



国际麻醉品管制局



# 报告 2016



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  
2017年3月2日星期四 11:00时（欧洲中部时间）

敬请注意

## 国际麻醉品管制局发表的 2016 年报告

《国际麻醉品管制局 2016 年报告》(E/INCB/2016/1) 尚有下列报告作为补充:

《麻醉药品: 2017 年全球估计需求量 —— 2015 年统计数字》(E/INCB/2016/2)

《精神药物: 2015 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/2016/3)

《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 2016 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/2016/4)

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](mailto:secretariat@incb.org)

本报告的文本还可在麻管局网站 ([www.incb.org](http://www.incb.org)) 查阅。



国际麻醉品管制局

2016 年  
国际麻醉品管制局  
报告



联合国  
2017 年，纽约

E/INCB/2016/1

联合国出版物  
eISBN: 978-92-1-060071-2  
ISSN 0257-3741

# 前言

在国际麻醉品管制局(麻管局)2016年年度报告的这份前言中,我要赞赏为了2016年4月举行联大第三十届特别会议而投入的卓越努力。在过去的两年中,我们看到全球社会深入审议了应对世界毒品问题所取得的成功和面临的挑战,麻管局对这项艰辛工作取得的成果表示庆贺,这些成果已经载入第三十届特别会议题为“我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺”的成果文件。<sup>1</sup>

麻管局注意到,在成果文件中,会员国强调了三项国际药物管制条约作为国际合作基础所发挥的作用,要确保为医药和科学用途供应麻醉药品和精神药物,防止非法药物作物的种植和生产以及应对药物滥用和贩运。各国政府表明,愿意履行共同承诺,就减少需求和供应以及防止转移开展合作。在这届联大特别会议上,国际社会重申了各项公约的关键作用并重申致力于落实各项公约。然而,有些人将会继续谈论条约及其条款需要“现代化”的问题。麻管局认为,国际药物管制制度依然是可以满足当前和今后世界药物管制需要的一个现代和灵活的架构。

在这方面,麻管局呼吁所有利益攸关方把科学和循证办法放在药物管制讨论的中心位置。在确定国家层面的执行程度是否属于公约允许的灵活范围之内这个问题上,麻管局明白条约所赋予自己的作用。正如我们经常指出的那样,各项公约在国家层面规定了一定的灵活性,尤其是在针对因个人使用而持有毒品之类的轻罪确定适当制裁,包括实行非惩罚或非拘禁措施等问题上。但是,灵活性总有限度,不能扩展到把药物用于非医疗用途加以规范化的地步。缔约各国当前面临的挑战是,要研究如何应对有些国家背离条约,允许为非医疗用途使用药物并将此规范化的动态。本报告第二章中的一项特别专题是,探讨若干辖域的立法允许将大麻用于非医疗用途可能会产生的影响。

未来国际药物管制合作的成功将取决于缔约各国是否能够承认,各项条约首先和首要强调的是个人的健康需要和人权。作为一个条约监测机构,麻管局认为,缔约各国本身想必知道,在各项公约和政治宣言的原则和条款基础上防止和治疗药物滥用并减轻其有害后果是其条约义务。保护人类的健康和福祉始终是国际药物管制制度的终极目标,所有以平衡兼顾的方法和符合各项条约及尊重人权的方式应对当前挑战的药物相关政策和方案都将继续得到麻管局的承认和支持。

今年的麻管局报告载有关于妇女与毒品、吸毒妇女的特定需要及妇女吸毒所面临的危害的一个主题章节。这一章审视了妇女的吸毒流行病学和围绕着注射吸毒等问题的社会经济背景。关于妇女面临的毒品相关危害以及由此而来对社区产生的后果往往研究不足,令人痛心,而按性别分门别类的吸毒数据也鲜有收集。另外,会员国专用于预防和治疗妇女药物依赖及吸毒疾患的预算拨款不够充分,妇女经常得不到任何援助,在沉默中承受痛苦。麻管局认为,今年的主题章节能带来认知上的变化,

<sup>1</sup>大会第S-30/1号决议,附件。

并提醒人们特别是政策制订者，对吸毒或犯有毒品相关罪行的妇女，保护其权利及其家庭的权利十分重要。

在 2015 年的麻管局年度报告前言中，我讨论了各项公约的精神，所希望的是，各国政府在制订应对本地药物管制问题的行动办法时，将力争改善公共健康，构建充分尊重人权的做法和方案。在针对吸毒问题的刑事司法对策中必须注入对正当程序的尊重，并认识到各项公约预设的是用人道和相称方法应对吸毒和毒品相关犯罪，包括通过教育、治疗、善后护理、康复和回归社会等办法替代定罪。在这方面，不应保留对毒品相关犯罪的死刑。另外，社会中最弱势的人，因执法措施和刑事司法制裁不公正、不恰当或不相称而遭受的苦难也往往最深重。公共安全和治安对于任何政府都是重大目标，但追求这些目标绝不能牺牲个人与生俱来的尊严。同样的道理也适用于减少需求，这是不言自明的：减少需求的干预行动如果在药物管制的名义下侵犯人权，就没有立足之地。这种干预行动与药物管制公约的精神和实质背道而驰，药物管制公约的目标包括保护公共和个人的健康和福祉。

今年的报告以及关于前体化学品的年度报告，提供了对全球药物管制动态的最新分析，并向各国政府和有关国际及区域组织提出了建议。考虑到围绕联大第三十届特别会议开展的讨论，麻管局在我们 2016 年出版物中提出的建议着眼于帮助各国采取有效措施和执行综合计划应对药物相关挑战。例如，在关于前体化学品的报告<sup>2</sup>中提供了指导和信息，以使各国能够加强信息共享，开展多边行动合作和采取各种措施，防止化学品被转移用于非法制毒。

继联大第三十届特别会议之后，我们正在为迈向 2019 年审议《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》执行情况的下一个里程碑发奋努力。麻管局期待在今后三年当中及以后为务实地应用循证知识，始终一贯地支持各国保护其公民的健康和福祉发出声音。我希望，通过发表这些年度报告，麻管局的工作和职能可以得到更多的了解。我们一如既往地请会员国向麻管局直接提出可能想要了解的有关条约执行情况任何问题。



国际麻醉品管制局  
主席  
Werner Sipp

<sup>2</sup> E/INCB/2016/4。

# 目录

页次

前言 .....	iii
解释性说明 .....	vi

## 章次

一. 妇女与毒品 .....	1
A. 药物滥用的流行率和模式 .....	2
B. 吸毒的开始、原因和境况 .....	2
C. 与毒品有关的危害 .....	4
D. 特殊吸毒群体 .....	5
E. 药物依赖的预防、治疗和康复 .....	7
F. 建议 .....	8
二. 国际药物管制制度的运作 .....	11
A. 推动各项国际药物管制条约的一致适用 .....	11
B. 确保国际药物管制条约各项条文的实施 .....	12
C. 各国政府与麻管局的合作 .....	20
D. 总体履约情况评价 .....	24
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 .....	37
F. 特别专题 .....	40
三. 世界形势分析 .....	47
A. 非洲 .....	48
B. 美洲 .....	53
中美洲和加勒比 .....	53
北美洲 .....	58
南美洲 .....	65
C. 亚洲 .....	72
东亚和东南亚 .....	72
南亚 .....	78
西亚 .....	82
D. 欧洲 .....	88
E. 大洋洲 .....	97
四. 给各国政府、联合国及其他有关国际组织和国家组织的建议 .....	103

## 附件

一. 国际麻醉品管制局 2016 年报告中使用的区域和次区域划分 .....	109
二. 国际麻醉品管制局现任成员 .....	113

## 解释性说明

凡在 2016 年 11 月 1 日以后报来的资料，均未能编入本报告。

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

所提及的国家和地区名称是收集到相关资料时正式使用的名称。

本报告使用了下列简称：

AIRCOP	机场通信项目
APAAN	$\alpha$ -苯乙酰乙腈
ASEAN (东盟)	东南亚国家联盟
CARICC	中亚区域信息和协调中心
CARICOM (加共体)	加勒比共同体
CICAD (美洲药管会)	美洲药物滥用管制委员会
ECOWAS (西非经共体)	西非国家经济共同体
EMCDDA	欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心
Europol (欧警署)	欧洲警察署
GBL	伽马丁内酯
GHB	伽马羟丁酸
ha	公顷
I2ES	国际进出口许可证系统
INCB (麻管局)	国际麻醉品管制局
INTERPOL (刑警组织)	国际刑事警察组织
IONICS	Ion 项目事件通信系统
LSD (致幻剂)	麦角酰二乙胺
MDMA	3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺
NATO (北约)	北大西洋公约组织
OAS (美洲组织)	美洲国家组织
PEN Online	网上出口前通知
PICS	前体事件通信系统
SMART	全球综合监测：分析、报告和趋势方案
THC	四氢大麻酚
UNAIDS (艾滋病规划署)	联合国艾滋病病毒 / 艾滋病联合规划署
WCO (海关组织)	世界海关组织
WHO (世卫组织)	世界卫生组织



# 第一章

## 妇女与毒品

1. 人们日益清楚地认识到，必须适当地将性别视角纳入毒品相关政策和方案。1998年和2009年的《政治宣言》<sup>3</sup>，<sup>4</sup>纳入了性别方面的考虑，联大<sup>5</sup>和麻醉药品委员会<sup>6</sup>在过去的十年里也愈加重视这方面的问题。此外，联大有关《2030年可持续发展议程》的决议<sup>7</sup>强调，必须促进性别平等和增强妇女权能。联大第三十届特别会议题为“我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺”的成果文件<sup>8</sup>鼓励会员国在毒品政策中解决妇女的特定需要。麻醉药品委员会作为联合国系统应对药物相关问题的主要政策制订机关，通过了一系列有关世界毒品问题所涉妇女状况的决议。为推动对性别有敏感认识的政策以处理这个问题，该委员会强调了妇女的特定需要，最近，在2016年3月的第五十九届会议上通过了题为“将性别视角纳入毒品相关政策和方案的主流”的第59/5号决议。

<sup>3</sup>专门讨论共同应对世界毒品问题的大会第二十届特别会议通过的政治宣言（大会第S-20/2号决议，附件）。

<sup>4</sup>《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》见《经济及社会理事会正式记录，2009年，补编第8号》(E/2009/28)，第一章，C节。

<sup>5</sup>大会第58/138号、第61/143号、第63/241号和第70/182号决议。

<sup>6</sup>麻醉药品委员会第52/1号、第55/5号和第59/5号决议。

<sup>7</sup>大会第70/1号决议。

<sup>8</sup>大会第S-30/1号决议，附件。

2. 国际麻醉品管制局（麻管局）认识到性别针对性的重要意义，因此用这份年度报告的第一章专门论述“妇女与毒品”专题。然而，由于这个专题涉及不同的方方面面，所以不可能仅用一个章节就阐述透彻。另外，有关吸毒妇女的数据稀缺，也不利于开展分析。出于这些原因，本章仅限于论述一些显著方面：与毒品相关的危害、特殊人口群体、药物依赖的预防和治疗以及康复。

3. 依赖药物的妇女可能面临多重困难：会蒙受深重的污名化，会受到家庭和社区的排斥，可能遭受伴侣或家人的暴力，可能转入或被迫从事性工作以支撑自己或伴侣吸毒。而且，她们还得不到对性别问题有敏感认识的药物依赖治疗。全球范围内有限的可用数据显示，青年和囚犯中的女性吸毒人数正在增加。向妇女提供适足水平药物依赖治疗的国家寥寥无几，而如果要实现妇女的最高可得生活水准，几乎所有国家就都需要扩大有性别敏感度的治疗。

4. 刑事司法数据表明，因涉毒犯罪而被逮捕的妇女人数越来越多。参与涉毒犯罪的妇女受到监禁，会对子女产生灾难性影响，如果这些妇女是主要照料者，情况就更加严重。此外，女性囚犯的药物依赖度很高，但鲜有机会得到治疗和康复服务。

## A. 药物滥用的流行率和模式

5. 在全球使用毒品的人中，妇女和女童占三分之一。据估计，2010 年全球依赖苯丙胺类药物的妇女为 630 万人，依赖类阿片的妇女为 470 万人，依赖可卡因的妇女为 210 万人。女性依赖流行率占高位的毒品，在东南亚和大洋洲是苯丙胺 (0.31%)，在大洋洲是类阿片 (0.25%)，在北美洲和拉丁美洲是可卡因 (0.22%)。同样在 2010 年，估计全世界有 380 万名妇女注射毒品，相当于全球女性人口的 0.11%。<sup>9</sup> 妇女的药物使用模式反映了吸毒机会上的差异，而这种差异是由其所处社会或文化环境影响造成的。

6. 一般而言，妇女开始吸毒的时间晚于男性，她们沾染毒品在很大程度上是受吸毒伴侣的影响。然而，一旦妇女开始吸毒，她们消费大麻、类阿片和可卡因的发展速度就比男性更快，而且往往比男性更快地患上吸毒疾患。以甲基苯丙胺为例，女性的开始吸食年龄早于男性，染上甲基苯丙胺吸毒疾患的可能性也大于男性。与男性相比，使用海洛因的妇女更年轻，用量可能较少，使用时间较短，注射这种毒品的可能性较小，受吸毒性伴侣影响的可能性较大。女性第一次注射吸毒经常是由他人实施的，操作者往往是她们的伴侣。

7. 高收入国家妇女的吸毒水平高于中低收入国家妇女。从所有药物的滥用方面看，青年人口中的男女差距小于成年人口。在滥用处方药的群体中，女性也占很大一部分。欧洲委员会的蓬皮杜小组报告说，使用处方药物的妇女随年龄组增加，在三十来岁的妇女中达到峰值。虽然数据有限，但德国和塞尔维亚报告说，由于滥用处方药过量致死的妇女多于

<sup>9</sup> Harvey A. Whiteford 等人，“精神和用药紊乱所致疾患的全球负担：2010 年全球疾病负担研究的结果”，《柳叶刀》；第 382 卷，第 9904 (2013) 号，pp.1575-1586。

男性。<sup>10</sup> 研究表明，妇女更有可能将处方药用于非医疗目的，如麻醉止痛药和镇静剂（如苯二氮卓类药物）。<sup>11</sup> 妇女比男性更容易发生抑郁、焦虑、创伤和受害，这就使得问题变得更为复杂。一些妇女报告称使用药物来对付生活压力，有证据表明，女性被开具麻醉药品和抗焦虑药物的可能性远大于男性。<sup>12</sup>

8. 与同性发生性行为的妇女中，非法使用药物、注射吸毒和药物依赖的流行率一向较高。在变性妇女中，滥用药物和注射吸毒是常见现象，占比从美利坚合众国的约 30% 到澳大利亚的 42%，再到葡萄牙和西班牙的 50% 不等。然而，2004 年在巴基斯坦开展的一项研究发现，变性妇女中上一年注射过毒品的人还不到 2%。<sup>13</sup>

## B. 吸毒的开始、原因和境况

9. 滥用药物和注射吸毒通常始于青少年时期和成年早期。无家可归的年轻人等特别脆弱者，可能在青少年早期就开始注射吸毒。与男性一样，妇女吸毒有各种各样的原因，包括尝试、同伴压力、逃避或放松。个性或环境等因素可导致女性从滥用药物发展到注射吸毒。其他因素还可能包括在儿童时期曾遭受身体虐待或性虐待、从事性工作和与注射吸毒者交往。

<sup>10</sup> Marilyn Clark，“处方药物非医疗使用的性别层面”（斯特拉斯堡，欧洲委员会，2015 年）。

<sup>11</sup> L. Simoni-Wastila、G. Ritter 和 G. Strickler，“与非医疗使用易滥用处方药物有关的性别因素和其他因素”，“药物使用和滥用”，第 39 卷，第 1 (2004) 号，pp.1-23；欧洲学校酒精和其他药物调查项目 2007 年报告：35 个欧洲国家的学生使用药物情况（斯德哥尔摩，瑞典酒精和其他药物信息理事会，2009 年）。

<sup>12</sup> 毒品和犯罪问题办公室，“处方药物的非医疗使用：政策方向问题”（维也纳，2011 年）。

<sup>13</sup> Sarah Larney 等人，“全球使用或注射毒品妇女中的艾滋病流行病学：当前的认识和现有数据的局限”，《获得性免疫缺陷综合征杂志》，第 69 卷，增刊 2 (2015 年 6 月)。

10. 一些妇女报告称使用药物来减轻压力或缓解消极情绪，或摆脱离婚、失去子女监护权或亲人死亡造成的痛苦。患有吸毒疾患的妇女往往经历过家庭养育困难和内部冲突以及过早承担成年人的责任。她们的家庭中往往有人依赖药物，而许多妇女将感情关系问题归结为开始使用药物的一个因素。此外，在药物滥用问题发生之前，往往患有情绪失调症和焦虑症。妇女给出的其他滥用药物原因有：帮助节食、消除疲劳、缓解疼痛和自我医治精神健康问题。

## 1. 生物因素

11. 药物依赖是由生物、环境、行为和社会因素综合起来共同造成的。增加依赖风险的因素包括：像个男人、寻求新奇和感官刺激、早期的叛逆行为和行为障碍、在学校表现不佳和睡眠不足。在药物使用方面，妇女可能面临一些独特的问题，其中一部分与生物因素有关。

12. 当人的神经元适应反复的药物接触并且在药物作用下才能正常运转时，就形成了依赖。遗传变异性可在很大程度上决定个体的依赖风险，因此，了解遗传因素的作用可能有助于治疗药物依赖。有人认为，遗传因素在个人成瘾脆弱性中所占的份量达 40% 至 60%。孪生子研究表明，以 0 至 1 为比例尺度，成瘾症的遗传度从迷幻剂的 0.39 到可卡因的 0.72 不等。<sup>14</sup> 威尔维基等人开展的一项孪生子元分析（2010 年）估计，在女性当中，59% 有问题的大麻使用可归因于共同基因，而在男性当中，只有 51% 可归因于共同基因。

13. 在药物使用方面妇女可能会面临独特的问题，部分上受到生物学差异和性别规范相关特性的影响。研究确定，激素、月经周期、生育、怀孕、母乳喂养和绝经，都可能影响到妇女的

药物经验和摆脱吸毒实现恢复的能力。人类研究表明，月经周期的卵泡期内雌二醇水平很高，孕酮水平低，这时对兴奋剂的响应度最高。对可卡因给药反应开展的一项研究发现，黄体期妇女报告的亢奋度低于卵泡期妇女或男性。<sup>15</sup> 研究还发现了单胺氧化酶 A (MAOA)（一种分解单胺神经递质的酶，例如 5-羟色胺）基因型对女性精神病理学和行为的不同作用。<sup>16</sup> 还有证据表明，儿童性虐待和亲密伴侣暴力是造成妇女反社会行为和吸毒的独特风险因素，并有可能在多年以后引起复发。<sup>17</sup>

## 2. 社会和环境因素

14. 在一些国家，失业率、毒品可得性和犯罪率都很高，造成了一种有可能加剧药物使用不当的环境。有人认为，社会经济地位低下与吸毒之间的关系是双向的：一方面生活贫穷会产生长期压力，影响个人的精神健康，而毒品可带来某种暂时的缓解，可另一方面，吸毒会降低社会经济地位，尽管作用程度较不明显。对妇女而言，这些因素的影响往往是加剧的。例如，联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）对阿富汗家庭单元所受吸毒影响所做的调查发现，吸毒、失业和贫穷之间有着密切的联系。<sup>18</sup> 在吸毒之前有工作的人中，有一半以上后来失去了工作。受访的儿童有三分之一以上都说，自己是因为家中有某人吸毒而被迫辍学的。吸毒率高的社区往往难以获得社会支助、医疗保健和社区组织的服务，其中的居民因此更难获得援助来打破吸毒与贫穷之间的恶性循环。

<sup>15</sup> Mehmet Sofuoglu 等人，“人类吸食可卡因的主观效应的性别和月经周期差异”，实验临床精神药理学，第 7 卷，第 3 号（1999），pp. 274-283。

<sup>16</sup> J. Kim-Cohen 等人，“单胺氧化酶 A、虐待、基因和环境的互动预测儿童心理健康：新证据和元分析”，分子精神病学，第 11 卷，（2006），pp. 903-913。

<sup>17</sup> 妇女健康研究处，“2011 财政年度研究摘要”（Bethesda, Maryland, 国家卫生研究所，2011）。

<sup>18</sup> 毒品和犯罪问题办公室，《吸毒对阿富汗吸毒者及其家庭的影响》（2014 年，维也纳）。

<sup>14</sup> Laura Bevilacqua 和 David Goldman，“遗传与成瘾”，《临床药理学和治疗学》，第 85 卷，第 4 号（2009 年）。



15. 一项对印度近 3,000 名吸毒者进行的大型研究<sup>19</sup>发现,近 10% 吸毒者是妇女。其中许多妇女是文盲,很少有人接受过任何职业培训。她们中的大多数使用海洛因。这些妇女普遍报告称吸毒导致了身体和心理问题,包括流产或终止妊娠。参加该项研究的妇女约有半数从事性工作以支撑吸毒开支,这增加了她们感染艾滋病毒的风险,而后者可能会通过妊娠或母乳喂养导致母婴传播。婚姻冲突是开始吸毒的常见原因。

## C. 与毒品有关的危害

### 1. 艾滋病毒感染、吸毒过量及其他负面健康后果

16. 关于药物滥用及相关损害的研究往往没有专门考虑到妇女,这使对各种问题如何影响吸毒妇女做出准确评估受到了限制。此外,大多数研究是在高收入国家中进行的,这就限制了对情况的全面了解。尽管如此,还是产生了一定数量的妇女艾滋病毒数据,而由于注射吸毒与艾滋病毒感染风险之间存在关联,这也就为了解问题提供了某种线索。女性吸毒者的艾滋病毒流行率可能有很大差异,有些国家很低,有些国家则超过 50%,例如爱沙尼亚和菲律宾。国内差异可能会极大。在坦桑尼亚联合共和国,注射海洛因的妇女有 72% 的艾滋病毒抗体呈阳性,而同类男子仅为 45%。在塞内加尔,注射吸毒妇女的艾滋病毒流行率比同类男子高 3 倍。

17. 总体而言,即使从撒哈拉以南非洲的广义流行病看,女性性工作者艾滋病毒呈阳性的可能性也比一般女性人口大 12 倍。同样,在艾滋病毒感染率为中等或高度的其他环境里,或在广义艾滋病毒流行病中,都发现很高的感染艾滋病毒

的可能性。<sup>20</sup>相对于一般民众或男性囚犯而言,女性囚犯的艾滋病毒感染率也都更高。<sup>21</sup>

18. 注射吸毒妇女经常报告称共用针头,所给出的一些原因有:不知道其中的风险、不能从药店获得针头和害怕被警察抓住。一些妇女报告称,她们与自己的伴侣共用针头,以表示爱意或信任。注射技术欠佳导致静脉损伤,造成严重的并发症。注射毒品的妇女面临着诸多问题,例如疲劳、体重下降、脱瘾疼痛、抑郁和自杀倾向,许多人患上了性传播疾病和肝炎。对这些妇女来说,获得保健服务的障碍主要是对注射吸毒妇女的污名化。

19. 2012 年,美国逾 15,000 名妇女死于吸毒过量。1999 至 2010 年期间,美国妇女中与使用类阿片处方止痛药有关的死亡人数增至之前的五倍,增幅大于男子(增至之前的 3.6 倍)。在大不列颠及北爱尔兰联合王国,对死亡率数据的审视显示,2007-2008 年期间,妇女吸毒过量(所有药物)案例增幅大于男子(妇女为 17%、男子为 8%)。特别是,在此期间,因海洛因/吗啡吸食过量死亡的妇女增加了 8%,因可卡因吸食过量死亡的妇女增加了 20%。<sup>22</sup>

### 2. 精神疾病

20. 同时患有吸毒疾患和精神疾病的情况难以诊断和治疗,并且在妇女中比在男子中更为常见。如果患有双重疾患的妇女得不到治疗,她们的临床结果将比患单一疾病的妇女差。在欧洲,与有吸毒疾患的男性相比,共病重症抑郁在有此类疾

<sup>19</sup> 印度社会正义和赋权部和联合国毒品和犯罪问题办公室南亚区域办事处,“妇女与吸毒:印度的问题——报告要点”(2002 年,新德里)。

<sup>20</sup> Stefan Baral 等人,“低收入和中等收入国家女性性工作者的艾滋病毒负担:系统审视和元分析”,《柳叶刀》;第 12 卷,第 7 (2012) 号, pp. 538-549。

<sup>21</sup> Kate Dolan 等人,“狱中注射吸毒者:艾滋病毒流行率、传播和预防”,*International Journal of Drug Policy*, 第 26 卷,补编第 1 (2015) 号, pp. S12-S15。

<sup>22</sup> Silvia Martins 等人,“全世界意外吸毒过量的流行率和趋势:文献的系统审视”,《美国公共卫生杂志》,第 105 卷,第 11 号 (2015 年 11 月)。

患的女性中更为常见。这一妇女群体中，重症抑郁流行率是普通人口中妇女的两倍。<sup>23</sup> 与被诊断患有单一疾病的个人相比，被诊断患有双重疾病的个人的预后效果较差，需要更大强度的辅助性照料，并有更高的自杀风险。<sup>24</sup> 双重诊断疾病的有效治疗同等重视这两种疾患，并以完全综合的方式提供服务。

21. 将患有双重疾病的女犯人与仅患有严重精神疾病的妇女进行比较发现，第一组更有可能在获释后有更迫切的服务需要（如住房），并且更有可能重新犯罪。一旦入狱，一些妇女就面临患上严重的抑郁症和焦虑症的风险。另外，虽然注意到男性的精神病症状流行率在被定罪后会下降，但在待审拘留的女性中没有发现这种现象。

### 3. 暴力

22. 据估计，世界上有三分之一的妇女曾经遭受身体暴力或性暴力。参加戒毒治疗的妇女遭受身体暴力和性暴力的比率很高，从 40% 到 70% 不等。<sup>25</sup> 这种暴力对妇女的身心健康和生殖健康产生了不良后果。遭受过暴力的妇女大约有 20% 会出现精神疾病，如抑郁症或创伤后应激障碍。毒品和犯罪问题办公室对阿富汗家庭单元所受吸毒影响的调查发现，吸毒加大了发生家庭暴力的可能性。<sup>26</sup> 欧洲委员会蓬皮杜小组 2015 年的审查发现，同不吸毒妇女相比，吸毒妇女受到的暴力更多。怀孕或从事性工作的吸毒妇女遭受暴力的比率甚至更高。<sup>27</sup>

<sup>23</sup> 欧洲毒品和毒瘾监测中心，“欧洲的药物使用和精神疾患共病”（卢森堡，欧洲联盟出版局，2015 年）。

<sup>24</sup> Stephanie Hartwell，“三重耻辱：刑事司法系统中有精神疾病和药物滥用问题的人”，《刑事司法政策审查》，第 15 卷，第 1 号（2004 年 3 月）。

<sup>25</sup> Mayumi Okuda 等人，“亲密伴侣间暴力受害者的精神健康：一项国家流行病学调查的结果”，《精神病治疗服务》，第 62 卷，第 8 号（2011 年 8 月）。

<sup>26</sup> 《吸毒对阿富汗吸毒者及其家庭的影响》。

<sup>27</sup> Thérèse Benoit 和 Marie Jauffret-Roustide，“改进对使用精神活性物质的妇女所受暴力的管控”（斯特拉斯堡，欧洲委员会，2016 年）。可查阅 [www.coe.int/](http://www.coe.int/)。

## 4. 监禁

23. 参与毒品犯罪的妇女所占比例正在增加。在过去 30 年里，美国国内因为与毒品有关的犯罪而被监禁的妇女人数增加了 800% 以上，而男子增加了 300%。美国联邦监狱中有三分之二的妇女因非暴力毒品犯罪被监禁。在欧洲和中亚，25% 以上（塔吉克斯坦高达 70%）的女囚犯被判定犯有与毒品相关的罪行。在拉丁美洲，2006 年至 2011 年期间监狱中的女囚犯人数几乎翻了一番，其中 60% 至 80% 因涉毒犯罪被监禁。

24. 最经常被发现参与毒品交易的妇女，总是那些只接受过很少正规教育或缺乏就业机会的人。作为携毒者被逮捕的大多数妇女没有犯罪前科，许多出生在外国。在阿根廷，每 10 名被判处毒品罪的外国女囚犯中就有 9 人是携毒者，并且绝大多数是首次犯罪。<sup>28</sup> 这些女囚犯与在押国没有家庭、社会或体制上的纽带，刑期往往较长。

## D. 特殊吸毒群体

### 1. 女囚犯及其子女

25. 虽然监狱服刑人口中的男性多于女性，比例高达 10:1，但监狱中的妇女人数正在增加。在过去 15 年里，监狱中的妇女人数增加了约 50%。<sup>29</sup> 2015 年，逾 700,000 名妇女和女童作为审前拘留或羁押犯，或作为已定罪和已判刑的囚犯，被关押在世界各地的刑罚机构中。<sup>30</sup> 在囚犯当中，吸毒妇女的占比远远高于吸毒男性的占比。在全世界，30% 至 60% 的被监禁女性在被监禁前的当月吸毒，而男性为 10% 至 50%。

<sup>28</sup> Corina Giacomello，“拉丁美洲的妇女、毒品犯罪和监狱系统”，《国际毒品政策联合会简报》，（2013 年，国际毒品政策联合会）。

<sup>29</sup> Roy Walmsley，“全球女性囚禁表”，第 3 版，《世界监狱简报》（2015 年，伦敦，刑事政策研究所；伯克贝克，伦敦大学）。

<sup>30</sup> 同上。

26. 如果妇女被囚禁，家庭生活往往被严重破坏：在拉丁美洲，有三分之一的女囚犯失去家园，而一旦母亲被囚禁，只有 5% 的儿童留在自己的家中。在巴西开展的一项研究揭示，如果父亲被囚禁，大多数儿童由母亲继续照顾，但是，如果母亲被囚禁，只有 10% 的儿童由父亲继续照顾。在拉丁美洲，大多数被监禁妇女是初次犯罪。作为子女的第一照料者，她们被监禁往往意味着子女要么跟随其母亲到监狱生活，要么无家可归。

27. 由于专设女子监狱较少，她们的囚禁地往往离家很远，因而难以获得探视。与社区、家园和家人分离，对女囚犯的精神健康产生了极其有害的影响。女性罪犯患精神病症状的严重程度明显高于男性，其中包括抑郁症、躁郁症、精神错乱、创伤后应激障碍、焦虑症、人格障碍和药物依赖。

28. 全世界被监禁的妇女中有很高比例是审前拘留。有些人已经被拘留多年，拘留时间往往比她们可能面临的刑期还长。在巴基斯坦，毒品和犯罪问题办公室所做一项研究的受访女囚犯有半数以上正在接受审判，其中五分之一已经候审一年以上。对该国九所监狱进行的视察发现，几乎没有为妇女或儿童提供娱乐设施、教育或保健服务，没有为妇女提供职业培训。在一所监狱里，60 名囚犯共用一间厕所，九所监狱中有八所的饮用水不安全，导致出现水媒疾病。医疗设施不足，没有精神保健服务。大多数妇女专科保健都由非政府组织提供，而不是由卫生部或监狱局提供。在小城镇，女囚犯在没有任何医疗辅助的情况下在狱中分娩。<sup>31</sup>

29. 若干南美洲国家修正了与孕妇和哺乳母亲的审前拘留有关的国家立法。修正案允许这类妇女在家里渡过审前拘留期。

<sup>31</sup> 毒品和犯罪问题办公室，《铁窗里的女性：女子监狱和营房状况及需要评估》，（2011 年，伊斯兰堡）。

30. 希望减少妇女监禁人数的国家可利用 1988 年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》<sup>32</sup> 第 3 条第 4 款 (c) 项，其中对监禁的备选方法明确规定，“..... 在性质轻微的适当案件中，缔约国可规定作为定罪或惩罚的替代办法，采取例如教育、康复或回归社会等措施，如罪犯为嗜毒者，还可采取治疗或善后护理等措施”。

## 2. 性工作者

31. 注射吸毒且从事性工作的妇女面临严重的健康风险、暴力威胁和社会边缘化。许多国家对从事性工作的人实行严厉惩罚，包括处以死刑。吸毒与性工作之间是高度关联的。药物依赖会导致妇女从事性工作以赚取收入支撑毒瘾，而且，妇女也可能为了迎合性工作的需求和性质而吸毒。

32. 全世界女性性工作者的药物滥用率、艾滋病毒感染率和被囚禁率很高。在缅甸，受访女性性工作者有三分之一报告称因职业原因使用苯丙胺类兴奋剂，这加剧了她们感染艾滋病毒和其他性传播疾病的风险。约三分之一的性工作者目前是吸毒者，她们通常使用苯丙胺类兴奋剂。吸毒的性工作者报告感染性传播疾病的可能性是其他性工作者的 3.5 倍。<sup>33</sup>

33. 女性性工作者为了保持精力和控制体重而使用苯丙胺类兴奋剂。为一项研究而受访的柬埔寨性工作者还说，苯丙胺类兴奋剂提高了她们在嫖客面前的总体信心和控制力。可是，使用苯丙胺类兴奋剂与危险的性行为 and 更高的性传播疾病感染率相关联。而且，长期使用苯丙胺类兴奋剂可能导致偏执和好斗行为。<sup>34</sup>

<sup>32</sup> 联合国，《条约汇编》，第 1582 卷，第 27627 号。

<sup>33</sup> Katie Hail-Jares 等人，“中缅边境女性性工作者中与吸毒有关的职业和人口因素”，《药物与酗酒》，第 161 卷（2016 年 4 月）。

<sup>34</sup> Marie-Claude Couture 等人，“柬埔寨金边从事性工作的年轻妇女中使用苯丙胺类兴奋剂的关联因素和与艾滋病风险的相关性”，《药物与酗酒》，第 120 卷（2012 年 1 月）。



### 3. 孕妇

34. 吸毒与意外怀孕、新生儿状况差和虐待或忽视儿童密切相关。在怀孕期间使用药物可能导致：早产、新生儿体重过低和产后出血。滥用药物的孕妇在分娩时被送入重症监护病房的可能性较大，婴儿死亡率较高。

35. 产前接触毒品会导致一系列情感、心理和身体疾病。在子宫内受到毒品浸染的儿童可能会出现严重的发育问题，需要额外护理，令个人和社会付出代价。暴露于吸毒环境的儿童遭受身体虐待和性虐待及被忽视的风险更为严重。

36. 母亲在怀孕期间使用大麻可能导致婴儿出现神经发育问题。在生命早期接触大麻会给大脑发育和行为带来不良影响。这些孩子将来在学校可能表现出注意力障碍、学习能力和记忆力差、冲动和行为问题。他们长大成人后吸食大麻的可能性也更大。

## E. 药物依赖的预防、治疗和康复

### 1. 预防药物滥用

37. 各国的特殊人群吸毒疾患预防方案各不相同。预防药物滥用的主要目标是，帮助人们特别是年轻人避免首次吸毒，或者，如果他们已经开始吸毒，则避免吸毒成瘾。预防方案往往针对面临风险的儿童和家庭、囚犯、艾滋病毒/艾滋病感染者、孕妇和性工作者。这些方案应特别注意与毒品有关的污名化，尤其是妇女，并制定具体的干预措施，使妇女能够参与预防方案。

38. 向孕妇提供循证综合治疗能对儿童发育、母亲的情感和行为功能以及父母育儿技能带来积极影响。

### 2. 获得治疗的障碍

39. 据世界卫生组织说，大多数国家政府没有用于治疗吸毒疾患的专门预算拨款。此外，将预防吸毒和戒毒治疗服务纳入国家卫生系统的做法并不常见。专门针对孕妇的戒毒治疗（31%的国家提供此项服务）和专门针对性工作者的戒毒治疗（26%的国家提供此项服务）的比率偏低，覆盖范围小。然而，61%的欧洲国家有针对孕妇的戒毒治疗服务，40%的东南亚国家有针对性工作者的此项服务。<sup>35</sup>

40. 在全球范围内，妇女占药物滥用者人数的三分之一，但只占获得治疗者人数的五分之一。妇女在获得药物滥用治疗方面遇到严重的系统、结构、社会、文化和个人障碍。在结构层面，主要障碍包括无人照顾子女和对滥用药物妇女的评判态度，如果她们怀孕情况更是如此。住院治疗方案往往不接纳有孩子的妇女。

41. 由于害怕失去对子女的监护权，吸毒妇女可能不去寻求治疗。治疗获得率低的其他原因可能是医务人员的敌视态度或大量男性患者到诊所就诊，使得女性患者望而却步。

42. 在许多国家，吸毒妇女面临污名化。因此，这些妇女可能因害怕受到歧视而不愿意透露事实，不敢贸然寻求保健服务，包括戒毒治疗。吸毒妇女和女童可能会失去家庭的支助，发现自己的就业机会有限，从而转向性工作，进而遭受更多的污辱。

43. 孕妇可能不敢求助，担心这样会引起主管部门的注意，导致法律或社会方面的后果。但是，如果滥用药物的孕妇一直得不到治疗，其婴儿的健康可能会受到严重影响。促使妇女接受治疗的一些因素有：怀孕、养育子女和伴侣接受治疗。如果妇女的伴侣放弃治疗，她也有可能放弃。

<sup>35</sup> 世卫组织，《药物滥用地图册（2010年）：吸毒疾患预防和治疗的资源》（2010年，日内瓦）。

对于夫妻是应当一起还是分开接受康复治疗，存在许多争论。虽然许多专家声称夫妻必须分开，以克服依赖性，但有许多夫妻是一起成功完成治疗的。然而，如果只有一方不再吸毒，夫妻关系很少能够维持下去。

44. 一般而言，需要并且能够得到治疗的女性少于男性。中低收入国家的这种情况尤其明显。在阿富汗，妇女吸食鸦片和海洛因的比率很高，但接受治疗的人中只有 4% 是妇女，巴基斯坦为 13%。在世界某些地区，例如中东，妇女一般仍然承担照顾家庭的传统角色，男人则外出工作。如果妇女因为吸毒而走到了这种预期角色之外，就会被污名化，妨碍她们寻求戒毒治疗。

45. 在伊朗伊斯兰共和国，由于提供了妇女专用的药物治疗服务，获得药物治疗的妇女人数随之增加。在实行此种治疗之前的十年里，只有不到 20% 的妇女得到治疗。由于妇女专用诊所取得了积极结果，这种诊所在该国的数量也有增加。

### 3. 治疗结果

46. 虽然基于人口的研究没有显示出男女在治疗保持和完成方面存在着明显的差距，但有一些因素需要考虑。有两个因素特别有助于预估妇女的治疗结果：双重诊断结果和创伤史。因此，治疗方案要想提高实效，就必须解决这些问题。

47. 虽然女性专用治疗方案仍然还是一种新颖的办法，但已得到了妇女的积极认可。参加治疗的妇女认为自己在这种方案中得到了更好的理解，也能更容易地与其他参与妇女相处。一些妇女报告称，她们在性别混合方案中感觉不安全或受到骚扰。在专门面向妇女的方案中，一些患者报告称，获得个人咨询、没有性骚扰和提供托儿服务都很重要。

48. 为使治疗对性别问题有敏感认识，还应当提供一种非惩罚性环境，并以积极的态度对待妇女及其需要。在不久前才开始为妇女提供戒毒治疗的国家里，工作人员可能需要接受培训，以便能够去掉任何可能的成见，确保提供非评判性治疗。在保持治疗方面，妇女与男子一样，一旦治疗开始，就有可能坚持下去，但有多种因素会加大妇女坚持接受治疗的可能性。这些因素包括：以患者为中心的做法、现场托儿设施和创伤或性虐待咨询。治疗方案还应对妇女提供技能、知识和支助，使她们能够在返回家庭和重返社区时改变其使用药物的行为。这一康复进程需要向妇女提供必要的技能来控制使用药物的冲动，防止吸毒复发。康复进程的最终目标是协助妇女重新把握自己的生活，改善个人健康和使她们能够与子女、家庭和社区重新建立起健康的关系。

49. 多项研究都支持的一个结果是，治疗对男女都有效，与治疗有关的结果差异极小。然而，发现妇女比男子更容易接受甲基苯丙胺依赖治疗。向吸毒妇女提供的首选治疗应当是自愿类型的治疗，强迫治疗应仅限于例外情况。使用强制戒毒拘留中心的做法受到了一些联合国组织的批评。<sup>36</sup>除各种其他原因之外，被拘禁在这种戒毒中心的妇女特别容易遭受性暴力和性虐待。

## F. 建议

50. 麻管局鼓励会员国在通过年度报告调查表提供资料以及向麻醉药品委员会提出报告时收集和共享数据，并按年龄、性别和其他相关因素分类。

51. 鼓励所有政府收集按性别分列的数据，说明参与预防吸毒和获得治疗服务的情况，以便高

<sup>36</sup>国际劳工组织等，“强制戒毒拘留和康复中心”，联合声明，2012 年 3 月，可查阅 [www.unodc.org](http://www.unodc.org)。



效分配资源。基于研究的有针对性的干预措施在满足女性吸毒者的特定需要方面会特别有效。

52. 为预防和治疗妇女吸毒而开展的努力应改进供资和协调，并以证据为基础。除政府以外，非政府组织和学术界等利益攸关方也可提供治疗和编制数据，以利更好地了解妇女吸毒问题。

53. 各国政府应当优先为依赖药物的妇女提供易于获得的医疗保健。依赖药物的孕妇等特殊群体需要由经过专门培训的多学科团队提供增强型服务。产前护理可能包括艾滋病毒——性传播疾病测试，以改善对此类症状的检测和管理，但这类措施不应是惩罚性的。

54. 戒毒治疗方案应当有女性专用空间或时间，以便保障人身安全和保密。如果为从事性工作的妇女或遭受过性暴力的妇女提供托儿服务和干预措施或战略，服务会变得更加容易获得。为了将性别平等纳入主流，政策制订者应努力使为吸毒妇女提供的服务更加易获得、无障碍、可负担和可接受。

55. 妇女的健康权包括免于酷刑及免于未经同意的治疗和试验的权利。戒毒治疗方案应当坚持与其他疾病治疗方案相同的安全和功效标准。此外，应当杜绝对吸毒者的不人道或有辱人格的待遇形式，如强制性戒毒拘留所，并采用以社区内的自愿、寄宿和循证的替代办法。

56. 各国政府应当确保提供药物滥用预防服务和循证治疗，尤其是在经历过社会解体的社区。各种战略应当针对孕妇、性工作者和囚犯等高危群体。

57. 应当把努力消除与特别是妇女药物依赖相联系的污名化列为高度优先事项。要想消除歧视，各国政府就需要发挥领导作用。吸毒、从事性工作或感染艾滋病毒的妇女需要得到保护和更方便地获得服务。

58. 《联合国女性囚犯待遇和女性罪犯非拘禁措施规则》（《曼谷规则》）<sup>37</sup> 具体提到了药物滥用治疗方案，建议在社区提供对性别问题有敏感认识、考虑到创伤和妇女专用的药物滥用治疗方案。其中还建议改善妇女获取这种治疗的机会，以便预防犯罪，并达到转化和替代量刑目的。它们强调需要确保尊重狱中妇女的尊严和避免任何来源的身体暴力或性暴力。

59. 麻管局鼓励各国政府考虑到因涉毒犯罪而受到逮捕、拘留、起诉、审判或被执行判决的妇女的特定需要和情况，包括采取适当措施，将对拘留所或监狱内涉毒犯罪妇女实施虐待的犯罪者绳之以法。各国政府应酌情参照《曼谷规则》、《联合国非拘禁措施最低限度标准规则》（《东京规则》）<sup>38</sup> 和《联合国囚犯待遇最低限度标准规则》（《纳尔逊·曼德拉规则》）<sup>39</sup>。

<sup>37</sup>大会第 65/229 号决议，附件。

<sup>38</sup>大会第 45/110，附件。

<sup>39</sup>大会第 70/175，附件。



## 第二章

### 国际药物管制制度的运作

#### A. 推动各项国际药物管制条约的一致适用

60. 在本报告所述期间，麻管局继续与所有各国政府密切合作，鼓励正式批准三项国际药物管制公约并在国内法中加以落实。

61. 这些公约创立的药物管制框架具有多方面的目标，其中包括：监管麻醉药品和精神药物及其非法制造所用前体的所有合法贸易，同时防止此类药物被转移至非法渠道；确保有需要的人为合法医疗目的充分获得含有受管制物质的药品；建立治疗、康复、善后护理和重返社会的结构，以应对吸毒和吸毒成瘾；以相称的方式应对毒品相关犯罪，这种方式坚定地立足于法治和适当的程序保证并规定采取体制对策来应对受吸毒或吸毒成瘾影响的个人犯下违法行为问题；以及推动司法协助和引渡并打击洗钱。

62. 为了实现这些目标，各国必须采取一整套法律措施、政策措施和监管措施。根据各项药物管制公约所赋予的任务授权，麻管局继续与各国接触，开展持续对话，旨在帮助确保这些重要文书得到全面实施，这些文书的目标是促进人类的健康和福祉。

#### 各项国际药物管制条约的加入情况

63. 麻管局欢迎国际社会对各项国际药物管制公约的广泛支持，体现出这种支持的事实是，这些公约获得了几乎普遍的加入。麻管局注意到，如2016年4月举行的世界毒品问题联大特别会议题为“我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺”的成果文件所述，这些公约作为关于药物管制的全球法律框架的基石继续获得支持。

64. 截至2016年11月1日，仅有11个国家尚未批准《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》<sup>40</sup>：非洲有2个国家（赤道几内亚和南苏丹），亚洲有2个国家（巴勒斯坦国和东帝汶），大洋洲有7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）。乍得仍是仅加入了未经修正的《1961年公约》的国家。<sup>41</sup>

65. 已有183个缔约国批准了1971年《精神药物公约》<sup>42</sup>。有14个国家尚未加入该公约：非洲有

<sup>40</sup>联合国，《条约汇编》，第976卷，第14152号。

<sup>41</sup>同上，第520卷，第7515号。

<sup>42</sup>同上，第1019卷，第14956号。

3 个国家（赤道几内亚、利比里亚、南苏丹），美洲有 1 个国家（海地），亚洲有 2 个国家（巴勒斯坦国和东帝汶），大洋洲有 8 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）。

66. 1988 年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》已获得总共 189 个国家批准或加入，并获得欧洲联盟的正式确认。有 9 个国家尚未加入该公约：非洲有 3 个国家（赤道几内亚、索马里、南苏丹），亚洲有 1 个国家（巴勒斯坦国），大洋洲有 5 个国家（基里巴斯、帕劳、巴布亚新几内亚、所罗门群岛、图瓦卢）。

67. 麻管局呼吁所有尚未批准一项或多项国际药物管制公约的国家不再延迟地批准这些公约，并确保在本国法律制度中全面执行这些公约所载的各项规定。

## B. 确保国际药物管制条约各项条款的实施

68. 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。

69. 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文所采取的行动，这些条文旨在实现各项公约的总体目标。多年来，条约规定由经济及社会理事会和麻醉药品委员会通过的附加管制措施加以补充，以加强各项条款的效力。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

70. 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文规定。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规定而采取的立法或行政措施。

71. 在其第 59/1 号决定中，麻醉药品委员会决定将乙酰芬太尼列入经修正的《1961 年公约》附表一和附表四。在第 59/2 号决定中，麻委会决定将 MT-45 列入《公约》附表一。根据经修正的《1961 年公约》第 3 条第 7 款，秘书长于 2016 年 5 月 17 日将该决定通报所有国家政府、世卫组织和麻管局，该决定在各缔约国收到通知后对其生效。麻管局承认已将这些物质列入了管制的国家政府所作的努力，并敦促所有其他国家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》中要求的所有管制措施。

72. 麻管局还希望提请各国政府注意一个事实，即麻醉药品委员会于 2016 年 3 月将五种物质列入了《1971 年公约》下的国际管制。依照麻委会第 59/3 号决定，将副甲氧基甲基苯丙胺增列入《1971 年公约》附表一。依照委员会第 59/4 号、第 59/5 号和第 59/6 号决定，将  $\alpha$ -吡咯烷基苯戊酮、副甲基甲米雷司和 2-(乙氨基)-2-(3-甲氧基苯基)环己酮三种物质增列入《公约》附表二，并根据委员会



第 59/7 号决定，将芬纳西洋增列入附表四。依照《1971 年公约》第 2 条第 7 款，秘书长于 2016 年 5 月 17 日将麻委会的这些决定通报所有国家政府、世卫组织和麻管局，这些决定将于 2016 年 11 月 13 日对所有缔约国生效。麻管局承认已将**这些物质**纳入了管制的国家政府所作的努力，并敦促所有其他国家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**采取《1971 年公约》中要求的所有管制措施。

73. 依照经济及社会理事会第 1985/15 号、第 1987/30 号和第 1993/38 号决议，各国政府应对唑吡坦实行进口许可证要求，唑吡坦于 2001 年被列入《1971 年公约》附表四。遵照麻管局在其 2012 年和 2013 年年度报告以及 2016 年发出的一封通知中提出的要求，一些国家政府提供了所需信息。截至 2016 年 11 月 1 日，已有 129 个国家和领土的相关信息。其中，119 个国家和领土实行了进口许可证规定，两个国家（印度尼西亚和美国）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。与此同时，85 个国家和领土有关唑吡坦管制的信息仍然不清楚。因此，麻管局再次请尚未提交唑吡坦管制状态相关信息的国家和领土政府尽快提交信息。

74. 关于前体化学品，麻管局谨回顾  $\alpha$ -苯乙酰乙腈及其旋光异构体已经按照麻醉药品委员会第 57/1 号决定，被增列入《1988 年公约》表一。因此，麻管局要求各国政府在 2014 年 10 月 6 日之前将该物质列入国家管制。麻管局注意到，一些国家尚未在国家一级执行国际上将  $\alpha$ -苯乙酰乙腈列入附表的决定。为有效监测前体化学品在国内和跨国界的流动，重要的是，各国政府要出台适当的立法和国家管制机制，使合法贸易模式中的异常之处能够在早期阶段得到确定，并从而减少前体化学品转入

