

一. 国际药物管制公约：历史、成绩和挑战

1. 本章重点介绍国际药物管制的渊源，特别是这种管制在二十世纪的演变情况。本章还讨论当前国际社会适用各项公约遇到的挑战、各国政府应对挑战的方式及其似宜采取的进一步行动。

2. 本章从世界日趋全球化的角度审视了国际药物管制的历史变迁。过去一个世纪，商业、金融、运输和通信出现了巨大增长和深刻变化。贸易通信障碍的消失极大地促进了人的发展，给社会带来巨大好处，但这种好处的分布极不均衡。贫困和经济不平等、重要资源的缺乏、冲突、环境恶化和气候变化造成新的紧张状况，社会最弱势群体受到的影响最为严重。这些因素反过来又给实施国际药物管制造成新的挑战。

3. 本章讨论的一些挑战属于各项公约的明确管辖范围；另一些挑战在拟订公约时未曾想到，但影响到各国政府实施公约的能力。这些挑战包括：

(a) 与健康有关的挑战：如何确保充分供应麻醉药品和精神药物，以满足在减轻疼痛和治疗与药物有关的病症方面的医疗和科研需要；

(b) 法律方面的挑战：如何处理对公约的不同解释和实施；

(c) 预防吸毒方面的挑战：如何确定和传播可靠方案和最佳做法，阻止青年和社会其他易受影响人群尝试吸毒；

(d) 全球化的挑战：如何在国际药物管制体系内处理全球化带来的成本和效益。

A. 历史

4. 药物管制是在全球变化和发展的长期过程中逐步形成的。威斯特伐利亚会议（1648 年）、乌得勒支会议（1713 年）和维也纳会议（1814-1815 年）曾确立了一系列国际规范，如所有国家司法平等，每个国家在本国领土内享有主权的原則，等等。在需要谋求权力平衡问题上也形成共识。在国际法体系的发展和外交活动的推动下，国际联盟随之诞生，后来又建立了联合国。与此同时，随着制成品贸易不断增长，私人资本日益扩张、流动性增强，

逐步建立起了促进金融、贸易合作的国际机构。

5. 二十世纪初，由于当时的三个重要国家罕见地出现了利益交汇，开始对鸦片贸易实行管制。中国、大不列颠和美利坚合众国出于不同的理由，都希望扼制鸦片贸易：长期抵制英国人将鸦片从印度输出到中国的中国政府，在国内开始了新一轮反对吸食和生产鸦片的运动。美国政府希望实施法律禁止在其领土上和家中吸食鸦片，以断绝源自（1898 年占领的）菲律宾的鸦片走私。在大不列颠，新当选的自由党政府在受教会鼓励的禁止鸦片运动的强有力支持下，开始扭转前几任政府的支持鸦片贸易政策。在这种势头的推动下，13 个国家聚在一起，在 1909 年 2 月于中国上海召开的国际阿片委员会会议上第一次讨论了国际药物管制问题。三年后，上海会议提出的建议体现在第一部具有法律约束力的多边药物管制条约中，即 1912 年 1 月 23 日在海牙签署的《国际阿片公约》。¹

6. 《1912 年公约》各缔约方同意管制阿片的生产 and 销售，并对某些药物的制造和分销实施限制；实行一种强制性登记制度。这是仅为医疗和科研目的使用药物的原则第一次体现在国际法中。德国在法国和葡萄牙支持下，坚持认为只有所有国家批准《1912 年公约》之后，该公约才能生效；但是，随后的拖延意味着公约直到第一次世界大战结束之后才生效，当时把批准该公约写进了 1919 年《凡尔赛条约》。

7. 1920 年，国际药物管制工作归由国际联盟负责，又有一些国际药物管制条约随之颁布。1925 年 2 月 19 日在日内瓦签署《国际阿片公约》²，该公约首次提出的许多条款后来写进了 1961 年《麻醉品单一公约》，³如提供阿片和古柯叶生产和库存统计数据，受管制药物合法国际贸易进口证和出口许可制度，以及对“印度大麻”（当时称作大麻）的管制。1931 年 7 月 13 日在日内瓦签署《关于限制

¹ 国际联盟，《条约汇编》，第 VIII 卷，第 222 号。

² 同上，第 LXXXI 卷，第 1845 号。

³ 联合国，《条约汇编》，第 520 卷，第 7515 号。

生产和管理分销麻醉药品的公约》⁴，该公约通过引进强制估计数制度，将世界麻醉品生产量限制为医疗和科研所需数量。在日内瓦签署的1936年《关于禁止危险药品非法贩运的公约》⁵是第一部明确针对国际药物贩运的公约，但只有13个国家签署，产生的影响较为有限，因为该公约在1939年生效时，正值第二次世界大战开始。1953年6月23日，在联合国主持下在纽约订立了《关于限制和管理罂粟种植及阿片的生产、国际贸易、批发贸易和使用的议定书》⁶，该议定书对生阿片的消费、生产、出口和库存实施严格限制，但直到取代该议定书的《1961年公约》签署时才生效。

