



国际麻醉品管制局



报告 2015



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
2016年3月2日，星期三，11:00（欧洲中部时间）

敬请注意

国际麻醉品管制局 2015 年发表的报告

《国际麻醉品管制局 2015 年报告》(E/INCB/2015/1) 尚有下列报告作为补充:

《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》(E/INCB/2015/1/Supp.1)

《麻醉药品: 2016 年全球估计需求量——2014 年统计数字》(E/INCB/2015/2)

《精神药物: 2014 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/2015/3)

《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 2015 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/2015/4)

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

2015 年
国际麻醉品管制局
报告



联合国
2016年，纽约

E/INCB/2015/1

联合国出版物
eISBN: 978-92-1-057745-8
ISSN 0257-3741

前言

当前，全世界正在开展一场“禁毒政策应取之道”的辩论。国际麻醉品管制局（麻管局）的任务授权是监测三项国际药物管制公约的执行和遵守情况，因此，将参与这一辩论。

联合国大会决定于2016年4月召开一次世界毒品问题特别会议，审查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》的执行情况，评估在三项国际药物管制公约和其他联合国相关文书的框架下处理世界毒品问题方面的成就和挑战。应当借审查世界毒品政策的这次特别会议，在申明需要作出相称的全球政治和法律承诺才能拥有解决这些问题的全球能力的同时，反思和重新调整世界药物管制的重点，增进处理药物滥用和打击涉毒犯罪方面的全球合作。

国际麻醉品管制局的地位独特，有助于促进当前关于药物管制国际趋势和新威胁的讨论。麻管局将贡献自己多年来在监测各项药物管制公约的执行情况和认定药物管制的成就、挑战和薄弱环节方面积累的见解和经验。麻管局将参加这次特别会议及其筹备工作，具体方式是凸显和澄清作为国际药物管制制度基石的各项办法和原则并根据各项公约提出建议。在依照药物管制条约的要求编写的年度报告中，尤其是在各个专题章节，麻管局一直在处理全球毒品问题的大部分相关方面，以及当前“禁毒政策应取之道”辩论中的大部分关键点。同样，麻管局还发表了这份2015年年度报告、前体问题年度报告¹以及供应问题补充报告²，是麻管局为这次特别会议和即将进行的政策讨论做出的一部分贡献。

麻管局的这份2015年年度报告中列有关于人类健康和福祉与国际药物管制制度的一个专题章节。从报告中可以看出，对人类健康和福祉的关切是国际药物管制制度的核心。麻管局强调，如果这一制度能得以全面落实，就将有助于保护全世界所有人的健康和福祉，有助于确保出台兼顾当地社会经济和社会文化条件的平衡的国家办法。

即便面对毒品问题不断变化的现实，1961年、1971年和1988年公约仍然证明了作为禁毒政策方面国际合作基石所具有的价值。这些公约几乎得到了所有国家的普遍批准，这一事实突出表明，解决世界毒品问题是全世界共同的愿望。各国经常重申致力于在这三项国际药物管制公约和各项政治宣言的框架之内开展工作。

在评估现行药物管制制度的成就和面临的挑战时，麻管局认为，对麻醉药品、精神药物及前体的国际合法贸易的管制一直很成功，这一点不可否认，因为目前并没有发生明显的从合法渠道向非法渠道转移这些物质的情况。另一方面，从全球层面来看，供应和获得医药用途麻醉药品和精神药物的情况完全不能令人满意。而且，大量减少对毒品的非法需求和供应这一目标也尚未实现。最后，“新型精神活性物质”等新的挑战层出不穷。

¹ E/INCB/2015/4。

² E/INCB/2015/1/Supp.1。

不过，麻管局坚信，全面落实各项药物管制公约和充分执行各项政治宣言的原则就可以解决这些挑战。药物管制制度是一个平衡的制度，它以相称性、集体责任和遵守国际人权标准这些基本原则为基础，以改善公共健康和福祉为前进的方向。落实这一制度意味着把人类的健康和福祉作为药物政策的核心，采取全面、综合和平衡的办法制定药物管制政策，促进人权标准，更加重视药物滥用负面影响的预防和减少以及治疗和康复，并加强基于责任共担的国际合作。

药物管制条约的缔约国在自己确定并在条约谈判过程中商定的范围内，具有解释和适用条约的一定灵活性。药物管制条约规定了替代处罚，不要求因吸毒或轻罪而监禁吸毒者。作为对定罪或惩治措施的替代或补充，各国可采取预防吸毒的措施或者实行针对吸毒者的教育、早期识别、治疗、后期护理、康复和重返社会措施。此外，各国可根据各自的宪法原则和本国法律制度的基本概念，在一定范围内灵活酌定对非法行为的制裁。

因此，仍然迫切需要各国政府在制定今后的政策时适当考虑各项药物管制公约的内容和精神。各国将继续采用各自务实可行的办法解决本地的毒品问题，但遵守各项公约意味着全面落实基本的原则和义务。

特别会议应重申这些原则。各国政府应当证明，药物管制是所有国家共担的责任，各国政府团结起来就能专注于认明措施，确保充分执行各项药物管制公约。

麻管局认识到公约框架有时会被误解，认为可利用大会特别会议这个机会强调药物管制公约和政治宣言的精神——增进人类的健康和福祉取决于各国实行基于证据的政策和做法的能力。本出版物即麻管局 2015 年报告的第一章表明，现行框架既有综合性，也有凝聚力，相称并适度地促进着科学知识的应用。

本报告与关于国际管制药物供应的补充报告和关于前体的报告相结合，介绍了国际药物管制制度的最新运行情况，分析了世界毒品形势的发展。这些报告促进了对麻管局作为“条约监测机构”的更深入了解，增加了对缔约国遵守公约的重要性的认识。任何关于在条约框架之外开展工作的提议都会破坏建立在广泛共识基础上的药物管制制度。

麻管局期待在今后一年继续开展全球对话，并通过关于世界毒品问题的大会特别会议商拟一套务实的行动应对新出现的挑战。



国际麻醉品管制局主席
Werner Sipp

目录

页次

前言	iii
解释性说明	vi

章次

一. 人类的健康和福祉：国际药物管制面临的挑战和机遇	1
A. 健康和福祉是国际药物管制条约的主要目标	1
B. 毒品与人类的健康和福祉	1
C. 公约及其成果	3
D. 药物管制的社会经济和社会政治环境	3
E. 社会健康和挑战	4
F. 削减供应的努力及其局限性	5
G. 相称原则	5
H. 尊重人权	6
I. 非预期后果	6
J. 结论和建议：药物管制如何增进人类健康和福祉	6
二. 国际药物管制制度的运作	9
A. 增进国际药物管制条约的一致适用	9
B. 确保国际药物管制条约各项条文的实施	10
C. 各国政府与麻管局的合作	17
D. 总体履约情况评价	21
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	31
F. 特别专题	34
三. 世界形势分析	43
A. 非洲	44
B. 美洲	49
中美洲和加勒比	49
北美洲	54
南美洲	61
C. 亚洲	67
东亚和东南亚	67
南亚	72
西亚	78
D. 欧洲	85
E. 大洋洲	93
四. 给各国政府、联合国和其他有关国际及国家组织的建议	99

附件

一. 国际麻醉品管制局 2015 年报告中使用的区域和次区域划分	105
二. 国际麻醉品管制局现任成员	109

解释性说明

凡在 2015 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：

东盟	东南亚国家联盟
西非经共体	西非国家经济共同体
欧警署	欧洲警察署
麻管局	国际麻醉品管制局
国际刑警组织	国际刑事警察组织
MDMA	3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺
毒品和犯罪问题办公室	联合国毒品和犯罪问题办公室
海关组织	世界海关组织
世卫组织	世界卫生组织

第一章.

人类的健康和福祉：国际药物管制面临的挑战和机遇

A. 健康和福祉是国际药物管制条约的主要目标

1. 三项国际药物管制公约的最终目标是保护公众和个人的健康和福祉。所有这三项条约——1961年《麻醉品单一公约》、³1971年《精神药物公约》⁴和1988年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》⁵——都提到这个令人关切的问题。在规定麻醉药品和精神药物的使用仅限于医疗和科研用途的同时，这些公约要求各国政府采取所有切实的措施防止药物滥用并对关系人早作鉴别、治疗、教育、善后护理、复健并使其重新融入社会（《1961年公约》第38条和《1971年公约》第20条）。

2. 关于世界毒品问题的大会特别会议将于2016年召开，因此，对全球毒品形势和药物管制政策进行严谨评估，并审查药物管制条约主要原则和内在平衡办法在实践中的落实情况的时机已经到来。世界已经改变，药物政策也已发生变化，所以，必须考虑如何在现行的国际药物管制法律框架内调整政策以应对新出现的挑战，尽管这个法律框架的目标有时受到误解或误读，

³《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》（联合国，《条约汇编》，第976卷，第14152号）。

⁴联合国，《条约汇编》，第1019卷，第14956号。

⁵同上，第1582卷，第27627号。

但继续得到几乎普遍的支持。在2014年年度报告和往年报告审视全面、综合和平衡办法实施情况所得结论的基础上，麻管局在本专题章节中阐述了关于毒品与健康主题的若干其他补充考虑。

B. 毒品与人类的健康和福祉

3. 使用各种物质影响情绪、感觉、观念和认知几乎是一种普遍的人类现象。这种用途的物质，无论使用的是天然存在的植物材料、提取物、衍生物还是完全人工合成的物质，被统称为“药物”（为简洁起见，本章将使用这一术语）。其中许多物质会给使用者带来上瘾风险，更主要的是，有可能形成棘手的使用和滥用模式。

4. 无论易于滥用的物质是否受到管制，使用这种物质都有特定的风险，其程度和构成取决于物质本身、使用者、社会环境和使用模式，差异甚大。滥用任何物质都会对使用者和周围人的健康和福祉构成风险。对药物实行国际和国家管制正是因为它们会严重危及个人的健康和福祉。同样，所有政府都选择在药店凭处方销售大多数药品的原因在于，如果未经专家的监

督，其中大多数物质可能产生严重的毒性和有害影响。

5. 无论是否受国际管制，精神药物都不是普通商品，因为精神药物销售商的一大部分收入来自那些不能自行理性控制习惯和上瘾的消费者。即使在假定成年人的消费选择应当不受制约、生产者应能自由地通过营销手段供应和促进消费者需求的政治、社会和法律假想制度中，可能也照样要合理地把精神药物定为一个例外。这样做是为了保护消费者避免因自身的知识缺陷和抉择失误（吸毒会对抉择产生影响）受到伤害，最大程度地避免罹患疾病和死亡，避免在毒品影响下实施的行为殃及他人。

6. 近年来出现了更多的挑战，例如新型精神活性物质的出现。各国政府都承认，为规避管制而特别制造的药物的成分不断变化，应对起来十分复杂。在大多数情况下，此类药物的短期和长期效果不明，可能具有极高的成瘾性和毒性。越来越多的此类药物被操纵并向人兜售，特别是向青少年兜售，而不惜以购买者的健康为代价。因此，确保不让潜在的使用者获得此类药物，并向目标人群提供与此类药物的风险有关的资料和初级的预防服务，是一个事关健康和福祉的问题。

7. 国际药物管制公约承认并促进麻醉药品和精神药物的医疗使用，这些药物对缓解疼痛和痛苦以及治疗其他疾病是不可或缺的。不过，尽管这些药物可产生巨大益处，但它们也有可能带来伤害。因此，国际药物管制公约规定缔约国有义务实行稳妥管制和控制，并使这些药物的生产、制造、出口、进口、销售、贸易、使用和持有仅限于医疗和科研用途，如果管理不当，这些药物也有可能被滥用。

8. 从全球来看，获得含管制药物的药品的机会仍然极不均衡，这些药品的消费主要集中在一些发达国家。全世界三分之一的人口

生活在很少有机会或者根本没有机会获得含表列物质的药品的国家。国际麻醉品管制局（麻管局）早已指出这一重大差异，并一再强调，各国采取纠正行动解决已查明的造成供应不足的主要原因，包括监管、态度、知识以及经济和采购问题，即可改善这种状况。麻管局本年度报告所附补编中专门分析了这个问题。⁶

9. 类阿片镇痛剂的供应不平衡问题特别令人担忧，因为最新数据显示，多种需要缓解疼痛的疾病特别是癌症，在低收入和中等收入国家十分常见并且日益增多。⁷与此同时，在类阿片镇痛剂人均消费量高的国家，滥用处方药和相关的过量用药致死的现象一直在增加。

10. 国际药物管制公约没有对治疗吸毒上瘾规定任何具体模式：麻管局敦促各缔约国把所有此类治疗做法建立在科学证据的基础上。针对吸毒上瘾提供适当的治疗服务与打击贩毒一样，都是缔约国承担的义务。如果不能提供适当治疗，会加剧药物滥用造成的健康损害和社会损害，刺激对被滥用药物的非法需求。因此各方普遍承认，医学上公认的类阿片依赖治疗标准（包括对处于刑事司法监督下的类阿片依赖者的治疗标准）推动了国际药物管制条约目标的实现。使用替代疗法治疗类阿片依赖有着坚实的证据基础，但其适用情况在不同成员国各有不同。

11. 麻管局认为，药物滥用治疗方案应当秉持与其他疾病治疗方案一样的安全性和有效性标准。应当取消对吸毒者不人道或有辱其人格的治疗形式。

⁶《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》(E/INCB/2015/1/Supp.1)。

⁷世界卫生组织和世界姑息治疗联盟《全球临终姑息治疗分布图》(世界姑息治疗联盟，2014年)。

C. 公约及其成果

12. 国际药物管制公约取得的成就难以衡量，因为很难预测如果没有关于药物管制措施的国际协定会发生什么情况。在尚未通过任何国际药物管制协定的1906至1907年，全球鸦片产量估计为41,600吨，当时世界人口不足20亿。毒品和犯罪问题办公室《2015年世界毒品问题报告》⁸公布的全球非法鸦片生产最新估算值为7,554吨，是100年前产量的一小部分，而今天的世界人口超过70亿。此外，现在已经很难从合法国际贸易中转移麻醉药品、精神药物和前体化学品，这至少在一定程度上可归功于各国政府对各项药物管制条约的有效落实。

13. 另外，与酒精和烟草等更容易获得的其他物质相比，对药物的滥用受到了抑制。与酒精和烟草相比，药物滥用的流行率要低得多。所有受管制药物加在一起也不如酒精导致更多暴力，比不上吸烟对健康更有害，这主要是因为酒精和烟草的供应量更大，接触者更多，使用和滥用的程度更高。的确，死于酗酒和吸烟的人比死于受管制物质的人多出许多倍。商业规范市场提供的这些事例突出强调了使用受管制物质用于非医疗目的的危险。各项药物管制公约旨在通过避免这些危险来保护人民的健康和福祉。

14. 如何确定本国的毒品管制努力是否适当平衡，是各国在履行其条约义务时面临的挑战。各国应确保其管制努力不会导致不愿见到的副作用。在所有药物消费者中，只有少部分是有问题的使用者，但这些人消费了绝大部分药物，在药物总消费量中的占比通常超过80%。此外，持续或经常中毒的吸毒者在遭受健康和社会损害的总人口中所占比例较大。阻止贩毒者的最有效方式之一是减少其客户群。通过执行有效的预防和治疗措施，可显著减少需求来源，这对任何非法药物市场都会产生强大作用。这种行动中应包括有效、有系统地防止吸毒的努力。

15. 自药物管制条约诞生以来就有了综合、平衡的办法，但仅在最近几十年来，这些办法才走向国际药物管制的前沿。出现这种情况有一些历史和法律上的原因。依其定义，国际公约处理的是主权国家共同关心的跨境问题，例如国际贸易。因此，获得通过的各项公约主要侧重于国际贸易和贩运，而在国家层面制定和执行我们现在所说的“减少需求”措施虽然是各项公约的规定，但交由各个主权国家自行处理。

D. 药物管制的社会经济和社会政治环境

16. 解决为暴力和药物滥用制造机会的社会、经济和政治问题，可能与直接针对毒品问题本身的努力同样重要。正如麻管局过去曾指出的，毒品问题的供需两方面都受到贫穷、饥饿、经济不平等、社会排斥、剥夺、迁徙和流离失所、获得教育和就业的机会有限以及遭受暴力和虐待等社会经济因素的影响。这些都是毒品问题的重要驱动因素，必须把它们作为综合办法的一部分考虑在内。在设计和落实各项政策以便为存在药物滥用问题的人提供援助时，各国必须深入考量贫穷、边缘化、性别和儿童的发展等社会经济因素。家庭和社会在创造有利于防止药物滥用的环境方面具有的作用和承担的责任，无论怎样强调都不为过。

17. 毒品问题是多种因素共同造成的，其他领域并非专门针对非法药物供应和使用的政策也会对其产生影响。例如，加强个人、家庭和社区层面的恢复力的政策能够减少对药物滥用的脆弱性，增加有药物滥用问题的人迅速和持久恢复的前景。透明、负责任和强有力的公共体制有助于最大程度地减少贩毒组织的败坏力。同样，拥有丰富经济潜力的强大社区也更容易承受住非法毒品作物种植有害影响，更有可能抵御毒品交易与贩毒的腐败影响。

⁸联合国出版物，销售品编号 E.15.XI.6。

E. 社会健康和挑战

18. 增进人类的福祉必须预防和减少社会危害。一些吸毒者因毒品本身、毒品所含杂质或吸毒方式等原因导致健康受损。其他一些吸毒者在毒品的影响下鲁莽行事、疏忽大意或实施犯罪，给自身或他人造成了伤害，一些吸毒者发现自己已不能控制吸毒行为，不由自主地上瘾而且在有些情况下持续、一再地上瘾，致使健康严重受损，付出惨重的个人代价，更不用说导致家人和社会付出的代价。即使是没有出现可诊断的药物滥用疾患的人，也有可能因支持非法药物市场和在毒品的影响下从事有风险的行为而激化社会问题。对吸毒者实行监禁所产生的影响是一种严重的社会危害，对吸毒者而言，受到监禁会对其经济状况、家庭和职业产生重大影响。

19. 除了毒品给吸毒者及其身边的人造成的伤害之外，与毒品的非法生产和供应有关的活动和情况也对个人、社区和国家带来了健康和福祉方面的威胁。非法市场上销售的药物产品质量如何并不清楚，因为既不知道非法药物的品质，也不了解其是否有毒。非法供应的药物可能掺假，或者含有危险杂质，服药者通常没有什么能力来辨别自己实际上服用的是什么物质。这些因素都增加了意外用药过量和其他形式的中毒风险。

20. 一些用药行为尤其加剧了药物滥用问题。因使用未经消毒的注射器具而导致艾滋病毒和丙型肝炎病毒传播就是一个实例。由于这些病毒还可以通过其他方式传递，导致从未使用过管制药物的人也有可能因他人吸毒行为的间接影响而受到感染。

21. 对相关毒品上瘾的人会因为支付毒资而致贫或进一步陷入贫困。吸毒者为了支付非法服用药物的费用而参与犯罪活动以支持自己的毒瘾，不仅给自己而且给其他人和整个社会造成进一步的伤害。

22. 非法药物市场中的行为给社会造成了伤害，其中最明显的是贩毒者实施的暴力、贩毒者之间

的暴力和为打击贩毒者而实施的暴力。犯罪分子满足对毒品的非法需求，而有组织犯罪集团控制着非法药物市场。与毒品的非法生产和供应相联的暴力、社会混乱和腐败威胁着公民的安全，破坏了法治。治理上的软弱无力反过来为非法毒品行业和市场提供了发展的土壤。

23. 针对非法市场的执法努力有可能减少这种暴力，但也有可能加剧这种暴力，因而造成损害：针对执法人员的暴力和执法人员实施的暴力；监禁和其他形式的惩罚；执法机构中的腐败和侵犯人权情形。

24. 暴力可能是贩毒最显而易见的有害后果。毒品非法需求造成的庞大商机对犯罪分子而言极具吸引力，强化他们使用暴力保护非法毒品贸易的意愿和能力。彼此为敌的贩毒组织之间争夺地盘、冤冤相报和威胁恐吓，导致以暴力为手段争霸毒品非法贸易。位于或靠近非法毒品生产地区的社区、贩毒路线沿线的社区以及公然贩卖毒品之地的邻近社区这种情况尤为突出。而且，许多过境国也发生着与贩毒有关的暴力。当某个贩毒集团为控制某个地区而挑战另一贩毒集团或国家时，就可能发生严重的暴力。在毒品交易与政治冲突相互交织时，暴力可能极为惨烈。

25. 毒品相关的腐败破坏着国家和全世界打击违法乱纪的努力。在国家层面，腐败威胁着政治体制和机构的合法性。政党、国家机构、官员、专业人员和社区领导人的腐败阻碍了许多国家的经济发展。贩毒组织深知这一点并竭力利用腐败和暴力破坏国家的能力。腐败与毒品相关问题同恶相济，腐败及其他社会问题大为助长了非法药物行业的发展。

26. 国家官员的腐败继续对药物管制努力构成挑战，损害了公共福利。各国必须找到办法确保公职人员、执法官员和政治人物能够诚实地履行职责。公民必须向其选出的代表和国家官员提出更多要求。如果犯罪组织恐吓和腐蚀公职人员的企图得逞，就会对遏制非法药物贸易的努力产生最大程度的破坏性影响。

27. 最严重的挑战之一是国家失去对有组织犯罪集团的控制。有罪不罚和没有治理能力对任何国家以及区域和国际社会的集体安全和福祉都构成挑战。当国家机构参与并受到暴力和系统性腐败的影响时，贩毒活动就能进一步削弱政府的功效，直至在国家或次区域层面出现“国家失灵”的情况。由于毒贩掌握大量金钱，执法机构在面临腐败威胁时尤为脆弱，当执法人员的薪金不足时，就会极大地加剧这种威胁。

28. 利用互联网贩运毒品是国际药物管制制度面临的最新挑战之一。各国必须付出更多努力促进对这种非法经营活动的调查，以确保查明、禁止和根除这种经营活动，确保国际邮政系统不会被用于传递非法药物货物。在互联网药店和某些其他药物发放形式中，处方开具人或提供者与患者彼此见不到面，这一点带来了特别的风险，必须就此制定更为有效的管制办法。在这种供药系统中，处方开具人和药物发放人更加难以评价患者的需要，因而无法确保处方药被用于合法的医疗目的，从而难以保护个人的健康和福祉。各国应关注这种供药方式可能带来的挑战。

F. 削减供应的努力及其局限性

29. 在任何药物管制系统中，减少供应和实行监管始终是综合、平衡办法的重要组成部分。如果规划和执行得当，抑制非法药物生产和供应的努力就是减少非法药物市场造成的社会和健康损害的重要工具。

30. 近年来，一些批评意见孤立地看待抑制非法药物供应和使用的努力，以药物滥用依旧盛行为由声称这些努力是失败的策略。这种意见背后的逻辑是有问题的。没有人以艾滋病毒没有消除或者饥饿依旧存在为由宣传放弃应对这两个问题的全球努力。相反，与无所作为相比，这些努力被认为是改善这一状况的更合理标准。

31. 在所有其他因素相同的条件下，价格提高——因为开展执法努力导致非法供应受到限制，价格因此抬高——将导致需求减少。但更高的毒品价格不仅会影响与吸毒有关的问题，还会影响与贩毒和执法努力有关的问题。如果贩毒活动减少的幅度低于价格上涨的幅度，那么更有力的执法活动可能就会加大毒贩可得的总收入，从而更加刺激对非法贸易的参与和对毒品贸易霸主地位的争夺。

32. 因此，必须审慎设计执法政策，时刻牢记药物管制的目标及可能产生的非预期结果。世界上并非只有要么实行“军事化”禁毒执法，要么对国际管制药物的非医疗用途实行合法化这两种选择。药物管制公约并没有规定要打一场“禁毒战争”。

G. 相称原则

33. 将国际药物管制公约的规定纳入国内法必须遵守国际公认的相称原则。国家秉持该原则对法律或习俗禁止的行为作出应对。在适用于刑事司法制度时，相称原则准许对犯罪处以可接受的相应惩罚，前提条件是惩罚必须与罪行的严重程度相称。

34. 应对措施是否与涉毒违法行为相称，这相应地取决于政府的立法、司法和执法部门如何在法律和实践两方面采取应对措施。鉴于资源有限，各国政府应确保执法和司法系统优先调查和起诉最暴力的行为人和非法供应链的参与者，例如那些控制、组织、管理贩毒组织或者为之提供投入、生产和其他服务的人，并判处其罪行。

35. 将持有毒品定为刑事犯罪所产生的威慑力取决于各国的具体情况。根据各项药物管制公约，各国义务确保将持有毒品——即使是少量持有——规定为应受惩罚的违法行为。与此同时，公约也提供了替代定罪或惩罚的办法，包括

治疗、教育、善后护理、康复和重新融入社会措施。根据《1988 年公约》，在关于持有毒品用于个人消费的制裁方面可以有一定的灵活性，以便使这项义务合乎各国的宪法原则和法律制度的基本概念。正如麻管局在多个场合曾经指出的那样，国际药物管制公约不要求监禁吸毒者。相反，对供应毒品的相关行为，公约规定缔约国有义务将之定为刑事犯罪，同时鼓励各缔约国考虑用预防、治疗和康复措施代替惩罚。

H. 尊重人权

36. 药物管制行动必须符合国际人权标准。各缔约国有必要充分利用国际法律文书保护儿童免受药物滥用之害，并确保国家和国际药物管制战略符合儿童的最大利益。麻管局还建议所有继续对涉毒违法行为保留死刑的国家考虑废除对这一类违法行为的死刑处罚。

37. 暴力除了通过违法乱纪、腐败和乱治给人权带来间接和非预期的后果之外，还会对保障人权的努力构成威胁。在贩毒和腐败削弱了合法的治理机构，加剧国家主管机关的失效或阻碍薄弱的国家发展强有力的机构的情况下，这一点就显得尤为明显。

I. 非预期后果

38. 各种因素都会产生一些预期以外的后果，其中就包括国家和国际药物管制措施在执行上的不平衡。有一种论点认为，执行药物管制制度产生的非预期后果证明，应当准许将当前的表列物质用于非医疗用途。这种看法的依据是不正确的，它假设这些违背意愿的后果无法在国际药物管制制度的框架内得到解决。虽然这些后果并非在预期之中，但也并非始料不及，而且是可以预防或解决的。各缔约国面临的挑战是如何采用能最大程度减少药物滥用负面影响的平衡方式履行其条

约义务，并采取措施控制贩毒，对贩毒受害人开展教育和治疗。

39. 围绕着表列物质非医疗使用开展的讨论，大部分都忽略了药物滥用和上瘾的性质以及禁毒执法方面的特殊性。这种观念忽视了许多国家的现实情况，这些国家的政府已经因为对酒精和烟草产品的管制松懈或监管不力而受到严重的不良影响，特别是负面的社会影响，并且这些国家用于医疗用途的麻醉药品要么极其缺乏，要么过量消费和滥用。

J. 结论和建议：药物管制如何增进人类健康和福祉

40. 毒品可用作药物，也可严重损害健康。药物管制政策可以防止伤害，但也会造成意外的损害。因此国际药物管制制度应当促进应用科学知识、人文思想、相称和适度原则来解决一系列毒品相关问题。将表列物质用于非医疗目的不是解决现有挑战的适当方法。

41. 缔约国在制定公约所构想的更加协调一致的药物管制战略方面已取得了重要进展。但这一复杂的社会问题具有不断变化的性质，要求各国必须意识到面前的挑战和机遇。将于 2016 年召开的关于世界毒品问题的大会特别会议是重申循证和科学药物管制政策和做法的一个适时契机。一些国家目前实行的一些政策，例如军事化执法、罔顾人权的政策、过度监禁、拒绝提供医学上适当的治疗以及不人道或过度严苛的办法，并不符合药物管制公约的各项原则。建议各国本着以下目标开展这次审查：加强行之有效的措施，修改无效的措施并扩大干预范围以应对新型精神活性物质和助长、便利药物滥用的营销技术，如利用互联网和社交媒体。不应当把简单地呼吁准许和监管表列物质的非医疗使用视为解决全球化和不平等世界将要面临的毒品相关难题的适当办法。

42. 需要以更加专注、协调和更加国际化的方式解决跨国有组织犯罪的持续威胁。为抵御腐败，各国必须提高政府机构和机关的质量和透明度。目的地国必须承担起应负的责任，并采取更为有效的行动遏制国内的贩毒和需求。

43. 提醒各国注意其有义务实行有效的药物滥用预防、治疗和康复方案。这些方案可包含的不仅仅限于具体的药物政策，旨在加强社会联系以及个人自决能力和恢复力的干预措施往往也能降低药物滥用的流行程度。

44. 各国应向受药物滥用影响的人提供有效和人道的协助，包括提供在医学上适当和循证的治疗。应当向吸毒者提供替代处罚办法。应当停止使用包括

任何涉及使用体罚的治疗措施在内的严酷治疗方案。已经证明能够减少药物滥用行为的循证治疗模式值得考虑。减少药物滥用是朝着保护和改善个人和社会的健康与福祉迈出的重要一步。减少药物滥用的不良影响和社会后果是对减少需求综合战略的补充。不过，在全社会特别是在青少年中预防药物滥用应当始终是政府行动的根本目标。

45. 国际药物管制制度根据各项药物管制公约建立并以相关政治宣言为基础，它提供了一个综合、协调的框架，但要想使这个框架切实有效，各国就必须按照各自的国情（包括药物供需实际情况、国家机构的能力、社会考量因素以及可证明现行和今后政策选择的有效性的科学证据）履行其条约义务。

第二章.

国际药物管制制度的运作

A. 增进国际药物管制条约的一致适用

46. 国际麻醉品管制局（麻管局）作为三项国际药物管制公约的保管人，与各国政府密切合作，以确保这些公约得到尽可能广泛的批准。为此，麻管局继续动员各缔约国和非缔约国政府努力推动这些公约得到普遍批准和全面实施。

47. 同过去一样，这一点是通过与各国政府持续对话形式的经常性磋商得以实现的，其中包括高级别会议、国别访问、就技术和政策事项大量通信以及提供培训活动。

48. 麻管局促请各国政府在履行其义不容辞的条约义务时，以平衡兼顾的态度对待制定药物政策问题。这种态度应以人类的福利为核心，并应当反映以下必要因素：需要对受管制物质的合法贸易进行管制，以防止这些物质被转用于贩运，同时又不妨碍合法医疗和科研用途的供应；需要建立体制以防止药物滥用、及早发现和治疗药物滥用，以及为受药物滥用影响人员提供教育、善后护理、康复和重返社会的机会；需要按照 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》

采取尊重人权的药物政策及相称和适度的刑罚政策。

加入各项国际药物管制条约的情况

49. 各项国际药物管制条约属于得到最广泛批准的国际法律文书之列，这反映了各国对这些条约有着普遍的共识。

50. 在阿富汗加入之后，截至 2015 年 11 月 1 日，经 1972 年议定书修正的《1961 年公约》的缔约国数目为 185 个。在加入之前，阿富汗已经是未经修正的 1961 年《麻醉品单一公约》的缔约国。现在乍得是唯一尚未加入《1972 年议定书》的《1961 年公约》缔约国。仅有 11 个国家尚未加入经修正的《1961 年公约》：非洲有二个国家（赤道几内亚和南苏丹），亚洲有二个国家（巴勒斯坦国和东帝汶），大洋洲有七个国家（库克群岛、基里巴斯、瑙鲁、纽埃、萨摩亚、图瓦卢、瓦努阿图）。

51. 2015 年，《1971 年公约》的缔约国数目仍为 183 个，有 14 个国家未加入该公约：非洲有三个国家（赤道几内亚、利比里亚、南苏丹），美洲有一个国家（海地），亚洲有二个国家（巴勒斯坦国和东帝汶），大洋洲有八个国家（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）。

52. 共有 189 个国家批准或加入了《1988 年公约》。截至 2015 年 11 月 1 日，有九个国家未加入《1988 年公约》：非洲有三个国家（赤道几内亚、索马里、南苏丹），亚洲有一个国家（巴勒斯坦国），大洋洲有五个国家（基里巴斯、帕劳、巴布亚新几内亚、所罗门群岛、图瓦卢）。

53. 麻管局欢迎各国几乎普遍批准了各项药物管制公约，并提醒尚未加入一项或多项公约的国家注意不再延迟地加入公约并确保在本国法律秩序中全面执行这些公约的重要性。

B. 确保国际药物管制条约各项条款的实施

54. 国际药物管制制度的根本目标是确保人类的健康和福祉。这一目标将通过两项行动实现：确保用于医疗和科研用途的国际管制物质的供应；以及防止受管制物质转入非法渠道或者防止前体化学品被用于非法制造麻醉药品和精神药物。

55. 为了监测国际药物管制条约的遵守情况，麻管局审查了各国政府为实施条约条款所采取的行动，这些条款旨在实现各项公约的总体目标。多年来，条约条款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，以加强各项条款的效力。在本节，麻管局着重阐释实施国际药物管制制度所需要采取的行动，说明这方面遇到的问题，并就如何处理这些问题提出具体建议。

1. 防止受管制物质的转移

(a) 立法和行政依据

56. 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条款规定。当某种物质被列入某一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，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，或延迟使国家一级的受管制物质清单与国际药物管制条约附表统一的行为，将导致对国际管制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，各国政府不断向麻管局提供信息，介绍为确保遵行国际药物管制条约的条款规定而采取的立法或行政措施。

57. 在其 2015 年 3 月 13 日第 58/3 号决定中，麻醉药品委员会决定将 AH-7921 列入经修正的《1961 年公约》的附表一。根据经修正的《1961 年公约》第 3 条第 7 款，秘书长已于 2015 年 5 月 8 日将该决定通报所有各国政府、世界卫生组织（世卫组织）和麻管局，该决定在各缔约国收到通知后对之生效。因此，麻管局请所有各国政府相应地在国家一级修正其受管制物质清单，并对这些物质适用经修正的《1961 年公约》规定的所有管制措施。

58. 麻管局还提请各国政府注意一个事实，即麻醉药品委员会于 2015 年 3 月依照《1971 年公约》将九种物质列入了国际管制。依照麻醉药品委员会 2015 年 3 月 13 日第 58/1、第 58/6、第 58/7、第 58/8、第 58/9、第 58/10、第 58/11、第 58/12 和第 58/13 号决定，增列入《1971 年公约》附表一的相关物质为 25B-NBOMe (2C-B-NBOMe)、25C-NBOMe (2C-C-NBOMe) 和 25I-NBOMe (2C-I-NBOMe)，增列入该公约附表二的相关物质为 AM-2201、JWH-018、3-4-亚甲基二氧吡咯戊酮、甲氧麻黄酮 (4-methylmethcathinone)、敏度朗 (beta-keto-MDMA) 和 N-苄基哌嗪。依照《1971 年公约》第 2 条第 7 款，秘书长已于 2015 年 5 月 8 日将麻委会的这些决定通报所有各国政府、世卫组织和麻管局，该决定将于 2015 年 11 月 4 日对所有缔约国生效。因此，麻管局请所有各国政府相应地在国家一级修正其受管制物质清单，并将这些物质适用于《1971 年公约》规定的所有管制措施。

59. 麻管局谨提醒各国政府，依照麻醉药品委员会 2013 年 3 月 13 日第 56/1 号决定 γ -羟丁酸已从《1971 年公约》附表四移至附表二。麻委会的决定在 2013 年 12 月 4 日对所有缔约国全面生效。麻管局注意到，一些缔约国的国家监管制度尚未反映此种变化。因此，麻管局提醒，所有国家政府有义务相应地在国家层面修订其受管制物质清单，并对 γ -羟丁酸适用所预设的针对《1971 年公约》附表二所列物质的所有管制措施，包括实行进出口许可证的规定。

60. 依照经济及社会理事会第 1985/15、1987/30 和 1993/38 号决议，各国政府应对唑吡坦实行进口许可证要求，唑吡坦已于 2001 年被列入《1971 年公约》附表四。针对麻管局在其 2012 和 2013 年年度报告中提出的请求，又有一些国家政府已提供所需信息。因此，截至 2015 年 11 月 1 日，已有 128 个国家和领土的相关信息。其中，118 个国家和领土已实行进口许可证规定，二个国家（印度尼西亚和美利坚合众国）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。同时，86 个国家和领土有关唑吡坦管制的信息仍然不清楚。因此，麻管局再次请这些国家和领土的政府尽快提交有关唑吡坦管制状态的信息。

61. 关于前体化学品，麻管局注意到，在一些国家，可能仍然没有制订或充分实施必要的立法和管制措施。由于一国政府的国内监管制度也是能够在化学品离境之前向进口国通报该化学品出口情况的先决条件，故而请各国政府采取和执行国家管制措施，以便有效监测前体化学品的动向。此外，一旦查明任何薄弱环节，请各国政府进一步加强现有前体管制措施。通过实施这些措施，各国将能减少被贩毒者视为目标的风险。

(b) 防止从国际贸易中转移

受管制物质年度需要量的估计数和评估数

62. 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。这能让出口国和进口国均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，并有效防止受管制物质从国际贸易中转移。对于麻醉药品，根据《1961 年公约》必须适用这一制度，各国政府提供的估计数需要由麻管局加以确认，然后才能成为计算制造或进口限度的依据。经济及社会理事会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需要量估计数制度，目的是帮助各国政府防止贩毒者将受管制物质转入非法渠道的企图。精神药物年度需要量评估数及部分前体的年度需要量估计数有助于各国政府查出异常交易。在许多情况下，由于拟出口的物质超过进口国要求的数量，出口国因此拒绝许可该物质出口，这样就阻止了受管制物质的转移。

63. 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，因为此类违规会便于受管制物质从合法国际贸易转入非法渠道。关于这一点，麻管局在必要时针对估计数或评估数制度的详细情况向各国政府提供建议。

64. 各国政府有义务遵守《1961 年公约》第 21 条和第 31 条规定的麻醉药品进出口限制。第 21 条特别规定，任何国家或领土在任何年度内制造及输入每项麻醉品的全部数量不得超出下列数量的总和：供医药及科学用途消费的数量；在有关的估计限额内供制造其他麻醉品、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所定的数额而添入的数量；在有关的估计限额内为特别用途取得的数量。第 31 条要求所有出口国限制麻醉

药品出口到任何国家或领土，使进口的数量不超出进口国家或领土总估计数另加再出口用的数量的限度。

65. 如同往年，麻管局发现，进口和出口制度总体仍然得到尊重且运行良好。2015 年，与总共 14 个国家就 2014 年期间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。经澄清后发现，大多数案件是由以下情况造成的：(a) 进出口报告出现错误；(b) 已进口的物质用于再出口；(c) 物质报告错误或贸易伙伴出错；以及 (d) 进口缉获的药物作为法院证据。不过，四个国家证实，实际发生了过量出口或过量进口情况，提醒这些国家有必要确保充分遵守相关条约条文规定。麻管局继续与未作出答复的这些国家探讨这一事项。

66. 根据经济及社会理事会第 1981/7 和 1991/44 号决议，请各国政府向麻管局提供《1971 年公约》附表二、三和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 2015 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，南苏丹的估计数是麻管局于 2011 年确定的。

67. 麻管局建议，各国政府至少三年一次审查并更新其精神药物年度医疗和科研需要量评估数。然而，24 个国家政府至少三年未提交精神药物合法需要评估数的修订。因此，这些国家和领土的有效评估数可能已经过时，不再反映其精神药物实际的医疗和科研需要量。

68. 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。麻管局在与缔约国互动的过程中一再提醒各国，政府正确和准确估计和评估本国的初步需要十分重要。因此，麻管局吁请所有国家政府定期审查和更新其评估数和估计数，并随时将所有更改情况通知麻管局，以防止任何不必要的进口，同时便利及时进口医疗用途所需的精神药物。

69. 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尊重。2014 年，八个国家主管部门在未确定任何此类评估数的情况下签发了有关物质的进口许可证或者签发进口许可证的数量大大超过评估数。只有两个出口国出口的精神药物数量超过其相关评估数。

进出口许可证要求

70. 国际药物管制制度的主要支柱之一是普遍适用进出口许可证要求。涉及任何受《1961 年公约》管制物质或《1971 年公约》附表一和附表二所列物质的交易，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出具进口许可证。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运离境所需的出口许可证之前核实进口许可证的真伪。

71. 《1971 年公约》并不要求有关《公约》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 年代这些物质大量从合法国际贸易中转移的问题，经济及社会理事会第 1985/15、1987/30 和 1993/38 号决议要求各国政府将进出口许可证制度扩大到包括这些精神药物。

72. 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。截至2015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均要求提供《1971年公约》附表三和附表四所列所有精神药物的进出口许可证。麻管局两年一次向所有各国政府分发一份表格, 其中表明了根据经济及社会理事会的相关决议要求各国对附表三和附表四所列物质实行进口许可证要求。该表格还在麻管局网站的安全区域公布, 只有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变化的情况。麻管局促请本国立法仍未对所有精神药物要求进出口许可证的少数国家政府(无论其是否是《1971年公约》的缔约国)尽早将这些管制措施扩展到适用于《1971年公约》附表三和附表四内的所有物质, 并随之将相关情况通知麻管局。

开发麻醉药品和精神药物国际电子进出口许可系统

73. 进口和出口《1961年公约》所有附表所列的麻醉药品及《1971年公约》附表一和二所列的精神药物, 须获得许可。此外, 根据经济及社会理事会相关决议, 促请各国政府同时将进出口许可证要求适用于附表三和四所列的物质。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证制度的一部分, 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。这一新工具称为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, 并在成员国的支助下开发的新型网络电子应用。国际进出口许可系统将使各国政府能够就麻醉药品和精神药物的合法进出口电子生成进出口许可证, 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要求。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。

74. 由于所有参与国政府官员在获得“管理员”许可访问国际进出口许可系统前都会由麻管局秘书处进行单个预先审查, 因此各国政府可确切知道任何国际进出口许可系统生成的许可证是否合法、真实有效。国际进出口许可系统自动根据进口国的估计数和评估数核查要进口的数量, 并在超过进口量时提醒用户。当在进口国实际收到的数量少于授权出口的数量时, 国际进出口许可系统还会发出电子警告。

75. 设计国际进出口许可系统是为了补充完善而非取代现行国家电子制度系统, 因此国际进出口许可系统能够与其他国家电子系统链接, 这样各国政府无需放弃其自身的电子监测系统。对于没有国家电子监测系统的国家, 可在国际进出口许可系统生成进出口许可证, 并在必要时下载和打印许可证。预期这一系统将简化和便利各国主管部门核查进出口许可证的手续。在开发国际进出口许可系统时, 麻管局确保将纳入这些电子许可证中的信息格式和类型符合国际药物管制公约规定的所有要求。

76. 国际进出口许可系统是2015年3月在维也纳举行的麻醉药品委员会第五十八届会议之外正式推出的。在其第58/10号决议中, 麻委会对推出国际进出口许可系统表示欢迎, 促请成员国推动和促进最大可能利用该系统, 并请成员国为该系统的管理和维护提供自愿财政捐款。自推出以来, 国际进出口许可系统一直开放供国家主管部门注册。迄今为止, 15个国家(阿尔及利亚、澳大利亚、孟加拉国、巴西、加拿大、智利、哥伦比亚、德国、马来西亚、秘鲁、新加坡、瑞士、泰国、土耳其和赞比亚)的国家主管部门已经注册。麻管局愿意随时向感兴趣的各国政府提供有关国际进出口许可系统的进一步信息。有关国际进出口许可系统的详细信息还可访问麻管局网站(www.incb.org)

关于各国政府的安全区域。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，只有通过最广泛地应用这个系统，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 号决议所载的成员国尽最大可能提供财政支助，以使麻管局秘书处能够继续管理和监测该系统。

前体化学品出口前通知

77. 为帮助防止前体化学品从国际贸易中转移，《1988 年公约》，特别是其第 12 条第 10 款 (a) 项，认为出口国必须向进口国政府通报任何计划出口前体至该国领土的情况。进口国可以利用出口前通知核查货运的合法性。目前，113 个国家和领土已援引该规定并正式请求得到出口前通知。尽管这一数字比上一年有所增加，但是依然有相当数量的国家政府和区域仍然不了解前体入境情况且容易受其影响。麻管局鼓励这些国家政府毫不拖延地援用《1988 年公约》第 12 条第 10 款 (a) 项。

78. 为帮助成员国很容易向彼此提供前体化学品计划出口信息，麻管局于 2006 年制定了出口前网上通知。该出口前网上通知使用户能够在特定货运的合法性受到怀疑时发出警报。总共 151 个国家和领土已注册使用出口前网上通知，该系统的使用率提高使得每个月传送的出口前通知平均超过 2,600 个。麻管局知道一些国家出口列表化学品时仍然未通过出口前网上通知系统发送出口前通知，尽管有时进口国要求提供此类出口前通知。麻管局吁请各国政府积极和有条不紊地使用出口前网上通知，并促请尚未注册使用该系统的其他国家尽快注册。

(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

79. 《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的保护，防止将这些

药品转入非法渠道的图谋。同样，在《1971 年公约》和经济及社会理事会相关决议内规定的管制措施大体普遍实施后，近年来未发现涉及精神药物从国际贸易转入非法渠道的案件。此外，《1988 年公约》规定各缔约方必须防止从国家贸易转移前体化学品用于制造麻醉药品和精神药物。麻管局开发了各种系统，用以监测在这方面遵守《1988 年公约》的情况，并记录了从合法国际贸易中转移这些药物的少数案例。

80. 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，定期向国家相关主管部门开展调查，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。这些调查可能揭示执行麻醉药品和精神药物管制措施中的缺点，包括企业不遵守国家毒品管制规定的情况。

81. 自 2015 年 5 月以来，在 32 个国家启动了对 2014 年与麻醉药品贸易有关的不一致情况的调查。相关答复表明，不一致是编制报告时出现笔误和技术错误造成的，报告《1961 年公约》附表三所列制剂的出口或进口时没有在表格上注明这一事实，因疏忽而将过境国报告为贸易伙伴。在有些情况下，各国确认其报告的数量，导致对各自贸易伙伴进行后续调查。已向未给出答复的国家发送提醒函。

82. 同样，在精神药物国际贸易方面，在 74 个国家启动了与 2013 年数据有关的 549 处不一致情况调查。截至 2015 年 9 月 4 日，28 个国家对 393 起涉及不一致问题的案例作了答复，最终解决了其中 107 起案例的问题。在作出答复的国家确认所提供数据的所有情况下，对对应国家采取了后续行动。迄今为止收到的所有答复表明，不一致是笔误或技术错误造成的，多数情况下是未将数字转换成无水基数或是“统计重叠”，即进口国仅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。

83. 麻管局吁请各国政府使用上文所述工具继续监测麻醉药品、精神药物和前体的国际贸易。鼓励国家主管部门请麻管局协助核查各项可疑交易的合法性。

(d) 防止前体从国内经销渠道转移

84. 从国内经销渠道转移已成为非法药物制造包括甲基苯丙胺使用的前体的主要来源。针对化学物质国内贸易和经销实施的管制措施落后于国际贸易中采用的管制措施，对国内贸易和经销的管制范围因国家不同而大相径庭。麻管局2015年关于前体的报告中提供了有关从国内经销渠道转移的更多信息。麻管局鼓励各国政府积极参与“棱晶项目”和“聚合项目”下的活动，这两项国际举措侧重的是用于非法制造苯丙胺类兴奋剂及可卡因和海洛因的前体。麻管局还建议所有各国政府定期审查其所公布的伪麻黄碱和麻黄碱的合法年度进口需要量，必要时利用最新市场数据修正需要量，并随即告知麻管局。

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的供应的任务授权，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、国际组织和其他机构为支持为医疗和科研目的合理使用并供应管制物质而采取的行动进行监测。

(a) 阿片剂原料的供应和需求

86. 麻管局定期审查影响合法需要的阿片剂供需问题，并依照各国政府提供的数据，努力确保供需之间保持平衡。

87. 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从这些原料制造的阿片剂的数据。此外，麻管局还分析全球一级利用这些原料、合法用途估计消费量和库存的信息。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2015年技术报告。⁹ 以下各段即为该项分析的摘要。

88. 麻管局建议将阿片剂原料全球库存维持在足以满足约一年的全球需求量的水平上，目的是确保在出现因生产国气候条件发生不利变化而造成产量意外短缺等情况下满足医疗需求的阿片剂供应，与此同时，限制与过量贮存相关的转移的风险。

