛因和其他阿片剂。贩运至该国的海洛因数量持续上升，2016 年达到 207 千克，几乎是 2015 年 46.6 千克的五倍。

637. 2016 年，印度缉获的海洛因数量达到 1.67 吨，高于 2015 年报告的 1.42 吨。它是 20 年来印度报告的缉获海洛因数量之最。

638. 孟加拉国的海洛因贩运也出现了类似的增长，该国 2016 年缉获 266.8 千克海洛因，是 2015 年缉获的 108.7 千克的两倍以上。另一方面，尼泊尔缉获的海洛因数量从 2015 年的 6.4 千克下降至 2016 年的 3.7 千克。马尔代夫 2016 年缉获约 46.9 千克的海洛因。

639. 从 2010 年至 2015 年，印度缉获的鸦片数量下降。然而，2016 年的缉获量再次上升至 2.3 吨，比 2015 年缉获的 1.69 吨多 30%。同一时期缉获鸦片的起数也从 860 例增至 933 例，而吗啡缉获量从 2015 年记录的 61 千克下降至 2016 年的 28 千克。

640. 印度各机构利用卫星图像和现场调查结合当地情报收集来追踪和减少非法罂粟和大麻种植。印度捣毁的非法种植罂粟数量上升将近 90%，从 2015 年铲除的 1,401 公顷增加到 2016 年的 2,635 公顷，为五年之最。

641. 2016 年，尼泊尔主管部门以贩毒罪逮捕了 3,696 人，而 2015 年则逮捕了 2,656 人。尼泊尔麻醉品管制局报告，2016 年缉获 64.2 千克鸦片，较 2015 年缉获的 9.8 千克出现大幅增长。

642. 南亚的可卡因贩运活动一直有限。印度缉获的可卡因数量从 2015 年的 113 千克大幅下降至 2016 年的 28 千克。2015 年，斯里兰卡缉获大约 5.7 千克可卡因。2016 年，主管部门在科伦坡港缉获 928 千克海洛因，这些海洛因藏在装有一批从厄瓜多尔运来的木材的集装箱中。这批货物正运往印度，被缉获时正在该港转运。这是南亚执法机构有史以来缉获的最大一批可卡因。2016 年，斯里兰卡主管部门又数次缉获可卡因，总量约 500 千克。这些可卡因被藏在来自拉丁美洲的集装箱货物中。

643. 在孟加拉国，2016 年缉获的可卡因数量不足 1 千克。而 2015 年缉获的数量为 5.7 千克，是该国 2009 年以来首次报告缉获可卡因。在本报告所述期间，尼泊尔缉获的可卡因数量继续呈上升趋势。2012 年，尼泊尔报告了首例贩运可卡因的案件，此后该国的可卡因缉获量持续增长。2016 年，尼泊尔主管部门缉获 13.62 千克可卡因，是该国迄今缉获的最大一批，大大超过 2015 年缉获的 11 千克。马尔代夫于 2016 年缉获了大约 5 千克可卡因。

644. 基于可待因的止咳糖浆在孟加拉国被广泛滥用，并被大量走私至该国。2016 年，孟加拉国缉获 566,525 瓶基于可待因的制剂。这是 2010 年以来缉获数量最少的一次。丁丙诺啡（一种在《1971 年公约》下受管制的类阿片）和喷他佐辛等可注射合成类阿片剂继续被贩运至孟加拉国。2016 年缉获可注射药品从 2015 年的 86,172 安瓿骤增至 152,740 安瓿。

(b) 精神药物

645. 制造、贩运和滥用苯丙胺类兴奋剂仍然是该区域的一项挑战。根据印度麻醉品管制局的报告，2016年缉获的苯丙胺类兴奋剂数量增至上一年的十倍。2016年，印度在20起缉获中缉获1,687千克苯丙胺类兴奋剂，而在2015年，该国在21起案件中缉获166千克此类兴奋剂。

646. 印度的甲喹酮缉获量从2015年的89千克增至2016年的24.1吨。2016年11月，财税情报总局在该国内陆的拉贾斯坦邦一家秘密工厂缉获23.5吨甲喹酮，是印度最大的甲喹酮缉获量之一。

647. 2017年1月和2月，孟买警方的缉毒部门报告缉获若干甲氧麻黄酮。2017年1月29日，该部门报告缉获数量特别大的毒品，包括104千克甲氧麻黄酮和38克可卡因。2017年2月期间，孟买警方又报告了一系列甲氧麻黄酮缉获量较小的案件，从1千克到25千克不等。

648. 2017年4月，印度麻醉品管制局关闭了一家非法网上药店，缉获大量精神药物，包括阿普唑仑、苯丙胺、地西洋、氯硝西洋、劳拉西洋。根据《麻醉药品和精神药物法》，有两人在这次行动中被捕。

649. “yaba”（甲基苯丙胺）片继续从缅甸穿越东南部边境走私进入孟加拉国；自2010年以来，孟加拉国执法机构的缉获量迅速增加。孟加拉国麻醉品管制部报告，2016年缉获2,940万片甲基苯丙胺，是迄今该国最大的缉获量，超过此前2015年缉获2,010万片的最高水平。

650. 精神药物的贩运和滥用在尼泊尔继续加剧。2016年，该国缉获34,977安瓿地西洋和25,191安瓿丁丙诺啡。2017年1月至4月期间，执法机关缉获11,640安瓿地西洋和11,632安瓿丁丙诺啡。

(c) 前体

651. 在印度，麻黄碱和伪麻黄碱缉获量从2015年的827千克增加至2016年的21.27吨。这一大

幅增长主要是由于在据称涉及秘密制造苯丙胺类兴奋剂的一处设施中缉获20多吨麻黄碱。同一案件中还缉获2,661公升醋酸酐。2015年只报告了一例缉获醋酸酐的案件，总量为4公升。

652. 关于南亚地区管制经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体和化学品情况的综合性述评，可参阅麻管局2017年关于《1988年公约》第12条执行情况的报告。

(d) 不受国际管制的物质

653. 印度在2016年继续缉获氯胺酮。4月，财税情报总局仅在班加罗尔的一起案件中就缉获13.8千克氯胺酮和170.9千克阿普唑仑。

654. 新型精神活性物质的出现给该区域各国政府和执法机构带来独特和严峻的挑战。当务之急是加强该区域机构的执法和司法鉴定能力，以应对这一挑战。2016年，毒品和犯罪问题办公室就查明和检测新型精神活性物质为来自该区域的执法官员和法证专家举办能力建设讲习班。

5. 滥用和治疗

655. 由于缺少关于家庭使用药物的代表性调查和有关药物滥用的性质及程度的定期国家评估，因此很难持续追踪该区域的最新趋势。印度社会正义和赋权部组建了一个委员会，负责调查该国的药物使用和滥用情况。上一次这类调查是在2001年进行的。

656. 根据昌迪加尔医学教育和研究研究生院一项题为“旁遮普邦药物使用和依赖流行病学”的研究，在印度旁遮普邦，100,000至270,000人依赖类阿片剂，其中大部分为受教育程度低的年轻男性。他们平均年龄30岁，一半为单身。这一研究开展于2015年至2017年，并在2017年9月发布了结果。研究显示，参与调查的6,600名旁遮普人来自22个地区，其中88%依赖类阿片剂。终生依赖率达99%。研究确认，鸦片和罂粟壳是该邦滥用率最高的阿片，而注射类阿片则是滥用率第

二高的形式。根据这项研究，旁遮普有 78,000 人注射类阿片剂。在注射的类阿片剂当中，海洛因最常见 (61.6%)，其次是丁丙诺啡（用于治疗类阿片成瘾）。该研究发现，旁遮普的药物滥用和依赖问题严重，特别是农村地区。旁遮普有超过 22 个康复中心，每个地区至少有一个，还有超过 30 个所谓的戒毒中心。政府已经采取行动应对该邦的毒品问题，并表示计划整合戒毒中心和康复中心。

657. 在斯里兰卡，大麻和大麻脂、海洛因以及可卡因是 2016 年滥用率最高的毒品。登记的吸毒者中，估计有 200,000 人依赖大麻，而依赖类阿片的人数为 45,000 人。根据毒品滥用监测系统的信息，2016 年斯里兰卡估计有 2,355 人接受了针对受管制药物的戒毒治疗。与 2015 年的数字相比，接受治疗的吸毒者人数上升了 59%。他们的平均年龄为 34 岁，只有 1.5% 为女性。阿片和海洛因是他们寻求戒除的主要毒品。在报告的吸毒者总数当中，35% 在政府的治疗设施中，29% 参加了监狱的戒毒和康复方案，还有 20% 在由非政府组织运营的治疗设施中。

658. 根据斯里兰卡国家危险药物管制委员会的调查，该国依赖海洛因的 45,000 人中，大约有 2.5% 注射毒品。他们大部分居住在科伦坡和沿海地区。注射毒品的大部分人使用不止一种的毒品。根据该调查的结果，69% 的毒品注射者定期注射，31% 偶尔注射。

659. 马尔代夫的毒品滥用日趋增多。近年来，各种毒品在马尔代夫变得更易取得。海洛因和大麻油是该国大部分毒品依赖者最常滥用的毒品。

660. 基于可待因的止咳糖浆和含丁丙诺啡、地西洋及硝西洋等受管制物质的药剂在尼泊尔最常遭到滥用。

661. 2016 年，孟加拉国的私人治疗中心治疗了 12,815 名患有涉毒病症的病人，高于 2015 年的 9,987 人。“yaba”（甲基苯丙胺）片和基于可待因的制剂的滥用在孟加拉国继续广泛存在，并且仍在增多。

662. 不丹报告称，该国大多数吸毒者为年轻人，他们主要依赖大麻、地西洋和硝西洋等受管制物质以及基于可待因的止咳糖浆等制剂。

663. 2016 年 10 月至 12 月，不丹在 20 个地区开展了一项关于吸毒的全国调查。该调查不仅是不丹同类调查中最大型的一次，也是首次收集了青年的吸毒流行率数据。这项全国的吸毒调查在学校和大专学院，以及基于社区的背景中进行。调查发现，每五名学生中就有一人滥用大麻，每六名学生中有一名滥用溶剂。调查显示，青年开始摄入烟草和酒精的平均年龄分别为 14 岁和 15 岁。他们开始滥用大麻和其他非法药品的平均年龄为 16 岁。该研究由不丹麻醉品管制局协调展开。

西亚

1. 主要动态

664. 由于自阿富汗流出的阿片剂贩运，西亚继续面对毒品管制工作的重大挑战。阿富汗的非法罂粟种植面积占全球估计面积的三分之二，本身已经看到与非法种植、生产和消费阿片剂相关的社会、环境和经济成本日趋增长。此外，贩毒活动助长了塔利班和其他组织在国内操控的叛乱和恐怖主义活动，这对整个区域和世界其他地区都有潜在的溢出效应。

665. 虽然所谓的巴尔干路线仍然是从阿富汗向世界各地贩运阿片剂的主要通道，但另一条经过高加索国家的路线的使用日趋频繁。这是因为土耳其作为巴尔干路线上的国家之一，为应对移民和难民流动加强了对边境的控制。

666. 长期的冲突导致了近东和中东目前的不稳定，使得贩毒吸毒现象大幅增加，影响该地区的许多国家。最值得注意的是，伊拉克最近的扫毒

突袭和拘捕行动报告显示, 该国的毒品问题日趋严重, 而且有可能正向着在当地非法生产毒品转变。区域不稳定似乎也使得黎巴嫩的情况恶化, 据报告, 当地正非法生产大麻脂, 并有可能生产阿片。有迹象显示, 可卡因贩运活动增加, 影响到约旦、黎巴嫩、沙特阿拉伯、阿拉伯叙利亚共和国以及阿拉伯联合酋长国。根据关于也门毒品相关动态的十分有限的信息, 由于该国持续爆发冲突, 当地的贩毒活动也有增加。麻管局对近东和中东地区毒品与暴力之间不断强化的关联感到关切, 促请有关各国加强信息共享和区域及国际合作打击进出和经过该区域的贩毒流动。在这方面, 麻管局鼓励该区域各国利用国际社会包括毒品和犯罪问题办公室在边境管控、集装箱管制、反恐和依照法治加强刑事司法制度等领域执行的技术援助举措, 并呼吁国际捐助界支持该区域的此类举措。

667. 在西南亚, 阿富汗、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦继续面临着大麻贩运活动构成的各种挑战。此外, 有迹象显示, 在阿富汗和更广大的西南亚和中亚次区域, 合成毒品市场的活动有所增加。

668. 在西亚大部分国家, 收集和报告的有关贩运和滥用新型精神活性物质的信息相对有限。尽管如此, 2016 年的最新信息显示, 西亚的若干国家, 包括哈萨克斯坦、黎巴嫩、塔吉克斯坦和乌兹别克斯坦在内, 滥用新型精神活性物质特别是滥用合成大麻素的现象增加。该区域的许多国家继续存在贩运和滥用曲马多的情况, 这是一种不受国际管制的合成类阿片。

669. 该区域的大部分国家缺少开展全面和定期吸毒调查的资源。尽管类阿片仍然是西南亚和中东地区的主要关切问题, 但一些国家报告, 2016 年吸食海洛因的人数有所下降, 可能是由于吸毒者转而使用合成大麻素等新型精神活性物质。西南亚地区的甲基苯丙胺使用量增加, 引起人们关切, 并且越来越多的证据显示, 近东和中东各国存在贩运和滥用曲马多的现象。

2. 区域合作

670. 中亚国家继续加强打击贩毒活动的合作。2016 年, 中亚区域信息和协调中心协助哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、俄罗斯联邦和塔吉克斯坦的主管部门协调了七项国际禁毒行动, 最终截获从阿富汗运往塔吉克斯坦、从塔吉克斯坦通过吉尔吉斯斯坦运往俄罗斯联邦以及从吉尔吉斯斯坦运往哈萨克斯坦、俄罗斯联邦和立陶宛的毒品。在哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、立陶宛、俄罗斯联邦和塔吉克斯坦逮捕了 45 名跨国贩毒组织者和积极参与者, 缉获 192 千克毒品。

671. 2017 年 3 月 17 日, 安全理事会一致通过第 2344 (2017) 号决议, 将联阿援助团的任务期限延至 2018 年 3 月 17 日。在该决议中, 安全理事会促请各国在解决阿富汗毒品问题的过程中按照共同分担责任的原则, 加强国际和区域合作, 包括通过开展打击非法药物及前体化学品贩运活动的合作, 以消除阿富汗的非法药物生产、贩运和非法消费对国际社会构成的威胁, 而这些生产、贩运和消费行为大大增加了塔利班及其关联者的财政资源。在该决议中, 安理会还赞赏了巴黎公约倡议及其“巴黎 - 莫斯科”进程, 以及上海合作组织 (上合组织) 的努力。安全理事会着重指出了边境管理合作的重要性, 并欢迎联合国有关机构加强与欧洲安全与合作组织 (欧安组织)、集体安全条约组织和中亚区域信息和协调中心在这方面的合作。

672. 第十三次巴黎公约倡议政策咨商小组会议于 2017 年 2 月 1 日和 2 日在维也纳举行。来自 30 个国家和 11 个组织的 100 多人出席会议, 重点讨论了《维也纳宣言》——2012 年在维也纳举行的巴黎公约伙伴方打击源自阿富汗的阿片剂非法贩运问题第三次部长级会议的成果文件——的四大支柱, 即区域合作和倡议、防止非法资金流动、前体化学品和减少毒品需求。

673. 涉及阿富汗、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦的三方举措第十二次高官会议于 2017 年 2 月

3 日在维也纳举行，评估了在联合应对贩毒问题方面取得的进展，并讨论了今后在这方面的合作。三国重申了它们加强联合行动活动并收紧边境管制的承诺，包括在边防部队指挥官和禁毒警察之间建立边境会议机制，以交换信息和情报，以及安排三国的禁毒机构负责人举行定期会议。

674. 2017 年 3 月，三方举措国家的代表在坦桑尼亚联合共和国的桑给巴尔第一次与肯尼亚、马达加斯加、尼日利亚、塞舌尔、南非、坦桑尼亚联合共和国和阿拉伯联合酋长国等非洲和印度洋国家以及哥伦比亚的代表聚首，分享侦查、调查和破坏跨国有组织犯罪集团用于资助其活动筹资方法的区域间经验和最佳做法。会议结束时，专家建议应每六个月举行一次类似会议，以交流有关当前洗钱威胁的新情况、破坏有组织犯罪网络财政的新方法和技术援助优先事项。

675. 2017 年 4 月，获授权打击贩毒活动的上合组织成员国禁毒部门高官第七次会议在阿斯塔纳举行。与会者就上合组织成员国的药物管制情况、在打击贩毒方面发展国际合作的前景以及加强上合组织成员国禁毒部门实际互动的措施交换了意见。在这方面，各国官员强调需要支持和保护当前的国际药物管制制度，并采取适当措施以改善区域药物管制情况。

3. 国家立法、政策和行动

676. 亚美尼亚政府核准了一项 2017 年措施方案，旨在解决吸毒成瘾和打击贩毒。该方案包括一套针对防止、治疗和康复以及打击贩毒的全面措施。格鲁吉亚报告，该国政府已核准一项关于前体进出口的新规定。

677. 巴基斯坦禁毒部队在 2016 年采取多重举措解决贩毒问题，包括完成在巴基斯坦所有国际空港、海港和陆港的人员部署；继续与省级政府和联邦直辖部落地区主管部门协调铲除罂粟作物；

在各个区域局（开伯尔巴图克瓦省、北部省、旁遮普省、信德省和俾路支省）建立嗅探犬部门并培训人员，以打击贩运前体和毒品的活动。2016 年，主管部门还与澳大利亚、加拿大、法国、意大利、卡塔尔、南非、阿拉伯联合酋长国和美国的对口部门展开情报先行行动，结果缉获了海洛因、甲基苯丙胺和其他物质。

678. 2016 年 6 月，乌兹别克斯坦部长内阁通过一项法令，核准了关于携带个人自用药物，包括含有麻醉药品和精神药物的药物的新规则。

679. 2017 年 7 月 9 日至 14 日，阿富汗政府在毒品和犯罪问题办公室协助下，举办了题为“全国禁毒总动员”的运动，以提高公众对生产和贩运毒品相关危险的认识。运动第一天举办了一场全国活动，有 200 多人参加，其中包括第二副总统、各部长、宗教学者、国民议会议员以及来自国家组织、国际组织和民间社会的代表。发言者讨论了解决毒品问题的各种挑战，并呼吁国家、区域和全球努力克服这些挑战。这场全国动员运动重点关注了政府的责任和行动、妇女事务、社区参与、宗教平台以及与发展部门接触等问题。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