8. 《1961年公约》的作用是将药物领域所有已订立的多边条约合并在一起，简化药物管制机制，并扩展现有管制制度，将种植可作为麻醉品原料的植物包括在内。同以往的公约一样，该公约的目的是确保医疗和科研所用麻醉药品的充足供应，禁止对这类药物的所有非医用消费，并防止这些药物转入非法市场。《修正1961年麻醉品单一公约1972年议定书》⁷要求进一步努力防止麻醉药品的非法生产、贩运和使用，并为吸毒者提供治疗和康复服务。

9. 1950年代，人们开始担心苯丙胺和巴比土酸盐滥用以及镇静剂和致幻剂开药过量等问题。世界卫生组织（世卫组织）和麻醉药品委员会从1960年代初开始对这些问题进行讨论。虽然普遍同意需要加大对这些物质的管制力度，但是，对于是将这些物质置于《1961年公约》管制之下还是制订一部新的条约，意见并不一致。有人担心，在受管制药物清单中增列多种物质，将削弱《1961年公约》的影响，一些可能批准公约的国家也许因此而怯步。而且，许多需要加以管制的物质包含在大量处方医药制剂中。致幻剂的依赖性后果问题也引起争议。

10. 1971年《精神药物公约》⁸比《1961年公约》涉及更多种类的物质，列表安排也有所不同。

《1971年公约》与《1961年公约》一样，按照物质的潜在治疗作用和滥用可能性，将其分类列入四个附表；但是，《1961年公约》第3条出现的所谓“类似性概念”——与公约已管制物质一样“易受同样滥用或易生同样恶果”的每种新物质置于与这些物质相同程度的管制之下——在《1971年公约》中没有出现。正如国际麻醉品管制局过去所指出的那样，⁹这导致评价程序更加复杂和列表的拖延。实质上，根据《1961年公约》，麻醉药品在被证明无害之前都被视为有害；而精神药物则不受管制，除非世卫组织建议有“大量证据”证明它们可能被滥用或构成公共卫生和社会问题，需要置于国际管制之下。¹⁰《1971年公约》为照顾制药国的利益，将估计数制度排除在外，不过后来麻管局提出建议并经经济及社会理事会决议批准，弥补了这个漏洞和许多其他漏洞。《1971年公约》的加入速度较慢，开放供签署后，用了近六年时间才生效，而相比之下，《1961年公约》不到四年时间。

11. 不管是《1961年公约》，还是《1971年公约》，从科学角度看其列表安排存在着矛盾：大麻和大麻脂属于麻醉药品，而它们的一些活性组分属于精神药物，管制制度较宽松。古柯叶和可卡因都是麻醉药品，但产生类似兴奋作用的苯丙胺则属于精神药物。《1971年公约》没有对植物原料实行管制，因此卡塔叶和麻黄属植物仍然不受管制，而其衍生物卡西酮和麻黄素则分别在《1971年公约》和1988年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》的¹¹管制之下。

⁸ 同上，第1019卷，第14956号。

⁹ 《国际药物管制条约的有效性：国际麻醉品管制局1994年报告的补充》（联合国出版物，出售品编号：E.95.XI.5），第65段。

¹⁰ István Bayer, “Genesis and development of the international control of psychotropic substances”, 为美利坚合众国国家药物滥用研究所撰写的论文，1989年，第42-43页。

¹¹ 联合国，《条约汇编》，第1582卷，第27627号。

⁴ 国际联盟，《条约汇编》，第CXXXIX卷，第3219号。

⁵ 同上，第CXCVIII卷，第4648号。

⁶ 联合国，《条约汇编》，第456卷，第6555号。

⁷ 同上，第976卷，第14151号。

12. 《1988 年公约》之所以必要，是因为跨国有组织犯罪和贩毒活动日益增多，在国际一级追查涉嫌毒品相关犯罪和洗钱行为的人困难重重，而这些问题又没有在《1971 年公约》中得到具体处理。

《1988 年公约》的目的是在全球一级统一界定毒品罪及其范围；改进和加强有关当局之间的国际合作与协调；为这些当局更有效地拦截国际毒品贩运提供法律手段。与另两项公约相比，《1988 年公约》是一部更加实用的“着眼于实践的”法律文书，就执法技巧提出了具体建议。该公约在开放供签署不到两年之后就生效了。

B. 成绩

13. 麻醉药品和精神药物国际管制体系可以说是二十世纪国际合作方面最重要的成就之一：三项公约的缔约国中超过 95% 是联合国会员国（代表着世界人口的 99%）。多年来，根据《1961 年公约》和《1971 年公约》实行管制的物质数量稳步增加，目前有 119 种麻醉药品和 116 种精神药物受到国际管制。与此同时，对麻醉药品和精神药物的需求也急剧增加：例如，全球吗啡消费量从 1987 年的不到 5 吨上升到了 2007 年的 39.2 吨。¹² 尽管如此，2007 年没有发现从国际贸易中转移麻醉药品的案件；1990 年以来没有发现从国际贸易中转移附表一或附表二所列精神药物的案件，¹³ 尽管国家一级继续发生过量开药、盗窃和转用等情况。