89. 2014年，主要生产国种植富含吗啡罂粟的面积与上一年相比在澳大利亚和法国有所减少，但在土耳其略有增加，而在印度和西班牙则保持同一水平。在匈牙利，实际收割面积比2014年多一倍以上。2015年前期数据显示，主要生产国收获富含吗啡罂粟的估计总面积增加了12%。这可能是由于土耳其估计面积增加(131%)。2016年，西班牙富含吗啡罂粟的种植面积将比2015年增加，但在大多数其他主要生产国将减少。预计土耳其将保持同一水平。

90. 印度是唯一生产罂粟供出口的国家。2013年起罂粟种植面积减少了75%，但2014年种植面积与2013年持平，2014年实际收割面积为5,329公顷。

91. 2014年，富含蒂巴因罂粟的种植面积在法国和西班牙有所增加，而在澳大利亚则有所减少。2015年，按照收割面积衡量，澳大利亚富含蒂巴因罂粟的种植面积预计将减少，而在西班牙的种植面积将增加。预计2015年法国将不会种植富含蒂巴因的罂粟。

⁹E/INCB/2015/2。

92. 2014 年，富含可待因罂粟的实际收割面积在澳大利亚和法国分别为 2,117 和 1,859 公顷。澳大利亚和法国是仅有的种植富含可待因罂粟的主要生产国，预计 2015 年两国的种植面积将增加。不过，澳大利亚预计富含可待因罂粟种植面积将大幅减少，从 2015 年的 5,220 公顷减少至 2016 年的 662 公顷，而法国预计该品种罂粟的种植面积将增加。

93. 2014 年主要生产国富含吗啡阿片剂原料的生产总量将增至 534 吨吗啡当量，¹⁰ 而 2015 年估计将增至约 626 吨吗啡当量。其中，罂粟秆将占 596 吨 (95%)，阿片剂将占 30 吨 (5%)。2016 年，预计全球生产量将进一步增加，增至 739 吨吗啡当量。2014 年，富含蒂巴因阿片剂原料的全球生产量为 364 吨¹¹ 蒂巴因当量。预计 2015 年将增至约 376 吨蒂巴因当量，但 2016 年将减少至大约 309 吨。同前几年一样，2015 和 2016 年阿片剂原料实际生产量因气候和其他条件不同，估计数可能大相迥异。

94. 麻管局通过两种途径估算阿片剂的需求量：(a) 阿片剂原料利用方面，以反映制造商的需求；和 (b) 用于医疗和科研用途的受《1961 年公约》管制的所有阿片剂的全球消费量。¹²

95. 截至 2014 年底，罂粟秆、罂粟秆浓缩物和鸦片形式的富含吗啡阿片剂原料的库存约为 495 吨吗啡当量。按照 2015 年水平，这些库存被认为足以满足制造商 13 个月的估计全球需求量。

¹⁰ 这项分析主要基于从富含吗啡的罂粟中获得的原材料，但酌情包括富含蒂巴因和富含可待因的罂粟中含有的吗啡生物碱。

¹¹ 这项分析主要基于从富含蒂巴因的罂粟中获得的原材料，但酌情包括富含吗啡的罂粟中含有的蒂巴因生物碱。

¹² 2003 年以前，麻管局仅根据受《1961 年公约》管制的主要阿片剂的全球消费量来衡量全球需求，以吗啡当量表示。不过，由于使用这一近似值，以下各项不包括在内：(a) 对不太常用的麻醉药品的需求量；(b) 对不受《1961 年公约》管制但利用阿片剂原料制造的物质的需求量，但关于这方面的消费数据未向麻管局提供；以及 (c) 原料用量波动，这是由于制造商预计的市场发展变化，如对阿片剂销售的预测和预计原料或阿片剂价格变化。

到 2014 年底，富含蒂巴因阿片剂原料（罂粟秆、罂粟秆浓缩物和鸦片）的库存增至约 287 吨蒂巴因当量。这些库存将足以满足 2015 年制造商约 14 个月的估计全球需求量。

96. 到 2014 年底，利用富含吗啡的阿片剂原料生产的阿片剂全球库存（574 吨吗啡当量）足以满足大约 17 个月对这些用于医疗和科研用途的阿片剂的全球需求量。根据各国政府报告的数据，阿片剂和阿片剂原料库存总量足以满足对用于医疗和科研用途的含有吗啡的阿片剂的需求量。到 2014 年底，根据富含蒂巴因的原料（主要表现为羟考酮、蒂巴因和少量羟二氢吗啡酮），阿片剂全球库存减少至 225 吨蒂巴因当量，足以满足大约 17 个月用于医疗和科研用途的含蒂巴因阿片剂的全球需求量。

97. 2014 年，制造商的富含吗啡阿片剂原料全球需求量增至 471 吨吗啡当量，但预计 2015 年这一数字将略有下降，这是由于对鸦片的需求量减少，随后 2016 年需求量将再次增加：预计 2015 年将达到约 460 吨，2016 年将达到约 480 吨。制造商对富含蒂巴因阿片剂原料的全球需求量自 2012 年以来一直在减少，可能是由于主要市场（美国）对方药加以限制。2014 年，总需求量从 2013 年的 235 吨蒂巴因当量减少至 202 吨。2015 年和 2016 年对富含蒂巴因原料的全球需求量预计将分别增至约 240 吨和 260 吨蒂巴因当量。

98. 可待因和二氢可待因酮是利用吗啡制造的消费最多的阿片剂。对用于医疗和科研用途的含有吗啡阿片剂的全球需求量增加，虽然自 2010 年以来一直波动，2014 年达到 416 吨吗啡当量。对含蒂巴因阿片剂的需求主要集中在美国，自 1990 年代以来需求量大幅增加。同含有吗啡的阿片剂类似，2014 年对含有蒂巴因的阿片剂的全球需求量增加，增至 151 吨。2015 和 2016 年预计全球需求量将分别达到大约 160 吨和 180 吨蒂巴因当量。

99. 富含吗啡的阿片剂原料全球产量自 2009 年以来已超过对这些原料的全球需求量。结果是库存一直增加，尽管有波动。2014 年，库存减少至 495 吨吗啡当量，足以满足大约 13 个月的预计全球需求量。2015 年，富含吗啡的阿片剂原料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于 2016 年进一步增加。到 2015 年底，库存预计将达到 661 吨，相当于 2016 年需求水平的基础上大约 17 个月的全球预期需求量（尽管提供的所有数据并非均做出完整预测）。关于 2016 年，生产国表示，它们计划增加产量。预计到 2016 年底，库存将达到约 920 吨，除预期一年的全球需求量外，足以再满足数月的全球预期需求量。富含吗啡的阿片剂原料全球供应（库存和生产）将依然非常充足，可以满足全球需求。

100. 2014 年，富含蒂巴因阿片剂原料的全球生产量再次超过需求量，导致到 2014 年底库存增加（287 吨），相当于 14 个月的全球需求量。预计 2015 年生产量将增加，而 2016 年随后将减少。到 2015 年底，富含蒂巴因的阿片剂原料的全球库存将可能达到 423 吨，足以满足大约 20 个月的全球需求量，到 2016 年底可能达到 472 吨，除满足一年的全球需求量外，足以再满足数月的全球需求量。富含蒂巴因的阿片剂原料全球供应（库存和生产）将非常充足，满足 2015 和 2016 年的全球需求量绰绰有余。

(b) 麻醉药品和精神药物的消费

101. 2014 年总共有 53 个政府（50 个国家和三个领土）依照麻委会第 54/6 号决议提供了一些或所有精神药物消费的信息，这同 2013 年这样做的国家数量相当。麻管局欣然注意到，这些政府包括作为精神药物主要制造国和消费国的国家政府，如比利时、巴西、中国、丹麦、法国、德国、荷兰、南非、

大不列颠及北爱尔兰联合王国和美国。这一进展使得麻管局能够更加准确地分析相关国家和领土的精神药物的消费水平，更好地监测这些国家和区域的消费趋势，从而查明异常和不良的事态发展。因此，麻管局鼓励已提交精神药物消费数据的这些国家政府继续这样做，尚未这样做的国家政府毫不拖延地开始着手这项工作。这些信息将使麻管局能够准确分析精神药物消费水平并在全球不同区域促进此类药物的充分供应。

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

102. 麻管局按照其任务规定每年公布两份报告：年度报告和麻管局关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告。麻管局还会公布各期技术报告，为各国政府提供关于国际管制物质的制造、贸易、消费、使用和库存情况的统计信息以及关于对这些物质的需要量的估计数和评估数分析。

103. 各项国际药物管制条约的缔约方有义务为麻管局的报告和技术出版物提供信息作为依据。此外，根据经济及社会理事会以及麻醉药品委员会的各项决议，各国政府可自愿提供药物管制信息，以促进准确、全面地评估条约遵守情况和国际药物管制制度的总体运作情况。

104. 借助于各国政府提供的数据和其他信息，麻管局可对涉及麻醉药品、精神药物和前体化学品的合法活动进行监测。麻管局基于自身作出的分析提出制度改善建议，目的是确保医疗和科研所需的麻醉药品和精神药物的供应，同时防止这些物质从合法渠道转移到非法渠道，并防止前体转用于非法的药物制造。

2. 统计信息提交情况

105. 各国政府有义务每年及时向麻管局提供统计报告，其中应载有各项国际药物管制公约要求提供的信息。

106. 截至 2015 年 11 月 1 日，已有 135 个国家和领土（占须提交此类报告的国家 and 领土的 63%）提交了 2014 年麻醉药品统计报告（表 C），预计还有更多政府在适当的时候提交其 2014 年报告。共有 178 个国家和领土提供了其 2014 年麻醉药品进出口情况季度统计数字，占须提供此类统计数字的国家 and 领土的 83%。尽管麻管局一再要求定期提交统计数字，但非洲、加勒比和大洋洲还是有许多国家并未按规定提交。

107. 截至 2015 年 11 月 1 日，有 131 个国家和领土依照《1971 年公约》第 16 条的规定向麻管局提交了 2014 年精神药物统计报告（表 P），占须提供此类统计数字的国家 and 领土的 60%。麻管局注意到 2014 年的报告提交率与 2013 年近似。此外，108 个政府依照经济及社会理事会第 1981/7 号决议自愿提交了所有四个季度的《公约》附表二所列物质进出口情况统计报告，另有 53 个政府提交了部分季度报告。

108. 虽然大多数政府定期提交强制性和自愿性的统计报告，但一些政府却不太合作。在 2015 年 6 月 30 日的截止日期之前仍未提交表 P 的国家中，包括主要的制造国、出口国和进口国，例如比利时、巴西、加拿大、中国、法国、印度、爱尔兰、意大利、日本、巴基斯坦、西班牙和联合王国。与此同时，麻管局满意地注意到，作为精神药物的重要进出口国，大韩民国在 2011-2013 年虽然没有提交表 P，但在 2014 年恢复向麻管局提交报告。

109. 麻管局关切地注意到，没有向麻管局提交表 P 的非洲、大洋洲和加勒比国家和领土的数目仍然最多。2014 年非洲共有 38 个国家和领土（占 68%）没有向麻管局提交表 P。同样，

在大洋洲和加勒比，没有提交表 P 的国家 and 领土分别占 50% 和 41%。与之相比，除两个国家和一个领土（希腊和塞尔维亚，以及直布罗陀）之外，2014 年欧洲所有国家和领土都提交了表 P，在北美洲和南美洲，除三个国家（加拿大、墨西哥和巴拉圭）以外的其他所有国家都提交了表 P。

110. 各国政府在向麻管局提交统计报告方面遇到困难，可能表明各国的管制物质监管机制存在欠缺。因此，麻管局请所涉政府依照各项国际药物管制条约的要求采取措施，在必要时加强其对涉及管制物质的合法活动的监管机制，包括加强为强制性和自愿性麻醉药品、精神药物和前体统计报告提供数据汇编的国家制度，并对国家主管部门的工作人员进行适当培训。

111. 经济及社会理事会在其第 1985/15 和第 1987/30 号决议中，请各国政府在各自的精神药物年度统计报告中向麻管局提供《1971 年公约》附表三和附表四所列物质的贸易详情（数据按来源国和目的地国分列）。2014 年，117 个政府（在所有提交表 P 的政府中占 89%）提交了关于此类贸易的完备信息，与 2013 年的情况基本相同。其他 14 个政府在 2014 年仅提供了部分贸易信息。麻管局赞赏地注意到，一些国家已经准备依照麻醉药品委员会第 54/6 号决议在自愿的基础上提交关于精神药物的消费数据。因此在 2014 年共有 54 个国家和领土提交了关于某些或全部精神药物的消费数据。麻管局赞赏所涉政府的合作，并呼吁所有其他政府提交关于精神药物的消费信息，因为此类数据对于更好地评价医疗和科学用途的精神药物的供应情况至为关键。

112. 关于前体化学品，依照《1988 年公约》第 12 条，缔约方有义务报告经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的物质的信息。各国政府每年通过表 D 提供此类信息有助于麻管局查明前体贩运和非法制造药物方面新出现的趋势。

113. 截至 2015 年 11 月 1 日, 共有 113 个国家和领土提交了 2014 年的表 D。不过, 仍有 66 个国家未履行义务, 没有按照 2015 年 6 月 30 日这一截止日期按时提交该表格。

114. 在已提交 2014 年数据的国家和领土中, 有 54 个国家的政府报告称缉获了表列物质, 33 个国家的政府报告称缉获了非表列物质, 数量少于往年。许多国家的政府并未提供关于转移和非法制造的方法或者所拦截货物的详细情况。麻管局促请各国政府落实相关机制, 以确保全面、及时地向麻管局提供所有数据。

115. 关于表 D, 麻管局促请各国政府在自愿和保密的基础上提供关于本国前体化学品合法贸易的信息。麻管局依照经济及社会理事会的第 1995/20 号决议请求提供这一信息。如果获得这些数据, 麻管局就能从贸易伙伴报告的数据中发现差异之处, 并协助防止化学品转移。截至 2015 年 11 月 1 日, 有 125 个国家和领土提供了 2014 年报告期间的合法贸易相关信息, 98 个国家和领土向麻管局通报了某些或全部此类物质的合法用途和相关要求。

116. 在 2014 年, 国际社会继续使用各种创新工具加强和巩固前体管制制度。澳大利亚、中国、哥伦比亚、老挝人民民主共和国、波兰、土耳其和欧洲联盟通过国内立法或新的监管措施加强了对前体化学品的制造、进口、分销或销售的管制。

117. 麻管局前体事件通信系统是一项安全的在线工具, 供全世界的国家主管部门彼此交流关于缉获情况、过境货物拦截、转移和转移企图以及非法加工点等前体事件的信息。该系统可供各国政府部门免费注册, 并且使用简便。该系统目前使用四种语文: 英语、法语、俄语和西班牙语。

118. 麻管局前体事件通信系统的用户数和事件通报数都出现巨大增长, 表明该系统目前已成为国际前体管制制度的关键工具。截至 2015 年 11 月 1 日, 该系统的注册用户超过 420 个, 代表来

自 94 个国家的约 200 个国家机构以及 10 个国际和区域机构。自 2012 年该系统启用以来, 已经通报了约 1,500 起事件。

3. 估计数和评估数的提交情况

119. 依照《1961 年公约》, 缔约国有义务每年向麻管局提供其下一年度的麻醉药品需要量估计数。截至 2015 年 11 月 1 日, 共计 149 个国家和领土提交了 2016 年的麻醉药品需要量估计数, 占须提交此类年度估计数供麻管局确认的国家和领土的 70%。与往年的做法一样, 麻管局必须依照《1961 年公约》第 12 条为没有按时提交估计数的国家确定估计数。

120. 截至 2015 年 11 月 1 日, 除南苏丹政府之外, 所有国家和领土的政府都向麻管局提供了至少一次其精神药物年度医疗和科学需要量评估数。在 2011 年, 麻管局依据经济及社会理事会第 1996/30 号决议确定了南苏丹的精神药物需要量估计数, 以使该国得以为医疗目的进口此类物质而不受不当延误。

121. 依照经济及社会理事会第 1981/7 和第 1991/44 号决议, 各国政府需要向麻管局提供《1971 年公约》附表二、附表三和附表四所列精神药物的年度医疗和科学需要量评估数。在各国政府对精神药物评估数进行修订以反映本国的需要量变动之前, 该评估数一直有效。在这方面, 麻管局新制定了一份表格, 名为“表 B/P 补充表格”, 以便各国主管部门向麻管局提交对精神药物评估数的修订。2014 年 10 月, 该表格被翻译成联合国六种官方语文并介绍给所有国家政府。在该表格正式发布一年后, 几乎所有提交修订评估数的国家都开始使用这份新表格。

122. 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学需要量评估数。

123. 自 2014 年 11 月 1 日以来，共计 87 个国家和六个领土提交了其全面修订后的精神药物需要量评估数，另有 88 个国家政府提交了关于一种或多种物质的修订评估数。23 个国家和一个领土的政府在三年时间里没有提供任何关于其精神药物合法需要量的修订。

124. 麻管局愿强调，确定可恰当体现实际合法需求的麻醉药品估计数和精神药物评估数的准确初始水平非常重要。如果估计数和评估数低于合法需要量，医疗或科学用途所需的麻醉药品或精神药物的进口或使用就可能延迟或受阻，而如果估计数或评估数明显高于合法需要量，那么进口的麻醉药品和精神药物转入非法渠道的风险或许会增加。麻管局提醒所有国家政府注意，一旦发现本国当前的估计数或评估数不足以满足合法需求，可以在当年随时向麻管局提交麻醉药品补充估计数或精神药物修订评估数。为恰当评估本国需求，各国政府不妨利用 2012 年 2 月出版的《国际管制药物需要量估算指南》，该《指南》是麻管局和世界卫生组织为便于国家主管部门使用而编写的，可在麻管局网站 (www.incb.org) 上查阅《指南》的联合国六种官方语文版本。

125. 麻醉药品委员会在其第 49/3 号决议中，请各成员国向麻管局提供制造苯丙胺类兴奋剂常用物质（包括 3,4-亚甲基二氧苯基-2-丙酮、伪麻黄碱、麻黄碱和 1-苯基-2-丙酮）和含有这些物质的制剂（尽可能提供）的合法需要量年度估计数。这些数据有助于向出口国的主管部门指明进口国的需求，使其警惕任何可能的过量供应并防止转移企图。每年在表 D 中提供的信息可随时向麻管局更新，并可在麻管局的网站上查阅。值得注意的是，2015 年伊朗伊斯兰共和国的伪

麻黄碱原料年度合法进口需要量减少了近 70%。

126. 截至 2015 年 11 月 1 日，157 个政府提供了上述物质中至少一种物质的估计数。值得注意的是，个别政府提供的估计数在过去 10 年里逐步增加。就贸易伙伴的合法需要量问题向麻管局提出咨询的出口国主管部门也逐渐增多，这显示了估计数的可贵价值，表明对这项基本工具的认识和使用都得到了提高。

127. 麻管局谨提醒所有国家政府，麻醉药品的年度医疗和科学需要量估计数以及精神药物需要量评估数的总数在年度和季度出版物中公布，每月的更新数据可在麻管局网站查阅。该网站上也可查阅苯丙胺类兴奋剂前体的年度合法需要量评估数更新信息。

4. 数据审查以及所查明的报告欠缺

128. 各国政府在向麻管局提交适当统计数字和 / 或估计数和评估数方面遇到的困难，往往表明其国内管制机制和 / 或卫生保健系统有所欠缺。此类欠缺可能反映出在执行各项条约的规定方面存在问题，例如国家立法存在空白，行政法规有漏洞或者国家主管部门工作人员缺少培训。麻管局请所有所涉政府找出导致在向麻管局报告统计数字和 / 或估计数和评估数方面存在欠缺的根源，以期解决这些问题，并确保进行适当的报告。为协助各国政府，麻管局开发了供国家主管部门使用的工具和工具包，可在麻管局的网站上免费获取。请各国政府充分利用这些工具履行自身根据各项国际药物管制条约承担的职能。麻管局谨鼓励各国政府利用麻管局按请求提供的具体培训并在这方面为麻管局提供支助。

D. 总体履约情况评价

1. 对一些国家总体履约情况的评价

129. 麻管局定期审查各国的药物管制情况以及各国政府遵行国际药物管制条约各项规定的总体情况。麻管局的分析涵盖药物管制的各个方面，其中包括：国家药物管制机构的运作情况，国家药物管制立法和政策是否恰当，各国政府为打击药物贩运和滥用并确保医疗用途的麻醉药品和精神药物的充分供应而采取的措施，以及各国政府履行各项条约规定的报告义务的情况。

130. 审查结论和麻管局关于补救行动的建议是麻管局与各国政府为确保国际药物管制条约得到执行而持续开展对话的一部分，已转交有关国家政府。

131. 2015年，麻管局审查了厄瓜多尔、法国、牙买加、摩洛哥和菲律宾的药物管制情况以及这些国家的政府为实施国际药物管制条约而采取的措施。在审查时，麻管局考虑到了所有可用信息，并特别注意到这些国家的药物管制新动态。

(a) 厄瓜多尔

132. 麻管局注意到，厄瓜多尔国民议会2015年10月通过了一项全面的药物管制法，将取代或替代现行的若干法律规定，使该国药物管制制度的运作发生重大改变。这一新的法律尤其规定，通过设立一个负责制定和协调药物相关公共政策的机构间委员会来确立新的体制架构，以便对该国的药物管制工作进行协调。该法还规定建立一个毒品问题技术秘书处，负责管制和监测受管制物质的生产、制造、进口、出口和运输。该法律还将授权国家卫生管理局确立持有麻醉药品和精神药物供个人使用的最低标准。

133. 麻管局谨此重申，《1961年公约》第4条（“一般义务”）规定，公约缔约国应采取可能必要的立法和行政措施落实及执行公约的各项规定，以及使麻醉品的生产、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。此外，《1988年公约》第3条第2款规定，各缔约国在不违反本国宪法原则和法律制度基本概念的前提下，应采取可能的必要措施，在国内法中将故意占有、购买或种植麻醉药品或精神药物以供个人消费的行为定为刑事犯罪。

134. 麻管局还注意到，厄瓜多尔政府2014年7月在官方公报中通过了多项条例，规定持有麻醉药品或精神药物供个人使用的行为应受惩处。目前的药物管制立法将持有某些受管制麻醉药品和精神药物超过001 CONSEP-CD-2013号条例规定的数量的行为规定为犯罪，同时，根据宪法原则，持有低于规定数量的麻醉药品和精神药物供个人使用的行为不受惩处。这些原则包括宪法的最高地位、个人的发展权、以及制裁对称原则。宪法将成瘾定义为一种公共健康问题，规定了国家预防药物滥用的责任，并且规定，不应将使用毒品定为犯罪。麻管局和厄瓜多尔政府就该国麻醉品持有方面的法律框架是否符合其根据药物管制条约承担的国际义务的问题开展了积极的对话。

135. 麻管局注意到，厄瓜多尔政府表示承诺通过一项综合的办法，以确保有效处理受管制物质并采取有效的管制措施遏制这些物质从合法分销渠道转移，麻管局敦促该国政府继续加强努力，解决该国的非法药物制造、贩运和滥用问题。

(b) 法国

136. 法国国民议会2015年4月一读通过了一项关于使国家卫生系统现代化的法案草案。该法案

已递交参议院供社会事务委员会研究，并送回国民议会进一步审议。

137. 该法案草案中提出的措施之一是建立所谓“低风险吸毒室”，其试验期为六年，将在第一个“低风险吸毒室”建成之后开始试验。法国政府授权法国国家卫生和医学研究所在这六年试验期结束后就“吸毒室”对目标人群的影响编写一份全面的科学审查报告。

138. 据法国主管部门称，建立“吸毒室”是该国“减少伤害”政策的一部分，该政策有三个目标：与吸毒者建立联系（吸毒者组成的边缘化群体往往很少接触或者不接触正规的卫生保健系统）并使其回归正规的卫生保健系统；减少血液传播疾病在注射吸毒者之间的传播并减少吸毒过量的情况；减少以注射方式滥用药物的行为对公共秩序的滋扰和干扰。

139. 在过去，麻管局曾对建立“吸毒室”表示关切，担心该设施可能不符合国际药物管制公约的规定。麻管局提醒所有国家注意，通过戒瘾治疗实现戒毒才是药物治疗措施的最终目的，治疗期间还应辅以康复和社会再融合措施。因此，在向吸毒成瘾者提供任何形式的援助时，都应当在规定了积极转介吸毒成瘾者接受治疗服务的框架内进行。

140. 与其他政府处理类似问题的方式一样，麻管局积极接触法国主管部门，就此问题持续进行对话。麻管局期待继续与法国政府进行对话，以确保该国采取的药物管制措施继续符合各项国际公约的规定。

(c) 牙买加

141. 麻管局注意到牙买加议会 2015 年 3 月批准了多项《危险药物法》修正案。新批准的各项措施修改了该国的药物管制立法，规定成年人持有大麻（包括供宗教用途使用的大麻在内）

不多于二盎司（56.7 克）的，不再属于刑事犯罪，但将处以罚金。麻管局注意到，在该法案通过之后，持有大麻数量超过所述最高标准的，仍属刑事犯罪，而且牙买加政府指出，该法案并没有促进或改善出于娱乐目的使用大麻的情况。麻管局还注意到，牙买加政府承诺将抓获的持有大麻数量不足二盎司但表现出吸毒成瘾的人转介给戒毒治疗和康复方案，麻管局还注意到牙买加政府已规划的全国防止药物滥用教育运动。

142. 麻管局强调，《1961 年公约》在第 4 条（“一般义务”）中规定，公约缔约国应采取可能必要的立法和行政措施实施及执行公约的各项规定，以及使麻醉品的生产、制造、输出、输入、分配、贸易、使用及持有仅限于医药及科学用途。

143. 麻管局强调所有缔约国普遍执行国际药物管制条约的重要性，并敦促牙买加政府审查其根据国际药物管制条约承担的各项义务的执行情况，确保国内立法的实施不违反牙买加缔结的国际公约的规定。麻管局将继续监测牙买加的情况发展，并期待继续与牙买加主管部门就执行药物管制公约相关事宜开展对话。

(d) 摩洛哥

144. 麻管局注意到，自 2009 年向摩洛哥派遣麻管局高级别特派团以来，摩洛哥主管部门与麻管局之间的合作水平得到了提高。

145. 摩洛哥仍然是世界最大的大麻树脂生产国之一，也仍然是贩运至欧洲的大麻树脂的主要来源国。在过去十年里，摩洛哥一直是最经常被提及的全世界缉获大麻树脂的来源国或过境国。

146. 摩洛哥付出了巨大的努力打击非法大麻种植，使 2014 年报告的大麻种植与 2012 年相比有

所下降。麻管局还注意到，在处理毒品相关问题特别是在防止和减少该国的大麻非法种植和贩运方面取得了进展。虽然摩洛哥主管部门报告的大麻树脂缉获自 2012 年以来显著下降，但该国出现了贩运可卡因的情况，利用从巴西出发过境西非和摩洛哥的商业航班将可卡因走私运往欧洲。

147. 摩洛哥国家麻醉药品委员会继续采取措施执行国际药物管制条约。在过去的两年里，摩洛哥扩展了国家药物使用行动计划，在全国各地建立了更多的治疗中心。摩洛哥执行了有关减少损害的国家行动计划，启动了新的阿片剂替代治疗方案并在监狱中落实了第一个此类方案。该国发表了国家药物和成瘾问题观测站的第一次报告，并对高中生使用药物的情况开展了第二次全国调研。

148. 摩洛哥目前正与世卫组织合作制定 2016-2021 年期间的部门合作战略。在 2015 年 6 月举行的一次部门合作战略制定问题指导委员会会议上，摩洛哥政府与世卫组织讨论了该拟议战略的各种模式。

149. 尽管摩洛哥在药物管制工作上取得了进展，但若干重大挑战依然存在。麻管局注意到，摩洛哥的非法药物生产继续给该国政府解决毒品问题的努力带来重大挑战。麻管局鼓励摩洛哥政府继续开展药物管制努力，特别是那些针对该国非法大麻种植和贩运的努力，麻管局随时准备为此提供任何方式的协助。

(e) 菲律宾

150. 麻管局继续与菲律宾政府就该国的毒品相关情况开展建设性对话，以期促进该国政府履约并协助其满足国际药物管制条例的各项要求。

151. 麻管局欢迎菲律宾通过其 2015-2020 年国家禁毒行动计划及其执行计划采取综合性办法

打击药物滥用和贩运，该行动计划包括五个战略概念，即：减少供应、减少需求、替代发展、公民意识和应对、区域和国际战略。这项更新后的框架重新界定了所涉所有利益攸关方的任务，并概述了与药物滥用和管制有关的国家优先领域。

152. 依照这项国家禁毒计划，负责制定国家药物管制政策的危险毒品委员会在实现菲律宾发展计划所载各项目标方面发挥了重要作用，特别是在和平、安保和社会发展以及国际和区域协定与宣言领域。危险毒品委员会提供了适用的协调以及监测和评价措施。

153. 麻管局承认菲律宾政府为提高执法的有效性和扩大药物管制的范围而在立法和行政方面做出的改变。2014 年缉获了大量大麻（164 千克大麻药草，576 千克干燥大麻），还缉获了 718.5 千克甲基苯丙胺。2014 年，3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺（MDMA，俗称“摇头丸”）片剂的缉获总量是该国自 2002 年以来的最高记录。

154. 麻管局关切地注意到，该国也报告苯丙胺类兴奋剂特别是甲基苯丙胺的滥用增加，而且注射吸毒者中的艾滋病毒感染率高发（46.1%）。

155. 麻管局注意到仍有挑战需要解决，其中包括该国高海拔地区的非法大麻种植问题，这些地区难以进出而且执法主管部门的铲除工作通常也力不能及。麻管局鼓励菲律宾政府采取进一步行动。

2. 国别访问

156. 麻管局有责任促进各国政府遵守国际药物管制公约并监测国际药物管制制度的运作，因此，每年派团访问特定国家，以保持与各国政府就执行这些条约的规定的有关事项进行直接对话。

157. 访问团的目的是获得所访问国家出台药物管制政策的详细的第一手资料，并与国家主管部门讨论其在执行公约方面的实际经验，包括所面临的问题、所认定的良好做法和拟审议的附加措施，以便优化条约遵守情况。

158. 麻管局访问团的目的是，评估所访问国家属于药物管制公约范围的各种药物管制事项的当前状况，包括：国家药物管制立法；制定减少供应措施；向麻管局提供估计数、评估数、统计数字和贸易数据的相关监管内容；医疗所需麻醉药品和精神药物的供应情况；前体化学品的管制；为防止药物滥用和为药物依赖性及相关健康状况患者的治疗、康复和重新融入社会制定的框架。

159. 为了尽可能全面地了解总体状况，麻管局与所访问国家的政治和监管层面体制的利益攸关方高级官员举行会谈。此外，麻管局要求访问团方案应包括探访戒毒机构和考察重新融入社会举措。麻管局确认非政府组织和其他民间社会团体所起的重要作用，在国别访问期间，同与维也纳非政府组织毒品问题委员会磋商认定的这类实体举行会谈。

160. 根据所举行的会议的成果和收集的信息，麻管局提出一系列机密建议，列出可能有助于相关政府履行在药物管制公约下所承担条约义务的措施。麻管局鼓励所有政府及时、有效地回应进行国别访问的请求，这是监测条约实施情况的支柱之一。

161. 在审查期间，麻管局向巴林、加纳、洪都拉斯、伊朗伊斯兰共和国、意大利、摩尔多瓦共和国、东帝汶和委内瑞拉玻利瓦尔共和国派出了访问团。

(a) 巴林

162. 麻管局 2014 年 12 月派团访问了巴林以讨论三项药物管制公约的执行情况，包括该国政府

为管制麻醉药品、精神药物和前体化学品而采取的立法和制度措施。

163. 巴林是三项国际药物管制条约的缔约国，该国主要的药物立法是关于麻醉药品和精神药物的 2007 年第 15 号法律。

164. 巴林 2010-2015 年国家禁毒战略包括两大活动领域：减少毒品供应和减少需求。与巴林主管部门开展的讨论所涵盖的实质性领域包括：执行在内政部的主持下在部委 / 决策层建立的协调机制，以制定国家药物相关政策并确保相关政府利益攸关方之间的协调。

165. 该国还面临出现新型精神活性物质的问题。尽管该国对其消费者安全条例做出了一些修改以管制新型精神活性物质，但这些新出现的物质目前没有任何一种被列入国家药物管制法的附表。

166. 巴林在执行药物管制条约方面继续面临的挑战包括，需要掌握更多的药物使用流行率数据以协助制定药物管制政策；可以得到的医药用途麻醉药品和精神药物有限。

(b) 加纳

167. 麻管局 2015 年 4 月派团访问了加纳。加纳是所有三项国际药物管制公约的缔约国。访问团与加纳主管部门讨论了麻管局对过去几年地西洋大量进口该国表达的关切，询问了用于缓解疼痛和姑息治疗的类阿片药物的供应情况，向加纳政府通报了麻管局打击前体贩运的各项工具，并评估了自麻管局上次于 2005 年派出访问团以来加纳取得的进展。

168. 过去数年中，加纳在药物相关执法措施方面取得了重大进展，该国不同政府机构之间良好的内部协调以及与国际社会的合作就是明证。

169. 近年来地西洋的消费量始终较大，这是受《1971年公约》管制的物质，也是在加纳可用于医药的唯一安定剂。该国政府执行了多项管制措施对批发层面的地西洋使用情况进行监测。

170. 关于加纳药物使用状况的数据仍然有限，由于可依据此类信息制定有关的减少需求战略和干预措施，这种状况可能会对采纳循证药物管制政策产生影响。

(c) 洪都拉斯

171. 麻管局2015年2月派团访问了洪都拉斯。洪都拉斯是三项国际药物管制公约的缔约国。访问团审查了洪都拉斯最近在药物滥用和贩运方面的情况发展、该国政府与麻管局的合作、该政府为管制麻醉药品、精神药物和非法制造这些物质所使用的化学品而采取的措施以及旨在减少对非法药物的需求及治疗和康复吸毒者的政策。还讨论了洪都拉斯的涉毒暴力问题。该国发生的杀人案件有很大一部分与毒品有关，但案发次数在过去两年有所下降。

172. 关于药物使用情况的最近期可用数据是2005年的数据。对当前的药物滥用状况开展与时俱进和客观评估，对于制定用于防止药物滥用、使受药物滥用影响者获得治疗和康复以及确保有效使用有限资源的政策和适当方案而言至关重要。

173. 由于洪都拉斯医学用途的麻醉药品和精神药物的消费量依旧很低，这可能会妨碍获得必要医治的机会。

(d) 伊朗伊斯兰共和国

174. 麻管局2015年5月派团访问了伊朗伊斯兰共和国，目的是讨论伊朗政府执行三项国际药物管制公约的情况，伊朗是这三项公约的缔约国。

特别是，访问团与伊朗主管部门讨论了该国处理药物滥用和贩运的总体办法；该国旨在遏制非法药物供应、减少非法需求和实现吸毒者康复的立法和切实措施；以及该国为提供用于医药和科研目的的受管制物质而付出的努力。

175. 伊朗伊斯兰共和国通过其2011-2015年国家禁毒战略采取综合性措施打击药物滥用和贩运，其中包括了五个工作支柱：打击贩毒、吸毒者的治疗和康复、“减少伤害”、发展替代生计、促进关于药物贩运和滥用问题的区域和国际合作。

176. 伊朗伊斯兰共和国通过了药物管制立法，其中最重要的一项法律是1988年《禁止麻醉药品法》。该法于2011年修改，其中对吸毒者的治疗和康复问题作出了规定。伊朗政府目前正在制定将所有受管制物质附表合并在一起的新的药物管制立法。

177. 伊朗伊斯兰共和国是吸毒问题最严重的国家之一，可能需要收集关于国内药物滥用流行率的最新信息。妇女可以得到的治疗和康复服务远远少于向男性提供的同类服务。

178. 医药用途的麻醉药品特别是类阿片以及精神药物的供应量仍然很少。

179. 伊朗伊斯兰共和国继续对涉毒犯罪实行肉刑和死刑。

(e) 意大利

180. 麻管局的访问团于2015年2月访问了意大利。意大利是三项国际药物管制公约的缔约国。访问团的目的是审查意大利的药物管制状况和该国政府对三项国际药物管制公约的履约情况。

181. 意大利的一个试点项目种植了大麻，以便为授权使用大麻用于医疗目的的人提供可靠的

大麻供应来源。麻管局鼓励意大利政府着手建立一个全国性的大麻机构，这是《1961 年公约》的规定以及包括报告义务在内的所有其他与种植大麻有关的义务所提出的要求。

182. 意大利具有一个宽广的减少非法药物需求活动网络，针对据信易受药物滥用影响的特定人口群体开展多种药物预防活动。全国各地都有为药物使用者提供的治疗和康复服务，尽管照料程度有所不同。

183. 过去几年里，意大利很好地协调了打击药物非法贩运的行动，并多次缉获大量毒品。意大利还通过了关于新型精神活性物质的国家行动计划，建立了国家预警机制，以便能够及时应对这些物质的出现。

(f) 摩尔多瓦共和国

184. 麻管局 2015 年 5 月派团访问摩尔多瓦共和国。访问团的目的是审查该国的药物管制状况和该国政府作为三项国际药物管制公约缔约国的履约情况。

185. 自 1996 年向该国派出上一个访问团以来，该国政府在药物管制的一些领域取得了显著进展。药物管制问题常设委员会和共和国麻醉学施药为全面执行各项国际药物管制条约的规定采取了措施。具体而言，该国政府采取了显著措施解决因药物滥用水平日增而产生的新问题，并满足为受影响人群提供充分治疗包括类阿片替代疗法的需要。为了确保采取有的放矢和切实有效的药物管制措施，定期开展关于药物滥用的全国调查，特别是在青年之间开展的调查，不无裨益。

186. 尽管取得了进展，但仍然存在显著的挑战。被贩运的非法药物货物和前体化学品仍然以摩

尔多瓦共和国为过境国，经由其领土前往欧洲各个市场。摩尔多瓦共和国正在继续加强执法、边境保护、区域合作和信息共享，以防止其境内和经由其领土的贩毒活动。

187. 该国医疗用途的麻醉药品和精神药物的供应很少。该国政府可能需要评估对这些物质的需要，确认阻碍其供应的可能的障碍，并确保向那些有需要的人充分供应麻醉药品和精神物质。

(g) 东帝汶

188. 麻管局 2015 年 2 月派团访问了东帝汶，这是自该国 2002 年成为联合国会员国以来麻管局首次向该国派出访问团。东帝汶于 2014 年加入《1988 年公约》，但尚未加入《1961 年公约》和《1971 年公约》。访问团的任务是获得关于该国在药物管制领域的政策、国内立法和实际经验的详细信息，并讨论东帝汶在加入各项国际药物管制条约方面的障碍。

189. 东帝汶没有出台国家药物管制战略，该国的主要药物管制立法还处于草拟阶段。东帝汶缺少执行国际药物管制公约各项规定的制度化机制，特别是在前体管制领域。需要在包括以下领域在内的若干药物管制领域取得进展：确保类阿片药物的供应；促进合理使用类阿片用于姑息治疗和疼痛管理；减少对毒品的需求，特别是防止吸毒；提高关于前体管制的认识；执法方面的培训和能力建设。

190. 麻管局认可东帝汶政府在建设各机构正常运作的国家方面付出的努力和取得的进展。麻管局敦促东帝汶政府加入《1961 年公约》和《1971 年公约》并执行其规定。此外，麻管局鼓励东帝汶政府采取措施制定国家药物管制战略，并着手设立该国药物管制法草案设想的专门的国家协调机构。麻管局还鼓励东帝汶政府采用平衡的办

法解决毒品问题、承认减少需求工作的必要性以及增进国内各机构和民间社会关于非法药物的认识。

(h) 委内瑞拉玻利瓦尔共和国

191. 麻管局于 2014 年 12 月向委内瑞拉玻利瓦尔共和国派出了访问团。该国是所有三项国际药物管制公约的缔约国。访问团的目的是审查委内瑞拉玻利瓦尔共和国自 2001 年上次麻管局向其派出访问团以来在执行这三项国际药物管制公约方面取得的进展。

192. 麻管局与该国内相关政府机构讨论了该国的药物管制战略，该战略清楚明确，并且其中呼吁通过投入资源减少供应和投入大量资源减少毒品需求来实行全面和平衡的药物管制办法。

193. 该国政府与麻管局合作良好，也妥当遵守了各项国际药物管制公约，这令麻管局感到鼓舞。目前正在制定一项新的国家药物管制计划。麻管局注意到，该国政府仍然致力于打击从邻国贩运毒品的活动，并继续有效地资助各个参与药物管制和预防工作的政府机构的活动。

194. 委内瑞拉玻利瓦尔共和国政府与各次区域组织和该区域其他国家政府建立联系，力求以此加强其在打击贩毒方面的区域和跨境合作。麻管局相信，该国政府将在充分尊重相关国际议定书和公约的前提下继续执行空中管制和拦截方案。

195. 若干预防性活动正在该国实施，该国政府正在采取步骤评价此类干预措施的质量和有效性。该国政府不妨在努力进一步完善预防战略和办法时考虑到毒品和犯罪问题办公室编写的《关于预防吸毒的国际标准》。近年来，委内瑞拉玻利瓦尔共和国医药用鸦片的总体消费量有所提高，这一事实令麻管局感到鼓舞。

3. 评价各国政府对麻管局在国别访问之后所提建议的执行情况

196. 作为与各国政府持续进行的对话的一部分，麻管局还每年对各国政府执行麻管局根据其国别访问所提建议的情况进行评价。2015 年，麻管局邀请其曾于 2012 年派团访问的以下六国的政府介绍本国在落实麻管局各项建议方面取得的进展：巴西、柬埔寨、古巴、尼日利亚、巴基斯坦和秘鲁。

197. 麻管局谨对巴西、古巴、尼日利亚、巴基斯坦和秘鲁政府提交所要求的资料表示赞赏。这些政府提供的合作有助于麻管局评估这些国家的药物管制情况和这些政府遵守各项国际药物管制条约的情况。在收到柬埔寨政府提供的资料之后，麻管局将对其进行审查，审查结果将被纳入 2016 年年度报告。

198. 麻管局 2015 年还审查了 2011 年派团访问塞尔维亚之后其各项建议的执行情况，2014 年审查时没有及时收到与该执行情况有关的资料。麻管局谨对塞尔维亚政府提供的资料表示赞赏。

(a) 巴西

199. 麻管局注意到，在 2012 年派团访问巴西之后，该国政府采取了实质性措施在多个领域落实麻管局的建议。为简化和优化联邦、州和市三级的利益攸关方付出的药物管制努力，巴西创建了正式和特设两种机制以增加交流与合作。在这方面，麻管局欢迎计划建立常设信息交换平台和联络点以加强巴西国家卫生监督局与联邦警察之间的机构间对话。此外，麻管局赞扬巴西努力让各州主管部门参与进来以增进彼此之间以及各级政府之间在药物管制事项上的合作。巴西还积极启动和参与了区域和区域间的合作倡议，特别是根据南美共同市场和葡萄牙语国家共同体提供的框架提出的倡议。

此外，巴西还采取措施特别是通过增加受管制物质办公室的资源，改善了向麻管局的报告情况。

200. 麻管局赞扬巴西政府在初级预防领域付出的努力，特别是其通过了卫生部编写的全面的预防药物滥用方案。为进一步完善该举措，麻管局谨建议补充提交预防方面的资料，介绍与通过互联网药店和社交网站供应精神活性物质有关的危险以及与滥用传统草药物质和新型精神活性物质有关的危险。巴西还在防止滥用“快克”可卡因以及研究治疗“快克”可卡因滥用和药物依赖的措施方面投入了大量资源。麻管局鼓励巴西政府向国际社会传播其在“快克”可卡因成瘾治疗方面的发现。

201. 麻管局注意到这些积极的发展，并鼓励巴西政府继续寻求建立将向巴西监狱有吸毒问题的犯人提供的全面的治疗和康复服务。麻管局注意到一项研究方案已经启动并将与国家监狱局和卫生部联合实施，以便向犯人提供相同于向普通公众提供的卫生服务。麻管局欢迎这一积极举措，并希望强调制定符合监狱环境的治疗和康复方案的重要性，并回顾了确保向所有监狱中有吸毒问题的犯人提供治疗和康复服务的重要性。

202. 麻管局还注意到，巴西政府报告称，在适用于使用国际管制物质进行治疗的旅行者的准则方面特别是在更新该国的旅行者准则以使其符合 2015 年 2 月通过的新的国内立法方面取得了进展。不过，麻管局强调，特别是考虑到巴西作为主要的旅游目的地国和 2016 年奥林匹克运动会主办国的情况，巴西必须针对国际旅行者准则对执法官员开展培训，并确保向所有国际旅行者提供那些准则。

203. 麻管局还再次请求巴西政府根据本国人口的实际需求，采取措施确保用于医学和

科学目的的受管制物质的充分供应。为此，麻管局建议巴西政府依照麻管局和世卫组织编写的《国际管制药物需要量估算指南》，采取措施确保医疗目的麻醉药品和精神药物的合理使用，包括使用类阿片治疗疼痛。

(b) 古巴

204. 古巴政府已就麻管局在 2012 年派团访问该国之后提出的建议采取行动，并在药物管制的多个领域取得了进展。

205. 麻管局注意到为巩固卫生部下属的医药与医疗技术总局及其麻醉药品、精神药物和具有类似效果的物质管制司的组织结构以改善医疗目的的麻醉药品和精神药物的供应而采取的措施。麻管局注意到，卫生部分分析与规划处根据 2014 年确立的立法框架采用了一个新系统，以确认国家卫生系统各级的医疗机构以及销售麻醉药品和精神物质的药店的要求。麻管局鼓励古巴政府联合国家麻醉与疼痛管理小组采取进一步措施，以更新用于治疗急性和慢性疼痛的可选择方案的范围，并确保用于疼痛管理和其他医疗目的的麻醉药品和精神药物的必要供应。

206. 麻管局注意到为确保麻醉药品、精神药物和具有类似效果的物质的储存、生产或处置地点安全无虞而采取的措施。麻管局欢迎古巴政府采取措施有系统地监测对既定的受管制物质储存要求的遵守情况，以及解决最后的不足之处以确保全面遵守既定的安全标准。

207. 认识到古巴在系统地收集、处理和分分析药物管制数据方面存在技术局限，麻管局邀请该国政府审查向麻管局报告的进程并确保继续报告高质量的信息。此外，麻管局鼓励古巴政府依据《1988 年公约》第 12 条第

10 款 (a) 项加强与麻管局在前体管制方面的合作, 特别是采取运用出口前网上通知系统 (出口前网上通知) 发出前体化学品货物出口前通知的方式。麻管局鼓励该国政府继续在药物管制领域开展努力, 随时向麻管局通报古巴的药物管制状况并采取进一步措施打击该国的贩毒和药物滥用。

(c) 尼日利亚

208. 尼日利亚政府已就麻管局在 2012 年派团访问该国后提出的建议采取行动, 并在药物管制的多个领域取得进展。麻管局赞赏地注意到, 该国政府已按照麻管局的建议, 在药物管制问题部际委员会的领导下着手制定新的 2015-2019 年国家药物管制总计划。

209. 麻管局欢迎为打击大麻非法种植和打击贩毒所采取的措施。该国联邦警察的药物管制司加大了与州一级的主管部门和受影响最严重的社区合作进行的铲除工作的力度。拉格斯国际机场的毒品查禁能力得到显著加强, 国家药品执法局和其他执法机构也联合开展了旨在发现和摧毁“大麻农场”的行动。已采取的措施包括建立机构间协调小组以改善相关禁毒执法实体之间在机场的行动计划, 以及为警察、机场管理人员、地区警察监督员和海关官员等执法人员开办能力建设培训班。

210. 麻管局欢迎这些措施, 并注意到需要在国家食品和药品管理及监管局的领导下继续在防止药物滥用和提供治疗领域做出努力。麻管局注意到该国政府为多项计划提供了支持, 以便在尼日利亚开展国家药物滥用情况调查, 该调查将有助于该国政府制定体现尼日利亚人口各种需要的防止吸毒和治疗政策。麻管局鼓励该国政府加强其在防止吸毒特别是防止年轻人吸毒方面的努

