



国际麻醉品管制局



庆祝

《1961年麻醉品单一公约》60周年

“.....普遍均可接受的一项国际公约.....”

暨

《1971年精神药物公约》50周年

“.....必须有一国际公约.....”



联合国

发行限制

遵守发行日期:
不得在以下时间之前发表或播出
2021年3月25日星期四 1100时 (欧洲中部时间)

敬请注意

国际麻醉品管制局发表的2020年报告

《国际麻醉品管制局2020年报告》(E/INCB/2020/1)尚有下列报告作为补充:

《庆祝〈1961年麻醉品单一公约〉60周年暨〈1971年精神药物公约〉50周年》
(E/INCB/2020/1/Supp.1)

《麻醉药品: 2021年全球估计需求量——2019年统计数字》(E/INCB/2020/2)

《精神药物: 2019年统计数字——1971年〈精神药物公约〉表二、表三和表四所列物质的年度医疗和科学需求量评估》(E/INCB/2020/3)

《经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的前体和化学品: 国际麻醉品管制局2020年关于1988年〈联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约〉第十二条执行情况的报告》(E/INCB/2020/4)。

受国际管制的物质, 包括麻醉药品、精神药物和经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的物质最新修订清单, 载于麻管局另行印发的统计表附件(“黄单”、“绿单”和“红单”)最新版。

联系国际麻醉品管制局

可按下列地址与麻管局秘书处联系:

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

另外, 还可利用下列方式与秘书处联系:

电话: (+43-1) 26060
传真: (+43-1) 26060-5867 或 26060-5868
电子邮件: incb.secretariat@un.org

本报告还可在麻管局网站(www.incb.org)查阅。



国际麻醉品管制局

庆祝

《1961年麻醉品单一公约》60周年

“……普遍均可接受的一项国际公约……”

暨

《1971年精神药物公约》50周年

“……必须有一国际公约……”



联合国

2021年，维也纳

E/INCB/2020/1/Supp.1

联合国出版物
eISBN: 978-92-1-005687-8

前言

六十年前，国际社会出于对人类健康和福利的关切走到一起，共同讨论麻醉药品在减轻疼痛和痛苦方面不可或缺的作用，同时确认了药物依赖这一公众健康问题。会议决定将以往双边和多边条约所作的一切努力统一汇合成一套单一的国际药物管制制度。起草《1961年麻醉品单一公约》，是为了确保对世界各地的麻醉药品从生产、制造和贸易到分销和消费的合法流动进行有效的国际管制。十年后，国际社会秉承同样的精神再次汇聚一堂讨论精神药物问题，建立了一套类似的监测管制制度。其根本性的做法以共同分担责任的概念为基础，依然是当今实行的国际管制制度的核心。

即便毒品问题形势不断变化，《1961年公约》、《1971年精神药物公约》和《1988年联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》都证明了其作为毒品政策国际合作基石的价值。这些公约已得到各国的几乎普遍批准，这一事实突出表明，全球都有应对世界毒品问题的愿望。各国经常重申它们致力于在这三项国际药物管制公约以及随后的各项决议和政治宣言的框架内开展工作。

设立国际麻醉品管制局（麻管局）的目的是与缔约国合作管理管制制度，并监测和监督各国政府遵守条约义务的情况。在这两项公约分别通过五十年和六十年后，麻管局可以根据其掌握的数据说，尽管遇到了挑战，国际管制制度仍然能够实现对受管制物质的合法生产、贸易和消费的国际管制。尽管国际麻醉品管制制度下的药物数量大幅增加，但几乎没有麻醉药品或精神药物从合法制造和国际贸易中转入非法贩运。

与此同时，还必须认识到，确保医疗用麻醉药品和精神药物的供应及其获取这一目标在全球一级根本没有达到令人满意的程度。同样，减少非法种植、贩运和非医疗使用药物以及向药物依赖者提供治疗和康复服务这些目标，由缔约国在其自身社会和文化背景下自主执行，也不能视作得到了有效解决。

这两项公约没有提供具体的国际工具或文书来实现减少非法贩运、确保受管制药品供应以及提供治疗和康复服务等更广泛的目标。然而，多年来，国际社会认识到需要采取一致行动实现这些目标，投入了大量资源用于帮助有需要的国家，并重申了国际合作的重要性。

药物管制制度是一个平衡的制度，旨在改善公共卫生和福利，并基于相称性、集体责任和遵守国际人权标准的基本原则。落实这一制度意味着将人类的健康和福利置于药物政策的核心，运用全面、综合和平衡的方法制定药物管制政策，促进人权标准，更加重视预防、治疗、康复和减少药物滥用的负面后果，加强基于共同和分担的责任的国际合作。

值此两个周年的年庆之际,麻管局希望再次强调,当现行制度得到全面实施时,该制度有助于保护全世界人民的健康和福利,并确保采取考虑到当地社会经济和社会文化条件的平衡的国家做法。麻管局认为,目前的制度对于应对世界毒品问题的新旧挑战至关重要,但同时呼吁思考可能的替代和补充协议、文书和合作形式,以应对全球毒品问题不断变化的性质和规模。



国际麻醉品管制局

主席

Cornelis P. de Joncheere

目录

	页次
前言	iii
章次	
一. 背景	1
二. 《1961年公约》和《1971年公约》的加入情况	7
三. 确保为医疗和科研用途供应国际管制物质	9
四. 打击药物滥用的措施	13
五. 体系运作	15
A. 将药物列入附表和管制范围的变化	15
B. 估计数和评估数	16
C. 生产、制造、库存和消费的统计	17
D. 贸易	19
六. 麻管局在监测《1961年公约》和《1971年公约》各项规定的遵守情况、确保 《1961年公约》和《1971年公约》各项规定得到执行方面发挥的作用	21
七. 罚则	23
八. 其他条文	25
九. 挑战	27
十. 结论	31

一. 背景

1. 《1961年麻醉品单一公约》¹和《1971年精神药物公约》²的序言中包含几个描述这些条约的实质和性质的形容词：国际、普遍均可接受和必须。“国际”强调需要提供持续的国际合作和控制，以实现公约的宗旨与目标。“普遍均可接受”是指希望条约规定的执行最低共同要求获得普遍支持、批准和接受。最后，“必须”意味着需要国际文书来实现保护人类健康和福利的预期结果。

2. 作为公约的总体目标，人类的健康和福利是国际药物管制制度发展的核心。所有国际药物管制条约——《1961年公约》、《1971年公约》和《1988年联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》³——都源于这一关切。在这些公约的序言中，缔约方明确表示有兴趣保护人类的健康和福利，为此提供这些不可或缺的物质用于医疗和科学用途，同时防止它们被转移和滥用。

3. 各项公约建立了一个为这个双重目的服务的管制制度。除了将麻醉药品和精神药物的用途仅限于医疗和科学领域外，公约还要求各国政府采取一切可行措施防止药物滥用，对关系人早作鉴别、治疗、教育、善后护理、改造、重新参与社会生活（见《1961年公约》第三十八条和《1971年公约》第二十条）。

4. 麻醉药品和精神药物国际管制制度几乎得到普遍遵守，是国际合作最成功的成果之一。联

合国几乎所有会员国都是这三项公约的缔约国：《1961年公约》为95%，《1971年公约》为93%，《1988年公约》为97%，约占世界人口的99%。缔约国定期重申其对这些国际公约的目标和宗旨的承诺，这清楚地表明，在公约分别通过50年和60年后，起草者所描述的公约的宗旨和手段继续得到全球公认。

5. 根据国际药物管制条约，国际麻醉品管制局（麻管局）的任务是与各国政府合作，确保医疗和科研用途的药物得到充分供应，防止药物从合法来源转入非法渠道，并防止非法生产、制造、分销和贩运药物（《1961年公约》第九条）。为了实现这些目标，麻管局实施麻醉药品估量制度和精神药物自愿评估制度，并监测合法活动。麻管局还长期保持同各国政府的对话，以协助它们遵守依据各项国际药物管制条约所承担的义务，并为此酌情建议提供技术或财政援助。

6. 在《1961年公约》《1971年公约》分别通过60年和50年后，麻管局也应评估和反思这两项公约相对于其总目标及其具体条款和要求的运作和执行情况，同时考虑到联合国各机关和机构的许多项决议为国际药物管制框架添砖加瓦，以及过去半个世纪世界毒品形势中出现的新挑战。