14. 《1971 年公约》在一开始并不是十分成功，除上文所述原因外，还因为多数精神药物是广泛消费的处方药物的基本组分。不过，经济及社会理事会的各项决议促使管制程序有所改进，从而成功地避免了附表三或附表四所列物质从国际贸易中转移出去。这些决议还促成改进了开处方做法，特别是对巴比土酸盐和其他安眠药，而《1971 年公约》第 13 条为缔约方开展双边和多边合作和行动对付转移行为提供了法律依据。《1988 年公约》为实施司法合作、引渡、控制下交付和反洗钱措施提供了便

利。该公约还规定各国必须对制造毒品经常使用的某些前体、化学品和溶剂进行管制和监测，并为政府当局相互通信以查明可疑交易和预防转移提供了便利。

15. 如联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）2008 年所报告，在实现 1998 年大会第二十届特别会议所设定目标方面取得了进展。1998-2007 年期间，非法药用作物种植所影响的国家数目有所减少；但是，在这种种植继续发生的地方，问题则更加严重，影响到了所有人。一个主要例子是阿富汗，这里有越来越多的阿片加工成吗啡或海洛因，大麻种植也增加很多。阿富汗的问题并非由非法作物种植所引起，但是在很多方面因这种种植而恶化，这些问题是已经证明很难打破的冲突和不稳定循环的组成部分。安全问题持续存在，加上运输基础设施落后、腐败现象泛滥和替代产品缺乏可行的市场，所有这些限制了持续的替代经济发展的机会。

16. 大洋洲部分地区也进展缓慢。该区域的国家并没有全部加入国际药物管制公约。非洲是 1998-2007 年十年期内取得进步最小的区域。该区域的一系列复杂情况导致在药物管制的所有领域执行率偏低，这些情况包括政局不稳、监测能力薄弱、环境退化、经济不发达以及发达国家补贴本国农业和商品市场使非洲处于劣势等。

C. 挑战

1. 健康方面的挑战

17. 各项国际药物管制公约以及《减少毒品需求指导原则宣言》¹⁴ 规定，缔约方有义务采取措施，保护人民的健康和福祉。各国政府必须确保医疗和科研所需麻醉药品和精神药物的供应；必须采取一切可行措施，防止并减少或根除吸毒现象，为吸毒者提供治疗和康复服务，制订有效措施减轻吸毒对健康和社会造成的不利影响。履行这些义务对所有国家的政府都是一项重大挑战，但对于其政府经常在

¹² 《麻醉药品：2008 年世界估计需要量；2006 年统计数据》（联合国出版物，出售品编号：E/F/S.09.XI.2）。

¹³ 《国际麻醉品管制局 2007 年报告》（联合国出版物，出售品编号：E.08.XI.1），第 77 和 107 段。

¹⁴ 1988 年大会第二十届特别会议通过（大会 S-20/3 号决议，附件），《宣言》概述了世界范围内减少毒品需求的优先政策和战略。

千方百计为国民提供初级保健的较不发达国家来说尤其困难。

18. 在拟订《1961年公约》和《1971年公约》之时，艾滋病毒和丙型肝炎都还没有发现，这些公约没有提到与注射吸毒有关的血液传播感染问题。只是在1980年代中期，国际卫生当局才发现这种联系。随后就鼓励各国政府发展治疗能力，并采取措施限制血液传播疾病的传播，以便处理这一问题。¹⁵

《1988年公约》主要是一部国际刑法条约，健康问题只是泛泛提及，要求缔约国采取适当措施，消除或减少对麻醉药品和精神药物的非法需求，以减轻个人的痛苦（第14条第4款）。1980年代中期，一些国家的政府面临的注射吸毒问题日益严重，认为“减轻损害”就算不能解决这些问题，也是处理这些问题的实用对策，并开始采取措施应对这些挑战。¹⁶直到1998年通过《减少毒品需求指导原则宣言》，才实行具体国际政策准则以减少毒品需求并减轻吸毒对个人和社会造成的不利后果。

19. 发达国家和发展中国家的保健成本不断提高，又提出更多的挑战。发展中国家受艾滋病毒/艾滋病影响尤其严重，这种疾病又与肺结核病重新出现联系在一起，同时虐疾继续影响世界许多地区。在发达国家，人口老龄化加上低出生率，降低了工作人口相对于退休人口的比例，从而带来保健资金问题。与肥胖、性能力和压力状况有关，所谓“生活方式药物”被广泛使用，也在许多区域带来健康问题。各行各业的人们日益求助于药物，不管是处方药物还是非法获得的药物，以缓减现代世界的问题。

20. 《1961年公约》和《1971年公约》的主要目标是确保医疗和科研所需管制药物的供应并防止这些药物的非医疗用途使用。对获得啡啡和可待因等

麻醉药品的权利，被世卫组织视为《经济、社会和文化权利国际公约》所界定的一项人权（大会第2200 A (XXI)号决议，附件），¹⁷这两种药品都列入了世卫组织的《基本药品示范清单》。然而，据世卫组织提供的数据，在世卫组织193个成员国中，获得受管制药品的权利在逾150个国家并不存在或几乎不存在，近90%的受管制药品是欧洲和北美洲消费的。在考虑到可能会有很大不定性的情况下，估计每年可能有多达8,600万的人承受中重度疼痛之苦而得不到治疗。¹⁸