680. 如本报告第二章 E 节所述，麻管局对阿富汗过去两年罂粟非法种植和阿片生产量大幅增加极为关切。根据毒品和犯罪问题办公室与该国内政部于 2017 年 11 月 15 日发布的《2017 年阿富汗阿片调查》，阿富汗阿片产量 2017 年达到了 9,000 吨的创纪录水平，与 2016 年相比增加了 87%。罂粟种植面积 2017 年也大为增加，涨幅接近 63%，达到 328,000 公顷。这是有记录以来最大的罂粟种植面积和阿片生产量。根据这一《调查》，产量增加的主要原因是罂粟种植面积的扩大以及阿片每公顷单位收成的提高。

681. 罂粟种植扩展进入了新的地区，使受此类种植影响的省份从 21 个增加为 24 个。《调查》还指出，几乎所有的罂粟种植主要省份的种植面积都有大幅度增加，包括赫尔曼德省（增加 63,700 公顷，即 79%）、巴尔赫省（增加 10,000 公顷，即 37%）、坎大哈省（增加 7,500 公顷，即 37%）、尼姆鲁兹省（增加 6,200 公顷，即 116%）和乌鲁兹省（增加 6,000 公顷，即 39%）。大部分种植位于该国南部地区（约占种植总面积的 60%），其次是西部（17%）、北部（13%）和东部（7%）。

682. 2017 年 5 月，毒品和犯罪问题办公室与阿富汗禁毒部发布了《2016 年阿富汗阿片调查》专门阐述阿片生产环境中可持续发展问题的章节。根据该报告，非法药物作物种植和毒品生产对阿富汗的经济、环境和社会发展的影响是多方面的。非法药物种植和毒品生产形成了一种影响农村社会的非法经济，使其在很大程度上依赖种植罂粟获取的收入。由于土地管理不善，农业生产也受到影 响。而且，与消费阿片剂有关的社会和经济成本日益增加，由吸毒者、其家庭和全体社会承担。

683. 另外，根据《2016 年阿富汗阿片调查》有关阿片生产环境中可持续发展问题这一章节，阿富汗生产的阿片剂的价值估计占该国国内生产总值的 16%，并超过其整个农业部门产量的三分之二。2016 年，非法阿片剂经济的价值估计为 30.2 亿美元，几乎是 2015 年的两倍。

684. 2016 年 12 月 26 日，阿富汗总统及若干部长和政府高级官员与 34 名省长和官员举行视频会议，讨论 2017 年禁毒和铲除罂粟拟议行动。在视频会议中，总统下令 34 个省的民事和国家军事机关加强打击毒品的行动。他还提到“阿富汗全国禁毒行动计划（2015-2019 年）”和计划中每年铲除非法罂粟种植的 5% 的目标。总统补充说，2017 年的铲除罂粟方案已经得到国家安全委员会的核准，铲除面积目标高于 2016 年。如本报告第二章 E 节所述，阿富汗于 2017 年 3

月开始了年度罂粟铲除工作。结果，2017 年共捣毁了 750 公顷的罂粟种植地。虽然铲除面积比 2016 年铲除的 355 公顷增加了 111%，但总数微不足道，铲除面积还不到种植总面积 1% 的四分之一。

685. 在阿富汗，非法生产和贩运毒品的情况大多出现在国家机构力量薄弱或是因为不断恶化的安全局势而无法全面控制的地区，尽管贩运不限定在叛乱分子控制的地区。根据分析支助和制裁监察组依照安全理事会第 2255 (2015) 号决议提交的关于塔利班和其他有关个人及实体对阿富汗和平、稳定和安全构成的威胁的第八次报告，¹⁰⁴ 阿富汗目前高达 90% 的毒品生产在塔利班控制的地区进行。根据麻管局 2016 年年度报告，阿富汗的毒品价值和非法产量在 2016 年显著增加，塔利班从毒品贸易中获得的收入也是一样。这补偿了塔利班 2016 年外部资源收入略微下降的损失。分析支助和制裁监察组在第八次报告中还表示，塔利班如今直接参与非法生产、加工和贩运几乎所有自阿富汗生产和贩运出的毒品，而非只是对这些活动“征税”而已。¹⁰⁵

686. 巴尔干路线依然是世界上贩运阿富汗阿片剂的主要路线。该路线始于阿富汗，经伊朗伊斯兰共和国和土耳其，到达欧洲。全球缉获的海洛因中有 40% 来自沿线国家。同时，根据毒品和犯罪问题办公室，近年来另一条路线的重要性开始上升。这条路线经过高加索国家亚美尼亚、阿塞拜疆和格鲁吉亚，然后继续跨过黑海直至乌克兰和罗马尼亚。由于经由土耳其前往欧盟国家的移民和难民流动受到土耳其执法机构更大关注，因此贩运者可能已经更为频繁地使用这一路线。

687. 亚美尼亚报告，2016 年缉获的贩运至该国的可卡因、阿片和大麻脂数量上升。这些毒品主要来自南美洲国家（可卡因）和伊朗伊斯兰共和

¹⁰⁴ 见 S/2017/409。

¹⁰⁵ 同上。

国（大麻脂和阿片）。亚美尼亚主管部门同俄罗斯联邦主管部门合作，捣毁了多条从伊朗伊斯兰共和国经亚美尼亚贩运毒品的路线。

688. 格鲁吉亚报告，其领土上存在非法种植野生大麻供个人消费的现象。据报告，进入该国的海洛因主要来自阿塞拜疆和土耳其。另外，格鲁吉亚贩运速百腾和苏非酮等含有丁丙诺啡制剂的情况增加，它们主要来自欧洲国家。

689. 阿富汗的阿片剂继续通过另外两条主要路线向外贩运：南线，途经南亚、海湾地区、近东和中东的其他地区以及非洲；北线，途经中亚直至俄罗斯联邦。

690. 伊朗伊斯兰共和国报告，涉及毒品贩运者使用海路的事件较少，因为该国近两年已经加强了稽查措施。伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦继续面临来自邻国阿富汗的阿片剂和大麻的贩运问题。

691. 2016 年，巴基斯坦的非法罂粟种植面积为 1,599 公顷，经由政府一年的努力，其中 1,470 公顷被铲除。同时，巴基斯坦报告，阿片缉获量增加 10%（2016 年缉获 64.6 吨，而 2015 年缉获 58.9 吨），海洛因缉获量增加 42%（2016 年缉获 23.1 吨，而 2015 年缉获 16.3 吨）。

692. 伊拉克的贩毒问题日益引起人们的关切。2016 年的扫毒突袭和逮捕行动报告显示，该国的毒品问题日趋严重，并有可能正向着非法毒品生产活动增加的方向转变。根据报告，存在非法种植罂粟和大麻的现象。2016 年 10 月，安全部队报告，在埃尔比勒发现一座 6.5 公顷的罂粟农场。

693. 乌兹别克斯坦报告，2016 年阿片缉获量增加将近 64%，达 1.4 吨，而 2015 年的缉获量为 863 千克。同一时期内，乌兹别克斯坦的海洛因缉获量下降 41%，2016 年为 108 千克，而 2015 年的缉获量为 148 千克。塔吉克斯坦报告，2016 年缉获阿片剂 700 千克，较 2015 年缉获的 1.6 吨下降将近 56%。

694. 2016 年，哈萨克斯坦和乌兹别克斯坦开展了打击毒品贩运和铲除非法种植含麻醉药物的作物的年度运动。最终，哈萨克斯坦缉获了 33.5 吨毒品，包括 52 千克海洛因、110 千克大麻脂和 32.5 吨大麻药草。乌兹别克斯坦缉获 1.3 吨毒品，包括 3.4 千克海洛因、49.3 千克阿片、46 千克大麻脂、462 千克大麻药草和 760 千克罂粟草。乌兹别克斯坦报告，所谓的匿名走私活动大幅增加，即走私者将包装好的毒品埋在地下或将毒品藏匿在边境地区，由其他贩毒者取走继续运输。

695. 虽然西亚的可卡因市场比世界其他区域的市场要小，但西亚的可卡因贩运活动仍在增加。2010-2015 年期间，近东和中东（主要是约旦、黎巴嫩、阿拉伯叙利亚共和国和阿拉伯联合酋长国）的可卡因缉获量占亚洲总缉获量的 40% 左右。2016 年，黎巴嫩、巴基斯坦和沙特阿拉伯报告多起可卡因缉获。以色列和黎巴嫩是该区域最常提到的可卡因贩运活动目的国。2016 年 10 月缉获的两起数量最大的可卡因，一起重 18 千克，于巴西圣保罗国际机场被缉获，另一起重 24.5 千克，于巴黎戴高乐机场被缉获，目的地均为黎巴嫩。报告显示，沙特阿拉伯的阿卜杜拉国王港已成为南美洲可卡因的转运点。

696. 尼日利亚的犯罪集团似乎活跃于中东和北非。尼日利亚国家禁毒执法机构报告，本报告所述期间在穆尔塔拉·穆罕默德国际机场逮捕三名女性送货员。她们携重量从 300 克至 1.6 千克不等的可卡因前往沙特阿拉伯时被抓获。

697. 2010-2015 年期间，阿富汗、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦注意到大麻脂缉获量大幅增加。2016 年，伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦都报告说，它们继续面临源自邻国阿富汗的大麻药草和大麻脂的贩运问题。

698. 黎巴嫩是西亚另一个继续生产大麻脂的国家。黎巴嫩的大麻脂主要贩运到塞浦路斯、埃及、以色列、约旦、阿拉伯叙利亚共和国和土耳其。黎巴嫩也仍然是世界上五大大麻药草生产国

之一。2016年,黎巴嫩主管部门缉获7.6吨大麻脂。2017年头五个月中,黎巴嫩数次缉获大量大麻脂,其中一起重5.5吨,藏在运往欧洲的苹果中,另一起重将近500千克,藏在运往加拿大的肥皂盒中。另外还有报告称(其中一些是基于政府官员的发言),贝卡谷地的大麻种植面积扩大,因为政府根除这项产业的努力大大减弱。过去,每年收获前都会执行年度铲除方案。

(b) 精神药物

699. 2017年1月27日,毒品和犯罪问题办公室发布了对阿富汗合成毒品情况的首次评估。根据报告,有迹象显示,在阿富汗和更广大的西南亚和中亚次区域,合成毒品市场的活动增加。虽然数据和信息仍然很少,但报告显示,不仅在阿富汗缉获了更多的甲基苯丙胺,而且该国西部地区可能开办有非法制造设施。报告强调,鉴于阿富汗存在着合成毒品,必须加强数据收集和监测。虽然阿富汗建立了关于阿片剂的报告机制,但由于不同执法机构使用不同的报告格式,因此关于甲基苯丙胺缉获量的数据可能并不完整。阿富汗当前的国家药物管制法对贩运甲基苯丙胺的处罚要比对贩运海洛因或可卡因等其他毒品的处罚轻得多。

700. 虽然阿富汗日渐成为非法生产甲基苯丙胺的源头,但伊朗伊斯兰共和国报告称,经由其领土贩运的甲基苯丙胺数量下降,这部分是由于该国在边境采取了更强有力的行动,包括打击前体贩运。亚美尼亚报告,2016年缉获的甲基苯丙胺数量上升,主要从伊朗伊斯兰共和国贩运而来。

701. 中东局势动荡,冲突频仍,再加上缺少监测,导致制造假“芬乃他林”¹⁰⁶大幅增加。

¹⁰⁶“芬乃他林”原本是包含合成兴奋剂药物“芬乙茶碱”的一种药物制剂的正式商品名。在如今西亚各地缉获中所遇到的和本报告提及的称为“芬乃他林”是一种假药,被压制成与正品芬乃他林外观类似但又不同的药丸或药片。假冒“芬乃他林”的活性成分是苯丙胺,通常加入了咖啡因等多种掺杂剂。

据信,不稳定也是“芬乃他林”的非法制造从东南欧大规模转移至黎巴嫩和阿拉伯叙利亚共和国背后的原因。此外,在该区域似乎也可以取得制造“芬乃他林”所需的前体。虽然数据不多,但媒体报道了数例缉获量较大的案件:2016年底,在黎巴嫩的黎波里港缉获运往沙特阿拉伯的100万粒“芬乃他林”药丸;2017年7月,在贝鲁特-拉菲克·哈里里国际机场缉获运往阿曼的100万颗药片;2017年8月在贝鲁特港缉获运往尼日利亚的250,000粒药丸。法国戴高乐机场首次缉获来自黎巴嫩的“芬乃他林”(2017年1月的一起案件中缉获70千克,2017年2月的另一起案件中缉获67千克)。调查显示,其中一起缉获,是经捷克和土耳其最终运往沙特阿拉伯。2016年10月,黎巴嫩主管部门在贝鲁特-拉菲克·哈里里国际机场截获一批源自印度的“芬乃他林”制造工具。黎巴嫩安全部队报告,2016年缉获1,270万片“芬乃他林”。

702. 尽管中东报告的合成毒品缉获量大部分来自黎巴嫩和阿拉伯叙利亚共和国,但有人关切伊拉克也在制造苯丙胺类兴奋剂(特别是“芬乃他林”)。2017年4月,警方突袭了该国北部基尔库克的一间毒品制备点,逮捕两名嫌疑犯并缉获51箱“芬乃他林”药片。

703. 甲基苯丙胺非法市场继续在海湾国家,特别是科威特、沙特阿拉伯和阿拉伯联合酋长国运作。2017年5月,沙特阿拉伯的边防卫队报告,在靠近约旦边境的焦夫省截获藏在米袋中的210万粒“芬乃他林”药丸。阿拉伯联合酋长国警方2017年2月在迪拜截获116千克“芬乃他林”,2017年5月又截获另一批100万粒,两批货均以阿拉伯联合酋长国为最终目的地。

704. 约旦主管部门报告,在安曼附近一座房屋中,缉获藏在滚筒式干衣机里的1,300多万粒“芬乃他林”药丸,创下了纪录。

(c) 前体化学品

705. 西亚仍然是经合法贸易转移前体化学品的目标地,例如醋酸酐(用于制造海洛因)、麻黄碱、伪麻黄碱、P-2-P、苯乙酸(用于制造苯丙胺类兴奋剂)等。

706. 关于阿富汗的前体缉获情况,近年来的下降趋势在 2016 年出现反转。固体前体化学品的缉获量从 2015 年的 1.7 吨再次增长到 2016 年的将近 72 吨,液体前体化学品的缉获量则从 2015 年的 3,900 公升增加至 2016 年的 15,000 公升,显示该国毒品非法生产有可能增加。

707. 尽管根据阿富汗 2015 年的正式报告,只捣毁了一个甲基苯丙胺制备点,但麻黄碱和伪麻黄碱等可用于制造甲基苯丙胺的前体在该国仍可以广泛获得。阿富汗合法进口麻黄碱和伪麻黄碱,另外还有一些可能已经通过不受控制的边境区段进入该国。在阿富汗还可以取得药物制剂形式的麻黄碱和伪麻黄碱。同时,由于未能有效收集信息,因此缺少关于这些物质缉获量的官方数据,尽管在阿富汗境内将这些物质转用于生产苯丙胺类兴奋剂的风险很高。

708. 如麻管局 2016 年年度报告所述,2016 年 10 月启动了麻管局棱晶项目的有时限行动,名为“缺失的环节”,目的是填补以下方面的资料空白:用于非法制造假“芬乃他林”片的表列和非表列化学品的类型和来源、它们如何流入秘密制备点、参与其中的贩运组织及其之间的任何联系。该行动于 2017 年 1 月中旬结束,有若干发现。黎巴嫩主管部门通报麻管局,缉获甲基缩水甘油酸(2-甲基-3-苯基缩水甘油酸,甲酯)衍生物,这是欧洲以外地区首次报告缉获非表列“人造”苯丙胺前体化学品。此外,通过对在该区域缉获的“芬乃他林”的法医分析,确定其中含有微量 α -苯基乙酰基乙腈(APAAN),这是 P-2-P 的一种直接前体和苯丙胺及甲基苯丙胺的前前体。

709. 关于西亚前体管制情况的进一步详细信息,可参阅麻管局 2017 年关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告。

(d) 不受国际管制的物质

710. 在西亚的大部分国家中,收集和报告的有关贩运和滥用新型精神活性物质的信息相对有限。2016 年的最新信息显示,滥用新型精神活性物质,特别是滥用合成大麻素,在该地区的若干国家中均有增加。在格鲁吉亚,新型精神活性物质由欧洲国家贩运至该国,其滥用正在年轻人中蔓延。哈萨克斯坦报告了一种新趋势:30 岁以下的年轻人因为滥用合成大麻素而被转介医疗救护,特别是在阿拉木图、阿斯塔纳和巴甫洛达尔等较大的城市。同样,乌兹别克斯坦报告了涉及消费含在所谓“香料”产品中的合成大麻素的事件。塔吉克斯坦首次缉获含有合成大麻素 QCBL-2201 (5F-PB-22) 的混合烟草。黎巴嫩出现新的药物滥用模式,特别是滥用植物鼠尾草(*Salvia divinorum*)和合成大麻素。此外,在黎巴嫩的中学破获了滥用普瑞巴林和伽马羟丁酸(GHB)的新案件,前者是一种具有放松特性的药物,被广泛用于治疗癫痫、神经痛和焦虑,后者是被列入《1971 年公约》表二的一种镇静安眠药。

711. 由于近期在非法市场上查获的中枢神经系统抑制剂数量增多,尤其是苯并二氮草,所以该区域的一些国家已经将很多此类物质置于国家管制之下。因此,土耳其对阿地唑仑、脱氯依替唑仑、二氯地西洋、氟溴西洋、氟溴唑仑、甲氯硝西洋和吡唑仑实行国家管制;阿拉伯联合酋长国也对二氯地西洋、依替唑仑、氟溴西洋和吡唑仑实行国家管制。

712. 该地区一些国家仍然存在贩运和滥用处方药物曲马多的现象,这是一种不受国际管制的合成类阿片。在阿拉伯联合酋长国,2017 年 6 月,警方逮捕了两名持有 11 万粒曲马多药丸的男子,而海关部门报告,2016 年在杰贝阿里港缉获 70

万粒曲马多药丸。根据黎巴嫩主管部门提供的信息，2016年该国缉获100万粒曲马多药丸。

5. 滥用和治疗

713. 该区域大部分国家缺少开展全面和定期吸毒调查的可用资源，因此很难全面分析整个区域的毒品滥用率和趋势。尽管如此，各国的国别报告可能揭示出一些可能的发展并指出该区域的整体趋势。