力, 并确保该领域的活动涵盖所有经常被滥用的受管制物质, 包括含有此类物质的药剂。

211. 麻管局注意到尼日利亚在确保医疗目的麻醉药品和精神药物的供应方面进展甚微。供医疗机构治疗疼痛的类阿片的供应仍然不足。麻管局注意到正在开展努力对类阿片药物的销售实行分散管理, 以增加这些物质在尼日利亚六个地缘政治区中的每一个区的供应, 这是 2015-2019 年国家药物管制总计划规定的一项关键活动。麻管局进一步注意到, 该国政府目前正致力于制定评估准则, 以改善用于医疗目的的受管制物质的供应和合理使用, 同时防止这些物质转入非法渠道。麻管局请该国政府审查当前的形式并采取必要措施, 确保向有需要的所有人口供应用于医疗目的的麻醉药品和精神药物特别是类阿片, 麻管局鼓励该国政府在做这样使用时使用《国际管制药物需要量估算指南》。

(d) 巴基斯坦

212. 麻管局注意到巴基斯坦政府在麻管局 2012 年派团访问该国以来在药物管制方面取得了一些进展。该国政府实行了一些措施加强 2012 年建立的巴基斯坦药物监管局下属各个相关政府机构之间的协调。该国政府还加强了与参与了多项国际倡议的邻国开展的前体化学品信息交换合作。巴基斯坦依据《1988 年公约》第 12 条第 10 款 (a) 项行事, 并积极运用出口前网上通知系统查清来自该国和进入该国的前体进出口货物。巴基斯坦的前体化学品贩运和缉获信息依然有限, 麻管局仍然对此感到关切。

213. 虽然各种药物在巴基斯坦被广泛滥用, 但主管部门并不清楚国内的药物滥用程度, 因为从未对药物滥用的性质、程度和模式进行系统的评估。麻管局呼吁该国政府对

药物滥用情况进行评估，包括收集和分析关于药物滥用的发生率、流行率和其他特点的数据。这种客观的评估对设计防止药物滥用方案以及吸毒者治疗与康复方案而言是必不可少的。

214. 此外，麻管局注意到巴基斯坦在确保医疗用途的麻醉药品的供应方面进展甚微。类阿片（吗啡、杜冷丁、芬太尼）由巴基斯坦内政和麻醉品管制部的麻醉品管制司根据从省政府收到的建议进行分配。麻醉药品和精神药物，特别是用于医疗机构的疼痛治疗的类阿片的供应仍然不足。麻管局请巴基斯坦政府审查当前的形式并采取必要措施确保供应医疗用途的麻醉药品和精神药物特别是类阿片，并鼓励该国政府在这方面努力这样做时使用《国际管制药物需要量估算指南》。

(e) 秘鲁

215. 麻管局注意到秘鲁政府在做出努力，执行麻管局 2012 年派团访问该国后提出的建议。麻管局注意到，国家古柯公司已通过了其 2013-2017 年机构战略计划，该战略计划寻求改善对合法用途的古柯叶的收集、加工和销售的管理。

216. 麻管局注意到秘鲁加强了限制种植古柯树的努力。2013 年，古柯种植面积连续两年下降，减少至 49,800 公顷——与 2012 年的 60,400 公顷种植面积相比减少了 17.5%。这是过去 14 年里取得的最大成就，在秘鲁政府完备和可持续的替代发展方案的框架下开展的持续根除和根除后措施是导致该种植面积减少的原因。

217. 麻管局呼吁秘鲁政府建立对用于非法制造毒品的前体和其他化学品进行管制的制度。这一点非常重要，因为秘鲁已经被毒贩

利用以转移这些物质。麻管局邀请该国政府进一步加强，特别是通过使用出口前网上通知系统加强与麻管局在前体管制方面的合作，并及时答复麻管局提出的有关向秘鲁出口前体的订单的合法性的询问。

218. 麻管局注意到需要付出进一步努力以确保秘鲁的医疗用途的麻醉药品和精神药物的供应。用于医疗机构的疼痛治疗的类阿片的供应仍然尤为不足。麻管局请该国政府审查当前的形式，并采取必要步骤确保供应麻醉药品和精神药物特别是类阿片用于医疗目的。

219. 尽管秘鲁改善了其吸毒者治疗和康复系统，但还是需要进一步发展该系统以充分应对这些服务的实际需求。麻管局鼓励该国政府加大努力，以确保提供充足的治疗设施满足该国人口的需求。麻管局还鼓励该国政府采取措施增加旨在防止吸毒特别是防止年轻人吸毒的方案，并确保这一领域的活动涵盖所有经常被滥用的受管制物质。

(f) 塞尔维亚

220. 麻管局注意到，自从麻管局 2011 年派团访问塞尔维亚以来，该国政府已采取步骤在多个领域落实麻管局的建议。

221. 麻管局欢迎塞尔维亚政府通过了新的 2014-2021 年国家禁毒战略和行动计划。此外，麻管局注意到为加强塞尔维亚的吸毒成瘾预防和治疗框架而开展的努力，包括将拟定康复方案的事宜纳入国家禁毒战略。

222. 麻管局还赞扬塞尔维亚政府为建立禁毒办公室以改善各项政府药物管制措施的协调和加强机构间合作而于 2014 年 7 月通过一

项法令。在访问塞尔维亚期间，麻管局强调该国政府必须确保用于疼痛治疗的类阿片的充分供应和合理使用。麻管局鼓励塞尔维亚政府就这个问题采取进一步行动，并建议该国政府考虑到《国际管制药物需要量估算指南》，审查其用于拟定医疗和科学用途的受管制物质估算值和评估值的框架。

223. 麻管局还继续强调必须加大药物管制领域的区域和国际合作，并请塞尔维亚政府继续加强其在该领域的努力。

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

224. 阿富汗在本报告所涉时期的突出特点，是成立了民族团结政府，为确保治理连续性、加强对区域性活动的参与和改善同周边国家的双边关系实行了若干临时性措施。

225. 在执行药物管制条约方面仍然存在着各种挑战，包括安全相关事件的发生有所增加，边境管控的实施薄弱，经济发展受阻，人力物力资源有限。

226. 在本报告所涉期间，由于阿富汗各省根除毒品作物的努力，该国的罂粟种植面积减少了19%，根除罂粟种植的总面积增加了40%。但是，仍然存在大量非法种植大麻的现象，对阿富汗的毒品管制努力构成进一步挑战。¹³

227. 阿富汗的执法部门继续展开了禁毒行动，由此缉获了大量海洛因、鸦片和大麻脂。

1. 麻管局依照《经1972年议定书修正的1961年公约》第14条和《1971年公约》第19条采取的行动

228. 《经1972年议定书修正的1961年公约》第14条和《1971年公约》第19条规定了麻管局为确保这些《公约》条文得到实施而可采取的措施。麻管局如果有客观理由相信《公约》目的因某一当事方、国家或领土未遵守《公约》所载条约义务而受到严重威胁，则可考虑采取由渐次严厉的若干步骤组成的这些措施。

229. 麻管局自成立以来，针对为数有限的一些国家援用了这些条文。麻管局援用这些条文的目的是，鼓励在其他手段未奏效时遵照这些《公约》行事。在麻管局决定提请缔约国、经济及社会理事会和麻醉药品委员会注意该情况之前，不会对相关国家予以公开点名。在依照上述条款规定的程序与麻管局进行广泛对话之后，相关国家中多数采取了补救措施，麻管局因而决定停止在这些条款下对这些国家采取的行动。

230. 截至2015年11月1日，阿富汗是依照《经1972年议定书修正的1961年公约》第14条而对之采取行动的唯一个国家。

2. 依照《经1972年议定书修正的1961年公约》第14条与阿富汗政府的协商

231. 麻管局与阿富汗政府之间依照《经1972年议定书修正的1961年公约》第14条的协商在2015年继续进行。

232. 麻管局主席于2015年3月9日至17日在维也纳举行的麻醉药品委员会第五十八届会议间隙，与阿富汗禁毒部部长率领的阿富汗代表团举行了会晤。部长向麻管局通报

¹³ 又见下文第三章关于西亚的一节。

了阿富汗政府为处理该国毒品管制状况所采取的相关措施，包括计划设立一个新的毒品教育机构；制定替代生计方案；继续开展旨在打击罂粟种植和贩运的行动；加强应对前体贩运的区域合作和执法措施；以及确立良好的治理原则。政府代表承认必须加大对戒毒治疗和康复的投资力度，还必须打破影响阿富汗的贫穷和政治不稳定循环。此外，他们特别强调需要更多资源来减少大麻种植，必须增强区域合作以应对该国的吸毒问题，还必须提供技术援助以加强能力建设。

233. 2015 年 6 月，由禁毒部部长率领的阿富汗代表团向麻管局简要介绍了阿富汗最近在毒品管制方面取得的进展。所讨论的问题包括制定和实施一项新的禁毒战略、政府的罂粟根除工作所取得的进展、针对该国毒品管制法律框架的立法修订，以及进一步落实减少需求的活动。部长还向麻管局简要介绍了政府通过替代发展的形式向农民提供援助以及通过加强安保、良好治理和社区动员，持续努力遏制罂粟的种植。

234. 麻管局继续与阿富汗政府合作，规划麻管局定于 2016 年向该国派遣高级别访问团的工作，访问期间，将继续开展依照《经 1972 年议定书修正的 1961 年公约》第 14 条举行的协商。麻管局还继续与阿富汗政府对话，所采取的方式是麻管局秘书处与阿富汗常驻联合国（维也纳）代表团定期接触，以跟踪阿富汗政府实施各项国际药物管制条约的情况，并将向该国派遣高级别访问团。

与麻管局的合作

235. 近年来，阿富汗政府继续与麻管局合作实施各项国际药物管制条约。

236. 自 2010 年以来，阿富汗政府的报告绩效大有改进，按照各项国际药物管制条约的要求，定期向麻管局提交数据。

237. 阿富汗 2015 年 2 月加入了修正《1961 年公约》的《1972 年议定书》，麻管局对这一事态发展表示欢迎。

238. 阿富汗政府 2015 年 6 月向麻管局提交了 2014 年报告，以反映该国政府在遵守有关实施国际药物管制条约和努力推动提供所需技术援助的报告要求方面所作的努力。

239. 麻管局注意到阿富汗执法机关牵头的禁毒行动有所增加。但是，缺乏用于消除该国大麻植物种植的预算拨款，这仍然是一项挑战。

与国际社会的合作

240. 阿富汗政府继续采取步骤增强区域和国际合作，消除影响该国的毒品相关威胁。阿富汗继续与阿富汗各民族和区域对话者合作，促进民族和解。

241. 就区域间合作而言，过去几年里继续开展了成功的全球和区域间活动，其中包括《巴黎公约》举措，该举措是一种健全的关键国际伙伴关系，旨在打击源自阿富汗的阿片剂贩运和消费。此外，联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）打击洗钱、犯罪收益和资助恐怖主义行为全球方案继续协助阿富汗和邻国的国家主管部门收集与阿富汗阿片剂相关的非法资金流动信息。

242. 阿富汗与巴基斯坦之间，尤其是负责实施相关国际条约规定的两国官员之间已有多次高级别接触，旨在加强双边关系和展示两国增强合作的意愿。这种合作尤为重要，因为巴基斯坦北瓦济里斯坦地区存在军事行动，大规模跨境人口迁移仍在继续。

243. 在麻醉药品委员会第五十八届会议上，毒品和犯罪问题办公室执行主任作了题为“通过持续且更有力地支持《巴黎公约》举措加强国际合作打击源自阿富汗的非法阿片剂”的报告(E/CN.7/2015/12)。该报告描述了毒品和犯罪问题办公室作为技术援助提供者所采取的措施，以便在该举措第四阶段的第一年执行题为“通过一种全面的方法减少药物滥用和依赖性”的第56/3号决议。

244. 阿富汗总统和美国总统2015年3月发表了一项联合声明，宣布建立新型发展伙伴关系，通过这种方式，高达八亿美元的双边经济援助将指定用于阿富汗的发展和改革优先事项。双方还宣布，美国将在阿富汗维持9,800名部队人员的军事存在，直到2017年年底。

245. 集体安全条约组织会议和独立国家联合体2015年4月举行会议期间，各国外交部部长讨论了阿富汗的局势。同样在2015年4月，来自阿富汗、巴基斯坦和塔吉克斯坦的专家在杜尚别举行会议，拟就了三边过境贸易协定草案。当月，阿富汗总统访问伊朗伊斯兰共和国。两国承诺加强禁毒领域的合作。

246. 这一年的第一季度，在欧洲安全与合作组织、联合国中亚地区预防外交中心和联合国反恐执行工作队等国际机构的参与下，实施了一些举措。其他打击洗钱举措的范例是：非法资产南亚中心(CASH)，该举措在阿富汗和邻国打击非法金钱流动并没收贩毒网络的资产；以及南亚打击贩运行动计划(STOP)，重点涉及阿富汗、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦的三方举措内的缉毒努力。

247. 阿富汗禁毒部部长2015年9月在毒品和犯罪问题办公室维也纳总部简要介绍了阿富汗毒品管制现状、根据《1961年公约》第14条采取的措施和取得的进展，以及该国面临的

主要挑战和发展趋势。部长还概述了阿富汗禁毒战略，这是国家发展议程的基石。该战略确认禁毒与必须消除资助恐怖主义行为之间的联系以及与边境管理有关的挑战。部长宣布该国的行动计划即将发布，并重申阿富汗承诺，通过纳入发展考虑因素和国际合作的多层面方法实施毒品管制措施。

248. 在日本根据亚洲心脏地带——伊斯坦布尔进程建立信任措施的支助下，通过阿富汗国家灾害管理局的各项举措，改进了区域机构的协调。前体物质国家情报工作组继续支助该国加强前体管制和信息共享方面的机构间合作。

249. 国际社会的合作涉及该国所有相关利益攸关方，包括非政府组织和民间社会团体。由民间社会牵头的阿富汗人民和平对话启动了第三阶段的活动，重点召集政策制定者和民间社会组织协助实施国家和地方促进和平路线图。联合国阿富汗援助团继续提供相关便利。

250. 在中亚区域信息与协调中心和海湾阿拉伯国家合作理事会禁毒刑事情报中心建立了仿效国际刑事警察组织(国际刑警组织)、欧洲警察署(欧警署)和世界海关组织(海关组织)的良好做法的新的区域犯罪情报中心，以及一个涵盖阿富汗、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦的联合规划机构。

251. 区域合作仍然是加强阿富汗主导的和解努力、政治稳定和可持续经济发展获得成功的可能性的一个关键要素。

结论

252. 阿富汗在本报告所涉时期内依然面临若干重大挑战，尽管2015年报告的非法罂粟种植有所减少。

253. 其他挑战仍然存在，例如安全职能从国际军事部队向本国军队和警察过渡、正在实施的民族和解进程、冲突的影响，以及政府优先处理该国不断加剧的贩毒和吸毒问题的能力有限。

254. 尽管存在这些挑战，但政府对增加合法作物种植提供了投资，主要是在相对而言无罂粟种植的地区；并表示致力于消除该国的罂粟和大麻植物非法种植。政府还表示致力于通过开展根除行动、执法措施、替代生计举措及区域和全球层面的国际合作来解决贩毒和吸毒问题。该国政府与麻管局展开了全面合作，包括愿意为麻管局向阿富汗派遣高级别访问团提供便利并提交该国毒品相关情况进度报告。麻管局注意到阿富汗政府在报告所涉期间扩大了与邻国的合作。

255. 麻管局注意到阿富汗在上一年取得的进展，但仍然对围绕毒品管制状况的重大挑战表示关切。麻管局要求阿富汗政府继续向其通报该国通过和落实新的国家禁毒政策方面的事态发展。麻管局建议阿富汗政府借助于专门的国际技术援助以解决毒品问题及加强区域和国际层面的合作，继续增强其禁毒能力。

256. 麻管局鼓励阿富汗政府加强努力，通过采取针对受影响个人的预防、治疗、康复和善后护理的措施，应对普遍存在的吸毒问题。麻管局注意到替代发展举措在遏制罂粟种植和向农民提供合法手段以供养自己及其家人方面发挥的根本性作用。麻管局呼吁国际社会成员继续支持阿富汗政府的毒品管制与发展努力。麻管局将继续与主管部门合作，密切监测阿富汗的毒品管制状况，以及阿富汗政府在毒品管制所有领域采取的措施和取得的进展。为此，麻管局期待 2016 年向阿富汗派遣访问团。

F. 特别专题

1. 前体管制：新的动态、挑战和前进的道路

257. 用于监测前体化学品贸易和防止前体化学品转入非法渠道的措施，是防止或遏制非法制造和贩运麻醉药品和精神药物的所有战略的关键组成部分。

258. 多年来，国际药物管制系统各层面的一系列决议对《1988 年公约》第 12 条规定的监测合法贸易和防止转移机制做出了补充。国际前体管制制度的基本假设是，可用作毒品前体的化学品均为合法商品，因此推定任何相关交易都是合法的，除非怀疑或有证据显示所涉化学品将用于非法目的。因而，“采购制造麻醉品所必需的化学品是……贩毒与合法商业的少数交汇点之一。管理合法商业使贩运者得不到他们所需的化学品是我们打击涉毒犯罪分子斗争中最重要的工具之一。”¹⁴

259. 麻管局在其关于前体化学品的多次年度报告中审查过国际前体管制取得的成就、进展和面临的挑战。¹⁵自《1988 年公约》于 1990 年 11 月 11 日生效以来，在过去 25 年里，各国借助《公约》和麻管局开展的监督工作，大为减少了《1988 年公约》附表一和附表二所列物质经由国际贸易转用于非法制造毒品的情况。四分之一世纪之后，《1988 年公约》得到了世界各国几乎普遍的加入。《公约》通过所规定的条款和要求，有助于与业界合作建立前体化学品管制基础设施。为协助监测合法前体化学品贸易并防止前体化学品转入非法渠道，麻管局开发了网上出口前通知系统和前体事件通信

¹⁴《化学品行动工作队：1992 年经济首脑会议情况报告》（华盛顿特区，1992 年 6 月），第 11 页。

¹⁵ 见 E/INCB/2011/4、E/INCB/2012/4、E/INCB/2013/4 和 E/INCB/2014/4。

系统等电子化工具，可应请求供所有国家免费使用。这些工具对国际社会防止非法制造毒品和转移管制化学品起到了很大的帮助作用。

新的动态和挑战

260. 在审查国际前体管制的有效性时，麻管局还确定了现存的差距，并认定目前在前体管制方面出现的重大挑战缘于下述原因：

(a) 未能全面而系统地执行《1988年公约》的规定以及大会、经济及社会理事会和麻醉药品委员会的相关决议；

(b) 现有法律框架不能全面解决涌现的新挑战。

261. 已有150个国家的政府注册使用网上出口前通知系统这一自动的全球网上出口前通知交换系统，这一事实表明，现有条约条款的执行情况可进一步得到改善。不过，仅有109个国家的政府要求对计划进入其领土的一些或全部货物进行提前通知。¹⁶ 鉴于国际前体管制制度侧重于监测国际贸易，现在可明显看出，对于国内管制以及对前体化学品国内流动和最终用途的监测，过去不够注重。麻管局估计，根据具体前体和前体类别的不同，已报告的全部缉获有30%至95%源自缉获国国内；换言之，这些转移发生在国际前体贸易监测系统之外。这些统计数字提示，需要在国家层面开展进一步行动，但同时也说明在国际防止转移方面取得了成功。

¹⁶ 进口国可援引《1988年公约》第12条第10款(a)项要求出口国在计划出口之前向其发出通知。

262. 为规避管制，出现了包括“特制前体”在内的非表列替代化学品，这种情况是目前面临的新的最大挑战之一。近年来，（按照需求）特别定制的此类“特制”化学品的种类日增。制造这些非表列化学品本身并不违反现行国际法律框架，但获取这些化学品的目的就是为了非法制造毒品。其中许多化学品是常规药物合成过程中的衍生物或共同中间体，可轻而易举地转变为管制前体。许多化学品没有正规合法贸易或用途，因此，由于可能使用的化学起始材料数量众多，而这些化学品的提供和获取又进一步模糊了毒品贩运与合法贸易相交织的地带，这就对现有的管制制度构成了挑战。

263. 麻管局确定的第二个相关挑战，是非法合成药物制造活动的复杂性、多样性以及规模都大为增加所构成的。结果是，有可能用于非法制造的化学品和制造方法几乎无所不包，其中就有过去认为在非法环境中无法使用的化学品和方法。除了非洲和大洋洲绝大部分地区之外，所有区域产业规模的复杂非法制造活动都已被捣毁。此类加工点是全世界很大一部分合成毒品供应的来源，而小规模制造则继续供应本地市场。

264. 由于出现所谓合成的新型精神活性物质¹⁷，因涉及非法制造国际管制毒品而受到监测的化药品的数量可能无限增加。不过，为监测非表列化学品制定的相关概念和办法也可直接用于应对新型精神活性物质前体。¹⁸

¹⁷ 尽管没有公认的新型精神活性物质定义，但其泛指不受《1961年公约》或《1971年公约》管制却可能带来公共健康威胁的、以纯物质形式或制剂形式滥用的物质。新型精神活性物质可以是人造的合成物质或者是天然物质。

¹⁸ 这些前体可能也会用于制造新型精神活性物质终端产品，从化工和管制角度而言，这是另一组非表列物质，除少量用于研究和实验室分析目的之外，其合法用途不明。

265. 与海洛因和可卡因制造有关的挑战依然显著。特别是在可卡因制造方面，目前使用的化学品和工艺流程提高了生产效率，减少了所需的化学品数量。在所用化学品的来源方面，依然有很大的信息缺口。但是有一点似乎是明确的，即其中绝大部分化学品要么来自毒品制造所在国国内，要么来自同一区域内的其他国家，是偷运到毒品制造所在国的。例如，80%以上的高锰酸钾（非法制造可卡因所使用的关键氧化剂）和90%以上的溶剂来自缉获国本国。¹⁹ 现有数据表明，制造海洛因所使用的关键化学品醋酸酐有80%以上可溯源至同区域内的其他国家。²⁰ 此外，五年多以来也没有出现过高锰酸钾和醋酸酐从国际贸易中转移的报告。

266. 全球通信和运输的改善以及贸易便利化催生了新的动态，对国家、区域和国际层面的前体管制构成了挑战。透明度不足的自由贸易区和自由港增多，已日益引发关注。现代生活的另一个方面是贸易和关税同盟的数量和地理覆盖面积增加。

前进的道路：行动领域

267. 鉴于上述动态，麻管局为各国政府确定了一系列优先行动²¹，其中包括：

(a) 公私合作。所有国家主管部门均应采纳这样一种观念：使业界成为防止化学品转用的重要伙伴，并对此类合作做出正式承诺；业界和行业协会应将防止化学品转用原则作为企业的行业责任、问责制和信誉的必要组成部分；

¹⁹ E/INCB/2014/4，图五。

²⁰ E/INCB/2014/4，图十六。

²¹ 技术方面的详细情况见2015年的前体报告(E/INCB/2015/4)和往年的报告。

(b) 国家监管措施。各国政府应当审查本国化学品管制制度的有效性并致力于消除国内制度存在的空白，使这些制度能实现其宗旨；

(c) 执法。各国政府在必要时应为其执法部门提供法律框架，使之能够采取适当的执法行动。（《1988年公约》为制定关于附表一和附表二所列物质以及（结合《公约》第13条）非表列化学品的上述国家立法提供了指导。）执法部门应当更加关注用于非法制造的前体化学品，对缉获品、扣留货物和转移未遂等情况进行调查，以确定转移来源和隐藏在這些活动背后的犯罪组织，并实现其调查结果的全球共享以防止今后使用类似手法的转移活动。

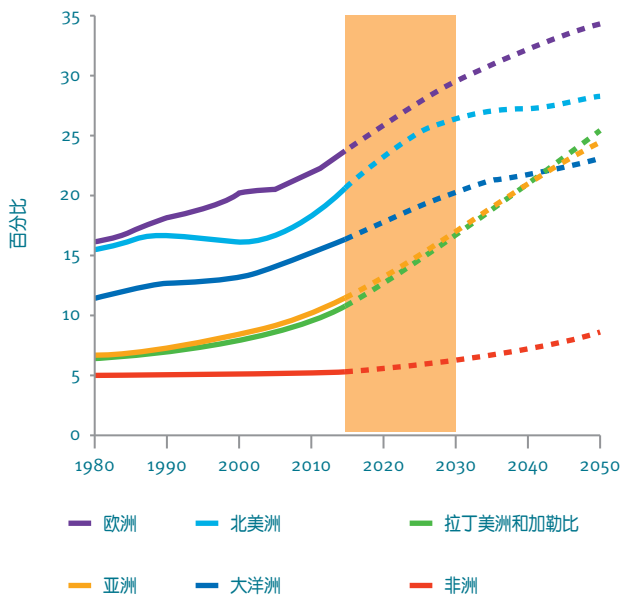
268. 前体管制的根本，在于开展国际合作防止化学品被用于制造受滥用物质，拟于2016年举行的关于世界毒品问题的大会特别会议是对此回顾的一次机会。在这次特别会议上，还将有机会确认，基于合法贸易监测的现行管制制度在应对和跟踪种类繁多的新出现化学品（包括各种相关化学品和特制化学品）方面的能力是有限的，主要原因在于大多此类化学品没有合法用途和（或）合法贸易。

269. 基于这些认识，麻管局希望各国政府借助2016年大会特别会议重申前体管制作为平衡的毒品管制战略中的预防措施的重要性。麻管局还希望各国政府展示出接受前体管制责任分担的政治意愿，因为事实上没有一个国家未发生过化学品的制造、国内分销、使用、进口、出口、再出口或者过境。最后，2016年特别会议还将提供机会为一项解决现行制度局限性的前瞻性战略奠定基础，这些局限主要涉及包括“特制前体”和新型精神活性物质前体在内的非表列化学品。所谓的“直接前体”和反向举证责任等概念已经形成，在发扬《1988年公约》第12条精神的同时也不会给主管部门和业界造成过重的负担。

2. 老年人使用苯二氮卓类药物的情况

270. 据世卫组织全球卫生观察站称，自 1990 年以来，全球人口出生时的预期寿命延长了六年。2013 年，全球 60 岁人口可望平均再活 20 年，比 1990 年代延长了 2 年。高收入国家 60 岁人口的预期寿命比低收入国家和中低收入国家长六年。另外，据秘书处经济和社会事务部人口政策司称，全球 60 岁及以上人口所占百分比从 1980 年的 8.5% 增至 2015 年的 12.3%。预计这一上升趋势将持续下去（见图 1）。

图 1. 60 岁及以上人口的百分比，1980-2015 年估计数和 2050 年预测数



老龄化不是病

271. 老龄化绝不是一种疾病。但是，人到老年往往疾病随之而来。疾病对老年人的影响更甚，因为疾病是除正常老龄化以外给他们带来健康变化的原因。在老年人中，区分健康和患病的状况要困难得多，这增加了他们过度用药、过少用药或非必要用药的可能性。

272. 老年人往往面临孤立和孤独。他们通常患有慢性疾病和老龄化所带来的某些健康问题，如阿尔茨海默氏病、焦虑、失眠、抑郁和痴呆；并发症也很常见。他们的睡眠模式与年轻人不同，失眠在 65 岁及以上的健康人群中似乎很常见，使得他们成为吸引安眠药制造商的目标群体。令人关切的是，存在着因此而对失眠治疗过度的现象。这可能带来危险，因为老年人的医疗问题一般较多，其中许多人服药治疗的不止一种疾病。

273. 在多数情况下，针对老年患者失眠的治疗包括心身疗法，需要处方药，尤其是抗焦虑药和安眠药。另外，鉴于人口统计变化和世界人口老龄化，接受手术因而需要麻醉的老年患者比例逐渐增加。

274. 事实证明，含有苯二氮卓的药物制剂很有效。安眠药、镇静剂和抗焦虑药是医疗保健的重要组成部分，在全世界向各年龄段的患者开具这些处方药。苯二氮卓类药物具有非常广泛的指征，可以用作安眠药、镇静剂、肌肉放松剂和抗焦虑药的处方药，也可以作为术前用药（手术前使用）和全身麻醉的诱导。目前有 35 种苯二氮卓类药物受国际管制，几乎所有这些物质都已列入《1971 年公约》附表四。

275. 处方得当的苯二氮卓类药物有效、长效，毒性小，能够按医嘱给所有年龄段的患者服用，因此相对安全。然而，与任何药物一样，苯二氮卓类药物的使用也带有副作用和毒性反应，对老年人尤其明显。老年人更有可能发生不良反应，因为他们排解药物的速度更慢，所以需要的剂量往往较低。

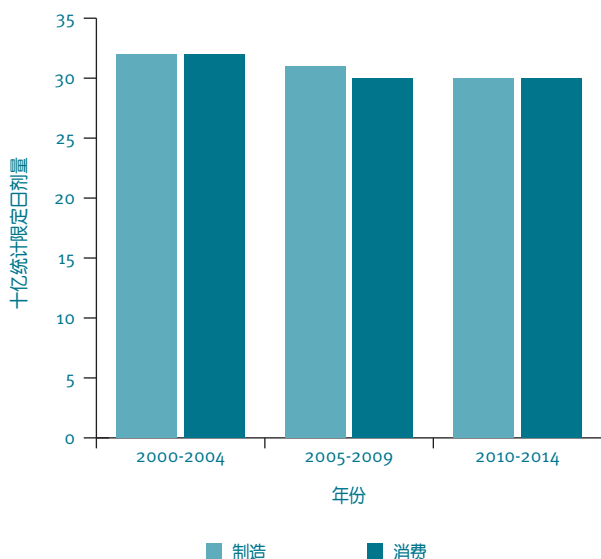
过度使用和使用不当

276. 在美利坚合众国，65 岁或以上人口约占总人口的 10%，然而他们的医药处方占 30%。这方面的差异比数据显示的差异更大，因为老年人对药物更敏感，因此需要的剂量更少。

277. 根据向麻管局提供的资料，苯二氮卓类镇静安眠药和抗焦虑药的总体制造及其全球统计的绝对消费量近年来趋于稳定。自 2000 年以来，尽管老年患者的数量有所增加，但这些药物的制造维持在大约 300 亿统计限定日剂量，消费率处于类似的水平（见图 2）。

278. 欧洲传统上是苯二氮卓类抗焦虑药平均国家消费率最高的地区。2014 年，美国、巴西、西班牙、日本、法国、意大利、阿根廷、德国和联合王国（按降序排列）是苯二氮卓类抗焦虑药绝对消费量最大的国家。美国最近报告，患有痴呆症的老年人按医嘱过度服用精神药物的现象很普遍。

图 2. 全球苯二氮卓类药物（抗焦虑药和镇静安眠药）制造和消费情况



有害使用

279. 关于老年人使用苯二氮卓类药物的辩论由来已久。针对老年人使用不当和长期使用的后果的研究突出强调了药物依赖性的风险。

280. 最近日本的一项研究显示，开安眠药和抗焦虑药处方的流行率在老年患者中出奇的高。研究还显示，同时开大剂量抗焦虑药和安眠药处方在患有失眠和 / 或焦虑症的患者中很常见，这些处方药中一半以上是医生开具的；尽管国际临床指南建议苯二氮卓类药物治疗应仅限于数周（二到四周），但长期开苯二氮卓类处方药的现象仍然很普遍。

281. 老年患者非必要开具和使用苯二氮卓类药物并非无害。法国的一项研究表明，苯二氮卓类药物与痴呆风险增加不无关联。研究发现，65 岁以上患者若开始服用苯二氮卓类药物，其在 15 年内患痴呆症的几率比从未使用过苯二氮卓类药物的人高 50%。

282. 由于对苯二氮卓类药物的敏感性提高而新陈代谢减缓，老年患者处于罹患精神错乱和认知障碍的高风险中，并且更有可能摔跤和骨折。另外，长期使用苯二氮卓类药物通常伴有戒断综合症。

妥善使用，加强护理

283. 在关于老年人可能不适当用药的 2012 年最新比尔斯标准中，美国老年医学会建议在治疗失眠、焦躁或精神错乱时避免使用所有苯二氮卓类药物。另外，成功的戒断治疗可能有助于提高认知和心理活动能力，老年人尤其如此。

284. 如上所述，麻管局充分认识到，含有受管制苯二氮卓类的镇静安眠药和抗焦虑药经实践证明颇有成效，并且在医疗实践和保健中必不可少。然而，麻管局呼吁各国政府警惕尤其是老年人滥用和过度使用苯二氮卓类药物所带来的不良反应和相关问题。麻管局呼吁有关国家政府必要时采取措施，防止老年患者群体中过度开处方和滥用含有苯二氮卓类的镇静安眠药和抗焦虑药。

285. 为了避免苯二氮卓类药物有害的副作用，各国政府必须确保保健服务提供者在给老年患者开任何含有苯二氮卓类的药物之前认真考虑风险

效益比、安全性、不良药物反应以及同时使用其他药物的情况。应当向保健服务提供者，尤其是在疗养院和老年人护理中心，提供临床护理和培训指南。其他措施可能包括提高对不当使用苯二氮卓类药物伴随的危险的认识，特别针对老年患者的家庭成员及其照顾者、护理人员和老年人居住设施的员工。

3. 新型精神活性物质

286. 新型精神活性物质是指具有不同形式的一组非常庞杂的物质，此类物质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成员国报告出现新型精神活性物质的情况进行监测，截至2015年10月，已经确认了602种独特的物质，与2014年10月报告的388种物质相比增加了55%。

287. 与往年一样，报告得最多的物质仍然是合成大麻素，占有报告物质的近40%，其次是苯乙胺和合成卡西酮，这两种物质合计占有报告物质的约三分之一。虽然新型精神活性物质的数量继续增长，但并非所有这些物质都已确定为被滥用物质。实际上其中许多物质可能仅遇到过一次。

288. 为预警咨询目的而使用的“新型精神活性物质”定义涵盖了人工合成和植物制成的物质（例如卡塔叶（阿拉伯茶）、卡痛（帽柱木桐）和致幻鼠尾草）以及具有既定医疗用途的物质（例如氯胺酮）。所有新型精神活性物质都有一个共同的特点，即它们不一定是新发明的，但却是最初才在市场上出现的，并且尚未列入国际药物管制公约的附表。

289. 麻管局采用了相同的定义，不同之处在于，麻管局侧重于那些历史上很少用于医疗或工业用途或没有已知此类用途的被滥用合成物质。麻管局认为这些物质构成了特别的挑战，因为这些物质可能会被作出各种改变以规避现有立法，而且它们对健康的影响也很少为人所知。

290. 正如以往提到的那样²²，考虑到许多新型精神活性物质的数量众多并且容易发生改变，麻管局正向成员国提供一项名为Ion项目（新型精神活性物质国际行动项目）的基础设施，以便所涉国家主管部门之间就涉及新型精神活性物质的事件（例如任何新型精神活性物质的可疑货物、贩运、制造或生产）实时交流信息并开展后续行动，目的是协助开展调查并制定旨在防止这些物质进入消费市场的切实方案。新型精神活性物质工作队负责指导Ion项目的各项活动，该工作队2015年已举行两次会议。

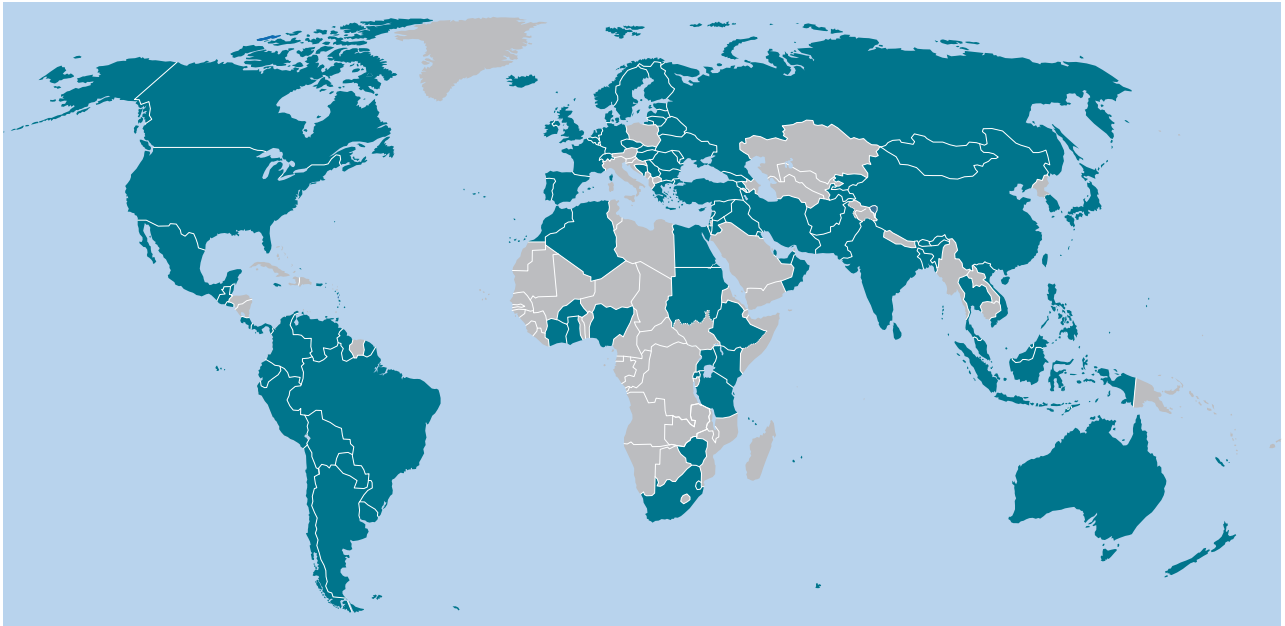
291. 自从麻管局2014年报告以来，Ion项目的新型精神活性物质全球联络中心网络已扩大至120个国家，覆盖了全世界所有区域。2015年3月和4月开展了“邮差行动”，以夹带非表列合成新型精神活性物质的邮递和快递货物作为行动的重点。全世界有41个国家参加这次行动，结果通报了涉及约70种不同新型精神活性物质的近200起个别事件。

292. 2014年12月启动了Ion项目的事件通信系统（IONICS系统），该系统是一个专门针对涉及新型精神活性物质的可疑货物、贩运、制造或生产的事件进行实时交流的安全平台。在运行还不到一年之后，2015年11月该系统的用户超过了170个，分别来自世界各地的60个国家（见下文图例）。有500多起事件在发生之后短短两天之内就得到了通报。其中大多数事件涉及合成卡西酮（例如，敏疫朗、甲氧麻黄酮、亚甲基二氧吡咯戊酮）、3-甲基甲卡西酮、合成大麻素（例如APINACA）和苯乙胺（例如2C-I-NBOMe）。²³目的地国根据IONICS系统通报的信息开展了后续调查，额外缉获大量新型精神活性物质，收缴大量现金并逮捕了经销人。

²² E/INCB/2014/1，第248-256段。

²³ 与新型精神活性物质预警咨询系统相比，各类新型精神活性物质在IONICS系统中的排列顺序有所不同，是因为这两个系统各自的用户群和目的都存在差别，两者分别侧重于独特的物质（向预警咨询系统报告的物质）和新型精神活性物质个别事件（通过IONICS系统传达的事件）。

截至 2015 年 11 月 1 日的 Ion 项目联络中心网络



本地图所示边界和名称及所用称号并不代表联合国的正式认可和承认。苏丹与南苏丹之间的最终边界尚未确定。虚线大致代表印度和巴基斯坦议定的查谟和克什米尔控制线。印巴双方尚未议定查谟和克什米尔的最终地位。阿根廷政府与大不列颠及北爱尔兰联合王国政府在福克兰群岛（马尔维纳斯群岛）主权上存在争端。

293. 自麻管局的上一次年度报告以来，还出现了其他一些重要事态发展，即麻醉药品委员会按照世界卫生组织药物依赖性专家委员会的建议，在其第五十八届会议上作出多项决定，将以下 10 种新型精神活性物质列入了国际管制的范围：AH-7921，一种合成类阿片，增列入《1961 年公约》的附表一；25B-NBOMe (2C-B-NBOMe)、25C-NBOMe (2C-C-NBOMe) 和 25I-NBOMe (2C-I-NBOMe) 增列入《1971 年公约》的附表一，*N*-苄基哌嗪 (BZP)、JWH-018、AM-2201、3,4-亚甲基二氧吡咯戊酮 (MDPV)、甲氧麻黄酮（4-甲基甲卡西酮）和敏疫朗 (*beta*-keto-MDMA) 增列入《1971 年公约》的附表二。麻醉药品委员会第 58/3 号决定自 2015 年 5 月 8 日起生效，将 AH-7921 列入《1961 年公约》，其他九项决定自 2015 年 11 月 4 日起生效，全部涉及列入《1971 年公约》附表的物质。

294. 世界卫生组织药物依赖性专家委员会在其 2015 年 11 月的第三十七次会议上，特别审查了 MT-45、乙酰芬太尼、

alpha-pyrrolidinovalerophenone (α -PVP)、4-fluoroamphetamine (4-FA)、*para*-methyl-4-methylaminorex (4,4'-DMAR)、聚甲基丙烯酸甲酯 (PMMA) 和 methoxetamine (MXE)。专家委员会的建议将转交给麻醉药品委员会，由后者在其下一届会议上决定是否将所有这些物质或其中的一些列为国际表列物质。在这方面，麻管局感谢世卫组织与毒品和犯罪问题办公室开展合作，以确定不同物质先后次序排定标准供专家委员会审查。

295. 除了国际层面的列表活动之外，各国也继续将新型精神活性物质列入国内管制的范围。印度作为经常被提及的新型精神活性物质来源国，依据 2015 年 2 月 5 日生效的 1985 年《麻醉药品和精神药物法》对甲氧麻黄酮及其盐类和制剂采取了重要的管制措施。中国已于 2014 年 1 月对若干种新型精神活性物质采取了管制措施，有 116 种物质被列入一份新的“非药用类麻醉药品和精神药品”清单，自 2015 年 10 月 1 日起生效。此外，自麻管局的上一次报告以来，Ion 项目已

收到包括阿根廷、亚美尼亚、智利、埃及、墨西哥、瑞典、土耳其和乌克兰在内的多个国家提交的关于国家管制各种新型精神活性物质的信息。向 Ion 项目的联络中心网络通报信息是为了协助开展业务合作，处理所了解到的以某个新近颁布国家立法的国家为来源国或目的地的运送受管制新型精神活性物质货物案件。

296. 新型精神活性物质也已日益成为全世界几乎所有区域的会议、大会和专题讨论会针对的对象，但切实有效的战略至今仍未出台。与此同时，新型精神活性物质继续带来更多挑战，这一市场也日益多样化，越来越多的报告提及此类物质在医院急救和死亡事件中扮演的角色，诸如注射使用新型精神活性物质等其他令人担忧的发展也日益增多。

297. 麻醉药品委员会在其第五十八届会议上通过了一项关于促进保护儿童和青年的决议，其

中特别提及通过互联网非法销售和购买特别是新型精神活性物质的问题（麻委会第 58/3 号决议）；还通过了一项关于促进应对新型精神活性物质的国际合作的决议（麻委会第 58/11 号决议）。麻管局/毒品和犯罪问题办公室 2015 年 4 月 21 日至 24 日在曼谷联合举行了一次前体化学品和新型精神活性物质问题国际会议，来自 37 个国家和 9 个国际组织的约 200 名专家在会议上通过了一份成果文件，题为“遏制表列和非表列前体和新型精神活性物质的滥用的拟议措施”。

298. 麻管局鼓励所有国家政府参照上述决议和以往的各项决议和建议，借鉴区域经验和各成员国的经验，并利用麻醉药品委员会即将召开的关于世界毒品问题的届会和大会关于世界毒品问题的特别届会，制定切实可行的解决方案，以保护个人和公众免受类别广泛的有害新型精神活性物质的负面影响。

第三章.