7. 麻管局的评估基于其几十年来与缔约国为促进有效执行各项公约而持续开展工作的经验。本文件专门报告麻管局负有特殊责任的条约条

¹联合国，《条约汇编》，第520卷，第7515号。

²同上，第1019卷，第14956号。

³同上，第1582卷，第27627号。

款，或麻管局的任务使其在提供关于《1961年公约》和《1971年公约》所取得成就的资料方面处于得天独厚地位的条约条款。

8. 《1961年公约》建立在早先控制麻醉药品种植、生产、制造和分销的国家和国际措施的基础上，并要求各国政府采取措施打击这类药物的非法贩运和滥用。《1971年公约》是对滥用药物种类多样化的应对措施，条约引入了对一些合成药物（致幻剂、兴奋剂、安眠药、镇静剂和抗焦虑药）的管制。

9. 《1961年公约》和《1971年公约》的主要目标是制定管制措施框架，确保为医疗和科研用途供应麻醉药品和精神药物，同时防止其从合法来源转入非法渠道。在这方面，必须指出的是，关于打击非法贩运以及预防吸毒和治疗药物依赖的规定虽然是强制性的，但没有关于管制为医疗和科学用途生产、贸易和消费的规定那么详细。

10. 《1961年公约》建立的管制制度成功地将每个国家和领土以及全世界的合法种植麻醉植物和合法生产、制造、分销和交易麻醉药品的活动限制在医疗和科学用途所需的数量之内。与此同时，很明显，估算一个国家的医疗需求是复杂的，取决于许多因素，包括卫生系统的组织和供资、疾病模式、文化信仰、培训、教育和认识。世界卫生组织（世卫组织）与麻管局一道制定了《国际管制药物需要量估算指南》，但许多国家缺乏充分利用该指南所需的数据。大多数国家继续低估这些物质的实际医疗需求，担心被滥用、污名化、缺乏认识和培训，以及资金限制，这些因素导致有需要的患者获得药品的机会有限。另一方面，在一些国家，人们担心这些受控药物被普遍过量开出处方（例如类阿片药物流行），而且使用模式没有充分反映医疗需要。限制合法供应在很大程度上是通过以下方式实现的：

(a) 缔约方和非缔约方普遍接受和适用上述公约；

(b) 估算制度确定医疗和科学用途麻醉药品

需求的限额（一旦麻管局批准，该限额对所有政府都有约束力）；

(c) 通过授权将麻醉药品的采购限制在这些限额内。

11. 该制度的另一项成就是，尽管每年有大量麻醉药品被制造和分销，但将麻醉药品从合法来源转入非法渠道的情况一直保持在最低限度。防止这类转用的主要原因如下：

(a) 各国政府和麻管局严格执行估算制度；

(b) 以事先授权为基础对种植、生产、制造、改造和复合配制、批发贸易和零售分销实行全面和严格的国家管制；

(c) 保持准确记录；

(d) 在麻醉药品流动的所有阶段进行国内监测或监督；

(e) 缔约方和非缔约方均定期向麻管局提交报告；

(f) 麻管局对每个国家为每种药物提供的统计数据和其他数据进行审计，同时麻管局在必要时要求作出解释和采取补救行动。

12. 至于《1971年公约》，各国政府已禁止使用附表一所列物质（用于科学和非常有限的医疗目的除外），并相应地限制此类物质的合法制造。《1971年公约》附表二所列物质从合法来源转入非法渠道的情况得到成功遏制，这在很大程度上要归功于麻管局建议的管制措施和经济及社会理事会通过的有助于强化《公约》规定的决议得到普遍适用。

13. 根据经济及社会理事会决议改进《1971年公约》下的控制程序，有助于阻止附表三和附表四所列物质从国际贸易中转移出去。这些决议还促成改进了开处方做法，特别是对巴比土酸盐和其他安眠药的做法，而《1971年公约》第13条为缔约方开展打击转移行为的双边和多边合作和行动提供了法律依据。

14. 自这些公约通过以来, 缔约国还制定了其他文书, 通过一系列决议和宣言加强的努力, 以解决非法种植、非法需求和贩运问题, 这些国家在这些决议和宣言中表示, 它们一致认为有必要解决世界毒品问题, 并确定了支持这些公约的具体目标和宗旨。这些文书包括:《麻醉品滥用和非法贩运问题国际会议宣言》、⁴ 1990年、1998年、2009年和2019年通过的政治和部长级宣言和行动计划, 以及2016年举行的大会第三十届特别会议题为《我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺》的成果文件。⁵ 制定了各国通过年度报告调查表提交报告的具体制度, 以确保监测这些目标。

15. 各国在履行公约规定的义务时面临的主要挑战之一是, 在确保医疗所需药物供应的同时防止滥用和非法生产及贩运的目标方面, 在药物管制努力中如何确定适当的平衡。尽管自条约形成起就存在综合和平衡的办法, 但近几十年来, 这些办法已经走到了国际药物管制的前列。根据定义, 国际公约涉及主权国家共同关心的跨境问题, 包括国际贸易。因此, 这些公约主要侧重于国际贸易和贩运, 而制定和执行预防和治疗药物滥用的措施虽然是公约授权的, 却由每个主权国家自主决定, 各国在制定此类方案时会考虑到本地社会和文化背景。毒品使用模式正在发生变化; 使用了越来越多的合成药物, 这些药物通常没有合法用途, 在任何国家都可以很容易地生产。因此, 药物管制工作还必须越来越注重非法生产、制造和分销以及在一国境内转用的风险。

16. 对公约影响力的评估应考虑到, 公约规定的措施执行情况可能不是影响其目标实现的唯一(甚至主要)因素。文化、社会、经济和其他因素也影响毒品生产者、贩运者和使用者的行为。因果关系也很难衡量, 因为关于毒品生产、使用和贩运的数据往往不充分且质量低劣, 而且并非

所有国家都以可供进行有意义分析的方式收集数据。最后, 也很难将目前的情况与没有就公约下的药物管制措施达成国际协议情况下世界毒品问题可能发生的情况进行反思和比较。

17. 有鉴于此, 麻管局在本报告中分析了其对公约负有直接业务责任并在一段时间内收到缔约国提供信息的那些方面。该分析包括遵守《1961年公约》和《1971年公约》的状况、医疗和科学目的用途国际管制物质供应、管制制度的运作、麻管局在监测遵守情况和惩罚条款方面的作用, 并反思了国际药物管制制度当前和未来面临的挑战。

18. 全球药物管制的国际规范框架由一套全面的公约、政治宣言、决议和决定组成。这些文件和文书的法律性质各不相同, 但都是药物管制综合体系的构成部分。这一药物管制国际规范框架并非一蹴而就, 而是在过去60年甚至更早的时间里逐步发展起来。

19. 该规范框架的基础是经《1972年议定书》修正的《1961年麻醉品单一公约》。⁶ 在《1961年公约》之后, 又通过了两项条约:《1971年公约》和《1988年公约》。1988年后, 为了执行和补充各项公约, 国际社会在1990至2019年间通过了一系列政治宣言、行动计划和决议, 包括2016年举行的大会第三十届特别会议的成果文件, 充实了各项公约的规定, 确定了政治行动的目标和指标, 为国际合作制定了多项原则。各项公约与政治宣言、行动计划和决议一起构成了药物管制的规范框架。

20. 国际药物管制条约的产生和发展与国家和国际对不断变化的药物滥用和非法贩运形势的反应紧密相关。二十世纪初, 由于没有国家和国际管制规范和协定, 麻醉药品和精神药物的非医疗使用在一些国家蔓延, 形势令人震惊。1909年,

⁴ 《药物滥用和非法贩运问题国际会议的报告, 1987年6月17日至26日, 维也纳》(联合国出版物, 出售品编号:87.I.18), 第一章, B节。

⁵ 大会S-30/1号决议, 附件。

⁶ 联合国, 《条约汇编》, 第976卷, 第14152号。

第一次国际麻醉药品会议(后称为上海鸦片委员会)在上海举行,之后又于1912年在海牙签署了《国际鸦片公约》,这些行动源自国际社会达成的共识,认为应当遏制当时几个国家(主要是东亚,但也包括世界其他一些地区)无限制供应非医疗用途麻醉药品特别是鸦片的问题,因为无限制供应导致这些药物被广泛滥用,造成了相关的健康和社会问题。

