



توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية:
ضمان سبل الحصول على كميات كافية منها
للأغراض الطبية والعلمية

لزوم توافر العقاقير بكميات كافية
وغير مقيدة دون داع



التقارير الصادرة عن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في عام ٢٠١٥

يُستكمل تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٥ (E/INCB/2015/1) بالتقارير التالية:

تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات عن توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية: ضمان سبل الحصول على كميات كافية منها للأغراض الطبية والعلمية. (E/INCB/2015/Supp.1)

Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2016—Statistics for 2014 (E/INCB/2015/2)

Psychotropic Substances: Statistics for 2014—Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971 (E/INCB/2015/3)

السلائف والكيماويات التي يكثر استخدامها في صنع المخدرات والمؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة: تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٥ عن تنفيذ المادة ١٢ من اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة ١٩٨٨ (E/INCB/2015/4)

وترد القوائم المحدثة للمواد الخاضعة للمراقبة الدولية، والتي تشمل المخدرات والمؤثرات العقلية والمواد التي يكثر استخدامها في صنع المخدرات والمؤثرات العقلية بصفة غير مشروعة، في آخر طبعات المرفقات الملحقة بالاستمارات الإحصائية ("القائمة الصفراء" و"القائمة الخضراء" و"القائمة الحمراء") التي تصدرها الهيئة أيضاً.

الاتصال بالهيئة الدولية لمراقبة المخدرات

يمكن الاتصال بأمانة الهيئة على العنوان التالي:

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

وإضافةً إلى ذلك، يمكن الاتصال بالأمانة بالوسائط التالية:

الهاتف: ٢٦٠٦٠ (١-٤٣+)

الفاكس: ٢٦٠٦٠-٥٨٦٧ (١-٤٣+) أو ٢٦٠٦٠-٥٨٦٨

البريد الإلكتروني: secretariat@incb.org

وهذا التقرير متاح أيضاً في موقع الهيئة على الإنترنت (www.incb.org).



الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات

توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية:
ضمان سبل الحصول على كميات كافية منها
للأغراض الطبية والعلمية

لزوم توفُّر العقاقير
بكميات كافية وغير مقيِّدة دون داع



الأمم المتحدة،
نيويورك، ٢٠١٦

E/INCB/2015/1/Supp. 1

منشورات الأمم المتحدة
eISBN: 978-92-1-057768-7

تصدير

قبل عدة عقود مضت، قطع المجتمع الدولي على نفسه التزاماً رسمياً لدى اعتماد الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ بصيغتها المعدلة ببروتوكول عام ١٩٧٣،^(١) واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١:^(٢) بأن يقوم بما يلزم لضمان توافر المخدرات التي لا غنى عنها للأغراض الطبية والعلمية وألاً يقيّد ذلك التوافر دون داع. وفي العقود الأخيرة، لم يتحقق هذا الوعد تحقّقاً كاملاً. فما زال أناسٌ كثيرون جُداً يعانون أو يموتون في ألم أو لا يجدون سبيلاً إلى الأدوية التي يحتاجونها. وهذه المعاناة التي لا داعي لها، والناجمة عن نقص الأدوية المناسبة بسبب التقاعس والمتطلبات الإدارية المفرطة، عار علينا جميعاً.

ولا تزال فرص حصول ما يقرب من ٥,٥ بليون شخص على الأدوية التي تحتوي على مخدرات، مثل الكوديين أو المورفين، محدودة أو معدومة، الأمر الذي يعني أنّ ٧٥ في المائة من سكان العالم محرومون من إمكانية الحصول على علاج مناسب لتخفيف الألم. ويُستهلك نحو ٩٢ في المائة من المورفين المستعمل في العالم في بلدان لا يمثل سكانها إلا ١٧ في المائة من سكان العالم، معظمهم في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وأوروبا الغربية وأستراليا ونيوزيلندا. ويتنافى عدم تيسر سبل الحصول على كميات كافية من العقاقير مع مفهوم المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان،^(٣) بما في ذلك الحق في الرعاية الطبية التي تشمل أيضاً الرعاية الملطّفة.

ومما يبعث على القلق بصفة خاصة الاختلال في توافر المسكّنات شبه الأفيونية، إذ تشير آخر البيانات إلى أنّ الحالات الكثيرة التي تتطلب معالجة الآلام، ولا سيما السرطان، تنتشر وتزايد في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل.^(٤) وفي الوقت نفسه، شهدت السنوات الأخيرة زيادة في إساءة استعمال عقاقير الوصفات الطبية وما يتصل بها من وفيات ناجمة عن تعاطي جرعات مفرطة في البلدان التي يرتفع فيها نصيب الفرد من استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية.

وبالإضافة إلى الاحتياجات المتعلقة بالسرطان، فإنّ معالجة الألم ضرورية في العديد من الحالات الصحية الأخرى. وفي عدة مناطق من العالم، ليس من الشائع تحرير وصفات طبية بعقاقير تخفيف الآلام. ومع أنّ هناك عقاقير أخرى خاضعة للمراقبة الدولية مثل الميثادون والبوبرينورفين تُستخدم في معالجة الارتهاان للمخدرات، إلا أنّ استخدامها محدود أيضاً في بعض البلدان، على الرغم من انتشار تعاطي الهيروين على نطاق واسع.

وبالإضافة إلى المخدرات، يناقش هذا التقرير أيضاً توافر المؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١. فهناك بواعث قلق إزاء استهلاك هذه المواد وتوافرها، وهي ضرورية في علاج طائفة من الحالات الصحية الخطيرة. ووفقاً لما ذكرته منظمة الصحة العالمية، يعاني ملايين البشر وأسرههم من الاضطرابات العقلية، إلا أنّ الموارد المتاحة في معظم البلدان لا تكفي لعلاج مثل هذه الحالات. فالغالبية العظمى من البلدان تخصّص للصحة العقلية أقلّ من ٢ في المائة من ميزانياتها المرصودة للصحة، وهو ما يعني أنّ أكثر من ٧٥ في المائة من السكان في العديد من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل محرومون من إمكانية الحصول على هذا النوع من العلاج. وهذه المشكلة لم تحظ بقدر كافٍ من الاهتمام. فما زالت مستويات استهلاك المؤثرات العقلية، التي تُستخدم في علاج الاضطرابات العقلية والعصبية مثل القلق والأرق والصرع، تتفاوت تفاوتاً كبيراً فيما بين البلدان والمناطق. وهذا يكشف، من ناحية، عن وجود تنوع في الممارسات الطبية ومن ثمّ تباين في أماط وصف العقاقير، كما ينمّ، من ناحية أخرى، عن الافتقار إلى البيانات الدقيقة، الكمية والنوعية على السواء، عن استهلاك تلك المواد.

ومعالجة أوجه التفاوت في توافر المخدرات والمؤثرات العقلية للأغراض الطبية والعلمية هو أحد الالتزامات الواقعة على عاتق الحكومات امتثالاً للاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات. ففي عام ١٩٦١، تعهّد المجتمع الدولي

^(١) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ٩٧٦، الرقم ١٤١٥٣.

^(٢) المرجع نفسه، المجلد ١٠١٩، الرقم ١٤٩٥٦.

^(٣) قرار الجمعية العامة ٢١٧ ألف (د-٣).

^(٤) World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*

(Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

باتخاذ التدابير اللازمة لضمان توافر المخدّرات من أجل تخفيف الألم والمعاناة. وفي الوقت نفسه، اعترفت الأطراف في تلك الاتفاقية بمشكلة إدمان المخدّرات. وتنصّ ديباجة الاتفاقية الوحيدة على كلا المبدئين. وهذه المسؤولية المزدوجة هي جوهر المناقشة الدائرة حالياً بين الدول الأعضاء بشأن إنجازات النظام الدولي لمراقبة المخدّرات وآفاقه المستقبلية.

وبالمثل، أعربت الدول الأطراف في اتفاقية سنة ١٩٧١ عن تصميمها على منع ومكافحة تعاطي المؤثرات العقلية والاتجار بها بصفة غير مشروعة، وسلّمت في الوقت نفسه بأنّه لا غنى عن استعمال تلك المواد في الأغراض الطبية والعلمية، وأنّه يتعيّن عدم تقييد توافرها لتلك الأغراض دوّمًا داع.

وقد أثارَت الهيئة مسألة التوافر في مناسبات عديدة على مرّ تاريخها. فكرّست تقارير خاصة لهذا الموضوع في أعوام ١٩٨٩ و١٩٩٥ و٢٠١٠. وشمل التقرير الصادر عام ٢٠١٠^(٥) عدداً من التوصيات التي استندت إلى المعلومات المقدّمة من الدول الأعضاء. وركّزت تلك التوصيات على توافر المخدّرات والمؤثرات العقلية، واستخدامها المناسب، ونظم المراقبة الوطنية، ومنع التسريب وإساءة الاستعمال.

ولا يبدو أنّ عدم التكافؤ في استخدام المسكّنات شبه الأفيونية يرجع إلى قلة المواد الخام، فقد تجاوز الإنتاج العالمي من الخامات الأفيونية الطلب عليها منذ سنوات عديدة. ونتيجة لذلك، فقد أخذت المخزونات تتزايد، وإن شهدت هذه الزيادة بعض التقلبات. وعلى مدى السنوات العشرين الماضية، زاد الاستهلاك العالمي لشبائه الأفيون بأكثر من ثلاثة أضعاف. وتدلّ البيانات المتاحة على أنّ كمية الخامات الأفيونية المتوافرة لصنع المخدّرات المستعملة في تسكين الألم أكبر مما يكفي لتلبية الطلب عليها بمستوياته الحالية بحسب التقديرات الحكومية. أمّا فيما يتعلق بالمؤثرات العقلية، فإنّ مسألة العرض أكثر تعقيداً. وسيأتي تناول هذا الموضوع بالتفصيل في الفصل المخصّص لتلك المواد.

وتشمل العقبات والعراقيل التي يمكن أن تؤثر سلباً على التوافر عوامل تتعلق بالتنظيم الرقابي وبالمواقف الثقافية، وعوامل معرفية واقتصادية، وعوامل ذات صلة بالشراء. وفي عام ٢٠١٠، كانت أشيع العقبات التي ذكرتها البلدان هي التخوفات المتعلقة بالإدمان، والإحجام عن وصف الأدوية أو تخزينها، ونقص تدريب اختصاصيي الرعاية الصحية. وكان من الشائع أيضاً النظر إلى القوانين المقيدة دون مبرر واللوائح التي تفرض أعباءً مفرطة على أنّ لها دوراً هاماً في الحدّ من توافر شبائه الأفيون. وأفاد عددٌ أقل من الحكومات بأنّ الصعوبات المتعلقة بتوزيع شبائه الأفيون وتوريدها وتكلفتها كانت من العقبات الرئيسية التي تحول دون توافر قدر كافٍ منها.

ومن أجل مساعدة الحكومات، قررت الهيئة إعداد هذا التقرير بشأن التوافر بعد خمس سنوات من التقرير المنشور في عام ٢٠١٠. وقد أعدّ هذا التقرير بفضل إسهامات من مختلف الجهات المعنية. وقد تلقت الدول الأعضاء استبياناً في عام ٢٠١٤، أجاب عليه أكثر من ١٠٠ بلد، ممّا وفّر معلومات قيّمة بشأن السياسات والممارسات المتبّعة على الصعيد الوطني. واستشّرت منظمات حكومية دولية مثل منظمة الصحة العالمية، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدّرات والجريمة (المكتب)، وقدمت تلك المنظمات بيانات ومعلومات بهذا الشأن استكمالاً للبيانات المتاحة للهيئة. كما أسهمت منظمات شتّى من المجتمع المدني تمثّل المرضى وأسرهّم واختصاصي الصحة وغيرهم من الجهات المعنية ببيانات ومعلومات وقدمت آراءها. وبالإضافة إلى ذلك، قدّم عدد من الباحثين تحليلات ورؤىً وجيهة.

وقد كشف تحليل آخر البيانات المتعلقة باستهلاك المخدّرات عن إحراز تقدم كبير في توافر المسكّنات شبه الأفيونية للأغراض الطبية، على الرغم من استمرار أوجه تفاوت بالغة. وتشير البيانات إلى زيادات قابلة للقياس في متوسط كمية المسكّنات شبه الأفيونية المستهلكة أثناء الفترة ٢٠١١-٢٠١٣ مقارنةً بالفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٣. وبالإضافة إلى ذلك، فعند المقارنة بين الإجابات المقدّمة من الدول الأعضاء في الدراسات الاستقصائية التي أُجريت في أعوام ١٩٩٥ و٢٠١٠ و٢٠١٤، يتبيّن تناقص أهمية الشواغل المتعلقة بمخاطر الإدمان والعقبات التشريعية، وأنّ البلدان باتت ترى أنّ من الضروري

^(٥) تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات عن توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية: ضمان سبل الحصول على كميات كافية منها للأغراض الطبية والعلمية (E/INCB/2010/1/Supp.1).

أن تتغلب على عقبات رئيسية أخرى مثل الافتقار إلى التدريب والتعليم، وترشيد العرض، والتكاليف والموارد المالية المحدودة.

وتؤكد هذه البيانات أنه يمكن تحسين توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية في إطار الاتفاقيات الدولية. وفي سبيل تحقيق ذلك، من المهم وجود تشريعات صديقة ورشيحة تضمن توافر الأدوية للمرضى من ناحية وحماية صحتهم من ناحية أخرى، إلى جانب تدريب اختصاصيي القطاع الصحي على وصف الأدوية بطريقة مسؤولة ورشيحة وتوعيتهم بالمخاطر التي ينطوي عليها وصف الجرعات الزائدة وإساءة استعمال العقاقير.

وتشير البيانات المتعلقة بالمؤثرات العقلية إلى أوجه تفاوت بين البلدان والمناطق في مستويات استهلاك تلك المواد. وعدم توافر المؤثرات العقلية بالقدر الكافي للعلاج الطبي الضروري وضعف إمكانية الحصول عليها، وكذلك توافر كميات مفرطة منها واستعمالها على نحو غير سليم طبيًا، أمور تطرح كلها تحديات تعترض سبيل مراقبة هذه المواد واستخدامها.

وتعرض الهيئة هذا التقرير الخاص على الدول الأعضاء على أمل أن تساعد التحليلات والتوصيات الواردة فيه في وضع سياسات ونظم مراقبة وطنية قادرة على تحقيق أهداف الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات فيما يتعلق بضمان توافر المخدرات والمؤثرات العقلية. وقد أكدت الدول الأعضاء بالفعل أهمية هذه المسألة في عدد من القرارات والإعلانات السياسية التي اعتمدها لجنة المخدرات. كما أشارت الدول الأعضاء إليها في الإعلان السياسي الصادر عن اجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها،^(١) وفي القرار ج ع ٦٧-١٩ الصادر عن جمعية الصحة العالمية بشأن تعزيز الرعاية الملطفة كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة العمر.^(٢) وعلاوة على ذلك، فإن هذا التقرير يُقدّم إلى المجتمع الدولي قبل دورة الجمعية العامة الاستثنائية بشأن مشكلة المخدرات العالمية المقرر عقدها في عام ٢٠١٦، وتأمل الهيئة أن يساعد هذا الإسهام الدول الأعضاء في مداولاتها. وفي الوقت الذي تناقش فيه البلدان الإنجازات التي حققتها النظام الدولي لمراقبة المخدرات، تؤدّ الهيئة التذكير بأن الهدف العام من الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات هو إقامة نظام وطني ودولي فعّال لإدارة توافر المخدرات والمؤثرات العقلية عن طريق ضمان إيصال أفضل الأدوية بتكلفة معقولة وعلى نحو آمن ورشيد إلى المرضى الذين يحتاجونها، والحيلولة في الوقت ذاته دون تسريب تلك العقاقير بغرض إساءة استخدامها.



فيرنر سيب

رئيس

الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات

^(١) قرار الجمعية العامة ٢/٦٦.

^(٢) متاح على الرابط: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-ar.pdf

المحتويات

الصفحة

iii	.....	تصدير
viii	.....	خلاصة وافية
xi	.....	شكر وتقدير
		الفصل
١	.....	أولاً- مقدمة
١	.....	ألف- دور الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات
	.....	باء- توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية وإمكانية الحصول عليها باعتبار ذلك حقا من الحقوق الصحية
٢	.....	وحقوق الإنسان
٤	.....	جيم- الإجراءات التي اتخذتها الهيئة لضمان توافر القدر الكافي من العقاقير
٦	.....	دال- المنهجية
٩	.....	ثانياً- المخدرات
٩	.....	ألف- عرض الخامات الأفيونية وشبائه الأفيون والطلب عليها
١١	.....	باء- توافر المسكنات شبه الأفيونية
٢٨	.....	جيم- العقبات التي تحول دون توافر المخدرات
٣٧	.....	ثالثاً- المؤثرات العقلية
٣٧	.....	ألف- عرض المؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية ١٩٧١
٤٢	.....	باء- توافر المؤثرات العقلية
٦٣	.....	جيم- العقبات التي تحول دون توافر المؤثرات العقلية
٦٩	.....	رابعاً- توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية من أجل علاج الارتهان لشبائه الأفيون
٧٥	.....	خامساً- ضمان توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية في حالات الطوارئ
٧٧	.....	سادساً- الاستنتاجات والتوصيات
٧٧	.....	ألف- التشريعات والنظم الرقابية
٧٨	.....	باء- النظام الصحي
٧٨	.....	جيم- القدرة على تحمّل التكاليف
٧٨	.....	دال- تدريب اختصاصيي الرعاية الصحية
٧٩	.....	هاء- التثقيف والتوعية
٧٩	.....	واو- التقديرات والتقييمات والإبلاغ
٨٠	.....	زاي- المعايير المرجعية لاستهلاك المواد الخاضعة للمراقبة الدولية
٨٠	.....	حاء- المجتمع الدولي

المرفق*

٨١	الاستبيان المرسل في عام ٢٠١٤ إلى السلطات الوطنية المختصة في الدول الأعضاء بشأن توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية للأغراض الطبية والعلمية
----	-------	--

* المرفق غير مدرج في النسخة المطبوعة من هذا التقرير، ولكنه متاح على الموقع الشبكي للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات (www.incb.org).

خلاصة وافية

لزوم توافر العقاقير بكميات كافية للأغراض الطبية والعلمية: هذان المبدآن الأساسيان سيردان في الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١ بصيغتها المعدلة بروتوكول سنة ١٩٧٢. وجرى التسليم بعد ذلك بأن المؤثرات العقلية بدورها لا غنى عنها للأغراض الطبية والعلمية. وفي اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١، سلّمت الأطراف أيضاً بأن توافر هذه المواد ينبغي ألا يُقيّد دون داع.

ويحلّل هذا التقرير، الذي يصدر استكمالاً للتقرير السنوي للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات (الهيئة) لعام ٢٠١٥، فرص الحصول على المخدرات والمؤثرات العقلية على الصعيد العالمي. ويستعرض أيضاً أخطار الاستهلاك واتجاهاته، فضلاً عن المعلومات المقدّمة من الدول الأعضاء بشأن السياسات والممارسات المتبعة على الصعيد القطري من أجل ضمان توافر هذه المواد الخاضعة للمراقبة، والعقبات التي تحول دون ذلك.

وتشير اتفاقية سنة ١٩٦١ واتفاقية سنة ١٩٧١ إلى مصلحة المجتمع الدولي الجوهرية في حماية صحة الجنس البشري ورفاهه عن طريق توفير تلك المواد التي لا غنى عنها للأغراض الطبية والعلمية، مع ضمان عدم تسريبها أو إساءة استعمالها. وقد أنشأت الاتفاقيتان نظام مراقبة يهدف إلى تحقيق هذا الغرض المزدوج. وبعد عدة عقود من دخولهما حيز النفاذ، لم يزل هذا العنصر الأساسي في الاتفاقيتين أبعد ما يكون عن التحقق على الصعيد العالمي. وقد سلّط الضوء أيضاً على أهمية إتاحة هذه المواد لمن يحتاجونها في صكوك حقوق الإنسان الدولية. وفي سلسلة من القرارات الصادرة عن لجنة المخدرات وجمعية الصحة العالمية وعن منظمات حكومية إقليمية.

وعلى مر السنين، عملت الهيئة على أن توضح للدول الأعضاء أهمية هذا الجانب من جوانب النظام الدولي لمراقبة المخدرات. وفي عام ٢٠١٠، أصدرت الهيئة تقريراً بعنوان "توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية: ضمان سبل الحصول على كميات كافية منها للأغراض الطبية والعلمية"، شمل تحليلاً للوضع العالمي فيما يتعلق باستهلاك المواد الخاضعة للمراقبة الدولية. وكانت الهيئة قد أصدرت تقريرين شبيهين في عامي ١٩٨٩ و١٩٩٥. غير أنه جرى توسيع نطاق التقرير في عام ٢٠١٠ ليشمل المؤثرات العقلية. وبعد مرور خمس سنوات، تقدّم الهيئة استعراضاً للموقف وتزوّد الدول الأعضاء والمجتمع الدولي بأخر المستجدات، وبمجموعة من التوصيات بشأن التصدي لمشكلة توافر المخدرات والمؤثرات العقلية.

المخدرات

تؤدي المسكّنات شبه الأفيونية مثل المورفين دوراً لا غنى عنه في علاج الألم الناتج عن السرطان، وفيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، ومرض السكري، والولادة، والعمليات الجراحية، والجروح، وغير ذلك من الحالات الصحية أو الأمراض. واستناداً إلى تقديرات الهيئة، فإن نسبة ٩٢ في المائة من المورفين يُستهلك في بلدان لا يعيش فيها إلا ١٧ في المائة من سكان العالم (الولايات المتحدة وكندا وبلدان أوروبا الغربية وأستراليا ونيوزيلندا). وفي الوقت نفسه، لا يزال ٧٥ في المائة من سكان العالم، معظمهم في البلدان المنخفضة الدخل، يعانون من ضالة أو انعدام فرص الحصول على علاج مناسب للألم. ويبدو أن المحرك الرئيسي وراء زيادة الاستهلاك العالمي للمسكّنات شبه الأفيونية منذ عام ١٩٩١ كان هو الاستهلاك في أمريكا الشمالية وأوروبا وأستراليا ونيوزيلندا، حيث يتزايد القلق حيال إساءة استعمال عقاقير الوصفات الطبية.

ولا يبدو أن انخفاض مستويات استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية في بعض البلدان والمناطق ناتج عن نقص في عرض الخامات الأفيونية وشبائه الأفيون. فالبيانات المتاحة لدى الهيئة تشير إلى أن الطلب العالمي يلبي تلبية كاملة—ومن المتوقع بناءً على التقديرات المقدّمة أن يظل كذلك—بما يوفّر الإنتاج العالمي من الخامات الأفيونية، والزيادة التي يشهدها صنع المخدرات، والمخزونات المتنامية.

وعلى الرغم من إحراز بعض التقدم، لا تزال مستويات استهلاك شبائه الأفيون منخفضة في أفريقيا، وآسيا، وأمريكا الوسطى والكاريبية، وأجزاء من أمريكا الجنوبية، وأوروبا الشرقية، وجنوب شرق أوروبا، وبعض الدول الجزرية الصغيرة في أوقيانوسيا. وعند النظر إلى انتشار الحالات الصحية التي تتطلب الرعاية الملطّفة، يبدو جلياً أن هذه الحالات المنتشرة على نطاق واسع لا يُقابها في كثير من الأحيان المستوى الكافي من العلاج بشبائه الأفيون ولا البنية التحتية اللازمة لتقديم الرعاية الملطّفة. وتكشف المقارنة بين مستويات استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية ومعدلات الإصابة بالسرطان

عن عدم كفاية الاستهلاك في أجزاء من أفريقيا، وآسيا، وأمريكا الوسطى والكاريبية، وأوروبا الشرقية وجنوب شرق أوروبا، وبعض الدول الجزرية الصغيرة في أوقيانوسيا. ويبدو عدم توافر شبائنه الأفيون لمعالجة الأُم المتصل بالأيدز واضحاً في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى والبلدان الآسيوية. وبالإضافة إلى ذلك، وحتى عند وجود مستويات مرتفعة من الاستهلاك على المستوى الوطني، قد تكون هناك عوائق تحول دون حصول بعض القطاعات السكانية (المجتمعات الريفية والفقيرة) على هذه المواد بسبب محدودية تقديم خدمات الرعاية الملطفة.

ومن أشيع العقبات أمام توافر تلك المواد، كما حددتها الدول الأعضاء، الافتقارُ إلى التدريب/التوعية بين اختصاصيي القطاع الصحي، والخشية من الإدمان، ومحدودية الموارد المالية، ومشاكل التوريد، والمواقف الثقافية، والخوف من التسريب. وتكشف المقارنة مع بيانات الدراسات الاستقصائية التي أجرتها الهيئة في الماضي عن تراجع كبير في ذكر الخشية من الإدمان واللوائح التنظيمية المرهقة كعقبتين أمام التوافر منذ عام ١٩٩٥.

ويمكن أن يؤدي الافتقار إلى الوعي والتدريب بين اختصاصيي القطاع الصحي فيما يتعلق بالأُم وتسكينه، ووصف المسكّنات شبه الأفيونية بطريقة رشيدة واستخدامها استخداماً آمناً، إلى عدم وصف تلك المواد واستخدامها بالقدر الكافي لعلاج المرضى. ويبدو أن هناك علاقة بين الخشية من الإدمان والافتقار إلى الوعي والتدريب، والمواقف الثقافية. ولا تتوقف إمكانية الحصول على المواد على توافرها في حدّ ذاتها فحسب، بل أيضاً على القدرة على تحمّل تكاليفها. ويمكن أن تُضعف محدودية الموارد من قدرة الحكومات على توفير العقاقير للمرضى أو تقديمها لهم بسعر مدعّم، ومن قدرة المرضى على تحمل تكاليف شرائها. كما قد تكون أسعار العقاقير مرتفعة بسبب التكاليف الناجمة عن اللوائح التنظيمية ونظم الترخيص والضرائب والاستيراد، وضعف نظم التوزيع، وعدم وجود نظام عمومي لردّ التكاليف، وعدم توافر القدر الكافي من التركيبات الكيميائية الرخيصة التكلفة. ويمكن أن يتجنّب الصانعون والمستوردون/المصدرون إنتاج تركيبات رخيصة التكلفة من العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية والتجارة فيها إذا شعروا أن هذه التركيبات لا تعود عليهم بالربح الكافي. وأخيراً، فإنّ التقديرات غير الملائمة، والمتطلبات التنظيمية التي تنطوي على إجراءات طويلة وأعباء شاقة، والتأخر في سلسلة الإمداد، كلها عوامل يمكن أن تؤدي إلى نقص توافر هذه المواد.

كما يمكن أن تُفرض قيود لا داعي لها على المواد الخاضعة للمراقبة الدولية خشية تسريبها إلى القنوات غير المشروعة، وكذلك من جراء الخوف من الملاحقة القضائية أو العقاب. وقد يتفاقم هذا الخوف في ظل وجود تشريعات غير واضحة ومسببة للسمعة، والافتقار إلى المعرفة القانونية بين اختصاصيي القطاع الصحي، أو فرض عقوبات مشددة على المخالفات غير المتعمدة. ومن بين القواعد التنظيمية التي تتجاوز كثيراً الأحكام المنصوص عليها في معاهدات مراقبة المخدّرات والتي يمكن أن تُثني عن وصف المخدّرات وصرّفها واستخدامها للعلاج: قصر مدة صلاحية الوصفات الطبية، وفرض نماذج وصفات طبية خاصة متعددة النسخ، وفرض متطلبات شاقة فيما يخصّ حفظ السجلات، والإفراط في تقييد إمكانية الوصول إلى نماذج الوصفات الطبية وجهات صرف العقاقير و/أو توزيعها والحصول على المخدّرات (التي كثيراً ما يكون توافرها محدوداً بصفة خاصة في المناطق الريفية). وبالإضافة إلى ذلك، فإنّ معظم البلدان والأقاليم لا تُجيز للمرضى تحرير وصفات بالمخدّرات، ولا تسمح بإعادة صرفها دون وصفة طبية جديدة. ويمكن أن تشكّل مثل هذه القواعد عقبة أمام الحصول على المادة المطلوبة في المناطق التي تعاني من قصور في البنية التحتية للرعاية الصحية.

المؤثرات العقلية

يبدو عدم كفاية أو نقص فرص الحصول على المؤثرات العقلية واضحاً بصفة خاصة في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، حيث تشير التقديرات إلى أنّ نحو أربعة من كل خمسة أشخاص ممن يحتاجون إلى علاج عقلي أو عصبي أو إلى العلاج من تعاطي المواد لا يتلقون ذلك العلاج. وتظهر أنماطٌ متنوعة فيما يتعلق بعرض واستهلاك المواد الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١ التي تدرجها منظمة الصحة العالمية في قوائم العقاقير الأساسية (البوبرينورفين والديازيبام واللورازيبام والميدازولام والفينوباربيتال). وتفيد التقارير أنّ صنّع البوبرينورفين المستخدم في تسكين الأُم وعلاج الارتهاان لشبائنه الأفيون ومستويات استهلاكه المحسوبة على الصعيد العالمي شهد زيادة كبيرة في العقد الماضي. ومع أنّ بعض البلدان (ولا سيما في أوروبا) تشهد مستويات استهلاك مرتفعة للغاية، إلا أنّ مستوى الاستهلاك المحسوب في أغلبية البلدان والمناطق لا يزال دون ١,٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية^(٨) لكل ألف نسمة في اليوم، الأمر الذي يشير إلى عدم كفاية فرص الحصول على هذا النوع من الدواء.

^(٨) اختصارها باللغة الإنكليزية S-DDD.

وفي الفترة ما بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠١٣، أُبلغ عن حدوث تقلبات في صنع البنزوديازيبينات فيما يخص عقار ميدازولام المهدئ-المنوم وعقار ديازيبام المضاد للقلق، في حين ظلَّ مستوى صنع عقار لورازيبام المضاد للقلق مستقرًا نسبيًا. وأثناء تلك الفترة، انخفض المتوسط العالمي لمعدّل استهلاك الديازيبام واللورازيبام والميدازولام بنسب ٢٠ و١٣،٤ و٠،٤ في المائة على التوالي، مع تسجيل مستويات استهلاك أقلّ من المتوسط العالمي في أفريقيا وآسيا، وفي أوقيانوسيا في حالة اللورازيبام والميدازولام. وتشير التقارير إلى حدوث تقلبات في صنع عقار الفينوباربيتال المضاد للصرع بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠١٣، وإلى انخفاض حاد قرب نهاية تلك الفترة. فقد انخفض استهلاك الفينوباربيتال عالميًا بنسبة ١٢ في المائة، واحتفظت مناطق أوروبا والقارة الأمريكية بأعلى متوسط استهلاك، في حين سجّلت مناطق آسيا وأفريقيا وأوقيانوسيا مستويات استهلاك أقلّ من المتوسط العالمي.

وكما هو الحال فيما يتعلق بالمخدرات، ذكرت الدول الأعضاء الافتقار إلى الوعي والتدريب باعتباره العقبة الرئيسية أمام توافر المؤثرات العقلية. وذكّرت مشاكل التوريد والخوف من التسريب والخوف من الملاحقة أو العقاب باعتبارها عقبات أمام التوافر في سياق المؤثرات العقلية أكثر نسبيًا ممّا ذُكرت في سياق المخدرات. وقد لا تحظى الرعاية الصحية العقلية بالأولوية التي تستحقها بين واضعي السياسات، ولا سيما في ظل محدودية الموارد والوصمة المرتبطة بأمراض الصحة العقلية وما يتصل بها من استخدام المؤثرات العقلية. وبالإضافة إلى ذلك، فقد ذكر بعض البلدان المسائل المالية باعتبارها عقبات تحول دون توافر المؤثرات العقلية. وعلاوة على ذلك، يمكن أن تفرض اللوائح التنظيمية المفرطة التشدد قيودًا لا داعي لها على توافر هذه المواد.

توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية لعلاج الارتهان لشبائه الأفيون

يتبيّن من تحليل مستويات استهلاك الميثادون والبوبرينورفين، وكذلك خدمات العلاج الإبدالي لشبائه الأفيون، أنّ هذه الخدمات إمّا غير متاحة على الإطلاق أو غير متوفرة بالقدر الكافي في جميع البلدان التي ينتشر فيها تعاطي المخدرات بالحقن انتشاراً كبيراً. وقد يُعزى ذلك إلى عدم الاعتراف بفعالية هذه الخدمات، أو المقاومة الثقافية، أو الافتقار إلى القدرات الاقتصادية أو الهيكلية، أو التقاعس السياسي، أو إلى مزيج من تلك العوامل.

ضمان توافر الكميات الكافية من العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية في حالات الطوارئ

لا غنى في الممارسة الطبية عن معظم المخدرات وعدد كبير من المؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة بموجب المعاهدات الدولية. وقد وُضعت تدابير مراقبة مبسّطة لتوفير الأدوية الخاضعة للمراقبة الدولية لأغراض الرعاية الطبية في حالات الطوارئ. ويمكن أن تسمح السلطات الوطنية المختصة بتصدير المواد الخاضعة للمراقبة الدولية إلى البلدان المتضررة، حتى عند عدم وجود أدون استيراد أو تقديرات للاحتياجات من هذه المواد.

التوصيات

يبدو أنّ نقص فرص الحصول على المواد الخاضعة للمراقبة الدولية وعدم كفايتها يرجعان إلى محدودية التدريب والتوعية في صفوف اختصاصيي القطاع الصحي، وواضعي السياسات، وعموم الجمهور (كما يتجلى في قلة الاستخدام والخوف والإفراط في التنظيم الرقابي)، ومشاكل التوريد، ومحدودية الموارد، وعدم كفاية البنية التحتية. وليس المقصود من ضمان إمكانية الحصول على المواد زيادة تعاطيها وتسريبها، لكن من الضروري الحفاظ على التوازن بين المراقبة من ناحية، وبين توافر المواد وإمكانية الحصول عليها من ناحية أخرى.

وتحقيقاً لهذه الغاية، من الضروري قيام التعاون وتوفير المساعدة على الصعيد الدولي، ومشاركة المجتمع بأكمله، والتزام الحكومات والمنظمات المعنية. وتوصي الهيئة باستعراض التشريعات والنظم الرقابية بهدف إزالة الأحكام التي تفرض قيوداً لا داعي لها، مع منع التسريب وتيسير الحصول على المواد، بطرائق منها على سبيل المثال السماح لقاعدة أكبر من اختصاصيي القطاع الصحي بتحرير وصفات بالأدوية المحتوية على مواد خاضعة للمراقبة الدولية عند الاقتضاء. ولكي تكون البنية التحتية ملائمة وتتوافر لها الموارد الكافية، فلا بد أن تضمن توافر المخدرات والمؤثرات العقلية وتوزيعها، بما

في ذلك في المناطق الريفية. ويمكن أن تساعد برامج التمويل ورد التكاليف الحكومية، بالإضافة إلى توفير تركيبات دوائية معقولة التكلفة من جانب شركات الأدوية، في التغلب على العقبات المالية. ويمكن أن يسهم تحسين تدريب اختصاصيي القطاع الصحي وزيادة الوعي في الحد من الخوف والتصورات الخاطئة والوصم والأفكار المسبقة التي تعوق فرص الحصول على المواد الخاضعة للمراقبة الدولية واستعمالها، وفي الحد من التسريب وإساءة الاستعمال في الوقت نفسه. وأخيراً، فإن قدرات السلطات الوطنية المختصة على تقدير الاحتياجات من هذا المواد وتقييمها بطريقة سليمة تحتاج إلى المزيد من التطوير والتعزيز.

شكر وتقدير

ساهم العديد من الأفراد في إعداد هذا التقرير. وتعرب الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات عن بالغ تقديرها لجميع الجهات التي قدّمت إسهامات واقتراحات وأفكار ومعلومات وبيانات بمختلف السبل، مما مكن الهيئة من تحسين عرضها للحالة. وتود الهيئة أن تنوّه بالإسهامات التي قدّمتها الأفراد والمنظمات الآتي ذكرهم:

ستيفانو بيرترام، بياتي هاموند، جوليانا إرنال، ليفنت كانتورك، نبيل كاتخدا، فرانسيس تشازهور، جوني توماس، جانا شريستا، مينا بالوخ، وهم من قسم مراقبة المخدرات ووضع التقديرات بأمانة الهيئة. فيرا سكروزي، سارة فيلنر، وهما متدربتان في القسم نفسه.

إيفا فرنانديز-سانتيس، حنيفة رباني، ها فونغ سيلانغ، دارمين زوماديل، باراميتا دويك، ليليان ساندوك، وهم من قسم مراقبة المؤثرات العقلية في أمانة الهيئة. دانييلا اتحاد، ستيفانو ريتشي، وهما متدربان في القسم نفسه.

مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة: قسم فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز التابع لفرع الوقاية من المخدرات والشؤون الصحية؛ وقسم الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل التابع لفرع الوقاية من المخدرات والشؤون الصحية؛ وقسم الإحصاء والاستقصاء التابع لفرع الأبحاث وتحليل الاتجاهات.

منظمة الصحة العالمية: قطاع الأمراض غير المعدية والصحة العقلية؛ وإدارة شؤون الصحة العقلية وتعاطي مواد الإدمان؛ والأدوية الأساسية والمنتجات الصحية؛ والوكالة الدولية لبحوث السرطان.

برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز.

الاتحاد الدولي لعلاج السرطان، والتحالف العالمي للرعاية الملطّفة للألم، والرابطة الدولية لدور الرعاية الملطّفة والمخففة للألم، ومركز مكابي للقانون والسرطان، والفريق الدراسي المعني بالألم والسياسات، ومنظمة هيومان رايتس ووتش.

كما تود الهيئة أن تنوّه بمساهمات أعضائها السابقين الذين كرّسوا الوقت والجهد لوضع هذا التقرير: د. غالينا كورتشاغينا، د. لوكان نايدو، د. راجات راي.

وأعضاء الهيئة الحاليون هم:

فيرنر سيب، الرئيس

سري سورياواتي، نائب الرئيس

جاغجيت بافاديا، النائب الثاني للرئيس ورئيس اللجنة الدائمة المعنية بالتقديرات

برنار ليروا، المقرر

أليخاندر و موهار بيتانكور، نائب رئيس اللجنة الدائمة المعنية بالتقديرات
رايموند يانس، رئيس لجنة الشؤون المالية والإدارية
واي هاو، عضو في اللجنة الدائمة المعنية بالتقديرات ولجنة الشؤون المالية والإدارية
ريتشارد ب. ماتيك، عضو في اللجنة الدائمة المعنية بالتقديرات
أحمد كمال الدين سمك، عضو في اللجنة الدائمة المعنية بالتقديرات
فيروج سومياي، عضو في اللجنة الدائمة المعنية بالتقديرات
جلال توفيق، عضو في اللجنة الدائمة المعنية بالتقديرات
ديفيد تي. جونسون، عضو في لجنة الشؤون المالية والإدارية
فرانسيسكو تومي، عضو في لجنة الشؤون المالية والإدارية

الفصل الأول

مقدّمة

ألف - دور الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات

٤- سلّمت الأطراف في اتفاقية سنة ١٩٦١، على وجه الخصوص، بكون إدمان المخدرات آفة وبيلة تصيب الفرد، وخطراً اجتماعياً واقتصادياً يهدد الإنسانية، كما سلّمت في الوقت نفسه "باستمرار لزوم استعمال المخدرات الطبي لتخفيف الآلام، وبوجوب اتخاذ التدابير اللازمة لضمان توفر المخدرات لهذا الغرض".

٥- وبالمثل، لاحظت الدول الأطراف في اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١ مشاكل الصحة العامة والمشاكل الاجتماعية الناشئة عن تعاطي بعض المؤثرات العقلية، وأعربت عن تصميمها على توقي ومكافحة تعاطي تلك المواد وما تؤدّي إليه من اتّجار غير مشروع، لكنها سلّمت في الوقت نفسه "بأنّه لا مندوحة عن استعمال المؤثرات العقلية للأغراض الطبية والعلمية، وأنه ينبغي ألاّ يُقيّد الحصول على هذه المواد لتلك الأغراض بقيود لا مبرّر لها".

٦- ومنذ أن دخلت الاتفاقيات الدولية الثلاث لمراقبة المخدرات^(١٢) حيز النفاذ، أُعيد تأكيد هذه المبادئ في عدد من القرارات التي اعتمدها لجنة المخدرات ثمّ المجلس الاقتصادي والاجتماعي. وفي الآونة الأخيرة، اعتمدت اللجنة القرارين ٤/٥٣ و٦/٥٤،^(١٣) بهدف تعزيز توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية بكميات كافية للأغراض الطبية والعلمية مع منع تسريبها وإساءة استعمالها. وقرّرت اللجنة، في قرارها ٤/٥٣، في جملة أمور، تخصيص بند من بنود جدول

١- لفظة "فارماكون" هي الكلمة اليونانية القديمة التي تطلق على "العقار". وقد شاعت ترجمتها في الإنكليزية بلفظة "remedy" (علاج) أو "poison" (سم)،^(٩) رغم أنّ لها معاني أخرى لا تتطابق بالضبط مع معنيها الرئيسيين.

٢- ويجسّد هذا المعنى المزدوج المشكلة التي واجهتها ثقافات ومجتمعات عديدة فيما يتصل بالمخدرات على مر التاريخ. ذلك أنّ العديد من المواد المتوفرة في الطبيعة، أو التي صنّعت من مواد طبيعية أو أنتجت بطرائق اصطناعية في الآونة الأخيرة، لديها القدرة على علاج بعض الحالات الصحية أو التخفيف من وطأتها. ولهذا السبب، تُستخدم على نطاق واسع. غير أنّها إذا تجاوزت استخدامها حدوداً معيّنة، يمكن أن تُحدث آثاراً سلبية، ويمكن أن تضر بصحة مستخدميها. وبالإضافة إلى ذلك، فقد تكون لها نتائج سلبية على أسر هؤلاء الأشخاص، وعلى المجتمع برمّته.

٣- ويمثّل تحقيق التوازن الصعب بين "العلاج" و"السم" مشكلة قديمة في كثير من المجتمعات. وكانت هذه المشكلة في صميم جهود وضع النظام الدولي لمراقبة المخدرات كما يتبيّن في الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١، بصيغتها المعدّلة ببروتوكول سنة ١٩٧٢،^(١٠) واتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١.^(١١) وفي ديباجة كلّ من هاتين الاتفاقيتين، أشارت الأطراف إلى مصلحة المجتمع الدولي الأساسية في حماية صحة الجنس البشري ورفاهه عن طريق توفير تلك المواد التي لا غنى عنها للأغراض الطبية والعلمية، مع ضمان عدم تسريبها أو إساءة استعمالها. وقد أنشأت الاتفاقيتان نظام المراقبة الدولي لتحقيق هذا الغرض المزدوج.

^(١٢) بما فيها اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدرات والمؤثرات العقلية لسنة ١٩٨٨ (الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ١٥٨٢، الرقم ٢٧٦٢٧)، والتي ينصّب تركيزها على التدابير المتعلقة بالاتجار غير المشروع.

^(١٣) انظر القسم جيم من الفصل الأول من الوثيقة E/2010/28-CN.7/2018، والقسم جيم من الفصل الأول من الوثيقة E/2011/28-CN.7/2011/15 على التوالي.

^(٩) Michael Rinella, *Pharmakon: Plato, Drug Culture, and Identity in Ancient Athens* (Lexington Books, 2010).

^(١٠) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ٩٧٦، الرقم ١٤١٥٢.

^(١١) المرجع نفسه، المجلد ١٠١٩، الرقم ١٤٩٥٦.

التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العرق أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية.

١٠- وبالإضافة إلى ذلك، فإن الحق في الصحة حق من حقوق الإنسان المسلم بها في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لسنة ١٩٦٦.^(١٨)

١١- وأفاد المقرر الخاص المعني بمسألة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، في تقريره المقدم إلى مجلس حقوق الإنسان في دورته السابعة، بأن:

الحرمان من الناحية الفعلية من فرص الحصول على ما يخفف الآلام يشكّل، إذا تسبّب في حدوث آلام ومعاناة شديدة، معاملة أو عقوبة قاسية أو لا إنسانية أو مهينة.

وأضاف قائلاً إنه:

نظراً لكون انعدام فرص الحصول على علاج للآلام وعلى المسكنات شبه الأفيونية بالنسبة إلى الأشخاص المحتاجين إليها قد يشكل معاملة قاسية ولا إنسانية ومهينة، فإنه ينبغي اتخاذ جميع التدابير الكفيلة بضمان الحصول على العلاج وإزالة الحواجز القائمة حالياً على الأصدقاء التنظيمية والتعليمية والسلوكية من أجل ضمان الحصول بشكل كامل على الرعاية الملطفة.^(١٩)

١٢- كما بيّنت منظمة هيومان رايتس ووتش في تقرير نُشر في عام ٢٠١١^(٢٠) أن قانون حقوق الإنسان الدولي يقضي بأن "على الحكومات التزاماً بالتصدي للمعاناة الواسعة الانتشار وغير الضرورية التي يتسبب فيها ضعف توافر الرعاية الملطفة في جميع أنحاء العالم."

١٣- وبالإضافة إلى الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات ووكوك حقوق الإنسان الدولية، فقد وضع المجتمع الدولي سلسلة من الصكوك القانونية في إطار جمعية الصحة العالمية.

١٤- وعلاوة على ذلك، أعدت منظمة الصحة العالمية قائمة بالأدوية الأساسية المصممة بهدف "تلبية احتياجات السكان ذات الأولوية من الرعاية الصحية"، والتي اختيرت "مع إيلاء الاعتبار الواجب لمعدّلات انتشار الأمراض [التي تعالجها]، ووجود أدلة على مفعولها وأمانها،

الأعمال لدراسة العقبات التي تحول دون توافر الكميات الكافية من المخدرات والمؤثرات العقلية والجهود الرامية إلى منع تسريبها وإساءة استعمالها.

٧- ودُكرت أهمية إتاحة العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية للأغراض الطبية والعلمية أيضاً في الإعلان السياسي وخطة العمل لعام ٢٠٠٩ بشأن التعاون الدولي صوب استراتيجية متكاملة ومتوازنة لمواجهة مشكلة المخدرات العالمية،^(١٤) وفي البيان الوزاري المشترك المنبثق عن الاستعراض الرفيع المستوى الذي أجرته لجنة المخدرات في عام ٢٠١٤ بشأن تنفيذ الدول الأعضاء للإعلان السياسي وخطة العمل بشأن التعاون الدولي صوب استراتيجية متكاملة ومتوازنة لمواجهة مشكلة المخدرات العالمية.^(١٥)

باء- توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية وإمكانية الحصول عليها باعتبار ذلك حقاً من الحقوق الصحية وحقوق الإنسان

٨- تبرز الحاجة إلى الحصول على العقاقير الأساسية أيضاً في صكوك قانونية دولية أخرى^(١٦) في إطار مفهوم الحق في الصحة المنصوص عليه في المادة ٢٥ من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان:^(١٧)

لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته.

٩- ويُشير الإعلان العالمي لحقوق الإنسان أيضاً في ديباجته إلى "الاعتراف بالكرامة المتأصلة في جميع أعضاء الأسرة البشرية وبحقوقهم المتساوية الثابتة". وكانت صيغة أسبق للحق في الصحة باعتباره حقاً أساسياً من حقوق الإنسان قد وردت للمرة الأولى في دستور منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٤٦، الذي يعرف الصحة في ديباجته على أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز". وتُضيف الديباجة أن:

^(١٤) انظر الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، ٢٠٠٩، الملحق رقم ٨ (E/2009/28)، الفصل الأول، القسم جيم.

^(١٥) انظر المرجع نفسه، ٢٠١٤، الملحق رقم ٨ (E/2010/28)، الفصل الأول، القسم جيم.

^(١٦) Christopher Hallam, "The international drug control regime and access to controlled medicines", Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 26, Transnational Institute and International Drug Policy Consortium (December 2014).

^(١٧) قرار الجمعية العامة ٢١٧ ألف (ثالثاً).

^(١٨) قرار الجمعية العامة ٢٢٠٠ ألف (د-٢١)، المرفق.

^(١٩) الفقرتان ٧٢ و٧٤ (هـ) من الوثيقة A/HRC/10/44.

^(٢٠) Human Rights Watch, *Global State of Pain Treatment: Access to*

Palliative Care as a Human Right (2011).

كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة العمر.^(٢٢) وفي ذلك القرار، شدّدت الجمعية على أن الحاجة إلى خدمات الرعاية الملطفة ستستمر في النمو، ويُعزى ذلك في جانب منه إلى تزايد معدلات انتشار الأمراض غير المعدية، والشيخوخة السكانية في جميع أنحاء.

١٩- وفيما يتعلق بخدمات الرعاية الملطفة، فقد اعتبرت منظمة هيومان رايتس ووتش، في تقرير الحالة العالمية لعلاج الآلام، ما يلي:

يجب على الحكومات، بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، ضمان تكافؤ فرص الحصول على الحق في الصحة، واتخاذ الخطوات المعقولة لحماية الجميع من المعاملة اللاإنسانية والمهينة. وينبغي أن يكون القصد من ذلك هو أن تتوخى السياسات الصحية تلبية احتياجات الأشخاص الذين تستلزم حالتهم الصحية خدمات الرعاية الملطفة؛ وأن يزود اختصاصيو القطاع الصحي بحد أدنى من المعرفة والمهارة في مجال الرعاية الملطفة؛ وأن تكون الأدوية من قبيل المورفين متاحة في جميع أنحاء البلاد؛ وألا تعيق اللوائح التي تنظم العقاقير قدرة المرضى الذين يعانون من الألم الشديد على الحصول على العلاج المناسب. ومن المرجح أن يؤدي عدم اتخاذ هذه الخطوات إلى انتهاك الحق في الصحة.

٢٠- وعلاوة على ذلك، فإن خطة العمل العالمية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية بشأن الوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠، وأقرتها جمعية الصحة العالمية في أيار/مايو ٢٠١٣، تشمل الرعاية الملطفة من بين خيارات السياسة العامة المقترحة على الدول الأعضاء باعتبارها وسائل للحد من المعاناة الناجمة عن الإصابة بالأمراض غير المعدية.

٢١- ويهدف الإعلان العالمي بشأن السرطان، الذي وضعته الأوساط الدولية المعنية بالسرطان بقيادة الاتحاد الدولي لمكافحة السرطان في عام ٢٠١٣، والذي يستند إلى خطة العمل العالمية، إلى التقليل كثيراً من الوفيات المبكرة الناجمة عن السرطان، فضلاً عن تحسين نوعية حياة المرضى ومعدلات البقاء بعد الإصابة بالسرطان. ويضّم الإعلان تسعة أهداف يتعيّن تحقيقها بحلول عام ٢٠٢٥. ومن تلك الأهداف إتاحة خدمات مكافحة الأم والضييق النفسي الناجمة للجميع.

٢٢- ويحدّد الإعلان أيضاً سلسلة من الإجراءات لتتخذها جميع الجهات المعنية، ولا سيما الحكومات، بهدف إحراز مزيد من التقدم نحو تحقيق هذه الأهداف. ويحث الإعلان هذه الأطراف على:

وفعالياتها من حيث التكلفة مقارنة بغيرها.^(٢١) وتشمل القائمة عدة أنواع من المخدّرات والمؤثّرات العقلية الخاضعة للمراقبة الدولية، والتي تُعتبر من ثمّ ضرورية للوفاء باحتياجات السكان ذات الأولوية من الرعاية الصحية.

١٥- وقد حثّت جمعية الصحة العالمية، في قرارها ١٤-٥٥ لعام ٢٠٠٢ بشأن ضمان إمكانية الحصول على الأدوية الأساسية، الدول الأعضاء:

على أن تؤكّد من جديد التزامها بزيادة إمكانية الحصول على الأدوية، وترجمة هذا الالتزام إلى قواعد تنظيمية محدّدة داخل البلدان، ولا سيما وضع السياسات الوطنية المتعلقة بالمخدّرات وإعداد قوائم الأدوية الأساسية بناءً على الأدلة العلمية وبالإشارة إلى قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية، وإلى إجراءات ترمي إلى تعزيز السياسات ذات الصلة بالأدوية، وإمكانية الحصول عليها، وجودتها واستخدامها على نحو رشيد [و] أن تؤكّد من جديد، في إطار السياسات الوطنية المتعلقة بالمخدّرات، مفهوم منظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية باعتبارها الأدوية التي تلبّي احتياجات السكان ذات الأولوية من الرعاية الصحية، على نحو يحمّد أيضاً توافر الأدوية وجودتها وأسعارها وإمكانية توزيعها، مع التشديد مجدّداً على قاعدة الأدلة العلمية التي ينبغي أن تستند إليها المناقشات الوطنية الشاملة.

١٦- وفي نفس القرار، طلبت جمعية الصحة العالمية أيضاً إلى المدير العام لمنظمة الصحة العالمية "أن يستغل جميع الفرص الدبلوماسية والسياسية الرامية إلى التغلب على العقبات التي تحول دون الحصول على الأدوية الأساسية، والتعاون مع الدول الأعضاء في سبيل توفير هذه الأدوية لمن يحتاجونها بتكلفة معقولة".

١٧- وحثت جمعية الصحة العالمية في قرارها ج ع ص ٥٨-٢٢ لعام ٢٠٠٥ بشأن الوقاية من السرطان ومكافحته، الدول الأعضاء على "ضمان توافر المسكّنات الأفيونية في المجال الطبي، وفقاً للمعاهدات الدولية وتوصيات منظمة الصحة العالمية والهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات، ورهناً بنظام فعّال للرصد والمراقبة". وبالإضافة إلى ذلك، طلبت الجمعية إلى المدير العام لمنظمة الصحة العالمية "أن يدرس، بالاشتراك مع الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات، الجدوى العملية في إمكانية إيجاد آلية مساعدة من شأنها أن تيسّر معالجة الألم على نحو واف بالغرض باستعمال المسكّنات شبه الأفيونية".

١٨- ومنذ فترة أقرب عهداً، اعتمدت جمعية الصحة العالمية في ٢٤ أيار/مايو ٢٠١٤، القرار ج ع ص ٦٧-١٩ بشأن تعزيز الرعاية الملطفة

^(٢٢) تعرّف منظمة الصحة العالمية الرعاية الملطفة بأنها نهج لتحسين نوعية حياة المرضى وأسرها ممن يواجهون المشكلات المرتبطة بالمرض الذي يهدد حياة المريض، من خلال خدمات الوقاية وتسكين الألم عن طريق تحديد الألم والمشكلات الأخرى سواء كانت بدنية ونفسية اجتماعية وروحية في مراحل مبكرة وتقييمها وعلاجها على نحو سليم". متاح على الرابط: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-ar.pdf (تاريخ الاطلاع: ٢٠١٤/٩/٢٢).

^(٢١) منظمة الصحة العالمية، تعريف "الأدوية الأساسية". متاح (بالإنكليزية) على الرابط: www.who.int/medicines/services/essmedicines_def (تاريخ الاطلاع: ٢٠١٤/٩/٢٢).

جيم- الإجراءات التي اتخذتها الهيئة لضمان توافر القدر الكافي من العقاقير

٢٤- لم يزل السعي إلى تحقيق الهدف المتمثل في ضمان توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية بالقدر الكافي للأغراض الطبية، وعدم تقييد ذلك التوافر دوغماً دافع، مستمراً منذ أكثر من ٥٠ عاماً. ومن الإنصاف القول إنه لم يكن في وسع بعض البلدان، لدى تنفيذها للأحكام الواردة في اتفاقيتي سنة ١٩٦١ وسنة ١٩٧١ على الصعيد الوطني، أن تضمن أخذ هذا الهدف الأساسي في الحسبان عند وضع السياسات والإجراءات الإدارية المتعلقة بتوزيع المخدرات والمؤثرات العقلية.

٢٥- وقد قبلت الحكومات، بانضمامها إلى الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات، الالتزام بإدراج أحكام تلك المعاهدات في تشريعاتها الوطنية وتنفيذها. والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات هي هيئة أنشئت بموجب اتفاقية سنة ١٩٦١ لتتولى المسؤولية عن رصد امتثال الحكومات للمعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات وعن تقديم الدعم للحكومات في هذا الصدد.

٢٦- وبموجب المادة ٩ من اتفاقية سنة ١٩٦١، تقع على عاتق الهيئة مسؤولية ضمان توافر المخدرات للأغراض الطبية والعلمية. وتتمتع الهيئة بمركز فريد يتيح لها مراقبة زراعة المخدرات والمؤثرات العقلية وإنتاجها وصنعها واستيرادها وتصديرها واستهلاكها.

٢٧- وما فتئت الهيئة، على مر السنين، تذكّر الحكومات بالتزاماتها في هذا الصدد. وقد أعربت الهيئة مراراً عن قلقها إزاء تفاوت مستويات الحصول على المواد الخاضعة للمراقبة وعدم كفايتها للأغراض الطبية والعلمية في شتى أنحاء العالم. وأثارت الهيئة هذه المشكلة مراراً في تقاريرها السنوية وكوّست عدداً من التقارير الخاصة لهذا الموضوع.

٢٨- وطلب المجلس الاقتصادي والاجتماعي، في قراره ١٥/١٩٨٩ المؤرخ ٢٢ أيار/مايو ١٩٨٩، إلى الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات "أن تقيّم الاحتياجات المشروعة من المواد الأفيونية في مختلف مناطق العالم التي لم تُلبّ إلى الآن بسبب عدم كفاية خدمات الرعاية الصحية أو الصعوبات الاقتصادية أو أي ظروف أخرى". وعملاً بذلك القرار، أعدت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات تقريراً خاصاً بعنوان الطلب على المواد الأفيونية وعرضها من أجل الاحتياجات الطبية والعلمية.^(٢٦)

٢٩- وفي ذلك التقرير، خلصت الهيئة إلى أنّ الاحتياجات الطبية من المواد الأفيونية، ولا سيما تلك المتعلقة بعلاج آلام السرطان، لا تُلبّى تماماً. وعلاوة على ذلك أوصى التقرير الحكومات بأن تقوم بما يلي:

- اتّخاذ الخطوات اللازمة لإزالة العقبات العديدة التي تحول دون مكافحة الألم على الوجه الأكمل.
- العمل مع جميع الجهات المعنية، بما فيها الحكومات والمجتمع المدني والأطراف الفاعلة ذات الصلة من القطاع الخاص، من أجل معالجة مشكلة التنظيم الرقابي المفرط المفروض على أدوية الألم.
- التعاون مع الوكالات الدولية، بما في ذلك منظمة الصحة العالمية، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، بهدف ضمان تنفيذ الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات على نحو يقيم توازناً مناسباً بين إتاحة أدوية تخفيف الألم لمرضى السرطان وبين منع إساءة استخدام تلك الأدوية.

٢٣- وشدّد عدد من المنظمات الإقليمية أيضاً على أهمية توافر العقاقير خاضعة للمراقبة الدولية للأغراض الطبية. فقد سلّطت استراتيجية الاتحاد الأوروبي بشأن المخدرات للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠ الضوء على الحاجة إلى ضمان إمكانية الحصول على الأدوية التي تُصرف بوصفات طبية خاضعة للمراقبة وتحسين تلك إمكانية، باعتبارها من بين التحديات التي جرى الوقوف عليها في السنوات الأخيرة.^(٢٣) وفي عام ٢٠١٢، اعتمد مؤتمر وزراء الاتحاد الأفريقي المعني بمكافحة المخدرات الموقف الأفريقي الموحد حول المواد الخاضعة للمراقبة والوصول إلى عقاقير معالجة الألم. وترجم هذا الموقف إلى خطة عمل الاتحاد الأفريقي بشأن مراقبة المخدرات (٢٠١٣-٢٠١٧) التي تشمل أهدافها الرئيسية بناء القدرات من أجل تيسير الحركة المشروعة للمخدرات والمؤثرات العقلية للأغراض الطبية والعلمية. وتبيّن الخطة أيضاً بعض النتائج المنشودة ذات الصلة بهذا الهدف، مثل إزالة العقبات التي تحدّ من توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية للأغراض الطبية والعلمية.^(٢٤) واعتمدت لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات التابعة لمنظمة الدول الأمريكية، في دورتها السابعة والأربعين، استراتيجية لمكافحة المخدرات في نصف الكرة الغربي تنصّ على ما يلي:

عند تطبيق تدابير المراقبة الرامية إلى قصر استخدام المخدرات على الأغراض الطبية والعلمية، ينبغي ضمان توافر إمدادات كافية منها. وهذا التوافر يتحقق عندما تكون هناك كميات كافية متاحة ويسيرة المنال وفقاً للمعاهدات الدولية.^(٢٥)

^(٢٣) European Union Drugs Strategy (2013-20), Official Journal of the

European Union, C 402/1, 29 December 2012.

^(٢٤) خطة عمل الاتحاد الأفريقي بشأن مراقبة المخدرات (٢٠١٣-٢٠١٧)، التي قدّمت لينظر فيها مؤتمر وزراء الاتحاد الأفريقي لمكافحة المخدرات في دورته الخامسة.

^(٢٥) لجنة البلدان الأمريكية لمكافحة تعاطي المخدرات التابعة لمنظمة الدول الأمريكية، استراتيجية مكافحة المخدرات في نصف الكرة الغربي (التي اعتمدت في ٣ أيار/مايو ٢٠٠٩)، الفقرة ٣٧.