世界形势分析

要点

- 东非作为阿富汗海洛因过境区的地位日益凸显，这导致该次区域的类阿片药物滥用现象增多。西非已被确认是输入亚洲的苯丙胺类兴奋剂的一个来源。

- 中美洲和加勒比区域仍然是大麻的主要供应地之一，也是运往北美和欧洲的可卡因的过境路线。该区域继续受到贩毒和涉毒暴力行为的影响，有着世界上最高的杀人案案发率。

- 北美洲与毒品有关的死亡率居世界首位，吸毒过量导致的意外死亡人数不断增加，并且受到美国和加拿大因普遍滥用大麻而造成的日益严重的公共安全和健康后果的影响。

- 2014年，哥伦比亚的古柯树种植增长了44%，以往几年的下降走势发生了逆转，而多民族玻利维亚国和秘鲁的古柯树种植面积再次减少。

- 苯丙胺类兴奋剂特别是甲基苯丙胺仍然是对东亚和东南亚的最大毒品威胁。新型精神活性物质的迅速涌现始终是另一个重大关切问题。

- 在南亚，甲基苯丙胺的非法制造、贩运和滥用以及含麻醉药品和精神药物的药剂转移和滥用增多，这仍然是该区域与毒品有关的主要挑战。

- 西亚一些国家的安全与冲突局势以及由此造成的该区域内外大规模人口流动为有组织犯罪集团的毒品贩运活动和更多药物滥用大开了方便之门。

- 2014年，在西欧和中欧查明和分销的新型精神活性物质的数量在继续增加。

- 东欧和东南欧的注射吸毒率几乎是世界平均水平的五倍。

- 特别是考虑到大洋洲极易受到包括苯丙胺类兴奋剂在内的药物滥用和贩运的影响，该洲积极参与加强联合行动和改善边境管制活动。

A. 非洲

1. 主要动态

299. 非洲仍是主要的贩毒过境区之一。贩毒分子常常利用西非将可卡因和其他毒品偷运到欧洲。另外，北非仍是输入欧洲的毒品的主要来源，而东非正被越来越多地用作将阿富汗海洛因送往欧洲的贩运集散地。东非国家和某些欧洲国家报告，源自非洲的海洛因的缉获量在逐年增长，这一事实证明了后一种动态。这可能是东非滥用海洛因现象增多的一个原因。

300. 为可卡因和海洛因开辟新非法市场的贩毒分子瞄准了某些非洲国家新生的中产阶级，如贝宁，数十年来一直被用作过境国，纳米比亚原本是一个过境国，现正成为消费国。西非的贩毒活动可能对该次区域某些类型毒品，如大麻、可卡因、海洛因和苯丙胺类兴奋剂的滥用产生影响。

301. 伴随贩毒活动增加而来的不仅仅是非法使用毒品现象增多，特别是在年轻人中，而且还有有组织犯罪团伙活动的增多。在西非和中部非洲，有组织犯罪使贩毒活动和吸毒成瘾增多，使财富和权力集中在较少的装备精良的犯罪分子手中，因此持续推高着社会和经济成本。

302. 尽管西非国家经济共同体（西非经共体）已做出努力遏制西非贩毒和药物滥用的影响，但拉丁美洲和欧洲之间的贩毒活动将非洲作为过境地区的做法总体上在增多。西非非法使用麻醉品现象增多，导致与安全和治疗相关的挑战以及非法使用麻醉品的不良健康和社会后果。

303. 南非执法机关指出，来自中国和巴尔干各国的贩毒组织在南部非洲建立了强大的存在。除将毒品直接输入南部非洲外，贩毒组织用船将毒品运到马普托，再从那里用卡车将毒品运到南非。

2. 区域合作

304. 2015 年 4 月在亚的斯亚贝巴举行的非洲联盟健康、人口和药物管制专门技术委员会第一次会议讨论了关于药物管制的五年战略框架，该框架重点关注药物滥用预防和治疗标准，以及国家和区域药物观察站的建立情况。在会议期间，非洲卫生部长、人口部长和药物管制部长举行了一次会议，讨论健康与药物管制之间的关系。部长会议最后报告中所载的建议包括：*(a)* 由区域经济共同体秘书处设立一个区域药物管制联络点，以制定和实施区域药物管制战略，并为各个国家提供支助；和 *(b)* 建立药物依赖治疗和护理区域和国家高级研究中心。部长们还建议，非洲联盟成员国与世卫组织及毒品和犯罪问题办公室合作，应制定示范法，为成员国一级的立法审查提供依据，以解决新的和新出现的药物管制挑战。

305. 西非经共体 2016-2020 年行动计划确立了西非打击贩毒和跨国有组织犯罪方面的以下优先事项：*(a)* 提高国家和次区域合作查明和遏止贩毒和有组织犯罪的效力；*(b)* 建立适当、充分和有效的刑事司法制度；*(c)* 通过预防药物滥用、治疗吸毒成瘾和药物依赖者的康复，减少有效和可持续的需求；*(d)* 建立一个收集有效和可靠数据的可行系统，用以监测贩毒、有组织犯罪和药物滥用情况。

306. 来自 13 个非洲国家的官员出席了 2015 年 4 月 21 日至 23 日在巴拿马城举行的机场通信项目第四次国际年会。会议由毒品和犯罪问题办公室、海关组织和国际刑警组织合办，并得到了巴拿马国家安全委员会的支持，目的是在参加机场通信项目的国家之间建立联系，此项区域间倡议旨在促进交流打击空中毒品贩运方面的经验和良好做法，以加强其各项活动之间的协调，并促进联合机场拦截工作队之间分享信息。2015 年 5 月，联合机场拦截工作队在意、佛得角、科特迪瓦、冈比亚、加纳、马里、尼日尔、尼日利亚、塞内加尔和多哥开展行动。

307. 2015年3月30日至4月1日在塞舌尔马埃岛举行了海洋领域贩运海洛因问题的技术级会议。会议的目的是加强印度洋沿岸和岛屿国家之间的毒品管制合作。该区域间倡议得到了毒品和犯罪问题办公室海上犯罪方案的支持，来自麻醉品法执行机构的高级官员和国家检察官参加了该区域间倡议，就印度洋地区打击贩毒活动提出了建议。

3. 国家法规、政策和行动

308. 2014年，埃及、加纳和尼日利亚采取步骤，加强其国家立法和能力，以打击贩毒活动，包括贩运新的精神活性物质。

309. 2014年11月，埃及主管机关将五种合成大麻素列入附表。卫生部将以下物质增列入1960年法律所列的受管制物质清单：JWH-018、JWH-073、JWH-200、CP 47,497和CP 47,497的C8同系物。根据新的法律规定，禁止进口、出口、生产、持有、处置、购买和销售这些物质。

310. 加纳主管机关扩大了监视行动范围，包括监测各类借以销售精神活性物质的网站。加纳议会正在考虑修正《临时国防委员会法》，以加强对与甲基苯丙胺及其衍生物等合成精神药物有关的制裁，并出台立法，将内政部下属的麻醉品管制局改为毒品管制委员会，该委员会拥有检察权，对总统负责。

311. 尼日利亚政府批准了涉及2015-2019年期间的第三个全国药物管制总计划。新的总计划于2015年6月26日提出，为减少毒品导致的危害以及制止非法药物的生产、供应和贩运提供了一个框架，并为加强禁毒对策提供了一个平台。该总计划由药物管制部际委员会制定，有四大支柱：*(a)* 执法；*(b)* 减少毒品需求；*(c)* 获取和控制用于医疗和科研目的的麻醉药品和精神药物；以及*(d)* 协调落实。

312. 2015年4月，南非主管机关召集会议，除其他问题外，审查可能将大麻用于医疗目的等问题。此次圆桌讨论侧重于如何解决该国使用、滥用和依赖大麻问题。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉品

313. 非法种植、生产、贩运和使用大麻继续对非洲国家构成严峻挑战。虽然非法生产大麻树脂集中在北非少数几个国家，但整个非洲大陆都生产大麻药草。

314. 大麻药草的生产仍是尼日利亚的一个关切问题，2014年，尼日利亚缉获了158吨包装好的大麻药草。尼日利亚报告，2014年缉获并捣毁了共4,529公顷农田上非法种植的逾5,300万千克大麻，这是10年间所报告的最高数量。这一数字还表明，产量远远超过了2013年（铲除了占地总面积847公顷的大麻）的水平。

315. 2014年在拉各斯附近的国际机场共缉获94.3千克大麻，对这一缉获量进行的分析证实，尼日利亚是运往中国的大麻的一个来源国。2015年1月至7月，在同一机场分别缉获了运往中国的90.9千克和运往阿拉伯联合酋长国的64.5千克大麻。在加纳，2014年，在阿克拉科托卡国际机场缉获了运往联合王国的98千克大麻。

316. 摩洛哥仍然是世界上最大的大麻树脂生产国之一，并继续向欧洲供应大麻树脂。摩洛哥主管机关报告的大麻树脂缉获量自2012年以来大幅减少（2012年为137吨，2013年降至107吨，2014年降至约70吨），但是，北非其他各国的大麻树脂缉获量却在增多。摩洛哥主管机关作出巨大努力，以打击大麻非法种植活动。2013年，摩洛哥主管机关报告大麻种植面积为47,196公顷，比2012年减少了9.2%。

主管机关希望今后数年大麻种植总面积进一步减少，降至 34,000 公顷。据报告，在摩洛哥种植的大麻的四氢大麻酚浓度有了提高。

317. 其他北非国家继续报告缉获了大量大麻树脂。2013 年，在北非缉获的大麻树脂增长了 31%。数量增多，主要是由于据报告在阿尔及利亚和埃及缉获了大量大麻树脂。然而，2014 年，阿尔及利亚报告大麻树脂的缉获量减少了近 14%（从 2013 年的 211 吨减至 2014 年的 182 吨），埃及报告的缉获量减少了 35%（从 2013 年的 84 吨减至 2014 年的 55 吨）。据报告，在阿尔及利亚缉获的大部分大麻树脂是在该国西北部与摩洛哥接壤的某省缉获的。其他非洲国家也报告 2014 年缉获了大量该物质。例如，突尼斯主管机关截获了共计 11 吨大麻树脂货物。

318. 2014 年，埃及主管机关再度开展大麻和罂粟种植地铲除运动，总共铲除了 344.7 公顷大麻药草和 306.5 公顷罂粟。2014 年，埃及主管机关缉获了 395 吨大麻药草，而上一年缉获了 212 吨。

319. 对西非而言，贩运可卡因仍是一大关切。来自南美的可卡因从西非特定国家过境，继而运往欧洲。此类贩运采用的运输方式之一是商用飞机，这种动态可能与巴西和西非之间的商业航班架次增加有关。尼日利亚国家禁毒执法机构提供的关于拉各斯附近国际机场截获的毒品数据表明，2014 年在该机场共缉获约 120 千克可卡因。

320. 2014 年，多哥主管机关缉获了约 268 千克可卡因。自 2013 年 12 月洛美国际机场直飞巴西的航班开通以来，在该机场缴获的可卡因数量有了增加，2014 年达 221 千克。2014 年，在洛美国际机场从来自巴西的航班上缉获了 32 批可卡因货物；在这些货物中，25% 运往尼日利亚，22% 运往贝宁，16% 运往多哥，13% 运往几内亚比绍。摩洛哥还发现，出现了利用从巴西出发的商业航班贩运可卡因的情况。2014 年，在摩洛哥缉获了 570 千克可卡因。

321. 佛得角继续被有组织犯罪团伙用作贩运可卡因的枢纽。佛得角主管机关报告，2014 年 11 月，缉获了 521 千克可卡因，据报告，2015 年 1 月，西班牙海军在佛得角以西 129 公里的大西洋上截获了载有 1,500 千克可卡因的货物。

322. 东非各国继续报告缉获到了可卡因，但数量少于往年。该次区域各国报告 2010 至 2012 年缉获了大量可卡因；2014 年报告的缉获量较少。这可能表明，所使用的隐匿方式发生了转变，从批次少但可卡因数量大转变为货物包装小且货物数量少，以逃避执法机关的侦查。2014 年，肯尼亚主管机关缉获了 11 千克可卡因，其中 30% 是通过飞机运抵的。由于可卡因价格高，估计为每千克 35,000 美元至 36,000 美元，报告说大部分可卡因的目的地是欧洲和其他国家的非法市场，只有一小部分被留下供应当地消费。

323. 一些非洲国家，尤其是东非国家，近年来报告海洛因缉获量在持续增加，表明非洲作为运往欧洲和其他区域的阿富汗海洛因过境区的地位日益重要。2014 年，肯尼亚主管机关报告缉获了 387 千克海洛因、3,200 升水溶海洛因以及 2,400 升（柴油）油溶海洛因；在缉获的 387 千克海洛因中，377 千克是在蒙巴萨港的一艘船上缉获的。

324. 肯尼亚主管机关报告，海洛因由停泊在公海上的大型船舶运到该国，然后卸到小船上，包括帆船、渔船和快艇。主要目的地国家有意大利、荷兰、联合王国和美国。由于肯尼亚是贩运海洛因的过境地，海洛因已成为该国最常滥用的药物之一，仅次于大麻。据报告，肯尼亚境内大多数涉及滥用海洛因的案件都发生在蒙巴萨。

325. 缉获数据表明，将海洛因偷运到坦桑尼亚联合共和国以及经由该国的海洛因偷运活动也有所增加。在坦桑尼亚主管机关缉获的所有药物中，缉获量最大的是：大麻、卡塔叶（阿拉伯茶）和海洛因（按数量由大到小排列）。2014 年的头八个月，坦桑尼亚主管机关截获了载有逾 321 千克海洛因的货物，超过了以往任何一年。查获的海

洛因源于阿富汗、印度、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦，目的地为中国、日本、南非、土耳其和美国以及欧洲国家。

326. 埃及主管机关报告海洛因缉获量大增，从2013年的260千克增至2014年的613千克。阿尔及利亚和摩洛哥主管机关也报告缉获了海洛因，不过缉获量较小，2014年缉获总量不足10千克。

(b) 精神药物

327. 南非警察署报告，生产甲基苯丙胺（当地人称为“蟬”）等合成药物的秘密毒品加工点的数量有了增加，这些加工点主要面向南非的非法市场。

328. 西非似乎已成为经由南非或欧洲将甲基苯丙胺偷运到东亚和东南亚的一个固定来源。根据毒品和犯罪问题办公室提供的资料，去年在西非缉获了大量苯丙胺类兴奋剂，这可能表明非法制造和贩运苯丙胺类兴奋剂，特别是甲基苯丙胺的活动增多。2011年至2015年7月，在尼日利亚共捣毁了10个甲基苯丙胺秘密加工点。

329. 2015年5月，尼日利亚主管机关在阿南布拉州捣毁了两个用于非法制造甲基苯丙胺的设施。2015年1月至7月，尼日利亚主管机关在拉格斯附近的国际机场四次缉获甲基苯丙胺，共缉获约92千克甲基苯丙胺。其中三次的缉获量极少，但第四次的缉获量值得注意——约91千克。此外，尼日利亚主管机关还报告，查到2.6千克液体甲基苯丙胺和250克甲基苯丙胺晶体以及用于非法制造甲基苯丙胺的一些实验设备。

330. 塞内加尔主管机关报告缉获了大量苯丙胺类兴奋剂，其中包括2015年1月在马里边境附近的基迪拉缉获的30千克甲基苯丙胺，之后于2015年2月在Koumpetoum又缉获了82千克甲基苯丙胺。在这两起案件中，毒品源于马里，从巴马科偷运出来。

331. 2014年，苯丙胺类兴奋剂通过东非走私到亚洲国家非法市场的活动仍在继续。肯尼亚报告了利用麻黄碱和伪麻黄碱以及被合法进口到该国然后被转移的前体非法制造甲基苯丙胺晶体的情况。甲基苯丙胺之后主要被偷运到亚洲国家和南非，该药物的最大非法市场是日本、马来西亚、大韩民国和泰国。肯尼亚滥用甲基苯丙胺的现象也在增多。

332. 西非直到近年来才在合成药物市场上发挥重要作用。这一变化是苯丙胺类兴奋剂全球非法需求总体增长的一部分，其背后的原因可能是对其前体合法进口的管制不力以及该次区域的社会经济状况所致。

(c) 前体

333. 非洲国家仍然易受贩运前体化学品的影响，尤其是作为目的地国和（或）过境国。涉及的主要前体化学品为麻黄碱和伪麻黄碱，这些物质被用来非法制造苯丙胺类兴奋剂。根据前体事件通信系统提供的资料，以下非洲国家已被确定为曾涉及2014年11月至2015年11月期间报告的事件：刚果民主共和国、埃塞俄比亚、马拉维、莫桑比克、尼日利亚、塞舌尔、南非和津巴布韦。然而，通过前体事件通信系统报告的缉获涉及的麻黄碱（共500多千克）和伪麻黄碱（大约共70千克）数量较少。

334. 关于《1988年公约》表一和表二列表物质的缉获量和国际上未列表物质的缉获量的数据仍然有限。各国政府每年向麻管局提供的关于转移和非法制造方法、拦截货运以及涉及这些药物的盗窃方面的信息也不充足。截至2015年11月1日，16个非洲国家²⁴的政府向麻管局提供了2014年的表D。在这16个国家中只有4个国家（纳米比亚、塞内加尔、赞比亚和津巴布韦）报告缉

²⁴阿尔及利亚、贝宁、科特迪瓦、刚果民主共和国、埃及、加纳、摩洛哥、莫桑比克、纳米比亚、塞内加尔、苏丹、突尼斯、乌干达、坦桑尼亚联合共和国、赞比亚、津巴布韦。

获了不多的麻黄碱（散装形式和药剂形式）、麦角新碱、异黄樟脑和高锰酸钾。缉获的大多数（82 千克）麻黄碱是塞内加尔报告的。

335. 麻管局在其 2014 年报告²⁵中指出,到 2014 年 11 月 1 日,只有少数几个非洲国家的政府援引了《1988 年公约》第 12 条第 10 款 (a) 项,这项条款要求它们掌握《公约》表一所列物质在从出口国离境前的运送情况。自 2015 年 5 月开始,苏丹政府要求表一和表二所列所有物质的进口均有出口前通知。

336. 2015 年 5 月,尼日利亚主管机关在尼日利亚东南部捣毁了至少三个秘密加工点,在那里发现了甲苯这一《1988 年公约》表二物质,该物质通常被用作溶剂。有迹象表明,这种前体是在合法进口后,通过国内经销渠道在当地获得的。

337. 2015 年 2 月,拉各斯附近的国际机场缉获了 133 千克麻黄碱。该批货物作为运货发送,目的地是莫桑比克和南非。

338. 非洲出现了另一种挑战:网上销售受管制药物(通过互联网在网上营销)。网上贩运数量增多,使得执法机关难以确定网站所有者和参与贩运前体化学品的使用者。

339. 关于该区域内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管制情况综合性述评,可参阅麻管局 2015 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

340. 一些非洲国家继续对氯胺酮和曲马多这些不受国际管制药物的滥用问题提出关切。尼日利亚将氯胺酮作为麻醉剂广泛用于人和兽医手术,2010 年,将曲马多和氯胺酮列为受国家管制物质。

341. 曲马多是一种不受国际管制的合成类阿片药物,滥用和贩运曲马多继续对非洲的许多国家,特别是对北非和西非国家构成挑战。2014 年,贝宁科托努和加纳特马联合港口管制组缉获了逾 43,578 千克曲马多。2015 年 2 月,科托努联合港口管制组缉获了 13,612 千克曲马多,来源国是印度,目的地国是尼日尔。在埃及缉获的曲马多数量大幅减少,从 2012 年的 4.35 亿片减至 2014 年的 1.57 亿片。埃及主管机关认为,数量减少可能是由于 2013 年已将曲马多置于国家管制之下。

342. 有关非洲大陆新的精神药物出现情况、滥用程度和缉获情况的信息仍然有限。然而,根据向麻管局提供的信息,2015 年有新的精神药物的事件涉及以下非洲国家,特别是作为原产国或过境国:埃塞俄比亚、肯尼亚、南非和坦桑尼亚联合共和国。大多数事件涉及卡塔叶;所涉数量在六千克至 166 千克之间。在本报告所述期间报告的其他缉获情况包括 27 千克敏疫朗,这是被麻醉药品委员会 2015 年第五十八届会议列入《1971 年公约》附表二的一种合成卡西酮。

5. 滥用与治疗

343. 虽然滥用药物的预防和治疗是国际药物管制条约规定的主要内容,据估计,在非洲,18 名患有药物滥用疾患和药物依赖的人中,每年仅一人接受治疗,大部分吸毒者可能并没有依赖性,但或许仍需要干预。

344. 注射毒品的问题吸毒者中有近一半采用不安全的注射方式,这导致艾滋病发生率上升。例如,在南部非洲,有证据表明,高风险的注射行为,如反复使用和共用针头和注射器以及注射器具的无效清洗,导致艾滋病毒在注射毒品者中传播。这种情况还发生在撒哈拉以南国家,如肯尼亚、塞内加尔、乌干达和坦桑尼亚联合共和国,那里的注射毒品者经常使用未经消毒的注射器具。

²⁵ E/INCB/2014/1, 第 295 段。

345. 尽管缺乏有关非洲药物滥用情况的数据，但据估计，该区域使用大麻的年度流行率依然很高（15-64岁人口的流行率为7.5%），几乎是全球平均水平（3.9%）的两倍，西非和中部非洲的流行率尤其高（12.4%）。据报告，大麻在非洲是造成人们接受药物滥用治疗的主要物质。

346. 根据治疗需求方面的信息，海洛因仍是非洲第二大最常滥用的药物（仅次于大麻）。该区域15-64岁人口滥用类阿片药物的年度流行率估计为0.3%（或约188万人）。

347. 非洲使用可卡因的年度流行率估计为0.4%，该比例与全球估值数值相似。

348. 在西非，可卡因、海洛因和苯丙胺类兴奋剂日益普及，这可能导致药物滥用和依赖加剧。导致这种现象增多的原因是，在科特迪瓦、几内亚和尼日利亚出现了合成药物的非法生产和营销窝点。

349. 塞内加尔政府于2014年12月在达喀尔为吸毒成瘾者建立了综合治疗中心，从而增加了药物依赖循证治疗和护理服务的供应和可得性。该中心设在达喀尔大学医院，还提供美沙酮维持治疗方案、药物依赖治疗服务、宣传方案和吸毒者感染艾滋病毒和肝炎的治疗方案。

350. 佛得角正为吸毒者试行“一站式”服务，该中心在首都普拉亚市的脆弱社区提供多种药物滥用治疗服务，促进采取基于社区的治疗办法。

351. 在肯尼亚，2014年12月在内罗毕开设了类阿片药物替代治疗机构（当地称为医学辅助治疗诊所），此后，于2015年2月在马林迪开设了第二家机构，并于2015年9月在蒙巴萨开设了另外两家机构。2015年8月18日推出了国家医学辅助治疗方案，向注射毒品者提供服务。2014年，肯尼亚大约有18,327名注射毒品者，其中约有18%艾滋病毒抗体呈阳性，该比例大大高于一般人口的艾滋病毒感染率（5.6%）。

352. 非洲的若干国家，即布隆迪、科摩罗、厄立特里亚、马达加斯加和坦桑尼亚联合共和国已改进了治疗药物依赖的国家制度，这主要得益于技能发展和能力建设举措。毒品和犯罪问题办公室指出，肯尼亚和坦桑尼亚联合共和国增强了防止注射毒品者感染艾滋病和肝炎的能力。毛里求斯和塞舌尔已在该领域获得技术支持。

353. 在南非，豪登省政府于2015年5月在索韦托开设了一家药物滥用治疗中心，向酗酒者和药物依赖者提供免费援助。

B. 美洲

中美洲和加勒比

1. 主要动态

354. 中美洲和加勒比区域仍然被用作从南美洲向北美洲和欧洲运送麻醉品货物的主要转运区。加勒比各国作为可卡因货物运往欧洲的二次分运点开始发挥着越来越大的作用。²⁶ 尽管为改革执法和司法系统做出了努力，但有罪不罚、腐败和机构薄弱等问题破坏了该区域的禁毒工作和法治。贩毒活动通常是在活动于边境地区的地方帮派（*maras*）的保护下进行的，这在萨尔瓦多、危地马拉和洪都拉斯尤为突出。

355. 有迹象表明，毒品卡特尔和在该区域开展行动的犯罪组织已经建立了联系。执法机关报告称，贩运模式发生了重大变化，贩毒分子在最后一分钟取消已确认的航班，只是为了之后立即预定同一航班，企图躲避筛查旅客名单过程中的侦查。²⁷

356. 贩毒已成为该次区域严重的安全威胁，并正在导致该次区域的吸毒情况增多。在犯罪集团

²⁶《2015年世界毒品问题报告》。

²⁷同上。

争夺地方麻醉品销售控制权的地区，与有组织犯罪有联系的杀人案数量增多。犯罪行为增加可能与试图争夺当地市场的控制权和毒品供应增多有关，这反过来可能是因为贩毒分子得到的报酬往往是毒品而非现金。

357. 毒品问题也导致了与毒品有关的腐败，使中美洲和加勒比的刑事司法系统日趋弱化。腐败，包括警察和其他执法人员中的腐败，干扰了该区域各国政府促进发展的能力，阻碍了服务的提供并扭曲了公共开支。中美洲的毒品资金和安全部门中的腐败现象已经根深蒂固，为其他形式的有组织犯罪，包括贩运枪支铺平了道路。中美洲和加勒比的执法能力有限、腐败和管理不力为使用走私通道和开展贩毒活动提供了便利。麻管局鼓励中美洲和加勒比国家政府考虑制定打击毒品问题的区域战略，在预防犯罪和刑事司法改革领域采取协调一致的行动，同时对减少贩毒和控制枪支采取区域性办法。

358. 2015 年 2 月，牙买加立法机构通过了《危险药物法》修正案，大意是：持有两盎司左右（56.6 克）大麻不再构成刑事罪，且不再会导致犯罪记录。还授权拉斯塔法利社区成员在举行宗教活动时可将大麻用于个人消费。该修正案于 2015 年 4 月 1 日生效。

359. 麻管局继续密切跟踪该区域的禁毒政策发展动态，如哥斯达黎加、危地马拉和牙买加等国通过了关于受国际管制药物的法律框架的修正案。麻管局强调，各国政府在考虑对本国药物管制法规和政策进行可能的修改时，均应采取步骤确保这些修改与其在各项国际药物管制公约下承担的义务相一致。

2. 区域合作

360. 2014 年 10 月 29 日至 31 日在西班牙港举行了关于研究在制定防止药物滥用领域有效政策的作用的区域研讨会。此次研讨会由美洲药物滥

用管制委员会通过其美洲毒品问题观察站以及特立尼达和多巴哥政府组织，美洲国家组织的 30 个加勒比成员国的代表参加了研讨会。与会者强调，需要加强国家机构及其收集、分析和报告毒品相关信息的能力，以便为参与国的毒品相关政策提供指导。

361. 2015 年 2 月 12 日，欧洲联盟与拉丁美洲和加勒比之间毒品问题合作与协调机制的第十七次高级别会议通过了《蒙得维的亚宣言》。在该宣言中，各国致力于在减少供求领域继续为该区域的项目提供支助，并强调需要采用综合性、多学科、跨部门的平衡办法来解决世界毒品问题。

362. 第七次美洲首脑会议于 2015 年 4 月 10 日和 11 日在巴拿马城举行。与会者强调，美洲需要采取全面而有效的战略来应对世界毒品问题。在其最后的“行动任务”文件中，首脑会议决定继续开展对话，为将于 2016 年举行的关于世界毒品问题的大会特别会议做准备。

363. 2015 年 5 月 19 日在圣何塞举办了关于通过互联网贩运毒品的讲习班。此次讲习班由美洲药物滥用管制委员会和哥斯达黎加药物研究所组织。此次讲习班的目的是，建立各种机制，以控制和防止通过互联网转移和滥用药剂。

364. 拉丁美洲和加勒比国家麻醉品法执行机构负责官员第二十五次会议于 2015 年 10 月 5 日至 9 日在洪都拉斯圣佩德罗苏拉举行。讨论的主要问题包括：(a) 预防、调查和起诉微量贩运及其与跨国犯罪网络的关系；(b) 边境管理；(c) 应对可卡因贩运当前趋势的方法；(d) 制止获取前体化学品的供应。

3. 国家法规、政策和行动

365. 2015 年 2 月，牙买加立法机构通过了《危险药物法》修正案，其大意是：持有两盎司或两盎司以下（56.6 克）大麻不再构成刑事犯罪，且

不再会导致犯罪记录。持有危险药物供个人使用将被视为行政罪行，类似于违反交规，有 30 天的期限缴纳行政罚款。该修正案还允许每个住户种植最多五株大麻药草。该修正案规定建立一个大麻许可证发放机关，负责监测用于科学和医学目的的大麻的分配情况。它还授权拉斯塔法利社区成员在举行宗教活动时可将大麻用于个人消费。该修正案于 2015 年 4 月 1 日生效。

366. 2015 年 6 月，哥斯达黎加卫生部发布了一份专家意见，其中包括一项关于促进大麻用于医疗和工业目的的尚待通过的法案的实施细节。在卫生部具体列明的条件中，规定医用大麻只能作为最后的治疗手段，而为娱乐目的使用大麻仍然是非法的。医用大麻可以通过传统药店经销，完全是处方药。该法案自 2014 年底以来一直在等待通过，其中建议将用于医疗和工业用途的大麻种植、加工和销售合法化。尚待通过的法案预计将于 2015 年底在议会上辩论。

367. 在危地马拉，国家药物政策改革委员会于 2014 年建立。该委员会旨在对有关药物的现行政策进行全面审查，并提出改革建议。它还力求引导政府通过全球范围的广泛和知情对话对药物政策进行改革。

4. 种植、生产、制造和贩运

368. 在中美洲和加勒比，贫穷、社会不公和青年缺乏经济机会等情形导致贩毒现象增多。中美洲国家的移徙情况是最复杂的情况之一，每年有成千上万的移徙者抵达、过境和离开这里。牙买加的海岸便于抵离，越来越多地被各种犯罪网络利用，他们利用牙买加作为走私毒品、枪支、弹药和移徙者的过境国和目的地国。

369. 除了利用经由海地和多米尼加共和国的更多既定海上航线外，可卡因继续从哥伦比亚与委内瑞拉玻利瓦尔共和国的边境地区贩运到中美洲和加勒比的简易机场。在海上贩运方面，洪都拉

斯的偏远沿海地区和尼加拉瓜北部地区也被利用。货物一旦在这些地方卸载，即通过空运进一步往北运送。²⁸ 在尼加拉瓜，大多数可卡因是在沿大西洋海岸的偏远、人口稀少和偏僻的地区缉获的。

370. 海上贩毒活动仍是中美洲和加勒比的一个主要问题。此外，由南美洲偏远地区秘密简易机场起降的轻型飞机越来越多地被用于运送可卡因。贩毒分子在空运非法货物时越来越多地使用偷盗或伪造的飞机登记号码。麻管局鼓励各国政府更加密切地监督轻型飞机的销售和活动情况，加强航空区安全，并加强对私人拥有的降落场的控制。

(a) 麻醉药品

371. 中美洲和加勒比大多数国家生产了大量的大麻药草。牙买加仍然是加勒比最大的大麻生产国，当地主管机关估计大麻药草种植总面积约为 15,000 公顷。牙买加法律规定只能人工除草。2014 年大麻铲除量增加，销毁了 588 公顷大麻，而 2013 年为 247 公顷。在多米尼加共和国，种植的大麻主要用于当地消费，缉获量集中在毗邻海地的西北部和西南部省份。2014 年，多米尼加共和国报告缉获了逾一吨大麻。

372. 在东加勒比国家（安提瓜和巴布达、巴巴多斯、多米尼克、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚、圣文森特和格林纳丁斯），南美毒品卡特尔利用许多无人居住的岛屿进行贩运和临时存储可卡因货物，然后再贩运到北美和欧洲。大麻药草目前在多米尼克、格林纳达、圣文森特和格林纳丁斯的山区种植。巴巴多斯的执法机关报告，原产于特立尼达和多巴哥的大麻和可卡因货物增多。安提瓜和巴布达报告，从牙买加经圣马丁流入的大麻和可卡因数量增多。

²⁸ 联合国毒品和犯罪问题办公室，《中美洲和加勒比的跨国有组织犯罪：威胁评估》（2012 年 9 月，维也纳）。

373. 根据官方统计，加勒比地区的毒品缉获总量 2014 年约为 1.7 吨可卡因和逾 376 吨大麻。这些缉获量导致 277 次与毒品有关的逮捕行动、234 起与毒品有关的起诉，该年定罪 218 起。

374. 圣文森特和格林纳丁斯仍然是加勒比地区的一个重要的大麻来源。该区域另一个重要的大麻来源是哥斯达黎加，哥斯达黎加是该区域铲除大麻药草和缉获大麻方面的佼佼者。在哥斯达黎加，当地种植的大麻主要供国内使用；只有一小部分出口。在哥斯达黎加还经常缉获来自哥伦比亚和牙买加的大麻；其中大部分打算供应国内市场。

375. 牙买加不生产可卡因和合成药物。药物是由船只、空运、快递员，并在有限程度上通过私人飞机，从牙买加和经过牙买加贩运的。助长贩毒的因素包括国家的战略地理位置、其漫长且基本上未受保护的海岸线和大量游客前往该国以及相应的航空交通。从牙买加和通过牙买加贩运的大麻和可卡因主要运往比利时、加拿大、德国、荷兰、联合王国、美国以及其他加勒比国家的市场。报告指出，除了源自中美洲和运往美国的大麻外，牙买加正在成为可卡因的中转站。

376. 毒品和犯罪问题办公室指出，2013 年中美洲的可卡因贩运模式与往年相同。哥斯达黎加报告，贩运模式发生了重大变化：从主要作为过境国变为一个二级分配点和继续贩运可卡因的临时存储国。

377. 2013 年，中美洲和加勒比是世界上唯一一个可卡因缉获量增加的区域，增至 162 吨，而 2012 年为 78 吨。2013 年可卡因缉获量最大的国家是巴拿马（41 吨）和哥斯达黎加（20 吨）。然而，这一缉获量明显低于 2014 年哥斯达黎加缴获的 26 吨可卡因。2013 年，特立尼达和多巴哥报告称，共缉获 2.3 吨可卡因。²⁹2014 年，多米尼加共和国主管机关缉获了逾 5 吨可卡因，少于 2013 年约 8 吨的缉获量，造成数量减少的部分原因是贩

运组织受到破坏。圣文森特和格林纳丁斯的缉毒队报告可卡因转运数量激增，而主管机关表示，同前几年相比，进出瓜德罗普岛附近的贩毒量成倍增长。

378. 巴拿马报告称，2014 年，缴获了逾 35 吨可卡因。巴拿马的一些地方贩毒组织继续为偷运可卡因到巴拿马以便进一步往北销往中美洲的国际贩毒组织提供后勤支持。以巴拿马的加勒比海沿岸为基地的这些组织协调接受哥伦比亚几个组织的“快”船。这些船只一旦抵达巴拿马，便获得补给，非法药物便存放在海岸线沿线的偏远地方，从那里再被运往更远的北方。

(b) 精神药物

379. 报告表明，正在中美洲设立越来越多的甲基苯丙胺加工点。在过去的几年里，伯利兹、牙买加、危地马拉、洪都拉斯和尼加拉瓜捣毁过用于制造苯丙胺类兴奋剂的秘密加工点。

380. 麻管局注意到，关于该区域多数国家内制造和贩运精神药物以及关于滥用此类药物的性质和范围，报告的数据极少。麻管局再次促请各国政府进一步采取措施，加强数据收集和开展国家评估的能力，以便确定该区域精神药物供应所造成问题的真实程度和性质。

(c) 前体

381. 据报道，在中美洲次区域，未受国际管制但涉嫌被用于非法制造毒品的化学品的进口也有所增加。在该次区域许多国家通过关于此类化学品的使用的立法后，所报告的转移化学品的图谋数量有所减少。

382. 中美洲和加勒比国家正在采取更多措施解决前体被日益转用于非法制造毒品的问题；有些国家，如安提瓜和巴布达、巴巴多斯、哥斯达黎

²⁹《2015 年世界毒品问题报告》。

加和格林纳达建立了受管制化学品的使用和销售监管机制。但在整个区域，由于基础设施薄弱和各国政府分配的资金不足，对前体流动的监测和监管较差。麻管局鼓励中美洲和加勒比国家政府通过和加强立法，并建立区域合作机制来预防前体贩运和转移。

383. 关于该区域内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管制情况综合性述评，可参阅麻管局2015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

384. 中美洲和加勒比各国，尤其是哥斯达黎加，继续报告了新型精神活性物质的出现。毒品和犯罪问题办公室的预警咨询提到，哥斯达黎加2015年继续报告了苯乙胺和哌嗪类物质和其他物质。由于现在并不充分了解或知道这些物质对人体的影响，使用这些物质可能造成严重的健康后果。而且，贩运这些物质对监管和执法部门也造成了更多的挑战。

5. 滥用情况与治疗

385. 该区域滥用大麻的模式和趋势基本保持不变。中美洲和加勒比区域滥用可卡因的流行率仍然高于全球平均水平，³⁰这两个次区域的年度流行率估计为0.6%。关于中美洲的类阿片药物使用情况，毒品和犯罪问题办公室估计其年度流行率为0.2%，低于全球平均水平。

386. 根据《2015年美洲毒品使用情况报告》³¹，中美洲中学生滥用大麻的年度流行率最高的是伯利兹，为15.8%，最低的是洪都拉斯，略超过

1%。在加勒比，圣卢西亚报告的年度流行率最高，超过15%。据报告，安提瓜和巴布达、巴巴多斯、多米尼克、多米尼加共和国、萨尔瓦多、圭亚那、海地、洪都拉斯、巴拿马、圣基茨和尼维斯、圣文森特和格林纳丁斯的流行率都不足5%。

387. 根据《2015年美洲毒品使用情况报告》，加勒比区域中学生滥用可卡因的年度流行率介于0.5%至2%略强之间。六个国家（安提瓜和巴布达、格林纳达、海地、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚以及特立尼达和多巴哥）报告的流行率为约1.5%，中美洲有三个国家（伯利兹、萨尔瓦多和巴拿马）的流行率为约1%。据报告，该区域对戒毒治疗的所有需求约50%与滥用可卡因有关，而可卡因也是造成毒品引起或与毒品有关死亡的主要物质。

388. 在所有国家，在中学生吸食可卡因方面，不论报告的流行率如何，男学生的吸食率较高。圣文森特和格林纳丁斯除外，该国男性的流行率估计为0.58%，而女性为0.69%。加勒比区域可卡因吸食率最高的是格林纳达，其男女的吸食比例为32比1，其次是圣卢西亚，为7比1，而海地和牙买加为约3比1。在洪都拉斯和哥斯达黎加，男生吸食可卡因的比率分别比女学生高三倍和四倍。³²

389. 在加勒比，吸食“快克”可卡因流行率最高的是安提瓜和巴布达、巴巴多斯、格林纳达、海地、圣基茨和尼维斯及圣卢西亚，为1.5%至2.2%。圭亚那、牙买加、巴拿马以及特立尼达和多巴哥报告流行率为约1%。中美洲流行率（0.5%）最低的是哥斯达黎加和洪都拉斯。在加勒比，流行率最低的是多米尼加共和国。

390. 麻管局关切地注意到，中美洲和加勒比国家的MDMA（“摇头丸”）滥用现象在增加，尤其是在安提瓜和巴布达以及伯利兹。牙买加的“摇头丸”类物质滥用现象也在增加，尤其是在内格里尔和蒙特哥湾旅游区。该区域发现的

³⁰《2015年世界毒品问题报告》。

³¹美洲国家组织美洲药物滥用管制委员会，《2015年美洲毒品使用情况报告》。

³²《2015年世界毒品问题报告》。

“摇头丸”仍然是从欧洲国家——最近是从加拿大——走私而来的。³³

391. 在加勒比，中学生使用“摇头丸”现象仍然居高不下，据报告，安提瓜和巴布达的年度流行率最高(3.7%)。在中美洲，流行率最高的国家是伯利兹，为2.4%。在中美洲，在普通人终生使用“摇头丸”方面，伯利兹报告的流行率最高(0.5%)。³⁴

392. 在加勒比，滥用鼻吸剂现象尤为普遍。在已提供这些药物滥用信息的12个加勒比国家中，除多米尼加共和国外，8个国家的流行率超过5.9%，高于西半球所有其他国家。在中美洲，使用鼻吸剂流行率最高的国家（伯利兹，为5.5%）与使用流行率最低的国家（洪都拉斯，为0.6%）存在巨大差异。³⁵

393. 能否制定出并成功实施中美洲和加勒比预防和治疗药物滥用方案，主要受到该区域国家的资源和体制能力有限所制约。麻管局承认，在设计有效的预防和治疗方案方面存在的一个中心问题是，整个中美洲和加勒比缺乏收集毒品相关数据的能力和缺乏受权评估此类信息的中央机构。此外，各国政府必须平衡兼顾相竞的发展优先事项和采取药物滥用预防和治疗措施的必要性。麻管局重申，该区域各国政府必须采取实际步骤改进用于收集和分析毒品相关数据的框架，以便用于执行提供给该区域所有人口的相关预防和治疗方案。

北美洲

1. 主要动态

394. 类阿片药物滥用仍是北美洲（加拿大、墨西哥和美国）面临的主要挑战之一，2013年的

区域年度流行率为3.8%，明显高于0.7%的全球平均值。然而，滥用和贩运方式继续发生变化，要求该区域的各国政府相应调整各自的药物管制政策。

395. 滥处方药仍然是该区域药物管制工作面临的巨大挑战。美国的联邦主管部门报告称，涉及受管制处方药的死亡人数超过涉及海洛因和可卡因的死亡人数总和。北美洲处方药非法贸易的利润丰厚，导致越来越多的有组织跨国犯罪集团参与走私，而以前此领域一直由小规模经销商和街头黑帮控制。

396. 滥处方药继续给该区域造成巨大的人力和经济损失，是意外死亡的主因之一，并且该区域的各国政府每年为此花费数十亿美元。美国吸毒过量死亡人数（主要涉及滥处方药）仍然高于机动车事故导致的死亡人数，构成该国“伤害死亡”的首要原因。美国缉毒署估计，单是处方药的非医疗性使用造成的费用每年总计超过530亿美元。

397. 该区域许多管辖区对处方和配药的管制更加严格，包括制定处方药监测方案，加强对药房的管制以及加强执法机构间的合作，这也在一定程度上刺激了处方药非法市场的发展。然而，该制度仍然存在显著差距，部分原因在于实行的是州级管制制度，而不是国家一级的管制制度。

398. 对类阿片处方药物供应的更严格管制也扭转了海洛因多年下降的流行率，使其持续卷土重来，成为北美洲的主要滥用药物。美国海洛因滥用情况的增加特别明显，已经影响到城市中心，并且日益影响历史上从未出现大规模药物滥用问题的农村地区。美国执法官员报告称，墨西哥贩毒集团利用已有的其他毒品的分销渠道，提高了其在美国非法海洛因市场中的份额。因过量吸入含有芬太尼的海洛因而死亡的发生率有所增加。

³³《2014年世界毒品问题报告》。

³⁴《2015年美洲毒品使用情况报告》，第六章。

³⁵同上，第四章。

399. 大麻仍然是该区域最常被滥用的毒品，部分原因是它的可得性高。这三个国家均非法种植大麻，在国内被滥用，并在较小的程度上贩运于国家之间。在美国，大麻的供应量之所以很大，是因为该国的非法生产范围广泛、从墨西哥进行的大规模走私以及允许生产非医用大麻和医用大麻的美国各州的大规模生产和转移。有些州的主管部门抱怨称，出于走私目的，从非医用大麻已经合法化的邻州流出的大麻已对其管区产生外溢效应。美国主管部门还报告称，在2004年至2011年间，与大麻有关的急症就诊人次上升了62%。2011年，在与非法药物有关的急症就诊人次中，与大麻有关的就诊人数仅次于与可卡因有关的就诊人数。

400. 在墨西哥，贩毒集团依然是犯罪活动（包括谋杀、绑架和腐败）的主要来源，对全国许多地方的公共秩序和安全持续构成威胁。此外，有迹象表明，以美国非法市场为目的地的甲基苯丙胺非法制造有所增加。2008年起，墨西哥发现的甲基苯丙胺非法生产点的数量显著增加，2009年以来，美国边境的甲基苯丙胺缉获量增长了三倍。

2. 区域合作

401. 该地区三国之间的区域合作广泛，并且通常被视为有效。合作包括高级别政治峰会、联合行动计划、情报共享、联合执法活动和边境管制举措。

3. 国家立法、政策和行动

402. 2014年年底，美国司法部向所有美国检察官发送了“关于印第安领地大麻问题的政策声明”。该文件旨在为美国检察官在部落领地就大麻相关事项执行《药物管制法》提供额外指导。该文件重申了司法部在其2013年致美

国检察官的备忘录³⁶中设定的八项优先执行事项，并确定了可将其适用于保留地和部落领地（其中许多地块跨越了州界和联邦区）。

403. 2014年12月，与科罗拉多州接壤的俄克拉荷马州和内布拉斯加州向美国最高法院对科罗拉多州提起诉讼，敦促法院禁止建立大麻行业监管制度。俄克拉荷马州和内布拉斯加州称，由于联邦政府根据《药物管制法》禁止大麻，各州不能违背该禁令行事，即不能建立大麻合法化的监管框架。诉讼认为，科罗拉多州为监管合法大麻行业所作的官方努力导致该州违反了联邦和国际药物法律。此外，上述两州称，科罗拉多州有关休闲大麻的官方规章给周边各州造成了麻烦的负担，因为这导致了毒品贩运活动的增加。最高法院尚未裁定是否受理此案。

404. 麻管局重申认为，美国一些州为了将非医药和非科研用途的大麻生产、出售和分销合法化而采取的措施不符合国际药物管制条约的规定。麻管局愿再次提请注意，经修正的《1961年公约》规定，《公约》缔约国应当采取可能必要的立法和行政措施，“使麻醉品的生产、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”。受管制药物的使用仅限于医药和科研用途，这是一项基本原则，是国际药物管制法律框架的核心，不得减损。《公约》所有缔约方，无论是联邦制还是集权制国家，都有在各自领土范围内落实和执行公约条款的法定义务。

405. 美国政府2015年2月宣布，在总统提交国会的2016年预算报告中，申请用于“健康应对非法药物使用”的公共资金创下历史新高，共计超过250亿美元。其中，120亿美元的联邦资金将专用于资助减少需求的举措，较2015年的总统预算报告增加了7.6亿多美元。在2016年供资中，有1.33亿美元专用于

³⁶ 见 E/INCB/2014/1，第141段。

加强为减少滥用类阿片药物所作的努力。受资助的举措包括预防措施，诸如加强和提高各州处方药监测方案的互通适用性，扩大处方药处理机制。将向疾病控制与预防中心提供额外经费，以研究遏制海洛因过量死亡的措施以及向第一反应者提供纳洛酮（用来迅速抵消类阿片药物过量的后果）并对其开展使用培训。专项资金的一部分还将用于通过司法部联邦监狱局向所有符合条件的联邦监狱囚犯提供药物滥用治疗。

406. 加拿大卫生部 2015 年 7 月宣布，正在审查纳洛酮的处方要求。该举措正值类阿片药物过量情况在该国持续增加。作为便利获得该药物的第一步，联邦政府正在与各省和地区的卫生主管部门磋商，以收集关于纳洛酮使用的资料，特别是关于允许更大范围内的专业人员（包括第一反应者）向患者注射纳洛酮的可能性。

407. 美国政府 2015 年 8 月宣布，向高密度贩毒地区方案提供 1,340 万美元的资金，方案的目的是确保那些在被确认为国内重要贩毒地区开展活动的联邦、州、地方和部落执法机构之间的协调运作。其中，500 万美元将专用于减少海洛因贩运和滥用的努力，包括将 250 万美元用于海洛因应对战略，该战略是在五个区域性高密度贩毒地区方案之间建立的伙伴关系，以便通过 15 个州的公共卫生——公共安全伙伴关系来解决这些社区面临的严重海洛因威胁。此外，高密度贩毒地区资金中的 130 万美元将专门用于沿美国——墨西哥边境的五个区域性高密度贩毒地区方案，以加强对大规模跨国犯罪组织的调查，减少危险毒品（包括海洛因和甲基苯丙胺）的跨境流动，并防止边境社区非法使用毒品。最后，近 500,000 美元将用于调查和摧毁利用部落社区运输和分销危险毒品的组织，以解决非法用药对六个州的部落领地构成的挑战。

408. 墨西哥卫生主管部门继续采取措施提高为医疗用途获取管制药物的机会。2015 年 6 月，

联邦卫生风险防护委员会负责人宣布建立电子处方制度，以便利受严重疼痛折磨的患者获得吗啡。按照以往的制度，医生如要开具吗啡处方，需要前往联邦卫生风险防护委员会办事处获取验证吗啡处方的条形码，这导致实际开具的吗啡处方屈指可数。墨西哥卫生秘书处表示，相信新建立的制度将有助于减少为治疗剧烈疼痛获取吗啡的障碍。

409. 2015 年 8 月，加拿大卫生部长宣布实施监管改革，以便使致幻鼠尾草及其制剂和衍生物成为《药物和药品管制法》附表四下的受管制药物。除非获得监管授权或豁免，否则所有超出简单加工范围的活动均属非法。将致幻鼠尾草列入附表也将使执法机构能够针对涉及这些药物的可疑非法活动采取行动。

410. 2015 年 6 月，《尊重社区法》在加拿大生效。该法修订了《药物和药品管制法》，对于在“受监管消费场所”的涉及非法药物的活动，规定了申请豁免者必须满足的具体标准，以便卫生部审议豁免申请。虽然加拿大目前只有一个受监管消费场所，但卫生部已收到关于设立药品消费室的其他申请，目前正在审议。

411. 2015 年 6 月，加拿大最高法院公布了对 R. 诉史密斯案件的裁决，该案件涉及在该国的医用大麻方案中对“大麻”的定义，此前，可合法使用的大麻仅限于“干药草”。根据裁决，按照《医用大麻条例》，获得加工和消费大麻许可的个人现在可以持有大麻衍生物自用，以补充或代替干大麻药草。

412. 同样在 2015 年 6 月，加拿大卫生部宣布修订《麻醉品管制条例》和《医用大麻条例》，以进一步加强公众健康和安全。新措施响应了医疗发证机构关于提供更多信息说明医生如何授权使用大麻的要求。这些条例要求获许可的医用大麻生产者向医疗保健发证机构提供关于医疗从业者如何授权使用大麻的季度报告，并

将应要求把报告提供给各省和地区的医疗和护理发证机构，使其能够更有效地监测其成员的专业做法。

413. 2015年5月，加拿大政府宣布将在五年内向加拿大卫生信息研究所提供400多万加元，在国家层面制定一种用于与各省、地区和其他利益攸关方合作监测和监督处方药物滥用的协调方法，以便开发和加强数据收集和传播，协助编制国家监督报告。

414. 美国和加拿大主管部门为了应对处方药滥用所带来的持续性公共健康威胁，继续开展“处方药回收日”活动。2014年11月，美国缉毒署报告，在过去四年回收活动共收集了2,400多吨不需要的处方药。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

415. 在北美洲贩运和滥用的海洛因依然有多个来源国。阿富汗海洛因主要经印度、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦走私，约占在加拿大滥用的海洛因的90%，而在美国滥用的大部分海洛因来自墨西哥和南美洲，经美国——墨西哥边境走私。然而，毒品和犯罪问题办公室认为，阿富汗制造的海洛因在美国市场的份额可能正在加大。

416. 美国缉毒署指出，在美国所有地方，特别是东北部和中北部地区，海洛因造成的威胁正在加剧。根据执法机构的报告，海洛因的供应似乎正在提高。在过去五年里，美国的海洛因缉获量增长了81%，从2010年略超过2,763千克增至2014年的5,000多千克。同期，所缉获的海洛因平均重量从0.86千克增至1.74千克。在2007年至2014年间，与海洛因有关的逮捕人次增加了一倍，在2014年首次超过了与大麻有关的逮捕人次。

417. 墨西哥主管部门报告的2014年海洛因缉获量超过386千克。墨西哥贩毒集团在美国非法海洛因市场的份额也在增加，目前是美国多个大城市最重要的批发级海洛因贩运者。美国墨西哥边境的海洛因缉获次数和缉获数量也大幅上升，从2009年在295次事件中缉获846千克到2013年在580次事件中缉获2,196千克。墨西哥和哥伦比亚的海洛因越来越多地通过墨西哥边境走私进入美国，已导致海洛因贩运格局的改变，美国西部各州已成为这种毒品的主要中转地。

418. 墨西哥仍在继续努力铲除罂粟。毒品和犯罪问题办公室指出，墨西哥在2013年铲除了14,662公顷的罂粟种植，较2012年下降了7%。

419. 在美国可获得的大多数可卡因仍然产自哥伦比亚，经墨西哥边境（在较少情况下经加勒比）走私。尽管事实上仍可在该国的各个地方广泛获得可卡因，但供应量自2007年以来持续下降，最大市场的集中在美国东海岸。例如，据报道墨西哥在2014年缉获了2.8吨可卡因，较2013年下降了11%。

420. 该区域执法人员认为，可卡因供应量下降的原因是，南美洲生产国古柯树种植的减少、成功的执法努力、滥用模式的改变以及跨国犯罪集团之间的冲突。

421. 尽管大麻在墨西哥和美国的缉获量下降，但它一直是北美洲可最广泛获得和最广泛滥用的非法药物。

422. 在所有这三个国家，大麻的国内生产仍在继续，尤其是室内种植活动和私人土地种植。此外，大量大麻也从墨西哥走私到美国，每年的缉获量保持在130万千克至140万千克。走私方法包括地道、货运集装箱和私车夹带。墨西哥主管部门估计，该国在2014年缉获的868吨大麻仅有84%用于国内消费，而15%以上打算贩运至美国。