非法渠道的风险。因此，请各国政府通过并执行国家前体管制措施，这是国际前体管制制度运作的**一个前提条件**。

## (b) 防止从国际贸易中转移

### 受国际管制物质年度需要量的估计数和评估数

75. 麻醉药品和精神药物年度合法需要量的估计数和评估数制度是国际药物管制制度的基石。这一制度使出口国和进口国均能确保这些物质的贸易量不致超出由进口国政府确定的限度，并有效防止受管制物质从国际贸易中转移。根据《1961 年公约》，对于麻醉药品必须适用这一制度，各国政府提供的估计数需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。

76. 经济及社会理事会在其第 1981/7 号、第 1991/44 号、第 1993/38 号和第 1996/30 号决议中通过了精神药物年度需要量评估数制度，麻醉药品委员会在其第 49/3 号决议中通过了部分前体年度合法需要量估计数制度，目的是帮助各国政府防止可能由贩毒者将受管制物质转入非法渠道的企图。精神药物年度合法需要量评估数及部分前体的年度合法需要量估计数有助于各国政府查出异常交易。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，这样就防止了受管制物质的转移。

77. 麻醉药品委员会在第 49/3 号决议中，要求各国政府向麻管局提供其部分前体化学品的年度合法需要量估计数，尽管根据《1988 年公约》这并不是强制性的。提供切合实际且最新的估计数有助于查出可疑的要求和交易，如果交易量超过一国国家主管部门通报的合法需要量，说明有

人试图进行转移，因此，它可以作为一种预警机制，供负责审批拟出口物品的主管部门使用。因此，令人鼓舞的是，《1988 年公约》189 个缔约国中有 159 个 (84%) 目前正在提供麻醉药品委员会第 49/3 号决议中所列的苯丙胺类兴奋剂前体中至少一种的年度合法需要量。

78. 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工作方式向各国政府提供信息、支持和指导。

79. 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 条规定，除其他外，任何国家或领土在任何年度内制造及输入每项麻醉品的全部数量不得超出下列数量的总和：供医疗及科学用途消费的数量；在有关的估计数限额内供制造其他麻醉品、制剂或物质所用的数量；输出数量；为将贮存品增至有关估计数所定的数额而添入的数量；在有关的估计数限额内为特别用途取得的数量。第 31 条要求所有出口国对出口到任何国家或领土的麻醉药品实行限制，使进口的数量不超出进口国家或领土总估计数另加再出口数量的限度。

80. 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 18 个国家就当年麻醉药品国际贸易方面查明的可能超量进口或超量出口问题进行了接触。截至 2016 年 11 月 1 日，已有 13 个国家作出答复，且大多数案件经澄清后发现是由下列原因造成的：(a) 进出口报告出现错误；(b) 已进口的物质用于再出口；(c) 药物报告错误或贸易伙伴报告错误；以及 (d) 药物出口是为了销毁目的。不过，有四个国家证实实际发生了超量出口或超量进口情况，麻管局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国家探讨这一事项。

81. 根据经济及社会理事会第 1981/7 号和第 1991/44 号决议，请各国政府向麻管局提供《1971 年公约》附表二、附表三和附表四所列精神药物年度国内医疗和科研需要量的评估数。所收到的评估数向所有国家和领土转发，以便协助出口国主管部门批准精神药物的出口。截至 2016 年 11 月 1 日，除南苏丹以外的所有国家和领土的政府均向麻管局至少提交过一次精神药物年度医疗需要量评估数，南苏丹的评估数是麻管局于 2011 年确定的。

82. 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，31 个国家政府至少三年未提交其精神药物合法需要量评估数的修订。因此，这些国家和领土的有效评估数可能已经过时，不再反映其精神药物实际的医疗和科研需要量。

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

84. 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。2015 年，14 个国家的主管部门在未确定任何此类评估数或数量大大超过评估数的情况下，签发了有关物质的进口许可证。只有三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

85. 《1961年公约》和《1971年公约》中规定的普遍适用进出口许可证要求是防止药物转入非法市场的关键。涉及任何受《1961年公约》管制的物质或《1971年公约》附表一和附表二所列物质的交易，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签发进口许可证。出口国的国家主管部门必须在签发允许含有上述物质的货运离境所需的出口许可证之前核实进口许可证的真伪。

86. 《1971年公约》并不要求有关其附表三和附表四所列精神药物的交易有进出口许可证。然而，鉴于1970年代和1980年代这些物质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号、第1987/30号和第1993/38号决议要求各国政府扩大进出口许可证制度，列入这些精神药物。

87. 根据经济及社会理事会的上述各项决议，对于《1971年公约》附表三和附表四所列的精神药物，大多数国家和领土均已实行进出口许可证要求。作为对2016年发出的通知的答复，麻管局还收到了塞尔维亚、土耳其和东帝汶政府提供的补充信息和最新信息。截至2016年11月1日，206个国家和领土向麻管局提供了具体信息，表明所有主要进口国和出口国现在对于《1971年公约》附表三和附表四中所有精神药物均规定实行进出口许可证制度。麻管局一年两次向所有国家政府分发一份表格，由各国在其中说明根据经济及社会理事会的相关决议，对附表三和附表四所列物质实行进口许可证要求的情况。该表格还在麻管局网站的安全区公布，只有特别授权的政府官员才能访问该网页，这样，出口国的国家主管部门就可以尽快获悉进口国的进口许可证要求的变更情况。麻管局促请本国立法仍未对所有精神药物要求进出口许可证的15个国家政府（无论

其是否为《1971年公约》的缔约国）尽早对《1971年公约》附表三和附表四内的所有物质适用这些管制措施并随之将相关情况通知麻管局。

88. 《1988年公约》没有就国际表列前体化学品的进出口许可证要求作出具体规定。相反，国际前体管制制度依赖于对国际贸易的监测，以便于查出可疑交易并防止转移。如果一缔约国向秘书长提出选择援引第12条第10款(a)项的相应请求（见下文第92和第93段关于前体化学品出口前通知的内容），则可根据《公约》强制要求向该进口国主管部门提供前体化学品货运出口前通知。

### 麻醉药品和精神药物国际电子进出口许可证系统

89. 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》附表一和附表二所列的精神药物，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附表四所列的物质。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。这一新工具被称为国际进出口许可证系统(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。国际进出口许可证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。国际进出口许可证系统大大降低了药物货物被转入非法渠道的风险（更多详情见下文F节（第338至342段））。



90. 国际进出口许可证系统 (I2ES) 于 2015 年正式启动, 来自 24 个国家的国家主管部门已在该系统上注册。2016 年 3 月, 在麻醉药品委员会第五十九届会议期间举行了一次用户组会议, 以收集对于该系统的反馈意见。来自 21 个国家的 30 多位专家参加了该用户组会议。会议为参与国政府官员提供了一次宝贵机会, 以交流关于执行国际进出口许可证系统的想法, 并向麻管局和毒品和犯罪问题办公室的信息技术处提出反馈意见, 以指导该系统未来的行动和进一步发展。用户组强调了全世界各国政府的国家主管部门大量注册和使用国际进出口许可证系统的重要性, 并鼓励所有国家政府注册使用该系统。

91. 麻管局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证系统 (I2ES), 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。

### 前体化学品的出口前通知

92. 以出口前通知为基础建立的快速信息交换制度, 使进口国和出口国政府能够即时核查单个前体化学品货运的合法性, 已经证明是防止这些物质从国际贸易中转移的最有效的工具。《1988 年公约》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。目前, 112 个国家和领土已援引该规定, 并正式请求得到出口前通知。但是, 仍然有相当数量的国家政府和区域对令人关切的前体货运入境情况并不了解, 容易受到影响。因此, 麻管局大力鼓励其他国家政府尽快援引《1988 年公约》第 12 条第 10 款 (a) 项。

93. 出口前网上通知系统 (PEN Online) 是一个由麻管局免费提供的电子工具, 使进口国和出口国政府可以就前体化学品的国际贸易进行安全方面的相互交流, 并在特定货运的合法性受到怀疑时发出警报。出口前网上通知系统已经运行了十多年, 目前共有来自 153 个国家和领土的注册用户。尽管如此, 麻管局注意到, 出口前网上通知系统并非总能物尽其用, 虽然在 2015 年进行了一次技术更新, 使得这一工具更加方便用户使用且更加直观 (更多信息见下文 F 节中题为“新工具实现老目标”的分节 (第 336 至 356 段))。因此, 麻管局吁请各国政府积极和系统化地使用出口前通知网上系统, 并促请尚未注册使用该系统的其他国家尽快注册。

### (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

94. 《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, 防止将这些药物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执行后, 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》规定各缔约国必须防止从国际贸易转移前体化学品用于制造麻醉药品和精神药物。麻管局制订了各种制度, 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。

95. 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, 定期向相关国家的主管部门开展调查, 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药物管制规定的情况。



96. 自2016年5月以来,已在37个国家启动了对2015年与麻醉药品贸易有关的不一致情况的调查。截至2016年11月1日,收到了23个国家的答复。相关答复表明,不一致是由以下原因造成的:编制报告时出现笔误和技术错误,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,或因疏忽而将过境国报告为贸易伙伴。在有些情况下,国家确认其报告的数量,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。

97. 同样,在精神药物国际贸易方面,在17个国家启动了与2014年数据有关的264处不一致情况的调查。截至2016年11月1日,9个国家对179起涉及不一致问题的案件作出答复,最终解决了其中129起案件的问题。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,不一致问题是笔误或技术错误造成的,多数情况下是未将数量转换为无水基数,或是“统计重叠”,即进口国仅在翌年年初才收到特定年份的报告。没有一种调查情况显示精神药物可能从国际贸易中转移。

98. 防止经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的物质被转移,并为此目的进行合作,是《1988年公约》缔约国的关键义务之一。借助一些由麻管局为支持实现这一目的而制订的监测制度,多年来从合法国际贸易中转移的记录案件有了减少。

99. 麻管局继续定期与进出口主管部门接触,标记可疑货运,要求澄清单个交易的细节,以支助迅速处理各国家主管部门之间的出口前通知,并总体上促进国际前体贸易的通报。有关最新事态发展和对观察到的趋势所做的详细分析,可查阅麻管局关于《1988年公约》第12条执行情况的专述报告。<sup>43</sup>

<sup>43</sup> E/INCB/2016/4。

100. 麻管局吁请各国政府使用下文F节(见第336-356段)所述麻管局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实个别可疑交易的合法性。

#### (d) 防止前体从国内经销渠道转移

101. 近年来,麻管局注意到前体转移从国际贸易转向国内贸易,即在一国本国的国界内。尽管这一转变或许表明在国际一级前体管制制度在成功运作,且这一制度越来越能够减少贩毒者将化学品从合法跨境贸易转移并用于非法药物制造的机会,但这也暴露出国内管制制度设计中潜在的弱点,而《1988年公约》把这部分工作留给缔约国自由裁量。因此,必须对在国家一级建立和执行综合监测制度给予更多的关注,重点是国内贸易。《1988年公约》第12条第8款为这样一个制度可能具备的基本特征提供了一些指导意见。麻管局的若干举措,包括棱晶项目和聚合项目(这两个项目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),同样提供了一个平台,用来交流有关最佳做法的信息,以应对前体管制方面的新挑战。

## 2. 确保用于医疗和科研用途的国际管制物质的供应

102. 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用于医疗和科研用途受管制物质的供应和合理使用而采取的行动进行监测,并通过其秘书处向各国政府提供技术支持和指导,以执行各项国际药物管制条约的规定。

103. 为了补充和增强上述行动的效力，麻管局于 2016 年启动了一个名为麻管局学习（又见下文第 154 至 157 段）的项目。协助各成员国努力完全遵守各项国际药物管制条约的规定。项目的目标之一是确保国际管制物质的适当供应，同时防止滥用和转入非法渠道。

104. 在麻管局学习项目下，2016 年为国家主管部门举办了两次区域培训研讨会。4 月，秘书处与毒品和犯罪问题办公室合作，在内罗毕为来自东非九个国家的 19 名与会者举办了一次培训研讨会。7 月，来自南亚和东亚 19 个国家的 45 名与会者参加了在曼谷举行的一次为期三天的研讨会。共同组织该活动的还有泰国麻醉品管制局办公室。继这两项活动之后，为东道国举办了国家提高认识讲习班，来自国家主管部门、民间社会和国际社会的参与者共同讨论了关于确保为医疗和科研用途提供类阿片止痛剂和精神药物的重要性。

### 阿片剂原料的供应和需求

105. 为履行《1961 年公约》以及经济及社会理事会和麻醉药品委员会的相关决议赋予的各项职责，麻管局定期审查影响合法需要的阿片剂供需问题，并依照各国政府提供的数据，努力确保供需之间保持平衡。<sup>44</sup>

106. 为了确定阿片剂原料的供应和需求状况，麻管局分析各国政府提供的关于阿片剂原料和用这些原料制造的阿片剂的数据。此外，麻管局还分析了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 2016 年技术报告。<sup>45</sup>

107. 与上一年相比，2015 年主要生产国种植富含吗啡罂粟的面积以及实际收割面积在澳大利亚、法国、匈牙利和西班牙有了减少，但在土耳其有了增加。作为唯一一个合法生产鸦片用于出口的国家，印度的种植面积保持稳定，2015 年实际收割面积为 5,422 公顷。主要生产国种植富含吗啡罂粟的总面积为估计总面积的 76%。

108. 2015 年富含蒂巴因罂粟的种植面积，按实际收割面积计算，在澳大利亚和西班牙有所减少。法国没有种植任何富含蒂巴因罂粟。主要生产国种植富含蒂巴因罂粟的总面积为估计总面积的 86%。

109. 与前一年相比，2015 年富含可待因罂粟的实际收割面积在澳大利亚增加了一倍多，在法国增长了 52%。

110. 最近还接到了关于某些生产国种植富含那可丁罂粟的面积增加的报告。来自这一具体品种和其他所有品种罂粟种植的国际管制阿片剂数量被纳入全球阿片剂原料生产与需求分析。2015 年，匈牙利是唯一报告了种植富含那可丁罂粟的国家。

111. 2016 年前期数据显示，主要生产国将收割的富含吗啡罂粟的估计总面积减少了 15%。2017 年富含吗啡罂粟的种植面积预计将在匈牙利、印度和土耳其有所增加，在澳大利亚、法国和西班牙有所减少。

112. 澳大利亚、匈牙利和西班牙减少了对富含蒂巴因罂粟种植面积的估计数，而法国则增加了其估计数。据估计，2016 年匈牙利用于种植此类罂粟的面积与 2015 年相同。2017 年，澳大利亚、

<sup>44</sup> 此项分析不包括中国和朝鲜民主主义人民共和国的数据，这两个国家生产的阿片剂原料仅供国内使用。分析也不包括伊朗伊斯兰共和国将缉获的鸦片投放用于合法用途的数据，以及对此类鸦片衍生的阿片剂的需求。

<sup>45</sup> E/INCB/2016/2。

匈牙利和西班牙估计种植此类罂粟的面积将减少，而法国计划增加种植面积。

113. 澳大利亚和法国是富含可待因罂粟的主要生产国中仅有的两个预计在 2016 年减少种植面积的国家，但澳大利亚的种植面积预计将在 2017 年增加。法国没有提供该年种植面积的估计数。

114. 2015 年，主要生产国富含吗啡阿片剂原料的生产总量增至 586 吨吗啡当量，2016 年预计将降至约 566 吨吗啡当量。其中，罂粟秆将占 561 吨 (99%)，鸦片将占 5 吨 (1%)。2017 年，富含吗啡阿片剂原料的全球产量将进一步增至 669 吨吗啡当量，主要原因是匈牙利、印度、西班牙和土耳其的估计数有了增加。

115. 2015 年，富含蒂巴因阿片剂原料的全球产量为 216 吨蒂巴因当量。在这一年，几乎所有主要生产国的产量都有了下降，但由于预计法国和西班牙的产量会增加，预计 2016 年全球产量将增至约 298 吨蒂巴因当量。2016 年，预计澳大利亚、法国和西班牙将占富含蒂巴因阿片剂原料的全球产量的 99%。富含蒂巴因原料的产量预计在 2017 年将进一步增至 366 吨。导致这一结果的原因同样是预计法国和西班牙的产量可能增加，以及从印度种植的罂粟中获取的蒂巴因会增加。与前几年一样，2016 和 2017 年阿片剂原料的实际产量可能与估计数存在相当大的差异，这取决于天气和其他条件。

116. 截至 2015 年底，富含吗啡阿片剂原料（罂粟秆、罂粟秆浓缩物和鸦片）的库存达到 746 吨吗啡当量。按 2016 年的需求水平计算，这些库存被认为足以满足全球制造商 19 个月的预期需求。

117. 截至 2015 年底，富含蒂巴因阿片剂原料（罂粟秆、罂粟秆浓缩物和鸦片）的库存减至约 274 吨蒂巴因当量。按 2016 年的需求水平计算，这些库存足以满足全球制造商 16 个月的预期需求。

118. 到 2015 年底，利用富含吗啡原料生产的、主要形式为可待因和吗啡的阿片剂全球库存（558 吨吗啡当量）足以满足全球大约 16 个月对此类阿片剂的需求。基于各国政府报告的数据，阿片剂和阿片剂原料的库存总量非常充足，足以满足用于医疗和科研用途的需求。

119. 截至 2015 年底，利用富含蒂巴因原料（羟考酮、蒂巴因和少量羟吗啡酮）生产的阿片剂全球库存增至 241 吨蒂巴因当量，足以满足全球大约 18 个月用于医疗和科研用途的对含蒂巴因阿片剂的需求。

120. 2015 年，全球对富含吗啡阿片剂原料的需求量降至 437 吨吗啡当量，原因在于对鸦片和罂粟秆的需求量减少。然而这一数字预计在 2016 和 2017 年有所上升。

121. 全球制造商对富含蒂巴因阿片剂原料的需求量自 2012 年以来一直在减少，原因可能是主要市场美国对处方药施加限制。2015 年，总需求量继续下降至 183 吨蒂巴因当量，而 2014 年为 202 吨。2016 年，全球对富含蒂巴因原料的需求量预计将达到 210 吨蒂巴因当量，2017 年预计达到 220 吨。

122. 可待因和氢可酮是利用吗啡制造的消费最多的阿片剂。全球对含吗啡阿片剂的需求量略有降低，与 2014 年 416 吨吗啡当量相比，2015 年减至 410 吨。

123. 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。2015 年，全球对含蒂巴因阿片剂的需求量与前一年持平，为 151 吨。

124. 自 2009 年以来，富含吗啡阿片剂原料全球产量已超过全球对这些原料的需求量。结果是库存一直在增加，尽管有浮动。2015 年，库存增至 746 吨吗啡当量，足以满足全球 19 个月的预计需求量。2016 年，富含吗啡阿片剂原料的全球产量预计再次超过全球需求量，其结果是这些原料的全球库存将在 2017 年进一步增加。



到 2016 年底，库存预计将达到 842 吨，按 2017 年需求水平计算，相当于约 21 个月的全球预期需求量（尽管所有数据并非均做出完整预测）。富含吗啡阿片剂原料的全球供应量（库存和生产）将仍然足以满足全球需求。

125. 2015 年，富含蒂巴因阿片剂原料的全球产量再次超过需求量。然而，产量和需求量之间的差距有了减少，截至 2015 年底，库存有所减少（274 吨）。这些库存相当于 16 个月的全球需求量。产量预计将在 2016 和 2017 年增加。截至 2016 年底，富含蒂巴因阿片剂原料的全球库存可能达到 362 吨，足以满足大约 20 个月的全球需求量，到 2017 年底可能达到 508 吨，除满足一年的全球需求量外，足以一年以上的全球需求量。富含蒂巴因阿片剂原料的全球供应量（库存和产量）将非常充足，满足 2016 和 2017 年的全球需求量绰绰有余。

## 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

126. 麻管局按照其任务规定每年发表两份报告：年度报告和麻管局关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告。麻管局还发表技术报告，为各国政府提供关于国际管制物质的制造、交易、消费、使用和库存情况统计信息以及关于对这些物质需求量的估计数和评估数分析。

127. 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决议，各国政府可自愿提供信息，以便更准确、全面地评估国际药物前体管制制度的运作情况。

128. 借助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，评估条约的履行情况以及国际药物管制制度的整体运行情况。麻管局将根据自身所做分析提出制度改善建议，目的是确保医疗和科研所需麻醉药品和精神药物的供应，同时防止其从合法渠道向非法渠道转移，并防止前体转用于非法药物制造。

### 2. 统计信息提交情况

129. 各国政府有义务按照国际药物管制公约的要求每年向麻管局及时提供统计报告。

130. 截至 2016 年 11 月 1 日，149 个国家（包括《1961 年公约》的缔约国和非缔约国）和领土已向麻管局提交了 2015 年关于麻醉药品生产、制造、消费、库存和缉获的统计报告（表 C），约占须提交此类报告的国家 and 领土的 70%。提交总数多于 2015 年的提交数（与 2014 年相关的 139 份报告），但几乎同 2014 年的总数持平（与 2013 年相关的 145 份报告）。79 个政府（占 37%）按时提交了数据，高于前三年的水平（2013 年 61 个国家，2014 年 64 个国家，2015 年 71 个国家）。56 个国家和 9 个领土的政府（占 30%）尚未提交 2015 年年度统计数据，但预计有些政府会在接下来的几个月内提交。大部分未按时提交报告的国家位于非洲、加勒比地区、亚洲和大洋洲。几乎所有涉及大量生产、制造、进口、出口或消费麻醉药品的国家已经提交了年度统计数据。然而，麻管局对数据的质量，尤其是一些麻醉药品主要生产国和制造国的数据质量表示关切，因为数据质量问题可能表明各国的国际管制药物监管机制存在欠缺。麻管局请各国政府加强其国家机制，以便监管管制物质的种植、生产、制造和交易。这一目标可在一定程度上通过完善和发展国家数据系统，培训国家主管部门工作人员，以及确保获准从事国际管制物质的公司履行许可证相关法律规定来实现。

131. 截至2016年11月1日, 136个国家和领土的政府(包括122个国家和14个领土)已向麻管局提交了2015年四个季度的麻醉药品进出口情况整套统计数据(表A), 占214个应提供该数据的政府的64%。此外, 34个政府(约占16%)提交了至少一份季度报告。共有40个国家和4个领土(约占21%)没有提交2015年的任何季度统计数据, 大部分位于非洲(22个国家和1个领土)。

132. 麻管局定期调查关于麻醉药品国际贸易的政府报告中的不一致之处, 以确保不会发生麻醉药品从合法的国际贸易中转移的情况。部分调查结果表明, 管制措施实施过程中存在缺陷, 并且企业存在违反国家药物管制规定的行为。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条规定, 任何国家或领土在任何年份制造和进口的各种药物的总量不得超过相关估计限额内消费和利用的数量、出口数量、为将贮存品增至有关估计所定的数额而添入的数量, 以及在相关估计限额内为特别用途而取得的数量。第31条要求所有出口国限制对任何国家或领土的麻醉药品出口量, 使其不超过进口国家或领土的总估计量以及用于再出口的数量。秘书处定期检查政府可能不遵守上述规定的行为。不遵守行为可能导致麻醉药品从合法的国际贸易向非法渠道转移。因此, 所涉政府应调查任何过量交易出现的原因并通知麻管局其调查结果。未来所涉政府还应严格遵守进口、出口限制, 并查询麻管局在其麻醉药品技术报告和麻管局网站每月更新的估计列表中公布的各国麻醉药品需求量的年度估计数。

133. 截至2016年11月1日, 137个国家和领土依照《1971年公约》第16条规定向麻管局提交了2015年精神药物统计报告(表P), 占应提供此类统计报告的国家或领土的63%。麻管局注意到这一年的报告提交数与2014年几乎相同。此外, 95个政府根据经济及社会理事会第1981/7号决议自愿提交了2015年所有四个季度的

《1971年公约》附表二所列物质进出口情况统计报告, 另有59个政府提交了若干季度报告。

134. 虽然大多数政府定期提交法定和自愿统计报告, 但有些政府的合作情况并不令人满意。2016年, 仅有约60%的国家政府在截止日期前提交了有关2015年的表P。在2016年6月30日截止日期前仍未提交表P的国家中, 有些是精神药物的主要制造国、进口国和出口国, 例如澳大利亚、巴西、中国、法国、印度、日本和新西兰。大韩民国作为精神药物的主要进口国和出口国, 虽然在2011-2013年没有提交表P, 但在2014年向麻管局提交了该表。麻管局注意到, 至2016年9月底, 即逾期约三个月后, 大韩民国仍未提交其2015年报告。

135. 麻管局关切地注意到, 没有提交表P的非洲、大洋洲和加勒比国家和领土的数目仍然最多。共有34个非洲国家和领土<sup>46</sup>没有提交2015年表P(占该区域的60%)。同样, 大洋洲没有提交表P的国家或领土占55%(10个国家和一个领土)<sup>47</sup>, 加勒比没有提交表P的国家或领土占42%(9个国家和5个领土)<sup>48</sup>。在欧洲, 所有国家的84%提交了2015年表P, 三个国家(希腊、卢森堡和塞尔维亚)未提交2015年表P, 而2014年仅有两个国家未提交表P。在南美洲, 共有三个国家未提交2015年表P(巴拉圭、苏里南、

<sup>46</sup>安哥拉、贝宁、喀麦隆、中非共和国、乍得、刚果、科特迪瓦、吉布提、赤道几内亚(非《1971年公约》缔约国)、厄立特里亚、加蓬、冈比亚、几内亚、几内亚比绍、莱索托、利比里亚(非《1971年公约》缔约国)、利比亚、马拉维、马里、毛里塔尼亚、莫桑比克、纳米比亚、尼日尔、圣多美和普林西比、塞内加尔、索马里、南苏丹(非《1971年公约》缔约国)、斯威士兰、多哥、乌干达、赞比亚以及阿森松岛、圣赫勒拿岛和特里斯坦-达库尼亚岛。

<sup>47</sup>斐济、基里巴斯(非《1971年公约》缔约国)、瑙鲁(非《1971年公约》缔约国)、纽埃、帕劳、巴布亚新几内亚、萨摩亚(非《1971年公约》缔约国)、所罗门群岛(非《1971年公约》缔约国)、图瓦卢(非《1971年公约》缔约国)、瓦努阿图以及法属波利尼西亚。

<sup>48</sup>安提瓜和巴布达、巴巴多斯、伯利兹、古巴、多米尼加共和国、格林纳达、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚、特立尼达和多巴哥以及阿鲁巴、百慕大、英属维尔京群岛、开曼群岛、特克斯和凯科斯群岛。

乌拉圭)。在亚洲, 25% 的国家和领土没有提交 2015 年表 P。<sup>49</sup>

136. 各国政府在向麻管局提交统计报告时遇到困难或许表明其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, 在必要时采取措施, 加强其对涉及管制物质的合法活动的监管机制, 包括加强关于精神药物的法定和自愿统计报告数据汇编方面的国家制度, 并为国家主管部门的工作人员提供适当培训。

137. 经济及社会理事会在其第 1985/15 和第 1987/30 号决议中, 请各国政府在各自关于精神药物的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(也即按来源国和目的地国细分的数据)。2015 年, 105 个政府(占有提交表 P 的政府的 77%) 提交了关于此类贸易的完整信息, 与 2014 年的数量大致相等。其余 32 个政府提供了不完整的贸易数据, 提交的表格缺少 2015 年的部分贸易数据或提交了空白表格。

138. 麻管局赞赏地注意到, 一些国家已准备根据麻醉药品委员会第 54/6 号决议, 自愿提交关于精神药物的消费数据。因此, 2015 年共有 59 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。麻管局赞赏相关政府的合作, 并呼吁所有政府按照麻醉药品委员会第 54/6 号决议每年提交关于精神药物消费的信息, 因为此类信息对于更好地评价医疗和科学所需精神药物供应情况是不可或缺的。

139. 麻管局赞赏地注意到印度、马来西亚和罗马尼亚政府提供了关于精神药物缉获情况的报告。挪威和罗马尼亚政府按照麻醉药品委员会第 50/11 号决议提供了“关于缉获通过互联网订购和通过邮件交付走私国际管制合法药物

情况的通报”。麻管局确认所涉各国政府的截获努力, 并吁请所有各国政府按照麻醉药品委员会第 50/11 号决议向麻管局定期提供信息, 说明关于缉获通过互联网订购和通过邮件交付精神药物的情况。

140. 根据《1988 年公约》第 12 条, 缔约方有义务提供经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的物质信息。载有这些信息的表 D 有助于麻管局监测和查明前体贩运和非法药物制造活动的趋势, 也便于麻管局在必要时为各国政府提供关于补救措施和政策的建议。

141. 截至 2016 年 11 月 1 日, 共有 120 个国家和领土提交了 2015 年的表 D。到 2016 年 6 月 30 日截止日期为止有 71 个政府提交了表 D。

142. 在已提交 2015 年数据的国家和领土中, 有 81 个政府报告缉获了表列物质, 45 个政府报告缉获了非表列物质, 数量多于上年。在往年, 许多主管部门没有提供关于转移、非法制造方法和所拦截货物的详细情况。麻管局促请各国政府制订相关机制, 以确保全面、及时地向麻管局提供所有数据。

143. 根据经济及社会理事会第 1995/20 号决议, 各国政府应在自愿和保密的基础上提供关于《1988 年公约》表一和表二所列物质合法贸易的信息。截至 2016 年 11 月 1 日, 有 115 个国家提供了 2015 年合法贸易的信息。

### 3. 估计数和评估数的提交情况

144. 根据《1961 年公约》, 缔约方有义务每年向麻管局提供其下一年度麻醉药品需要量估计数。截至 2016 年 11 月 1 日, 共有 160 个国家和领土提交了 2017 年麻醉药品需要量估计数, 供麻管局确认, 占应提交此类年度估计数的国家和领土的 75%。同往年一样, 麻管局必须依照

<sup>49</sup> 不丹、柬埔寨、朝鲜民主主义人民共和国、伊拉克、大韩民国、新加坡、斯里兰卡、泰国、土库曼斯坦、阿拉伯联合酋长国、也门以及中国澳门。



《1961年公约》第12条，为没有按时提交估计数的国家和领土确定估计数。

145. 截至2016年11月1日，除南苏丹政府以外，所有国家和领土的政府都向麻管局提供了至少一次年度精神药物医疗和科学需要量评估数。2011年，麻管局依据经济及社会理事会第1996/30号决议为南苏丹确定了精神药物需要量评估数，以便该国在进口医用精神药物时免于不当延误。

146. 依照经济及社会理事会第1981/7号和第1991/44号决议，各国政府应向麻管局提供《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需要量变化之前，该评估数一直有效。为便于各国主管部门提交修订结果，麻管局制订了一份新表，名为“表B/P补充表”。2014年10月，该表已被翻译成联合国六种官方语文并提供给所有国家的政府。在该表正式发布两年后，即截至2016年10月，几乎所有国家都在使用这份新表。麻管局建议各国政府至少每三年对其精神药物年度医疗和科学需要量评估数审查并更新一次。

147. 2015年11月1日至2016年11月1日，共有78个国家和11个领土提交了全面修订后的精神药物需要量评估数，另有42个政府提交了关于一种或多种物质的修订评估数。截至2016年11月1日，有33个国家和2个领土的政府在过去三年没有提供任何关于其精神药物合法需要量的修订。

148. 麻管局希望强调，确定可体现实际合法需求量的麻醉药品估计数和精神药物评估数非常重要。如果估计数和评估数低于合法需要量，医疗或科学所需的麻醉药品或精神药物的进口或使用就可能迟延或受阻，而如果估计数或评估数明显高于合法需要量，则会增加进口的麻醉药品和精神药物转入非法渠道的风险。

149. 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)查阅联合国六种官方语文版本。

150. 根据麻醉药品委员会第49/3号题为“加强对用于制造合成药物的前体化学品的管制制度”的决议，政府应在自愿基础上为麻管局提供麻黄碱、伪麻黄碱、3,4-亚甲基二氧苯基-2-丙酮和1-苯基-2-丙酮四种苯丙胺类兴奋剂前体的年度合法进口需求量估计数，并尽可能提供对含有可方便加以使用或通过现成适用的手段加以回收的这些物质的制剂的估计进口需求量。在麻管局发布2015年关于前体的报告至2016年11月1日之间，五个政府首次提交了本国合法需求量的估计数，从而使提交该估计数的政府总数达到162个。同样的，个别估计数的数目也有所增加，从2015年的810个（当年麻管局关于前体的报告公布的数字）增至2016年的851个。这些数字表明，估计数仍是政府评估装运量合法性以及查明任何过量交易的极其重要的工具。

151. 麻管局网站定期更新和公布各国、各领土提交的最新估计数。注册用户可通过网上出口前通知系统和麻管局关于前体的年度报告附件获取估计数。<sup>50</sup> 政府可访问麻管局网站以了解最新估计数。政府可对估计数提出修订要求，或联系麻管局秘书处以便随时提供最新估计数。

152. 麻管局谨提醒所有国家政府，麻醉药品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，

<sup>50</sup> E/INCB/2016/4。

每月更新的数据可在麻管局网站查阅。通过该网站还可查询关于苯丙胺类兴奋剂前体合法需要量的最新年度评估数。

153. 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困难, 往往表明其国内管制机制和 / 或卫生保健系统有欠缺。这种缺陷可能反映出在执行条约规定方面存在问题, 例如国家立法存在空白, 行政法规有漏洞或国家主管部门工作人员缺乏培训。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、评估数方面存在欠缺的根源, 以期解决这些问题并确保适当和及时的报告。为协助各国政府, 麻管局开发了工具和工具包, 并制订了多份指南, 供国家主管部门使用。这些均可在麻管局网站上免费获取, 包括培训材料和《国际管制药物估计需要量指南》。请各国政府在履行国际药物管制条约规定的职能中充分利用这些工具。麻管局谨鼓励各国政府利用麻管局应要求提供的专门培训, 并在这方面为麻管局提供支持。

## 麻管局学习

154. 2016 年初, 麻管局秘书处启动了名为麻管局学习的新项目的第一期活动, 为会员国提供技术帮助以便其遵守关于麻醉药品、精神物质和前体化学品的国际公约。麻管局注意到许多国家难以达到国际药物管制条约和 / 或经济及社会理事会和麻醉药品委员会相关决议规定的报告要求。一些会员国在履行报告义务方面能力不足, 这从整体上削弱了国际药物管制制度, 并增加医疗和科学用药被转移、贩卖、滥用和供应不足的风险。该项目的终极目标是在确保适当获取国际管制物质的同时防止其被滥用和转入非法渠道。

155. 为解决这一问题, 麻管局提出了国际麻醉品管制局学习项目。其目标是支持各国政府

执行确保获取医疗和科研所需管制药物的业务建议, 该建议载于 2016 年关于世界毒品问题的联大特别会议结果文件。2016 年, 麻管局在该项目下举办了两期针对国家主管部门的区域培训研讨会。2016 年 4 月, 秘书处与毒品和犯罪问题办公室在内罗毕联合举办了一次培训研讨会, 有来自九个东非国家的 19 人参加。2016 年 7 月, 来自 19 个国家的 45 人参加了在曼谷举办的为期三天的东南亚和太平洋区域研讨会, 会议是与泰国麻醉品管制局办公室共同组织的。

156. 麻管局学习项目的另一个目标是为个别会员国提供技术支持, 以落实区域培训研讨会的后续活动。麻管局就医疗和科学所需麻醉药品和精神药物供应相关问题组织了提高认识讲习班。正在开发电子学习模块, 以便秘书处能够与更多需要培训的国家主管部门官员和工作人员建立联系。最后, 该项目还通过开发免费和开放获取在线工具, 促进和便利获取已有纸质出版物的麻管局统计和数据。

157. 麻管局期待继续为麻醉药品委员会提供政治支持, 以便其执行 2016 年关于世界毒品问题联大特别会议结果文件所载的业务建议, 提供能力建设和培训, 从而确保医疗和科学专用管制物质的供应和获取, 同时防止其转移。会员国持续的政治和财政支持, 是麻管局维持工作、提供后备支持并将活动拓展到新的区域、国家和领土所不可或缺的。

## D. 总体履约情况评价

### 1. 对一些国家总体履约情况的评价

158. 为了履行条约为其规定的职能, 麻管局定期审查不同国家的药物管制情况。麻管局审查的领域包括: 监管框架, 旨在监测用于受管



制物质的合法生产和制造以及合法贸易的作物的种植情况；国家药物管制立法和政策的充分性；打击药物贩运和转移的措施；提供预防、治疗、康复、后续护理措施以及重新融入社会措施；提供合理医疗用途的麻醉药品和精神药物；及时、准确地报告，以便与麻管局合作；回应麻管局关于提供更多信息的请求以及接受麻管局的国别访问。

159. 麻管局与各国政府持续对话，目的是与其开展合作，查明可以加强履行其国际法律义务的良好做法和领域，并在必要时建议采取补救措施。

160. 2016年，麻管局审议了澳大利亚、哥伦比亚、丹麦、毛里塔尼亚、西班牙和美国的药物管制情况。麻管局还审查了这些国家的政府为执行国际药物管制条约而采取的措施。

#### (a) 澳大利亚

161. 澳大利亚政府承诺采取综合办法，确保受管制物质得到有效处理，并通过有效的管制措施防止这些物质从合法的分销渠道转移。

162. 麻管局注意到，2016年2月澳大利亚议会于1967年《麻醉药品法》进行了修订，以便能够合法种植用于制造医用大麻产品的大麻药草。该修正案预定于2016年10月30日生效。根据2016年《麻醉药品修正法案》，允许为种植和生产医疗和科学用途的大麻和大麻树脂确立授权和许可证制度。麻管局注意到通过了1989年“治疗用品法”的一项修正案，旨在允许在某些医疗条件下使用大麻，包括用于治疗终末期癌症和多发性硬化症以及罹患难治性癫痫的儿童。

163. 澳大利亚是《1961年公约》的缔约国，该公约反映了对药物滥用和转移的关切，其中

第23条和第28条确立了一套附加的管制措施，应该执行这些措施，以便使涉及将大麻用于医疗目的的方案符合该公约。

164. 麻管局注意到，根据《1961年公约》第23条的规定，澳大利亚政府的卫生部内设立了药物管制办公室，作为负责授权为医疗目的种植大麻的唯一机构。该办公室的医用大麻科将负责监测遵守情况，并负责制订监测种植者的制度，以防止大麻转用于许可证规定之外的任何用途。麻管局还注意到，该国政府努力确保充分遵守《1961年公约》的规定，并将用于制造医用大麻产品的大麻植物的数量限制在满足国内需求所需数量的范围内。

165. 麻管局还注意到，关于医用大麻产品的处方，卫生部正与国家及地方主管部门密切合作制订相关准则，以确保在全国各地统一适用。医用大麻产品的处方只能由卫生部治疗用品管理局授权的医生开具。

166. 麻管局继续监测澳大利亚扩大管辖范围，在国内由政府授权合法种植罂粟方面的事态发展，并继续与澳大利亚主管部门合作，以确保符合《1961年公约》规定的鸦片种植管制措施。麻管局还提醒澳大利亚政府需要在全全球罂粟供应量与对其的需求之间保持平衡，以防止转入非法渠道。

167. 麻管局赞扬澳大利亚政府向其提供关于药物滥用情况的最新调查结果和分析以及收集的相关数据。麻管局注意到，在2010年和2013年进行了国家药物战略入户调查，2016年的实地调查工作预计将在2016年年底完成。麻管局将乐于收到预计将于2017年底公布的该调查的最新结果以及关于非法药物普遍使用情况和公众相关态度的信息。麻管局期望继续与澳大利亚政府就该事项以及药物管制其他事项密切合作。

## (b) 哥伦比亚

168. 2015 年 12 月，哥伦比亚政府颁布了第 2467 号法令，允许为医疗目的种植和建立大麻合法市场。该法令规定为医疗目的的种植、生产、销售、运输、分销和发放大麻建立法律和监管框架。正如对所有其他选择建立法律和监管框架以便允许为医疗目的使用大麻的国家一样，麻管局也向哥伦比亚政府强调，必须遵守《1961 年公约》第 23 条和第 28 条规定的法律义务，其中规定了确立医用大麻方案需要满足的条件。这些义务包括需要建立一个国家大麻机构，以管制和监督大麻作物的种植，指定允许种植的地区，并向种植者提供许可证。该国政府已指定卫生部为负责适用该立法修正案的主管部门。卫生部被授权在生产、制造、进出口和建立医疗用途大麻合法市场方面发挥协调作用，并负责授权使用大麻用于医疗目的。

169. 尽管哥伦比亚的法律和监管框架符合《1961 年公约》为确立医用大麻计划而规定的大多数条件，但麻管局关切地注意到，哥伦比亚政府授权私人个人种植大麻满足自身需求。如同以前一样，麻管局谨提醒所有国家，这种种植不符合《公约》规定的最低限度管制要求，因为它代表着转移的风险增加。因此，麻管局请哥伦比亚政府采取措施禁止这种形式的种植。

170. 委员会欢迎哥伦比亚政府与哥伦比亚革命武装部队领导人于 2016 年 6 月签署停火协定。2016 年 8 月签署的和平协定预计将标志着结束长达五十多年的冲突。和平协定的支柱之一是其中题为“解决非法毒品问题”的一章，其目的是加强打击贩运的措施，同时加强边境管制、执法和国际合作。2016 年 10 月 2 日举行了关于和平协定的全民投票，哥伦比亚选民投票反对该和平协定。

171. 麻管局期待继续与哥伦比亚政府进行对话，以便尽其所能地协助其加强执行各项国际药物管制条约。

## (c) 丹麦

172. 在本报告所述期间，麻管局继续与丹麦政府就药物管制的若干问题，包括“用药室”问题进行对话。为了全面评估条约遵守情况，麻管局要求政府向其提供关于可适用的法律框架和这些“用药室”的运作情况的更详细资料。委员会在 2016 年 4 月收到了“用药室”立法的英文译本，其中附有解释性说明。

173. 根据所提供的资料，麻管局注意到，2012 年 6 月丹麦议会通过了“丹麦精神活性物质法”的修正案，为丹麦开设“用药室”提供了法律依据，议会还在 2014 年通过了一项关于“用药室”的法律。随后多次修订关于吸毒室运作问题的立法框架，这些修订案载于 2016 年 7 月生效的“受管制物质综合法”。

174. 与对待其他允许开办“用药室”的国家一样，麻管局重申，此类措施的最终目标是减少药物滥用的有害后果，对贩毒不加宽容或鼓励。因此，任何此类设施必须向患者提供或将其转介给治疗、康复和重新融入社会措施。

175. 麻管局注意到，该国政府提供的资料表明，在“用药室”中使用的物质是使用者在进入设施之前获得的。麻管局对这种做法持保留意见。

176. 2016 年 3 月，丹麦政府通知麻管局，它已委托对“用药室”新政策的执行情况进行独立评价，其结果导致对 2014 年法律作了一些调整。麻管局要求提供关于 2015 年进行的该评价的结果的资料。

177. 麻管局赞赏丹麦政府继续提供的合作以及该国政府就丹麦药物管制政策提供的详细资料。麻管局期望继续与政府就药物管制的相关问题进行对话。

#### (d) 毛里塔尼亚

178. 毛里塔尼亚建立了一些体制机制，以解决与非法药物使用有关的问题，并参与了加强区域合作打击毒品贩运和有组织犯罪的努力。2016年1月，按照部长理事会的意见，公布了关于设立打击毒品贩运特别基金的法令草案。将通过出售没收的毒品相关犯罪的资产为该基金供资。根据该法令草案，将通过提供专用资金支持，加强参与打击毒品贩运的主管部门的能力。

179. 毛里塔尼亚政府制订了一项“全国药物管制战略”，规定了国家安全总局的具体行动，包括重新启动打击贩运非法药物中心处，设立禁毒特别执法队，加大为边境管制机关配备的资源以及提供设备和开展能力建设。该国政府还报告说，体制框架得到了改进，包括设立了45个设施完善的入境点，为努瓦克肖特港的集装箱检查配备了扫描仪，培训了海关人员，设立了处理贩毒问题的特别法官和副检察员职位。

180. 该国的药物管制努力继续面临许多挑战。特别是，由于分配给国家主管部门的资源不足，限制了它们有效履行监管职能的能力。还可能需要进一步的能力建设举措来支持国家执法部门的努力。其他关切领域包括药物管制利益攸关方之间的协调不良，以及统计和流行病学数据有限。

181. 麻管局继续对毛里塔尼亚的药物管制情况感到关切。鉴于来自官方和公开来源的药物管制相关信息不足，难以对该国的状况进行评估。特别是，令麻管局感到关切的是，在向

麻管局提供资料介绍该国药物的管制状况和遵守国际药物管制条约为其规定的报告义务方面，以及在麻管局争取访问该国方面，毛里塔尼亚政府缺乏合作。麻管局还注意到立法和机构药物管制框架存在若干缺陷，包括政府机构在药物管制领域的协调机制不足的问题。

182. 依据包括缉获数据在内的官方来源的有限资料，麻管局关切地注意到，国际贩毒集团继续将毛里塔尼亚作为运往欧洲的毒品（包括大麻和可卡因）的过境国。还有报告称，既有毛里塔尼亚国民又有外国国民参与的毒品贩运集团正在该国内开展活动。

183. 麻管局重申，愿意在其任务范围内协助毛里塔尼亚政府履行国际药物管制公约规定的义务，特别是向麻管局提供统计数据的义务，并鼓励该国政府持续与麻管局保持对话，以确定现有的挑战和解决的方法。

#### (e) 西班牙

184. 麻管局继续与西班牙政府就该国与毒品有关的事态发展进行建设性对话。在2016年4月举行的关于世界毒品问题的联大特别会议上，西班牙表达了对国际药物公约和有关国际人权文书的承诺。该国政府特别强调了按照毒品相关犯罪的严重程度实行制裁和为农民提供替代发展方案的重要性。

185. 在本报告所述期间，西班牙政府采取了若干与药物管制有关的立法措施。西班牙药物管制政策继续以“2009-2016年国家药物战略”为指导，该战略最近通过2013-2016年行动计划得到实施。

186. 2015年12月颁布皇家法令，建立了西班牙药物依赖和其他吸毒问题委员会遵循的法律制度。2015年11月成立了防止洗钱中央机构。



此外，资产追回程序使得与涉毒犯罪有关的没收资产被用于为各种药物管制举措提供资金，包括与在国家和国际两级减少供应有关的举措。

187. 在西班牙的立法框架下，根据“第17/1967号麻醉药品管制法”，大麻仍然是一种受管制物质，而根据“公民安全法”，消费和种植大麻有可能受到刑事制裁。但是，麻管局关切地注意到，西班牙几个自治区的“大麻消费俱乐部”继续扩大。根据西班牙政府就此问题向麻管局提交的最新来文，主要在自治区的范围内活动的各个协会必须向该自治区的协会登记处登记。根据此前提供的资料，巴斯克地区自治区是唯一一个保留“大麻俱乐部”登记处的自治区。政府并未支持规范或批准此类俱乐部的任何主张。俱乐部的发展是利用了西班牙宪法第22条的规范框架和有关结社自由的2002年3月22日第1/2002号法令。任何社团，如果追求的目标或使用的方法被定为有罪，即为非法。因此，检察长办公室正在协调调查有关分销大麻的指称。

188. 麻管局重申其立场，设立“大麻消费俱乐部”不符合《1961年公约》第4条(c)项，其中规定缔约国有义务仅限于医疗和科研目的而生产、制造、输入、输出、分销、贸易、使用和持有药物；也不符合《1988年公约》第3条第1款(a)项，其中要求各国采取必要措施，在其国内法中将违反《1961年公约》的规定而生产、制造、提炼、配制、提供、兜售、分销、出售、以任何条件交付、经纪、发送、过境发送、运输、进口或出口任何麻醉药品的行为规定为刑事犯罪。

189. 麻管局积极与西班牙主管部门就这一问题进行对话。麻管局注意到西班牙政府为阻止“大麻消费俱乐部”在某些自治区蔓延而采取的和计划采取的措施，包括不允许这些俱乐部在官方的社团登记处登记，并将这些登记请求

转交给检察机关。政府采取的措施之一是设立特别毒品检察官办公室。另一项措施是，提请宪法法院就导致这类组织发展起来的自治区法律是否合宪作出裁决。最后，为了协调检察长办公室的调查标准和建立采取惩处行动的通用准则，颁布了2/2013号行政指示。

190. 麻管局鼓励西班牙政府继续根据国际药物管制条约的要求采取一切实际行动控制大麻，同时考虑到鉴于《1961年公约》的附表一和附表四针对大麻作出的时间安排，大麻受到特别管制措施的限制。

191. 虽然新型精神活性物质的流行率很低，而且国家药物观察站认为这种物质的使用在西班牙并非主流，但有证据表明，过去注射海洛因的高风险吸毒者小群体已转向注射新型精神活性物质。

192. 西班牙向麻管局通报称，该国在过去10年里大大减少了可卡因消费量。自2013年以来，该国的海洛因使用流行率也有所下降，扭转了以前导致艾滋病毒感染率上升的药物滥用增长趋势。该国政府报告称，其继续面临的主要挑战之一是终生使用大麻的流行率居高不下，据报告称该比率超过30%，但在西班牙开展的调查显示，过去十年中大麻使用流行率下降或稳定。尽管有这种发展，但向欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心报告的与大麻滥用有关的急性医疗紧急情况却有所增加。

193. 西班牙有超过500个经认可的戒毒治疗和康复中心。此外，监狱还配备了戒毒治疗和康复室，负责提供注射器分发服务，并确保提供阿片类药物替代疗法。

194. 几个重要挑战仍然存在，包括与西班牙继续作为贩运到欧洲的毒品的主要入境点和过境点有关的问题：2015年西班牙报告缉获了近16吨大麻药草，超过380千克大麻脂和超过21吨可卡因。

195. 麻管局注意到，贩毒继续对该国政府解决毒品问题的努力构成重大挑战。西班牙继续捣毁秘密加工点并有大量缉获。麻管局鼓励西班牙政府推行其药物管制努力，特别是旨在打击该国非法大麻种植和贩运的努力，麻管局随时准备以任何方式提供协助。