٣٣- ويعد تحليل التقديرات التي يتعيَّن على كل البلدان تقديمها إلى الهيئة بشأن احتياجاتها السنوية من المخدَّرات من الأدوات التي يمكن استخدامها لتحديد مدى تحسين هذه البلدان لمستويات توافر العقاقير، أو على الأقل مدى إدراكها للمشكلة واعتمادها السعي إلى تحسين الحالة. وتتصل الهيئة بانتظام بالبلدان التي لا تقدِّم تقديرات، أو تقدِّم تقديرات قليلة جدًّا، من أجل ضمان توافر كميات كافية من شبائه الأفيون لعلاج الألم. وقد أضيف الطابع الرسمي على هذه الممارسة في تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٩، عندما بدأت الهيئة تختار مجموعات مُعيَّنة من البلدان التي لديها مستويات استهلاك منخفضة من المسكِّنات شبه الأفيونية (ولا سيما المورفين) وتجمعها خصائص مشتركة. ووجه انتباه الحكومات مراراً وتكراراً إلى تلك المسألة في خطابات تعميمية موجَّهة إلى جميع البلدان ورسائل خاصة موجَّهة إلى بلدان بعينها. ففي آب/أغسطس ٢٠٠١، وُجِّهت رسالة مشتركة من رئيس الهيئة ورئيس مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية إلى جميع المنسَّقين المقيمين التابعين لمنظومة الأمم المتحدة على المستوى القطري، تحثُّهم، في جملة أمور، على أن يكونوا على علم بمستوى الاستهلاك المفرط الانخفاض والافتقار إلى الأدوية اللازمة لعلاج الألم الحاد في كثير من البلدان النامية.

٣٤- وجرى تأكيد هذا الطلب في شباط/فبراير ٢٠٠٥، في رسالة متابعة مشتركة موجَّهة من رئيس الهيئة ورئيس مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية. وفي نيسان/أبريل ٢٠٠٦، شدَّد رئيس الهيئة في رسالة موجَّهة إلى جميع البلدان على الصعوبات التي تعترض سبيل حصول المرضى على ما يحتاجونه من المخدَّرات والمؤثَّرات العقلية، وشجَّع الحكومات على اتخاذ تدابير لضمان إدراج موضوع استخدام العقاقير على نحو رشيد في المقررات الدراسية بالكلليات الجامعية المعنية بالأمر.

٣٥- وفي عام ٢٠١٠، أصدرت الهيئة تقريرها المعنون "توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية: ضمان سبيل الحصول على كميات كافية منها للأغراض الطبية والعلمية"، والذي اشتمل على تحليل للوضع العالمي فيما يتعلق باستهلاك المواد الخاضعة للمراقبة الدولية مع توسيع نطاق التقرير ليشمل أيضاً المؤثَّرات العقلية.

٣٦- وبين تقرير عام ٢٠١٠ مرة أخرى العقبات الرئيسية التي تعترض سبيل توافر القدر الكافي من العقاقير، وقُدِّم توصيات تفصيلية إلى جهات معنية متعدِّدة. ولاحظت الهيئة أنَّ حكومات عديدة قد استجابت لتوصياتها السابقة بشأن توافر المخدَّرات، فزادت من تقديراتها المتعلقة باحتياجاتها السنوية بهدف تلبية الطلب الطبي، وأصدرت سياسات وطنية لتحسين الاستخدام الطبي للمخدَّرات، ودعمت البرامج التثقيفية، ونظرت فيما لديها من نظم الرعاية الصحية والقوانين واللوائح في هذا المجال لمعرفة ما إذا كانت تضع عقبات أمام توافر المخدَّرات.

٣٧- ولاحظت الهيئة حدوث تحسُّن في مستوى كفاية عرض بعض المخدَّرات والمؤثَّرات العقلية في العديد من البلدان، ولكنها أعربت

• إجراء دراسة نقدية للأساليب التي تستخدمها في تقييم الاحتياجات الطبية المحلية من المواد الأفيونية، وجمع البيانات وتحليلها للتأكد من أنَّ التقديرات الواردة تبيِّن الاحتياجات الفعلية.

• النظر في مدى سماح نظم الرعاية الصحية والقوانين واللوائح التنظيمية باستخدام المواد الأفيونية للأغراض الطبية.

• الوقوف على العقبات التي تعترض سبيل هذا الاستخدام.

• وضع خطط عمل لتيسير الإمداد بالمواد الأفيونية وتوافرها لجميع الأعراض التي تستلزم استخدامها.

٣٠- وطلب المجلس الاقتصادي والاجتماعي، في قراره ٣١/١٩٩٠ و٤٣/١٩٩١، إلى الهيئة أن تولى الأولوية لمراقبة تنفيذ تلك التوصيات. وفي عام ١٩٩٤، نظرت الهيئة في فعالية المعاهدات الدولية لمراقبة المخدَّرات في ملحق لتقريرها السنوي بعنوان فعالية المعاهدات الدولية لمراقبة المخدَّرات.^(٣٧) وخلصت الهيئة في تقييمها إلى أنَّ هدف المعاهدة المتمثِّل في ضمان توفير إمدادات كافية من المخدَّرات، ولا سيما المواد الأفيونية المستخدمة للأغراض الطبية، لم يتحقَّق عالمياً.

٣١- وفي عام ١٩٩٥، أعدت الهيئة تقريراً خاصاً آخر بعنوان توافر المواد الأفيونية للأغراض الطبية.^(٣٨) وفي ذلك التقرير، أشارت الهيئة إلى أنَّ معظم الحكومات لم ترد على استبيانها الرامي إلى الوقوف على التقدم المحرز في تنفيذ التوصيات، ولكنها خلصت إلى أنَّ التوصيات الصادرة في عام ١٩٨٩ أبعد ما تكون عن التنفيذ، رغم بعض الجهود التي بذلتها بعض الحكومات. وقُدِّمت الهيئة مجموعة جديدة من التوصيات لتنظر فيها الحكومات؛ وبرنامج الأمم المتحدة للمراقبة الدولية للمخدَّرات؛ ولجنة المخدَّرات؛ ومنظمة الصحة العالمية؛ والمنظمات الدولية والإقليمية المعنية بمكافحة المخدَّرات؛ والمنظمات الصحية والإنسانية الدولية والإقليمية؛ والمؤسسات التعليمية؛ فضلاً عن منظمات الرعاية الصحية غير الحكومية، بما فيها الرابطة الدولية لدراسة الألم؛ وممثلين آخرين في مجال الرعاية الصحية.

٣٢- وعلاوة على ذلك، فقد حُصِّص الفصل الأول من التقرير السنوي للهيئة لعام ١٩٩٩ لمسألة توافر المسكِّنات المخدَّرة. وحيث إنَّ العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية كانت تُستخدم بإفراط في بعض البلدان، بما يؤدي إلى إساءة استعمال عقاقير الوصفات الطبية وما يتصل بذلك من المشاكل، فقد تناول الفصل الأول من التقرير السنوي للهيئة لعام ٢٠٠٠ مسألة الإفراط في استهلاك العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية، وأوصى باتِّباع نهج متوازن في استخدامها.

^(٣٧) E/INCB/1994/1/Supp.1

^(٣٨) E/INCB/1995/1/Supp.1

التقارير من بلد إلى آخر، فإن هذه المعلومات لا تكون موثوقة دائماً، حتى وإن كان بوسع الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات التحقق من الاستهلاك المبلغ عنه بالاستعانة بالبيانات الواردة في إشارات التصدير والاستيراد. وتقيّم الهيئة هذه البيانات على أساس "الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية" للتأكد من مدى الإفراط أو القصور في وصفها.

٤٣- وقد استُعيض بمصطلح "الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية" (S-DDD) عن مصطلح "الجرعات اليومية المحددة" الذي كانت الهيئة تستخدمه في السابق. وتستخدم الهيئة الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية كوحدة قياس فنية في سياق التحليل الإحصائي، ولا يُقصد بها جرعات موصوفة موصى بها. ويسلم هذا التعريف، الذي لا يخلو من قدر من الاعتباطية، بأنه لا يوجد معيار متفق عليه دولياً لجرعات المخدرات والمؤثرات العقلية، وأن تلك المواد تُستخدم في بعض البلدان في علاجات مختلفة أو وفقاً لممارسات طبية مختلفة، ومن ثمَّ ينبغي اعتبار الجرعة اليومية المحددة للأغراض الإحصائية مقياساً تقريبياً لتصنيف البلدان المختلفة من حيث الاستهلاك. وفيما يتعلق بالمخدرات، تُحسب مستويات الاستهلاك، المعبر عنها بعدد الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم، بالاستعانة بالصيغة الحسابية التالية: الاستهلاك السنوي، مطروحاً منه الكميات المستخدمة في صنع المستحضرات المدرجة في الجدول الثالث من اتفاقية سنة ١٩٦١، مقسوماً على ٣٦٥ يوماً. وبعد ذلك يُقسم الناتج على عدد سكان البلد أو الإقليم بالملايين أثناء السنة المعنية، ثم على الجرعة اليومية المحددة من كل مادة.^(٣٠)

٤٤- ونظراً لأنَّ اتفاقية سنة ١٩٧١ لا تنصُّ على إبلاغ الهيئة باستهلاك المؤثرات العقلية، تحسب الهيئة معدّلات الاستهلاك سنوياً استناداً إلى الإحصاءات الواردة من الحكومات بشأن الصنع، والاستخدام الصناعي، والمخزونات والتجارة الدولية. ويُقاس معدّل استهلاك المؤثرات العقلية بعدد الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم. وبالإضافة إلى ذلك، استُخدمت في هذا التقرير متوسطات عن فترة ثلاث سنوات، وذلك لمراعاة عدم تقديم الإحصاءات السنوية في بعض الأحيان، ونظراً لقيام بعض الحكومات بصنع المؤثرات العقلية واستيرادها على نحو متقطع حين تكون المخزونات كافية لتلبية الاحتياجات المحلية لعدة سنوات.

٤٥- ويستند تحليل مدى توافر المؤثرات العقلية الوارد في هذا التقرير إلى مستويات استهلاك مجموعات من المؤثرات العقلية. وتُحسب مستويات استهلاك المؤثرات العقلية المعبر عنها بعدد الجرعات

^(٣٠) فيما يتعلق ببعض البلدان، يمكن أن يكون عدد الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية الذي حُسب للفترة ٢٠٠١-٢٠٠٣ أعلى من الفترات التي تليها لأنه كان من الصعب آنذاك التمييز بين كميات شبائه الأفيون المستهلكة لغرض التخفيف من الآلام وشبائه الأفيون المستخدمة لصنع المستحضرات، وهي تلك المدرجة في الجدول الثالث من اتفاقية سنة ١٩٦١.

عن قلقها إزاء وقوع انتكاسات في بلدان أخرى. وفي حين سجّل معظم التحسّن الملحوظ في البلدان التي بلغت مستوى عالياً من التطور، وقعت معظم الانتكاسات في المناطق التي لديها أدنى مستويات توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية. وخلص التقرير إلى أنه على الرغم من التقدّم المحرز صوب تحقيق أهداف المعاهدات، فإنَّ عدداً قليلاً نسبياً من البلدان لديه نظام ملائم لإدارة الإمدادات بالمخدرات، وآليات عمل تضمن إجراء تقييّمات موثوقة تستند إلى الاحتياجات الفعلية، وتكفل توافر المخدرات على نحو منصف وفَعّال من حيث التكلفة.

٣٨- وأشار التقرير إلى أوجه القصور في إدارة إمدادات المخدرات، والتي لم تزل تُعزى إلى الافتقار إلى الموارد المالية، وعدم كفاية البنية التحتية، ووضع الرعاية الصحية في ذيل قائمة الأولويات، وضعف سلطة الحكومة، وعدم كفاية التعليم والتدريب المهني، والمعارف التي عَفى عليها الزمن، وجميع هذه العوامل تؤثر لا على توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة فحسب، بل على توافر جميع الأدوية.

٣٩- وفي عام ٢٠١٢، أُصدر منشور بعنوان دليل بشأن تقدير الاحتياجات من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية^(٣١) بغية تزويد السلطات الوطنية المختصة بأدوات ملموسة لتحسين تقييم احتياجاتها الوطنية.

٤٠- وقرّرت الهيئة، في دورتها الثامنة بعد المائة في تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٣، إعداد تقرير خاص يُنشر في عام ٢٠١٦ كملحق للتقرير السنوي للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٥. وقررت الهيئة أن يركّز التقرير على تنفيذ الحكومات للتوصيات الواردة في تقريرها لعام ٢٠١٠ بشأن توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية: ضمان سبل الحصول على كميات كافية منها للأغراض الطبية والعلمية.

٤١- وعملاً بذلك القرار، يهدف هذا التقرير إلى تقديم لمحة عامة محدّثة عن حالة توافر المخدرات والمؤثرات العقلية للأغراض الطبية والعلمية، مقارنةً بالحالة المعروضة في تقرير عام ٢٠١٠.

دال- المنهجية

١- بيانات الاستهلاك

٤٢- تُبَيّن البيانات التي تقدّمها البلدان إلى الهيئة أحد جوانب مسألة التوافر، ألا وهو الكميات المستهلكة التي تقدّرها السلطات الوطنية المختصة وتبلغ عنها. وتتوفر هذه المعلومات فيما يخصُّ عدداً كبيراً من البلدان على مدى عدة سنوات. بيد أنه نظراً لاختلاف نوعية

^(٣١) الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ومنظمة الصحة العالمية، دليل بشأن تقدير الاحتياجات من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية (نيويورك، ٢٠١٢).

٧٥ في المائة من سكان العالم، وقدّمت معلومات هامة يتناولها هذا التقرير بالمناقشة.

٣- مصادر أخرى للمعلومات

٤٩- مع أنّ بيانات الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات مفيدة في قياس أداء البلدان فيما يخصّ ضمان توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية للاستخدام الطبي (كما يُعبّر عنه بعدد الجرعات اليومية المحدّدة للأغراض الإحصائية)، من المهم أيضاً النظر في مصادر أخرى للمعلومات عند تقييم الحالة. وتحقيقاً لهذه الغاية، قامت الهيئة أيضاً بتحليل معلومات عن الحالات الصحية التي تستلزم استخدام العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية بغية مقارنة الاستهلاك المبلغ عنه بمدى انتشار تلك الحالات الصحية.

٥٠- وقدّمت منظمة الصحة العالمية والتحالف العالمي للرعاية الملطّفة معلومات عن الحالات الصحية التي تتطلب الرعاية الملطّفة ومستوى تطور الرعاية الملطّفة. وقدّمت الوكالة الدولية لبحوث السرطان التابعة لمنظمة الصحة العالمية معلومات أساسية عن مدى انتشار الإصابة بالسرطان من خلال قاعدة بياناتها التي تحمل اسم غلوبوكان. وأتاح برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الأيدز وفيروسه) معلومات عن مدى انتشار الأيدز. وقدّم مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدّرات والجريمة معلومات عن عدد متعاطي المخدّرات بالحقن، استُخدمت في قياس مدى توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية (الميثادون والبوبورينورفين) التي تُستعمل في علاج الارتهاان لشبائه الأفيون بالمقارنة بنسب الانتشار المتعلقة بالأشخاص الذين يحتاجون إلى مثل هذا العلاج.

٥١- وعلاوة على ذلك، فإنّ مختلف منظمات المجتمع المدني التي تمثل المرضى والأسر والعاملين في المجال الصحي وغيرهم من أصحاب المصلحة قد ساهمت أيضاً بالبيانات والمعلومات، كما أنها أدلت بأرائها. وقد وُفّر عدد من الباحثين التحليل والرؤى المناسبة.

اليومية المحدّدة للأغراض الإحصائية باستخدام الصيغة الحسابية التالية: الصنع مضافاً إليه الواردات والمخزونات في نهاية السنة السابقة، ثمّ تُطرح من المجموع الصادرُ والكميات المستخدمة لأغراض صناعية والمخزونات في نهاية العام الحالي، ويُقسم الناتج على ٣٦٥ يوماً. وبعد ذلك يُقسم الناتج على عدد سكان البلد أو الإقليم بالملايين أثناء السنة المعنية، ثم على الجرعة اليومية المحدّدة. وقد تُعزى بعض الحالات التي يكون فيها استخدام المؤثرات العقلية المحسوب مرتفعاً إلى زيادة الصنع من أجل التصدير، مع احتمال عدم الإفادة بالصادرات و/أو عدم الإفادة بمخزونات الصانعين و/أو ارتفاع حجم المخزونات لدى تجار الجملة.

٤٦- وقد حدّدت الهيئة مستويات الاستهلاك التي تعتبرها غير كافية (استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية بكميات تتراوح ما بين ١٠٠ و ٢٠٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم) أو ناقصة جداً (استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية بكميات تساوي ١٠٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية أو تقل عن ذلك). غير أنّ الهيئة لم تحدّد بعد مستويات الاستهلاك الكافية أو غير الكافية فيما يخصّ المؤثرات العقلية.

٤٧- وعند تحليل استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية المعبّر عنه بالجرعات اليومية المحدّدة للأغراض الإحصائية، لم تأخذ الهيئة الميثادون والبوبورينورفين في الاعتبار نظراً لتعدّد التمييز بين استخدامهما في تخفيف الألم واستخدامهما في العلاج من الارتهاان للمخدّرات.

٢- استقصاء الدول الأعضاء

٤٨- في الربع الثالث من عام ٢٠١٤، أرسلت الهيئة استبيانيين إلى السلطات الوطنية المختصة طالبة معلومات عن توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة للأغراض الطبية والعلمية. وكان أحد الاستبيانيين مخصّصاً للمخدّرات، والآخر للمؤثرات العقلية. وبلغ مجموع البلدان والأقاليم التي أجابت على الاستبيان ١٠٧ بلدان وأقاليم،^(٣١) تمثّل

(٣١) الاتحاد الروسي، أذربيجان، الأردن، أرمينيا، إسبانيا، أستراليا، إستونيا، إكوادور، ألمانيا، إندونيسيا، أوزبكستان، أوغندا، أوكرانيا، إيران (جمهورية-الإسلامية)، أيرلندا، بالاو، البحرين، البرازيل، بروني دار السلام، بلجيكا، بلغاريا، بلير، بنن، بوتان، بوروندي، البوسنة والهرسك، بولندا، بوليفيا (دولة-المتعدّدة القوميات)، بيرو، بيلاروس، تركمانستان، تركيا، توغو، تونس، جامايكا، الجزائر، الجمهورية التشيكية، الجمهورية العربية السورية، جمهورية كوريا، جمهورية مولدوفا، جنوب أفريقيا، جورجيا، الداغرك، دومينيكا، زيمبابوي، سانت لوسيا، السلفادور، سلوفاكيا، السنغال، سوازيلند، السويد، سويسرا، سيراليون، شيلي، صربيا، الصين، طاجيكستان، العراق، عمان، غانا، غواتيمالا، غينيا بيساو، فانواتو، فرنسا، الفلبين، فنزويلا (جمهورية-البوليفارية)، فنلندا، قبرص، قطر، فيرجيزستان، كابو فيردى، كازاخستان، كرواتيا، كندا، كوت ديفوار، كوستاريكا، كولومبيا، الكويت، لايفيا، لبنان، ليريا، ليتوانيا، مالطة، ماليزيا، مصر، المغرب، المكسيك، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، ميانمار، ميكرونيزيا (ولايات-الموحدة)، ناميبيا، النمسا، نيكاراغوا، نيوزيلندا، هايتي، الهند، هندوراس، هنغاريا، هولندا، الولايات المتحدة الأمريكية. بالإضافة إلى برمودا؛ وسانت هيلانة؛ وكاليدونيا الجديدة؛ وماكاو، الصين؛ ومونتيسيرات؛ وهونغ كونغ، الصين.

الفصل الثاني

المخدرات

ألف- عرض الخامات الأفيونية وشبائه الأفيون والطلب عليها

الأفيونية المستخدمة للأغراض الطبية والعلمية في حال تراجع الإنتاج على نحو غير متوقع، وذلك على سبيل المثال نتيجة ظروف جوية غير مواتية في البلدان المنتجة.^(٣٢)

٥٥- وفي نهاية عام ٢٠١٣، كانت المخزونات العالمية من الخامات الأفيونية الغنية بالمورفين كافية لتلبية الطلب العالمي لمدة ١٤ شهراً. وكانت المخزونات العالمية من الخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين كافية لتلبية الطلب العالمي لمدة ١٢ شهراً. وفي عام ٢٠١٤، كان إنتاج الخامات الأفيونية الغنية بالمورفين أكبر من استخدامها. وكان العرض العالمي (أي مجموع المخزونات والإنتاج) من الخامات الأفيونية الغنية بالمورفين كافياً تماماً لتغطية الطلب العالمي.

٥٦- ويعرض الشكل ١ بيانات عن صنع المورفين ومخزونه واستهلاكه واستخدامه^(٣٣) أثناء الفترة ١٩٩٤-٢٠١٣. وقد تضاعف صنع المورفين عالمياً خلال تلك الأعوام العشرين، إذ زاد من نحو ٢٤٧,١ طنناً في عام ١٩٩٤ إلى ٥٢٢,٦ طنناً في عام ٢٠١٣، مما يمثل زيادة إضافية مقارنة بالكمية المسجلة في عام ٢٠١٢، وقدرها ٤٧٥,٣ طنناً. ويحوّل نحو ٧٠ في المائة من المورفين المصنوع عالمياً إلى مخدرات أخرى أو مواد لا تشملها اتفاقية ١٩٦١. وتستخدم البقية مباشرة للأغراض الطبية.

٥٢- لا يرجع النقص في توزيع استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية إلى نقص في عرض الخامات الأفيونية وشبائه الأفيون. بل على العكس من ذلك، لا يزال القلق يساور الهيئة بشأن الزيادة في إنتاج هذه المواد دون أن يقابل ذلك زيادة في الاستهلاك، مما أسفر عن زيادة كبيرة في المخزونات.

٥٣- وتُستخلص المواد الأفيونية التي يتناولها المرضى للعلاج الطبي من الخامات الأفيونية (الأفيون وقش الخشخاش ومركز قش الخشخاش). ولذا فإن توافر القدر الكافي من الخامات الأفيونية لصنع المواد الأفيونية شرط مسبق لضمان توافر الكميات الكافية من المواد الأفيونية المستخدمة للأغراض الطبية والعلمية.

٥٤- وعملاً باتفاقية سنة ١٩٦١ وقرارات لجنة المخدرات والمجلس الاقتصادي والاجتماعي ذات الصلة، تدرس الهيئة بانتظام التطورات التي تؤثر في عرض الخامات الأفيونية والطلب عليها. وتسعى الهيئة، بالتعاون مع الحكومات، إلى إقامة توازن دائم بين العرض والطلب. وينبغي أن تكون المخزونات العالمية من الخامات الأفيونية كافية لتلبية الطلب العالمي لمدة سنة تقريباً من أجل ضمان توافر المواد

^(٣٢) تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤ (E/INCB/2014/1).

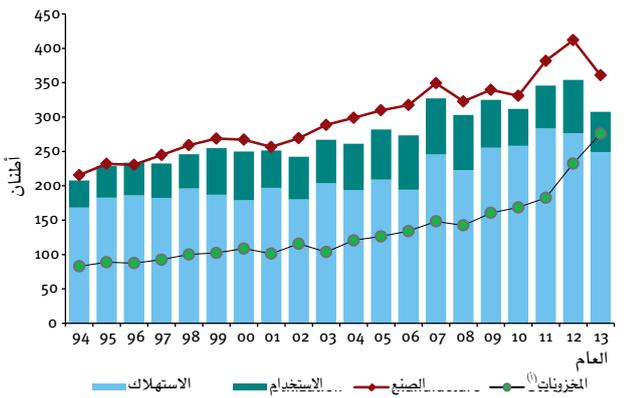
الفقرة ٩٠.

^(٣٣) يُقصد بـ"الاستهلاك" كمية العقار التي تُستهلك مباشرة للأغراض الطبية والعلمية محلياً، في حين يُقصد بـ"الاستخدام" كمية العقار التي تُستخدم في صنع عقاقير أخرى، أو مستحضرات مدرجة في الجدول الثالث لاتفاقية سنة ١٩٦١، أو مواد غير مشمولة باتفاقية سنة ١٩٦١.

٥٨- وتشير المعلومات المتاحة لهيئة إلى أن الإنتاج العالمي من الخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين تجاوز الطلب العالمي في عام ٢٠١٤. وكان إجمالي المخزونات من الخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين كافياً لتلبية الطلب العالمي لمدة سنة تقريباً. وتشير خطط البلدان المنتجة إلى أن الإنتاج العالمي من الخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين سيكون أقل قليلاً من الطلب العالمي في عام ٢٠١٥. ومن ثم فمِن المتوقع أن يتناقص إجمالي المخزونات من الخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين. وسيظل العرض العالمي (مجموع المخزونات والإنتاج) من الخامات الأفيونية الغنية بالثيبايين كافياً لتغطية الطلب العالمي تغطيةً كاملة.

٥٩- والكوديين قلويد طبيعي يوجد في نبتة خشخاش الأفيون، إلا أن معظم الكوديين الذي يجري تصنيعه في الوقت الراهن يُستخلص من المورفين من خلال عملية شبه اصطناعية. وقد تزايدت زراعة نوعية خشخاش الأفيون الغنية بالكوديين كما تزايدت صنع مركز قش الخشخاش الغني بالكوديين، وهو مركز يُستخدم لاستخلاص الكوديين. وبلغت الكمية المستخدمة من مركز قش الخشخاش الغني بالكوديين على الصعيد العالمي ٢٤,٦ طنًا في عام ٢٠١٣، وهو جزء ضئيل من استخدام المورفين. ويُستخدم الكوديين في المقام الأول في صنع المستحضرات المدرجة في الجدول الثالث من اتفاقية سنة ١٩٦١، في حين تُستخدم كمية قليلة في صنع مخدّرات أخرى، مثل ثنائي الهيدروكوديين والهيدروكودون. ويبين الشكل ٣ الاتجاهات المتعلقة بصنع الكوديين واستهلاكه واستخدامه ومخزوناته على الصعيد العالمي خلال الفترة ١٩٩٤-٢٠١٣.

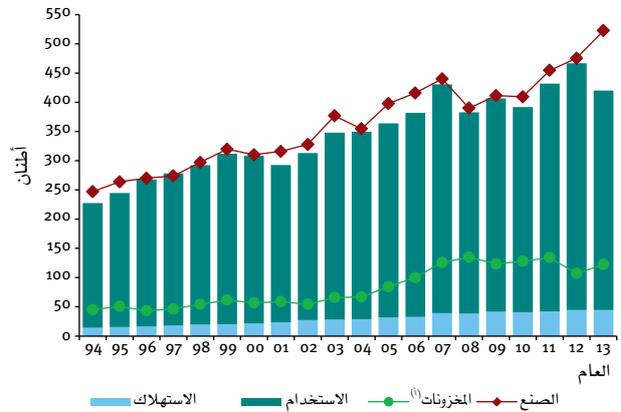
الشكل ٣- الكوديين: الصنع والمخزونات والاستهلاك والاستخدام على الصعيد العالمي، الفترة ١٩٩٤-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات.
(١) المخزونات حتى ٣١ كانون الأول/ديسمبر من كل عام.

٦٠- ومن المتوقع أن يزداد الطلب العالمي على الخامات الأفيونية الغنية بالمورفين والغنية بالثيبايين في المستقبل. ومن المتوقع أيضاً أن يستمر تزايد الطلب العالمي على المواد الأفيونية والخامات الأفيونية. ويعرض الشكل ٤ الاستهلاك العالمي للمواد الأفيونية وشبائه الأفيون الاصطناعية، بما فيها البوبرينورفين والبنزازوسين، وهما من شبائه

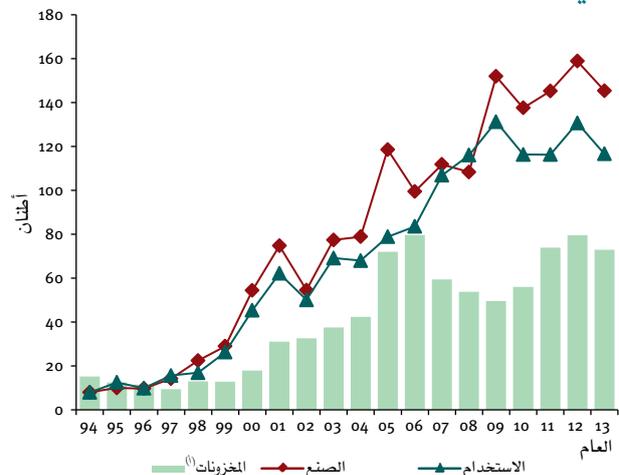
الشكل ١- المورفين: الصنع والمخزونات والاستهلاك والاستخدام على الصعيد العالمي، الفترة ١٩٩٤-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات.
(١) المخزونات حتى ٣١ كانون الأول/ديسمبر من كل عام.

٥٧- وحتى التسعينات من القرن الماضي كان الثيبايين، وهو القلويد الأساسي الآخر الذي يُستخلص من خشخاش الأفيون، يُصنع أساساً من الأفيون؛ لكنّه أصبح، منذ عام ١٩٩٩، يُستخلص في المقام الأول من قش الخشخاش. ويمكن أيضاً الحصول على الثيبايين عن طريق تحويل الأوريبافين أو من شبائه الأفيون شبه الاصطناعية مثل الهيدروكودون. ولا يُستخدم الثيبايين نفسه لأغراض علاجية، لكنه مادة أولية مهمة لصنع عدد من المواد الأفيونية، ولا سيما الكوديين وثنائي الهيدروكوديين والإيتورفين والهيدروكودون والأوكسيكودون والأوكسيمورفون (وكلاهما خاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٦١) والبوبرينورفين (الخاضع للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١). وقد شهد إنتاج الثيبايين على الصعيد العالمي زيادة كبيرة منذ أواخر التسعينات من القرن الماضي، نتيجة للطلب المتزايد على الأوكسيكودون وغيره من العقاقير والمواد التي يمكن استخلاصها منه (انظر الشكل ٢).

الشكل ٢- الثيبايين: الصنع والاستخدام والمخزونات على الصعيد العالمي، الفترة ١٩٩٤-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات.
(١) المخزونات حتى ٣١ كانون الأول/ديسمبر من كل عام.

حصتها من إجمالي استهلاك شبائه الأفيون، نظراً للنمو المتوقع في استهلاك شبائه الأفيون الاصطناعية.

٦٢- وبوجه عام، تدلُّ البيانات المتاحة على أنَّ كمية الخامات الأفيونية المتوافرة لصنع المخدرات المستخدمة لتخفيف الألم تزيد على القدر الكافي لتلبية مستويات الطلب الحالية استناداً إلى تقديرات الحكومات. وبالإضافة إلى ذلك، استمر تزايد حجم الإنتاج والمخزونات على السواء.

باء- توافر المسكّنات شبه الأفيونية

٦٣- تُعدُّ المسكّنات شبه الأفيونية من الأدوية الأساسية المستعملة في العلاج الملطّف.^(٢٤) وتُوصف المسكّنات شبه الأفيونية في المقام الأول للمصابين بمرض السرطان، إلاَّ أنَّ هناك حاجة أيضاً إلى استخدامها في العلاج الملطّف في حالات صحية أخرى تتطلب علاج الألم (مثل الجراحة والولادة) وفي حالات مزمنة من قبيل أمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، وفيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز، والسكري.

٦٤- وكل عام يتعرض نحو ٥,٥ مليون من المصابين بالسرطان في مرحله الأخيرة، ومليون من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز في مرحله الأخيرة، و٨٠٠٠٠٠ مصاب بجروح قاتلة ناجمة عن الحوادث أو العنف، بالإضافة إلى عدد من المرضى المصابين بأمراض مزمنة والمرضى الذين يتعافون من عمليات جراحية، والنساء أثناء المخاض، والأطفال المرضى، لآلام تتراوح شدتها بين متوسطة وبالغة دون علاج أصلاً أو دون القدر الكافي من العلاج. وإجمالاً، تقدّر منظمة الصحة العالمية أنَّ عشرات الملايين من الأشخاص سنوياً يعانون دون علاج مناسب.^(٢٥)

٦٥- وتشير التقديرات إلى أنَّه من بين ٢٠ مليون شخص يحتاجون إلى الرعاية الملطّفة في نهاية عمرهم، هناك نحو ٨٠ في المائة يعيشون في البلدان المنخفضة الدخل أو البلدان المتوسطة الدخل.^(٢٦) ووفقاً للحالف العالمي للرعاية الملطّفة، يمكن أن يستفيد من الرعاية الملطّفة سنوياً ما لا يقل عن ١٠٠ مليون شخص في جميع أنحاء العالم؛ غير أنَّ أقل من ٨ في المائة من الأشخاص المحتاجين لهذه الرعاية هم من يتمكنون من الحصول عليها. ووفقاً للجنة لانسيت المعنية بإمكانية الحصول على علاج الألم والرعاية الملطّفة التابعة لمبادرة هارفارد

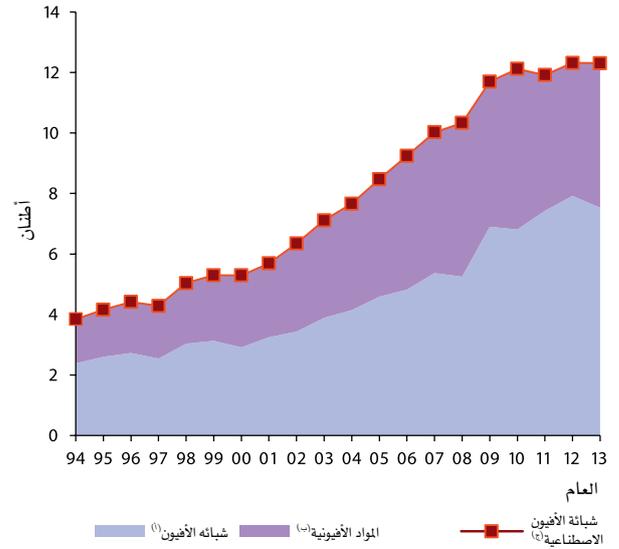
^(٢٤) منظمة الصحة العالمية، القائمة النموذجية للأدوية الأساسية، القائمة التاسعة عشرة (نيسان/أبريل ٢٠١٥، بصيغتها المعدلة في حزيران/يونيه ٢٠١٥). متاحة (بالإنكليزية) على الرابط: www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines.

^(٢٥) World Health Organization, *Ensuring Balance in National Policies on Controlled Substances: Guidance for Availability and Accessibility of Controlled Medicines* (Geneva, 2011).

^(٢٦) تقرير من أمانة منظمة الصحة العالمية بشأن تعزيز الرعاية الملطّفة كعنصر من عناصر العلاج المتكامل طيلة العمر.

الأفيون الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١، خلال فترة العشرين سنة الممتدة من عام ١٩٩٤ إلى عام ٢٠١٣. ولكي يتسنى تجميع بيانات الاستهلاك التي تخصُّ مواد متوافرة المفعول، عبّر عن مستويات الاستهلاك بليون جرعة من الجرعات اليومية المحدّدة للأغراض الإحصائية.

الشكل ٤- الاستهلاك العالمي لشبائه الأفيون، الفترة ١٩٩٤-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.
(أ) بما في ذلك البوبرينورفين، وهو مادة أفيونية خاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١.
(ب) بما في ذلك البننتازوسين، وهو شبيه أفيون اصطناعي خاضع للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١.
(ج) بما في ذلك المواد الأفيونية وشبائه الأفيون الاصطناعية.

٦٦- وعلى مدى السنوات العشرين الماضية، زاد الاستهلاك العالمي لشبائه الأفيون بأكثر من ثلاثة أضعاف. وتراوح معدّل استهلاك المواد الأفيونية كنسبة مئوية من مجموع استهلاك شبائه الأفيون بين ٦٢ في المائة في عام ١٩٩٤، و٥٢ في المائة في عام ٢٠٠٦، ثم ارتفع مرة أخرى إلى ٦١ في المائة في عام ٢٠١٣. ونتيجة لذلك، فإنَّ حصة شبائه الأفيون الاصطناعية، التي تُستخدم في علاج نفس الأعراض التي تُستخدم المواد الأفيونية في علاجها، ارتفعت من ٣٨ في المائة في عام ١٩٩٤ إلى ٤٨ في المائة في عام ٢٠٠٨، ولكنها تراجعت إلى ٣٩ في المائة في عام ٢٠١٣. وفي الفترة بين عامي ٢٠١٠ و٢٠١٣، استقرت نسبة استهلاك المواد الأفيونية إلى استهلاك شبائه الأفيون الاصطناعية عند نحو ٦٠ في المائة للمواد الأفيونية و٤٠ في المائة لشبائه الأفيون الاصطناعية. وطوال تلك الفترة، كان عرض الخامات الأفيونية التي تُستخلص منها المواد الأفيونية كافياً لتلبية الطلب المتزايد. ومن المتوقع أن يعود الطلب على المواد الأفيونية إلى الارتفاع في المستقبل، في حين قد تنخفض

١- أنماط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية على الصعيد العالمي

(أ) عدم الحصول على كميات كافية منها

٧٠- تشير البيانات المتاحة للهيئة الدولية لمراقبة المخدرات إلى زيادة في مستوى الاستهلاك المبلغ عنه معبراً عنه بعدد الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣ مقارنة بالفترة ٢٠٠١-٢٠٠٣ (انظر الخريطين ١ و ٢). وعلى وجه الخصوص، شهد توافر هذه المواد تحسناً ملحوظاً في أمريكا اللاتينية وفي الشرق الأوسط. ويمكن أن يكون مستوى استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في أمريكا اللاتينية أعلى حتى من المستويات المبلغ عنها بسبب كثرة استخدام الميثادون (وهو غير مدرج في حساب الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية عالمياً نظراً لانتشار استخدامه في العلاج الإبدالي) في تخفيف الألم في هذه المنطقة مقارنة بسائر المناطق. ولا يُستخدم من الميثادون في علاج الارتهاان للمخدرات إلا كمية ضئيلة جداً، نظراً لأن انتشار تعاطي الهيروين منخفض نسبياً، ومن ثم فإن خدمات العلاج الإبدالي لشبائه الأفيون ليست شائعة.

٧١- وحدث شيء من التحسّن البسيط في الاتحاد الروسي وبعض بلدان آسيا الوسطى. غير أن الحالة لا تزال محل إشكال في معظم أفريقيا وفي أجزاء من آسيا.

٧٢- ورفعت الولايات المتحدة وكندا وأستراليا وبعض بلدان أوروبا الغربية مستويات استهلاكها إلى أكثر من ١٠ ٠٠٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم. وشهد بعض هذه البلدان زيادة كبيرة في تعاطي عقاقير الوصفات الطبية، واتخذت الحكومات إجراءات للحدّ من ذلك دون تقييد سبل حصول الأشخاص المحتاجين على أدوية تخفيف الألم.

٧٣- وبوجه عام، فقد أُحرز تقدم مشجّع نحو ضمان توافر المسكنات شبه الأفيونية وزيادة إمكانية الحصول عليها، ولكن هذا الهدف لا يزال بعيد المنال في عدد كبير من البلدان.

للإنصاف العالمي، فإنّ "انعدام الرعاية الملطفة يقوّض بدوره الجهود الرامية إلى تحسين رفاة البشرية، ويضعف طائفة واسعة من التدخلات الرامية إلى تخفيف المعاناة الإنسانية وتعزيز النظم الصحية".^(٣٧)

٦٦- وفي العديد من البلدان، ولا سيما في أقل المناطق نمواً، تكون إمكانية الوقاية من السرطان وعلاجه والشفاء منه في فترة مبكرة محدودة للغاية نظراً لعدد من العوامل، منها الافتقار إلى سياسات الكشف والوقاية في مرحلة مبكرة، وقيود النظام الصحي. وفي كثير من الحالات، قد يكون التلطيف هو الخيار الوحيد المتاح للتعامل مع تزايد عدد الحالات.

٦٧- ويمكن استخدام عقاقير أخرى خاضعة للمراقبة الدولية في علاج الألم، مثل الميثادون والبوبورينورفين (وهو مسكّن شبه أفيوني خاضع للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١، واستخدامه في العلاج الإبدالي أخذ في الازدياد)، ولكنها تُستخدم في الغالب في علاج الارتهاان للمخدرات. ومع ذلك، فإنّ استخدامها محدود أيضاً في بعض البلدان على الرغم من انتشار تعاطي الهيروين على نطاق واسع.

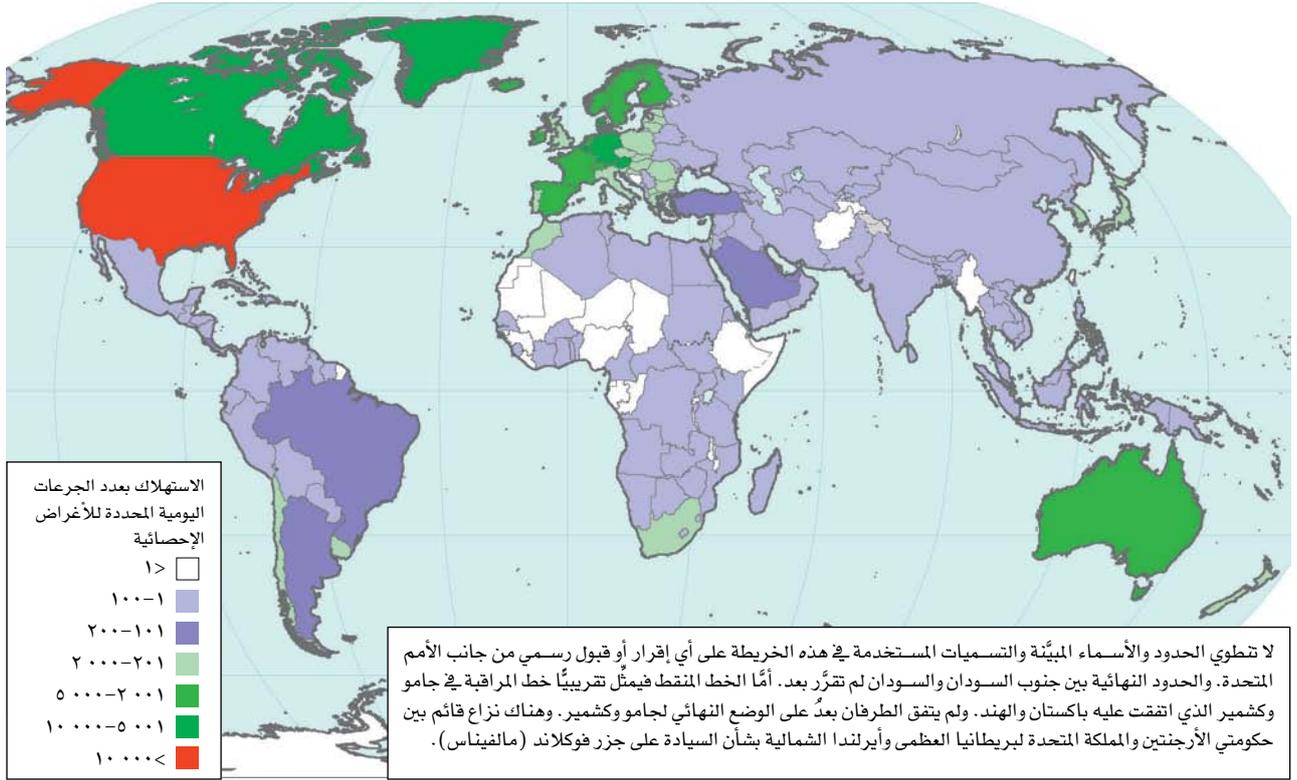
٦٨- وعلى الرغم من أنّ الحالات الصحية السالفة الذكر تنتشر في جميع المناطق، فإنّ عقاقير تخفيف الألم ليست متاحة بكميات كافية، ويصعب الحصول عليها نتيجة للإجراءات التي تفرض قيوداً لا داعي لها، ولا تحرّر بها وصفات طبية بسبب افتقار اختصاصي القطاع الصحي إلى القدرات والتدريب، أو بسبب الخشية من الإدمان، الأمر الذي لا يشجّع اختصاصي القطاع الصحي على وصف هذه الأدوية.

٦٩- ونتيجة لذلك، فكثيراً ما يُترك الألم الشديد دون علاج، رغم قدرة مزاوي المهنة الطبية على التخفيف من معظم ذلك الألم. ويؤدي عدم علاج الألم إلى الإضرار بنوعية حياة المرضى وأسرهم وأصدقائهم ومجتمعاتهم المحلية، وقد يُفضي إلى خسائر أكبر للمجتمع برمته.^(٣٨)

F. Knaul and others, "Closing the divide: the Harvard Global Equity Initiative-Lancet Commission on Global Access to Pain Control and Palliative Care", *The Lancet* (8 March 2015).

N.I. Cherny and others, "The Global Opioid Policy Initiative (GOPI)" project to evaluate the availability and accessibility of opioids for the management of cancer pain in Africa, Asia, Latin America and the Carribean, and the Middle East: introduction and methodology", *Annals of Oncology*, Vol. 24, Suppl. No. 11 (2013), pp. xi7-xi13.

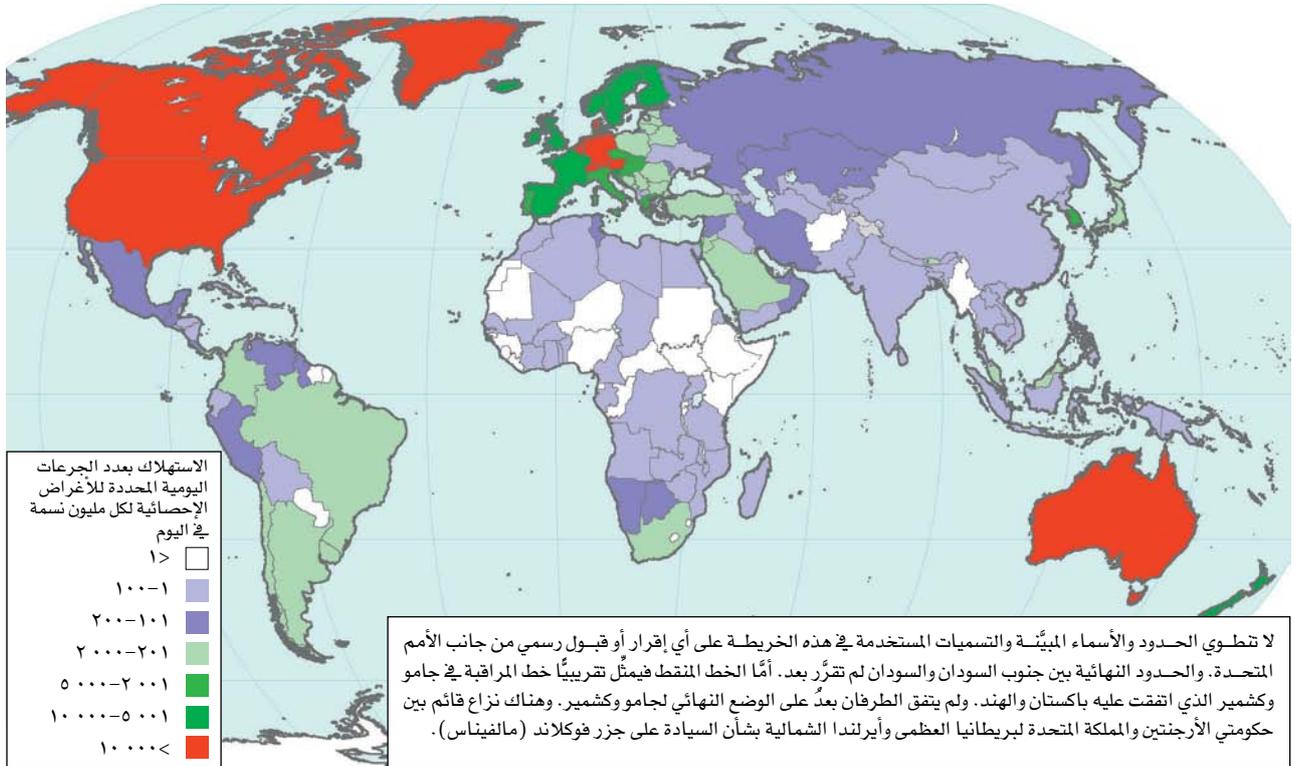
الخريطة ١- توافر شبائه الأفيون لعلاج الألم (متوسط الفترة ٢٠٠١-٢٠٠٣)



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

ملحوظة: تُعرّف شبائه الأفيون بأنها الكوديين، والديكستروبروبوكسيفين، ونثائي الهيدروكوديين، والفينتانيل، والهيدروكودون، والهيدرومورفون، والكيوبيميدون، والمورفين، والأوكسيكودون، والبيثيدين، والتيليدين والترميبيريدين.

الخريطة ٢- توافر شبائه الأفيون لعلاج الألم (متوسط الفترة ٢٠١١-٢٠١٣)



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

ملحوظة: تُعرّف شبائه الأفيون بأنها الكوديين، والديكستروبروبوكسيفين، ونثائي الهيدروكوديين، والفينتانيل، والهيدروكودون، والهيدرومورفون، والكيوبيميدون، والمورفين، والأوكسيكودون، والبيثيدين، والتيليدين والترميبيريدين.

(ب) تطوُّر استهلاك المسكِّنات شبه الأفيونية على مر الزمن

٧٦- وأما في آسيا، فالوضع مختلط. فقد شهد معظم البلدان في هذه القارة زيادة في الاستهلاك أثناء العقد الماضي، بالرغم من تباين الاتجاهات على الصعيد دون الإقليمي. ولوحظت زيادة معتدلة في شرق آسيا وجنوب شرقها وفي غربها، بينما تراجع الاستهلاك في منطقة جنوب آسيا، التي لا تزال المنطقة دون الإقليمية التي سجَّلت فيها أدنى مستويات الاستهلاك في العالم. وربما يُعزى هذا التراجع إلى الانخفاض الكبير في مستويات استهلاك المسكِّنات شبه الأفيونية في الهند نتيجة للقيود التشريعية التي كانت قد اعتمدت فيما مضى. وقد رُفعت هذه القيود في الآونة الأخيرة، إلا أن الأمر سيتطلب بعض الوقت قبل سدِّ الفجوة في الاستهلاك.

٧٧- وفي أفريقيا، لا تزال الحالة مثيرة للإشكال حيث ظل الاستهلاك منخفضاً للغاية، على الرغم من التقدُّم المحرز في عدد قليل من البلدان. وشهدت أنماط الاستهلاك تقلباً كبيراً سواء في البلدان ذات مستويات الاستهلاك المرتفعة أو في البلدان ذات المستويات المنخفضة. وقد يُعزى ذلك إلى افتقار السلطات الوطنية المختصة إلى القدرات اللازمة لتقدير احتياجاتها الوطنية تقديراً صحيحاً.

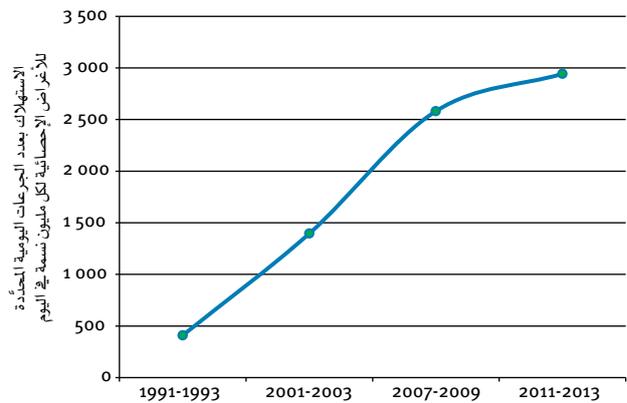
٧٨- وفي أمريكا الوسطى والكاريبية، يشير الاتجاه العام إلى زيادة في الاستهلاك، بيد أن هناك تفاوتاً كبيراً بين البلدان. ولا يزال الاستهلاك في بلدان أمريكا الوسطى والكاريبية أقل من المستوى الكافي. وفي أمريكا الجنوبية، زاد استهلاك معظم البلدان بين عامي ٢٠١١-٢٠١٣، على الرغم من أن بعض هذه البلدان شهد تراجعاً في الاستهلاك في فترات سابقة. وهناك بعض أوجه القصور في البيانات المتعلقة بهاتين المنطقتين دون الإقليميتين، ولا سيما أمريكا الجنوبية، لأنَّه على الرغم من استخدام الميثادون في بعض بلدان المنطقة كعلاج لتخفيف الألم وليس في العلاج الإبدالي - حيث إنَّ تعاطي الهيروين غير شائع في المنطقة - إلا أنه مستبعد من حساب الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية على الصعيد العالمي.

٧٩- وفي أوروبا، كشف الاتجاه العام عن زيادة الاستهلاك، مع شيء من الاستقرار في بعض البلدان.

٨٠- وزاد الاستهلاك في أستراليا ونيوزيلندا، وهو ما أثر على الاتجاه السائد في المنطقة بأسرها.

٧٤- في العقدين الماضيين، زاد الاستهلاك العالمي للمسكِّنات شبه الأفيونية معبِّراً عنه بعدد الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية زيادةً كبيرة. ويشير الاتجاه الطويل الأمد إلى زيادة إجمالية قدرها ٦١٨ في المائة بين الفترة ١٩٩١-١٩٩٣ والفترة ٢٠١١-٢٠١٣ (انظر الشكل ٥). وكان هذا الاتجاه واضحاً على نحو خاص أثناء السنوات الأولى: فبين الفترة ١٩٩١-١٩٩٣ والفترة ٢٠٠١-٢٠٠٣، حدثت زيادة قدرها ٢٤٠ في المائة، مقارنة بزيادة قدرها ٨٤ في المائة بين عامي ٢٠٠١-٢٠٠٣ و٢٠٠٧-٢٠٠٩. وتواصل تراجع معدَّل النمو ليلبغ ١٤ في المائة خلال الفترة بين ٢٠٠٧-٢٠٠٩ والفترة ٢٠١١-٢٠١٣. وتُعزى زيادة الاستهلاك في المقام الأول إلى زيادة في استهلاك الفنتانيل، وإلى حد ما، في استهلاك المورفين. وانخفض الاستهلاك العالمي للكوديين والبيثيديين في أغراض علاج الألم.

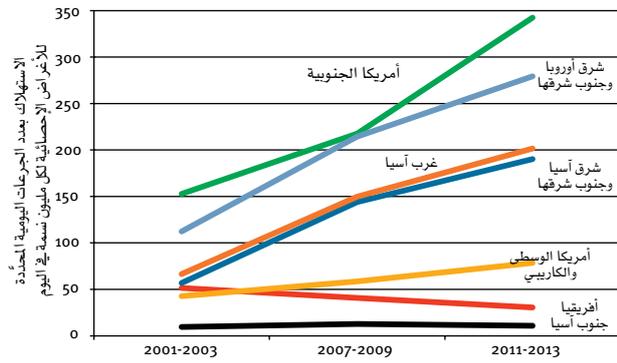
الشكل ٥- الاتجاه العالمي في استهلاك المسكِّنات شبه الأفيونية، متوسطات الفترات ١٩٩١-١٩٩٣، ٢٠٠١-٢٠٠٣، و٢٠٠٧-٢٠٠٩ و٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

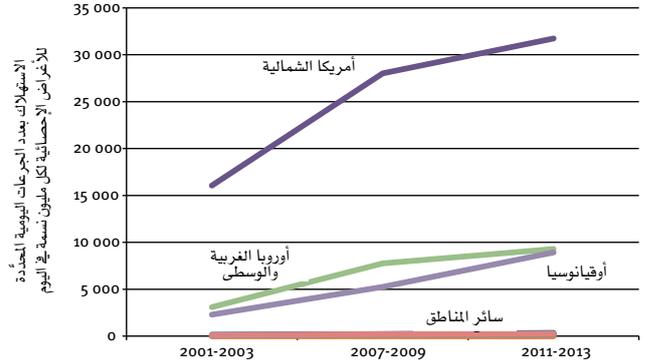
٧٥- وكانت الزيادة في استهلاك المسكِّنات شبه الأفيونية، التي لوحظت منذ عام ١٩٩١، متفاوتة فيما بين المناطق. وكانت تُعزى أساساً إلى أمريكا الشمالية، وكذلك أوروبا وأوقيانوسيا، وهي مناطق الاستهلاك الرئيسية الثلاث (انظر الأشكال ٦ إلى ١٧).

الشكل ٧- اتجاهات الاستهلاك في مناطق دون إقليمية مختارة، الفترة ٢٠٠٣-٢٠١٣



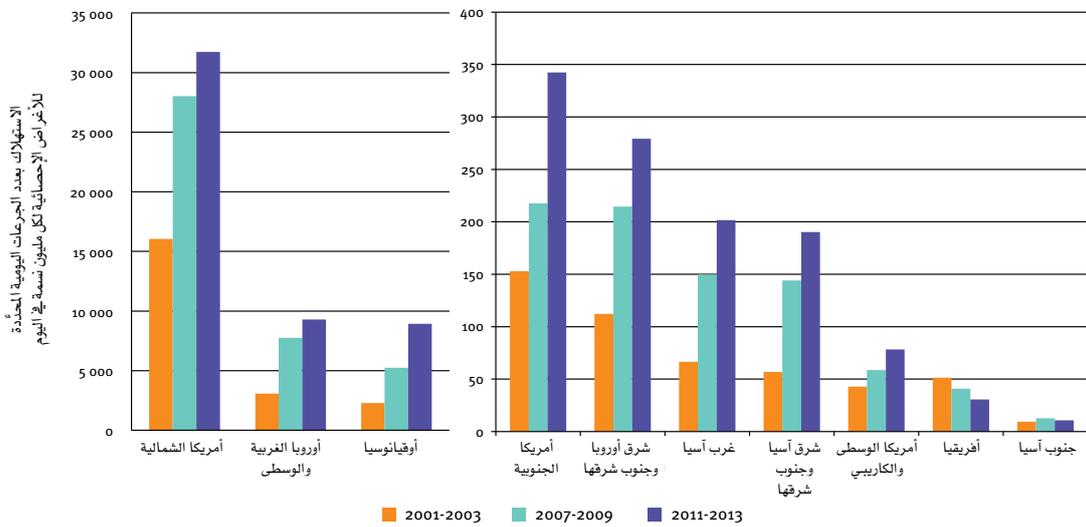
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ٦- اتجاهات الاستهلاك حسب المنطقة، الفترة ١٩٩١-٢٠١٣



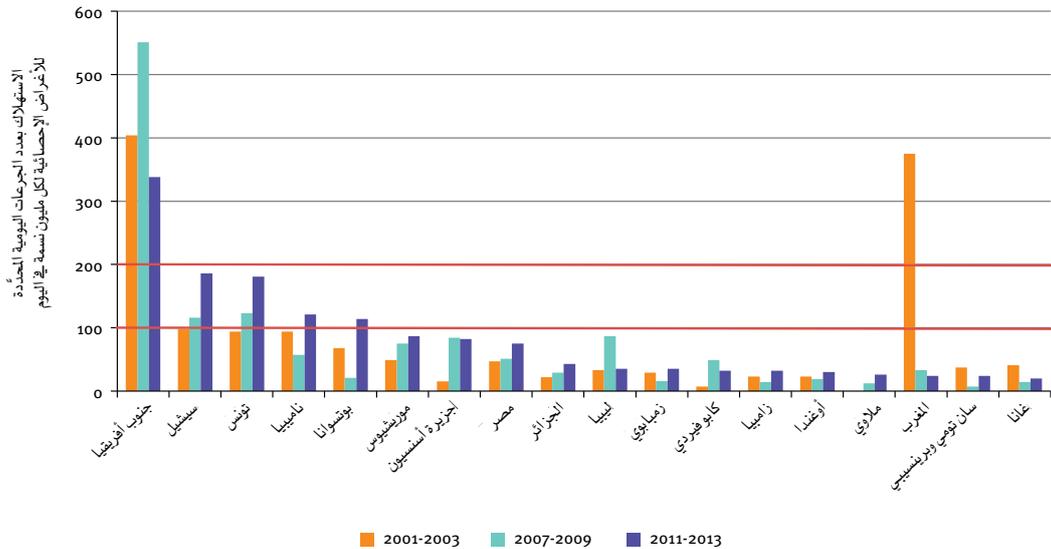
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ٨- متوسط استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية، جميع المناطق، الفترات ٢٠٠٣-٢٠٠١، ٢٠٠٧-٢٠٠٩، و ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

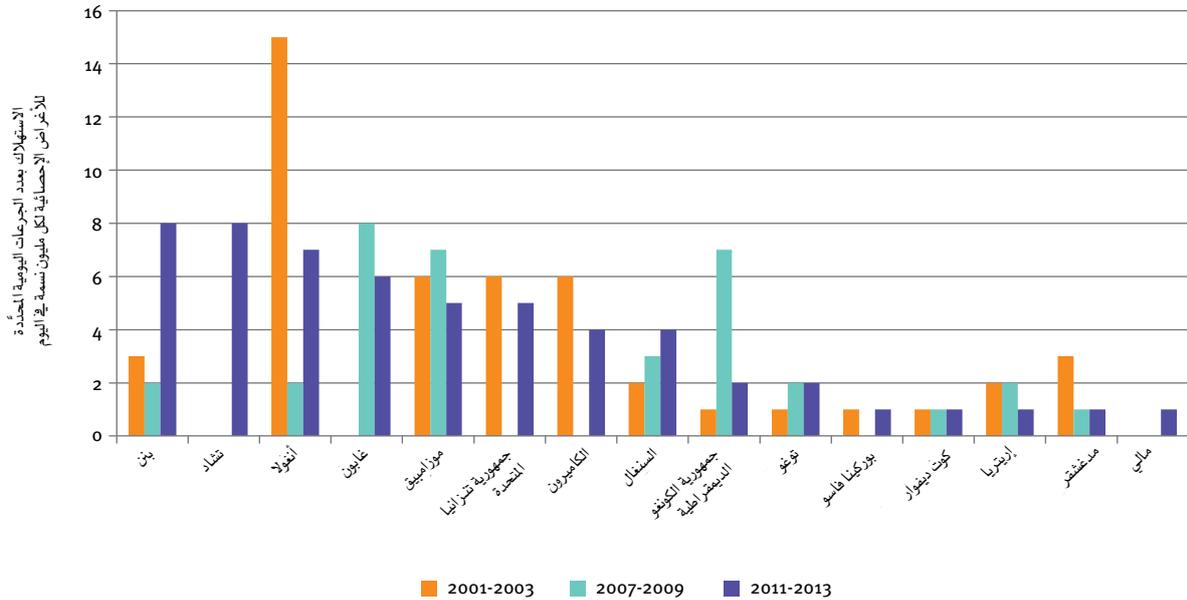
الشكل ٩- متوسط استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية في البلدان والأقاليم الأفريقية ذات مستويات الاستهلاك المرتفعة، الفترات ٢٠٠٣، ٢٠٠٧-٢٠٠٩، و ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

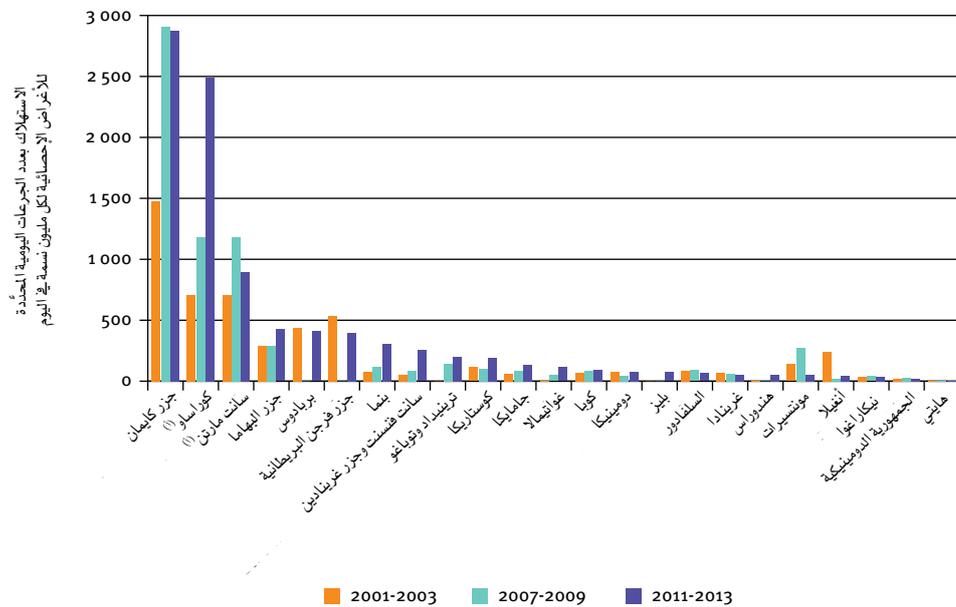
ملحوظة: الخطان الأحمران: تُعتبر المستويات التي هي دون ٢٠٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية غير كافية؛ وتُعتبر المستويات التي هي دون ١٠٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية ناقصة جداً. ولمزيد من المعلومات عن مستويات الاستهلاك غير الكافية أو الناقصة جداً كما استبانتها الهيئة، انظر الفقرة ٤٦ أعلاه.