21. 长期以来，麻管局一直在担心，尽管阿片剂原料供应充分，足以满足全球需要，但许多国家政府并没有确保使用这些原料制作的基本药品的广泛供应。¹⁹即使是在这些药品原料的种植国，也可能发生只有不足1%的人能够获得适当减疼手段的情况。

22. 其中的原因多种多样，非常复杂，并可能与长期文化传统有关。在许多国家，医学院很少提供或根本不提供关于姑息治疗药品的培训；限制严格和手续繁杂也阻止医生开阿片剂处方，病人和诊所工作人员都担心阿片剂有致瘾可能性，而如果在有医生监督的情况下用这种药物治疗中重度疼痛，这种担心基本上是没有根据的。²⁰

23. 2005年，为了更有效应对这种挑战，世界卫生大会在WHA 58.22号决议、经济及社会理事会在第2005/25号决议中，要求世卫组织增加获得阿片类止痛剂的机会。其结果是设立了获取受管制药品方案，麻管局积极参与了该项举措。麻管局多年来一直在关注这些问题，并将继续促进该方案。麻管局吁请各国政府增加对该方案的支持。

¹⁵ 《药物滥用和非法贩运问题国际会议的报告，1987年6月17日至26日，维也纳》（联合国出版物，出售品编号：E.87.I.18），第一章，A节，“控制麻醉品滥用今后活动的综合多学科纲要”，目标33，第389段。

¹⁶ 对于减轻损害，没有一个普遍同意的定义，但一般用来指一系列旨在减轻吸毒的负面后果的实用措施和政策，其中不一定包括戒毒。麻管局认为任何防止吸毒方案的目标应当是戒毒。

¹⁷ “第14(2000)号一般性意见：享有能达到的最高健康标准的权利（《经济、社会和文化权利国际公约》第12条）”（E/C.12/2000/4，2000年8月11日），第17段。

¹⁸ 世界世卫组织，《管制药品获得问题方案：2006-2007两年期报告》（2008年，日内瓦），第1-2页。

¹⁹ 《国际麻醉品管制局1999年报告》（联合国出版物，出售品编号：E.00.XI.1），第30和40段。

²⁰ 世界世卫组织，“简报：管制药品获得问题方案”，2007年3月。

24. 除了增加获得减轻疼痛阿片剂的机会，各国政府还面临着一项挑战，即确保充分供应受管制药物以满足日益增加的对阿片剂替代疗法的需求，同时防止这些药物转用于非法目的。经济及社会理事会在第 2004/40 号决议中强调，心理社会学辅助药理治疗是一种治疗选择方案，可用来改善阿片剂依赖者的健康、福祉和社会职能以及防止艾滋病毒和其他血液传播疾病的传播。这类治疗也与减少非法使用阿片剂、犯罪活动和剂量过大致死事件有关。²¹

25. 麻管局认识到在注射吸毒者中间预防艾滋病毒传播的挑战，并认可一系列治疗方式，包括在药物滥用治疗中使用替代疗法。但是，只应在有医生监督的以最终戒毒为目的的治疗方案中提供替代药物，同时还要采取适当措施防止药物被滥用和转移。

2. 法律方面的挑战

26. 三项国际药物管制公约与其他国际条约一样，并非自动生效的条约，公约的条款必须通过法案纳入国内法。但国际法的原则是，给罪行下定义完全在国家权力范围之内。这些国际公约的一些条款直截了当地规定缔约国“应当提供……”。另一些条款则以一个所谓的保障条款为依据：“适当顾及本国宪法、法律和行政制度的情形下，……”或者“在不违反本国宪法原则和法律制度基本概念的前提下”。

27. 将国际法律义务变成国内法律义务的过程，可能导致国内法律条款和国际规范之间的不一致，并可能带上政治考虑的色彩。麻管局承认这些公约对国内法律制度给予的尊重，但担心对国际义务作出不同解释正在削弱整个管制制度的效能。

28. 按照 1969 年《维也纳条约法公约》第 26 条，²² “凡有效之条约对各当事国有拘束力，必须由各该

国善意履行”。一国如已约定承担国际义务，不能以国内法有缺陷或有冲突为由为不履行国际义务开脱。²³ 没有给公约中使用的某些术语下定义，如“吸毒”、“医疗和科研目的”或“为减轻个人痛苦”采取的措施等，使各国政府可以以不同方式解释这些术语。麻管局认为，有些国家的政府对国际义务的解释方式使人怀疑它们对实现公约目的所作的承诺。

29. 麻管局认为，某些“减轻损害”措施与公约不符，主要被当作一种社会管制形式来使用。这些措施包括建立容忍销售、持有和消费少量大麻的所谓“咖啡屋”，以及建立允许非法持有和消费受管制药物的所谓“毒品消费室”。麻管局承认在受管制的医疗和科研条件下，医生可以开具任何麻醉药品或精神药物的处方，病人可以服用这些药物。但《1961 年公约》和《1971 年公约》不允许非法持有和使用非经医生开处方的受管制药物。