21. 在国际联盟时期,在以往各项条约的基础上增加了补充文书:1925年在日内瓦签署的各项公约、1931年《限制麻醉品制造及管制麻醉品运销的公约》⁷和1936年《取缔非法贩运危险麻醉品公约》。⁸ 联合国成立之后,谈判了三项新的议定书:《1946年议定书》、《1948年议定书》和《1953年议定书》。⁹

22. 1961年,《麻醉品单一公约》合并取代了以往所有关于麻醉药品的条约和协定,作为一项普遍、全面的药物管制文书获得通过。新条约简化了国际管制机制,将中央鸦片常设委员会和麻醉药品监督机构合并为一个单位,即国际麻醉品管制局。《1961年公约》扩大了既有管制体系的范围,将麻醉药品原料植物的种植纳入管制。《1961年公约》还包括禁止传统消费,如抽吸或吞食鸦片、咀嚼古柯叶、抽吸大麻脂和非医疗使用大麻。

23. 1972年《修正1961年麻醉品单一公约的议定书》¹⁰增加了麻管局在防止非法生产和分配方面的作用,并通过修改《1961年公约》第三十八条,扩充了其原有办法的范围,更加重视预防、治疗、教育、复健和重新融入社会。此外,对第三十六条进行了修正,针对毒品使用者所犯贸易和持有罪行的刑罚引入替代选项。这些修正更加强调毒品问题的健康层面和需求侧,为采取更加平衡的做法打开了大门。《1971年公约》和《1988年公约》也采取了类似做法。

24. 在制定规范框架方面采取的下个步骤是通过了《1971年公约》,开始对大量具有精神活性效应的合成物质(如苯丙胺类药物、巴比土酸盐和苯二氮草类药物)实行管制制度。这些管制措施最初没有麻醉药品的管制措施严格,但因麻醉药品委员会和经济及社会理事会的决定和决议而得到加强,最终使得两项公约在实践中更加趋同。这些决定和决议虽然没有法律约束力,但仍构成各国商定的管制体系的重要组成部分。

25. 《1988年公约》进一步扩大了管制规范框架,特别是为了解决日益严重的非法制造和贩运物质和前体的问题。人们之所以认为有必要这样做,是因为跨国有组织犯罪和贩毒活动日益增多,在国际一级追查涉毒犯罪和洗钱人员困难重重。《1988年公约》在司法合作领域对前两项公约形成了补充。其目标如下:

(a) 在全球一级统一界定毒品罪及其范围;

(b) 改进和加强有关当局之间的国际合作与协调;

(c) 为这些当局更有效地拦截国际毒品贩运提供法律手段。

26. 此外,《1988年公约》针对常用于制造毒品的前体化学品和溶剂这一不同类型的物质建立了新的管制制度。根据《1988年公约》,各国政府有义务监测这些物质的国际交易,防止其从合法渠道转入非法渠道。这一监测系统依靠政府当局与相关市场主体之间的沟通来查明可疑交易。多年来,该监测系统催生了以管制机构与相关行业之间的合作为基础的新型管制形式。

27. 此外,值得指出的是,《1988年公约》明确规定,为防止非法种植并根除相关植物而采取的任何管制措施都“应尊重基本人权,并应当

⁷国际联盟,《条约汇编》,第CXXXIX卷,第3219号。

⁸同上,第一百九十八卷,第4648号。

⁹联合国,《条约汇编》,第12卷,第186号,第44卷,第688号,以及第456卷,第6555号。

¹⁰同上,第976卷,第14151号。

考虑到……传统性正当用途以及对环境的保护。”(第14条第2款)。

通过大会、经济及社会理事会和麻醉药品委员会的决议取得的进一步发展

28. 1961年以来,麻醉药品委员会和经济及社会理事会通过了几项决议,为各项公约的执行提供更具体的指导,更好地考虑实地情况、新出现的需求和具体方面。

29. 1990年,专门讨论世界毒品问题的大会第十七届特别会议通过了《政治宣言》和《全球行动纲领》,¹¹仍然强调了毒品现象的供应侧:毒品的种植、生产和贩运。大会重申打击滥用药物以及非法贩运麻醉药品和精神药物的责任分担原则。为加强这方面的国际合作,《政治宣言》宣布1991至2000年为“联合国禁止药物滥用十年”。

30. 1998年,大会又召开了一次关于世界毒品问题的特别会议,并通过了一项新的《政治宣言》,同时通过了一项《行动计划》和《减少毒品需求指导原则宣言》。¹²

31. 1998年《政治宣言》(以及关于减少需求、非法种植和非法贩运的相关文件)为执行各项公约宣布了若干重要原则,例如,共同和分担责任原则、采取综合平衡办法的必要性、遵守《联合国宪章》和国际法的宗旨和原则(即国家主权和领土完整、不干涉他国内政和尊重所有人权和基本自由)。《减少毒品需求指导原则宣言》对“全球药物滥用问题日益严重”这一情况作出了回应,并指出,“解决毒品问题最有效的是采用全面、均衡和协调的做法,通过控制供应和减少需求,使两者相辅相成”。《宣言》呼吁各国政府“保

证在政治、社会、保健和教育领域作出持续坚定不移的努力,对……减少需求方案给予投资”。

32. 1998年《政治宣言》将2008年定为实现以下目标的年份:

(a) 根除或大大减少包括合成药物在内的精神药物的非法生产、销售和贩运以及前体的他用;

(b) 在减少需求领域取得可衡量的重要成果。

33. 《政治宣言》要求会员国每两年向麻醉药品委员会报告其为实现有关目标和指标所作的努力。

34. 在接下来的几年里,麻醉药品委员会通过广泛进程评估了1998年以来取得的进展,评估认为通过积极作为取得了一些成绩,但仍存在相当大的挑战,并且出现了新的挑战。2009年,麻委会高级别会议通过了《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》。¹³ 2009年《政治宣言》重申了促进建设无人吸毒社会的目标。该《政治宣言》确认了上一份宣言的目标和基本原则,特别是采取平衡、综合办法的原则,但也包含一些新的内容,包括承认药物依赖性是一种多因素造成的卫生问题。该《政治宣言》强调药物管制工作并非孤立体系,而是通过国际协定建立的全球框架的组成部分,并强调民间社会参与制定和执行禁毒政策的必要性。

35. 2009年《政治宣言》确定各国应以2019年为目标年份“根除或大幅度、可衡量地减少”毒品供需、毒品生产和种植、前体他用和涉毒洗钱活动。

36. 2016年举行的大会第三十届特别会议为制定药物管制规范框架树立了下一个重要里程碑。这届特别会议通过了题为“我们对有效处理和应

¹¹大会S-17/2号决议,附件。

¹²大会S-20/3号决议,附件。

¹³见《经济及社会理事会正式记录,2009年,补编第8号》(E/2009/28),第一章,C节。

对世界毒品问题的共同承诺”的成果文件，重申国际社会决心在三项毒品公约的基础上“积极推动建设一个无人吸毒的社会”。成果文件指出，解决世界毒品问题的行动必须符合可持续发展目标，并欣见“为增进联合国系统内所有各级的一致性而继续进行的努力”。

37. 成果文件没有进一步阐述以往政治宣言和行动计划已经涵盖的领域(减少供应、减少需求和国际合作)，而是在七个部分中提出了“行动建议”，包括首次提出关于获得管制药物、发展和人权的建议。成果文件强调了以健康为中心的禁毒政策的重要性，并重申承诺尊重、保护并促进所有人的一切人权、基本自由和固有尊严。成果文件比以往任何时候都更加强调罪刑相称原则，强调使用其他选项替代定罪或处罚，并赞同主要旨在减少药物滥用对健康和社会造成的负面后果的措施。

38. 成果文件还认识到，三项国际药物管制公约“为缔约国留出了足够的灵活性，以便其根据本国的优先事项和需要，……设计和实施国家禁毒政策”。同时，成果文件确认了各项公约将精神活性物质的使用限制在医疗和科研目的的基本规定，因此没有批准一些会员国通过的将药物非医疗用途合法化的条例。

39. 2009年《政治宣言》规定每十年对其目标进行一次评估。因此，2019年召开了一次部长级会议，以评估所作承诺的执行情况，并为下一个十年铺平道路。有了2016年通过的成果文件，会员国认为没有必要发表新的政治宣言。会员国承诺加快全面落实2009年通过的《政治宣言和行动计划》、2014年的《部长级联合声明》¹⁴和2016年召开的大会特别会议的成果文件，并谋求实现其中载列的所有承诺、行动建议和宏伟目标。