الشكل ١٠ - متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في البلدان الأفريقية ذات مستويات الاستهلاك المنخفضة، الفترات ٢٠٠٣-٢٠٠١، ٢٠٠٧-٢٠٠٩، و٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

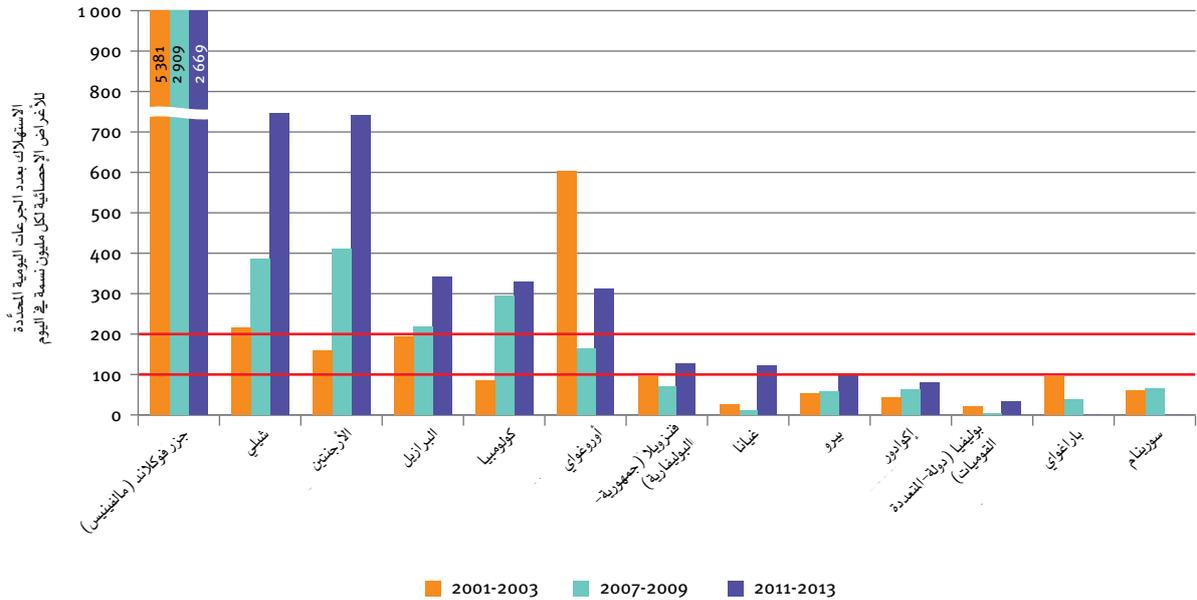
الشكل ١١ - متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في أمريكا الوسطى والكاريبية، الفترات ٢٠٠٣-٢٠٠١، ٢٠٠٧-٢٠٠٩، و٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

^(١) في ١٠ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٠، حُلَّت جزر الأنتيل الهولندية فأصبح هناك كيانان جديداً هما سانت مارتن وكوراساو.

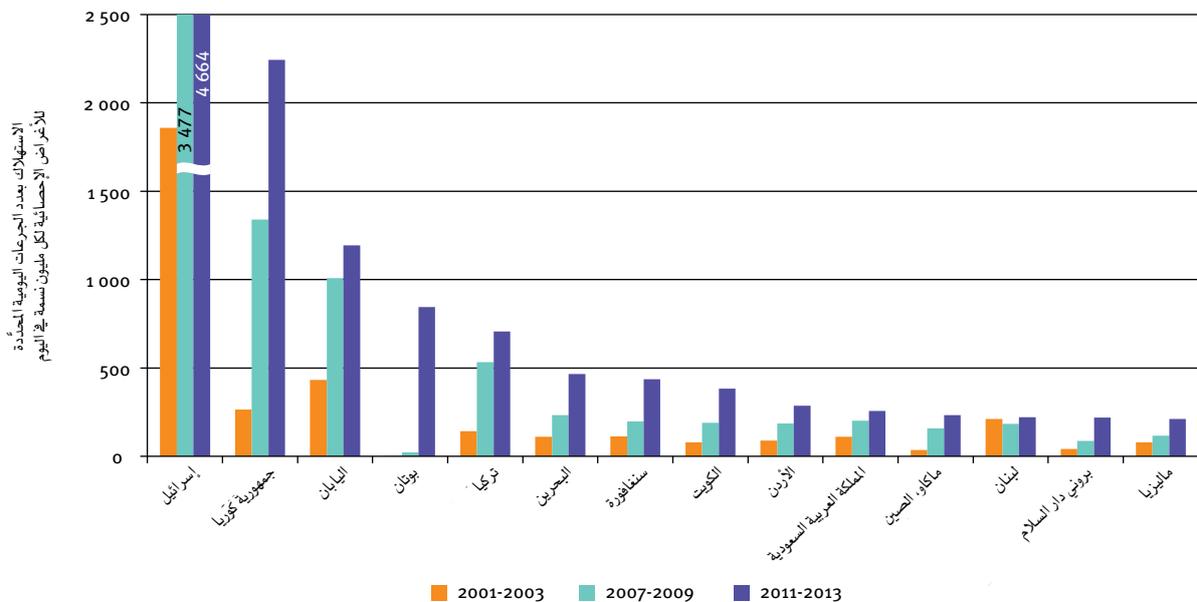
الشكل ١٢- متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في أمريكا الجنوبية، الفترات ٢٠٠١-٢٠٠٣، و٢٠٠٧-٢٠٠٩، و٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

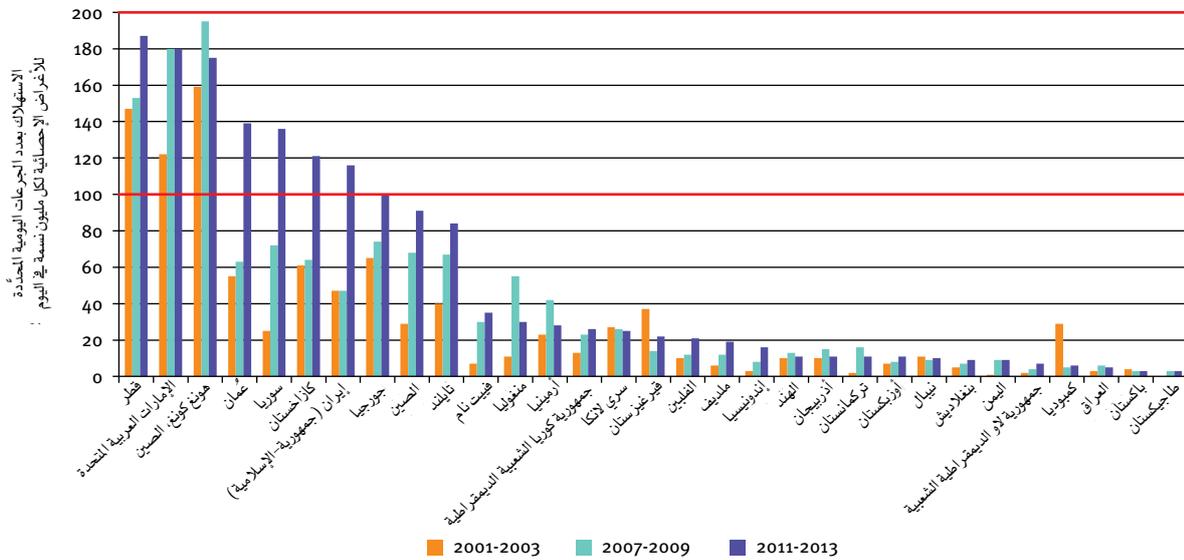
ملحوظة: الخطان الأحمران: تُعتبر المستويات التي هي دون ٢٠٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية غير كافية؛ وتُعتبر المستويات التي هي دون ١٠٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية ناقصة جداً. ولמיד من المعلومات عن مستويات الاستهلاك غير الكافية أو الناقصة جداً كما استبانها الهيئة، انظر الفقرة ٤٦ أعلاه.

الشكل ١٣- متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في البلدان والأقاليم الآسيوية ذات مستويات الاستهلاك المرتفعة، الفترات ٢٠٠١-٢٠٠٣، و٢٠٠٧-٢٠٠٩، و٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

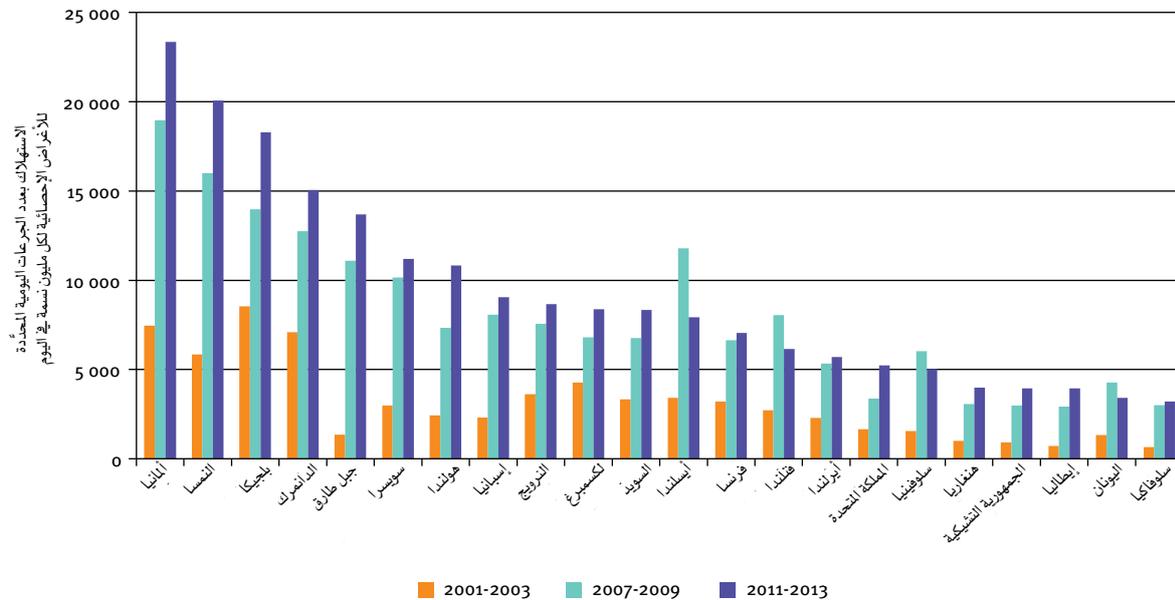
الشكل ١٤- متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في البلدان والأقاليم الآسيوية ذات مستويات الاستهلاك المنخفضة، الفترات ٢٠٠٣-٢٠١٣، و٢٠٠٧-٢٠٠٩، و٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

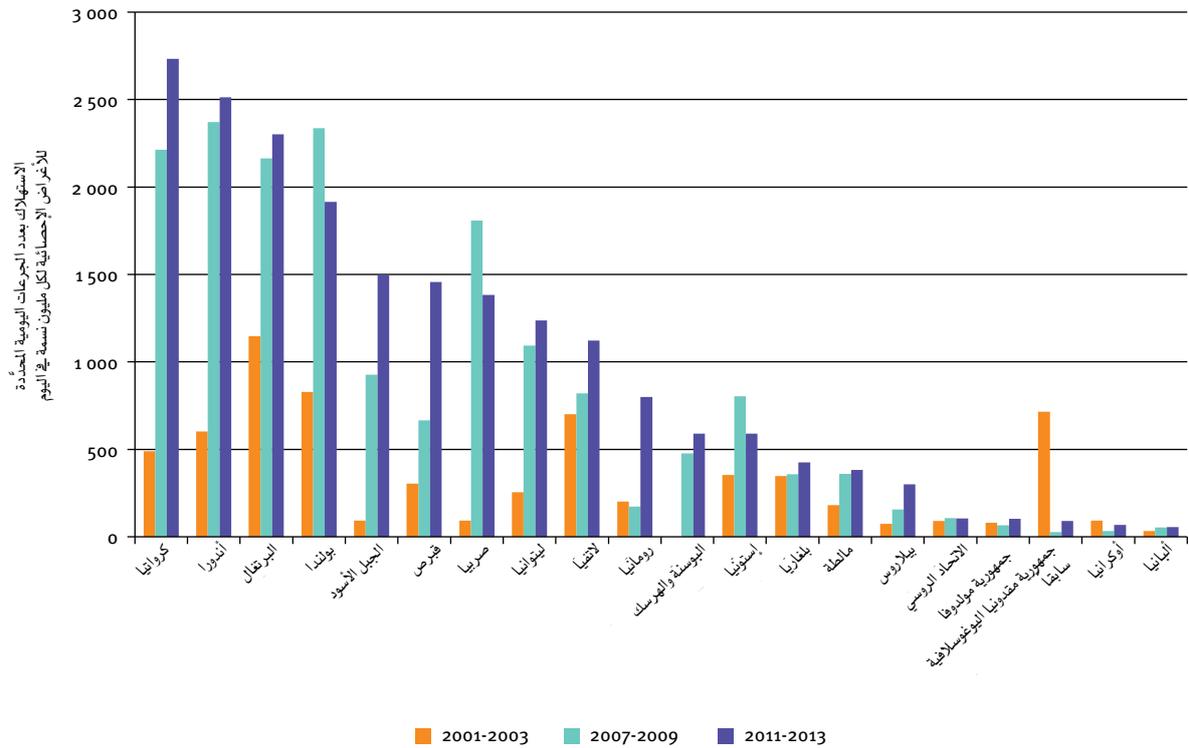
ملحوظة: الخَطان الأحمران: تُعتبر المستويات التي هي دون ٢٠٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية غير كافية؛ وتُعتبر المستويات التي هي دون ١٠٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية ناقصة جداً. ولمزيد من المعلومات عن مستويات الاستهلاك غير الكافية أو الناقصة جداً كما استبانتها الهيئة، انظر الفقرة ٤٦ أعلاه.

الشكل ١٥- متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية في البلدان والأقاليم الأوروبية ذات مستويات الاستهلاك المرتفعة، الفترات ٢٠٠٣-٢٠١٣، و٢٠٠٧-٢٠٠٩، و٢٠١١-٢٠١٣



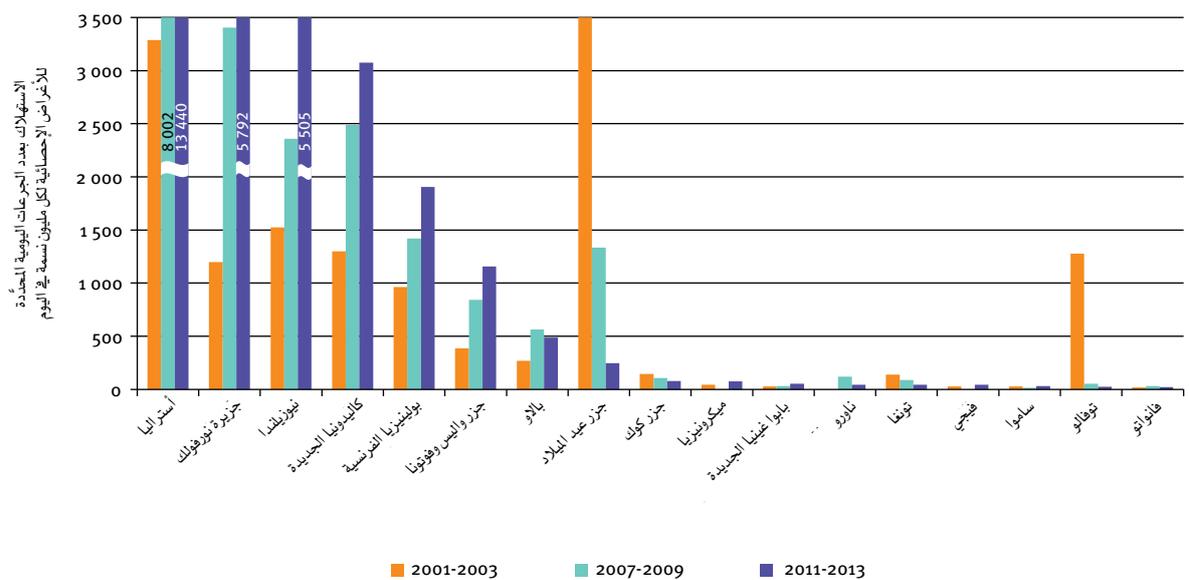
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ١٦- متوسط استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية في البلدان والأقاليم الأوروبية ذات مستويات الاستهلاك المنخفضة، الفترات ٢٠٠٣-٢٠٠٧، و٢٠٠٩-٢٠١١، و٢٠١٣-٢٠١٤



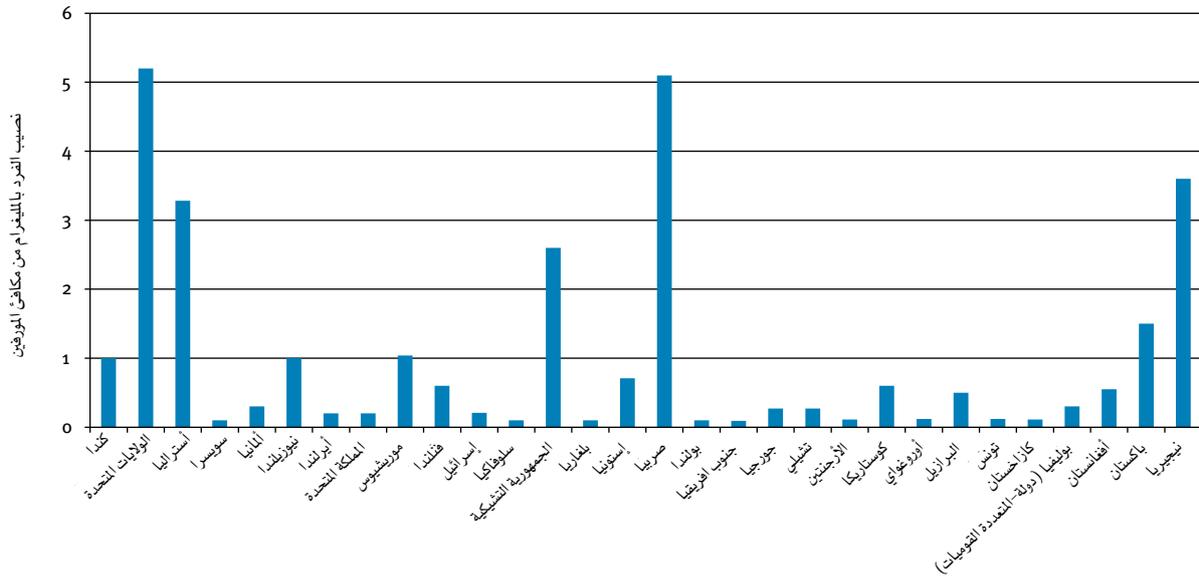
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ١٧- متوسط استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية في أوقيانوسيا، الفترات ٢٠٠٣-٢٠٠٧، و٢٠٠٩-٢٠١١، و٢٠١٣-٢٠١٤



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ١٩- معدّل انتشار إساءة استعمال شبائه الأفيون المصروفة بوصفة طبية بين عموم السكان، استناداً إلى البيانات المتاحة في عام ٢٠١٣ أو أحدث البيانات المتاحة



المصدر: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

٨٥/٨ بشأن: "تشجيع مبادرات الإرجاع الآمن والمأمون والمناسب لعقاقير الوصفات الطبية للتخلص منها، ولا سيما العقاقير التي تحتوي على مواد مخدرة ومؤثرات عقلية خاضعة للمراقبة الدولية".

٨٧- وفي ذلك القرار، شجعت اللجنة الدول على أن تنظر في اعتماد تدابير متنوعة بغرض التصدي لمشكلة تعاطي عقاقير الوصفات الطبية بالتعاون مع مختلف أصحاب المصلحة مثل المسؤولين عن الصحة العامة والصيدالة ومصنعي المستحضرات الصيدلانية وموزعيها والأطباء وجمعيات حماية المستهلك وأجهزة إنفاذ القانون، من أجل تعزيز وعي الناس بالمخاطر المرتبطة بالاستعمال غير الطبي لعقاقير الوصفات الطبية، ولا سيما العقاقير التي تحتوي على مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية.

(د) استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية والحاجة إلى الرعاية الملطفة

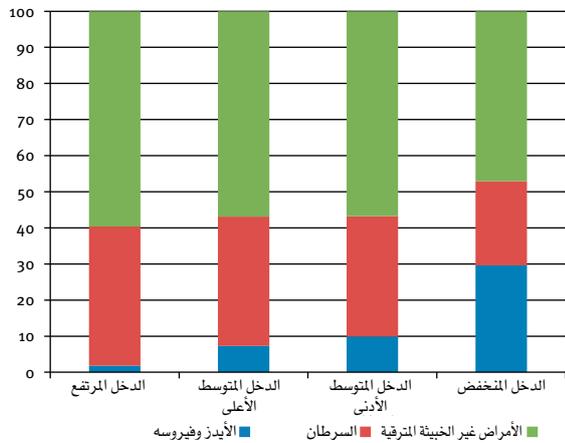
٨٨- إنّ أنماط استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية، المعبر عنها بعدد الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية أو بنصيب الفرد من المليغرامات، لا يُنبئُ إلاّ عن بعض جوانب القضية. فمن أجل التحقق من مدى ملاءمة مستوى الاستهلاك، من المهم أن يُقاس بمستويات انتشار الحالات الصحية التي تتطلب الرعاية الملطفة، بما لا يقتصر على السرطان فحسب، وإنما يشمل حالات صحية أخرى. ومع أنّ استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية يتركز في عدد قليل من

٨٤- ويتعين على البلدان، من أجل مواجهة هذه المشكلة، أن تضع استراتيجية شاملة تهدف إلى التصديّ للأسباب الجذرية وراء الزيادة المفرطة في عرض عقاقير الوصفات الطّبيّة، بما في ذلك إفراط اختصاصيي القطاع الطبي في إصدار الوصفات الطبية، واستصدار الوصفات الطبية من أطباء متعدّدين، وقصور تدابير الرقابة المفروضة على إصدار الوصفات الطبية وتحريرها. وبالإضافة إلى ذلك، أشار مسؤولون في القطاع الصحي إلى أنّ وجود عقاقير وصفات طبية في المنازل لم تعد هناك حاجة إليها أو لم تعد تستخدم لأغراض طبية هو أحد المصادر الرئيسية لعقاقير الوصفات الطبية المسرّبة من القنوات المشروعة بغرض إساءة الاستعمال. وقد كشفت دراسات استقصائية أُجريت في عدّة بلدان بشأن انتشار إساءة الاستعمال أنّ نسبة كبيرة من الأفراد حصلوا على عقار التعاطي، لدى تعاطيهم عقاقير الوصفات الطبية للمرة الأولى، من صديق أو من أحد أفراد أسرتهم كان قد حصل على تلك العقاقير بصفة قانونية.

٨٥- ومن بين التدابير التي يتزايد الاعتماد عليها للتصدي لهذه المشكلة وضع آليات لضمان إرجاع الأدوية ذات التأثير النفساني والتخلص منها على نحو آمن، ولا سيما تلك التي تحتوي على مخدّرات أو مؤثرات عقلية، بما في ذلك عن طريق تحديد أيام لاسترداد عقاقير الوصفات الطبية. وقد أسفر تنفيذ مثل تلك المبادرات في العديد من الولايات القضائية عن تحقيق نتائج مهمة بتكلفة منخفضة نسبياً.

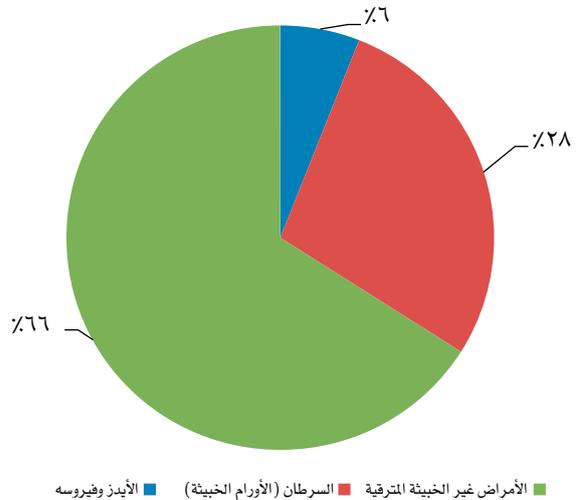
٨٦- وأقرّ المجتمع الدولي، بما في ذلك لجنة المخدّرات، بأهمية تلك التدابير. وبناءً على ذلك، اعتمدت اللجنة في آذار/مارس ٢٠١٣ قرارها

الشكل ٢١- توزيع البالغين المحتاجين إلى الرعاية الملطفة في نهاية العمر حسب فئة الدخل وفئة المرض، عام ٢٠١١



المصدر: منظمة الصحة العالمية والتحالف العالمي للرعاية الملطفة، الأطلس العالمي للرعاية الملطفة في نهاية العمر (التحالف العالمي للرعاية الملطفة، ٢٠١٤).

الشكل ٢٠- الوفيات الناجمة عن الأمراض التي تتطلب الرعاية الملطفة في نهاية العمر، بحسب نوع المرض، عام ٢٠١١



المصدر: منظمة الصحة العالمية والتحالف العالمي للرعاية الملطفة، الأطلس العالمي للرعاية الملطفة في نهاية العمر (التحالف العالمي للرعاية الملطفة، ٢٠١٤).

٩١- وتشير أحدث البيانات التي أتاحتها الوكالة الدولية لبحوث السرطان التابعة لمنظمة الصحة العالمية إلى أن عبء السرطان على الصعيد العالمي قد ارتفع إلى ١٤,١ مليون حالة جديدة و٨,٢ ملايين حالة وفاة في عام ٢٠١٢، مقارنة بما قدره ١٢,٧ مليون حالة جديدة و٧,٦ ملايين حالة وفاة في عام ٢٠٠٨. وتبين تقديرات مستويات الانتشار لعام ٢٠١٢ أن ٣٢,٦ مليون شخص على قيد الحياة فوق سن الخامسة عشرة قد كشف التشخيص عن إصابتهم بالسرطان في السنوات الخمس السابقة (انظر الشكل ٢٢). واستناداً إلى التوقعات المبنية على التقديرات المقدمة في إطار مشروع غلوبوكان في عام ٢٠١٢، من المتوقع حدوث زيادة كبيرة في حالات السرطان الجديدة لتصل إلى ١٩,٣ مليون حالة جديدة في السنة بحلول عام ٢٠٢٥، بسبب الزيادة المتوقعة في عدد سكان العالم وفي أعمارهم.

٩٢- وقد حدث أكثر من نصف جميع حالات السرطان (٥٦,٨ في المائة) وحالات الوفاة الناجمة عن السرطان (٦٤,٩ في المائة) في أقل المناطق نمواً في العالم. وسوف ترتفع هذه النسب بحلول عام ٢٠٢٥. وكثيراً ما يُصوّر السرطان على أنه مرض ينتشر بين الأثرياء أو سكان البلدان المتقدمة. وفي الواقع، فإن أكثر من ٧٠ في المائة من الوفيات بسبب السرطان تقع في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. ومن المتوقع أن يشهد معدل الإصابة بالسرطان مزيداً من الارتفاع في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل بحلول عام ٢٠٣٠ ما لم تتخذ إجراءات مستدامة في هذا الشأن. فالسرطان موجود في جميع أنحاء العالم، إلا أن البلدان التي تفتقر إلى الهياكل الصحية الأساسية لمواجهة العدد المتزايد من الأشخاص الذين يعانون من المرض هي التي تتضرر بوجهه خاص.

البلدان، فإن الحالات التي تتطلب استخدامها تنتشر على نطاق أوسع كثيراً.

٨٩- وتشير المعلومات المستمدة من الأطلس العالمي للرعاية الملطفة في نهاية العمر،^(٤٣) الذي أعدته منظمة الصحة العالمية والتحالف العالمي للرعاية الملطفة، إلى أن السرطان مسؤول عن ٢٨ في المائة من وفيات البالغين التي تتطلب الرعاية الملطفة. وترتبط أغلبية الوفيات (٦٦ في المائة) في الحالات التي تتطلب مثل هذه الرعاية بأمراض غير خبيثة متبقية.^(٤٤) وتُعزى النسبة المتبقية البالغة ٦ في المائة إلى الأيدز (انظر الشكل ٢٠).

٩٠- وفي جميع البلدان عدا البلدان المنخفضة الدخل، ظلت نسبة المرضى البالغين المحتاجين إلى الرعاية الملطفة بسبب السرطان ثابتة تقريباً عند نحو ٣٣ إلى ٣٨ في المائة؛ وتراجعت هذه النسبة في البلدان المنخفضة الدخل إلى نحو ٢٣ في المائة (انظر الشكل ٢١). ولا تزال الأمراض غير الخبيثة المتبقية تشكل أغلبية الحالات في جميع المناطق. ويستأثر الأيدز بثلاث الحالات التي تحتاج إلى الرعاية الملطفة في البلدان المنخفضة الدخل، في حين يظل نصيبه أقل من ١٠ في المائة في البلدان المرتفعة الدخل.

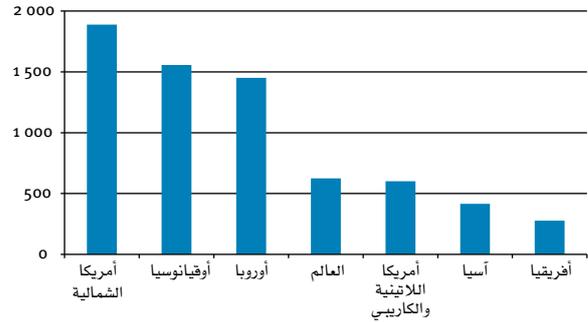
World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance,^(٤٣) Global Atlas of Palliative Care at the End of Life (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014)

^(٤٤) يُعتبر أن الأمراض غير الخبيثة المتبقية بين البالغين هي مرض الزهايمر وغيره من أمراض الخرف، وأمراض القلب والأوعية الدموية (باستثناء حالات الوفاة المفاجئة)، وأمراض الانسداد الرئوي المزمنة، وتليف الكبد، والبول السكري، والتصلب المتعدد، وأمراض الكلى، ومرض باركنسون، والتهاب المفاصل الروماتويدي، والسل (السل ذو المناعة من الأدوية المتعددة والسل الشديد المقاومة للأدوية فقط).

٩٤- وعند عرض مستويات استهلاك المسكنات شبه الأفيونية مقارنةً بمعدلات الإصابة بالسرطان الموحد حسب العمر^(٤٥) يتأكد الاختلال العالمي في استهلاك تلك المواد، إذ سُجلت في الولايات المتحدة وكندا وأستراليا ونيوزيلندا وبلدان أوروبا الغربية والوسطى معدلات استهلاك مرتفعة مقترنة بارتفاع معدلات الإصابة بالسرطان الموحد حسب العمر. ومن الصعب إجراء مقارنة على المستوى العالمي نظراً لأن معظم البلدان تُصنّف ضمن مجموعة ذات مستويات الاستهلاك المنخفضة نتيجة لاستئثار عدد قليل من البلدان بمستويات الاستهلاك المرتفعة. ومن الممكن استخلاص فكرة أفضل عن التفاوتات العالمية من خلال دراسة الأنماط في كل منطقة بالتفصيل.

^(٤٥) تعرض قاعدة بيانات غلوبوكان بيانات الإصابة بالسرطان في صورة معدّل موحد حسب العمر، وهو مقياس موجز لمعدّل الإصابة الذي يمكن أن يسجّل بين السكان إذا كان هيكليهم العمري موحدًا. وهذا التوحيد المعياري ضروري عند مقارنة مجموعات سكانية تختلف من حيث الأعمار، لأنّ العمر يؤثر تأثيراً كبيراً في احتمالية الإصابة بالسرطان. ومعدّل الإصابة الموحد حسب العمر هو المتوسط المرجح لمعدلات الإصابة في كل فئة عمرية؛ وتؤخذ معاملات الترجيح من التوزيع السكاني لمجموعة السكان المعيارية. والمجموعة السكانية المعيارية الأكثر استخداماً هي المجموعة السكانية المعيارية العالمية. ويطلق على معدّل الإصابة أو معدّل الوفيات حينئذ معدّل الإصابة أو معدّل الوفيات الموحد حسب العمر (العالمي)، ويُعبّر عنه لكل ١٠٠ ألف نسمة. ويُحسب المعدّل الموحد حسب العمر استناداً إلى عشر فئات عمرية (صفر-١٤ و١٥-٣٩، و٤٠-٤٤، و٤٥-٤٩، و٥٠-٥٤، و٥٥-٥٩، و٦٠-٦٤، و٦٥-٦٩، و٧٠-٧٤، و٧٥+). وقد تختلف النتيجة قليلاً عن تلك المحسوبة باستخدام نفس البيانات موزعة على الشرائح العمرية التقليدية ذات السنوات الخمس.

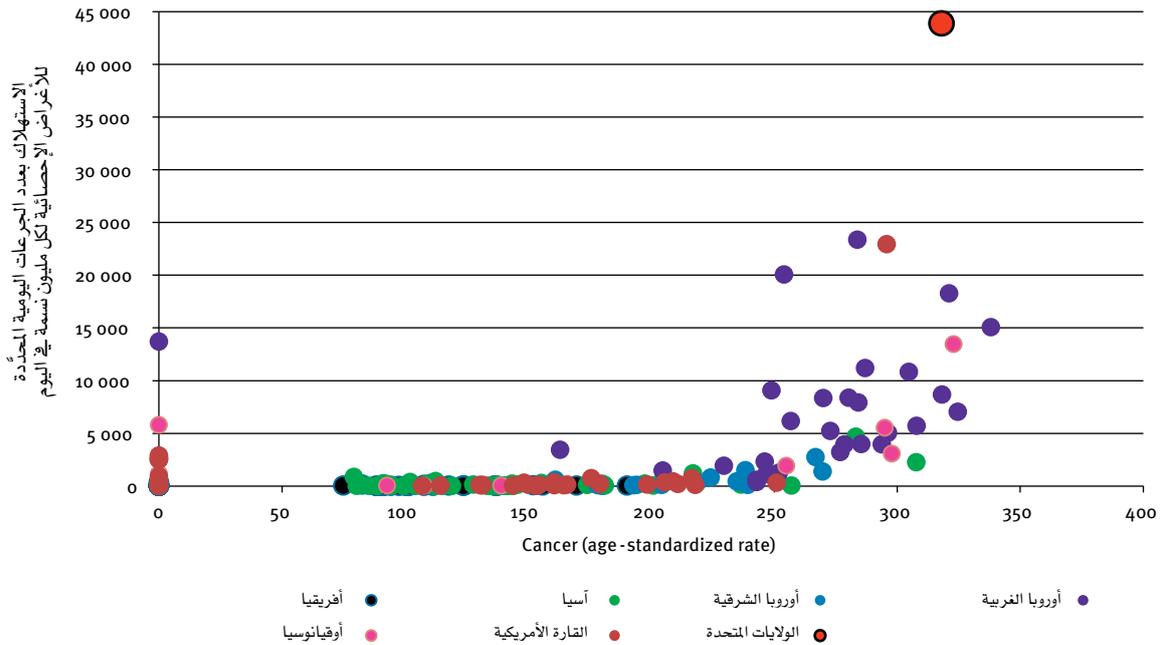
الشكل ٢٢- معدّل انتشار حالات السرطان المشخّصة في السنوات الخمس الماضية، لكل مائة ألف نسمة، عام ٢٠١٢



المصدر: قاعدة بيانات غلوبوكان.

٩٣- وفي البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، حيث تتوفر قدرات محدودة في مجال الوقاية والكشف المبكر عن السرطان، غالباً ما يُكتشف المرض بعد بلوغه مرحلة متقدمة. وبلوغ تلك المرحلة، لا تعود هناك خيارات علاج كثيرة، ولا بد من توفير الرعاية الملطّفة. ومن ثمّ، فلا غنى عن المسكنات شبه الأفيونية في علاج السرطان في هذه البلدان.

الشكل ٢٣- العلاقة بين معدّل الإصابة بالسرطان في عام ٢٠١٢، واستهلاك المخدرات في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: قاعدة بيانات غلوبوكان والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

وجود عدد من البلدان التي يتجاوز فيها المعدل هذا المقدار، في حين أن استهلاك المسكنات شبه الأفيونية لا يزال أدنى كثيراً من مستوى ٢٠٠ جرعة يومية محددة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم (انظر الشكل ٢٦).

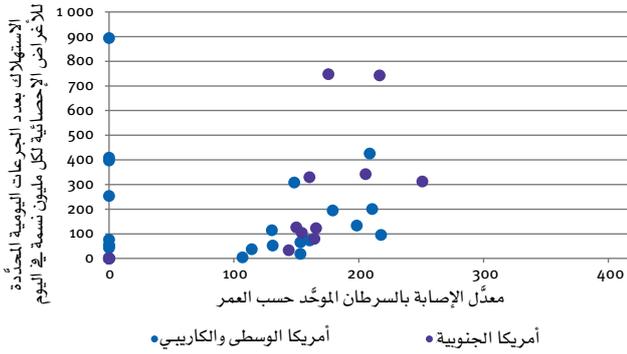
٩٨- وفي آسيا، يرتفع مستوى الاستهلاك المعبر عنه بعدد الجرعات اليومية المحددة للإصابة بالسرطان، ولكن هذا الارتفاع يقتصر على أعلى المعدلات للإصابة بالسرطان. وفي أوروبا الغربية، يرتفع مستوى الاستهلاك، ويبدو متماشياً مع مستوى انتشار السرطان. وفي شرق أوروبا وجنوب شرقها، تشبه معدلات الإصابة بالسرطان نظيراتها في أوروبا الغربية، بيد أن مستوى استهلاك المخدرات لتخفيف الآلام أقل كثيراً. وتشهد أستراليا ونيوزيلندا مستويات استهلاك مرتفعة للغاية، في حين أن مستويات الاستهلاك في غيرها من البلدان الأصغر حجماً في أوقيانوسيا هي أقل كثيراً (انظر الأشكال ٢٧-٣٠).

٩٥- وفي منطقة أمريكا الشمالية، هناك فجوة كبيرة بين المكسيك من جهة، والولايات المتحدة الأمريكية وكندا من جهة أخرى (انظر الشكل ٢٤).

٩٦- وفي أمريكا الوسطى والجنوبية والكاريببي، يبدو أن توزيع البلدان يشير إلى أن بلدان أمريكا الجنوبية قد زادت من استهلاكها من المسكنات شبه الأفيونية، وأن ذلك ناتج عن زيادة معدل الإصابة بالسرطان (انظر الشكل ٢٥). أما في أمريكا الوسطى والكاريببي، فرغم ارتفاع معدلات الإصابة بالسرطان ارتفاعاً نسبياً في بعض البلدان، إلا أن استهلاكها للمخدرات لأغراض الرعاية الملطفة دون المستوى الكافي.

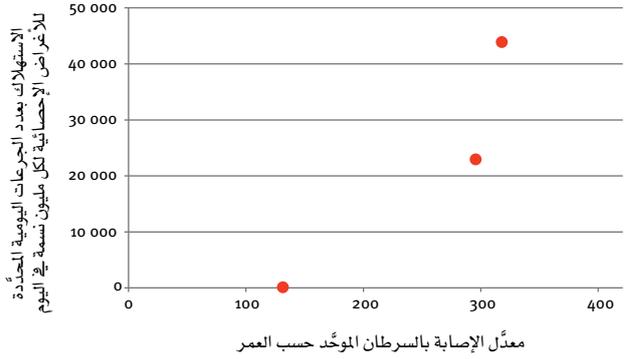
٩٧- وفي أفريقيا، يبدو أن هناك عدداً كبيراً من البلدان التي يصل فيها معدل الإصابة بالسرطان الموحد حسب العمر إلى ١٠٠، مع

الشكل ٢٥- العلاقة بين معدل الإصابة بالسرطان الموحد حسب العمر في عام ٢٠١٢، واستهلاك المخدرات في أمريكا الوسطى والجنوبية والكاريببي في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



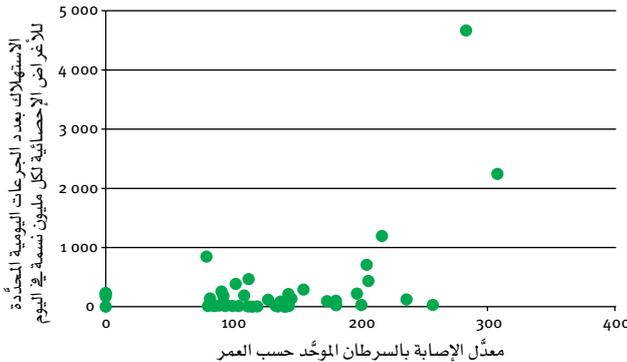
المصدر: قاعدة بيانات غلوبوكان والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ٢٤- العلاقة بين معدل الإصابة بالسرطان الموحد حسب العمر في عام ٢٠١٢، واستهلاك المخدرات في أمريكا الشمالية في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



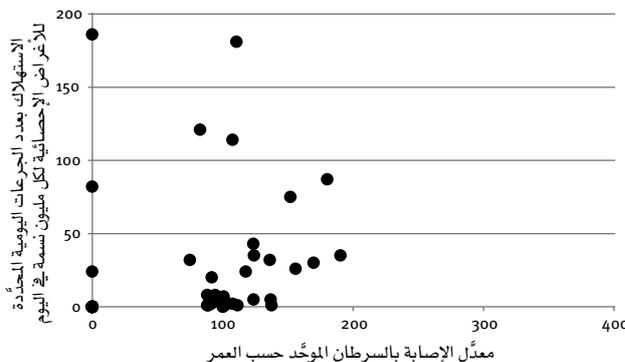
المصدر: قاعدة بيانات غلوبوكان والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ٢٧- العلاقة بين معدل الإصابة بالسرطان في عام ٢٠١٢، واستهلاك المخدرات في آسيا في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: قاعدة بيانات غلوبوكان والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ٢٦- العلاقة بين الإصابة بالسرطان في عام ٢٠١٢، واستهلاك المخدرات في أفريقيا في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



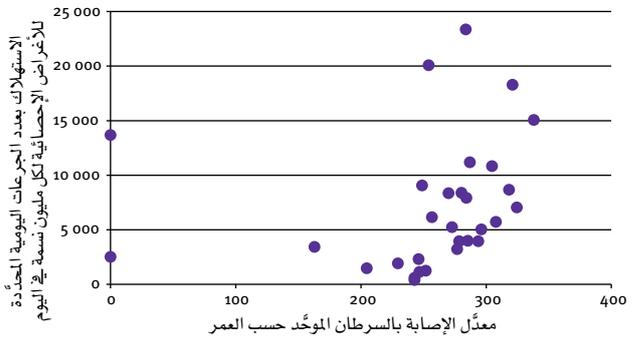
المصدر: قاعدة بيانات غلوبوكان والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

٩٩- ويحتاج المصابون بالأيديز أيضاً إلى الرعاية الملطفة. وتشير المقارنة بين مختلف المناطق المشمولة بنشاط منظمة الصحة العالمية في الأطلس العالمي للرعاية الملطفة في نهاية العمر إلى أن النسبة المئوية للبالغين الذين يحتاجون إلى الرعاية الملطفة في حالات الأيديز أكبر في البلدان المنخفضة الدخل، ولا سيما في أفريقيا، منها في البلدان التي تنتمي إلى فئات الدخل الأخرى. وقد أدت زيادة سبل الحصول على العلاج المضاد للفيروسات الرجعية، وانخفاض معدلات العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية إلى انخفاض حاد في عدد البالغين والأطفال الذين يموتون من جراء أسباب راجعة إلى فيروس نقص المناعة البشرية على الصعيد العالمي. ويظهر الانخفاض في الوفيات المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية واضحاً على نحو خاص في المناطق التي تتحمل العبء الأكبر من الإصابة بهذا الفيروس، ومنها المنطقة الأفريقية، التي كان ينتمي إليها تقريبا ثلاثة من كل أربعة أشخاص ماتوا لأسباب راجعة إلى فيروس نقص المناعة البشرية في عام ٢٠١٣. ومع ذلك، فلا يزال معدّل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الأيديز في البلدان المنخفضة الدخل مرتفعاً. ولا يزال توافر العلاج المضاد للفيروسات الرجعية محدوداً، على الرغم من الجهود التي بذلها في هذا الصدد برنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الأيديز وفيروسه والمجتمع الدولي عموماً. ويمثّل عدم توافر المسكنات شبه الأفيونية بالقدر الكافي لعلاج الأم المتصل ممرض الأيديز مشكلة رئيسية لنسبة أكبر من سكان البلدان المنخفضة الدخل.

١٠٠- وعند مقارنة العدد التقديري للوفيات الناجمة عن الأيديز في عام ٢٠١٣^(٤٦) مع مستوى استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، المعبّر عنه بعدد الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم، يتبيّن أنّ البلدان التي يوجد فيها أكبر عدد من الوفيات وأدنى مستويات الاستهلاك تقع في أفريقيا جنوب الصحراء وآسيا (انظر الجدول ١). فنيجيريا، التي سجّلت فيها ٢١٠ ٠٠٠ حالة وفاة من جراء الأيديز في عام ٢٠١٣، لم تبلغ الهيئة باستهلاك أيّ كمية من المسكنات شبه الأفيونية. أمّا الهند، التي قدّر عدد الوفيات الناجمة عن الأيديز فيها بنحو ١٣٠ ألفاً، فقد بلغ استهلاكها ١١ جرعة مقدّرة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم. وبلغ عدد الوفيات التقديري في عام ٢٠١٣ في موزامبيق ٨٢ ألفاً، في حين أنّ معدّل الاستهلاك لا يتجاوز ٥ جرعات يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم. وسجّلت جمهورية تنزانيا المتحدة نفس معدّل الاستهلاك، في حين بلغ عدد الوفيات التقديري فيها ٧٨ ألفاً. وقدّر عدد الوفيات في زيمبابوي بنحو ٦٤ ألفاً، في حين لم يتجاوز معدّل الاستهلاك ٣٥ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية. وفي أوغندا لم يتجاوز عدد الجرعات اليومية المحدّدة للأغراض الإحصائية ٣٠ جرعة، بينما قدّر عدد الوفيات بنحو ٦٣ ألفاً. وفي جنوب أفريقيا، كان معدّل الاستهلاك ٣٣٨ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية، بيد أنّ عدد الوفيات المقدر بلغ ٢٠٠ ألف.

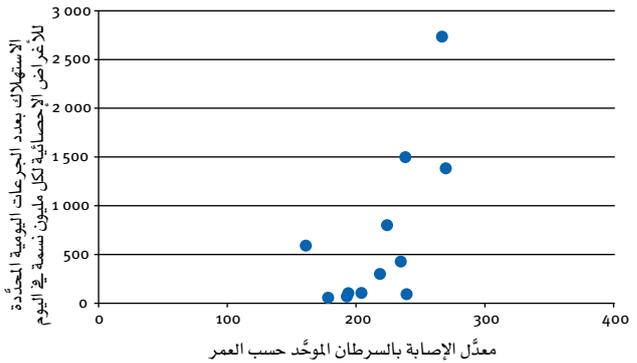
(٤٦) منظمة الصحة العالمية، المرصد الصحي العالمي.

الشكل ٢٨- العلاقة بين معدل الإصابة بالسرطان في عام ٢٠١٢، واستهلاك المخدرات في أوروبا الغربية في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



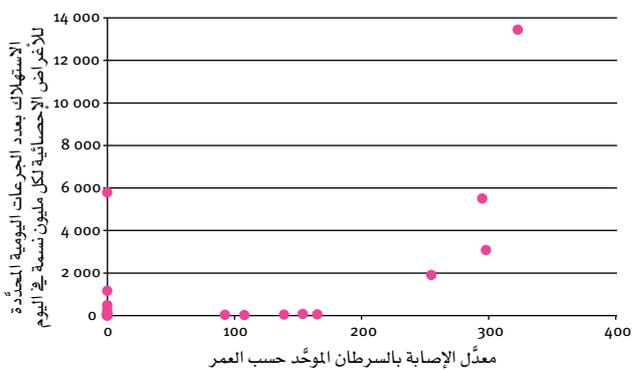
المصدر: قاعدة بيانات غلوبوكان والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ٢٩- العلاقة بين معدل الإصابة بالسرطان في عام ٢٠١٢، واستهلاك المخدرات في شرق أوروبا وجنوب شرقها في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: قاعدة بيانات غلوبوكان والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ٣٠- العلاقة بين معدل الإصابة بالسرطان في عام ٢٠١٢، واستهلاك المخدرات في أوقيانوسيا في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: قاعدة بيانات غلوبوكان والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

والتحالف العالمي للرعاية الملطّفة، في الأطلس العالمي للرعاية الملطّفة في نهاية العمر، البلدان من حيث مستوى تطور الرعاية الملطّفة ضمن الفئات الست التالية:

- المستوى ١: لا توجد أنشطة معروفة في هذا المجال
- المستوى ٢: أنشطة لبناء القدرات في هذا المجال
- المستوى ٣ (أ): تقديم خدمات منعزلة
- المستوى ٣ (ب): تعميم خدمات الرعاية
- مستوى ٤ (أ): إدماج الرعاية الملطّفة في نظام الرعاية الصحية الأولية
- مستوى ٤ (ب): إدماج الرعاية الملطّفة في نظام الرعاية الصحية المتقدّمة

١٠٣- وبالنظر إلى الخريطة التي توضح المستويات المختلفة لتطور خدمات الرعاية الملطّفة (انظر الخريطة ٣)، ومقارنتها بالخريطة التي تبين مستويات استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية المعبر عنها بالجرعات اليومية المحدّدة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم، ٢٠١١-٢٠١٣، يمكن أن يُلاحظ بوجه عام أنه على الرغم من وجود علاقة طردية مباشرة بين ارتفاع مستويات الاستهلاك ومدى تطور خدمات الرعاية الملطّفة، إلا أن هناك بعض أوجه التباين.

١٠٤- ففي شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي، على سبيل المثال، هناك عدد من البلدان تصنف في المستوى ٤ (أ) (جمهورية تنزانيا المتحدة و جنوب أفريقيا وزامبيا وزمبابوي وكينيا وملاوي) أو المستوى ٤ (ب) (أوغندا)، ولكن مستويات استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية المسجّلة في جميع هذه البلدان (باستثناء جنوب أفريقيا) منخفضة نوعاً ما.

١٠٥- وفي أمريكا الجنوبية (باستثناء أوروغواي وشيلي، اللتين صنّفتا في المستوى ٤ (أ)، والأرجنتين التي صنّفت في المستوى ٣ (ب))، صنّفت معظم البلدان في المستوى ٣ (أ) (إكوادور وباراغواي والبرازيل وبيرو وغيانا وكولومبيا) أو المستوى ٢ (بوليفيا) (دولة-المتعددة القوميات) وسورينام). ومع ذلك، فإن مستويات الاستهلاك مرتفعة نسبياً في المنطقة. ويمكن أن يكون التناقض الواضح مع مستوى تطور خدمات الرعاية الملطّفة مؤشراً على أن الاستهلاك مرتفع ولكنه متركّز في مناطق محدودة أو متميزة.

١٠٦- ويعدُّ تطوير خدمات الرعاية الملطّفة أمراً هاماً لضمان وصف المسكّنات شبه الأفيونية طبيّاً، عند توافرها، بكفاءة وبطريقة رشيدة.

الجدول ١- العدد التقديري للوفيات الناجمة عن الأيدز في عام ٢٠١٣، مقارنة بمستوى استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية في الفترة ٢٠١٣-٢٠١١

البلد	العدد التقديري للوفيات الناجمة عن الأيدز في عام ٢٠١٣	عدد الجرعات اليومية المحدّدة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم، ٢٠١١-٢٠١٣
نيجيريا	٢١٠٠٠	صفر
جنوب أفريقيا	٢٠٠٠٠	٣٢٨
الهند	١٣٠٠٠	١١
موزامبيق	٨٢٠٠	٥
جمهورية تنزانيا المتحدة	٧٨٠٠	٥
زمبابوي	٦٤٠٠	٣٥
أوغندا	٦٣٠٠	٣٠
كينيا	٥٨٠٠	صفر
ملاوي	٤٨٠٠	٢٦
إثيوبيا	٤٥٠٠	صفر
الكامرون	٤٤٠٠	٤
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٣٠٠٠	٢
إندونيسيا	٢٩٠٠	١٦
كوت ديفوار	٢٨٠٠	١
زامبيا	٢٧٠٠	٣٢

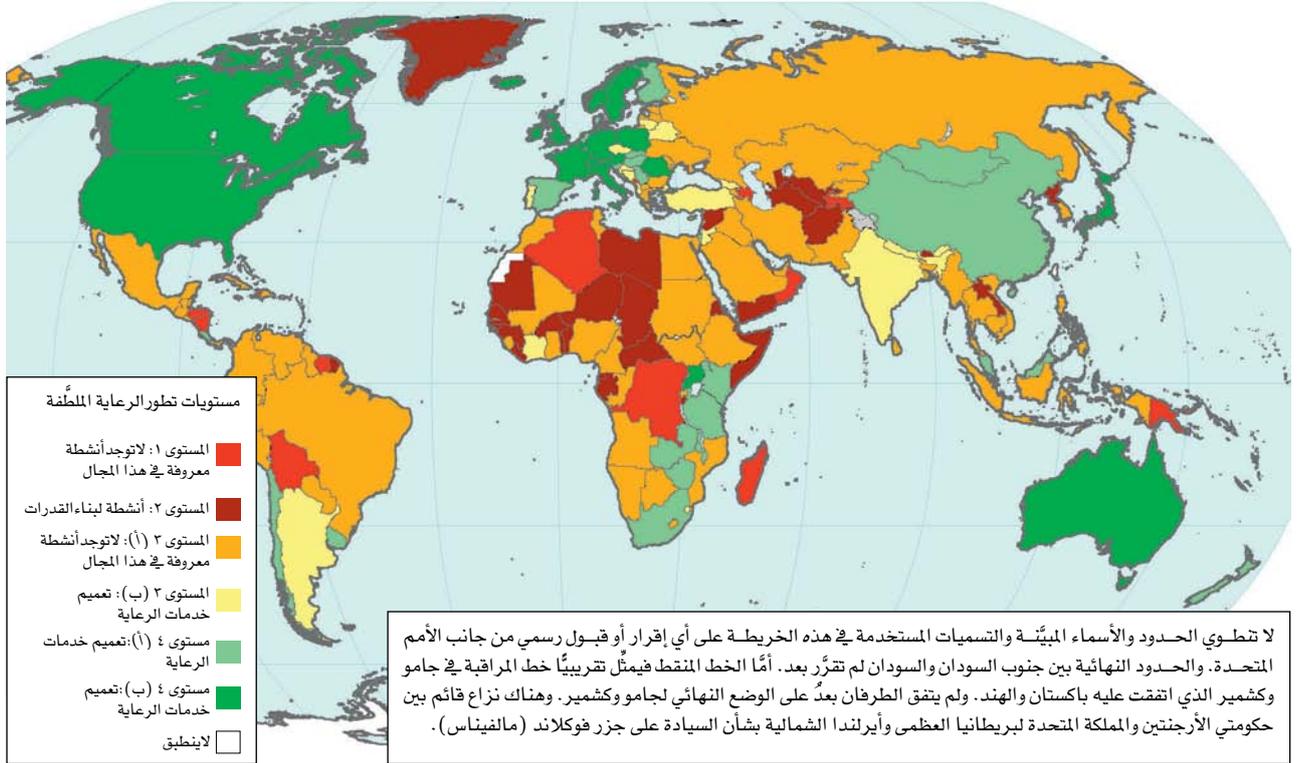
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات والمرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية.

١٠١- وعلى الرغم من أن الجدول الوارد أعلاه يؤكّد أن الأيدز حالة صحية خطيرة تتطلب تدابير لتلطيف، فإن الأمراض المصنّفة في فئة الأمراض غير الخبيثة المترقّبة هي الأسباب الرئيسية وراء الطلب على الرعاية الملطّفة في جميع المناطق. ومع ذلك، فلا تتوفر معدّلات موثوقة لانتشار هذه الأمراض على الصعيد العالمي، الأمر الذي يتعدّد معه عقد مقارنة بينها وبين مستويات استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية.

(هـ) استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية ومستوى تطور الرعاية الملطّفة

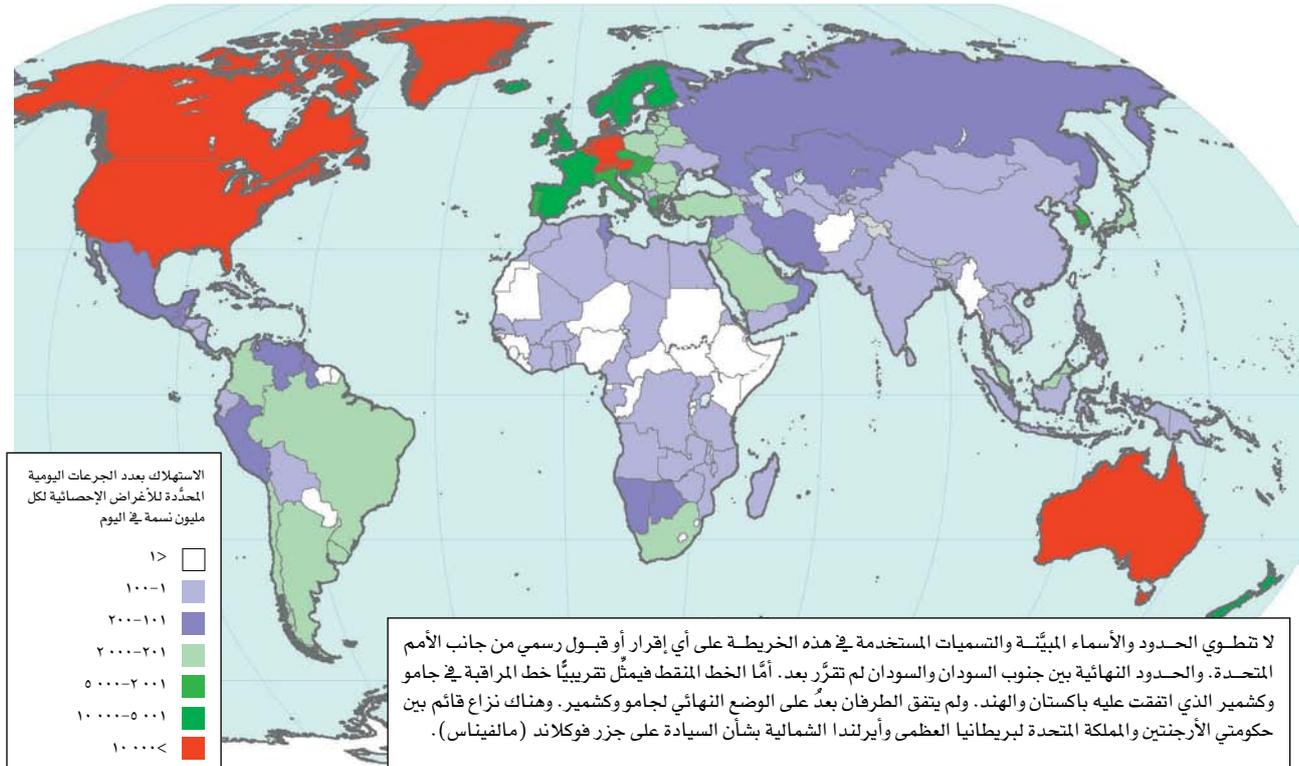
١٠٢- من الجوانب الهامة في توافر المسكّنات شبه الأفيونية قدرة نظم الرعاية الصحية على وصف هذه المواد وصرّفها عن طريق خدمات الرعاية الملطّفة الملائمة. وقد صنّفت منظمة الصحة العالمية

الخريطة ٣- مستويات الرعاية الملطّفة على الصعيد العالمي، عام ٢٠١٤



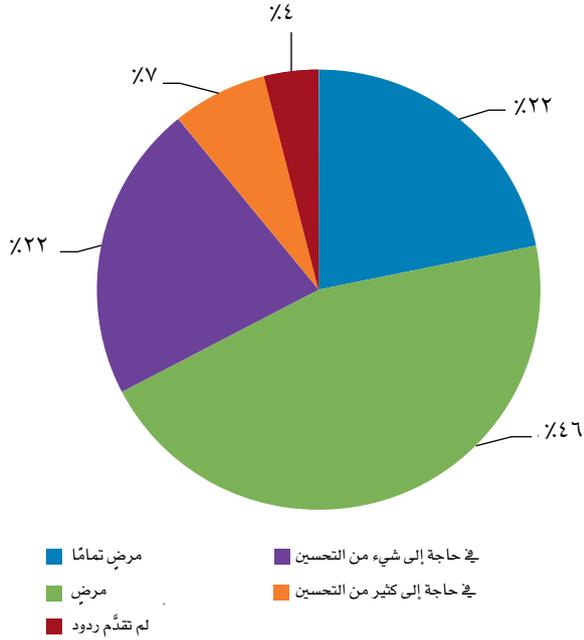
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، ومنظمة الصحة العالمية، والتحالف العالمي للرعاية الملطّفة، الأطلس العالمي للرعاية الملطّفة في نهاية العمر الملطّفة (التحالف العالمي للرعاية الملطّفة، ٢٠١٤).