714. 尽管类阿片滥用仍然是西南亚和中亚的重大关切，但哈萨克斯坦、乌兹别克斯坦和其他数个国家报告，2016年滥用海洛因的人数下降，因为大麻素等其他类型的精神活性药物取代了海洛因。

715. 在中亚、高加索和西南亚，注射吸毒的流行率高于全球平均水平。同时，塔吉克斯坦和乌兹别克斯坦报告称，2016年注射吸毒的人数有所下降。在西亚范围内，西南亚注射吸毒人群中的艾滋病毒感染率最高，达28.5%，几乎是全球平均感染率13.1%的两倍。

716. 另外，西南亚地区对于甲基苯丙胺使用的关切也在增加。阿富汗报告，根据国内部分地区的执法机构、保健服务提供者和治疗中心的报告，2016年滥用合成毒品增加。数据显示，导致增加的主要原因可能如上文第4节中讨论过的那样，由于走私和当地存在的非法生产可能扩大了阿富汗的合成毒品市场，因此阿片剂使用者对甲基苯丙胺的使用增加。

717. 正如上文第4节所报告的那样，越来越多的证据显示，近东和中东地区存在贩运和滥用曲马多的现象，特别是在约旦、黎巴嫩和沙特阿拉伯。该区域的许多国家，包括巴林、伊朗伊斯兰共和国、约旦、卡塔尔和沙特阿拉伯在内，已经将曲马多纳入国家管制范围，以应对增加的滥用风险。

718. 麻管局敦促该区域各国调拨充分的人力、资金和体制资源，为人口中所有受影响部分包括妇女

和青年改善获得吸毒治疗的机会，加强有效收集信息的机制，包括以公认的方法开展综合性全国吸毒调查，以便评估吸毒的程度和模式。麻管局指出，有效评估该区域各国的吸毒程度能够生成信息，用以制定循证政策和设计预防、治疗、康复及其他服务。在这方面，麻管局敦促所有相关利益攸关方，包括国际组织和伙伴国政府，为该区域各国设计和开展此类调查提供资金和技术咨询支助。

D. 欧洲

1. 主要动态

719. 欧洲非法药物市场的供货是本地栽种和制造的药物及从世界其他地方贩运进欧洲的药物。仅在欧洲联盟中，非法药物市场估计每年产生240亿欧元的利润，意味着贩运毒品是欧洲联盟内创收最多的犯罪活动。活跃于欧洲联盟内的犯罪集团，有三分之一以上从事非法药物的制造、贩运和销售，从事涉毒犯罪的有组织犯罪集团有三分之二也参与了其他犯罪活动。这些犯罪集团越来越依赖新技术，包括利用网上市场和加密货币销售非法药物，目的是提高其非法活动的效率和逃避检查。

720. 据欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心称，欧洲年度毒品缉获案件超过了100万起。2015年，大麻缉获量占有所有缉获量的71%，其次是可卡因(9%)、苯丙胺(5%)、海洛因(5%)、3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺(MDMA(“摇头丸”))(2%)和其他毒品(8%)。关于涉及前体化学品的非法活动，麻管局注意到，在本报告所述期间，欧洲联盟若干国家查明的涉及醋酸酐的转移企图大量增加。

721. 据估计，欧洲联盟总人口有四分之一以上(9,300多万15至64岁的人)一生中至少尝试过一次非法药物。欧洲联盟的大麻滥用流行率约比其他非法物质高五倍。在本报告所述期间，强效“摇头丸”产品与合成类阿片的供应和滥

用继续增加。欧洲联盟主管部门非常关切药物过量致死的人数不断增加，特别是与海洛因和其他类阿片有关的死亡，在欧盟内已经连续三年增长。

722. 所谓的巴尔干路线是东欧毒品贩运走廊的主要通道。在巴尔干路线上，类阿片药物从阿富汗、巴基斯坦和伊朗伊斯兰共和国（按数量递减顺序排列）的原产地，通过土耳其和巴尔干半岛，贩运到中欧和西欧。巴尔干路线有几条经常改变的支线，但主要路线穿越保加利亚、塞尔维亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、克罗地亚、斯洛文尼亚及奥地利，而穿越前南斯拉夫的马其顿共和国和科索沃¹⁰⁷的一条较小的支线则用于存储和重新包装。合成药物的走向则相反，从西欧走私而来。阿尔巴尼亚的犯罪集团与希腊、意大利、科索沃、黑山、塞尔维亚、前南斯拉夫的马其顿共和国及土耳其境内的犯罪集团密切合作。

723. 新型精神活性物质，常常作为被滥用的受管制物质的“合法”替代品推向市场，其贩运和滥用在欧洲仍然是一个相当大的公众健康难题。2016年，有66种新型精神活性物质通过欧洲预警系统第一次被查出，与2015年第一次查出的98种物质相比有所减少。欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心至2016年年底所监测的新型精神活性物质的总数超过620种。据毒品和犯罪问题办公室说，在2009年以来全世界查出的所有新型精神活性物质中，内含80多种的一组此类物质在全球市场上顽固存在，每年都有相关报告。

724. 至于药物管制的最新发展情况，麻管局注意到欧洲联盟各成员国目前就大麻管控相关问题，包括为医用提供大麻和允许为非医疗用途生产大麻开展的讨论。在这方面，麻管局注意到，欧洲联盟内没有允许此种非医疗使用或所谓“娱乐”使用的立法（见下文第737和738段）。

¹⁰⁷ 本报告凡提到科索沃之处都应当参照安全理事会第1244(1999)号决议理解。

2. 区域合作

725. 2016年11月，东欧整治新型精神活性物质执法合作区域圆桌会议在布加勒斯特召开，欧安组织各国、麻管局及毒品和犯罪问题办公室参加了会议。联合侦查技术和共用数据收集系统的优势也出现在所讨论的专题中。

726. 欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心继续与欧洲联盟候选成员国和潜在候选成员国开展积极合作，例如，协助阿尔巴尼亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、塞尔维亚、前南斯拉夫的马其顿共和国及科索沃，按照欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心的准则，发展它们的内部预警系统。

727. 欧洲委员会打击麻醉品滥用和非法贩运合作小组（蓬皮杜小组）继续协助其成员国制订多学科循证药物政策，在欧洲联盟国家与非欧洲联盟国家之间、在欧洲联盟国家与地中海区域邻国之间发挥桥梁作用。2017年，蓬皮杜小组的活动除其他外侧重于为来自政府及公共机构负责制订和落实与减少新型精神活性物质需求有关的药物政策的管理人员提供培训。

728. 2017年，在集体安全条约组织的主持下开展了“渠道-西部屏障”行动。亚美尼亚、白俄罗斯、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、俄罗斯联邦和塔吉克斯坦执法机关及观察员国阿富汗、中国、伊朗伊斯兰共和国、立陶宛和波兰的主管机关的30,000多名雇员，以及国际刑警组织成员国的金融情报单位、中亚区域非法贩运信息和协调中心和欧安组织参加了这一行动。缉获了超过16.8吨的麻醉药品和精神药物，主要包括15.5吨阿片、约647千克大麻脂、60千克大麻药草、40千克海洛因和220千克合成麻醉药品。

729. 欧洲国家禁毒执法机构负责官员第十二次会议，2017年6月27日至30日在维也纳召开。来自33个国家的90多名人员讨论了药物领域区域和次区域合作方面的现状。会议涵盖一系列广泛的问题，设立四个工作组负责下列专题：

(a) 利用互联网开展涉毒活动；(b) 作为促进公众健康和公共安全需要减少战略，对某些罪行实施监禁以外的替代措施；(c) 把性别平等视角纳入涉毒政策和方案；(d) 洗钱、非法资金流动及有效的反制措施。

730. 2015年11月，在毒品和犯罪问题办公室维也纳总部举行的方案指导委员会第七次特别会议推出了毒品和犯罪问题办公室2016-2019年期间东南欧区域方案。目前正与该区域各国政府及欧洲联盟有关机构和区域组织密切合作、合伙实施该方案。该区域方案有三个支柱：有组织犯罪与贩运；司法与法治以及减少药物需求。毒品和犯罪问题办公室在该区域的优先事项是打击洗钱和打击资助恐怖主义，并且在本报告所述期间，还在波斯尼亚和黑塞哥维那派驻一名区域顾问以提供这方面的支持。

731. 2017年2月，在慕尼黑安全会议间隙，欧洲联盟高级别代表和阿富汗政府高级别代表签署了《伙伴关系与发展合作协定》。该《合作协定》正式申明欧洲联盟承诺致力于阿富汗在“转变十年”（2014-2024年）的发展，涉及一系列广泛的政治经济问题，诸如法治、农村发展、卫生与教育，还涉及了打击腐败、洗钱和涉毒犯罪的行动。

3. 国家立法、政策和行动

732. 在本报告所述期间，欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心出版了多种专门出版物、技术报告、调查报告和概述，涵盖了广泛的药物管制相关专题，包括欧洲联盟与减少毒品供应有关的政策和措施；欧洲国家关于大麻的立法；对贩毒的惩罚；高风险的药物使用与新型精神活性物质以及欧洲区域涉毒传染病。

733. 2016年11月，欧洲联盟司法协调机构（欧洲司法）与欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心推出了一份联合出版物，题为“欧洲的新型精神活性物质：立法与起诉——当前的挑战与化解方

案”。根据该出版物，已订立的药物管制法律近年来力争处理新型精神活性物质日益扩展的市场问题。欧洲联盟处理新型精神活性物质的法律对策基于侧重与消费者或健康保护有关的药品或药物供给的现行法律，或者基于某些国家政府推出的新型创新立法。

734. 2016年，奥地利政府通过了《成瘾预防战略》，目的是建立一个尽可能没有毒瘾的社会，把成瘾当作一种健康状态处理，支持以治疗代替惩罚的原则。

735. 在塞浦路斯，2016年末，议会通过了1977年《麻醉药品和精神药物法》的三份修正案，以修订和整合该法的第一个表，更换“大麻”一词以便把工业大麻排除在法律定义之外，还通过了1979年《麻醉药品和精神药物条例》的一项修正案，以便把瑞芬太尼列入《条例》的表2。

736. 2016年，瑞士把35种新型精神活性物质添加到其麻醉药物清单上，爱沙尼亚在其麻醉药品和精神药物清单表一中添加了7种新型精神活性物质，即4-AcO-DMT、2C-P、乙烯酮、5F-AMB、呋喃芬太尼、W-18及5F-MDMB-PINACA。2016年，爱沙尼亚在其麻醉药品和精神药物清单表六中添加了15组物质，即金刚酰吡啶、苯甲酰吡啶、苯乙双胍、芬太尼类化合物、苯乙基乙酰吡啶、吡啶甲酰胺、吡啶甲酰胺、卡西酮、萘甲酰吡啶、萘甲酰吡咯、萘基亚甲基苄、萘甲酰甲基吡啶、色胺、环己基苯酚以及环丙基羰基吡啶。

737. 2017年3月，欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心出版一份报告，题为“欧洲大麻立法：综述”。根据这份报告，在过去二十年中，至少有15个欧洲国家以影响对大麻使用实行处罚的方式修正了其立法。对大麻使用罪行的法定处罚在有关国家或加重或减轻，但不清楚是否对这些国家的大麻使用流行情况产生了影响。这份出版物指出，尽管大麻社交俱乐部在若干欧洲国家的存在得到容忍而不是宽恕，尽管有声音请求改变关于大麻非药用的国家或地方政

策，但欧洲国家没有寻求将大麻非药用合法化，也几乎没有证据证明修改大麻政策的提议会得到多数公众的支持。

738. 麻管局谨重申，《1961 年公约》在其第四条（“一般义务”）中规定，《公约》各缔约国应采取必要的立法及行政措施，以便在本国领土上实施和执行该《公约》的规定，麻醉品的生产、制造、输出、输入、分配、贸易、使用及持有以专供医药及科学上的用途为限。

739. 2017 年 3 月，欧洲联盟委员会提出了 2017-2020 年期间《欧洲联盟药物问题行动计划》。这项新行动计划建立在《欧洲联盟 2013-2020 年药物战略》和《2013-2016 年药物问题行动计划》评估结果之上。它提供了一种应对非法药物使用和贩运领域新兴的健康和安全挑战的强化对策，确定了新的优先行动领域，包括监测新型精神活性物质，利用新的通信技术预防药物滥用，收集有关贩毒与恐怖主义团体、有组织犯罪、移民偷渡或人口贩运之间的潜在联系的证据。

740. 此外，2017 年 4 月，欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心公布了《2025 年战略》。欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心未来数年的战略目标包括深入了解涉毒犯罪的性质和后果，提升确定新的涉毒健康威胁和欧洲联盟及其成员国快速反应的能力。

741. MDMA-CHMICA 在 2014 年就报给了欧洲联盟预警系统。2017 年 2 月，欧洲联盟理事会决定在整个欧洲联盟对 MDMA-CHMICA 实行管制措施管制，欧洲联盟成员国须在一年时间内将该物质的管制措施引入其国内立法中。2017 年 3 月，麻醉药品委员会把 MDMA-CHMICA 列入了《1971 年公约》的表二。2017 年初，欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心对两种芬太尼（丙烯酰芬太尼和呋喃芬太尼）做了风险评估。2017 年 4 月，欧洲委员会提议在欧洲联盟各地对丙烯酰芬太尼（一种强效合成类阿片）实施管制措施。

742. 德国在《新型精神活性物质法》2016 年 11 月 26 日生效之前，就根据《联邦麻醉品法》的规定对新型精神活性物质进行管制。《新型精神活性物质法》将其附件已经载列的特定新型精神活性物质置于管制之下。该法界定新型精神活性物质是指合成大麻素和从 2-苯乙胺衍生的化合物具体通用定义所涵盖的任何物质或制剂。已经列入《麻醉品法》或《药物法》的药物不在此列。该法禁止制造、贸易和持有新型精神活性物质，使卫生部可以根据专家的意见修正新型精神活性物质的定义，并授权警察机关行使其保护生命和健康的一般权力没收这些物质。该法规定，涉及新型精神活性物质的犯罪最多可处 3 年监禁，有加重处罚情节的最多可处 10 年监禁。

743. 在本报告所述期间，西班牙政府从国家没收非法贩毒资产基金拨款 81 亿欧元给预防毒瘾方案。该国政府 2017 年 2 月 24 日还通过了关于前体化学品管制的第 129/2017 号法令，并着手评价《2009-2016 年国家药品战略》，开始制订一项 2017-2024 年的国家药品新战略。

744. 2017 年 6 月，黑山议会根据金融行动特别工作组的预防洗钱建议通过了一项修正《黑山刑法典》的法律。该项法律第 8 条提议修正刑事犯罪所获“财产收益”的定义。这项修正案与欧洲委员会评价反洗钱措施和打击资助恐怖主义行为专家委员会的措施相一致。

745. 联合国与新型精神活性物质有关的死亡人数增加了 25%，由 2014 年有 163 人死亡增加到 2015 年所报的 204 人死亡。《精神活性物质法》2016 年 5 月 26 日在联合王国生效，其中规定，明知精神活性物质会因为精神活性效果而被使用，却制造、供应或为供应而持有任何精神活性物质，都是犯罪。自 2016 年 5 月至 12 月，联合王国执行新权力的主管机关已经阻止全国 300 多家店铺出售这种从前称为“合法兴奋剂”物质，并关闭了其他若干店铺。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

746. 大麻占欧洲联盟非法药品零售市场价值的38%，仍然是该区域滥用最广和缉获最多的非法药品。

747. 欧洲联盟消费的大麻药草和大麻脂的总体效力（四氢大麻酚含量），从历史上看仍然很高，分别为7%至11%和11%至19%。两种药品的黑市价格几乎一样，分别在每克8至11欧元之间和7至12欧元之间。

748. 欧洲联盟内所用的大麻药草既有本地栽种的，多数在室内，也有从其他区域贩运进来的。阿尔巴尼亚仍然是贩运至欧洲联盟的大麻药草的主要来源地。2016年，有几个国家，包括冰岛、拉脱维亚、立陶宛、荷兰、波兰、罗马尼亚和斯洛伐克，都报告了规模不同的室内大麻种植。

749. 由于室内大麻种植设备和大麻种子如今在网上很容易购得，再加上先进种植技术的扩展，欧洲警察局预计未来欧洲联盟的大麻药草室内栽种会进一步增加。

750. 运往欧洲联盟市场的大麻脂多数都从摩洛哥贩运而来，不过也有迹象表明，利比亚正在成为一个把这种药品贩往欧洲和其他目的地的一大中心。

751. 2015年，欧洲联盟缉获的大麻脂数量（536吨）是药草大麻数量（89吨）的六倍，西班牙、意大利和法国，依次占有所缉获大麻脂的最大量。2016年，据报告，大麻脂缉获总量超过1吨的是西班牙（324.4吨）、意大利（23.9吨）、联合王国（7.2吨）、丹麦（3.8吨）、挪威（3.0吨）、德国（1.9吨）。

752. 2016年期间，罗马尼亚捣毁了75个贩毒团伙，比前一年增加17%，前一年捣毁了64个贩毒团伙。2016年，卷入这些团伙的人数也小有增加，从2015年的425人增加到2016年的

528人。2016年因卷入贩运团体而被捕的人528名，其中521人是罗马尼亚国民。

753. 在阿尔巴尼亚，2016年期间，大麻情况的特点是栽种大麻地区的数量有所增加，这与海上贩运路线拓展和试图通过空中路线贩毒有关。2016年，由于供应增加，阿尔巴尼亚的大麻零售价格下降到每千克100至400欧元的水平。

754. 阿尔巴尼亚的大麻缉获量从2015年至2016年增加了164%，2016年缉获总量达到了30吨，而2015年的缉获量则为11.3吨。同期，大麻的农场出售价有所下降，从2015年的每千克600至1,300欧元降到2016年的每千克100至400欧元。街头大麻（零售）的四氢大麻酚含量所占百分比估计相差相当大，从0.1%至18%不等。

755. 在罗马尼亚，与2015年相比，2016年缉获药物总量显著增加。决定这种情况的主要是所缉获的可卡因数量增加，从71.2千克增加到2.3吨，占2016年缉获各种药物总量的39.3%。缉获的大麻植物从293千克增加到2.8吨，占2016年该国缉获各种药物总量的48.2%，也是该国被收缴最多的非法栽种植物。