¹⁴同上，《2014年，补编第8号》(E/2014/28)，第一章，C节。

二. 《1961年公约》和《1971年公约》的加入情况

《1961年麻醉品单一公约》

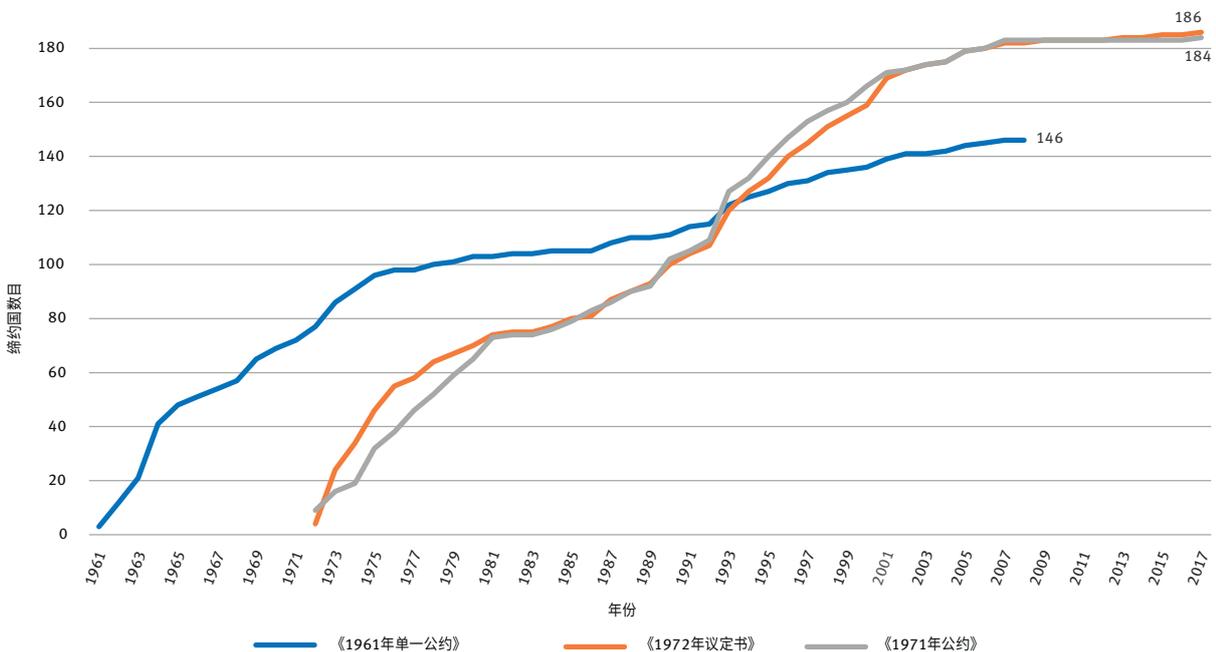
40. 《麻醉药品单一公约》于1961年3月30日在纽约通过。不到四年之后，《公约》于1964年12月13日生效。《修正1961年麻醉品单一公约的1972年议定书》于1972年3月25日在日内瓦通过，其中额外提出了重要的管制内容，规定会员国有义务采取行动减少非法药物需求，包括预防药物使用以及治疗和康复措施。截至2020年11月1日，有186个国家为经《1972年议定书》修正的《1961年公约》的缔约国。此外，有1个国家（乍得）是原始《公约》的缔约国。在尚未成为《1961年公约》缔约国的10个国家中，有2个在非洲，1个在亚洲，7个在大洋洲。

《1971年精神药物公约》

41. 《1971年公约》于1971年2月21日在维也纳通过，并于1976年8月16日生效。截至2020年11月1日，有184个国家为《1971年公约》的缔约国。在尚未成为《1971年公约》缔约国的13个国家中，有3个在非洲，1个在美洲，1个在亚洲，8个在大洋洲。

42. 麻醉药品和精神药物国际管制体系可以说是国际合作方面最重要的成就之一。如图一所示，几乎所有联合国会员国都是这两项公约的缔约国（《1961年公约》占95%，《1971年公约》占93%，约为世界人口的99%）。

图一. 《1961年公约》、《1972年议定书》和《1971年公约》的批准情况



三． 确保为医疗和科研用途供应国际管制物质

43. 出于对人类健康和福祉的关心，各项公约强调，管制物质的医用对于治疗病痛不可或缺，必须为此作出规定，确保这些物质的供应。经修正的《1961年公约》对这两项基本原则作了阐述。后来，《1971年公约》确认，精神药物对于医疗和科研目的也不可或缺。缔约国在《1971年公约》中进一步商定，不应过度限制此类物质的供应。

44. 在各项公约通过五六十年之后，这一基本目标还远未在全球范围内得到实现。多年来，麻管局一直向会员国指出，国际药物管制体系的这一主要目标缺乏进展。¹⁵

麻醉药品

45. 吗啡等类阿片镇痛剂在治疗癌症、艾滋病/ 艾滋病、心血管疾病、慢性呼吸道疾病、糖尿病、分娩、外科手术、损伤和其它疾病或状况引起的疼痛方面不可或缺。据麻管局估计，仅占全球人口17%的国家（美国、加拿大、西欧国家、澳大利亚和新西兰）消费了全世界92%的吗啡。而75%的世界人口（主要生活在中低收入国家）在

获得适当的疼痛缓解药物方面机会有限或苦无门路。自1991年以来，类阿片镇痛剂的全球消费量上涨，其背后的驱动力似乎主要来自北美、欧洲、澳大利亚和新西兰，在这些国家和地区，处方药滥用问题日益引人关切（见地图）。

46. 关于麻醉药品，特别是类阿片镇痛剂，最新数据和分析突出了以下问题：

(a) 尽管类阿片镇痛剂的全球供应量增加，但获取机会的差异和不均衡仍然明显；

(b) 一些国家的合成类阿片药物使用量增加（在一些国家，这一现象与过度消费和服药过量危机有关联）的同时，中低收入国家可负担得起的吗啡使用量并没有相应增加；

(c) 大多数现有吗啡未被制药公司用来制造用于姑息治疗的吗啡制剂，而是用于生产可待因止咳糖浆。这减少了可用于疼痛治疗和姑息治疗的总量。保健服务中对疼痛治疗的需求仍然较低，特别是在中低收入国家，原因是担心产生依赖、保健人员缺乏培训以及患者和家属缺乏认识，而供应问题更是加剧了对疼痛治疗需求不足的现象。

¹⁵2010年，麻管局发布了题为《国际管制药物的供应：确保对医疗和科研用途的充分供应》的报告(E/INCB/2010/1/Supp.1)，其中分析了国际管制物质消费的全球形势。1989和1995年也曾发布类似报告。2010年，该报告的范围扩大到包括精神药物。2016年，麻管局发布了2015年年度报告的补充报告，题为《国际管制药物供应情况：确保医疗和科研所用药物的充分供应不可或缺、充分供应且不受不当限制》(E/INCB/2015/1/Supp.1)。根据麻管局在上述补充报告中提出的分析和建议，国际社会认识到了形势的严重性，在2016年举行的大会第三十届特别会议上，会员国通过了题为“我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺”的成果文件。2018年，在落实这些建议的进展基础上，麻管局向国家主管部门发出了调查问卷，还征求了民间社会组织的意见，编写了题为《确保医疗和科研用途国际管制药物充分供应的进展情况》的报告(E/INCB/2018/1/Supp.1)。

精神药物

47. 不能充足或充分获取精神药物的问题在中低收入国家似乎尤为突出, 据估算, 在这些国家需要精神、神经或戒毒治疗的人当中, 有五分之四无法获得此种治疗。

48. 关于精神药物, 最新数据和分析突出了以下问题:

(a) 尽管全球焦虑症和癫痫患者数量增加, 但在向麻管局提供精神药物消费量数据的大多数国家里, 用于治疗这些疾病的一些基本精神药物的供应量自2012年以来有所减少;

(b) 尽管80%的癫痫患者生活在中低收入国家, 但他们对一些相关精神药物的消费水平在很大程度上仍然未知。但是, 向麻管局提交的

有限数据表明, 精神药物的消费集中在高收入国家;