الخريطة ٤- استهلاك شبائه الأفيون لعلاج الألم، الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. ملحوظة: تُعرّف شبائه الأفيون بأنّها الكوديين، والديكستروبروبوكسيفين، وثنائي الهيدروكوديين، والفينتانيل، والهيدروكودون، والهيدرومورفون، والكتيبيميديون، والمورفين، والأوكسكودون، والبيثيدين، والتيلبيدين والتريميبيدين.

الشكل ٣١- توافر المخدرات، حسب تقييم البلدان نفسها، عام ٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

١١٠- وأبلغت الدول الأعضاء الهيئة بالعوامل الرئيسية التي تحدّد دون داع من توافر المخدرات اللازمة للأغراض الطبية أو العلمية (انظر الشكل ٣٢). ومن أصل ٩٦ رداً صحيحاً على هذا السؤال بعينه، أشار ٣٦ في المائة من البلدان إلى الافتقار إلى التدريب أو التوعية في أوساط اختصاصيي الرعاية الطبية فيما يتعلق باستعمال المخدرات باعتباره عقبة رئيسية، يلي ذلك في المرتبة الخشبة من الإدمان (٣٤ في المائة) ثمّ محدودية الموارد المالية (٣٢ في المائة).

جيم- العقبات التي تحول دون توافر المخدرات

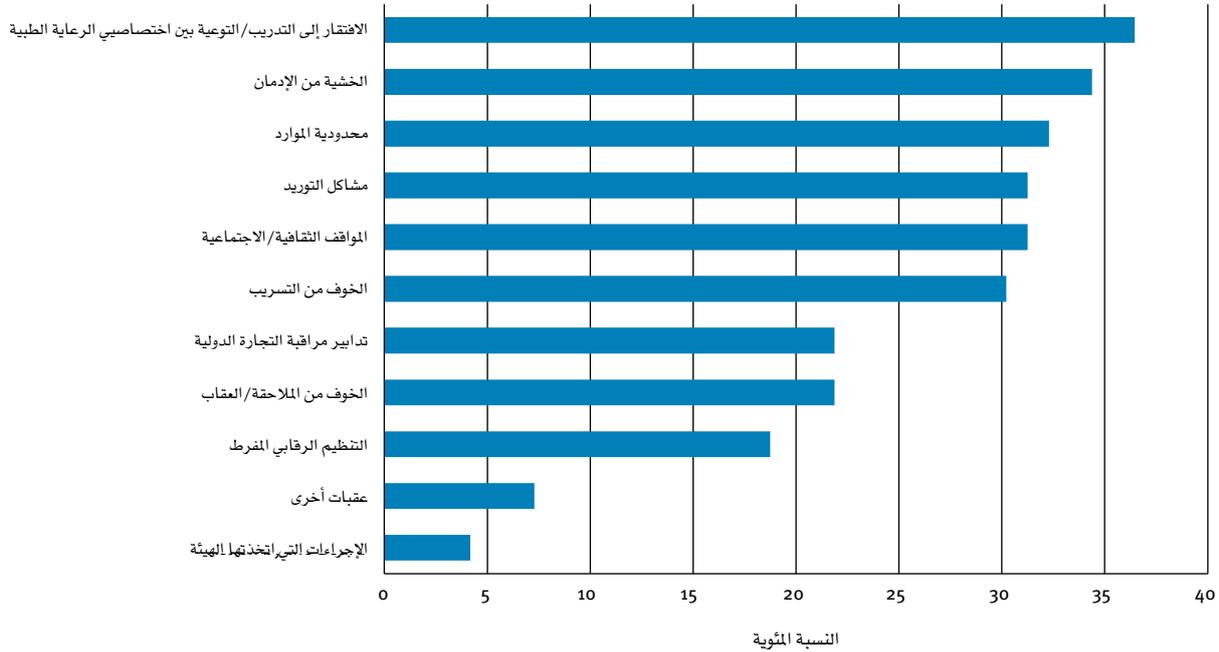
١٠٧- في عام ٢٠١٤، أجرت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات دراسة استقصائية طلبت فيها إلى البلدان تقديم معلومات عن السياسات والممارسات المتبعة على الصعيد الوطني فيما يتعلق بتنفيذ أحكام اتفاقية سنة ١٩٦١ من أجل ضمان توافر المخدرات للأغراض الطبية والعلمية. وتلقت الهيئة ردوداً من ١٠٧ بلدان. وتضمّ الفقرات التالية تحليلاً لتلك الردود، مع التركيز بوجه خاص على ما حدّدته السلطات الوطنية المختصة من العقبات التي تحول دون توافر المخدرات.^(٤٧)

١٠٨- ويشير تحليل الردود إلى أنّ الدول الأعضاء عملت في السنوات الأخيرة على تحسين التوافر. ومن المرجح أنّ ذلك قد أسهم في زيادة استهلاك المسكّنات شبه الأفيونية المعبر عنه بالجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم، كما سبقت الإشارة إلى ذلك. وتبيّن الردود على الدراسة الاستقصائية أنّ عدداً كبيراً من البلدان المهتمة بمسألة التوافر والتي اتخذت إجراءات لتذليل العقبات التشريعية والإدارية وغيرها قد نجحت في زيادة إمكانية الحصول على المخدرات للأغراض الطبية وتحسين نوعية حياة الأشخاص المحتاجين إلى الرعاية الملطّفة.

١٠٩- ويُستخلص هذا الاستنتاج من تحليل أنماط الاستهلاك التي درست في الفصول السابقة، كما أنّه مستمد من التقييمات الذاتية التي تجريها البلدان لأدائها فيما يتعلق بتوافر المخدرات. وكما يتبيّن من الشكل ٣١، يعتبر ثلثا البلدان حالته مرضية أو مرضية تماماً (٤٦ و ٢٢ في المائة، على التوالي)، في حين أشارت بلدان أخرى إلى الحاجة إلى بعض التحسن (٢٢ في المائة) أو إلى تحسن كبير (٧ في المائة). ومن الواضح أنّه يلزم التحقّق من هذه التقييمات الذاتية بمقارنتها بالحالة الفعلية، ولكنها تعطي لمحة عن الطريقة التي تنظر بها البلدان إلى أدائها، ومن ثمّ ما إذا كانت تفكّر في اتخاذ إجراءات أم لا.

^(٤٧) تستند النتائج المبينة في الأشكال إلى الردود المقدّمة من الدول الأعضاء على استبيان الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات بشأن التوافر. ويتوقف عدد الردود التي أُخذت في الاعتبار عند حساب النسب المئوية على إجمالي عدد الردود الصحيحة عن كل واحد من الأسئلة، ومن ثمّ فإنّه يختلف بين سؤال وآخر. ويمكن ألاّ يصل مجموع النسب المئوية إلى ١٠٠ في بعض الأشكال، لأنّه أتيحت للبلدان إمكانية انتقاء أحد الخيارات المطروحة أو أكثر من خيار واحد في العديد من الأسئلة.

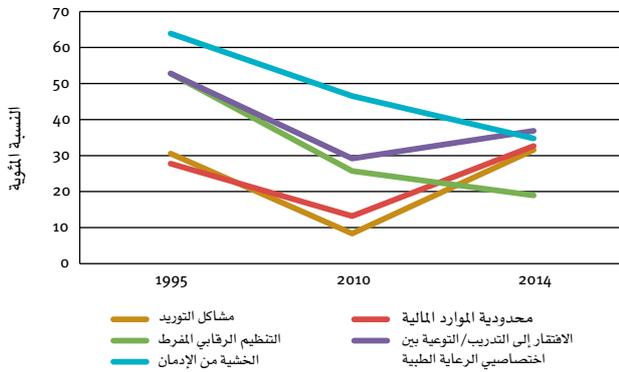
الشكل ٣٢- العقبات التي تحول دون توافر المخدرات



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

العرض على نفس المنوال. فمن ٣١ في المائة في عام ١٩٩٥، انخفضت إلى ٨ في المائة في عام ٢٠١٠، ثم قفزت إلى ٣١ في المائة في عام ٢٠١٤. ١١٤- ويمكن أن تلاحظ تقلبات مماثلة في الردود التي أشارت إلى تكاليف الأدوية أو الافتقار إلى الموارد المالية: حيث انخفضت من ٢٨ في المائة في عام ١٩٩٥ إلى ٣٢ في المائة في عام ٢٠١٤، ثم تدنّت إلى ١٣ في المائة في عام ٢٠١٠.

الشكل ٣٣- العقبات التي تحول دون التوافر، الفترة ١٩٩٥-٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات للأعوام ١٩٩٥، ٢٠١٠، و٢٠١٤.

١١٥- وتقدّم الفقرات أدناه تحليلاً لردود البلدان على استقصاء عام ٢٠١٤، حيث تُناقش العقبات التي حدّتها تلك البلدان وفق ترتيب تنازلي بحسب عدد الإشارات إليها.

١١١- واستعرضت الهيئة أيضاً العقبات التي كشف عنها الباحثون ومنظمات المجتمع المدني العاملة في مجال الرعاية الصحية والرعاية الملطّفة. وفي بعض الأحيان، لم تكن العقبات ودرجة أولويتها كما حدّتها الجهات المعنية متوافقة مع ما أفادت به السلطات الوطنية المختصة. فكثيراً ما يعتبر المجتمع المدني والأوساط الأكاديمية أنّ التنظيم الرقابي المفرط والتدابير الرقابية الصارمة المفروضة على التجارة ومشاكل التوريد من بين أسباب محدودة فرص الحصول على أدوية تخفيف الألم، في حين أنّ البلدان التي ردّت على الاستبيان سلّطت الضوء على الافتقار إلى التدريب أو التوعية والخشية من الإدمان باعتبارها المشاكل الرئيسية.

١١٢- وفيما يتعلق ببعض هذه العوامل، يمكن إجراء مقارنة بالمعلومات الواردة في الدراسات الاستقصائية التي أجرتها الهيئة في عامي ١٩٩٥ و٢٠١٠. فعلى سبيل المثال، ذكر ٦٤ في المائة من البلدان الخشية من الإدمان باعتبارها عقبة أمام التوافر في عام ١٩٩٥، إلّا أنّ النسبة انخفضت إلى ٤٧ في المائة فقط في عام ٢٠١٠؛ وفي أحدث استقصاء، تراجعَت هذه النسبة مرة أخرى إلى ٣٤ في المائة. كما تراجعَت الإشارة إلى التنظيم الرقابي المفرط والقيود التشريعية إلى حد بعيد، على النحو المبين في الشكل ٣٣.

١١٣- وتراجعَت الإشارة إلى الافتقار إلى التدريب أو التوعية بين اختصاصيي القطاع الصحي بين عامي ١٩٩٥ و٢٠١٠، ولكنها زادت منذ ذلك الحين، وكانت أكثر العقبات ذكراً في استبيان عام ٢٠١٤ بنسبة ٣٦ في المائة من البلدان. وسارت مشاكل التوريد أو عدم كفاية

١- الافتقار إلى التدريب أو التوعية بين اختصاصيي القطاع الصحي

١١٦- وكان الافتقار إلى التدريب أو التوعية بين اختصاصيي القطاع الصحي أكثر العقبات ذكراً في الردود الواردة من الدول الأعضاء. وهذا ما تؤكد عدة دراسات وتحليلات بشأن هذه المشكلة. ففي عدة بلدان قد لا تتوفر لاختصاصيي القطاع الصحي المعرفة المهنية الكافية بالألم وعلاجه. ويمكن أن تكون هناك دواعي قلق مفردة إزاء الآثار الجانبية لشبائه الأفيون واحتمال ارتهاان المرضى لها. وربما لا يثق الأطباء بما يقوله المريض عن الألم، أو قد يكون علاج الألم في ذيل أولوياتهم. وقد يكون من بين الأسباب المحتملة لهذا الموقف قلة الاهتمام الذي يُولى للرعاية الملطفة في المقررات الدراسية بكليات الطب. وفي حالات أخرى، قد يحجم الأطباء عن وصف المسكنات شبه الأفيونية لعدم ثقتهم بقدرة المرضى وأسرهم على التعامل معها بطريقة مأمونة.

١١٧- وبسبب عدم كفاية التعليم والتدريب في مجال الرعاية الملطفة، يستهين الأطباء في بعض الأحيان بدرجة الراحة التي يمكن تحقيقها بالعلاج المناسب، ويمدَى النقص في مداواة الألم. ويمكن أيضاً أن يستهين الأطباء بالحاجة إلى استخدام شبائه الأفيون القوية المفعول، مثل المورفين، لمعالجة الألم الشديد، فيعمدون، بدلاً من ذلك، إلى وصف عقاقير أقل فعالية. ولعل بعض الأطباء أيضاً يعجزون عن إقامة علاقات شخصية مع المرضى أو يكونون غير معتادين لذلك، فمن شأن تلك العلاقات أن تساعد على تحديد العلاج الدوائي المناسب والسماح بتحرير وصفات طبية مصممة لتناسب حالة كل شخص بعينه بحيث تأخذ في الاعتبار احتياجات المريض وحالته الصحية الراهنة.

١١٨- وبالإضافة إلى ذلك، فقد لا يكون الممرضون في بعض البلدان مدربين تدريباً كافياً على علاج الألم ودعم المرضى. وقد يكون لديهم مفاهيم خاطئة وتحيزات بشأن الأدوية شبه الأفيونية، على غرار الأطباء، كما سبقت الإشارة إلى ذلك. وفي بعض الحالات، يمكن أن يعطي الممرضون جرعات أدنى من المطلوب أو يمتنعون عن إعطاء أي جرعات، أو قد يحاولون إقناع المريض بالانتظار وتحمل حالته دون علاج كاف للألم.

١١٩- وفي استقصاء عام ٢٠١٤، أفاد ٧٠ بلداً بأن لديهم مقررات تعليمية لاختصاصيي القطاع الطبي تشمل محتويات بشأن تحرير وصفات المخدرات واستخدامها على نحو رشيد. ومن بين تلك البلدان، سجّل ٧٣ في المائة (٥١ بلداً) زيادة في نصيب الفرد من الاستهلاك بين الفترتين ٢٠٠٧-٢٠٠٩ و ٢٠١١-٢٠١٣.

١٢٠- ومن أصل ٦١ بلداً أبلغت عن تنفيذ تدابير توعية تهدف إلى تعميق فهم الممارسات الرشيدة في إصدار وصفات المخدرات بين اختصاصيي القطاع الصحي، لاحظ ٤٥ بلداً (٧٤ في المائة) حدوث

زيادة في عدد الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم. وشملت هذه التدابير حلقات عمل، وحلقات دراسية، ودورات تدريب متخصص وأنشطة إشراف، وتوزيع مواد إعلامية، فضلاً عن أفرقة عاملة من الصيدالة وممثلي الصناعة الصيدلانية والرابطات الطبية.

٢- الخشية من الإدمان

١٢١- ذكر ثلاثة وثلاثون بلداً (٣٤ في المائة) الخشية من الإدمان باعتبارها عقبة أمام التوافر، حيث حلت المرتبة الثانية بين أكثر العقبات ذكراً في استقصاء عام ٢٠١٤. ولا يزال ١٨ بلداً (٥٥ في المائة)، من بين تلك البلدان، يسجل مستوى استهلاك أقل من المستويات الدنيا المطلوبة.

١٢٢- ووفقاً لمنظمة هيومان رايتس ووتش، يمكن أن يُعزى عزوف اختصاصيي القطاع الصحي عن وصف المسكنات شبه الأفيونية إلى الخوف من التسبب في إصابة المرضى بالإدمان أو ضيق التنفس أكثر مما يُعزى إلى الخوف من الملاحقة أو العقاب.^(٤٨) وهذا ما يتجلى أيضاً في استقصاء عام ٢٠١٤ الذي ذُكرت فيه الخشية من الإدمان ضمن العقبات القائمة أمام التوافر في ٣٣ بلداً، والخوف من الملاحقة أو العقاب بنسبة ٢١ في المائة.

١٢٣- ويبدو أن هناك علاقة بين الخشية من الإدمان والافتقار إلى الوعي والتدريب، وكذلك المواقف الثقافية. ويمكن أن يحجم اختصاصيو القطاع الصحي والمرضى على حد سواء عن وصف المخدرات واستخدامها بسبب الافتقار إلى المعرفة بخصوصها والطرائق الآمنة في وصفها، فضلاً عن التحيزات المسبقة ضد استخدام تلك المواد.

٣- محدودية الموارد المالية

١٢٤- أشار ٣١ بلداً (٣٢ في المائة) إلى المسائل المالية باعتبارها عقبة أمام توافر المخدرات. ويمكن أن يكون الافتقار إلى الموارد مانعاً قوياً بصفة خاصة عندما تكون أسعار المخدرات مرتفعة. ومع أنه يمكن إنتاج بعض التركيبات، مثل المورفين الذي يؤخذ عن طريق الفم، بتكلفة رخيصة نوعاً ما، فإن أسعار المخدرات قد تكون مرتفعة بسبب ما تفرضه الحكومات من تنظيم رقابي وترخيص وضرائب، فضلاً عن ضعف أنظمة التوزيع (التي تستلزم سافراً باهظ التكلفة وطويلاً لتسليم الأدوية)، وغير ذلك من الأسباب.^(٤٩) وعلى سبيل المثال، أفادت رابطة أمريكا اللاتينية للرعاية الملطفة بأن تكلفة شهر واحد من العلاج بحقن المورفين في أحد بلدان أمريكا الوسطى أكبر من ضعف الحد الأدنى الوطني للأجور الشهرية. وفي هذا السياق، يتوقف التوافر على قدرة المرضى على تحمل تكلفة المخدرات الموصوفة. ومن ثم،

^(٤٨) Human Rights Watch, *Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right* (2011), chap. II

^(٤٩) المرجع نفسه.

٤- مشاكل التوريد من الصناعة أو عن طريق الاستيراد

١٢٧- أشار العديد من الردود إلى مشاكل التوريد. فقد لا تتوافر بعض تركيبات المخدرات، مثل المورفين الفموي، بكميات كافية، لأن الصانعين والمستوردين أو المصدرين، ولا سيما في حالة قلة السكان أو ضعف الطلب في الأسواق، قد يفضلون قصر إنتاجهم وتجارتهم على التركيبات الأعلى سعراً. ولعلّ تسويق هذه التركيبات، إلى جانب الإعانات الممنوحة لفائدة منتجات معينة (كالفتانيل على سبيل المثال)، يفسّر ما يكشف عنه تحليل بيانات الاستهلاك من زيادة هائلة في استهلاك الفنتانيل مقارنة بالمورفين.

١٢٨- وفي عدة بلدان، لا تبدي الشركات الصيدلانية المحلية اهتماماً بصنع المورفين الفموي، وهو ما يعزى في جانب منه إلى أنّ الأطباء نادراً ما يصفون شبائه الأفيون، والطلب الوارد من المستشفيات ليس كافياً لتبرير الإنتاج. وفي بعض البلدان النامية، لا يتوفر المورفين إلا عن طريق الاستيراد من الشركات الصيدلانية الدولية، بأسعار يتعذر تحمّلها سواء على الحكومة أو السكان. وأخيراً، فإنّ بعض الشركات الصيدلانية المحلية لا تبدي اهتماماً بإنتاج الأدوية شبه الأفيونية بسبب التكاليف الأمنية والمخاطر القانونية المرتبطة بهذا النوع من المنتجات.

١٢٩- وبالإضافة إلى نقص الإنتاج المحلي، فإنّ من العقبات الأخرى أمام توافر المخدرات صعوبة التوريد عن طريق الاستيراد. فقد أشارت عدة بلدان إلى أنّ هناك نقصاً في الأدوية نتيجة لحالات تأخر في سلسلة الإمداد بسبب متطلبات التنظيم الرقابي المرهقة التي تستلزم إجراءات طويلة (مثل الحصول على ترخيص الاستيراد/التصدير). كما تبين أنّ القيود على عرض المخدرات تشمل أيضاً عدم كفاية التقديرات الوطنية، ومتطلبات الإبلاغ التي تستغرق وقتاً طويلاً، والصعوبات التي تنطوي عليها إدارة المخدرات.

٥- المواقف الثقافية والاجتماعية تجاه علاج الألم

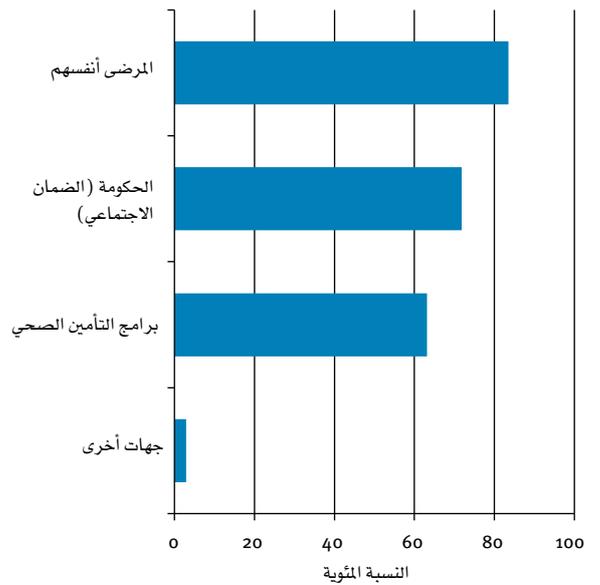
١٣٠- ذكر ٣١ في المائة من البلدان عقبات تتعلق بالمواقف والمعارف، بما في ذلك معتقدات الأطباء والمرضى وأسرهم، فضلاً عن مقرري السياسات. ففي بعض الأحيان، قد يرفض المرضى أنفسهم تخفيف الألم بسبب إحجامهم عن الإفصاح عن الشعور به أو عدم تقبلهم فكرة استعمال شبائه الأفيون. ويمكن أن ينتاب بعض المرضى أو أفراد أسرهم القلق إزاء الآثار الجانبية لشبائه الأفيون وأن يحاولوا تقليل الجرعات. ويمكن أيضاً أن ينتابهم القلق إزاء وصمة العار المرتبطة باستعمال المواد الأفيونية أو أدوية علاج الألم. وقد يتجنب بعض المرضى استعمال المواد الأفيونية بسبب آثارها المهدئة، لأنهم لا

فمن المهم النظر فيما إذا كان يُتوقع من المرضى أن يتحملوا التكلفة الكاملة لتلك العقاقير أو معظمها، أو ما إذا كان هناك دعم مالي من خلال الضمان الاجتماعي أو برامج التأمين الصحي الوطنية. وفي الرّد على السؤال بشأن الجهة التي تدفع تكلفة المخدرات الموصوفة (انظر الشكل ٣٤)، ورد ذكر المرضى في المرتبة الأولى (٨٣ في المائة) تليهم الحكومة (٧٢ في المائة) ثم برامج التأمين الصحي (٦٣ في المائة).

١٢٥- وتشير دراسة متعددة القطاعات أجريت في عام ٢٠١٤ إلى أنّ عبء التكاليف الإضافية المترتبة على متطلبات التنظيم الرقابي يمكن أن يُحوّل مباشرة إلى المرضى، ولا سيما في البلدان التي لديها موارد محدودة مخصصة لبرامج دعم المسكنات شبه الأفيونية ورّد تكلفتها. وخلصت الدراسة أيضاً إلى أنّ أسعار المورفين الصلب ذي المفعول التسكينى الفوري الذي يؤخذ عن طريق الفم في البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى تزيد ٥,٨ مرات عما هي عليه في البلدان المرتفعة الدخل. ويمكن أن يعزى هذا الفرق في أسعار البيع إلى تخفيض سعر التركيبات الأخرى الباهظة التكلفة (الفتانيل) تخفيضاً اصطناعياً بسبب الإعانات الضخمة، الأمر الذي يتسبب بدوره في فقدان المورفين الصلب ذي المفعول التسكينى الفوري الفموي ميزة اقتصادية.^(٥٠)

١٢٦- وهكذا فمن الممكن أن تنشأ العقبات التي تحول دون الحصول على المخدرات بأسعار معقولة عن الافتقار إلى الموارد، وارتفاع الأسعار الناجم عن تشديد الضوابط الرقابية على المستوى الوطني وتدابير المراقبة المفروضة على التجارة الدولية، وعدم وجود سياسات داعمة، بما في ذلك عدم وجود نظم لردّ تكاليف الصحة العامة.

الشكل ٣٤- من يتحمل تكاليف المخدرات الموصوفة؟ عام ٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

^(٥٠) Liliansa De Lima and others, "Cross-sectional pilot study to monitor the availability, dispensed prices, and affordability of opioids around the globe", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 48, No. 4 (October 2014)

تتعلق بأسواق موازية. وذكر بلد واحد أن محدودية التوافر نجمت عن وضع تدابير تنظيمية أشد صرامة للتصدي لاستخدام الإنترنت في شراء المسكنات شبه الأفيونية وبيعها دون وصفة طبية.

٧- الخوف من الملاحقة أو العقاب

١٣٤- أفاد ٨١ (٨٢ في المائة) من البلدان التسعة والتسعين المجيبة، بوجود عقوبات تفرض في حالة قصور في حفظ السجلات. وتراوحت العقوبات المبلغ عنها بين الغرامات المالية، وإلغاء التراخيص الممنوحة، والسجن. ويشير تقريران صادران عن مشروع تحسين سبل الحصول على الأدوية شبه الأفيونية في أوروبا^(٥١) ومنظمة هيومان رايتس ووتش^(٥٢) إلى أن الخوف من العقاب ينشأ في سياق التشريعات غير الواضحة، التي تنطوي على الوصم في كثير من الأحيان، والافتقار إلى المعرفة القانونية بين اختصاصي القطاع الصحي، وفرض عقوبات قاسية، مما في ذلك العقوبات المفروضة على المخالفات غير المتعمدة. وفي الدراسة الاستقصائية، فمن أصل ٢١ بلداً ذكرت الخوف من الملاحقة والعقاب باعتباره عقبة أمام التوافر، أشارت جميعها تقريباً إلى وجود عقوبات، في حين كانت مستويات الاستهلاك في ثلاثة أرباع تلك البلدان غير كافية، أي أقل من ٢٠٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم.

٨- تدابير مراقبة التجارة الدولية

١٣٥- وُضع عدد من السياسات والقواعد واللوائح بهدف مراقبة إنتاج المواد الخاضعة للمراقبة واستيرادها وتصديرها، وترصد الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات تنفيذ تلك السياسات والقواعد واللوائح على الصعيد الدولي. وفي بعض البلدان، يمكن أن تكون الجهود اللازمة لتقدير الاحتياجات من الأدوية الخاضعة للمراقبة تتجاوز القدرات والموارد الموجودة، ومن ثمّ فقد يتطلب الأمر دعماً تقنياً ولوجستياً.

١٣٦- وأفادت البلدان بوجود صعوبات فيما يخص إصدار تصاريح الاستيراد/التصدير، إلى جانب تدابير مراقبة المخدرات الدولية الأخرى التي تتطلب إجراءات طويلة، ومن ثمّ يمكن أن تؤدي إلى حالات تأخر ونقص في الإمدادات.

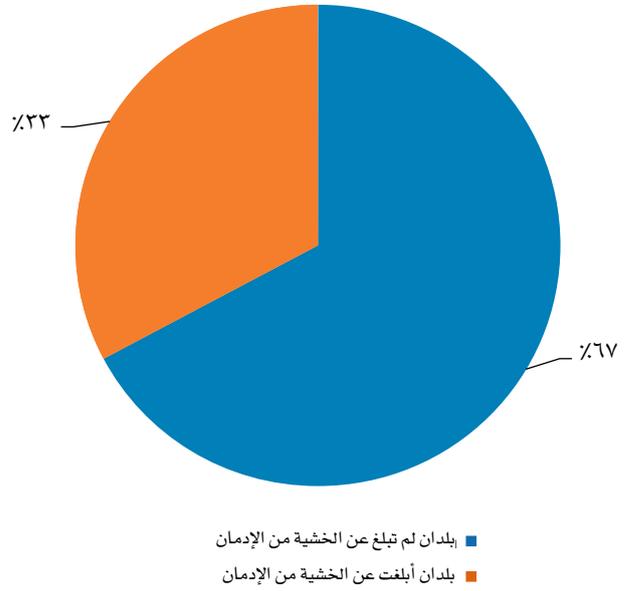
٩- التنظيم الرقابي المرهق

١٣٧- أبلغ ٥٣ بلداً عن اتخاذ تدابير تشريعية أو إجراءات تنظيمية في السنوات العشر الماضية بهدف زيادة توافر المخدرات للأغراض الطبية، وأفاد ٣٧ بلداً (٧٠ في المائة) من هذه البلدان بحدوث زيادة

يريدون أن يفقدوا وعيهم، ولا سيما المرضى في المراحل النهائية من المرض ممن يخشون فقدان تواصلهم مع أسرهم.

١٣١- ومن أصل ٦١ من البلدان التي اتخذت تدابير لزيادة الوعي بين اختصاصي القطاع الصحي، لم تذكر نسبة كبيرة (٦٧ في المائة) الخشية من الإدمان باعتبارها عقبة أمام التوافر (انظر الشكل ٣٥). ولعل ذلك يدل على أن الاستثمار في تعميق فهم الممارسات الرشيدة في وصف المخدرات بين اختصاصي القطاع الصحي يمكن أن يساهم في التغلب على العقبات الناشئة عن الخشية من الإدمان والتصورات الخاطئة عن المسكنات شبه الأفيونية وعلاج الألم.

الشكل ٣٥- الإبلاغ عن الخشية من الإدمان بين البلدان والأقاليم التي نفذت تدابير توعوية، عام ٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

٦- الخشية من التسريب إلى قنوات غير مشروعة

١٣٢- أفاد ٢٩ بلداً (٣٠ في المائة) من ضمن البلدان ٩٦ التي أجابت على الاستقصاء، بأن الخوف من التسريب يشكّل عقبة أمام التوافر. وكانت مستويات الاستهلاك في ٢٠ بلداً (٦٩ في المائة) من بين تلك البلدان، أقل من ٢٠٠ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم، وهو مستوى لا تعتبره الهيئة كافياً.

١٣٣- ومن الممكن أن تُعزى الخشية من التسريب المبلغ عنها إلى تجارب البلدان التي شهدت ظهور أسواق مخدرات موازية غير خاضعة للتنظيم الرقابي. ومن بين البلدان التي أبلغت عن الخشية من التسريب باعتبارها عقبة، أفاد ٤١ في المائة بأنها تعاني من مشاكل

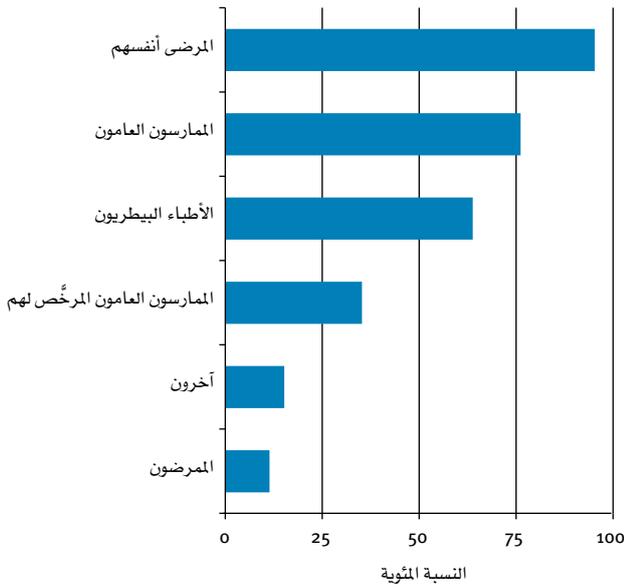
Access to Opioid Medication in Europe, Final Report and^(٥١) Recommendations to the Ministries of Health, Lukas Radbruch and others, eds. (Bonn, Germany, Pallia Med Verlag, November 2014).
Global State of Pain Treatment, chap. II^(٥٢)

عادة ما "تحدُّ من تحرير وصفات المخدرات المشمولة بنسبة ٥٠ في المائة أو أكثر".^(٥٣)

١٤٣- ومن بين البلدان الـ ١٠٢ المجيبة، يشترط ٧٥ في المائة قانوناً على محرري الوصفات الطبية الاحتفاظ بسجلات لوصفات المخدرات، وهو ما يمكن أن يثني عن تخزين المسكنات شبه الأفيونية بسبب التكاليف والإجراءات الطويلة، وربما الخوف من الملاحقة والعقاب. ومن المؤكد أنه يمكن إيجاد طريقة لضمان الاحتفاظ بالسجلات دون أن ينطوي هذا المتطلب الأساسي على فرض أعباء مرهقة على من يقومون بتحرير الوصفات الطبية.

١٤٤- وكما هو مبين في الشكل ٣٦، من النادر أن يُسمح للمرضين بتحرير وصفات طبية تتضمن مخدرات، وهو ما يمكن أن يشكّل بدوره عقبة أمام التوافر، ولا سيما في البلدان التي تواجه تحديات فيما يخصُّ نظم الرعاية الصحية وبنيتها التحتية.

الشكل ٣٦- الأشخاص المسموح لهم بتحرير وصفات المخدرات، عام ٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

١٤٥- وأفادت بعض البلدان التي تمكنت من تحقيق زيادة كبيرة في مستويات الاستهلاك، المعبر عنها بعدد الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل مليون نسمة في اليوم، خلال العقدين الماضيين بأنها تسمح للقبالات أيضاً بتحرير وصفات المخدرات. وعادة ما تتغاضى المناقشة عن مسألة الألم أثناء المخاض، على الرغم من شيوعه، الأمر الذي يدعو إلى اتخاذ تدابير لضمان علاجه على النحو الملائم، بما في ذلك باستعمال المخدرات.

في معدلات الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية منذ الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩. ومن بين تلك الإجراءات التشريعية أو التنظيمية، أفادت البلدان بما يلي: تيسير وصف المخدرات وصرها، بما يمكن أن يشمل إلغاء دفاتر الوصفات الطبية الإلزامية للأطباء وتمديد فترات صلاحية الوصفات الطبية؛ والسماح للمرضين والممرضات والقبالات بوصف المخدرات وإعطائها؛ وتيسير سبل حصول المرضى على العلاج؛ وتبسيط نظم حفظ السجلات؛ وإصدار نشرات إعلامية بشأن استخدام الأدوية المخدرة وآثارها الجانبية والمحاذير والاحتياطات المتعلقة بها.

١٣٨- وعلى الصعيد الوطني، وضع بعض البلدان، خوفاً من خطر التسريب والإدمان، نظاماً رقابياً تتجاوز المتطلبات المنصوص عليها في معاهدات مراقبة المخدرات وتفرض عقوبات غير ضرورية لا تأخذ في الاعتبار توصيات منظمة الصحة العالمية والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

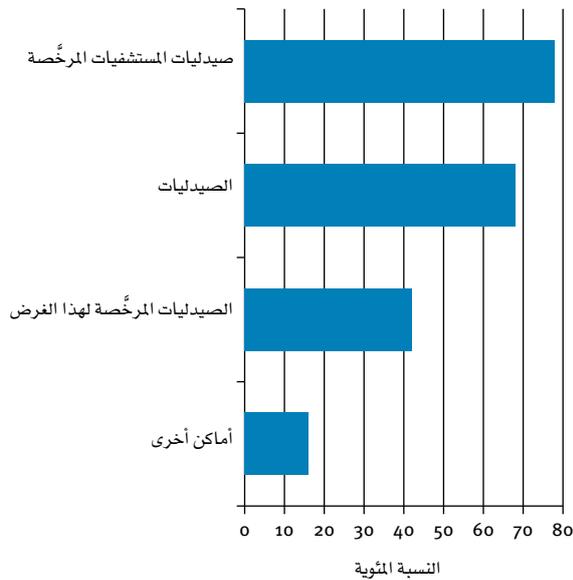
١٣٩- ومن بين القواعد التنظيمية التي تقيّد آليات تحرير وصفات طبية بالأدوية شبه الأفيونية ما يلي: اشتراط استصدار تصاريح خاصة للمرضى؛ وتقييد سلطة الأطباء في وصف شبائهم الأفيون، حتى في حالة مرضى السرطان الذين يعانون من ألم شديد؛ وفرض حدود قصوى للجرعات ممّا يقيّد القدرة على تكييف الجرعة حسب احتياجات كل مريض على حدة؛ وفرض قيود صارمة على فترة صلاحية الوصفات الطبية؛ وتقييد صرف شبائهم الأفيون، ممّا يزيد من صعوبة حصول المرضى على هذه الأدوية؛ وزيادة الأعباء البيروقراطية عن طريق استخدام نماذج وصفات طبية معقدة أو يصعب الحصول عليها أو فرض متطلبات إبلاغ معقدة؛ واعتماد عقوبات قانونية غير متناسبة مع المخالفة المرتكبة، ممّا يؤدي إلى تخويف مقدّمي الرعاية الصحية والصيدالة.

١٤٠- وفي بعض البلدان، تمنع اللوائح التنظيمية الأطباء من وصف المواد اللازمة بجرعات كافية، وهو ما يضطر المرضى إلى تكرار زيارة أطبائهم كثيراً، لأسباب منها على سبيل المثال أن اللوائح لا تسمح لهم بالحصول على وصفة طبية لصرف المورفين صالحة لأكثر من ٧ أو ١٠ أيام. ومن بين البلدان التي أجابت عن الاستقصاء، ذكر ٢١ في المائة فقط أنه يسمح بتكرار صرف الدواء في ظروف معينة دون اشتراط الحصول على وصفة طبية جديدة.

١٤١- وفي البلدان المنخفضة الدخل على وجه الخصوص، تقتصر أهلية إصدار وصفات المورفين وسائر شبائهم الأفيونية القوية المفعول على عدد قليل من الأطباء يشترط خضوعهم لإجراءات تسجيل خاصة. وحتى المتخصصون في الأمراض التي تتطلب الرعاية الملطفة لا يتمتعون، في بعض الحالات، بسلطة إصدار الوصفات الطبية على نحو مستقل.

١٤٢- ومن بين الأمثلة الأخرى على العقبات ذات الطابع التنظيمي فرض نماذج خاصة ذات ثلاث نسخ يتعين على الأطباء ملؤها، إذ يمكن أن يكون من الصعب الحصول عليها، أو يتعين على الأطباء في كثير الأحيان دفع ثمن للحصول عليها. واستناداً إلى منظمة الصحة العالمية، فإنّ متطلبات استعمال الوصفات الطبية الخاصة المتعددة النسخ

الشكل ٣٨- المرافق المسموح فيها بصرف وصفات المخدرات، عام ٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

١٤٩- ويمكن أيضاً أن تؤدي القيود المفروضة على عدد الصيدليات المسموح لها بصرف المواد الخاضعة للمراقبة إلى الحد من التوافر. ويُضاف إلى ذلك عامل آخر وهو العبء الإداري الملحق على كاهل الصيدليات. ففي بعض البلدان، يتعين على الصيادلة الحصول على مجموعة من المعلومات المطلوبة: اسم المريض، وعنوانه، وتاريخ ميلاده؛ والمخدرات المصروفة، فضلاً عن التاريخ والكمية والجرعة وعدد أيام العلاج المشمولة وعدد المرات التي يسمح فيها بإعادة صرف المخدرات؛ ومقدم الرعاية الصحية للمريض. ويُشترط أيضاً على الصيادلة الاحتفاظ بهذه المعلومات في قاعدة بيانات مركزية لعدة سنوات. ويتطلب هذا الأمر الاستعانة بموارد بشرية وإنفاق الوقت والحصول على تكنولوجيا خاصة لأغراض الرصد وجمع البيانات. وأفاد ١٠١ من بين البلدان ١٠٣ (٩٨ في المائة) بوجود شرط قانوني يفرض على القائمين بصرف الأدوية حفظ السجلات.

١٥٠- وفي العديد من البلدان، لا يُسمح إلا للمؤسسة واحدة، أو لعدد قليل من الصيدليات، بتخزين الأدوية شبه الأفيونية. ومن أجل ذلك، يتعين عليها الحصول على إذن من السلطات التنظيمية من خلال إجراءات طويلة. وحتى في مستشفيات الرعاية الحرجة، لا يجوز إدراج المورفين في قائمة العقاقير اللازمة لحالات الطوارئ. وبالإضافة إلى ذلك، يحجم بعض الصيدليات الموجودة في المناطق غير الآمنة عن بيع شبائ الأفيون خشية التعرض للسرقة.

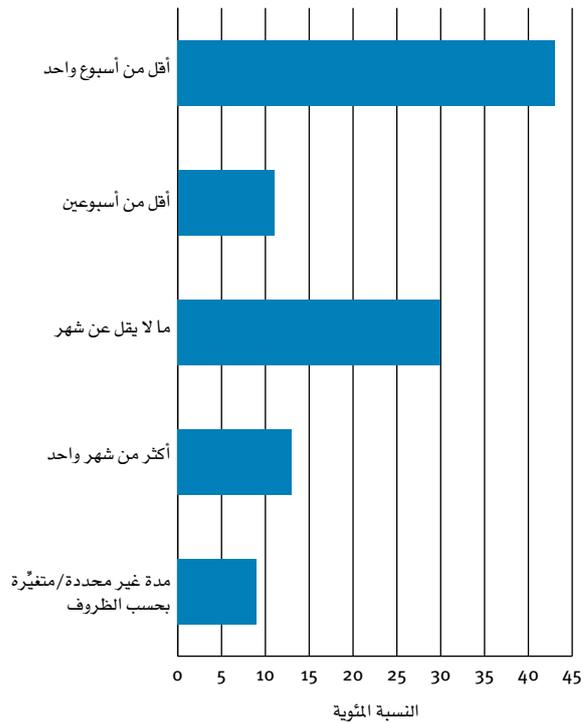
١٠- عقبات أخرى

١٥١- تشير العقبات الأخرى التي ذكرها عدد قليل من البلدان (سبعة) إلى عدم كفاية الإمدادات بسبب نقص تركيبات شبه

١٤٦- وتتفاوت فترات صلاحية الوصفات الطبية تفاوتاً كبيراً فيما بين البلدان (انظر الشكل ٣٧). فقد أبلغ ٤٣ في المائة من البلدان عن مدة صلاحية أقصاها سبعة أيام. وذكرت البيانات المقدمة، في المرتبة الثانية، فترات صلاحية تتراوح بين أسبوعين وشهر (٣٠ في المائة من البلدان).

١٤٧- وعلاوة على ذلك، فإنّ النظم المركزية يمكن أن تحدّ أيضاً من كفاية التوزيع، لأنّ شبائ الأفيون لا تتوفر في الغالب إلا في المدن الكبرى، ولا توزع على المناطق الريفية. وفي بعض الأحيان، يضطر الأطباء للسفر إلى المدن الكبرى للحصول على الأدوية، بل على نماذج الوصفات الطبية؛ وقد يضطر المرضى أيضاً للقيام بالأمر نفسه. وفي بعض البلدان، يمكن أن يستغرق نقل الأدوية شبه الأفيونية من المراكز الحضرية لتوزيعها على الأقاليم والمناطق الريفية مدة تزيد عن شهر.

الشكل ٣٧- الحد الأقصى لفترة صلاحية الوصفات الطبية التي تتضمن مخدرات، عام ٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

١٤٨- وأفادت الدول الأعضاء بأنّ صرف المخدرات يتم في معظمه عن طريق الصيدليات المرخصة في المستشفيات (٧٥ في المائة). وأفاد ما يزيد قليلاً عن نصف البلدان المجيبة (٥٤ في المائة) بعدم إمكانية صرف المخدرات في الصيدليات العادية (انظر الشكل ٣٨).

١٥٤- وأشارت بلدان أخرى إلى الحاجة إلى تيسير عملية شراء المخدرات من خلال إقرار الهيئة للتقديرات والتقديرات التكميلية على وجه السرعة وبقدر كافٍ من المرونة، فضلاً عن استحداث برامج تُتاح عبر الإنترنت لاستصدار تراخيص التصدير والاستيراد. وبالإضافة إلى ذلك، طُلب إلى الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات القيام بدور أكثر فعالية عن طريق حثّ الصانعين على توزيع الأدوية اللازمة في مواعيدها، ومطالبة الحكومات بتوفير الموارد البشرية والمالية، وتيسير توافر كميات محدودة لأغراض الاختبار وتعيين المعايير المرجعية. وذكر بعض البلدان الحاجة إلى مزيد من البحوث بشأن التوافر، ووضع توصيات بهدف زيادة إمكانية الحصول على المخدرات، وإنشاء مختبر لمراقبة جودة المخدرات.

١٥٥- وأبانت البلدان المجيبة عن ارتفاع مستوى الوعي بإجراءات تقديم التقديرات والتقديرات التكميلية (٩٧ في المائة)، وكذلك فيما يخصّ الإلمام بالمواد التدريبية الصادرة عن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات (٨٢ في المائة) والمبادئ التوجيهية المشتركة الصادرة عن الهيئة ومنظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بإعداد التقديرات (٨٧ في المائة).

أفيونية معيّنة، أو الزيادة غير المتوقعة في الطلب على نوع معين من المخدرات، أو بسبب قرارات تجارية يتخذها صانعو المخدرات أو مستوردوها. ودُكر أيضاً نقص الوعي في صفوف المرضى، وعدم كفاية التقديرات وضعف الإبلاغ، ووجود أسواق غير مشروعة.

١١- الإجراءات التي اتخذتها الهيئة

١٥٢- من بين الخيارات المتاحة أيضاً للبلدان في الاستقصاء، إمكانية ذكر الإجراءات التي اتخذتها الهيئة من ضمن العقبات. ولم يفعل ذلك إلا أربعة بلدان.

١٥٣- وبالإضافة إلى ذلك، طُلب إلى البلدان أن تقترح تدابير يمكن أن تتخذها الهيئة من أجل تحسين توافر المخدرات للأغراض الطبية والعلمية. وذكر معظم البلدان توفير التدريب والمعلومات للسلطات والجهات المعنية بشأن عدة مسائل منها: فوائد المخدرات وترشيدها وصفها واستخدامها؛ وإدارة المخدرات وتوزيعها ومراقبتها؛ والتقديرات والتقييمات؛ وبرامج التوعية من أجل تبديد المخاوف المتعلقة بوصف المخدرات أو صرفها.

الفصل الثالث

المؤثرات العقلية

التكلفة. ويرد الديازيبام والورازيبام والميدازولام والفينوباربيتال في القائمة الرئيسية. أما القائمة التكميلية فتشمل الأدوية التي لا غنى عنها في علاج الأمراض ذات الأولوية التي تتطلب مرافق متخصصة للتشخيص أو المراقبة أو تتطلب تدريباً متخصصاً أو كلا الأمرين معاً. أما البوبرينورفين فيرد في القائمة التكميلية.

١٦٠- والإطار الرقابي المطلوب من الحكومات إقامته بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١ موجّه نحو حماية الصحة العامة والرفاه. وقد أقرّ المجتمع الدولي، بإبرامه لهذه الاتفاقية، بأنّ إساءة استعمال المؤثرات العقلية يعرّض الفرد إلى أخطار صحية شديدة ويهدّد البناء الاجتماعي والاقتصادي للحياة الطبيعية، وأنّه لا سبيل إلى التغلّب على مخاطر إدمان المخدّرات والاتّجار غير المشروع بها إلاّ بتنسيق تدابير المراقبة الوطنية والدولية. ولا يزال التفاوت ملحوظاً في مستويات استهلاك المؤثرات العقلية فيما بين البلدان والمناطق. ويمثل عدم توافر القدر الكافي من العلاج الطبي الضروري وضعف إمكانية الحصول عليه، وكذلك توافر المؤثرات العقلية بكميات مفرطة واستعمالها غير السليم من الناحية الطبية، تحديات تعترض سبيل مراقبة تلك المواد واستخدامها.

ألف- عرض المؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١

١٦١- يشدّد تعريف منظمة الصحة العالمية للاستخدام الرشيد للأدوية على حاجة المرضى إلى "تلقي الأدوية المناسبة لاحتياجاتهم السريرية، بجرعات تلبّي احتياجاتهم الخاصة لفترة زمنية كافية وبأقل التكاليف لهم ولمجتمعهم". ووفقاً لهذا التعريف، فإنّ الاستخدام غير الرشيد للأدوية يمكن أن يُشير إلى عدم الحصول على الأدوية الأساسية أو استخدام الأدوية المتوفرة والمتاحة استخداماً غير ملائم. ويعتمد

١٥٦- في الوقت الراهن، يوجد ١٢٥ مؤثراً عقلياً خاضعاً للمراقبة الدولية عملاً بأحكام اتفاقية سنة ١٩٧١.^(٥٤) ومعظم هذه المواد يستخدم في المستحضرات الصيدلانية للأدوية التي تؤثر في الجهاز العصبي المركزي، وهي تشمل المنشّطات والمهدّئات والمسكّنات ومضادات الاكتئاب.

١٥٧- وتُصنّف المؤثرات العقلية في أربعة جداول وفقاً لفوائدها العلاجية، وإمكانية الارتهاان لها، واحتمالية تعاطيها، وخطورها على الصحة العامة. وتنصّ اتفاقية سنة ١٩٧١ على نظام مراقبة مختلف لكل جدول من هذه الجداول الأربعة. ويختلف نطاق المراقبة المطبقة على المواد المدرجة في الجداول الأربعة باختلاف مستوى الخطر الذي تنطوي عليه تلك المواد.

١٥٨- وترد خمسة مؤثرات عقلية^(٥٥) خاضعة حالياً للمراقبة الدولية في أحدث صيغة لقائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية.^(٥٦) وتتكون القائمة من قائمتين، إحداها رئيسية والأخرى تكميلية.

١٥٩- وتُعرّف منظمة الصحة العالمية القائمة النموذجية الرئيسية بأنها قائمة بالحد الأدنى من الأدوية اللازمة لتوفير نظام للرعاية الصحية الأساسية. وتشمل القائمة الأدوية الأكثر نجاعة وأماناً وفعالية من حيث التكلفة وللإلزامية لعلاج الحالات المرضية ذات الأولوية. وتُختار تلك الأدوية بناء على أهميتها الحالية والمقدّرة في المستقبل في مجال الصحة العامة، وقدرتها على توفير العلاج الآمن والفعال من حيث

^(٥٤) أُخضعت تسع مواد للمراقبة الدولية (في الجدولين الأول والثاني من اتفاقية سنة ١٩٧١) أثناء دورة لجنة المخدّرات الثامنة والخمسين المعقودة في آذار/مارس ٢٠١٥.

^(٥٥) البوبرينورفينوالديازيباموالورازيباموالميدازولاموالفينوباربيتال.

^(٥٦) منظمة الصحة العالمية، القائمة النموذجية للأدوية الأساسية، القائمة التاسعة عشرة (نيسان/أبريل ٢٠١٥، بصيغتها المعدلة في حزيران/يونيه ٢٠١٥). متاحة (بالإنكليزية) على الرابط: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>

محددة للأغراض الإحصائية) أبلغت عنها تسعة بلدان. كما ازداد حجم التجارة الدولية، إذ أفاد ما يربو على ٦٠ بلداً باستيراد هذه المادة في عام ٢٠١٣.

١٦٦- وكان مستوى صنع البنتازوسين والاتجار به أدنى من ذلك. فقد تراوح حجم صنع تلك المادة عالمياً بين ٨ أطنان كحد أقصى وطن واحد كحد أدنى أثناء العقد الماضي. ولم يتبين أن هناك معدّل زيادة مطرداً في صنعه أو الاتجار به.

١٦٧- أمّا الليفيتامين فهو منشط ومسكن في آن واحد، وله مفعول مماثل لمفعول الكوديين. وفي تسعينات القرن الماضي، وُجد أن الليفيتامين أقل فعالية من البوبرينورفين في تطهير مرضى الميثادون من السموم. ولذا توقف صنع الليفيتامين واستهلاكه في تسعينات القرن الماضي.

٢- عرض المنشطات

١٦٨- بخلاف بعض المؤثرات العقلية الأخرى، لا تعترف منظمة الصحة العالمية بأي من منشطات الجهاز العصبي المركزي الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١ باعتبارها من المتطلبات الدنيا لنظام الرعاية الصحية الأساسية؛ ومن ثم، فلا يرد أي منها في قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية. ويفسر هذا إلى حد بعيد غياب تلك المواد غياباً شبه كامل عن أسواق البلدان المنخفضة الدخل والبلدان النامية.

١٦٩- والأمفيتامينات والميثيل فينيدات هي المنشطات الوحيدة المدرجة في الجدول الثاني التي تُصنع وتُتاجر بها بكميات كبيرة. وعلى وجه الخصوص، تُصنع تلك المواد بكميات كبيرة في الولايات المتحدة وعدد قليل من البلدان الأوروبية. وتُستعمل هذه المواد في الغالب في علاج اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط، وكذلك في العمليات الصناعية في حالة الأمفيتامينات. وعلى مدى السنوات العشرين الماضية، لوحظت زيادة كبيرة ومستمرة في صنع المواد الرئيسية الثلاث في المجموعة، ألا وهي الأمفيتامينات والدكسامفيتامينات والميثيل فينيدات.

١٧٠- وفي حين أن الولايات المتحدة دائماً ما تصدر مجال صنع هذه المجموعة من المواد، فإنه يوجد صنع محلي أيضاً لتلبية الاحتياجات المتزايدة في بعض البلدان الأوروبية، ومنها فرنسا وهنغاريا وألمانيا والمملكة المتحدة. وبلغ حجم صنع الأمفيتامينات ٤٧ طناً في عام ٢٠١٣، واستأثرت ثلاثة بلدان (الولايات المتحدة وكندا وأستراليا) بنسبة ٨٨ في المائة من الواردات العالمية.

تقديم الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم اعتماداً شديداً على نظم الرعاية الصحية الوطنية وتوافر الموارد الكافية. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن ١٤ في المائة من عبء الأمراض العالمي يُعزى إلى الاضطرابات العقلية والعصبية وتعاطي مواد الإدمان، حيث يقع ما يقرب من ثلاثة أرباع هذا العبء على البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل. فمن بين كل خمسة أشخاص يحتاجون إلى خدمات في تلك البلدان، هناك أربعة لا يحصلون على ما يحتاجونه. والموارد المتاحة غير كافية.

١٦٢- وفي الوقت ذاته، فإن خطر فائض عرض المؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة الدولية وتوافرها بكميات مفرطة، مقروناً بضعف تدابير الرقابة التنظيمية أو عدم كفايتها أو كلا الأمرين معاً، أمور يمكن أن تؤدي إلى إساءة الاستخدام والتعاطي. ويعدّ توافر المؤثرات العقلية بكميات مفرطة نتيجة لعدم تنظيم العرض أو استعمال العقاقير الخاضعة للمراقبة بطريقة غير سليمة أو في أغراض غير طبية أمراً يثير قلق الهيئة، شأنه في ذلك شأن عدم كفاية العرض.

١٦٣- ويمكن أن تُسهّم استراتيجيات التسويق المحددة الهدف والحملات الإعلانية الضخمة من جانب بعض فرادى الشركات، ومن جانب الصناعة الصيدلانية برمتها، إلى جانب طرح منتجات أكثر قدرة على المنافسة في السوق (منتجات جنيسة) في عرض وتوافر كميات مفرطة من المؤثرات العقلية. وهذا يحدث في المقام الأول في البلدان المتقدمة، إلا أنه قد يُلاحظ في البلدان النامية أيضاً. وكثيراً ما يؤدي التوافر المفرط إلى الاستهلاك المفرط، وهو ما يؤدي بدوره إلى الارتهاق للمواد والاتجار بها بصفة غير مشروعة.

١٦٤- ومما يخلُ بالتوازن بين التوافر والاستهلاك عدم كفاية الموارد والخبرات اللازمة لتحديد الاحتياجات الطبية ولتكييف عرض المخدرات وفق هذه الاحتياجات. وعلاوة على ذلك، تبين التجربة أن مستويات توافر المخدرات الفعلية تفوق الاحتياجات منها في العديد من البلدان المتقدمة. ففي تلك البلدان، توجد عوامل مجتمعية وثقافية وسلوكية تؤثر على الاستهلاك وتؤدي إلى تحريف التصورات عن الاحتياجات الطبية الحقيقية وقياسها.

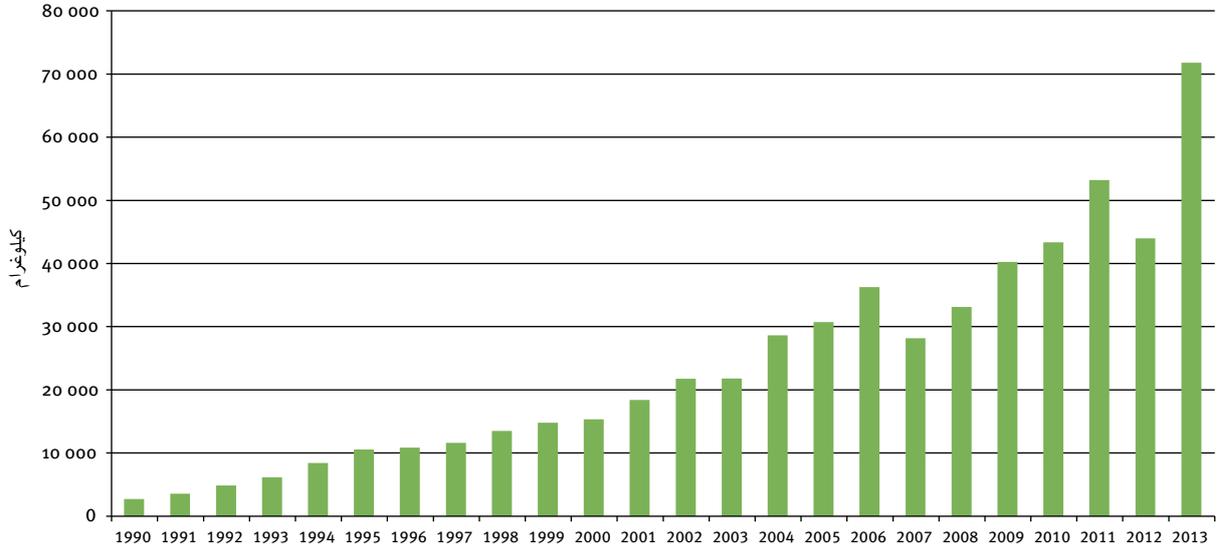
١- عرض المسكنات

١٦٥- البوبرينورفين والليفيتامين والبنتازوسين هي المسكنات الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١. وقد بدأ صنع البوبرينورفين، وهو مسكن شبه أفيوني مدرج في الجدول الثالث من اتفاقية سنة ١٩٧١، في الزيادة على الصعيد العالمي تدريجياً في أواخر التسعينات من القرن الماضي، مع بدء استخدام جرعات أكبر من هذه المادة لعلاج الألم وإدمان شبائه الأفيون. وفي عام ٢٠١٣، سجّل الصنع العالمي رقماً قياسياً جديداً، إذ ناهز ٩ أطنان (١,١ بليون جرعة يومية

الماضي مستقرًا، حيث أفاد نحو ١٠٠ بلد بأن وارداتها تتراوح بين بضعة غرامات وبضعة أطنان. وفي عام ٢٠١٣، استأثرت سبعة بلدان^(٥٧) في أوروبا والقارة الأمريكية بأكثر من ٧٠ في المائة من الواردات العالمية.