#### (f) 美利坚合众国

196. 在本报告所述期间，麻管局与美利坚合众国政府就该国与毒品有关的事态发展进行了积极对话。该国各个管辖区对大麻的管制是集中讨论的主要问题。

197. 根据联邦立法亦即“受管制药物法”，大麻被分类为目前在美国没有公认医疗用途的物质，缺乏公认的在医疗监督下使用的安全性，滥用的可能性很大；但是，麻管局非常关注美国几个州针对大麻适用的法律制度。

198. 在与美国政府的讨论中，麻管局继续重申，该国几个州为了合法化和管制非医疗目的的大麻销售而采取的立法和行政措施不能违背《1961年公约》第4条(c)项关于生产、制造、输出、输入、分销、贸易、使用和持有麻醉品仅用于医疗和科研目的的规定。

199. 因此，麻管局关切地注意到2016年11月在国家层面举行的关于大麻非医疗目的合法化的几次投票活动的结果。

200. 麻管局还仍感关切的是，该国允许为医疗目的使用大麻的许多法律和管制框架并不完全符合《1961年公约》第23和第28条，而这两项条款中规定了制订医用大麻方案需要满足的条件。因此，麻管局重申呼吁制订了医用大麻制度或正在考虑制订这类方案的国家政府确保《1961年公约》中适用于将

大麻用于医疗用途的规定在其境内得到全面执行。

201. 麻管局极大关切地注意到继续影响美国的大规模类阿片、处方药和海洛因滥用问题，如本报告第三章所述，据称每年有数以万计的受害者。麻管局欢迎禁毒署采取了一项全面行动计划解决阿片类药物成瘾问题，并欢迎该国政府为2016财政年度拨款276亿美元支持执行“2015年国家药物管制战略”。

#### (g) 乌拉圭

202. 麻管局注意到乌拉圭政府继续执行了旨在为大麻的非医疗使用建立一个规范化市场的措施。虽然这一政策尚未完全落实，但麻管局愿重申自己的立场，此类立法有悖于国际药物管制公约的规定，尤其是经修订的《1961年公约》第4条(c)项列明的措施，按照该项规定，缔约国有义务确保“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”。因此，根据《1988年公约》第3条第1款(a)项，各缔约国有义务“采取可能必要的措施将违反《1961年公约》的各项规定生产、制造、提炼、配制、提供、兜售、分销、出售、以任何条件交付、经纪、发送、过境发送、运输、进口或出口任何麻醉药品或精神药物确定为其国内法中的刑事犯罪”。

203. 麻管局将继续与乌拉圭政府对话，以期促进该国遵守三项国际药物管制公约。

## 2. 国别访问

204. 作为条约监测机构的任务的一部分，麻管局每年都会向其选择的国家派出一些访问团。访问团的目标是协助各国履行其作为国际药物管制公约缔约国而承担的国际法律义务。

205. 在访问期间，为了全面了解受访国家的药物管制情况，麻管局与药物管制领域的主要利益攸关方举行会议，其中包括政府官员以及来自监管机关、治疗和康复提供方及民间社会团体代表。

206. 讨论过后，领导访问团的麻管局成员将向麻管局提交其调查结果，根据该调查结果，麻管局将通过一系列保密建议并转交相关政府审议和采取行动。

207. 向政府转交的建议中载有拟议的行动，以改善在各个药物管制相关领域遵守国际药物管制框架的情况，这些领域包括：国家药物政策；机构间合作；对药物管制公约之下受国际管制的麻醉药品和精神药物实行合法生产和贸易的管制；防止吸毒以及对吸毒者的治疗和康复；获得合理医疗用途的受管制物质；执法；打击非法药物生产、制造和贩运的措施；前体化学品管制。

208. 在本报告所述期间，麻管局访问了阿富汗、阿根廷、多民族玻利维亚国、加拿大、中国、以色列、缅甸、阿曼、塞内加尔、南非、巴勒斯坦国、乌拉圭和越南。

209. 哥伦比亚、埃及、伊拉克、牙买加、科威特和乌兹别克斯坦政府原则上接受了访问团，但尚未派团访问这些国家。麻管局还与刚果民主共和国、巴布亚新几内亚和卡塔尔政府联系，但这些国家的政府尚未确认接受访问团。

#### (a) 阿富汗

210. 麻管局主席领导的麻管局高级别访问团于 2016 年 5 月访问阿富汗。访问团的目的是继续进行麻管局 2000 年 5 月与阿富汗政府启动的协商。当时麻管局的结论是，该国的局势如果放任不管，将严重危及《1961 年公约》的目标，并决定援引该公约第 14 条，以促进国际一级的合作行动。

211. 访问团与阿富汗行政首长和政府代表，包括各部部长和议会反麻醉品委员会的成员进行了高级别讨论，讨论了目前的药物管制情况、未来前景、政府的行动和倡议以及国际社会提供合作的必要性。

212. 麻管局注意到该国政府于 2015 年 10 月通过了一项新的“国家药物行动计划”（2015-2019 年），其主要目标是减少罂粟种植以及阿片剂的制造和贩运，减少对药物的非法需求并增加向用户提供的治疗。

213. 关于阿富汗最近事态发展的更多资料载于题为“根据《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”的 E 节第 2 分节及本报告第三章。

#### (b) 阿根廷

214. 2016 年 6 月，麻管局派团访问了阿根廷。访问团的目标是审查该国自 2006 年麻管局上次访问以来的药物管制发展情况和各项国际药物管制公约的执行进展。

215. 近年来，阿根廷一直是安第斯生产的可卡因的过境国，有时其国内也制造可卡因。麻管局注意到，阿根廷共和国总统在就职演说中把打击毒品问题列为政府三大中心优先事项之一。在访问期间，该国政府向麻管局提供了为提高各个药物管制机构的工作效率和效力而进行重组的相关信息。

216. 麻管局注意到，阿根廷在对麻醉药品和精神药物的合法进口、出口和制造以及获得类阿片镇痛药的监督方面有所改进。阿根廷政府还提供了信息介绍了在预防和治疗药物滥用领域付出的努力，这些努力旨在制订一项涉及卫生、教育和社会事务部门以及其他政府机构的全面综合战略，以确保采取全面的办法解决这个问题。在访问结束之后，这些举措在阿根廷共和国总统 2016 年 8 月发起的国家药物管制计划中得到体现。



### (c) 多民族玻利维亚国

217. 麻管局 2016 年 10 月 17 日至 20 日派团对多民族玻利维亚国进行了一次条约遵守情况监测访问。鉴于该国 2013 年在就古柯叶作出了一项保留的条件下重新加入了《1961 年公约》，该次访问的目的是，与该国政府讨论其遵守三项国际药物管制公约尤其是《1961 年公约》的情况。

218. 按照该项保留，自 2013 年 2 月起，多民族玻利维亚国境内允许咀嚼古柯叶和为了“文化和医药目的”消费和使用天然状态的古柯叶。

219. 麻管局代表团在访问期间与内政部部长、农村发展和土地部部长、社会福利和受管制物质部副部长以及古柯与综合发展部副部长举行了磋商。

220. 另外还讨论了多民族玻利维亚国重新加入《1961 年公约》时所作保留的落实情况以及该国政府为确保遵守该项公约的规定所采取的步骤。这些规定包括需要确保建立一种许可证制度，对收获实施监督以及防止转移。麻管局代表团了解了控制古柯种植的情况、近些年来减少非法种植的情况以及为了打击贩运采取的措施。

221. 与负责打击毒品贩运的执法机构代表以及负责铲除非法种植的古柯树的陆军联合工作队代表举行了磋商。此外，代表团在拉巴斯的法蒂玛村集市会见了区域古柯生产者协会的代表。

### (d) 加拿大

222. 麻管局 2016 年 10 月派团对加拿大进行了一次访问。访问的主要目标是讨论当前正在制订的有关将大麻非医疗使用合法化和规范化的立法措施。麻管局上一次对加拿大的访问是在 2013 年进行的。

223. 加拿大是所有三项国际药物管制公约的缔约国。加拿大政府启动了一个将为非医疗用途获得大麻合法化和规范化的进程。麻管局指出，将大麻用于非医疗用途合法化不符合《1961 年公约》和《1988 年公约》的规定，因为这两项公约规定，缔约国有义务将麻醉药品的使用仅限于医药和科学用途。《1961 年公约》第 4 条 (c) 项明文规定的这一限制对所有缔约方具有约束力。按照该《公约》，不允许在医疗和科学用途范围之外规范药物的使用。将药物的使用限制在医疗和科学用途范围之内，是位于国际药物管制框架中心的一项基本原则，不可能有任何例外，没有灵活的余地。麻管局敦促该国政府在各项公约已有的药物管制制度范围内追求其宣称的目标，即促进健康、保护年轻人、非暴力轻微犯罪行为的非罪化。

224. 麻管局代表团在与该国政府进行讨论的过程中了解到并关切地注意到包括芬太尼在内的类阿片剂造成的用药过量和死亡人数，政府方面将这种情况称为达到了危机水平。麻管局赞赏加拿大政府迄今为止采取的行动以及解决这个重大问题的承诺和决心，鼓励有关部门在这方面采取进一步措施。

### (e) 中国

225. 麻管局 2015 年 10 月派团访问中国。在访问期间，麻管局代表团与来自安全部、卫生部、外交部和司法部以及海关总署的高级官员进行了磋商。访问团还有机会访问了北京禁毒志愿人员组织，它是一个非政府组织。

226. 代表团讨论了与国际药物管制政策有关的共同关心的事项，包括 2016 年举行的关于世界毒品问题的联大特别会议的成果、中国药物管制法律框架的最新变化、国际药物管制条约缔约国应承担的报告义务、新型精神活性物质问题、医疗目的的附表所列物质的供应以及中国的治疗和康复情况。

227. 麻管局向中国政府表示感谢中国积极参与麻管局的各项倡议，并希望今后继续合作。麻管局认可中国政府在严格控制附表所列物质方面作出的重大努力及其在这方面取得的进展。

#### (f) 以色列

228. 麻管局 2016 年 7 月派团访问以色列。由于以色列是三项国际药物管制公约的缔约国，麻管局代表团审查了自 2009 年麻管局上次访问以色列以来这些公约的执行情况，包括与药物管制有关的立法和其他发展。

229. 与卫生部、司法部和经济产业部的高级官员进行了协商。代表团还在一座监狱直接听取了一名接受了治疗和康复护理方案的人的意见。

230. 麻管局注意到，自从 2009 年上次访问以来，以色列禁毒局作为一个独立的跨学科部门继续发挥关键作用，根据其国际义务协调该国的药物管制政策。

231. 在访问期间，该国政府表示致力于解决以色列的吸毒成瘾问题。麻管局注意到，以色列提供了有效的治疗和康复服务，特别是按照接受者的具体情况为其提供减少伤害服务。

232. 以色列医用大麻处的代表向麻委会代表团进行了全面的情况介绍，概述了据以建立该机构的立法框架，并阐述了该机构的任务和职责。该机构表示致力于确保遵守国际药物管制条约，特别是遵守《1961 年公约》规定的要求。

#### (g) 缅甸

233. 麻管局 2016 年 6 月派团访问缅甸，以审查该国政府履行三项国际药物管制条约规定的义务

的情况，并监测麻管局上次于 2010 年访问该国之后提出的建议的执行进展。

234. 自麻管局 2010 年派团访问以来，该国在药物管制立法审查、药物使用情况评估和国际合作水平方面取得了进展。麻管局欢迎该国政府采取重视健康的办法来治疗吸毒成瘾，以及开展该国第一次国家药物使用调查，预计初步调查结果将于 2017 年初产生。

235. 麻管局注意到仍然有重大挑战需要解决。特别是，在过去几年中，非法种植罂粟和生产鸦片的问题仍然严峻，可持续替代发展方案的实施依然举步维艰。此外，麻管局再次呼吁该国政府加紧努力，减少该国境内的苯丙胺类兴奋剂的贩运和非法制造，这仍然是一个主要的关切问题。还需要提高认识和资源，以解决该国当下出现的医疗目的受管制物质供应不足的问题。

#### (h) 阿曼

236. 麻管局 2016 年 4 月派团访问阿曼。访问团的目标是审查该国政府遵守国际药物管制条约的规定以及与麻管局合作的情况。在访问期间，麻管局代表团获得了关于药物管制立法的资料，包括关于目前实行的反洗钱立法措施的资料。

237. 访问团注意到该国政府对在防止药物滥用以及有药物使用相关问题的个人的治疗和康复方面继续加强努力的承诺和坚定政治意愿。

238. 阿曼开展了广泛的预防和提高认识方案，并建立了吸毒者治疗和康复设施。麻管局注意到，阿曼正与世卫组织合作建立类阿片替代品治疗服务。

239. 麻管局欢迎阿曼及其邻国在海湾合作委员会框架内的高级合作，并鼓励主管部门继续



促进这种合作，以共同打击该区域与毒品有关的犯罪。

### (i) 塞内加尔

240. 麻管局 2016 年 10 月派团访问了塞内加尔。访问的目的是，讨论自 2000 年麻管局上次访问以来塞内加尔执行所加入的三项国际药物管制公约取得的进展。

241. 在访问期间，与外交部、司法部、财政部、国防部、内政和公共安全部及社会行动部以及海关和执法部门举行了会晤。麻管局代表团还在该国访问了一处治疗设施，会见了两个在预防领域开展工作的非政府组织的代表。

242. 除其他外，麻管局代表团听取了关于拟定一项新的毒品管制战略行动计划的介绍，由部门间毒品问题委员会负责协调的这项行动计划即将完稿。行动计划规定了毒品管制包括减少需求领域的新政策和新举措，其中包括预防、治疗和康复、减少供应和改进机构间协调。

243. 麻管局欢迎塞内加尔政府请所有相关体制利益攸关方参与并与民间社会和社区团体一道密切工作，为制订一项平衡、循证的药物管制政策方法而采取了各种措施。

### (j) 南非

244. 2016 年 10 月，麻管局派团访问了南非，就南非的药物管制问题和该国遵守所加入的三项国际药物管制公约的情况与政府有关方面开展讨论。

245. 与下列政府部门的代表举行了会晤：社会发展部、中央药品管理局、家庭事务部、基础教育部、高等教育和培训部、药物管制理事会、全国青年发展局、司法和宪法服务部、体育和

娱乐部、科学和技术部、惩教服务部、南非警察部和南非财政部。另外，麻管局代表团还尤其会访问了比勒陀利亚地区的一处药物治疗设施。

246. 麻管局注意到南非政府为加强药物管制努力所做的工作，尤其是为了精简机构间和国际合作采取了多种措施，包括在国际关系与合作部之内建立了一个跨国有组织犯罪问题科。

### (k) 巴勒斯坦国

247. 麻管局 2016 年 7 月首次派团访问巴勒斯坦国。访问的目的是获得关于该国政府的药物管制政策和有关立法的资料，并讨论与该国麻醉药品、精神药物和前体的贩运和滥用趋势有关的问题，以及受国际管制的用于医疗目的的物质的可得性问题。

248. 麻管局认识到，尽管巴勒斯坦国尚未加入国际药物管制公约，但该国政府仍努力遵循药物管制方面的国际最佳做法。

249. 麻管局注意到，毒品贩运和滥用，特别是新型精神活性物质的贩运和滥用正以惊人的速度增加。解决这些问题需要作出强有力的承诺并连贯一致地开展提高认识和教育运动。

250. 麻管局还注意到计划在世卫组织的参与下在巴勒斯坦国开展一项全国调查。调查将重点关注吸毒和滥用药物的模式，并将协助提供协调一致的努力，以解决该国新出现的严峻挑战。

### (l) 乌拉圭

251. 2015 年 11 月，麻管局派团访问乌拉圭。访问团的目标是讨论大麻非医疗用途相关立法及其在乌拉圭的实施情况。在访问期间，麻管局代

代表团与内政部、卫生部和外交部的高级官员以及总检察长进行了协商。还与新成立的大麻管制和控制研究所及科学顾问委员会的官员举行了会议。麻管局代表团还有机会访问了药物滥用治疗设施。

252. 访问期间，与乌拉圭国家主管部门讨论了允许非医学使用大麻的第 19.172 号法律的执行情况。讨论的重点是该法律与《1961 年公约》的规定的不一致之处。麻管局表示打算继续监测该情况以及乌拉圭政府遵守国际药物管制条约的情况。为此目的，麻管局要求政府随时向其通报该领域的所有相关发展，并向其提供关于执行第 19.172 号法律的公共卫生后果的信息。更多关于乌拉圭事态发展的资料载于本报告第二和第三章（见第 202 至 203 段和第 509 至 566 段）。

#### (m) 越南

253. 2016 年 4 月，麻管局派团访问越南。访问团的目标是讨论该国执行三项国际药物管制公约的总体情况，特别是非法药物使用和成瘾的高流行率、停止对药物依赖的强制治疗、对阿片类药物替代疗法的管理、为合理医疗使用提供受管制物质、改革对毒品相关犯罪的刑事司法对策以及适用于前体化学品的管制措施等方面。

254. 在访问期间，麻管局代表团与包括副总理（兼任全国艾滋病、毒品和卖淫问题预防和控制委员会主席）在内的越南政府高级官员以及来自外交部、公安部、卫生部、司法部、残疾和劳工部、社会事务部、工业和贸易部，信息和通信部的高级政府官员举行了高级别会谈。代表团还访问了一个戒毒中心，并与民间社会团体的代表进行了协商。

255. 代表团注意到，该国政府已投入大量资源处理吸毒和成瘾问题，并正在进行重大的政策转变，采取重视健康的办法转向提供自愿的药物滥用治疗服务。在访问期间，讨论了确保充分获得

受管制物质以供合理医疗使用以及加强体制能力和改进前体管制的方法。

### 3. 评估各国政府对麻管局在其国别访问后提出的建议的执行情况

256. 为了跟踪各国政府对麻管局在访问之后提出的建议的执行情况，在访问过后三至四年，麻管局会对药物管制方面的情况发展进行年度审查。为了跟踪其建议的执行情况，麻管局与有关政府联系，以收集能够详细说明有关政府着眼于国别访问之后的调查结果，为处理麻管局提出的药物管制系统的各个方面而采取的立法和政策措施的资料。

257. 2016 年，麻管局请在 2013 年接受访问的各国政府，即海地、肯尼亚、老挝人民民主共和国、马来西亚、巴拿马和新加坡等国的政府提交详细资料，介绍依据麻管局在其 2016 年的国别访问之后提出的建议而采取的立法、监管和政策行动。

258. 麻管局谨感谢肯尼亚、马来西亚、巴拿马和新加坡政府提供资料。它们的合作有助于麻管局审查这些国家执行条约的情况，并通过积极交换资料促进了麻管局与国际药物管制公约缔约国保持重要对话。

259. 麻管局再次呼吁海地政府和老挝人民民主共和国政府提供所要求的资料，以便麻管局全面审查这些国家的药物管制情况并充分掌握相关信息，麻管局尚未收到这些资料。一旦收到两国提供的这些资料，麻管局将进行审查，以便将其列入麻管局 2017 年年度报告。

#### (a) 肯尼亚

260. 在 2013 年派团访问肯尼亚之后，麻管局注意到肯尼亚政府采取了多项措施在若干领域执行其建议。

261. 为了简化其药物管制努力，肯尼亚政府制订了“预防、管制和减轻酗酒和药物滥用国家战略”，其中载有有时限的具体目标，以应对肯尼亚的酗酒、吸毒和药物滥用问题的所有方面。

262. 麻管局还欢迎通过“2015-2019年期间战略计划”，其中规定了可衡量的减少酗酒以及药物需求和供应的目标，并为国家反酗酒和药物滥用运动管理局的运作制订了指导方针。通过定期和持续审查以前的战略计划，确定了存在的挑战和良好做法，并依据对这些挑战和良好做法开展的评估，制订了该战略计划。麻管局谨赞扬肯尼亚政府努力确保主要利益攸关方在战略和行动两个层面融入和参与对药物滥用的预防和管制，以及让国家主管部门承担起重要的协调作用，收集整理关于药物管制的数据并简化对麻管局的报告程序。

263. 麻管局还欢迎建立一个旨在存储所有药物相关数据的国家药物观察站，以及开展能力建设活动以更好地遵守报告义务并就数据收集工具达成共识。此外，该国政府正在审查现有的药物管制立法，以应对药物贩运和前体管制方面的新趋势。麻管局注意到，药物和毒药局已确定了每年对前体化学品的合法需求，以努力打击对这些物质的贩运和转移。

264. 麻管局赞赏地注意到，该国政府采购了额外的法医检测设备并设立了国家毒品贩运和药物滥用问题技术委员会，以协调各项旨在解决肯尼亚毒品贩运和药物滥用问题的政策措施。

265. 该国政府还通过设立禁毒机构和边境联络处以及边界管制和行动协调委员会，积极致力于加强在边界过境点的管制。此外，肯尼亚已采取步骤，通过提供检测非法药物所需的设备和在集装箱管制领域开展能力建设，加强

对国际货物码头的监测。该国政府继续积极利用网上出口前通知系统处理所有受国际管制前体化学品（包括药物制剂所含前体化学品）的出口。

266. 麻管局注意到该国在制订治疗戒毒措施方面取得的进展，并意识到政府正在采取步骤通过增设戒毒治疗设施扩大提供治疗服务的机会。麻管局愿鼓励肯尼亚政府继续致力于建立全面的治疗、康复和重新融入社会服务，向那些受药物滥用影响的人提供这些服务。

267. 麻管局鼓励该国政府考虑到合理医疗用途的受管制麻醉药品和精神药物稀缺的问题，采取进一步措施促进提供这些物质，这些物质目前的供应量不能反映实际的医疗需要。

## (b) 马来西亚

268. 根据马来西亚政府提供的资料，麻管局能够确定马来西亚采取了行动落实麻管局2013年访问该国后提出的若干建议。特别是，该国政府致力于执行其国家药物管制战略，采取了相当多的措施和举措打击跨境和国际毒品贩运，并增加了各个入境点，特别是吉隆坡国际机场的执法能力。该国政府还通过增加各药物执法机构之间的合作，包括建立药物管制综合管理系统，加强了对麻醉药品、精神药物和前体化学品相关合法活动的控制。麻管局欢迎这些措施，并鼓励该国政府继续执行其国家药物管制战略。

269. 麻管局注意到，马来西亚政府继续加强其减少需求的努力，例如通过发展用于治疗药物滥用的设施和制订基于社区的预防方案。根据马来西亚政府向麻管局提供的资料，卫生部正在审查国家美沙酮治疗方案指南和政策，并采取额外措施防止诊所分发给患者的美



沙酮被转移至非现场使用。鉴于马来西亚政府向麻管局报告称继续存在与药物滥用率有关的挑战，麻管局鼓励该国政府继续在减少需求领域作出努力。特别是，麻管局鼓励该国政府对药物滥用情况进行全国性评估，以便为制订以证据为基础的减少需求活动提供信息。

270. 麻管局注意到，为满足马来西亚的医疗需求而提供的用于合法医疗目的的麻醉药品和精神药物的数量仍然不多，鼓励该国政府采取进一步措施，促进更多地获得这些药品。

271. 麻管局还注意到，马来西亚继续对毒品相关犯罪判处死刑。正如对待其他继续对这类罪行适用死刑的国家一样，麻管局呼吁马来西亚政府减轻已经作出的死刑判决，并考虑废除对毒品相关犯罪的死刑。

### (c) 巴拿马

272. 麻管局注意到巴拿马政府采取行动落实麻管局 2013 年访问该国后提出的建议，包括制订一些立法和政策措施，以强化执行该国依据三项国际药物管制公约承担的法律义务。

273. 麻管局注意到巴拿马政府继续执行“2012-2017 年国家药物战略”。该战略涵盖了减少需求、减少供应、管制措施和国际合作等方面。它是在所有相关利益攸关方的参与下制订的，其中包括了一个监测和评价框架。作为该战略的支柱之一，建立了一个业务和财务管理系统，以确保获得实现该战略所列各项战略目标和商定目标所需的资源。根据主管部门提供的资料，内政部负责执行该战略，其资金来自若干财政来源，包括从拍卖没收的毒品相关资产获得资金。

274. 麻管局欢迎通过了一项涵盖从进口到分发等各方面问题的立法修正案，以改善该国医疗用途的类阿片镇痛药的供应情况。2016 年 5 月，巴拿马通过了第 14 号法令，以此取消了 1954 年 2 月 16 日第 23 号法令，建立起了管制麻醉药品和精神药物进口、出口、收集、生产、购买、储存、销售、分销和使用的法律框架。该立法通过设立一个受管制物质局变更了体制框架，这个部门将附属于全国医药产品和药物总局。该项立法还载有关于许可证制度和制裁违规行为制度的规定。麻管局谨鼓励巴拿马继续在确保为医疗目的提供麻醉药品和精神药物和合理开具处方方面取得进展。麻管局鼓励主管部门按照要求继续查明和解决该领域的障碍，特别是与医疗专业人员的能力建设和培训有关的障碍。

275. 麻管局注意到该国政府计划设立一个毒品观察站。2015 年 6 月，巴拿马进行了第二次全国住户调查，在编写本报告时正在处理和分析该调查的数据。麻管局请巴拿马政府在得出调查结果之后通知麻管局。该国政府报告了针对中学生进行的受管制物质消费情况的前两次调查的结果，其中描述了 12 至 65 岁居民人口达到 30,000 人或以上的城镇聚居区中的合法和非法药物使用程度。计划于 2017 年开展一项新的全国调查，根据政府提供的资料，这次调查的采样群体将扩大到小城市和农村地区。

276. 政府报告了一系列针对毒品相关犯罪的措施，包括扩大打击有组织犯罪的专门起诉机构和采取各项反洗钱措施，如修正立法和启动公众宣传运动等等。2015 年 4 月 27 日第 23 号法令除其他外还规定了进一步的反洗钱措施。2015 年 5 月 8 日第 34 号法令将海关欺诈行为定为刑事犯罪，其中将洗钱定为一种上游犯罪。巴拿马还报告说设立了涉毒罪行特别检察官的职位。主管人员解释说，他们计划成立一个机构间区域安全中心，作为国际情报交换



的平台。他们确认，2015年期间缉获了59吨受管制物质。

277. 关于前体化学品管制，该国针对依据《1988年公约》第12条应受管制的化学物质制订了管制规章，编写了最新的从事化学物质相关活动法人和自然人登记册，并建立了关于这些物质的制造商和分销商的许可证制度。巴拿马还设立了一个主管部门，负责协调关于受管制化学物质的管制活动，巴拿马还有及时印发和回应出口前通知的机制。

278. 麻管局确认该国政府划拨了额外的执法资源，以监测2016年巴拿马运河扩大后取道该运河的集装箱数量增加情况。增设了港口检查单位和一个专门化的集装箱联合检查单位，现在已有各机构的代表参与其中的工作。

279. 麻管局欢迎上述动态，并鼓励该国政府继续在药物管制领域作出努力，特别是通过向减少需求方案提供充分支助和在该国采取更多措施打击毒品贩运和药物滥用。

#### (d) 新加坡

280. 麻管局注意到，自麻管局2013年访问该国以来，新加坡在加强药物管制框架方面取得了进展。特别是，该国政府改进了药物治疗方案的提供，扩大了吸毒成瘾者的治疗和康复设施，为扩大向年轻吸毒者提供的康复干预和咨询服务的范围而建立了药物咨询和参与方案。该国政府还发起了几次关于吸毒危险的宣传运动。

281. 麻管局鼓励新加坡政府继续努力，通过开展更多研究来改进对流行率数据的收集和分析，以便通报采取的药物预防和治疗措

施，并根据需要扩大防止药物滥用的方案和设施。

282. 麻管局注意到，新加坡继续对毒品相关犯罪适用死刑。麻管局呼吁新加坡政府减轻已经作出的死刑判决，并考虑废除对毒品相关犯罪的死刑。

### E. 麻管局为确保各项国际药物管制条约的实施而采取的行动

#### 1. 麻管局依照《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》第14条和《1971年精神药物公约》第19条采取的行动

283. 《经1972年议定书修正的1961年公约》第14条、《1971年公约》第19条和《1988年公约》第22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。麻管局如果有理由相信《公约》目的因某一缔约方未遵守《公约》条文而受到严重威胁，则可考虑采取由渐次严厉的若干步骤组成的这些措施。

284. 多年来，麻管局曾决定针对为数有限的国家援用《1961年公约》第14条和（或）《1971年公约》第19条。麻管局的目的是，在所有其他手段未曾奏效的情况下鼓励与这些国家持续进行对话，以便使各项公约得到遵守。

285. 在麻管局决定提请缔约方、经济及社会理事会和麻醉药品委员会注意该情况之前，不会对相关国家公开点名。多数相关国家在依照上述条款与麻管局持续进行对话之后采取了补救措施，麻管局就随之决定终止了根据这些条款对这些国家采取的行动。

286. 目前依照《1961年公约》第14条而对其采取行动的唯一一个国家是阿富汗。麻管局最

初于 2000 年援引了《1961 年公约》第 14 条第 1 款 (a) 项, 鼓励与阿富汗主管部门进行对话, 以促进遵守《公约》。2001 年, 麻管局援引了《公约》第 14 条第 1 款 (d) 项, 以便在国际一级开展合作行动, 帮助阿富汗政府确保遵守《公约》。

## 2. 依照《经 1972 年议定书修正的 1961 年麻醉品单一公约》第 14 条与阿富汗政府的协商

287. 在本报告所涉期间, 麻管局与阿富汗政府之间的协商在继续进行。在筹备了若干年之后, 麻管局的一支高级别代表团于 2016 年 5 月 8 日至 10 日访问了阿富汗。该代表团由麻管局主席率领, 并由麻管局秘书和麻管局秘书处一名成员陪同。该代表团的目的是, 继续依据《1961 年公约》与阿富汗政府进行协商, 以期在阿富汗加强执行药物管制公约, 包括通过由国际社会成员提供技术援助。

288. 代表团受到了阿富汗政府长官、禁毒部长、公共卫生部长及农业、灌溉和畜牧业部长的接见。麻管局主席还与阿富汗总统的国家安全顾问和独立国家联合体联邦总统特别顾问及第一副总统高级顾问进行了协商。此外, 代表团还与议会禁毒委员会主席和成员、负责阿富汗问题的秘书长副特别代表以及国际组织和国际社会代表进行了协商。麻管局主席还访问了一家戒毒治疗和康复中心。讨论侧重于药物管制状况、未来的前景、阿富汗政府的行动和举措以及与国际社会的合作和国际社会的援助。麻管局重申将继续针对阿富汗援引《1961 年公约》第 14 条第 1 款 (a) 和 (b) 项。

289. 麻管局多次表示关切阿富汗的总体局势, 并且警告不断恶化的安全局势可能继续对该国的药物管制局势产生严重影响, 其后果已

经被境外很远的地方感受到。麻管局强调, 阿富汗政府需要展现其药物管制努力的具体成果和它近年来收到的援助水平, 以便恢复各方对其政府的信任, 相信它有能力吸纳援助和履行改善药物管制局势的承诺。麻管局还强调, 毒品问题仍然与阿富汗面临的各种更深层问题具有不可分割的联系; 它要求阿富汗政府和国际社会持续将这个问题定为优先事项。在此背景下, 麻管局赞扬阿富汗政府结构良好、有望成功的“2015-2019 年国家禁毒行动计划”, 该行动计划于 2015 年 10 月得到阿富汗总统的批准。麻管局重申愿意随时继续支持阿富汗政府努力执行各项国际药物管制公约。麻管局将继续利用一切机会, 重振对阿富汗的国际支持, 包括以技术援助和能力建设举措为形式的支持。

### 与麻管局合作

290. 麻管局与阿富汗政府之间依照《1961 年公约》第 14 条的协商在 2016 年继续进行: 麻管局主席于 2016 年 3 月 14 日至 22 日在维也纳举行的麻醉药品委员会第五十九届会议间隙, 与阿富汗禁毒部长率领的阿富汗代表团举行了会晤。该部长向主席介绍了阿富汗当前药物管制的最新状况, 着重指出了阿富汗政府在应对今后数年的毒品问题方面可能面临的挑战, 并强调对解决毒品问题采取均衡办法的重要性。麻管局主席注意到在应对毒品问题方面的困难, 但回顾 2016 年举行的关于世界毒品问题的联大特别会议的成果, 重申阿富汗有义务执行《1961 年公约》条文, 并确保在制订有效的药物管制政策和行动方面取得进展。

291. 麻管局秘书在年内多次会见了阿富汗常驻维也纳代表团, 以就阿富汗政府实施各项国际药物管制条约的情况采取后续行动。这些会议侧重于麻管局关切的与阿富汗有关的问题, 特别是关于在防止和减少非法罂粟种植方面继续遇到困难、非法大麻植物种植上的令人担心

的趋势，以及日益增多的药物滥用，还有需要解决需求减少事宜，特别是防止药物滥用、治疗和康复及贩运。

292. 麻管局注意到，阿富汗政府按条约规定提交的报告也有所改进，按照各项国际药物管制条约的要求，定期向麻管局提交了关于麻醉药品、精神药物和前体的统计数据。阿富汗越来越多地参与旨在防止前体化学物质被从合法来源转移至非法渠道的各种方案和项目。最近援助阿富汗政府的一个合作例子是2016年8月在维也纳举行的关于利用海关数据、简介和信息系统的讲习班。麻管局秘书处与毒品和犯罪问题办公室合作组织的讲习班侧重于改进阿富汗与邻国之间的边界风险管理，以期预防前体化学品流入阿富汗境内的海洛因制毒点。该讲习班为与阿富汗主管部门讨论切实实施各项药物管制条约的规定提供了机会。

293. 阿富汗总统于2015年10月15日批准了“2015-2019年国家禁毒行动计划”。该计划载有旨在通过替代发展减少非法种植及生产和贩运毒品、加强区域合作、打击洗钱和没收通过非法活动获得的财产的措施。此外，该计划载有减少药物需要同时增强戒毒治疗能力的措施。该计划包含药物管制努力的不同层面，并且考虑到种植罂粟的各省和各县的特点。麻管局将继续密切监测阿富汗的药物管制状况，以及阿富汗政府在国际社会协助下在处理毒品问题的工作中采取的措施和取得的进展。

### 与国际社会的合作

294. 在报告所涉期间，由毒品和犯罪问题办公室牵头继续在关于阿富汗和邻国的方案下开展活动，侧重于收集和分析关于毒品、跨境管制和前体化学品管制的数据方面的能力建设。2015年11月，由阿富汗、吉尔吉斯斯坦和塔吉克斯坦组成的三方倡议的第六次高级官员会议由阿富汗缉毒警察主办。会议的目标是确认

加强三方倡议伙伴之间在缉毒和边界管理方面合作的机制，及修正2016-2017年行动路线图。

295. 毒品和犯罪问题办公室于2015年12月出版的《2015年阿富汗阿片调查》载有种植和生产基准和指标概况。根据该报告，2015年的罂粟种植总面积减少了19%，减至了大概183,000公顷，而2014年为224,000公顷。这标志着自2009年以来种植面积首次减少。

296. 但是，根据毒品和犯罪问题办公室2016年10月发表的《2016年阿富汗阿片调查》的内容，与估计的201,000公顷相比，罂粟种植总面积在2016年增加了10%。另外，2016年的可能阿片产量高达4,800吨，与2015年3,300吨的水平相比增加了43%。阿富汗政府的原定目标是，在2016年铲除9,000至10,000公顷减少9,000至10,000公顷的罂粟（又见本报告第673-678段）。

297. 2015年12月，阿富汗禁毒部发表了“2015年阿富汗毒品报告”。报告着重指出，阿片种植和生产在2015年大幅减少，同时缉毒量在逐步增加。根据该报告，估计该国有190万至240万成年人在使用毒品，相当于成年人口的12.6%。报告还着重强调了阿富汗的治疗能力有限。该国只有123个中心；这些中心共有治疗10.7%阿片和海洛因使用者的能力。为了加强治疗能力，公共卫生部与禁毒部协调，于2015年12月在喀布尔开设了该国第一家戒毒治疗和康复中心。

298. 另外，2015年12月，在维也纳举行了阿富汗和邻国伙伴高级别会议。会议由阿富汗禁毒部长、毒品和犯罪问题办公室执行主任、负责阿富汗问题的特别代表和联合国阿富汗援助团负责人共同主持，共有来自28个国家和7个国际组织的122个代表团出席。此次高级别会议继续交换意见，以建立区域合作、打击跨国组织犯罪和贩毒，以及支持在西亚实现可持续发展目标。



299. 2016 年 5 月，在吉尔吉斯斯坦举行了由阿富汗、吉尔吉斯斯坦和塔吉克斯坦组成的三方倡议的第四次部长级会议。会议的目标是改善这三个国家之间在缉毒和药物管制边界管理方面的合作。

300. 在 2016 年 7 月 7 日至 9 日于华沙举行的北大西洋公约组织（北约）首脑会议上，北约确定了它将继续提供给阿富汗的援助性质和程度。北约国家保证在 2016 年之后承付军事资源，并继续向阿富汗国防和安全部队提供国家捐款，直至 2020 年年底。

301. 2016 年 7 月 29 日，阿富汗在就加入条款谈判了近 12 年之后，成为了世界贸易组织第 164 位成员。

302. 2016 年 10 月举行了阿富汗问题布鲁塞尔会议。为了推进会议，麻管局发表了一份声明，对阿富汗药物管制形势日趋恶化表示关切，并呼吁国际社会成员重申支持阿富汗政府的发展努力，包括确认药物管制作为一个跨领域问题应当被放在该国发展议程的首要位置。布鲁塞尔会议由阿富汗政府和欧洲联盟共同主办。会议的目的是，继续向阿富汗政府提供平台，以阐述其改革愿景，由国际社会向阿富汗政府提供援助，包括资金援助。会议通过了“2017-2021 年期间阿富汗国家和平与发展框架”。该框架阐述了为实现经济发展和阿富汗人民福利大幅增长需要采取的步骤，目标是消除腐败、犯罪行为和暴力，并建立法治。

## 结论

303. 麻管局注意到，如该国“2015-2019 年国家禁毒行动计划”所述，阿富汗政府承诺打击洗钱行为。麻管局敦促阿富汗政府采取果断步骤打击洗钱，落实查明、追踪和扣押借贩运毒品所获资产的法律框架以及各有关国际机构的建议。

304. 麻管局关切地注意到阿富汗境内日益恶化的安保和安全局势及其对主管部门监测和控制源于该国的非法药物供应的能力的影响。与此同时，麻管局注意到，国际社会继续向阿富汗提供援助的意愿似乎在减弱，特别是在药物管制领域。麻管局承认，阿富汗的药物管制努力能否取得成功，与充分解决更广泛的发展和刑事司法挑战密不可分，并告诫说，要实现可持续发展，就必须同时采取行动打击毒品。在这方面，麻管局呼吁伙伴国政府和国际社会持续支持阿富汗的禁毒努力，本着共同和共担责任应对世界毒品问题的精神，以确保从该国撤出国际支助造成的潜在真空不会导致犯罪或恐怖主义势力乘隙而入。

305. 阿富汗和该区域的药物管制局势发生恶化，仍然是一个令人严重关切的问题。这一状况严重危及各项国际药物管制条约的目标，其影响波及到了国际社会。麻管局呼吁阿富汗政府和国际社会，包括通过相关的联合国实体和方案，继续开展合作以实现国际社会通过的各种文件所载的各项目标。阿富汗政府应当铭记“阿富汗国家毒品管制战略”的首要目标，在国际社会的协助下，包括特别是通过毒品和犯罪问题办公室，将其承诺转化为具体行动，并确保在打击贩毒、促进替代发展和减少药物需求等方面取得实质性的、可持续的、可衡量的和可展示的进展，换言之，使国际药物管制条约在该国得到有效执行。

## F. 特别专题

### 1. 有关毒品犯罪的国家对策

306. 正如麻管局多次重申，平衡做法原则、相称性原则和尊重人权，是支撑三项国际药物管制条约、专门讨论共同应对世界毒品问题的



联大第二十届特别会议通过的《政治宣言》以及《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》的基本原则。

307. 在许多国家，处理包括为个人使用而持有毒品在内的毒品犯罪的政策仍然以惩罚性刑事司法对策为主，包括起诉和监禁，而作为其中的一部分，治疗、康复和社会融合等替代措施仍未得到充分利用。

308. 尽管打击毒品贩运和将药物转入非法渠道的行为可能需要利用拦截手段、刑事起诉和施加刑事制裁，但近年来一些国家应对受吸毒和成瘾问题影响者实施的犯罪行为的方法日趋差异化。出现这种情况的原因是这些国家出现了一种转变，意识到药物使用和依赖是一个公共健康问题，需要以健康为中心且较少依赖惩罚性制裁的对策。

309. 麻管局欢迎这一动态，因为这完全符合国际药物管制框架的预想。防止药物滥用，特别是在青年人当中，必须成为药物管制政策的首要目标，而且，包括减少药物滥用对健康和社会造成的不利后果在内的综合性药物需求减少战略至关重要。

### 相称性及定罪或惩罚的替代措施

310. 有关毒品相关犯罪的不相称对策会破坏各项公约的目的和法治。因此，各项国际药物管制条约要求各国在对待毒品相关罪行和罪犯待遇方面采用相称的应对措施。

311. 各国义务根据各项药物管制公约确定某些行为是应受惩罚的罪行，并确保严重罪行将受到适当惩罚，包括监禁。然而，这一义务须符合国家宪法原则和相称性原则。另外，根据《1961年公约》第36条第1款(b)项、《1971年公约》第22条第1款(b)项和《1988

年公约》第3条第4款(b)项和(c)项，对轻微的毒品相关罪行，包括吸毒者持有少量供个人使用的毒品，国家并没有采取惩罚性对策的义务。

312. 在这种情况下，三项公约提供了采取替代措施代替定罪或惩罚的可能性，包括治疗、教育、善后护理、康复和重返社会。公约认可各国将最严厉的处罚集中在更为严重的犯罪形式上，例如贩运和洗钱，同时在各履行三项公约规定的义务时，给予立法和政策选择方面一定的自由裁量权。公约没有规定对犯有轻微罪行的吸毒者实施监禁的义务。

313. 麻管局注意到，虽然各项公约规定了实行刑事司法政策的自由裁量权，包括对轻微犯罪适用取代定罪或惩罚的替代措施，但这一自由裁量权仍未得到充分使用。

314. 在各国对包括贩运在内较为严重的毒品相关罪行类型规定了法律处罚的情况下，相称性原则仍然应当作为一项指导原则。

315. 尽管决定可适用于毒品相关犯罪的制裁仍是《公约》缔约国的特权，但麻管局继续鼓励仍对此类罪行适用极刑的国家减轻已经宣判的死刑判决，并且鉴于与死刑适用相关的国际公约和协议以及联大、经济及社会理事会和其他联合国机构决议，考虑废除对毒品相关罪行处以死刑。

### 对涉嫌毒品相关犯罪的法外处理

316. 麻管局极为关切地注意到，近来出现了某些国家针对涉嫌参与毒品相关活动包括吸毒的个人实施打击的报告，这些人受到了执法人员和平民的报复和谋杀等暴力行为。在某些情况下，这些行为的实施得到了政治势力的明示同意或默许甚至鼓励，而且在许多情况下没有受到惩罚。

317. 对涉嫌参与非法毒品相关活动的个人实施法外打击,不仅违反三项国际药物管制公约,而且严重违背《世界人权宣言》和《公民权利和政治权利国际公约》所载人权和正当程序规范,也是对最基本的人类尊严标准的侮辱。

318. 麻管局谨此重申,以最强烈的措辞明确且毫无保留地谴责这些行为,无论其发生在何时何地,同时吁请相关国家政府立即停止这类行为,公开承诺并调查任何涉嫌实施、参与、协助和教唆、鼓励、谋划或煽动此类法外行动的人,在这一过程中充分遵守正当法律程序和法治,并依法对他们进行起诉和制裁。

## 2. 大麻用于非医药用途的规范化问题

319. 麻管局注意到一些国家已采取或考虑采取的措施会对影响到适用于大麻的法定管制措施,而这样做目的是允许将大麻用于非医药用途并为非医药用途大麻产品的分销和销售建立一个规范化的市场。

320. 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在本国领土内落实及执行《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。正如麻管局所一再强调,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,没有例外。

321. 在2016年4月举行的联大世界毒品问题特别会议上,与会各国最近一次重申了各项国际药物管制公约的核心作用。

322. 在审查一些国家采取的旨在允许大麻非医药使用并加以规范化的措施时,麻管局与相

关国家保持了对话,在其中重申此类措施不符合《1961年公约》对缔约国规定的法定义务,以期促进遵守相关义务。

323. 麻管局谨提醒所有各国,鉴于认识到与大麻滥用相关的公共健康风险,大麻已受到各项国际药物管制条约的最高程度管制,将其列入了《1961年公约》附表一和附表四。附表四列有特别易被滥用的有毒物质。此外,大麻的主要活性成分屈大麻酚( $\delta$ -9-四氢大麻酚)及其他四氢大麻酚异构体被分别归类为《1971年公约》附表二和附表一内的精神药物。

324. 虽然难以预测允许大麻用于非医药用途的立法措施的效应,但肯定的是,滥用大麻可能带来严重的健康后果,这已经得到世卫组织的确认。最近几年,一些国家报告称缉获的大麻中的四氢大麻酚含量明显增多,以及与健康有关的消极反应也相应上升,证据是医院急诊室相关就诊者增多。还报告了儿童摄入含有大麻的食品的例子。此外,滥用率可能提高,特别是青年人,因为合法化措施可能影响对危害的观念,结果是可能更少有人认为大麻有害。这就突显了加强预防措施必要性。

325. 将大麻用于非医药用途合法化的赞成者提出的一个核心论点是,为意图供非医药使用的大麻建立一个规范化的合法市场有助于减少犯罪网络贩毒。这一论点未能考虑到合法化可能对非医药使用大麻仍被定为非法的相邻辖域产生的外溢效应。那些已采取或正在考虑采取立法措施允许非医药使用大麻并加以规范化的国家还应当意识到它们有可能被某些犯罪网络作为目标,此类犯罪网络企图将它们作为过境国向不允许大麻非医药使用的其他辖域进行贩运。

326. 在一些国家,主张大麻非医药使用合法化的人引以为据的理由是,将持有大麻行为定

为刑事犯罪导致把属于少数群体的吸毒者作为目标，并导致这类吸毒者在刑事司法和监狱系统中的占比失衡。虽然《1961年公约》确实要求缔约国采取措施确保把故意犯下的持有毒品罪定为应予惩罚的罪行，但各项相关公约并不要求对吸毒者加以惩罚或监禁，而是规定各国可以采取治疗和康复措施作为对判罪或惩罚的替代措施或附加措施。麻管局鼓励受吸毒者涉毒轻罪高速捕率和监禁率影响的国家考虑利用各项国际药物管制公约提供的可能性，采取非惩罚性应对措施，而不是允许将大麻用于非医药用途，后者可能证明会起反作用。

### 3. 准确和及时报告的重要性

327. 三项国际药物管制公约所建立的国际药物管制制度的实效和效率，取决于会员国准确和及时地向麻管局提交报告。遗憾的是，许多国家政府没有向麻管局提供及时准确的估计数和评估数以及可靠的统计报表。有时甚至包括主要制造国和进出口国政府，这极大地影响了麻管局准确监测世界局势的能力。由于立法和行政缺陷，一些国家政府在从其国家和地方利益攸关方处收集所需信息时仍面临困难。

328. 麻管局首先侧重麻醉药品，敦促缔约方提供有关制造商和批发商持有库存的准确估计数和统计数据。库存信息可以用来监测阿片剂原料供需平衡情况以及积累程度，程度过高可能会增加被转移的风险。麻管局敦促各国政府确保其国家主管部门定期从私营和国有制造商、批发商处获得可靠信息。

329. 另外，关于麻醉药品，许多国家向麻管局提供的估计数远高于报告的消费

量。麻管局大力鼓励医疗和科研用途受管制物质消费量不足或严重不足的国家确保其消费量与实际需要相匹配，同时也要求缔约方提供真实反映预期的消费量。麻管局鼓励国家主管部门在计算其估计数时参考由麻管局和世卫组织编写的《关于国际管制药物需要量的估算准则》<sup>51</sup>，并提醒各国政府可全年随时向麻管局寄送补充估计数。

330. 至于精神药物及《1971年公约》规定的义务，鼓励各国政府充分执行麻醉药品委员会第53/4号和第54/6号决议，并因此报告医疗和科研用途精神药物消费的数据。麻管局强调提供恰当精神药物评估数的重要性，这样就可确保在各种各样医学状况包括精神健康状况下的治疗所需供应量，以及改善全世界获得此类药物的机会，同时减少其被转为非法使用的风险。所有国家报告的评估数将每月由麻管局发布，且可随时向麻管局寄送修正。

331. 根据麻醉药品委员会第49/3号决议，应自愿提供进口苯丙胺类兴奋剂某些前体的年度合法需要量估计数，以便向出口国主管部门表明进口国的需求。此外，根据《1988年公约》第12条第12款的规定，各国政府有义务每年向麻管局提供该公约表一和表二所列物质和未列物质的缉获信息；以及有关这些物质的转移方法和非法制造、已截获货物和盗窃信息。虽然2015年数据提交率为五年来最高，但是麻管局注意到并非所有的《1988年公约》缔约国都准确、及时地提供了这些信息。相当一部分呈文经常不含重要细节，如转移方法或关于已拦截货物或非法制造此类物质的信息，亦或向委员会提交的时间严重滞后。这妨碍了麻管局确定和全面评估世界范围内前体贩运趋势和药物非法制造趋势的能力。

<sup>51</sup>2012年，维也纳。



332. 另一个问题涉及到，根据经济及社会理事会第 1995/20 号决议提供有关《1988 年公约》表一和表二所列物质合法贸易和使用的信息。与麻醉药品和精神药物不同，这些信息由各国政府自愿提交，可使麻管局能够协助各国政府通过确定异常贸易模式和可疑的非法活动来防止转移。

333. 麻管局愿提醒各国政府，它们有义务及时准确地向麻管局提供《1988 年公约》第 12 条第 12 款和相关决议要求的信息。

334. 在汇总医药公司、进口商和出口商提供的信息以求确保及时向麻管局提供可靠数据方面，国家主管部门发挥着一种关键作用。国家主管部门所做工作的重要性无论怎样强调都不过分：它们站在各自国家为受管制物质的合法贸易提供便利和防止此类物质被转入非法渠道的前沿。它们还负责估计本国的麻醉药品和精神药物需求量，以便从这类药品和药物的供应角度确保本国民众的医疗需要得到满足，同时防止滥用。