756. 海洛因是欧洲联盟内被贩运和滥用最普遍的类阿片。其他类阿片，包括丁丙诺啡、芬太尼、美沙酮、吗啡、阿片和曲马多，2015年在该区域缉获的数量较少，可能从合法医药用品转化而来或者是非法制造。

757. 欧洲联盟缉获的海洛因多数源于阿富汗，不过根据《2017年欧洲药物报告：趋势与发展》，欧洲缉获的海洛因有些可能是在伊朗伊斯兰共和国或巴基斯坦制造的。捷克和西班牙过去查出了将吗啡转制成海洛因的少数制备点，这表明，数量有限的海洛因也本可能是在欧洲制造的。根据欧洲警察局，未来欧洲联盟内可能出现更多的非法海洛因制造，具体取决于若干因素，包括欧洲对海洛因需要的可能增加和（或）从阿富汗贩运该药物发生任何中断。2017年在荷兰发现的一

个非法制备点内缉获海洛因、醋酸酐和其他含有微量吗啡的材料，可能进一步证实了欧洲存在此类非法制造的怀疑。

758. 贩运者走私海洛因到欧洲继续广泛使用的有两条主要路线：巴尔干路线和南线。2015 年全球缴获的海洛因和吗啡大约有 40% 是在所谓巴尔干路线——世界主要阿片剂贩运路线之一——沿线国家缉获的。

759. 巴尔干路线的所谓南线涉及阿拉伯叙利亚共和国和伊拉克。这条路线越来越多地被用来把海洛因从伊朗伊斯兰共和国或巴基斯坦走私到欧洲，或者是直接走私或途经非洲国家。除了这两条贩运路线以外，贩运者也走所谓的“北线”和一条穿越南高加索、横渡黑海的路线。

760. 2015 年，欧洲联盟缉获海洛因 36,000 起，总量达 4.5 吨，这一数量远低于 2014 年欧洲联盟缉获的 8.9 吨。2016 年，据报告，海洛因缉获量大于 100 千克的是联合王国（806 千克）、意大利（497 千克）、德国（330 千克）、西班牙（251 千克）、荷兰（230 千克）、克罗地亚（120 千克）。

761. 自 2012 年以来，通过欧洲联盟预警系统传达的强效新型合成类阿片（主要是芬太尼衍生物）出现的报告次数已经增加。这些药物有时作为海洛因、其他非法药品或假药出售，或与海洛因、其他非法药品或假药混合出售，不仅对其使用者，而且也对负责打击其制造与贩运的执法人员及可能不知情地卷入其运输和投递的邮局和快递服务雇员，造成了严重的健康威胁。

762. 海洛因贩运主要采用陆运，以使用卡车、公共汽车和私人车辆把海洛因带到中欧和西欧市场。希腊和意大利是被贩运海洛因的主要目的地。有些所贩海洛因也越来越多地留在阿尔巴尼亚，供给当地消费者。根据政府的统计数据，2016 年海洛因缉获表明，所缉获的海洛因数量增加到 57.3 千克（增加 55%），2015 年则为 36.7 千克。批发价格和零售价格几乎与前一年相同。1 千克

海洛因的价格从 16,000 欧元到 18,000 欧元不等。2016 年，街头 1 克海洛因的平均价格是 22 欧元。街头海洛因的纯度在 1% 到 15% 之间。

763. 欧洲非法市场供应的可卡因来源于多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁。贩运者继续使用各种不同运输手段，包括海运集装箱、游艇、航空货运、私人飞机、客运航班和邮政服务把这种毒品运往欧洲。利用大型游轮走私可卡因到欧洲联盟国家的，常常把加勒比国家用作始发国。急件递送人走私可卡因到欧洲常常直接从巴西出行。

764. 2015 年，在欧盟缉获的总共 69.4 吨可卡因中，有 4 个国家（比利时、法国、葡萄牙和西班牙）占了 80%。2016 年，报告盐酸可卡因缉获量 1 吨或更多的国家是比利时（39 吨）、西班牙（15.9 吨）、荷兰（12 吨）、意大利（4.7 吨）、联合王国（4.2 吨）、罗马尼亚（2.3 吨）、德国（1.9 吨）、葡萄牙（1 吨）。

765. 自 2016 年以来，有些欧洲国家报告称摧毁了犯罪组织为从已溶入或含有可卡因的材料中重新获得可卡因而使用的“二次提取设施”。

(b) 精神药物

766. 合成药品市场仍然是欧洲联盟最活跃的毒品市场。欧洲联盟发生的伤害和死亡都一直与 3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺（MDMA（“摇头丸”））市场复苏，再加上药片中 MDMA 平均含量增加有关。比利时和荷兰的犯罪辛迪加继续在欧洲 MDMA（“摇头丸”）和苯丙胺的制造与分销中发挥主要作用。这两个国家中制造的 MDMA（“摇头丸”）和苯丙胺，除了满足欧洲用药者的需要之外，也贩运到世界各地的其他国家。

767. 苯丙胺非法制造也正出现在波兰，而且在某种程度上也可能存在于德国、匈牙利和拉脱维亚。2016 年，主要在捷克、斯洛伐克和波兰捣毁了甲基苯丙胺制备点。然而甲基苯丙胺制造也开始出现在保加利亚、立陶宛和荷兰。据欧洲警察局说，甲基

苯丙胺非法制造将来也可能出现在欧洲联盟其他国家，特别是已经发生苯丙胺非法制造的国家。

768. 在捷克，甲基苯丙胺主要是用通常源自波兰、斯洛伐克和土耳其的伪麻黄碱制剂制造的。多数甲基苯丙胺都是小型厨房式制备点中制造的。2016年，该国报告称，甲基苯丙胺也在年产量潜力为10至12吨的大型制备点中制造。捷克制造的多数甲基苯丙胺意在供应国内市场，但也有一部分走私到国外。

769. 最近观察到的趋势之一是俄罗斯联邦境内秘密制备点的合成药品（特别是苯丙胺和芬太尼类的麻醉药品）产量的增加。此外，合成药品主要从比利时、捷克、立陶宛、荷兰、波兰、斯洛伐克和乌克兰送入俄罗斯联邦。供应路线穿越白俄罗斯、爱沙尼亚、芬兰、哈萨克斯坦和拉脱维亚。

770. 2015年，欧洲联盟国家报告缉获了4.7吨苯丙胺、0.5吨甲基苯丙胺、185千克MDMA（“摇头丸”）和380万粒MDMA（“摇头丸”）药片。2016年，奥地利（4个制备点）、德国（4个制备点）、波兰（18个制备点）和西班牙（2个制备点）报告说捣毁了制造苯丙胺的非法制备点。在奥地利（5个制备点）、捷克（261个制备点）、德国（11个制备点）和波兰（3个制备点）查出了甲基苯丙胺制备点。荷兰主管部门报告称，2016年捣毁了59个制造苯丙胺或MDMA（“摇头丸”）的制备点。2016年，波兰主管部门还报告称捣毁了两家制造甲氧麻黄酮的中等规模非法制备点。

771. 再者，2016年，欧洲联盟国家还报告称缉获了苯丙胺类兴奋剂以外的合成药品。例如，比利时、丹麦、芬兰、德国、西班牙及联合王国报告了缉获麦角酰二乙胺（致幻剂）；爱沙尼亚、芬兰、拉脱维亚、波兰、罗马尼亚和瑞典报告缉获了伽马羟丁酸。

(c) 前体

772. 2016年和2017年，寻求醋酸酐供货的贩运者瞄准了不少欧洲联盟国家。在此期间，已查明的转

移企图是过去二十年中次数最多的。但在多数情况下都被有关国家与麻管局合作阻止了药物的交付。

773. 自2014年10月以来，当 α -苯基乙酰基乙腈（APAAN）置于国际管制之下时，欧洲联盟只有四个国家，即比利时、德国、荷兰及联合王国报告称缉获了少量的APAAN。

774. 2016年，比利时、保加利亚、德国和荷兰报告缉获了用于非法制造苯丙胺类兴奋剂的非表列化学品，如3,4-MDP-2-P-甲基环氧丙酸衍生物、P-2-P-甲基环氧丙酸衍生物和 α -苯基乙酰基乙酰胺。

775. 关于该区域内管制经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体和化学品情况的综合性述评，可参阅麻管局2017年关于《1988年公约》第12条执行情况的报告。

(d) 不受国际管制的物质

776. 新型精神活性物质继续从这些物质的制造地中国走私到欧洲区域。欧洲用户可到专门普通商店和表层网上购买这些通常称为“合法兴奋剂”产品的新型精神活性物质。此外，这些物质也在暗网和非法市场上出售，要么使用自己的实际品名，要么有时冒名作为海洛因、可卡因、MDMA（“摇头丸”）或苯（并）二氮萘等其他非法药品出售。

777. 尽管新型精神活性物质主要在别处制造，且只是在欧洲联盟包装和出售，但据欧洲警察局说，该区域内也可能发生数量有限的新型精神活性物质制造。例如，2016年，斯洛伐克主管部门捣毁了一个非法制造两种新型精神活性物质3-CMC（3-氯甲基卡西酮（clophedrone））和N-乙基-丙烯酮的工业规模的制备所。

778. 2015年，欧洲联盟成员国、挪威和土耳其通过欧盟预警系统报告的新型精神活性物质缉获案件总共达到了近80,000起。这一缉获起数明显高于2014年报告的起数（约50,000起）。2015

年，在总共 80,000 起缉获中，卡西酮的缉获量占 33%；大麻素占 29%；苯（并）二氮草类占 11%。苯乙胺、哌嗪和其他新型精神活性物质的缉获占了新型精神活性物质缉获总起数的其余 27%。

779. 2015 年，欧洲联盟最经常缉获的卡西酮是 α -PVP、3-MMC、乙酮、4-CMC 和 pentedrone，在缉获的合成大麻素中，有 ADB-FUBINACA、AB-CHMINACA、UR-144、5F-AKB48 和 ADB-CHMINACA。¹⁰⁸

780. 自 2009 年以来，在欧洲药物市场上查明了二十五种新阿片，包括 18 种芬太尼类物质。这 18 种芬太尼类物质中有八种是 2016 年首次报告的。其中两种，即丙烯酰芬太尼和呋喃芬太尼，已经以喷雾剂的形式在非法药物市场上出售。虽然 2015 年欧洲联盟芬太尼及类似物质的缉获起数（缉获 300 至 400 起）与其他新型精神活性物质的缉获起数比起来较少，但芬太尼类物质效力极强，因此对个人、对公众健康，都构成了严重威胁。

781. 在罗马尼亚，2016 年恰特草植物的缉获量显著增加，从 2015 年的 247.7 吨增加到 2016 年的 454 吨，占 2016 年药物缉获总量的 7.7%。此外，丹麦报告称氯胺酮缉获量相当大，达到 3.8 吨。

5. 滥用和治疗

782. 据估计，在 15-64 岁的人中，大麻的年度流行率为 7.0%，而在 15-34 岁的人中为 13.9%，大麻在欧洲联盟仍是最流行的滥用药物。欧洲联盟有近 1% 的成年人每天或几乎每天（即上个月有 20 天或更长时间内）都滥用大麻。欧洲联盟报告 15 岁至 34 岁的人滥用大麻年度最高流行率出现在法国 (22.1%)、意大利 (19.0%) 和捷克 (18.8%)，而塞浦路斯、匈牙利和罗马尼亚则报告了最低水平，低于 5%。

¹⁰⁸ 这些新型精神活性物质中有些现在已经被列入国际管制的范围。

783. 监测学生的药物滥用率对目前青年危险行为和未来潜在趋势提出了重要的深刻见解。根据 2016 年出版的酒精及其他药物的欧洲学校调查项目报告，在调查所涵盖的 35 个欧洲国家中，有三分之一的学生（15、16 岁）认为大麻很容易获得。平均而论，3% 受访的学生在 13 岁或更小年龄第一次使用大麻；在 13 岁或更小年龄开始使用大麻的学生最高比例出现在摩纳哥，其次是法国和立陶宛。

784. 在欧洲联盟国家里，约有 1,750 万 15 至 64 岁的成人（占该年龄组的 5.2%）在人生某个时候用过可卡因，因此可卡因是欧盟内第二个最流行的滥用药物。在最近的调查中，没有看到前些年所报欧洲联盟可卡因滥用减少的现象在继续。报告 15-34 岁成人中去年的可卡因滥用流行率大于 2.5% 的是爱尔兰 (2.9%)、西班牙 (3.0%)、荷兰 (3.6%) 和联合王国 (4.0%)。这四个国家占欧洲联盟全部所报与可卡因有关的收治的大约 85%。

785. 尽管海洛因仍然是滥用最普遍的阿片，但有迹象表明，合法合成阿片，如美沙酮、丁丙诺啡和芬太尼，在欧洲滥用得越来越多。虽然最新数据确认，海洛因滥用仍然占欧洲联盟（比如爱沙尼亚）阿片相关治疗新请求的大多数（大约 80%），但接受治疗而报告其主要药品是阿片的个人大多数都在使用芬太尼。在捷克，海洛因以外的阿片占 2015 年因为滥用阿片而接受治疗的人所服药物的刚好一半多。在成人（15-64 岁）中，高危类阿片使用的平均流行率估计为欧洲联盟人口的 0.4%。令人关切的是，欧盟的用药过量死亡人数已经连续第三年上升；阿片类药物过量所致死亡占了这些死亡人数的 81%。

786. 欧洲联盟大约有 180 万 15-64 岁的人，即这个年龄组的 0.5%，去年用过苯丙胺；270 万人，即这个年龄组的 0.8%，去年用过 MDMA（“摇头丸”）。尽管欧洲联盟多数国家普遍报告了苯丙胺滥用，甲基苯丙胺滥用，多半由捷克和斯洛伐克报告，最近也出现在欧洲其他地方，包括北欧国家和德国。

787. 截至 2016 年 1 月，共有 633,409 名用药者在俄罗斯联邦卫生部的专门医疗设施和联邦刑法

事务处登记，与上一年相比用药者总数减少了1.6%。在同一时期内，卫生机关登记的注射吸毒人数减少到了298,155人。

788. 根据毒品和犯罪问题办公室说，去年东南欧报告的苯丙胺缉获量有所增加，这可能与近东和中东境内及通过近东和中东的苯丙胺贩运扩大有关。东南欧缉获的苯丙胺数量在2015年全球缉获的苯丙胺中占了8%的份额，即将近4吨。东南欧苯丙胺缉获量增加主要是因为土耳其境内所报缉获量增加，由2014年的0.2吨上升到2015年的3.8吨。

789. 2000年代早期至中期，MDMA（“摇头丸”）滥用流行率在欧盟达到高峰。自那以后，MDMA（“摇头丸”）滥用在欧盟呈现出下降趋势。然而最新数据表明，这种药物使用在某些国家可能已经再度增加，2015年和2016年受监测的32座城市约有一半城市的废水MDMA残量增加就是证明。2016年，例如，芬兰、德国、立陶宛和斯洛伐克等地都报告MDMA（“摇头丸”）的滥用流行率有所增加。

790. 欧洲伽马羟丁酸、致幻性蘑菇、氯胺酮和致幻剂滥用的流行率仍然保持低而稳定。

791. 虽然关于新型精神活性物质滥用流行率的可靠数据不足，但认为在欧盟的全体人口中的流行率相当低。根据酒精及其他药物的欧洲学校调查项目2015年的报告，在调查所涵盖的欧盟成员国和挪威，新型精神活性物质在15、16岁在校学生中的滥用流行率为3%。欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心2017年6月出版了一份研究报告，题为“高风险的药物使用与新型精神活性物质”；报告确认，欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心监测了30个国家，在其中22个国家里都发现高风险用户群体中存在一定水平的新型精神活性物质使用。

792. 过去十年，在欧盟和欧洲经济区国家里，每年都报告约有30,000个新近诊断感染艾滋病毒的病例。然而，自1990年代初以来，归因于注射用药的艾滋病毒新感染人数继续下降。2015

年，欧盟所有艾滋病毒确诊病例有4%出现在注射吸毒者中。在欧盟理事会主席国马耳他和欧洲疾病预防控制中心2017年1月组织的艾滋病毒问题会议上，欧洲专家商议了实际措施，例如把预防方案列为优先事项，促进接受艾滋病毒化验，让被确诊的人更容易获得治疗。这些都可以协助欧洲国家达到联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署规定到2030年终结艾滋病流行的目标。

793. 麻管局建议该区域所有国家政府加倍努力保持所提供治疗的高水平，尤其是在中欧和西欧国家，并继续为吸毒相关病症包括涉及新型精神活性物质和不受国际管制的其他滥用物质的病症提供必要治疗。麻管局还建议加强为了在包括移民在内的整个人口中检查此类病症的各种方案，并确保患者适当转诊进入治疗服务机构。

E. 大洋洲

1. 主要动态

794. 大洋洲地区，特别是太平洋岛屿国家，仍然容易受到毒品和前体贩运、涉毒有组织犯罪和当地社区内吸毒潜在溢出效应的影响。该区域地理条件独特，尤其是有广阔的海岸线和一些偏远、无人居住的岛屿，再加上加入条约不力，监测和检测毒品和前体贩运的资源有限，这些因素继续构成严重的挑战。

795. 旅游业的增长、空中和海上联系的加强以及数字连通性的改善，正把作为主要非法毒品来源和市场的各区域与国家连接起来。得到这种发展之助，贩毒集团越来越多地以太平洋岛屿国家为目标，将它们作为毒品特别是甲基苯丙胺贩运的过境点和目的地。过去一年在海上缉获大量的毒品表明，这一挑战越来越复杂。可卡因、海洛因和甲基苯丙胺等毒品的贩运在太平洋岛屿区域（如通过斐济、新喀里多尼亚和瓦努阿图旅游中心）的游艇和商业游轮等休闲娱乐船上进行。

796. 在当地一些社区已经观察到了由通过太平洋贩运的毒品造成的溢出效应。一些太平洋岛屿国家报告一再缉获海洛因、可卡因和甲基苯丙胺，例如在邮包中，并报告最近甲基苯丙胺的供应和滥用有所增加，尽管其基线较低。但太平洋岛屿国家和领土上的非法毒品市场仍然以当地种植的大麻为主。

797. 麻管局重申对大洋洲大多数国家缺乏关于毒品问题影响范围的数据表示关切，并鼓励各国政府优先收集有关药物滥用和治疗以及贩运、非法种植和生产毒品的程度的数据。在这方面，麻管局注意到该区域为改善数据收集工作采取了一些措施，并敦促国际社会支持这种努力。