423. 美国缉毒署称，将非医用大麻合法化的州的邻近各州报告，这种合法化产生了外溢效应，大麻被贩运至其管区之内。缉毒署还发现，由于高额税收和对合法大麻实行的其他州立限制，一些州的大麻合法化并没有杜绝这些州内的非法大麻市场。

424. 据报道，该区域缉获的大麻的四氢大麻酚含量也持续增加。缉毒署在“2014 年全国毒品威胁评估摘要”中报告了药效的增加，四氢大麻酚的平均药效从 1995 年的 3.96% 上升到 2013 年的 12.55%。另一个发展趋势是从大麻植物原料中提取四氢大麻酚，以此生产和滥用大麻浓缩物，这可使四氢大麻酚含量高达 80%。

425. 贩运渗有芬太尼的毒品继续构成该区域的主要公共健康威胁，特别是在加拿大和美国。在加拿大，皇家骑警已经确认了该毒品渗入非法药品市场的两种主要途径。首先是医药芬太尼产品（主要是透皮贴剂）通过国内供应和分销渠道转入非法贸易。其次是向加拿大走私医药级芬太尼和芬太尼类似物。加拿大西部的执法主管部门受芬太尼贩运的影响尤其严重，它表示，芬太尼的主要来源地是亚洲（尤其是中国），被有组织犯罪集团走私至不列颠哥伦比亚省，并从那里再向东运往其他省，特别是阿尔伯塔省。

426. 芬太尼通常以粉末形式走私，往往与非法药物（主要是海洛因）及国内制毒窝点制造的非法合成毒品片剂混合在一起，作为假冒羟考酮片出售。根据加拿大卫生部药物分析处的数据，加拿大缉获芬太尼的次数在五年间增长了 30 多倍，从 2009 年缉获 29 次增至 2014 年缉获 894 次。美国发布了关于芬太尼的全国警报，将贩运该药物视为对健康和公共安全的威胁。缉毒署报告称，芬太尼引起的大多数死亡案例，是由秘密窝点制造的芬太尼而不是被转用的医药芬太尼造成的。该毒品的缉获量继续增加，执法部门已经查

明了一些趋势，例如利用运动型多功能车辆藏匿夹带进行走私。

(b) 精神药物

427. 根据包括缉获数据、执法报告和地方级治疗信息在内的各类指标，缉毒署指出，美国大规模甲基苯丙胺贩运和滥用持续增加。缉毒署的“2014 年全国毒品威胁评估摘要”指出，近 32% 的答复机构表示，甲基苯丙胺是各自地区最大的毒品威胁。

428. 美国主管部门称，在美国可获得的大多数甲基苯丙胺产于墨西哥。虽然大部分甲基苯丙胺以粉末或结晶形式走私到美国，但另一种方式的采用也在增多，即用一种液体溶剂稀释，以液体状态跨境贩运，这使检测工作更为困难。2014 年，墨西哥报告的甲基苯丙胺缉获量达到 19.7 吨，较 2013 年的总量增加了超过 34%，这反映了上述趋势。该国还报告，捣毁的甲基苯丙胺制毒窝点数量增加，2014 年共捣毁 131 个秘密窝点，主要位于格雷罗州、米却肯州和锡那罗亚州。墨西哥还被确认是东亚和东南亚及大洋洲缉获的结晶甲基苯丙胺的来源国。

(c) 前体

429. 美国的甲基苯丙胺制造继续以使用麻黄碱和伪麻黄碱制剂的小规模制毒窝点为主。2014 年，美国报告称，国内甲基苯丙胺制造减少，可能的原因是在墨西哥制造的甲基苯丙胺增加了供应量。

430. 关于该区域内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管制情况的综合性述评，可参阅麻管局 2015 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

431. 尽管供应量略有下降，新型精神活性物质（特别是卡西酮和合成大麻素）继续构成该区域药物管制工作的显著挑战，该区域是世界上新型精神活性物质最大和最多样化的市场之一。该区域新型精神活性物质的大多数制造、贩运和滥用行为发生在加拿大和美国，2010年至2013年，两国报告的新型精神活性物质已经增加了两倍。一个主要挑战是，通过两国的零售店和互联网，这些物质依然可广泛获得。

432. 在应对新型精神活性物质所构成的威胁时，该区域的各国政府继续利用立法、行政和执法机制从市场上清除这些物质，并针对负有制造和贩运责任的个人展开调查和起诉。

5. 滥用和治疗

433. 北美洲大麻的年流行率为11.6%，仍然是15岁至64岁人口最常滥用的药物。毒品和犯罪问题办公室指出，大麻滥用在美国呈上升趋势，在高中学生中的年流行率从2012年的24.7%增至2013年的25.8%。

434. 北美洲与毒品有关的死亡率仍居世界首位。2013年有43,300人死于毒品，与全球每百万居民平均死亡40.8人至50.5人相比，北美洲每百万居民中的死亡人数为136.8人。2013年，仅美国就有40,239人死于毒品，占全球毒品相关死亡人数的五分之一。根据白宫国家禁毒政策办公室2015年1月公布的数据，自2012年以来，美国死于毒品过量的人数总体增长了6%。虽然与处方类阿片药物有关的死亡人数一直保持相对稳定，2012年至2013年增长了1%，但其他药物的死亡率显著增加。2013年，与吸食可卡因过量有关的死亡人数较2012年增加了12%。经确认，药物过量死亡人数增幅最大的是与海洛因有关的死亡。自2012年至2013年，与海洛因有关的药物过量死亡人数增加了39%，连续第三

年上升。美国行政部门认为，与处方类阿片药物有关的死亡人数保持稳定的原因是开展了预防宣传和对处方和配药做法实施了更严格的控制措施。

435. 根据美国政府基于2013年全国毒品使用和健康调查提供的资料，2014年，估计该国有760万人口需要戒毒治疗。

436. 海洛因滥用对美国公共健康的影响不断增加，滥用行为从传统的城市向郊区和农村地区蔓延。2010年至2013年，记录的与海洛因有关的药物过量死亡人数几乎增加了两倍，2013年死亡人数达到8,620人，但公共卫生官员认为实际死亡人数要高得多，因为海洛因迅速代谢为吗啡，这是难以察觉的。美国官员称，增长的原因可能包括海洛因使用者人数总体增加；在某些市场出售的毒品批次的纯度更高；新的和没有经验的海洛因使用者增加，包括使用海洛因来补充或代替处方类阿片药物的人；以及消费的海洛因中存在芬太尼等有毒物质。

437. 在加拿大和美国，与滥用芬太尼有关的死亡人数继续增加，许多休闲吸毒者在摄入类阿片药物（主要是假冒羟考酮）后死于药物过量，他们并不知道这些药物中渗入了芬太尼。缉毒署称，过量使用芬太尼的人涵盖美国所有区域的所有年龄组以及所有性别不同的人群，包括新使用者和有经验的使用者。

438. 加拿大药剂师协会已经将与芬太尼有关的药物过量确认为影响该国各地人群的公共健康威胁，此问题在不列颠哥伦比亚省、阿尔伯塔省和安大略省尤为严重。不列颠哥伦比亚省法医机构称，2014年与类阿片药物过量有关的死亡人数为300人，其中约25%涉及芬太尼，与此相比，2011年仅为5%。阿尔伯塔省公共卫生主管部门表示，2014年，120人死于与芬太尼有关的药物过量，2011年仅有6人因芬太尼药物过量死亡。为了应对日益严重的公共卫生风险，不列颠哥伦比亚省于2015年3月推出了“了解你

的货源”方案，旨在使公众意识到消费渗入芬太尼的毒品的危险，就将减少药物过量风险减到最低的方法提出建议，指导市民利用公共卫生资源。该省还增加了始于 2012 年的“家用纳洛酮套具”的分配。2015 年 8 月，省卫生主管部门宣布，自 2012 年首个套具可用以来，该省共扭转了 250 例药物过量现象。同样，阿尔伯塔省为应对该省与芬太尼药物过量有关的死亡人数不断增加的现状，自 2015 年夏季开始在全省范围内执行“家用纳洛酮”方案。这个家用项目为处于药物过量高风险之中的人提供纳洛酮套具，使得在发生药物过量时能够立即使用纳洛酮。

439. 在北美洲，与世界很多地区一样，惩教机构内存在注射吸毒问题。毒品和犯罪问题办公室指出，在美国使用海洛因的所有人口中，每年估计有 24% 至 36%（超过 200,000 人）进过惩教系统。在监狱环境中，吸毒（包括静脉注射）是家常便饭。麻管局提醒该区域各国政府，必须按照经修正的《1961 年公约》第 38 条确保采取适当措施防止监狱系统内的吸毒并提供相关治疗。

440. 北美洲的注射吸毒已导致血液传播疾病在该区域加剧了传播。根据墨西哥政府提交给毒品和犯罪问题办公室的估计值，在该国，注射吸毒已导致注射吸毒人群中的丙型肝炎流行率高达 96%。在加拿大和美国，注射吸毒人群中的丙型肝炎流行率也居高不下：分别为 68% 和 73%。2015 年 3 月，印第安纳州州长宣布该州南部的一个农村县进入公共卫生紧急状态，因为该地区受到与静脉注射吸毒有关的艾滋病突发疫情的严重影响。州长在行政令中授权该县设立“有针对性的短期针具交换方案”以控制疫情。据公共卫生主管部门称，大多数艾滋病病毒感染病例是因滥用羟吗啡酮片剂造成的，滥用方式是先将片剂溶解，然后注射。

441. 据报道，在有医用大麻方案的美国各州，转用该方案中的大麻是该药物非法使用（特别是

在年轻人之中）的主要来源。缉毒署援引的流行率调查显示，居住在有医用大麻方案的州内并在过去 12 个月内曾使用大麻的十二年级学生（年龄 17 至 18 岁）中，有 34% 的人说，所用药物的来源之一是开给其他人的医用大麻处方。

442. 美国主管部门表示，滥用大麻引起的医疗后果继续扩大：在急诊室就诊和住院治疗的人群中，大麻相关病例占全部涉毒接诊的百分比从 1993 年的 6.9% 增至 2012 年的 17.5%。同期，在北美洲区域进行的调查显示，年轻人对经常性使用大麻的相关风险认识不足。美国“监测未来调查”显示，60% 的十二年级学生（年龄 17 至 18 岁）认为经常性使用大麻是无害的。

443. 在科罗拉多州，非医用大麻出售和分销已经合法化，“美国吸毒与健康全国调查”的结果显示，该州的大麻流行率和增幅要高于全国平均水平。据美国政府称，基于 2001 年至 2012 年间数据，科罗拉多州因大麻导致的初级住院治疗人数显著高于全国平均值，并且在不断增长（2012 年，科罗拉多州每 100,000 名 12 岁及以上人群中 有 160 人住院治疗，而全国数据为低于 120 人）。

444. 美国也报道了越来越多的儿童摄入可食用大麻的案例，特别是在非医用大麻已合法化的各州。落基山毒物管制中心报告称，自 2009 年以来，科罗拉多儿童医院内因摄入蛋糕、巧克力、饼干和花生酱等可食用大麻产品而接受急诊治疗的五岁以下儿童人数增加，从医药自由化五年前的无病例增加到 2009 年至 2011 年间的 14 个病例。

445. 美国公共卫生主管部门报告称，在毒物中心接到的通报中，与合成大麻有关的呼叫激增。2013 年，该国毒物中心共接到 2,668 例关于接触合成大麻的呼叫。2014 年，该数据增至 3,680 例。截至 2015 年 8 月中旬，该年度与接触合成大麻有关的报告数量已超过 5,300 例。毒物中心接到的呼叫仅是该国大麻使用增加的指标之一，还利用了执法机构记录等其他来源证实这一趋势。

446. 美国甲基苯丙胺的年使用流行率仍然相对稳定,占15岁至64岁总人口的0.5%至0.6%,但有迹象表明,在该国某些地方滥用现象有所增加。2011年至2012年,明尼阿波利斯——圣保罗大都会地区因使用甲基苯丙胺而接受治疗的人数增加了19%。2009年至2012年,在俄亥俄州,因甲基苯丙胺住院治疗的病例增长了34%。在圣迭戈县,与甲基苯丙胺有关的死亡事件从2008年至2012年增加了70%。

南美洲

1. 主要动态

447. 在拉丁美洲和加勒比地区这一较大范围内,南美洲具有相对较强的体制能力,区域内各国在国家和国际层面做出了大量努力,遏制药物非法供应并解决不断攀升的药物滥用率。

448. 虽然该区域仍然是全球几乎所有古柯树种植以及古柯膏和可卡因的供应来源,但多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁在2013年所作的努力导致古柯树种植总数创下1990年以来的新低。毒品和犯罪问题办公室指出,这一趋势可能推动降低了全球可卡因的供应量,影响了一些主要市场。2014年,多民族玻利维亚国和秘鲁继续保持了古柯树种植总面积减少的趋势。相反,哥伦比亚报告称,与2013年相比,古柯树种植面积增加了44%,使其再次成为世界上古柯树种植面积最大的国家。然而,哥伦比亚古柯树种植面积仍然比2007年低30%,比2000年低58%。

449. 该区域的若干国家,包括巴西、智利、哥伦比亚、厄瓜多尔和乌拉圭,正在讨论和制定关于大麻使用的新立法、决定和决议。范围从管制大麻植物种植和一些国家进口含有大麻二酚的医用药品,到进一步管制非医用大麻市场,例如乌拉圭。

2. 区域合作

450. 南美洲仍然是政治和技术层面区域合作十分活跃的区域。在2014年至2015年期间,采取了多项双边、区域内和区域间举措,包括磋商和信息交流、联合调查、引渡、军事和执法行动、能力建设以及制定标准和准则。在各类互相促进的区域倡议和论坛上开展合作,例如美洲国家组织刑事事项和引渡互助西半球信息交流网、美洲国家组织美洲药物滥用管制委员会(美洲药管会)西半球药物战略、美洲警察共同体、伊比利亚——美洲国际法律合作网、南美国家同盟南美洲世界毒品问题理事会、拉丁美洲及加勒比国家共同体供应管制部分、拉丁美洲及加勒比国家麻醉品法执行机构负责官员会议,以及拉丁美洲和欧洲联盟毒品政策合作方案。

451. 该区域在前体管制领域的打击毒品贩运专家合作尤为积极,该区域各国在毒品和犯罪问题办公室“预防拉丁美洲及加勒比毒品前体转移”项目中以及在拉丁美洲打击洗钱金融行动特别工作队资产追回网框架内的打击洗钱领域中开展了成功的协作。组成这一网络的15个国家³⁷制订了资产追回国际司法合作的准则,核准了该网络加强信息交换和拟订联合和共同调查准则的行动计划。

452. 对该区域药物滥用程度日益增长的相关切程度越来越高,主要引起的是国家层面的响应,但许多国家也参与了解决毒品需求的区域合作,诸如获得毒品和犯罪问题办公室支助的国际戒毒治疗和康复资源中心网(Treatnet)以及“降低安第斯共同体非法药品需求的支助项目(PREDEM)”。

³⁷ 阿根廷、巴西、多民族玻利维亚国、哥伦比亚、哥斯达黎加、智利、古巴、厄瓜多尔、危地马拉、洪都拉斯、墨西哥、巴拿马、巴拉圭、秘鲁、乌拉圭。

453. 该区域各国正采取行动确保医用麻醉药品和精神药物的供应。美洲国家组织大会于 2015 年 6 月通过了《美洲保护老年人权利公约》，该公约第 19 条“健康权”促请会员国确保用于老年人康复和姑息护理的管制药品得到供应。在治疗癌症和其他许多疾病以及面对所有年龄的临终患者时，都需要提供姑息护理。该区域的一些国家报告称，医用麻醉药品和精神药物的消费量低。

454. 美洲药管委化学药物和制药产品专家组在其于 2014 年 8 月在利马举行的会议上提出了用于管制化学药物的模范行政制度、关于处理已用芬太尼透皮贴片的准则，以及关于建立受管制化学药物指定进出口港的建议。美洲药管委在其于 2014 年 11 月 19 日至 24 日在危地马拉城举行的常会上核准了这些提案。

455. 该区域继续开展大量双边和三边打击麻醉品行动。例如多民族玻利维亚国和秘鲁执行了关于消除两国边境间可卡因贩运“空中桥梁”的联合战略。总共开展了 5,170 次单项行动，捣毁了 50 条秘密机场跑道，缉获了飞机和毒品（34.8 吨大麻，7.3 吨可卡因和 6 吨古柯膏）。在于 2015 年 6 月召开的部长级联合会议上，两国同意进一步加强边界管制（包括管制化学前体）和打击贩毒、洗钱和走私。巴西和秘鲁开展的 Trapézio 行动捣毁了 28 个可卡因制造工厂。巴西、哥伦比亚和秘鲁海军共同参与的联合行动 Bracolper 已连续开展 41 年，并于 2015 年再次进行。

3. 国家立法、政策和行动

456. 巴西国家卫生监督局在 2015 年 5 月 6 日 RDC 第 17 号决议中将大麻从“禁止”物质改列为“受控”物质，该决议于 2015 年 7 月 7 日生效。该机构是在收到若干关于进口含有大麻二酚

和其他大麻素的用于医疗的产品请求之后重新列表的。

457. 2014 年，作为“Aliança”行动的一部分，巴西继续与巴拉圭开展联合行动，目标是铲除大麻植物的种植。该行动捣毁了 2,571 吨种植的大麻。巴西还以该国东北部的种植地为目标，由巴西联邦警察在那里开展铲除行动。

458. 乌拉圭政府于 2013 年 12 月颁布了关于大麻的立法，此后在 2014 年 5 月发布了总统令，进一步规范非医用大麻的进口、生产、储存、出售和分销。该法令规定了用于药房分销的大麻生产者以及国内生产者、大麻俱乐部、消费者和药房的登记程序，并为大麻种子和大麻屑的生产和商业化制定规章。此外，政府还颁布法令，规范了用于工业用途的非精神类大麻的各个方面以及医用大麻的出售和使用。麻管局再次希望提请注意其看法，即允许为非医药用途使用大麻的立法有悖于各项国际药物管制公约的规定，特别是经《1972 年议定书》修正的《1961 年公约》第 4 条 (c) 款和第 36 条，以及《1988 年公约》第 3 条第 1 款 (a) 项。

459. 2015 年上半年，哥伦比亚国会批准了《2014-2018 年国家发展计划》。该文件载有政府的四年期行动计划。在毒品管制问题方面，该计划旨在借助于一种全面平衡的方法解决毒品问题。这一目标将通过以下六项行动得以实现：(a) 制定一项全面政策，采用以人权为基础的方法，以打击非法药品；(b) 制定旨在减少哥伦比亚非法作物的国家干预计划；(c) 针对最弱势人群制定和实施非监禁刑罚措施；(d) 通过采取社会干预和领地控制的方法来管制小规模贩运现象；(e) 从健康角度预防和处理有问题的药品消费；以及 (f) 载有关于非法药品进入该国、在国内生产，以及受管制药物非法转移的条目。

460. 2015 年 9 月，哥伦比亚国防部宣布了打击毒品贩运新战略，重点关注改进司法框架

和程序，将非法种植作为目标，包括加强人工铲除。

461. 2015年5月，哥伦比亚国家禁毒委员会批准暂停在空中向古柯树种植地喷洒草甘膦。除草剂草甘膦被世卫组织国际癌症研究机构列入“可能使人类致癌”类别，2015年4月，哥伦比亚卫生和社会保障部据此提出建议，之后通过了上述决定。国家禁毒委员会成立了一个技术委员会，以探讨替代铲除的方法，该国目前正在探索使用可用于空中喷洒的其他除草剂。

462. 哥伦比亚司法部和波哥大商会正在为按照金融行动特别工作队的预防洗钱标准统一国家法规提供支持。另外，该国还为非营利和不动产部门开发了关于洗钱和资助恐怖主义的风险评估工具，目的是增强意识和促进自律的商业环境，防止贩毒和相关犯罪所得被洗钱。南美洲的其他一些国家，包括阿根廷、智利和秘鲁，也采取了与金融行动特别工作队标准相一致的举措，重点是防止洗钱和防止资助恐怖主义开展风险评估。

463. 2015年8月，秘鲁国会批准了关于管制、警戒与防卫国家领空的第30339号法律。这一法律管控国家领空，其中列有“敌对行动”和“敌对飞行器”的定义。法律具体列明了若干种可能导致宣布某一飞行器为“敌对”性的行动，包括有证据证明或有理由怀疑飞行器可能从事贩毒活动的行为。在这种情况下，可宣布该飞行器为“敌对”性质，并可对其采取拦截或其他措施。第30399号法律规定了可对敌对飞行器采取措施，包括使用武力的准则。特别是其中第11和12条规定了在空中、地面或水上拦截敌对飞行器的一般性准则。该法还规定，如果飞行器载有并未参与“敌对行动”的乘客，则不应被宣布为“敌对”。贩毒者日益依靠空运运输可卡因。毒品和犯罪问题办公室查明，自2011年以来，秘密飞机跑道越来越多，从2011年的49条增至2012年的77条，截至2014年10月，数量增至80条。与陆地路线

类似，重新建立的空中航线以多民族玻利维亚国为中转地，之后通往巴西。麻管局促请秘鲁和实施此类措施的其他国家政府，确保这类措施的实行充分尊重相关的国际协议和公约。

464. 在进行风险评估之后，巴西于2014年将多种新型精神活性物质纳入国家管制，包括合成卡西酮如敏疫朗，以及NBOMe衍生物（包括25P-NBOMe、25T2-NBOMe和25H-NBOMe）和合成大麻素（包括JWH-122、JWH-073和AM-2201）。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

465. 南美洲受大麻药草非法种植和贩运的影响很大。在全球缉获的大麻药草中，拉丁美洲及加勒比缉获的比例从2012年的20%增至2013年的30%。在2012年至2013年间，南美洲缉获的大麻大幅增加，从821吨增至1,308吨，增幅几近60%。这一增长主要归因于巴拉圭、哥伦比亚和巴西的缉获（按缉获量降序排列）。

466. 哥伦比亚2014年缉获的大麻是在国内种植的，而据报道，巴西缉获的大麻是由巴拉圭进入该国的。大麻在该地区消费广泛，但有时连同可卡因一起被贩运，并用于偿付通往北美和欧洲的航线沿途的运输、仓储和配送服务。

467. 南美洲仍然是全球可卡因主产地，古柯树种植以及可卡因和古柯膏生产主要在多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁进行。然而，在阿根廷和智利等邻国缉获的古柯叶和古柯膏以及发现的秘密制毒窝点显示，该区域的其他地方也在进行精炼。阿根廷报告称，2014年发现的15个用于精炼、压片、切割或包装的秘密制毒窝点，其中12个用于制造可卡因。同年，智利报告称，发现了22个专门用于制造可卡因的秘密窝点。在南美洲制造的可卡因运往其最大

的消费市场（北美洲、西欧和中欧）以及当地市场。可卡因经陆地、空中和海上贩运，过境中美洲、墨西哥和加勒比，最终到达北美。通往欧洲的可卡因贩运路线横穿大西洋，经海运和空运，直达或取道加勒比或西非到达欧洲，在此之前，路线经陆地、河流和空中，涉及所有南美洲国家，但最重要的是阿根廷、巴西和委内瑞拉玻利瓦尔共和国。海上贩运看来是大运量货物的首选方法，而航空贩运更为频繁。

468. 至于 2005 年至 2014 年间的个别可卡因缉获案件，阿根廷和巴西是通往北美和西欧和中欧的路线上最常提及的交通枢纽。2014 年，哥伦比亚、委内瑞拉玻利瓦尔共和国、巴西、多米尼加共和国、巴拿马、秘鲁和厄瓜多尔依次是从南美洲和中美洲和加勒比通往欧洲的可卡因运输路线上最常提及的来源国、离境国或过境国。关于缉获的可卡因，按缉获量降序排列，运往欧洲的货物的最重要的离境国依次是哥斯达黎加、厄瓜多尔、哥伦比亚、巴西、委内瑞拉玻利瓦尔共和国和阿根廷。至于 2014 年欧洲报告的个别可卡因缉获案件，离境国名单上案件数量最多的国家是巴西，其次是哥伦比亚和阿根廷。被贩运的毒品通过阿根廷北部省份进入该国，由于地处偏远，并且地理位置接近多民族玻利维亚国，也略微接近秘鲁，所以该地区易受影响。非法麻醉品主要通过公路以陆运形式跨越边境，但在较少情况下，也以空运形式过境。阿根廷正在通过北部保卫行动努力应对这种威胁，旨在打击该地区的毒品贩运、人口贩运和走私问题。2012 年缉获量大幅增加（可卡因缉获总量约为 10.5 吨，较前一年增长 151.4%），此后，可卡因缉获量保持稳定，2014 年共计 10.4 吨。2014 年，古柯叶的缉获量约为 118 吨，较 2013 年增长 34.8%。

469. 多民族玻利维亚国连续第四年报告古柯树种植面积减少。2014 年，古柯树种植面积降至 20,400 公顷，较 2013 年减少 11%，是 2001 年以来的最低水平。主要种植区域是永加斯德拉巴斯，约占种植区域的 70%，其次是科恰班巴，

约占种植区域的 30%，拉巴斯省北部各县的种植面积不到 1%。据报告，2014 年，永加斯德拉巴斯和科恰班巴的种植面积分别下降 10% 和 14%。致使永加斯德拉巴斯及科恰班巴种植面积下降的因素包括，在社会防卫和管制药物部副部长的协调下，政府通过战略作战指挥部“Tte. Gironda”在根除古柯树领域付出的努力。

470. 巴西很容易受到经空中、陆地和河流运输可卡因的影响（尤其是在亚马逊地区），该国被视为在可卡因贩运中发挥了战略作用。该国是可卡因被运往海外的过境国，也是南美洲最大的可卡因市场。自 2012 年至 2013 年，该国的缉获量翻了一倍，2014 年降至 33.8 吨，但仍高于 2012 年的水平。根据 2014 年的估计值，在巴西缉获的可卡因中，仅有 30% 被运往国外市场。巴西正在加强与几个合作伙伴的合作，打击在该国运营的跨国犯罪组织，例如与联合国、意大利和西班牙政府联合开展的蒙特行动，此次行动缉获了 1.3 吨打算在欧洲分销的可卡因。

471. 2014 年，哥伦比亚的古柯树估计种植面积增加了 44%，从而使该国再次成为古柯树种植面积最大的国家。种植面积从 2013 年的 48,000 公顷增至 2014 年的 69,000 公顷，潜在的可卡因产量增幅更高，达到 52.7%，从 2013 年的 290 吨增至 2014 年的 442 吨。大多数种植区位于南部的纳里尼奥省、考卡省、普图马约省和卡克塔省以及北部桑坦德省的卡塔通博地区，这些地方共占该国古柯树种植面积的 73%。

472. 毒品和犯罪问题办公室指出，在与哥伦比亚革命武装力量谈判争取达成和平协议的背景下，古柯树种植农户预期得到好处可能是哥伦比亚古柯树种植量增多的因素之一，因为在与政府的谈判中，古柯树种植被看作是一种可以用来施加影响的杠杆。古柯叶价格上涨是可能增加古柯树种植量的另一因素，例如，在梅塔省和瓜维亚雷省等战略区域，价格上升了 42%，还有一种看法认为，铲除的风险不大。

事实上，最近几年的铲除力度（特别是空中喷洒）已经减弱。

473. 过去五年里，厄瓜多尔的可卡因缉获量增幅最大，当地缉获的可卡因总量增幅超过 242%，2014 年达到 50 公吨。2014 年，该国主管部门以贩运毒品罪名逮捕了 7,772 人，2013 年逮捕了 6,404 人。来自邻国哥伦比亚和秘鲁的可卡因和古柯膏流入该国。毒品和犯罪问题办公室说，厄瓜多尔的古柯树种植在 2014 年的份量仍然有限。古柯膏继续供当地消费，而可卡因被运往国外市场。主管部门提到，2014 年，按总量降序排名，可卡因目的地的前三位分别是西班牙、比利时和危地马拉。

474. 秘鲁继续在古柯树种植面积减少方面取得进展。古柯树预估种植面积连续第三年减少，从 2013 年的 49,800 公顷降至 2014 年的 42,900 公顷，降幅为 13.9%。古柯叶产量 2014 年比 2013 年减少了 17%。该结果主要归因于在 2012-2016 年国家打击毒品战略背景下由国家牵头的铲除方案。干预措施重点关注与贩毒组织关系最密切的领域和加强这些领域内的替代发展倡议。受影响最严重的地区集中在阿普里马克河、埃内河、曼塔罗河河谷以及拉孔本西翁省和卡尔卡省的拉雷斯区，这些地区种植的古柯树共占全国的 68%。供应量萎缩影响了古柯碱和可卡因的纯度，价格在 2013 年至 2014 年期间略有下降。

475. 委内瑞拉玻利瓦尔共和国主管部门报告称，2014 年，可卡因缉获量共计约 26 吨。自 2010 年（当年缉获量约为 25 吨）以来，缉获总量保持相对稳定。缉获的可卡因的原定目的地国包括澳大利亚、意大利和西班牙，哥伦比亚也是被提及的来源国。

476. 有证据表明，哥伦比亚罂粟种植面积一直在增加，似乎已经达到了五年来的新高，2014 年侦查到的种植面积为 387 公顷。2013 年至 2014 年间，鸦片产量和海洛因制造量的潜在增长（分别为 13% 和 15%），加之同期平均价格下降（分

别减少 37% 和 19%）可能表明这些毒品的供应量增加。

477. 南美洲生产的海洛因的主要目的地为美国，同时也在该区域内贩卖以供消费。美国报告称，墨西哥和南美洲的贩运增加，墨西哥报告称，2014 年缉获的海洛因产于哥伦比亚，目的地是美国。

(b) 精神药物

478. 2014 年，南美洲多个国家都报告缉获了苯丙胺类兴奋剂，包括苯丙胺、甲基苯丙胺和“摇头丸”类药物以及麦角酰二乙胺。这些药物似乎源自欧洲，南美洲是日益增长的消费市场。不过，在南美洲作为麦角酰二乙胺销售的一些精神药物事实上似乎是新型精神活性物质，例如 25B-NBOMe、25C-NBOMe 和 25I-NBOMe，也就是麻醉药品委员会于 2015 年 3 月刚刚列入附表的苯乙胺取代物。

479. 毒品和犯罪问题办公室和美洲药管委于 2014 年发布的题为“拉丁美洲的苯丙胺类兴奋剂”的研究报告指出，关于该区域苯丙胺类兴奋剂和特定药物的使用信息仍然非常有限，用于药品用途调查的类别通常过于宽泛，难以区分非医处方药、苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质。尽管这些药物的使用日益影响该区域的青少年，但可用的数据有限，难以获得关于其市场规模、来源和贩运路线的确切估计值。

480. 2014 年，巴西缉获的“摇头丸”类药物激增，从 2013 年的 183,289 片增至 877,853 片。哥伦比亚 2010 年的缉获量为 6,664 片，在 2013 年达到高峰，增至 117,101 片，但 2014 年的缉获量再次减少，降至 39,792 片。圭亚那报告称，过去两年缉获了少量的“摇头丸”，这是新动向。

481. 2014 年，哥伦比亚报告了关于 4-溴-2,5-二甲氧基苯乙胺 (2C-B) 的四例个别缉获案件，缉获总量达到 14,068 单位。

(c) 前体

482. 过去十年中，古柯生产国报告的《1988 年公约》表二所列大多数酸和溶剂的缉获量下降，部分原因是溶剂越来越多地被回收和多次再利用，同时也是由于非法加工做法的变化。对 2013 年哥伦比亚缉获的可卡因的前体分析显示，有更多的非法可卡因制造窝点大为减少了加工时所用的溶剂量。

483. 关于该区域内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管制情况综合性述评，可参阅麻管局 2015 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

484. 哥伦比亚毒品观察站创建了用于监测新型精神活性物质的早期预警系统。该系统第二次被触发，当时，在作为国际管制药品 2C-B 出售的片剂中发现了氯胺酮和其他少量不明物质。

485. 2014 年，智利在五例不同事件中共缉获 30 毫克 NBOMe 衍生物。该国还报告缉获了 2,5-二甲氧基-4-氯代丙胺 (DOC)。

486. 一些南美洲国家已将几种物质纳入国家管制范围，这是因为它们可用于非法制造可卡因或用作稀释剂，包括咖啡因和胶合剂。

5. 滥用和治疗

487. 毒品和犯罪问题办公室的数据证实，在南美洲 15 岁至 64 岁的普通成人人口中，年流行率最高的毒品仍然是大麻 (5.9%) 和可卡因 (1.2%)，其次是苯丙胺和处方兴奋剂 (0.5%) 和类阿片药物 (0.3%)。大麻和可卡因的年流行率持续高于全球平均水平，据毒品和犯罪问题办公室计算，大麻的全球年流行率为 3.9%，而可卡因的全球年流行率为 0.4%。

488. 南美洲的药物流行率存在性别差异。在年流行率方面，大麻是男性和女性滥用最多的毒品，对男性来说，其次最常见的滥用毒品是可卡因，而对女性来说，紧随大麻其后滥用最多的毒品是镇定剂，第三位是可卡因，但和前两位的差距较大。

489. 南美洲的专家意识到，该区域的可卡因滥用情况正在增加，这被认为是受到了巴西滥用情况增加的推动。可吸可卡因滥用情况的增加已受到国家主管部门的特别关注，2014 年，“快克”可卡因的终生流行率估计值为 0.7%。该国正在进行投资，以改进关于药物滥用的数据收集，并计划将于 2015 年在囚犯中开展一项调查。

490. 2015 年 3 月发布了关于 2013/14 年玻利维亚家庭药物滥用的国家调查，结果发现在被滥用的非法药物中，大麻 (1.27%)、可卡因 (0.32%) 和吸入剂 (0.30%) 的年流行率最高。在 2007 年至 2013 年间，除镇静剂外，其他所有药物的滥用情况似乎均有下降。研究发现，初次使用毒品的平均年龄为 19 岁，男性和青年人群的滥用情况最多。建议包括引入选择性毒品预防政策，重点关注大学和工作环境中的年轻人。

491. 合成毒品滥用的增加是哥伦比亚等南美洲国家的关切，对当地社区具有负面影响。毒品以小批量的形式分销，在混合物中的品质可能发生改变，有可能特别有害。在该国注意到的另一趋势是，这种毒品使用者的平均年龄有所降低。

492. 哥伦比亚的小规模毒品贩运通常被称为“微贩运”，已经在哥伦比亚的若干城市成为越滚越大的问题。据报告说，哥伦比亚市政主管部门已经采取了一些试行步骤对此类贩运实行管制以期减轻社会损害，包括一些可能不符合哥伦比亚在各项《公约》之下义务的措施类型，例如利用另一种药物（如大麻）替代某种受管制药物（如可卡因）。

493. 关于缉获的小规模贩运的药物的报告反映出，事实上，药物滥用问题在巴拉圭日益严重。

该国报告称，在滥用形式、滥用药物和首次滥用年龄方面均有变化。于 2012 年开展的针对治疗中心和自助群体中存在由酒精和其他药物消费导致的问题的人的研究指出，首次滥用的物质主要是酒精，其次是烟草、大麻、可吸形式的可卡因、可卡因、溶剂、抗焦虑药、抗抑郁药、苯丙胺类兴奋剂、类阿片药物及其他。

494. 委内瑞拉玻利瓦尔共和国政府报告称，2014 年，通过一项完整的药物滥用预防计划组织了 35,000 多次活动，侧重于面临风险的社区、儿童和青少年，覆盖 460 多万人。该计划的依据是权力下放战略、采取以人为本的方法，以及扩大加强生活技能和促进健康生活方式的预防活动，同时也将工作场所、监狱环境和土著社区作为目标。

C. 亚洲

东亚和东南亚

1. 主要动态

495. 苯丙胺类兴奋剂的贩运路线日益多样化，缉获量显著增加，其制造、贩运和滥用活动均未呈现减少迹象。已注意到其他区域的贩毒集团受到东亚和东南亚毒品市场规模的吸引，最近在该区域有多个国家参与贩毒。此外，促进货物和服务进一步自由流动的各项区域举措有可能被一些犯罪集团所利用。

496. 该区域继续面临新型精神活性物质和非表列前体化学品的扩散带来的威胁。有人钻法律的空子，制造合法的假象，把与毒品有近似效果的新型精神活性物质作为“合法物质”在市场上销售。尽管近年来一些国家下加大力度在国内管制新型精神活性物质，但贩毒集团做出了对应的调整，转而生产尚未受到管制的物质，禁毒努力因此受阻。氯胺酮的滥用和贩运仍然是另一个引起该区域各国关切的领域。

497. 金三角国家（老挝人民民主共和国、缅甸和泰国）继续存在非法的罂粟种植和海洛因生产。该区域 2014 年的非法罂粟种植总面积估计达到 63,800 公顷，估计生产鸦片 762 吨。虽然非法种植量保持稳定，但有报告称东亚和东南亚一些国家的海洛因滥用情形有减少趋势。与其他区域以及其他种类的毒品相比，在该区域的可卡因相关活动的范围依然有限。

498. 从其他区域贩入东亚和东南亚的甲基苯丙胺数量渐增，表明已经形成新的贩运路线，把从前互不相关的市场连接了起来。近年来，源自非洲、西亚甚至最近有源自美洲的甲基苯丙胺贩入该区域。该区域各执法机构必须更加及时地彼此交换情报并改善合作，以便及早发现这些新的贩运路线并采取相应的应对措施。

2. 区域合作

499. 东南亚国家联盟（东盟）成员国之间继续开展多边合作，因为作为区域多边机构的东盟在确立了关于到 2015 年将该区域建成为无毒品区的上一个目标之后，又制定了下一步的办法。2014 年 12 月在印度尼西亚举行的东盟毒品问题第三次部长级会议通过了一项部长级声明，强调了关于进一步加强区域合作的政治承诺。2014 年 9 月，东盟麻醉品问题合作中心在曼谷建成启动，该中心将作为协调平台促进实现上述区域合作目标。东盟议会联盟大会打击毒品威胁实况调查委员会第十二次会议于 2015 年 6 月在吉隆坡召开，为交换各国最新情况发展相关信息提供了一个机会。会议通过了一项决议，强调采取以人为本的方法执行有效的减少供需方案的重要性。借助另一个多边合作平台即 2015 年 8 月在新加坡召开的东盟毒品问题第三十六次高级官员会议，讨论了该区域与毒品有关的各种问题。

500. 面对全球贩毒组织日益勾连的情况，一些区域性会议根据此类犯罪组织在全球的演变，讨论了该区域特有的主要挑战。麻管局——毒品和

犯罪问题办公室前体化学品和新型精神活性物质国际联席会议于 2015 年 4 月在曼谷召开，会议高度强调了前体化学品和新型精神活性物质带来的全球挑战，并审查了全球和区域层面解决这些挑战的各种办法。亚太区域各国参加了 2015 年 2 月在东京举行的第二十次亚太区缉毒会议，重点讨论在禁毒执法方面开展国际合作以解除苯丙胺类兴奋剂带来的威胁。

501. 1993 年大湄公河次区域毒品管制问题谅解备忘录签署国于 2015 年 5 月举行部长级会议，重申其承诺继续有效，并指出事实证明谅解备忘录是一项建设性的机制，有助于更好地开展执法方面的区域合作，打击该次区域的贩毒活动。会议重点强调并讨论了所涉国家不断演变的具体毒品形势，例如毒品和非法前体化学品大量流入的情况。

3. 国家法规、政策和行动

502. 面对新型精神活性物质持续迅速出现的情况，该区域各国暂时增列了受管制物质和（或）扩大了对已明确规定的药物分组的毒品管制范围。例如，大韩民国于 2014 年 12 月宣布对 10 种新型精神活性物质（六种合成大麻素，二种苯乙胺和二种其他杂类物质）暂时管制三年，使该国暂时管制的新型精神活性物质达到 86 种。根据该国的《麻醉品管制法》，禁止持有、交易、协助交易或者提供或接受含有暂时表列物质的材料。中国澳门的禁毒法（2009 年第 17 号法律）于 2014 年修正，以便管制另外五组药物，即：哌嗪衍生物、合成苯乙胺、卡西酮衍生物（不包括安非他酮）、致幻鼠尾草和丹酚 A。中国的《非药用类麻醉药品和精神药品列管办法》于 2015 年 10 月 1 日生效，其中列有 116 种非药用类麻醉药品和精神药物。

503. α -苯乙酰乙腈于 2014 年 10 月被列为国际管制前体，之后若干国家将该物质列入国家管制的范围。2014 年 5 月 14 日，中国政府将

α -苯乙酰乙腈和 2-苯基乙酰基乙腈（一种已知在使用苯丙酮合成制造麻黄碱和伪麻黄碱的过程中生成的中间体）列为一级管制前体，要求这类物质的国际进出口贸易必须获得特许。同样，泰国政府也将 α -苯乙酰乙腈及其光学异构体列入《麻醉品法》的附表 4（前体化学品）。中国香港也已根据《化学品管制条例》（第 145 章）对 α -苯乙酰乙腈实行管制。麻管局提醒尚未实行此类管制的国家根据麻醉药品委员会 2014 年 3 月 19 日的第 57/1 号相关决议，毫不延迟地将 α -苯乙酰乙腈纳入国家管制的范围。

504. 为提高执法的有效性，扩大毒品管制的范围，菲律宾政府开展了立法和行政改革。2015 年 7 月修订了关于保管和处置毒品的规定，特别是关于缉获行动结束之后执法部门清点物品和需要证人在场的要求。根据之前的立法，执法官员必须在嫌疑人、司法部代表、民选的政府官员和媒体的见证下当场清点收缴的毒品和非法化学品。根据修订后的法律，如果实行逮捕时没有逮捕证，执法官员可在充分保持缉获物品的完整性和证据价值的前提下，在距离最近的主管机关办公室或警察局清点缉获物。2014 年还通过了一项对酒后以及服食危险药品或类似物质之后驾车的行为予以刑事处罚的法律。

505. 菲律宾拟定了新的 2015-2020 年国家禁毒行动方案及其执行时间表。该行动计划概述了五个主要领域（减少需求、减少供应、替代发展、公民意识与对策、区域和国际战略）的战略，旨在为菲律宾的毒品管制工作提供指导。同样，泰国政府也制定了 2015-2019 年国家毒品管制战略计划，以便为 2015 年之后的毒品管制工作提供整体的解决方案。该战略计划载有八个主要的战略重点领域，并提供了相应的执行机制以及执行情况监测和审查机制。缅甸政府正在执行其 1999-2019 年毒品管制 20 年计划的最后阶段，以实现到 2019 年无毒品的目标。虽然铲除罂粟种植是第一阶段的主要优先事项，但诸如吸毒者的康复、成立进一步的麻醉品管制特

别工作队以及当地社区参与实施毒品管制活动等其他目标也已成为当下的重点。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

506. 自1980年代中期以来，东亚和东南亚区域的非法罂粟种植一直集中在金三角地区，该地区一度成为全球主要的海洛因供应地。由于阿富汗的非法罂粟种植大量增加，再加上金三角各国（老挝人民民主共和国、缅甸和泰国）开展铲除活动，导致金三角地区生产的非法鸦片所占比例明显下降。但是，老挝人民民主共和国和缅甸的非法罂粟种植在近年来达到最低水平之后又于最近开始增加，2006年的非法种植面积不少于25,000公顷。2014年非法罂粟种植总面积达到63,800公顷，其中大多数在缅甸（占90%），少数在老挝人民民主共和国（占10%）。东亚和东南亚区域生产的鸦片总量估计达到762吨。

507. 在缅甸非法制造的海洛因经陆路穿过中国的云南省贩入中国。与此同时，非法制造海洛因所需的前体化学品也从中国走私进入缅甸。由于东盟共同体内部加强区域一体化的举措带来的更为便利的人员和货物流动被贩毒集团所利用，可能会加大双向贩运以制造和消费海洛因的风险。考虑到这些挑战，麻管局鼓励东盟成员国之间密切合作和协作，及时交换情报。

508. 2011年至2013年，东亚和东南亚区域的海洛因缉获量逐年上升，2013年达到11.8吨，其中70%以上的缉获量是中国报告的。2014年中国缉获9.5吨海洛因（中国大陆缉获9.4吨，中国香港缉获89千克，中国澳门缉获3.5千克），该区域缉获的海洛因绝大多数仍然是在中国缉获的。柬埔寨和泰国等其他国家最近报告称缉获量减少。柬埔寨和泰国2014年缉获的海洛因

总量明显下降（分别为1.8千克和371千克），又回到了两国的长期平均水平。

509. 印度尼西亚和菲律宾继续报告存在非法大麻种植并缉获了大量大麻。为躲避主管部门的铲除活动，菲律宾的非法大麻种植通常隐藏在该国难以抵达的高海拔地区和山区。2014年，印度尼西亚缉获68吨大麻药草，是2012年缉获量的三倍以上。泰国缉获的过境大麻药草自2012年起呈现上升趋势，从2013年的27吨增加到2014年的33吨。2014年，菲律宾缉获164千克大麻药草和576千克干制大麻。中国香港以及新加坡的大麻药草缉获量稳步增多。

510. 东亚和东南亚的可卡因滥用现象仍然有限，该区域的缉获量与其他区域相比较低就是一个佐证。最新数据显示该区域的可卡因缉获量进一步减少。在中国香港，可卡因缉获量降幅超过半数，2012年的缉获量超过700千克，而2014年减少至不足300千克。同样，日本和中国澳门报告的缉获量也下降90%以上，2014年分别下降至二千克和三千克。在柬埔寨，2013年的可卡因缉获量约为13千克，2014年减少至不足八千克。中国（不包括香港和澳门特别行政区）和菲律宾分别报告缉获113千克和70千克可卡因。

(b) 精神药物

511. 东亚和东南亚区域的甲基苯丙胺缉获量持续猛增，滥用程度居高不下，表明该区域苯丙胺类兴奋剂的供应量逐渐增多，日益普及。东亚和东南亚仍然是以两种形态（甲基苯丙胺片剂和晶体）出现的甲基苯丙胺的缉获量最大的区域。甲基苯丙胺片剂（通常纯度较低）的滥用更集中于湄公河流域各国，而甲基苯丙胺晶体的滥用分布的地理范围更为广泛。2008年至2013年期间，该区域缉获的甲基苯丙胺晶体几乎增加一倍，缉获的甲基苯丙胺片剂则增加了八倍。

512. 在湄公河流域各国中，缅甸被认为是甲基苯丙胺片剂的主要来源国。中国和泰国的甲基苯丙胺片剂缉获信息表明，有更多甲基苯丙胺片剂正在缅甸生产或贩运而来。泰国 2014 年缉获大量甲基苯丙胺片剂（1.13 亿片），而新加坡仅缉获 248 片。

513. 中国最近期的国家报告显示，在该国供应的大多数甲基苯丙胺晶体是在中国国内制造的，大多数非法制造窝点位于中国南部（广东省）。2013 年中国缉获的甲基苯丙胺晶体有 80% 以上是在汕尾市和揭阳市制造的，制造该晶体所需的物质主要来自陆丰市。在中国西部的成都及其周边城市也发现了一些甲基苯丙胺晶体的非法制造。

514. 在整个东亚和东南亚区域，甲基苯丙胺晶体的供应量日渐增多始终是一个令人担忧的趋势。在印度尼西亚，与甲基苯丙胺晶体有关的逮捕自 2012 年以来显著增加。大韩民国 2013 年缉获约 38 千克甲基苯丙胺晶体，而前一年的缉获量仅为 21 千克。在柬埔寨，尽管甲基苯丙胺晶体的缉获量在 2014 年下降（为 29 千克），但数量仍然高于 2012 年（为 19 千克）。在 2013 年，老挝人民民主共和国报告自 2005 年以来首次缉获甲基苯丙胺晶体。

515. 根据最新的甲基苯丙胺缉获数据，东亚各国甲基苯丙胺的贩运量依然较大。2014 年，中国报告了该区域最大的甲基苯丙胺缉获量：接近 28 吨，远远超过 2013 年的缉获量。中国香港在五件从中国大陆经由香港过境发往马来西亚的快递托运货物中发现 104 千克甲基苯丙胺。日本缉获的大部分甲基苯丙胺（570 千克）源自中国，其次源自墨西哥和泰国。2014 年菲律宾和新加坡分别缉获共计 718.5 千克和 12.5 千克的甲基苯丙胺。