١٧١- وزاد صنع الميثيل فينيدات زيادة تدريجية على الصعيد العالمي في السنوات العشرين الماضية، كما يتبين من الشكل ٣٩. وفي عام ٢٠١٣، سجّل الإنتاج العالمي من تلك المادة رقمًا قياسيًا يقارب ٧٢ طنًا. وظلّ عدد البلدان المستوردة للميثيل فينيدات خلال العقد

الشكل ٣٩- حجم صنع الميثيل فينيدات على الصعيد العالمي، الفترة ١٩٩٠-٢٠١٣

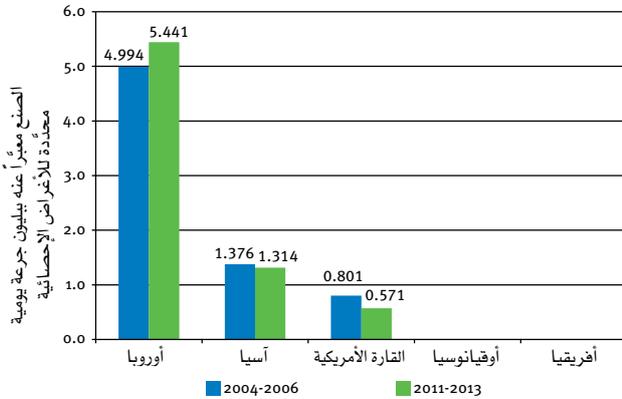


المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

أوروبا من إمدادات هذه المجموعة من المواد قد ازداد في السنوات العشر الماضية، في حين تناقص نصيب آسيا والقارة الأمريكية. ولم تصنع بلدان أفريقيا وأوقيانوسيا مهدّئات منومة من البنزوديازيبينات أثناء تلك الفترة (باستثناء ٦ كغ من النيترازيبام صُنعت في نيوزيلندا في عام ٢٠١٢).

١٧٢- ظلّ الإنتاج العالمي من المنشّطات المدرجة في الجدول الرابع، التي تُستخدم أساسًا في علاج البدانة باعتبارها مثبطات للشهية، مستقرًا خلال السنوات العشر الماضية، بمتوسط ٩٠ طنًا في السنة. وخلال الفترة نفسها، بلغ متوسط الواردات الإجمالية ٢١ طنًا سنويًا. وفي عام ٢٠١٣، استأثرت خمسة بلدان في ثلاث مناطق (القارة الأمريكية وأوروبا وأوقيانوسيا) بأكثر من ٨٠ في المائة من الواردات العالمية.

الشكل ٤٠- إجمالي حجم صنع المهدّئات المنومة من البنزوديازيبينات المبلغ عنها، حسب المنطقة، الفترتان ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

٣- عرض البنزوديازيبينات

١٧٣- تُصنّف البنزوديازيبينات الخمس والثلاثين التي تخضع حاليًا للمراقبة الدولية على أنها من مضادات القلق والمهدّئات المنومة، وتُستخدم في الممارسات الطبية لعلاج الأرق في الأمد القصير، وفي مرحلة ما قبل الدواء واستحثاث التخدير العام.

(أ) عرض المهدّئات المنومة من البنزوديازيبينات

١٧٤- في السنوات العشر الماضية، أبلغ ما بين ١١ و١٦ بلدًا، يقع معظمها في أوروبا (ألمانيا وإيطاليا وسويسرا التي تستأثر مجتمعةً بثلاثي المخزونات العالمية في عام ٢٠١٣) عن صنع المهدّئات المنومة من البنزوديازيبينات، في حين ساهمت بلدان في آسيا (الصين والهند واليابان) وفي القارة الأمريكية (البرازيل وكندا والولايات المتحدة) مجتمعةً في صنع ربع الناتج العالمي. ويبيّن الشكل ٤٠ أنّ نصيب

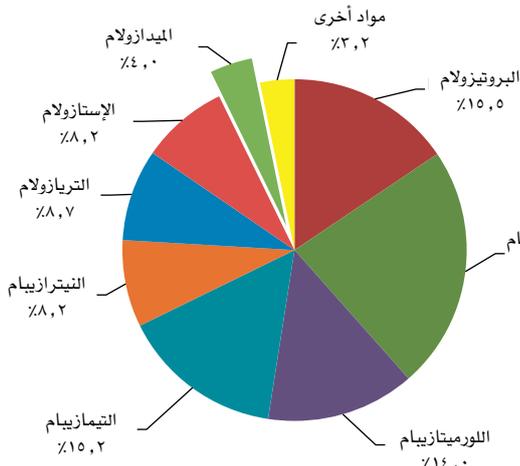
^(٥٧) هي سويسرا وألمانيا وإسبانيا وكندا والبرازيل وهولندا والمملكة المتحدة (حسب الترتيب التنازلي للكميات المستوردة).

(ب) عرض مضادات القلق من البنزوديازيبينات

١٧٦- في السنوات العشر الماضية، أُبلغ ما بين ١٦ و ٢٠ بلداً عن صنع مضادات القلق من البنزوديازيبينات. وعلى غرار المهذئات المنومة من البنزوديازيبينات، تأتي إمدادات هذه المجموعة من المواد من أوروبا وآسيا والقارة الأمريكية (انظر الشكل ٤٤). بينما ظلت إيطاليا هي الصانع الرئيسي لهذه المواد، مستأثرة بنسبة ٤٤ في المائة من الناتج العالمي في عام ٢٠١٣.

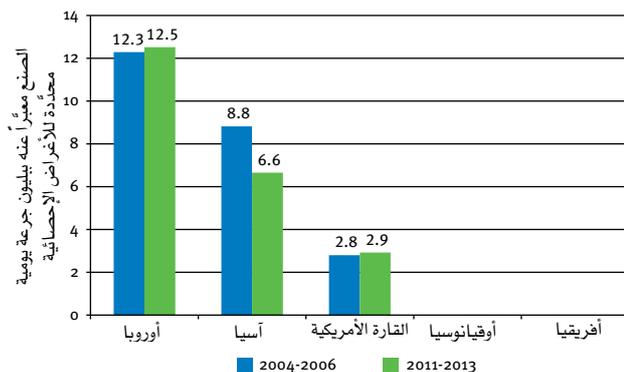
١٧٧- في السنوات العشر الماضية، تراوح حجم صنع مضادات القلق من البنزوديازيبينات المبلغ عنها ما بين ١٨,٣ و ٢٩,٩ بليون جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية بمتوسط سنوي قدره ٢٢ بليون جرعة (انظر الشكل ٤٥). وبصفة عامة، تُصنّف اثنتان وعشرون من

الشكل ٤٣- متوسط الواردات الصافية السنوية من الميدازولام، حسب المنطقة، الفترتان ٢٠٠٦-٢٠١١ و ٢٠١٣-٢٠١٤



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

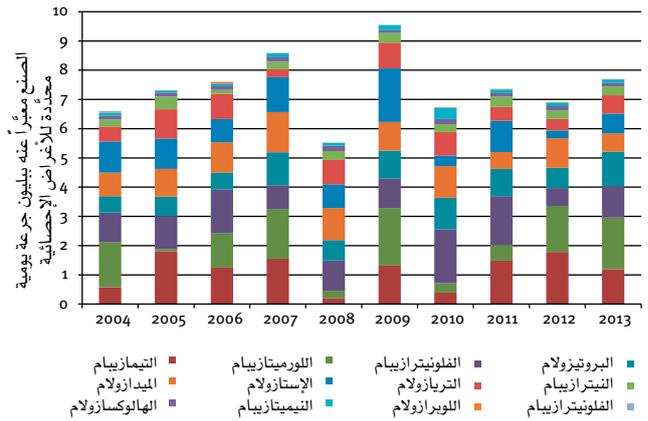
الشكل ٤٤- إجمالي حجم صنع مضادات القلق من البنزوديازيبينات المبلغ عنها، حسب المنطقة، الفترتان ٢٠٠٤-٢٠١٣ و ٢٠١٣-٢٠١٤



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

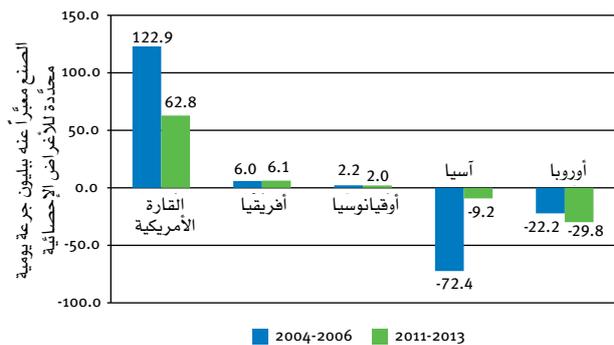
١٧٥- وفي السنوات العشر الماضية، تُرجم حجم صنع المهذئات المنومة من البنزوديازيبينات المبلغ عنها حول متوسط سنوي قدره ٧,٤ بلايين جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية (انظر الشكل ٤١). ولا يرد في قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية من بين ١٢ مادة في هذه المجموعة (البروتيزولام والإستازولام والفلونيترازيبام والفلورازيبام والهالوكسازولام واللوبرازولام واللورميتازيبام والميدازولام والنيميتازيبام، والنيترازيبام والتميازيبام والتريازولام) إلا الميدازولام. وعلى الرغم من أن الميدازولام لم يمثّل سوى نسبة ٤ في المائة من إجمالي العرض من هذه المجموعة من المواد في عام ٢٠١٣ (انظر الشكل ٤٢)، فإنه أكثر المواد تداولاً وتوافراً على الصعيد الجغرافي، إذ أُبلغ ١٣٤ بلداً عن واردات من هذه المادة. وكما يتضح في الشكل ٤٣، فإن أوروبا وآسيا لا يزالان هما الموردّين الصافيين لمادة الميدازولام.

الشكل ٤١- إجمالي حجم صنع المهذئات المنومة من البنزوديازيبينات المبلغ عنها، حسب المادة، الفترة ٢٠٠٤-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ٤٢- حصة كل مادة من إجمالي حجم صنع المهذئات المنومة من البنزوديازيبينات المبلغ عنها، عام ٢٠١٣



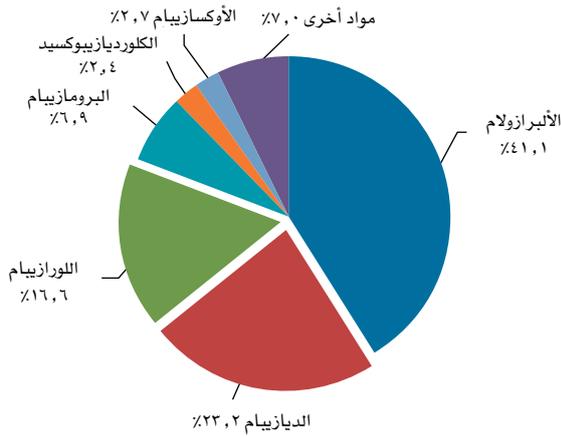
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

واردات البلدان الأفريقية من الدياتريام، والزيادة في صافي واردات بلدان في القارة الأمريكية من اللورازيام.

٤- عرض مضادات الصرع

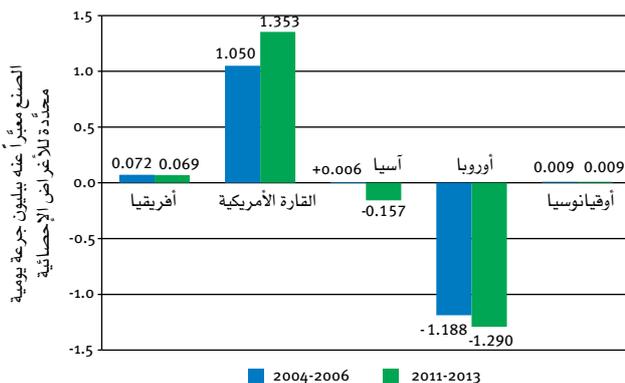
١٧٨- شهدت مضادات الصرع من الباريتيورات (الفيونوباريتال وميشيل الفيونوباريتال) ومضادات الصرع البنزوديازيبينية (الكلونازيام) المدرجة في الجدول الرابع تبايناً فيما يتعلق بأتماط صنعها والتجارة فيها أثناء السنوات العشر الماضية. ويرد الفيونوباريتال في قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية.

الشكل ٤٧- متوسط الواردات الصافية السنوية من الدياتريام، حسب المنطقة، الفترتان ٢٠٠٦-٢٠١١ و ٢٠١٣-٢٠١١



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

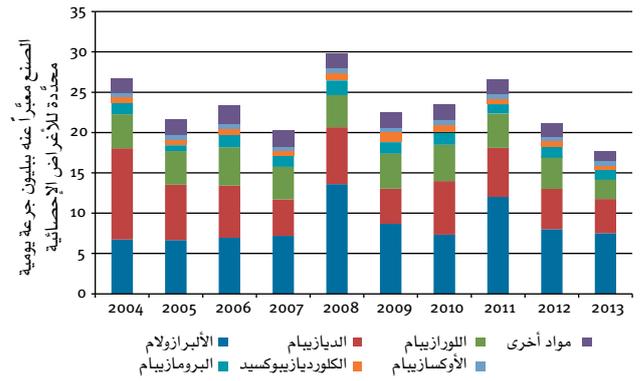
الشكل ٤٨- متوسط الواردات الصافية السنوية من اللورازيام، حسب المنطقة، الفترتان ٢٠٠٦-٢٠١١ و ٢٠١٣-٢٠١١



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

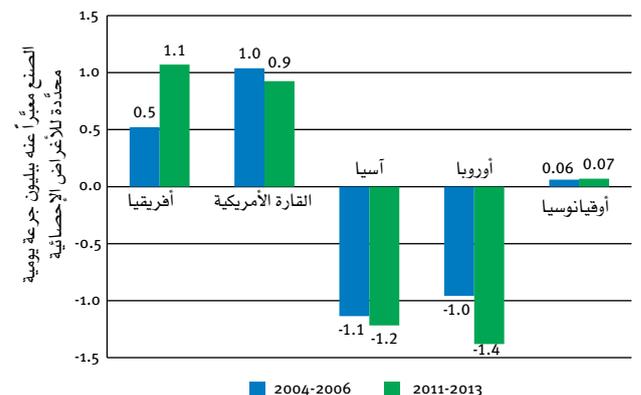
البنزوديازيبينات على أنها من مضادات القلق؛ ويرد منها اثنتان في قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية، وهما الدياتريام واللورازيام. وأثناء الفترة ٢٠٠٤-٢٠١٣، بلغت نسبة الدياتريام واللورازيام ١٨ و ٣٦ في المائة على التوالي من العرض العالمي من هذه المجموعة من المواد. ويبين الشكل ٤٦ حصة كل مادة من إجمالي الصنع كما أُبلغ عنه في عام ٢٠١٣. وأُشيع هذه المواد توافراً هي الدياتريام والألبرازولام واللورازيام، إذ أُبلغ عن واردات من هذه المواد ١٣٧ بلداً، و١١٨ بلداً، و١٠٢ بلد على التوالي. ويعرض الشكلان ٤٧ و ٤٨ اتجاهات صافي الواردات (الواردات مطروحاً منها الصادرات) من الدياتريام واللورازيام. ولا تزال بلدان في أوروبا وآسيا هي المصدر الرئيسي للإمدادات من هاتين المادتين. ومن بين التغيرات الرئيسية التي طرأت خلال العقد الماضي الزيادة الملحوظة في صافي

الشكل ٤٥- إجمالي حجم صنع مضادات القلق من البنزوديازيبينات المبلغ عنها، حسب المادة، الفترة ٢٠٠٤-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الشكل ٤٦- حصة كل مادة من إجمالي حجم صنع مضادات القلق من البنزوديازيبينات المبلغ عنها، عام ٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

عن صنعها واستخدامها الصناعي ومخزوناتهما وتجارتهما قد لا تكون كاملة أو قد لا تشمل جميع المواد المعنية. ومع ذلك، فإن ارتفاع مستويات استهلاك المؤثرات العقلية قد ينم عن الإفراط في وصفها أو تسريبها إلى القنوات غير المشروعة أو عن الأمرين معاً. ويستند نظام المراقبة المنصوص عليه في اتفاقية سنة ١٩٧١ إلى حد بعيد إلى النظام المصمّم لمراقبة المخدرات بموجب اتفاقية سنة ١٩٦١. وتمثّل تدابير المراقبة والالتزامات الرقابية المبيّنة في اتفاقية سنة ١٩٧١ المتطلبات الرقابية الدنيا التي يتعيّن على الحكومات تنفيذها والمحافظة عليها.

١٨٣- وقد قدّر مدى توافر المؤثرات العقلية تقريباً في هذا التقرير بالاستعانة بقياسات الاستهلاك المحسوب من مواد ومجموعات مواد معيّنة. ولا تنصّ اتفاقية سنة ١٩٧١ على تزويد الهيئة ببيانات عن استهلاك المؤثرات العقلية. ومن ثمّ، فإنّ الهيئة تحسب معدّلات الاستهلاك سنوياً، معبراً عنها بعدد الجرعات اليومية المحدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم، استناداً إلى الإحصاءات التي تقدمها الحكومات عن الصنع والاستخدام الصناعي والمخزونات والتجارة الدولية. ولأغراض هذا التقرير، استُخدمت متوسطات عن فترة ثلاث سنوات، وذلك لمراعاة عدم تقديم الإحصاءات السنوية في بعض الأحيان، ونظراً لقيام بعض الحكومات بصنع المؤثرات العقلية واستيرادها على نحو متقطع حين تكون المخزونات كافية لتلبية الاحتياجات المحلية لعدة سنوات.

١٨٤- وبالإضافة إلى ذلك، قد تُعزى بعض حالات ارتفاع استخدام المؤثرات العقلية المحسوب إلى زيادة الصنع من أجل التصدير، إلى جانب احتمال عدم الإبلاغ عن الصادرات أو عدم الإبلاغ عن مخزونات الصانعين أو زيادة المخزونات لدى تجار الجملة أو مزيج من هذه العوامل.

١٨٥- وعملاً بقراري لجنة المخدرات ٤/٥٣ و٦/٥٤ بشأن تعزيز توافر المخدرات والمؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة الدولية بكميات كافية للأغراض الطبية والعلمية مع منع تسريبها وإساءة استعمالها، تُشجّع الدول الأعضاء بقوة على تزويد الهيئة، على أساس طوعي، ببيانات عن استهلاك المؤثرات العقلية، بنفس الطريقة المتبعة فيما يخصّ المخدرات. وسوف تكون هذه البيانات ضرورية لتمكين الهيئة من تحسين تحليل الاتجاهات المتعلقة باستهلاك المؤثرات العقلية، وصولاً، في نهاية المطاف، إلى تعزيز توافر تلك المواد للأغراض الطبية والعلمية مع منع تسريبها وإساءة استعمالها.

١٨٦- ومنذ اعتماد القرارين السالفي الذكر، بدأ عدد متزايد من الحكومات في تقديم بيانات عن استهلاك المؤثرات العقلية إلى الهيئة. بيد أنّ إجمالي عدد الحكومات التي تقدّم المعلومات المطلوبة لا يزال أقلّ من أن يمكّن من استعمال تلك المعلومات عوضاً عن بيانات الاستهلاك كما تحسبها الهيئة.

١٧٩- وقد انخفض حجم صنع الفينوباربيتال عالمياً، بعد أن كان يتراوح بين ٧,١ بلايين و٩,٧ بلايين جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية أثناء الفترة ٢٠٠٤-٢٠١٢، إلى مستوى قياسي جديد قدره ٣ بلايين جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية في عام ٢٠١٣. ويمكن أن يعزى ذلك الانخفاض في المقام الأول إلى التراجع الكبير في إنتاج الصين، وهو البلد الذي يتصدر صنع الفينوباربيتال عالمياً. وعلاوة على ذلك، أدّى عدم وجود إنتاج وبيانات عن الإنتاج عن عام ٢٠١٣ فيما يخصّ هنغاريا والهند (وهما بلدان رئيسيان آخران من البلدان المصنعة لهذه المادة) إلى مزيد من الضغط نحو اتجاه تنازلي في حجم العرض العالمي المبلغ عنه. ويعدّ الفينوباربيتال واحداً من أكثر المؤثرات العقلية تداولاً، حيث يشارك في تجارته ١٤٠ بلداً في المتوسط في كل عام. وفي عام ٢٠١٣، استأثرت الصين وهنغاريا والهند وسويسرا (بترتيب تنازلي) مجتمعة بنسبة ٨٩ في المائة من مجموع الصادرات المبلغ عنها، وأبلغ أكثر من ١٢٠ بلداً عن واردات. وشملت البلدان المستوردة الرئيسية الاتحاد الروسي وأوكرانيا والولايات المتحدة.

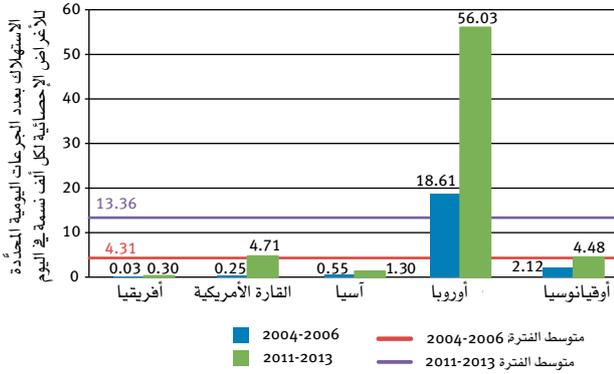
١٨٠- وظلّ صنع الميثيل فينوباربيتال محدوداً نوعاً ما مقارنة بالفينوباربيتال. وأثناء الفترة ٢٠٠٤-٢٠١٢، شهد صنع الميثيل فينوباربيتال على الصعيد العالمي تقلباً كبيراً، إذ تراوح بين ٠,٢ مليون و٤٣٨ مليون جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية، وهو ما يرجع أساساً إلى تغيرات كبيرة في الإنتاج الذي أبلغت عنه الهند وسويسرا والولايات المتحدة. وفي عام ٢٠١٣، لم يُبلغ عن صنع أيّ كمية من هذه المادة، وظل مجموع حجم التجارة الدولية مستقرّاً (٢٨,٢ مليون جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية).

١٨١- واتبع صنع وتجارة الكلونازيبام، وهو مادة تستخدم أساساً كمضاد للصرع، نمطاً تصاعدياً مشابهاً أثناء السنوات العشر الماضية. فقد شهد صنع الكلونازيبام زيادة تدريجية على الصعيد العالمي من ١,٣ بليون جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية في عام ٢٠٠٤ إلى رقم قياسي جديد قدره ٣,٤ بلايين جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية في عام ٢٠١٢، ولكنه انخفض بعد ذلك إلى ٢,٢ بليون جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية في عام ٢٠١٣. ويُعزى هذا الانخفاض أساساً إلى عدم تقديم الهند لبيانات الصنع عن عام ٢٠١٣، وهي عادة من صانعي هذه المادة الرئيسيين. وبينما تصدرت سويسرا قائمة البلدان التي تصنع الكلونازيبام عالمياً أثناء العقدتين السابقتين على عام ٢٠١٠، احتلت إيطاليا الصدارة في عامي ٢٠١١ و٢٠١٢. وفي عام ٢٠١٣، صارت البرازيل أكبر صانعي تلك المادة، تلتها إيطاليا وسويسرا. وأبلغ نحو ١٢٠ بلداً عن واردات من الكلونازيبام في عام ٢٠١٣.

باء- توافر المؤثرات العقلية

١٨٢- ينبغي توخي الحذر عند استخلاص الاستنتاجات من استهلاك المؤثرات العقلية المحسوب، نظراً لأنّ البيانات التي تقدمها الحكومات

الشكل ٥٠- متوسط استهلاك البوبرينورفين، حسب المنطقة،
الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦، و٢٠١١-٢٠١٣



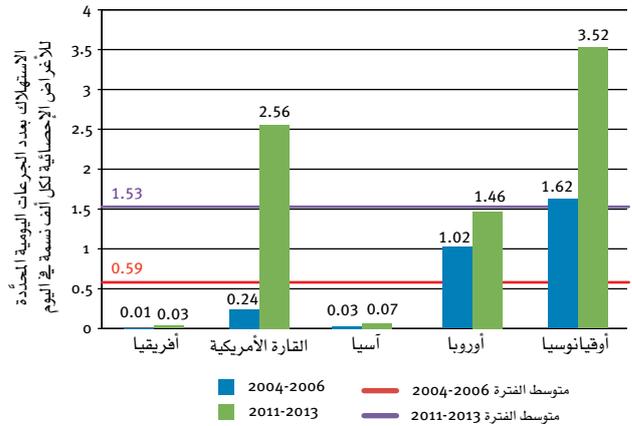
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

١٨٩- وقد بلغ متوسط استهلاك البوبرينورفين، وهو مدرج في قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية (القائمة التكميلية)، نسبة ٩٧ في المائة من الاستهلاك العالمي للمسكنات شبه الأفيونية الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١ أثناء الفترة ٢٠٠٩-٢٠١٣. أما النسبة المتبقية فكانت تمثل استهلاك البنزازوسين، الذي له خصائص واستخدامات مشابهة للمورفين.

١٩٠- وشهد الاستهلاك العالمي المحسوب للبوبرينورفين زيادة مطردة منذ عام ٢٠٠٠، حيث انتقل من أقل من طن واحد (١٠٠ مليون جرعة يومية محددة للأغراض الإحصائية) إلى رقم قياسي جديد قدره ١٠ أطنان تقريباً (١,٢ بليون جرعة يومية محددة للأغراض الإحصائية) في عام ٢٠١٣. وأثناء تسعينات القرن الماضي، كان البوبرينورفين يُستخدم فيما لا يزيد عن ٢٠ بلداً في جميع أنحاء العالم، لكنه أصبح خلال الفترة ٢٠١١-٢٠١٣ يُستخدم في نحو ٩٠ بلداً وإقليماً تمثل جميع المناطق، أي ما يناهز ٤٠ في المائة من جميع البلدان والأقاليم. وتُعزى هذه الزيادة في استهلاك البوبرينورفين، في المقام الأول، إلى ازدياد استخدامه بجرعات أعلى لعلاج الألم، وفي التطهير من السموم والعلاج الإبدالي من الارتهاان لشبائه الأفيون. وكان أكثر البلدان استهلاكاً للبوبرينورفين في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣ هي آيسلندا وبلجيكا وسويسرا والولايات المتحدة والمملكة المتحدة، بترتيب تنازلي (انظر الشكل ٥٠ والخريطين ٧ و٨).

١٩١- بلغ متوسط الاستهلاك العالمي للبنزازوسين ٥ أطنان في السنة أثناء العقد الماضي. وتُستخدم هذه المادة حالياً في نحو ٥٠ بلداً وإقليماً. وعلى العكس من البوبرينورفين، فإن استخدام البنزازوسين لا ينتقل إلى بلدان أخرى. فقد ظلت نفس البلدان الخمسين تستخدم البنزازوسين منذ عام ٢٠٠٤، واستأثرت الهند ونيجيريا وباكستان والولايات المتحدة بنسبة ٨٧ في المائة من الإجمالي العالمي في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣.

الشكل ٤٩- متوسط استهلاك المسكنات شبه الأفيونية، حسب المنطقة، الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

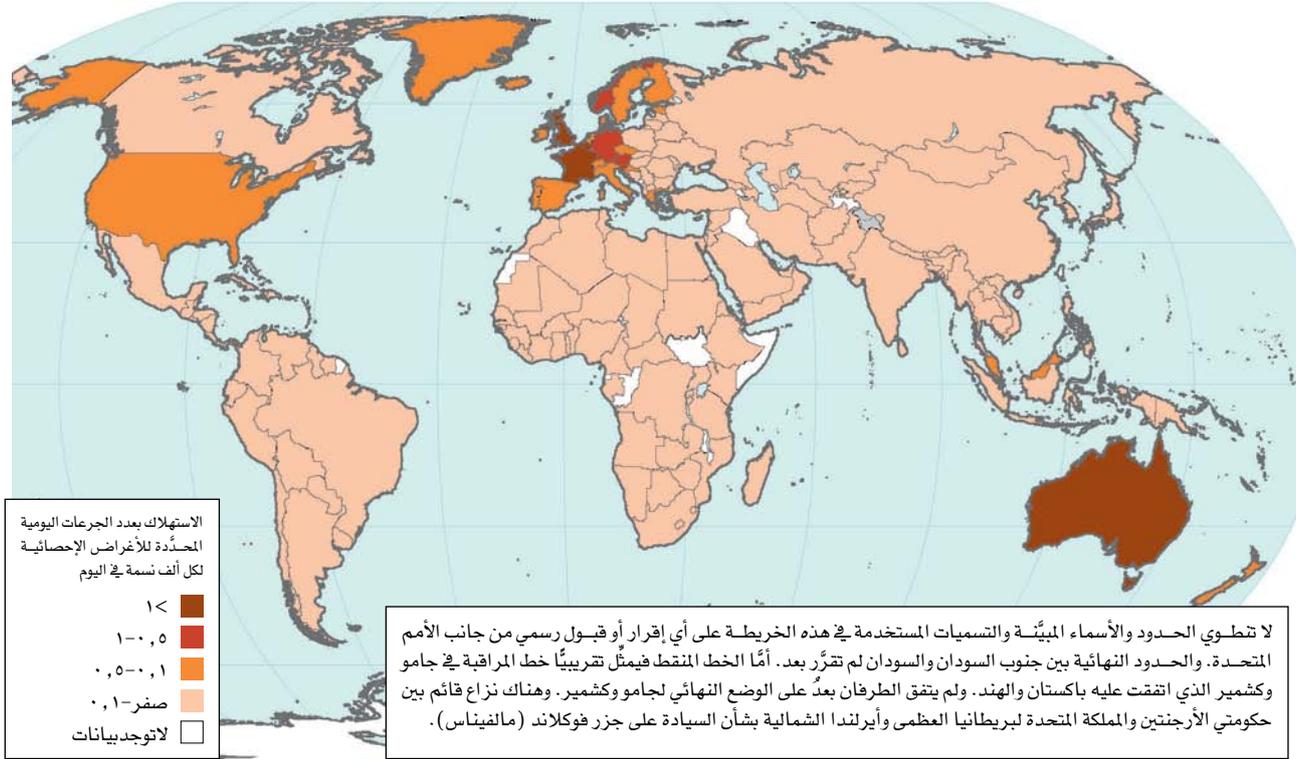
١- توافر شبائه الأفيون الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١

١٨٧- ظل عدد البلدان والأقاليم التي تستخدم واحداً أو أكثر من المسكنات الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١ (البوبرينورفين والليفيتامين^(٥٨) والبنزازوسين) مستقرًا عند نحو ١٠٠ بلد منذ عام ٢٠٠٤. وعلى النقيض من ذلك، فقد ارتفع حجم الاستهلاك من هذه المواد في جميع مناطق العالم بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠١٣ (انظر الشكل ٤٩). وأثناء الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦، سجلت أعلى مستويات الاستهلاك في أوروبا وأوقيانوسيا (حيث كان ارتفاع مستويات الاستهلاك في أوقيانوسيا نتيجة للصنع والاستهلاك المحسوب في أستراليا). واستمر تزايد الاستهلاك في أوروبا على نحو ملحوظ بحلول الفترة ٢٠١١-٢٠١٣، بينما زاد بأكثر من عشرة أضعاف في القارة الأمريكية، وما يقرب من ستة أضعاف في أفريقيا، وإن كان قد بدأ من مستوى منخفض.

١٨٨- تُبين الخريطان ٥ و٦ نصيب الفرد من استهلاك شبائه الأفيون الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١ على الصعيد الوطني أثناء الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦ والفترة ٢٠١١-٢٠١٣. ويمكن ملاحظة أن مستوى الاستهلاك في غالبية البلدان والأقاليم لا يزال أقل من ٠,١ جرعة يومية محددة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم، غير أن هناك زيادة ملحوظة في مستوى الاستهلاك الأعلى، أي في البلدان التي يزيد فيها الاستهلاك عن جرعة واحدة يومية محددة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم، في السنوات العشر الماضية. ولم يتجاوز نصيب الفرد من الاستهلاك أثناء الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦ جرعة واحدة يومية محددة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم إلا في أربعة بلدان، أما في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣ فقد بلغ ١٦ بلداً هذا المستوى.

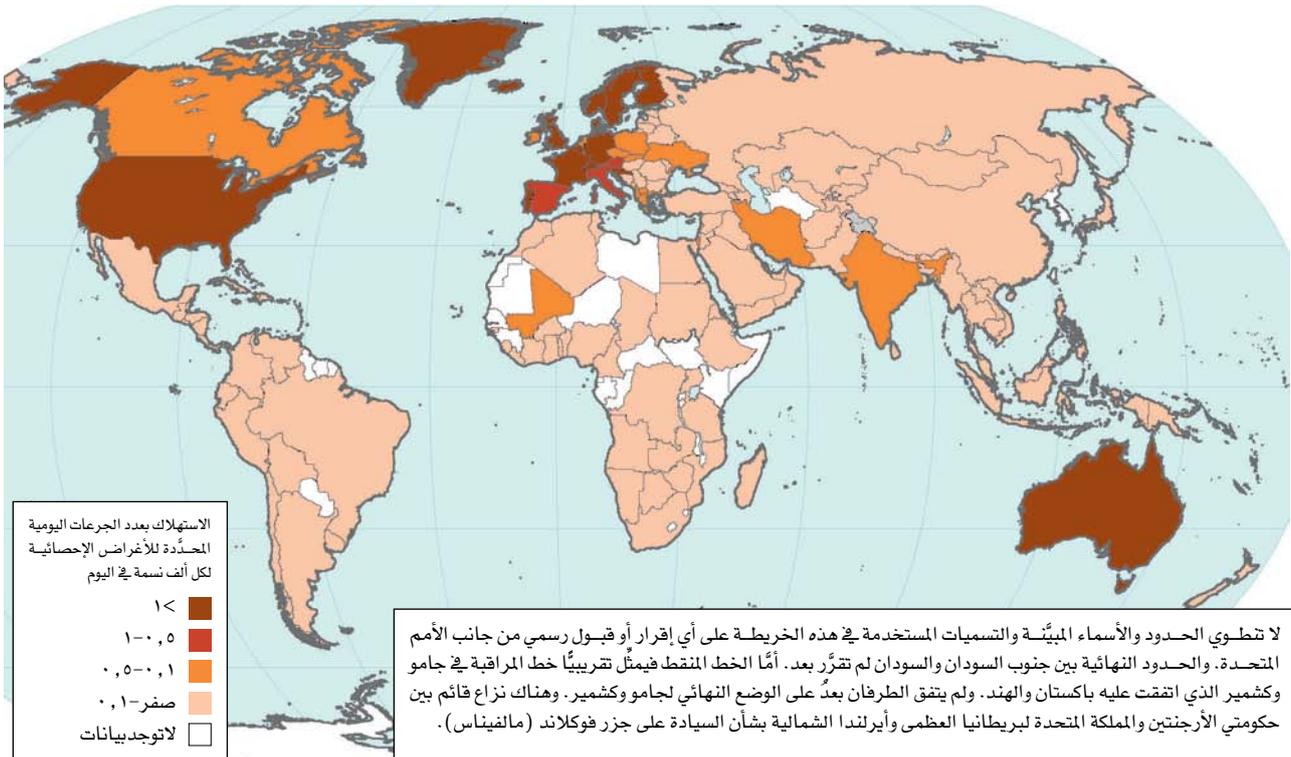
(٥٨) لم يعد الليفيتامين يُصنع ويُستهلك منذ تسعينات القرن الماضي (انظر الفقرة

الخريطة ٥- متوسط الاستهلاك الوطني للمسكنات شبه الأفيونية، الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦



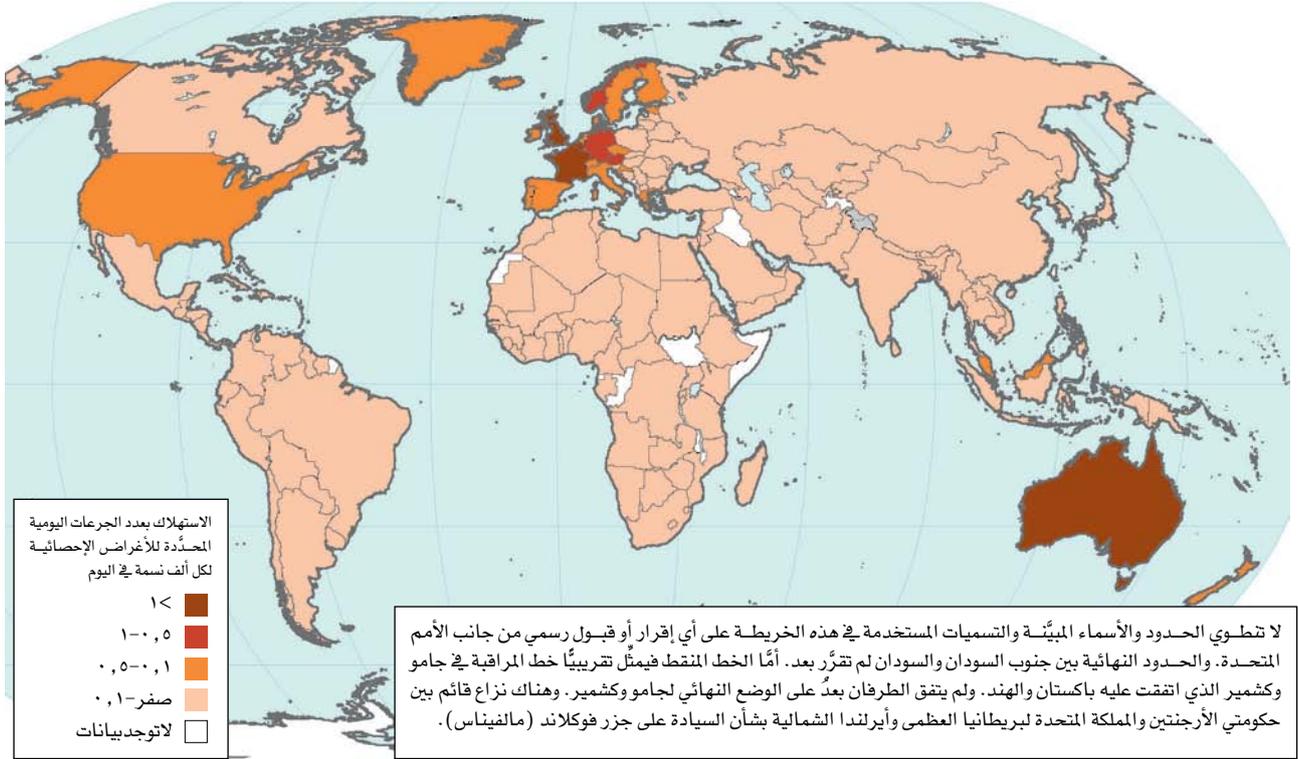
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الخريطة ٦- متوسط الاستهلاك الوطني للمسكنات شبه الأفيونية، الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



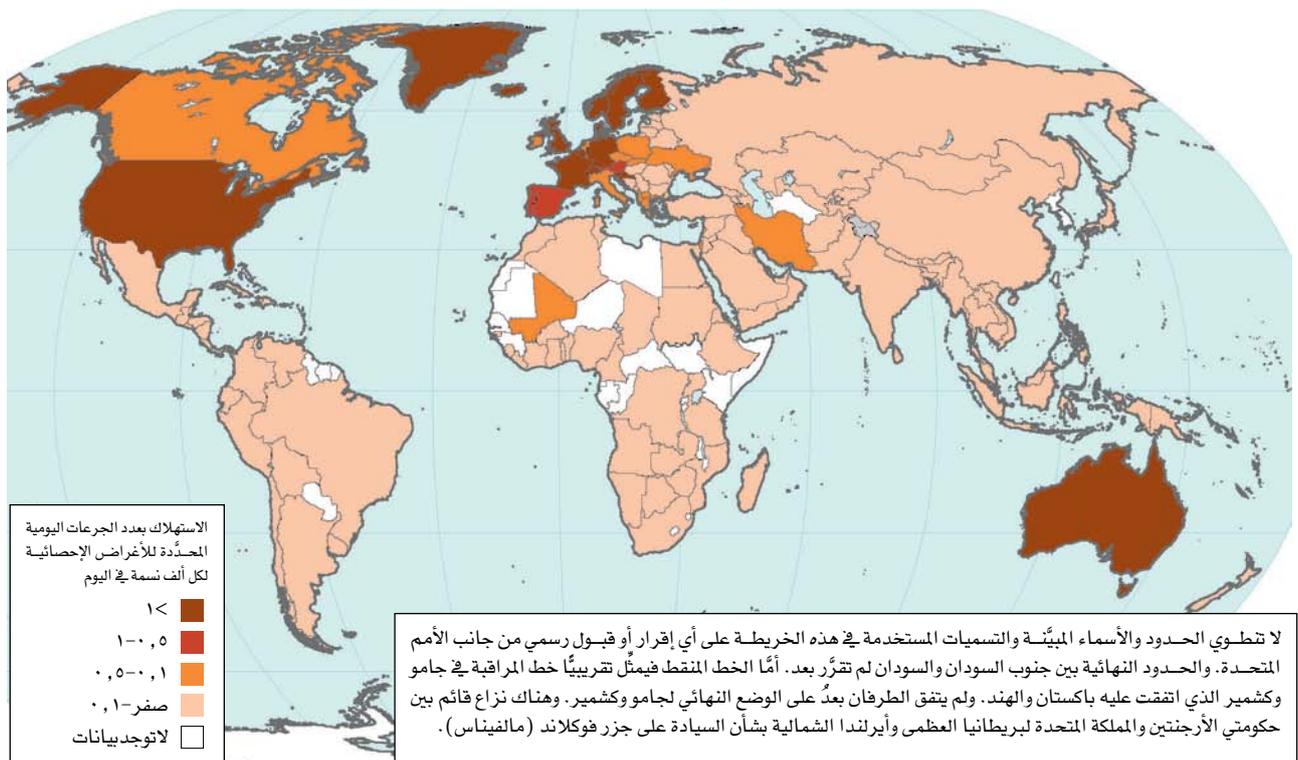
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الخريطة ٧- متوسط الاستهلاك الوطني للبوبرينورفين، الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الخريطة ٨- متوسط الاستهلاك الوطني للبوبرينورفين، الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

٢- توافر منشآت الجهاز العصبي المركزي

أوقيانوسيا من متوسط قدره ٠,٠٣ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم خلال تسعينات القرن الماضي إلى ١,٣١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣، ويُعزى ذلك في المقام الأول إلى الزيادة المطردة في استخدام الديكسامفيتامين في أستراليا.

١٩٥- وفي أوروبا، تبدو مستويات الاستهلاك متفاوتة إلى حد بعيد. وشملت البلدان المستهلكة الرئيسية خلال العقد الماضي ألمانيا وسويسرا وهنغاريا. وظلت هنغاريا مستهلكاً كبيراً لهذه المواد حتى عام ٢٠٠٢، حينما تراجع مستوى الاستهلاك تراجعاً كبيراً.

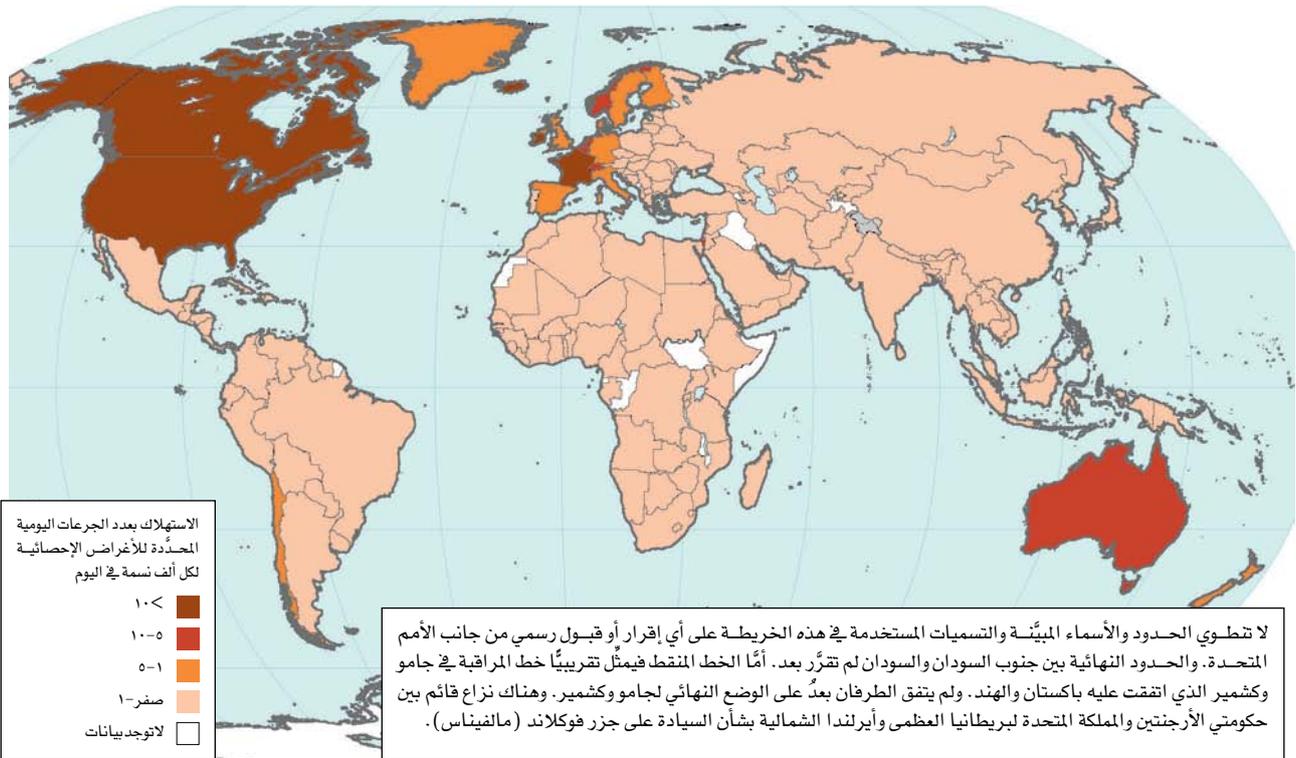
١٩٦- واستمرت البلدان الرئيسية المستخدمة للمنشآت المدرجة في الجدول الثاني أثناء الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦ في تسجيل أعلى مستويات الاستهلاك أثناء الفترة ٢٠١١-٢٠١٣. ولوحظت زيادة واضحة في بعض البلدان (ولا سيما في أوروبا والقارة الأمريكية)، في حين ظل مستوى الاستهلاك في الغالبية العظمى من البلدان والأقاليم يقل عن جرعة واحدة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم (انظر الخريطتين ٩ و ١٠).

١٩٢- مثلما ذُكر في الفقرة ١٦٨ أعلاه، فإن قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية لا تضم أيّاً من منشآت الجهاز العصبي المركزي الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١. ولعل هذا هو السبب الرئيسي الذي يفسّر غياب هذه المواد غياباً شبه كامل عن أسواق البلدان المنخفضة الدخل والبلدان النامية.

١٩٣- ومنذ مطلع تسعينات القرن الماضي والقارة الأمريكية تسجّل أعلى المستويات المحسوبة لنصيب الفرد من استهلاك الأمفيتامينات. ولا تزال الولايات المتحدة هي المستهلك الرئيسي لهذه المواد، ولا سيما لعلاج اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط والسَّخ (النوم الانتبائي). وقد شهدت هذه المستويات المرتفعة من الاستهلاك زيادة مطردة، فبلغت في نهاية العقد الأول من الألفية الثانية سبعة أضعاف ما كانت عليه في تسعينات القرن الماضي.

١٩٤- واستخدام هذه المجموعة من المواد أمر نادر جدّاً في آسيا،^(٥٩) ويكاد يكون منعدماً في أفريقيا. وارتفعت معدّلات الاستهلاك في

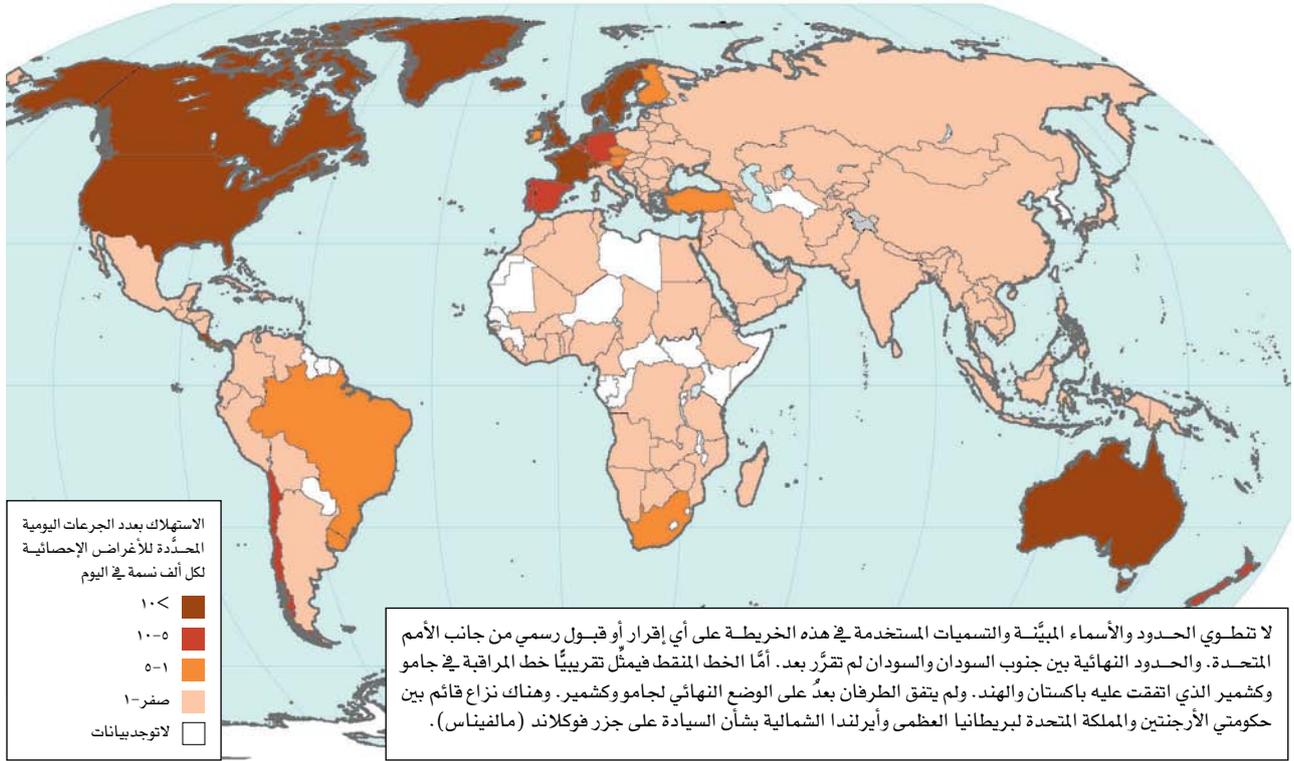
الخريطة ٩- متوسط الاستهلاك الوطني للمنشآت المدرجة في الجدول الثاني، الفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٤



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

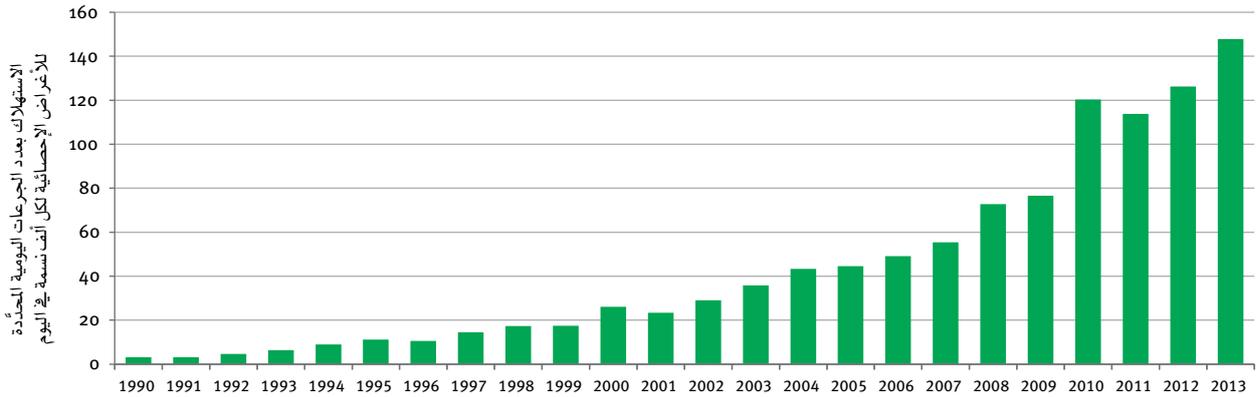
^(٥٩) اليابان هي البلد الوحيد الذي سُجّل فيه معدل ملحوظ لاستعمال تلك المادة في منطقة آسيا والمحيط الهادئ.

الخريطة ١٠- متوسط الاستهلاك الوطني للمنشآت المدرجة في الجدول الثاني، الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



١٩٧- تُستخدم مادة الميثيل فينيدات لعلاج اضطرابات نفسية وسلوكية متنوعة، ولا سيما اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (خصوصاً عند الأطفال)، والسَّخ، وهو أحد اضطرابات النوم. وكان استخدام الميثيل فينيدات قد بدأ يزداد على نحو ملحوظ في بداية تسعينات القرن الماضي (انظر الشكل ٥١). ففي عام ١٩٩٤، على سبيل المثال، بلغ استعمال الميثيل فينيدات على مستوى العالم أكثر من خمسة أمثال مستواه في أوائل الثمانينات. وتُعزى تلك القفزة في المقام الأول إلى زيادة الاستهلاك في الولايات المتحدة، وإن لوحظ أيضاً ارتفاع مستويات الاستهلاك في عدّة بلدان ومناطق أخرى من العالم.

الشكل ٥١- الاستهلاك العالمي لمادة الميثيل فينيدات بالنسبة إلى كل ١٠٠٠ ساكن في اليوم، الفترة ١٩٩٠-٢٠١٣



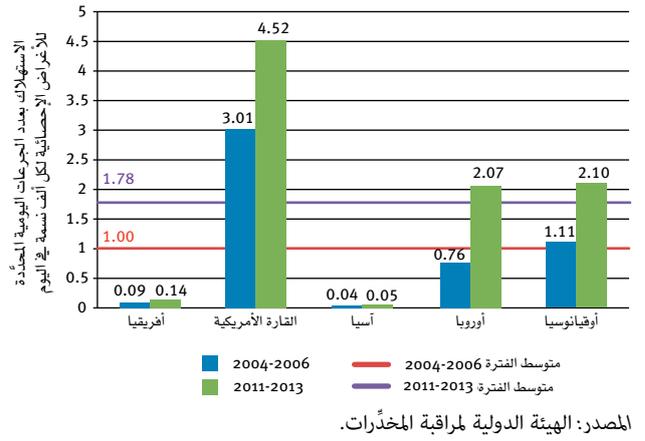
١٩٨- على الرغم من أن الولايات المتحدة ما زالت تستأثر بأكثر من ٨٠ في المائة من الاستهلاك العالمي المحسوب لمادة الميثيل فينيدات، فإن استخدامها في بلدان أخرى لعلاج اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط قد شهد أيضاً زيادة كبيرة أثناء العقد الماضي، ولا سيما في بلدان أوقيانوسيا وأوروبا (انظر الشكل ٥٢). ومع ذلك، فلا تزال مستويات إصدار وصفات الميثيل فينيدات في معظم تلك البلدان منخفضة بالمقارنة بالولايات المتحدة. ولا يزال الاستهلاك العالمي لمادة الميثيل فينيدات ينمو نموًا مطردًا. وفي عام ٢٠١٣، تحقق رقم قياسي جديد قدره ٢,٤ بليون جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية،

١٩٩- وتبين الخريطتان ١١ و١٢ نصيب الفرد من استهلاك الميثيل فينيدات خلال الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣، مقدراً تقديراً تقريبياً على أساس قياسات متوسط الاستهلاك السنوي المحسوب (بعد الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم). وكما هو واضح، فإن غالبية البلدان والأقاليم ما زالت تسجل مستوى استهلاك أقل من جرعة واحدة يومية محددة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم، في حين تظل طائفة قليلة من البلدان هي المستخدمة الرئيسية لهذه المادة، مع زيادة ملحوظة في بعض البلدان في القارة الأمريكية وأوروبا وأوقيانوسيا في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣. وأثناء الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦، لم يزد نصيب الفرد من الاستهلاك عن ٥ جرعات يومية محددة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم إلا في خمسة بلدان، أما في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣ فقد بلغ ١٧ بلداً عتبة الاستهلاك المرتفعة هذه، منها تسعة بلدان كان الاستهلاك فيها أعلى من ١٠ جرعات يومية محددة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم.

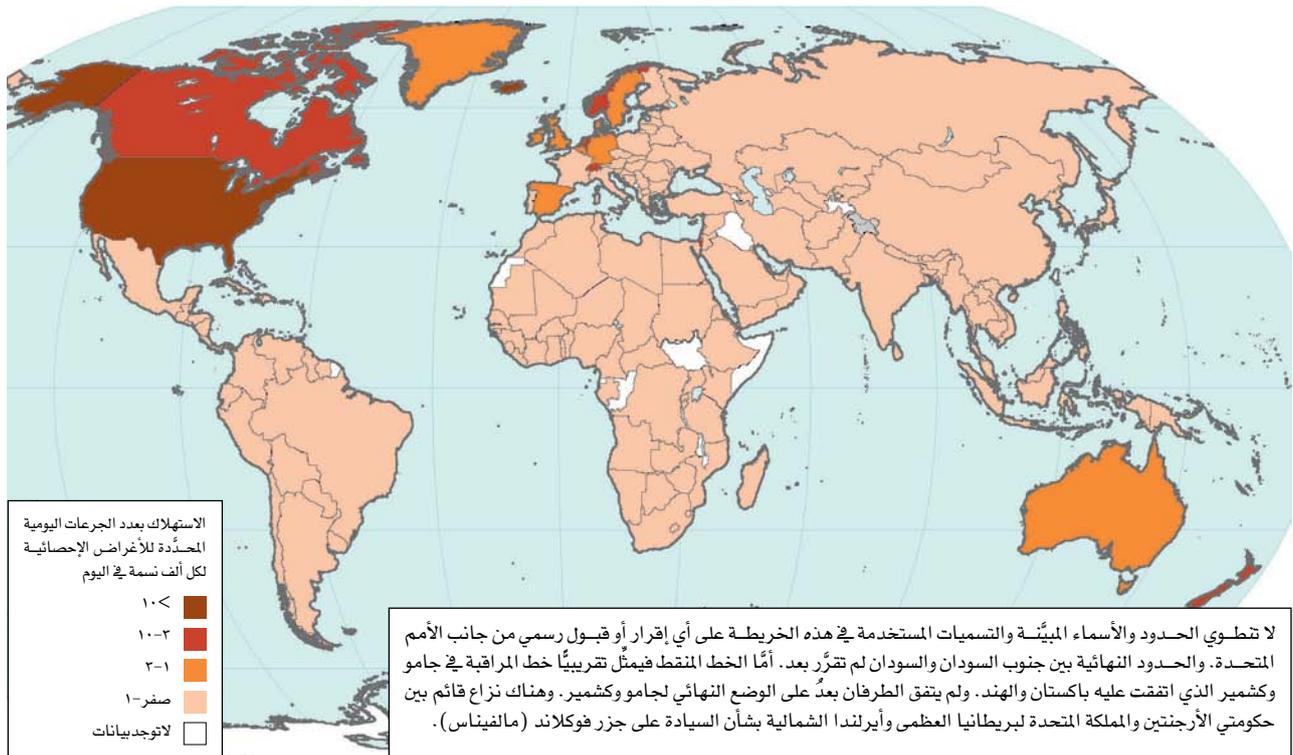
٢٠٠- أعربت الهيئة مراراً عن قلقها إزاء احتمال المبالغة في تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط ومن ثم الإفراط في إصدار وصفات طبية تتضمن الميثيل فينيدات. وفي عام ٢٠٠٩، حذرت الهيئة أيضاً من حملات الترويج لتلك المادة، بما في ذلك الإعلانات التجارية الموجهة للمستهلكين المحتملين. وفي الآونة الأخيرة، نظرت الهيئة في موضوع استخدام الميثيل فينيدات في تقريرها السنوي لعام ٢٠١٤ باعتبارها موضوعاً خاصاً.

واستأثر ٢٠ بلداً بما يناهز ٨٥ في المائة من إجمالي الاستهلاك. وشملت البلدان التي أفادت بحدوث زيادة كبيرة في استهلاك الميثيل فينيدات آيسلندا، التي سجلت أعلى مستوى في العالم لنصيب الفرد من استهلاك هذه المادة على مدى عدة سنوات مضت، إضافة إلى المملكة المتحدة وكندا وألمانيا وأستراليا وإسبانيا والنرويج والسويد وإسرائيل. وفي الوقت نفسه، فإن الهيئة يساورها القلق أيضاً إزاء قلة وصفات الميثيل فينيدات ومن ثم ضعف استعمالها في البلدان الأخرى.