2. 区域合作

798. 2016 年 11 月 28 日，毒品和犯罪问题办公室的全球综合监测：分析、报告和趋势方案（SMART 方案）与太平洋岛屿论坛秘书处（太坛秘书处）在苏瓦与来自太平洋岛屿论坛秘书处成员国的官员举行了一次区域执法计划制定会议，讨论如何解决该区域缺乏毒品相关数据和信息的问题。与会者商定举办两期国家讲习班：分别在所罗门群岛和瓦努阿图举办。2017 年 8 月，毒品和犯罪问题办公室 SMART 方案在霍尼亚拉和维拉港举办了国家讲习班，参加讲习班的有警察、法医、海关和卫生主管部门等国家机关。讲习班参加者确定了国家主管部门在药物相关数据收集中的作用和责任，并请求毒品和犯罪问题办公室支持开发数据收集工具，提供数据收集、管理和分析培训。编制该区域的战略性数据和研究报告是毒品和犯罪问题办公室和太坛秘书处的出版物《太平洋跨国有组织犯罪：威胁评估》列出的重要建议之一。该出版物在 2016 年 9 月于法属波利尼西亚举行的太平洋岛屿警察局长年度会议上推出。它除了强调有组织犯罪造成的其他威胁外，还强调了太平洋岛屿面对可卡因、海洛因和甲基苯丙胺贩运的脆弱性以及主管部门的应对能力有限问题。

799. 大洋洲海关组织于 2017 年 5 月 2 日至 5 日在关岛举行的第十九次年度会议批准了其

《2017-2022 年战略计划》。大洋洲海关组织成员支持进一步开展工作，以建立一个多边机制，促进该区域的信息共享，并肯定了在开发用于报告小型船舶流动情况的一款智能手机应用程序方面取得的进展。成员们还表示支持将毒品和犯罪问题办公室的全球集装箱管制方案扩大到太平洋区域。

800. 2017 年 11 月 28 日至 30 日，麻管局在悉尼为大洋洲区域各国的主管部门举办了培训研讨会。以下国家的代表参加了此次培训：澳大利亚、斐济、基里巴斯、密克罗尼西亚联邦国、新喀里多尼亚、帕劳、巴布亚新几内亚、萨摩亚、所罗门群岛、瓦努阿图。这次培训研讨会作为麻管局学习项目的一部分进行，得到了澳大利亚政府的支持。它旨在增强参与国政府执行药物管制公约的能力，其中特别侧重于为满足本国医疗和科学需要而必要的麻醉药品和精神药物数量估计和评估报告的编制，并增加履行向麻管局报告等相关义务的能力。这次研讨会为改善该区域各国主管部门之间的合作提供了机会。这也是促进该区域各国加入全世界范围内加入率最低的国际药物管制条约的一个机会。

3. 国家立法、政策和行动

801. 大洋洲加入药物管制公约的水平依然偏低，该区域有 7 个国家尚未加入《经 1972 年议定书修正的 1961 年公约》，8 个国家尚未加入《1971 年公约》，5 个国家尚未加入《1988 年公约》。鉴于这些国家容易受到毒品和前体贩运以及吸毒在其人口当中的潜在溢出效应所造成的新威胁影响，这种状况特别令人关切。麻管局再次呼吁库克群岛、瑙鲁、纽埃、帕劳、巴布亚新几内亚、萨摩亚、图瓦卢和瓦努阿图政府加入它们尚未加入的国际药物管制公约。¹⁰⁹ 麻管局愿意为此提供进一步支持，并再次呼吁国际社会，特别是毒品和犯罪问题办公

¹⁰⁹ 基里巴斯和图瓦卢尚未加入三项国际药物管制公约中的任何一项。库克群岛、瑙鲁、纽埃、萨摩亚和瓦努阿图既未加入《1961 年公约》，也未加入《1971 年公约》。所罗门群岛既未加入《1971 年公约》，也未加入《1988 年公约》。帕劳和巴布亚新几内亚尚未加入《1988 年公约》。

室，支持这些国家努力加入和全面执行三项国际药物管制条约。

802. 2016年新西兰将缉获的犯罪活动所得用来支持各种新举措，包括一个旨在减少酒精和毒品危害的“全校方法”框架的试行项目。该试行项目由新西兰禁毒基金会、卫生部、教育部和新西兰卫生促进局以及各服务提供者和学校联合实施，它整合各种最佳做法和循证战略，在各级学校环境防止和消除毒品相关危害。

803. 2016年12月，澳大利亚治疗用品管理局决定，含有可待因的产品不再在药店柜台出售，只凭处方提供，2018年2月1日生效。经过对这一拟议列表调整具有的经济、社会和监管潜在影响的模拟发现，列表调整，除其他外，将防止意外或故意过量吸入可待因造成死亡，因采用更有效的中等疼痛止痛治疗方案而改善生活质量，减少依赖和依赖风险。

804. 如麻管局2016年年度报告所报，《2016年麻醉药品修正法》于2016年10月在澳大利亚生效。该法为种植和获取药用大麻提供一个法律框架。澳大利亚大麻医用咨询理事会2017年4月7日举行了第一次会议。该理事会的成立是为了就大麻医用问题，特别是就允许种植和制造药用大麻的监管计划的执行、处方准则的制订以及授权处方开具者计划和特别获取计划机制的使用问题向澳大利亚卫生部长提供咨询意见，此外还提供支持各种病症使用药用大麻的证据。该理事会由来自各专业领域的16名成员组成，其中包括：医护专业人员；政府代表，包括执法人员；患者团体和法律专家。成员还具有癌症、癫痫、姑息治疗、毒理学、法律、药理学、执法和植物学等领域的专门知识。

805. 新西兰的调整于2017年9月生效。取消了大麻二酚产品处方需经部长批准的要求，并取消了有关的进口许可证要求以及保存管制药物和库存记录的要求。医生的处方可以供应药物长达3个月，而非以前的1个月。另一项调整是，《2017年药物滥用修正条例》允许大麻二酚产品含有高达百分之二的其他大麻素，包括四氢大麻酚。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

806. 太平洋岛屿国家和领土之间以及它们内部的非法毒品贸易继续由当地非法种植的大麻主导。在为期12个月的2015/16年报告所述期间，澳大利亚缉获大麻次数创下了纪录，其中大部分(93.6%)是在澳大利亚边境缉获的，与大麻种子有关。在澳大利亚边境缉获的大麻的总重量从2014/15年期间的60.2千克增至了2015/16年期间的101.8千克，而在该国国内缉获的大麻总重量稳定保持在6吨左右。

807. 新西兰缉获的大麻药草数量从2015年的692.03千克下降到2016年的524.22千克，同期缉获的大麻植物数量从112,073株下降到78,358株。新西兰警方报告称，将侧重点更多地放在了参与非法大麻种植的有组织犯罪集团上，因为这影响到大麻的非法供应。2016年，在607个室内场所根除了104,725株室外大麻植物和18,903株室内大麻植物。

808. 大洋洲缉获的可卡因数量从2014年的0.8吨增至2015年的1.2吨，仍远低于2010年的1.9吨这一高峰，其中澳大利亚占了该区域可卡因缉获量的99%。2015/16年期间，在澳大利亚边境及其国内缉获的可卡因起数创下了纪录，总缉获量从2014/15年期间的883.4千克增至2015/16年期间的1,378.7千克。2016年，由于出现了一次35千克的单次可卡因缉获量，新西兰缉获的可卡因2016年总量达到了创纪录水平的36.38千克，而2015年只有129克，2014年为10.2千克。

809. 哥伦比亚依然是澳大利亚缉获的可卡因的主要来源国，其地位更加突出，2016年1月至6月期间在边界缉获的可卡因59.5%来自哥伦比亚，而2015年为49.9%。同样，澳大利亚国内缉获的可卡因来自哥伦比亚的比例从2015年的50.5%升至2016年1月至7月的83.3%。在边境缉获的可卡因来自秘鲁的比例略有增加，从2015年的8.9%升至2016年上半年的11.6%，仍远低于2013年和2014年（分别为90.0%和31.8%）。

810. 2017 年 2 月，由于得到斐济、法属波利尼西亚和新西兰主管部门支持的一项调查，澳大利亚执法部门在截获据称在南太平洋从一艘“母船”接收可卡因的帆船后，创纪录地缉获了超过 1.4 吨的可卡因。2016 年 12 月，一项国际行动在进行了一年半后，最后缉获了通过海运贩运到澳大利亚的 500 千克可卡因。此外，塔希提主管部门于 2016 年 3 月缉获了 606 千克可卡因，斐济主管部门于 2014 年 12 月缉获了 32 千克海洛因。

811. 大洋洲 2015 年仅占全球海洛因和吗啡缉获量的百分之一。东南亚仍然是澳大利亚缉获的海洛因的主要来源区域，是 2016 年上半年在澳大利亚边界缉获的海洛因的唯一来源区域。澳大利亚缉获的海洛因的总重量下降了一半以上，从 2014/15 年期间的 796.6 千克下降到了 2015/16 年期间的 370.4 千克。新西兰 2016 年总共缉获 49.27 克海洛因，近似于 2015 年的水平（38.4 克）。2016 年，新西兰海关部门缉获了两类阿片，即分别于 2016 年和 2017 年被列入国际管制范围的乙酰芬太尼和 U-47700；以及受国际管制的芬太尼和苯并二氮草，为首次在吸水纸片中被发现。

(b) 精神药物

812. 根据毒品和犯罪问题办公室，大洋洲的甲基苯丙胺缉获量和使用流行率均有增加。太平洋和毗邻区域甲基苯丙胺及其前体化学品的贩运近年来有所增加，太平洋岛屿国家和领土正在成为在该区域内和通过该区域进行甲基苯丙胺贩运的过境点和目的地。据报告，包括甲基苯丙胺在内的越来越多的毒品被贩运到北太平洋国家，如帕劳。

813. 澳大利亚国内缉获的苯丙胺类兴奋剂的总重量下降了 27%，从 2014/15 年期间的 12,631.5 千克下降到 2015/16 年期间的 9,218.2 千克，重量为该类别记录的第二。在澳大利亚边境缉获的苯丙胺类兴奋剂（不包括 MDMA）的总重量下降了 23.4%，从 2014/15 年期间的 3,422.8 千克下降到 2015/16 年期间的 2,620.6 千克，重量为该类别记录的第二。

东亚和东南亚国家仍然是苯丙胺类兴奋剂（不包括“摇头丸”）的主要启运点。2017 年 3 月下旬，澳大利亚墨尔本缉获了一批含有 300 千克甲基苯丙胺的隐藏货物，是在一批从中国启运的大型金属门货物中发现的。据报告，2017 年 4 月墨尔本还创纪录地缉获了高达 900 多千克的甲基苯丙胺。

814. 新西兰缉获的甲基苯丙胺数量从 2013 年的 15 千克增至 2015 年的 0.4 吨，然后增至 2016 年的近 1 吨，其中包括一批 500 千克的单次缉获量。贩运到该国的甲基苯丙胺数量有所增加，而过去，甲基苯丙胺更多地是在其本国内非法制造。与此同时，主要来自亚洲和东南亚的跨国有组织犯罪集团正在以新西兰为目标，特别是在甲基苯丙胺方面。

815. 从欧洲到大洋洲的“摇头丸”贩运广泛存在，有直接从欧洲贩运到大洋洲的，也有通过东亚和东南亚贩运的，大洋洲正在成为该物质日益重要的市场。在澳大利亚边境查出的“摇头丸”的总重量大幅下降，从 2014/15 年期间的 2,002.4 千克下降到 2015/16 年期间的 141.5 千克，主要是由于 2014/15 年期间有一次查出 1,917.4 千克。澳大利亚国内缉获的“摇头丸”总重量下降了 28.7%，从 2014/15 年期间的 6,105.6 千克下降到 2015/16 年期间的 4,352.7 千克。在新西兰，自 2010 年以来，“摇头丸”的年度缉获量在 5 千克至 50 千克之间波动，其中 2016 年缉获量高达 11.38 千克和 8,000 多片，而 2015 年为 8.85 千克和 5,000 多片。

(c) 前体

816. 2015/16 年期间在澳大利亚边境查出的前体主要是麻黄碱和黄樟素。在澳大利亚边境缉获的苯丙胺类兴奋剂（不包括“摇头丸”）前体的重量增加了一倍多，从 2014/15 年期间的 500.8 千克增至 2015/16 年期间的 1,063.7 千克。2017 年 6 月，在一个货运集装箱内查获了 1.4 吨麻黄碱，这是澳大利亚边境有史以来最大的一次前体化学品缉获量。在澳大利亚边境查获的“摇头丸”前

体的重量从 2014/15 年期间的 288.0 千克下降到 2015/16 年期间的 81.1 千克。中国是苯丙胺类兴奋剂前体的主要启运点。

817. 澳大利亚查出的秘密制备点的数量继续下降，从 2014/15 年期间的 667 个下降到 2015/16 年期间的 575 个，但自 2006/07 年期间以来仍然增长了 61.5%。甲基苯丙胺仍然是被查出的制备点非法制造的最主要毒品，前体麻黄碱和伪麻黄碱也继续流行。然而，在 2015/16 年期间，非法制造苯丙胺类兴奋剂（包括“摇头丸”）和“家焙”海洛因的制备点数量有所下降，而专门提取大麻油和伪麻黄碱的制备点数量有所增加。三分之二被查出的制备点由用户自己经营，51 个秘密制备点以工业规模运作。

818. 关于新西兰缉获的甲基苯丙胺前体，近年来观察到趋势，即从伪麻黄碱（新康泰克颗粒的形式）向大量散装麻黄碱粉末转变的趋势继续存在。过去两年，麻黄碱占有伪麻黄碱和麻黄碱缉获量的 95%，其中伪麻黄碱缉获量主要包括小批量的药品，其中伪麻黄碱是活性成分。2016 年在新西兰边境经常缉获大批量的前体，主要是麻黄碱。虽然新西兰发现的甲基苯丙胺秘密制备点的数量从 2015 年的 69 个增至 2016 年的 74 个。然而，但如果考虑到评估表明某个可疑秘密制备点没有达到秘密制备点的标准，就会观察到数量其实是减少了。2017 年上半年，边境的麻黄碱缉获量大幅下降，而在 2017 年前四个月，所发现的秘密制备点数量大约是 2016 年同期的一半。

819. 2017 年 1 月，新西兰有史以来首次缉获了化学品叔丁氧羰基甲基苯丙胺，它们以化学方式隐蔽起来，以防止被发现，缉获量达 160 公升。这是在从中国香港进口的货物中发现的。

820. 关于该区域内管制经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体和化学品情况的综合性述评，可参阅麻管局 2017 年关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告。

(d) 不受国际管制的物质

821. 在澳大利亚边境缉获并被挑选做进一步分析的新型精神活性物质的数量几乎增加了三倍，从 2014/15 年期间的 52.7 千克增至 2015/16 年期间的 204.7 千克。然而，这仍然远低于 2013/14 年期间创纪录的缉获量（543 千克）。在这些物质中，有一类称为“苯丙胺类兴奋剂”的物质占 51.8%（按重量），其次是卡西酮类物质（24.6%）、色胺类物质（17.4%）和合成大麻素（5.8%）。在澳大利亚边境查获氯胺酮的次数增加了一倍以上，从 2014/15 年期间的 218 起增至 2015/16 年期间的新纪录 487 起；大多数氯胺酮是在国际邮件流中发现的。在澳大利亚边境查获伽马丁内酯的次数下降了 44%，从 2014/15 年期间的 157 起下降到 2015/16 年期间的 88 起。在 2015/16 年期间，确定 28 个国家为所查获氯胺酮的启运点，而 2014/15 年期间为 15 个国家。在这些国家中，联合王国是 2015/16 年期间所查获氯胺酮案例 56.9% 的主要启运点。

822. 新西兰继续发现新型精神活性物质。新西兰海关和警务部门在 2017 年 6 月至 8 月期间联合进行了调查，其结果是缉获 11 千克合成大麻和总共 3 千克用于非法制造合成大麻的 AMB-FUBINACA 和 AB-PINACA。

5. 滥用和治疗

823. 澳大利亚卫生部在 2016 年 6 月至 11 月期间进行的《2016 年国家药物战略》住户调查发现，15.6% 的 14 岁或以上的人曾在过去 12 个月中滥用过药物，包括医疗用药。这与上一次调查进行后的 2013 年（15.0%）相比，略有增加，而自 2007 年（13.4%）以来逐步增加。医疗用药滥用出现了增加，其中止痛药和类阿片药物被报告为仅次于大麻的第二大被滥用药物。

824. 澳大利亚成年人过去一年使用甲基苯丙胺和苯丙胺的流行率显著下降，从 2013 年的 2.1%

降至 2016 年的 1.4%。过去一年使用致幻剂的流行率也从 2013 年的 1.3% 下降到了 2016 年的 1.0%。可卡因滥用的年度流行率从 2013 年的 2.1% 上升到 2016 年的 2.5%，远高于 2004 年报告的使用率 (1.0%)。滥用大麻的水平保持稳定，过去一年的流行率为 10.4%。“摇头丸”使用的年度流行率从 2010 年的 3.0% 下降到 2013 年的 2.5%，进而下降到 2016 年的 2.2%。

825. 住户调查发现，澳大利亚首次尝试任何滥用药物的平均年龄从 2013 年的 19.3 岁增加到 2016 年的 19.7 岁，大麻、苯丙胺和致幻剂明确报告首次使用的平均年龄增加。与 2001 年相比，30 岁以下人员滥用药物更少，而 40 岁至 69 岁人员对某些药物滥用自 2013 年以来有所增加。

826. 住户调查还发现，过去一年澳大利亚曾使用可卡因的人员中有近三分之二每年只用一两次。“摇头丸”的情况也大致如此，曾经使用过这种物质的人有略多于一半每年仅用一两次。报告过去一年曾使用可卡因和“摇头丸”的人中只有 2% 至 3% 每周滥用这些物质至少一次。相比之下，报告过去一年曾滥用大麻和苯丙胺的人员中，分别有 36% 和 20% 的人员每周滥用这些药物至少一次。

827. 2016 年，受调查的澳大利亚成年人中有 4.8% 曾在过去十二个月内滥用医疗药品，2013 年则为 3.6%。就过去一年的使用情况而论，镇痛药和阿片的年度流行率为 3.6%，是仅次于大麻的第二普遍滥用药物类型。在最近的镇痛药和阿片使用者中，大约 75% 报告曾滥用非处方可待因产品，40% 报告曾滥用处方可待因产品，其次是受《经 1972 年议定书修正的 1961 年公约》管制的羟考酮 (16.7%)、吗啡 (4.3%) 和芬太尼 (0.9%)，不受国际管制的曲马多 (9.5%) 和加巴喷丁类 (1.7%)。过去一年的苯丙胺使用者中，指定处方苯丙胺为过去 12 个月的主要滥用形式药物的人显著增加，从 2013 年的大约 3.0% 增至 2016 年的 11.1%。