30. 在少数几个国家，国际法和国内法在执行与古柯叶有关的条款方面形成法律僵局。在拟订《1961 年公约》时，逐步取消古柯树种植被视作有利于安第斯分区居民的事情，也被视作国际一级根除或减少可卡因非法制造和贩运的手段。如今，出现了这样一种动向，要把古柯叶的地位上升到土著人借此肯定自身文化根基和历史权利的民族和族裔象征的高度。少数国家政府继续允许种植古柯树和使用古柯叶，甚至鼓励这类做法。

31. 麻管局认为，药物管制必须而且确实与尊重人权完全一致。但是，国际药物管制公约不接受关于存在拥有麻醉药品或精神药物的“权利”的说法，除非将其用于医疗或科研目的。古柯叶在《1961 年公约》附表一中的地位是明确的：禁止将未事先提取主要活性生物碱包括可卡因的古柯叶用于非医疗消费。1992 年，在玻利维亚政府要求研究该问题之后，世卫组织药物依赖问题专家委员会以可以提取为由不建议修改管制措施：“古柯叶”列入附表是

²¹ 世界世卫组织、联合国艾滋病毒/艾滋病联合方案和联合国毒品和犯罪问题办公室，“政策简述：通过药物依赖治疗减少艾滋病毒传播”，艾滋病毒/艾滋病和注射吸毒问题行动证据系列报告（WHO/HIV/2004.04）。

²² 联合国，《条约汇编》，第 1155 卷，第 18232 号。

²³ J. Obitre-Gama, “The application of international law into national law: policy and practice”, 受世界世卫组织委托，为 2000 年 1 月 7 日至 9 日在新德里举行的“全球烟草控制法：争取拟订一部世卫组织烟草控制框架公约国际会议”编写的文件。

适当的，因为很容易从古柯叶中提取可卡因。²⁴

32. 玻利维亚在签署《1988年公约》时曾对第3条第2款作出保留，理由是该款的规定“与其宪法原则和法律制度基本概念相违背”，但根据玻利维亚以前在《1961年公约》下承担的义务，它仍受《1988年公约》第25条的约束。麻管局提醒玻利维亚政府注意这些义务，并请其始终致力于履行国际条约义务。

33. 对大麻管制条款执行不一致是另一种性质的法律挑战，因为没有一个国家的政府将非医疗用途大麻种植合法化。《1961年公约》的初衷，是在几个有大麻非医疗使用传统的国家禁止使用大麻。如今，大麻的非医疗使用差不多已经消失，而大麻却成为全世界使用最广泛的非法药物。过去二十年培育出了新的药力更强的大麻，主要是在工业化国家。采用尖端种植技术生产出的大麻，四氢大麻酚含量远远高于1980年代生产的大麻。这种情况可能与几个国家对与大麻有关的治疗服务的需求增加有关。烟草中经常混合了大麻，除了吸烟的已知风险外，有迹象表明大麻消费可能与精神病和精神分裂症风险提高有关。

34. 麻管局认为大麻在几个方面提出挑战：

(a) 许多国家容忍“消遣式”使用大麻，是与大麻在《1961年公约》附表一和四中的定位相违背的；

(b) 不同国家执行的大麻政策与这些政策对非使用情况的影响之间有何关系还不明确；

(c) 对于所谓的“医疗”使用大麻和“消遣式”使用大麻，公众看法交错、混乱；

(d) 努力根除非法大麻种植的发展中国家因富裕邻国的容忍政策而受挫，并可能因此而得不到多少替代发展援助。

3. 预防方面的挑战

35. 鉴于大麻往往是最先和最广泛使用的非法药

物，大麻问题与青少年和其他易吸毒群体的初级预防这项挑战密切相关。青年人的福祉和保护是联合国条约体系的优先问题：《儿童权利公约》²⁵要求公约缔约方“采取适当措施，包括立法、行政、社会和教育措施，保护儿童不致非法使用……麻醉药品和精神药物，并防止利用儿童非法生产和贩运此类药物”（第33条）。

36. 上个世纪投入了大量资源，去了解影响首次吸毒的“预防”和“风险”因素。通过对族裔和土著群体中间的年轻人进行研究，发现社会排斥和孤立、随处可见的社会和经济不平等以及缺乏社区网络，属于主要的风险因素。²⁶对各种预防方案的全面审查发现，坚持去学校受教育是影响青少年成长过程的结构环境中的关键保护因素。逃学和不让上学反而可能促使形成和加强有利于经常吸毒的社会网络和价值观，并可能使最边缘化和最弱势群体中间的问题更加恶化。²⁷

37. 吸毒问题不一定因年龄而产生。现代生活紧张不堪，时时处于求取成绩的压力之下，这种情况经常促使人们依赖药物的帮助。人们以为可以靠非自然的化学补救办法解决生活中的问题，而有针对性的广告更是推波助澜。青年特别易受到推销的影响，也特别在乎“形象”。麻管局认为，各国政府面临的挑战是制订和宣传适合本国情况的政策，使之与更全面或更注重“生态”的保健和福利方法相一致，鼓励个人重视和管理自身的健康。

38. 在1998-2007十年报告期结束时，毒品和犯罪问题办公室执行主任指出，在以预防作为全球应对吸毒问题的部分措施方面，尽管有某种改进，但所取得的进展“充其量算是平平”。²⁸对于所有国家