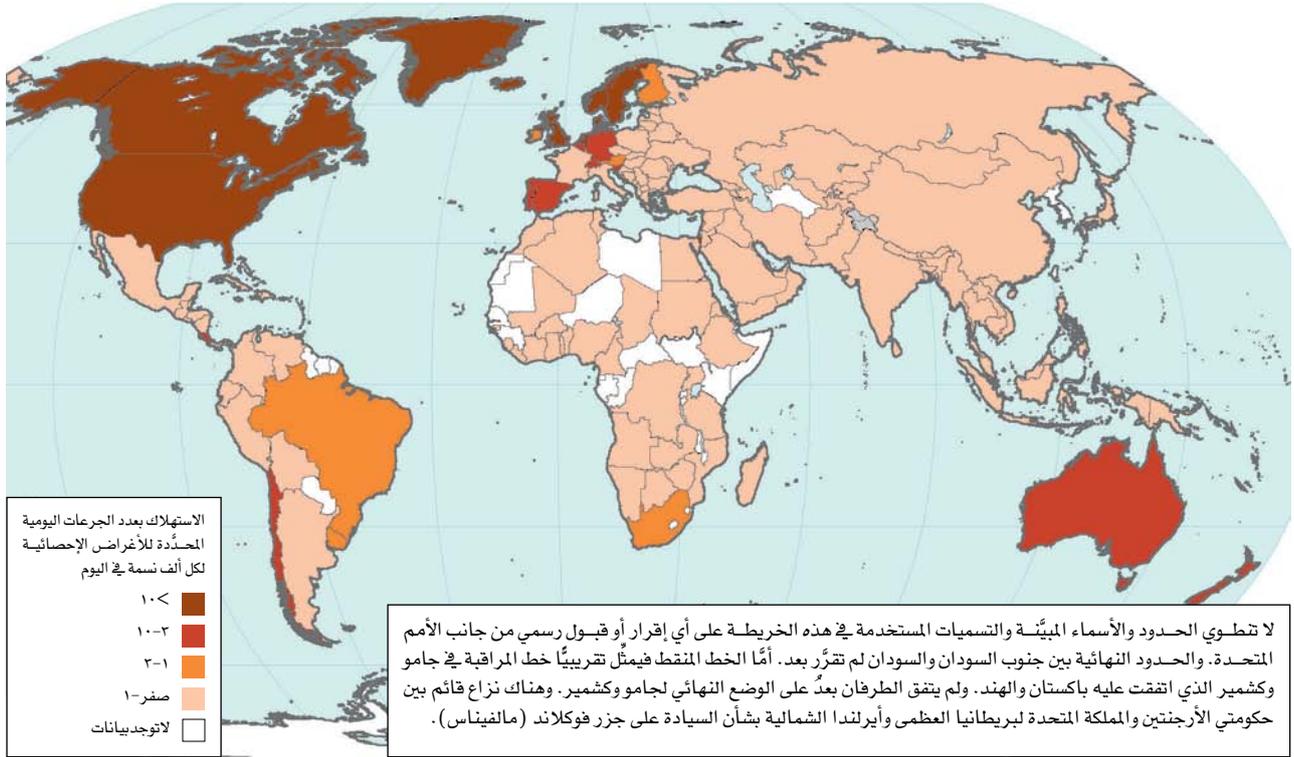
الشكل ٥٢- استهلاك الميثيل فينيدات، جميع المناطق، الفترتان ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣



الخريطة ١١- متوسط الاستهلاك الوطني للميثيل فينيدات، الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

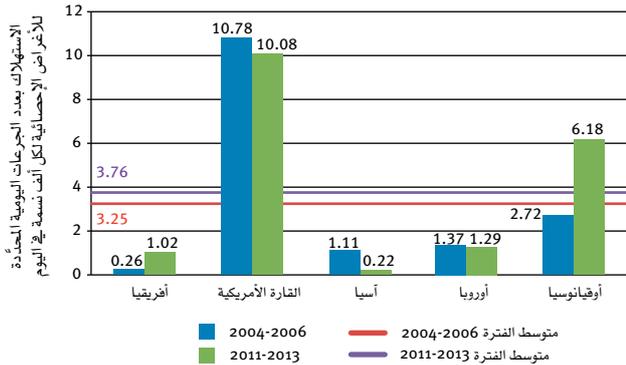


المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

ملحوظة في مستويات الاستهلاك في أفريقيا وأوقيانوسيا، بسبب زيادة الاستهلاك المحسوب في جنوب أفريقيا وأستراليا (انظر الشكل ٥٣).

٢٠٤- وفُرضت قيود صارمة في عدد من البلدان على استخدام مثبّطات الشهية واستُحدثت سياسات أكثر صرامة بشأن استعمالها الطبي، وقد نجح ذلك في الحدّ من استخدامها بطريقة غير سليمة، ومن ثمّ منع الاستخدام غير الرشيد وإساءة الاستعمال. وتبيّن الخريطتان ١٣ و ١٤ التغيّرات في استهلاك المنشّطات المدرجة في الجدول الرابع حسب البلد، مقدّرة تقديراً تقريبياً على أساس قياسات متوسط الاستهلاك السنوي المحسوب (بالجرعات اليومية المحدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم) في الفترتين ٢٠٠٦-٢٠٠٤ و ٢٠١١-٢٠١٣.

الشكل ٥٣- استهلاك المنشّطات المدرجة في الجدول الرابع، جميع المناطق، الفترتان ٢٠٠٦-٢٠٠٤ و ٢٠١١-٢٠١٣



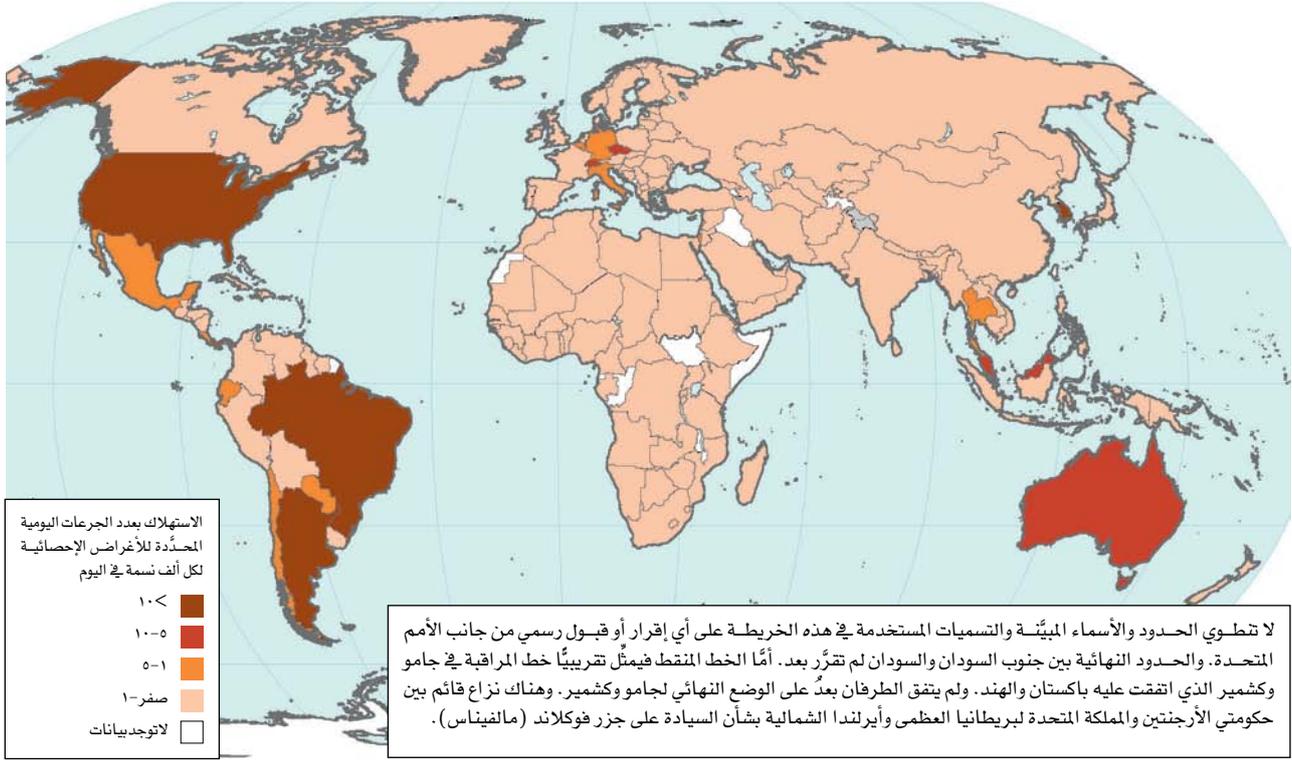
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

٢٠١- وتُستخدم المنشّطات المدرجة في الجدول الرابع من اتفاقية سنة ١٩٧١ كمثبّطات للشهية، وتستعمل بدرجة أقل في معالجة اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط. وقد شهد استخدامها زيادة مطردة على الصعيد العالمي منذ نهاية ثمانينات القرن الماضي. وتُعزى هذه الزيادة في جزء منها إلى ارتفاع الاستهلاك في بعض بلدان أمريكا اللاتينية (الأرجنتين والبرازيل وشيلي) وفي الولايات المتحدة، وفي بعض البلدان والمناطق في آسيا (سنغافورة وجمهورية كوريا وهونغ كونغ، الصين).

٢٠٢- ومنذ بداية التسعينات، يُسجّل أعلى نصيب للفرد من استهلاك المنشّطات المدرجة في الجدول الرابع في القارة الأمريكية. وحدث شيء من الانخفاض في الاستهلاك بسبب تراجع استخدام الفنترمين، بعد ذروة الاستخدام التي لوحظت في عام ١٩٩٦ في الولايات المتحدة، واعتماد تدابير لمكافحة استعمال منشّطات بعينها بطريقة غير سليمة في بعض بلدان أمريكا اللاتينية مثل البرازيل. ومع ذلك، فإنّ مستويات الاستهلاك في تلك المنطقة لا تزال مرتفعة مقارنة بالمناطق الأخرى، باستثناء بعض البلدان في آسيا.

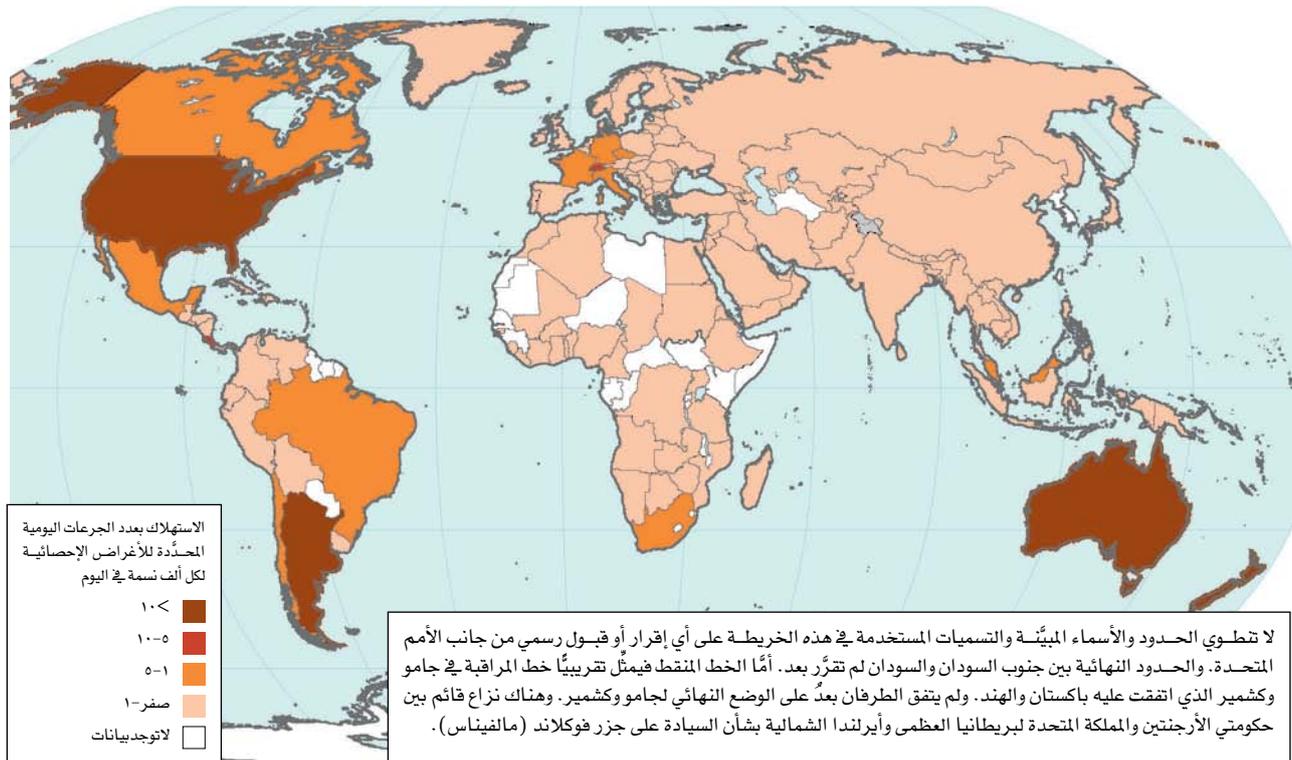
٢٠٣- ومن بين المنشّطات المدرجة في الجدول الرابع من اتفاقية سنة ١٩٧١، ظل الفنترمين يستأثر بالحصة الرئيسية من الصنع والاستهلاك، حيث كان نصيبه منهما يتراوح بين الربع والثلثين. وفي عام ٢٠١٣، بلغت حصة الفنترمين من الاستهلاك العالمي ما يقارب ٨٦ في المائة. وقد وردت من عدة بلدان في جميع مناطق العالم بيانات بشأن إساءة استعمال مثبّطات الشهية. وفي السنوات الأخيرة، حدثت زيادة

الخريطة ١٣ - متوسط الاستهلاك الوطني للمنشطات المدرجة في الجدول الرابع، الفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٤



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الخريطة ١٤ - متوسط الاستهلاك الوطني للمنشطات المدرجة في الجدول الرابع، الفترة ٢٠١٣-٢٠١١



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

3- توافر البنزوديازيبينات

الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم، رغم أنه لوحظت زيادة في الاستهلاك في ٢٣ من أصل ٤١ بلداً قُدِّمت بيانات في هذه المنطقة، ولا سيما في فنلندا، حيث سُجِّلت زيادة قدرها ٥١٧ في المائة. وسُجِّل أكبر انخفاض في الاستهلاك في الدانمرك (بنسبة ٨٤ في المائة، حيث انخفض الاستهلاك من ٧٧ إلى ١٣ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم) وسويسرا (بنسبة ٧٣ في المائة، حيث انخفض الاستهلاك من ٢٦٦ إلى ٧٢ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم). وأثناء الفترة ٢٠١١-٢٠١٣، تجاوزت معدّلات الاستهلاك المحسوب المتوسط الإقليمي في ١٥ بلداً؛ وكانت مستويات الاستهلاك في ستة بلدان أعلى من المتوسط العالمي البالغ ٢٣,٧ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم. وكانت البلدان الأوروبية التي سجّلت متوسط استهلاك أقل من المتوسط العالمي هي آيسلندا والجمهورية التشيكية وهولندا ولاتفيا والنرويج وإستونيا وألمانيا والسويد والدانمرك وبولندا وألبانيا واليونان ورومانيا والمملكة المتحدة وبلغاريا وجمهورية مولدوفا والاتحاد الروسي وبيلاروس وأوكرانيا وقبرص، بترتيب تنازلي.

٢٠٨- وفي القارة الأمريكية، بلغ متوسط استهلاك هذه المجموعة من مضادات القلق خلال الفترة ٢٠١١-٢٠١٣ ما قدره ٢٩,٢ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم. ولم تتجاوز معدّلات الاستهلاك المتوسط الإقليمي سوى في أربعة بلدان، هي: أوروغواي (٦٧,٩ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، والأرجنتين (٦٠,١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وكندا (٥٥,٨ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، والولايات المتحدة (٤٢,٢ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية). وعلاوة على ذلك، لوحظت في القارة الأمريكية أوجه تفاوت كبيرة في مستويات استهلاك مضادات القلق بين المناطق دون الإقليمية، إذ سجّلت أمريكا الشمالية أعلى مستوى من حيث نصيب الفرد من الاستهلاك في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣، وتلتها أمريكا الجنوبية ثم أمريكا الوسطى والكاريبي (انظر الخريطتين ١٥ و ١٦).

٢٠٩- وبالرغم من أن المتوسط الإقليمي في أوقيانوسيا (٣٧,٩ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم)، أعلى كثيراً من المتوسط العالمي (٢٣,٧ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم)، فإن هذا الارتفاع يعزى في المقام الأول إلى الاستهلاك في أستراليا، وهي البلد الوحيد في المنطقة الذي سجّل مستوى استهلاك محسوب أعلى من المتوسط العالمي في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣. وكشفت معدّلات الاستهلاك عن زيادة في جميع بلدان المنطقة، باستثناء نيوزيلندا، التي شهدت انخفاضاً قدره ٨ في المائة حيث انخفض الاستهلاك من ٥,١ إلى ٤,٦ جرعات يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم.

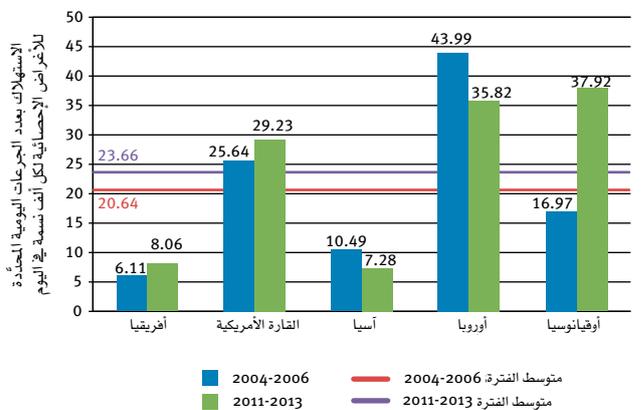
٢١٠- وفي آسيا، كانت معدّلات الاستهلاك في جميع البلدان التي قُدِّمت بيانات، عدا بلداً واحداً، أقل من المتوسط العالمي. وسجّلت إسرائيل (٢٧,٩ جرعة يومية محدّدة لكل ألف شخص في اليوم)، وإيران (جمهورية-الإسلامية) (٢٢,٣ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، واليابان (٢١,١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية) وثلاثة بلدان أخرى (لبنان وتايلند والأردن) معدّلات استهلاك محسوبة أعلى من المتوسط الإقليمي البالغ ٧,٣ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم خلال الفترة ٢٠١١-٢٠١٣.

٢٠٥- فيما يتعلق بمجموعي البنزوديازيبينات، أي مضادات القلق والمهدّئات المنوّمة، أظهر المعدّل العالمي المحسوب لمتوسط الاستهلاك السنوي أمثاطاً متميزة أثناء الفترة ٢٠٠٤-٢٠١٣. ففي حين اتخذ المتوسط السنوي لنصيب الفرد من استهلاك مضادات القلق من البنزوديازيبينات اتجاهاً تصاعدياً، تراجع المتوسط السنوي العالمي لمعدّل الاستهلاك المحسوب من المهدّئات المنوّمة البنزوديازيبينية. وأثناء تلك الفترة، لوحظ أن جميع البلدان والأقاليم التي قُدِّمت تقارير إلى الهيئة ساهمت كلها تقريباً في صنع البنزوديازيبينات أو التجارة فيها، ومكّنت الإحصاءات المقدّمة إلى الهيئة من حساب معدّلات الاستهلاك فيما يربو على ١٩٠ بلداً وإقليماً. وفي عام ٢٠١٣، ظلّ الألبازولام والديازيبام أكثر مضادات القلق استخداماً (٩,٢ بلايين و٤,٤ بلايين جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية، على التوالي)، في حين كان اللورميتازيبام والبروتيزولام أكثر المهدّئات المنوّمة استخداماً (١,٤ بلايون و١,٣ بلايون جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية، على التوالي).

(أ) مضادات القلق من البنزوديازيبينات

٢٠٦- على الصعيد العالمي، ارتفع المتوسط السنوي لنصيب الفرد من استهلاك مضادات القلق من البنزوديازيبينات إلى حد ما أثناء الفترة ٢٠٠٤-٢٠١٣، حيث انتقل من ٢٠,٦ إلى ٢٣,٧ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم. وكما يتبيّن من الشكل ٥٤، سجّلت البلدان الأوروبية وبلدان القارة الأمريكية أعلى معدّل لمتوسط الاستهلاك السنوي من هذه المجموعة من المواد في بداية الفترة، الأمر الذي يبيّن كثرة إصدار وصفات تتضمن البنزوديازيبينات للمسّنين في تينك المنطقتين. وباقتراب نهاية العقد، لوحظت أعلى زيادة في معدّل متوسط الاستهلاك السنوي في أوقيانوسيا (١٢٣ في المائة) وأفريقيا (٣٢ في المائة). غير أن معدّلات الاستهلاك في أفريقيا وآسيا ظلت أدنى من المتوسط العالمي.

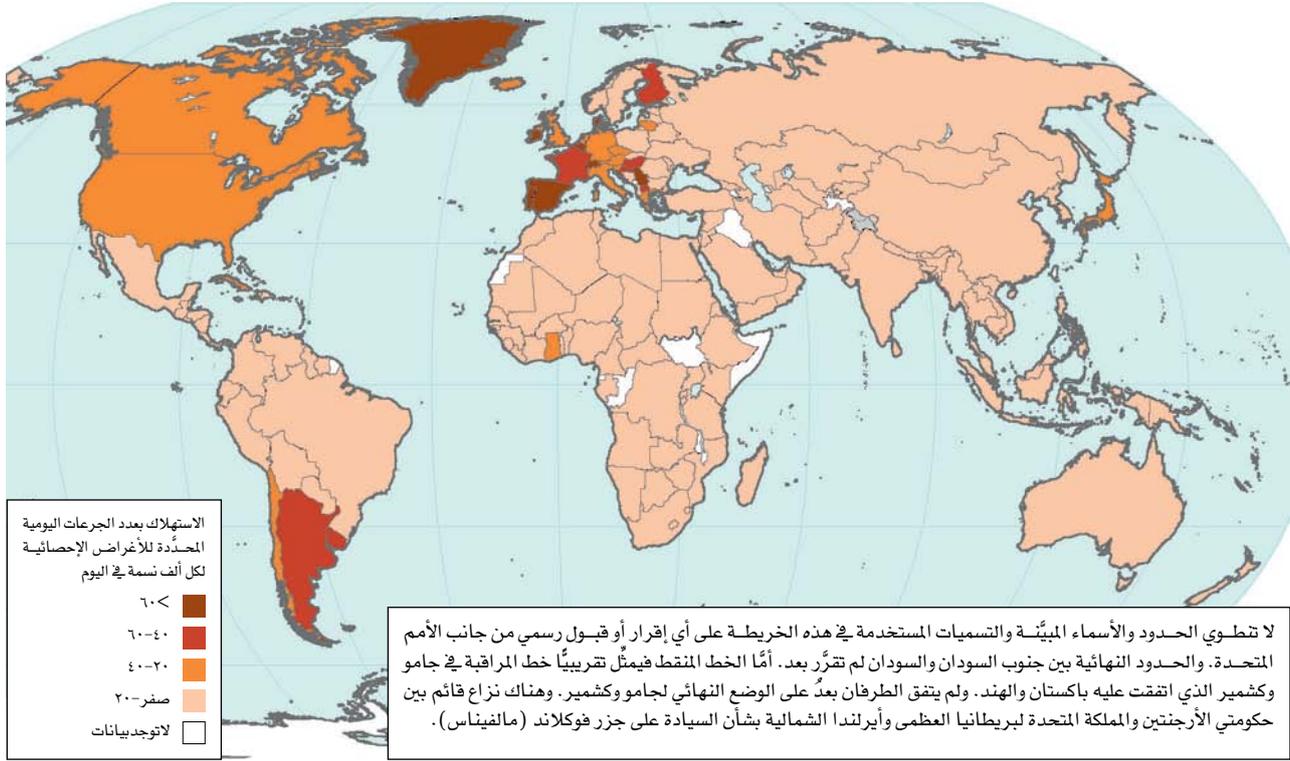
الشكل ٥٤- متوسط الاستهلاك السنوي من مضادات القلق من البنزوديازيبينات، الفترتان ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات.

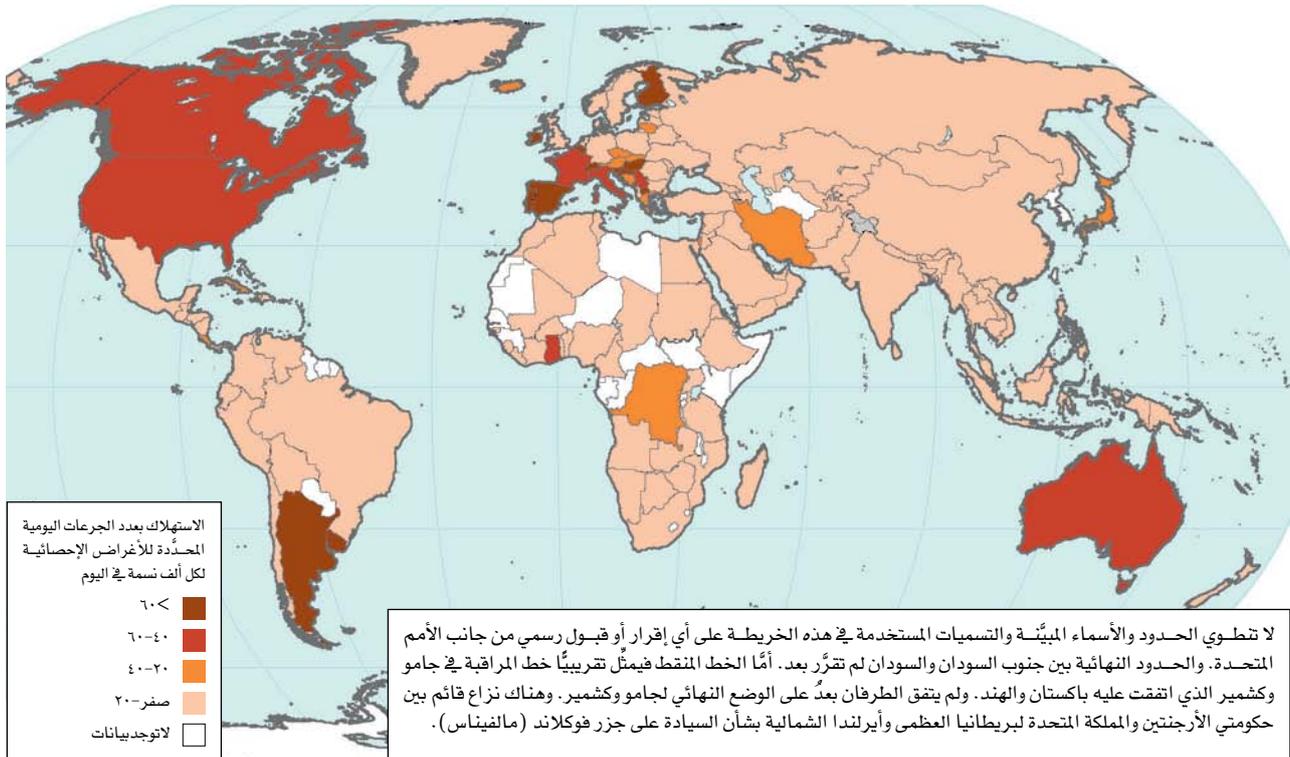
٢٠٧- وأثناء العقد الماضي، انخفض متوسط مستوى الاستهلاك السنوي في أوروبا من ٤٣,٩٩ إلى ٣٥,٨٢ جرعة يومية محدّدة للأغراض

الخريطة ١٥ - متوسط الاستهلاك الوطني لمضادات القلق من البنزوديازيبينات، الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

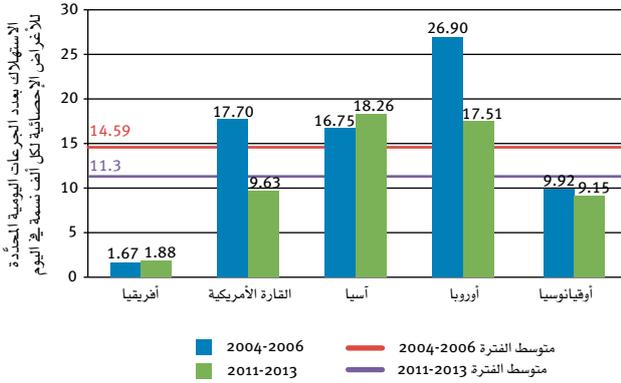
الخريطة ١٦ - متوسط الاستهلاك الوطني لمضادات القلق من البنزوديازيبينات، الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

محتمل في أنواع البنزوديازيبينات التي توصف للمرضى في الممارسة الطبية. وُصِّدت زيادة في الاستهلاك في ١٢ بلداً، ولا سيما في أندورا (٣٦٥ في المائة)، وكرواتيا (٣٠٠ في المائة)، وسلوفاكيا (٢٤٤ في المائة). وفي الفترة ٢٠١١-٢٠١٣، سجَّلت خمسة بلدان متوسطات معدَّلات استهلاك سنوي أعلى من المتوسط الإقليمي البالغ ١٧,٥ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم، وسجَّلت ستة بلدان أخرى معدَّلات استهلاك تفوق المتوسط العالمي البالغ ١١,٣ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية.

الشكل ٥٥- متوسط الاستهلاك السنوي من المهدِّئات المنوَّمة من البنزوديازيبينات، الفترتان ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

٢١٤- وانخفض أيضاً متوسط معدَّلات الاستهلاك السنوي المحسوب من المهدِّئات المنوَّمة من فئة البنزوديازيبينات في أوقيانوسيا بين الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣، حيث انتقلت من ٩,٩ إلى ٩,١ جرعات يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم. ولا تزال أستراليا ونيوزيلندا تسجلان أعلى متوسط لمعدَّل الاستهلاك المحسوب في المنطقة، على الرغم من تراجع معدَّل استهلاكهما بنسبة ٢٠ و ٢٢ في المائة على التوالي. وسجَّلت ولايات ميكرونيزيا الموحدة وكاليدونيا الجديدة وجزر واليس وفوتونا زيادات في متوسط معدَّلات الاستهلاك السنوي، وإن كانت تلك الزيادة قد بدأت من مستويات منخفضة. وباستثناء أستراليا ونيوزيلندا وكاليدونيا الجديدة وبولينيزيا الفرنسية، سجَّلت بقية البلدان والأقاليم في هذه المنطقة متوسط معدَّلات استهلاك سنوي من هذه المجموعة من المواد يقل عن ٠,١ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم.

٢١٥- وفي القارة الأمريكية، انخفض متوسط معدَّلات الاستهلاك السنوي المحسوب بنسبة ٤٥ في المائة بين الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣ من ١٧,٧ إلى ٩,٨ جرعات يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم. غير أنَّ هناك تفاوتاً كبيراً بين المناطق دون الإقليمية. فقد زادت معدَّلات الاستهلاك في بلدان أمريكا الشمالية وأمريكا الوسطى والكاريبية، لكنها تراجعت في أمريكا الجنوبية. ولم يسجَّل سوى ثلاثة بلدان في القارة الأمريكية معدَّلات استهلاك أعلى من المتوسط الإقليمي البالغ ٩,٨ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم، وهذه البلدان هي: كوبا

٢١١- وفي أفريقيا، ارتفع المتوسط السنوي لمعدَّل استهلاك مضادات القلق من البنزوديازيبينات من ٦,١ إلى ٨,٦ جرعات يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم بين الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣. وارتفع معدَّل متوسط الاستهلاك المحسوب في ١٩ بلداً وإقليماً أفريقياً، ولا سيما في سانت هيلانة (بنحو سبعة أضعاف من ١,٣ إلى ٩ جرعات يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم)، وناميبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية (كلاهما بما يزيد على أربعة أضعاف ونصف، من ٤,٩ إلى ٢٢,٥ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية). ولا تزال غانا تحتل المرتبة الأولى من حيث أعلى معدَّلات الاستهلاك في المنطقة (وفي المرتبة السابعة عشر عالمياً)، بزيادة قدرها ١٤٦ في المائة بين الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣، حيث زاد الاستهلاك من ٢١,٣ إلى ٥٢,٣ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية. وتليها جمهورية الكونغو الديمقراطية، بمتوسط ٢٢,٥ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم، وهو مستوى ما يزال أقل من المتوسط العالمي البالغ ٢٣,٧ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية. وفي نفس الوقت، لوحظ أنَّ أكثر من ١٦ بلداً استهلكت أقل من جرعة واحدة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣، وسجل أكثر من ١٠ بلدان انخفاضاً في معدَّل الاستهلاك. وسجَّل أكبر انخفاض في المتوسط السنوي لمعدَّل الاستهلاك المحسوب في كابو فيردي (من ٦,٥ إلى ٠,٧ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية)، وسريلانكا (من ٠,٦ إلى ٠,١ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية) وإريتريا (من ٠,١ إلى ٠,٢ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية)، وجمهورية تنزانيا المتحدة (من ٢ إلى ٠,٧ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية)، وبوتسوانا (من ١,٤ إلى ٠,٧ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية).

(ب) المهدِّئات المنوَّمة من البنزوديازيبينات

٢١٢- انخفض متوسط معدَّل الاستهلاك السنوي المحسوب من المهدِّئات المنوَّمة البنزوديازيبينية على الصعيد العالمي، مقدراً بالجرعات اليومية المحدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم، بنسبة تزيد على ٢٢ في المائة بين الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣، حيث انتقل من ١٤,٦ إلى ١١,٣ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم. وظلت أوروبا تستأثر بأعلى مستويات الاستهلاك، في حين لوحظت انخفاضات في القارة الأمريكية وأوروبا وأوقيانوسيا، وزيادات في أفريقيا وآسيا (انظر الشكل ٥٥).

٢١٣- وفي أوروبا، انخفض متوسط المعدَّل السنوي للاستهلاك المحسوب بنسبة ٣٥ في المائة بين الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣ من ٢٦,٩ إلى ١٧,٥ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم. ولوحظ تراجع معدَّلات الاستهلاك في ٢٩ بلداً في هذه المنطقة، منها قبرص (من ٢٠,٥ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم إلى صفر تقريباً)، وجمهورية مولدوفا (من ٠,١٥ إلى ٠,٠٣ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية)، والمملكة المتحدة (من ٤٧,٣ إلى ٤ جرعات يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية)، وسويسرا (من ٤٢,٦ إلى ١١,٤ جرعة يومية محدَّدة للأغراض الإحصائية)، الأمر الذي يبيِّن عن تغيير

في اليابان وإسرائيل إلى وجود فئات كبيرة من المسنين. وأثناء الفترة ٢٠١١-٢٠١٣، سجّل ٣٧ بلداً في آسيا متوسط معدلات استهلاك من المهدّئات المنوّمة البنزوديازيبينية يقل عن جرعة واحدة يومية محدّدة لكل ألف نسمة في اليوم، بما في ذلك ٢٢ بلداً سجّلت معدلات استهلاك أقل من ٠,١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية.

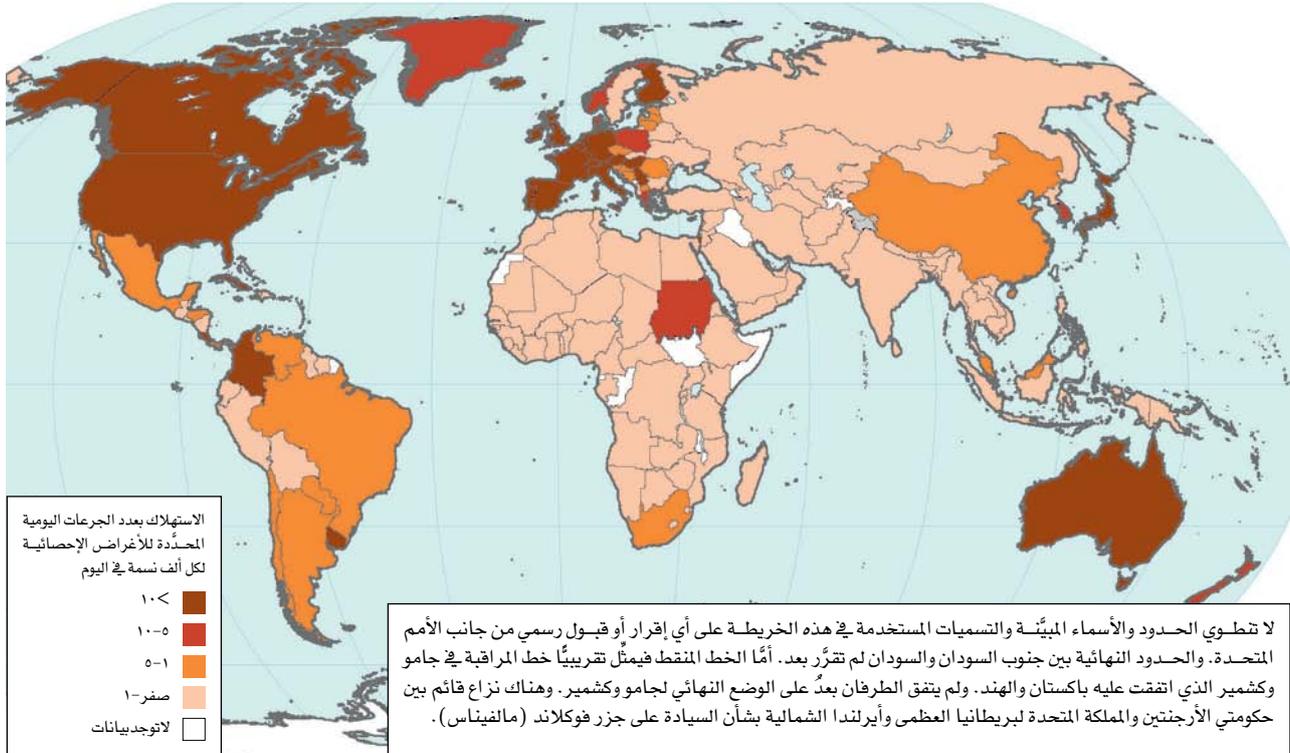
٢١٧- وفي أفريقيا، في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣، لم يسجّل أي بلد غير جنوب أفريقيا (٢ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية) متوسط معدّل سنوي للاستهلاك المحسوب أعلى من المتوسط الإقليمي البالغ ١,٩ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم. ويبي ذلك البلد في الترتيب كل من نيجيريا (١,١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية) وناميبيا (٠,٦ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية). وسجّل ٢١ بلداً معدلات استهلاك أقل من ٠,١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية، منها ١٤ بلداً سجّلت معدلات تقل عن ٠,١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية.

٢١٨- وتبيّن الخريطتان ١٧ و١٨ التغيّرات في استهلاك المهدّئات المنوّمة من البنزوديازيبينات في كل بلد، مقدّرة تقديراً تقريبياً على أساس قياسات متوسط الاستهلاك السنوي المحسوب (بالجرعات اليومية المحدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم) بين الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣.

(٣,٣) جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وأوروغواي (٣,٣) جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وكندا (٦,١) جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية). وكانت معدلات الاستهلاك في ٣٣ بلداً وإقليماً دون المتوسط العالمي، ومنها ٢٤ بلداً سجّلت معدلات نقل عن جرعة واحدة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية و ١١ بلداً سجّلت معدلات تقل عن ٠,١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم.

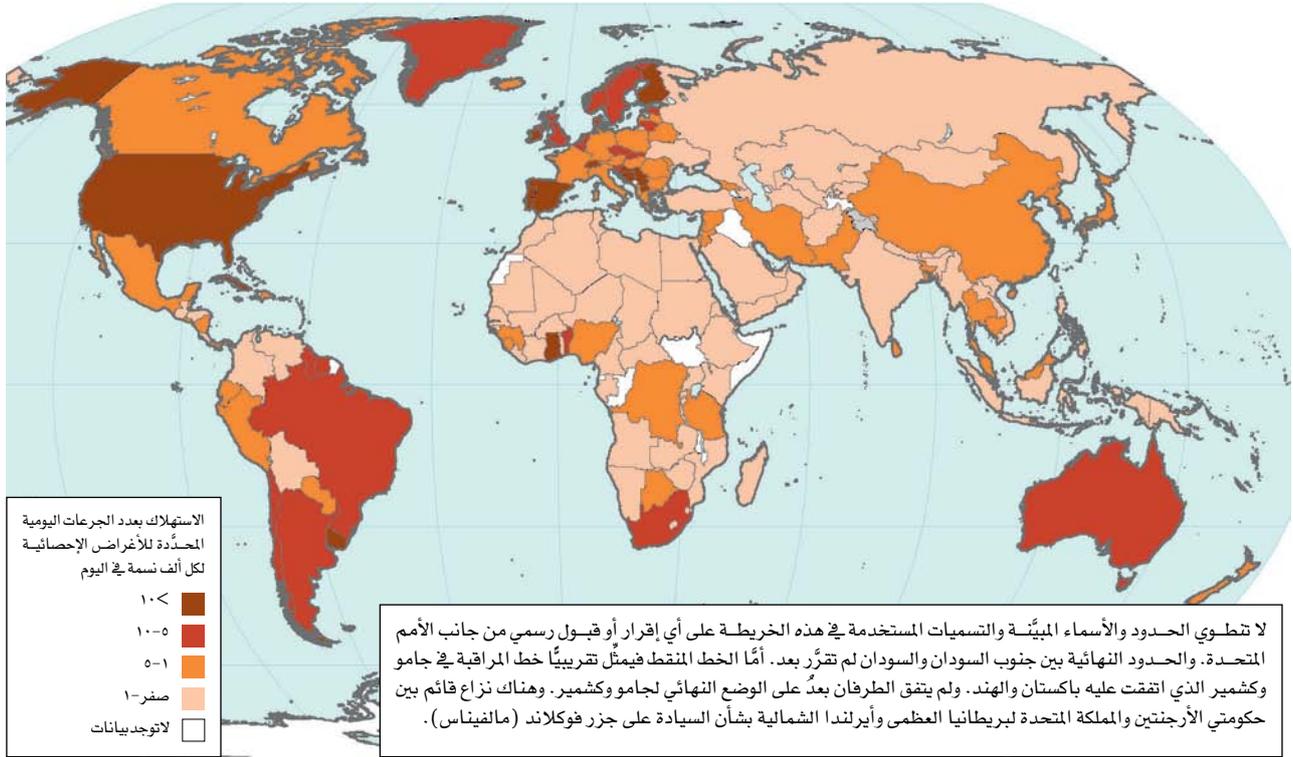
٢١٦- وفي آسيا، ارتفع معدّل استهلاك المهدّئات المنوّمة من البنزوديازيبينات من معدّل سنوي متوسط قدره ١٦,٨ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم في الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦ إلى ١٨,٣ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣. وفي هذه الفترة (٢٠١١-٢٠١٣)، كانت اليابان (٢,٥) جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وإسرائيل (٥,٩) جرعات يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وماكاو، الصين (٦,٢) جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وهونغ كونغ، الصين (٣,١) جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وبنغلاديش (٢,١) جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية) هي البلدان أو الأقاليم الوحيدة التي سجّلت متوسطات معدلات سنوية للاستهلاك المحسوب تزيد عن جرعة واحدة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم. وقد جرت العادة على عزو ارتفاع المعدّلات

الخريطة ١٧- متوسط الاستهلاك الوطني للمهدّئات المنوّمة من البنزوديازيبينات، الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦



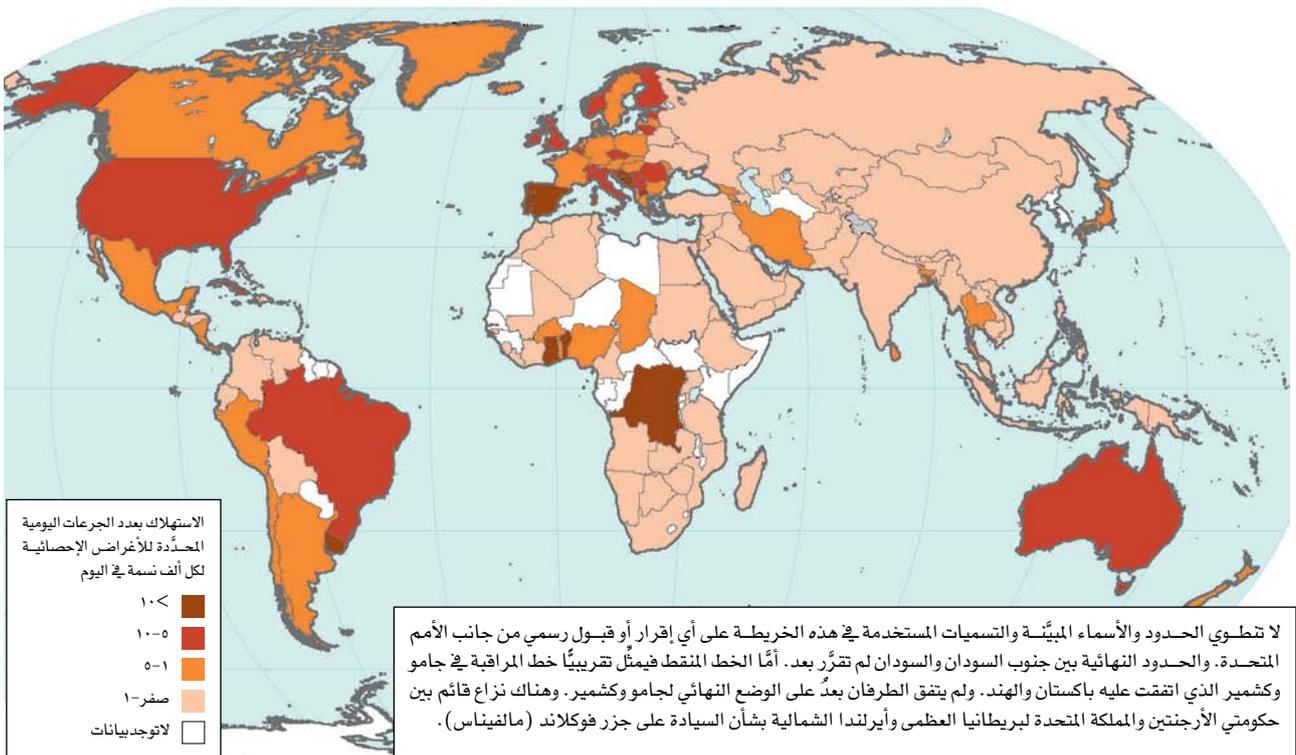
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات.

الخريطة ١٩- متوسط الاستهلاك الوطني للديازيبام، الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الخريطة ٢٠- متوسط الاستهلاك الوطني للديازيبام، الفترة ٢٠١١-٢٠١٣

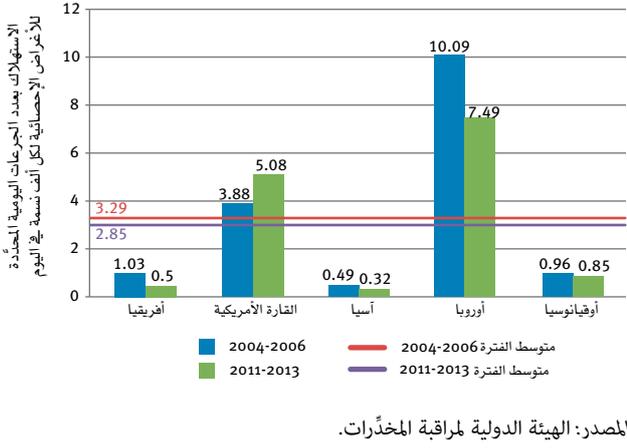


المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

اللورازيبام

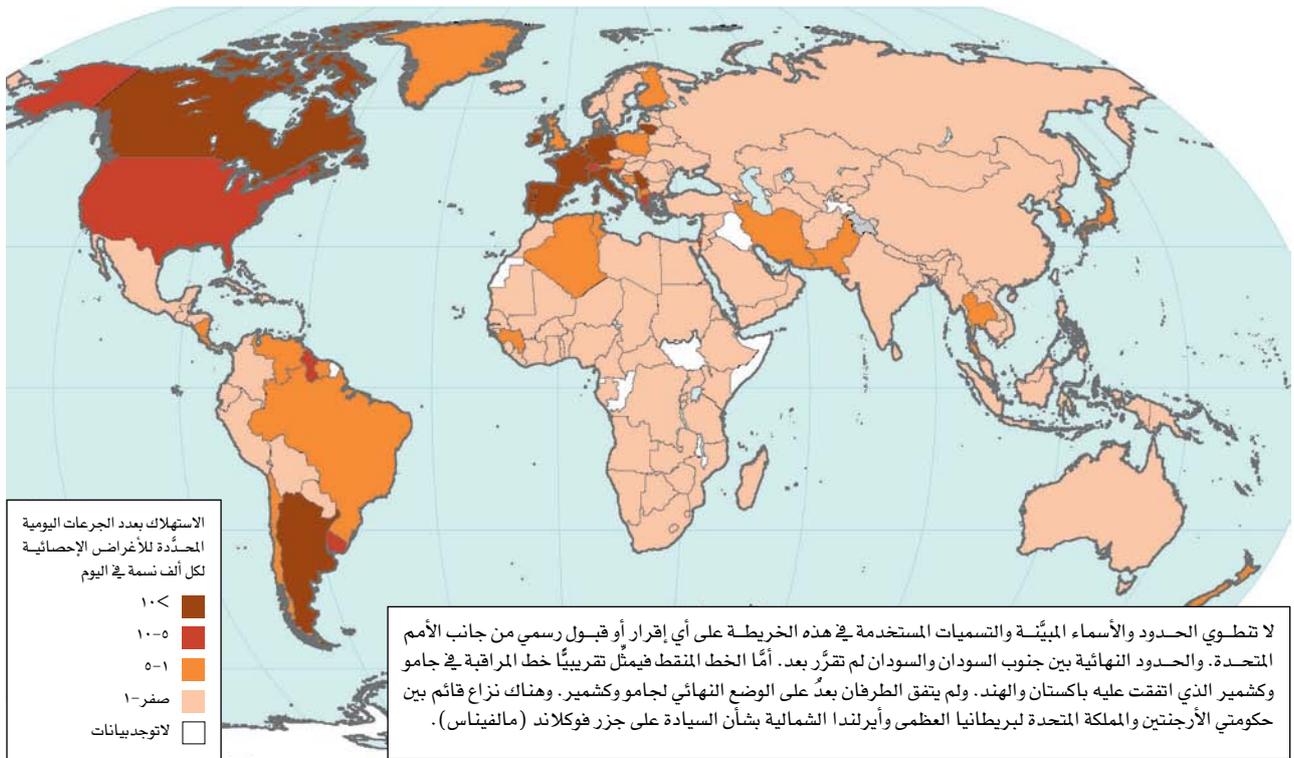
سيما بوتان وتشاد وبابوا غينيا الجديدة، التي كانت معدّلاتها أقل من ٠,٢ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية. وتبين الخريطتان ٢١ و٢٢ أدناه التغيّرات في استهلاك اللورازيبام حسب البلد.

الشكل ٥٧- متوسط الاستهلاك السنوي من اللورازيبام، الفترتان ٢٠٠٦-٢٠١١ و ٢٠١٣-٢٠١٤

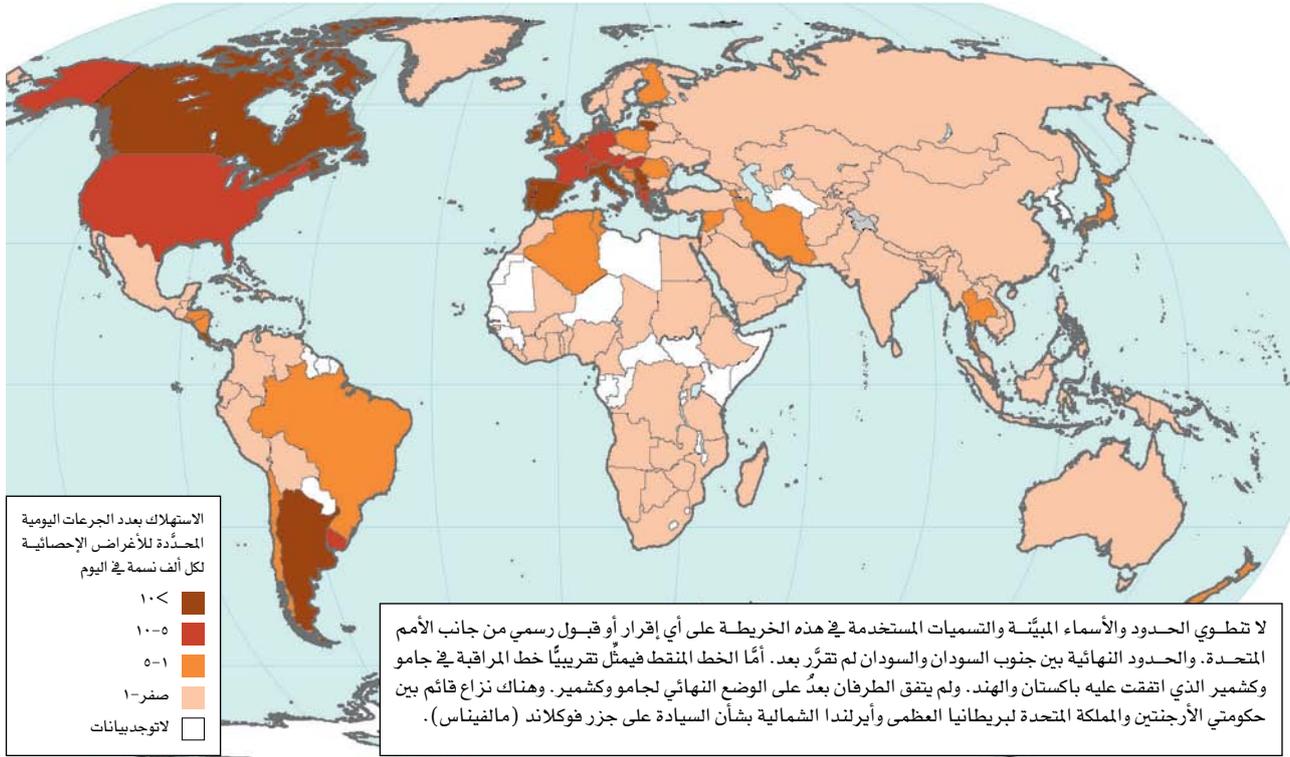


٢٢١- كما يبيّن الشكل ٥٧، انخفض أيضاً متوسط المعدّل السنوي العالمي لاستهلاك اللورازيبام بين الفترتين ٢٠٠٦-٢٠٠٤ و ٢٠١١-٢٠١٣ من ٣,٣ إلى ٢,٨ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم. غير أنّ هذا الانخفاض المحدود نسبياً (١٣,٤ في المائة) حدث نتيجة لتقلبات كبيرة في مناطق مختلفة. ففي هذه الفترة، ارتفع متوسط معدّلات الاستهلاك السنوي في القارة الأمريكية بنسبة ٣١ في المائة، في حين تراجع في جميع المناطق الأخرى، وُرصدت أعلى مستويات التراجع في أفريقيا (٥١,٤ في المائة)، وآسيا (٣٤,٥ في المائة)، وأوروبا (٢٥,٨ في المائة). ومن بين ١٣٤ بلداً قُدّمت إحصاءات أثناء الفترة ٢٠١٣-٢٠١١، سجّل ٣١ بلداً متوسط معدّلات سنوية للاستهلاك المحسوب أعلى من المتوسط العالمي. ولوحظت أعلى المعدّلات في أوروبا، تتقدمها أيرلندا (٨٥,٩ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، والبرتغال (٢٧,٧ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وإسبانيا (٢٧,٢ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية). وسجّل ثلاثة وثمانون بلداً متوسط معدّلات استهلاك سنوي أقل من جرعة واحدة يومية محدّدة لكل ألف نسمة في اليوم، منها ٤٤ سجّلت معدّلات تقل عن ٠,١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية، ولا

الخريطة ٢١- متوسط الاستهلاك الوطني للورازيبام، الفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٤



الخريطة ٢٢- متوسط الاستهلاك الوطني للورازيام، الفترة ٢٠١١-٢٠١٣

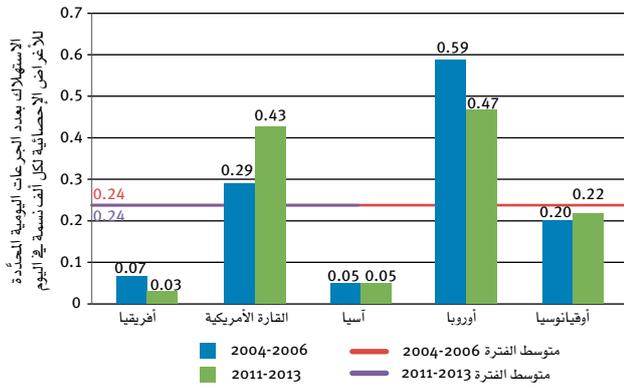


المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الميدازولام

وإقليمياً معدّلات استهلاك تفوق المتوسط العالمي البالغ ٠,٢٣٧ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية. ومن بين البلدان والأقاليم التي لديها معدّلات استهلاك أدنى من المتوسط العالمي، سجّل ٨٩ معدّلات تقل عن ٠,١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية، منها ٥١ بلداً سجّلت معدّلات تقل عن ٠,٠١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية. وتبيّن الخريطتان ٢٣ و٢٤ التغيّرات في استهلاك الميدازولام حسب البلد بين الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣.

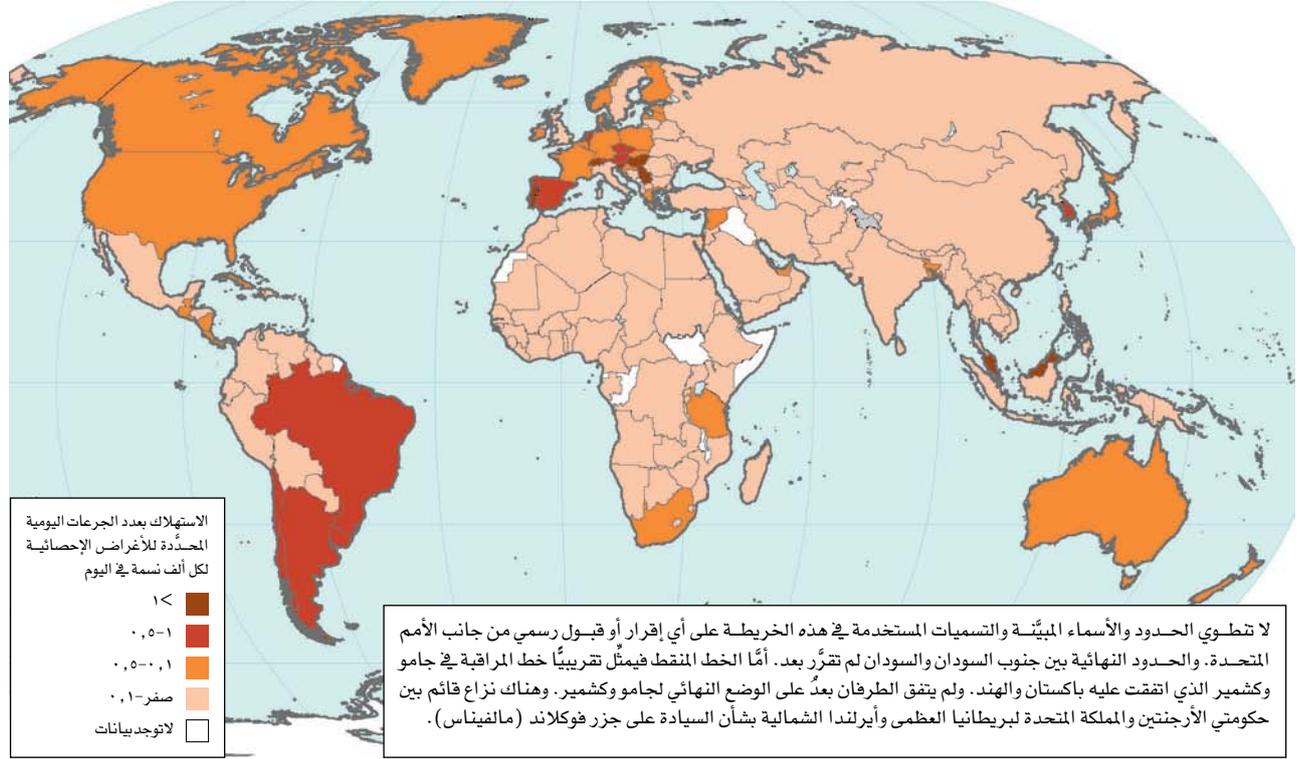
الشكل ٥٨- متوسط الاستهلاك السنوي للميدازولام، الفترتان ٢٠٠٦-٢٠١١ و ٢٠١٣-٢٠١٤



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

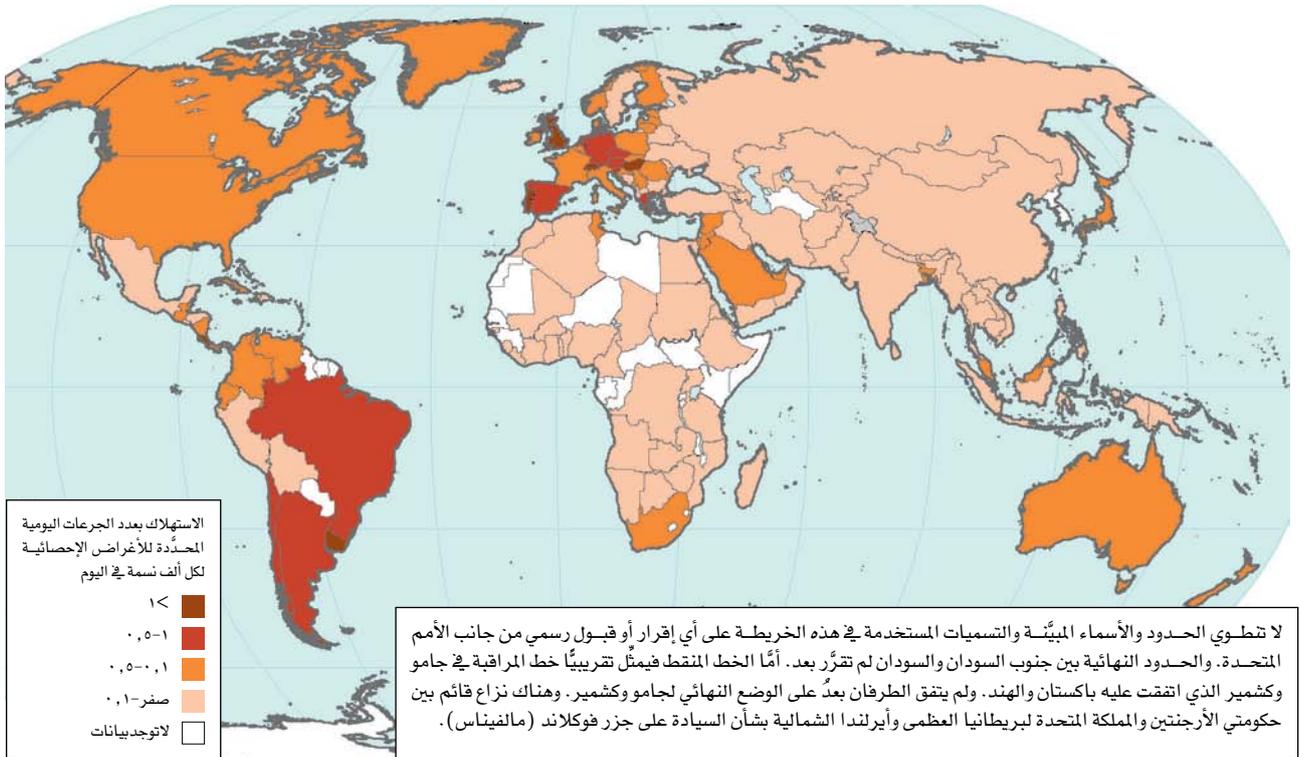
٢٢٢- انخفض متوسط المعدّلات السنوية العالمية للاستهلاك المحسوب من الميدازولام بنسبة ٠,٤ في المائة بين الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣، حيث تراجع من ٠,٢٣٨ إلى ٠,٢٣٧ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم (انظر الشكل ٥٨). وتسجّل أوروبا والقارة الأمريكية عادة أعلى معدّلات استهلاك الميدازولام. وأثناء العقد الماضي، لوحظت أكبر الزيادات في متوسط معدّلات الاستهلاك في القارة الأمريكية (٤٧,٢ في المائة). وفي الوقت نفسه، انخفضت معدّلات الاستهلاك في أفريقيا (بنسبة ٥٦ في المائة)، وأوروبا (٢٠ في المائة)، وآسيا (١٠ في المائة). وفي الفترة ٢٠١١-٢٠١٣، سجّل ثمانية بلدان وأقاليم فقط متوسط معدّلات سنوية للاستهلاك المحسوب يزيد عن جرعة واحدة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم، وهي: سويسرا (٥ جرعات يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وسانت مارتن (٢,٧ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، والبرتغال (١,٩ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وكوراساو (١,٦ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وأوروغواي (١,٥ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية) وهنغاريا (١,٤ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، وكوستاريكا (١,١ جرعة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، والمملكة المتحدة (جرعة واحدة يومية محدّدة للأغراض الإحصائية)، في حين سجّل ٣٧ بلداً

الخريطة ٢٣- متوسط الاستهلاك الوطني للميدازولام، الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

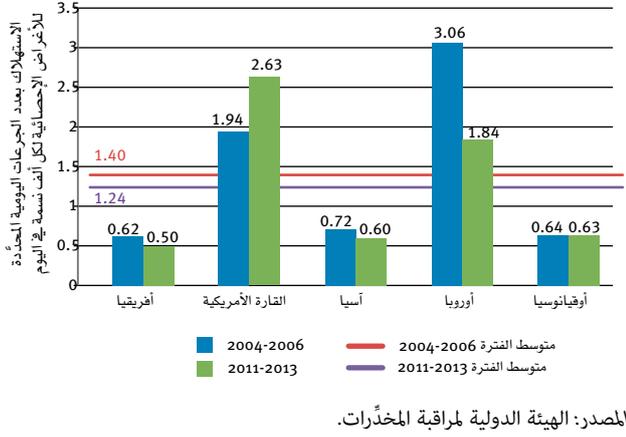
الخريطة ٢٤- متوسط الاستهلاك الوطني للميدازولام، الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

٥٩). وتبين الخريطتان ٢٥ و٣٦ أدناه التغيرات في استهلاك مضادات الصرع حسب البلد.