828. 澳大利亚成年人中使用合成大麻素的年度流行率从 2013 年的 1.2% 下降至 2016 年的 0.3%。其他新型精神活性物质的使用从 2013 年的 0.4% 下降至 2016 年的 0.3%。

829. 澳大利亚国家废水药物监测方案的第二份报告是根据 2016 年 8 月至 2017 年 2 月期间进行的一项分析编写的，这项分析的内容涉及来自覆盖澳大利亚一半多一点人口的地区的废水。报告指出，在所发现的物质中，甲基苯丙胺仍然是澳大利亚各地区滥用最多的药物。然而，与上一年相比，2016 年总体上略有下降，这与报告所述缉获量下降吻合。尽管如此，尽管同期苯丙胺使用流行率有所下降，但废水数据仍显示甲基苯丙胺消费量在 2013-2016 年期间明显增加。该方案没有测试大麻消费。与流行率数据相反，全国“摇头丸”的估计消费量偏低，没有看到长期一致的趋势，尽管国家和领土的首都城市的平均消费量下降了近一半。在一些地区，可卡因消费水平的增加显而易见。该方案关于 4 种新型精神活性物质的结果报告表明，与既有的非法药物市场相比，这类物质的市场仍然偏小。例如，在澳大利亚的任何测试地点都没有检测到受《1971 年公约》管制的合成大麻素 JWH-018 和不受国际管制的合成大麻素 JWH-073。但在许多地点却发现了受《1971 年公约》管制的甲氧麻黄酮和甲基酮，尽管其水平可以忽略不计。根据研究，在研究期间测量了医用阿片药物（特别是羟考酮）的（合法和非法）使用的逐步减少情况。国家和领土的首都城市的羟考酮和芬太尼的平均消费量在 2016 年 8 月至 2017 年 2 月期间显著下降，但报告指出，这两种药物的消费水平仍然令人关切。

830. 澳大利亚药物使用监测方案旨在测量警方最近逮捕的人员的药物滥用情况。根据该方案，在自愿和保密的基础上对已被逮捕而拘押不满 48 小时的被拘留者进行了采访和测试。该方案的调查结果表明，自报滥用甲基苯丙胺的数量已经增加到超过了滥用大麻的数量，

从2014/15年期间的50.4%增加到2015/16年期间的59.7%，使其成为报告最多的被警方拘留人员在过去12个月滥用的药物。甲基苯丙胺检测阳性的被拘留者比例从2014/15年期间的38.7%上升至2015/16年期间的49%，首次高于大麻检测呈阳性的被拘留者比例。自报过去一年曾滥用过大麻的被拘留者比例在过去十年中保持相对稳定，2015/16年期间为58.3%。可卡因检测呈阳性的被拘留者比例略有上升，从2014/15年期间的0.8%上升至2015/16年期间的0.9%，自报使用可卡因的比例继续增加，从2014/15年期间的14.2%增至2015/16年期间的16.0%。“摇头丸”检测呈阳性的被拘留者比例从2014/15年期间的1.3%增至2015/16年期间的1.9%，自报曾滥用“摇头丸”的被拘留者比例从2014/15年期间的14.7%上升到2015/16年期间的16.2%。海洛因检测呈阳性的被拘留者比例自2006/07年期间以来下降了近一半，2015/16年期间为5.7%，这是过去十年观察到的最低水平。自报曾在过去一年使用海洛因的被拘留者比例从2014/15年期间的11.1%上升到2015/16年期间的12.5%。

831. 在澳大利亚，2015/16年期间导致病人寻求治疗的主要毒品，继酒精(32%)之后是苯丙胺(23%)、大麻(23%)和海洛因(6%)。苯丙胺使用的治疗占各疗程的比例从2010/11年期间的11%增加到2015/16年期间的23%。土著澳大利亚人虽然只占澳大利亚10岁及以上人口的2.7%，却占了酒精和其他药物治疗服务客户的14%。

832. 新西兰在2015年至2016年期间进行的住户调查发现，16至64岁的人口中有1.1%曾在上一年的滥用苯丙胺，与2014-2015年期间(0.9%)相比增加了22.2%，滥用水平自2011-2012年期间以来保持稳定。调查发现，过去一年的流行率在25至34岁人员中是最大的(2.4%)。虽然新西兰的芬太尼滥用流行率不详，但现有资料显示该物质的滥用水平偏低，且没有增加。

833. 2014年5月至7月期间在新西兰奥克兰每天进行的废水抽样检测发现，甲基苯丙胺是奥克兰最常见的滥用药物之一，一周时间里自始至终都被检测到。很少检测到可卡因和“摇头丸”消费的痕迹，即使检测到也仅限于周末。2016年12月，新西兰警方启动了为期12个月的试点方案，检测奥克兰和克赖斯特彻奇废水中的甲基苯丙胺、可卡因、海洛因、 α -PVP和“摇头丸”，以便最终建立消费水平基线。最初六个月的检测发现，两地检测到的甲基苯丙胺、可卡因和“摇头丸”的数量都有小幅波动，未检测到 α -PVP和海洛因。

834. 新西兰被逮捕人员药物使用监测研究以自愿和秘密采访和检测的方式监测在四个中央城市警察看守所中被拘押不到48小时的成年被拘留者中的酒精和其他药物使用的水平以及有关危害和问题。曾在上一年的使用过大麻的被拘留者比例从2011年的76%下降到2015年的69%。被拘留者当中过去一年的甲基苯丙胺滥用比例从2012年的28%上升到2015年的36%。曾在上一年的滥用“摇头丸”的被拘留者比例继续下降，从2011年的28%下降到2015年的19%。被拘留者当中据报过去一年滥用可卡因和阿片的情况与前几年相似，分别为5%和6%。在2014年5月禁止所有合成大麻素产品，撤销所有根据《2013年精神活性物质法》颁发的临时精神活性产品许可证之后，过去一年曾使用合成大麻素的被拘留者比例从2014年的47%下降到2015年的27%。

835. 2017年7月，在当月奥克兰有7人似乎因与合成大麻的使用有关的原因死亡之后，新西兰首席验尸官和警察总长发布了警告。

836. 鉴于缺乏有关大洋洲其他国家药物滥用和治疗的数据，麻管局再次呼吁这些国家的政府收集有关药物滥用和治疗的数据，以便为国家的药品政策提供依据，并促请国际社会提供这方面的支持。

第四章

给各国政府、联合国及其他有关国际组织和国家组织的建议

837. 本章载有麻管局审议了国际药物管制公约在本报告所述期间的执行情况之后提出的主要建议。

吸毒病症的治疗、康复及回归社会： 减少药物需求的关键要素

838. 人类健康和福祉是国际药物管制框架的基石。经过对吸毒病症及治疗干预措施、方法和模式的基本概念和相关因素进行实质性审议之后，麻管局提出了这一领域的一系列具体建议。麻管局提醒所有国家政府，国际药物管制条约的缔约方都必须采取一切可行措施，防止药物滥用并对受影响者早作鉴别、治疗、教育、善后护理、康复及使之回归社会。此外，在2016年4月19日大会第S-30/1号决议通过的大会第三十届特别会议成果文件《我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺》所载关于减少药物需求的建议中，吸毒病症的治疗、康复及回归社会也是列明的关键行动目标。

建议 1: 麻管局促请各国政府：

- (a) 收集关于吸毒病症流行率以及治疗的可得性和利用率的数据；

- (b) 为在循证的基础上建立治疗和康复而投资；
- (c) 为治疗和康复这两个减少需求的关键要素调拨充分资源；
- (d) 特别注意特殊人口群体；
- (e) 在国家和国际一级共享最佳做法和开展能力建设；
- (f) 激励对新干预措施的研究。

其他的建议和拟议行动的更多细节，请参阅第一章的M节（“建议”）。

促进各项国际药物管制条约的一致适用

839. 各国政府必须确保国家立法符合各项国际药物管制条约的规定。一些国家政府已经采取或计划采取的立法措施有悖于国际药物管制条约的要求。特别是有的立法准许或将要准许为非医疗用途生产、交易和使用大麻。

建议 2: 提醒所有各国政府，会员国在大会第三十届特别会议的成果文件中重申了对三项国际药物管制公约宗旨和目标的承诺。

建议 3: 根据这些公约，麻醉药品和精神药品的使用仅限于医疗和科学用途。所有的其他用途均不符合国际药物管制法律框架，麻管局呼吁所有国家尊重这方面的法律义务。

840. 麻管局重申，为了使“用药室”的运营符合国际药物管制公约，必须满足某些条件。在这些条件中，首先是此类设施的最终目标应当是减少吸毒的有害后果，同时不容忍或鼓励使用和贩运毒品。

建议 4: 麻管局吁请已同意建立此类设施的所有国家确保向患者提供治疗、康复及回归社会的服务或将患者转诊于此类服务，并指出，不得以这类服务代替减少需求方案。

人权

841. 麻管局已经一再强调，必须尊重和保护人权和基本自由，这是有效执行国际药物管制条约的一个组成部分。麻管局继续强调，药物管制行动要想取得成功和有可持续性，就必须符合国际人权标准。

建议 5: 麻管局吁请所有国家采纳尊重法治和人权的药物政策，包括无罪推定原则、禁止任意逮捕和拘留、受公正审判的权利和保护免受一切形式的残忍和不人道处罚。

建议 6: 各国需要根据《儿童权利公约》特别是第 33 条保护儿童不致滥用药物，防止利用儿童非法生产和贩运非法药物。

建议 7: 麻管局提醒所有国家，可以用提供教育、治疗、康复和善后护理的措施补充或替代对涉毒轻罪和药物使用者所犯罪行的惩处。

建议 8: 在毒品相关事务中，必须继续把相称性原则作为一项指导原则。虽然确定适

用于毒品相关犯罪的制裁措施是《公约》缔约国的专有权，但麻管局重申其在对涉毒犯罪判处死刑问题上的立场，并鼓励对涉毒罪行保留死刑的国家考虑对此类罪行废除死刑。

2016 年举行的世界毒品问题大会特别会议

842. 会员国在关于世界毒品问题的大会第三十届特别会议的成果文件中重申，致力于执行各项国际药物管制条约，并提出了会员国应对世界毒品问题的一个切实可行的行动计划。

建议 9: 麻管局随时准备与各国政府、相关国际组织和公民社会继续合作，以期结合《2030 年可持续发展议程》改善全世界的药物毒品形势。麻管局再次鼓励各国政府继续在落实 2009 年《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》中确定的目标和指标方面取得进展，并在 2019 年的标的日期之前开展审议。

供应

843. 大会第三十届特别会议成果文件载有关于适当处理现有障碍，改善人们获得受管制物质以用于医疗和科研目的的机会。

建议 10: 麻管局促请各国政府充分执行关于改善获得受管制物质以用于医疗和科研用途的机会，同时防止受到转移和滥用的行动建议，以及先前麻管局年度报告所载的相关建议。麻管局还请各国政府支持和参与各种具体举措以执行这些行动建议，并随时准备与其他国际组织和国家组织相互协调继续支持各国政府努力确保供应麻醉药品和精神药物用于医疗和科研用途。

大麻

建议 11: 正在考虑大麻素的医疗使用的各国政府应审查科学研究和医学试验的结果，并确保在具备合格医学知识和监督的情况下开具这类药物的医用处方，处方开具作法应以现有科学证据为依据并考虑到潜在的副作用。

建议 12: 此外，各国政府应确保向患者提供大麻素符合世卫组织的有关准则和国际药物管制公约。麻管局提醒制定了相关方案的所有国家注意《1961年公约》第二十三和第二十八条下的适用管制措施。

类阿片

844. 麻管局强调需要为医疗和科学用途充分供应管制药物。尽管如此，缔约各方确保合理开具处方和实施各种措施以防止此类药物受到转移和滥用仍然极其重要。与类阿片药物危机有关的近期事态发展，特别是北美的一些动态，证明需要这样一种平衡兼顾的方针。

建议 13: 麻管局鼓励各国政府采取关于长期服用类阿片的可能风险和类阿片镇痛剂消费量的一节中说明的措施，与公共卫生官员、药剂师、医药产品制造商和分销商、医生、消费者保护协会及执法机构合作，促进公众教育使其了解与含麻醉药品和精神药物的处方药、滥用此类药物及其可能造成的依赖相联系的各种风险。

建议 14: 麻管局促请各国政府以合作的方式开展工作，并采取具体措施打击非法制造和贩运类阿片药物的活动，其中包括芬太尼、芬太尼类似物及其前体。

精神药物

845. 麻管局确认已将最近列入附表的精神药物置于国家管制之下各国政府所作的努力。

建议 15: 麻管局促请尚未把表列精神药物置于国家管制之下的所有国家政府相应地修正其国家管制物质清单，以便对这些物质适用根据《1971年公约》及麻醉药品委员会和经济及社会理事会有关决议所要求采取的管制措施，并将有关情况通报麻管局。

建议 16: 麻管局欢迎越来越多的国家提交关于精神药物消费的数据，并呼吁更多国家政府依照麻醉药品委员会第 54/6 号决议这样做，因为这些数据对于评价医疗和科学用途精神药物的供应情况是必不可少的。

前体

846. 麻醉药品委员会在 2017 年 3 月第 60/5 号决议中呼吁采取一套自愿措施并加强各国政府之间的合作以及与麻管局的合作，以处理非表列前体的问题；委员会在该决议中还呼吁采取行动，应对通过互联网从事的前体相关犯罪活动。（对于注意到的近期趋势和动态的深入分析，可参阅麻管局关于《1988年公约》第 12 条执行情况的报告）。

建议 17: 麻管局促请各国政府优先处理前体制问题，以此作为防止制造和滥用危险药品的一个有效手段。具体而言，除了监管措施，麻管局强调必须保持各种灵活的系统以监测前体化学品的流动和交流信息。

互联网与新型精神活性物质

847. 非法网上药店是一种日益猖獗的现象，有可能造成严重的公共健康问题。全世界的互联网接入能力在不断增长，网上沟通渠道普遍可及，深网范围广阔，所有这些都导致利用互联网贩毒成为严重的犯罪威胁，无论是通过非法网上药店，还是通过其他方式。

建议 18: 麻管局呼吁各国政府利用麻管局《为各国政府拟订的预防经由互联网非法出售国际管制

药物准则》，其中载有 25 项个别准则，涵盖法规条例、一般性措施及国家和国际合作。

848. 由于国家管制措施的扩展覆盖了更多的新型精神活性物质，原本合法的企业对企业交易平台被用于销售和购买这些国家管制物质的风险不断加大。与此同时，需要避免妨碍通过互联网发展合法的经济活动。

建议 19: 麻管局鼓励各国政府考虑根据本国法律采取适当的措施，监测通过网上交易平台交易新型精神活性物质的企图并采取相关行动，如有可能包括自愿的监测和信息交流，并考虑让交易平台的运营商参与此类行动。

电子工具和培训

849. 国际药物管制系统的有效性取决于会员国为执行各项公约所作的集体努力。麻管局支助工作的一项重要内容是确保各国政府之间的实时通信。具体而言，麻管局开发的各种网上工具为立即开展合作和采取后续行动提供便利。多年来，这些工具在使用上以及在各国政府提供的信息数量和详情方面都长足的发展。麻管局电子工具（国际药物管制系统、国际进出口许可系统、网上出口前通知系统、前体事件通信系统和 Ion 项目事件通信系统）的维护和更新在这方面至关重要，但确实涉及到经费问题。

建议 20: 麻管局谨促请各国政府充分利用麻管局的所有电子工具，并考虑提供所需资金支助确保麻管局继续高效率和切实有效地运作，同时也简化国家主管部门按条约规定提交信息的工作。

建议 21: 麻管局呼吁各国政府提供更多的和经常性的捐款，以保持和扩大麻管局学习举措下开展的活动。需要各国政府作出这种承诺，以确保广

泛的地域覆盖范围、项目的可持续性，以及向所有国家政府提供支助和咨询意见。

特定国家和地区

850. 如毒品和犯罪问题办公室最近关于阿富汗罂粟的调查以及有关阿富汗境内生产、贩运和滥用大麻和合成毒品的信息所证实，该国的毒品管制形势不断恶化，麻管局对此十分关切。

建议 22: 麻管局理解阿富汗在多年得到大量国际援助之后面临的挑战和困难，但麻管局呼吁该国政府实施切实有效的铲除方案和替代生计方案以解决罂粟和大麻的非法种植。与此同时，麻管局再次呼吁阿富汗重振力量打击阿富汗毒品生产或贩运活动，适当注意新出现的合成毒品问题，并迅速和大幅度扩大减少需求服务。

851. 在世界若干地区，卫生保健系统缺乏处理药物问题的必要资源和能力。与此同时，非洲等区域滥用可卡因、类阿片、苯丙胺类兴奋剂、曲马多和新型精神活性物质的现象不断加剧。关于非洲、西亚、中美洲和加勒比及大洋洲的滥用和治疗情况，没有详细和可靠的信息。

建议 23: 麻管局鼓励所有各国政府提供必要的政治支持和适当的资源，以确保所有相关行为方参与上述地区毒品管制政策的规划、执行和监测。除了制定康复及回归社会的全面方案之外，还应当为毒品相关疾病的患者建立治疗设施。

建议 24: 这些区域的国家应当采用国际公认的参数和利用研究结果编写或更新流行率研究，为制定和通过有针对性的减少药物需求政策和方案提供信息。麻管局还鼓励国际社会提供援助，帮助这些地区开发戒毒治疗和康复服务。

(签名)

Viroj Sumyai (主席)

(签名)

Cornelis P. de Joncheere (报告员)

(签名)

Andrés Finguerut (秘书)

2017 年 11 月 17 日，维也纳

附件一

国际麻醉品管制局 2017 年报告中使用的 区域和次区域划分

以下所列为国际麻醉品管制局 2017 年报告中使用的区域和次区域划分以及各区域和次区域的国家名单。

非洲

阿尔及利亚	利比亚
安哥拉	马达加斯加
贝宁	马拉维
博茨瓦纳	马里
布基纳法索	毛里塔尼亚
布隆迪	毛里求斯
喀麦隆	摩洛哥
佛得角	莫桑比克
中非共和国	纳米比亚
乍得	尼日尔
科摩罗	尼日利亚
刚果	卢旺达
科特迪瓦	圣多美和普林西比
刚果民主共和国	塞内加尔
吉布提	塞舌尔
埃及	塞拉利昂
赤道几内亚	索马里
厄立特里亚	南非
埃塞俄比亚	南苏丹
加蓬	苏丹
冈比亚	斯威士兰
加纳	多哥
几内亚	突尼斯
几内亚比绍	乌干达
肯尼亚	坦桑尼亚联合共和国
莱索托	赞比亚
利比里亚	津巴布韦