²⁵ 联合国，《条约汇编》，第1577卷，第27531号。

²⁶ 《少数土著和少数族裔青年的吸毒预防》（联合国出版物，出售品编号：E.04.XI.17），第10页。

²⁷ David Hawks、Hatie Scott和Nyanda McBride，“Prevention of Psychoactive Substance Use: a Selected Review of What Works in the Area of Prevention”（世界世卫组织，2002年，日内瓦）。

²⁸ “执行主任关于世界毒品问题的第五份报告：减少毒品需求”（E/CN.7/2008/2/Add.1，2008年2月21日），第10和42段。

²⁴ 《世卫组织药物依赖问题专家委员会：第二十八次报告》，世卫组织技术报告系列，第836号（世界世卫组织，1993年，日内瓦）。

的政府来说，最大的挑战是知道哪些预防政策有效，为什么有效。大多数成员国（94%）报告说2007年开展了宣传运动，但其中只有半数对结果进行了评价。²⁹有一点已经确定，开始吸毒的时间早，预示着个人和整个社会后来会发生健康和社会问题，而且可以由此看出这些问题的严重性。为此，麻管局认为，一种具有成本效益的做法是，各国政府持续加大努力，优先考虑针对青少年和其他弱势群体的预防吸毒方案。

39. 麻管局注意到在各种地域和社会经济环境下开展了预防吸毒循证方案。广泛传播这些方案取得的经验，可有助于各国政府应对减少毒品需求方面的挑战。有证据表明，预防吸毒方案在下列情况下最有益：

(a) 方案与预防其他问题行为如酗酒和抽烟结合起来；²⁹

(b) 方案以吸毒情况的性质和程度以及社区存在的风险和保护性因素等可靠信息为依据；³⁰

(c) 方案针对特定年龄、性别和族裔而拟订，注意青年文化的规范、价值观、期望和词汇，并让目标群体参与方案的规划、试验和评价；³¹

(d) 采用的做法不仅仅重视吸毒问题：生活技能培养是行之有效的做法，有最可靠的证据基础，³²而以家长和家庭为基础的干预行动可能有利于加强家庭纽带和关系；³³

²⁹ 《预防青少年使用苯丙胺类兴奋剂：政策和方案指南》（联合国出版物，出售品编号：E.07.XI.7），第9页。

³⁰ 同上，第10页。

³¹ 同上，第13页。

³² “执行主任关于世界毒品问题的第五份报告：减少毒品需求”（E/CN.7/2008/2/Add.1，2008年2月21日），第14段。

³³ 美利坚合众国卫生与公众服务部国家卫生研究所，“Preventing Drug Use among Children and Adolescents: a Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders”，第二版，国家卫生研究所出版物第04-4212(A)号（国家药物滥用研究所，2003年，马里兰州贝塞斯达），第2页。

(e) 卫生、教育和社会服务部门可以确定较易受影响的青少年和家庭，向他们提供适当的心理社会支助；

(f) 媒体对预防的宣传活动和基层的相应活动协调。已经证明，单靠媒体的宣传活动不可能改变态度或行为，但可以有效改变信息量和认识水平。³⁴

4. 全球化的挑战

40. 不断的技术革命降低了交通、信息和通信成本，促进了全球化，从而给许多人带来好处。现在，发展中国家有更多机会融入世界经济，但过程并不完善、彻底，好处的分配也不均衡。全球技术和市场提出的教育和知识方面的要求，又可能导致没有适当学历的人边缘化或受到排斥，从而有可能出现只有少数国家、社会群体和企业获得新技术的情况。³⁵

41. 伴随着贸易和外国直接投资的增加，跨国公司的影响越来越大，其结果是各国政府对劳动力环境的影响不如过去，特别是对于较弱势群体的影响减弱。在许多国家，曾经由国家、雇主和家庭提供的社会保障网在不断削弱，社会资本因而减少。

42. 贫困、气候变化、环境退化、水灾、旱灾和寻找新能源等其他问题，导致主要食物短缺，原料价格上涨。种种这些后果加上当前全球金融危机的后果未卜，可能造成社会和政局动荡，争夺稀缺资源发生冲突，经济移民浪潮出现。根据设在布鲁塞尔的灾害流行病学研究中心提供的数据，2007年因水灾和飓风等环境灾害导致的流离失所影响到1.97亿人，亚洲是受影响最重的洲。³⁶由冲突引起的难民流对发展中国家影响最大：最贫穷的发展中国家接

³⁴ “执行主任关于世界毒品问题的第五份报告：减少毒品需求”（E/CN.7/2008/2/Add.1，2008年2月21日），第41段。

³⁵ 联合国拉丁美洲和加勒比经济委员会，《全球化与发展》（LC/G.2157(SES.29/3)），为委员会第二十九届会议（2002年）编写的报告。

³⁶ 国际减灾战略秘书处：“2007年灾害数字”（UN/ISDR 2008/01，2008年1月18日）。

纳了 80% 的难民。根据联合国提供的数据，到 2007 年底，难民人数约为 1,140 万：伊朗伊斯兰共和国和巴基斯坦共接纳了大约 300 万难民，他们几乎都来自阿富汗，阿拉伯叙利亚共和国接纳了 150 万伊拉克难民。³⁷