الشكل ٥٩- استهلاك مضادات الصرع، جميع المناطق، الفترتان ٢٠٠٦-٢٠١١ و٢٠١٣-٢٠١٤

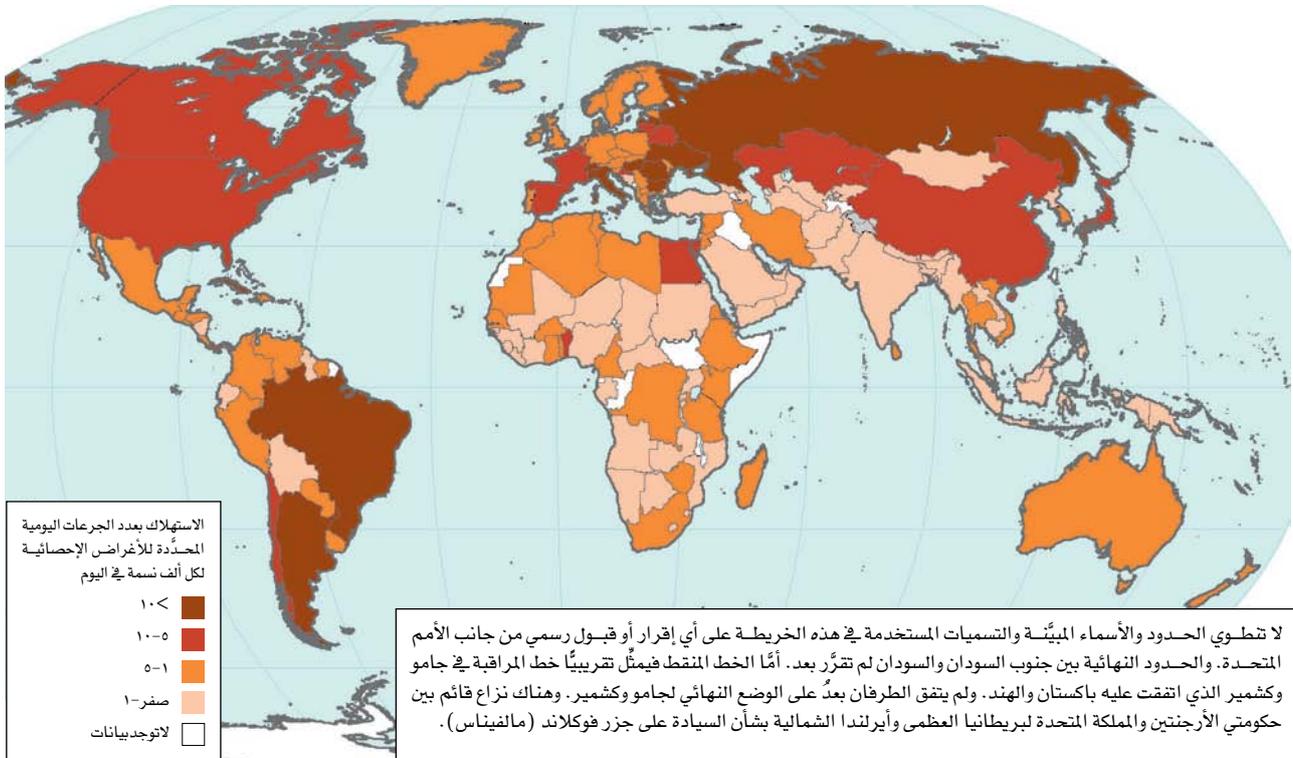


(د) توافر مضادات الصرع

٢٢٣- ترد مضادات الصرع من الباربيتورات (الفينوباربيتال) وميثيل الفينوباربيتال) ومضادات الصرع من البنزوديازيبينات (الكلونازيبام) في الجدول الرابع من اتفاقية سنة ١٩٧١. وتستخدم هذه المواد كمنومات إلى جانب استخدامها لعلاج الصرع. ويستأثر الفينوباربيتال بمجموع الاستهلاك العالمي تقريباً لمضادات الصرع في الفترة ٢٠١٣-٢٠٠٤، وهو مادة مدرجة في قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية.

٢٢٤- وأثناء تلك الفترة، تراجع مستوى الاستهلاك العالمي لمضادات الصرع في جميع المناطق باستثناء القارة الأمريكية. وعلى وجه الخصوص، سجّلت أكبر مستويات الانخفاض في أوروبا (٤٠ في المائة)، وأفريقيا (٢٠ في المائة)، وآسيا (١٦ في المائة). وفي الوقت نفسه، ظلّت معدّلات استهلاك مضادات الصرع في أوقيانوسيا تقريباً دون تغيير، إلا أنها ارتفعت في القارة الأمريكية بنسبة ٣٥ في المائة (انظر الشكل

الخريطة ٢٥- متوسط الاستهلاك الوطني لمضادات الصرع، الفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٤

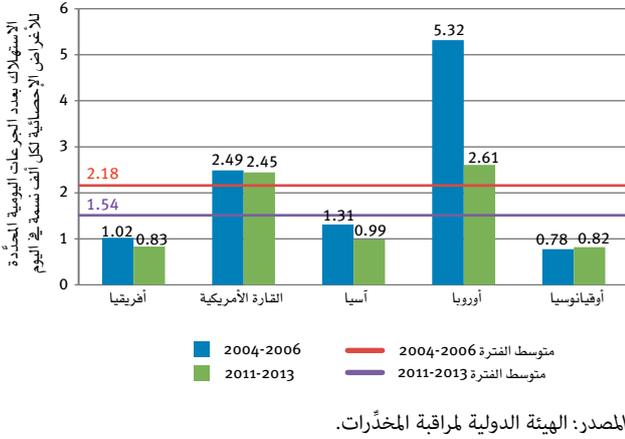


المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

المائة. ورغم هذه الاختلافات في الاتجاهات، ظلّ التوزيع الإقليمي للاستهلاك العالمي للفينوباربيتال دون تغيير في الفترة ٢٠١٣-٢٠٠٤، حيث احتفظت أوروبا والقارة الأمريكية بأعلى متوسط لمستويات الاستهلاك، تليهما آسيا وأفريقيا وأوقيانوسيا. وتبين الخريطتان ٢٧ و٢٨ أدناه التغيرات في استهلاك الفينوباربيتال حسب البلد، مقدّرة تقديراً تقريبياً على أساس قياسات متوسط الاستهلاك السنوي المحسوب (بالجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم) في الفترتين ٢٠٠٦-٢٠٠٤ و٢٠١١-٢٠١٣.

الشكل ٦١- استهلاك الفينوباربيتال، جميع المناطق، الفترتان

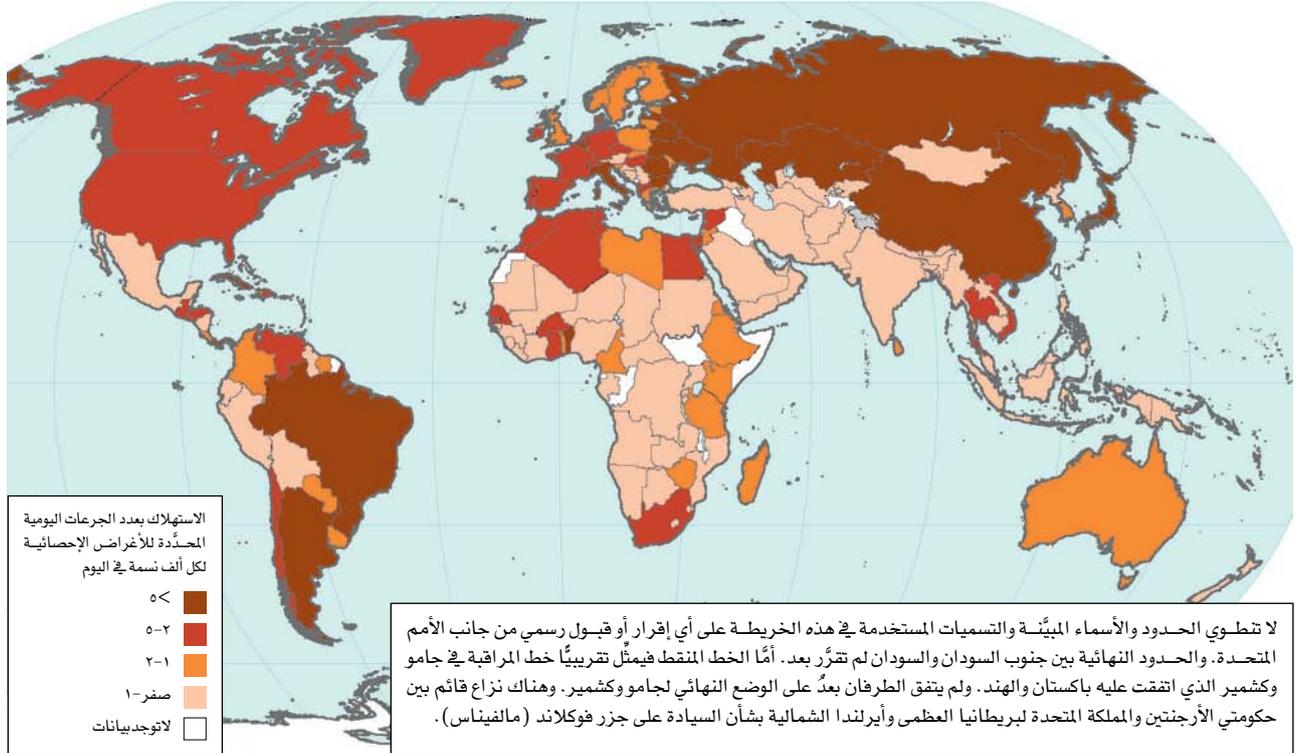
٢٠١٣-٢٠١١ و ٢٠٠٦-٢٠٠٤



الفينوباربيتال

٢٢٧- خلال الفترة ما بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠١٣، انخفض الاستهلاك العالمي للفينوباربيتال، المحسوب بالجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية لكل ألف نسمة في اليوم، بنحو ٣٠ في المائة،^(١٠) مع وجود تفاوتات إقليمية كبيرة إلى حد ما (انظر الشكل ٦١). وسجلت أوروبا والقارة الأمريكية مستويات استهلاك أعلى مقارنة ببقية العالم، في حين تراجع استهلاك الفينوباربيتال في أوروبا بنسبة ٥١ في المائة، لكنه لم ينخفض في القارة الأمريكية إلا بنسبة ٢ في المائة فقط. ومن بين جميع البلدان الأوروبية، سجلت أكبر مستويات الانخفاض في ليتوانيا وهنغاريا واليونان، بهذا الترتيب. وخلال نفس الفترة، انخفض أيضاً استهلاك الفينوباربيتال في آسيا وأفريقيا، بنسبة ٢٥ في المائة و١٨ في المائة على التوالي، في حين ارتفع في أوقيانوسيا بنسبة ٦

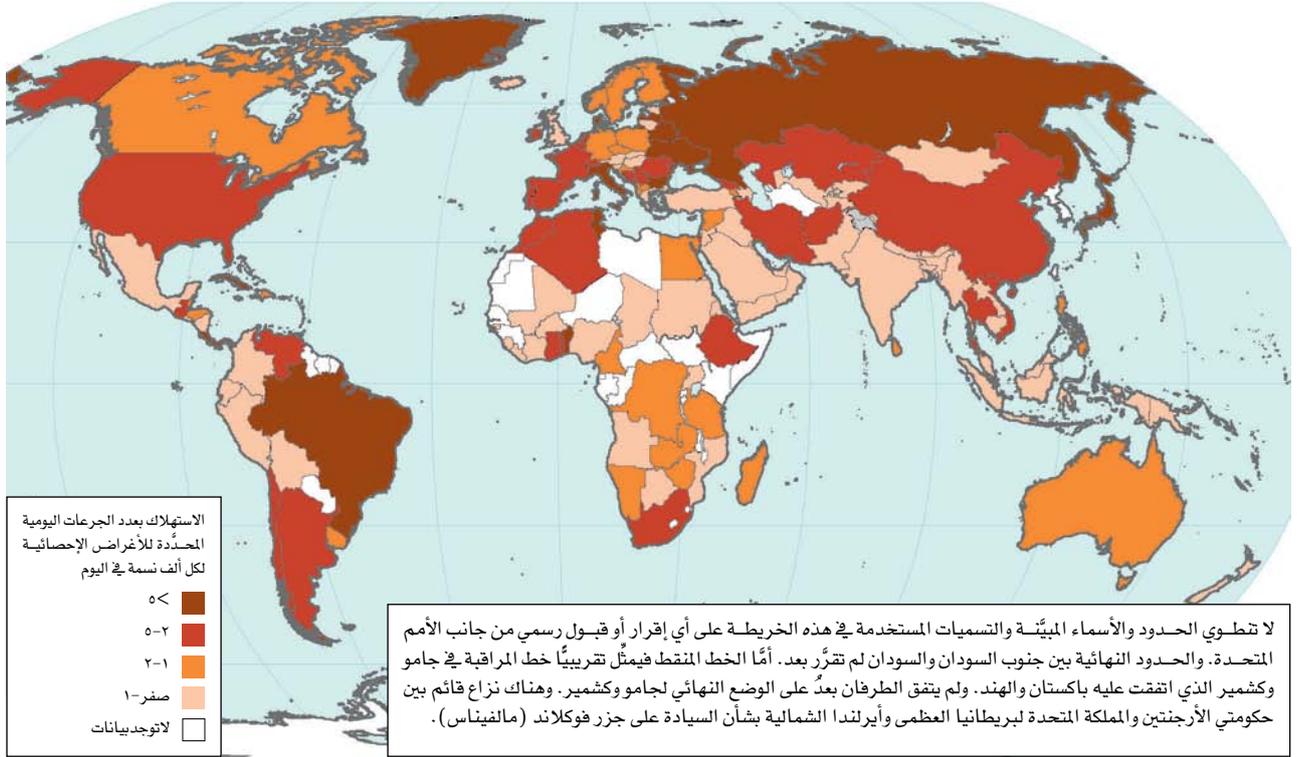
الخريطة ٢٧- متوسط الاستهلاك الوطني للفينوباربيتال، الفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٤



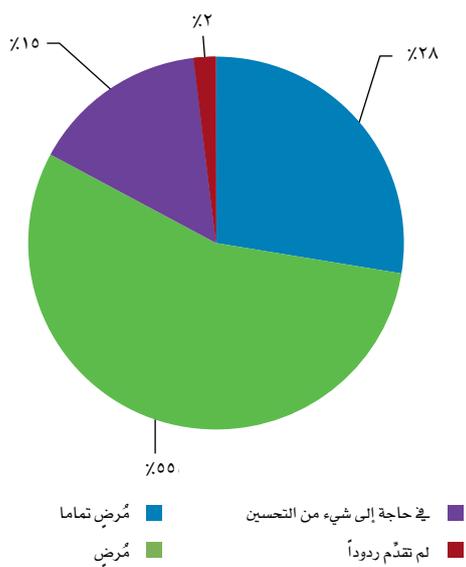
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

^(١٠) يستند الحساب إلى مقارنة بين متوسط الثلاث سنوات للفترتين ٢٠٠٦-٢٠٠٤

الخريطة ٢٨- متوسط الاستهلاك الوطني للفينو باربيتال، الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



الشكل ٦٢- توافر المؤثرات العقلية، بحسب التقييم الوارد من البلدان ذاتها، ٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

جيم- العقبات التي تحول دون توافر المؤثرات العقلية

٢٢٨- يتأثر توافر المؤثرات العقلية بعوامل اجتماعية واقتصادية مختلفة، منها (أ) هياكل نظم الرعاية الصحية وقدراتها؛ و(ب) درجة الأولوية التي توليها السلطات لتخفيف الألم والمعاناة؛ و(ج) المواقف الاجتماعية من الرعاية الصحية والعلاج الطبي، إضافة إلى القوانين واللوائح التنظيمية ذات الصلة. وحقبة الأمر أنّ توافر المواد الخاضعة للمراقبة لا يعني بالضرورة أنّها في متناول جميع المرضى الذين يحتاجونها. فإنّ إمكانية الحصول على العقاقير تحكمها في الواقع معايير وظروف أخرى تؤثر على إمكانية تخفيف آلام المرضى.

٢٢٩- واستناداً إلى الدراسة الاستقصائية الثانية بشأن توافر المواد الخاضعة للمراقبة، التي أجرتها الهيئة في عام ٢٠١٤ وأجاب عنها ١٠٧ بلدان، كان تقييم الغالبية العظمى من الحكومات للحالة في بلادها أنّها مُرضية. وكما يتبيّن من الشكل ٦٢، فقد اعتبر ما يزيد على ثلاثة أرباع البلدان أنّ حالتها مُرضية أو مُرضية تماماً (٥٥ في المائة و٢٨ في المائة على التوالي)، في حين أشار بعض الحكومات (١٥ في المائة) إلى أنّ توافر تلك المواد في بلدانها في حاجة إلى شيء من التحسين. غير أنّ الهيئة تؤدّد أنّ تفسّر هذا التقييم بشيء من الحذر.

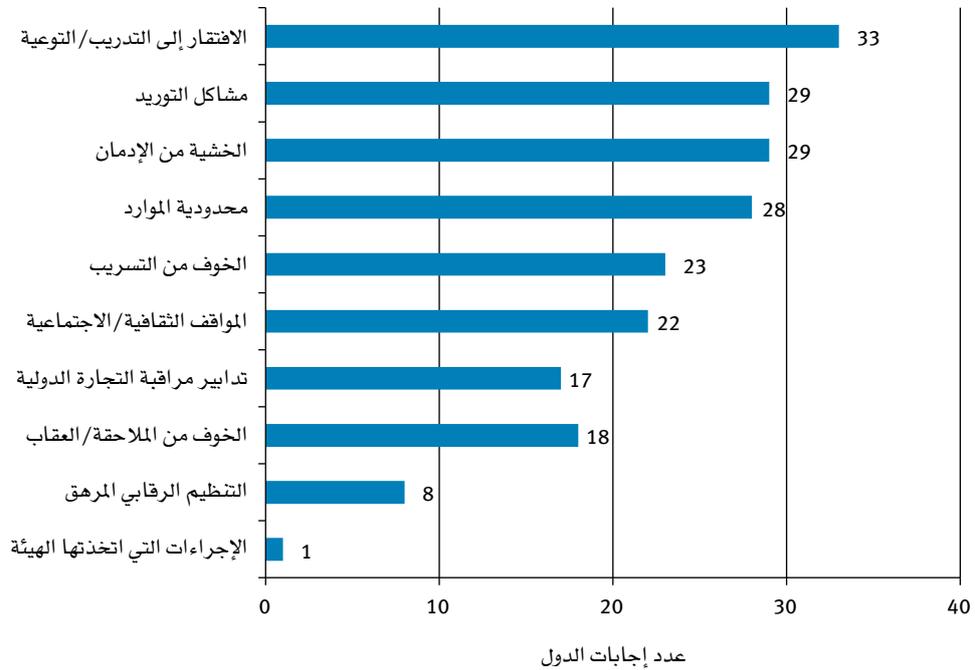
٢٣٢- كما بيّن الشكل ٦٣، كشفت دراسة الهيئة الاستقصائية لعام ٢٠١٤ بشأن توافر المواد الخاضعة للمراقبة عن العقبات الرئيسية التي تحول دون توافر هذه المواد الخاضعة للمراقبة الدولية حسب تصور الحكومات.

٢٣٣- وفيما عدا الخوف من التسريب، الذي ذُكر في سياق المخدرات أكثر مما ذُكر في سياق المؤثرات العقلية، فإن العقبة الرئيسية أمام توافر المؤثرات العقلية، كما كان الحال فيما يتعلق بالمخدرات، كانت هي عدم ملاءمة مستوى المعرفة والافتقار إلى الوعي بين اختصاصيي الرعاية الصحية فيما يتعلق بالاستخدام الرشيد لتلك المواد. وعلاوة على ذلك، فقد بيّنت الدراسة الاستقصائية أيضاً أن أقل العقبة ذكراً في إفادات البلدان المجيبة كانت هي الإجراءات التي اتخذتها الهيئة فيما يتعلق بتوافر المخدرات والمؤثرات العقلية على السواء. وهذه نتيجة إيجابية ومشجعة، تبيّن أن الهيئة لا يُنظر إليها باعتبارها عاملاً مساهماً في تقييد توافر المواد الخاضعة للمراقبة دون داع، بل إنّ العكس هو الصحيح.

٢٣٠- وعلاوة على ذلك، فإنّ توافر المواد الخاضعة للمراقبة في البلد ليس في جميع الأحوال عاملاً يُعتد به في تحديد إمكانية الحصول على تلك المواد. فهناك عوامل كثيرة يجب أخذها في الاعتبار ومعالجتها من أجل تحقيق توزيع منصف ومتوازن في جميع أنحاء البلد الجغرافية وبين جميع السكان.

٢٣١- ويتوقف مدى الاستخدام الطبي للمخدرات على عوامل كثيرة. فعلى سبيل المثال، يختار محررو الوصفات الطبية العلاج استناداً إلى فعاليته العلاجية المثبتة ومدى توافره، إضافةً إلى أمر آخر مهم وهو مدى استقرار العرض، وهو ما يتطلب إلماماً جيداً بأوضاع السوق. ومع أنّ توافر المؤثرات العقلية وإمكانية الحصول عليها لهما أثر مباشر على مستوى استهلاك تلك المواد، فإنّ تحقق هذين الأمرين لا يعني تلقائياً وجود مستوى مرتفع من الاستهلاك، نظراً لأنّ محرري الوصفات الطبية يمكن أن يختاروا بروتوكولات علاجية مختلفة تستتبع تحرير وصفات طبية تتضمن مواد أخرى (على سبيل المثال، مواد غير خاضعة للمراقبة أو مواد أرخص ثمناً). وفي هذه الحالات، يكون حصول المرضى على العلاج مكفولاً لكنه لا ينطوي على مواد خاضعة للمراقبة، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى الحدّ من توافر تلك المواد لأسباب مصطنعة.

الشكل ٦٣- العقبات التي تحول دون توافر المؤثرات العقلية، عام ٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

٢٣٤- وتؤثر قدرة النظم الصحية على الوصول إلى المرضى في إمكانية الحصول على المواد الخاضعة للمراقبة دون التأثير على توافرها (إذا توافرت مخزونات كافية في المناطق النائية). وحين تنعدم إمكانية الحصول على الدواء الآمن بطريقة ملائمة وفي الوقت المناسب فإنّ النتيجة هي ظهور الأسواق الموازية والمنتجات المزيفة، بما تشكّله من مخاطر صحية.

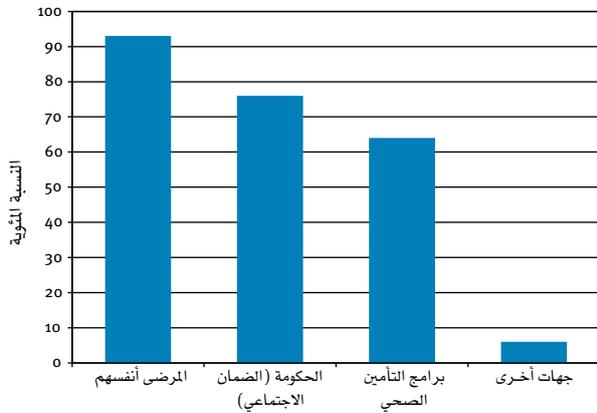
ومن الممكن أن تشكّل البيئة المحيطة بالمرضى عقبة أمام حصوله على العلاج، كما هو الحال، مثلاً، عندما تنعدم الهياكل الصحية اللازمة (المستشفيات أو العيادات أو الصيدليات) في بعض مناطق البلد، أو إذا كانت أقرب المرافق الصحية بعيدة جداً بحيث يتعذر الوصول إليها، كما هو شائع للأسف في بعض المجتمعات الريفية في البلدان النامية.

٢٤٢- ومن الواضح أن التكلفة هي إحدى العقبات الرئيسية أمام الحصول على العلاج الطبي؛ ومن ثم، فقد يكون العلاج متاحاً، ولكنه ليس في متناول من هم في أمس الحاجة إليه. وعلاوة على ذلك، فقد تتوقف إمكانية الحصول على الأدوية، عند توافرها، على عوامل أخرى، مثل هيكل الرعاية الصحية نفسه. وقد أشار ٢٨ بلداً (٣٧ في المائة) إلى المسائل المالية باعتبارها عقبة محتملة أمام توافر المؤثرات العقلية. وفي الواقع، يمكن أن تؤثر محدودية الموارد المالية المتاحة على اختيار الأدوية المراد شراؤها، ويمكن أن تُعطي الأولوية للمواد التي تُعتبر أساسية (مثل المضادات الحيوية).

٢٤٣- وعلاوة على ذلك، يتوقف توافر المؤثرات العقلية أيضاً على قدرة المرضى على تحمّل تكلفتها. ويؤدي وجود الضمان الاجتماعي أو برامج التأمين الصحي الوطنية دوراً بالغ الأهمية في هذا السياق. وفي الردود على السؤال بشأن الجهة التي تدفع تكلفة العلاج الطبي الذي يحتوي على المؤثرات العقلية الموصوفة، جاء المرضى في المرتبة الأولى (٨٩ في المائة) تليهم الحكومة (٧٣ في المائة) ثم برامج التأمين الصحي (٦٢ في المائة) (انظر الشكل ٦٤).

الشكل ٦٤- من يتحمل تكاليف المؤثرات العقلية الموصوفة؟ عام

٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

٢٤٤- أُشير أيضاً إلى أن المواقف الثقافية والاجتماعية إزاء استخدام المؤثرات العقلية تؤدي دوراً أساسياً في تقييد استخدام تلك المواد.

٢٤٥- ومن شأن تحسين وعي اختصاصيي القطاع الصحي بمفهوم استخدام المؤثرات العقلية ووصفها بطريقة رشيدة أن يسهم إسهاماً كبيراً في التغلب على القيود المفروضة على الاستخدام من جرّاء الخشية من الإدمان. وتبيّن دراسة الهيئة الاستقصائية أن نسبة كبيرة (٧٥ في المائة) من البلدان الـ ٥٨ التي اتخذت تدابير لزيادة الوعي بين اختصاصيي القطاع الصحي، لم تُشر إلى الخشية من الإدمان باعتبارها عقبة أمام التوافر (انظر الشكل ٦٥).

٢٣٥- وفي البلدان النامية، حيث يتوقف توافر الأدوية على عوامل اقتصادية لا على الاحتياجات الطبية الحقيقية، قد لا تُولى الرعاية الصحية العقلية الأولوية التي تستحقها. وعلاوة على ذلك، فقد أُشير أيضاً إلى المواقف الثقافية إزاء الاضطرابات والأمراض العقلية والخشية من الإدمان باعتبارها عقبات تحول دون استهلاك المؤثرات العقلية. ويؤدي انخفاض مستوى وصف تلك المواد من جانب اختصاصيي القطاع الصحي إلى الحد من الرغبة في صنعها أو استيرادها.

٢٣٦- وفي بعض الحالات، كثيراً ما يُضطر الموزعون إلى الامتناع عن الاحتفاظ بمخزونات كبيرة بسبب المعلومات المضللة وسوء الفهم فيما يتعلق بالمواد الخاضعة للمراقبة، إضافة إلى الخوف من الملاحقة بسبب تخزين تلك المواد.

٢٣٧- وكانت أكثر العقبات ذكراً هي الافتقار إلى الوعي بين اختصاصيي القطاع الصحي بشأن مفهوم الاستخدام الرشيد للمؤثرات العقلية. وقد تكون هذه العقبة نتيجة للافتقار إلى التدريب والمعرفة بشأن هذه المسألة، ومن شأنها أن تُسهم إسهاماً كبيراً في الحد من مستويات وصف تلك المواد.

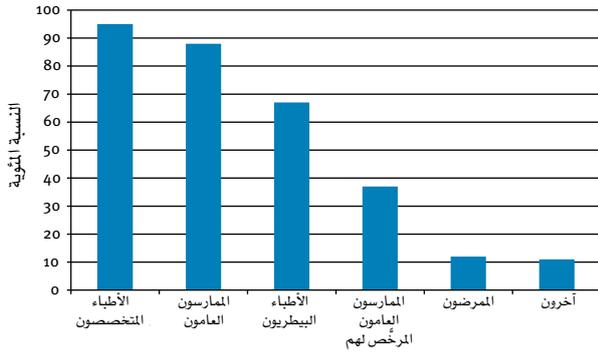
٢٣٨- وفي عدة بلدان، يمكن أن يؤدي الافتقار إلى المعرفة بين اختصاصيي القطاع الصحي إلى شواغل غير مبررة بشأن وصف هذه المواد واستخدامها وإمكانية الارتهاان لها. وكما هو الحال فيما يتعلق بالمخدرات، فإنّ عدم إيلاء الاهتمام الكافي لوصف المؤثرات العقلية واستخدامها على نحو رشيد في المقررات الدراسية في كليات الطب يمكن أيضاً أن يكون من بين العوامل. ومن ثم، قد يحرر الأطباء وصفات طبية بالمواد التي يكونون أكثر إلماماً بها، وعلى وجه الخصوص مواد لا تكون خاضعة للمراقبة الدولية.

٢٣٩- ووفقاً للردود على دراسة الهيئة الاستقصائية، تشمل المقررات الدراسية التي يدرسها ممارسو المهن الطبية في ٦٦ بلداً وصف المؤثرات العقلية واستخدامها بطريقة رشيدة. وبالإضافة إلى ذلك، أفاد ٥٨ بلداً بأنها تنفذ تدابير لزيادة وعي اختصاصيي القطاع الصحي بأفضل الممارسات فيما يخص وصفات المؤثرات العقلية.

٢٤٠- وعلاوة على ذلك، أشار ٣٩ في المائة (٢٩ بلداً) من بين البلدان المجيبة، إلى الخشية من الإدمان باعتبارها عقبة أمام توافر المؤثرات العقلية، الأمر الذي يجعلها من أكثر العقبات ذكراً في الدراسة الاستقصائية لعام ٢٠١٤.

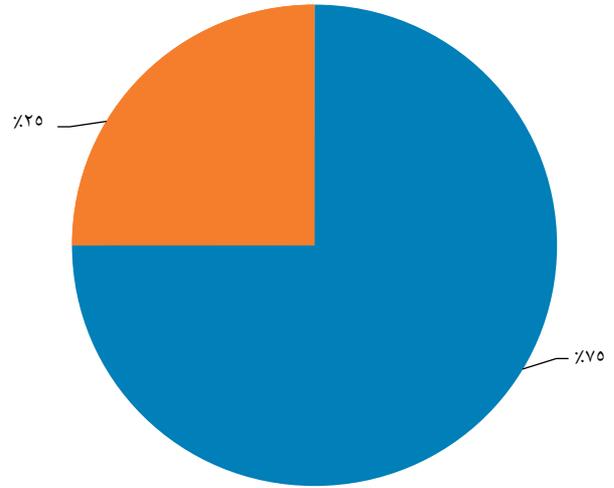
٢٤١- وكما لوحظ في حالة المخدرات، يبدو أنّ الخشية من إدمان المؤثرات العقلية يُعزى إلى الافتقار إلى الوعي والتدريب بين اختصاصيي القطاع الصحي، وكذلك بالمواقف الثقافية والتصورات الخاطئة.

الشكل ٦٦- محرورو وصفات المؤثرات العقلية، عام ٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

الشكل ٦٥- الإبلاغ عن الخشية من الإدمان بين البلدان التي نفذت تدابير توعوية، عام ٢٠١٤



■ بلدان لم تبلغ عن الخشية من الإدمان
■ بلدان أبلغت عن الخشية من الإدمان

المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

من أصل ٨٣ من البلدان المجيبة أفاد بوجود عقوبات في حال التقصير في حفظ السجلات.

٢٤٨- ومن أصل ١٠٢ من البلدان المجيبة، يشترط ٦٦ في المائة قانوناً على محرري الوصفات الطبية الاحتفاظ بسجلات لوصفات المؤثرات العقلية. ويمكن أن يتني هذا عن تخزين هذه المواد وذلك بسبب تكاليف الإجراءات وطول مدتها، وربما الخوف من الملاحقة والعقوبات.

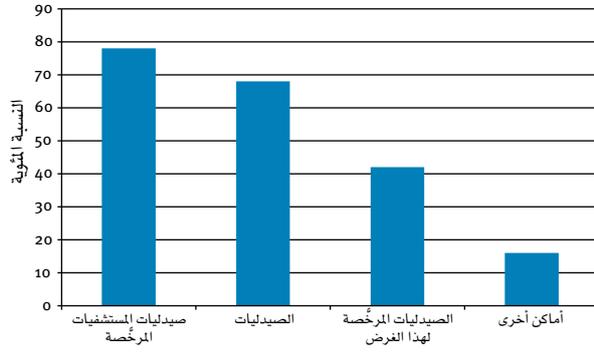
٢٤٩- وكما يتضح من الشكل ٦٦، يتمتع الممارسون العامون والمتخصصون بقدر من السلطة يكاد يكون متطابقاً فيما يخص وصف المؤثرات العقلية. وفي نسبة كبيرة من البلدان المجيبة، لا يُسمح للمرضين والممرضات بتحرير وصفات طبية تتضمن مؤثرات عقلية، الأمر الذي قد يُمثل عقبة أمام التوافر، ولا سيما في المناطق الريفية التي لا يوجد بها سوى نظم وهياكل بسيطة للرعاية الصحية.

٢٥٠- يمكن أن يكون انخفاض مستويات الحصول على المؤثرات العقلية ناتجاً أيضاً عن وجود قواعد مفردة التقييد فيما يخص شبكات التوزيع وبرتوكولات الصرف. وقد يكون لفترات صلاحية الوصفات الطبية التي تتضمن مؤثرات عقلية دورها في هذا المجال، وكذلك القيود المفروضة على إعادة صرف الأدوية الموصوفة أو عدم المرونة في هذا الصدد، لا سيما وأن العلاج الذي يشمل مؤثرات عقلية يمكن في كثير من الأحيان أن يدوم سنوات. وفي هذا السياق، أفاد ٢٦

٢٤٦- قد تمتنع البلدان عن صنع المواد الخاضعة للمراقبة أو استيرادها أو عن الأمرين معا من أجل تلافي تسريبها إلى الأتجار غير المشروع وشبكات إساءة الاستعمال. ومن بين ٧٥ بلداً مجيباً، ذكر ٢٦ بلداً تسريب المؤثرات العقلية باعتباره عقبة أمام توافر تلك المواد. وعلاوة على ذلك، فإن ظهور الأسواق غير الخاضعة للتنظيم الرقابي والأسواق الموازية التي تُباع فيها المؤثرات العقلية يمكن أن يسهم أيضاً إسهاماً كبيراً في الخوف من التسريب. وقد يرفض المرضى في بعض الأحيان علاجاً يحتوي على مؤثرات عقلية، حيث يمكن أن يخشوا الآثار الجانبية المحتملة، كما يمكن أن يساورهم القلق إزاء وصمة العار التي تقترن باستخدام هذه المواد.

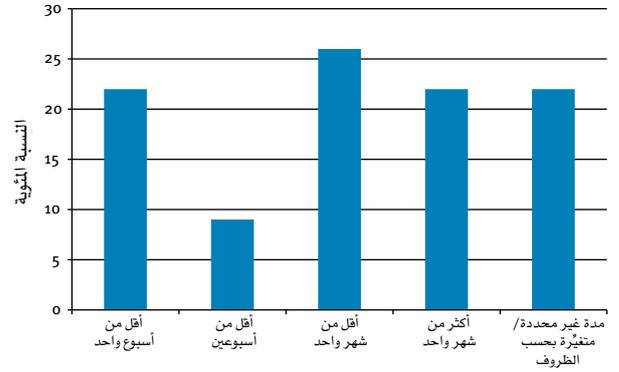
٢٤٧- ومن بين العقبات الرئيسية في نظر البلدان المجيبة العبء الذي تفرضه بعض الأطر الإدارية الداخلية فيما يخص تنظيم استخدام المواد الخاضعة للمراقبة ومختلف القواعد والأنظمة المتعلقة بالتجارة الدولية في هذه المواد، فضلاً عن الخوف من الملاحقة أو العقوبات التي تقترن في الأذهان بالتعامل مع المواد الخاضعة للمراقبة. وقد تكون هذه التدابير متعلقة بالتجارة الدولية في المؤثرات العقلية وشبكات التوزيع الداخلية (الوصفات الطبية وصرفها). وقد وجدت الدراسة الاستقصائية أنه من أصل ٣٧ بلداً أفادت باتخاذ تدابير تشريعية أو إجراءات تنظيمية في السنوات العشر الماضية بهدف زيادة توافر المؤثرات العقلية للأغراض الطبية، رصد ٣٥ بلداً زيادة في الاستهلاك، المعبر عنه بعدد الجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية منذ الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٩. غير أن ٧٥ بلداً

الشكل ٦٨- المرافق المسموح لها بصرف وصفات المؤثرات العقلية، عام ٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

الشكل ٦٧- الحد الأقصى لفترة صلاحية الوصفات الطبية التي تتضمن مؤثرات عقلية، عام ٢٠١٤



المصدر: استقصاء الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات لعام ٢٠١٤.

٢٥٣- وأخيراً، ذكر بلد واحد فقط الإجراءات التي اتخذتها الهيئة باعتبارها عقبة أمام توافر المؤثرات العقلية. وفي حين أن الغالبية العظمى من البلدان ملّمة بإجراءات إعداد وتقديم وتعديل تقييمات احتياجاتها الطبية من المؤثرات العقلية (٩٨ في المائة)، وأن أكثر من ٨٠ في المائة من البلدان المجيبة تستخدم المواد التدريبية الصادرة عن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، وكذلك المبادئ التوجيهية المشتركة الصادرة عن الهيئة ومنظمة الصحة العالمية بشأن إعداد التقديرات، فقد اقترحت بعض السلطات المجيبة إجراءات يمكن أن تتخذها الهيئة في سبيل الإسهام في تحسين توافر المؤثرات العقلية، ومنها تدريب السلطات الوطنية المختصة وتزويدها بالمعلومات.

في المائة من البلدان بأن فترة صلاحية الوصفات الطبية مدتها شهر واحد أو أقل. وجاءت فترة أسبوع واحد في المرتبة الثانية بين أكثر فترات الصلاحية ذكراً (٢٢ في المائة) (انظر الشكل ٦٧).

٢٥١- أفادت الدول الأعضاء بأن صرف المؤثرات العقلية يتم في معظمه عن طريق الصيدليات المرخصة في المستشفيات أو الصيدليات العادية. وأفاد أقل من نصف البلدان المجيبة بأن المؤثرات العقلية تُصرف في صيدليات مرخصة خصيصاً لهذا الغرض (انظر الشكل ٦٨).

٢٥٢- يمكن أن تحد القيود المفروضة على عدد الصيدليات المسموح لها بصرف المؤثرات العقلية من توافر هذه العقاقير، ولو لم تكن تلك القيود بنفس مستوى صرامة القيود المفروضة على صرف المخدرات.

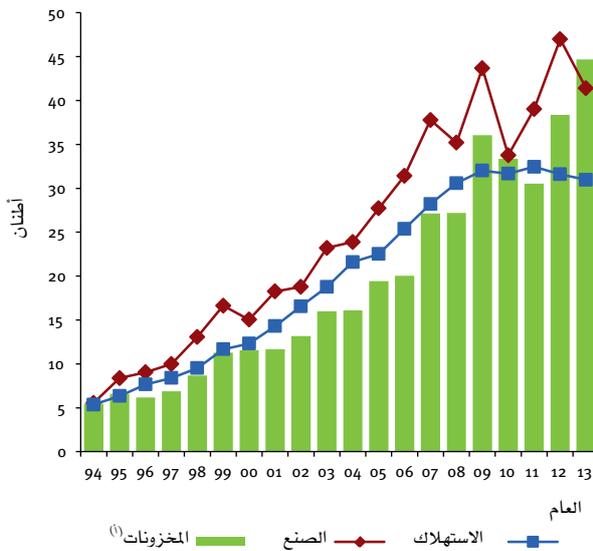
الفصل الرابع

توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية من أجل علاج الارتهان لشبائه الأفيون

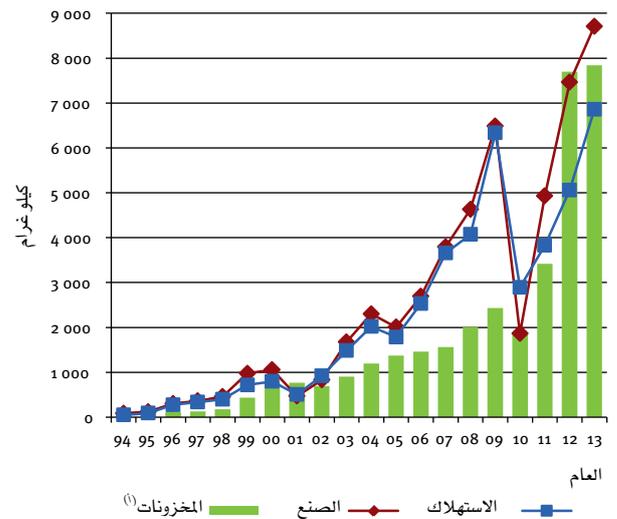
٢٥٥- ويُشير تحليل الاتجاهات المتعلقة باستهلاك المادتين وصنعهما وتخزينهما إلى زيادة مطردة على مدى العشرين عاماً الماضية. فقد شهد صنع البوبرينورفين زيادة مطردة على الصعيد العالمي (باستثناء عام ٢٠١٠ عندما حدث انخفاض حاد)، حيث وصل إلى ذروته في عام ٢٠١٣ إذ بلغ ٨,٧ أطنان. وبالمثل، شهد صنع الميثادون أيضاً زيادة مطردة على الصعيد العالمي في الفترة نفسها، مع بعض التقلبات، وانخفض انخفاضاً طفيفاً في عام ٢٠١٣ إلى ٤١,٤ طنناً (أقل من إنتاج عام ٢٠١٢ بمقدار ٥,٥ أطنان) (انظر الشكلين ٦٩ و ٧٠). وكما ذكر فيما يتعلق بالمسكنات شبه الأفيونية الأخرى، يبدو أنه لا إشكال في عرض هذه المواد.

٢٥٤- يُستخدم الميثادون والبوبرينورفين في علاج الألم، إلا أنهما يُستخدمان أيضاً على نطاق واسع في علاج الارتهان لشبائه الأفيون. وفي بعض البلدان، تُستخدم مواد أخرى خاضعة للمراقبة، مثل الأفيون وصيغ الأفيون، والهيريون والمورفين لعلاج الارتهان لشبائه الأفيون. ولا توضّح البيانات التي قدّمتها البلدان إلى الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات غرض الاستخدام، إلا أن تقديرات استهلاك الميثادون والبوبرينورفين تُقدّم أساساً فيما يتعلق ببرامج العلاج من الارتهان لشبائه الأفيون.

الشكل ٧٠- صنع الميثادون واستهلاكه ومخزونه على الصعيد العالمي، الفترة ١٩٩٤-٢٠١٣



الشكل ٦٩- صنع البوبرينورفين ومخزونه والمبلغ عنها، الفترة ١٩٩٤-٢٠١٣

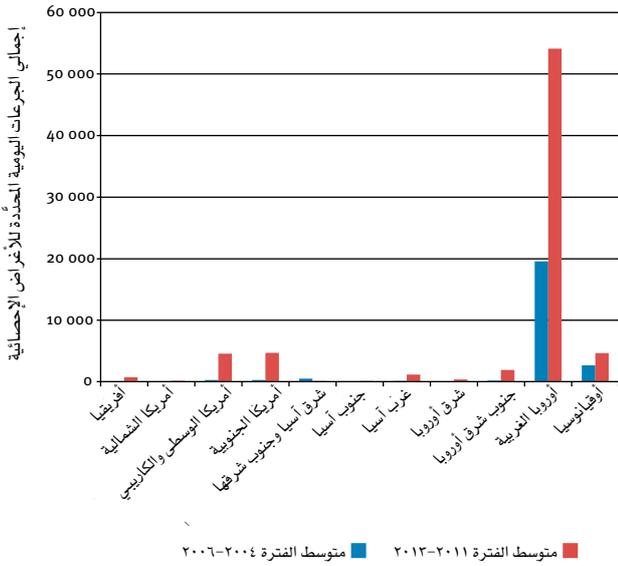


المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات
 (١) المخزونات في ٣١ كانون الأول/ديسمبر من كل عام؛ وقد قُدمت البيانات على أساس طوعي، ولذا فقد تكون غير كاملة.

المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات
 ملحوظة: الاستهلاك العالمي المحسوب تقريباً على أساس البيانات الإحصائية المقدّمة من الحكومات.
 (١) المخزونات في ٣١ كانون الأول/ديسمبر من كل عام.

تعاطي المواد الأفيونية، محدوداً أو منعماً. ويُعزى ذلك في بعض الأحيان إلى السياسات الحكومية التي لا تفر بفعالية هذا النوع من الخدمات في علاج الارتهاان لشبابه الأفيون، أو إلى المقاومة السياسية والثقافية، أو ببساطة، إلى تقاعس السلطات المسؤولة أو عجزها عن إدراك كنه المشكلة. وفي الدراسة الاستقصائية التي أجرتها الهيئة في عام ٢٠١٤، أشار ٦٧ في المائة من البلدان إلى أنها تستخدم المخدرات في العلاج الإبدالي من إدمان المخدرات.

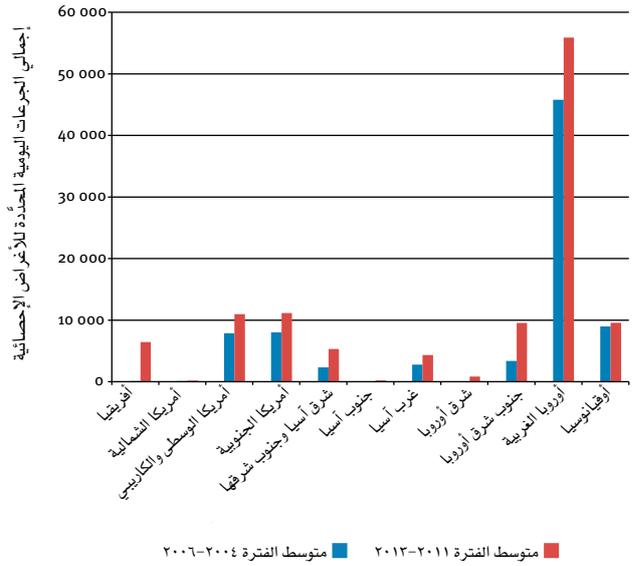
الشكل ٧٢- التغيرات في استهلاك البوبرينورفين بين الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

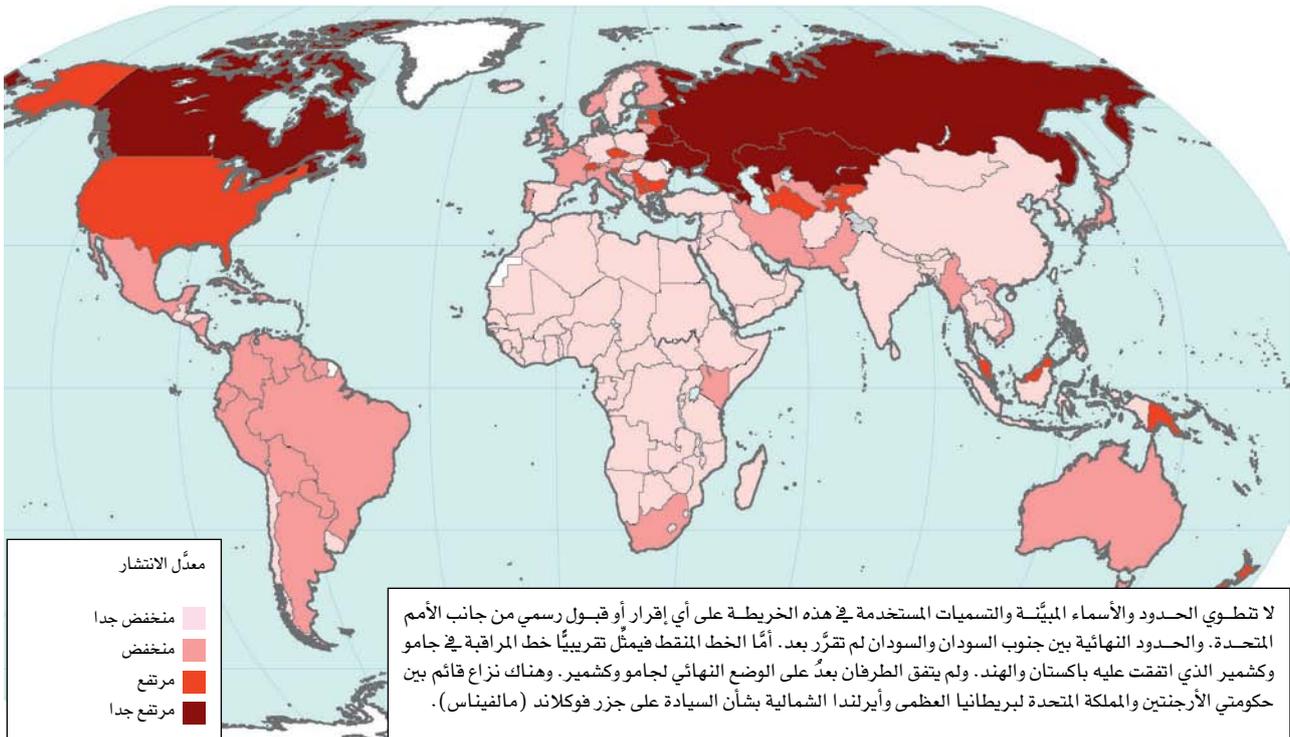
٢٥٦- غير أن هناك اختلافات كبيرة في أنماط الاستهلاك على الصعيد العالمي، على النحو المبين في الخرائط ٢٩ إلى ٣٣. ففي بعض الحالات، يُعزى اختلاف مستويات الاستهلاك (المعبر عنها بالجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية، انظر الشكلين ٧١ و ٧٢) إلى وجود متعاطي المخدرات بالحقن أو عدم وجودهم. وفي حالات أخرى، وعلى الرغم من وجود تلك الظاهرة (ومدى انتشارها)، يبدو استهلاك الميثادون والبوبرينورفين، وكذلك وجود خدمات العلاج الإبدالي من

الشكل ٧١- التغيرات في استهلاك الميثادون بين الفترتين ٢٠٠٤-٢٠٠٦ و ٢٠١١-٢٠١٣



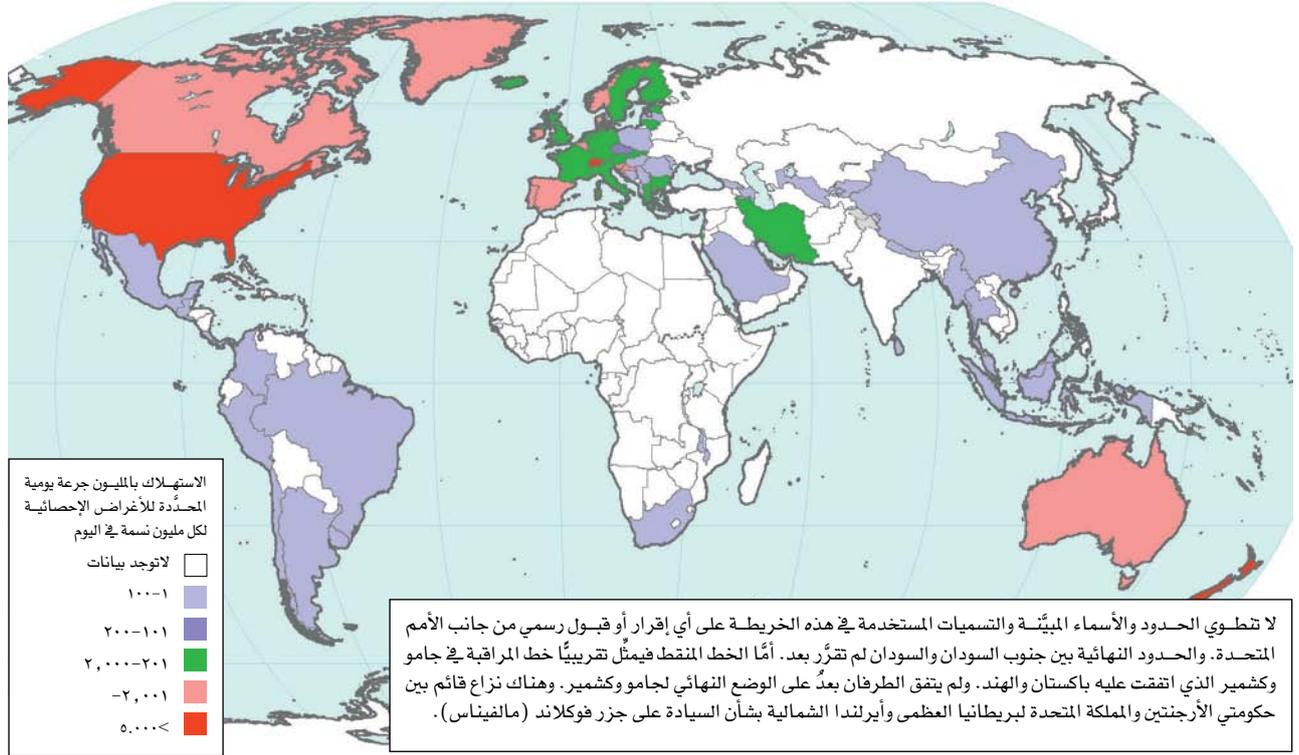
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الخريطة ٢٩- معدّل انتشار متعاطي المخدرات بالحقن، عام ٢٠١٣

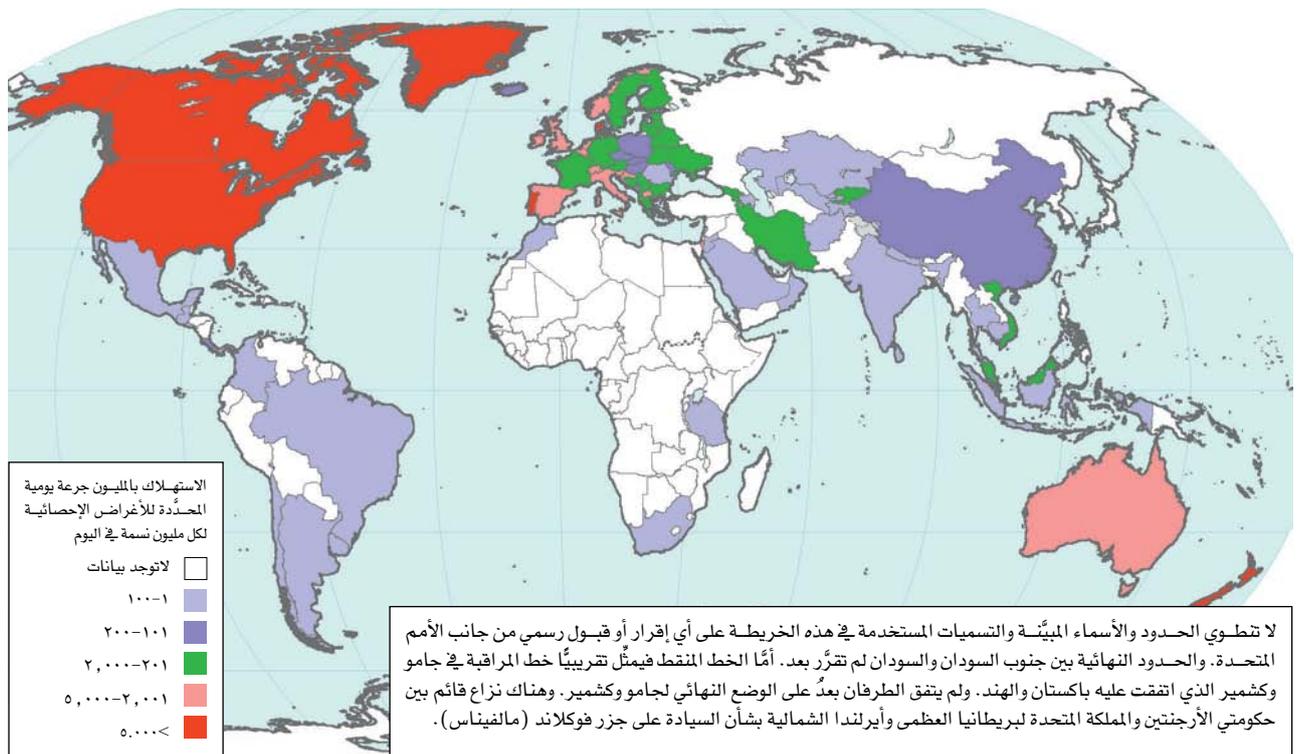


المصدر: مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

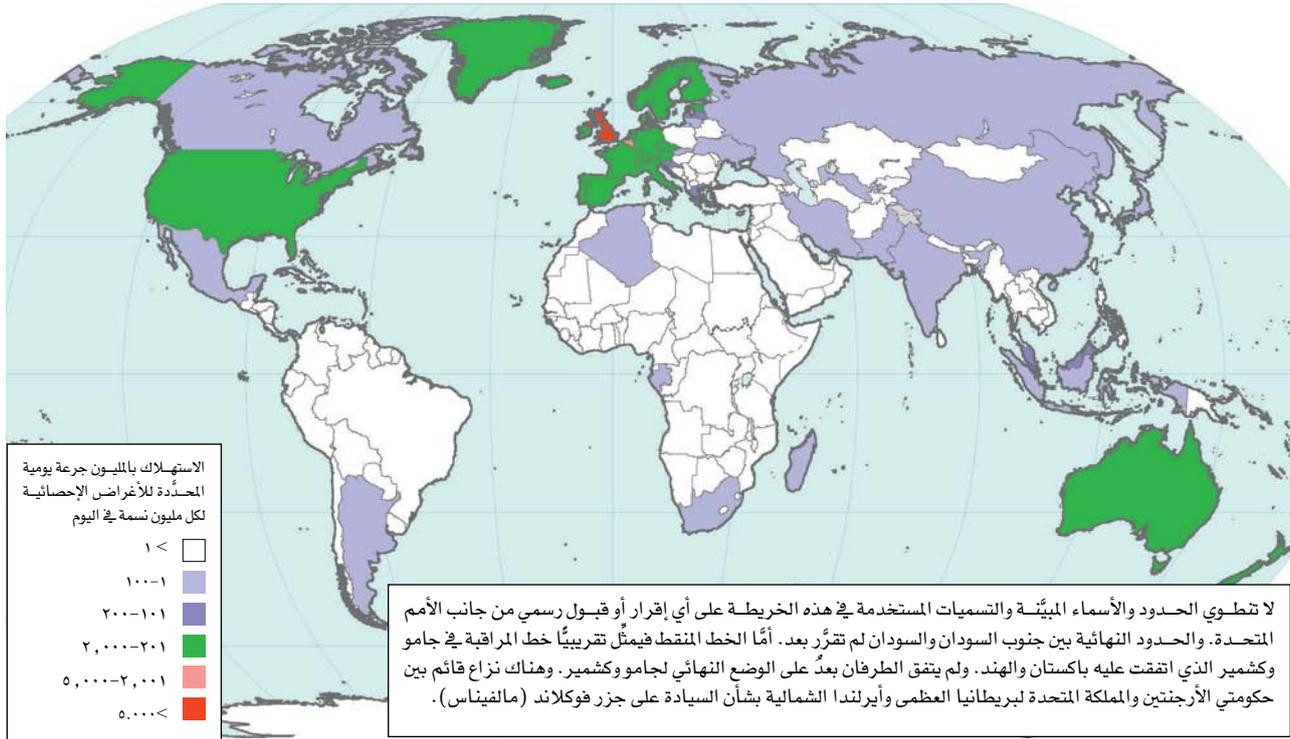
الخريطة ٣٠- استهلاك الميثادون، الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦



الخريطة ٣١- استهلاك الميثادون، الفترة ٢٠١١-٢٠١٣

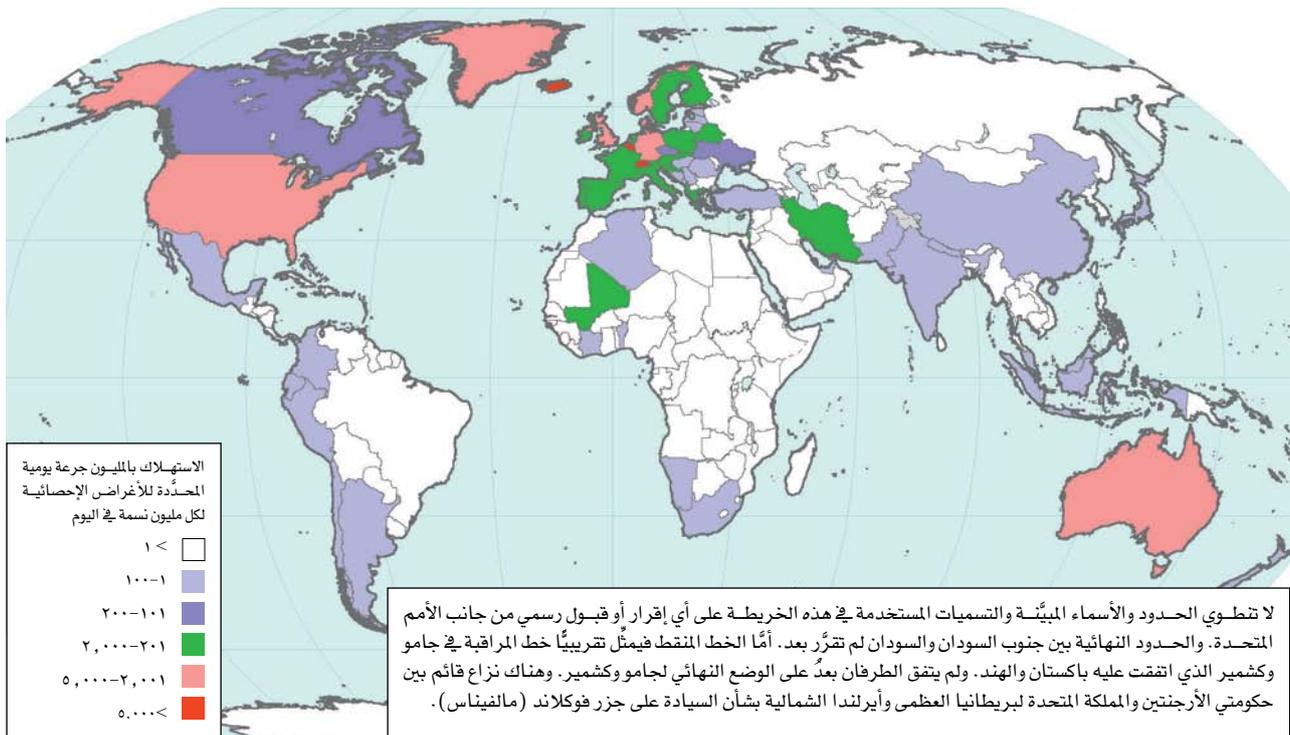


الخريطة ٣٢- استهلاك البوبرينورفين، الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٦



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

الخريطة ٣٣- استهلاك البوبرينورفين، الفترة ٢٠١١-٢٠١٣



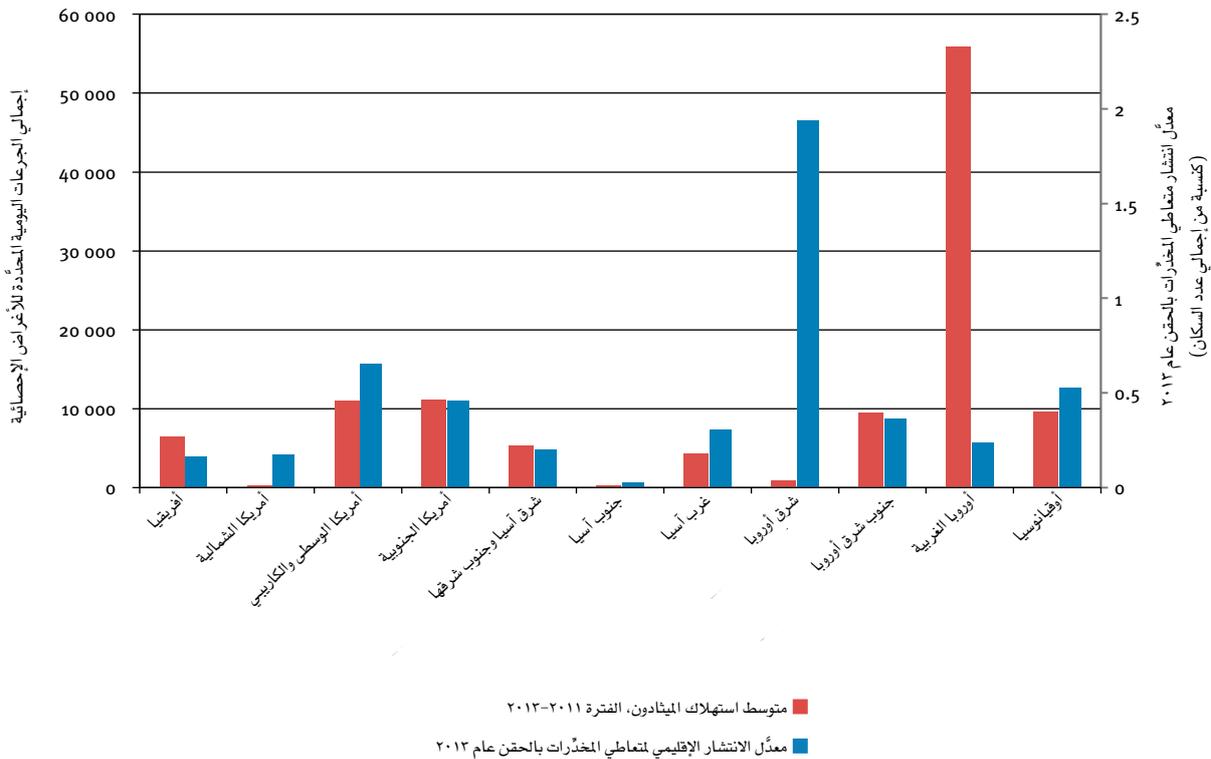
المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.