335. 如果各国政府为工作人员提供培训，报告义务就能得到最为稳妥的履行。麻管局还鼓励所有政府采取必要步骤，在国家主管部门工作人员流动时保持其知识库。

#### 4. 新工具实现老目标：使用现代技术监测表列物质的国际贸易

336. 自创立国际药物管制制度以来，监测表列物质的国际贸易一直是三项药物管制公约的主要支柱之一。在全球一级监测表列物质的流动，其最终目的始终是为了在确保麻醉药品和精神药物用于医疗和科学用途与制止非法药物制造和贩运之间取得平衡，包括防止把用于制造药物的前体从合法贸易转入非法渠道。因此，早已有人提出要支持国家主管部门有效交流这方面信息的努力。不过，现代技术，特别是信息和通信技术迅速发展，为各国政府之间就药

物管制事项进行更有效、直接和即时的沟通提供了前所未有的机会。

337. 为了在这方面协助药物管制部门并发挥现代技术的潜力实现药物管制的目的，麻管局开发了多项电子工具，以促进监测麻醉药品、精神药物和前体的流动，为实现老目标提供新工具。<sup>52</sup>

##### (a) 国际进出口许可系统 (I2ES)

338. 运作良好的进出口许可系统有助于监测受管制物质的国际贸易并防止转移这些物质。2015 年 3 月启动的国际进出口许可系统 (I2ES) 是麻管局与毒品和犯罪问题办公室合作并在成员国支持下开发的一个新工具，旨在促进有效实施麻醉药品和精神药物合法国际贸易进出口许可系统。

339. I2ES 是一个基于网络的应用程序，进口国和出口国可借助该系统在安全的环境中上传和交换进出口许可，并以电子方式生成和传输这些许可，包括利用其中的下载和打印功能。I2ES 旨在补充而不是取代现有的国家药物管制电子系统，并且还尚未开发电子系统的国家提供了一个在线管理进出口许可程序的可行工具。

340. I2ES 的另一个主要特点是，它可以根据最新的进口国需求估计或评估，自动核对要进口和 / 或出口的麻醉药品或精神药物的数量，并在发现超量进口或出口时自动显示警告信息。I2ES 还全程指导国家主管部门在这一过程中采取必要的措施。此外，该系统还具有在线核可职能：在核实到达的货物与许可出口的数量相符之后，进口国主管部门可以按照《1961 年公约》和《1971 年公约》的要求，向出口国主管

<sup>52</sup> 有关这些工具的问询，包括注册请求，可送交：i2es@incb.org（涉及 I2ES）（麻醉药品和精神药物）；pen@incb.org（涉及 PEN Online）（前体）；pics@incb.org（涉及 PICS）（前体事件）；nps@incb.org 或者 ionics@incb.org（涉及 Project Ion 和 IONICS）（新型精神活性物质）。



部门确认收货，或者在数量出现差异时，实时提醒出口国主管部门。

341. 所有这些特点都是为了帮助各国政府履行国际药物管制公约规定的义务。它们以零成本提供给各国政府，并完全兼容 I2ES 可以链接的、任何之前已经使用的国家系统。在 2016 年 3 月召开的一次 I2ES 用户群会议上，从使用这一系统的国家主管部门得到的初步反馈表明，该系统为主管部门之间实时共享信息带来了便利，加快了审批流程。

342. 截至 2016 年 11 月 1 日，已有 26 个国家注册并开始使用该系统：阿富汗、阿尔及利亚、澳大利亚、孟加拉国、巴西、加拿大、智利、中国、哥伦比亚、爱沙尼亚、德国、匈牙利、印度、印度尼西亚、约旦、马来西亚、秘鲁、波兰、葡萄牙、新加坡、西班牙、圣卢西亚、瑞士、泰国、土耳其和赞比亚。为了发挥该系统的全部潜力，麻醉药品委员会在其第 58/10 号决议中再次敦促成员国推动和促进最充分地利用 I2ES。因此，麻管局鼓励尚未这样做的所有成员国登记该系统并开始使用。

### (b) 网上出口前通知 (PEN Online)

343. 2006 年 3 月，麻管局正式启动网上出口前通知 (PEN Online)，以帮助进口国和出口国的政府安全地交流前体化学品国际贸易相关信息，验证各项交易的合法性，查明可疑的货物。随着时间的推移，该系统已发展成为国际一级前体管制的支柱，目前是全球唯一的此类工具。

344. 自启动 10 年以来，共有 153 个国家和领土发送了超过 200,000 次的出口前通知，多次防止了附表所列化学品转入非法渠道。在过去的五年中，通过 PEN Online 发送的出口前通知数量是过去的三倍以上，这进一步证明，该系统现在已经是国际监测药物前体全球合法贸易机制的一大牢固支柱。

345. 然而，网上出口前通知的潜力并不总是能得到充分利用。例如，一些国家虽然注册了该系统，却不积极使用。此外，一些国家的政府没有援引《1988 年公约》第 12 条第 10 款 (a) 项（该条款使这些国家能够了解所有对其领土的计划前体出口），因此可能仍然不知道将运往其国内的关注货物并且容易受到这些货物的影响。

346. 麻管局大力鼓励所有尚未使用这一系统的政府援引《1988 年公约》第 12 条第 10 款 (a) 款，并注册和积极使用网上出口前通知系统。

### (c) 前体事件通信系统 (PICS)

347. 2012 年启动的前体事件通信系统 (PICS) 是对网上出口前通知系统的补充，它提供了一个安全的在线平台，用于实时共享与可能非法的化学品相关事件有关的信息，例如缉获、过境货物拦截、转移企图或拆除非法加工点。为了向其用户提供最全面和最新的信息，前体事件通信系统中不仅可以就涉及国际表列前体的事件交流信息，还可以就涉及各国确认用于非法药物制造的非表列化学品的事件交流信息。与麻管局的所有电子工具一样，前体事件通信系统免费提供给各国政府，目前有四种语言版本：英语、法语、俄语和西班牙语。

348. 前体事件通信系统旨在成为一个业务通信平台，而不是一项报告工具。它通过表格 D 实时收集关于各次缉获和其他事件的信息，对每年从各国政府收到的汇总缉获数据形成补充。前体事件通信系统的有用性在很大程度上取决于所提供信息的及时性，这样它才能促进立即采取后续行动和合作，从而确定负责转移和贩运前体的人。

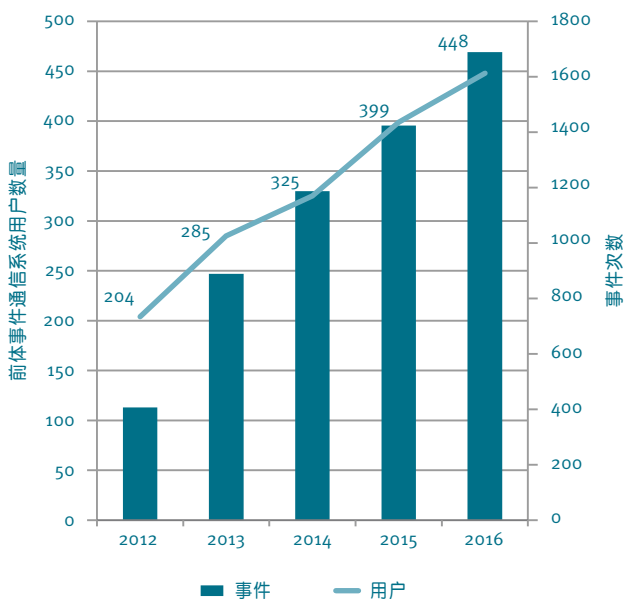
349. 该系统的主要目的是把负责前体管制的国家主管部门，特别是执法、海关或监管部门彼此联系起来并促进它们之间的直接交流，这些主管

部门可以就日常工作中遇到的事件交流相关业务信息。通过在安全的环境中提供具有业务价值的信息，前体事件通信系统为国家主管部门提供了启动回溯调查的线索。

350. 麻管局高兴地注意到，在若干次事件中，由于关于前体事件的详细信息得到了及时通报，带来了进一步的缉获并防止了转移企图。在近期的一起案件中，通过一次单一事件的通报查出了会造成全球性影响的一起转移阴谋，在一种非国际表列物质贸易的掩盖下走私醋酸酐。现在该案波及到了两个大陆的三个区域。

351. 前体事件通信系统的用户数量自 2012 年以来不断增加。截至 2016 年 11 月 1 日，已有 100 个国家 214 个机构的近 450 个注册用户，共享的信息涉及 90 多个国家的近 1,700 起事件（见下图）。到目前为止，通过前体事件通信系统通报的全部事件中大约三分之一包含了可由调查人员立即采取行动的信息，如隐匿方法、集装箱编号、公司详情或运输单据。

图 2012 至 2016 年前体事件通信系统用户数量和通报的事件次数



352. 为了最大限度地提高通过该系统共享的数据的价值和质量，麻管局鼓励同一国家职能互补

的若干主管部门都注册该系统，并在事件发生之后尽早通知。

#### (d) Ion 项目事件通信系统 (IONICS)

353. 2014 年 12 月，根据其关于新型精神活性物质的业务举措“Ion 项目”，麻管局启动了自己的事件通信系统，即 Ion 项目事件通信系统 (IONICS)。该系统的结构类似于前体事件通信系统的结构。Ion 项目事件通信系统致力于在业务层面交流与涉及新型精神活性物质的事件有关的信息。虽然根据定义，新型精神活性物质还不属于国际管制的范围，但这种物质在市场上销售，已日益引发关注。创建 Ion 项目事件通信系统就是为了解决这个问题。

354. Ion 项目事件通信系统建立两年以来，79 个国家的 200 个用户已经注册，通报了约 800 起事件，涉及 155 种新型精神活性物质。2016 年，通过该系统通报的一系列地方事件揭露了一个从事大量分销某种合成卡西酮的有组织犯罪集团。

#### 前进的道路

355. 同大多数为了应对现实挑战而开发的网上电子系统一样，麻管局在线工具的有效性在很大程度上取决于一些共同因素，例如其覆盖面也即提供信息的注册国和用户的数量；共享数据的质量和及时性；提供包括财政支助在内的持续支持，以便能够随着时间的推移继续使用和维护这些工具。

356. 麻管局愿感谢所有为开发麻管局电子工具提供资金支持和技术投入的国家政府。然而，需要更多的资金才能使麻管局秘书处根据其任务管理它们，并向国家主管部门提供可靠、灵敏和量身定制的用户支助。因此，麻管局请所有国家政府继续提供政治和资金支持，以维持麻管局向其提供的一系列新工具，以便麻管局可以根据需要改进这些工具并开发新的工具。

# 第三章

## 世界形势分析

### 要点

- 虽然非洲的药物滥用和治疗数据仍然有限，但有迹象表明，对各类滥用药物来说，非洲是一个不断增长的市场。
- 巴拿马的可卡因缉获量 2015 年增加了 32%。
- 据报告，在 2014 年进入美国的可卡因中，87% 经由中美洲和墨西哥贩运，约 13% 经由加勒比贩运。
- 含芬太尼药物引起意外过量用药死亡的人数日益增加，是加拿大和美国 2016 年新出现的药物相关主要挑战之一。2013 年和 2014 年期间，美利坚合众国用药过量的药物相关死亡人数几乎增加了一倍。
- 2016 年 11 月 8 日，美国加利福尼亚、缅因、马萨诸塞和内华达州的选民表决通过了将大麻的非医疗用途合法化和规范化的措施。此外，阿肯色、佛罗里达和北达科他州的选民表决通过了允许将大麻用于医疗用途的措施。
- 南美洲继续非法种植古柯树、罂粟和大麻植物。2015-2016 年期间，哥伦比亚的古柯树非法种植面积几乎翻倍。
- 哥伦比亚政府和哥伦比亚革命武装部队之间的和平协定预期将对该国的药物管制状况等方面产生积极影响。
- 东亚和东南亚继续面临持续的罂粟非法种植以及甲基苯丙胺制造、贩运和滥用进一步扩展的挑战。
- 南亚继续受到毒品问题所有方面的影响。阿片剂和苯丙胺类兴奋剂是令该区域关切的主要药物。
- 阿富汗严峻的安全局势继续对该国的药品管制努力造成严重影响，给该区域及其他区域带来严重后果。
- “芬乃他林”片（含有苯丙胺）缉获量持续增多，特别是在中东和海湾次区域。
- 在全球层面，新型精神活性物质的发展没有放缓的迹象；在欧洲联盟，2015 年首次通过欧洲联盟预警系统报告了 100 种新型精神活性物质。
- 虽然海洛因贩运路线多样化，包括经伊朗伊斯兰共和国、高加索国家再经黑海，但传统的巴尔干路线仍然是进入欧洲的海洛因贩运活动的主要通道。
- 甲基苯丙胺的滥用、贩运和非法制造问题仍是大洋洲面临的一项重大挑战。



## A. 非洲

### 1. 主要动态

357. 非洲主要被视为贩毒转运区域，但正在逐渐成为各类滥用药物的消费市场和目的地市场。这一趋势部分归因于区域毒品贩运，造成各种毒品的可获性受供应驱动而增长。

358. 非法生产、贩运和滥用大麻仍是非洲大部分地区的主要挑战，大麻使用的年度流行率估计为 7.6%，是全球平均值 3.8% 的两倍。非洲仍然是大麻药草的主要生产和消费区域，大麻药草的缉获量占全世界的 14%。2015 年，摩洛哥还报告称大麻脂缉获量增多。虽然大麻仍然是非洲最主要的滥用药物，是大多数寻求戒毒治疗的吸毒者使用的药物，但是，据报告，在本区域的一些国家，主要在东非，海洛因滥用一直在增加。

359. 阿富汗的阿片剂越来越多地被贩运到东非和西非，供当地消费或继续运送。使用的工作方式取决于多种因素，例如接近其他市场和所涉国家执法能力水平。跨越印度洋经由东非的阿片剂海上贩运似乎呈上升趋势，据报告这与东非集装箱贸易的增长有关。

360. 据报告，非洲国家的国民更多地卷入全世界的毒品走私事件。例如，在南路沿线通常来自阿富汗的海洛因贩运过程中，西非有组织网络的参与变得更加明显。这条线路经由伊朗伊斯兰共和国或巴基斯坦，跨越印度洋，目的地市场位于非洲、亚洲和欧洲。

361. 贩运海洛因不仅限于东非。在贩运来自阿富汗的阿片剂方面，南线的重要性在不断增加，对于非洲其他次区域、特别是沿线国家可能产生不利影响。有迹象表明，一些运往北非的海洛因经由陆地或航空沿巴尔干路线贩运。据报告，在西非，利用陆地或航空贩运海洛因的情况增多。毒品和犯罪问题办公室称，在全球阿片剂使用者

中，11% 的人生活在非洲，其中半数以上生活在西非和中部非洲。

362. 西非次区域出现了暴力冲突和政治不稳定，日益受到组织完善的犯罪团伙行动的影响，这些犯罪团伙不仅参与从南美到欧洲的贩毒，还参与本地消费和制造主要运往亚洲市场的合成毒品。每年估计有价值 12.5 亿美元的可卡因经西非转运。除贩运可卡因外，西非次区域还出现贩运海洛因活动。

### 2. 区域合作

363. 2015 年 11 月，西非海岸行动方案在比绍举行了第三次方案咨询委员会会议。该行动方案的实施国家、西非国家经济共同体（西非经共体）、国际刑警组织、毒品和犯罪问题办公室及其他联合国实体的高级代表出席了会议。会议期间商定了行动方案实施工作的未来业务和战略优先事项，还强调指出需要深化次区域合作，以及增强在该行动方案下设立的跨国犯罪单位与其他国家执法机构之间的合作。

364. 2016 年 1 月，国际刑事警察组织（国际刑警组织）在西非开展了名为“Adwenpa”的为期十天的行动，以加强科特迪瓦阿比让与尼日利亚拉各斯之间的边界管制。该行动是国际刑警组织为期两年的加强西非边界管理能力建设方案下开展的最后活动。此次行动涉及贝宁、科特迪瓦、加纳、尼日利亚和多哥，最终缉获了大量毒品和其他走私货物。据报告，此次行动缉获了近 900 千克毒品，包括可卡因、大麻、甲基苯丙胺和卡塔叶。

365. 2016 年 2 月在布拉柴维尔举行了第二十三届国际刑警组织非洲区域会议，主题是“增强非洲的执法合作：对有组织犯罪的区域响应”。来自 34 个非洲国家的高级执法官员以及来自亚洲、欧洲和国际组织的四名观察员出席会议，会议重点关注与跨国犯罪有关的问题，包括贩毒。与会者讨论了打击不断演变的犯罪威胁的战略。

366. 麻管局面向东非负责监督受管制药物合法国际贸易的国家主管部门组织了一次区域培训研讨会，于2016年4月在肯尼亚举行。来自布隆迪、科摩罗、埃塞俄比亚、肯尼亚、马达加斯加、卢旺达、塞舌尔、乌干达和坦桑尼亚联合共和国的与会者以及来自非洲联盟委员会和世卫组织的观察员参加了本次研讨会。在研讨会期间，与会者加强了对国际药物管制框架、三项国际药物管制公约下要求其政府提交的技术报告以及麻管局开发的电子工具的可用性和使用情况的了解，如国际进出口系统 (I2ES) 和在线出口前通知 (PEN Online)，以促进受管制药物的国际贸易和防止此类药物转移。

367. 非洲用于医疗和科学用途的麻醉药品和精神药物的可获性和可用性仍然有限。2016年4月，麻管局为肯尼亚主管部门举办了国家提高认识讲习班。保健专家、各主管部门和民间社会的代表以及非洲联盟委员会、世卫组织、毒品和犯罪问题办公室及国际社会的代表参加了本次讲习班。与会者讨论了确保用于疼痛治疗、姑息治疗和心理健康状况治疗的药物的充分可获性和可用性的重要性。

368. 2016年5月30日和31日，毛里塔尼亚、联合国西非办事处、萨赫勒和西非经共体及其成员国代表在达卡开会，会议由毒品和犯罪问题办公室主办，讨论2016-2020年期间新的西非区域方案的定稿问题。与会者商定，方案将包括以下领域：(a) 加强刑事司法制度；(b) 预防和打击跨国有组织犯罪和贩运；(c) 预防和打击恐怖主义；(d) 预防和打击腐败，以及 (e) 改进预防吸毒和吸毒成瘾治疗及护理。

369. 2016年8月，毒品和犯罪问题办公室启动了题为“促进东非法治和人的安全（2016-2021年）”的区域方案。该区域方案将解决跨国有组织犯罪和贩运与腐败，以及预防恐怖主义、预防犯罪和刑事司法、预防药物滥用、治疗和护理受吸毒症状影响的人，还有预防和治疗艾滋病毒和艾滋病。

370. 第二十六届非洲国家药物执法机构负责人会议于2016年9月19日至23日在亚的斯亚贝巴举行。讨论重点关注该区域药物管制形势以及区域和次区域在打击贩毒方面的合作。通过一系列工作组，与会者审议了下列议题：(a) 打击海上贩毒的有效国家和区域战略；(b) 应对新型精神活性物质、苯丙胺类兴奋剂、前体和前前体转移、含有麻醉药品和精神药物的药品的非医疗使用和滥用方面的挑战；(c) 在促进采取措施确保用于医疗和科学用途的受国际管制药物的供应和获得方面的最佳做法；(d) 针对儿童和青年人的特殊需要采取实际措施，以预防和治疗药物滥用并解决他们参与包括种植和贩运毒品在内的毒品相关犯罪的问题。麻管局参加了促进采取措施确保用于医疗和科学用途的受国际管制药物的供应和获得的最佳做法工作组并做了一次讲演，介绍了非洲类阿片止痛药的消费情况和获得障碍，以及该区域各国政府为了解决这些困难而应该采取的措施。

### 3. 国家立法、政策和行动

371. 阿尔及利亚政府颁布了2015年7月9日的法令，该法令根据危险程度和医疗用途，将植物、精神药物、麻醉药品和前体归类为四个附表。

372. 喀麦隆议会通过了与“刑法典”有关的2016年7月12日第2016/007号法律，修正该国的“刑法典”，除其他外，该法典规定对各类罪行实施刑事处罚，包括销售假冒、过期或未经许可的药品，贩运麻醉药品，在药物影响下驾驶任何车辆以及因提供药物治疗或给予任何药物或其他物质对任何人造成伤害。实施的惩罚取决于所犯罪行。

373. 2016年6月，毛里求斯税务局启动了制止毒品平台，使公众能够通过其网站或专门的电话号码提供和分享关于贩毒和吸毒的相关信息。该平台充当了动员社区参与协助税务局打击贩毒的工具。通过该平台分享的信息仍将是保密的。

374. 2016 年 6 月 24 日和 25 日，南非中央禁毒局启动了与相关国家机关、学术界和民间社会的磋商，以制订 2017-2022 年期间新的国家药品总计划。新计划将立足于 2016 年举行的关于世界毒品问题的联大特别会议的成果，并将药物管制议程与可持续发展目标联系起来。

375. 坦桑尼亚联合共和国食品药品监督管理局发布了一项决定，停止私营部门使用装有 500 和 1,000 粒片剂或胶囊的大包装（医院包装），自 2017 年 1 月 1 日起生效。该决定反映了目前面临的挑战，包括由于反复开封造成此类包装中的片剂或胶囊不慎被污染，通过更换片剂和胶囊来仿冒产品，在产品保质期过后更换标签，以及缺乏用于指导患者用药的使用说明书。

## 4. 种植、生产、制造和贩运

### (a) 麻醉药品

376. 非法种植、贩运和滥用大麻仍对非洲主管部门构成持续挑战。非洲大陆到处种植大麻药草，但大麻脂的非法生产仍仅限于北非的几个国家。非洲仍是大麻药草生产和消费的主要区域之一，占全世界已报告的大麻药草缉获量的 14%。

377. 北非在继续生产大麻脂。2012 至 2014 年期间，摩洛哥报告的大麻脂缉获量有了下降，之后，在 2015 年，缉获量又增至约 235 吨。在该次区域的其他几个国家，大麻脂缉获量有了下降。在过去，阿尔及利亚政府曾报告缉获了大量大麻脂。但是，自 2013 年以来，该国的大麻脂缉获量减少了近 40%，从 2013 年的 211 吨降至 2015 年的 127 吨。据报告，阿尔及利亚缉获的大多数大麻脂是在该国西北部与摩洛哥接壤的省份缉获的。据估计，多达 80% 的大麻脂运往外国市场，约 20% 供本地消费。阿尔及利亚主管部门称，经由该国贩运的大麻脂的普遍批发价为每千克 90,000 至 200,000 阿尔及利亚

第纳尔（约 827 美元至 1,837 美元），<sup>53</sup> 价格取决于药物的质量。埃及缉获的大麻脂数量也有了减少，从 2014 年的 54 吨降至 2015 年的 33.5 吨。

378. 2015 年，埃及主管部门恢复了针对西奈半岛大麻药草和罂粟种植地的根除运动，当年根除了 321 公顷大麻药草和 225 公顷罂粟。此外，主管部门在 2015 年缉获了 360 吨大麻药草。

379. 2016 年 5 月，马里主管部门缉获了创纪录的 2.7 吨大麻药草，并逮捕了若干人。据报告，这些物质是在发自加纳正在途中的车上发现的。赞比亚（17 吨）、马达加斯加（8 吨）、莫桑比克（5 吨）、科特迪瓦（4 吨）和毛里求斯（43 千克）也报告称缉获了大麻药草。

380. 据报告，在国际刑警组织领导的针对在整个东部和南部非洲参与人口、毒品和军火贩运的犯罪网络的行动中，在斯威士兰销毁了近 70 英亩大麻药草，在马拉维缉获了 2.2 吨大麻并销毁了 37 英亩大麻药草，在津巴布韦缉获了藏匿在一辆卡车中的 1 吨大麻。

381. 有迹象表明，非洲正在重新成为重要的可卡因转运区。多年来，西非一直参与通过海上贩运将可卡因从南美洲运往欧洲。估计每年有价值 12.5 亿美元的可卡因通过西非转运。但是，越来越多的迹象表明，西非本地也在制造主要运往亚洲市场的合成毒品。这一趋势在几内亚和尼日利亚尤为引人注目。据报告，除了贩运可卡因，在西非通过航空和海运贩运海洛因的情况增加。贩运可卡因也是北非一个令人关切的问题，证据就是该次区域各国包括阿尔及利亚和摩洛哥报告的缉获量（分别为逾 88 千克和逾 120 千克）。

382. 通过尼日利亚拉各斯国际机场进行贩毒的情况增多，据报告，这与航空旅行乘客人数稳步增长有关。尼日利亚国家统计局 2016 年 5 月 1 日发布的尼日利亚航空部门简报称，2015 年

<sup>53</sup> 2016 年 9 月 8 日的估计数。



第三季度，途径尼日利亚各机场的旅客总数将近 400 万人，与同年第二季度相比增加了 8.5%。2016 年 1 月至 3 月，30 多人因毒品相关罪行在拉各斯机场被捕。

383. 另外，非洲国家，特别是西非国家的国民，越来越多地卷入与全球贩毒有关的事件。在经由南线的海洛因贩运中，他们的参与尤为明显。

384. 经由南线贩运源自阿富汗的阿片剂变得越来越明显，非洲作为转运或消费区卷入其中，对沿线国家造成了明显的负面影响。据报告，虽然西非和东非持续利用航空快递贩运海洛因，但通过包括肯尼亚蒙巴萨和坦桑尼亚联合共和国达累斯萨拉姆在内的东非港口贩运阿片剂仍是更受青睐的方法。据报告，海上贩运与东非集装箱贸易增加有关。2015 年，坦桑尼亚联合共和国主管部门报告称，共缉获 50 千克海洛因。马达加斯加报告称，共缉获 1 千克运往塞舌尔的海洛因。

385. 北非的海洛因缉获量有限。2015 年，埃及报告称，其海洛因缉获量减少近 16%，从 2014 年的 613 千克降至 2015 年的 516 千克。阿尔及利亚和摩洛哥主管部门报告称，2015 年缉获的海洛因数量适中，分别为 2.6 千克和 4.5 千克。

## (b) 精神药物

386. 非洲国家未幸免于精神药物非法制造和贩运。

387. 事实证明，尼日利亚仍有有待拆除的非法甲基苯丙胺制药点。2016 年 3 月，该国主管部门报告称，从一个此类制药点缉获了 1.5 千克甲基苯丙胺和数种化学品，包括乙酸、丙酮、苯甲醛、盐酸和甲苯。该非法制药点位于尼日利亚三角洲一个工业区的废弃工厂内，这表明秘密制药点正从拉各斯市内或周边转移到更偏远的地区。此外，主管部门在拉各斯港口缉获了准备运往南非的 266 千克甲基苯丙胺。

## (c) 前体

388. 在许多非洲国家，国家主管部门收集、提交和分析前体化学品相关数据工作仍面临严重挑战。政府每年应向麻管局提供列入《1988 年公约》附表一和附表二的物质和国际非表列物质的缉获信息，以及涉及这些物质的转移和非法制造方法、拦截货物和盗窃的信息，但由于响应率低，这些信息仍然有限且不充分。

389. 14 个非洲国家在前体事件通信系统中登记。根据系统提供的信息，下列非洲国家被确认为参与了 2015 年 11 月至 2016 年 11 月期间报告的事件：喀麦隆、埃塞俄比亚、肯尼亚、莫桑比克、纳米比亚、尼日利亚、南非、坦桑尼亚联合共和国和赞比亚。这些事件表明，非洲国家继续受到非法制造苯丙胺类兴奋剂中所用的前体化学品转移的影响，特别是麻黄碱和伪麻黄碱。大多数事件涉及肯尼亚报告的缉获运往南非的麻黄碱（共计逾 400 千克）。报告缉获的麻黄碱大多数是在拉各斯机场或港口缉获的；在一些情况下，在发现麻黄碱的同时也发现了伪麻黄碱（共计逾 350 千克），所用的贩运方法相同。在南非，据报告称，在不同地点，包括在机场、陆地边界和港口，缉获了逾 300 千克麻黄碱。2015 年，科特迪瓦缉获了逾 277 千克麻黄碱。

390. 最近非洲以外的缉获量表明，东非正成为越来越重要的前体化学品转运区。例如，2016 年 1 月，巴基斯坦主管部门缉获了 21.7 吨误报的乙酸酐货物，该物质是非法制造海洛因所用的附表一前体。调查证实，这种物质经由坦桑尼亚联合共和国转运到巴基斯坦。在 2016 年也报告过试图利用东非，主要是坦桑尼亚联合共和国作为海洛因和苯丙胺类兴奋剂前体的转移地。

391. 仅阿尔及利亚、贝宁、科特迪瓦、埃及、埃塞俄比亚、加纳、肯尼亚、利比亚、马达加斯加、尼日利亚、南非、苏丹、多哥、乌干达、坦桑尼亚联合共和国和津巴布韦援引了《1988 年公约》第 12 条第 10 款 (a) 项，在化学品货物从出口国发货前被告知相关情况。因此，发往本区域其他

国家的货物，凡未援引《1988 年公约》第 12 条第 10 款 (a) 项，就有被转移到非法渠道的风险。

392. 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 2016 年关于《1988 年公约》第 12 条执行情况的报告。<sup>54</sup>

#### (d) 不受国际管制的物质

393. 关于非洲新出现的新型精神活性物质及其使用程度和缉获情况的信息仍然有限，关于合成的新型精神活性物质的信息尤其如此，这使得难以评估其对该区域的影响。在报告所述期间，通过麻管局 Ion 项目事件通信系统仅报告了一起发生在非洲的事件，该系统是一个可靠的在线平台，用于增强关于新型精神活性物质的信息交流。这起事件涉及源自南非的 5 千克卡塔叶（阿拉伯茶）——一种植物性精神活性物质——经由新加坡转运，运往中国香港。

394. 2015 年，毛里求斯报告称首次出现新型精神活性物质，并查明了 11 类合成大麻素，其中包括 1-萘甲酰基（1-戊基-1H-吡唑-3-基）甲酮、5F-AKB48、5F-PB-22、AB-FUBINACA、APINACA、FUB-PB-22、JWH-073、JWH-210、MAM-2201、MDMB-CHMICA 和 QUChIC。

395. 滥用曲马多仍是非洲国家，特别是北非和西非国家的关切事项，曲马多是一种不受国际管制的合成类阿片止痛剂。埃及于 2013 年将曲马多置于国家管制之下，但此后曲马多缉获量持续下降，从 2014 年的 1.45 亿片降至 2015 年的 9,000 万片。2015 年，贝宁科特努港管制股缉获了逾 4,000 万片假冒曲马多。据报告，在萨勒赫地区发现了更多的曲马多滥用情况，利比亚的滥用情况似乎也有了增加，该国被视为贩运到埃及的曲马多的主要来源地。

## 5. 滥用和治疗

396. 由于该区域提供的与滥用和治疗有关的详细和可靠的信息不足，评估非洲药物滥用程度和精确估计接受治疗人数仍是挑战。

397. 根据可用信息，大麻仍是寻求治疗的吸毒者使用的主要毒品。但是，这可能是由于非洲多数地方其他毒品使用者的治疗选择有限。在非洲，大麻使用的年流行率约为 7.6%，是全球水平的两倍（3.8%），非洲大陆大麻使用者的估计人数如下：东非 660 万人、北非 570 万人、南部非洲 460 万人、西部和中部非洲逾 3,000 万人。这些次区域的大麻使用年流行率估计分别为 4.2%、4.4%、5.1% 和 12.4%。

398. 虽然非洲滥用可卡因的信息非常有限，根据极少数非洲国家提供的数据，非洲使用可卡因的年度流行率估计为 0.4%，与全球估计值 0.38% 相差无几。

399. 对许多国家来说，非洲使用阿片剂的年度流行率数据是十多年前的。但是，根据可用的最新数据，非洲使用阿片剂的年度流行率估计为 0.31%（近 200 万使用者），与全球估计值 0.37% 相差无几。非洲各地的估计值差距较大，东非 0.15%、北非 0.25%、南部非洲 0.34% 至西部和中部非洲 0.43%。然而，在肯尼亚、毛里求斯、塞舌尔和南非等一些国家，阿片剂滥用仍是重要问题。贩运到该区域和经由该区域贩运的海洛因增多，非洲沿海地区近海缉获大量海洛因便证明了这一点，肯尼亚、毛里求斯、塞舌尔和坦桑尼亚联合共和国报告称，通过注射使用海洛因和药物滥用情况有了增加。

400. 肯尼亚卫生部出版的 2016 年版“使用抗逆转录药品治疗和预防肯尼亚艾滋病毒感染准则”称，注射吸毒者中的艾滋病毒流行率高达普通人群的四倍。据报告，在该国，注射吸毒者获得艾滋病毒预防、护理和治疗服务的机会有限。

<sup>54</sup> E/INCB/2016/4。

401. 塞内加尔的达喀尔成瘾疾患综合管理中心估计，大达喀尔地区的注射吸毒人数略多于1,300人，占该市全部吸毒者的约12%。在西非，该中心仍然是向吸毒和成瘾个人提供出诊、保健、治疗、康复、职业培训和重返社会综合服务的唯一一个药物治疗中心。该中心采用美沙酮替代疗法并提供门诊医护，派出流动医疗队接触吸毒者，向吸毒者提供包含消毒注射器、安全套和基本医药物品的套具，以便预防艾滋病/艾兹病及丙型肝炎等血液传播疾病的传染。

402. 毛里求斯税务局称，大麻、海洛因、镇静剂、镇定剂和丁丙诺非是该国最常滥用的药物类型。此外，报告称，合成大麻素是首选毒品。例如，毛里求斯卫生和生活质量部卫生统计股出版的“2015年卫生统计数据报告”称，2015年，共有177人因使用多种毒品和使用精神活性物质导致的心理和行为病症在布朗·塞卡精神病院接受治疗，还有17人因使用阿片剂或大麻素导致的心理和行为病症接受治疗。

403. 莫桑比克政府报告，特别针对青年人和监狱囚犯的预防方案数量增加。2015年，据报告，莫桑比克的保健单位共向7,038名与吸毒有关的精神病患者提供援助。50%病例发生在马普托。莫桑比克指出，大多数吸毒者报告使用过多种物质和大麻，仅有少部分人报告使用过可卡因或海洛因。报告称受吸毒影响最严重的人的年龄为26至30岁；这一年龄组的人群占有吸毒者的23%。在登记的吸毒者中，10%的年龄在20岁以下。

404. 作为“国家毒品战略和行动计划”执行工作的一部分，阿尔及利亚开设了39个治疗中心（计划开设53个），以在全国各地提供戒毒治疗和康复设施。

405. 2015年，埃及卫生部心理卫生和成瘾治疗总秘书处与毒品和犯罪问题办公室合作，开展了类阿片替代治疗可行性研究。研究显示，

该国有约100,000人依赖类阿片。据估计，在这些人中，50%的人依赖曲马多，另一半人依赖海洛因。此项研究估计，埃及有50,000人需要类阿片替代治疗。可行性研究也关注类阿片替代治疗试点场所的选择标准和所用药物（美沙酮或丁丙诺非/丁丙诺非-纳洛酮）。此项研究建议，在开罗的两家医院试点推出类阿片替代疗法，指标是使在试点方案下接受治疗的人数达到200人。

## B. 美洲

### 中美洲和加勒比

#### 1. 主要动态

406. 中美洲和加勒比区域仍是从安第斯区域的生产国，特别是哥伦比亚，向美国以及在较少程度上向加拿大和欧洲的最终目的地市场贩运非法药物的主要转运区。2009至2014年，共有153个国家报告缉获了可卡因，大多数非法运输的可卡因从南美洲运往北美洲和欧洲。在中美洲和加勒比，可卡因市场近期已经转向之前未受药物滥用或贩运影响的地区。

407. 美国报告称，2014年，进入该国的87%的可卡因经由中美洲和墨西哥贩运，约13%经由加勒比，主要是经由多米尼加共和国和波多黎各贩运。多米尼加共和国和哥斯达黎加最频繁地被欧洲国家确认为运往欧洲的可卡因货物的来源国。

408. 据报告，可卡因贩运产生了环境影响，并且与中美洲的毁林有关联，特别是在危地马拉、洪都拉斯和尼加拉瓜。<sup>55</sup> 据报告，在受贩毒影响的地区，毁林情况加剧，主要是通过修建

<sup>55</sup> Kendra McSweeney 等人，“药物政策也是环保政策：麻醉品导致的毁林”，《科学》，第343卷，第6170号（2014），pp. 489-490。



秘密道路和飞机跑道；行贿受贿、财产欺诈或采用强迫手段对土著人民和其他农村居民施压使其离开自己的土地；以及收购公共用地以修建与贩毒有关的农业地产（所谓的毒泉地产）。后者的活动涉及在边远地区非法购置林区，并将其改造成农业用地，从而使犯罪集团能够获得对边境地区领土的控制权，并提供一项能使洗钱得逞的活动。

409. 所谓“巴拿马文件”的发布证实了中美洲国家与贩毒有关的犯罪活动的增加程度。这些被泄露的财政文件透露的内容导致了各种行动，包括在哥伦比亚国家警署和美国缉毒局于 2016 年 5 月开展的一次行动中发现一个清洗贩毒所得的国际犯罪团伙。此类行动揭露了中美洲和加勒比存在的国际网络以及用于清洗犯罪活动所得，特别是贩毒所得的实际办法。据缉毒局称，在上述行动中查明的网络采取了洗钱做法，如走私巨额现金和虚开商业发票，以清洗贩毒所得。

410. 毒品和犯罪问题办公室 2016 年公布的数据显示，虽然在过去几年里中美洲的自杀率有了下降，但中美洲和加勒比的故意杀人率持续居高不下。在该区域的一些国家，一些杀人行为仍与同毒品有关的犯罪活动有牵连。国家数据显示，洪都拉斯 2015 年的杀人率继续呈下降趋势，每 100,000 名居民中有约 57 名杀人犯，相比之下，2014 年每 100,000 名居民中有约 68 名杀人犯，但是，在萨尔瓦多，下降趋势自 2013 年以来有了扭转，当年的杀人率降低到每 100,000 名居民中有约 39 名杀人犯，2015 年增至每 100,000 名居民中有 103 名杀人犯。名为“maras”的青年帮派结束休战可能是这一增长的原因。

## 2. 区域合作

411. 2016 年 6 月，加勒比共同体（加共体）秘书处设立了大麻问题区域委员会，在圣文森

特和格林纳丁斯举行第一次大麻问题区域协商会，探讨本区域大麻使用合法化的影响。委员会在加共体人类和社会发展局助理秘书长领导下运作，任务是分析与该区域使用大麻有关的经济、卫生和法律方面，确定是否应该变更大麻的分类，以便所有类型的使用都能更容易获得大麻，无论是医疗用途还是非医疗用途。就此，麻管局指出，《1961 年公约》将大麻的使用限定于医疗和科研用途，这是一项处于国际药物管制法律框架核心且不得减损的基本原则。《公约》所有缔约国都有义务在其本国境内执行《公约》条款。麻管局鼓励各国对吸毒者犯下的与毒品有关的轻罪采取非惩罚性对策，而不是逮捕和监禁，作为国际药物管制公约提供的一种替代措施。

412. 区域安全体系是东加勒比地区防御和安全的区域性组织，在打击次区域贩毒方面继续发挥重要作用。2015 年 10 月，在巴巴多斯区域安全体系总部举行了面向警方检察官的第一次毒品检察官课程。由多米尼克的专家授课，学员来自安提瓜和巴布达、巴巴多斯、格林纳达、圣基茨和尼维斯以及圣文森特和格林纳丁斯。2016 年 6 月，在巴巴多斯设立了区域安全体系新的情报汇总中心。该中心由英国政府资助，供区域和国际执法专家进行禁毒领域信息共享和经验交流。

413. 美洲国家组织（美洲组织）药物滥用和暴力预防、治疗和康复培训与认证方案继续为中美洲和加勒比的毒品预防和治疗服务供应商提供培训。在其他培训活动中，该方案与伯利兹国家药物滥用管制委员会和西印度大学合作，于 2016 年 4 月为 47 名伯利兹人的认证提供支助。

414. 中美洲和加勒比国家政府与毒品和犯罪问题办公室合作，继续开展各种举措，打击有组织犯罪和贩毒，促进有效的减少毒品需求行动。此类举措包括集装箱管制方案、机场通信项目，中美洲打击有组织犯罪检察官

网络以及以减少毒品需求为导向的加强家庭方案。

### 3. 国家立法、政策和行动

415. 牙买加于 2015 年修正了“危险药物法”，<sup>56</sup> 之后于 2016 年 5 月颁布了大麻许可管理局临时条例。该条例包括关于大麻种植、加工、运输和零售许可证以及研究和开发许可证申请及要求的条款。麻管局指出，牙买加近期制订的条例未遵守《1961 年公约》，该公约将大麻的使用限定于医疗和科研用途。

416. 巴巴多斯批准了由国家药物滥用委员会制订的 2015-2020 年期间新的国家禁毒计划。该计划将协调该国所有与毒品有关的利益攸关方战略，如政府、公司和非政府行为体。政府将优先改进以下五个战略领域的立法框架：减少需求、减少供应、管制措施、加强机构和国际合作。

417. 2015 年，多米尼克设立了经充分审查的禁毒单位，名为“突击队”，预计将在 2016 年全面运作，有待接受专门培训并获得专门设备。

418. 萨尔瓦多政府于 2015 年启动了“萨尔瓦多保险”倡议。该综合倡议包括五个行动支柱和 124 项具体行动，以解决包括贩毒在内的暴力和犯罪，并确保诉诸司法和向受害者提供援助及保护。该倡议由行政部门、国民议会、司法机构、总检察长办公室和其他地方政府机构执行，得到宗教界、私营部门、民间社会和国际社会的支助。国家公民安全和共存理事会监督和监测本倡议的执行情况。

419. 2016 年 5 月，巴拿马颁布了关于将受管制药物尤其是《1961 年公约》和《1971 年公约》

的表列麻醉药品和精神药物用于医疗和科学用途的第 14 号法令。该法第三章规定，在国家医药产品和药物总局下设立受管制物质局。该局的职能包括负责审批经手受管制物质的许可证。该法规定了向医药公司颁发许可证的条件和要求，以及与不执行这些规定相关的禁令和制裁。

### 4. 种植、生产、制造和贩运

#### (a) 麻醉药品

420. 多年来，巴拿马的可卡因缉获量是中美洲和加勒比最多的。2015 年，巴拿马的可卡因缉获量比 2014 年增加了约 32%，比 2013 年增加了 14%，扭转了 2013 至 2014 年 14% 的降幅。近期缉获量增加可能与 2015 年在哥伦比亚发现的非法种植古柯树大增有关。

421. 2015 年关于巴拿马被剥夺自由妇女状况的研究发现，65% 的女性监狱服刑人口被定罪犯了与毒品有关的罪行，<sup>57</sup> 其中 22% 是外国国民。

422. 可卡因从哥伦比亚经圭亚那、特立尼达和多巴哥及委内瑞拉玻利瓦尔共和国等国贩运到加勒比。货物通过旅客和携毒者或使用小渔船、游轮和帆船等方式经这些岛屿向北运输，可能涉及在海上从一艘船向另一艘船秘密转移或利用商业航班和货运集装箱。

423. 即使遏制可卡因贩运的可用资源有限，东加勒比岛屿的拦截率也很高。然而，尽管付出了这些努力，贩运活动仍然持续，该次区域正在与定罪率低、刑事司法机构薄弱作斗争。

<sup>56</sup> 见 E/INCB/2015/1，第 141 至第 143 段。

<sup>57</sup> 毒品和犯罪问题办公室，“巴拿马被剥夺自由妇女状况诊断：性别和人权视角”。可查阅：[www.unodc.org](http://www.unodc.org)。

424. 毒品和犯罪问题办公室报告称，2014 年，加勒比的大麻药草缉获量占全球的 13%，而且总量一直在增加，牙买加是大麻进入国际贩运链的重要来源国。牙买加的枪支贩运也与贩毒有关联；贩运主要在牙买加与海地之间进行。据官方估计，2015 年，牙买加种植了 15,000 公顷大麻。法律禁止使用除草剂，因此，必须用人工铲除。2015 年，共铲除了 725 公顷大麻植物。

425. 据特立尼达和多巴哥有组织犯罪、毒品和枪支局称，大麻药草需求发生了转变，导致对本地或其他加勒比岛屿生产的大麻药草的需求降低，对南美洲大麻药草的需求增加。该国 2015 年的大麻药草缉获量比 2013 年减少了 62.5%。

426. 关于该区域涉毒犯罪活动的收益，麻管局注意到加勒比金融行动特别工作组的努力，于 2016 年 6 月发行了出版物“反洗钱和打击资助恐怖主义：特立尼达和多巴哥——相互评估报告”，该出版物将与贩毒有关的洗钱确认为高危领域，并强调该领域需要优先采取行动。

427. 自 2013 年以来，巴拿马的大麻缉获量一直在增加，而该国的海洛因缉获量一直在下降。在哥斯达黎加，2011 至 2014 年，大麻药草缉获量显著增加（约增加 660%，2014 年达到 12 吨）。2015 年，缉获量减至 6.4 吨。

428. 危地马拉是该区域唯一报告非法种植罂粟的国家。根据毒品和犯罪问题办公室援引美国国务院的估计数，铲除后的罂粟种植净面积估计从 2012 年的 220 公顷增至 2013 年的 310 公顷和 2014 年的 640 公顷，该国 2012 年的烘干阿片全部潜在产量估计为 4 吨、2013 年为 6 吨、2014 年为 14 吨。与此同时，2014 年铲除的罂粟面积减少了 53%，从 2013 年的 2,568 公顷减至 2014 年的 1,197 公顷。2014 至 2015 年，危地马拉的海洛因缉获量减少了 38%，从约 134 千克降至 83 千克左右。据报告，在缉获量减少的同时，该国 2015 年鸦片种植面积和产量也有了下降，往年持续增长的趋势出现了逆转。据初步估计，缉获量、种植面积和产量减少

与下列因素有关：(a) 墨西哥鸦片产量增加，(b) 在危地马拉活动的主要阿片剂贩运网络瓦解，以及 (c) 危地马拉境内鸦片价格大幅下降（降低 77%），导致农民在 2015 年改种玉米、土豆和其他合法作物。

## (b) 精神药物

429. 危地马拉是中美洲和加勒比唯一报告近年来捣毁了制造苯丙胺类兴奋剂秘密制药点的国家（2013 年捣毁八个制药点，2014 年捣毁九个制药点，包括四个制造苯丙胺的制药点和五个制造甲基苯丙胺的制药点）。因此，该区域受苯丙胺类兴奋剂制造和贩运的影响较小，但是，在过去五年里，一些国家经常报告“摇头丸”类物质和麦角酰二乙胺（致幻剂）的缉获量。

430. 在哥斯达黎加，从 2010 到 2015 年，3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺（MDMA，俗称“摇头丸”）片剂的街头销售价格保持稳定，在 20 美元至 30 美元之间变化。价格波动是因为特定年份单次缉获量较大（2013 年 12,342 “剂”，2011 年 19,183 “剂”）。

## (c) 前体

431. 哥斯达黎加药物管制所管制和监管化学品前体特别股负责监测和应对相关的非法活动。法律规定，经营化学品前体的进口商和企业要在线追踪系统上登记，并通过该系统提交月报。该系统监测化学品前体的运输情况，并向相关主管部门发出警报，提醒它们需要进一步调查的具体案件。截至 2015 年 8 月，约有包括 150 家化学品前体进口商在内的 3,000 家企业在该系统上登记并提交定期报告。

432. 制造苯丙胺类兴奋剂继续对危地马拉构成严重挑战，缉获的化学品前体数量证明了这一点。2015 年，毒品和犯罪问题办公室 - 世界海关组织（海关组织）全球集装箱管制方案报告，在该国港口缉获了 25 吨化学品前体。



433. 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 2016 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

434. 中美洲和加勒比区域国家继续报告了使用新型精神活性物质的情况。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。此外，贩运这些物质对监管和执法部门造成了更多的挑战。在本报告所述期间，中美洲和加勒比区域各国没有通过麻管局的 Ion 项目或 Ion 项目事件通信系统 (IONICS) 报告事件。在这方面，麻管局鼓励尚未加入 Ion 项目的国家加入，在 Ion 项目事件通信系统注册和积极使用该系统。

## 5. 滥用和治疗

435. 2016 年，毒品和犯罪问题办公室报告称，中美洲和加勒比的大麻使用年流行率分别为 2.9% 和 2.5%，低于北美洲 (12.1%)、南美洲 (3.2%) 以及西欧和中欧 (6.7%) 的平均值。大麻使用流行率也呈类似格局，中美洲和加勒比的年流行率均为 0.6%，低于北美洲 (1.6%) 和南美洲 (1.5%) 的年流行率。这种格局令人感兴趣，因为中美洲和加勒比国家要面对经由其领土贩运的大量大麻和可卡因，并且该区域也在生产大麻。因此，需要开展更加全面的全国住户吸毒调查，以确定加勒比区域大麻使用流行率的可靠估值。

436. 根据美洲组织美洲药物滥用管制委员会（美洲药管会）发布的“2015 年美洲毒品使用情况报告”，伯利兹是报告中学生大麻药草使用年流行率最高的中美洲国家 (15.8%)。洪都拉斯是报告流行率最低的国家（约 1%），这可

能是因为报告的数据基于 2005 年的调查。美洲药管会的同一份报告指出，伯利兹也是报告中学生吸入剂使用年流行率最高的中美洲国家 (5.5%)，加勒比次区域中学生群体的吸入剂使用率特别高，巴巴多斯、格林纳达、圣基茨和尼维斯、圣文森特和格林纳丁斯以及圣卢西亚的年流行率均超过 8%。

437. 2015 年，大麻是萨尔瓦多接受戒毒治疗者的主要滥用药物，其次是镇定剂、镇静剂和可卡因。主管部门报告称，这是近期接受大麻滥用治疗者人数呈增多趋势和接受可卡因滥用治疗者人数呈减少趋势的一部分。