43. 麻管局认为，这类情况给各国政府履行国际药物管制义务的能力带来严重挑战。例如，事实证明，安第斯地区小农参与药物作物种植，与贫困、不安全和被排斥在主流社会之外有关。毫无疑问，在失业率居高不下而政府管理薄弱或打折扣的地方，非法药物作物种植和生产的确可以带来收入。还有一点也是事实，对于在城乡地区提供可持续替代发展生计这一挑战，并没有充分加以应对：在安第斯地区替代发展项目惠及大约 23% 的非法作物种植者，而在亚洲这一比例只有 5%。³⁸ 非洲存在着广泛的非法大麻种植，人民面临严峻的生存问题，反而几乎没有开展替代发展项目。

44. 正如麻管局指出的那样，替代发展必须克服一系列挑战，主要是与成本和长期可持续性有关的挑战。需要投入大量资源，改善生态系统脆弱的偏远农村地区的基础设施。其他问题包括技术专门知识缺乏，替代作物市场价格波动，卫生、教育、法律和治安等方面的公共服务以及农村信贷服务短缺。³⁹

45. 目前有越来越多的有机咖啡、水果和其他农产品合作社加入国际公平贸易标签组织（公平贸易标签组织），该组织将北美洲、欧洲和大洋洲的标签举措与来自非洲、拉丁美洲和加勒比以及亚洲的生产者组织网联系在一起。目的是通过向农民、工人及其社区提供可持续生计，改善南半球生产者组织的贸易地位。现有 59 个国家约 600 个经认证的生产者组织属于公平贸易标签组织，惠及 700 万人，

2006 年消费者购买这些产品花费了大约 20 亿美元，比 2005 年增加 40%。⁴⁰ 麻管局注意到非法药物作物种植区的替代发展项目面临着艰巨挑战。不过，麻管局认为，诸如上述这些直接受益于全球化带来的市场开放的举措，将鼓励人们努力扩大替代发展项目的范围，增强这些项目的可持续性。

46. 麻管局注意到，取消、放宽对合法药物市场商业活动的管制，往往削弱了各国政府的监管能力，使其无法对药物的交易、获取、价格和营销做法进行公共管制。⁴¹ 北美自由贸易协定、南方共同市场和欧洲联盟这样的区域自由贸易区的存在固然带来诸多好处，但如料不及的是，各国政府更加难以监测化学品流动，这些化学品不仅用于多种合法工业用途，还用于毒品制造。技术进步使得可以对药物的分子结构作细微改动，再加上现在可以轻易提取几乎所有纯药物，合法制造与非法制造之间的区别模糊了，导致“特制药物”秘密合成迅速增加。罪犯们现在抱着绕开国际药物管制条例的限制的明确目的设计和制造精神药物，然后在管制体系之外的平行市场分销这些药物。这些情况给国际药物管制公约的实施造成特殊挑战。

47. 麻管局一直担心因特网在销售和分销受管制和不受管制药物方面的作用，注意到大量涉及非法网上药店的案件。麻管局承认网上购药有可取之处，特别是在医院和药品服务非常分散的地区，但是令麻管局震惊的是，“流氓”药店竟然在恣意易受影响群体吸毒。在美国，年轻成人滥用处方药物自 2002 年以来大幅增加，⁴² 据报告，2006 年 34 个非法网上药店销售的二氢可待因酮产品超过 9,800 万个剂量单位。考虑到购买药品不需要有效处方的情况占到 84%，青年人或其他易受影响群体的风险显然很高。⁴³

³⁷ 联合国人权事务高级专员办事处，《2007 年全球趋势：难民、寻求庇护者、返回者、国内流离失所者和无国籍人士》（2008 年 6 月，日内瓦）。

³⁸ “执行主任关于世界毒品问题的第五份报告：开展国际合作根除非法药用作物和促进替代发展行动计划”（E/CN.7/2008/2/Add.2，2007 年 12 月 17 日），第 9 和 58 段。

³⁹ 《国际麻醉品管制局 2004 年报告》（联合国出版物，出售品编号：E.06.XI.2），第 27 段。

⁴⁰ 见公平贸易基金会网站（www.fairtrade.org.uk）。

⁴¹ 《国际麻醉品管制局 2000 年报告》（联合国出版物，出售品编号：E.01.XI.1），第 33 (d) 段。

⁴² 美国国家药物管制政策办公室，“Current State of Drug Policy: Successes and Challenges”（2008 年 3 月，华盛顿特区），第 7 页。

⁴³ 《国际麻醉品管制局 2007 年报告……》，第 250-251 段。

48. 欧洲药物及药物成瘾监测中心认为，越来越多的网上药品零售商有可能传播新的服药方法或新产品，他们采取有针对性的营销策略，迅速适应客户需求 and 不断变化的法律状况和市场情况。⁴⁴

49. 麻管局相信，需要采取全球协调行动处理网上药店和网站非法售药问题，为此拟订了《各国政府防止网上非法销售国际管制药物准则》。⁴⁵该准则提出的建议旨在促进采取措施，就网上药店登记和许可等法律步骤，以及开展活动提高公众对网上购药风险的认识，推动国家和多边合作。