لأنَّ معدَّل انتشار متعاطي المخدَّرات بالحقن في المنطقة منخفض نسبياً.

٢٥٨- تُشير المقارنة بين مستويات استهلاك الميثادون ومعدَّل انتشار متعاطي المخدَّرات بالحقن في مختلف المناطق إلى اختلال التوازن في هذا الصدد في أوروبا الشرقية (انظر الشكل ٧٣). فكما دُكر سابقاً، فإنَّ بعض بلدان تلك المنطقة لا تقرُّ استخدام الميثادون. وفي أوروبا الغربية، يبدو أنَّ هناك مستوى مرتفعاً للغاية من استهلاك الميثادون، على الرغم من انخفاض معدَّل انتشار متعاطي المخدَّرات بالحقن. وقد يرجع ذلك إلى أنَّ خدمات العلاج الإبدالي من تعاطي شبائه الأفيون المقدَّمة في المنطقة تصل إلى عدد كبير من متعاطي المخدَّرات بالحقن.

٢٥٧- فيما يخصُّ الميثادون، من المهم ملاحظة زيادة الاستهلاك في أفريقيا وجنوب شرق أوروبا، وهي زيادة ناشئة عن توسيع نطاق خدمات العلاج الإبدالي من تعاطي شبائه الأفيون في بعض البلدان في تينك المنطقتين. أمَّا فيما يخصُّ البوبرينورفين، فقد سجَّلت زيادة كبيرة في استهلاكه في أوروبا الغربية. وقد تكون زيادة استهلاك البوبرينورفين المسجَّلة في بعض المناطق نتيجة لعوامل مختلفة منها: حملات التسويق المكثَّفة من جانب الشركات المنتجة؛ وسهولة الحصول على البوبرينورفين نسبياً نتيجة كون نظام المراقبة المفروض بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١ أقل صرامة مقارنة باتفاقية سنة ١٩٦١ (التي يخضع الميثادون بموجبها للمراقبة)؛ وتزايد استخدام البوبرينورفين لتخفيف الألم. وفي أمريكا الوسطى والجنوبية، يُستخدم الميثادون في علاج الألم وليس في العلاج الإبدالي لشبائه الأفيون، نظراً

الشكل ٧٣- المقارنة بين استهلاك الميثادون، في الفترة ٢٠١١-٢٠١٣، ومعدَّل انتشار متعاطي المخدَّرات بالحقن، عام ٢٠١٣



المصدر: الهيئة الدولية لمراقبة المخدَّرات ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدَّرات والجريمة.

الفصل الخامس

ضمان توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة الدولية في حالات الطوارئ

من هذه الأدوية على مخدّرات مثل المورفين، أو مؤثّرات عقلية مثل البينتازوسين، وكلتا المادتين خاضعتان للمراقبة الدولية. وفي الظروف العادية، تُفرض على عمليات استيراد تلك الأدوية ونقلها شروط رقابية صارمة، إلا أنّ الوفاء بتلك الشروط في حالات الكوارث قد يؤدّي إلى تأخر إيصال الأدوية على وجه الاستعجال من أجل الإغاثة الإنسانية الطارئة، إذ قد يتعدّر على السلطات الوطنية اتخاذ التدابير الإدارية اللازمة.

٢٦٢- وتتخذ الهيئة، عند التصدي للأزمات الإنسانية، خطوات فعالة للتعجيل بتوفير الأدوية الخاضعة للمراقبة عن طريق تذكير جميع البلدان المصدّرة بأنّ هناك مبادئ توجيهية واضحة تحكم توفير الأدوية الخاضعة للمراقبة لأغراض الرعاية الطبية في حالات الطوارئ على المستوى الدولي، وبأنّ البلدان يمكنها أن تطبق إجراءات المراقبة المبسطة للإسراع بتوفير الأدوية المطلوبة لتلبية حاجة عاجلة. وتُبلغ الهيئة أيضاً مقدّمي المساعدات الإنسانية باللوائح التنظيمية المبسطة.

٢٦٣- ويمكن أن تسمح السلطات الوطنية المختصة بتصدير المواد الخاضعة للمراقبة الدولية إلى البلدان المتضررة حتى في حال عدم وجود أذون استيراد أو تقديرات للاحتياجات. ولا داعي لإدراج الشحنت المرسلة في حالات الطوارئ في تقديرات البلد المتلقّي، وقد توّد الحكومات المصدّرة أن تستخدم أجزاءً من مخزوناتها الخاصة من العقاقير المخدّرة والمؤثّرات العقلية لهذا الغرض.

٢٦٤- وهذا حلٌّ ظلّ متاحاً منذ عدّة سنوات. وتدعو الهيئة الحكومات ووكالات الإغاثة الإنسانية إلى أن تُطلعها على المشاكل التي تواجهها عند تسليم الأدوية الخاضعة للمراقبة في حالات الطوارئ.

٢٥٩- لا غنى في الممارسات الطبية عن معظم المخدّرات والمؤثّرات العقلية الخاضعة للمراقبة بموجب المعاهدات الدولية لمراقبة المخدّرات. وهناك تدابير مراقبة مبسّطة لتوفير الأدوية الخاضعة للمراقبة الدولية من أجل الرعاية الطبية في حالات الطوارئ. وتعرّف حالة الطوارئ بأنّها:

أيّ ظروف حرجة (كالزلازل والفيضانات والأعاصير والأوبئة والنزاعات ونزوح السكان) تتعرّض فيها صحة مجموعة من الأفراد إلى تهديد خطير ما لم تُتخذ إجراءات فورية ومناسبة، وتتطلّب إجراءات غير عادية وتدابير استثنائية.^(١١)

٢٦٠- وفي عام ١٩٩٦، وضعت الهيئة، بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، إجراءات مبسّطة لمراقبة تصدير الأدوية الخاضعة للمراقبة ونقلها واستيرادها لأغراض الرعاية الطبية في حالات الطوارئ. وتعفي اللوائح المبسطة من الحاجة إلى الحصول على أذون استيراد، شريطة أن تتولى مهام استيراد الأدوية وتسليمها منظمات دولية و/أو حكومية و/أو غير حكومية تقدّم المساعدات الإنسانية في المجال الصحي وتعترف بها سلطات المراقبة في البلدان المصدّرة. ويمكن لجميع الدول الاطلاع على تلك الإجراءات المبسّطة في المبادئ التوجيهية النموذجية لتوفير الأدوية الخاضعة للمراقبة في حالات الطوارئ الطبية على المستوى الدولي.

٢٦١- وتنشأ حالات الطوارئ في أعقاب الكوارث الطبيعية أو الناتجة عن نشاط الإنسان التي يحدث فيه نقص مفاجئ وحاد في الأدوية بسبب الحاجة إلى توفير العلاج للعديد من الضحايا. ويحتوي العديد

World Health Organization, Model Guidelines for the International^(١١)
Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care

٢٦٥- وعلاوة على ذلك، تذكّر الهيئة جميع الدول أيضاً بأنّ الأطراف في النزاعات المسلّحة ملزمة، بموجب القانون الدولي الإنساني، بعدم عرقلة توفير الرعاية الطبية للسكان المدنيين القاطنين في الأراضي الواقعة تحت سيطرتها الفعلية. ويشمل ذلك حصولهم على ما يلزم من مخدّرات ومؤثّرات عقلية.

الفصل السادس

الاستنتاجات والتوصيات

٢٦٦- إنَّ ضمان توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية للأغراض الطبية والعلمية، مع منع الاتجار غير المشروع بها وإساءة استعمالها، هو الدور المنوط بنظام المراقبة المنشأ بموجب الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات. وحتى يكون إطار التنظيم الرقابي للعقاقير فعّالاً وناجحاً في الحفاظ على هذا التوازن، فإنَّ ذلك يقتضي إشراك المجتمع بأسره، إلى جانب التزام الحكومات به.

٢٦٧- إنَّ مسألة ضمان توافر المخدرات والمؤثرات العقلية للأغراض الطبية مشكلة معقدة. وقد ناقشت الفصول السابقة حالة عدم التكافؤ في توزيع هذه العقاقير، إضافة إلى العقبات والمعوقات المؤدية إلى حالة عدم التكافؤ هذه. وإلى جانب البيانات المتعلقة بالاستهلاك ومعدلات انتشار الحالات الصحية التي تتطلب الرعاية الملطفة، والمعلومات التي قدّمها الدول الأعضاء، استعرضت الهيئة أيضاً المعلومات التي قدّمها المنظمات الدولية (منظمة الصحة العالمية، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الأيدز وفيروسه)، والأوساط الأكاديمية، ومراكز البحوث، ومنظمات المجتمع المدني. ويشير تحليل هذه المجموعة الكاملة من المعلومات إلى أنَّ هناك بعض المجالات الرئيسية التي تتطلب اتخاذ إجراءات على الصعيدين الوطني والدولي.

ألف- التشريعات والنظم الرقابية

٢٦٨- هناك حاجة إلى استعراض آليات التنظيم الرقابي التي وضعتها البلدان لتنفيذ أحكام الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدرات. وتشير معظم الدراسات والتحليلات إلى أنَّ بعض البلدان، عند وضع التشريعات واللوائح، انصبَّ جل اهتمامها على الحاجة إلى تجنب التسريب وإساءة الاستعمال، بدلاً من الحاجة إلى ضمان التوافر واتخاذ الترتيبات الوافية بذلك الغرض. وفي واقع الأمر، لا تزال دواعي القلق من خطر الإدمان تُشكّل عقبة رئيسية أمام التوافر، استناداً إلى المعلومات المقدمة من البلدان. ومع ذلك، ففي الدراسات

الاستقصائية الثلاث التي أجرتها الهيئة في السنوات العشرين الماضية، انخفضت نسبة البلدان التي تشير إلى خطر الإدمان باعتباره عقبة أمام التوافر من أكثر من ٧٠ في المائة في عام ١٩٩٥ إلى ٣٤ في المائة في عام ٢٠١٤. وقد أفضت هذه النظرة غير المتوازنة أو غير المتكافئة للاتفاقيات إلى الأخذ بنظم رقابية، في عدد من البلدان، تجعل من حصول الأشخاص المحتاجين على المسكنات شبه الأفيونية أمراً صعباً أو شبه مستحيل.

٢٦٩- وقد بيّنت الهيئة في الماضي المسائل التي تشغل بالها في هذا الصدد وأصدرت توصيات في هذا الصدد. ويبدو أنَّ بعض البلدان قد اتخذت إجراءات في سبيل التصدي لهذه المسألة، لكن لا تزال هناك بلدان يتعيّن عليها اتخاذ مثل هذه الإجراءات. وتوصي الهيئة البلدان بأن تتخذ الإجراءات التالية:

- استعراض التشريعات الوطنية، والآليات التنظيمية والإدارية، وكذلك الإجراءات، بما في ذلك قنوات التوزيع الداخلية، بهدف تبسيط تلك العمليات وترشيدها، وإلغاء اللوائح التنظيمية التي تفرض قيوداً لا داعي لها والعقبات التي تحول دون ضمان إمكانية الحصول على الدواء، مع الحفاظ على نظم مراقبة ملائمة.
- السماح لطائفة أوسع نطاقاً من اختصاصيي القطاع الصحي (بمن فيهم الممارسون العامون المدربون والممرضون وغيرهم، حسب الاقتضاء) بتحرير وصفات شبائه الأفيون من أجل زيادة التوافر، ولا سيما في المناطق النائية أو الريفية.
- اتخاذ تدابير للحيلولة دون ظهور أسواق غير خاضعة للتنظيم الرقابي، ومنع صنع المخدرات والمؤثرات العقلية غير المشروعة أو المزيفة.
- ضمان وضع سياسات ملائمة بشأن إصدار الوصفات الطبية، بما في ذلك عن طريق زيادة فترة صلاحية

- تحسين إمكانية الحصول على العقاقير الأساسية بوجه عام، وعلى المسكنات شبه الأفيونية بوجه خاص.
 - ضمان تمويل شراء المسكنات شبه الأفيونية.
 - استحداث برامج جديدة للتأمين الصحي وردّ التكاليف وتحسين البرامج القائمة بما يضمن إمكانية الحصول على الأدوية.
 - الوصفات الطبية من أجل تمكين المرضى من شراء الأدوية عند الحاجة إليها.
 - إلغاء العقوبات القانونية على الأخطاء غير المقصودة في التعامل مع شبائه الأفيون.
 - تحسين التعاون والتنسيق بين الأجهزة والوزارات على الصعيد الوطني، ولا سيما بين الأجهزة المعنية بالصحة وأجهزة مراقبة المخدرات.
 - تزويد الدوائر الطبية والصيدلانية بمعلومات محدّثة عن جميع التدابير التشريعية والإدارية الجديدة التي تصدر فيما يتصل بالمواد الخاضعة للمراقبة، وطرائق توزيع المؤثرات العقلية وتحرير وصفاتها، من أجل ضمان التوافر المطلوب والحفاظ عليه بحيث يستوفي الشروط الكمية والنوعية على السواء.
- ٢٧٢- وفيما يتعلق بمسألة القدرة على تحمل التكاليف، تظلع شركات الأدوية بدور هام. ولا تزال الهيئة ملتزمة بهذه المسألة، وسوف تبدأ، في إطار جهودها الرامية إلى تحسين الوضع، مشاورات مع مجموعات الصناعات الصيدلانية بشأن نقص الأدوية الخاضعة للمراقبة في العديد من المناطق، مع إشراك المنظمات الدولية المعنية (مثل منظمة الصحة العالمية) والمجموعات المهنية الدولية المختصة والحكومات المهتمة في هذه المناقشات، التي ستركز على توافر العلاجات الأحادية الفعّالة وإمكانية الحصول عليها بتكلفة معقولة، مثل المورفين لعلاج الألم، ولا سيما آلام السرطان، في البلدان النامية. وتوصي الهيئة الصناعة الصيدلانية بما يلي:

- صنع مستحضرات شبه أفيونية عالية الجودة بتكلفة أيسر تحملاً.
- صنع مستحضرات صيدلانية جنيسة مكافئة بيولوجياً لنظيراتها المحمية وميسورة التكلفة.

دال- تدريب اختصاصيي الرعاية الصحية

- ٢٧٣- يحق للمرضى تلقّي العلاج والحصول على أدوية موصوفة بطريقة رشيدة. ويؤدي الافتقار إلى التدريب أو الوعي العام بين مقدّمي الرعاية الصحية بشأن الاستخدام الرشيد للمخدرات والمؤثرات العقلية، وما ينتج عن ذلك من انخفاض مستويات وصف هذه العقاقير، إلى الحدّ من استعمال تلك المواد. وعلاوة على ذلك، فإنّ بعض المواقف الثقافية إزاء علاج اضطرابات الصحة العقلية وإزاء الرعاية الملطّفة تمثّل عقبة أمام استعمال المخدرات والمؤثرات العقلية. وتحقيقاً لهذه الغاية، يحتاج اختصاصيو الرعاية الصحية إلى التثقيف والتدريب الملائمين. ويوصى بأن تقوم البلدان بما يلي:

- ضمان إدراج الرعاية الملطّفة في المقررات الدراسية في كليات الطب وفي التدريب الإلزامي لجميع اختصاصيي الرعاية الصحية.
- توفير التثقيف والتدريب المستمرين والمعلومات المحدّثة بشأن الرعاية الملطّفة لاختصاصيي الرعاية الصحية، بما في ذلك ما يتعلق بالاستخدام الرشيد لعقاقير الوصفات الطبية وأهمية الحد من إساءة استعمالها.

باء- النظام الصحي

- ٢٧٠- إنّ توافر المخدرات أو المؤثرات العقلية المخفّفة للألم لن يكفي وحده لحل مشكلة علاج الألم أو الأمراض النفسية. وثمّ إجماع واسع النطاق على أنّ من المهم أن تولي البلدان القدر المناسب من الاهتمام لتحسين النظام الصحي. وتحقيقاً لهذه الغاية، توصي الهيئة البلدان بما يلي:

- تنفيذ التوصيات الواردة في القرار ج ص ع ٦٧-١٩، الذي اعتمده جمعية الصحة العالمية في دورتها السابعة والستين في ٢٤ أيار/مايو ٢٠١٤، والمعنون "تعزيز الرعاية الملطّفة كعنصر من عناصر الرعاية الشاملة طيلة العمر".
- إقامة بنية تحتية صحية ملائمة ومزودة بموارد كافية، لا بهدف ضمان توافر المسكنات شبه الأفيونية فحسب، بل أيضاً من أجل ضمان هذا التوافر في سياق تقديم الرعاية الملطّفة الأوسع نطاقاً.
- النظر، عند الاقتضاء، في خيار تقديم خدمات الرعاية الملطّفة المنخفضة التكلفة في المنزل.
- تحسين توزيع المسكنات شبه الأفيونية والمؤثرات العقلية على جميع مناطق البلد، بما في ذلك المناطق الريفية.

جيم- القدرة على تحمل التكاليف

- ٢٧١- من الجوانب الهامة الأخرى في تحسين التوافر ضمان إتاحة المسكنات شبه الأفيونية بتكلفة معقولة. وتحقيقاً لهذه الغاية، توصي الهيئة البلدان بما يلي:

لجمهور العام وتوفير التعليم والتدريب المستمرين لاختصاصيي الرعاية الصحية بهدف تشجيع استخدام المؤثرات العقلية استخدامها أحسن تبريراً وأكثر عقلانية.

- دعم الحملات والبرامج الرامية إلى منع الاستهلاك غير الطبي للمؤثرات العقلية، وتشجيع مشاركة الأوساط الطبية والصيدلانية بنشاط في جميع التدابير المتعلقة بالاستخدام الرشيد للأدوية الخاضعة للمراقبة.

- توفير التثقيف والتدريب للأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية بشأن الاستخدام الرشيد للعقاقير ذات التأثير النفسي، لما لذلك من أهمية بالغة في منع إساءة استعمال تلك العقاقير. ويجب على الجهات الفاعلة في القطاع الصحي أن تتحلى باليقظة للحيلولة دون احتمالات التشخيص الخاطئ وإصدار صفات غير سليمة.

- ضمان تحرير وصفات المؤثرات العقلية وفقاً للممارسة الطبية السليمة على النحو المبين في اتفاقية سنة ١٩٧١ (الفقرة ٢ من المادة ٩)، وتعزيز ترشيد استعمال تلك المواد، واتخاذ ما يلزم من تدابير لقصر استخدامها على الاحتياجات الطبية الفعلية.

واو- التقديرات والتقييمات والإبلاغ

٢٧٥- من بين المشاكل التي لاحظتها الهيئة على مدى عدة سنوات مضت أن بعض البلدان غير قادرة على تقدير احتياجاتها من المسكّنات شبه الأفيونية تقديرًا سليمًا، ولا على رصد استهلاك تلك المواد. وعلاوة على ذلك، فلا تزال بلدان كثيرة تجد صعوبة في تحديد احتياجاتها من المؤثرات العقلية بدقة. ونتيجة لذلك، لا تستطيع تلك البلدان إجراء تقييمات ملائمة لاستخدامها المشروع وتقديمها إلى الهيئة. وبالإضافة إلى ذلك، شجعت لجنة المخدرات في قرارها ٤/٥٣ و ٦/٥٤ الحكومات على أن تزود الهيئة ببيانات عن استهلاك المؤثرات العقلية، بنفس الطريقة المتبعة فيما يخص المخدرات. وأخيراً، فإن الالتزام بمواعيد تقديم التقارير ومدى شمول التقارير وموثوقيتها جوانب هامة في تعاون كل حكومة من الحكومات مع الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات. وتوصي الهيئة بالبلدان بما يلي:

- تحسين أسلوب تقييم احتياجاتها عن طريق الاستعانة بدليل تقدير الاحتياجات من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية الذي وضعته الهيئة ومنظمة الصحة العالمية في عام ٢٠١٢ لكي تستخدمه السلطات الوطنية المختصة.
- تقديم تقديرات ملائمة وواقعية تأخذ في الاعتبار التغيرات المحتملة في مجال الطلب.
- إنشاء آليات رصد مناسبة ومجدية على الصعيد الوطني والاستفادة من النظم التقنية المحسّنة مثل النظم الدولي لأذون استيراد وتصدير المخدرات والمؤثرات العقلية (I2ES) الذي استحدثته الهيئة بالتعاون الوثيق مع مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

هاء- التثقيف والتوعية

٢٧٤- تحدّد الأعراف الاجتماعية والثقافية في بعض البلدان أيضاً من استعمال المسكّنات شبه الأفيونية والرعاية الملطفة بوجه عام. ففي بعض المجتمعات والثقافات، هناك مقاومة للتعامل مع الأمور المتصلة بنهاية العمر أو المرتبطة بالخشية من الإدمان. كما يواجه استخدام المؤثرات العقلية مقاومة شديدة بسبب وصمة العار المقترنة بحالات الصحة العقلية التي قد تتطلب استخدامها. وتسلم الهيئة بأن من الضروري أن تقوم الحكومات والمجتمع المدني بما يلي:

- فيما يتعلق بالحكومات، وضع وتنفيذ برامج تثقيف للأوساط الصيدلانية وعمامة الجمهور بإشراك السلطات الوطنية المختصة، وجماعات الدفاع عن المصالح (كالجماعات المهنية وجماعات حماية المستهلكين، على سبيل المثال)، ووسائل الإعلام.
- تنظيم حلقات عمل لنشر المعلومات بشأن الرعاية الملطفة للتغلب على المقاومة الثقافية لها.
- مطالبة المؤسسات التعليمية بإدراج التعليم المتعلق بالرعاية الملطفة في مقرراتها.
- إشراك منظمات المجتمع المدني التي تمثل المرضى والأسر والفئات الأخرى المعنية في مناصرة الرعاية الملطفة والدعوة لقبول الاستخدام الطبي للمسكّنات شبه الأفيونية.
- تثقيف الجمهور بهدف التقليل من وصمة العار والخشية من الإدمان خارج حدود المعقول.
- الحد من حملات التسويق المفرط التي تقوم بها الأوساط الصناعية المعنية، وتحسين الوعي لدى المستهلكين.
- الترويج للمواقف الأخلاقية في صفوف الأطباء والشركات الصيدلانية، إلى جانب توفير المعلومات المناسبة

وتوصي الهيئة بأن تعمل منظمة الصحة العالمية مع الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات بهدف:

- وضع معايير مرجعية لاستهلاك المؤثرات العقلية.

ومن شأن ذلك أن يدعم بقوة عمل الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، نظراً لأن هذه المعايير سوف تكون بمثابة مؤشرات عند تقييم توافر المؤثرات العقلية للأغراض الطبية والعلمية المشروعة. ولا سبيل إلى تحقيق ذلك إلا باستخدام بيانات اعتلال موثوقة، ومعدلات انتشار تشمل التوزيع الجغرافي والممارسة الطبية المتبعة فيما يتعلق باستخدام مؤثرات عقلية معينة من أجل الحالة الطبية المقترنة بها.

حاء- المجتمع الدولي

٢٧٨- إن بعض الحكومات غير مهينة لتنفيذ التوصيات السالفة الذكر بمفردها. فهي بحاجة إلى المشورة والتدريب والموارد لمعالجة أوجه القصور في نظمها. ولهذا السبب، فإن للمجتمع الدولي دوراً عليه أن ينهض به. وتعتقد الهيئة أنه ينبغي للمجتمع الدولي أن يقوم بما يلي:

- تحسين التعاون بين الحكومات والمنظمات الدولية (الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، ومنظمة الصحة العالمية، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك بشأن الأيدز وفيروسه، وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وغيرها من المنظمات)، والجهات المانحة، ومنظمات المجتمع المدني، لضمان تبادل الخبرات وتنسيق جهود تقديم الموارد والدعم الفني للبلدان التي تحتاج إلى المساعدة.

- وضع إجراءات وآليات تتيح لسلطاتها الوطنية المختصة تقييم احتياجاتها الفعلية من المؤثرات العقلية بدقة، وتقديم تلك البيانات إلى الهيئة.

- وضع نظم ملائمة من شأنها كفالة جمع البيانات الموثوقة التي لا غنى عنها لتمكين الهيئة من تحسين تحليل اتجاهات استهلاك المؤثرات العقلية، وصولاً في نهاية المطاف إلى تعزيز توافر تلك المواد للأغراض الطبية والعلمية مع منع تسريبها وإساءة استعمالها.

زاي- المعايير المرجعية لاستهلاك المواد الخاضعة للمراقبة الدولية

٢٧٦- إن نتائج تحليل بيانات التوافر والاستهلاك المقدمة إلى الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات والردود الواردة من الحكومات على الاستبيان بشأن التوافر لدليل على تعقد هذا التحليل. ويشار على وجه الخصوص إلى أن مستويات استهلاك المؤثرات العقلية التي تحسبها الهيئة استناداً إلى الإحصاءات التي تتلقاها من الحكومات بشأن الصنع والتجارة لا يمكن أن تجسّد بدقة مستويات استهلاك هذه المواد.

٢٧٧- وعلاوة على ذلك، ففي ظل عدم وجود حدود قصوى لنصيب الفرد من الاستهلاك معبراً عنه بالجرعات اليومية المحددة للأغراض الإحصائية، لا يتأتى للهيئة تقييم وتقدير مستويات استهلاك المؤثرات العقلية، ومن ثم، فلا تستطيع تقدير مدى كفاية أو إفراط ارتفاع أو انخفاض مستوى استهلاك تلك المواد في بعض البلدان أو المناطق.

المرفق

الاستبيان المرسل في عام ٢٠١٤ إلى السلطات الوطنية المختصة
في الدول الأعضاء بشأن توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية
للأغراض الطبية والعلمية

استبيان للسلطات الوطنية المختصة بشأن توافر المواد
الخاضعة للمراقبة الدولية للأغراض الطبية والعلمية

الجزء الأول من جزأين - المخدرات

يُرجى ملء هذا الاستبيان وإعادته في موعد أقصاه ٣١ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٤ إلى العنوان التالي:

INCB Secretariat
Vienna International Centre
PO Box 500
A- 1400 Vienna
Austria

الفاكس: +٤٣ ١ ٢٦٠٦٠-٥٨٦٧

الهاتف: +٤٣ ١ ٢٦٠٦٠-٤٩٣٣

البريد الإلكتروني: secretariat@incb.org

يُرجى ذكر اسم السلطة المعنية:

البلد:

السلطة:

مسؤول الاتصال:

الهاتف: الفاكس: البريد الإلكتروني:

يُرجى إيراد أسماء السلطات ومسؤولي الاتصال الذين قد يتسنى لهم تقديم معلومات إضافية عند الاقتضاء:

السلطة (السلطات):

مسؤول (مسؤولو) الاتصال:

الهاتف: الفاكس: البريد الإلكتروني:

تعليمات بشأن ملء هذا الاستبيان

يتألف هذا الاستبيان من جزأين:

الجزء الأول- يتعلق بتوافر المخدرات الخاضعة للمراقبة الدولية بموجب الاتفاقية الوحيدة للمخدرات

لسنة ١٩٦١

الجزء الثاني- يتعلق بتوافر المؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة الدولية بموجب اتفاقية المؤثرات

العقلية لسنة ١٩٧١

بحسب الإطار التنظيمي الرقابي الوطني في كل دولة، يمكن أن تكون تلك المواد خاضعة لمراقبة سلطة مختصة واحدة، أو لمراقبة جهتين مؤسستين مختلفتين. وفي كلتا الحالتين، ينبغي أن تستكمل كل جزء الجهة المعنية، وأن يُعاد الاستبيان شاملاً الجزأين إلى أمانة الهيئة باستخدام بيانات الاتصال الواردة في صفحة الغلاف قبل الموعد النهائي المبين.

وتوخياً للتيسير، يُشجّع تقديم الاستبيان المملوء إلكترونياً.

الجزء الأول- المخدّرات

ألف- توافر المخدّرات:

- ١- كيف تنظرون إلى الوضع في بلدكم فيما يتعلق بتوافر المسكّنات شبه الأفيونية للأغراض الطبية والعلمية؟
- مُرضٍ تماماً
- مُرضٍ
- يحتاج إلى بعض التحسين
- يحتاج إلى الكثير من التحسين
- ٢- ما هي العوامل التي تأخذها السلطة الوطنية المختصة في بلدكم في الاعتبار عند تحديد احتياجات بلدكم من استهلاك المخدّرات كمياً؟ (يُرجى اختيار إجابة واحدة أو أكثر حسب الاقتضاء).
- أحماط الاستهلاك في السنة أو السنوات السابقة
- وجود خدمات علاجية متخصصة (مثل علاج الأورام، أو الرعاية الملطّفة، أو العلاج الإبدالي لشبائه الأفيون، إلخ)
- المعلومات المقدّمة من الأوساط الصناعية بشأن مخططات الصنع
- البيانات الوبائية، بما في ذلك معدّلات انتشار الأمراض الشائعة
- عوامل أخرى (يُرجى ذكرها):
- ٣- يُرجى وصف المنهجية التي تطبّقها السلطات الوطنية المختصة في بلدكم في تحديد تقديرات استهلاك المخدّرات للأغراض الطبية والعلمية:
- ٤- هل أنتم على دراية بالإجراءات المتعلقة بتقديم تقديرات تكميلية بشأن المخدّرات إلى الهيئة فيما يخصّ تلبية الاحتياجات التي تزيد عن المتوقع، أو التي تنشأ عن ظروف غير متوقعة (مثل الكوارث الطبيعية، أو الأوبئة، إلخ)؟
- نعم
- لا

5- هل أنتم على دراية بالمواد التدريبية التي أعدتها الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ونشرتها بغية مساعدة الدول على إعداد تقديرات احتياجاتها من المخدرات لتقديمها إلى الهيئة، والمتاحة على الموقع الشبكي التالي: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Training-Materials/Arabic/PART_I_Arabic.pdf?

نعم

لا

6- هل أنتم على دراية بالمنشور المشترك الصادر عن منظمة الصحة العالمية والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات المعنون "دليل بشأن تقدير الاحتياجات من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية"، والمتاح على الموقع الشبكي التالي: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating_requirements/NAR_Guide_on_Estimating_AR_Ebook.pdf?

نعم

لا

باء- استعمال المخدرات على النحو السليم

7- هل يقتصر استخدام المخدرات في بلدكم على حالات طبية محدّدة، بما في ذلك العلاج لغرض الرعاية الملطفة؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل بشأن أنواع الحالات التي يُسمح فيها باستعمال المخدرات:

8- هل تُستعمل المخدرات في بلدكم في علاج الارتهان للعقاقير (في العلاج الإبدالي على سبيل المثال)؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

جيم- الإطار التنظيمي الرقابي الساري على الوصفات الطبية التي تحتوي على المخدرات

٩- وفقاً للإطار التشريعي والتنظيمي الرقابي الوطني في بلدكم، أيُّ الفئات المهنية التالية يُسمح لها بوصف المخدرات لغرض العلاج الطبي؟

- الممارسون العامون
- الممارسون العامون المرخص لهم بإصدار الوصفات الطبية التي تحتوي على المخدرات
- الاختصاصيون (كالأطباء النفسيين، واختصاصيي الأورام، والجراحين، وأطباء الأسنان)
- الممرضون (هما في ذلك الممرضون الممارسون)
- الأطباء البيطريون
- آخرون (يُرجى ذكرهم):

١٠- هل تُشترط استشارة رأي ثانٍ قبل إصدار وصفة طبية تحتوي على المخدرات؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

١١- ما مدة صلاحية الوصفة الطبية التي تحتوي على المخدرات اعتباراً من تاريخ صدورها؟

هل يخضع إصدار الوصفات الطبية التي تحتوي على المخدرات لأيِّ إجراءات شكلية قانونية/تنظيمية رقابية خاصة مقارنةً بأدوية الوصفات الطبية الأخرى (مثلاً اشتراط الحصول على إذن إضافي، أو مدة صلاحية أقصر للوصفة الطبية، إلخ)؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

١٢- هل يمكن أن تشمل وصفة طبية واحدة تحتوي على المخدّرات كامل مدة العلاج، أم أنها محدّدة بفترة أقصر؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى تقديم تفاصيل:

١٣- هل هناك أيّ ظروف يُسمح فيها بإعادة صرف وصفة طبية تحتوي على المخدّرات؟^(١)

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

دال- الإطار التنظيمي الرقابي الساري على صرف المخدّرات

١٤- هل تُصرف المخدّرات في:

صيدليات المستشفيات المرخّصة

الصيدليات المرخّصة لهذا الغرض

الصيدليات

أماكن أخرى (يُرجى ذكرها):

^(١) يُرجى ملاحظة أن مصطلح "إعادة صرف" يعني عدم الحاجة إلى الحصول على موافقة لاحقة من الطبيب.

هاء- حفظ السجلات ورصد عقاقير الوصفات الطبية

١٥- هل يشترط القانون أن يحتفظ محررو وصفات المخدّرات بسجلات للوصفات الطبية الصادرة؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل، بما في ذلك مدة الاحتفاظ بتلك السجلات:

١٦- هل يشترط القانون أن يحتفظ الموظفون الذين يقومون بصرف الوصفات الطبية (انظر السؤال ١٤) بسجلات عن الوصفات الطبية الصادرة لصرف المخدّرات؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل، بما في ذلك مدة الاحتفاظ بتلك السجلات:

١٧- هل ينص الإطار التشريعي/التنظيمي الرقابي المعمول به في بلدكم على عقوبات بشأن عدم حفظ السجلات على نحو ملائم؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

واو- تدابير تعزيز توافر المخدرات على نحو وافي بالغرض وترشيد استعمالها

١٨- من يدفع ثمن المخدرات التي تُصَرَف بوصفة طبية؟

الحكومة (الضمان الاجتماعي)

المرضى أنفسهم

برامج التأمين الصحي

جهات أخرى

١٩- هل تتضمن المقررات الدراسية التي يدرسها ممارسو المهن الطبية في بلدكم أيّ محتوى يتعلق بترشيد وصف المخدرات واستعمال المخدرات الموصوفة؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

٢٠- هل نفذت السلطات في بلدكم أيّ تدابير لزيادة الوعي لدى اختصاصيي الرعاية الصحية لتشجيعهم على تكوين فهم أعمق للممارسات المسؤولة فيما يتعلق بوصف المخدرات؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

٢١- خلال السنوات العشر الماضية، هل اتخذت حكومتكم أيّ إجراءات تشريعية أو تنظيمية رقابية لزيادة توافر المخدرات للأغراض الطبية؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

زاي- العقبات التي تحول دون التوافر

٢٢- في سياق ظروف بلدكم، هل أدى أيٌّ من العوامل التالية إلى تقييد توافر المخدّرات اللازمة للأغراض الطبية أو العلمية دون داعٍ (يُرجى اختيار جميع العوامل المنطبقة)؟

- محدودية الموارد المالية
- مشاكل التوريد من الصناعة/الاستيراد
- الخوف من التسريب إلى قنوات غير مشروعة
- الخوف من الملاحقة القضائية/العقوبات الجنائية
- نقص الوعي/التدريب لدى العاملين في المهنة الطبية فيما يتعلق بتثقيف استعمال المخدّرات
- وجود إطار تنظيمي رقابي صارم لوصف المخدّرات للأغراض الطبية
- الخشية من الإدمان
- المواقف الثقافية تجاه علاج الألم
- تدابير المراقبة المطبقة على التجارة الدولية، ومنها مثلاً اشتراط الحصول على أذون للاستيراد والتصدير
- إجراءات اتخذتها الهيئة
- عوامل أخرى:
- يُرجى تقديم تفاصيل حسب الاقتضاء:

٢٣- في رأيكم ما هي أهم عقبة تحول دون توافر المخدّرات في بلدكم لتلبية الاحتياجات الطبية والعلمية؟

٢٤- هل توجد أيُّ تدابير معيّنة مطبّقة في بلدكم لتيسير توافر المخدّرات للأغراض الطبية في المناطق الريفية أو النائية؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

٢٥- هل هناك تدابير إضافية يمكن أن تتخذها الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات للمساهمة في زيادة توافر المخدرات للأغراض الطبية والعلمية في بلدكم؟

حاء- الإفراط في وصف المخدرات

٢٦- هل مرَّ بلدكم بالحالات التالية فيما يتعلق بالمخدرات:

- الإفراط في الوصفات الطبية
 - "تسويق الوصفات الطبية"^(ب)
 - التطبيب الذاتي
 - الأسواق الموازية غير الخاضعة للتنظيم الرقابي
 - تزييف المخدرات التي تُصَرَّف بوصفة طبية
- يُرجى تقديم تفاصيل حسب الاقتضاء:

معلومات إضافية (حسب الاقتضاء):

^(ب)تسويق الوصفات الطبية أو فرط استصدار الوصفات الطبية يشير إلى ممارسة يقوم من خلالها المريض بطلب الرعاية من عدة أطباء، غالباً في الوقت نفسه، دون محاولة تنسيق الرعاية أو إعلام الأطباء بوجود أكثر من مقدم رعاية.

استبيان للسلطات الوطنية المختصة بشأن توافر المواد الخاضعة للمراقبة الدولية للأغراض الطبية والعلمية

الجزء الثاني من جزأين - المؤثرات العقلية

يُرجى ملء هذا الاستبيان وإعادته في موعد أقصاه ٣١ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٤ إلى العنوان التالي:

INCB Secretariat
Vienna International Centre
PO Box 500
A- 1400 Vienna
Austria

الفاكس: +٤٣ ١ ٢٦٠٦٠-٥٨٦٧
الهاتف: +٤٣ ١ ٢٦٠٦٠-٤٩٣٣
البريد الإلكتروني: secretariat@incb.org

يُرجى ذكر اسم السلطة المعنية:

البلد:

السلطة:

مسؤول الاتصال:

الهاتف: الفاكس: البريد الإلكتروني:

يُرجى إيراد أسماء السلطات ومسؤولي الاتصال الذين قد يتسنى لهم تقديم معلومات إضافية عند الاقتضاء:

السلطة (السلطات) :

مسؤول (مسؤولو) الاتصال:

الهاتف: الفاكس: البريد الإلكتروني:

تعليمات بشأن ملء هذا الاستبيان

يتألف هذا الاستبيان من جزأين:

الجزء الأول- يتعلق بتوافر المخدرات الخاضعة للمراقبة الدولية بموجب الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١

الجزء الثاني- يتعلق بتوافر المؤثرات العقلية الخاضعة للمراقبة الدولية بموجب اتفاقية المؤثرات العقلية لسنة ١٩٧١

بحسب الإطار التنظيمي الرقابي الوطني في كل دولة، يمكن أن تكون تلك المواد خاضعة لمراقبة سلطة مختصة واحدة، أو لمراقبة جهتين مؤسستين مختلفتين. وفي كلتا الحالتين، ينبغي أن تستكمل كل جزء الجهة المعنية، وأن يُعاد الاستبيان شاملاً الجزأين إلى أمانة الهيئة باستخدام بيانات الاتصال الواردة في صفحة الغلاف قبل الموعد النهائي المبين.

وتوخياً للتيسير، يُشجّع تقديم الاستبيان المملوء إلكترونياً.

الجزء الثاني - المؤثرات العقلية

ألف - توافر المؤثرات العقلية:

- ٢٧- كيف تنظرون إلى الوضع في بلدكم فيما يتعلق بتوافر المؤثرات العقلية للأغراض الطبية والعلمية؟
- مُرضٍ تماماً
- مُرضٍ
- يحتاج إلى بعض التحسين
- يحتاج إلى الكثير من التحسين
- ٢٨- ما هي العوامل التي تأخذها السلطة الوطنية المختصة في بلدكم في الاعتبار عند تحديد احتياجات بلدكم من استهلاك المؤثرات العقلية كميًا؟ (يُرجى اختيار إجابة واحدة أو أكثر حسب الاقتضاء).
- أمهات الاستهلاك في السنة أو السنوات السابقة
- وجود خدمات علاجية متخصصة (مثل خدمات الصحة العقلية المتخصصة، أو الرعاية الملطفة، أو العلاج الإبدالي لشبائه الأفيون)
- المعلومات المقدمة من الأوساط الصناعية بشأن مخططات الصنع
- البيانات الوبائية، بما في ذلك معدلات انتشار الحالات المتعلقة بالصحة العقلية
- عوامل أخرى (يُرجى ذكرها):
- ٢٩- يُرجى وصف المنهجية التي تطبقها السلطات الوطنية في بلدكم في تحديد تقديرات الاحتياجات السنوية من المؤثرات العقلية.
- ٣٠- هل أنتم على دراية بالإجراءات المتعلقة بتقديم تقديرات تكميلية بشأن المؤثرات العقلية إلى الهيئة فيما يخص تلبية الاحتياجات التي تزيد عن المتوقع، أو التي تنشأ عن ظروف غير متوقعة (مثل الكوارث الطبيعية، أو الصراعات المسلحة، إلخ)؟
- نعم
- لا

٣١- هل أنتم على دراية بالمواد التدريبية التي أعدتها الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ونشرتها بغية مساعدة الدول على إعداد التقديرات الخاصة باحتياجاتها من المؤثرات العقلية لتقديمها إلى الهيئة، والمتاحة على الموقع الشبكي التالي:
<http://www.incb.org/documents/Psychotropics/training-materials/training-material-eng-2013-86360.pdf?>

نعم

لا

٣٢- هل أنتم على دراية بالمنشور المشترك الصادر عن منظمة الصحة العالمية والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات المعنون "دليل بشأن تقدير الاحتياجات من المواد الخاضعة للمراقبة الدولية"، المتاح على الموقع الشبكي التالي:
https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating_requirements/NAR_Guide_on_Estimating_AR_Ebook.pdf?

نعم

لا

باء- استعمال المؤثرات العقلية على النحو السليم

٣٣- هل يقتصر استعمال المؤثرات العقلية في بلدكم على اضطرابات عقلية محدّدة، بما في ذلك اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط، أو الأرق، أو القلق، أو الرعاية الملطّفة؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

٣٤- هل تُستعمل في بلدكم المؤثرات العقلية في علاج الارتهان للمخدرات (في العلاج الإبدالي على سبيل المثال)؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

جيم- الإطار التنظيمي الرقابي الساري على الوصفات الطبية التي تحتوي على المؤثرات العقلية

٣٥- وفقاً للإطار التشريعي والتنظيمي الرقابي الوطني الخاص ببلدكم، أيُّ من الفئات المهنية التالية يُسمح لها بوصف المؤثرات العقلية لغرض العلاج الطبي؟

- الممارسون العامون
- الممارسون العامون المرخص لهم بإصدار الوصفات الطبية التي تحتوي على المؤثرات العقلية
- الاختصاصيون (كالأطباء النفسيين، واختصاصيي الأورام، والجراحين، وأطباء الأسنان)
- الممرضون (بما في ذلك الممرضون الممارسون)
- الأطباء البيطريون
- آخرون (يُرجى ذكرهم):

٣٦- هل تُشترط استشارة رأي ثانٍ قبل إصدار وصفة طبية تحتوي على المؤثرات العقلية؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

٣٧- ما مدة صلاحية الوصفة الطبية التي تحتوي على المؤثرات العقلية اعتباراً من تاريخ صدورها؟

هل يخضع إصدار الوصفات الطبية التي تحتوي على المؤثرات العقلية لأيِّ إجراءات شكلية قانونية/تنظيمية رقابية خاصة مقارنةً بأدوية الوصفات الطبية الأخرى (مثلاً اشتراط الحصول على إذن إضافي، أو مدة صلاحية أقصر للوصفة الطبية، إلخ)؟

- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

٣٨- هل يمكن أن تشمل وصفة طبية واحدة تحتوي على المؤثرات العقلية كامل مدة العلاج، أم أنها محدّدة بفترة أقصر؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى تقديم تفاصيل:

٣٩- هل هناك أي ظروف يُسمح فيها بإعادة صرف وصفة طبية تحتوي على المؤثرات العقلية؟^(٤)

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

دال- الإطار التنظيمي الرقابي الساري على صرف المؤثرات العقلية

٤٠- هل تُصرف المؤثرات العقلية في:

صيدليات المستشفيات المرخّصة

الصيدليات المرخّصة لهذا الغرض

الصيدليات

أماكن أخرى (يُرجى ذكرها):

^(٤) يُرجى ملاحظة أن مصطلح "إعادة صرف" يعني عدم الحاجة إلى الحصول على موافقة لاحقة من الطبيب.

هاء- حفظ السجلات ومراقبة عقاقير الوصفات الطبية

٤١- هل يشترط القانون أن يحتفظ محررو وصفات المؤثرات العقلية بسجلات للوصفات الطبية الصادرة؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل، بما في ذلك مدة الاحتفاظ بتلك السجلات:

٤٢- هل يشترط القانون أن يحتفظ الموظفون الذين يقومون بصرف الوصفات الطبية التي تحتوي على المؤثرات العقلية (انظر السؤال ٤٠) بسجلات عن تلك الوصفات:

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل، بما في ذلك مدة الاحتفاظ بتلك السجلات:

٤٣- هل ينص الإطار التشريعي/التنظيمي الرقابي المعمول به في بلدكم على عقوبات بشأن عدم حفظ السجلات على نحو ملائم؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

واو- تدابير تعزيز توافر المؤثرات العقلية على نحو واف بالغرض وترشيد استعمالها

٤٤- من يدفع ثمن المؤثرات العقلية التي تُصَرَف بوصفة طبية؟

الحكومة (الضمان الاجتماعي)

المرضى أنفسهم

برامج التأمين الصحي

جهات أخرى

٤٥- هل تتضمن المقررات الدراسية التي يدرسها ممارسو المهن الطبية في بلدكم أي محتوى يتعلق بترشيد وصف المؤثرات العقلية واستعمال المؤثرات العقلية الموصوفة؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

٤٦- هل نُفِّذت السلطات في بلدكم أي تدابير لزيادة الوعي لدى اختصاصيي الرعاية الصحية لتشجيعهم على تكوين فهم أعمق للممارسات المسؤولة فيما يتعلق بوصف المؤثرات العقلية؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

٤٧- خلال العشر سنوات الماضية، هل اتخذت حكومتكم أي إجراءات تشريعية أو تنظيمية رقابية لزيادة توافر المؤثرات العقلية للأغراض الطبية؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

زاي- العقبات التي تحول دون التوافر

٤٨- في سياق ظروف بلدكم، هل أدى أيٌّ من العوامل التالية إلى تقييد توافر المؤثرات العقلية اللازمة للأغراض الطبية أو العلمية دون داعٍ (يُرجى اختيار جميع العوامل المنطبقة)؟

- محدودية الموارد المالية
- مشاكل التوريد من الصناعة/الاستيراد
- الخوف من التسريب إلى قنوات غير مشروعة
- الخوف من الملاحقة القضائية/العقوبات الجنائية
- نقص الوعي/التدريب لدى مزاولي المهن الطبية فيما يتعلق بترشيد استعمال المؤثرات العقلية
- وجود إطار تنظيمي رقابي صارم لوصف المؤثرات العقلية للأغراض الطبية
- الخشية من الإدمان
- المواقف الثقافية تجاه علاج اضطرابات الصحة العقلية
- تدابير المراقبة المطبقة على التجارة الدولية، ومنها مثلاً اشتراط الحصول على أذون للاستيراد والتصدير
- إجراءات اتخذتها الهيئة
- عوامل أخرى:
- يُرجى تقديم تفاصيل حسب الاقتضاء:

٤٩- في رأيكم ما هي أهم عقبة تحول دون توافر المؤثرات العقلية في بلدكم لتلبية الاحتياجات الطبية والعلمية؟

٥٠- هل توجد أيُّ تدابير معيّنة مطبّقة في بلدكم لتيسير توافر المؤثرات العقلية للأغراض الطبية في المناطق الريفية أو النائية؟

نعم

لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

٥١- هل هناك تدابير إضافية يمكن أن تتخذها الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات للمساهمة في زيادة توافر المؤثرات العقلية للأغراض الطبية والعلمية في بلدكم؟

حاء- الإفراط في وصف المؤثرات العقلية

٥٢- هل مرّ بلدكم بالحالات التالية فيما يتعلق بالمؤثرات العقلية:

- الإفراط في الوصفات الطبية
- "تسوّق الوصفات الطبية"^(٥)
- التطبيب الذاتي
- الأسواق الموازية غير الخاضعة للتنظيم الرقابي
- تزييف عقاقير الوصفات الطبية المحتوية على مؤثرات عقلية
- يُرجى تقديم تفاصيل حسب الاقتضاء:

٥٣- هل يسمح بلدكم بالإعلان عن المؤثرات العقلية لعامة الناس؟

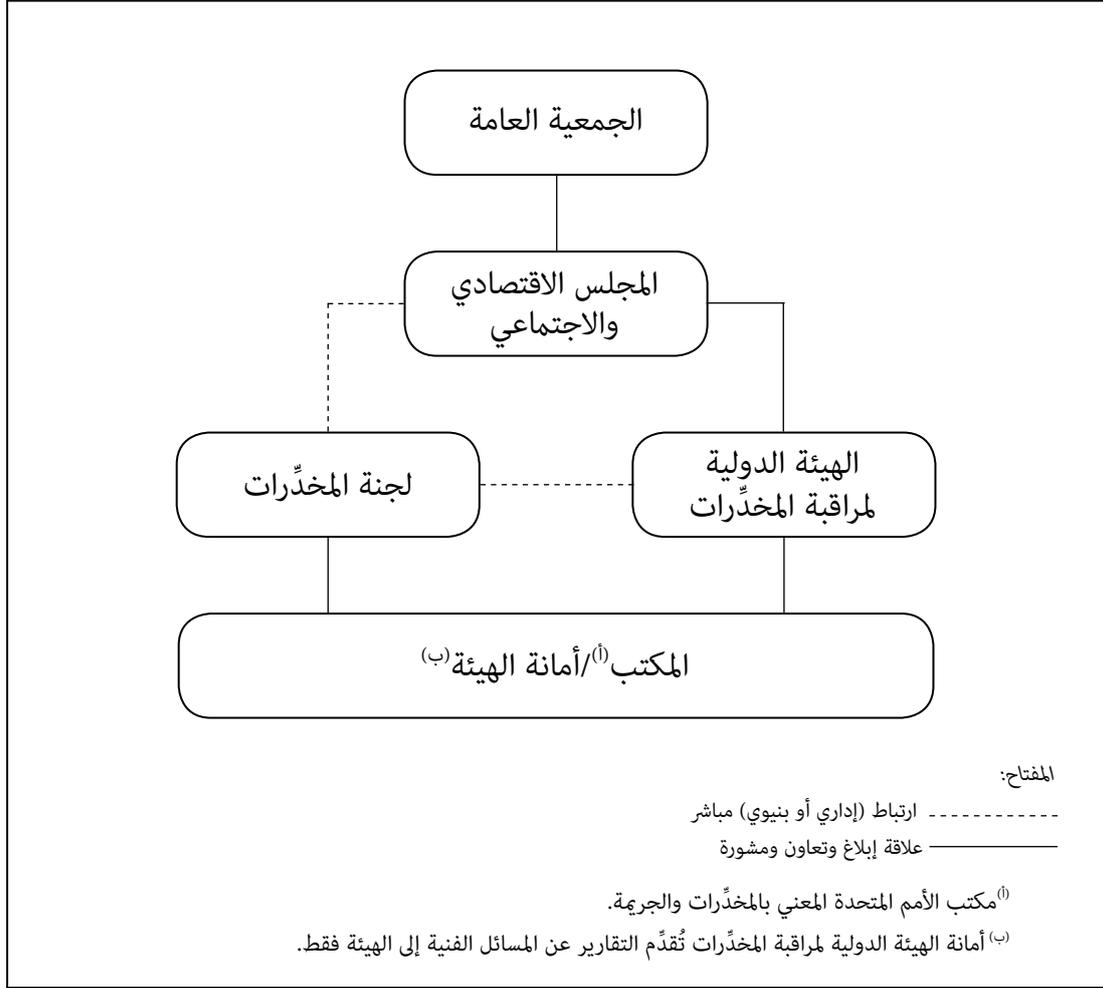
- نعم
- لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم تفاصيل:

معلومات إضافية (حسب الاقتضاء):

^(٥) تسوّق الوصفات الطبية أو فرط استصدار الوصفات الطبية يشير إلى ممارسة يقوم من خلالها المريض بطلب الرعاية من عدة أطباء، غالباً في الوقت نفسه، دون محاولة تنسيق الرعاية أو إعلام الأطباء بوجود أكثر من مقدّم رعاية.

منظومة الأمم المتحدة وجهازا مراقبة المخدرات وأمانتهما





الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات هي الهيئة الرقابية المستقلة التي تُعنى برصد تنفيذ المعاهدات الدولية لمراقبة المخدرات. وقد أُنشئت الهيئة في عام ١٩٦٨ بمقتضى الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة ١٩٦١. وقد كانت هناك منظمات سألقة لها أُنشئت بموجب المعاهدات السابقة لمراقبة المخدرات ويرجع تاريخها إلى عهد عصبة الأمم.

وتنشر الهيئة، استناداً إلى أنشطتها، تقريراً سنوياً تحيله، عن طريق لجنة المخدرات، إلى المجلس الاقتصادي والاجتماعي التابع للأمم المتحدة. ويُقدّم التقرير دراسة استقصائية شاملة عن حالة مراقبة المخدرات في مختلف أنحاء العالم. وتحاول الهيئة، بوصفها هيئة محايدة، تحديد الاتجاهات الخطيرة والتنبؤ بها، ومن ثمّ تقترح التدابير التي يلزم اتّخاذها بشأنها.