516. 尽管绝大多数甲基苯丙胺继续在该区域内部贩运，但有越来越多的甲基苯丙胺从该区域贩运至世界其他地方。这似乎表明新的贩运路线已经形成，把不同区域以往彼此隔绝的甲基苯丙胺市场连接了起来。近年来，在柬埔寨、中国、印

度尼西亚、日本、马来西亚、菲律宾、泰国和越南缉获了源自非洲的甲基苯丙胺。在一些甲基苯丙胺从西亚贩运而来的同时，2013-2014 年期间在日本、菲律宾和大韩民国也缉获了大量源自墨西哥的甲基苯丙胺。

517. 2013 年马来西亚摧毁了 26 个苯丙胺类兴奋剂秘密制造点：其中有 18 个甲基苯丙胺晶体制造点，八个 MDMA（“摇头丸”）片剂制造点。同样在 2013 年，印度尼西亚摧毁了二个苯丙胺类兴奋剂秘密制造点，这两个制造点都生产了相当数量的甲基苯丙胺晶体。中国 2014 年摧毁 376 个甲基苯丙胺秘密制造点，2013 年则摧毁了 397 个此类秘密制造点。

518. 更多东亚和东南亚国家报告称 MDMA（“摇头丸”）的滥用日益增多且缉获量渐增。2014 年印度尼西亚缉获大量 MDMA（“摇头丸”）（489,311 片）。菲律宾 2014 年缉获将近 3,600 片 MDMA（“摇头丸”）——是该国主管部门自 2002 年以来最大的一次缉获量。同样，新加坡报告缉获超过 3,800 片 MDMA（“摇头丸”）。柬埔寨报告缉获的 MDMA（“摇头丸”）从 2013 年的数量为零增加到 2014 年的 3.1 千克。

(c) 前体

519. 贩运含有麻黄碱和伪麻黄碱的药剂的活动继续见诸多个国家的报告，这是受该区域苯丙胺类兴奋剂非法需求增多的刺激形成的。报告的大多数缉获量源自该区域，或者源自南亚的邻近区域，但后者数量较少。缅甸是被贩运的含有麻黄碱和伪麻黄碱的药剂的主要目的地国之一，在缅甸缉获的前体化学品大多数源自邻近国家，主要是中国、印度和泰国，但源自泰国的数量较少。

520. 非表列的前体化学品和（或）预前体得到更多的使用以规避国家对前体化学品的立法管制。例如，在中国加强了对麻黄属植物的管制之后，2-苯基乙酰基乙腈被人用于合成麻黄碱。2014 年，

中国超过一半的甲基苯丙胺晶体是使用 2-苯基乙酰胺基乙腈合成的。中国的对策是于 2014 年 5 月将 2-苯基乙酰胺基乙腈列为国家管制物质。

521. 面对这些相应做出的转用企图，与相关行业密切合作可使国家主管部门更好地掌握与可疑订单以及涉及表列和非表列化学品的交易有关的情报。例如，为提高相关行业对化学品可能转用问题的认识，一些主管部门向国内的化学品公司提供了国际特别监视清单。采取定期会晤、对话、实地考察和研讨会等方式针对化工和制药企业开展宣传活动将有助于更及时地发现转用企图的变化趋势和模式。

522. 关于该区域内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管制情况综合性述评，可参阅麻管局 2015 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

523. 2008 年至 2014 年，该区域各国查明的新型精神活性物质的数量显著增加，其中绝大部分属于合成大麻素和合成卡西酮组。在该区域各个国家中，查明的新型精神活性物质的数量最多的是新加坡（37 种物质）、日本（31 种物质）和印度尼西亚。2013 年和 2014 年，印度尼西亚政府查明了至少 30 种新型精神活性物质。其中包括合成大麻素、合成卡西酮、苯乙胺、哌嗪类物质和植物制成的新型精神活性物质。虽然其中一些物质可能是从该区域的国家进口的，但还有一些来自其他区域。大韩民国 2013 年缉获 1.8 千克合成大麻素，其中 1.4 千克是从美国进口的。尚未列入管制范围的物质迅速出现，而一些国家辨别此类物质的鉴定能力有限，并且该区域不同国家对这些物质的分类也各有不同，这些因素导致在减少新型精神活性物质带来的区域挑战方面面临巨大挑战。麻管局因此鼓励该区域所有国家的政府参加麻管局关于新型精神活性物质的行动项目（“Ion”项目（新型精神活性物质国际

行动项目））并充分利用麻管局的安全通讯平台（新型精神活性物质国际行动可疑事件通讯系统（IONICS）），以防止非表列新型精神活性物质到达消费市场。

524. 尽管一些国家的氯胺酮缉获量一直在下降，但氯胺酮的滥用仍然是该区域的一个主要问题。虽然氯胺酮不在国际管制之列，但该区域的一些国家已对之实行了国家管制：中国、朝鲜民主主义人民共和国、日本、马来西亚、缅甸、菲律宾、大韩民国、新加坡和泰国。文莱达鲁萨兰国和中国（包括中国澳门特别行政区）的医学专家指出该物质的滥用在增加。在中国香港，氯胺酮的年使用流行率依然高于苯丙胺类兴奋剂。中国仍然存在非法制造氯胺酮的问题，而氯胺酮的制造大量增加，已导致有报告称使用的主要原料发生了改变。中国大陆 2014 年缉获近 12 吨氯胺酮，摧毁超过 80% 的秘密制造氯胺酮的加工点。中国香港也缉获半吨氯胺酮。印度尼西亚和马来西亚报告的氯胺酮缉获量在下降，（印度尼西亚的缉获量从 2010 年的 117 千克下降至 2013 年的 4.7 千克）。

525. 继续有报告称缉获卡痛叶和卡塔叶等植物制成的精神活性物质并铲除了其种植。2014 年泰国报告缉获该区域数量最大的一批卡痛叶（54 吨），高于 2013 年的缉获量（45.5 吨）。马来西亚近来与卡痛叶有关的缉获和逮捕活动增多，2013 年共缉获卡痛叶 9.1 吨，超出上一年 74% 以上。缅甸也报告缉获相当数量的卡痛叶（2013 年缉获 219 千克）。中国香港 2014 年缉获超过 6 吨卡塔叶。在四个物流公司的仓库中，发现了将近 2 吨从非洲进口准备发往美国、加拿大和中国台湾省的卡塔叶。缅甸也报告了最近铲除非法卡痛叶种植的活动。

5. 滥用问题和治疗

526. 该区域的大多数国家继续报告称苯丙胺类兴奋剂特别是甲基苯丙胺出现更广泛的滥用

趋势。文莱达鲁萨兰国、日本、老挝人民民主共和国、菲律宾和大韩民国已经查明苯丙胺类兴奋剂的滥用正在增加。在大韩民国，甲基苯丙胺晶体依然是引起关切的主要毒品，几乎所有入院戒毒治疗的情况都与其有关。在老挝人民民主共和国，甲基苯丙胺片剂的滥用已从城市和陆地边境地区扩大至该国其他地区。即使是在以其他毒品的滥用为主的国家，也报告称甲基苯丙胺的滥用显著增加。马来西亚 2013 年的新增吸毒者最经常滥用的毒品就是苯丙胺类兴奋剂。中国报告称甲基苯丙胺和“摇头丸”的滥用显著增加。在中国澳门，主管部门报告称甲基苯丙胺的滥用与该城市的赌博活动有关联。缅甸报告称自 2005 年以来甲基苯丙胺的滥用更为广泛，与该物质有关的入院戒毒治疗的次数增多就是这方面的佐证。印度尼西亚和湄公河流域各国（柬埔寨、泰国和越南）也报告称亚甲二氧基甲基苯丙胺（“摇头丸”）的滥用变得更为流行。

527. 毒品和犯罪问题办公室估计，2014 年该区域超过 330 万人使用阿片剂，流行率 (0.2%) 低于世界平均值 (0.4%)。海洛因仍然是中国、马来西亚、缅甸、新加坡和越南主要关切的毒品。在该区域，中国滥用阿片剂的人数最多，该国登记的鸦片吸食者人数共计约 146 万，约占该国 2014 年吸毒人数的一半。中国和越南的专家指出，吸毒者越来越多地用合成毒品替代海洛因。印度尼西亚也报告了同样的趋势，低纯度海洛因在印度尼西亚拥有广大的市场，在戒毒中心接受治疗的吸毒人员有很大一部分是海洛因吸食者。与专家在报告中指出的一样，尽管该区域各国并没有定期开展全国性的毒品滥用水平调查，但观察到海洛因的滥用在最近五年呈下降趋势。

528. 东亚和东南亚的注射使用毒品人员的流行率为 0.2%（全球流行率为 0.26%），因此该区域仍然是注射使用毒品人数最多的区域。毒品和犯罪问题办公室估计该区域约有 315 万人注射使用毒品，占全世界注射使用毒品人口

的四分之一。其中约 10.5% 的人携带艾滋病毒。不过，国家一级的数据显示，在包括菲律宾、印度尼西亚、柬埔寨和泰国在内的一些国家，艾滋病毒流行率在注射使用毒品人员之中要高得多，在这些国家分别为 46.1%、36.4%、24.8% 和 21.9%。随着各国对于各种服务和治疗方案（针具交换方案、类阿片替代治疗、抗逆转录病毒治疗和纳洛酮供应方案）的效果证据更为接受，预计该区域将实施更具针对性的服务方案。

529. 该区域一些国家扩大了心理治疗服务的提供，以满足对苯丙胺类兴奋剂使用者的治疗需求。例如，2014 年柬埔寨的公立和私营医疗中心为超过 3,000 人提供了戒毒治疗，其中绝大多数是甲基苯丙胺晶体的吸食者（占 82%）。同样，老挝人民民主共和国也计划扩大其针对苯丙胺类兴奋剂吸毒人员的社区治疗，并在医院、卫生所和教育机构增设了咨询服务。尽管不断提高认识，但还是需要进一步加强对苯丙胺类兴奋剂的治疗标准。

530. 青年人滥用毒品仍然是该区域一个令人担忧的趋势。2014 年在日本学校开展的一项调查显示，在所有类型的毒品滥用中，溶剂和鼻吸剂在青年人中的终身流行率都是最高的（为 0.7%，而大麻、甲基苯丙胺和新型精神活性物质为 0.2%）。所有种类的毒品滥用少年男性中的流行率高于少年女性。考虑到该区域各国的各种关切，麻管局敦促所有相关国家的政府密切监测这一情况并促进实施具体的针对性干预措施。

南亚

1. 主要动态

531. 2014 年，南亚各国政府继续在国家和区域层面合作应对毒品带来的威胁。这些威胁是：阿富汗海洛因贩运；新出现的新型精神活性物

质；甲基苯丙胺片剂和晶体的制造和贩运活动增多；受管制物质从合法渠道转移至非法渠道；滥用含麻醉药品和精神药物的药剂。

532. 在南亚区域所有国家，用于缓解疼痛的类阿片供应和获得量都相对较低。印度政府继续采取多项措施来处理这一情况，包括修改立法，以利于对用于缓解疼痛的类阿片实施简单且统一的监管制度（2015年《麻醉药品和精神药物规则（第三修正案）》）。

2. 区域合作

533. 南亚区域各国继续根据《亚洲和太平洋地区经济和社会合作发展科伦坡计划》在防止毒品滥用和管制事项方面开展合作。通过与澳大利亚联邦警察局等其他组织开展协作，加强了《科伦坡计划》的减少毒品供应和需求方案，这些方案的重点将放在前体化学品管制、边境保护、药剂的滥用和贩运以及法医学药物分析等方面。

534. 孟加拉国禁毒局和印度麻醉品管制局于2015年3月22日和23日在达卡举行了主任级磋商。这两个国家的主管部门商定实行各项机制，以阻止贩运麻醉药品并管制前体化学品的非法使用；交换关于跨境贩运路线的情报；唤起公众认识到贩运毒品问题；加大力度铲除两国间边境沿线的罂粟和大麻非法种植；增加能力建设方面的合作。

3. 国家法规、政策和行动

535. 《科伦坡计划》成瘾问题专业人员认证与教育国际中心在南亚区域为各国的培训员举办了若干次关于吸毒疾患普遍治疗课程的培训活动。2015年5月，作为《科伦坡计划》减少毒品需求方案的一部分在不丹推出了普遍预防吸毒课程，同时正在开展努力，以在不丹开设普遍治疗

课程。该国际中心正致力于翻译和改编普遍治疗课程，以供孟加拉国使用。鉴于南亚区域的婴儿至12岁儿童中的吸毒成瘾发生率和流行率正日益增加，已在《科伦坡计划》的毒品问题咨询方案下着手制定一项关于儿童毒瘾问题的新课程。

536. 2014年，印度议会通过了2014年《麻醉药品和精神药物法（修正案）》。这项修正案对国家的政策和立法做出了重大改动，包括确定一种新的毒品类别，称作“基本麻醉药品”，印度中央政府借此可列出用于医疗和科学用途的毒品，其中将包括吗啡、芬太尼、美沙酮等毒品。对已经确定的基本麻醉药品适用一套全国通行的单一规则，而在修正案通过之前，各邦都曾有过自己的规定。为确保规则统一，修正这些规则的权力由中央政府掌握。根据这项修正案，想使用基本麻醉药品的机构只需获得一项特许，而不必像从前那样需要获得若干特许。这些变化有可能简化获得缓解疼痛和姑息治疗必需药品的手续，使有需要的患者更容易获得这些药品。

537. 这项修正案中包括了关于改善对药物依赖者的治疗和护理的规定。可根据该修正案进行药物依赖性管理，在这方面规定了类阿片替代、维持和其他三级服务的合法化。该修正案还废除了对贩运大量毒品的累犯判处的死刑。各法院可酌情对累犯判处30年监禁以替代死刑。麻管局注意到这一动态，并再次鼓励对涉毒犯罪保留和判处死刑的各国考虑取消对此类罪行的死刑。该修正案进一步规定要加强收缴被控贩毒者的财产。修正案为私营部门参与加工鸦片和罂粟秆浓缩物开辟了道路。

538. 印度政府依据财政部2015年2月5日发布的S.O.376(E)号通知，将甲氧麻黄酮列入1985年《麻醉药品和精神药物法》的附表，归入精神药物的范畴。印度政府另行发布了一项通知，将甲氧麻黄酮列入1985年《麻醉药品和精神药物规则》的附表一，禁止除医疗和科学用途之外生产、制造、持有、销售、购买、运输、仓储、使用、消费、进口、出口和转运甲氧麻黄酮。

539. 印度政府继续发展精神药物制造商和批发商网上登记和提交申报系统。该系统于 2015 年开放供用户登记，印度政府计划在 2015 年年底之前实现强制登记。尽管有这些令人欢迎的发展，但南亚区域为医疗用途获得国际管制药物的数量依然低于世界平均水平，特别是在阿片类止痛药方面。麻管局就此提及其 2015 年题为《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》的报告。

540. 2014 年，不丹通过了 2015 年《麻醉药品、精神药物和药物滥用问题法》，该法取代了 2005 年的一项同名法案。2005 年的法案中存在的一些不足，包括受管制药品和物质的管制与管理方面的条例和程序要求不充分（毒品相关罪行的描述和分类不清楚）；缺少对毒品相关罪行的刑罚规定；缺乏确定此类罪行严重程度的依据；缺少关于药物测试要求的必要性和有效性的规定。新的综合性法律恢复了减少需求和减少供应之间的平衡，解决了 2005 年法律的不足。

541. 为改进港口安全，防止非法使用海运集装箱进行包括贩运毒品和前体在内的跨国有组织犯罪活动，孟加拉国和尼泊尔于 2014 年加入了毒品和犯罪问题办公室与海关组织的全球集装箱管制方案。该方案在南亚区域的以下国家实行：孟加拉国、印度、马尔代夫、尼泊尔和斯里兰卡。

4. 种植、生产、制造和贩运

542. 南亚依然格外容易受到阿片剂和海洛因贩运活动的影响。此外，2014 年依然普遍存在大麻、合成毒品和新型精神活性物质的贩运活动。在报告所述期间，从印度制药行业转移含有麻醉药品和精神药物的药剂以及通过非法的互联网药店贩运此类药剂的情况依然存在。

(a) 麻醉药品

543. 在 2014 年，印度涉及毒品相关犯罪的逮捕次数增多，达到五年中的最高纪录。毒品相关

犯罪的起诉次数自 2013 年以来增加了 50% 以上，定罪次数增加了 127%。

544. 印度麻醉品管制局报告的数据显示，2014 年该国的大多数缉获与三种毒品有关：大麻（5,510 例）、海洛因（4,467 例）和大麻树脂（2,247 例）。

545. 印度缉获大麻的次数增加了 20%，从 2013 年报告的 4,592 例增至 2014 年的 5,510 例。印度主管部门缉获的大麻从 2013 年的 91,792 千克增加到 2014 年的 108,300 千克。2010 年的缉获量最大，为 173.1 吨。大量大麻从尼泊尔贩运到印度。一个相关的趋势是从印度东北各邦贩运大麻到该国东部各邦和其他邦。

546. 2014 年缉获大麻树脂的次数减少了 7.5%（从 2013 年的 2,430 例减少到 2,247 例）。但是，重量却减少了约 50%（从 2013 年缉获的 4,407 千克减少至 2014 年的 2,280 千克，为过去五年中的最少重量）。除了国内生产的大麻树脂之外，还有贩运进入印度的大麻树脂。主要来源是尼泊尔，两国共有的一段漫长、开放的边境很容易被毒贩利用。大麻树脂还采用快递包裹的形式从印度贩运至欧洲和美洲的目的地。

547. 印度缉获海洛因的次数和数量在 2014 年略有下降（从 2013 年报告缉获 4,609 例下降至 2014 年的 4,467 例，从 2013 年的 1,450 千克下降至 2014 年的 1,371 千克）。印度的旁遮普邦与巴基斯坦交界，印度缉获的绝大部分阿富汗海洛因是在该邦缉获的。大包的阿富汗海洛因货物首先经由巴基斯坦走私进入印度，然后分成小包走私至澳大利亚、加拿大和欧洲的主要毒品消费市场。印度邻国的报告也指出缉获了在印度制造的劣质海洛因，但没有关于在印度本国缉获当地制造的海洛因的报告。

548. 南亚的可卡因贩运活动历来有限，但印度过去几年里的年缉获量增加，表明可卡因贩运活动增多。印度 2014 年的可卡因缉获量为 15 千克。

549. 印度 2014 年的鸦片缉获量从上一年的 2,333 千克减少至 1,766 千克,下降了 24.3%。自 2012 年以来,鸦片缉获次数一直在下降,2014 年的缉获量是 2010 年以来的最低点。印度缉获的鸦片疑似源自印度国内非法和合法种植的罂粟。2014 年的吗啡缉获量为 25 千克,与之相比 2013 年的缉获量为 7 千克,2013 年的缉获量已经明显低于 2012 年 263 千克的缉获量。麻醉品管制局继续运用卫星成像、实地调查和情报收集等手段追踪和铲除非法的罂粟种植。执法部门正在开展铲除行动。2014 年确认并铲除了约 2,470 公顷非法种植的罂粟。铲除非法罂粟种植的协调一致努力产生了令人鼓舞的成果,需要清理的地区自 2011 年以来一直在减少。大麻是另一种需要铲除的非法作物。2014 年,铲除了超过 3,198 公顷的大麻,这一数量为 2010 年以来之最。

550. 孟加拉国禁毒局报告称,该国 2014 年审判了 2,689 名与毒品犯罪有关的人员。孟加拉国警方报告称处理了 42,501 起与麻醉药品有关的案件。孟加拉国有一段漫长的边境与印度和缅甸接壤,因此该国容易受到贩毒的影响。此外,孟加拉国有长期的大麻生产和消费史,大麻是该国最常见的被滥用毒品。尽管大麻从印度和尼泊尔走私进入孟加拉国,但也有报告称该国偏远地区有非法种植大麻的情况。2014 年该国的大麻缉获量为 36.48 吨,比 2014 年的 35 吨略有增加。

551. 孟加拉国海关情报和调查总局 2015 年 6 月报告,在吉大港缉获了所谓“液态可卡因”。在据信原产于多民族玻利维亚国的葵花籽油桶中发现了这些被稀释的可卡因。这次缉获似乎证实存在新的可卡因贩运路线和市场,可卡因最近看似正在进入南亚各国。

552. 海洛因缉获量下降了 32.1%,从 2013 年的 123.73 千克减少至 2014 年的 84 千克,该数量是 2009 年以来的最低数量。孟加拉国被滥用的海洛因主要是粗制和纯度不高的制品,街头出售的海洛因纯度估计不超过 5%。据专家称,孟加拉国缉获的大部分海洛因要么是在印度制造的,要么来自阿富汗并取道印度走私进入孟加拉国。与

此同时,来自金三角(老挝人民民主共和国、缅甸和泰国)的高纯度海洛因有时也从东南方向进入孟加拉国。有一些报告称中国缉获了经由孟加拉国的海港贩运的海洛因。达卡机场仍然是向中国、欧洲和中东贩运海洛因的一个过境点。

553. 2013 年,孟加拉国缉获 11.62 千克鸦片,但 2014 年没有报告缉获鸦片。

554. 从印度向孟加拉国贩运含可待因的止咳糖浆例如 phensedyl 的现象继续见诸报告。尽管孟加拉国禁止含可待因的止咳糖浆,但印度允许将 phensedyl 用于医疗。2014 年,孟加拉国缉获 748,730 瓶含可待因的制剂,与 2013 年 987,661 瓶的缉获量相比有所减少。自 2012 年以来,phensedyl 的缉获量持续减少,2014 年的缉获量是自 2009 年以来最少的。丁丙诺啡和哌替啶(化学名称为杜冷丁)等可注射合成阿片剂继续贩运至孟加拉国。缉获的丁丙诺啡在 2013 年减少至 99,509 安瓿。

555. 2014 年,不丹主管部门登记的毒品案件数量达到历史最高纪录(644 例)。绝大多数案件(占 90%)与持有受管制物质有关。人工种植和野生的大麻是最常见的被滥用毒品。大麻和少量劣质海洛因也从印度走私进入不丹。

556. 2014 年,有报告称在尼泊尔与印度接壤地区及尼泊尔内陆出现非法种植的和野生的大麻。尽管尼泊尔政府每年都开展铲除大麻的行动,但非法种植活动在本报告所述期间仍在继续。尼泊尔与印度之间的边境疏于防范,使大麻贩运活动有机可乘。2011 年至 2013 年期间的大麻缉获量骤然增加,2012 年的缉获量为 15 年来的最高纪录,达到 47,086 千克,但缉获量于 2014 年下降至 6,910 千克。

557. 据报告称,从尼泊尔沿陆路贩运至印度和中国以及经空运抵达加拿大、日本、俄罗斯联邦、美国和欧洲等目的地的大麻树脂也呈现类似的趋势。2014 年,在尼泊尔缉获 2,053 千克大麻树脂,相比之下,2013 年缉获 1,931 千克,而 2012 年的缉获量达到最高纪录,为 5,169 千克。

558. 2014 年，尼泊尔的海洛因缉获量继续呈下降趋势：2014 年的海洛因缉获量为 3.8 千克，而 2013 年为 12.42 千克，2012 年为 15.7 千克。来自亚洲西南部和东南部的海洛因穿越尼泊尔与印度接壤的边境并经由加德满都国际机场走私进入尼泊尔。据报告，毒贩也将尼泊尔作为过境国，经尼泊尔将海洛因走私进入澳大利亚、中国和荷兰等目的地。也缉获了从印度走私而来的少量劣质海洛因，它们主要拟在尼泊尔国内消费。

559. 还有证据显示尼泊尔存在非法的罂粟种植。尚未开展广泛调查来确认种植的范围，但有报告称在执法机构难以到达的偏远山区有小片种植。尚未在尼泊尔侦查到非法的海洛因制造点。据尼泊尔麻醉品管制局称，非法鸦片也正走私进入印度。

560. 尼泊尔于 2012 年记录了第一起可卡因贩运案件。从那以后贩运可卡因的案件一直在增加。2014 年确认有毒贩从纳米比亚、巴基斯坦和泰国经由巴西将可卡因贩运进入尼泊尔。有报告指出，尼泊尔也被作为可卡因走私的过境点。2014 年，报告称尼泊尔缉获 5.5 千克可卡因。2015 年 4 月，在加德满都国际机场缉获 11 千克可卡因，这是迄今为止尼泊尔可卡因缉获量最大的一次。

561. 2014 年，尼泊尔主管部门以贩运毒品罪逮捕 2,918 人，而 2013 年为 2,673 人。尼泊尔麻醉品管制局报告称，卷入贩毒的尼泊尔国民人数日增。以前主要是外国人从事贩毒活动。

562. 向斯里兰卡贩运海洛因的活动逐步增多。主要贩运路线是经由海路从印度南部(印度海洛因)和巴基斯坦(阿富汗海洛因)进入斯里兰卡。海洛因装在海运集装箱和渔船中走私进入斯里兰卡。2014 年，缉获 313 千克海洛因，与上一年相比减少约 11%。

563. 除经由固定的海运路线之外，毒品还经常被空运进入斯里兰卡(主要经由科伦坡国际机场)。近年来，在机场缉获的大部分海洛因是从来自巴基斯坦的贩运者身上发现的。这些人使用各种方法(包括吞服和体内藏毒)以及各种设备和行李运送毒品。

564. 斯里兰卡被滥用的毒品主要为大麻和海洛因。该国存在大麻的非法种植。估计 2014 年的大麻种植面积接近 500 公顷。大麻滥用已成为一个重大问题。斯里兰卡没有报告大麻树脂的生产。2014 年缉获了来自印度的 19,644 千克大麻。与 2013 年相比，2014 年的大麻缉获量减少了 76%。

(b) 精神药物

565. 南亚越来越多地出现非法制造苯丙胺类兴奋剂的活动。滥用苯丙胺类兴奋剂的情况也与日俱增。从印度走私而来的在印度非法制造的粉状苯丙胺类兴奋剂越来越多，该国正成为南亚区域此类兴奋剂的主要来源国。来自缅甸的含苯丙胺类兴奋剂的药片也正走私进入印度贩运。2014 年缉获苯丙胺类兴奋剂 196 千克，是 2013 年缉获量(85 千克)的两倍多，几乎是 2012 年缉获量(41 千克)的五倍。苯丙胺类兴奋剂的缉获次数和缉获量逐步增加。2014 年报告称缉获苯丙胺类兴奋剂 42 次，为五年里缉获次数最多的一年。2014 年，印度麻醉品管制局报告称摧毁了五个非法加工点，并从这些加工点缉获了 155 千克的苯丙胺以及 162 千克的麻黄碱和伪麻黄碱。

566. 印度的甲喹酮缉获量骤减，从 2013 年的 3,205 千克减少到 2014 年的 54 千克，后者是五年中的最少缉获量。甲喹酮通常装在快递包裹中贩运至澳大利亚、加拿大、埃塞俄比亚、南非、联合王国以及东南亚各国。

567. 中国和印度被认为是多种新型精神活性物质的主要来源，其中之一是甲氧麻黄酮，³⁸ 近些年来世界各地都有这种物质被滥用的现象增多的报告。印度是向多个海外目的地贩运甲氧麻黄酮的源头国。在确定管制甲氧麻黄酮并将其列入受管制精神药物之后，印度开展了各种缉查活动(2015 年 1 月至 6 月缉获 1,106 千克)。

³⁸ 麻醉药品委员会于 2015 年 3 月将此物质纳入了《1971 年公约》的管制范围。

568. 2014年，印度缉获麦角酰二乙胺109克，这是过去五年里最多的一次缉获量。

569. 在孟加拉国，“yaba”（甲基苯丙胺）依然从缅甸跨越东南部边境走私进入。孟加拉国执法机构在过去五年里的“yaba”缉获量迅速增加。2014年缉获676万片“yaba”，与2013年（280万片）相比增加了141%。2014年的缉获量为2009年以来的最大数量。缉获量自2011年以来急剧增加。由于孟加拉国靠近缅甸并且其国内需求猛增，使该国成为“yaba”的巨大市场。主要使用渔船从缅甸走私“yaba”。“yaba”被用于交换其他被滥用的毒品，例如丁丙诺啡和镇静剂，随后将交换得来的毒品反过来从孟加拉国走私至缅甸。

570. 有报告称装有地西洋和丁丙诺啡的安瓿瓶从印度走私进入尼泊尔。2014年，在尼泊尔缉获44,495安瓿地西洋和37,000安瓿丁丙诺啡，而2013年的缉获量分别为43,227安瓿和30,887安瓿，2014年比2013年略有增加。

(c) 前体

571. 印度合法制造的麻黄碱和伪麻黄碱转入非法渠道的问题依然是执法机构面临的一项重大挑战。印度的禁毒执法机构继续报告缉获从印度贩运至缅甸用于提取麻黄碱和伪麻黄碱的含此类前体的药剂。2014年也报告了向东南亚贩运麻黄碱和伪麻黄碱的例子。印度缉获的麻黄碱和伪麻黄碱数量急剧减少，从2013年的6,655千克减少至2014年的1,662千克。

572. 孟加拉国的化工和制药工业蒸蒸日上，该国最近已成为麻黄碱和伪麻黄碱等甲基苯丙胺前体的来源国和过境国。2015年，孟加拉国主管部门面临的毒品相关挑战依然是从该国合法市场转移和走私运出含前体的药剂这一问题。

573. 关于该区域内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管制情况综合性述

评，可参阅麻管局2015年关于《1988年公约》第12条执行情况的报告。

(d) 未受国际管制的药物

574. 印度依然是贩运至东南亚的氯胺酮的来源国之一。自2011年2月以来，氯胺酮一直属于根据1985年《麻醉药品和精神药物法》受到管制的药物。2014年，印度执法机构缉获32千克氯胺酮，与2013年的缉获量（1,353千克）相比大幅减少。缉获量表明氯胺酮的贩运目前可能正在减少，原因是最近修正1985年《麻醉药品和精神药物法》之后主管部门加紧了管制。

5. 滥用问题和治疗

575. 大多数南亚国家没有定期开展国家毒品问题调查；因此需要从其他来源获得关于毒品滥用和流行情况的信息。南亚区域最经常滥用的毒品是大麻。根据《2015年世界毒品问题报告》，南亚大麻滥用流行率估计约为3.5%，即为3,300万人。据毒品和犯罪问题办公室称，南亚人口中的年度鸦片滥用流行率保持在0.3%不变，继续低于0.7%的世界年度估计流行率。

576. 2013年南亚15岁至64岁人口中的估计注射毒品滥用流行率（来自南亚区域各国的最新资料）稳定在0.03%，与全球0.26%的流行率相比是一个极低的数字。如前文所述，缺乏关于南亚区域毒品滥用情况的可靠数据可能是导致报告的流行率如此之低的原因。

577. “yaba”（甲基苯丙胺）和含可待因制剂的滥用在孟加拉国继续广泛存在，并且仍在增多。在街头流浪儿童中，用鼻子吸入胶剂和溶剂的情况十分普遍。丁丙诺啡主要从印度走私进入孟加拉国，目前是注射毒品滥用者最常使用的毒品之一。哌替啶曾经是注射毒品使用者滥用的主要毒品，但在过去30年，由于出现了丁丙诺啡并且哌替啶的价格高，导致对哌替啶的滥用减少。

578. 2014 年，孟加拉国逐步加强了打击毒品滥用和毒品贩运的运动。此项运动的内容包括发放海报、传单、贴纸和小册子。此外，该国还在学校举办了演讲和讨论会，并与世卫组织共同拍摄了多部电影短片。2014 年，在私营医疗中心接受治疗的患者从 2013 年的 8,108 人增加到 10,364 人。在接受戒毒治疗的孟加拉人中，妇女依然只占极少一部分，2014 年仅有 25 名女患者接受治疗。

579. 印度政府高度重视毒品滥用问题。总理通过多个平台向父母们宣传应当与子女更多地相处。政府重点强调培养技能，也鼓励吸毒者这样做。

580. 2015 年 1 月，印度政府批准并启动了一项经过修改的协助防止酗酒和药物（毒品）滥用以及协助提供社会防护服务的计划，其中包括提供财政协助和住房津贴，对有酗酒和滥用毒品问题的人推出了可免费拨打的全国服务热线。该计划旨在提供全方位的服务，例如开展提高认识活动以及通过自愿组织和其他组织来实现对吸毒成瘾者的鉴定、辅导、治疗和康复。该计划旨在凭借预防性教育方案和吸毒致瘾者全身心康复治疗等主要支柱，减少对酒精和其他致瘾物质的需求和消费。

581. 孟加拉国、印度和尼泊尔都实施了全面的吸毒者艾滋病毒预防一揽子措施，包括针头和注射器方案以及类阿片替代治疗。

582. 印度根据其 2013-2014 年国家艾滋病控制方案针对注射吸毒者建立了 45 个新的类阿片替代治疗中心，在一年内使提供的此类服务增加了一倍。卫生和家庭福利部的艾滋病控制司正通过遍布 30 个邦和联邦属地的 150 多个专门医疗中心协助提供类阿片替代治疗服务。印度 2013 年顺利完成试点项目之后，决定通过卫生部推广美沙酮维持治疗方案并增加诊所采用该方案的程度。

583. 2015 年，毒品和犯罪问题办公室公布了在印度东北部妇女中开展的第一次研究的结果。这次研究确定了那些妇女的吸毒模式、吸毒对她们

的负面影响以及限制她们获得服务的障碍。研究还建议今后拓展为妇女提供的各项服务的性质和范围。

584. 大麻和海洛因仍然是斯里兰卡最常见的两种被滥用毒品。鸦片、阿片剂以及吗啡、美沙酮和曲马多等类阿片在斯里兰卡的滥用也见诸报告。但是，这些药物不是在斯里兰卡制造的。2014 年共有 1,646 人接受戒毒治疗，其中 1,414 人接受了类阿片成瘾治疗，915 人接受了大麻成瘾治疗。

585. 斯里兰卡并不制造任何合成毒品或前体化学品，但有报告称，使用包括甲基苯丙胺和 MDMA（“摇头丸”）在内的苯丙胺类兴奋剂以及麦角酰二乙胺和氯胺酮等其他合成毒品的情况在增加。

586. 在尼泊尔，含可待因的止咳剂、丁丙诺啡、地西洋、硝西洋和吗啡是常见的被贩运和滥用的含受管制物质的药剂。

587. 马尔代夫的毒品滥用问题日增，特别是在占总人口三分之一的年轻人中间。主管部门报告称，几乎有一半（46%）滥用毒品的年轻人年龄在 16 岁至 24 岁之间。能在马尔代夫获得的毒品种类越来越多，而海洛因和大麻液（hash oil）是最普遍使用的毒品。马尔代夫落实了阿片剂替代疗法。

西亚

1. 主要动态

588. 中东一些地区尤其是伊拉克、阿拉伯叙利亚共和国和也门等国的持续动荡和不安全局势继续破坏执法工作，给该区域各国之间的禁毒努力带来了挑战。边境管制不力，跨国人口流动加剧，必然有利于向该区域的各个市场贩运毒品，可能导致更多的人吸毒。

589. 该区域一些国家的人道局势显著迅速恶化，继续严重威胁和平与安全，数百万居民因而流离失所，产生了各种影响。逃离冲突地区特别是逃离伊拉克和阿拉伯叙利亚共和国的难民举步维艰，饱受创伤，因而特别容易受到贩毒和毒瘾的影响，沦为贩毒和吸毒成瘾高危人群。许多地区缺乏政府的管制，没有遵纪守法的氛围，在这些地区几乎不可能监测药物管制活动。

590. 武装冲突和难民危机局势导致对应急用品包括对医疗用途的国际管制物质的需求不断增加。但是，由于完全依赖紧急援助来供应，一些地区的应急用品发放量不足或极为有限。在这种情况下，麻管局提请注意其 2014 年的年度报告所载关于在紧急情况下提供麻醉药品和精神药物的专题，³⁹ 并提醒所有国家注意，根据国际人道主义法，武装冲突各方有义务不阻碍向处于其有效控制下的领土上的平民提供医疗护理。这其中就包括不阻碍获得必要的麻醉药品和精神药物。

591. 长期缺乏关于该区域各国的非法药物生产、贩运和滥用情况的可靠信息官方来源，在这种背景下，有几份媒体和传闻报告称，阿拉伯叙利亚共和国武装冲突所有参与各方当中都有广泛滥用假冒的苯丙胺乙茶碱片（含苯丙胺）的情况。

592. 该区域的药物管制形势依然复杂：《2015 年阿富汗鸦片调查》在“内容提要”中提到的最近期估计数显示，作为该区域禁毒努力一个重要因素的阿富汗非法种植罂粟情况可能正在改善，然而，贩运毒品和非法制造海洛因仍然是引起各过境国和目的地国政府所关切的问题。国际安全援助部队在阿富汗的任务于 2014 年 12 月结束，这或许会对该国的安全局势产生进一步负面作用，因而也就会对药物管制形势造成影响。

593. 《2015 年阿富汗鸦片调查》的内容提要已经发表，其中指出，阿富汗非法种植罂粟的估计总面积有所下降，2015 年共计 183,000 公顷。这意义重大，也是六年来的第一次。这一数字低于 2014 年，当时的非法罂粟种植总面积是 224,000 公顷，达到了有纪录以来的最高水平。但是，2015 年的种植面积仍然在 1994 年开始对此进行估算以来所报告最高数量中占第四位。估算方法最近发生的变化有可能加大了降幅（19%）：据说数据的可靠性在 2014 年到 2015 年期间有了重大改善。不过，在比较不同年份的结果时必须慎重。该国潜在的罂粟产量估计数 2014 年为 6,400 吨，2015 年降至 3,300 吨。与此相似，罂粟的平均每公顷单位产量 2014 年为 28.7 千克，2015 年降至 18.3 千克。同一时期内，省长领导的罂粟铲除核实总面积 2015 年增加到了 3,760 公顷，2014 年为 2,693 公顷。

594. 中亚各国报告称，2014 年缉获的源自阿富汗的阿片剂数量下降。尽管如此，对从事贩毒的犯罪集团而言，中亚次区域作为从阿富汗向俄罗斯联邦和欧洲的市场走私阿片剂的通道，仍有吸引力。此外，亚美尼亚、白俄罗斯、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦和俄罗斯联邦组成的欧亚经济联盟各国之间的边境取消了海关管制，可能给禁毒执法部门带来额外的挑战。

595. 与往年一样，在中东次区域几乎可以获得所有毒品，贩毒网络主要将该区域作为走私可卡因、海洛因和苯丙胺类兴奋剂的过境区。各种缉获报告都显示 2014 年中东出现可卡因贩运增长的趋势。不同的报告都指出，可卡因的缉获量增加，尤其是在约旦、沙特阿拉伯和阿拉伯联合酋长国。

2. 区域合作

596. 阿富汗问题伦敦会议于 2014 年 12 月 4 日举行，有 50 多个国家、多边组织和非政府组织

³⁹ E/INCB/2014/1, 第 228-238 段。

的代表以及阿富汗民间社会的代表参加了会议，共同讨论阿富汗的发展、治理和稳定问题，包括与药物管制有关的问题。借助这次会议提供的平台，阿富汗政府阐述了其改革愿景，国际社会也展示了对阿富汗的支持和声援。

597. 集体安全条约组织首脑会议于 2014 年 12 月 23 日在莫斯科召开，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的总统出席会议，并通过了集体安全条约组织 2015-2020 年禁毒战略。

598. 在 2015 年 5 月于杜尚别举行的一次会议上，集体安全条约组织成员国的禁毒执法部门负责人讨论了阿富汗的局势，并决定继续开展合作，处理制造和分销新型精神活性物质的问题，还决定制定 2016-2017 年行动计划。

599. 在 2015 年 7 月于俄罗斯联邦的乌法举行的首脑会议上，上海合作组织国家元首理事会决定接受印度和巴基斯坦加入该组织。上合组织的主要目标是创造和维持其成员国的和平、安全和稳定，包括实行药物管制。在这次首脑会议上，上合组织通过了一项发展战略，其中概述了至 2025 年的优先领域，包括与区域稳定和药物管制有关的问题，并将应对毒品挑战的计划纳入了国家首脑理事会在这次会议上发布的宣言。上合组织成员国对阿富汗的麻醉药品制造规模表示了关切，这个问题威胁到了该区域的发展和

安全。

600. 中亚区域信息和协调中心是打击麻醉药品、精神药物及其前体的贩运活动的常设政府间机构，继续发挥区域平台的作用，促进交换与打击毒品贩运有关的信息与经验，并增进执法合作。

601. 一些区域组织和次区域组织，例如海湾阿拉伯国家合作理事会及其禁毒刑事情报中心、阿拉伯国家联盟及其阿拉伯内政部长理事会和阿拉伯卫生部长理事会，继续积极促进阿拉伯国家之间包括在药物管制领域的合作与工作协调。

602. 2015 年 6 月，麻管局参加了迪拜警察局组织的第 11 次国际药物管制会议。中东和北非各国的内政部和麻醉品管制机构的代表以及海湾合作理事会的代表出席了会议，重点讨论了在为合法用途获得管制物质的同时防止转用和滥用的问题，并举办了一次讲习班，以指导各国代表团确认各项可纳入国家战略的建议。

603. 卡塔尔内政部 2015 年 5 月在多哈组织了一次国际禁毒论坛，建议采取多项措施应对该区域新出现的贩毒趋势，具体办法包括建立预警观测站和纳入新的法律规定，把利用互联网助长非法药物使用的行为定为刑事犯罪。

3. 国家法规、政策和行动

604. 合成药物和新型精神活性物质的滥用已成为西亚令人关切的问题，为打击迅速发展的合成药物非法市场，遏制新型精神活性物质的出现，该区域的一些国家修订了本国立法，并开始将一些新型精神活性物质纳入国内管制的范围。亚美尼亚政府于 2015 年 5 月修订了国内立法，将 114 种新型精神活性物质列入了国内管制物质清单。

605. 格鲁吉亚政府 2014 年 3 月通过了一揽子立法修正案，根据该修正案，现在非法贩运含可待因、麻黄碱、去甲麻黄碱或伪麻黄碱的药剂将受到刑事起诉。

606. 哈萨克斯坦新的刑法和刑事诉讼法于 2015 年 1 月生效，其中规定了贩运麻醉药品和精神药物类似物的犯罪应承担的刑事责任。此外，哈萨克斯坦还于 2014 年 7 月强化了关于麻醉药品、精神药物及其类似物和前体的法律（这是该国主要的药物管制立法）并增补了关于将类似物列入附表的规定。

607. 2014 年，吉尔吉斯斯坦政府批准了一项麻醉品管制战略和执行计划，其中阐述了 2014-2019 年药物管制领域的措施和活动。该战略力

求通过开展包括提高认识运动在内的各种活动，在国内的年轻人中推广健康的生活方式。该战略还旨在加强吉尔吉斯斯坦的执法机构，并改进减少毒品需求和预防工作，包括落实三级预防措施，如更换注射针头、心理咨询、提供保健服务和开展教育活动，以及贯彻治疗和康复方案。

608. 为防止滥用不受国际管制的物质，土耳其于 2014 年将 246 种新型精神活性物质纳入国内管制的范围。此外，该国于 2015 年 1 月在药物管制法第 19 条中增补了关于通用列表的规定。

609. 以色列政府采取了立法措施遏制不断增长的新型精神活性物质的市场，尤其是抑止此类物质在青年人中的流行。2014 年，新型合成大麻素及其衍生物被该国的立法列为麻醉药品。

610. 2015 年 6 月，阿拉伯联合酋长国的卫生部门建议将卡瓦（卡瓦胡椒）、卡痛（帽柱木桐）和致幻鼠尾草这三类植物材料增列进入该国 1995 年第 14 号联邦法律中关于麻醉药品和精神药物应对措施的第 2 条的附表 4。

611. 阿拉伯联合酋长国还开展了努力，采取包括针对含受管制麻醉药品和精神药物的药物建立电子处方发放和配药系统在内的创新措施，对涉及管制物质、限制使用的药品和精神药物的处方开具程序进行标准化规范。

612. 2015 年 2 月，土库曼斯坦通过一项修正案加强了其关于麻醉药品、精神药物和前体的主要药物管制法律，根据该修正案，因贩运麻醉药品、精神药物或前体而被定罪的人不得赦免。

613. 约旦安全总局与劳动部达成了多项就业协定，以保障犯人包括那些因涉毒而被判刑的人能在刑期或治疗期结束时找到工作。此外，约旦社会保障制度内开展的一些改革也将扩大社会保障系统的范围，把康复中心纳入其中。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

614. 西亚仍然广泛存在大麻的生产、贩运和滥用。大麻植物、大麻籽和大麻油在该区域被频繁缉获，仍然是该区域最广泛滥用的物质。阿富汗仍被看作全世界最大的大麻树脂生产国。根据联合国毒品和犯罪问题办公室 2009 年至 2011 年期间的年度调查结果，该国非法种植和生产大麻的趋势据信处于稳态，但自那时以来并未开展过系统化的数据收集工作。继续有报告称黎巴嫩的贝卡山谷非法种植大麻，当地的铲除工作一直在持续。

615. 根据提供给麻管局的数据，2014 年西亚的大麻缉获量增加，但以色列的情况例外，2014 年的大麻药草和大麻树脂缉获量与 2013 年相比大幅减少（大麻药草从 38 千克减少到七千克，大麻树脂从 320 千克减少到六千克）。按缉获量的降序排列，2014 年报告缉获最大数量大麻的国家依次为沙特阿拉伯、约旦和黎巴嫩。根据沙特阿拉伯主管部门提供给麻管局的数据，该国的大麻药草缉获量几乎增加一倍：2011 年为 23 吨，2014 年则增加到接近 38 吨。

616. 经常在黎巴嫩拦截到大批运往利比亚的大麻货物，2014 年缉获约三吨大麻药草，与 2013 年的 164 千克的缉获量相比出现大幅增长。此外，黎巴嫩警方在 2015 年初就已缉获共计二吨正运往利比亚的大麻。同样，2014 年还缉获了近七吨跨越陆地边境走私进入约旦的大麻，其中约有 20% 为大麻树脂。

617. 《2015 年阿富汗鸦片调查》估计，阿富汗 2015 年的非法罂粟种植总面积为 183,000 公顷。即使将 2014 年至 2015 年期间实行方法变更产生的影响考虑在内，这一数字与上一年达到的 224,000 公顷历史记录最高水平相比，仍有明显下降。虽然 2015 年出现了 2009 年以来的首次减少，但从绝对值看种植水平依然处于高位。2015 年非法罂粟种植面积的估计数在 1994 年开始对此进行估算以来所报告的最高数量中仍占第四位，排在前面

的仅有 2007 年、2013 年和 2014 年。阿富汗的鸦片潜在产量估计数相应出现下降，为 3,300 吨（比 2014 年少 48%）。这种低产量估计数据信是由于种植总面积减少造成的，同时也由于每公顷的平均单位产量大为下降。造成平均产量下降的原因据说是某些地区干旱缺水，可能影响到了植物密度。2015 年的平均鸦片产量为每公顷 18.3 千克，而 2014 年为每公顷 28.7 千克（减少了 36%）。

618. 2015 年，阿富汗非法罂粟种植的 97% 位于该国东部、南部和西部地区，其中安全状况最差的省份。这三个地区 2015 年罂粟种植水平的相对下降幅度也最大（与 2014 年相比，分别为 40%、20% 和 10%），而中部和北部地区出现激增（分别增加了 38% 和 154%）。该国东北部的罂粟种植水平保持了稳定。然而必须考虑到，估算方法近期的变更，对这些比较数字有一定程度上影响。在省份一级，赫尔曼德省仍占阿富汗全部非法罂粟种植的 47% 以上。

619. 阿富汗政府继续努力铲除该国的非法罂粟种植，2015 年将铲除罂粟的总面积提高到了 3,760 公顷。但是，与阿富汗非法罂粟种植的估计总面积相比，铲除的总面积就绝对值而言仍然是十分有限的（1-2%）。

620. 从阿富汗出发取道伊朗伊斯兰共和国是从西亚进入欧洲的最短贩毒路线之一，每年都在这条路线上缉获大量产自阿富汗的阿片剂，主要是鸦片和海洛因。因此，伊朗伊斯兰共和国仍然是全世界鸦片缉获量最大的国家：2014 年缉获了 393 吨鸦片。该国主管部门 2014 年共计缉获 511 吨毒品，与之相比，2013 年的缉获量为 555 吨。