438. 美洲药管会 / 美洲组织发布的 2016 年文件“13 个加勒比国家学生药物使用情况报告”指出，大麻药草仍是中学二年级、四年级和六年级（约对应 13 岁、15 岁和 17 岁）学生报告最常滥用的药物，而酒精是整体上主要的滥用物质。学生还报告称非常了解大麻药草的可获性（每 10 名学生中 4 至 5 人），这意味着他们能够轻易地在本国获得该药物。

439. 特立尼达和多巴哥报告称，因可卡因滥用接受戒毒治疗者人数增加，而因大麻滥用接受戒毒治疗者人数保持稳定。

440. 据毒品和犯罪问题办公室 2016 年报告，中美洲和加勒比类阿片（阿片剂和处方阿片剂）使用年流行率分别为 0.2% 和 0.4%，阿片剂使用年流行率分别为 0.07% 和 0.28%。这些流行率均低于美洲区域平均值，也低于全球平均值。

441. 美洲药管会 / 美洲组织“2015 年美洲毒品使用情况报告”显示了报告存在海洛因使用者的美洲国家数量增多的趋势。多米尼加共和国报告称，其治疗中心内住着海洛因使用者，还有属于“边缘人群”的个人在使用海洛因。

442. 中美洲和加勒比苯丙胺和处方兴奋剂使用年流行率分别为 0.9% 和 0.8%，接近全球平

均值。中美洲和加勒比“摇头丸”使用年流行率分别为 0.11% 和 0.19%。

443. “2015 年美洲毒品使用情况报告”指出，在巴拿马八年级学生中，亚甲二氧基甲基苯丙胺（“摇头丸”）使用的终身流行率为 2.8%，安提瓜和巴布达为 2.7%，圣卢西亚为 2.5%。巴拿马报告称，中学生的上一年流行率约为 1%，哥斯达黎加为 0.4%。与该区域大多数国家不同，巴拿马男性和女性的上一年流行率类似，女性的流行率略高。

444. 麻管局建议该区域尚未根据国际公认参数编写或更新流行率研究报告的国家编写或更新报告，并使用研究结果为制订和通过有针对性的减少毒品需求政策和方案提供依据。

## 北美洲

### 1. 主要动态

445. 2016 年 4 月，宾夕法尼亚州成为美国第 24 个在州一级立法允许将大麻用于医疗用途并加以规范的州，接着是 2016 年 6 月的俄亥俄州。2016 年 11 月 8 日，阿肯色州、佛罗里达州和北达科他州表决赞成核准将大麻用于医疗用途。另外，美国加利福尼亚、缅因、马萨诸塞和内华达州的选民表决通过了将大麻用于非医疗用途合法化和规范化的措施。

446. 滥用处方类阿片和海洛因仍然是美国极其令人关切的一个问题。根据国家药物滥用研究所，美国 2014 年发生了逾 47,000 起用药过量死亡事件，其中逾 18,000 人死于处方类阿片止痛药过量，逾 10,000 人死于与海洛因有关的用药过量。该研究所指出，2014 年的数据表明，类阿片用药过量的流行既反映出涉及处方类阿片止痛药的用药过量死亡人数连续 15 年增加，也反映出主要由于海洛因吸食过量推动的非法类阿片用药过量死亡人数近期发生了激增。

447. 加拿大政府及其各省政府采取了一些立法、政策和执法行动，应对用药过量事件增加和含芬太尼的药物越来越多情况，包括提高认识，与开具处方者和供应商合作，向他们提供适当的工具并解决获得类阿片和治疗的问题。

448. 在 2015 年 10 月大选之后，加拿大政府确认打算于 2017 年初出台新法律，藉此对大麻用于非医疗用途加以合法化和规范化。为此，政府成立了一个由九名成员组成的大麻合法化和规范化特别工作队，其任务是 2016 年 11 月向内阁提交最终报告，其中载有关于制订新的立法和监管框架的咨询意见。根据加拿大“受管制药物和物质法”，大麻仍然属于附表二所列药物，因此，种植、持有、分销和出售大麻是非法的。

## 2. 区域合作

449. 北美洲区域三个国家之间的区域合作范围仍然广泛，并且被普遍认为是有效的。在 2016 年 6 月于渥太华举行的高级别政治首脑会议上，这三个国家，除其他外，寻求加强行动，应对海洛因和芬太尼等类阿片药物和与墨西哥罂粟种植及贩运相关的暴力导致死亡人数上升的问题。在业务层面，这些国家之间的合作包括联合执法行动、情报共享和边界管制举措，包括陆地和海上活动。

## 3. 国家立法、政策和行动

450. 针对美国持续发生的类阿片滥用、依赖和使用过量危机，美国食品药品监督管理局于 2016 年 2 月发布了“类阿片行动计划”。该计划包括：扩大咨询委员会的作用，加强对药品公司的要求，即要求生成关于使用类阿片药物的长期影响的上市后数据；更新风险评价和缓解战略方案；以及扩大获得防滥用配方的机会，以遏止滥用。作为该行动计划的一部分，已经宣布对即释类阿片止痛药的安全标签进行全类别变更。这些标签需要列明关于滥用、成瘾、过量和死亡的严重风险的信息。

451. 美国总统要求为 2016 年财政年度划拨 276 亿美元的资金，用于支持根据 2015 年“国家药物管制战略”开展的工作，以减少吸毒及其在该国的影响。这笔款项大部分用于预防和治理工作。2016 年 3 月，美国总统要求国会增拨 11 亿美元，以加强努力应对国内的处方类阿片和海洛因危机。所宣布的行动意味着要采取进一步措施，扩大获得治疗的机会、防止类阿片用药过量死亡、投资于社区警务，以解决海洛因滥用问题，以及增强社区预防战略。

452. 类阿片用药过量和与海洛因有关的死亡一直是包括缅因、马萨诸塞、新罕布什尔和佛蒙特等在内的美国一些州努力解决的重点问题。这些州的州长呼吁加强努力，以解决非法药物使用和限制类阿片药物处方。截至 2016 年 3 月，已有 49 个州制订了处方药监测方案，14 个州制订了立法，要求医生接受有关正确开具类阿片药物处方的培训。

453. 2016 年 7 月 22 日，“成瘾与康复综合法”生效。该法处理类阿片危机，除其他外，具体内容是：授权美国司法部向各州、地方和部落政府发放赠款，以提供治疗类阿片滥用的服务；指导退伍军人事务部扩大其类阿片安全倡议；着重帮助各社区制订治疗和过量方案；以及解决类阿片用药过量逆转药物管理者或在出现药物过量时联系急救服务者的刑事和民事责任免除问题。

454. 墨西哥报告称，2015 年有近 13,500 人与负责处理毒品犯罪的警察和（或）刑事司法系统进行了正式接触。墨西哥继续从传统的审讯式刑事司法系统向起诉式刑事司法系统过渡。墨西哥刑事司法系统的改革有望增加透明度、加强保护人权和公民自由的努力以及减少刑事案件中的腐败。

455. 加拿大面临的主要挑战之一是用药过量事件增加，其部分原因是芬太尼越来越多。对此，不列颠哥伦比亚省卫生官员于 2016 年 4 月宣布该省进入公共卫生紧急状态。这是该省卫

生官员首次根据“公共卫生法”发出通知，以行使应急处理权，不列颠哥伦比亚省也因此成为首个采取此类行动应对用药过量问题的省份。宣布进入公共卫生紧急状态，有助于改善用药过量信息和数据的收集和分析，以促进制订适当的对策和有重点地开展预防活动。

456. 美国各地也存在非法生产的芬太尼。2015 年 3 月，美国药品管制局向全国发布了芬太尼警报，指出这是对健康和公共安全的威胁，并于 2016 年 6 月向全国所有执法机构发布警报，提醒它们在处理芬太尼问题时和应对现场测试操作不当可能造成的致命后果时采取安全预防措施。

457. 2016 年 3 月，加拿大政府修订了“处方药物清单”中的纳洛酮列项，以供在医院外场所出现类阿片用药过量情况时紧急使用，从而使各省政府能够允许在无处方的情况下配发该药物。不列颠哥伦比亚省、阿尔伯塔省和安大略省后来将纳洛酮重新列为附表二药物，使它可以在无处方的情况下提供。这三个省的药学院向药剂专业人员发布了关于如何配发或出售纳洛酮家用医药包的指导。其他省份，包括曼尼托巴省、新斯科舍省、魁北克省和萨斯喀彻温省制订了家用纳洛酮方案，允许保健提供者配发纳洛酮，并鼓励第一反应人，包括医务人员、消防队员、执法人员等获得和使用纳洛酮。在这些发展事态之后，与适当培训、药房和第一反应人的作用、医药包所用纳洛酮配方以及纳洛酮费用和保险范围有关的事项开始在全国各地得到解决。

458. 虽然纳洛酮是注射用药物，但作为应对类阿片危机的紧急公共卫生措施，加拿大卫生部长于 2016 年 7 月签署了一项临时命令，授权在加拿大出售纳康——一种纳洛酮鼻喷雾剂，用于紧急治疗已知或疑似类阿片用药过量。该鼻喷雾剂应当可以在无处方的情况下提供。

459. 在美国，药品管制局于 2015 年 11 月批准了纳康鼻喷雾剂（该局批准的第一代盐酸纳洛酮



鼻喷雾剂)。对此,全国药物滥用研究所网站专门推出一个模块,介绍关于这种阿片用药过量逆转药资源,包括介绍剂量、预防措施、副作用以及与提供该药物的药房的链接。该局还一直在审查各种选择,包括使纳洛酮成为非处方药,以便更易于在美国用该药来治疗类阿片用药过量。截至 2016 年 5 月,39 个州允许开具处方者向吸毒者家人等第三方开具纳洛酮处方。

460. 加拿大药品和卫生技术局被要求对美沙酮和丁丙诺啡(即苏非酮)的安全性和药效进行比较,以增强类阿片依赖治疗办法的选择。为了开具治疗类阿片依赖的美沙酮处方,医生必须根据《受管制药物和物质法》第 56 条获得豁免。然而,一些省份一直在探索适当做法,以便在开具苏非酮处方时能够无需像对美沙酮要求的那样获得这种豁免。

461. 为了应对用药过量、芬太尼和有关死亡事件增加的问题,安大略政府推出了“旧贴换新贴”方案(第 33 号法案)。持有芬太尼处方者只有上交使用过的旧贴片,才能获得含有该药物的新贴片。该法案于 2015 年 12 月获得皇家政府同意。

462. 继推行一项两年期进程以提供“受管制药物和物质法”豁免之后,加拿大于 2016 年 1 月批准了温哥华市的第二家受监督“毒品注射点”。该设施设在温哥华现有的艾滋病毒/艾滋病治疗诊所,因此,它是北美第一家被纳入现有医疗保健设施的受监督“毒品注射点”。2016 年 3 月,受监督“毒品注射点”(称为“注射点”)获准延期四年,即获准继续运作至 2020 年。加拿大卫生部长指出,加拿大卫生部收到了其他一些关于运营“注射点”的豁免申请,目前正在进行审查。包括艾伯塔省、安大略省和魁北克省在内的其他省份的主要城市还征求了公众意见。

463. 2016 年 1 月,墨西哥卫生部发布了为增加提供用于止痛和姑息治疗的受控制物质的国家新战略影响的早期结果。这一新战略旨在促进含阿片剂的药物制剂的配发、处方开具和

施药。根据所发布的结果,各种处方的数量从 2015 年 6 月的 24 个增至 2016 年 1 月的 8,000 个。在推出了一个便于发布结果的电子平台之后,在此期间登记的处方开具者从 232 个增至 1,706 个。此外,结果表明,公共和私营保健中心以及药房的吗啡和其他类阿片药物的供应是有保证的。

464. 根据墨西哥政府向麻管局提供的信息,墨西哥最高法院接到诉状,要求宣布“普通健康法”中关于大麻和四氢大麻酚的某些条款违宪。此后,墨西哥最高法院于 2016 年 11 月裁定,核准四名原告为个人非医疗使用而持有和种植大麻(案件编号 237/2014)。最高法院是基于对原告个性和自由的尊重作出这一裁决的。这一裁决仅适用于四名原告,并没有在墨西哥将大麻的非医疗使用合法化。

465. 2015 年 6 月 11 日,在 *R. 诉 Smith* 案中,加拿大最高法院扩大了该国医用大麻方案中“医用大麻”的定义,将“干药草”一词从医用大麻的定义中删去,这实际上是允许将其他形式的大麻用于医疗用途。根据该判决,法律允许持有用于医疗用途的大麻的医用大麻患者可以持有从大麻药草活性药用化合物中提取的大麻制品。因此,根据授权获取者可以选择口服或局部治疗的施药方式,并不限于通过吸食方式使用的干药草。

466. 2016 年 2 月,加拿大的医用大麻法律框架“医疗用途大麻条例”被加拿大联邦法院宣布为违宪(*Allard 诉加拿大案*)。虽然根据此前的监管框架,患者已获准种植自己的大麻,但“医疗用途大麻条例”引入了一种生产者许可证制度。在其裁决中,联邦法院允许根据此前的法律框架获准种植自用大麻者继续这样做。在联邦法院作出裁决后,新的“医疗用途大麻获得条例”于 2016 年 8 月 24 日生效。因此,获得其保健医生授权可获取医疗用途大麻的人仍然可以选择向获得加拿大卫生部许可的生产者之一购买质量得到控制的安全大麻。他们也可以生

产少量大麻，用于自己的医疗用途，或指定他人为他们生产大麻。除了最高法院 2015 年 6 月对 R. 诉史密斯案的裁决外，新条例还纳入了一些规定，允许生产和持有干大麻以外其他形式的大麻。

467. 2016 年 4 月，美国药品管制局批准在美国退伍军人中进行吸食大麻治疗创伤后应激障碍的临床试验。该试验在多学科致幻剂研究协会主持下进行，由科罗拉多州供资。

468. 麻管局继续提醒其管辖范围内已经制订医用大麻方案或正在考虑这样做的所有政府，经修正的《1961 年公约》阐述了制订、管理和监测此类方案的具体要求。<sup>58</sup> 麻管局鼓励该区域各国政府采取行动，确保本国的医用大麻方案充分执行《公约》，特别是第 23 条和第 28 条所列措施，以防止用于医疗用途的大麻被转移到非法渠道。

469. 关于将大麻用于科研目的，密西西比大学是获得药品管制局授权生产大麻并供应给美国研究人员的唯一实体。2016 年 8 月 11 日，美国宣布了一项以促进研究为目的的政策变更，增加在药品管制局登记的大麻制造商的数量，以获许种植和销售大麻，用于食品药品监督管理局授权的研究用途。

470. 2016 年 3 月 21 日，美国最高法院否决了关于允许提出一项起诉状的动议，该起诉状由内布拉斯加州和俄克拉荷马州向法院提出，对科罗拉多州进行指控。原告州指控来自科罗拉多州的大麻被转移到其管辖区，并要求对科罗拉多州作出如下宣判：允许非医用大麻合法化和规范化的立法修正案应让位于将大麻归入附表一列物质的联邦《受控制物质法》。

471. 在美国食品药品监督管理局与国家药物滥用研究所协商进行了科学和医学评价之后，药品

管制局于 2016 年 8 月 11 日宣布，大麻不符合美国目前所接受的医用治疗标准，在医疗监督下使用达不到可接受的安全度，大麻被滥用的可能性很大。在此基础上，药品管制局驳回了两项关于对大麻进行重新归类的请求，因此大麻在联邦一级继续被作为“受管制物质法”附表一列物质加以禁止。在州一级，截至 2016 年 5 月，该物质的非医疗用途使用已在阿拉斯加州、科罗拉多州、俄勒冈州和华盛顿州获得合法化。

472. 在 2016 年 5 月至 9 月期间，俄勒冈烈性酒管制委员会批准了 246 份娱乐用大麻许可证，同时该州将在 2017 年 1 月 1 日前制订并向立法机构报告关于零售的最终规则。科罗拉多州的大麻执法部发布了适用于娱乐用大麻销售的准则，规定了销售限额。根据该准则，可食用大麻必须有标记，表明含有大麻素，并且不能有“糖果”一词，以减少儿童意外摄入大麻制品的风险。该准则将自 2016 年 10 月 1 日起生效。截至 2016 年 7 月 1 日，科罗拉多州持有许可证的零售大麻企业数量总共有：435 家商店、572 个种植园、193 个制造商和 15 家测试机构。

473. 2016 年 5 月，加拿大卫生部在国家公报上发布了一则通知，它打算重新根据“麻醉品管制条例”对二乙酰吗啡实行监管性监督，就像在 2013 年实行改革之前所做的那样。这种变化将使医生能够用二乙酰吗啡辅助治疗来支持对其他治疗办法没有反应的类阿片依赖病人，并允许考虑申请销售二乙酰吗啡，用于根据该方案进行急救治疗目的。

## 4. 种植、生产、制造和贩运

### (a) 麻醉药品

474. 根据《2016 年世界毒品问题报告》，美国占 2009-2014 年期间全世界可卡因缉获量的 15%，

<sup>58</sup>麻管局 2014 年年度报告强调了这些要求(第 218-227 段)。

仅次于哥伦比亚。美国报告了 2009-2014 年期间北美洲最大的可卡因缉获量，占北美洲缉获量的 90%，其次是墨西哥，占 8%。

475. 供应加拿大的海洛因仍然主要源自阿富汗，通过巴基斯坦沿南部路线贩运，而供应美国的海洛因主要由哥伦比亚和墨西哥生产。

476. 根据“2016 年国家海洛因威胁评估摘要”，美国各城市的执法机构报告缉获的海洛因数量多于往常。国家缉查系统的数据显示，过去五年海洛因缉获量增加了 80%，从 2011 年的 3.7 吨增至 2015 年的 6.8 吨。美国海洛因缉获量不断增加似乎反映了海洛因供应量在增加，而且与关于海洛因使用量不断增加和海洛因相关死亡人数迅速增加的报告（此类死亡人数从 2010 年的 3,036 人增至 2014 年的 10,574 人）相一致。

477. 墨西哥政府报告称，2015 年铲除了多达 26,000 公顷的罂粟，而 2014 年铲除了 21,000 多公顷，2013 年铲除了 14,622 公顷。根据墨西哥政府 / 毒品和犯罪问题办公室在该国进行的第一次联合罂粟调查，在 2014 年 7 月至 2015 年 6 月期间，政府根据卫星图像和航空照片估计，该国的非法罂粟种植面积在 21,500 公顷至 28,100 公顷之间。

478. 2016 年 6 月，加拿大政府禁止罂粟在国内的商业种植。根据该决定，获得许可证的交易商除为科学用途之外，不得种植、培植和收获罂粟。

479. 大麻依然是北美以及全世界最广泛非法种植、生产、贩运和消费的药物，2014 年全球使用者数量估计达 1.825 亿人。在北美洲，大麻药草主要在墨西哥和美国生产，供该次区域消费，而水培种植大麻药草似乎集中在加拿大和美国。根据“国内大麻铲除和查禁方案”，美国药品管制局 2015 年负责铲除了近 400 万株室外种植的大麻药草和 32 万株室内药草。缉获的资产估价近 3,000 万美元。根据最近可得到

的数据，墨西哥政府报告在 2013 年铲除了 5,700 多公顷大麻。

480. 美国的芬太尼以及含芬太尼的假冒氢可酮或奥施康定片剂缉获量一直在增加。这些片剂被标记为仿真麻醉处方药物，其使用导致了許多用药过量和死亡事件。根据国家法医实验室信息系统，美国国内的实验室在 2015 年测试了逾 13,000 件芬太尼法医物证，比 2014 年增加了 65%，是 2006 年芬太尼物证数量的大约八倍。

## (b) 精神药物

481. 北美洲区域的海关人员报告称，2014 年总共缉获近 32 吨精神药物。

482. 2014 年，甲基苯丙胺主导了北美洲的苯丙胺类兴奋剂市场。与其他次区域相比，北美洲在 2009 至 2014 年期间每年都报告了最大的甲基苯丙胺缉获量。根据世界海关组织《2014 年非法贸易报告》提供的信息，美国占海关人员缉获甲基苯丙胺总量的 64%。墨西哥的缉获量在 2014 年增加了 1.3%。该年，公路车辆仍是贩运甲基苯丙胺最常用的运输工具。

483. 2014 年，墨西哥是美国海关人员缉获的甲基苯丙胺的主要发货国，在较小程度上是加拿大和中国。而且，墨西哥是贩运到日本的甲基苯丙胺的一个重要发货国。

484. 与 2013 年相比，2014 年的苯丙胺缉获次数大幅减少，而美国的亚甲二氧基甲基苯丙胺（“摇头丸”）的缉获次数从 2013 年到 2014 年几乎翻了一倍。

485. 在美国，2014 年涉及甲基苯丙胺秘密制毒和堆放窝点的事件超过了 9,300 起。这些事件的最高发生率在印第安纳州和密苏里州，分别为 1,471 起和 1,034 起。



### (c) 前体

486. 墨西哥报告称, 2015 年捣毁的秘密制毒窝点数量增加了近 38%。前体化学品似乎主要用来制造甲基苯丙胺, 使用以 1-苯基-2-丙酮 (P-2-P) 为药基的方法。不过, 与此前年份不同之处是, 虽然原始材料大多是苯乙酸酯及其其他衍生物, 但一种使用苯甲醛和硝基苯胺的新方法已经变得越来越常见。

487. 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 2016 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

488. 新型精神活性物质是美国的一个重大关切领域。根据国家法医实验室信息系统, 联邦、州和地方法医实验室确定为合成大麻素的物质的报告数量从 2009 年的 23 例增至 2014 年的 37,500 例。被确定为合成卡西酮的物质的报告数量从 2009 年的 29 例增至 2014 年的 14,070 例。在过去几年中, 药品管制局从至少八种不同的药物类别中确定了数百种特制致幻药。

489. 全球合成新型精神活性物质市场依然以合成大麻素为主导, 其缉获量为 32 吨。北美洲 (具体而言, 美国的缉获量为 26.5 吨) 占 2014 年全世界缉获量的最大份额。

490. 加拿大出现了越来越多的 W-18 (4-氯-N-[1-[2-(4-硝基苯基)乙烯]-2-哌啶亚基]-苯磺酰胺), 包括艾伯塔省、不列颠哥伦比亚省和魁北克省的执法机构报告在秘密制毒窝点缉获的一些缉获量。最近, 在执法机关缉获的样本中和在一些致命用药过量事件中发现了 W-18。其中包括假冒片剂, 它们被制成看起来好像是处方奥施康定片, 但其唯一的活性成分是 W-18。在不列颠哥伦比亚省, 缉获的 W-18 拟用于制造假冒海洛因。2016 年 5 月,

W-18、其盐类、衍生品、异构体和类似物以及衍生品、异构体和类似物的盐被增列到加拿大《受管制药物和物质法》附表一中, 从而把生产、持有、进口、出口或贩运此类物质定为非法行为。

491. 在美国和加拿大非法市场上销售假冒药品的频率有了增加, 特别是销售假冒的“奥施康定”片 (盐酸羟考酮缓释片剂)、“赞安诺”片 (阿普唑仑) 和“Norco”片 (重酒石酸二氢可待因酮)。这些产品中使用的新型合成类阿片药物是芬太尼和芬太尼类似物以及 W-18、U-47700、AH-7921<sup>59</sup> 和 MT-45。<sup>60</sup>

492. 根据世界海关组织的《2014 年非法贸易报告》, 虽然其他区域出现了增加的趋势, 但 2014 年美国海关人员缉获曲马多的次数急剧减少, 比 2013 年大约减少了大约 30%。伽马丁内酯缉获量显著增加, 其中美国是 2014 年全世界缉获次数最多的国家, 而该国的卡塔叶 (阿拉伯茶) 的缉获量似乎有所减少。

493. 在美国, 执法部门在 2014 年 2 月至 2016 年 7 月期间发现了超过 55 吨的卡通叶 (美丽帽柱木) 材料。

## 5. 滥用和治疗

494. 芬太尼滥用数量显著增加是加拿大的主要问题之一。该国数省因此死亡的人数显著增加。在 2009-2014 年六年期间, 至少有 655 例死亡已经确定芬太尼是死亡的原因或促成因素。根据不列颠哥伦比亚省死因调查局公布的数据, 2016 年 1 月至 5 月有 308 例明显的用药过量死亡, 比 2015 年同期出现的死亡人数增加了 75%。在艾伯塔省, 2015 年, 在 274 例用药过量死亡中检测到芬太尼, 这一数字明显高于前几年, 而 2016 年头三个月出现了 69 例与芬太尼有关的死亡。相比之下, 在美国, 2013 年到 2014 年, 与芬太尼及其类似物等合成类阿片药物相关的死亡增加了 79%。

<sup>59</sup> 麻醉药品委员会第 58/3 号决定将 AH-7921 列入经修正的《1961 年公约》附表一。

<sup>60</sup> 麻醉药品委员会第 59/2 号决定将 MT-45 列入经修正的《1961 年公约》附表一。

495. 此外, 根据疾病控制和预防中心的数据, 2014 年, 包括海洛因和奥施康定等处方止痛药在内的类阿片药物导致美国 28,000 多人死亡, 用药过量率自 2000 年以来显著增加。2007 年至 2014 年, 美国报告正在使用海洛因的人数增加了近两倍。相比之下, 2006 至 2014 年, 一般人口的上一年使用可卡因流行率下降了 32%, 与可卡因有关的死亡人数在 2006 至 2013 年减少了 34%。

496. 根据疾病控制和预防中心的新数据, 2013 到 2014 年, 美国非拉美裔白人人口出生时的预期寿命略有下降, 这说明一个主要人口群体出现了罕见的下降。这种异常的减少与其他研究结果相符。它们表明, 自杀和药物中毒的上升趋势是持续且可观的, 足以推高该人口群体的全因中年死亡率和发病率。

497. 自 1999 年以来, 美国类阿片止痛药处方数量增加了三倍。为应对用药过量事件同步增加, 疾病控制和预防中心发布了初级保健临床医师开具治疗慢性疼痛的类阿片处方指南。在一年一度的全国处方药回收日, 药品管制局在所有 50 个州收集了总共约 447 吨药物。收集处方药数量最多的州是得克萨斯州、加利福尼亚州、威斯康星州、伊利诺伊州和马萨诸塞州。

498. 根据疾病控制和预防中心最近的数据, 2014 年, 美国与丙型肝炎相关的死亡人数创下历史新高, 为 19,659 人。数据还表明, 注射吸毒者当中出现了新的一波感染浪潮, 自 2010 年以来感染病例翻了一倍。

499. 2014 年, 美国十二年级学生 (年龄约为 17-18 岁) 中上一年使用氯胺酮的流行率为 1.5%。加拿大报告称, 2010-2011 年, 15 岁和 16 岁年轻人的上一年使用氯胺酮流行率为 1.1%。

500. 在加拿大, 大麻是最常见的非法使用药物, 其次是可卡因、致幻剂和“摇头丸”。大麻也依然是美国和墨西哥最广泛使用的药物。

501. 2015 年对高中生、大学生和成人进行的“监测未来”调查的结果显示, 美国中学生中使用包括处方类阿片止痛药和合成大麻素在内的一些药物情况呈下降趋势, 使用“摇头丸”、鼻吸剂和麦角酰二乙胺 (致幻剂) 情况也略有减少。

502. 在墨西哥, 据报告, 2014 年学生的大麻滥用流行率为: 城市地区 11.6%、农村地区为 5.2%。尽管这一消费数据低于美国和加拿大 2014 年的数据, 但报告的墨西哥中学生可卡因滥用水平与美国报告的水平相似。

503. 大麻非医疗用途的使用已经合法化的美国各州提供的最近数据显示, 大麻使用量有所增加。《2016 年世界毒品问题报告》还指出, 包括与大麻有关的急诊室就诊、住院、交通事故和有关死亡在内的不良公共卫生和公共安全指标有了增加。与大麻有关的逮捕、法院案件和刑事司法系统转介治疗有所减少。

504. 有一些最近发布的报告介绍了美国年轻人的大麻使用情况, 特别是科罗拉多州在合法化之后的使用情况。然而, 各种报告中的数据及其分析之间存在着差异。2015 年对大学生和成年人进行的“监测未来”调查表明, 八年级学生、十年级学生和十二年级学生 (年龄约为 12 至 17 岁的年轻人) 上个月大麻 / 印度大麻使用的全国流行率分别为 6.5%、14.8% 和 21.3%。根据 2015 年全国药物使用和健康调查, 2015 年, 美国有 7% 的 12 岁至 17 岁青少年在上个月使用过大麻。

505. “落基山贩毒活动高发区” 2016 年 1 月发布的关于科罗拉多州大麻合法化影响的报告说, 在科罗拉多州将大麻用于非医疗用途合法化后的 2013-2014 年两年里, 该州 12 至 17 岁年轻人的上月大麻使用率增加了 20%, 比全国平均水平 (该段时期达 7.22%) 高出 74%。

506. 相比之下, “2015 年科罗拉多州健康儿童调查报告”的提要指出, 2015 年中学生中当前使用大麻的比率为 21.2% (比 2013 年增加

了 19.7%)。2015 年中学生中当前使用大麻的州平均水平与国家平均数(据该报告说为 21.7%)相差不大。

507. 最近的一项研究对科罗拉多州将大麻用于非医疗用途在本州合法化前后儿童医院和区域毒物控制中心的儿科接触大麻事件的发生率进行了比较。该研究得出的结论认为,在合法化两年后,科罗拉多儿科接触大麻的病例有了增加,区域毒物控制中心从 2009 年的 9 例增至 2015 年的 47 例,该州的儿童医院从 2009 年的 1 例增至 2015 年的 16 例。接触的主要来源被确定为摄入可食用产品。<sup>61</sup>

508. 鉴于关于大麻使用情况的各种报告所公布的分析结果之间存在着差异,对政府至关重要的仍然是在各个层面进行可靠的监测,以了解与大麻使用有关的趋势和健康影响风险,以便衡量北美区域各国各种政策的影响。

## 南美洲

### 1. 主要动态

509. 南美洲继续开展关于药物政策审查的讨论,特别是关于用于医疗和非医疗用途的大麻合法化和规范化,同时该区域继续受到大规模非法作物种植和贩毒的影响。该区域一些国家通过了立法修正案,这些修正案是否遵守国际药物公约,仍有待确定。

510. 在哥伦比亚,政府和哥伦比亚革命武装部队于 2016 年 9 月 26 日签署了和平协定。2016 年 10 月 2 日,哥伦比亚举行了全民公投,选民否决了该协定。2016 年 11 月签署了一项经修订的协定。和平协定的支柱之一是关于非法药物问题

的章节。麻管局愿意在其任务范围内,在执行国际药物管制条约方面支持主管部门。

511. 各国制订了区域性机制,确保在执法和边界管制事项方面进行协调一致的法律和体制能力建设。但是,边界易渗透、非法药物生产、贩毒及其与其他各种犯罪行为的关联,加之腐败猖獗和刑事司法系统缺乏将犯罪者绳之以法的能力,导致该区域的贩毒威胁国际化。

512. 在报告所述期间,该区域的可卡因滥用流行率急剧上升。

### 2. 区域合作

513. 通过区域性举措和该区域各国之间加强合作等,国际合作继续得到加强。美洲国家组织(美洲组织)制订了区域性机制,以便成员国能够在药物管制事项的政策和业务层面上进行合作。美洲组织内部的合作侧重于药物政策权力下放,建立强大的体制框架,保持开展关于毒品相关罪行监禁替代措施的对话以及涉毒犯罪者回归社会。

514. 跨国有组织犯罪和贩毒仍是区域一级,包括阿根廷、巴西和巴拉圭三国边界地区和安第斯共同体内关切和合作的重点。例如,在哥伦比亚和秘鲁毒品联合委员会框架内,2016 年 5 月在波哥大举行了主题为“毒品管制战略:天然或合成毒品、新出现的毒品、前体和化学品”的双边会议。2016 年 7 月,在基多为关于大学生吸毒问题的第三次安第斯流行病学研究举办了第一次协调讲习班。该研究将估计毒品消费程度及其主要风险和保护因素。2016 年 6 月,多民族玻利维亚国政府宣布了一项与巴西和秘鲁合作的联合倡议,设立警察情报中心来打击三国之间的贩毒活动。

515. 多民族玻利维亚国、哥伦比亚、厄瓜多尔和秘鲁正在执行一个价值 650 万欧元的欧洲联盟打击非法药物需求项目。

<sup>61</sup> G.S.Wang 等人,“2009-2015 年科罗拉多州的儿童无意接触到大麻”,《JAMA 儿科》,第 170 卷,第 9 期(2016 年)。



516. 毒品和犯罪问题办公室机场通信项目为执法官员组织了第一次专门培训会，分享打击贩毒和识别旅客风险情况和伪造文件的方法。此次培训会是 2016 年 1 月 25 日至 2 月 5 日在布宜诺斯艾利斯举行的。巴西联邦警察署正在执行警方机场合作国际方案，侧重于在机场打击贩毒方面的国际合作。

517. 2016 年 3 月，举行了关于欧洲联盟和安第斯共同体之间政治对话与合作协议的讨论。该协议将强调通过开展毒品有害影响宣传运动来预防药物滥用，以及应对非法种植毒品作物和应对毒品的生产、加工和贩运及前体化学品的转移。

518. 2016 年 4 月，欧洲联盟理事会批准了“欧洲刑警局与和巴西的战略合作协定”。该协定旨在支持和加强巴西和欧洲联盟成员国主管部门之间的合作，防止和打击严重犯罪。

519. 2016 年 5 月，多民族玻利维亚国和秘鲁代表出席了合作开展替代发展和打击毒品贩运与滥用联合委员会第五次会议。两国签署了关于警方合作业务战略的协定。

520. 2016 年 6 月，多民族玻利维亚国和巴西举行了毒品和相关犯罪联合委员会第九次会议。双方商定了联合行动，包括关于信息交流、专业培训和监测古柯树种植活动。多民族玻利维亚国设立了与巴西和秘鲁的正式联络点，以便通过安全渠道交流关于药物管制事项的信息。

521. 拉丁美洲、加勒比和欧洲联盟药物政策合作方案于 2016 年 6 月 14 日和 15 日在海牙举行了第一次年会，主题是“从证据到实践：药物政策领域的挑战”。与会者分享了欧洲联盟与拉丁美洲和加勒比国家共同体负责药物政策的主管部门在信息交流、协调和合作方面的经验。

### 3. 国家立法、政策和行动

522. 2016 年 6 月，哥伦比亚政府和哥伦比亚革命武装部队之间达成了一项停火协定。2016 年 9 月 26 日，双方签署了和平协定，结束了持续 52 年、记录在册受害者达 720 万人的武装冲突。该协定的一个支柱涉及毒品事项和相关犯罪，特别是替代发展、减少毒品需求、毒品前体管制、没收资产及打击有组织犯罪、洗钱和腐败。协定在 2016 年 10 月 2 日举行的全民公投中被否决。2016 年 11 月签署了一项经修订的协定。麻管局愿意继续与哥伦比亚主管部门进行积极且富有成果的对话。麻管局随时准备在其执行国际药物管制条约的任务范围内协助主管部门执行该协定。

523. 2015 年 12 月，阿根廷政府认识到它面临的严重的药物管制挑战，并概述了处理毒品问题的新方法，旨在整合和协调国家和国际两级的努力，重点关注人权和进一步获得公共卫生服务及药物滥用预防方案。2016 年 1 月 21 日，阿根廷通过了第 228/2016 号法令，成立国家人类安全内阁，负责执行和协调国家药物管制政策。除其他外，该法令的目的是保护国家领空，为此命令扩大雷达覆盖范围，从有危险的边境地区开始，并拦截和摧毁疑似用于贩毒的航空器。2016 年 3 月，政府通知麻管局，它正在重启省级和市级网络和机构，例如省级和市级药物管制委员会，除其他外，以期开展全国药物滥用调查。2016 年 8 月 30 日，政府启动了一项全面的国家计划，以解决该国的药物管制问题。另外，阿根廷颁布了设立国家反洗钱协调方案的第 360/2016 号法令。

524. 多民族玻利维亚国正在审议一项新的立法措施，以取代 1988 年 7 月 19 日第 1008 号法律；如获通过，有关古柯叶的第 41/2016 号法案将参照关于该国对《1961 年公约》的保留勾勒出允许合法种植古柯树的地区，并确

定每个地区的种植限制。关于受管制物质及涉毒罪行的制裁的第 213/2016 号法案将推出窃听和奖励报案人等工具，以及受管制前体化学品订正清单，并将授权拦截和摧毁疑似用于贩毒的航空器。关于没收资产的法案草案将允许扣押和没收与毒品犯罪和非法获益有关的资产。这些资产将用于资助禁毒行动。

525. 据报告，多民族玻利维亚国政府制订了 2016-2020 年期间新的战略框架，其中设想了一系列干预措施，以促进实现该国在刑事司法和打击毒品相关活动、犯罪、腐败和恐怖主义方面的优先目标。该战略由四个支柱构成，即减少供应、减少需求、管制过剩的古柯树种植以及国际共同责任。

526. 2016 年，欧洲联盟认捐 6,000 万欧元，以支助多民族玻利维亚国实施国家打击贩毒战略，包括通过减少古柯树的过度种植。该方案包括欧洲联盟支助国家政府的禁毒努力和欧洲同行为国家警察技术能力建设提供捐助。

527. 2015 年 12 月 7 日，智利通过了第 84 号法令，允许制造从大麻中提取的药品。该法令还设立了公共卫生研究所，作为负责管制用于制造供人消费的医药制品的大麻的机构。首批用于此目的的大麻作物已在 2016 年 3 月收获。2016 年 7 月，议会审议了一项将用于个人医疗和非医疗目的的大麻消费和种植行为合法化的法案。

528. 2015 年 12 月，哥伦比亚政府颁布了第 2467 号法令，允许为医疗和科研用途种植大麻和建立合法的大麻市场。个人可种植至多 20 株用于医疗消费的大麻药草，免于申请许可证。这一豁免可能导致大麻转移到非法市场。第 2467 号法令推出的法律制度并未将用于非医疗用途的大麻种植、持有和购买行为非罪化。卫生部被指定为负责执行该立法修

正案的国家主管机构，而国家麻醉品委员会是负责发放许可的机构。卫生部还承担批准为医疗和科研用途使用大麻的责任，而农业和农村发展部与国家药物理事会和卫生部负责监测大麻种植地区。卫生部签发了关于为生产和制造大麻衍生物颁发许可证的 2016 年 3 月 12 日第 1816/2016 号决定。

529. 2016 年 3 月，厄瓜多尔政府颁布了第 951/2016 号行政令，其中包含关于国家药物管制体制框架的新规定和对持有和消费麻醉药品和精神药品的新的制裁措施。该法令指定机构间委员会为负责汇总涉及减少伤害的公共政策的信息的实体。法令设立了另一个机构，即毒品问题技术秘书处，以取代国家麻醉品和精神药物管制局，负责药物政策和监管及监测受管制物质的合法种植、生产、销售、分销、回收和进出口。此次行政重组还指定国家卫生管理局为国家监管和监测主管机构。该机构还有权为持有麻醉药品和精神药物供个人使用设定新门槛。

530. 厄瓜多尔于 2016 年 7 月批准了关于预防、查获和根除洗钱和资助犯罪行为的法律。第 47/16 号法律规定了参与洗钱形式和追回作为犯罪所得的被没收资产的程序。

531. 2015 年 9 月，秘鲁修正了“秘鲁刑法典”，以加强与前体转移有关的监管和惩罚。化学品转移的刑事罪行包括：当犯下该罪行的代理人是受管制化学物质的登记使用者时，将构成从重处罚情节。

532. 2016 年 1 月，秘鲁执行了关于监测和保护国家领空的第 30339/2015 号法律，便利了让未经许可进入秘鲁领空的民用航班迫降。通过该法律的明确目的是政府捍卫国家主权和保护民众免遭贩毒对其安全构成的严重威胁的宪法任务。根据第 023-2001-SA 号最高

法令，政府还审查了管制麻醉药品、精神药物和受卫生监管的其他受管制物质的规章条例，正在编写修正草案，以使受国家管制的新型精神活性物质能够增列入受管制物质清单中。2016 年 6 月，秘鲁国会批准了第 1241 号法令，授权秘鲁国家警察署禁毒执行局负责调查和研究非法毒品生产中化学物质的使用、贩毒路线和古柯叶变为盐酸可卡因的转化因数等事项。

533. 加勒比地区金融行动特别工作组继续对该次区域国家进行评价。2015 年 11 月，发布了关于苏里南的报告，其中载有该国在应对洗钱问题上面临的挑战的信息。2016 年 6 月，特别工作组承认苏里南在改进打击洗钱和资助恐怖主义制度方面取得的重大进展，并指出该国建立了法律和监管框架，以履行其在商定的行动计划中对已确认的战略缺陷所做的承诺。

534. 2013 年 12 月 20 日，乌拉圭通过了第 19.172 号法令，建立起了国家对非医疗和非科学目的使用大麻加以管制和规范的适用法律框架。乌拉圭为个人获得用于非医学用途的大麻设置了三个合法渠道：家庭种植、社交俱乐部和注册零售药店。2016 年 3 月，乌拉圭政府为想要销售大麻的药剂师开设了登记处。每位注册用户每人每月最多可在注册药店购买 40 克大麻（四氢大麻酚浓度最高为 15%）。除了通过药店销售外，法律允许每个住户登记种植最多六株大麻药草。大麻规范和管制研究所是乌拉圭负责监测和规范大麻生产和销售的实体，与药店协会签署了一项确定大麻销售条件的协议。乌拉圭警方官员的声明指出，大麻贩运仍未改变，有组织犯罪团伙在筹建零售药店体系期间获益。2016 年 9 月，也就是该法律颁布两年后，分销体系的关键部分仍然没有落实到位。

535. 麻管局再次希望提请所有政府注意，允许将大麻用于非医疗用途的措施违反了国

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 条及《1988 年公约》第 3 条第 1 (a) 款。麻管局还重申，受管制物质的使用仅限于医疗和科研用途，是一项基本原则，是国际药物管制法律框架的核心，没有例外。

536. 同样，麻管局希望提请所有政府注意其之前表达的立场，个人为医疗用途种植大麻与经修正的《1961 年公约》矛盾，因为除其他外，此举会加剧转移风险。所有医用大麻方案的制订和执行，必须得到相关国家的充分授权，按照《公约》第 23 条和第 28 条所载要求进行。

## 4. 种植、生产、制造和贩运

### (a) 麻醉药品

537. 该区域的大麻缉获量引起了人们对该区域非法大麻植物种植和大麻生产、消费及贩运的趋势的严重关切。在报告所述期间，南美洲提供了该洲各国不同大麻药草缉获量的信息。根据 2014 年进行的最近一次调查，乌拉圭报告称缉获了 1,457 吨大麻药草。巴拉圭、哥伦比亚、阿根廷和委内瑞拉玻利瓦尔共和国报告分别缉获了 510 吨、247 吨、206 吨和 26 吨大麻药草。

538. 2009 至 2014 年期间，哥伦比亚和巴拉圭被确认为非法药物市场销售的大麻药草的主要来源国。巴拉圭非法大麻植物种植面积估计为 2,783 公顷，每公顷估计能产 3,000 千克大麻。巴拉圭政府报告称，2015 年共铲除逾 1,210 万株大麻药草。

539. 南美洲实际上仍然是向世界吸毒市场供应可卡因的唯一供源。因此，南美洲仍然占全球可卡因缉获量的大部分。2014 年，哥伦比亚古柯树种植面积剧增，导致全球古柯树种植面积增加。



但据毒品和犯罪问题办公室称，多民族玻利维亚国减少了用于非法种植古柯树的面积。

540. 自 2014 年以来，哥伦比亚用于种植古柯树的总面积一直在增加，从当年的 69,000 公顷增至 2015 年的 96,000 公顷，增长了 39%，是 2013 年种植面积的两倍。据报告，对于和平进程谈判的预期可能提高了农民对将来替代发展方案收益的期望，这种预期加上主管部门在 2015 年停止喷洒草甘膦除草剂的铲除行动，对扩大非法种植起了促进作用，导致该国的古柯树种植几乎翻倍。据毒品和犯罪问题办公室称，2001-2014 年期间，哥伦比亚每年平均毁林 22,400 公顷，用于种植古柯树。毒品和犯罪问题办公室还报告称，卫星图像显示，所有三个古柯生产国（多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁）的国家公园均有持续的古柯树种植群。哥伦比亚的玛卡雷纳山、蒂尼瓜和洛斯卡乔斯国家公园是受影响最严重的保护区。

541. 事实证明，哥伦比亚和秘鲁的替代发展方案削弱了民众与武装团体和贩毒的联系，恢复了安全和对法治的尊重。据报告，2016 年 7 月，哥伦比亚政府和哥伦比亚革命武装部队在该国西北部的安提奥基亚省启动了作物替代试点方案。

542. 秘鲁将铲除古柯树和拦截活动与替代发展战略结合起来。在秘鲁圣马丁省，替代发展倡议包括用棕榈油、可可和咖啡生产在内的农林业替代古柯树种植。通过这一办法，秘鲁在 7.5% 的古柯树种植曾用地上实现了再造林，替代作物种植面积达到 650 公顷。替代作物种植活动涉及 350 个当地家庭。另有 687 个家庭参与了 1,315 公顷的农林业活动，包括咖啡和可可生产活动，产生了“公平贸易”并生产了有机产品。据秘鲁国家毒品委员会称，每年生产 58,000 公顷替代作物（咖啡、可可和菠萝）。委员会修建了 1,200 英里农村道路，以改善进入区域和全国市场的道路，自 2011 年以来，帮助 70,000 名农民获得了土地所有权。

543. 截至 2015 年 12 月 31 日，秘鲁古柯种植面积估计为 40,300 公顷，比 2014 年减少了 6%

（42,900 公顷），巩固了自 2011 年以来呈现的下降趋势（当年达到 62,500 公顷）。

544. 南美洲的罂粟非法种植程度远低于大麻药草和古柯树。2015 年，哥伦比亚缉获了 393 千克海洛因和 25 千克吗啡，其目的地是欧洲和美国市场，与上一年相比，海洛因缉获量有了增加，吗啡缉获量有了减少。

545. 据报告，薄弱的司法体系和缺乏对腐败和有组织犯罪的有效行动助长了该区域的贩运活动。多个政府报告，在南美洲活动的贩毒组织使用多种运送方法，以最大限度降低被查获的风险，包括通过海运、空运和邮政服务贩运和利用携毒者送货。

546. 多民族玻利维亚国的可卡因缉获量有所减少，从 2014 年的 22.3 吨降至 2015 年的 21.2 吨，创下了 2007 年以来的最低纪录。哥伦比亚仍然是世界上每年缉获可卡因最多的国家。随着 2014 年和 2015 年古柯树种植面积和可卡因可能产量持续大增，可卡因缉获量从 2014 年的 209 吨增至 2015 年的 252 吨。2016 年 4 月，哥伦比亚政府宣布将重新使用草甘膦除草剂，通过负责铲除的工作人员而不是航空器进行人工喷洒。

547. 虽然非法制造可卡因的活动主要发生在哥伦比亚、秘鲁和多民族玻利维亚国（按由降序排列），但加工古柯叶衍生物的秘密制药点也在这些国家以外的地方发现。阿根廷、巴西、智利和厄瓜多尔报告称查出了这种秘密制药点。据报告说，2015 年，多民族玻利维亚国和哥伦比亚捣毁了非法制造盐酸可卡因的制药窝点（分别为 73 个和 3,850 个）。

## (b) 精神药物

548. 根据政府提供的信息，2015 年，哥伦比亚、巴拉圭和乌拉圭缉获了苯丙胺类兴奋剂。2015 年，仅哥伦比亚就缉获了 121,579 粒“摇头丸”。

549. 关于非医疗使用药品和在无医学处方的情况下使用处方药物的信息仍然有限。麻管局愿鼓励各国加强努力，部署和提供全面的业务信息系统，以便系统地汇编关于该事项的信息，以期促进对该问题的程度和药物管制公约在这方面的运作情况进行监测和评估。

### (c) 前体

550. 和往年一样，2015 年，该区域各国政府继续报告缉获了受国际管制的化学品。缉获的大部分物质是列于《1988 年公约》附表二的物质，还报告不受管制前体物质的缉获量越来越多。在世界范围内，南美洲缉获的物质种类最多，这是因为在该区域各国受国家管制的物质种类很多。

551. 2015 年 12 月，秘鲁通过第 348-2105-EF 号最高法令将甲酸和乙酸正丙酯列为用于非法药物制造的受国家管制的化学物质。

552. 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 2016 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

553. 阿根廷、巴西、智利、哥伦比亚、厄瓜多尔和乌拉圭报告称，新型精神活性物质引起越来越多的关切。苯乙胺、合成大麻素、合成卡西酮、哌嗪和植物性物质构成新型精神活性物质的大多数。

## 5. 滥用和治疗

554. 古柯糊的滥用集中在南美洲，据美洲药物滥用管制委员会公布的报告称，滥用可卡因

的年流行率在继续增加，然而大麻仍是该区域最广泛使用的受管制物质。该委员会还指出，南美洲中学生滥用可卡因的年流行率高于北美洲、中美洲和加勒比地区，而所分析的各国也有滥用程度的重大差异。根据《2016 年世界毒品问题报告》，基于 2014 年的数字，整个南美洲的大麻使用年度流行率为 3.2%。滥用可卡因的年流行率为 1.5%，苯丙胺和处方兴奋剂为 0.9%，类阿片估计为 0.3%，“摇头丸”略低于 0.2%。

555. 总人口中使用大麻的年度流行率呈总体上扬态势。秘鲁的年流行率在 1998 年至 2010 年的涨幅微乎其微。在阿根廷，年流行率在 2004 至 2011 年期间增加了一倍。智利在 1994 至 2012 年出现了类似的涨幅。乌拉圭 2001 至 2011 年增加了五倍，是报告的最大涨幅。乌拉圭政府证实，使用大麻药草的年度滥用流行率仍居高不下（占成人人口的 9.3%）。