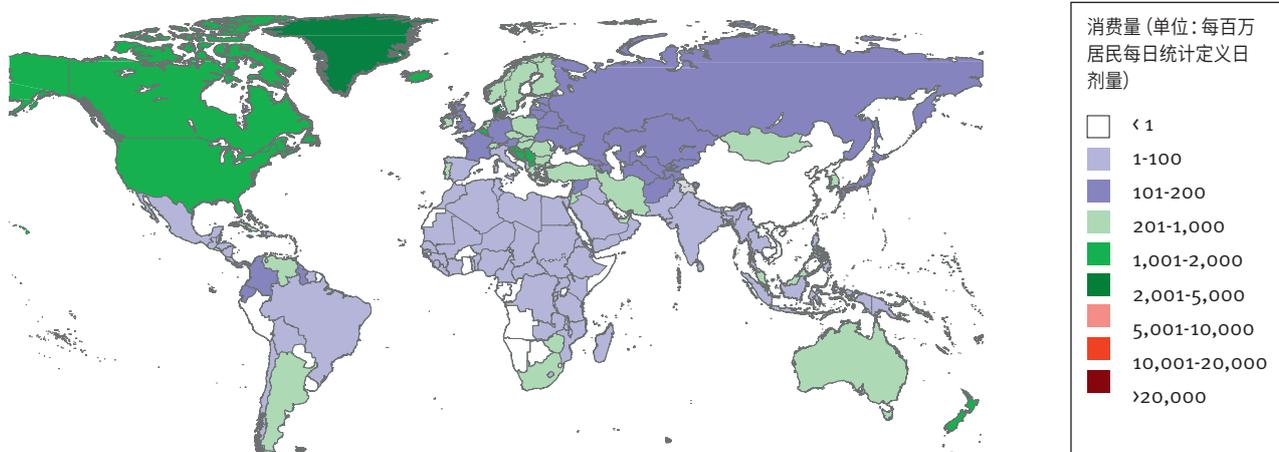
(c) 2012至2016年期间, 据报告消费率最高的国家与消费率最低的国家之间的差距扩大, 证实全球消费差距拉大。

类阿片药物依赖治疗所用 国际管制药物的供应情况

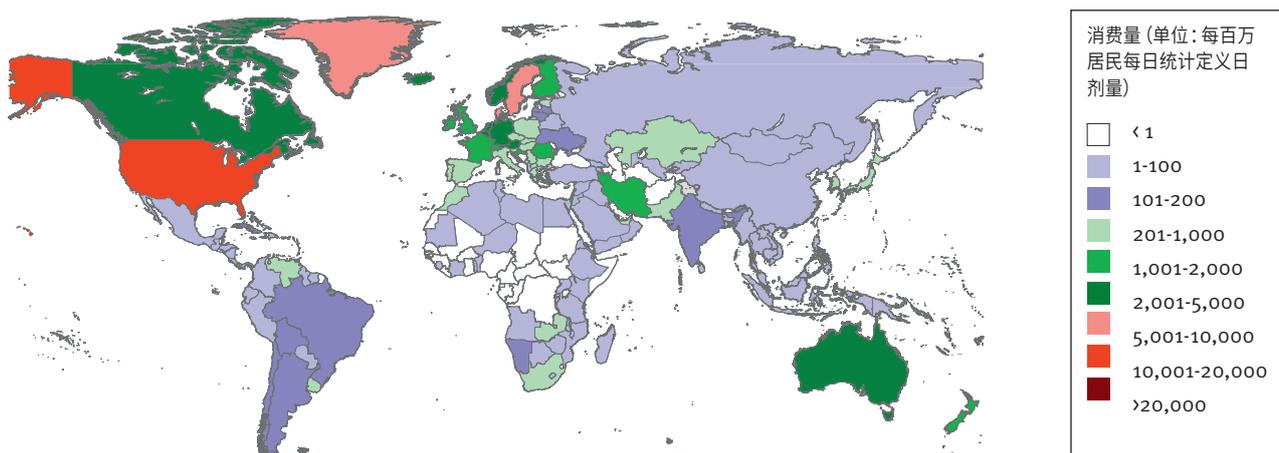
49. 对美沙酮和丁丙诺啡的消费量以及类阿片依赖药物辅助治疗服务的分析表明, 在注射毒品现象甚为普遍的所有国家中, 获得这些服务的渠道要么不存在, 要么不够充分。究其原因, 可能在于这类服务的效力未得到认可、文化阻力、经济或结构上缺乏能力和(或)政治上无动于衷。

地图 1. 可供疼痛治疗消费的类阿片供应情况 (1977-1979年、2007-2009年和 2017-2019 年平均值)

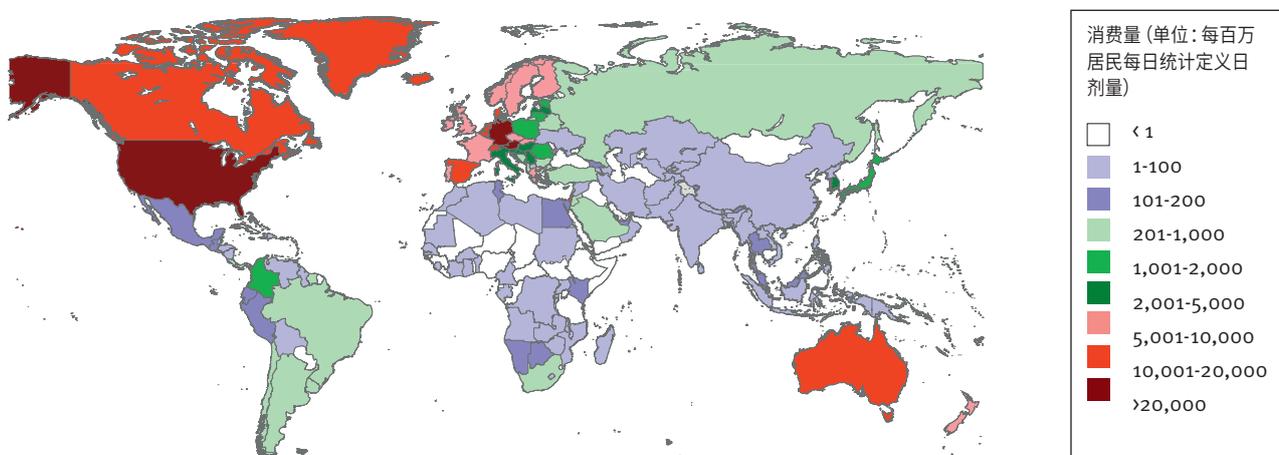
用于疼痛治疗的类阿片供应均值 (1977-1979 年)



用于疼痛治疗的类阿片供应均值 (1997-1999 年)



用于疼痛治疗的类阿片供应均值 (2017-2019 年)



这些地图中标示的边界和名称以及使用的称呼并不意味着联合国的正式认可或接受。苏丹与南苏丹之间的最终边界尚未确定。圆点虚线表示印度和巴基斯坦约定的查谟和克什米尔地区大致的控制线。印巴双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。阿根廷政府与大不列颠及北爱尔兰联合王国政府在福克兰群岛 (马尔维纳斯群岛) 主权上存在争端。

资料来源: 国际麻醉品管制局

四. 打击药物滥用的措施

50. 为改善人类的健康和福祉,各项公约要求缔约国为受毒品问题影响者的治疗、康复和回归社会采取措施(《1961年公约》第三十八条和《1971年公约》第二十条)。这些条款规定,各国法定义务采取一切可行措施,防止药物滥用,并对关系人早作鉴别、治疗、教育、善后护理、复健并使之重新与社会融为一体。同一规定还强调推动人员培训和开展提高认识活动的重要性。《关于〈修正1961年麻醉品单一公约的议定书〉的评述》¹⁶解释指出,第三十八条表明,人们普遍认为,仅有以防止实际或潜在受害人接触麻醉

药品和精神药物为目的的行政管制或刑事制裁制度还不够。在2009年《政治宣言和行动计划》中,会员国重申致力于以科学证据为基础,促进和发展证明有效果、成本效益高的预防和治疗服务。

51. 在这方面,麻管局建议各国执行以科学证据为基础的政策和办法,例如,联合国毒品和犯罪问题办公室和世界卫生组织在《关于预防吸毒的国际标准》和《吸毒病症治疗国际标准》中提出的政策和办法。