621. 取道南高加索的海洛因贩运路线不断变化。根据提供给麻管局的数据，2013 年在格鲁吉亚缉获 117 千克海洛因，2014 年的缉获量则增加到超过 591 千克；2014 年阿塞拜疆的缉获量共计约 296 千克，与之相比 2013 年的缉获量为 101 千克。亚美尼亚也报告称海洛因缉获量显著增加，2014 年该国缉获超过 850 千克海洛因，而往年该国的

海洛因缉获量都不大（2012 年和 2013 年的缉获量都不足五克）。

622. 中亚的毒品缉获量呈下降趋势。特别是该次区域的海洛因缉获量下降了 24.6%，从 2013 年的 1.6 吨减少至 2014 年的 1.2 吨。哈萨克斯坦的海洛因缉获量下降 48%（从 754 千克减少到 392 千克），乌兹别克斯坦的海洛因缉获量下降了 12.4%（从 121.6 千克减少到 106.5 千克）。只有吉尔吉斯斯坦和塔吉克斯坦报告称海洛因的缉获量略有增加，分别从 247 千克和 483 千克增加到 285 千克和 507 千克。在土库曼斯坦，海洛因缉获量从 2013 年的 12.6 千克减少到 2014 年的 1.8 千克。

623. 该区域各国继续在集体安全条约组织的框架内合作打击贩毒活动。特别是因为在 2015 年 5 月 18 日至 22 日开展麻醉品管制行动“通道巡逻”，缉获超过 12 吨麻醉品，其中包括七吨多鸦片、约三吨哈希什大麻脂、超过一吨的海洛因和 126 千克大麻树脂。该行动是亚美尼亚、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等国的执法机构合作开展的，阿富汗、中国和伊朗伊斯兰共和国的相关机构以及国际刑警组织作为观察员参与了这次行动。

624. 同样，提供给麻管局的数据显示中东各国 2014 年的海洛因缉获量下降。该区域若干国家的海洛因缉获量在 2013 年曾经显著增加，但在 2014 年却出现下降，特别是在约旦、黎巴嫩、沙特阿拉伯和以色列（按海洛因缉获量降序排列）。2015 年 7 月，巴基斯坦和阿拉伯联合酋长国联合开展安保行动，捣毁了一条重大的海洛因供应链，逮捕 40 名毒贩并缉获 150 千克海洛因。

625. 提供给麻管局的数据显示，2014 年中东次区域的鸦片年缉获量也很少，各国的缉获量不等，少到约旦的 34 克，大到沙特阿拉伯的约四千克。

626. 2014 年西亚的可卡因贩运程度继续加大，该区域一些国家报告可卡因的贩运显著增加。例如，沙特阿拉伯报告称可卡因缉获量增加，

从 2013 年的 4.6 千克增加到 2014 年的 533.5 千克，约旦报告称缉获量从 2013 年的 12 千克激增至 2014 年的 319 千克。

627. 与往年一样，毒贩仍然将阿拉伯联合酋长国的领土作为过境区从南美洲向非洲和亚洲走私毒品。2015 年 6 月，尼日利亚、南非和土耳其逮捕了从阿拉伯联合酋长国的迪拜过境的可卡因毒贩。

628. 另外，南美洲生产的可卡因，特别是源自墨西哥并运往以色列和黎巴嫩的可卡因的缉获量日增，这些可卡因都是经由约旦和沙特阿拉伯转运时缉获的；其中大多数可卡因用海运集装箱贩运，在海港被缉获；黎巴嫩主管部门在 2014 年的前 8 个月缉获 320 千克可卡因，约旦主管部门 2014 年拦截 319 千克可卡因，而 2013 年的这一数量为 12 千克。

(b) 精神药物

629. 根据缉获数据，西亚大多数国家都存在贩运含精神药物的药剂的活动。特别是镇静药和抗焦虑药(例如地西洋和硝西洋)片剂的滥用非常普遍，这可能表明国家管制合法分销含管制物质处方药的制度存在薄弱之处。麻管局呼吁有关国家提高对此类药剂的转用、贩运和滥用的警惕性，并加强对含管制物质的药剂的国内分销渠道的管制。

630. 中亚各国缉获的精神药物的数量相对较少。2014 年，哈萨克斯坦主管部门报告缉获 13,983 瓶和 3,496 片精神药物。同一年塔吉克斯坦执法部门报告缉获 2,590 片亚甲二氧基甲基苯丙胺，2,025 片苯巴比妥和 10 片地西洋。吉尔吉斯斯坦 2014 年缉获的药剂总量为 3,604 克。

631. 有越来越多的西亚国家报告存在苯丙胺类兴奋剂的贩运和滥用，特别是苯丙胺、甲基苯丙胺和亚甲二氧基甲基苯丙胺的滥用，并提到 2014 年“摇头丸”一类的物质在黎巴嫩的滥用明显增多。2014 年有报告称在以色列缉获大量

亚甲二氧基甲基苯丙胺(“摇头丸”)，在沙特阿拉伯缉获大量苯丙胺。

632. 伊朗伊斯兰共和国报告的苯丙胺类兴奋剂缉获量大幅下降。2014 年该国缉获 2,644 千克苯丙胺类兴奋剂，与上一年相比减少 28%。伊朗伊斯兰共和国 2014 年捣毁 340 个秘密毒品加工厂，与 2013 年(捣毁 445 个秘密加工厂)相比减少了 24%。

633. 中东大多数国家继续报告缉获假冒的苯丙胺乙茶碱片(据信含有苯丙胺)。特别是，黎巴嫩、沙特阿拉伯、阿拉伯叙利亚共和国 2014 年都报告称缉获了数量高于往年的以“苯丙胺乙茶碱”为名非法制造的苯丙胺。大多数苯丙胺乙茶碱片跨越了约旦与阿拉伯叙利亚共和国之间的非官方边防口岸经由约旦过境走私进入主要的最终目的地沙特阿拉伯。据报告称，2015 年 10 月在贝鲁特国际机场缉获了运往沙特阿拉伯的二吨苯丙胺乙茶碱。

634. 中东各国继续报告存在苯丙胺的贩运和滥用活动。沙特阿拉伯是苯丙胺片剂的缉获数量增长明显的国家之一，该国 2014 年缉获超过一亿片苯丙胺，而 2013 年的这一数字为 5,700 万片。此外，约旦 2014 年缉获了 3,200 万片苯丙胺。

635. 2014 年 3 月，沙特阿拉伯和巴林的禁毒执法部门联合开展特别行动，捣毁了一条贩运路线并缉获 2,200 万片苯丙胺片。

636. 2014 年约旦主管部门缉获超过 4,300 万片苯丙胺，这些苯丙胺是使用一种从开麦特灵片中获得抗震颤麻痹剂普环啶制成的，它们源自印度并经空运走私进入约旦。普环啶显然与其他物质进行了混合以产生致幻作用。约旦似乎已成为一个过境国，超过 98% 的此类毒品取道约旦运往伊拉克。

(c) 前体

637. 2014 年阿富汗缉获的用于非法制造海洛因的关键前体化学品醋酸酐的数量下降。毒贩改变

贩毒路线和作案手法可能是导致缉获量下降的原因之一。此外，作为阿富汗黑市化学品供应情况的风向标，2014 年的醋酸酐黑市价格略有上升，这可能是由于该国大量的鸦片生产导致需求增长造成的。麻管局促请该区域会员国的所有相关利益攸关方加大国家主管执法部门之间交换毒品相关情报的力度，包括通过中亚区域信息和协调中心、阿富汗、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦联合规划机构以及海湾合作理事会禁毒刑事信息中心等相关的区域情报中心交换情报。

638. 贩毒组织继续利用中亚各国的领土转移和贩运前体化学品。哈萨克斯坦 2014 年缉获的前体共计达到 729 吨。吉尔吉斯斯坦执法部门报告称缉获共计 6,197 吨前体化学品。

639. 关于该区域内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管制情况综合性述评，可参阅麻管局 2015 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

640. 该区域一些国家继续报告存在对氯胺酮和卡塔叶等不受国际管制物质的滥用。曲马多这种不受国际管制的合成类阿片的滥用继续见诸该区域一些国家的报告。有报告称在黎巴嫩出现滥用致幻鼠尾草和合成大麻素的新模式。

641. 2014 年继续有报告称在土耳其缉获不受国际管制的物质。在该国缉获了共计 773 千克合成大麻素。格鲁吉亚的报告提到，该国 2014 年 5 月通过了关于新型精神活性物质的新法律，此后，2014 年 6 月至 12 月期间该国的新型精神活性物质（当地俗称“bios”和“spices”）的消费量减少了 90%。

5. 滥用和治疗

642. 根据最新提供的数据，2012 年阿富汗的吸毒人数估计在约 130 万至 160 万之间，滥用阿片剂的吸毒者占阿富汗总人口的 2.65%。与其他许多国家相比，阿富汗社会的年纪较大人群的吸毒比例似乎最高（45 岁及以上人口有 9% 吸毒）。阿富汗的吸毒总体流行率估计为 6.6%，城市地区的吸毒流行率估计约为 5.3%。尽管阿富汗戒毒治疗中心的数量从 2009 年的 43 处增加到 2012 年的 102 处，2013 年又增加至 108 处，但阿富汗仍然仅能向不到 8% 的鸦片和海洛因吸食者提供戒毒治疗。

643. 2014 年伊朗伊斯兰共和国的吸毒人数估计约为 1,325,000 人，占该国成年人口的 2.26%。伊朗政府还估计约有 750,000 人获得了戒毒相关治疗。该国目前有超过 4,500 个私营医疗机构和约 600 个公立治疗和康复中心。

644. 据官方统计，2014 年哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦和乌兹别克斯坦共计登记 65,216 名吸毒人员，而 2013 年这一人数共计 73,345 人。2014 年哈萨克斯坦官方登记的吸毒成瘾人数为 34,221 人，与 2013 年登记的 40,224 人相比大幅减少。在吉尔吉斯斯坦，2014 年官方登记的吸毒成瘾人数为 9,024 人，人数比 2013 年减少了 8.8%。2014 年塔吉克斯坦的吸毒成瘾人数保持稳定。根据官方统计数字，该国登记的吸毒成瘾者有 7,279 人，其中 80.8% 吸食海洛因。2014 年乌兹别克斯坦登记共计 14,692 名吸毒成瘾者，人数与前一年相比减少 9.2%。

645. 尽管缺乏关于中东吸毒者的年龄范围和人数的可靠估计数，但中东的吸毒问题正日益严重。例如，估计黎巴嫩约有 2,500 人需要戒毒治疗。2014 年有 3,016 人进入黎巴嫩各个戒毒中心接受治疗，据报告其中 89% 的人吸食大麻，51% 的人滥用海洛因，42% 的人滥用可卡因。这些戒毒者滥用的其他物质包括苯丙胺类兴奋剂、苯二氮卓类、致幻剂、伽马羟丁酸、氯胺酮、致幻鼠尾草和曲马多。

646. 鉴于缺少关于该区域药物滥用程度的全面和可靠数据，麻管局促请所涉国家的政府建立药物监测系统并开展关于药物滥用程度的人口调查，以便对本国的形势进行评估，目的是制定和执行适当的预防、治疗和康复方案。

647. 除了与吸毒成瘾相关的侮辱对待之外，由于该区域的专门医疗设施数量有限，也阻碍了人们获得戒毒治疗。尽管如此，麻管局还是注意到该区域许多国家已经建成或正在建立治疗设施和服务，以处理药物滥用给人们的健康及社会造成的负面后果。麻管局希望这些举措将改善戒毒治疗和康复服务的供应。

648. 2014年5月，在巴勒斯坦卫生部的支持下在拉马拉开设了一家实行类阿片替代疗法的诊所，该诊所可在医生的指导下提供美沙酮。在该诊所开业之前，卫生专业人员考察访问了耶路撒冷的类阿片替代疗法，并与拿撒勒美沙酮治疗中心合作开展了培训。截至2015年6月中旬，已有52名患者接受该诊所的治疗。

649. 麻管局还注意到黎巴嫩2011年推出的类阿片替代疗法方案目前已全面铺开，为1,375名患者提供了服务，这一人数比2013年中期登记的人数增加了一倍。在这些患者中，男性约占95%，其中一半以上的年龄在26岁至35岁之间。黎巴嫩提供的治疗十分全面，其中包括了药物治疗、精神鉴定以及心理和社会方面的援助。

D. 欧洲

1. 主要动态

650. 欧洲依然是当地生产的毒品和从其他区域，特别是拉丁美洲、西亚和北非走私而来的毒品的重要市场。西欧和中欧制造的合成毒品既供应该次区域的非法市场，也供应世界其他地区的非法市场。近年来，东欧已成为可卡因的中转地区和目的地地区，但在该次区域缉获的可卡因总量仍然较小。

651. 在西欧和中欧，大麻是最常缉获的毒品，约占所有缉获量的80%。可卡因排名第二，是报告的苯丙胺和海洛因缉获量的两倍多。西欧和中欧缉获MDMA（“摇头丸”）的次数较少。

652. 截至2015年3月，欧洲毒品和毒瘾监测中心监测到450多种新型精神活性物质。仅2014年期间，欧洲联盟通过预警系统首次报告了101种新型精神活性物质。这些物质贩运和滥用情况增加，在欧洲许多国家构成了公共健康挑战。

653. 在西欧和中欧常见的毒品的纯度和药效都有了提高。提高原因比较复杂，可能包括技术进步和市场竞争更加激烈。在一些生产高效大麻的国家，近年来，这种物质在国内市场上所占份额有了增加。新数据表明，该区域走私的大麻脂的药效也有了提高。最近，欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲刑警组织向欧洲联盟警告与消费高纯度“摇头丸”和以“摇头丸”名义销售给用户但含有聚甲基丙烯酸甲酯(PMMA)成分的片剂有关的健康风险。在一些国家，非法市场提供的优质合成大麻素和卡西酮与质量低但价格高的最常滥用药物展开竞争。

654. 互联网和社交媒体已成为重要的毒品营销工具。据欧洲毒品和毒瘾监测中心称，2013和2014年在欧洲联盟查明了出售新型精神活性物质的600多个网站，有时单次销量以千克计。对在线毒品市场的规模进行估计并不容易，需要进一步提高对互联网和使用加密货币如比特币在既有毒品和新型精神活性物质的毒品供应和销售中不断增加的潜在作用的认识。也有必要对现有管制模式进行审查，以便在全球和虚拟环境下运行。

2. 区域合作

655. 东南欧国家继续加强其在有组织犯罪和毒品管制领域的区域执法合作。该区域所有国家都

是毒品和犯罪问题办公室东南欧区域方案（2012-2015 年）的积极参与者。

656. 2014 年 9 月，东南欧执法中心在萨拉热窝举办了关于应对贩毒的讲习班，来自该中心成员国和美国的专家讨论了没收调查以及与贩毒有关的洗钱活动。2015 年 3 月，在日内瓦民主管制武装力量中心边境安全方案框架内，在贝尔格莱德举行了关于促进西巴尔干地区采取共同和协调措施的会议，与会者商定了 2015 年共同和协调行动年度计划。

657. 2014 年，作为毒品和犯罪问题办公室阿富汗和邻国区域方案的一部分，俄罗斯联邦继续支持在其国家机构向阿富汗缉毒警察提供禁毒执法培训。此项联合合作将延期至 2016 年，将扩展至包括向中亚五国提供援助。另外，俄罗斯联邦向麻管局通报了一些加强联合努力应对世界毒品问题的举措，包括 2015 年 7 月 23 日在班珠尔举行的俄罗斯——非洲禁毒对话国际会议和“通道行动”这一区域禁毒行动在 2014-2015 年期间的情况。

658. 2014 年，集体安全条约组织成员国和阿富汗与俄罗斯联邦的联邦药物管制局合作，开展了大型国际禁毒行动。通过这些行动，共缉获了 16.5 吨毒品。

659. 欧洲联盟成员国之间、欧洲联盟与第三国和其他区域之间继续开展密切合作。药物横向工作组是欧洲联盟理事会的一个工作组，与巴西、俄罗斯联邦、美国和西巴尔干及中亚国家等第三国举行了会谈。

660. 2015 年 7 月，欧洲联盟和阿富汗政府签署了伙伴关系与发展合作协议，这是管制欧洲联盟与阿富汗之间合作的首个正式合同框架。该协议以欧洲联盟 2014-2016 年阿富汗战略为基础，铭记欧盟与阿富汗建立伙伴关系的承诺，以实现阿富汗政府的“实现自力更生”愿景。

661. 2015 年 6 月 10 日至 11 日，第二届欧洲联盟——拉丁美洲及加勒比国家共同体（拉加共同体）首脑会议在布鲁塞尔举行，主题是“塑造我们共同的未来：为我们的公民创建繁荣、有凝聚力和可持续的社会”，会上通过了关于“为了下一代建立伙伴关系”的宣言，题为“塑造我们共同的未来”的布鲁塞尔宣言以及最新的欧洲联盟——拉加共同体行动计划。

662. 欧洲委员会打击药物滥用和非法贩运合作小组（蓬皮杜小组）在其第十六次部长级会议上通过了题为“药物政策与人权：全球化背景下的新趋势”的 2015-2018 年工作计划。该工作方案确定了以下优先主题：将人权置于药物政策的前沿；分析政策连贯性、成本、影响和药物政策措施的潜在不利影响；应对不断变化的药物使用、生产和供应模式与背景；查明互联网引起的药物政策机遇和挑战。另外，蓬皮杜小组成员国继续通过地中海网络（地中海网）⁴⁰ 促进与地中海盆地各国和在这些国家内交换关于毒品和成瘾问题的信息。地中海网的活动包括为阿尔及利亚、埃及、约旦、黎巴嫩、摩洛哥和突尼斯编制“国家概况”，以期分享有关这些国家药物管制情况的信息，包括有关贩运毒品及药物预防和治疗方案的信息。

3. 国家法规、政策和行动

663. 在报告所述期间，欧洲国家继续采取措施阻止新型精神活性物质的扩散。德国、立陶宛、罗马尼亚和斯洛文尼亚分别在本国受管制药物清单中添加了 32、31、30 和 9 种新型精神活性物质。

664. 2014 年，白俄罗斯将九种新型物质加入该国的受国家管制的麻醉药品、精神药物及其前体和类似物清单，以应对新型精神活性物质

⁴⁰ 地中海网国家包括阿尔及利亚、塞浦路斯、埃及、法国、希腊、意大利、约旦、黎巴嫩、马耳他、摩洛哥、葡萄牙、突尼斯。

不断增加的威胁。瑞典将 11 种受管制物质列为麻醉药品，将另外 21 种物质列为“威胁健康的货物”。同年，有 36 种物质加入俄罗斯联邦的受管制药物清单，其中包括 27 种新型精神活性物质。此外，比利时通过了法律，规定按照通用组的定义把受管制药物编列成表。2014 年 12 月，芬兰的新立法生效，推出了“新型精神活性物质”定义，并将 294 种物质列为禁止进入消费者市场的精神活性物质。该新立法禁止生产和供应这些物质，但它未规定对拥有或使用这些物质追究刑事责任。

665. 麻管局建议各国继续监测趋势，并收集关于使用、滥用、在国内外非法经销和制造新型精神活性物质的数据，与麻管局分享这些数据。

666. 2014 年 3 月，阿尔巴尼亚国家警察局批准了预防和制止与种植含有麻醉药品的植物有关的犯罪活动的行动计划。该行动计划规定的措施旨在阻止非法种植此类植物，并在青年、国家行政实体和地方民选官员中提高对非法种植和国家警察局铲除这类种植的动的认识。

667. 白俄罗斯于 2014 年批准了稳定毒品形势的措施系统以及打击毒品贩运、防止吸毒和促进吸毒者社会康复的综合行动计划。

668. 希腊毒品响应协调和规划全国委员会起草了新的国家毒品战略（2014 至 2020 年）和新的行动计划（2014-2016 年）。

669. 2014 年，意大利启动了一项全国行动计划，以解决通过互联网非法销售和分销新型精神活性物质构成的威胁。

670. 在马耳他，《药物依赖（治疗而不是监禁）法》于 2015 年 4 月生效，根据该法，持有毒品供个人使用不是刑事罪行，凡是被查出持有毒品的人都将接受司法专员的审判，并被处以

罚金。如果在两年内再犯，毒品犯罪者改造理事会将传唤犯罪者，裁定他/她是否依赖药物，并相应地颁布任何必要的命令。如果不遵守这些命令，将被处以罚金或监禁三个月。

671. 2014 年 9 月，摩尔多瓦共和国通过了《2014-2016 年全国打击贩毒行动计划》。该计划规定了广泛措施，旨在减少药物滥用，特别是年轻人中的药物滥用，解决药物滥用的经济、健康和社会影响，加强处方监管及打击非法种植和贩运。

672. 罗马尼亚通过了若干项法案，旨在加强和改善药物管制制度。修正了预防和打击吸毒和贩毒的立法以及关于管理含有麻醉药品和精神药物的植物和药剂的法律制度的条款，以期进一步保护公众健康，尤其是年轻人的健康。政府修正了行政法规，以优化许可证制度并改善药物依赖者获得医疗和社会方案的机会。2014 年成立了一个部际办公室，以协调毒品政策并监督卫生部和内政部的活动。

673. 2014 年 12 月，俄罗斯联邦政府批准了立法修正案，列明了便利参与减少毒品需求活动的非商业性组织提供援助的法律条件，规定需要缓解疼痛的患者优先获得受管制药物。此外，将新型精神活性物质贩入国内的行为日趋猖獗，为应对这一情况，政府 2015 年 1 月通过了一项法律，规定对涉及新型精神活性物质的罪行追究刑事责任，并授权药物管制主管部门对任何具有潜在危险的精神活性物质实施临时禁令。

674. 2014 年 12 月，塞尔维亚通过了《国家毒品战略》（2014-2021 年）及其《执行行动计划》（2014-2017 年）。

675. 斯洛文尼亚国民议会通过了关于 2014-2020 年国家毒品方案的新决议。该方案的目标包括减少青年中的新吸毒人数以及与毒品有关的犯罪数量，并减少吸毒过量致死的人数。

676. 2015 年 6 月，欧洲联盟委员会批准了 (EU) 2015/1013 号执行条例，规定了监测欧盟与第三国药物前体贸易的规则。该规则适用欧洲联盟所有成员国，还制订了经营者和使用者许可和登记及其在欧洲药物前体数据库中列表的统一程序规则。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

677. 在欧洲非法药物市场上发现有两种主要大麻产品：大麻药草和大麻脂。大麻既在该区域各国非法种植，也在区域内贩运和从其他区域贩运至该区域，数量很大。目前在该区域作案的犯罪集团越来越倾向于经营多个小规模大麻药草种植点（通常在室内种植），而不是经营大型户外种植园（数量较少），以减轻被查出的风险。运往欧洲的大部分大麻脂是从摩洛哥走私来的。

678. 根据《2015 年欧洲毒品报告》，2013 年，欧洲联盟国家报告缉获大麻药草 431,000 次、缉获大麻脂 240,000 次。

679. 2013 年，欧洲联盟缉获的大麻脂总量（460 吨）比缉获的大麻药草总量（130 吨）高得多。西班牙是摩洛哥生产的大麻的主要入境点，该国报告的大麻脂缉获量占当年欧洲缉获的大麻脂总量的三分之二以上。2014 年，阿富汗、黎巴嫩、摩洛哥和巴基斯坦是西欧缉获的大麻脂的货源国或发货国。对经常报告缉获大麻的欧洲各国毒品贩运走势的分析显示，2006 年至 2013 年大麻药草和大麻树脂的四氢大麻酚 (THC) 药效水平都有大幅提高，这种药效提高的原因之一可能是在欧洲采用了某些强化生产技术，以及摩洛哥较近期以来引进了高药效植物品种。

680. 2014 年，在东南欧，产于阿尔巴尼亚的大麻贩运活动在继续扩张。阿尔巴尼亚国家警察局继在该国南部地区和其他地区成功开展行动后，继续努力遏制大麻种植活动。阿尔巴尼亚主管部

门加强与意大利同行的合作，通过空中勘查绘制了非法种植区域图。2014 年，在阿尔巴尼亚缉获的大麻数量（101.7 吨）超过了之前九年缉获量的总和（96 吨）。

681. 在某一国家缉获到大麻植物，可能说明该国境内存在这种毒品的生产活动。据欧洲毒品和毒瘾监测中心反映，自 2002 年以来，西欧和中欧缉获大麻的事件大幅增加。2013 年，意大利和比利时分别查明了 1,100 个户外大麻药草非法种植点，并且分别铲除了 885,000 株和 394,000 株大麻药草。同年，德国（94,000 株）、捷克共和国（66,000 株）、爱尔兰（29,000 株）、拉脱维亚（14,000 株）和意大利（10,300 株）报告铲除了室内种植的大麻药草。2014 年，联合王国（461,300 株）、德国（131,800 株）、希腊（52,300 株）和芬兰（21,800 株）报告铲除了大麻药草。据芬兰药物管制主管部门称，最近，小规模家庭种植在芬兰更加常见。大麻种植者通常在自己家中种植 20 至 30 株大麻药草，供个人使用。

682. 随着有组织犯罪集团越来越多地参与大麻生产和贩运，这种毒品在西欧和中欧的毒品相关犯罪中扮演了主要角色，占毒品缉获量的 80%，或者说，持有大麻供个人使用占有所有已报告的毒品相关犯罪的 60% 以上。但是，在对与大麻供应有关的罪行判刑方面，欧洲国家的做法存在很大差异；例如，欧洲对于首次犯下供应一千克大麻的罪行处以一年以下至 10 年的监禁。

683. 自 2010 年以来，一些西欧和中欧国家报告与海洛因有关的指标（除其他外，缉获次数、缉获该毒品的总量、与供应有关的罪行次数、海洛因价格和滥用规模）呈下降趋势。根据欧洲毒品和毒瘾监测中心 2015 年发布的关于亚洲到欧洲的类阿片药物贩运路线的最新报告，近年来，该区域内的海洛因纯度有了整体提高。

684. 据欧洲毒品和毒瘾监测中心说，还有证据表明，欧洲市场出现的类阿片药物范围有了扩大。自 2005 年以来，欧洲联盟通过预警系统报告了

14种新的合成类阿片药物。2014年,包括奥地利、芬兰、希腊和瑞典在内的多个欧洲国家的国家主管部门报告缉获了含有美沙酮、丁丙诺啡、芬太尼和曲马多等成分的转移药品或假药。

685. 根据《2015年世界毒品问题报告》,最近,东欧和东南欧的海洛因缉获量略有增加。⁴¹特别是,东南欧2013年的海洛因缉获量比2012年略有增加,不过仍低于2007至2009年期间该次区域观察到的水平。2013年,东欧缉获的海洛因总量略有增加,但从长远角度来看仍保持稳定。

686. 贩运团伙走私海洛因到欧洲所采用的三条主要路线是:(a)传统的巴尔干路线,这是海洛因进入欧洲联盟的主要贩运路线,连接阿富汗和伊朗伊斯兰共和国,并经过土耳其和巴尔干地区;(b)南线,近年来被用于直接从伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦的港口或通过阿拉伯半岛或非洲走私海洛因到欧洲;和(c)北线,据欧洲毒品和毒瘾监测中心称,该路线被用于从阿富汗北部边境通过陆路贩运海洛因,供应白俄罗斯、俄罗斯联邦、乌克兰和中亚国家的非法毒品市场。

687. 在欧洲发现海洛因加工点,特别是在2013年底和2014年初捣毁了西班牙的两个将吗啡加工成海洛因的加工点,表明海洛因供应渠道可能发生变化。希腊报告说,它摧毁了参与稀释和包装来自阿富汗或巴基斯坦的海洛因的设施,这些海洛因打算运往欧洲联盟其他国家的非法毒品市场。

688. 2014年12月,在欧洲司法协调机构和欧洲刑警组织的促进和支助下,一个联合调查小组摧毁了从事贩运海洛因至欧洲联盟的庞大网络。逮捕了约400名犯罪嫌疑人,缉获了100千克海洛因,还有可卡因、大麻和现金。该网络在奥地利、德国和前南斯拉夫的马其顿共和国境内作案,沿巴尔干路线将海洛因带入欧洲,并在多个欧洲国家分销。

689. 根据2015年公布的数据,可卡因和“快克”可卡因的缉获总数占西欧和中欧缉获总数的10%。总体而言,近年来,在欧洲联盟内缉获的可卡因的纯度有了提高,但其价格却保持相对稳定。在东欧和东南欧大部分地区,可卡因的可获得量仍然有限。

690. 非洲继续被用作跨大西洋走私可卡因到欧洲的转运区。非洲区域参与可卡因贩运的例子是,2015年4月,在一艘在坦桑尼亚注册的船只上缉获了3吨可卡因。该船只在距苏格兰东海岸100英里处被联合王国主管部门截获。阻截工作是与法国海关总署和其他国际伙伴合作进行的,并且是联合王国历史上可卡因缉获量最大的案例之一。

691. 近年来,在欧洲国家中,西班牙缉获的可卡因最多。2013年,西班牙、比利时、荷兰、法国和意大利的可卡因缉获量占欧洲联盟缉获的62.6吨总量的80%以上。2014年,西班牙、法国、联合王国、德国、希腊、立陶宛和瑞典报告的可卡因缉获量超过100千克(按降序排列)。

692. 东南欧有组织犯罪集团与南美的可卡因生产商密切联系,积极参与贩运可卡因到西欧和中欧港口。最近在东地中海、波罗的海和黑海港口缉获的可卡因,量虽然不大,却是可卡因进入欧洲的贩运路线多样化的新证据。

693. 2013年,东欧共缉获478千克可卡因,东南欧缉获了100千克以上。缉获数据显示,可卡因贩运者依然把该次区域的许多地区作为目标,2013年,几乎所有有关国家都报告缉获了可卡因,东欧不仅是新兴的可卡因中转区,也是新兴的目的地,近年来缉获次数有所增加(但数量不多),表明该次区域出现了可卡因市场。

(b) 精神药物

694. 欧洲是苯丙胺类兴奋剂的主要非法制造地;欧洲制造的大部分苯丙胺和甲基苯丙胺用于

⁴¹按照《世界毒品问题报告》附件二的区域分组报告。

国内非法市场，但也有一些运往其他区域，特别是东亚和东南亚。欧洲的苯丙胺制造地主要在比利时、荷兰、波兰和波罗的海国家，较少在在德国。甲基苯丙胺的非法制造集中在波罗的海国家和中欧。欧洲也被视为从非洲和伊朗伊斯兰共和国向东亚和东南亚贩运甲基苯丙胺的中转枢纽。

695. 2013 年，欧洲联盟共缉获 6.7 吨苯丙胺，超过 2010-2012 年期间的数据。德国、荷兰和联合王国占缉获量一半以上。2013 年，欧洲联盟缉获的甲基苯丙胺次数和总量都比上一年有了提高。2013 年，欧洲联盟报告共缉获了 0.5 吨甲基苯丙胺。2014 年，以下西欧和中欧国家报告的甲基苯丙胺缉获量超过 100 千克：德国（1,336 千克）、联合王国（1,225 千克）、波兰（783 千克）、西班牙（562 千克）、捷克共和国（442 千克）、瑞典（412 千克）、芬兰（298 千克）、丹麦（292 千克）和法国（268 千克）。罗马尼亚报告称，2014 年缉获的苯丙胺类兴奋剂数量几乎比 2013 年高出 11 倍。

696. 2014 年，奥地利报告，共查出 3 个苯丙胺加工点和 9 个甲基苯丙胺加工点，德国主管部门捣毁了 11 个苯丙胺加工点和 3 个利用从鼻充血减轻剂中提取的伪麻黄碱制造甲基苯丙胺的加工点。捷克共和国捣毁的甲基苯丙胺加工点的数量略有增加，从 2013 年的 262 个增至 2014 年的 272 个。瑞典也查出了甲基苯丙胺精炼加工点。保加利亚继续缉获甲基苯丙胺，据保加利亚主管部门称，缉获的甲基苯丙胺是从荷兰和土耳其发货的。2014 年，土耳其还捣毁了 12 个生产甲基苯丙胺的秘密加工点。

697. 2014 年，走私到俄罗斯联邦的苯丙胺和甲基苯丙胺大幅增加，而走私到该国的“摇头丸”类药物却大幅减少。俄罗斯联邦报告，该国主管部门缉获的苯丙胺类兴奋剂是在欧洲联盟国家、伊朗伊斯兰共和国和中国非法制造的，打算运往俄罗斯联邦、白俄罗斯和哈萨克斯坦的非法市场。

698. 乌克兰观察到家庭非法生产苯丙胺类兴奋剂现象增多。与此同时，乌克兰报告，该国主管

部门缉获的苯丙胺主要来自波兰和白俄罗斯，打算运往乌克兰的非法市场。

699. 多年来，欧洲的“摇头丸”非法制造主要与比利时和荷兰两个国家相关。最近，欧洲专家表示关切，欧洲市场出现的高纯度“摇头丸”粉剂和片剂已经开始取代以往市场上以“摇头丸”名义出售的片剂，后者往往含有少量或根本没有此类物质，因质量差和高掺假失去了消费者的青睐。

700. 与上一年相比，2014 年，东南欧的“摇头丸”类物质缉获次数有了增加，达到了 2006 年以来的峰值，而其他药物的缉获次数有了减少。

701. 保加利亚报告，2014 年，原产于荷兰和保加利亚本国的“摇头丸”类物质的缉获量有了增加。中东地区不断发展的非法市场影响了经由保加利亚贩运“摇头丸”活动。据保加利亚主管部门称，通过该国走私的“摇头丸”有一部分通过易货交易换为海洛因。2014 年，该国还观察到，主要通过从荷兰沿巴尔干路线经由保加利亚和土耳其的“摇头丸”贩运活动呈增加趋势。2014 年，共缉获 37 次“摇头丸”类物质，总共缉获 148 千克（16,845 粒）。

702. 与此相似，摩尔多瓦报告，2014 年缉获的“摇头丸”类物质大幅增加。这些物质主要从法国发货，通过罗马尼亚进入摩尔多瓦。

703. 2014 年，法国、德国、西班牙、联合王国、爱尔兰、芬兰和希腊（按降序排列）还报告缉获了超过 100,000 单位的“摇头丸”片剂。

(c) 前体

704. 多年来，阿尔法苯基乙酰基乙腈（ α -苯乙酰乙腈）——苯丙胺和甲基苯丙胺的一种“预制前体”——大规模贩运受到世界各地药

物管制主管部门的关切。2014年3月，麻醉药品委员会决定将 α -苯乙酰乙腈及其旋光异构体列入《1988年公约》表一，该决定于2014年10月6日生效。欧洲联盟成员国自2014年1月起执行管制措施， α -苯乙酰乙腈的缉获次数和缉获数量从2012年的34次（共28.7吨）逐渐减少到2014年的9次（8.1吨）。2015年上半年，共报告缉获了五次，涉及该物质1,250千克。

705. 2013年12月，欧洲联盟通过了旨在防止醋酸酐从欧洲联盟市场大规模转用的新管制措施。此后，企图从欧洲联盟贸易公司之间的交易中转移供货的次数显著减少，但尚未完全停止，2015年4月在奥地利缉获了2.2吨该物质证明了这一点。新管制措施也导致毒贩从事其他形式犯罪，以保障供应。例如，2015年，荷兰报告，在该国两家公司之间的运货过程中有18,000升醋酸酐被偷走。

706. 2014年和2015年，比利时、德国、荷兰和西班牙报告缉获了大量不同的“特制”前体，即列入《1988年公约》表一的国际管制前体的衍生物。缉获这些前体证实了持续的忧虑，贩运者正试图交易特制的前体衍生物，以规避现有的前体管制机制，并使用这些物质来非法制造苯丙胺类兴奋剂。⁴²

707. 2014年，保加利亚主管部门多次阻止了以药物制剂形式贩运伪麻黄碱的企图（共计约500千克）。该制剂在土耳其合法生产，随后经由保加利亚贩运，用于捷克共和国和波兰境内的甲基苯丙胺非法合成。

708. 关于该区域内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管制情况综合性述评，可参阅麻管局2015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

709. 各国政府提供的缉获数据和通过欧洲联盟预警系统收集的信息显示，西欧和中欧新型精神活性物质的多样性和可获得性在增加，并在持续扩散。截至2015年3月，欧洲毒品和毒瘾监测中心监测到450多种新型精神活性物质，2014年，欧洲联盟通过预警系统首次报告了101种新型精神活性物质。其中大多数物质是合成卡西酮（31种物质）——经常作为“摇头丸”、苯丙胺和可卡因的替代品出售——以及作为大麻替代品出售的合成大麻素（30种物质）。

710. 2008至2013年期间，欧洲各地新型精神活性物质的缉获量增加了七倍。2013年，欧洲联盟28个成员国、挪威和土耳其共报告约47,000次缉获新型精神活性物质，共计逾3.1吨，包括21,500次缉获合成大麻素（近1.6吨）和10,700次缉获合成卡西酮（逾1.1吨）。2011年以来，合成大麻素的缉获量激增。

711. 2014年，罗马尼亚主管部门报告缉获了5千克色胺和75千克卡塔叶（阿拉伯茶）。2014年，保加利亚海关主管部门也报告了19次缉获事件，共缉获了664千克干卡塔叶。保加利亚缉获的卡塔叶源自肯尼亚和乌干达。

712. 据报告，打算运往欧洲市场的许多新型精神活性物质是由设在中国和印度的化工企业制造的散装货，通过空运运往欧洲，随后加工、包装，继而出售给消费者。2013年，欧洲毒品和毒瘾监测中心查明了600多个向欧洲联盟消费者出售新型精神活性物质的网站。

5. 滥用和治疗

713. 药物滥用是欧洲青年死亡的主要原因之一，无论是药物过量直接致死，还是与药物相关的疾病、事故、暴力和自杀间接致死。欧洲联盟每年有6,000多名药物滥用者死于药物过量，大部分

⁴² 详情请见 E/INCB/2015/4。

案例涉及类阿片药物。根据欧洲毒品和毒瘾监测中心最近于 2015 年公布的题为“欧洲吸毒者死亡率：公共健康的新旧挑战”的报告，问题吸毒者的死亡风险至少比一般人群中的同龄人高 10 倍。

714. 欧洲联盟近四分之一的成年人口，或超过 8,000 万成年人，在生活中至少尝试过一次非法药物。欧洲联盟最常用的药物（按照 15 至 64 岁成年人过去一年的流行率计算）是大麻（1,930 万），其次是可卡因（340 万）、“摇头丸”（210 万）和苯丙胺（160 万）。丹麦、法国和联合王国是欧洲联盟一般人群药物滥用终生流行率最高的国家。

715. 据欧洲毒品和毒瘾监测中心题为“2006 至 2014 年西巴尔干地区药物使用及其后果”的报告，西巴尔干地区一般人群使用非法药物的终生流行率似乎低于欧洲平均水平。西巴尔干国家 15 至 16 岁在校学生的药物滥用终生流行率没有明显差异，终生使用非法药物的所有估值都在 4% 至 8% 之间，比欧洲平均水平低 2.5 倍。最常用的药物是大麻，2% 至 8% 的受调查者报告称终生使用大麻——这一范围比欧洲平均水平 17% 低得多。

716. 西欧和中欧一般人群的大麻滥用年流行率 (5.7%) 较高，保持稳定，或在某些情况下下降，特别是在大麻消费由来已久的国家。但是，目前尚不清楚这种下降是否与开始使用合成大麻素或其他新型精神活性物质有关。

717. 2006 至 2013 年，欧洲联盟因滥用大麻而首次入院治疗的总人数从 45,000 人增至 61,000 人。然而，对大麻滥用治疗的需求有了增加，必须放在服务供应和转诊做法背景下来理解。例如，在一些国家，由刑事司法系统直接转诊占了入院治疗很高的比例。

718. 在欧洲联盟，海洛因和合成类阿片药物的滥用仍然较低。15 至 64 岁一般人群使用类阿片药物（主要是海洛因）的年平均流行率估计为约 0.4%。然而，类阿片药物仍然是该区域与药物滥

用有关的发病率、死亡率和治疗费用占比最高的药物。

719. 在西欧和中欧，2013 年接受戒毒治疗的所有人中，41% 以类阿片药物为主要滥用药物。虽然因海洛因滥用而首次新入院治疗的人数少了一半，从 2007 年峰值的 59,000 人减至 2013 年的 23,000 人，但海洛因以外的类阿片药物的消费令人关切。西欧和中欧的 11 个国家报告称，2013 年，在接受戒毒治疗的所有类阿片药物使用者中，10% 以上的人因主要与海洛因以外的类阿片药物有关的问题接受治疗。

720. 在东欧，类阿片药物滥用整体流行率高，主要是由于俄罗斯联邦和乌克兰的滥用程度高，估计有 240 万人在滥用此类药物，流行率为 2.3%。根据《2015 年世界毒品问题报告》，东欧接受类阿片药物滥用治疗的人口比例仍然很高，这反映了该次区域类阿片药物滥用问题，特别是海洛因滥用问题的程度。乌克兰报告说，2014 年因滥用类阿片剂而接受药物治疗的有 25,000 多人。引人关注的另一个问题是，据报告说，克里米亚自治共和国和塞瓦斯托波尔市⁴³自 2014 年 3 月起中断了类阿片替代治疗，据说这对接受此类治疗的患者造成了严重后果。

721. 东欧和东南欧仍然是全世界注射吸毒者流行率最高的地区。在全球通过注射滥用药物和感染艾滋病毒的估计人数中，约 40% 住在东欧和东南欧。例如，乌克兰报告说，注射吸毒者的艾滋病毒感染流行率为 6.7%。据世界卫生组织统计，俄罗斯联邦和乌克兰每 100,000 人中因艾滋病毒 / 艾滋病造成的死亡率超过 40 人。据欧洲疾病预防控制中心说，欧盟委员会为支持欧盟和欧洲近邻政策国家及俄罗斯联邦应对艾滋病毒的国家应对措施提供了 4,500 万美元援助，有 18 个国家从中获益，其中为乌克兰和俄罗斯联邦划拨的数额最大。西巴尔干地区注射吸毒者中还出现了丙型肝炎流行病，病毒的流行率在 12% 至 77% 以上之间。

⁴³ 根据关于乌克兰领土完整的大会第 68/262 号决议。

722. 总体而言，2013年，欧洲联盟的可卡因市场保持稳定，西欧和中欧15-64岁一般人群的可卡因滥用年度流行率仍然很高。在丹麦、意大利和西班牙等滥用率高的国家，自2008年以来，可卡因滥用的流行率有了下降。该区域对可卡因滥用治疗的需求呈总体下降趋势。

723. 在西欧和中欧的许多国家，苯丙胺滥用情况保持稳定。欧洲毒品和毒瘾监测中心估计，15至34岁青年中有130万人(1.0%)曾在上一年的使用苯丙胺或甲基苯丙胺。甲基苯丙胺滥用，在捷克共和国占主导地位，最近在斯洛伐克也很普遍，但其他国家滥用该物质也有加剧的迹象。2007至2013年之间，捷克主管部门观察到，高风险甲基苯丙胺滥用(包括通过注射)的流行率有了上升。2014年，德国报告称苯丙胺滥用情况增加，而塞浦路斯、芬兰、葡萄牙和联合王国报告苯丙胺滥用呈稳定或下降趋势。

724. 据估计，在西欧和中欧15至34岁年轻成年人中，约180万人在过去的一年里使用过“摇头丸”。2014年，芬兰和德国报告“摇头丸”滥用情况略有增加，而立陶宛、葡萄牙和联合王国报告该物质的滥用情况呈稳定或下降趋势。西欧和东欧对“摇头丸”滥用治疗的需求不是很高，占2013年报告的首次治疗人数的1%以下。

725. 多年来，欧洲滥用致幻真菌和麦角酰二乙胺(迷幻剂)的流行率一直较低而且稳定；根据最新的国家调查，在15至34岁年轻成年人中，这两种物质过去一年的流行率不到1%。

726. 总体而言，对新型精神活性物质滥用流行率进行估计仍是一项挑战。2014年开展了一次名为“青年与毒品”的欧洲晴雨表“闪电”调查，调查表明，在欧洲联盟成员国的13,000名15至24岁的受访者中，有8%在生活中至少使用过一次新型精神活性物质，而2011年为5%，3%的人曾在过去的一年里使用过此类物质。过去一年使用流行率最高的国家依次是爱尔兰(9%)、西班牙(8%)、法国(8%)和斯洛文尼亚(7%)。

727. 白俄罗斯报告指出，2014年，滥用大麻者人数增加了9%，这主要是由于使用合成大麻素的人数多于上一年。2014年的主要趋势是滥用新型精神活性物质(主要是合成大麻素，还有其他精神作用物质)的人数显著增加。

728. 居住在东欧和东南欧的注射吸毒者人数估计为291万，占世界注射吸毒总人数的24%。

729. 《2015年世界毒品问题报告》表明，在东欧和东南欧15至64岁一般人群中，估计有1.27%的人通过注射使用毒品，接近全球平均水平的五倍。东欧的估计值尤其受俄罗斯联邦注射吸毒高流行率(15至64岁人口的流行率为2.29%)的影响。虽然俄罗斯联邦的这种状况有走向稳定的趋势，但这种高比例的药物滥用继续对该国的公共健康形成挑战。据俄罗斯联邦国家禁毒委员会说，滥用麻醉药品和精神药物的个人人数近些年来达到了国家人口的6%，即800万或850万人。

730. 根据欧洲毒品和毒瘾监测中心题为“对毒品的看法：注射合成卡西酮问题”的报告，在奥地利、比利时、捷克共和国、法国、德国、爱尔兰、波兰、罗马尼亚、西班牙和联合王国的高风险药物滥用者中出现了以注射方式滥用合成卡西酮的情况，但据认为滥用程度较低，而且只是局部现象。

E. 大洋洲

1. 主要动态

731. 大洋洲区域极易受到范围广泛的多种药物的贩运、制造和滥用的影响，该区域已经有国家报告称大量缉获多种此类物质，其中包括可卡因、海洛因、MDMA(“摇头丸”)和前体化学品。大麻仍然是该区域最广泛贩运和滥用的毒品，这主要是因为存在国内种植。

732. 在其报告所涉的 2013 年 7 月至 2014 年 6 月期间，澳大利亚记录了 93,000 次缉获，缉获总量超过 27 吨，创下该国最高缉获记录。澳大利亚警方和海关的苯丙胺类兴奋剂缉获量也创下最高记录。2014 年，包括可卡因在内的一些物质在新西兰的缉获量显著上升。该区域各国继续重视采取行动改善区域边境安全，交流关于药物流动和转运的信息。

733. 尽管大麻是大洋洲最广泛滥用的毒品，但苯丙胺类兴奋剂特别是甲基苯丙胺也给该区域各国带来了严重威胁。新型精神活性物质在该区域的滥用也日见增多。区域联合行动对成功缉获大量甲基苯丙胺至关重要。

2. 区域合作

734. 大洋洲海关组织 2015 年 6 月在帕劳的科罗尔举行了第十七次年度会议，会上讨论了该区域的边境安全挑战。帕劳总统发表主旨演讲，谈及协调努力确保国境安全的重要性。鉴于太平洋已成为贩毒必经之地，开展协调是必须的。该组织的成员国通过了 2015-2017 年三年计划，其中规定了该组织的战略方向并有助于成员国的管理部门按照最佳国际海关标准和做法开展活动，目的是促进更大的经济繁荣，加强边境安全。

735. 太平洋岛屿论坛区域安全委员会 2015 年 6 月在苏瓦举行了年度会议。该论坛是由致力于促进太平洋区域的区域合作与一体化的国家组成的政治团体。同样在 2015 年 6 月，该论坛的反恐与打击跨国犯罪工作组也举行了一次成员会议，会上讨论了包括太平洋区域的贩毒犯罪在内的跨国犯罪的趋势和模式。

736. 毒品和犯罪问题办公室全球综合监测：分析、报告和趋势方案与太平洋岛屿论坛秘书处 2014 年 12 月在新西兰奥克兰联合主办了一次关于法医能力建设的培训会议，来自库克群岛、斐济、纽埃、帕劳、巴布亚新几内亚、马绍尔群岛、萨摩亚、所罗门群岛、汤加和瓦努阿图的执法官员参加了

培训。这次培训包括了互动和实践的内容，参加培训的人员可从中了解辨别毒品和前体的方法。

737. 该区域取得的主要成就包括 2013 年 7 月底在萨摩亚科学研究组织的大楼内建成并开放一处麻醉品实验室、以及随后于 2014 年和 2015 年在新西兰举办萨摩亚科学家培训班。培训班由南太平洋大学环境科学与研究所牵头举办，重点培训如何检查大麻和使用毒品检测设备。该区域项目提高了调查和起诉麻醉品相关犯罪的效率，为了制定关于甲基苯丙胺等其他毒品的检测办法，该项目在 2015 年继续执行。