556. 美洲药物滥用管制委员会 2015 年报告显示，各国中学生大麻滥用流行率存在很大的差异。例如，厄瓜多尔、秘鲁和委内瑞拉玻利瓦尔共和国分别报告的年使用率均低于 3%，而智利报告的流行率为 28%。所有南美洲国家中学生使用大麻的现象都有增加，唯有秘鲁例外，2005 至 2012 年有小幅下降。对偶尔使用大麻涉及到的风险，各国的看法也大相径庭。

557. 南美洲上一年的可卡因使用流行率与北美洲相似，但北美洲大多使用可卡因的盐状，南美洲似乎更广泛使用的是其他状态的可卡因（碱糊状态）。此外，南美洲消费的一些碱基物质取自可卡因加工链的中间阶段，杂质含量仍然很高，因此，通常被视为更具有毒性，不太可能卖出高价。阿根廷总人口中的可卡因使用流行率在 2004 至 2011 年出现增加。智利、哥伦比亚和秘鲁保持稳定，这些年来仅有小幅波动。乌拉圭的流行率在 2001 至 2011

年期间从 0.2% 变为 1.9%，是南美洲最大的变幅。

558. 与北美洲、中美洲和加勒比区域相比，南美洲中学生的可卡因平均滥用率更高。该区域中学生可卡因使用的上一年流行率方面，阿根廷、智利和哥伦比亚较高，随后是巴西和乌拉圭。苏里南和委内瑞拉玻利瓦尔共和国的流行率最低。巴西、智利和乌拉圭中学生的可卡因率保持平稳，但有小幅上扬。秘鲁的情况相似，不过有被扭转的趋势。阿根廷 2001 至 2011 年出现了较大幅度的年流行率增长。以 2007 和 2013 年开展的研究为参照基础，圭亚那呈下降趋势。

559. 总人口中滥用古柯糊的情况并没有随时间呈现出明显的趋势。阿根廷、多民族玻利维亚国和智利是上年使用可卡因碱糊流行率最高的国家，比率从 0.8% 到 2.2%。过去 12 个月中总人口的可卡因碱糊滥用率为 0.04% 至 0.47%，智利、秘鲁和乌拉圭的比率最高。关于总人口使用情况的数据同样稀少，但可看出一些小的走势。阿根廷、哥伦比亚、秘鲁和乌拉圭都表现出相对稳定的人数。智利是 1994 至 2012 年期间呈下降趋势的唯一国家，从几乎 1% 降为 0.4%。

560. 关于有相关数据的南美洲国家中学生滥用古柯糊的趋势，稳定是一个始终不变的特点。只在有限程度上记录了中学生的年流行率，仅四个国家提供了可用来确定趋势的足够信息。阿根廷的古柯糊使用年流行率从 2001 年的 0.5% 增至 2005 年的 1.5%，此后在 2009 年降至约 1%，一直保持到 2011 年这一有可用数据的最近一年。秘鲁 2005 年至 2013 年的年度流行率相对稳定（分别为 0.8% 和约 1%）。乌拉圭同一人口组的古柯碱糊使用年流行率在 2003 年的 0.7% 和 2007 年的 1.1% 这一峰值之间波动，在 2007 至 2014 年降至 0.5%。智利的年流行率数字在 2001 至 2013 年期间保持了相对稳定，约为 2.3%。

561. 在“快克”可卡因滥用的年度流行率方面，阿根廷、巴西、智利和巴拉圭的流行率最低。关于中学生的“快克”可卡因滥用率，阿根廷、巴西、厄瓜多尔、苏里南和委内瑞拉玻利瓦尔共和国的年流行率最低（不到 0.5%）。

562. 2015 年，随着南美洲年轻人滥用合成毒品的情况不断增多，对这一问题的担忧也继续加重。该区域报告年轻人中滥用苯丙胺类兴奋剂的年流行率很高。根据智利提供的 2015 年最新信息，15 至 16 岁青年中有 2.6% 的人在过去 12 个月使用过“摇头丸”。阿根廷提供的 2014 年数字显示，同一年龄组的“摇头丸”使用年流行率为 1.6%。

563. 据美洲药物滥用管制委员会称，在该区域若干国家，即多民族玻利维亚国、智利、巴拉圭和苏里南，中学生上一年使用无医疗处方的镇定剂（不包括类阿片和止痛剂）的流行率高于 6%。阿根廷、哥伦比亚、厄瓜多尔、圭亚那和秘鲁的上一年流行率不到 3%。

564. 南美洲毒品市场出现了草本精神活性物质，这引发了人们的关切。过去，这些物质专门用于美洲土著人民的宗教仪式。但是，最近期调查提供的数据显示，有其他背景的年轻人出于各种目的滥用此类物质。最常报告的此类物质是墨西哥鼠尾草和卡塔叶。尤其在哥伦比亚，报告提到了致幻性蘑菇、死藤水和 cacao sabanero（精神活性成分是生物碱东莨菪碱）。据报告，在哥伦比亚，这些草本物质的使用要高于其他毒品的使用。<sup>62</sup> 南美洲的药物疗法主要涉及滥用可卡因，占该区域药物治疗方案参加个人总人数的将近一半。根据 2010 年关于阿根廷接受包括酒精和烟草成瘾治疗的患者的全国研究，38% 的人要求治疗可卡因成瘾。

<sup>62</sup>此处的“其他毒品”指的是致幻剂、“摇头丸”、氯胺酮、甲基苯丙胺和 4-溴-2,5-二甲氧基-4-溴苯乙胺 (2C-B)。



565. 据联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病规划署）称，在拉丁美洲和加勒比，逾 200 万人感染了艾滋病病毒，2015 年有 100,000 名新感染者。在巴西，发现需要加强艾滋病病毒自愿检测和咨询，包括针对吸毒者和存在艾滋病病毒感染风险的人群。为此，毒品和犯罪问题办公室与卫生部合作，支持在 Viva Melhor Sabendo（“了解真相，过得更好！”）倡议下与 38 个非政府组织开展的战略预防项目，以便在经常使用可卡因和“快客”可卡因的人群中开展艾滋病病毒预防、治疗和护理工作。同样在巴西，毒品和犯罪问题办公室还会同市级艾滋病方案，支持 De Braços Abertos（“敞开怀抱”）方案，截至 2015 年 12 月，该方案已惠及 1,300 多名“快客”可卡因使用者，其中近 10% 携带艾滋病病毒。该方案为他们提供就业机会和住房，并为其改善了保健服务获取途径。

566. 在阿根廷，为 60 多个卫生和社会护理服务提供者以及民间社会代表提供了培训，培训内容包括应对吸毒者的艾滋病病毒风险和易感性，提升保健服务供应商的认识，支持为吸毒者创建低门槛的社区艾滋病病毒服务。

## C. 亚洲

### 东亚和东南亚

#### 1. 主要动态

567. 阿片剂非法生产和贩运仍是该区域的主要关切，同时，罂粟非法种植继续增加。2015 年，缅甸用于非法种植罂粟的总面积连续第三年保持高位，共计约 55,500 公顷。老挝人民民主共和国报告的罂粟非法种植面积要少得多，但也相当大。在邻国过去几年缉获的阿片剂中，来自这些国家的比例持续增加。受该区域最大市场高额利润的驱动，中国和缅甸之间阿片和前体化学品双向贩运仍然存在。

568. 苯丙胺类兴奋剂制造、贩运和滥用进一步增加，特别是甲基苯丙胺成为该区域削减供需努力的最大障碍之一。东亚和东南亚大多数国家继续缉获大量甲基苯丙胺。来源国数量增加，贩运路线更加多样化，以及区域内连通的加强提升了对有效联合边界合作的需求。甲基苯丙胺滥用进一步增加的问题日趋棘手，因为大多数国家仍缺乏相关治疗能力和设施。

569. 新型精神活性物质的市场继续扩大，加剧了本区域重大公共卫生关切。最近的趋势是将新型精神活性物质与 MDMA 等苯丙胺类兴奋剂混合，对保健服务提供者和药物管制部门构成严重挑战。犯罪组织很可能继续采取措施逃避现有管制，因为大多数国家的现有立法仍不适合解决新型精神活性物质的出现和不断多样化。

#### 2. 区域合作

570. 本区域的合作层面很广泛。部长们参加了于 2015 年 10 月 29 日在马来西亚兰卡威举行的第四届东南亚国家联盟（东盟）毒品问题部长级会议，欢迎将会议制度化，使之成为东盟政治——安全共同体下的机构，并批准东盟立场声明，其中重申了东盟承诺针对毒品采取零容忍办法以实现无毒品的东盟区域的愿望，采用全面和平衡的药物管制办法的重要性，以及支持国际药物管制公约。

571. 由毒品和犯罪问题办公室全球综合监测：分析、报告和趋势方案与中国国家禁毒委员会联合组织的第七屆全球综合监测：分析、报告和趋势方案区域讲习班包括了关于非管制药物（合成药物和氯胺酮）生产、滥用和贩运趋势的讨论。还讨论了互联网助长的贩运等新趋势。

572. 2015 年 10 月 19 日至 22 日在曼谷举行了第三十九次亚洲和太平洋国家禁毒执法机构负

责人会议，使执法官员能够就更快速的区域药物管制一体化带来的挑战交流看法。会上讨论了促进执法、边界管理和联合行动方面区域合作的措施。

573. 2016年2月在东京举行了第二十一届亚洲和太平洋禁毒法执法业务会议，此次会议由日本国家警察厅组织，汇集了来自本区域的官员，非洲、欧洲和美洲的官员也首次与会，因为禁毒事务逐渐成为各区域交织的问题。

574. 2016年7月，来自南亚、东亚和太平洋的国家主管部门参加了麻管局培训讲习班。来自19个政府的专家接受了关于三项国际药物管制公约技术报告要求以及使用和应用麻管局新工具的培训，包括国际进出口系统(I2ES)和网上出口前通知。在讲习班上审议了获取用于医疗和科学用途的麻醉药品和精神药物的主要障碍，强调了执行对政府的建议以促进获取和使用这些药物和物质。

575. 来自大湄公河次区域六国（柬埔寨、中国、老挝人民民主共和国、缅甸、泰国和越南）的高级官员于2016年5月举行会议，商定通过一项行动计划来协调和整合其药物管制努力。与会国重申迫切需要邻国参与，并呼吁采用平衡办法执行融合了执法、刑事司法、替代发展和卫生响应的行动计划。

576. 作为本区域努力向以社区为基础的治疗办法过渡的一部分，九个国家（柬埔寨、中国、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、马来西亚、缅甸、菲律宾、泰国和越南）的高级代表参加了2015年9月21日至23日在马尼拉举行的第三次强制戒毒中心区域协商。起草了加快实现对药物滥用者的循证预防、治疗和支持服务的路线图。代表们通过了关于向以社区为基础的药物滥用者自愿治疗服务过渡的建议，围绕以下三个行动支柱：(a) 制

订国家过渡计划；(b) 审查限制自愿获得以社区为基础的治疗方案的国家政策；以及(c) 开展能力建设，以提供包括治疗在内的自愿服务。

### 3. 国家立法、政策和行动

577. 菲律宾于2015年9月发布了建立以社区为基础的药物滥用者治疗和护理中心指导手册，标志着建立以社区为基础的三级预防设施工作迈出了第一步。

578. 麻管局注意到，有报告称菲律宾发生针对涉嫌非法贩毒或药物滥用的人的暴力和谋杀行为，自2016年7月以来这些行为可能受到政府成员的鼓励或纵容。麻管局发表了一份声明，呼吁菲律宾政府立即明确谴责针对涉嫌非法贩毒或药物滥用的嫌疑人的法外行为，立即停止这种行为，并确保在充分遵守正当程序和法治的情况下依法惩处这些行为。麻管局希望再次提请各国政府注意，据称为毒品管制目的而采取的法外行动从根本上违反了三项国际药物管制公约的规定和目标，根据这些公约，所有行动都应符合正当法律程序。

579. 东亚和东南亚的一些国家继续对毒品相关犯罪实施死刑；麻管局希望提请各国政府注意其在2014年3月和2016年8月发布的关于该议题的声明，并重申呼吁所有对毒品相关犯罪保留死刑的国家对已宣判的死刑判决适用减刑，并考虑废除对毒品相关犯罪的死刑处罚。

580. 作为区域应对持续出现的新型精神活性物质的措施，国家立法在2015年继续得到修正或修改以扩大对这类物质的管制范围。中国香港在2015年11月修正了《危险药物法令》(第134章)中对合成大麻素的定义，以扩大其范围。同时，继麻醉药品委员会决定将25B-NBOMe (2C-B-NBOMe) 列入《1971年公约》

附表一之后，NBOMe 化合物也首次被列入该法令附表一。

581. 继中国在 2015 年 10 月将 116 种新型精神活性物质列入附表之后，<sup>63</sup> 新加坡中央肃毒局 2016 年 5 月将 20 种新型精神活性物质和一个色胺通式基团列入《药物濫用法》附表一。在此之前它们已被列入该法律附表五。继麻醉药品委员会决定将 MT-45 列入经《1972 年议定书》修订的《1961 年麻醉品单一公约》附表一以及将对甲基甲米雷司 (4,4'-DMAR) 列入《1971 年公约》附表二后，MT-45 和 4,4'-DMAR 这两种新物质也被列入《药物濫用法》附表一。作为限制新型精神活性物质流通的先发制措施，四种新型物质（甲基 2-[[1-（环己基甲基）吡啶-3-羟基] 氨基]-3,3-二甲基丁酸 (MDMB-CHMICA)、THJ-018、NM-2201 和 5F-NNE1）被列入《药物濫用法》附表五。

582. 中国的《刑法》也进行了一些修正，以加强前体管制的法律基础并防止非法制造和贩运前体化学品。具体而言，2015 年 11 月生效的《中华人民共和国刑法修正案(九)》对《刑法》第三百五十条进行了修正，以列入非法生产前体化学品罪和非法贩运前体化学品罪。这意味着将对这些犯罪适用更严厉的处罚。

583. 老挝人民民主共和国政府于 2015 年 11 月起草了“2016 至 2020 年国家药物管制总计划”，缅甸、菲律宾和泰国在 2014 年通过了类似的国家计划。该计划为政府在药物管制方面的努力提供了重要框架，强调了以下九项内容作为指导原则：扩大循证决策；促进综合替代发展；减少与吸毒有关的伤害；预防吸毒；战略性执法；有效地将吸毒非刑事化；管制前体并加强法医实验室；加强合作并发展能力。现在更加强调协调和整合国内所有相关利益攸关方的工作，以实现更加有针对性的干预和更高的效率。

<sup>63</sup> E/INCB/2015/1, 第 502 段。

584. 在日本，2016 年 6 月 18 日“关于中止执行对吸毒罪犯罪人部分判决的法案”生效。该法案规定确保吸毒罪犯罪人享有一个康复期以替代监禁。根据该法案，当犯罪人因吸毒被判处三年及以下服劳役或不服劳役的监禁，可选择中止执行部分判决。中止期间为一至五年，在此期间吸毒犯罪人为缓刑期内，并将获得包括从事社区服务在内的康复服务。

585. 2015 年，中国主管部门分发了《全国社区戒毒和康复工作规划（2016-2020 年）》。该规划概述了将为地方政府提供的支助和援助，以使药物濫用者在戒毒和康复之后重返社会，重点关注提高其就业能力和执行社会保险政策。

## 4. 种植、生产、制造和贩运

### (a) 麻醉药品

586. 非法罂粟种植仍集中在老挝人民民主共和国和缅甸，特别是缅甸的掸邦，并且未显示减弱迹象。2015 年，缅甸非法罂粟种植总面积估计为 55,500 公顷：全球全部非法罂粟种植的五分之一在缅甸，该国仍是世界第二大阿片生产国。2006 年，非法种植面积减少至 25,000 公顷以下，此后逐年增加，到 2013 年稳定在当前水平。同时，老挝人民民主共和国记录的非法种植面积较小（5,700 公顷）但很显著。2015 年，这两个国家的阿片总产量估计为 800 吨，仍然是本区域主要供应地和大洋洲和南亚的重要供应地。然而，这种增长势头的持续使得十年来取得的积极成果面临逆转风险。

587. 过去几年的区域缉获数据显示，从老挝人民民主共和国和缅甸贩运的阿片剂数量增加。本区域缉获的海洛因数量在海洛因缉获总量中的比例反映了这一增加。2008 年至 2014 年，东亚和东南亚海洛因和吗啡缉获量增加了



一倍多，从 5.7 吨增至 13 吨。2008 年，源于阿富汗和巴基斯坦或从这两个国家发出的阿片剂占东南亚和大洋洲缉获的阿片剂的 30% 以上，2014 年仅占 10%。若以中国为侧重点，则这种趋势可能更加明显，在中国缉获的海洛因中，源自阿富汗的比例从 2010 年的 30% 降至 2014 年和 2015 年的不到 10%：缉获的大多数海洛因源自老挝人民民主共和国、缅甸和越南。

588. 中国作为本区域最大的海洛因市场和化学品生产国，继续受到贩运入境的海洛因的影响，同时中国也是走私至邻国的前体化学品的来源。缅甸制造的大部分海洛因通过陆路边界贩运至中国云南省，大量前体化学品（主要是乙酸酐）从中国走私至缅甸用于生产阿片剂。2015 年，这种双向贩运继续发生，中国共缉获约 8.8 吨海洛因（大多源自老挝人民民主共和国和缅甸），缅甸缉获了来自中国的 260 升乙酸酐。2015 年，缅甸、新加坡和中国香港报告称缉获的海洛因总量略有减少。

589. 东亚和东南亚的一些国家继续存在非法大麻草种植。下列国家报告称最近根除了非法种植的室外大麻药草：印度尼西亚（122 公顷）、菲律宾（28 公顷）、缅甸（15 公顷）和越南（2 公顷）。最新的缉获数据表明，本区域的贩运量仍然相当多。2015 年，印度尼西亚缉获大麻药草约 29 吨。2015 年，中国共缉获 8.7 吨大麻药草，远多于往年：2010 年至 2014 年年均缉获约 3.7 吨。柬埔寨和新加坡也报告称，缉获的大麻总量比上一年略微增加。2015 年，日本缉获的大麻药草的总量约 100 千克，与上一年相比保持稳定。

590. 长期以来，在东亚和东南亚各国贩运的可卡因数量相当少。但是，随着各区域毒品市场更加连通，在本区域内缉获的可卡因数量增多，表明其流行度提升。亚洲缉获的可卡因总量从 1998 年至 2008 年的年均 0.45 吨增

至 2009 年至 2014 年的年均 1.5 吨。东亚和东南亚占到增量的半数以上。2015 年，一些国家报告了相当多的缉获量。例如，中国香港缉获约 200 千克可卡因。2015 年 5 月，越南主管部门在一次集装箱检查中缉获 31 千克可卡因，是该国历史上缉获可卡因数量最多的一次。

### (b) 精神药物

591. 本区域苯丙胺类兴奋剂，特别是苯丙胺贩运继续增加。2009 年至 2014 年，本区域缉获的甲基苯丙胺数量几乎翻了两番，证明了这一趋势。令人担忧的是，2015 年这一上升势头继续：中国当年缉获近 36.6 吨甲基苯丙胺，比 2014 年增加了 35%。缅甸缉获的甲基苯丙胺数量也显著增加，2015 年缉获近 2.3 吨，远多于上一年。类似的，印度尼西亚主管部门 2015 年缉获的甲基苯丙胺数量（4.4 吨）是 2014 年缉获量（1.1 吨）的四倍。

592. 大韩民国执法官员还注意到，自 2009 年以来，甲基苯丙胺的来源变得多样化。包括加纳、肯尼亚、马里和南非等非洲国家被确认为进入该国的甲基苯丙胺的可能来源国。例如，2012 年至 2013 年，约 4 千克结晶甲基苯丙胺从肯尼亚贩运至大韩民国，2011 年和 2013 年，各有 4 千克甲基苯丙胺确认来自马里。

593. 大规模制造和贩运纯度高于甲基苯丙胺丸剂的结晶甲基苯丙胺继续对本区域各国构成严重挑战。例如，尽管中国多年来致力于拆除大量秘密制造结晶甲基苯丙胺的窝点，但在 2015 年该国观察到的结晶甲基苯丙胺制造继续增加。2015 年，中国共披露了近 500 起非法制造案例，比上一年增加 17.2%。缅甸主管部门也注意到该国存在大量制造结晶甲基苯丙胺的迹象。

594. 若以把甲基苯丙胺丸剂确认为最常滥用药物的国家为侧重点, 则尤其能看出本区域结晶甲基苯丙胺流行程度不断提高。例如, 2015 年泰国继续报告缉获结晶甲基苯丙胺。受更高利润率的驱动, 老挝人民民主共和国也报告称结晶甲基苯丙胺的可获性增加, 特别是在万象、主要旅游目的地和南部省份。

595. 毒品和犯罪问题办公室估计, 2014 年, 本区域共缉获约 2.44 亿甲基苯丙胺片。缅甸报告称, 2015 年 7 月的一次缉获行动中中共缉获近 2,670 万甲基苯丙胺片, 是单次缉获量最多的一次。泰国主管部门称, 贩运至该国的大多数甲基苯丙胺片产自缅甸, 不过 2015 年的总缉获量略减。相比而言, 湄公河区域以外缉获的甲基苯丙胺片数量很少, 例如新加坡 (142 片)。

596. 东亚和东南亚报告称, 近年来“摇头丸”种类和替代品数量增加, 这可能是对制造该物质的主要前体的管制力度加大造成的。本区域各地 (文莱达鲁萨兰国、中国香港 (包括新型精神活性物质)、印度尼西亚 (包括新型精神活性物质)、中国澳门、马来西亚、大韩民国、新加坡 (包括新型精神活性物质) 和泰国) 报告称, 缉获的“摇头丸”仅含少量或不含 MDMA, 然而主要是非控制物质的混杂品。2015 年, 菲律宾和印度尼西亚各缉获约 3,000 片和 2,000 片“摇头丸”类药物。同年, 中国也报告缉获近 200 千克“摇头丸”类药物。

### (c) 前体

597. 随着罂粟种植和对苯丙胺类兴奋剂需求持续增加, 非法制造和贩运前体化学品至本区域的情况继续存在。正如本区域的执法部门经常指出的, 制造海洛因和苯丙胺类兴奋剂所需的大量化学品 (分别为乙酸酐和麻黄碱及伪麻黄碱) 从中国和印度贩运至多个国家。

2014 年, 柬埔寨主管部门缉获大量麻黄碱和其他前体化学品。2015 年, 中国破获了 500 多起非法制造毒品前体案件, 缉获近 1,600 吨前体。

598. 本区域内存在相当规模的化学品制造业, 增加了前体化学品从合法渠道流入非法制造和贩运的风险。据中国主管部门称, 近几年在该国不同地区形成了涉及非法制造和贩运前体化学品的产业链。此外, 自 2012 年以来, 利用未列入附表的前体化学品替代受国际管制的前体化学品, 即利用 2-溴苯丙酮替代麻黄碱复合制剂和麻黄植物, 也给有效的前体管制造成重大挑战。

599. 随着连接中国、印度和东盟地区的经济融合更加紧密、供应链更加复杂, 寻求将前体化学品转移至非法渠道的有组织犯罪集团可能会利用与增强的相互关联性有关的机会。对遏制本区域前体化学品非法制造和贩运来说, 化学品企业和执法机关之间及时交流实时情报以及所有相关主管部门之间共享信息具有重大意义。

600. 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 2016 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

601. 2012 年以来, 东亚和东南亚国家的氯胺酮贩运主导了全球氯胺酮缉获趋势。本区域缉获的氯胺酮总量从 2012 年的 6 吨增至 2014 年的 12 吨, 几乎占氯胺酮全球缉获量的全部。特别是, 中国缉获的氯胺酮数量翻了两番多, 从 2012 年的 4.7 吨增至 2015 年的 19.6 吨。中国香港近期的情报显示, 氯胺酮通过小批量形式走私以逃避检查, 并尽可能减少阻截造成的经济损失。此外, 该区域

制造和滥用氯胺酮的迹象也令人忧虑。近些年来，中国每年捣毁约 100 个氯胺酮制毒窝点，2015 年破获了近 200 起氯胺酮制造案件，比 2014 年增加 12.4%。2016 年 8 月，马来西亚捣毁了首个秘密氯胺酮制毒窝点，同时缉获了 269 千克液体和结晶氯胺酮。据《2016 年世界毒品问题报告》说，一些专家认为，氯胺酮的非医疗使用现象在东亚和东南亚有所增加。

602. 本区域新型精神活性物质的制造和贩运仍然存在，有时在苯丙胺类兴奋剂俗称的掩盖下销售。新加坡缉获的新型精神活性物质明显增加，从 2014 年的 470 片增至 2015 年的 3,000 多片。中国被认为是新型精神活性物质的主要制造国之一，自 2015 年 10 月以来采取了更严格的管制手段并将 116 种新型精神活性物质列入附表，此后还是发现了许多新的合成大麻素、卡西酮、苯乙胺和哌嗪。主管部门还报告，新型精神活性物质的制造和贩运最近正从长江三角洲向该国其他地区扩散。2015 年，中国香港报告缉获的合成卡西酮数量显著增加，同时，世界各地新确认的属于该族的物质数量激增。

603. 本区域继续报告属于卡塔叶（阿拉伯茶）类和卡痛叶（美丽帽柱木）类的植物性精神活性物质的贩运和存在，前者是源自东非和阿拉伯半岛的本地植物。2016 年中期，越南报告了两次缉获来自东非的卡痛叶，共计 4.4 吨。2014 年，中国和印度尼西亚报告存在属于卡塔叶类的三种植物性精神活性物质。同时，印度尼西亚和泰国报告存在属于卡痛叶类的三种植物性精神活性物质。

## 5. 滥用和治疗

604. 虽然全球苯丙胺类兴奋剂滥用的趋势保持稳定，但东亚和东南亚报告滥用的情况增多。有多个国家报告称苯丙胺类兴奋剂既是最常滥

用的药物又是新使用者使用的主要药物即表明了这一点。但是，必须谨慎解读这些数据，直到最近，仍缺乏本区域总人口中吸毒流行率的可靠数据，并且以苯丙胺类兴奋剂代名销售的新型精神活性物质不断出现使情况更加复杂。麻管局鼓励本区域国家进一步加强药物滥用数据收集和分析工作。

605. 东亚和东南亚苯丙胺类药物及处方兴奋剂的年度使用流行率 2014 年 (0.57%) 低于世界平均值 (0.8%)。估计该区域 2014 年滥用苯丙胺类药物和处方兴奋剂的人数略多于 900 万，占滥用苯丙胺类药物和处方兴奋剂全球总人数 (3,500 万) 的约四分之一。

606. 在本区域各地，甲基苯丙胺的两种主要形式（结晶甲基苯丙胺和甲基苯丙胺丸剂）的主导地位略有不同。作为湄公河区域以外受到关注的主要药物，结晶甲基苯丙胺是文莱达鲁萨兰国、印度尼西亚、日本、菲律宾和大韩民国最常被滥用的药物。甲基苯丙胺丸剂是柬埔寨、老挝人民民主共和国和泰国最常被滥用的药物。

607. 尽管甲基苯丙胺在一些国家不是最广泛滥用的药物，但已发现，其在本区域的滥用率正在上升。据《2016 年世界毒品问题报告》说，柬埔寨、中国、马来西亚和越南的专家认为，2014 年，结晶甲基苯丙胺和甲基苯丙胺丸剂的滥用流行率均有增加。缅甸和菲律宾的结晶甲基苯丙胺和甲基苯丙胺丸剂滥用流行率也有所增加。2015 年，甲基苯丙胺超过海洛因，成为新加坡最常被滥用的药物。同时，苯丙胺类兴奋剂是中国 70% 以上新登记吸毒者使用的主要毒品。

608. 2014 年，在文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、菲律宾、新加坡和泰国，接受甲基苯丙胺滥用治疗的人占接受药物滥用治疗的人的大多数。鉴于治疗甲基苯丙胺成瘾的困难，老挝人民民



主共和国等一些国家，该药物使用率增加使有限的治疗设施承受压力。

609. 东亚和东南亚的一些国家报告了注射苯丙胺类兴奋剂的趋势。在柬埔寨，大多数注射吸毒的人滥用结晶甲基苯丙胺或甲基苯丙胺丸剂。在泰国，一项在 650 名以注射形式滥用药物的自报艾滋病毒阳性携带者中开展的研究显示，日常甲基苯丙胺使用涉及注射器共用。

610. 2014 年东亚和东南亚阿片剂年度使用流行率 (0.21%) 低于全球水平 (0.37%)。2014 年，本区域估计有 330 多万人滥用阿片剂，占全球滥用阿片剂人口 (1,740 万人) 的近五分之一。阿片剂被认为是马来西亚、缅甸和越南关注的主要毒品，中国、印度尼西亚、老挝人民民主共和国和泰国发现有大量阿片剂滥用者。2015 年中国登记的海洛因滥用者约 150 万人，比上一年略有增加，但是在该国登记的吸毒者总数中占比减少。这显示出海洛因流行率有所降低，但甲基苯丙胺类兴奋剂的登记使用者表现出了与此相逆的走势。

611. 东亚和东南亚估计有 315 万人注射吸毒，仍然是注射吸毒人口最多的区域，约占全球注射吸毒总人数的四分之一。在本区域一些国家，注射吸毒者中艾滋病毒流行率增加引发了公共卫生危机。因此，应扩大相关干预和治疗措施，并提供给目标群体，特别是在柬埔寨、印度尼西亚、缅甸和菲律宾，2015 年这些地方吸毒人群中的艾滋病毒流行率估计是区域平均水平 (10.5%) 的两倍以上。

612. 中国政府投入相当多的资源用于向吸毒成瘾者提供以社区为基础的戒毒治疗和康复服务。2015 年，主管部门评选了 37 个以社区为基础的戒毒治疗和康复全国示范单位和 51 个全国示范点。近 230,000 人接受了以社区为基础的戒毒治疗和康复服务，另有 91,000 人被纳入了戒毒康复方案。

## 南亚

### 1. 主要动态

613. 2015 年，南亚依然格外易受阿片剂和海洛因贩运活动的影响。该区域仍然存在大麻、合成毒品和新型精神活性物质的贩运活动。此外，该区域仍然存在甲基苯丙胺剂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以及含麻醉药品和精神药物药剂被滥用等问题。不丹于 2015 年开始使用丁丙诺啡治疗类阿片依赖。

### 2. 区域合作

614. 2016 年 7 月 1 日，在科伦坡举办了“亚洲及太平洋合作经济及社会发展科伦坡计划”六十五周年纪念活动。《科伦坡计划》自推出以来为该区域各国提供了若干项服务和方案。该计划的药物咨询方案尤其致力于解决该区域日益严重的毒品问题，并促进区域合作，以在药物滥用和药物管制、减少毒品需求、前体化学品管制、边境保护、药剂滥用和贩运以及法医学药物分析方面进行能力建设。

615. 2016 年 2 月至 12 月期间，印度担任金砖国家禁毒工作组主席，其成员国包括巴西、中国、俄罗斯联邦和南非。该工作组讨论了与贩毒有关的各种问题，包括前体化学品转移、新型精神活性物质、海上贩毒、麻醉品恐怖主义及贩毒所得洗白问题，旨在促进参与国之间在解决此类问题方面加强合作。

616. 2015 年 11 月 24 日，印度麻醉品管制局和新加坡中央麻醉药品局签署了一份谅解备忘录，旨在促进并加强合作，以打击麻醉药品、精神药物及其前体的贩运活动。

617. 《科伦坡计划》成瘾问题专业人员认证与教育国际中心与“科伦坡计划”药物咨询方案

一道，为该区域各国培训师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11月和2016年2月，该区域的戒毒治疗从业人员接受了关于儿童吸毒疾患治疗方案的培训。

618. 为了促进孟加拉国、不丹、印度、尼泊尔、马尔代夫和斯里兰卡之间收集、分析和分享与贩毒和其他形式跨国有组织犯罪有关的信息，并提高该区域执法机构之间的机构间区域合作水平，毒品和犯罪问题办公室继续协助设立南亚打击跨国有组织犯罪区域情报和协调中心。为设立该中心，该办公室组织了两次专家组会议，该区域的重要政府对口部门讨论拟议备选方案。

### 3. 国家立法、政策和行动

619. 为提高禁毒执法人员和金融机构打击与毒品有关的犯罪及洗钱活动的的能力，不丹推出了计算机辅助培训。2015年11月，来自不丹的22名执法人员参加了由毒品和犯罪问题办公室组织的、在印度费尔达巴德市举办的首次电子学习培训班。

620. 2016年6月，根据麻醉药品委员会关于将AH-7921列入《经修正的1961年公约》附表一的第58/3号决定，印度政府通过2016年《麻醉药品和精神药物(修正)规则》，也将AH-7921置于1985年《麻醉药品和精神药物法》规定的国家管制之下。

621. 2016年，印度麻醉品中心局建立了受管制物质在线注册系统，并规定制造、销售、分销、持有或消费麻醉药品、精神药物及常用于制造麻醉药品和精神药物的前体化学品的所有相关者必须在该系统上登记。

622. 2015年，不丹颁布了不丹禁毒法修订版“2015年麻醉药品、精神药物和药物滥用法”。该法取代了2005年法律，在强调减少供求的同时解决药物滥用所涉健康问题。该法还通过设定可视为供个人使用的基准，对吸毒者和贩毒者做出明确区分。

623. 为改进机场安全，防止非法使用机场进行包括贩运毒品和前体在内的跨国有组织犯罪活动，马尔代夫、尼泊尔和斯里兰卡加入了毒品和犯罪问题办公室空运货物方案（全球集装箱管制方案的一项内容）。

## 4. 种植、生产、制造和贩运

### (a) 麻醉药品

624. 印度麻醉品管制局报告了2015年缉获各类毒品的案件数量如下：大麻（8,130例）、海洛因（3,931例）和大麻脂（2,295例）。大麻缉获次数增加47%，但缉获总量有了减少。报告称印度2015年非法种植大麻药草逾313公顷。执法机关正在所有被查明的种植大麻的地区开展铲除行动。大麻是印度最广泛滥用的药物之一。将大麻从尼泊尔贩运到印度仍然是一项主要关切。

625. 孟加拉国受到跨越与印度和缅甸的边界的贩毒活动的影响。孟加拉国也有非法生产和消费大麻的历史，大麻仍然是该国主要的滥用药物。大麻缉获总量从2014年的35吨增至2015年的41吨。

626. 有报告称尼泊尔西部和中部高地有非法种植的大麻和野生大麻。尽管政府每年都开展铲除大麻运动，但非法种植活动在报告所述期间仍在继续。大麻跨越共同边境被贩运到印度。尼泊尔报告称2015年缉获了逾6.6吨大麻，略低于2014年缉获的6.9吨。

627. 不丹报告称在全国各地开展了铲除大麻药草行动。在一些地区，向农民提供了种植经济作物的援助，以为他们提供种植大麻药草的替代办法。

628. 大麻和海洛因是斯里兰卡主要的滥用药物。该国存在大麻药草非法种植活动，大麻滥用已成为一个重大问题。2016年上半年，缉获了约99千克大麻和3千克大麻脂，大麻缉获量相当于2015年同期的缉获量。

629. 2015 年, 印度的大麻脂缉获量比上一年增加 46.8% (从 2014 年缉获的 2.28 吨增至 3.3 吨)。除国内生产的大麻脂外, 还有从尼泊尔贩运到印度的大麻脂。同年, 源于尼泊尔的大麻脂占印度缉获的该药物总量的 21.9%。

630. 印度缉获的海洛因数量略有增长, 从 2014 年报告的 1.37 吨增至 2015 年的略低于 1.42 吨。旁遮普邦与巴基斯坦交界, 印度缉获的绝大部分东南亚海洛因是在该邦缉获的。印度麻醉品管制局确认, 贩运海洛因的一个主要趋势是, 从东南亚贩运到印度, 再到斯里兰卡、马尔代夫和西欧国家。

631. 2016 年, 贩运到斯里兰卡的海洛因总量在继续增长。2016 年上半年的缉获数据显示, 上半年的缉获总量与上一年同期相比骤然增长。斯里兰卡警察缉毒局报告称, 2016 年 1 月至 6 月共缉获了 134 千克海洛因, 而 2015 年同期仅缉获了 18 千克。

632. 该区域其他国家的海洛因贩运活动也呈类似的增长趋势。孟加拉国的海洛因缉获量增加了 29.5%, 从 2014 年的 84.3 千克增至 2015 年的 108.7 千克。在尼泊尔, 2014 年缉获了 3.8 千克海洛因, 2015 年缉获了 6.4 千克。

633. 印度麻醉品管制局指出, 鸦片的缉获量从 2014 年的 1.77 吨减至 2015 年的 1.69 吨, 虽然报告称缉获次数有了增加。旁遮普邦报告了最大的鸦片缉获量 (420 千克)。2015 年, 印度缉获了 61 千克吗啡, 而 2014 年缉获了 25 千克。2015 年, 麻醉品管制局查获并销毁了约 1,401 公顷非法种植的罌粟。

634. 孟加拉国缉获的含可待因制剂也有了增加。2015 年, 孟加拉国缉获了 860,429 瓶含可待因的制剂, 比 2014 年缉获的 748,730 瓶增加了 15%。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到孟加拉国。2015 年缉获的可注射制剂骤减至 86,172 安瓿, 略低于 2014 年缉获的 178,889 安瓿的一半。

635. 虽然南亚的可卡因贩运活动非常有限, 但印度每年的缉获量在过去几年均有增加。印度缉获的可卡因总量从 2014 年的约 15 千克增至 2015 年的 113 千克。2016 年上半年, 斯里兰卡缉获了 1.7 千克可卡因。2015 年, 孟加拉国缉获了 5.7 千克可卡因, 该国自 2009 年以来首次报告缉获了可卡因。尼泊尔在 2014 年和 2015 年分别缉获了 5.5 千克和 11 千克可卡因。

636. 尼泊尔现在正成为国际贩毒活动的中转平台, 经由空运和陆路运往世界非法药物市场。2015 年, 尼泊尔主管部门以贩毒罪逮捕了 2,636 人, 而 2014 年逮捕了 2,918 人。尼泊尔麻醉品管制局称, 2015 年缉获了 9.8 千克鸦片, 而 2014 年缉获了 34 千克。

637. 在不丹, 持有和贩运受管制物质案件数量从 2014 年的 370 例减至 2015 年的 296 例。不丹麻醉品管制局将案件减少归因于检查力度加大、实施提高认识方案以及加重处罚所产生的威慑作用。

## (b) 精神药物

638. 制造和滥用苯丙胺类兴奋剂继续给该区域带来挑战。印度麻醉品管制局报告称, 有些地方, 特别是马哈拉施特拉邦和古吉拉特邦曾数次试图建立制造苯丙胺类兴奋剂的秘密窝点, 但这些企图都被麻醉品管制局成功制止。2015 年, 印度共缉获 166 千克苯丙胺类兴奋剂, 略低于 2014 年的缉获总量 (196 千克)。2015 年, 麻醉品管制局报告捣毁了一处非法制造点, 并从中缉获了 14 千克甲基苯丙胺。此外, 2015 年, 印度执法机构捣毁了一家非法网上药店, 并缉获了 14,310 片含重达约 277 千克精神药物的片剂。

639. 印度的甲喹酮缉获量从 2014 年的 54 千克增至 2015 年的 89 千克。自 2015 年对甲氧麻黄酮实施国家管制之后, 印度当年缉获了 1.27 吨甲氧麻黄酮。2016 年 11 月, 财税情报总局



在拉贾斯坦邦的一个秘密生产点缉获了 23.5 吨甲喹酮。这不但是印度而且也是全世界最大的甲喹酮缉获量之一。

640. “yaba”（甲基苯丙胺）片剂从缅甸跨越东南部边境走私进入孟加拉国的活动仍在继续。孟加拉国执法机构的缉获量在迅速增加。2016 年 1 月，孟加拉国警方在本国规模最大的单次缉毒行动中缉获了 280 万片甲基苯丙胺，价值估计为 1,050 万美元。2015 年“yaba”片剂的缉获量（2,000 万片）是 2014 年缉获量（650 万片）的三倍多。

641. 尼泊尔麻醉品管制局称，精神药物的贩运和滥用在继续加剧。2015 年，尼泊尔缉获了 25,056 安甬地西洋和 18,950 安甬丁丙诺啡。

### (c) 前体

642. 自 2013 年以来，印度的麻黄碱和伪麻黄碱缉获量在继续减少。然而，打击将合法制造的麻黄碱和伪麻黄碱转移到非法渠道的行为，依然是该国执法机构面临的一项重大挑战。2015 年，在印缅边境缉获了大量含麻黄碱片和伪麻黄碱的片剂，这些片剂可能被走私到缅甸，用于提取制造苯丙胺类兴奋剂的物质。

643. 关于南亚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 2016 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

644. 印度依然是贩运至东南亚的氯胺酮的来源国之一。此外，印度还有利用快递包裹服务从印度向南非和联合王国贩运氯胺酮的情形。2015 年，印度缉获了约 211.6 千克氯胺酮，同上一年的缉获量（约 20.4 千克）相比有了显著增加。

645. 考虑到缉获的新型精神活性物质被查明源于该区域内部，麻管局鼓励该区域各国政府参加麻管局的 ION 项目和 ION 项目事件通信系统 (IONICS)，该系统有便于共享涉及新型精神活性物质的事件信息。

## 5. 滥用和治疗

646. 2016 年 7 月，印度社会正义和赋权部与全印度医学研究所全国药物依赖性治疗中心合作，开展了一项调查，以汇编国家和邦一级的吸毒者估计人数。这项长达两年的调查将摸清面向药物依赖者的治疗和康复服务的存在情况，并确认服务供应方面的差距。上次这类调查是在 2001 年进行的，2004 年公布了数据。2015 年在旁遮普邦开展的类阿片依赖性调查显示，在该邦 2,800 万人口中，共有 230,000 名类阿片依赖者和 860,000 名类阿片使用者，多数为男性。

647. 2016 年 4 月 12 日，马尔代夫政府请有兴趣的国内外相关方提交关于在 Kaafu Hinmafushi 开办戒毒康复与治疗中心的建议书。该中心是马尔代夫唯一一家戒毒康复中心。每年约 250 名患者在该中心住院并接受治疗，该中心采用基于社区的治疗型戒毒模式。

648. 斯里兰卡国家危险药物管制委员会报告称，2015 年共有 1,482 名吸毒者在治疗设施中接受治疗服务。大麻和海洛因仍然是在斯里兰卡最常被吸食的两种毒品。统计数字也计入了接受治疗的酗酒者和吸烟者人数。2015 年，接受治疗的吸毒者比 2014 年减少了 10%。在报告的吸毒者中，58% 在政府设施中接受治疗，21% 参加监狱戒毒治疗和康复方案，还有 14% 接受非政府组织的援助。治疗中心的患者几乎全是男性（占 99%）。

649. 2015 年，共有 9,987 名患者在孟加拉国私营医疗中心接受治疗，与 2014 年的 10,364 名患者相比有了减少。大多数患者（32%）患者

报告称，大麻是其主要的滥用药品，其次是“yaba”（甲基苯丙胺）（20.6% 且在增加）和海洛因（20.1% 且在减少）。“yaba”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。丁丙诺啡是注射吸毒者最常滥用的药物之一。许多海洛因使用者转用丁丙诺啡，因为后者既便宜又易获取。

650. 在尼泊尔，含可待因的止咳剂、丁丙诺啡、地西洋、硝西洋和吗啡是最常滥用的含受管制物质的药剂。

651. 斯里兰卡国家危险药物管制委员会要求制订研究计划，以在 2016-2017 年期间开展全国普遍性调查，估算国内吸毒者人数。2016 年 5 月，国家危险药物管制委员会与毒品和犯罪问题办公室合作，组织了一次专家组会议，评估含麻醉药品和精神药物的药剂在斯里兰卡的滥用情况。

652. 不丹报告称，该国多数吸毒者是年轻人，他们主要依赖大麻和右旋丙氧芬、硝西洋、地西洋及含可待因的止咳剂等医药制品。2015 年，不丹为类阿片使用者推出了利用丁丙诺啡的药物疗法。为保障治疗顺利实施，毒品和犯罪问题办公室还在护士和医生能力建设及培训方面提供了便利。此外，不丹还推出了治疗中心认证准则。

## 西亚

### 1. 主要动态

653. 西亚的药物管制形势继续受到阿富汗阿片剂市场的严重影响，特别是，用阿富汗非法种植的罂粟制造的阿片剂供应稳定，通过该区域转运至世界各地的市场。源自阿富汗的所有三大阿片剂跨区域交易路线均经过西亚（北线，

经中亚国家运往俄罗斯联邦；巴尔干线，经伊朗伊斯兰共和国和土耳其运往欧洲；以及南线，经巴基斯坦运往除拉丁美洲外的世界所有区域），因而该区域药物管制工作的有效性继续对全球非法阿片剂市场产生重大影响。

654. 位于全球主要毒品贩运路线沿线的西亚各国因所处地理位置而涉及到的各种药物管制挑战，仍然是复杂和多层面的。进展仍有赖于本区域应对更广泛和互相关联的发展和刑事司法挑战的能力，诸如腐败、恐怖主义和持续政治不稳定，这些在该区域部分地方导致政府无法有效控制重要地区。伊拉克、阿拉伯叙利亚共和国和也门旷日持久的武装冲突，大规模移民流动和定居在位于约旦、黎巴嫩和土耳其的庇护所和难民营的难民人口越来越多，以及受影响人群的脆弱性使局势进一步恶化，给该区域主管部门的药物管制工作带来更大的挑战。

655. 该区域另外一个关切问题是广泛供应和使用被当作“芬乃他林”销售的假药片。<sup>64</sup> 媒体和传闻报道均认为，参与西亚各地肆虐的武装冲突的恐怖分子和作战人员广泛使用“芬乃他林”药丸，目的是使其比较亢奋，参与暴力行为，并延长其保持警醒的能力，持续作战而无需休息。但是，迄今为止，几乎没有可用的可靠信息证实该化学品的来源以及用于制造这些苯丙胺类化合物的合成过程，包括化学合成这些物质的制毒点的位置。

656. 在该区域出现了自最近几年开始发展的一种新现象，在阿富汗发现了多个甲基苯丙胺生产点，而根据麻管局掌握的资料，这种现象正变得越来越普遍，特别是自 2016 年初以来。近期对非法加工点的突袭行动显示，存在设备

<sup>64</sup>“芬乃他林”原本是包含合成兴奋剂药物“芬乙茶碱”的一种药物制剂的正式商品名。在西亚各地缉获的毒品中发现的和本报告提及的称为“芬乃他林”的物质是一种假药，被压制成与正品芬乃他林外观类似但又不同的药丸或药片。假冒“芬乃他林”的活性成分是苯丙胺，通常加入了多种掺杂料，例如咖啡因和其他物质。

和前体化学品被用于非法制造甲基苯丙胺的现象，而过去几年，甲基苯丙胺一般是在境外制成后进入该国的。此外，阿富汗是世界第二大非法生产大麻树脂的产地和世界最大的非法生产阿片产地，目前看来还面临着与非法制造甲基苯丙胺有关的药物管制挑战。这一新动态的范围和规模及其对区域甲基苯丙胺市场的意义有待观察。

657. 麻管局关切地注意到阿富汗快速恶化的安全和安保局势及其对主管部门监控源自该国的非法药物供应的能力造成的影响。同时，麻管局注意到，国际社会继续向阿富汗提供支助的意愿似乎在降低，特别是在药物管制领域。麻管局确认，阿富汗药物管制形势取得任何改进的可能，与充分解决更广泛的发展和刑事司法挑战密不可分，并告诫说，要实现可持续发展，就必须同时采取行动打击毒品、洗钱和腐败。在这方面，麻管局呼吁伙伴国政府和国际社会持续支持阿富汗的禁毒努力，本着共同和共担责任应对世界毒品问题的精神，以确保从该国撤出国际支助造成的潜在真空不会导致犯罪或恐怖主义势力乘虚而入。

## 2. 区域合作

658. 根据现有的和新的双边和多边协议（其中的一些协议是在报告所述期间缔结的），在西亚继续开展区域一级合作。此外，基于中亚和高加索、海湾和中东国家间的次区域联系，还存在多种区域合作倡议和进程。其他合作集中在相邻国家集团的共同关切问题方面，基于需要解决阿富汗毒品市场所致威胁的许多倡议一样，也具有全球层面。

659. 中亚区域信息和协调中心是打击贩运麻醉药品、精神药物及其前体的常设政府间机构，继续充当交流打击毒品贩运和促进执法合作方面信息和良好做法的区域平台。关于特定贩运路线，去年的活动主要围绕协调中亚区域信息

和协调中心参与国（阿塞拜疆、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、俄罗斯联邦、塔吉克斯坦、土库曼斯坦和乌兹别克斯坦）以及澳大利亚和中国之间的若干联合行动展开。2015年11月的一项具体成果是，哈萨克斯坦和塔吉克斯坦国家主管部门在中亚信息和协调中心主持下开展的一次控制下交付，由此在哈萨克斯坦缉获近40千克据称来自阿富汗的大麻。

660. 2016年5月30日，在吉尔吉斯斯坦伊塞克湖举行的第四届三方部长级会议上，阿富汗、吉尔吉斯斯坦和塔吉克斯坦倡议成员通过了一份部长宣言。宣言强调有必要就药物管制事项开展区域合作和能力建设，特别是在海关和边界管制方面。参加国同意支持设立边界联络处，为阿富汗和塔吉克斯坦之间的这类联络处制订标准操作程序，并起草一份谅解备忘录以形成边界之间业务信息共享和今后协调行动的基础。

661. 在2016年6月在塔什干举行的上海合作组织年度峰会上，印度和巴基斯坦签署“义务备忘录”，正式被接纳为该组织成员，该组织当前成员包括中国、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、俄罗斯联邦、塔吉克斯坦和乌兹别克斯坦。此文书被视为是获得正式会员资格前的最后一步，印巴两国预计将在2017年正式入会。自2006年以来，上海合作组织将贩毒作为成员国之间开展更紧密合作的优先领域之一。