50. 公共卫生和药物管制机构面临的另一个挑战也与网上非法售药的增长有关：即为伪冒药品做广告和销售这些药品，世卫组织将伪冒药品定义为故意和欺诈性乱标名称和（或）来源的药品。世卫组织已设立一个国际防止伪冒药品工作队，世卫组织认为，在所有药品中，有 7%至 10%可能是伪冒产品。而在某些非洲国家，这一数字可能高达 30%至 40%。根据在美国进行的一项研究，2010 年全球伪冒药品销售额估计将达到 750 亿美元，比 2005 年高出 90%还多。⁴⁶

51. 伪冒药品除了违犯版权规定并构成经济犯罪外，还损害国家保健体系，导致人们对药物管制和执法系统丧失信心，并对使用者造成严重健康危险。在监管最薄弱、弱势群体最易受剥削的区域，伪冒现象必然最严重。在伪冒成为一种利润丰厚的国际犯罪活动的同时，执法机构的应对措施仍然软弱无力，重点仍然是打击伪冒手提包和手表之类的犯罪。技术变化远比监管环境的变化快，而在国际一级又缺乏公认规范。⁴⁷

52. 几年前，有组织犯罪问题分析人员就针对电脑犯罪这种可定义为借助电子通信装置或针对电子通信装置的犯罪作出预测，今后将有越来越多的电脑犯罪是从很少或没有法律打击电脑犯罪和（或）没有能力执行这种法律的法域发动的。现在，据报告贩毒者是最广泛使用因特网电文加密的群体之一，他们能够聘请高级计算机专家帮助逃避执法、协调毒品运货并进行洗钱。2004 年 7 月 1 日生效的《电脑犯罪公约》⁴⁸是迄今唯一一部对付这个问题的多边条约。该公约由欧洲委员会成员国与加拿大、日本、南非和美国共同起草，其设想不是成为一部欧洲文书，而是成为一部将得到各大洲支持的全球文书。

53. 国际药物管制体系今天面临的挑战依然极其艰巨，丝毫不亚于一个世纪前，也许甚至更复杂。面对当代问题和挑战，这些公约仍然具有重要的现实意义；事实上，现在可能比过去更需要这些公约。随着麻醉药品和精神药物的全球需求量增长，这些公约为确保以充足的全球供应满足合法的医疗和科研需求提供了框架。在全球化导致各国政府权力削弱、公司影响力加强的情况下，严格实行独立的多边监督显得越发必要。国际药物管制是否有效，越来越取决于是否有一个强有力的联合国系统，不偏倚、负责任地促进全民健康和福祉。

54. 国际药物管制体系经受住了时间的考验，赢得了信誉，但并非完美无缺。这个体系无疑是能够改进的，修改程序就是为这一目的而存在的。麻管局承认各国政府履行国际条约义务方面遇到种种困难，请它们采取建设性办法克服障碍，而不是各行其事，反而损害国际药物管制体系的一致性和完整性。

D. 建议

55. 为确保更有效实施各项国际药物管制公约，麻管局：

(a) 请各国政府考虑如何最佳地确保《1961 年公约》、《1971 年公约》和《1988 年公约》高效运作的最佳方式；

⁴⁴ 欧洲药物及药物成瘾监测中心，《2007 年年度报告：欧洲药物问题状况》（欧洲共同体官方出版物办公室，2007 年，卢森堡），第 74 页。

⁴⁵ “各国政府防止网上非法销售国际管制药物准则”，将作为联合国出版物发表。

⁴⁶ 世界世卫组织，“伪冒药品”，情况说明书，第 275 号（修订本），2006 年 11 月。

⁴⁷ 联合国区域间犯罪和司法研究所，《伪冒活动：全球蔓延，全球威胁》（2007 年，意大利都灵）。

⁴⁸ 欧洲委员会，《欧洲条约汇编》，第 185 号。

(b) 鼓励各国政府加大对预防工作的投资，特别是对青少年和易受影响群体的投资，并利用在各种环境下试验过的经验和最佳做法；

(c) 请各国政府研究国际法与国内法的不一致处，以便履行它们在国际药物管制公约下承担的义务，并为此考虑它们对实现公约目的的“诚意”；

(d) 鼓励阿片类止痛剂消费量较低的国家政府通过管制药品获取问题方案所提倡的措施鼓励这些药物的合理使用，并确保这类鼓励措施与防止这类药物转移用途的措施相结合；并（如 1999 年报告所建议的那样）⁴⁹建议各国政府考虑与制药业合作，以使最贫穷国家的人们买得起优质阿片类止痛剂，并建议国际援助方案的组织者考虑在其援助方案中捐助基本药品；

(e) 建议各国政府研究公平贸易模式（www.fairtrade.org.uk），以改进受非法药物作物种植影响地区替代发展项目所生产产品的贸易地位和市场准入，同时逐个项目考虑其适宜性和可行性；

(f) 促请各国政府使用“各国政府防止网上非法销售国际管制药物准则”；

(g) 鼓励各国政府支持打击电脑犯罪多边举措。

⁴⁹ 《国际麻醉品管制局 1999 年报告……》。