¹⁶联合国出版物,出售品编号:E.76.XI.6。

五. 体系运作

A. 将药物列入附表和管制范围的变化

52. 将药物列入附表的决定由麻醉药品委员会根据《1961年公约》第三条和《1971年公约》第二条在世界卫生组织进行科学审查和提出建议后作出。将一种物质列入附表的倡议由其中一项公约的缔约国采取,或由世界卫生组织根据尚未受国际管制的物质的相关信息在认为可能需要修正任何附表的情况下采取。

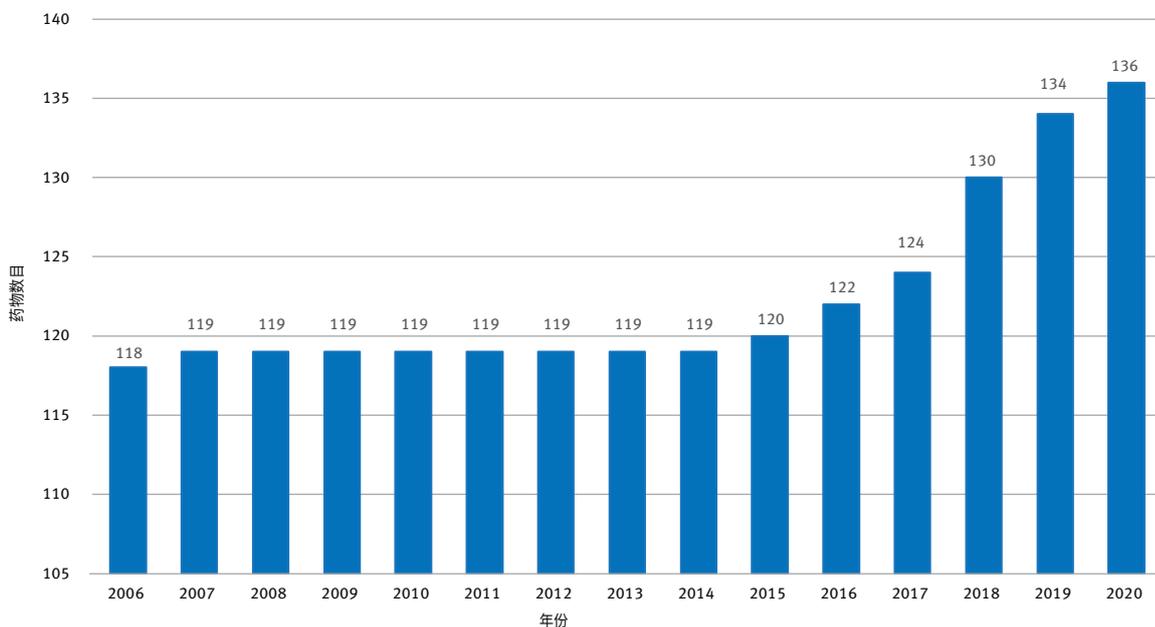
麻醉药品

53. 受《1961年公约》管制的药物视其治疗效用与滥用倾向之间的关系而定分别列于附表一或附表二。附表一中的药物管制规定构成了《1961年公约》下的标准制度,而附表二则包含被认为

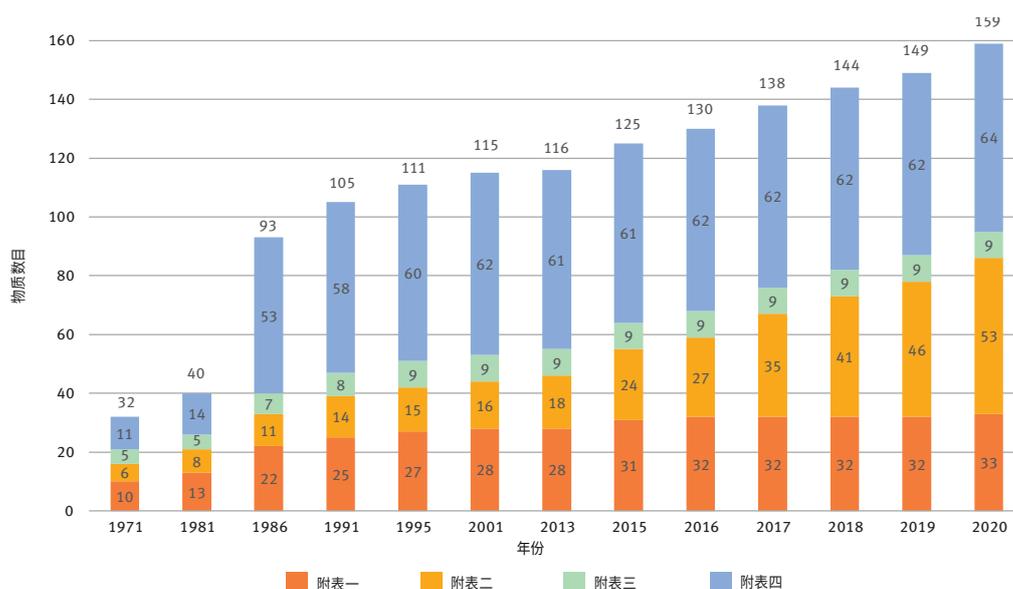
滥用倾向较低且医疗应用较为广泛的药物。此外,附表三涵盖附表一和二中拟用作正当医疗用途的药物制剂,而附表四则载有附表一中被认为具有特别危险性质且治疗用途有限或没有治疗用途的特定药物。

54. 《1961年公约》附表共列入136种药物(见图二)。除分项管制的物质外,管制范围还扩大到包括国际管制麻醉药品的异构体、醚类、酯类和盐类以及所有形式的同位素。在经历了2000年代和2010年代初相对不活跃的一段时期之后,自2015年以来,将药物列入附表的活动有所增加,在《1961年公约》下新列入附表的大多数药物都涉及合成类阿片药物的兴起,其中大多数与芬太尼有关。

图二. 受《1961年公约》管制的药物数目增加情况(2006-2020年)



图三. 受《1971年公约》管制的物质数目 (1971-2020年, 选定年份)



精神药物

55. 在《1971年公约》签署时, 有32种精神药物受到管制。50年后, 受管制精神药物数目已经达到159种, 新增的大部分精神药物与附表二和附表四物质有关。自2013年以来, 新型精神活性物质的出现, 使得麻醉药品委员会更频繁地将各种物质列入国际管制(见图三)。

56. 在这方面, 近年来有多个新型精神活性物质被列入《1971年公约》附表一和附表二而受到管制。与所有其他受国际管制的精神药物一样, 麻管局还监测涉及新型精神活性物质的合法活动。不过, 这类活动一直很少。

B. 估计数和评估数

麻醉药品需要量估计数

57. 麻醉药品年度需要量估计制度可以追溯到国际联盟时代。1931年7月13日在日内瓦签署的《限制麻醉品制造及管制麻醉品运销的公约》通过引入强制估计数制度, 将世界各地麻醉药品的生产量限制为医疗和科研所需数量。

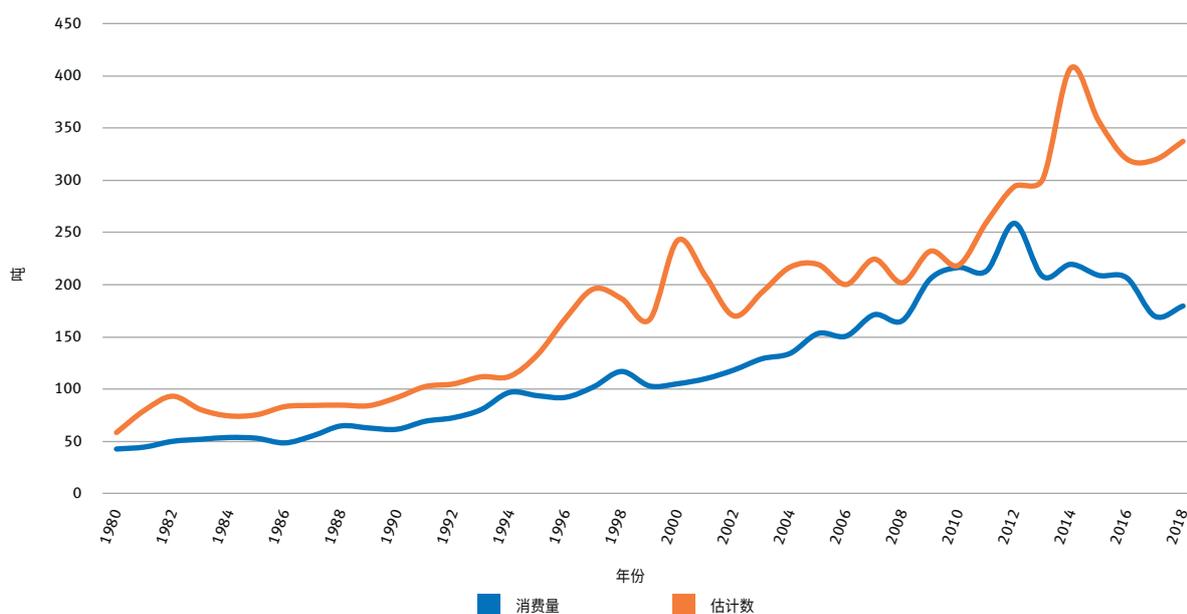
58. 在《1961年公约》通过时, 保留了估计数制度; 该制度规定各国有义务提交附表一和附表