662. 2016年10月5日，阿富汗政府和欧洲联盟共同主持了“阿富汗问题布鲁塞尔会议”。此次会议是召开的一系列部长级会议的一部分，旨在在整个所谓“转型十年”（2015-2024年）期内支持阿富汗发展议程取得进展。布鲁塞尔会议重申通过了题为“和平与繁荣伙伴关系”的公报，重申各参加国和国际组织致力于加强合作，争取实现阿富汗的自力更生。各方国际伙伴还认捐提供152亿美元，用以支持阿富汗在该国政府于会议上提出的“全国和平与发展框架”和“通过相互问责框架实现自力更生”



的基础上，实现 2017-2020 年期间的优先发展任务。该次会议在“和平、安全与区域合作”的标题下进一步强调，需要继续努力和采用持续和综合办法减少麻醉药品和前体的生产和贩运，以及对有药物滥用疾患的人开展治疗和康复活动，包括通过执行阿富汗“国家禁毒行动计划”开展这类活动。

### 3. 国家立法、政策和行动

663. 2015 年 10 月，阿富汗政府通过了 2015-2019 年新的“国家禁毒行动计划”，在 2015 年 12 月于维也纳举行的高级别会议期间向国际社会介绍了该计划。该计划的主要目标是减少罂粟种植以及阿片剂生产和贩运，降低对非法药物的需求并更多地为用户提供治疗。此外，2015 年，禁毒部启动了阿富汗毒品报告系统，这个互动网络系统用于收集与麻醉品有关的数据。该系统综合了来自官方认证来源的所有关于阿富汗的毒品相关数据，是此类别首个综合全国性数据库。

664. 亚美尼亚政府用 2016 年方案补充其“2014 年国家打击吸毒上瘾和麻醉药品非法贩运战略”，其中列出了推动实现该战略以下三个实质性部分各项目标方行动：*(a)* 吸毒上瘾的初期预防；*(b)* 预防非法贩运麻醉药品、精神药物及其前体；以及 *(c)* 向使用麻醉药物或精神药物的人员提供医疗、社会和心理关爱服务。专门论述“战略”预期成果和供资以及“战略”执行情况监测和评价的章节对这些行动做了补充。

665. 在报告所述期间，约旦将属于 JWH 组的六种合成大麻素列入国家管制，包括目前不受国际管制的 JWH-018 和五种物质。2015 年，以色列将目前不受国际管制的九种新型精神活性物质列入国家管制。

666. 格鲁吉亚报告称，2015 年减轻了对持有毒品的刑事处罚，之前的惩罚与分销毒品相同。在

实践中，据称，格鲁吉亚法院在单纯持有毒品的案件中已开始采用其他办法来替代监禁。还建立了国家毒品监控中心以收集和分析关于毒品形势的数据，为用于制订该国药物政策的循证办法奠定了基础。

667. 在本报告所述期间，黎巴嫩对其刑法典进行了大量修正，以改进针对金融犯罪的对策。这些修正案预计将通过采取更有效的行动打击非法资金流动影响该国应对毒品相关犯罪的能力。除其他外，修正案引入将洗钱作为一项单立罪行的概念，不以相关上游犯罪的定罪为前提；罚金可达所洗资产价值的两倍；扩大可被视为犯罪收益的概念；扩大对国家领土以外犯下相关罪行的法律适用范围；以及扩大特别调查委员会的任务授权，修正案进一步规定了该委员会的任务。

668. “2016-2020 年阿曼国家禁毒战略”按照其反映多部门和多学科办法的目标做了更新，以纳入更多利益攸关方，包括执法领域的立法和执行措施以及重点关注提高普通人群认识的强大预防部分。

669. 巴勒斯坦国在 2015 年通过一项总统令，进一步确定了巴勒斯坦警方禁毒部的任务授权，包括制订涉及毒品贩运、种植和制造的预防犯罪计划；通过开展更多国际和区域合作收集和交换关于毒品贩运案件的信息；以及继续对毒品制造商、贩运商和贩运嫌疑人及吸毒者进行登记和监测。

670. 土耳其近期扩大了新型精神活性物质的定义，纳入了类属（相对于具体药物）定义，除此之外，还修订了“刑法典”，将合成大麻素及其衍生物补充列入可适用更高惩罚的物质名单。在报告所述期间，另有 29 种物质被列入国家管制。还修订了“刑法典”第 191 条，将在学校、宿舍、医院、营房或礼拜场所销售任何类型的毒品或兴奋剂视为加重判刑情节。土耳其还更新了国家禁毒基础设施，赋予土耳其

其国家警察局内的原禁毒部门以完全正式部门的地位。

671. 2015年11月,乌兹别克斯坦通过部长会议第330号法令修订了关于进口、出口和转运麻醉药品、精神药物和前体化学品的第293号法。通过此次修订促成的改变包括简化涉及麻醉药品和精神药物的进出口授权认可程序,将约80种药物,主要是新型精神活性物质,纳入国家禁用物质名单。

## 4. 种植、生产、制造和贩运

### (a) 麻醉药品

672. 西亚,特别是阿富汗,仍是非法生产阿片剂的主要来源。在报告所述期间,作为一个区域,西亚也是世界阿片剂缉获量最多的区域。在三条既有的阿片剂贩运路线中,途经伊朗伊斯兰共和国和土耳其抵达欧洲主要市场的巴尔干路线仍是最重要的路线。但是,近期报告显示,其他路线的重要性也在增加。土耳其注意到逐渐兴起的第二条巴尔干路线,除了巴尔干路线传统沿线的国家外,还包括伊拉克和阿拉伯叙利亚共和国。同时,利用伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦作为分销中心向世界几乎所有区域的市场供货的南线正变得越来越重要。甚至传统上使用频率最低的北线,即经由与阿富汗相邻的中亚国家抵达俄罗斯联邦和独立国家联合体其他国家的路线,在2008-2012年衰退之后,最新有迹象显示使用频率增加。

673. 十多年来,阿富汗一直是世界最大的非法生产阿片的产地,不过,“2015年阿富汗阿片调查”报告称,罂粟种植和估计产量明显下降。2016年的数字确认,没有什么理由可以感到乐观,因为实际上关于该国阿片产量的全部调查指标都显示出产量的增多,说明2015年看到的发展实际上都倒退回去了。

674. 据“2016年阿富汗阿片调查”的内容提要说,与2015年相比,2016年阿富汗罂粟非法种植的估计总面积增加了10%,达到201,000公顷。这在1994年开始这种估算以来的最大面积中排列第三。该国所有地区都出现了罂粟非法种植估计面积的增加,仅有南部除外,那里的种植水平仍然最高,远远超过其他地区,与2015年相比,据认为保持了稳定。换言之,据报告的情况看,该国2016年没有任何地区减少了种植。

675. 赫尔曼德省2016年仍旧是阿富汗罂粟非法种植的主要省份。巴德吉斯省的罂粟非法种植面积2015-2016年期间增加了184%。在阿富汗的34个省中,无罂粟省份从2015年的14个降为2016年的13个。

676. 2016年,阿片可能产量和平均收成估计数都大为增加(可能产量估计数2015年是3,300吨,2016年是4,800吨;平均收成估计数2015年是每公顷18.3千克,2016年是每公顷23.8千克),分别提高了43%和30%。2016年可能产量上升的主要原因是产出的提高,与2015年相比,产出没有受到缺水、作物病虫害或其他不利条件的影响。同时,估计数有可能估计不足,因为出于安全原因有的种植大省没被列入收成调查的范围。可能产量的增加无一例外地影响到了阿富汗的所有地区,北部地区的安全局势在2016年严重恶化,而增幅也最为显著,估计高达286%。

677. 经核实的全国范围内由省长领导的铲除非法罂粟活动减少了91%,意味着与2015年相比,2016年已几乎全部停顿。据报告,2016年阿富汗总共铲除了355公顷罂粟,与罂粟非法种植的估计总面积相比,这一数字微不足道。

678. 虽然在起草本报告时无法获得“2016年阿富汗阿片调查”所附社会经济分析结果,

但 2016 年 3 月公布的与 2015 年调查结果有关的数据进一步解释了可能推动 2015 年罂粟非法种植和阿片产量减少的因素。2015 年阿片农场交货价值（与 2014 年相比下降了 33%，是 2009 年以来的最低水平）和每公顷阿片总收入（与 2014 年相比下降了 18%，是 2002 年以来的最低水平）大幅下降，加上过去四年罂粟产出中等偏下，均对该国罂粟非法种植和生产阿片的范围造成了严重影响。2015 年，除了导致直接减少每公顷产出的不利气候条件外，阿片的价值和收入降低促使许多农民因低收益放弃种植罂粟。值得注意的是，2015 年，在不再种植罂粟的农民中，12% 的人报告称用大麻替代了阿片。但是，调查结果还显示，农民普遍难以进入市场销售替代产品，包括销售在 2015 年作为主要替代作物的小麦，这可能是其依赖非法作物种植的更重要因素，而不是因为从这类作物中可获利的水平。

679. 2015 年，黎巴嫩和乌兹别克斯坦也报告国内存在罂粟种植现象，黎巴嫩的种植地区集中在贝卡谷地附近，政府来源称，此地也非法种植大麻。2015 年，乌兹别克斯坦报告称开展了一些铲除（罂粟和大麻药草）努力，而黎巴嫩政府未开展这类努力。塔吉克斯坦报告称 2015 年缉获了超过 4.5 吨麻醉药品，其中超过 1.5 吨是海洛因和其他阿片剂。沙特阿拉伯注意到，通过个人在衣服或肠道中携带纯海洛因穿越边境，仍有海洛因被贩运至该国，之后被掺杂各类稀释品，因此确认国内存在严重的海洛因掺假问题。

680. 大麻是全世界生产、贩运和消费最为广泛的毒品。西亚仍广泛种植大麻草。世界五大大麻树脂生产国有三个位于西亚，即阿富汗、黎巴嫩和巴基斯坦。这三个国家主要供应近东和中东市场，2014 年在这些地方缉获的大麻树脂占全球缉获量的 25%（主要在阿富汗、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦）。2015 年，沙特阿拉伯报告缉获大量大麻树脂，共计将近 3 吨大麻。

681. 毒品和犯罪问题办公室最新的估计数字显示，亚洲的可卡因缉获量虽然在绝对值上仍较少，但在过去十年增加了两倍，亚洲约 50% 的缉获量是在中东次区域缉获的。由拉丁美洲进入西亚的可卡因最常被提及的最终目的地是以色列。除亚美尼亚外，没有中亚和高加索地区可卡因缉获量的可用数据，亚美尼亚报告缉获 26 千克可卡因。

682. 在报告所述期间，本区域国家开展了若干跨境行动。例如，塔吉克斯坦在 2015 年与阿富汗和中亚邻国及俄罗斯联邦开展了 25 次联合行动，共缉获超过 950 千克麻醉药品和精神药物。

## (b) 精神药物

683. 西亚国家，特别是中东和海湾次区域国家，仍然被当作贩运甲基苯丙胺的主要转运点。相比之下，这些地区既是苯丙胺转运点也是来源国和目的地国，这反映了当前甲基苯丙胺贩运大致上是区域内模式。

684. 该区域在精神药物方面的一项重大挑战仍然是假冒“芬乃他林”片的供应，这种药物仍被大量缉获，特别是在海湾和中东次区域国家。2015 年，黎巴嫩和土耳其主管部门报告称各缉获了超过 1,500 万片“芬乃他林”。2016 年，缉获“芬乃他林”依然是该区域各地媒体的头条新闻，例如在约旦，在 2016 年 4 月 10 日内的两次缉获行动中，分别缉获超过 450 万和超过 350 万片“芬乃他林”，2016 年 9 月的一次缉获行动共缉获超过 1,300 万片“芬乃他林”，这是该国有记录的最大缉获量。黎巴嫩主管部门也发现涉及“芬乃他林”的贩运案件和该国制造该药物的秘密加工点数量增多，这可能是由于邻国阿拉伯叙利亚共和国的持续冲突摧毁了生产设施。报告缉获大量“芬乃他林”的其他国家包括沙特阿拉伯，据称，食品或建筑材料被用来藏匿利用卡车和客车走私的药片。



685. 根据提供给麻管局的资料, 2015 年, 阿曼政府主管部门登记了超过 3,000 例与毒品有关的缉获行动, 但其中均不涉及“芬乃他林”。

686. 该区域少数国家报告称缉获了“芬乃他林”以外的精神药物, 诸如地西洋或劳拉西洋(例如, 亚美尼亚报告)。但是, 土耳其报告称缉获大量 MDMA 或“摇头丸”类药物, 2015 年的缉获量超过 550 万片, 以及缉获了致幻剂。

### (c) 前体

687. 鉴于西亚区域大量非法生产多种麻醉药品和精神药物, 该区域仍是经合法贸易转移前体化学品的目标地, 例如醋酸酐(用于制造海洛因)、麻黄碱、伪麻黄碱、1-苯基-2-丙酮(P-2-P)、苯乙酸(用于制造苯丙胺类兴奋剂)等。

688. 关于醋酸酐的缉获情况, 阿富汗近年来缉获量呈下降趋势, 自 2011 年来, 每年减少近一半。据称, 该药物继续从邻国伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦进入该国, 2015 和 2016 年, 这两个国家继续开展临时大规模缉获行动。但是, 整体来看, 该区域的醋酸酐缉获量持续下降, 可能是因为国内转移增加, 或是因为贩运者可能开始利用非列表物质代替醋酸酐作为非法制造海洛因的关键成分。

689. 迄今为止, 关于制造“芬乃他林”所用的前体化学品的合成工艺流程、场所和来源的信息缺乏, 据称芬乃他林来自黎巴嫩和阿拉伯叙利亚共和国。但是, 黎巴嫩报告称在 2015 年缉获了约 16 吨苯乙酸, 主管部门怀疑可能计划用于制造“芬乃他林”。

690. 在此背景下, 2016 年 10 月启动了麻管局棱晶项目的有时限行动, 名为“缺失的环节”, 目的是填补关于以下方面的资料空白: 用于非法制造“芬乃他林”片的表列化学品和非表列化学品的类型和来源、它们如何流入秘密制毒点、参与其中的贩运组织及其之间的任何联系。麻管局将在 2017 年年度报告中报告此项行动的结果。

691. 近期另一项受到关切的动态是, 阿富汗主管部门在该国非法加工点越来越多地查获到了甲基苯丙胺前体, 表明阿富汗可能正成为甲基苯丙胺的生产地而不仅是目的地国。关于西亚前体管制状况的更多详细信息见麻管局 2016 年关于《1988 年公约》第十二条执行情况的报告。<sup>65</sup>

692. 麻管局敦促该区域所有相关的利益攸关方增加国家执法主管部门之间毒品相关情报的交流, 包括利用麻管局为此目的开发的电子工具如前体事件通信系统, 以及通过相关区域情报中心, 如中亚信息和协调中心, 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阿拉伯国家合作委员会禁毒刑事信息中心等。

### (d) 不受国际管制的物质

693. 卡塔叶(阿拉伯茶)等植物性精神活性物质仍被广泛用于西亚部分地区, 例如在阿曼、沙特阿拉伯和土耳其。但是, 尽管全球一级每年新出现的合成新型精神活性物质的数量持续增加, 但 2008 至 2015 年期间在西亚国家发现的此类物质相对较少。2015 年, 吉尔吉斯斯坦报告称其领土内首次出现了新型精神活性物质, 迄今为止尚没有有关东南亚(包括阿富汗、伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦)大部分地区的数据。2015 年, 土耳其是少数几个报告缉获大量合成大麻素(超过 500 千克)的国家之一。

694. 有迹象显示, 该区域继续大规模滥用处方药物。曲马多是西亚数个国家关切的一种物质, 这是一种合成的类阿片, 认为是在亚美尼亚、黎巴嫩(从埃及进口)、约旦、阿曼(据称从中国和埃及进口)、卡塔尔、土耳其、土库曼斯坦和沙特阿拉伯滥用的一种物质。据报告, 2015 年, 约旦主管部门开展的一次行动缉获了数量相当多的曲马多, 共计 142,000 安瓿。这是约旦自 2015 年 9 月加入世界海关组织 - 毒品和犯罪问题办公

<sup>65</sup> E/INCB/2016/4。

室集装箱管制方案以来开展的一系列缉获假冒和贩运商品行动之一。2016 年 3 月，麻管局获得的信息称，德黑兰伊玛目霍梅尼国际机场的海关部门缉获了源自印度的 100 万片曲马多。这些药品被不实地申报为“广告和展览物”。

695. 在沙特阿拉伯，一种具有抗痉挛功能的药品普瑞巴林被广泛用于治疗癫痫、神经痛和焦虑，最近由于被学生滥用而被列入国家管制。沙特阿拉伯、阿拉伯叙利亚共和国和土耳其也报告称缉获了大量未具体说明的“被转移处方药”。

## 5. 滥用和治疗

696. 该区域若干国家正努力改进关于药物滥用和治疗措施的系统性数据收集工作，但是，仍然难以对治疗服务的可用性和对这类服务的需求进行实际评估。对巴勒斯坦国药物使用程度和模式的综合状况评估预计将在 2016 年底完成，可借此更新上次于 2006 年在当地收集的基线数据，这一点很宝贵。

697. 根据可用数据，大麻、类阿片和苯丙胺类兴奋剂是西亚最常使用的物质。在阿富汗，药物滥用现象持续增多，最新估计数字显示，目前影响约 12.6% 的成人人口（即每 3 户家庭中就有 1 户）。这一数字比全球吸毒率高一倍，据估计全球吸毒率略高于 5%。类阿片仍然是阿富汗最常使用的药物，总人口中滥用率估计为 4.9%，成人中滥用率估计为 8.5%。

698. 2015 年，沙特阿拉伯报告称出现了新的药物使用趋势，即年轻人注射（而不是吸食）甲基苯丙胺。这一发现是基于吉达（位于该国西部）一家医院的急诊和门诊治疗部门提供的信息。同时，来自该国东部省份药物滥用者治疗登记和其他登记册的数据显示，有超过 1,000 名问题药物使用者（在沙特阿拉伯，指的是通过注射滥用药物的人和日常滥用药物的人）使用苯丙胺类兴奋剂，比使用类阿片的问题药物使用者报告人数

（约 450 人）的两倍还多。在该国接受药物滥用相关治疗的人中，因使用苯丙胺类兴奋剂而接受治疗的人数也是最多的（超过一半）。2015 年，在同一地理区域，记录了 5,200 次非致命的药物相关急诊治疗，与药物有关的死亡事件保持稳定，全部与使用类阿片有关。

699. 关于过量用药致死，已掌握的西亚数据反映了全球趋势，与药物有关的死亡大部分是滥用类阿片造成的。2015 年，该区域大部分报告药物相关死亡案例的国家（包括沙特阿拉伯、阿拉伯叙利亚共和国和阿拉伯联合酋长国）将类阿片（主要是海洛因）作为药物相关死亡的原因。在减少药物相关死亡率的努力中，格鲁吉亚消除了药物滥用者寻求医疗援助的一个重大障碍，该国不再要求医疗人员向执法部门通报过量用药案例。

700. 据估计，土耳其有超过 200,000 人需要接受药物滥用治疗。2015 年，土耳其报告称，住院治疗甲基苯丙胺成瘾的人数增加，合成大麻素使用者门诊治疗量保持稳定。虽然没有报告药物滥用的总流行率数据，土耳其注意到，通过注射药物（主要涉及海洛因）的总人数略微下降，苯丙胺类兴奋剂、安定剂和兴奋剂以及含有类阿片的药品的使用率略微上升。以注射方式滥用药物的人群中最流行的疾病是丙型肝炎（2015 年土耳其接受门诊治疗的人中，接近 40% 的人感染丙肝）。土耳其因过量用药致死导致的全部药物相关死亡事件中，超过半数涉及使用多种毒品，涉及使用类阿片药物相关的死亡数字与此相同，全部案例中近三分之一涉及苯丙胺类兴奋剂和/或大麻。

## D. 欧洲

### 1. 主要动态

701. 非法药物市场仍然是威胁欧洲国家安全的主要因素之一。据欧洲麻醉品和麻醉品成瘾

监测中心估计，全球近五分之一犯罪所得是由非法药物交易产生的。每年，仅欧洲联盟公民在非法药物方面的开支就达到 210 亿至 310 亿欧元。过去几年非法药物市场上出现的快速变化可能在一定程度上归因于全球化和技术发展。当今市场的特点是，所涉犯罪团伙的组织和技术复杂性、相互关联性和专业性在不断提高。这些非法药物市场不仅和其他犯罪活动相关，而且给政府机构造成压力，给合法经营和社会带来不利影响。大麻是欧洲使用最广泛的非法药物，据估计，在过去一年里欧洲约有 2,700 万成年人使用过大麻。

702. 据估计，2014 年欧洲使用可卡因的年流行率约为 15-64 岁人口的 0.7%，大约只有 400 万人。然而，在这背后是各国之间和各次区域之间存在着巨大差异：2014 年，东欧和东南欧的年流行率约为同一人口组的 0.2%（约 50 万人），而西欧和中欧为 1.1%（约 350 万人）。

703. 欧洲滥用的阿片剂主要产自阿富汗，经过两条主要路线贩运到欧洲，即巴尔干路线和北方路线。巴尔干路线经由伊朗伊斯兰共和国和土耳其，再经东南欧和中欧国家，这一路线仍然是一条主要贩运路线，特别是海洛因的主要贩运路线。据报告，过去几年经北方路线（即从阿富汗到中亚国家再到俄罗斯联邦）贩运的阿片剂在不断增多。

704. 据估计，在过去一年里，整个欧洲有 240 万人使用过苯丙胺或甲基苯丙胺。在欧洲联盟国家，滥用主要的合成兴奋剂（苯丙胺、甲基苯丙胺和 MDMA）情况总体上略高于可卡因。欧洲联盟成员国对强效“摇头丸”产品的供应和使用甲基苯丙胺不断加剧表示关切。欧洲联盟滥用新型合成类阿片情况也在不断增加。

705. 截止 2016 年 5 月，欧洲联盟预警系统共识别了 560 多种新型精神活性物质，2015 年首次报告了 100 种新型精神活性物质。欧洲主管

部门关切的是，随着这些药物的供应能力增强，相关的健康风险和依赖问题也将更加严重。

706. 2016 年 8 月，欧盟委员会提出了一项对欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心创始章程的修正案，以便于在欧洲应对新型精神活性物质时采取更为迅速和有效的行动。提案尤其着眼于通过加快数据收集和评估流程进一步强化欧洲联盟关于新型精神活性物质的预警系统和风险评估。该项提案是欧洲议会和欧盟理事会 2013 年 9 月所达成协议的一部分，目标是为谈判应对新型精神活性物质的立法修正草案提供便利。

## 2. 区域合作

707. 欧洲联盟加强了成员国之间及与一些第三国和其他区域的合作。横向毒品工作队是欧洲联盟理事会的一个工作组，领导理事会关于减少毒品供需领域的立法和一般政策工作。开展工作的重点是，协调、国际合作以及研究、检测和评价。该工作组与欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心和欧洲警察局等欧盟机构、一些国际组织以及非欧盟成员国国家开展合作。

708. 摩纳哥在 2016 年成为了欧洲理事会欧洲打击麻醉品滥用和非法贩运合作小组（蓬皮杜小组）的第 38 个成员国。麻管局注意到，蓬皮杜小组为发表欧洲学校酒精和其他药物调查项目的 2015 年报告提供了支持。该报告是根据 35 个欧洲国家近 100,000 名学生提供的信息编写的，其中 24 个国家是欧盟成员国。2016 年月，36 个国家和 11 个国际组织的专家参加了蓬皮杜小组组织的航空港小组年度会议，讨论了应对各种机场挑战，包括涉航欺诈、风险分析及控制下交付的务实解决办法。

709. 2016 年 2 月，欧盟委员会介绍了“Cocair 5 行动”成果，这是一项得到约 30 个非洲、拉丁美洲和加勒比国家支持的国际打击贩毒行动。



该行动是在欧盟委员会应对伙伴国家有组织犯罪的主要工具之一，即“促进稳定与和平工具”共同资助的机场通信项目下开展的，最终缴获了大量非法毒品（特别是可卡因）以及弹药和现钞。

710. 日本和俄罗斯联邦与毒品和犯罪问题办公室合作，继续合作为阿富汗缉毒官员提供专门的培训课程。2016 年，作为五周年标志的三边倡议扩展至包括向中亚国家提供培训，推动阿富汗与其邻国加强合作。

711. 2016 年，按照东南欧次区域各国政府在毒品和犯罪问题办公室协助下制订的 2016-2019 年东南欧区域方案，东南欧各国政府继续开展各项药物管制活动。

### 3. 国家立法、政策和行动

712. 2015 年 11 月，欧盟委员会向欧洲议会和欧洲联盟理事会提交执行“欧洲联盟的药物战略”和“2013-2016 年禁毒行动计划”进展情况报告。除其他外，该报告展示了欧洲联盟成员国的一些最佳做法，包括英格兰戒毒治疗快速通道，藉此通道有 98% 的人在转诊三个星期内便开始接受治疗；德国联邦刑事警察局下设专门工作组，以解决通过互联网贩毒情况加剧的问题；以及作为国家药物政策主要协调机构的斯洛伐克政府药物政策委员会中增设非政府组织代表。

713. 2015-2016 年，包括捷克、芬兰、匈牙利、立陶宛、荷兰、挪威、瑞典和英国在内的若干欧洲国家制订了新的药物管制战略、政策和（或）禁毒行动计划。例如，2015 年 11 月，荷兰政府制订了新的预防吸毒政策，除其他外，旨在改变年轻人对夜生活场所中吸毒普遍存在的宽容观点。

714. 2015 年 12 月，罗马尼亚议会通过了第 318/2015 号法律，设立向司法部汇报工作的国

家被扣押资产管理局。该局的任务是促进追踪和确认实施刑事犯罪所得、可能将被刑事扣押或刑事没收的资产，以及在国家一级对执行资产追回刑事政策进行协调、评价和监测。

715. 在英国，2016 年“精神活性物质法案”成为法律，将明知使用会产生精神活性效果而蓄意供应任何精神活性物质的生产、供应或持有定为刑事犯罪。虽然单纯持有此类物质并不构成犯罪，但是，在收容机构内持有此类物质构成犯罪。

716. 2016 年 4 月 5 日，俄罗斯联邦发布了第 156 号总统令，旨在改进管制麻醉品、精神药物及其前体贩运领域的公共管理。根据该总统令，俄罗斯联邦药物管制局成为国家内务部的一个部门。总统令规定内务部仍然是负责制订和执行内部事务领域国家政策和规范性法律条例以及管制麻醉品、精神药物及其前体贩运唯一的联邦执行机关。一份载有向内政部移交权力之后有必要进行法律修正的法律草案已经提交给俄罗斯联邦国家杜马，预计将在 2016 年底通过。

717. 2016 年 7 月 1 日，俄罗斯联邦政府批准了关于提高用于医疗用途的麻醉品和精神药物供应能力的第 1403-r 号令，该命令行动计划的主要规定有：扩大用于缓解疼痛的麻醉制剂的范围，包括用于儿童治疗；优化对含麻醉品和精神药物的制剂的需求的估算过程；提高缓解疼痛的供应能力和质量，包括通过开具医药制剂处方的简化程序；以及协调管制贩运麻醉品和精神药物方面的法律法规。

718. 在过去三十年里，西欧一直在运行受到监督的“药物消费机构”，这些机构可以在受过医学培训的工作人员监督下将药物用于非医用目的。这种设施的主要目的是，减少疾病通过不卫生注射进行传播的严重风险、防止与毒品有关的过量死亡以及使高风险吸毒者能联系上毒瘾治疗及其他健康和社会服务。截止 2016 年

2月，丹麦、德国、卢森堡、荷兰、挪威、西班牙和瑞士共运行了74个这种官方“药物消费机构”。

719. 2016年3月，法国政府发布了第72号政令，试批准在国内建立“用药室”，最长期限为六年。该政令是在2016年1月法国宪法委员会拟议建立“用药室”的决定之后通过的，该决定以减少吸毒相关风险并引导吸毒者结束吸毒为目的，而且是在机构内吸毒者和专业人员的刑事豁免权有限的情况下作出的。符合《法国宪法》的规定。

720. 关于“用药室”，麻管局希望重申它一再表示的关切：必须满足某些条件，以使此类设施的运作符合国际毒品公约的规定。这些条件主要有：此类措施是要通过治疗、康复和重返社会措施减少滥用药物不良后果，同时不宽容、不增加药物滥用或鼓励贩毒。必须在直接提供或通过主动转诊提供治疗和康复服务以及重返社会措施的框架内运行“用药室”，而且“用药室”决不能替代减少需求方案、特别是预防和治疗活动。

## 4. 种植、生产、制造和贩运

### (a) 麻醉药品

721. 东欧和东南欧贩运大麻（大麻脂和大麻药草）的情况持续走高。这些次区域生产的大麻药草大部分来自阿尔巴尼亚、黑山、摩尔多瓦共和国、塞尔维亚、前南斯拉夫的马其顿共和国及乌克兰。据毒品和犯罪问题办公室称，2014年，阿尔巴尼亚是西欧和中欧国家可获得的大麻药草的重要供应国。

722. 在过去十年里，欧洲国家国内的大麻药草种植达到顶峰，包括供个人使用的小型种植和大型商业化种植。由于种植量上升，很多国家本国生产的大麻药草在一定程度上取代了进

口大麻脂。但是，从世界其他地区走私而来的大麻脂（特别是从摩洛哥种植的强效、高产杂交品种生产出的大麻脂）仍然是欧洲大麻脂的主要来源。

723. 2015年，一些欧洲国家报告了非法室内种植大麻的情况，包括比利时、波斯尼亚和黑塞哥维那、保加利亚、捷克、法国、希腊、拉脱维亚、立陶宛、波兰、罗马尼亚、俄罗斯联邦、乌克兰。

724. 尽管在上一个十年期里报告的大麻均效（按四氢大麻酚含量计算）大增，然而欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心提供的同一时期大麻药草和大麻脂报告零售价只有小幅增长。在欧洲联盟的一些国家，大麻药草和大麻脂的零售（街头）价格差别无几：例如，在西班牙，大麻药草的零售价大约为每克4.6欧元，大麻脂为每克5.6欧元。

725. 2014年，欧洲联盟成员国的大麻脂和大麻药草缉获量分别为574吨和139吨。西班牙作为摩洛哥大麻脂的主要入境点，最近也报告大麻药草缉获量有了上升：2014年共缉获15.2吨，2015年共缉获15.9吨。据欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心称，缉获量增加可能说明国内或区域大麻产量在上升。最近截获大量沿北非海岸向东运输的大麻脂货物，说明可能出现了一条取道南欧国家和西巴尔干的新贩运路线。

726. 2015年，报告缉获大麻脂1吨以上的国家有西班牙（380.4吨）、法国（60.8吨）、联合王国（7.5吨）、比利时（7吨）、丹麦（3.6吨）、挪威（2吨）和瑞典（1.1吨）。2015年西班牙缉获的大麻脂绝大部分产自摩洛哥。

727. 欧洲非法药物市场供应的海洛因几乎全部源自阿富汗。由于地理位置的原因，作为巴尔干路线起点的土耳其仍然是向欧洲贩运海洛因的主要通道。2014年，沿巴尔干路线缉获的

海洛因和吗啡达 48 吨，比前几年的缉获量有了增加。

728. 尽管贩运海洛因的路线呈多样化特点，但巴尔干路线（从土耳其到保加利亚再经西巴尔干国家到达西欧和中欧，或者从保加利亚经罗马尼亚和匈牙利到达西欧和中欧）仍然是向欧洲各大海洛因市场贩运大量海洛因的主要通道。巴尔干路线最近发生的变化涉及通过伊朗伊斯兰共和国与高加索国家再经黑海到罗马尼亚以接续传统的巴尔干路线，或者经伊朗伊斯兰共和国到伊拉克和阿拉伯叙利亚共和国然后到土耳其。人们对南方路线的关切也在增加，先从伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦沿这一路线将海洛因由海上运抵阿拉伯半岛和东非，然后前行运到非洲其他地区或直接到欧洲。鹿特丹（荷兰）和安特卫普（比利时）的集装箱港口看来是海洛因和可卡因走私进入欧洲联盟的主要枢纽。

729. 2013 年以前，欧洲联盟国家截获海洛因的次数和缉获毒品的数量长期内一直在下降。自此以后，报告缉获 100 千克以上海洛因的情况更加常见。2015 年缉获大量海洛因的国家有：联合王国（1,114 千克）、法国（818 千克）、希腊（567 千克）、罗马尼亚（334 千克）、保加利亚（265 千克）、西班牙（256 千克）、德国（210 千克）和比利时（121 千克）。非法市场上海洛因供应能力和纯度提高，可能还导致 2015 年一些国家报告服药过量致死数量上升情况，例如立陶宛、斯洛文尼亚和联合王国。这些最新发展事态引发人们对经过十年海洛因需求下降之后欧洲联盟使用海洛因可能死灰复燃的关切。

730. 2015 年，罗马尼亚截获的毒品总量大大高于 2014 年（约增加 55%），这主要是因为占该国缉获毒品总量约 28% 的海洛因缉获量有了增长（从 25.7 千克增长到 334 千克以上）。2015 年缉获的药物数量表明，“摇头丸”、苯丙胺类兴奋剂、类阿片、致幻剂）、哌嗪、卡西酮、合成大麻素、色胺、大麻药草、大麻树脂和丁

丙诺啡缉获量有了下降。2015 年期间，罗马尼亚共捣毁 64 个贩毒团伙，上一年捣毁了 55 个贩毒团伙，增加了 16.4%。2015 年这种团伙所涉人员总人数有了减少（从 2014 年的 517 人减少到 425 人）。

731. 虽然有迹象表明毒品供应有了增加，但欧洲联盟的可卡因市场近年来相当稳定。2014 年，欧洲联盟国家报告共缉获 61.6 吨可卡因，与 2013 年（62.6 吨）大致相当。2015 年，缉获 1 吨以上可卡因的国家有：西班牙（21.6 吨）、比利时（17.5 吨）、法国（10.9 吨）、联合王国（3.5 吨）和德国（3.1 吨）。奥地利、捷克、塞浦路斯、丹麦、希腊、立陶宛、波兰和瑞典报告缉获了 100 千克以上可卡因。至本报告发布之时没有荷兰的缉获量数据。

732. 据 2015 年缉获可卡因数量最大的欧洲国家称，哥伦比亚、厄瓜多尔和委内瑞拉玻利瓦尔共和国属于通过海运和空运向欧洲贩运毒品的主要发货国。贩毒者仍然把加勒比和西非当作重要的中转区，中美洲越来越重要的中转站地位也受到重视。

733. 贩毒者向欧洲走私可卡因所用的隐藏方法不断变化。采用海运集装箱利用欧洲主要港口贩运可卡因的做法似乎在增加。2013 年，从海运集装箱中缉获隐藏的可卡因占海上缉获量四分之三左右。继续把可卡因溶入塑料等“载体材料”进行走私的做法引起人们的关切，这种做法需要在与犯罪组织有关联的所谓二次提取加工点室中对可卡因进行化学提取。一些机场查出，有航空携毒者（俗称“毒骡”）吞服含有液态可卡因的乳胶包代替含有粉状可卡因的胶囊。

## (b) 精神药物

734. 多年来，欧洲联盟一直是合成毒品的制造区：比利时和荷兰境内在非法制造苯丙胺和“摇头丸”，中欧国家（主要是捷克）境内在制造甲



基苯丙胺。最近有证据表明，荷兰也显现出巨大的甲基苯丙胺制造能力，一些与捷克接壤的国家也有小规模的生产活动。

735. 2015年，比利时和波兰报告摧毁了苯丙胺地下制毒窝点，分别为八个和五个。捣毁一个或两个苯丙胺制毒点的国家有：奥地利、德国、拉脱维亚、西班牙和瑞典。捷克是欧洲联盟报告摧毁甲基苯丙胺制毒点数量最多的国家，有263个。这些制毒点使用伪麻黄碱作为制造甲基苯丙胺的主要前体。报告捣毁10个以下甲基苯丙胺制毒点的国家如下：奥地利、德国、立陶宛和波兰。比利时共捣毁三个制造“摇头丸”的制毒点。

736. 区域制造合成毒品不仅导致欧洲内部大规模的贩毒活动，而且引发向其他地区贩运毒品，包括美洲和大洋洲，特别是澳大利亚。此外，欧洲联盟领土还被用作伊朗伊斯兰共和国和西非制造将运往东亚市场的甲基苯丙胺的中转通道。涉及贩运合成毒品的有组织犯罪团伙还经常走私其他药物：例如，供应源自比利时和荷兰的苯丙胺和“摇头丸”的犯罪团伙还为毒品市场供应大麻和可卡因。在捷克，一些有组织犯罪团伙已经从种植大麻药草扩大到制造甲基苯丙胺。

737. 缉获量报告提到苯丙胺的次数远远多于甲基苯丙胺。2014年，欧洲联盟成员国报告缉获了7.1吨苯丙胺和0.5吨甲基苯丙胺。作为“污水分析核心小组”（由欧洲联盟支助）的一部分，2011至2014年期间由欧洲城市各实验室开展的废水分析也证实，欧洲使用苯丙胺远比使用甲基苯丙胺更为普遍。在开展分析的59个城市中，有47个城市（80%）的废水显示苯丙胺残留物高于甲基苯丙胺。

738. 2015年，报告缉获100千克以上苯丙胺的国家有：德国（1.4吨）、波兰（0.7吨）、联合王国（0.6吨）、瑞典（0.5吨）、挪威（0.5吨）、法国（0.4吨）和芬兰（0.3吨）。甲基苯丙胺

缉获量在100千克以上的国家有：捷克、法国和挪威（降序排列）。2015年报告缉获大量“摇头丸”的国家有：法国（130万单位）、联合王国（110万单位）和德国（100万单位）。

### (c) 前体

739. 欧洲联盟成员国前体管制方面的挑战主要和《1988年公约》表一所列物质；非表列化学品，特别是用于非法制造苯丙胺类兴奋剂的化学品；以及最近的新型精神活性物质的前体有关。缉获了大量非表列化学品，特别引起人们对持续制造合成毒品尤其是苯丙胺和“摇头丸”的关切。

740. 荷兰是全世界通过麻管局前体事件通信系统通报各种化学物质缉获行动的主要国家之一，该系统旨在便利和促进区域合作。这些缉获行动包括用于非法制造“摇头丸”的表列和非表列物质，如3,4-亚甲二氧基苯基-2-丙酮(3,4-MDP-2-P)及其未受国际管制的缩水甘油酸衍生物，以及用于非法制造苯丙胺的物质，如1-苯基-2-丙酮(P-2-P)、甲基缩水甘油酸盐类以及甲胺和甲酸等试剂。报告大量缉获这些物质的国家还有比利时和法国。

741.  $\alpha$ -苯基乙酰基乙腈是在制药厂非法制造苯丙胺和甲基苯丙胺所使用的一种替代化学品，2014年开始受到国际管制，此后在欧洲联盟的缉获量大幅减少。在2015-2016年期间，德国、荷兰和西班牙报告缉获了该物质。

742. 捷克通过前体事件通信系统继续报告缉获了含伪麻黄碱的药物制剂。法国、卢森堡和荷兰也利用该系统报告缉获新型精神活性物质前体情况，主要是合成卡西酮的前体。

743. 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2016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

744. 没有迹象表明新型精神活性物质的发展速度放缓。此类物质的制造商在继续努力规避世界各国政府施加的法律和监管管制。新型精神活性物质往往作为非法药物的“合法”替代品通过传统店铺和网上商店公开出售，缉获药物的数量也证实了欧洲联盟新型精神活性物质市场在继续增长。

745. 2014 年，欧洲联盟成员国以及挪威和土耳其报告称缉获新型精神活性物质近 50,000 起，共计 4 吨左右。合成大麻素通常作为大麻的合法替代品进行广告宣传，合成卡西酮则作为苯丙胺、可卡因和“摇头丸”替代品使用，二者的缉获量占 2014 年期间新型精神活性物质缉获总量的四分之三以上。

746. 据欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心称，欧洲发现的许多新型精神活性物质是由中国和印度（较小程度上）的合法公司制造的。这些公司使用自己的网站和在线市场，对其供应新型精神活性物质的能力进行广告宣传，数量从几毫克到几百千克不等。大宗货物从制造国发货，通过海运或空运运往欧洲；少量商品则通过快递邮件和送货公司直接发给买家。

747. 按照 2015 年 10 月中国食品药品监督管理局制订的 116 种新型精神活性物质列表，将来制造新型精神活性物质或将逐步转移到其他国家，中国作为新型精神活性物质主要来源的重要性也将降低。事实上，欧洲地下制药厂的出现可能说明贩毒者对在欧洲制造一系列新型精神活性物质的兴趣在提高。例如，2015 年波兰从两家甲氧麻黄酮制药厂得到的缉获量就证明了这一点。

748. 2015 年期间，在保加利亚 77 起缉获案件中识别出 14 种新型精神活性物质。缉获的新型精神活性物质总重量为 4,074 克；合成大麻素在缉获总量中占 4,072 克，在 77 起新型精神活性物质缉获案件中占 71 起。35 岁以下的人使用新型精神活性物质的比例最高。

749. 2015 年，罗马尼亚未发现生产毒品的地下窝点，但是查出并捣毁了三处用于混合和包装新型精神活性物质（主要是合成大麻素）的窝点。

750. 根据国家预警系统提供的数据，拉脱维亚缉获新型精神活性物质的次数从 2014 年的 1,387 起下降到 2015 年的 735 起。缉获最多的新型精神活性物质类别仍然是合成大麻素（402 起）；但是，缉获所谓“其他毒品”的次数急剧上升（228 起），其中包括缉获卡芬太尼（或与海洛因混合的卡芬太尼）116 起、曲马多 92 起以及芬太尼和 3-甲基芬太尼 20 起。总之，据报告缉获的合成类阿片在增加。

## 5. 滥用和治疗

751. 据估计，欧洲联盟<sup>66</sup>15 至 64 岁的人中有四分之三以上一生中至少消费过一次非法药物。和过去相比，药物消费现在包含的精神活性物质选择要广泛得多。个体使用毒品的模式从试验性使用到习惯性和依赖性使用不等；使用多种毒品也常见。

752. 根据 2015 年发表的欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心关于欧洲药物使用和精神障碍共病的报告<sup>67</sup>，抑郁症是欧洲与有问题的药物使用相关的最为常见的精神性共病。共病性重度抑郁症在患有吸毒疾患的妇女中比同类男性中更常见。这一女性群体的重度抑郁症患病率比普通妇女高两倍。

753. 2016 年 5 月 9 日和 10 日，第二十三届欧洲城市禁毒市长会议在挪威斯塔万格举行，会议的目标是，确认通过预防和治疗建设健康和安城市的办法。麻管局做了题为“积极主动打败被

<sup>66</sup>关于欧洲联盟药物滥用和治疗的数据以欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心发布的信息为基础，“2016 年欧洲毒品问题报告：趋势和动态”（欧洲联盟出版办公室，2016 年，卢森堡），另有说明者除外。报告中载有欧洲联盟成员国、申请加入国土耳其以及挪威提供的信息。

<sup>67</sup>卢森堡，欧洲联盟出版办公室。

动防御：审查各城市合理预防吸毒的证据”的主旨发言。

754. 欧洲联盟国家使用大麻的流行率各不相同。据估计，有 5,150 万成年男性和 3,240 万成年女性一生中至少消费过一次大麻（终身使用流行率为 24.8%），使大麻成为欧洲联盟最常使用的毒品。在欧洲联盟，在 15 至 64 岁的人中，每天或者近乎每天使用大麻的约占 1%。

755. 大麻是所有接受戒毒治疗者作为首次接受戒毒治疗主要原因报告频率最高的毒品，也是所有戒毒治疗客户提及频率第二高的药物。从 2006 年到 2014 年，欧洲联盟因滥用大麻而首次入院接受治疗的总人数从 45,000 人上升到 69,000 人，增加了 50% 以上。

756. 去年，欧洲联盟约有 1.1% 的 15-64 岁一般人口（360 万人）使用过可卡因。其中 15 至 34 岁的人占三分之二（约 240 万人），其上一年的使用流行率几乎翻倍（1.9%）。在 2015 年提供可卡因使用流行率相关信息的欧洲联盟成员国中，包括奥地利、保加利亚、法国、拉脱维亚、立陶宛、西班牙和联合王国，大约有一半报告流行率稳定。2015 年，比利时使用可卡因的流行率大幅下降，罗马尼亚则显著上升。

757. 欧洲联盟最普遍使用的非法类阿片是海洛因。除海洛因外，还有美沙酮、丁丙诺啡和芬太尼等一系列合成阿片也被滥用。据报告，在欧洲联盟 130 万高风险成人使用者中约有四分之三在法国、德国、意大利、西班牙和联合王国。2014 年，欧洲联盟有 600,000 多个类阿片使用者在接受替代治疗。

758. 欧洲联盟的高风险类阿片使用者也在滥用苯并二氮，这种药物往往与该使用者群体的发病率和死亡率有关。在一些欧洲国家，以前注射海洛因和苯丙胺的高风险吸毒者（包括接受替代治疗者）中的小群体开始尝试注射新型精神活性物质，如合成卡西酮。此外，令人关切的是，一些

欧洲联盟成员国有可能滥用本来为治疗类阿片依赖而开具的美沙酮和丁丙诺啡等类阿片药物。

759. 欧洲联盟国家的阿片剂消费市场在继续扩张。2016 年，毒品和犯罪问题办公室报告称，使用类阿片仍然是一个主要关切问题，特别是在东欧和南欧，所有戒毒治疗患者中有 70% 以上在接受阿片剂使用疾患治疗。毒品和犯罪问题办公室估计，2014 年，上述次区域接受类阿片使用治疗的总人数在 80,000 人至 90,000 人之间。

760. 自 2003 年以来，拉脱维亚每四年进行一次全国一般人口吸毒情况调查，最新数据是 2015 年提供的，期间有 9.9% 的调查对象（2011 年为 12.5%，2007 年为 12.1%）报告一生中至少使用过一次大麻。“摇头丸”的终身流行率为 2.5%（相比之下，2011 年为 2.7%，2007 年为 4.7%），苯丙胺为 2.0%（相比之下，2011 年为 2.2%，2007 年为 3.3%）。总体而言，使用非法药物情况有了减少，并恢复到 2003 年的水平。

761. 拉脱维亚自 1999 年以来定期开展的欧洲学校酒精和其他药物调查项目产生了 15 至 16 岁学生的吸毒数据。根据 2015 年调查提供的数据，15-16 岁学生使用最普遍的毒品是大麻。有 16.3% 的学生（相比之下，2011 年为 24%，2007 年为 18%）报告了使用大麻的终身流行率。致幻剂的终身使用流行率为 3.7%，苯丙胺 / 甲基苯丙胺为 2.9%，“摇头丸”为 2.6%。2015 年，15 至 16 岁学生中约有 9.5% 表示曾尝试过新型精神活性物质，如“香料”或类似的混合物（相比之下，2011 年为 11%）。

762. 在乌克兰，根据 2015 年卫生部医学统计中心发布的报告，估计有 60,187 人需要进行药物滥用治疗。

763. 欧洲联盟成员国在使用主要合成兴奋剂（即苯丙胺、“摇头丸”和较小程度上的甲基苯丙胺）的模式和普遍性方面存在着较大差异。尽管在滥用药物时有偏好，但只要供应、价格和能



接受的品质允许，这些合成兴奋剂的消费者愿意转向其他精神活性物质。例如，欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心报告称，可卡因市场和新型精神活性物质市场、特别是合成卡西酮市场之间存在着联系。

764. 大约自 2000 年以来，大多数欧洲联盟国家的苯丙胺（苯丙胺和甲基苯丙胺）消费情况稳定。据估计，欧洲联盟 15-34 岁的人中有 1%（130 万人）在上一年消费过苯丙胺。有长期使用甲基苯丙胺历史的捷克和斯洛伐克报告消费了大量甲基苯丙胺。但是，有迹象表明，使用甲基苯丙胺已进一步扩大到其他一些欧洲国家，包括奥地利、德国和波兰。

765. 直到最近，许多欧洲联盟成员国滥用“摇头丸”的流行率从 2000 年代初期到中期的巅峰水平在持续下降。最近的数据表明，在经过一段时间相对短缺以后，这种毒品再次更加广泛地供应。此外，“摇头丸”产品（片剂、粉剂和晶体）的药效自 2010 年以后有了增强，现在达到史上最高，而价格似乎保持相对稳定。非法市场供应大剂量“摇头丸”产品给公共健康和安全带来新的威胁和挑战。

766. 2013 至 2015 年期间欧洲联盟开展的各项调查进一步证实了该次区域使用“摇头丸”疑似呈总体上升的趋势。据估计，去年 15-34 岁的人中有 1.7%（210 万人）使用过“摇头丸”，国家估计在 0.3% 至 5.5% 之间。但是，该次区域对治疗“摇头丸”滥用的需求非常低。

767. 在长达二十年的滥用伽马羟丁酸 (GHB)（包括其前体伽马丁内酯 (GBL)）和氯胺酮期间，欧洲联盟伽马羟丁酸和伽马丁内酯在其存在的成人和学校人口中的流行率仍然低下。同样，多年来该次区域使用致幻剂和致幻蘑菇的流行率也普遍低下而且稳定。

768. 尽管各国政府相当重视新型精神活性物质问题，估计滥用这组物质的流行率仍是一个挑战。

麻管局指出，虽然调查方法和遇到的问题方面的差异可能限制了调查结果的可比性，但是，现在越来越多的国家将新型精神活性物质纳入其药物滥用调查。据欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心称，自 2011 年以来，有 11 个欧洲联盟成员国报告了其对这些药物使用流行率的国家估计。

769. 对人类健康具有不可预测的毒性和潜在的未知有害影响的新型精神活性物质可能进入市场的风险是永远存在的。因此，至关重要，要定期更新有关其消费模式和使用者的数据。根据 2016 年发布的欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心关于新型精神活性物质的健康反应的报告，鉴于此类物质迅速出现及其市场的复杂性，必须对其使用确定并执行有效的公共卫生对策。