738. 太平洋岛屿警察局长组织 2014 年会议在新西兰的奥克兰举行。太平洋岛屿国家的国家警察部门齐聚一堂，商定了一项新的战略计划并讨论了包括毒品和有组织犯罪在内的区域性课题。2015 年 8 月，由纽埃警察局主办的该组织第四十四次年度会议在阿洛菲举行。

3. 各国的立法、政策和行动

739. 2015 年 3 月 5 日，澳大利亚通过第 12 号刑法修正案（精神活性物质管制和其他措施）。该修正案规定了有助于政府应对新的和新出现的精神活性物质的措施，具体办法是禁止进口对精神有影响的物质，而不是禁止或以其他方式管制此类物质。该修正案有助于确保在政府完成新型精神活性物质的潜在有害影响评估并决定将予以适用的适当管制措施之前不会进口此类物质。根据该法的规定，起诉犯罪时不必证明被告知道或有意忽视某种物质的特性，也不必证明所涉物质是否具有特定的精神影响。

740. 新西兰公布了 2015-2020 年国家禁毒政策，其中规定了新西兰政府应对酗酒和吸毒问题的办法。该政策旨在最大限度地减少伤害，并促进和保护人民的健康与福祉。最大限度地减少伤害是新西兰药物分类措施的核心特点，新西兰将对合法用途受管制药物条例进行审查。2017-2018 年期间，新西兰将着手审查这项政策和 2013 年《精

神活性物质法》的效用。新西兰政府正在国内开展查处大麻和打击犯罪的行动，并与来源国和过境国的主管部门开展了合作，以掐断向新西兰提供前体化学品和毒品的供应链。

741. 2014年，新西兰宣布将进一步加强与中国的禁毒执法合作，以帮助查明中国有组织犯罪集团的成员，减少从中国贩运进入新西兰的前体和甲基苯丙胺的供应。在此之前，新西兰和中国曾于2013年4月签署关于前体管制安排的备忘录。

742. 新西兰还采取行动通过与斐济主管部门开展合作改善了区域边境安全。2015年，新西兰针对斐济税务和海关管理局以及斐济警察部队制定了培训方案，重点是在斐济引进缉毒犬以保障边境安全。2015年间，斐济税务和海关管理局宣布其计划进一步加强与澳大利亚和新西兰的伙伴关系，以便开展联合行动并交流更多关于该区域毒品流动情况的信息。

743. 2013年，新西兰政府实行了《精神活性物质法》，以管制该国新型精神活性物质的进口、制造和销售，已经暂行批准150家特许零售商经销47种产品。一项修正法案于2014年生效，禁止在临床试验中使用动物测试，切实叫停了工业和产品研发。定于2015年11月生效的《零售条例》规定，批发或零售精神活性物质应获得特许，零售点需获得执照。截至2015年6月1日，约有37个地方主管部门通过了地方性的精神活性物质产品销售政策，就某一特定地区内可在何处销售精神活性产品提供指导。

4. 种植、生产、制造和贩运

(a) 麻醉药品

744. 大麻是整个大洋洲最广泛贩运和滥用的毒品。澳大利亚犯罪问题委员会报告称，虽然国内存在非法种植大麻的活动，但在2013-2014年报告期内该国边境上缉获的大麻数量仍然达到过去十年里的最高记录。2014年，新西兰的大麻缉获

量与2013年大体持平，缉获大麻药草近4,800次。不过，在2015年3月举行的麻醉药品委员会第五十八届会议上，新西兰主管部门表示，在过去的18个月里出现了大麻死灰复燃的迹象。来自该区域的数据还显示，现有大麻的药效有可能在提高。

745. 整个大洋洲特别是斐济、巴布亚新几内亚、萨摩亚、汤加和瓦努阿图等国，仍然是各种麻醉药品的非法过境区。例如，2014年12月斐济警察部队报告缉获大量海洛因，价值约1,500万美元。斐济警察部队认为这批海洛因是计划转运至澳大利亚和新西兰的。

746. 尽管大洋洲的可卡因和海洛因市场依旧有限，但有迹象表明一些国家的贩运活动可能正在增加。此外，大洋洲被视为是可卡因转运枢纽。2014年，新西兰缉获可卡因和海洛因的数量和次数都增加了。在这些缉获的可卡因中，约80%经空运进入新西兰，而其中约有59%来自巴西。因此，2014年新西兰的可卡因市场似乎在扩大，可卡因缉获量超出2013年一倍有余。可卡因的滥用在新西兰也有可能增多，其中至少有一部分原因是由于市场价格和利润率都很高，毒贩因此受到了诱惑和刺激。

747. 在2013-2014年报告期内，澳大利亚的重大发现之一是确认了该国边境上缉获的可卡因主要来自秘鲁。在此之前，该国可卡因的主要来源国是哥伦比亚。此外，首次确认在澳大利亚边境缉获的一批海洛因源自南美洲。澳大利亚报告称，尽管2013-2014年期间缉获的可卡因总重量减少了70%，但在国内缉获可卡因共计3,121次，这是一个创纪录的数字。虽然自2009-2010年以来在边境缉获可卡因的次数逐年增加，但2013-2014年期间在边境缉获可卡因的重量和次数都有所下降。

(b) 精神药物

748. 为应对日益增加的威胁，切断甲基苯丙胺市场的区域互连，处理该区域一些国家广泛存在的甲基苯丙胺国内制造问题，新西兰继续执行其

名为“解决甲基苯丙胺问题：行动计划”的多机构举措，该举措有助于提高资源的针对性，从而收集关于甲基苯丙胺的滥用和贩运活动的更准确数据。2014 年甲基苯丙胺小批量走私活动有所增加，这可能是加大了对前体转移和秘密加工厂的执法压力而引起的反应。

749. 斐济税务和海关管理局强调了联合区域行动对大量缉获甲基苯丙胺的作用。例如，澳大利亚、新西兰和斐济在 2015 年 7 月开展联合行动，从南美发往斐济的一个海运集装箱中拦截了 80 千克甲基苯丙胺。

750. 澳大利亚犯罪问题委员会还确定，由于甲基苯丙胺的纯度日益提高，而且有组织犯罪集团也与该物质有涉，因此在所有种类的毒品中，甲基苯丙胺给澳大利亚公众带来的威胁最大。澳大利亚海关和边境保护局在其 2013-2014 年报告中称，缉获的苯丙胺类兴奋剂比前一年增加近 19%。大多数苯丙胺类兴奋剂是在货运和邮递货物中发现的。在 2014-2015 年报告所涉期间，该局继续侧重于侦缉藏在邮递货物中的苯丙胺类兴奋剂，同时澳大利亚的执法部门对跨国有组织犯罪集团有可能利用合成药物市场表示担忧。

751. 2014 年，澳大利亚执法部门报告缉获数吨各类“摇头丸”。澳大利亚犯罪问题委员会指出，2014 年 11 月缉获约二吨“摇头丸”表明这一市场在澳大利亚和该区域再次兴起。根据摇头丸和相关药物报告系统的报告，2014 年“摇头丸”片剂、粉剂和胶囊的供应量似乎显著高于 2013 年。2013 年在澳大利亚边境发现的最多的是苯丙胺类兴奋剂特别是甲基苯丙胺。

(c) 前体

752. 该区域对甲基苯丙胺的需求强劲，有组织犯罪集团也参与制造该物质，这导致缉获的绝大多数前体为伪麻黄碱和麻黄碱。澳大利亚犯罪问题委员会报告称，中国和印度是若干种前体的主要来源国，但这些前体也是从合法国内贸易转移

而来的。在 2013-2014 年期间，澳大利亚国内发现的秘密加工点从 2012-2013 年期间的 757 处减少至 744 处，尽管这一数字在纪录中排名第三，但它并不能说明滥用率或供应量。不过甲基苯丙胺是已发现的加工点生产的主要毒品。澳大利亚还缉获了 10 吨苯甲醛，这是一种用于生产甲基苯丙胺的前体。2013-2014 年期间共发现苯丙胺类兴奋剂 1,035 次，次数与上一个报告期间相比略有下降。

753. 新西兰报告称，尽管发现大量伪麻黄碱，但麻黄碱目前似乎仍然是毒贩的首选。在边境缉获的主要前体依然是麻黄碱。有几年时间这些物质的缉获量出现下降，但 2013 年的缉获量显著增加，这归因于新西兰有组织及金融犯罪署和海关官员在 2013 年的“鬼影行动”中拦截了 ContacNT 和麻黄碱。但是，2014 年甲基苯丙胺制成品在新西兰的贩运增加，这可能是由于对前体进口和国内秘密加工点的执法压力增大而引起的反应。

754. 虽然甲基苯丙胺的日益滥用引起了所有太平洋岛屿国家和领土的关切，但仍然缺乏关于《1988 年公约》附表一和附表二所列前体和物质的贩运、转运和缉获情况的全区域数据。尽管跨国有组织犯罪集团在太平洋区域有所活动，但与化学品转移有关的信息依然有限。此外，在 2014 年 6 月 30 日年度报告截止日期之前，该区域的 16 个国家中仅有一个国家向麻管局提交了表格 D（关于经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的物质的年度信息），因而影响了麻管局对该区域前体趋势和模式进行分析的能力。

755. 关于该区域内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管制情况综合性述评，可参阅麻管局 2015 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

756. 新西兰报告称继续发现新型精神活性物质，包括大量合成大麻素和其他物质。已经发现毒品吸附纸上含有越来越多的新型物质，而不

是更常见的被滥用物质例如麦角酰二乙胺,这使得这些物质对消费者而言明显更为便宜。在麻醉药品委员会第五十八届会议上,新西兰重申新型合成精神活性物质的出现导致该国必须于2013年和2014年修改国内立法,以解决此类物质的广泛供应和成分不断变化的问题。在澳大利亚,毒品的类似物和新型精神活性物质的供应和流行率也继续增加。2013-2014年期间澳大利亚缉获的此类物质的数量比上一期间增加了64%以上,其中包括合成大麻素、合成卡西酮和不同的NBOMe化合物。

5. 滥用情况和治疗

757. 在大洋洲的大多数地区,关于大多数毒品的滥用程度和模式以及治疗数字和治疗选择的数据依然有限。麻管局鼓励各国政府增加数据收集工作,以了解毒品滥用的流行率和该区域为解决毒品滥用这一严重的公共卫生问题而提供的治疗选择。

758. 正如麻管局曾经提到的那样,该区域大麻滥用的流行率保持稳定;不过,与大麻滥用有关的数据一般仅涉及澳大利亚和新西兰。在新西兰,2012-2013年的调查数据显示,15岁及以上的成年人有11%报告称在过去的12个月里吸食了大麻,在滥用大麻的人之中,有34%的人报告称在过去的12个月里至少每周吸食一次大麻。在新西兰,2012-2013年的调查显示,16-64岁的成年人有0.9%在过去一年里曾经滥用包括甲基苯丙胺在内的苯丙胺,这一流行率与2011-2012年的调查大致相符。不过,自2003年以来,苯丙胺滥用率似乎下降了,过去一年里的流行率为2.7%。

759. 澳大利亚国家毒品和酒精研究中心公布的报告显示,涉及甲基苯丙胺的死亡人数自2010

年以来一直稳步增加,注射吸毒者滥用甲基苯丙胺的情况在过去10年里增加了52%。至于类阿片药物,澳大利亚健康和福利研究所指出,海洛因是导致治疗的最常见被滥用类阿片药物,1998至2014年期间因类阿片依赖症接受治疗的人数几乎增加了一倍。该研究所2014年公布的调查数据显示,约有3.3%的14岁以上澳大利亚人在过去12个月中出于非医药原因使用过镇痛剂/止痛剂,1.2%的人一生中至少使用过一次海洛因。

760. 澳大利亚犯罪问题委员会指出,在2010-2013年期间,按照滥用流行率的高低在该国排名,前三名分别为大麻、亚甲二氧基甲基苯丙胺和甲基苯丙胺,同时,所有非法物质的滥用流行率始终保持稳定。澳大利亚2013年国家毒品战略住户调查显示,14岁或以上的澳大利亚人口有7%报告称一生中曾经滥用至少一次苯丙胺或甲基苯丙胺。不过,最近通过对比住户调查数据对废水进行的分析显示,澳大利亚各区域的甲基苯丙胺滥用程度有可能远远超出住户调查显示的水平。澳大利亚的总体戒毒治疗数据显示,在20-29岁的人之中,因滥用苯丙胺和甲基苯丙胺而受到急性和慢性伤害的比率最高。在近期滥用甲基苯丙胺的吸毒者中,滥用甲基苯丙胺晶体的人所占比例从2010年的22%上升到2013年的50%,而且自2010年以来,澳大利亚一些管辖区发现的甲基苯丙胺纯度水平提高了两倍。

761. 在新西兰,有报告称2014年有超过41,000人因滥用酒精或烟草之外的物质而接受戒毒治疗,其中37%以上是首次接受治疗。估计新西兰约有20,000人注射毒品,在这些注射吸毒者中,有10%的人在最近一次注射毒品时与他人共用针头。新西兰还指出,注射吸毒者中有多达57%的人由于在过去一段时间滥用毒品而感染丙型肝炎,20%的人感染乙型肝炎。

第四章.

给各国政府、联合国和其他有关国际及国家组织的建议

762. 以下各段载有本报告所载最重要意见和多项相关建议。麻管局请各国政府和各国际组织提供其认为相关的反馈意见和信息，介绍各自在履行各项国际药物管制条约规定的义务时在落实这些建议及往年的建议方面取得的成就和遇到的困难。

健康和福祉是国际药物管制条约的主要目标

关于世界毒品问题的大会特别会议

763. 缔约国在落实各项公约设想的更加协调一致的药物管制战略方面做出了重要努力。但是，药物滥用、贩毒及非法药物种植和生产是一个复杂的社会问题，具有不断演变的性质，因此，各国政府必须清楚自己面临的各种挑战和机遇。拟于2016年举行的关于世界毒品问题的大会特别会议是一个及时的契机，可借此审查立足于证据和科学并遵循分担责任原则及全面、综合和平衡办法的药物管制政策和做法。国际药物管制制度应促

进应用科学知识解决一系列药物相关问题并尊重人权和相称原则。把国际管制麻醉药品和精神药物的非医疗用途合法化不是应对现有挑战的恰当办法。

建议1：麻管局建议各国利用本届大会特别会议将要开展的审查着眼于巩固最佳做法，同时修改无效的措施，扩展各种备选办法应对新型药物、社会发展、借助互联网达到非法目的和洗钱现象。

764. 经济潜力丰沛的强大社区抵抗非法作物种植或毒品交易腐蚀的能力更强。可持续发展框架内的扶贫措施为农民提供经济上可行、合法的非法作物种植替代，对成功开展减少非法种植的努力至关重要。

建议2：各国应促进替代生计方案以支持社区，并为从事非法毒品作物种植的农民提供合法、可持续的创收活动，减少和消除其对非法毒品作物种植收入的依赖。除其他外，此类方案中包括与卫生、教育、基础设施、社区发展和安全有关的服务。

减少需求

765. 提醒各国注意实施有效的药物滥用预防、治疗和康复方案的义务。

建议 3：应当始终把预防社会大众特别是青年人滥用药物作为政府行动的主要目标。此类行动并不仅限于专门针对毒品的政策：任何加强社会凝聚力和增强个人的自决和抵御能力的行动都可以减少药物滥用的流行。减少药物滥用对健康和社会的不良影响是减少需求综合战略的重要组成部分。各国应当向受到药物滥用影响的人提供有效和人道的援助，包括提供在医学上适当和循证的治疗。各国应确保对涉毒刑事犯罪的制裁适当，对于吸毒者实施此类犯罪的情况，各国应考虑各项药物管制条约规定的替代定罪和处罚的办法，例如治疗、教育、后续护理、康复和重返社会措施。

供应

766. 国际药物管制制度依据各项药物管制公约确立并以相关政治宣言为基础，提供了一个全面的框架，以确保适当提供麻醉药品和精神药物减少疼痛和痛苦，同时防止这些物质转入非法使用。但是，世界人口仍有约 75% 难以获得或者根本得不到适当的缓解疼痛治疗。本报告的补充报告《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》表明，可以在国际药物管制公约的框架内改善——并且已经改善——国际管制药物的供应。

建议 4：要在处方过量开具和开具不足之间保持平衡，必须不断研究和持续审查各项政策。药物滥用应当并将继续是包括医疗专业人员和公共卫生官员在内的全社会关切的问题。通过各国采取纠正行动，解决监管、态度、相关知识、经济和相关采购等方面已经查明的导致供应不足的原因，可以改善医用麻醉药品和精神药物

供应不足的情况。麻管局敦促各成员国落实上述关于国际管制药物供应问题的补充报告提出的建议。

国际进出口许可制度

767. 作为确保切实有效执行麻醉药品和精神药物合法国际贸易进出口许可制度的努力的一部分，麻管局开发了国际进出口许可系统 (I2ES)。国际进出口许可系统是一个电子平台，各国政府可借助该平台以电子方式生成麻醉药品和精神药物进出口许可证，实时交流这些授权并立即核实各项交易的合法性，同时确保完全符合各项药物管制公约的要求。该系统显著减少了药物货物转入非法渠道的风险。

建议 5：麻管局敦促所有尚未在国际进出口许可系统上注册并使用该系统的国家主管部门尽快这样做，因为各国政府只有通过广泛应用该系统才能了解这项工具带来的好处。麻管局重申麻醉药品委员会在其第 58/10 号决议中向各成员国发出的呼吁，请成员国提供最大可能的资金支助，使麻管局秘书处能够继续管理和监测该系统。

精神药物

768. 目前仍然不清楚一些国家对《1971 年公约》附表二、三和四所列多种精神药物的管制情况。

建议 6：麻管局再次呼吁各国政府审查本国的法律法规，以确认其完全符合《1971 年公约》的所有相关规定和经济及社会理事会的相关决议。特别是考虑到 2013 年新近增列了六种新型物质并且改变了对伽马——羟丁酸的管制范围，将其从《公约》附表四转至附表二，麻管局提醒相关国家政府注意关于发放附表二所列物质进出口

许可证的条约规定，并呼吁这些政府补交信息以介绍其国内对附表三和附表四所列物质的管制情况。⁴⁴

769. 广泛开具苯二氮卓类药物和不必要地使用镇静催眠药和抗焦虑药进行治疗，尤其是在老年人中这样做，带来过量使用含此类物质药物制剂的风险，并会产生不良和毒副作用。

建议 7：麻管局呼吁所有政府对误用和过量使用苯二氮卓类药物特别是老年患者中的这种情况保持警惕。促请各国政府密切监测苯二氮卓类药物的消费量，确保依据完善的医疗做法开具处方并合理使用精神药物。

前体

770. 自《1988 年公约》生效以来，各国已成功地实质性减少表列物质从国际贸易向非法药物制造的转移。为进一步支持监测前体化学品的合法贸易，防止其转入非法渠道，麻管局制定了网上出口前通知和前体事件通信系统等多种电子工具。

建议 8：敦促所有政府利用网上出口前通知和前体事件通信系统改善对国际前体贸易的监测并实时交换与非法活动有关的情报。

771. 对前体化学品国内流动和最终用途的国内管制和监测未得到充分重视。“特制前体”等非表列替代化学品的出现，非法合成毒品的制造活动日益复杂多样并且规模扩大，这些都是今天面临的进一步挑战。各国必须承担起共同责任，制定前瞻性的战略解决现行制度的局限性，主要是与非表列化学品有关的局限性。

建议 9：考虑到新的动态，各国政府应采取以下一系列行动：

(a) 利用关于世界毒品问题的大会特别会议这一契机，重申前体管制作为平衡的药物管制战略中预防部分的重要性；

(b) 使业界成为防止化学品转用的重要伙伴，并对此类伙伴关系做出正式承诺；

(c) 审查本国管制制度的有效性，并致力于消除国内制度存在的空白；

(d) 确保执法部门对缉获品、扣留货物和未遂的转移行为开展调查，以查明转移来源和隐藏在這些活动背后的犯罪组织，并实现其调查结果的全局共享以防止今后使用类似手法进行转移。

新型精神活性物质

772. 麻管局注意到，世卫组织与毒品和犯罪问题办公室开展合作，针对应当开展可能的审查和考虑实行可能的国际管制的新型精神活性物质，确立了排定优先次序的标准。除了在国际层面对附表进行增改之外，各国继续将新型精神活性物质纳入国家管制的范围。全世界越来越多的会议和大会将新型精神活性物质作为讨论的主题，但切实有效的战略至今仍未出台。这些物质继续带来更多挑战，滥用市场也日益多样化，越来越多的报告提及新型精神活性物质是导致医院急救和死亡事件的原因。

建议 10：麻管局鼓励各国政府借鉴经济及社会理事会和麻醉药品委员会的相关决议、区域经验和各成员国的经验，并利用即将召开的大会特别会议探讨和制定法规及切实的现实措施，以保护个人和广大公众免受新型精神活性物质的有害影响。麻管局还敦促各国政府充分利用为防止新型精神活性物质进入药物滥用市场而向各国政府之间的业务合作提供支持的全球协调中心网 Ion 项目和相关事件通信平台（Ion 项目事件通信系统）。麻管局还重申，初级预防措施对解决新型精神活性物质带来的挑战十分重要。

⁴⁴麻醉药品委员会第 56/1 号决定。

推动国际药物管制条约的一致适用

773. 非洲仍然是世界主要的贩毒枢纽之一。虽然西非历来被用于向欧洲贩运可卡因等毒品，但该次区域也被查明是苯丙胺类兴奋剂的来源。此外，东非日益成为阿富汗海洛因的重要中转区域。非洲大陆最近的动态还包括一些国家内吸毒增多的现象，特别是在青少年中间。

建议 11：麻管局请各国政府在努力打击已经形成和正在形成的贩毒路线时加强区域合作和信息交换，并加强整个地区的安全，打击药物滥用的抬头。

774. 东欧的静脉吸毒率有增无已，目前几近全球平均水平的 5 倍。据艾滋病署称，全球因注射吸毒而感染艾滋病毒的人口有三分之一居住在东欧区域。

建议 12：麻管局建议该区域的各国政府落实预防机制，劝说人们放弃静脉吸毒。除了旨在促进吸毒者停止吸毒、恢复健康和重新融入社会的综合康复方案之外，还应当为深受毒品相关疾病之苦的人提供治疗设施。

775. 麻管局注意到阿富汗采取措施开展区域和国际合作以解决该国面临的涉毒威胁。阿富汗政府还致力于开展替代生计方案等举措。根据毒品和犯罪问题办公室最新的罂粟调查，该国 2015 年的非法种植面积为 2001 年以来的最低值，但麻管局继续对该国的非法罂粟种植、毒品生产和贩毒包括该国的非法大麻种植相关情况表示关切。

建议 13：麻管局呼吁阿富汗政府继续努力遏制非法毒品作物种植，打击药物非法生产和制造，拦截毒品贩运，加强对药物滥用的预防和治疗，促进吸毒者康复、重返社会

和恢复。麻管局建议国际伙伴继续为阿富汗提供这方面的援助。

776. 在北美洲，许多人往往在接受类阿片镇痛药处方疗程之后对类阿片产生依赖，这一趋势令人担忧。这种药物依赖已导致类阿片处方药和海洛因等其他麻醉品被滥用。滥用的结果是该区域因吸毒过量致死的人数居高不下。

建议 14：麻管局促请各国政府确保对麻醉药品的处方开具人和药剂师开展关于开具和发放麻醉药品特别是基于类阿片镇痛剂最佳做法的培训。

777. 全世界几乎所有的非法古柯树种植都在南美大陆。多民族玻利维亚国和秘鲁两国 2014 年的非法古柯树种植总面积都有所减少。与之相反的是，哥伦比亚 2014 年同期的古柯树种植面积增加了 44%。

建议 15：麻管局敦促安第斯地区的各国政府更多地交流信息和最佳做法，以遏制和减少非法药物作物种植。哥伦比亚主管部门应研究如何扭转该国的这一趋势，多民族玻利维亚国和秘鲁两国应确保继续减少非法古柯树种植面积。

778. 《1961 年公约》规定，公约缔约国应采取可能必要的立法和行政措施落实和执行公约的各项条款，并使受管制麻醉药品的生产、制造、出口、进口、销售、贸易、使用和持有仅限于医疗和科研之目的。同样，《1971 年公约》要求各缔约国采取可能必要的立法和行政措施在各自境内落实公约的各项规定，并在实现公约的各项目标时与其他国家和国际组织开展合作。

建议 16：麻管局强调国际药物管制条约得到普遍遵守的重要性，并敦促各国政府认真审查各自根据国际药物管制条约所承担义务的

执行情况，并确保其国内立法没有违反所加入的各项国际公约的规定。麻管局将继续监测事态的发展，并期待继续与所有主管部门就药物管制公约的执行事宜进行对话。

(签名)
主席
Werner Sipp

(签名)
秘书
Andrés Finguerut

(签名)
报告员
Bernard Leroy

2015年11月13日，维也纳

附件一.

国际麻醉品管制局 2015 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 2015 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

安哥拉

贝宁

博茨瓦纳

布基纳法索

布隆迪

喀麦隆

佛得角

中非共和国

乍得

科摩罗

刚果

科特迪瓦

刚果民主共和国

吉布提

埃及

赤道几内亚

厄立特里亚

埃塞俄比亚

加蓬

冈比亚

加纳

几内亚

几内亚比绍

肯尼亚

莱索托

利比里亚

利比亚

马达加斯加

马拉维

马里

毛里塔尼亚

毛里求斯

摩洛哥

莫桑比克

纳米比亚

尼日尔

尼日利亚

卢旺达

圣多美和普林西比

塞内加尔

塞舌尔

塞拉利昂

索马里

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

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
捷克共和国
丹麦
爱沙尼亚
芬兰
法国
德国
希腊
罗马教廷
匈牙利
冰岛
爱尔兰
意大利
拉脱维亚

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
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

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。世界卫生组织（世卫组织）西太平洋地区社会心理因素、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；中国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的物质滥用部任职，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成员（2000-2004年）。目前担任以下职位：世卫组织药瘾和酗酒问题专家咨询小组成员（2006-至今）；世界卫生组织西太平洋地区减少酗酒相关伤害区域行动计划执行情况国家联系人（2009-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。中国精神卫生法的制定、实施和评估方面以及中国禁毒法律和法规的实施方面的咨询顾问。

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）；“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）；和“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）。

国际麻醉品管制局成员（2015起）。^a 金融和行政委员会委员（2015年）。常设估量委员会委员（2015年）。

^a2014年11月17日由经济及社会理事会推选。

David T. Johnson

1954 年生人。美国国民。斯特灵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；加拿大国防学院毕业生。

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）。白宫副新闻秘书和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）。

Bernard Leroy

1948 年生人。法国国民。国际打击假冒药品研究所名誉副主任检察长和主任。

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毕业生（1979 年）。

以前担任以下职位：凡尔赛上诉法院副总检察长，2010-2013 年。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负责国际、立法和法律事务的顾问（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，分散在博格达、塔什干和曼谷的法律专家组的协调员（1990-2010 年）。协助阿富汗政府起草新的药物管制法的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

禁的初步研究的共同作者（1981 年）。为吸毒者提供治疗服务的非政府组织“Essonne Accueil”的创办人（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的成员。欧洲委员会欧洲可卡因贩运问题研究小组主席（1989 年）。撰写的一篇报告导致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（追回被盗资产倡议）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为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为精神病学专业的医学毕业生授课的讲师（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）。法国毒品和毒瘾监测中心管理局外部成员（2013 年）。雷诺报告委员会成员（2013 年）。

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》编号：1（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. F. Thony 合作撰写的“国际药物管制制度”一文，载于《国际刑法：来源、主题和内容》（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）^b 报告员（2015 年）。

^b 2014 年 4 月 23 日由经济及社会理事会推选。

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；新南威尔士大学心理学博士,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）。280多本著作和关于药物滥用、成瘾和治疗问题的编辑合订本中的多个章节的作者，是关于这些主题的多篇同行评审学术期刊文章的作者。最近发表的论文包括：“对阿片类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“疼痛和阿片类药物治疗研究：使用阿片类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起）。^c 常设估量委员会委员（2015年）。

Alejandro Mohar Betancourt

1956年生人。墨西哥国民。墨西哥国家癌症研究所总干事（2003-2013年）及墨西哥国家研究员系统、国家医学院、墨西哥科学院和美国临床肿瘤学会成员。

墨西哥国立自治大学医学博士（1980年）；国家营养研究所解剖病理学博士后研究（1985年）；哈佛大学公共卫生学院理学硕士（1986年）和流行病学博士（1990年）。

获得国家科技理事会和墨西哥健康基金会的学术和研究支助。墨西哥国家癌症研究所流行病学室主任（1988-1989年），临床研究室副主任（1993-1999年）及研究室主任（1999-2003年）。哈佛大学公共卫生学院讲师和副研究员（1988-1990年）。墨西哥国立自治大学医学院讲师及硕士和博士论文导师（1991年起）。墨西哥国立自治大学生物医学研究所癌症生物医学研究组协调员（1998年）。著有110篇科学著作和通俗作品，其中70篇发表在编入索引的期刊上，包括“E1基因的型内变化与人乳头瘤病毒18型变种的长控制区影响ori功能”、“筛查乳腺癌：对墨西哥的承诺（初步报告）”、“糖尿病和高血糖症对晚期乳腺癌患者生存的影响”、“卵巢

^c2015年4月8日由经济及社会理事会推选。

癌: 妇科肿瘤新挑战?”和“接受姑息治疗患者的生活健康质量评价 EORTC QLQ-C15-PAL 调查问卷 (墨西哥——西班牙语版) 的有效性”。

荣获各种表彰, 包括: 一般健康理事会米格尔·奥特罗临床研究奖 (2012 年); 墨西哥药物经济学学院和国际药物经济学和成果研究学会墨西哥分会最佳药物经济学著作第三名 (2010 年); 墨西哥最有影响力的 300 名领导人团体成员; 因参与美国癌症学会全球卫生战略行动咨询组会议而受到表彰 (2009 年); 墨西哥国立自治大学董事会成员 (2008 年); 斯坦福大学“爱德华·拉罗·亭科尔”客座教授荣誉称号 (2000 年); 墨西哥关于健康的社会决定因素报告外部咨询组成员 (2010 年); 墨西哥费德里科·戈麦斯儿童医院和“General y Lic. Aarón Sáenz Garza, A.C”协会颁发的 Aarón Sáenz 年度儿科研究奖评判团成员 (2010 年); 美国癌症学会全球卫生战略行动咨询组成员 (2010 年); 美国癌症学会致力奉献于建立墨西哥国家癌症计划成就证书 (2006 年); 墨西哥病理学家协会科学委员会成员 (1993-1995 年)。

国际麻醉品管制局成员 (2013 年起)。常设估量委员会委员 (2014 年)。常设估量委员会副主席 (2015 年)。

Jagjit Pavadia

1954 年生人。印度国民。达卡大学英语荣誉毕业生 (1974 年)、德里大学学士 (1988 年)、印度公共管理学院公共管理硕士文凭 (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”, 取得硕士文凭。

在印度政府的印度税务局服务 35 年, 担任多个高级职务, 包括: 印度麻醉药品中央局麻醉药品专员 (2006-2012 年); 法律事务专员 (2001-2005 年); 电力财务公司首席监察官 (1996-2001 年); 英联邦秘书处委派的马尔代夫海关培训顾问 (1994-1995 年); 麻醉药品管制局副局长

(1990-1994 年); 2014 年以纳普格尔海关中央消费和服务税首席专员的身份退休。

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), 该证书公布在《印度特别公报》上。

印度派往麻醉药品委员会的代表团成员, 维也纳 (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, 并在麻委会会议的间隙期间组织一次会外活动, 向生产国、进口国和出口国介绍罂粟种子非法流动所涉的问题。作为国家主管部门的代表, 出席棱镜项目和聚合项目的工作组会议 (2006-2012 年), 并协调和组织棱镜项目和聚合项目在新德里举行会议 (2008 年)。参加在曼谷举行的亚洲和太平洋各国禁毒执法机构负责人会议 (2006 年), 并组织在印度的阿格拉举行亚洲和太平洋各国禁毒执法机构负责人会议 (2011 年)。麻管局物质列表问题咨询专家组的成员 (2006 年), 最终完成麻管局《化学工业自愿行为守则撰写准则》的咨询小组的成员 (2008 年)。在安曼举行的近东和中东麻醉品非法贩运和有关事项小组委员会第四十一届会议的报告员 (2006 年); 在印度阿克拉举行的该小组委员会第四十二届会议的主席 (2007 年); 组织了在新德里举行的巴黎公约倡议前体问题专家工作组会议 (2011 年), 参加在伊斯坦布尔举办的由美国缉毒署主办的国际禁毒执法会议 (2008 年) 和在墨西哥坎昆举办的国际禁毒执法会议 (2011 年)。

国际麻醉品管制局的成员 (2015 年起)^d 麻管局第二副主席和常设估量委员会主席 (2015 年)。

Ahmed Kamal Eldin Samak

1950 年生人。埃及国民。1971 年毕业, 获法律及警察执照。在禁毒领域工作超过 35 年, 后担任警察事务部长助理和埃及禁毒管理总局局长, 埃及禁毒管理总局被认为是世界上第一个禁毒组

^d 2014 年 4 月 23 日由经济及社会理事会推选。

织，于1929年成立。打击毒品和犯罪领域的独立顾问。在警察节上荣获一等荣誉徽章(1992年)。曾参加了若干特派团，例如，前往约旦，从事禁毒培训(1988年)；前往印度，签署印度和埃及加强禁毒和安全合作以打击犯罪和恐怖主义的协议(1995年)；前往法国，促进埃及同国际刑警组织有关毒品和洗钱问题的合作(1996年)；前往巴勒斯坦，^e 参加区域禁毒讲习班(1999年)；前往沙特阿拉伯，参加有关毒品案件的培训方案(2001年)；前往阿拉伯联合酋长国，代表内政部出席毒品非法贸易问题委员会第三十六届会议(2001年)；前往阿拉伯利比亚民众国，^f 参加国际禁止吸毒和非法贩毒日(2002年)；前往肯尼亚，参加非洲国家禁毒部门领导人第十二和第十七次会议(2002年和2007年)；前往毛里求斯，参加第二届部长级禁毒会议(2004年)；前往黎巴嫩，参加黎巴嫩人权组织组办的“毒品是一种社会流行病”会议(2004年)；前往突尼斯，参加第十七至第二十一届阿拉伯禁毒部门领导人会议(2003-2007年)；前往美国(2004年)；前往奥地利，代表内政部参加联合国麻醉药品委员会第四十五、第四十六和第四十八至第五十届会议(2002-2007年)；前往沙特阿拉伯，作为一个科学组织的成员，撰写一篇关于逮捕和调查程序的文章(2007年)；前往阿拉伯联合酋长国，参加禁毒领域的战略与合作规划区域研讨会(2007年)。国家禁毒和成瘾问题普通信托基金和国家禁毒战略规划委员会的成员。

国际麻醉品管制局成员(2012年起)。常设估量委员会委员(2012年、2014年和2015年)。

Werner Sipp

1943年生人。德国国民。律师(德国海德堡大学和瑞士洛桑大学，意大利都灵大学欧洲研究所)。

^e根据大会2012年11月29日第67/19号决议，巴勒斯坦国被给予联合国非会员观察员国家地位，“巴勒斯坦国”这一名称现用于所有的联合国文件。

^f从2011年9月16日起，“利比亚”作为在联合国使用的简称取代“阿拉伯利比亚民众国”。

雷根斯堡大学公法助理讲师(1971-1977年)。几个联邦部委的高级行政职位(1977-2008年)。联邦卫生部麻醉品法和国际麻醉药品事务司司长(2001-2008年)；德国常驻欧洲委员会蓬皮杜小组通讯员(2001-2008年)；德国驻欧洲毒品法律数据库法律通讯员，里斯本(2002-2008年)；欧洲联盟理事会毒品问题横向工作组主席(2007年)；德国代表团驻麻醉药品委员会协调员(2001-2009年)。

德国联邦卫生部专家顾问和联邦政府国际毒品事务毒品问题专员(2008-2009年)；德国国际合作署毒品问题专家顾问(2008-2011年)；“实施国家战略以打击塞尔维亚境内的毒品滥用”和中亚毒品行动方案等若干欧洲联盟毒品问题项目的专家。

国际麻醉品管制局成员(2012年起)，常设估量委员会委员(2012年起)。报告员(2013年)。麻管局第一副主席(2014年)。麻管局主席(2015年)。

Viroj Sumyai

1953年生人。泰国国民。泰国公共卫生部食品与药品管理局已经退休的助理秘书长；及以药物流行病学为专长的临床药理学家。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9本毒品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：致幻剂非公开化学、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）。常设估量委员会委员（2010 年起）和主席（2012 年和 2014 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 和 2014 年）。

Sri Suryawati

1955 年生人。印度尼西亚国民。日惹加札马达大学医药政策与管理系教授兼主任，临床药理学和药物政策研究中心主任。教育背景包括药剂学（1979 年），药理学专家（1985 年）；临床药物动力学博士学位（1994 年），医药政策证书（1997 年）。药理学 / 临床药理学讲师（1980 年起）；150 多篇关于医药政策、基本药物、临床药物动力学、药物经济学与药物管理的硕士和博士论文导师。

世卫组织医药政策和管理问题专家咨询小组成员（1999 年起）。合理用药国际络网执行委员会委员。世卫组织选用基本药物问题专家委员会委员（2002、2003、2005 和 2007 年）。世卫组织药物依赖性专家委员会委员（2002 和 2006 年）。联合国关于艾滋病毒 / 艾滋病、疟疾和结核病以及获得基本药物问题千年项目工作队（第五工作队）成员（2001-2005 年）。曾担任下列国家的基本药物方案和促进合理用药顾问：孟加拉国（2006-2007 年）、柬埔寨（2001-2008 年）、中国（2006-2008 年）、斐济（2009 年）、老挝人民民主共和国（2001-2003 年）、蒙古（2006-2008 年）和菲律宾（2006-2007 年）。曾担任下列国家的医药政策和药物评价顾问：柬埔寨（2003、2005 和 2007 年）、中国（2003 年）、印度尼西亚（2005-2006 年）和越南（2003 年）。曾是关于医药政策和促进合理用药的各种国际培训班的调解人，包括：世卫组织和合理用药国际络网促进合理用药培训班（1994-2007 年）、医院药物和治疗学委员会培训班（2001-2007 年）以及药物政策问题国际培训班（2002-2003 年）。

国际麻醉品管制局成员（2007-2012 年和 2013 年起）。常设估量委员会委员（2008-2011 年和 2013 年起）、副主席（2009 年）和主席（2010 和 2013 年）。麻管局第二副主席（2010 和 2013 年）。报告员（2011 和 2014 年）。麻管局第一副主席（2015 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、罗萨里奥大学（波哥大）和加利福尼亚州立大学奇科分校的教授。在世界银行和美洲开发银行研究部门工作了 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 月至 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 月至 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 月至 1992 年 12 月）；伍德罗·威尔逊国际学者中心研究员（1996 年 8 月至 1997 年 7 月）；联合国开发计划署（波哥大）安第斯国家非法药物的经济影响问题研究方案研究协调员（1993 年 11 月至 1996 年 1 月）。

著有两本书并与人合著了一本关于哥伦比亚和安第斯地区非法药物问题的书籍。他是三册书的编辑，60 多篇关于这些主题的学术期刊文章和书籍章节的作者。

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委员会成员（2012-2014 年）。

国际麻醉品管制局成员（2012 年起）。报告员（2012 年）。常设估量委员会委员（2013 年）。财务和行政委员会委员（2014 年和 2015 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；摩洛哥毒品和致瘾观测站主任；Ar-razi 大学精神病医院主任，拉巴特医学系精神病学教授。

拉巴特医学系医学博士（1989年）；精神病学专业文凭（1994年）；拉巴特医学系讲师（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）开办专门培训。在匹兹堡大学开展研究（1995年）；在维也纳临床研究所取得临床药物研究证书（2001年和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 医院的教学和住院医师培训协调员；拉巴特医学系国家治疗和防止药物滥用文凭课程的主任；拉巴特医学系国家儿童精神病学文凭课程的主任、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参考小组前任成员、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；是以下机构的成员：国际科学咨询网导师（防止青少年中的药物滥用）；联合国药物管制和预防犯罪办事处（北非当地网络）关于预防问题的前任联系人/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参考小组成员。

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。

国际麻醉品管制局的成员（2015年起）。⁸ 常设估量委员会委员（2015年）。

⁸2014年4月23日由经济及社会理事会推选。

Raymond Yans

1948年生人。比利时国民。德语语言学和哲学专业毕业（1972年）。

比利时外交部：驻雅加达随员（1978-1981年）；列日副市长（1982-1989年）；驻东京领事（1989-1994年）；驻卢森堡领事、代办（1999-2003年）；外交部毒品问题组组长（1995-1999年和2003-2007年）；都柏林小组主席（2002-2006年）；比利时担任欧洲联盟主席国期间的欧洲联盟药物政策合作工作组主席；负责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》批准和执行程序的国内协调工作（1995-1998年）；外交部和国家警察总局与驻比利时各使馆毒品问题联络官之间的联络员（2003-2005年）；参与启动欧洲联盟新的合成毒品问题联合行动的一个预警系统，该系统用于提醒各国政府注意新出现的合成毒品（1999年）；积极参与建立欧洲联盟、拉丁美洲和加勒比之间的毒品问题合作机制（1997-1999年）。著有多篇文章和讲演稿，包括“都柏林小组的未来”（2004年）；“欧洲联盟共同药物政策是否存在”（2005年）。比利时出席麻醉药品委员会的代表团成员（1995-2007年）；参加了联合国大会第二十届特别会议的所有筹备会议（关于苯丙胺类兴奋剂、前体、司法合作、洗钱、减少毒品需求和替代发展等问题）；欧洲联盟执法部门禁毒执法最佳做法研讨会，赫尔辛基（1999年）；欧洲联盟/南部非洲发展共同体药物管制合作问题联合会议，南非马巴索（1995年）和嘉博罗内（1998年）；毒品和犯罪问题办公室/巴黎公约圆桌会议，布鲁塞尔（2003年）、德黑兰和伊斯坦布尔（2005年）；“安第斯共同体和欧洲联盟之间毒品问题高级别对话”的多次会议，利马（2005年）和维也纳（2006年）。

国际麻醉品管制局成员（2007年起）。常设估量委员会委员（2007-2010年）。财务和行政委员会委员（2007-2009年）和主席（2015年）。报告员（2010年）。麻管局第一副主席（2011年）。麻管局主席（2012年和2013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国家政府代表供职。其中三名成员具有医学、药理学或制药学方面的经验，是从世界卫生组织（世卫组织）提名的名单中选举产生，其余 10 名成员从各国政府提名的名单中选举产生。麻管局成员是一些以其才干、公正和廉洁而受到普遍信任的人。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。在经社理事会第 1991/48 号决议核准的安排框架内，麻管局与该办公室密切配合。麻管局还与其他负责毒品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能：《经 1972 年议定书修正的 1961 年麻醉品单一公约》、1971 年《精神药物公约》和 1988 年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》。概括地说，麻管局处理下列方面的事务：

(a) 在药物的合法制造、贸易和使用方面，麻管局努力同各国政府合作，确保医疗和科研用

途的药物充分供应，确保防止药物从合法来源转入非法渠道。麻管局还监测各国政府对用于非法制造药物的化学品的管制，协助它们防止这些化学品转入非法贩运；

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

在履行职责时，麻管局：

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

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

(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毒品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毒品管制形势的分析，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；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毒品管制问题以及麻管局就此问题提出

的结论和建议，以便协助人们就国家、区域和国际药物管制政策进行讨论与决策。以往各年度报告论及下述专题：

1992年：药品的非医疗用途的合法化

1993年：需求量减少的重要性

1994年：国际药物管制公约有效性评估

1995年：加倍重视打击洗钱活动

1996年：药物滥用和刑事司法系统

1997年：在非法药物增加的背景下防止药物滥用

1998年：国际药品管制：过去、现状与未来

1999年：远离疼痛与痛苦

2000年：国际管制药物的过量消费

2001年：全球化与新技术：在二十一世纪执行禁毒法的挑战

2002年：非法药物与经济发展

2003年：药物、犯罪与暴力：微观一级的影响

2004年：减少供应和减少需求战略的结合：超越均衡的做法

2005年：替代发展与合法生计

2006年：国际管制药物和无管制市场

2007年：相称性原则和涉毒犯罪

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

第二章分析了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。

2012 年：国际药物管制的分担责任

2013 年：吸毒的经济后果

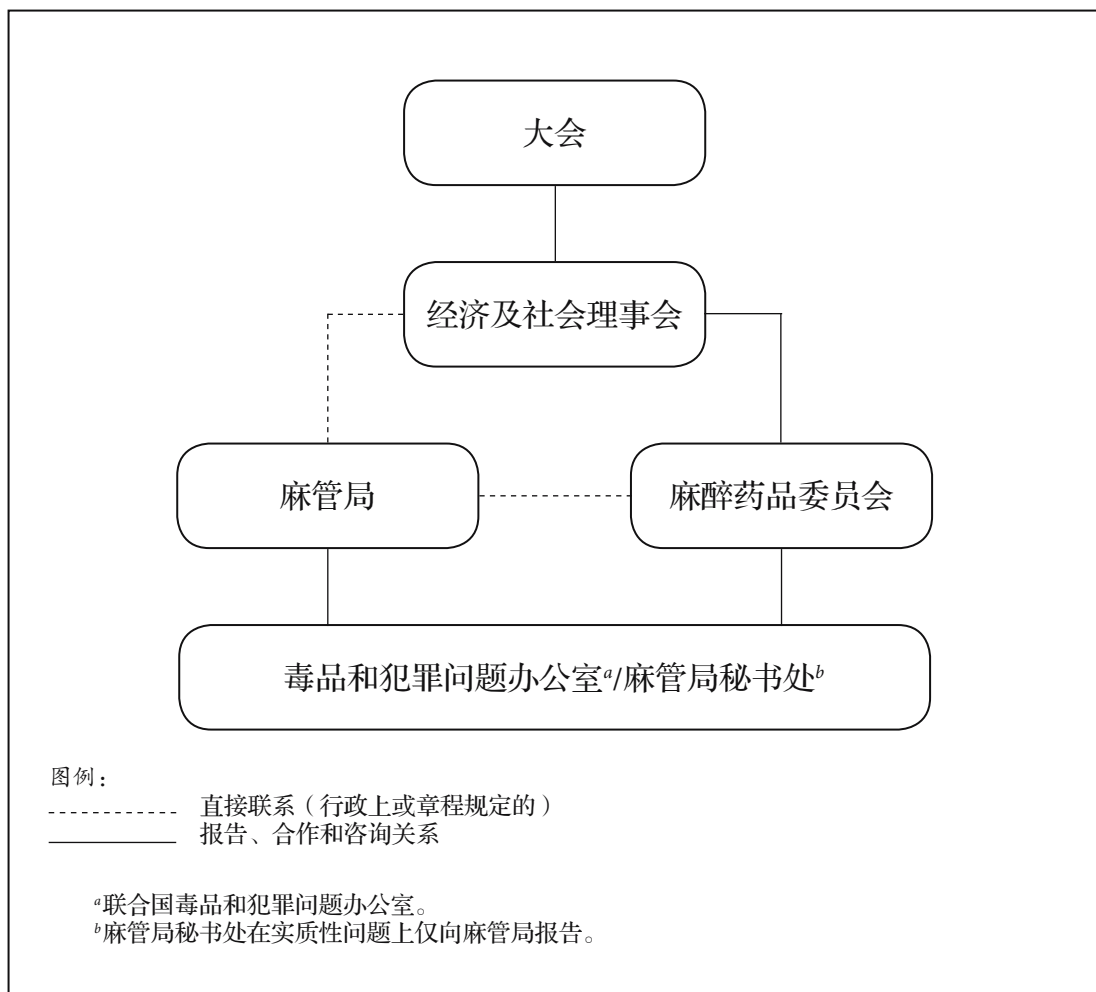
2014 年：应对世界毒品问题的全面、综合和平衡做法的执行情况

第三章介绍了药物滥用和贩运方面的一些重要发展，以及各国政府为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。

国际麻醉品管制局 2015 年报告第一章的标题是“人类的健康和福祉：国际药物管制今后面临的挑战和机遇”。

第四章介绍了麻管局向各国政府、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。

联合国系统和毒品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药物管制公约执行情况的独立监测机构，于 1968 年根据 1953 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药物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药物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。