中美洲和加勒比

安提瓜和巴布达
巴哈马
巴巴多斯
伯利兹
哥斯达黎加
古巴
多米尼克
多米尼加共和国
萨尔瓦多
格林纳达

危地马拉
海地
洪都拉斯
牙买加
尼加拉瓜
巴拿马
圣基茨和尼维斯
圣卢西亚
圣文森特和格林纳丁斯
特立尼达和多巴哥

北美洲

加拿大
墨西哥

美利坚合众国

南美洲

阿根廷
多民族玻利维亚国
巴西
智利
哥伦比亚
厄瓜多尔

圭亚那
巴拉圭
秘鲁
苏里南
乌拉圭
委内瑞拉玻利瓦尔共和国

东亚和东南亚

文莱达鲁萨兰国
柬埔寨
中国
朝鲜民主主义人民共和国
印度尼西亚
日本
老挝人民民主共和国
马来西亚

蒙古
缅甸
菲律宾
大韩民国
新加坡
泰国
东帝汶
越南

南亚

孟加拉国
不丹
印度

马尔代夫
尼泊尔
斯里兰卡

西亚

阿富汗
亚美尼亚
阿塞拜疆
巴林
格鲁吉亚
伊朗伊斯兰共和国
伊拉克
以色列
约旦
哈萨克斯坦
科威特
吉尔吉斯斯坦
黎巴嫩

阿曼
巴基斯坦
卡塔尔
沙特阿拉伯
巴勒斯坦国
阿拉伯叙利亚共和国
塔吉克斯坦
土耳其
土库曼斯坦
阿拉伯联合酋长国
乌兹别克斯坦
也门

欧洲

东欧

白俄罗斯
摩尔多瓦共和国

俄罗斯联邦
乌克兰

东南欧

阿尔巴尼亚
波斯尼亚和黑塞哥维那
保加利亚
克罗地亚

黑山
罗马尼亚
塞尔维亚
前南斯拉夫的马其顿共和国

西欧和中欧

安道尔
奥地利
比利时
塞浦路斯
捷克
丹麦
爱沙尼亚
芬兰
法国
德国
希腊
教廷

列支敦士登
立陶宛
卢森堡
马耳他
摩纳哥
荷兰
挪威
波兰
葡萄牙
圣马力诺
斯洛伐克
斯洛文尼亚

匈牙利
冰岛
爱尔兰
意大利
拉脱维亚

西班牙
瑞典
瑞士
大不列颠及北爱尔兰联合王国

大洋洲

澳大利亚
库克群岛
斐济
基里巴斯
马绍尔群岛
密克罗尼西亚联邦
瑙鲁
新西兰

纽埃
帕劳
巴布亚新几内亚
萨摩亚
所罗门群岛
汤加
图瓦卢
瓦努阿图

附件二

国际麻醉品管制局现任成员

Sevil Atasoy

1949年生人。土耳其国民。毒瘾和法证学院生物化学和法证学教授，副院长兼主任；法医学系主任；伊斯坦布尔乌司库达大学暴力和预防犯罪中心主任。伊斯坦布尔大学法医学院院长（1988-2010年）。土耳其司法部麻醉品和毒理学司长（1980-1993年）；民事和刑事法庭专家证人（自1980年起）。

伊斯坦布尔大学化学学士（1972年），生物化学硕士（1976年），生物化学博士（1979年）。

生物化学、犯罪侦察学和犯罪现场调查学讲师（自1982年起）；指导过50多篇生物化学和法医科学领域的硕博论文。著有130多篇科学论文，内容包括毒品测定、毒品化学、毒品市场、与毒品相关的犯罪及由毒品引发的犯罪、吸毒预防、临床和法医毒理学、犯罪现场调查和脱氧核糖核酸(DNA)分析。

休伯特·汉弗莱研究员，美国新闻总署（1995-1996年）；担任以下机构的客座科学家：加利福尼亚大学伯克利分校法医学部公共卫生学院和洛杉矶分校药物滥用问题研究中心；斯坦福大学遗传学系；埃默里大学人类遗传学系；加利福尼亚刑事学研究所；弗吉尼亚联邦调查

局；美国洛杉矶治安部刑事实验室；威斯巴登联邦刑事警察局（联邦刑警局）；慕尼黑大学慕尼黑物理生物化学学院和法医学院；不来梅大学人类遗传学中心；德国门斯特大学法医学院；维也纳联合国毒品实验室；新德里中央调查局。

总理办公室预防药物滥用特别委员会成员（2014年至今）。《土耳其法医杂志》创刊编辑（1982-1993年）。《国际刑事司法审查》科学委员会成员。土耳其法医学会创会会长；地中海法医学会名誉会员。国际法医毒理学会会员；印度洋-太平洋地区法律、医学和科学协会会员；国际法医毒理学家协会会员；美洲法医学会会员；美洲刑事实验室主任学会会员；美国犯罪学协会会员。

国际麻醉品管制局成员（2005-2010年和2017年起）。^a 财务和行政委员会委员（2006年）和主席（2017年）。估量问题常设委员会委员（2007年）。估量问题常设委员会第二副主席和主席（2006年）。报告员（2007年）。麻管局第一副主席（2008年）。麻管局主席（2009年）。

^a由经济及社会理事会于2016年4月5日推选。

Cornelis P. de Joncheere

1954 年生人。荷兰国民。现任荷兰抗生素发展平台主席，日内瓦药品专利池专家咨询小组副主席，世卫组织制药政策咨询师。

荷兰格罗宁根大学药学博士，阿姆斯特丹大学药剂学硕士（1975-1981 年）；美利坚合众国圣地亚哥大学 / 哥斯达黎加圣何塞工商管理硕士；理学学士。荷兰格罗宁根大学药学优等生（荣誉学生）（1972-1975 年）。

曾担任以下职务，世卫组织（日内瓦）基本药物和保健品部门主任（2012-2016 年），工作内容保护受管制药物的获取；世卫组织药物依赖专家委员会；世卫组织驻乌克兰基辅代表（2011-2012 年）；世卫组织欧洲区域办事处（哥本哈根），世卫组织医药卫生技术区域顾问（1996-2010 年）；泛美卫生组织 / 世卫组织国家基本药物方案协调员（巴西）（1994-1996 年）；泛美卫生组织 / 世卫组织基本药物项目协调员兼药剂师（哥斯达黎加）（1988-1993 年）；泛美卫生组织 / 世卫组织制药专家（巴拿马）（1986-1988 年）；荷兰外交部国际合作执行局也门药品供应专家（1982-1985 年）；荷兰阿姆斯特丹医院和社区药房（1981-1982 年）。

世卫组织欧洲办事处职员协会主席（2006-2010 年）；世卫组织准则审查委员会成员（2007-2011 年）；荷兰皇家药学会和国际药学联合会成员；著有及合著医药和健康科学领域众多出版物。

国际麻醉品管制局成员（2017 年起）。^b 报告员（2017 年）。估量问题常设委员会委员（2017 年）。财务和行政委员会委员（2017 年）。

郝伟

1957 年生人。中国国民。中国长沙中南大学精神卫生研究所精神病学教授，副所长。世卫组织

社会心理因素、药物滥用与健康合作中心主任。目前担任亚太酒精与成瘾研究学会教育委员会主席以及中国药物滥用防治协会和中国成瘾医学协会的会长。

安徽医科大学医学学士；湖南医科大学精神病学硕士和博士。

曾担任以下职位：作为科学家在世卫组织物质滥用部任职，日内瓦（1999-2000 年）；世卫组织西太平洋地区精神卫生和物质滥用部医官、中国精神科医师协会会长（2008-2011 年）；世卫组织烟草制品管制科学咨询委员会委员（2000-2004 年）。目前担任以下职位：世卫组织药物成瘾和酗酒问题专家咨询组成员（2006 年至今）；世卫组织《国际疾病分类》第十一次修订本（ICD-11）的滥用药物分类工作组成员（2011 年至今）。

获得多个国家机构（卫生部、科技部和国家自然科学基金）和国际机构（世卫组织、美国国家药物滥用研究所和美国国家酒精滥用与酒精中毒研究所）的研究支助。一系列世卫组织 / 中国成瘾行为讲习班的协调员。中国社区精神卫生服务国家级项目专家委员会成员。中国精神卫生法制定、实施和评估咨询顾问以及中国禁毒法律和法规实施咨询顾问。

发表超过 400 篇关于酗酒和药物依赖性的学术论文并出版 50 本这方面的著作。最近在同行评审期刊发表的一些论文如下：“1993 年至 2000 年中国一些高患病地区患病率和非法药物使用模式的纵向调查”，《上瘾》（2004 年）；“中国的药物政策：进步与挑战”，《柳叶刀》（2014 年）；“酒精与可持续发展目标”，《柳叶刀》（2016 年）；“中国药物政策的转型：实践中的问题”，《上瘾》（2015 年）；“改善中国的戒毒治疗”，《上瘾》（2007 年）；“对中国药物依赖者的污名化：在湖南省基于社区的研究”，《药物和酒精依赖》（2013 年）；以及“中国五个地区总人口中的饮酒和饮酒模式及健康状况”，《药物和酒精依赖》（2004 年）。

^b由经济及社会理事会于 2016 年 4 月 5 日推选。

国际麻醉品管制局成员（2015年起）。财务和行政委员会委员（2015-2016年）。估量问题常设委员会委员（2015年起）。估量问题常设委员会副主席（2016年）。麻管局第一副主席（2017年）。

David T. Johnson

1954年生人。美国国民。贾纳斯全球行动基金会副会长；退休外交官。埃默里大学经济学学士学位；加拿大国防学院研究生。

美国外交官员（1977-2011年）。美国国务院主管国际麻醉品和执法事务局的助理国务卿（2007-2011年）。美国驻伦敦大使馆使团副团长（2005-2007年）和临时代办（2003-2005年）。美国阿富汗事务协调员（2002-2003年）。美国驻欧洲安全与合作组织大使（1998-2001年）。白宫副新闻秘书兼国家安全委员会发言人（1995-1997年）。国务院副发言人（1995年），国务院新闻办公室主任（1993-1995年）。美国驻温哥华总领事（1990-1993年）。美国财政部货币监理署助理国民信托检查员（1976-1977年）。

国际麻醉品管制局成员（2012年起）。财务和行政委员会委员（2012年起）。财务和行政委员会主席（2014年）。

Galina Korchagina

1953年生人。俄罗斯联邦国民。国家药物上瘾问题研究中心教授兼副主任（自2010年起）。

俄罗斯联邦列宁格勒儿科学研究所研究生（1976年）；医学博士（2001年）。论文系根据关于变革期药物滥用管理新方法的临床和流行病研究撰写。

曾担任列宁格勒地区加特契纳中央区医院儿科医生以及某寄宿学校医生（1976-1979年）。列宁格勒地区药物诊所组织和政策室主任（1981-1989年）；列宁格勒地区医学院讲师（1981-1989年）；圣彼得堡市立药物诊所首席医生（1989-1994年）；国立服

务与经济学研究所社会技术室助教（1991-1996年）和教授（2000-2001年）；圣彼得堡医学研究生院药物上瘾问题研究室助教（1994-2000年）、副教授（2001-2002年）和教授（2002-2008年）；俄罗斯赫尔岑国立师范大学医学研究与健康生活方式系首席教授兼系主任（2000-2008年）；圣彼得堡国立大学哲学院冲突研究系教授（2004-2008年）。

任多个学会和协会成员，包括俄罗斯与圣彼得堡精神病专家和药物上瘾问题专家协会，凯特尔——布鲁恩酗酒问题社会与流行病学研究学会，国际酗酒和致瘾问题理事会和药物致瘾问题国际学会。俄罗斯科学院圣彼得堡科学中心科学社会学与科学研究组织问题研究理事会医学与生物研究部科学问题社会学研究室主任（2002-2008年）。

著有100多本著作，包括在俄罗斯联邦出版的70多本著作，以及某些专著的若干章节及一些务实指南。获得由苏维埃社会主义联邦共和国卫生部颁发的健康保护杰出奖（1987年）。艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾问题全球商业联盟顾问（2006年起）。

欧洲委员会蓬皮杜小组药物上瘾流行病学专家（1994-2003年）；作为首席研究员参加世卫组织可卡因项目（1993-1994年）；在圣彼得堡作为带头协调员参与世卫组织健康城市项目（1992-1998年）；参与世卫组织借助圣彼得堡城市治疗中心开展的酒精行动计划（1992-1998年）。担任世卫组织“帮助人们改变”方案（自1992年起）和“掌握技能促进变革”方案的联合教员（自1995年起）；以及担任世卫组织临时顾问（1992-2008年）。参与麻醉药品委员会会议（2002-2008年）。

国际麻醉品管制局成员（2010-2015年和2017年起）。^c 估量问题常设委员会副主席（2011-2012年和2017年）。麻管局第一副主席（2013年）。

^c由经济及社会理事会于2016年4月5日推选。

Bernard Leroy

1948 年生人。法国国民。名誉副检察长兼国际打击假冒药品研究所主任。

取得卡昂大学、德国萨尔布吕肯欧洲研究所和巴黎第十大学的法律学位。法国国立司法官学院研究生（1979 年）。

曾担任以下职位：凡尔赛上诉法院副总检察长，2010-2013 年。联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）高级法律顾问（1990-2010 年）。法国国家药物协调机构国际、立法和法律事务顾问（1988-1990 年）。埃夫里高等法院专门负责毒品案件的调查法官（1979-1988 年）。毒品和犯罪问题办公室法律援助方案负责人，博格达、塔什干和曼谷各法律专家组协调员（1990-2010 年）。阿富汗政府新药物管制法起草方面法律援助小组负责人，2004 年。关于在法国用社区服务量刑代替监禁的初步研究的合著者（1981 年）。吸毒者提供治疗服务的非政府组织“Essonne Accueil”的联合创始人（1982 年）。参加 1988 年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》最后谈判的法国代表团成员。欧洲委员会欧洲可卡因贩运问题研究小组主席（1989 年）。撰写的一篇报告促使成立欧洲第一个打击毒品问题政治协调委员会（1989 年）。世界银行与毒品和犯罪问题办公室联合小组（追回被盗资产举措）的主席，该小组在瑞士安排冻结并随后追回了被海地前独裁者让·克洛德·杜瓦利埃盗取的资产（2008 年）。

法国国立司法官学院针对法国司法机构成员举办的打击贩毒和吸毒成瘾终身学习方案的组织者（1984-1994 年）。巴黎第十一大学医药学院司法鉴定和责任系精神病学专业医学研究生授课讲师（1983-1990 年）。巴黎第十三大学社会工作系讲师（1984-1988 年）。让·穆兰·里昂第三大学安全和国际公法硕士课程二年级讲师（2005-2013 年）。

全国毒品法院专业人员协会国际部执行局成员（2006 年）。法国毒品和吸毒上瘾监测中心管理

局外部成员（2013 年）。雷诺报告委员会委员（2013 年）。荣誉：法国荣誉军团骑士勋章。

部分出版物如下：“造福社会的工作，短期徒刑替代办法”，《刑事科学和比较法审查》，第 1 号（西雷出版社，1983 年）；《毒品与吸毒者，国立司法官学院研究与调查》（1983 年）；《欧洲药物法和药物司法实践比较研究》（欧洲共同体委员会，1991 年）；《摇头丸》，国家卫生与医学研究院集体智慧系列丛书（国家卫生与医学研究院版，1997 年）；与 Cherif Bassiouni 和 J.E. Thony 合作撰写《国际刑法：来源、主题和内容》一书中的“国际药物管制系统”（马丁努斯·奈霍夫出版社，2007 年）；《劳特利奇跨国刑法手册》，Neil Boister 和 Robert Curie 编辑（劳特利奇出版社，2014 年）。

国际麻醉品管制局成员（2015 年起）。报告员（2015 年）。估量问题常设委员会委员（2016 年）。

Raúl Martín del Campo Sánchez

1975 年生人。墨西哥公民。国家反致瘾委员会总干事（2013 年 5 月—2016 年 12 月）。

心理学学士学位；阿瓜斯卡连特斯自治大学荣誉毕业生，1998 年。墨西哥国立自治大学心理学院保健心理学硕士学历，毒瘾主治实习医生，2002 年。墨西哥州卫生研究所药物依赖治疗中心，专门从事药物依赖和相关危机情形研究，2010 年。

国家反致瘾委员会，墨西哥烟、酒和毒品监测中心反致瘾国家方案协调主任（2012-2013 年）；墨西哥州墨西哥反致瘾研究所主任（2007-2011 年）；国家反致瘾委员会指标监测部主任（2003-2007 年）；阿瓜斯卡连特斯州市政办，药物滥用治疗中心心理学股主任（吸毒者治疗）（1999-2000 年）；阿瓜斯卡连特斯戒毒康复中心和神经精神病学中心，吸毒者和精神病患者住院治疗师（1999-2000 年）；阿瓜斯卡连特斯青年培育中心，为技术团队提供社会服务和支助的志愿者（1997-2000 年）。

多部有关药物滥用预防、治疗、调查及相关专题的出版物的编者、合作编者和供稿人，其中包括《2014年国家学生药物滥用情况调查》(INPRFM, 墨西哥卫生部, 国家反成瘾委员会, 2015年);“大麻的医疗用途是否得到科学支持?”(国家吸毒上瘾预防控制中心, 国家反成瘾委员会, 2014年);“‘新生活中心’戒毒中心所用治疗模型及其与初级卫生保健服务的关系”和“基于墨西哥州模型的毒品上瘾治疗:对风险因素以及利用切玛利模型防治的个案研究”,《2012年上瘾情报》,第二卷(国家反成瘾委员会, 2012年);“酒精是否是儿童和青少年特有的问题?”《2012年上瘾情报》,第四卷(国家反成瘾委员会, 2012年);“有关酒精在心理健康诊所初级护理的研究”,《酗酒病症者》(世界全科医生/家庭医生国立学院、大学和学会组织, 2010年);《墨西哥州关于学生酗酒、吸烟和药物使用情况的调查》(INPRFM, 墨西哥反成瘾研究所, 2009年)。