770. 虽然最近几年取得了进展，但是，吸毒引起服药过量或药物相关致病、事故、暴力和自杀，仍然是欧洲联盟青年可避免死亡的主要原因。欧洲联盟估计，仅 2013 年就有至少 5,800 人因服药过量死亡。根据欧洲麻醉品和麻醉品成瘾监测中心可提供的数据，欧洲联盟很多国家的丙型肝炎感染率仍然很高，但注射毒品吸毒者感染艾滋病毒情况有了减少。在欧洲报告的已知传播途径的全部艾滋病毒病例中，过去十年注射吸毒致病的百分比仍然较低且保持稳定（8% 以下）。但是，立陶宛 (32%)、拉脱维亚 (31%)、爱沙尼亚 (28%) 和罗马尼亚 (25%) 报告比例有了提高。

771. 在 2016 年 6 月 8 日至 10 日联合国总部举行的为期三天的联合国消除艾滋病高级别会议上，俄罗斯联邦卫生部长简要介绍了俄罗斯政府的艾滋病毒 / 艾滋病防治战略。提议的措施有鼓励吸毒者戒除麻醉品以及提供进入现代康复中心的机会。如有需要，俄罗斯联邦可以匿名为 3,000 万人免费提供艾滋病毒筛查。俄罗斯联邦防治艾滋病毒的活动由联邦预算提供经费，为感染病毒的患者免去财务负担。

772. 据毒品和犯罪问题办公室称，东欧和东南欧是注射吸毒流行率最高的次区域，估计占

15-64 岁年龄组近 1.27%。上述次区域报告的总人数估计为全世界注射吸毒者总数的 24%，其中绝大多数在俄罗斯联邦和乌克兰登记。在东欧和东南欧注射毒品的人中，艾滋病毒流行率特别高，估计在 22% 以上。

## E. 大洋洲

### 1. 主要动态

773. 在大洋洲，尤其是澳大利亚和新西兰，苯丙胺类兴奋剂的非法市场主要以甲基苯丙胺为主，有证据显示该物质的滥用现象日益普遍，其纯度和供应量增多，价格承受力提高。两国甲基苯丙胺的缉获量很大反映了这种现状，而新西兰缉获的甲基苯丙胺创下了纪录。该区域其他国家，如斐济的甲基苯丙胺缉获量既可反映出这些国家被用作贩运过境点，但也可能说明当地存在滥用该物质的现象。

774. 新西兰制订了“毒品危害指数”，以估计因药物滥用而对社区和个人造成的社会成本，同时考虑到健康、教育和执法干预的成本。2016 年 7 月，在卫生部的主持下发布了第二版新西兰“2016 年毒品危害指数”。据估计，在与药物滥用相关的社会成本（包括干预成本）中占比例最大的首先是大麻素，其次是苯丙胺类兴奋剂，再次是类阿片和镇静剂。

### 2. 区域合作

775. 大洋洲海关组织 2016 年 6 月在图瓦卢举行第十八次年度会议通过了“区域信息和情报共享框架”和“信息和情报共享区域高级别谅解”。会议赞同了将与太平洋岛屿警察局长组织、太平洋岛屿论坛秘书处和太平洋移民局长会议探讨的太平洋联合执法会议构想。除其他外，该组织成员注意到跨国犯罪和“电子犯罪”

对边界安全构成潜在威胁的重要性，并欢迎就开展区域努力拟定统一数据模式以加强综合边界方法举行进一步讨论。

776. 太平洋岛屿论坛区域安全委员会 2016 年 6 月在苏瓦举行会议，讨论人类安全、自然灾害造成的威胁和跨国有组织犯罪。2016 年 5 月，太平洋岛屿论坛秘书处与新西兰政府和联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）合作，与来自该区域各国的政策、执法和立法起草专家举行了一次讲习班，订正 2002 年以来论坛的“反恐怖主义和跨国有组织犯罪示范条款”。讲习班的成果将在 2016 年 6 月举行的会议上提交论坛反恐怖主义和跨国有组织犯罪问题工作组。

777. 太平洋警犬方案促进来自库克群岛、萨摩亚和汤加的训犬员的国内培训，已扩大到包括斐济 2016 年运作的侦缉犬项目。该项目旨在阻止被贩运的毒品流入斐济，是斐济税收和海关署、斐济警察部队、新西兰海关署和新西兰警察署之间的联合行动。

778. 澳大利亚、斐济和新西兰在解决毒品贩运问题方面的合作继续得到加强。斐济税收和海关署、斐济警察部队、新西兰海关署和澳大利亚联邦警察局 2015 年 7 月联合行动，结果缉获了 80 千克甲基苯丙胺。2016 年 6 月，三国主管部门参加了国际刑警组织瞄准网络销售假药的盘古 9 号行动。

### 3. 国家立法、政策和行动

779. 大洋洲仍然是世界上遵守国际药物管制条约水平最差的地区。基里巴斯和图瓦卢没有加入三项国际药物管制公约中的任何一项，而库克群岛、瑙鲁、纽埃、萨摩亚和瓦努阿图不是《1961 年公约》或《1971 年公约》的缔约国。所罗门群岛不是《1971 年公约》或《1988 年公约》的缔约国，帕劳和巴布亚新几内亚也不

是《1988 年公约》的缔约国。鉴于大洋洲各国，特别是太平洋岛屿国家成为毒品贩运过境点的新作用，鉴于其中一些国家作为离岸金融中心的作用，容易受到涉毒犯罪所得洗钱行为的影响，因此不加入和执行上述公约使这些国家特别容易受毒品贩运及其后果的影响。国际麻醉品管制局敦促该区域各国推出必要的进程，加入这些公约，并在这方面提供支持。麻管局还呼吁国际社会支持这些国家努力正式加入和执行这些条约。

780. 2016 年 10 月，2016 年“麻醉药品修正案法”在澳大利亚生效，该法提供了一个立法框架，规定能够种植大麻，允许大麻用于医疗目的，并确保大麻种植和制造用于医疗目的的大麻产品符合《1961 年公约》。“修正案法”规定了用于医疗和相关科学目的的大麻种植许可证制度，包括确保安全和防止过量生产的措施。根据该法，从患者到制造商到种植者环环相扣的执照和许可证制度将控制可种植和制造的大麻数量。药用大麻产品应根据医疗处方提供；处方医生将需要政府的批准。

781. 由于澳大利亚甲基苯丙胺的滥用和贩运程度高且后果严重，2015 年 4 月成立了由卫生和执法专家组成的国家冰毒工作队，<sup>68</sup> 以协调地方、州和联邦行动。2015 年 12 月通过的“国家冰毒行动战略”概述了支持家庭和社区、针对性预防、进行治疗投资、集中执法以及改善研究和数据的各项措施。此外，“2015-2018 年国家应对有组织犯罪计划”概述了解决甲基苯丙胺非法供应问题的举措，而“国家甲基苯丙胺执法战略”通过明确任务，理顺执法、情报收集和宣传责任，促进全国采取协调一致行动对策应对毒品问题。根据国家冰毒工作队的建议，将成立一个新的部长级毒品和酒精论坛监督国家毒品政策框架，包括“国家冰毒行动战略”的制订、实施和监测情况。该战略是

“2016-2025 年澳大利亚国家药物战略”的关键组成部分。

782. 澳大利亚联邦警察署再次承诺与柬埔寨、中国和越南建立密切工作关系，以解决跨国组织犯罪的共同威胁，并增进对藏匿方法、贩运路线和为向澳大利亚贩运毒品提供便利的犯罪网络的了解。例如，2015 年 11 月澳大利亚和中国主管部门成立了烈火工作队，负责解决甲基苯丙胺的国际非法市场问题。2016 年 2 月至 7 月，澳大利亚涉及工作队的两项独立行动在澳大利亚缉获了 720 升液体甲基苯丙胺和 300 多千克结晶甲基苯丙胺。2016 年 3 月，澳大利亚联邦警察局和新加坡中央麻醉品管制局同意缔结关于打击跨国犯罪和开展警方合作的谅解备忘录。

783. 2016 年，斐济和瓦努阿图的海关署采用了世界海关组织国家海关执法网络，成为太平洋地区仅有的两个采用该网络的海关管理机构。

784. 萨摩亚政府正在设立酒精和其他毒品法院，以促进因依赖酒精和药物而重犯者的康复。新西兰正在就法院的设立问题提供专家咨询意见。

## 4. 种植、生产、制造和贩运

### (a) 麻醉药品

785. 大麻仍然是整个大洋洲贩运和滥用最广泛的毒品。虽然 2014-2015 年期间澳大利亚在边境和国内的大麻缉获次数创了纪录，但是国内缉获的大麻重量从 2013-2014 年期间的超过 7 吨减少到 2014-2015 年期间的约 6 吨，同一时期在边境缉获的大麻重量从 158 千克减少到 60 千克。新西兰缉获的大麻药草数量从 2014 年的 518 千克增至 2015 年的 692 千克。2015-2016 年生长季节期间，新西兰开展了为期六个月的国家应对大麻和犯罪行为，铲除了超过 130,000 株大麻植物和近 80 千克大麻药草，是过去九年缉获的

<sup>68</sup>“冰毒”是甲基苯丙胺的俗称。



第二大。在斐济，到 2016 年 6 月，执法行动 Cauraka 铲除了在 Navosa 高地 15 个农场发现的超过 38,000 株大麻植物。

786. 在澳大利亚边境缉获的海洛因数量增加了 168%，从 2013-2014 年期间的 118.9 千克增至 2014-2015 年期间的 318.7 千克，东南亚是所缉获海洛因的最主要来源，在 2015 年上半年缉获量中的份额增加到了 98.1%。澳大利亚境内缉获的海洛因数量也从 2013-2014 年期间的 158 千克增至 2014-2015 年期间的 477 千克，是过去十年的第二高。2015 年，新西兰缉获了少量海洛因（38.4 克），大为低于 2014 年缉获的 16 千克，但与 2013 年缉获的数量相当。

787. 澳大利亚在大洋洲 1988 年至 2014 年期间可卡因缉获总量中占 99%，缉获可卡因的频率和数量有所增加，边境缉获量从 2013-2014 年期间的 245.6 千克增至 2014-2015 年的 368.9 千克。国内缉获量也有所增加，从 2013-2014 年期间的 317.4 千克增至 2014-2015 年期间的 514.4 千克，但仍然是 2012-2013 年一吨缉获量的一半左右。虽然 2013 年在澳大利亚边境缉获的可卡因主要来自秘鲁，但哥伦比亚再次成为主要来源国，2015 年上半年边境地区缉获的可卡因 69.4% 来自哥伦比亚，21.1% 来自秘鲁。

788. 新西兰缉获的可卡因数量从 2014 年的 10.2 千克减少到 2015 年的 129 克，但随后，2016 年 5 月缉获了来自墨西哥的一批货物重达 35 千克，成为创纪录的缉获量。太平洋地区还有其他几次大量缉获可卡因，如 2015 年斐济缉获 50 千克、2016 年 2 月在法属波利尼西亚的一艘游艇上缉获 680 千克，表明该地区存在各种贩运路线，可能运往澳大利亚或新西兰。

## (b) 精神药物

789. 2014-2015 年期间，在澳大利亚创纪录缉获了 12.6 吨苯丙胺类兴奋剂，包括 49% 的苯丙胺

和 48.3% 的 MDMA，是 2013-2014 年期间 4.1 吨缉获量的三倍多，占该国缉获毒品重量的一半以上 (53.6%)。在澳大利亚边境查获的苯丙胺类兴奋剂（不包括“摇头丸”）的数量几乎翻了一番，从 2013-2014 年期间的 1.8 吨增加到 2014-2015 年期间创纪录的 3.4 吨；结晶甲基苯丙胺占 2014-2015 年期间在边境缉获的苯丙胺类兴奋剂重量的 76.4%。

790. 在新西兰，缉获的甲基苯丙胺的数量增加了二倍多，从 2014 年的 98.8 千克增加到 2015 年创纪录的 334.3 千克；然而，海关部门缉获的一大批 79.3 千克甲基苯丙胺被怀疑运往澳大利亚。这一趋势似乎在继续，2016 年 6 月在新西兰缉获了创纪录的 494 千克甲基苯丙胺。据报告，在该区域其他地方如斐济缉获的甲基苯丙胺缉获量，表明这些国家正被利用作为过境点，将甲基苯丙胺贩运到澳大利亚和新西兰，但鉴于有时缉获量少，还说明这些国家有滥用该物质的现象。

791. 2014-2015 年期间，在澳大利亚边境缉获的“摇头丸”数量增加到 2 吨，是过去十年报告的第二高，而 2013-2014 年期间为 94.8 千克。一次缉获 1.92 吨藏匿在海运货物中的“摇头丸”，占 2014-2015 年期间在边境缉获的“摇头丸”的 95.8%。该国境内缉获该物质的数量在 2014-2015 年期间也增加到 6.1 吨。在新西兰，“摇头丸”类型物质的缉获量趋势一直波动，2013 年创纪录之后，2014 年减少，但 2015 年增至 5.17 千克。

## (c) 前体

792. 澳大利亚境内缉获的大部分甲基苯丙胺主要由麻黄碱和伪麻黄碱制造而成，利用 1-苯基-2-丙酮 (P-2-P) 制造的样品比例减少。在澳大利亚边境缉获的苯丙胺类兴奋剂（不包括“摇头丸”）前体的重量从 2013-2014 年期间的 1.5 吨减少到 2014-2015 年期间的 0.5 吨。这种趋势是否会继续仍然有待观察：2016 年 1 月在悉尼缉获了大量麻黄碱，数量达 340 千克。相比之下，

同一时期在边境缉获的“摇头丸”前体的重量从 2013-2014 年期间的 1.24 千克增至 2014-2015 年的 288 千克。

793. 2011 年以来在澳大利亚侦破的秘密制毒点数量有所减少，而在 2014-2015 年期间则达到了 2008-2009 年以来的最低水平（667 个制毒点）。2014-2015 年期间侦破的制毒点中，规模较小、“基于用户的”秘密制毒点比例增至 60.9%。虽然大多数设施被用来非法制造苯丙胺，但制造“摇头丸”的制毒点数量从 2013-2014 年期间的 3 个增至 2014-2015 年期间的 18 个。

794. 在新西兰，麻黄碱而非伪麻黄碱逐渐成为非法制造甲基苯丙胺所用的主要前体，在 2015 年缉获的 966.6 千克甲基苯丙胺前体中占 92%，这种趋势见于 2014 年，2015 年、2016 年仍在持续。2015 年 10 月和 2016 年 4 月在新西兰缉获的麻黄碱创了纪录（分别为 95 千克和 200 千克）。在新西兰拆除的秘密窝点数量从 2014 年的 82 个减少到 2015 年的 69 个。

795. 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 2016 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

796. 在澳大利亚边境越来越多地查获到新型精神活性物质，2014-2015 年期间缉获的起数创了纪录（551 起，而 2013-2014 年期间为 92 起）。然而，所缉获的新型精神活性物质的总重量从 2013-2014 年期间的 543 千克减少到 2014-2015 年期间的 52.7 千克，是有记录的第二最低量。所分析的大多数（按重量计）样品是卡西酮类似物（71.1%），其次是合成大麻素（22.8%）。在边境查获氯胺酮的次数从 2013-2014 年期间的 155 起增加到 2014-2015 年期间创纪录的 218 起，其中国际邮寄流量占查获到的氯胺酮的 97.2%。

797. 据报告，新西兰的新型精神活性物质的非法进口量有所增加。

## 5. 滥用和治疗

798. 在国际管制物质中，大麻仍然是大洋洲最被广泛滥用的物质，估计年滥用流行率约为 10%，远高于全球估计数 3.8%。近年来，据报告，在有近期数据可查的澳大利亚和新西兰，大麻滥用情况相对稳定，虽然程度很高。

799. 虽然近年来澳大利亚和新西兰滥用苯丙胺（即苯丙胺和甲基苯丙胺）的流行率似乎保持不变，在这两个国家的成年人中年流行率分别为 2.1% 和 0.9%，但甲基苯丙胺消费在澳大利亚急剧增多。家庭调查数据显示，据报告澳大利亚去年使用甲基苯丙胺的人数增加了一倍，从 2007 年的大约 10 万人增加到 2013 年的 20 万人，占成年人口的 1.1%。澳大利亚 2009-2010 年至 2014-2015 年期间被拘留者甲基苯丙胺检测阳性的比例翻了一番以上。2009-2010 年和 2013-2014 年期间，与甲基苯丙胺有关的住院次数增加了四倍，有关苯丙胺的专门药物治疗病例数增加了二倍。

800. 澳大利亚利用基于治疗和住院数据的间接流行率估计数做了一项研究，旨在将“更多隐蔽和污名化的”吸毒者群体纳入进来，结果表明甲基苯丙胺的使用程度处于最高水平，成年人月滥用率从 2002-2003 年期间的 1.03% 上升至 2013-2014 年期间的 2.09%，甲基苯丙胺成瘾率从 2002-2003 年期间的 0.66% 上升至 2013-2014 年期间的 1.24%。此外，研究估计 15 至 24 岁和 25 至 34 岁的人中使用依赖率分别为 1.14% 和 1.50%。

801. 澳大利亚的废水分析表明，昆士兰州两个人口群体 2009 年至 2015 年期间人均甲基苯丙胺消费量增加了二至四倍。这种分析还表明，

自 2010 年以来，在昆士兰和南澳大利亚的大部分地区，苯丙胺的滥用超过了“摇头丸”和可卡因，并表明 2014 年至 2015 年，一些人口群体使用“摇头丸”的数量减少。

802. 据报告，澳大利亚和新西兰的可卡因滥用程度相对稳定，虽然很高，成年人的年流行率分别为 2.1% 和 0.6%。据报告，到 2013 年，澳大利亚和新西兰成年人中滥用“摇头丸”的年流行率分别下降到 2.5% 和 2%。

803. 在新西兰发现，毛利族人口中苯丙胺滥用的流行率高于非毛利人口。同样，在澳大利亚，土著社区滥用苯丙胺的年流行率估计为 5%，高于全国平均水平。据报告，澳大利亚土著和托雷斯海峡岛民的药物滥用年流行率一直高于非土著

人口。在制订和实施预防和治疗方案时，应考虑到这些数据。

804. 澳大利亚 15 至 54 岁人口中因类阿片过量意外死亡的比例从 2011 年的每百万人中 49.5 人降至 2012 年的每百万人中的 44.7 人；2012 年澳大利亚 15 至 54 岁人口中，70% 的类阿片意外死亡是由于药用类阿片造成的，其余的死亡由海洛因造成，与前一年相比相对稳定。澳大利亚海洛因滥用的年流行率从 2010 年的 0.2% 下降到 2013 年的 0.1%。

805. 麻管局注意到缺乏大洋洲其他国家药物滥用和治疗情况的近期数据，再次呼吁这些国家的政府加紧努力，进一步收集药物滥用和治疗情况的相关数据。麻管局请国际社会和区域及双边伙伴为此目的向这些国家提供支助。





## 第四章

### 给各国政府、联合国及其他有关国际组织和国家组织的建议

806. 本章载有麻管局在本报告中提出的最重要意见和相关建议。麻管局一如既往赞赏从各国政府和国际组织收到反馈意见，以介绍它们在执行各项国际药物管制公约和麻管局各年度报告所载建议方面的经验，包括遇到的困难。

#### 妇女与毒品

807. 2016年举行的联大世界毒品问题特别会议强调了将性别视角纳入与毒品有关的政策和方案的重要性。以妇女吸毒问题的四个主要方面为重点（流行病学、后果、特殊群体和治疗），麻管局强调了特别与性别有关的一些问题。例如，尽管妇女总体吸毒率依然低于男子总体吸毒率，但妇女更有可能不当地使用处方药。此外，参与毒品犯罪的妇女比例有所提高，特殊群体如女性囚犯和性工作者的问题较为严重。污名化往往使妇女不愿寻求和（或）难以获得治疗和康复服务。

**建议 1：**麻管局促请各国政府更好地设计、资助和协调与妇女吸毒有关的预防、治疗和康复活动。作为第一步，鼓励各国政府收集按性别分门别类的吸毒和参

与治疗数据，以便能够例如高效地分配资源。

**建议 2：**各国政府应优先向药物依赖妇女提供容易获得的保健服务，同时铭记有针对性的循证干预措施尤其有效。药物治疗方案必须有女性专用的空间或时间，以便保障人身安全和保密，尤其是对从事性工作的妇女或遭遇暴力的妇女。特殊群体，如孕期的药物依赖妇女需要得到经过专门训练的多学科团队的增强型服务。

**建议 3：**应向犯有刑事罪的药物依赖妇女提供治疗、教育、后续护理、出狱后康复和（或）重返社会服务，以便在各项公约规定的灵活性范围内，考虑到所犯罪行的严重性，提供更加人道、有效和相称的非定罪替代办法。使用非拘禁措施（如《联合国关于女性囚犯待遇和女性罪犯非监禁措施规则》（《曼谷规则》所设想的非拘禁措施）要求公共健康部门和司法部门之间加强合作。防止妇女及其子女因监禁而受到损害需要有特殊战略，以及旨在减少再次犯罪的可能性的措施。监狱提供基本保健服务至关重要，必须消除低于标准的不健康的生活条件，以及任何心理暴力、性暴力或身体暴力的源头。

## 2016 年世界毒品问题联大特别会议

808. 麻管局欢迎 2016 年举行的世界毒品问题联大特别会议通过了成果文件，其中载有会员国对各项药物管制公约重申的承诺，以及会员国处理世界毒品问题的切实可行的行动计划。

**建议 4：**麻管局大力鼓励加强国际合作，以便如麻管局 2012 年年度报告第一章所强调，在分担责任原则基础上应对世界毒品问题。<sup>69</sup>麻管局期待继续与各国政府和民间社会合作，以便在《2030 年可持续发展议程》范围内改进全世界的药物管制状况。鼓励各国继续努力，迎接 2019 年审查《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》执行情况的目标日期。

## 相称性

809. 以不相称的对策应对毒品相关犯罪损害各项公约的目标，也可能对适用和遵守法治造成负面影响。各项条约允许各国主要对较严重形式的犯罪采用最为严厉的惩罚，如贩运和洗钱，赋予各国一定的裁量权，以便它们在应对毒品相关犯罪时作出立法和政策选择，履行其在三项公约下的义务。

**建议 5：**必须继续以麻管局 2007 年年度报告<sup>70</sup>第一章所讨论的相称性原则作为毒品相关事项的指导原则。虽然确定适用于毒品相关犯罪的制裁始终是公约缔约国的特权，但麻管局重申关于毒品相关犯罪适用死刑问题的立场，鼓励对毒品相关犯罪保留死刑的国家考虑对该类犯罪废除死刑。

<sup>69</sup> E/INCB/2012/1。

<sup>70</sup> E/INCB/2007/1。

810. 最近报道的法外打击涉嫌参与非法毒品相关活动者的行为不仅违反三项国际药物管制公约，也严重违背人权标准，包括正当程序权，三项公约要求对毒品相关犯罪采取刑事司法对策，也要求采取一切可行措施，防止吸毒并及早识别受影响者，为其提供治疗、教育、后续护理、康复和重返社会服务。

**建议 6：**麻管局促请所有相关国家政府立即停止对涉嫌非法毒品相关活动者的法外暴力或报复行为，并完全按照正当法律程序和法治，对协助和教唆、鼓励、辅导或煽动实施这些行为予以应有的调查和制裁。

## 供应

811. 2016 年举行的世界毒品问题联大特别会议的成果文件包括关于确保为医疗和科学用途提供和获得受管制药物同时防止其转移的行动建议。麻管局随时准备与其他相关国际、区域和国家组织协调，继续支持各国政府努力确保为医疗和科学用途提供麻醉药品和精神药物。

**建议 7：**麻管局促请各国政府充分执行 2016 年世界毒品问题联大特别会议成果文件所载关于确保为医疗和科学用途提供和获得受管制药物同时防止其转移的行动建议，以及麻管局 2015 年年度报告补编所载的建议。<sup>71</sup>此外，麻管局请各国政府支持和参加关于执行上述成果文件所载行动建议的具体举措，包括称作“麻管局学习”的项目（又见上文第 154-157 段）。

812. 一些国家政府无法自己执行上述建议。它们需要咨询、培训和资源以解决其制度局限。

<sup>71</sup> 《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》(E/INCB/2015/1/Supp.1)。



**建议 8：**麻管局再次吁请国际社会改进各国政府、国际组织（世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病规划署、联合国开发计划署等）、捐助界以及民间社会组织之间的合作，以确保分享专门知识，协调一致地为需要援助的国家提供资源与技术支持。

## 精神药物消费

813. 麻管局感到关切的是，提交精神药物消费数据的国家还不到 60 个。这些数据是麻管局分析消费水平并促进此类药物的适当供应和合理使用所不可或缺的。

**建议 9：**麻管局赞赏有关国家政府的合作，并吁请所有国家政府按照麻醉药品委员会第 54/6 号决议，每年报告精神药物的消费情况，因为此类数据对更好地评价医疗和科学用途精神药物的供应情况是必不可少的。

## 各国对精神药物的管制措施

814. 虽然多数国家和领土均已按照经济及社会理事会决议第 1985/15、1987/30 和 1993/38 号决议对《1971 年公约》附表三和四所列精神药物实行进出口许可证要求，但有少数国家虽经提醒仍未这样做，没有按照上述决议规定的措施调整本国的管制措施。

**建议 10：**麻管局促请本国立法尚未要求对所有精神药物提供进出口许可证的剩余少数国家尽快延伸适用《1971 年公约》第 12 条第 1 款规定的进出口许可证制度，以涵盖附表三和四所列物质的国际贸易，并将相关情况通知麻管局。

## 大麻

815. 一些国家已经实行或正在考虑实行允许为非医疗目的使用、分销和销售大麻的措施。

**建议 11：**麻管局重申这些措施不符合国际药物管制公约，并提醒所有各方注意其负有采取立法和行政措施的法律义务，在其整个领土内将包括大麻在内的麻醉药品和精神药物的种植、生产、制造、出口、进口、分销、交易、使用和持有仅限于医疗和科学用途。

816. 一些国家说，需要解决属于少数群体的吸毒者在刑事司法和监狱系统占比过高的现象，试图以此为由证明将大麻用于非医疗用途合法化是正当的。然而，公约并未要求对吸毒者予以监禁，并提供了监禁的替代办法。

**建议 12：**麻管局鼓励因轻微毒品相关犯罪而逮捕和监禁吸毒者的比例较高的国家考虑利用各项国际药物管制公约规定的可能性，采取非惩罚性措施应对这种情况。

817. 《1961 年公约》允许缔约国为医疗用途使用大麻。该《公约》考虑到了对于滥用和转用的关切，为保证将大麻用于医疗用途的方案符合《公约》而规定了一套应予执行的补充管制措施。

**建议 13：**提醒已经建立了为医疗用途使用大麻方案或正在考虑此类举措的所有国家政府注意在国际药物管制条约之下的报告和审批许可义务。此类方案必须确保开具医用大麻处方必须具备合格的医学知识并接受监督，此类处方必须以良好的医学实践为基础。请正在开展为医疗用途使用大麻研究的《1961 年公约》缔约国与麻管局、世卫组织和所有其他有关国际组织分享其研究结果以及有关大麻医疗用途或其他用途的任何其他数据。

## 完整、准确、及时地报告

818. 为了在供应医疗和科学用途的国际管制麻醉药品和精神药物和防止其受到转移和滥用之间确保取得平衡，核心方面之一是麻管局在收集各国关于这些物质的合法需求量估计数和评估数方面发挥作用。这些数据是国际药物管制制度的重要因素，使出口国和进口国能够防止自国际贸易转移。各国主管部门在汇总其管辖范围内制药公司、进口商和出口商和其他授权代理人提供的数据以确保及时向麻管局提供完整和可靠的数据方面发挥着关键作用。然而，一些国家政府仍然没有向麻管局提供及时和充分的估计数和评估数，以及可靠的统计报表，包括国际贸易季度和年度统计数据。

**建议 14：**各国政府应当准确、及时地向麻管局提供各项条约和麻醉药品委员会和经济及社会理事会相关决议要求提供的信息。此外，促请各政府主管部门为工作人员提供培训，使之能够履行国际药物管制公约规定的报告义务，并采取必要步骤，在工作人员流动时保持其雇员知识库。

## 前体

819. 麻管局认为前体管制是预防严重非法活动的一种形式。为此，麻管局提供了网上出口前通知系统和前体事件通信系统等工具，各国政府应积极利用这些工具交流信息，以加强对前体的国际管制。越来越多地使用非表列前体非法制造毒品是需要采用灵活的办法和并在国际一级开展有效合作的另一个问题。

**建议 15：**麻管局吁请各国政府继续积极使用网上出口前通知系统监测前体国际贸易。鼓励各国主管部门必要时请求麻管局协助确定具体的可疑交易是否合法。

**建议 16：**麻管局鼓励所有国家政府利用麻管局关于与私营部门建立伙伴关系以便对前体进

行管制并处理新出现的所谓“特制前体”的指导方针。

820. 近年来，麻管局注意到前体的转移从国际贸易转向国内贸易这一现象。虽然这种转变可能表明国际层面前体管制制度运作较为成功，但也暴露了国内管制制度设计方面的潜在缺陷，《1988 公约》规定国内管制制度的设计由各缔约国自行决定。

**建议 17：**必须更多地关注在国家一级制订和实施全面的前体监测制度，重点是国内贸易。《1988 年公约》第 12 条第 8 款就此类制度可能的基本特征提供了一些指导意见。麻管局的一些举措，包括“棱晶项目”和“聚合项目”，也提供了就前体管制最佳做法交流信息的平台。

## 新型精神活性物质

821. 随着滥用率以及所报告的健康后果和死亡事件不断增多，新型精神活性物质继续构成严重的公共健康问题。

**建议 18：**麻管局鼓励所有国家政府采取切实措施，防止滥用新型精神活性物质及其给个人和社会带来的后果，分享现有的知识、经验和良好做法，并继续和加强协作以及对于这一问题的各种举措的利用。特别是，麻管局鼓励所有国家政府充分利用 Ion 项目全球协调人网络及其事件通信工具（IONICS 系统）。

## 使用现代技术

822. 与为应对实际挑战而建立的大多数在线电子系统一样，麻管局在线工具（即 I2ES、网上出口前通知系统（PEN Online）、前体事件通信系统（PICS）和 IONICS 系统）是否有效取决于参与的政府数目、使用程度、共享数据的质量、及时性和数量以及是否能得到持续的支持包括财政支持以运作和维持系统。

**建议 19：**麻管局愿感谢所有为开发麻管局各种电子工具提供资金支持和技术投入的国家政府。需要各国政府进一步使用这些电子工具，并进一步提供政治和资金支持，以确保其实施取得进一步成功，并使麻管局按照其任务授权管理这些系统，向各国主管部门提供可靠的、响应度较高和有针对性的用户支持。因此，麻管局请所有国家政府充分利用现有的工具（这些工具是免费提供的），并进一步提供持续的支持，包括资金支持，以维持麻管局提供的各种电子工具，从而使麻管局能够在必要时改进和进一步开发此类工具。

### 各项国际药物管制条约在特定国家和区域的适用情况

823. 阿富汗的毒品管制局势不断恶化仍然是一个令人严重关切的问题。这种局势不仅对阿富汗人民造成了不利影响，也对世界各地的毒品管制和安全局势产生影响。麻管局继续根据《1961年公约》第14条与阿富汗政府密切协商，麻管局曾在2000年鉴于该国的严重局势援用该条。

**建议 20：**麻管局吁请阿富汗政府在其发展伙伴的政府的帮助下，与相关国际和区域组织合作，进一步紧急处理该国的药物管制局势。在这方面，麻管局促请阿富汗政府将承诺转化为具体行动，通过扩展预防吸毒举措和方案，向受吸毒影响者提供治疗、康复和复原服务，确保在处理麻醉药品的非法种植和生产及有关的贩运和洗钱方面，以及在促进有效的替代发展和生

计方案并减少毒品需求方面取得重大的、可持续的和可以证明的进展。

824. 虽然非洲主要被视为毒品贩运的中转区域，但正日益成为所有类别滥用药物的消费市场。虽然大麻的非法生产、贩运和滥用仍然是非洲许多地区的重大挑战，但据报告海洛因的滥用也在增加。

**建议 21：**麻管局呼吁非洲各国政府以及国际伙伴划拨必要的资源，以防止该区域吸毒和贩毒品局势出现恶化。预防与毒品有关的问题仍然是旨在改善整个非洲的安全和社会经济状况的更广泛努力的一项重要内容。

825. 由于非洲和大洋洲提供的与吸毒和治疗有关的详细和可靠的信息不足，评估这些区域的药物滥用程度和准确估计接受治疗人数仍是挑战。这些数据是制订和执行适当的预防和治理战略的一个前提条件。

**建议 22：**麻管局吁请非洲和大洋洲各国政府加大工作力度，增加吸毒和戒毒治疗数据的收集。

826. 贩运和滥用含有苯丙胺的“芬乃他林”片的现象在西非继续增加，缉获次数有所提高。

**建议 23：**麻管局促请各国政府积极参与麻管局在“棱晶项目”下采取的举措，其中规定各国主管部门和有关国际组织开展合作，查明用于制造“芬乃他林”片的前体即非法制造苯丙胺所需的前体是如何被得到和贩运的，并处理这种物质被滥用的问题。

（签名）  
主席  
Werner Sipp

（签名）  
秘书  
Andrés Finguerut

（签名）  
Sri Suryawati  
Rapporteur





# 附件一

## 国际麻醉品管制局 2016 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 2016 年报告中使用的区域和次区域划分以及各区域和次区域的国家名单。

### 非洲

阿尔及利亚	利比亚
安哥拉	马达加斯加
贝宁	马拉维
博茨瓦纳	马里
布基纳法索	毛里塔尼亚
布隆迪	毛里求斯
喀麦隆	摩洛哥
佛得角	莫桑比克
中非共和国	纳米比亚
乍得	尼日尔
科摩罗	尼日利亚
刚果	卢旺达
科特迪瓦	圣多美和普林西比
刚果民主共和国	塞内加尔
吉布提	塞舌尔
埃及	塞拉利昂
赤道几内亚	索马里
厄立特里亚	南非
埃塞俄比亚	南苏丹
加蓬	苏丹
冈比亚	斯威士兰
加纳	多哥
几内亚	突尼斯
几内亚比绍	乌干达
肯尼亚	坦桑尼亚联合共和国
莱索托	赞比亚
利比里亚	津巴布韦

## 中美洲和加勒比

安提瓜和巴布达  
巴哈马  
巴巴多斯  
伯利兹  
哥斯达黎加  
古巴  
多米尼克  
多米尼加共和国  
萨尔瓦多  
格林纳达

危地马拉  
海地  
洪都拉斯  
牙买加  
尼加拉瓜  
巴拿马  
圣基茨和尼维斯  
圣卢西亚  
圣文森特和格林纳丁斯  
特立尼达和多巴哥

## 北美洲

加拿大  
墨西哥

美利坚合众国

## 南美洲

阿根廷  
多民族玻利维亚国  
巴西  
智利  
哥伦比亚  
厄瓜多尔

圭亚那  
巴拉圭  
秘鲁  
苏里南  
乌拉圭  
委内瑞拉玻利瓦尔共和国

## 东亚和东南亚

文莱达鲁萨兰国  
柬埔寨  
中国  
朝鲜民主主义人民共和国  
印度尼西亚  
日本  
老挝人民民主共和国  
马来西亚

蒙古  
缅甸  
菲律宾  
大韩民国  
新加坡  
泰国  
东帝汶  
越南

## 南亚

孟加拉国  
不丹  
印度

马尔代夫  
尼泊尔  
斯里兰卡



## 西亚

阿富汗	阿曼
亚美尼亚	巴基斯坦
阿塞拜疆	卡塔尔
巴林	沙特阿拉伯
格鲁吉亚	巴勒斯坦国
伊朗伊斯兰共和国	阿拉伯叙利亚共和国
伊拉克	塔吉克斯坦
以色列	土耳其
约旦	土库曼斯坦
哈萨克斯坦	阿拉伯联合酋长国
科威特	乌兹别克斯坦
吉尔吉斯斯坦	也门
黎巴嫩	

## 欧洲

### 东欧

白俄罗斯	俄罗斯联邦
摩尔多瓦共和国	乌克兰

### 东南欧

阿尔巴尼亚	黑山
波斯尼亚和黑塞哥维那	罗马尼亚
保加利亚	塞尔维亚
克罗地亚	前南斯拉夫的马其顿共和国

### 西欧和中欧

安道尔	列支敦士登
奥地利	立陶宛
比利时	卢森堡
塞浦路斯	马耳他
捷克 <sup>a</sup>	摩纳哥
丹麦	荷兰
爱沙尼亚	挪威
芬兰	波兰
法国	葡萄牙
德国	圣马力诺
希腊	斯洛伐克
罗马教廷	斯洛文尼亚
匈牙利	西班牙
冰岛	瑞典
爱尔兰	瑞士
意大利	大不列颠及北爱尔兰联合王国
拉脱维亚	

<sup>a</sup>自 2016 年 5 月 17 日起，联合国使用“捷克”为简称取代“捷克共和国”。

## 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）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）；“酒精与可持续发展目标”，《柳叶刀》（2016年）；“中国药物政策的转型：实践中的问题”，《上瘾》（2015年）；“改善中国的戒毒治疗”，《上瘾》（2007年）；“对中国药物依赖者的污名化：在湖南省基于社区的研究”，《药物和酒精依赖》（2013年）；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年起）。财务和行政委员会委员（2015年）。常设估量委员会委员（2015年起）。常设估量委员会副主席（2016年）。

#### David T. Johnson

1954年生人。美国国民。贾纳斯全球行动基金会副会长；退休外交官。埃默里大学经济学学士学位；加拿大国防学院毕业生。



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）。白宫副新闻秘书兼国家安全委员会发言人（1995-1997 年）。国务院副发言人（1995 年），国务院新闻办公室主任（1993-1995 年）。美国驻温哥华总领事（1990-1993 年）。美国财政部货币监理署助理国民信托检查员（1976-1977 年）。

国际麻醉品管制局成员（2012 年起）。财务和行政委员会委员（2012 年起）。财务和行政委员会主席（2014 年）。

## Bernard Leroy

1948 年生人。法国国民。名誉副检察长兼国际打击假冒药品研究所所长。

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。联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）高级法律顾问（1990-2010 年）。法国国家药物协调机构负责国际、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，分散在波哥大、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”的联合创始人（1982 年）。参加 1988 年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》最后谈判的法国代表团的成员。欧洲委员会欧洲可卡因贩运问题研究小组主

席（1989 年）。撰写的一篇报告促使成立欧洲第一个打击毒品问题政治协调委员会（1989 年）。世界银行与毒品和犯罪问题办公室联合小组（追回被盗资产举措）的主席，该小组在瑞士安排冻结并随后追回了被海地前独裁者让-克洛德·杜瓦利埃盗取的资产（2008 年）。

法国国立司法官学院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研究生授课的讲师（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）。荣誉：法国荣誉军团骑士勋章。

部分出版物如下：“造福社会的工作，短期徒刑替代办法”，《刑事科学和比较法审查》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. E. Thony 合作撰写《国际刑法：来源、主题和内容》一书中的“国际药物管制制度”（马丁努斯·奈霍夫出版社，2007 年）；《劳特利奇跨国刑法手册》，Neil Boister 和 Robert Curie 编辑（劳特利奇出版社，2014 年）。

国际麻醉品管制局成员（2015 年起）。报告员（2015 年）。常设估量委员会委员（2016 年）。

## Richard P. Mattick

1955 年生人。澳大利亚国民。新南威尔士大学医学院国家药物和酒精研究中心药物和酒精研究学教授；新南威尔士大学脑科学教授；澳大利

亚政府国家卫生和医学研究理事会首席研究员（2013-2017年），注册临床心理学家。

新南威尔士大学科学（心理学）一级荣誉学士，1982年；新南威尔士大学心理学（临床）硕士，1989年；新南威尔士大学博士，1988年；获新南威尔士大学解剖专业神经解剖学证书，1992年。

新南威尔士大学医学院澳大利亚国家药物和酒精研究中心研究主任（1995-2001年），澳大利亚国家药物和酒精研究中心执行主任（2001-2009年）。是以下机构的成员：澳大利亚非法药物问题国家专家咨询委员会（2002-2004年）、澳大利亚缓释型纳曲酮问题国家专家咨询小组（2002-2004年）、新南威尔士州政府内阁办公室医学监督注射中心监测委员会（2003-2004年）、澳大利亚关于性能增强和外观提升药物的药物战略工作组部长级理事会（2003-2005年）、澳大利亚政府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），担任副编辑（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）。关于药物滥用、成瘾和治疗问题的二百八十多本著作和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年起）。常设估量委员会委员（2015年起）。

## 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研究生课程（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）。著有超过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·亨科尔”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（2013-2016 年）。<sup>b</sup> 常设估量委员会委员（2014 年起）。常设估量委员会副主席（2015 年）。财务和行政委员会委员（2016 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。

<sup>b</sup> 辞职，2016 年 8 月 10 日生效。

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 2011 年届会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）。

国际麻醉品管制局成员（2015 年起）。麻管局第二副主席和常设估量委员会主席（2015 年）。财务和行政委员会委员（2016 年）。麻管局第一副主席（2016 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，<sup>c</sup> 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，<sup>d</sup> 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举办的“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成员；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年及2014-2016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，意大利都灵欧洲研究大学学院）。

<sup>c</sup>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。

<sup>d</sup>从2011年9月16日起，联合国使用“利比亚”为简称取代“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）；麻醉药品委员会德国代表团协调员（2001-2009年）。

德国联邦卫生部专家顾问兼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（2012-2014年）。报告员（2013年）。麻管局第一副主席（2014年）。麻管局主席（2015和2016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：致幻剂秘密加工、药理学和流行病学全面手册》。《食品与药物管理期刊》专栏撰稿人。毒品教育与预防总理奖获得者（2005年）。

国际麻醉品管制局成员（2010 年起）。常设估量委员会委员（2010 年起）和主席（2012、2014 和 2016 年）。财务和行政委员会主席（2011 和 2013 年）。麻管局第二副主席（2012、2014 和 2016 年）。

## Sri Suryawati

1955 年生人。印度尼西亚国民。日惹加札马达大学医学院医药政策与管理系教授兼主任。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）；一百五十多篇关于医药政策、基本药物、临床药理学、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）。合理用药国际联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主持人，包括：世卫组织和合理用药国际联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）。麻管局第一副主席（2015 年）。报告员（2011、2014 和 2016 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书，内容是哥伦比亚和安第斯地区非法药物问题。就这些主题编辑过三册书并撰写过六十多篇学术期刊文章和书籍章节。

弗里德里希·艾伯特基金会拉丁美洲和加勒比地区有组织犯罪观察站成员（2008 年起）和世界经济论坛有组织犯罪问题全球议程委员会成员（2012-2014 年）。

国际麻醉品管制局成员（2012 年起）。报告员（2012 年）。财务和行政委员会委员（2014 和 2015 年）。常设估量委员会委员（2013 和 2016 年）。

## Jallal Toufiq

1963 年生人。摩洛哥国民。国家药物滥用预防和研究中心负责人；摩洛哥国家毒品和致瘾观测站主任；Ar-razi 大学精神病医院主任，拉巴特医学院精神病学教授。

拉巴特医学院医学博士（1989年）；精神病学专业文凭（1994年）；拉巴特医学院讲师（1995年起）。作为国家药物滥用研究所的研究员和临床观察员在巴黎的圣安娜精神病院和马蒙丹中心（1990-1991年）和约翰·霍普金斯大学（1994-1995年）接受专业培训。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；拉巴特医学院国家治疗和防止药物滥用文凭课程的主任；拉巴特医学院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驻通讯员、联合国艾滋病毒和注射吸毒问题磋商小组前任成员、中东和北非减少伤害协会创始成员和指导委员会成员；中东和北非减少伤害协会北非 Ar-razi 知识中心主任；国际科学咨询网成员兼导师（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磋商小组成员。

为世卫组织东地中海地区办事处、毒品和犯罪问题办公室和其他国际机构、多项研究奖学金以及美国国家药物滥用研究所提供咨询。在精神病学、酗酒和药物滥用领域发表多篇文章。

国际麻醉品管制局的成员（2015年起）。常设估量委员会委员（2015年）。财务和行政委员会委员（2016年）。

## 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）；为驻比利时各使馆毒品问题联络官在外交部和国家警察总局与之进行联络（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）。报告员（2010年）。麻管局第一副主席（2011年）。麻管局主席（2012和2013年）。财务和行政委员会委员（2007-2009年）和主席（2015和2016年）。



## 国际麻醉品管制局简介

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

### 组成

麻管局由经济及社会理事会选出的 13 名成员组成，他们以个人身份而不是作为国家政府代表供职。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于国际管制范围。

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： 药物非医疗用途合法化
- 1993年： 减少需求的重要性
- 1994年： 对国际药物管制条约有效性的评价
- 1995年： 对查禁洗钱给予更大的重视
- 1996年： 药物滥用和刑事司法系统
- 1997年： 防止药物在鼓励非法药物环境下的滥用
- 1998年： 国际药物管制：过去、现在和未来
- 1999年： 没有疼痛和痛苦
- 2000年： 国际管制药物的过量消费
- 2001年： 全球化和新技术：二十一世纪执行药物管制法面临的挑战
- 2002年： 非法药物和经济发展
- 2003年： 药物、犯罪与暴力：微观一级的影响
- 2004年： 减少供应和减少需求战略的结合：超越均衡的做法
- 2005年： 替代发展与合法生计
- 2006年： 国际管制药物和无管制市场
- 2007年： 相称性原则和毒品相关犯罪
- 2008年： 国际药物管制公约：历史、成绩和挑战
- 2009年： 药物滥用的初级预防
- 2010年： 毒品与腐败
- 2011年： 社会凝聚力、社会解体与非法药物

2012 年： 国际毒品管制的分担责任

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

2015 年： 人类的健康和福祉：国际药物管制面临的挑战和机遇

国际麻醉品管制局 2016 年报告第一章的标题是“妇女与毒品”。

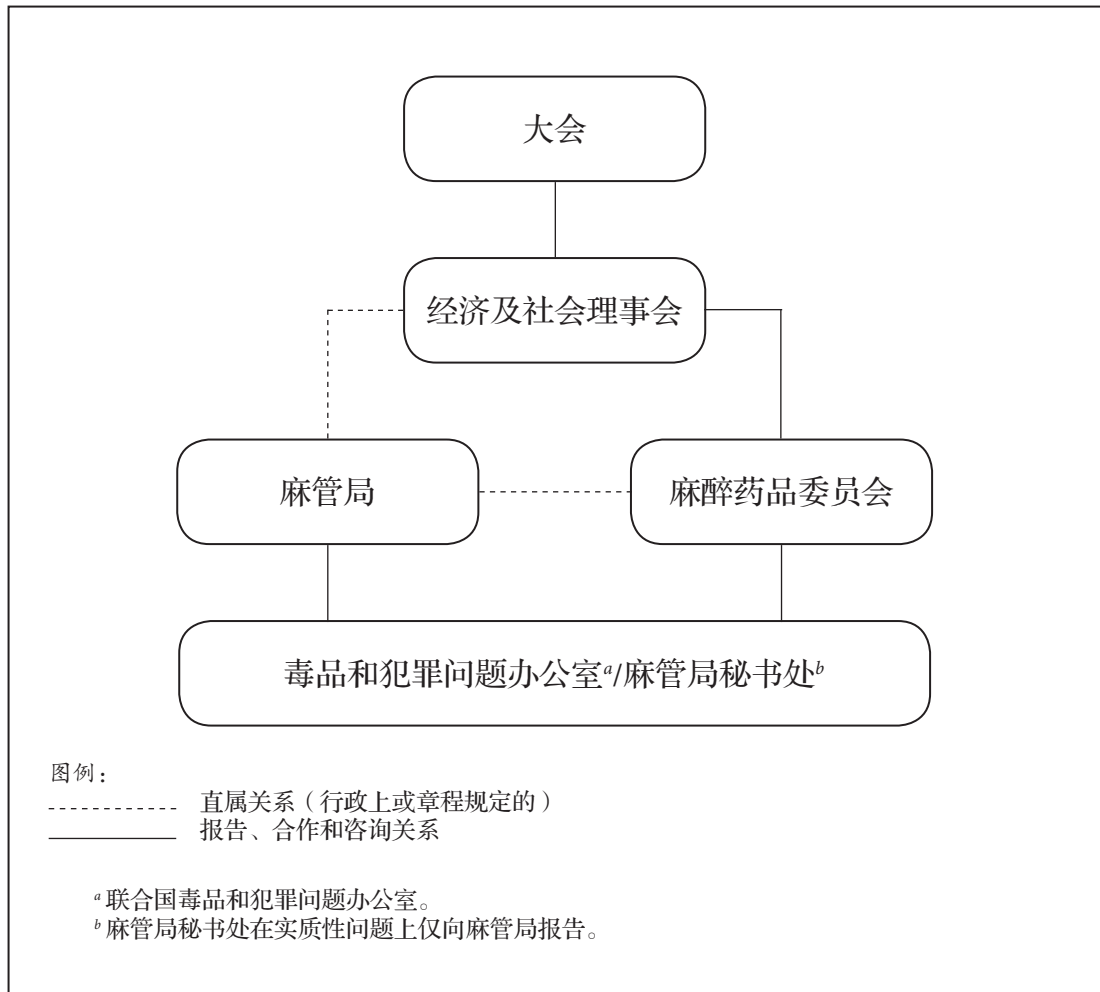
第二章分析国际药物管制制度的运作情况，其主要依据是各国政府根据国际药物管制条约的要求，向麻管局直接提供的信息。重点内容是对与麻醉药品和精神药物以及用于非法制造这些药物的化学品有关的一切合法活动的全球管制情况。

第三章介绍药物滥用和贩运方面的一些重要发展情况，以及各国政府为解决这些问题以落实国际药物管制条约而采取的各项措施。

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



## 联合国系统和药物管制机构及其秘书处





## 国际麻醉品管制局

国际麻醉品管制局（麻管局）是对于联合国各项国际药物管制公约执行情况的独立监测机构，于1968年根据1961年《麻醉品单一公约》的规定设立，其前身可以一直追溯到国联时期在前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。