二麻醉药品的年度估计数, 估计数须经过麻管局确认。

59. 大多数国家政府都遵守了这一条约义务, 有185个国家和领土提供了2020年麻醉药品需要量年度估计数。在《1961年公约》的10个非缔约国中, 有8个在过去10年中至少提交了一次年度估计数, 显示出各国对条约规定有较高的接受程度和履约意愿。

60. 对于那些没有提交年度估计数的国家, 《1961年公约》规定, 麻管局应确定估计数, 确保无法自己提供估计数的国家和领土仍可以进口用于医疗目的的麻醉药品。

61. 各国政府报告的数据显示, 仅设定较高的估计数并不会导致消费增加。对过去38年全球数据的分析表明, 自1980年以来, 最常用于疼痛治疗的麻醉药品的消费量估计数每年都高于所报告的消费量(见图四)。因此, 应在全国范围内动员所有相关部门和政策制定者采取协调行动, 改善这些药物的医疗和科研用途供应量, 确保能够在全国各地提供所需数量的麻醉药品。估计数制度的灵活性允许全年向麻管局呈交追加估计数, 可确保因医疗需求增加而增加的用量能够迅速得到进口。

图四. 特定类阿片药物的消费量估计数与实际消费量^a (1980-2018年)

^a可待因、右旋丙氧芬、二氢可待因、芬太尼、氢可酮、氢吗啡酮、凯托米酮、吗啡、羟考酮、哌替啶、替利定、三甲利定。

精神药物评估数

62. 《1971年公约》规定的管制体系在很大程度上是基于《1961年公约》针对麻醉药品设计的管制体系。但在1960年代末,在起草《1971年公约》时,麻醉药品所适用的估计数制度被认为并非精神药物所需。

63. 1970年代末期和1980年代初期,出现了企图转用大量《1971年公约》附表二所列精神药物的情况,而伪造或假冒进口许可的使用则对此发挥了促进作用。出口国缺乏关于进口国对精神药物合法需求方面的可用信息,阻碍了识别非法进口文件的努力。因此,麻管局建议采取补充管制措施,这一建议随后得到了经济及社会理事会1981年5月6日第1981/7号决议的批准,经社理事会在该决议中请各国政府向麻管局提供每年对附表二所列物质的医疗和科研需要量的评估数。另外,麻管局还要求各国政府向其提供这些物质的季度贸易统计数据。

64. 当前,有170多个国家政府定期向麻管局提供其医疗和科研用途精神药物实际需要量的评估数。有一些国家政府每年都会提供这方面的

信息。其他国家政府则只是随时对先前的评估数提交必要的修订。多年来,各国政府继续向麻管局提供国内目前使用的所有精神药物的最新评估数或修订评估数。

65. 评估数制度在得到国家主管部门遵守时,是精神药物国际贸易的一项重要管制措施,成功防止了这些物质的转用。转用合法制造的精神药物的情况已大大减少,因为出口国当局现在可以很容易地检查出口数量是否符合进口国目前的需要。

C. 生产、制造、库存和消费的统计

麻醉药品

66. 《1961年公约》要求各国政府提交麻醉药品生产、制造、使用、进口和出口方面的年度和季度统计数据。过去60年,报告数据反映了商业实践的增长和转型,数据显示出强劲的上升趋势。大多数政府都配合履行了《公约》的规定及其提交数据和信息的义务。数据的提交率保持高位,至少有75%的政府提供了条约规定的信息。

67. 至少有175个国家政府提交了关于麻醉药品生产、使用、消费和库存的年度统计数据；2016年，有181个国家政府提交了这类数据，为历史之最。有170至180个国家政府提交某一年度麻醉药品进出口的整套季度统计数据，这一数据是《1961年公约》规定的硬性信息，而另有30个国家政府至少提供部分记录。制造、贸易和进口大国的提交率更高，这些国家一直在提供数据。提交率高表明，各国政府致力于与麻管局开展合作，确保国际药物管制体系持续运作。

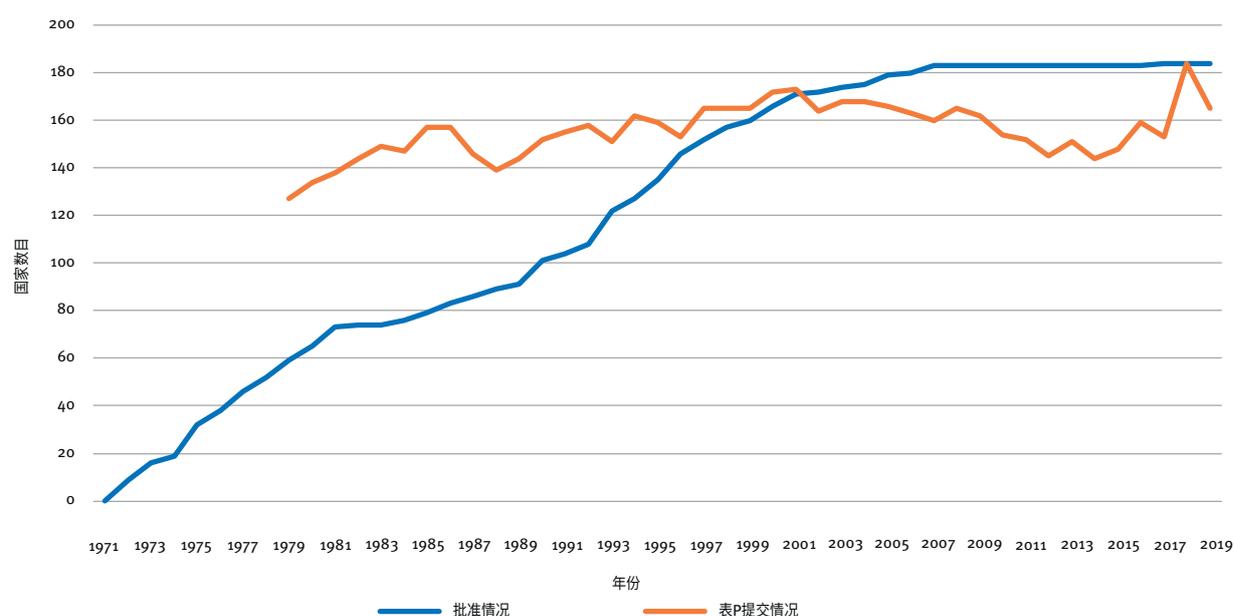
精神药物

68. 根据《1971年公约》第十六条第六项，麻管局于1979年起草了一份调查表(表P)，请各国政府提供第十六条第四项要求的年度统计信息。这一统计报告支柱是确保国际管制的关键机制。1977年，根据115个国家和领土提交的数据，编写并出版了关于精神药物的第一份技术出版物。

69. 对1980年数据提交工作的审查表明，会员国很早就承诺对精神药物进行国际管制。1980年底，只有68个国家和领土是《1971年公约》的缔约方。尽管如此，麻管局在该报告年度收到了来自134个国家和领土的表P。到1990年底，加入该《公约》的国家和领土总数已增至107个。同样，尽管许多国家和领土尚未成为《1971年公约》的缔约方，但麻管局仍收到了来自152个国家和领土的表P(见图五)。

70. 到千年之交，绝大多数联合国会员国(166个国家和15个地区)已成为《1971年公约》的缔约方。2000年，共有158个国家和14个地区提供了表P。虽然并非所有加入《公约》的国家和领土都提供了当年所需的统计报告，但所有参与国际管制精神药物合法市场的主要制造和贸易国家都提供了报告。