国际麻醉品管制局成员(2016年起)^d 估量问题常设委员会委员(2017年)。

Richard P. Mattick

1955年生人。澳大利亚国民。新南威尔士大学医学院国家药物和酒精研究中心药物和酒精研究学教授;新南威尔士大学脑科学教授;澳大利亚政府国家卫生和医学研究理事会首席研究员(2013-2017年),注册临床心理学家。

新南威尔士大学科学(心理学)一级荣誉学士,1982年;新南威尔士大学心理学(临床)硕士,1989年;新南威尔士大学博士,1988年;获新南威尔士大学解剖专业神经解剖学证书,1992年。

新南威尔士大学医学院澳大利亚国家药物和酒精研究中心研究主任(1995-2001年),澳大利亚国家药物和酒精研究中心执行主任

(2001-2009年)。是以下机构的成员:澳大利亚非法药物问题国家专家咨询委员会(2002-2004年)、澳大利亚缓释型纳曲酮问题国家专家咨询小组(2002-2004年)、新南威尔士州政府内阁办公室医学监督注射中心监测委员会(2003-2004年)、澳大利亚关于性能增强和外观提升药物的药物战略工作组部长级理事会(2003-2005年)、澳大利亚卫生部及大麻和健康问题老龄化专家咨询委员会(2005-2006年)、向新南威尔士卫生部长报告的新南威尔士州毒品和酒精问题专家咨询小组(2004-2013年)、为总理提供建议的澳大利亚国家毒品问题委员会(2004-2010年)、世卫组织/毒品和犯罪问题办公室阿片依赖药物治疗技术指导原则制定小组(2004-2008年)、澳大利亚儿童及青少年研究联盟(2005-2015年)。

供职于《药物和酒精审查》的编辑委员会和执行委员会(1994-2005年),担任副主编(1995-2000年)和执行编辑(2000-2005年)。同行评审国际期刊《上瘾》的助理编辑(1995-2005年);科克伦药物和酒精审查小组的编辑(1998-2003年)。著有300多本专著以及关于药物滥用、上瘾和治疗问题的编辑合订本中的多个章节,发表了关于这些主题的多篇同行评审学术期刊论文。最近发表的论文包括:“对类阿片依赖的丁丙诺啡维持剂治疗对比安慰剂或美沙酮维持治疗”、“青少年吸食大麻带来的年轻成年人后遗症”和“疼痛和类阿片药物治疗研究:使用类阿片药物控制慢性非癌性疼痛的人群的特点”。

获得来自以下方面的学术和研究支助:澳大利亚政府卫生部;新南威尔士州政府卫生部;澳大利亚国家禁毒执法研究基金;酒精教育和康复基金会;毒品和犯罪问题办公室;美国国家药物滥用研究所,澳大利亚研究理事会;澳大利亚政府国家健康与医学研究理事会。

国际麻醉品管制局成员(2015年起)。估量问题常设委员会委员(2015-2016年)。

^d由经济及社会理事会于2016年12月8日推选。

Luis Alberto Otárola Peñaranda

1967 年生人。秘鲁国民。律师。获得秘鲁天主教大学公共政策与公共管理研究生学位。

全国发展和生活无毒品委员会执行主任（2014-2016 年）。美洲国家组织美洲药物滥用管制委员会主席（2015 年 11 月—2016 年 9 月）。国防部长（2012 年），内政部副部长（2011 年），国防部副部长（2003 年），美洲人权法院事务中代表秘鲁的官员（2001 年），宪法和人权教授。

著有或合著的著作包括：《非法贩毒和替代发展概略》（2015 年）；《宪法解释》（2011 年）；《1993 年宪法：学习改革十五年的有效性》（2009 年）；《民主现代化武装力量》（2002 年）；《议会和公民身份》（2001 年）；《1993 年宪法：比较分析》（1999 年）。

荣获大十字级别的杰出服务勋章（共和国宪法总统颁发）。此外还荣获阿亚库乔奖（秘鲁陆军授予的最高荣誉）。

在讲习班作了题为“应对不断变化的毒品挑战”的发言，德国国际合作机构，伦敦（2015 年）；在经济及社会理事会作了关于替代发展的发言，纽约（2015 年）；出席哥伦比亚毒品联合委员会第七次会议的秘鲁代表团团长（2014 年）；出席拉丁美洲和加勒比国家麻醉品法执行机构负责官员会议第二十四次会议的秘鲁代表团团长（2014 年）；在拉丁美洲民主与腐败问题第二次研讨会上发言，蒙得维的亚（2014 年）；出席秘鲁——巴西毒品联合委员会第八次会议的秘鲁代表团团长（2014 年）；在青年与民主治理拉丁美洲研讨会上发言，哥伦比亚卡塔赫纳（2012 年）；在青年、暴力与和平文化拉丁美洲研讨会上发言，危地马拉安提瓜（2009 年）。

国际麻醉品管制局成员（2017 年起）。^o 估量问题常设委员会委员（2017 年）。

^o由经济及社会理事会于 2016 年 4 月 5 日推选。

Jagjit Pavadia

1954 年生人。印度国民。达卡大学英语荣誉毕业生（1974 年）、新德里大学法学学士（1988 年）、印度公共管理学院公共管理硕士学位（1996 年）。完成论文“1985 年《麻醉药品和精神药物法》规定的财产没收”，取得硕士学位。

曾在印度政府印度税务局担任高级职务 35 年，包括印度中央麻醉品局，印度麻醉品专员（2006-2012 年）；法律事务专员（2001-2005 年）；电力金融公司首席监督干事（1996-2001 年）；英联邦秘书处指定马尔代夫海关培训顾问（1994-1995 年）；麻醉品管制局副局长（1990-1994 年）；退休后担任那格浦尔中央货物税和服务税海关主任专员，2014 年。

荣获在共和国日颁发的特别杰出服务记录总统嘉奖证书（2005 年），该证书已在《印度特别公报》上公布。

派往维也纳出席麻醉药品委员会会议的印度代表团成员（2007-2012 年）；介绍麻醉药品委员会通过的第 51/15 (2008) 号和第 53/12 (2010) 号决议，并在委员会 2011 年会议之外组织了一次会外活动，向生产国、进口国和出口国介绍了罂粟种子非法流动所涉及的问题。作为国家主管机关的代表，出席棱镜项目和聚合项目工作组会议（2006-2012 年），并协调和组织在新德里举行的棱镜项目和聚合项目会议（2008 年）。参加了在曼谷举行的亚洲和太平洋国家麻醉品法执行机构负责官员会议（禁毒执法会议）（2006 年），并组织了在印度阿格拉举行的亚洲和太平洋禁毒执法会议（2011 年）。担任麻管局物质列表咨询专家组成员（2006 年），并作为咨询小组成员为麻管局《化学产业自愿业务守则准则》定稿（2008 年）。担任在安曼举行的近东和中东非法贩运毒品及有关事项小组委员会第四十一届会议报告员（2006 年）；担任在印度阿克拉举行的小组委员会第四十二届会议主席（2007 年）；组织了在新德里举行

的巴黎公约倡议前体工作组会议（2011年），并参与了由美国缉毒署在伊斯兰布尔（2008年）和墨西哥坎昆（2011年）举行的国际缉毒会议。

国际麻醉品管制局成员（2015年起）。估量问题常设委员会第二副主席和主席（2015年和2017年）。财务和行政委员会委员（2016年起）。麻管局第一副主席（2016年）。

Viroj Sumyai

1953年生人。泰国国民。退休前曾担任泰国公共卫生部食品与药品管理局助理秘书长；药物流行病学专业临床药理学家。玛希隆大学教授（2001年起）。

清迈大学化学学士学位（1976年）。马尼拉中央大学药剂学学士学位（1979年）。朱拉隆功大学临床药理学硕士学位（1983年）。伦敦圣乔治大学麻醉药品流行病学实习生（1989年）。国立管理学院卫生政策与管理博士学位（2009年）。泰国药学会成员。泰国药理学与治疗学学会成员。泰国毒理学学会成员。著有九本药物预防与管制领域的书籍，包括：《在饮料中掺入药物：侵占性药物预防手册》和《似曾经历的错觉：致幻剂秘密加工、药理学和流行病学全面手册》。《食品与药物管理期刊》专栏撰稿人。毒品教育与预防总理奖获得者（2005年）。

国际麻醉品管制局成员（2010年起）。估量问题常设委员会委员（2010-2016年）和主席（2012、2014和2016年）。财务和行政委员会主席（2011年和2013年）。麻管局第二副主席（2012、2014和2016年）。麻管局主席（2017年）。

Francisco E. Thoumi

1943年生人。哥伦比亚和美国国民。经济学学士和博士。哥伦比亚经济科学院高级院士和皇家道德和政治科学院（西班牙）通讯院士。

美国得克萨斯大学客座教授，罗萨里奥大学和安第斯大学（波哥大）和加利福尼亚州立大学奇科分校教授。在世界银行和美洲开发银行研究部门供职15年。罗萨里奥大学毒品和犯罪问题研究和监测中心创办人和主任（2004年8月-2007年12月）；打击洗钱、犯罪所得和资助恐怖主义行为全球方案研究协调员；毒品和犯罪问题办公室《世界毒品报告》协调员（1999年8月—2000年9月）；联合国社会发展研究所六国非法药物比较研究的研究员，日内瓦（1991年6月—1992年12月）；伍德罗·威尔逊国际学者中心研究员（1996年8月—1997年7月）；联合国开发计划署安第斯国家非法药物经济影响问题研究方案研究协调员，波哥大（1993年11月—1996年1月）。

著有三本书并与人合著了一本书，内容是哥伦比亚和安第斯地区非法药物问题。就这些主题编辑过三本书并撰写过70多篇学术期刊文章和书籍章节。在研究药物问题之前，还从事过经济发展、工业化和国际贸易问题研究，并著有一本书，合著过两本书，发表了50多篇文章和书籍章节。

弗里德里希·艾伯特基金会拉丁美洲和加勒比地区有组织犯罪观察站成员（2008年起）和世界经济论坛有组织犯罪问题全球议程理事会成员（2012-2014年）。

国际麻醉品管制局成员（2012年起）。报告员（2012年）。财务和行政委员会委员（2014-2015年）。估量问题常设委员会委员（2013、2016和2017年）。

Jallal Toufiq

1963年生人。摩洛哥国民。国家药物滥用预防和研究中心负责人；摩洛哥国家毒品和成瘾观测站主任；Ar-razi大学精神病医院主任，拉巴特医学院精神病学教授。

拉巴特医学院医学博士（1989年）；精神病学专业学位（1994年）；拉巴特医学院讲师（1995年）。

起)。作为国家药物滥用研究所的研究员和临床观察员在巴黎的圣安娜精神病院和马蒙丹中心(1990-1991年)和约翰·霍普金斯大学(1994-1995年)接受专业培训。曾在匹兹堡大学开展过研究(1995年);在维也纳临床研究所取得临床药物研究证书(2001和2002年)。

目前在摩洛哥担任以下职务:国家药物滥用预防和研究中心减少伤害方案负责人;Ar-razi 医院教学和住院医师培训协调员;拉巴特医学院国家治疗和防止药物滥用学位课程主任;拉巴特医学院国家儿童精神病学学位课程主任、卫生部药物滥用问题委员会成员。

在国际层面的任职情况:摩洛哥地中海网(地中海网/蓬皮杜小组/欧洲委员会)的代表;(欧洲委员会)蓬皮杜小组关于药物滥用预防和研究问题的前任摩洛哥常设通讯员、联合国艾滋病毒和

注射吸毒问题咨商小组前任成员、中东和北非减少伤害协会创始成员和指导委员会成员;中东和北非减少伤害协会北非 Ar-razi 知识中心主任;国际科学咨询网(防止青少年药物滥用)成员兼导师;联合国药物管制和预防犯罪办事处(北非当地网络)预防问题前任协调人/专家;欧洲委员会地中海网(艾滋病和药物滥用政策咨询小组)的创始成员和联合国艾滋病毒和注射吸毒问题咨商小组成员。

为世卫组织东地中海地区办事处、毒品和犯罪问题办公室和其他国际机构、多项研究奖学金以及美国国家药物滥用研究所提供咨询。在精神病学、酗酒和药物滥用领域发表多篇文章。

国际麻醉品管制局成员(2015年起)。估量问题常设委员会委员(2015年)。财务和行政委员会委员(2016年)。

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际联盟时期在以往的毒品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政府代表供职。其中三名成员具有医学、药理学或制药学方面的经验，是由世卫组织提名后选举产生，其余 10 名成员由各国政府提名选举产生。麻管局的成员是凭借其才干、公正、廉洁受到普遍信任的人。经社理事会与麻管局协商后做出一切必要的安排，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。麻管局在经社理事会第 1991/48 号决议核准的安排框架内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，特别是国际刑警组织和世界海关组织。

职能

以下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

途的药物得到充分供应，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转用而采取的措施，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) 长期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，则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部门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国际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的麻醉药品和精神药物合法流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流动（包括防止其转移到非法渠道）的管制系统要想正常发挥作用，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： 药物非医疗用途合法化
- 1993年： 减少需求的重要性
- 1994年： 对各项国际药物管制条约有效性的评价
- 1995年： 对查禁洗钱给予更大的重视
- 1996年： 药物滥用和刑事司法系统
- 1997年： 防止鼓励非法药物环境下的药物滥用
- 1998年： 国际药物管制：过去、现在和未来
- 1999年： 没有疼痛和痛苦
- 2000年： 国际管制药物的过量消费
- 2001年： 全球化和新技术：二十一世纪执行药物管制法面临的挑战
- 2002年： 非法药物和经济发展
- 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
- 2010年： 毒品与腐败
- 2011年： 社会凝聚力、社会解体与非法药物
- 2012年： 国际药物管制的分担责任
- 2013年： 药物滥用的经济后果
- 2014年： 应对世界毒品问题的全面、综合和平衡做法的执行情况
- 2015年： 人类的健康和福祉：国际药物管制面临的挑战和机遇
- 2016年： 妇女与毒品

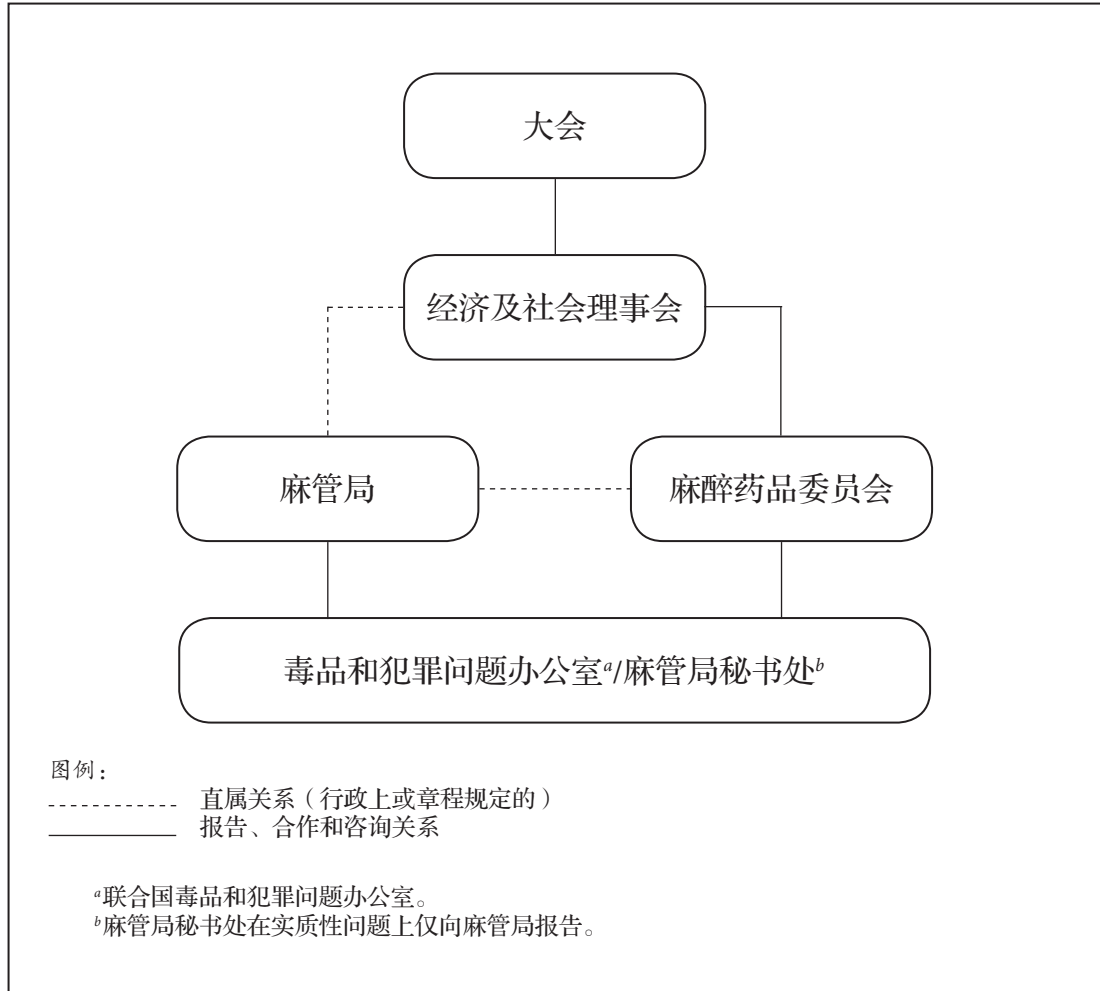
国际麻醉品管制局 2017 年报告第一章的标题是“吸毒病症的治疗、康复及回归社会：减少药物需求的关键要素”。

第二章分析国际药物管制制度的运作情况，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。重点内容是对与麻醉药品和精神药物以及用于非法制造这些药物的化学品有关的一切合法活动的全球管制情况。

第三章介绍药物滥用和贩运方面的一些重要动态，以及各国政府为解决这些问题以落实国际药物管制条约而采取的各项措施。

第四章介绍麻管局向各国政府、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





国际麻醉品管制局

国际麻醉品管制局（麻管局）是对于联合国各项国际毒品管制公约执行情况的独立监测机构，于1968年根据1961年《麻醉品单一公约》的规定设立，其前身可以一直追溯到国联时期在前毒品管制条约下设立的一些机构。

麻管局在其活动的基础上出版年度报告，通过麻醉药品委员会提交给联合国经济及社会理事会。年度报告提供世界各地毒品管制形势的全面概览。作为一个公正的机构，麻管局力求查明并预测危险趋势，并提出拟采取的必要措施的建议。