图五. 《1971年精神药物公约》的批准情况和年度统计(表P)的提交率



注：由于《1971年公约》直到1976年才生效，且麻管局后来才得以确定提交方式(表P)，因此，各个国家和领土从1979年开始才得以提供统计报告。提交主体包括也有义务遵守《公约》的地区。

71. 从2000年代末到2010年代的大部分时间,各缔约国的报告率虽然每年稍有变化,但总体上保持稳定。在此期间,在被要求提供年度统计报告的国家 and 领土中,任何一年都有不少于四分之三的国家 and 领土提供年度统计报告。2018年,有184个国家和领土提交表P,达到了新的里程碑,这是自《1971年公约》通过以来单一年份内收到最多的一次(见图五)。

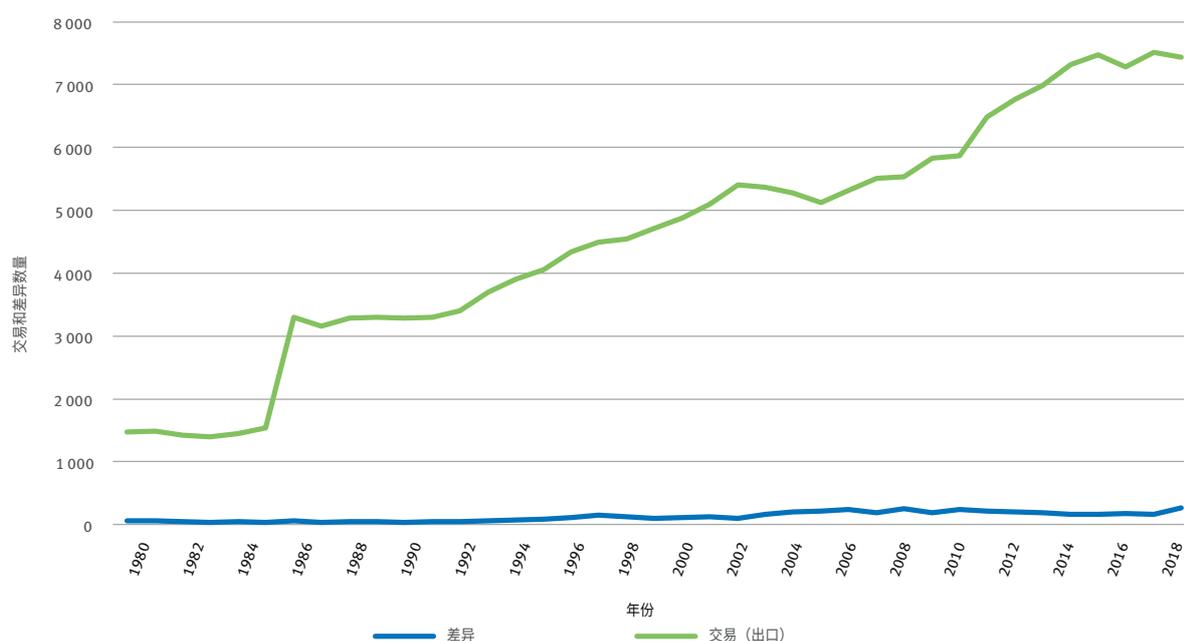
72. 尽管《1971年公约》没有成文规定国际管制精神药物的报告制度,但值得注意的是,除《公约》要求的数据外,大多数国家还自愿提供经济及社会理事会和麻醉药品委员会相关决议要求的数据。尽管时至今日仍有一些数据空白,特别是在消费数据方面,但缔约国的合规率较高,使得麻管局能够自《1971年公约》出台以来密切监测精神药物的合法贸易,这明确彰显了国际社会对有效管制这些物质的贸易所作出的承诺。

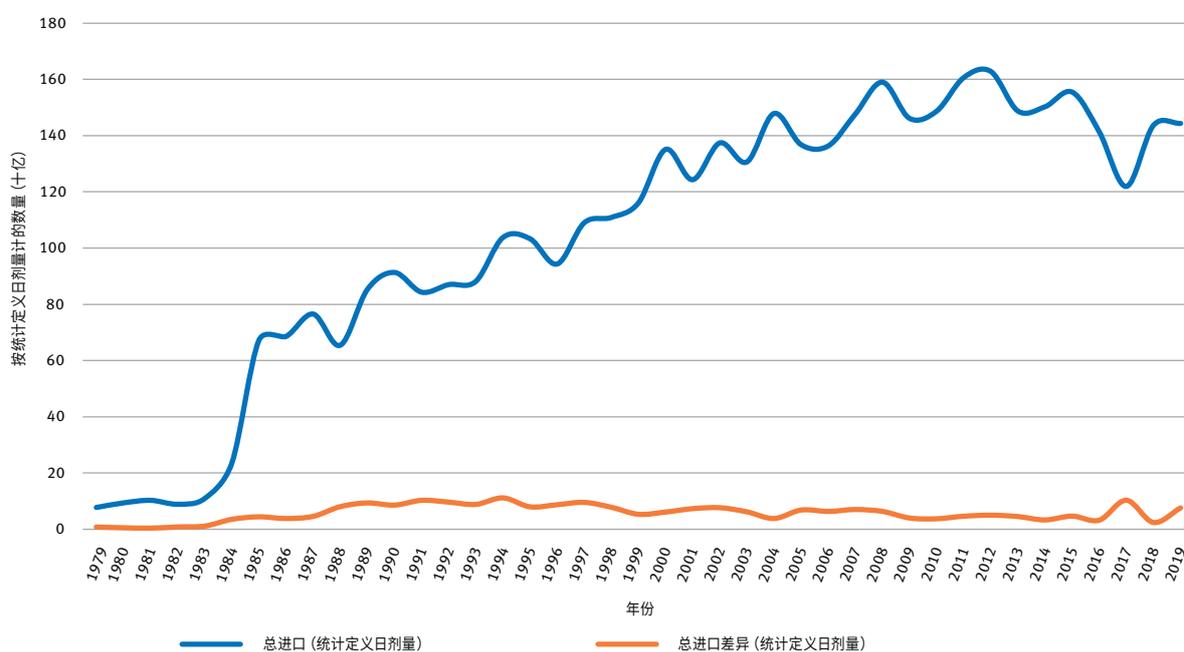
D. 贸易

73. 近几十年来,国际贸易的增长也包括麻醉药品的贸易,现如今,麻醉药品常跨越国际边界被运往各地。自1980年以来,向麻管局报告的出口交易数量成倍增加,并继续呈上升趋势。与此同时,差异数量基本保持稳定。麻管局对各国政府按季度报告的全球进出口交易进行分析,从中查明贸易差异,之后向有关政府提出存在的差异问题。过去五年,很少或没有发现麻醉药品从合法贸易转入非法贩运的情况,表明现行管制体系十分健全。

74. 与麻醉药品一样,自1984年以来,精神药物的贸易量大幅增长。尽管如此,国际贸易的年度差异基本保持不变,而精神药物贸易量差异占进口总量的比例在过去30年继续缩小。这不仅表明根据《1971年公约》建立的管制体系十分有效,也说明各国政府在不断提高向麻管局提供的数据质量。与麻醉药品一样,麻管局会查明精神药物的贸易差异,并向有关政府提出,以便查明国际贸易中的潜在转用情况和(或)国家行政机制的不足之处。

图六. 麻醉药品贸易交易和差异数量(1980-2018年)



图七. 精神药物总年度差异与精神药物总年度进口量比较(单位:十亿统计定义日剂量^{a)} (1979-2019年)

^a就精神药物而言,由于报告要求不同,以统计定义日剂量表示的进口用于衡量贸易,而非交易数量。

75. 要继续有效监测麻醉药品和精神药物的国际流动,防止转用和滥用,必须及时、准确地掌握贸易统计数据。在这方面,国际进出口许可系统取得了进展,该系统是由麻管局开发的网上电子系统,旨在通过为进出口许可交流提供便利,推动国际管制药物的无纸化贸易。国际进出口许可系统可供所有国家政府免费使用,作为一个安全可靠的平台,在各贸易国之间产生和交流进出口许可,同时确保充分遵守经修正的《1961年

公约》和《1971年公约》的所有规定。该系统协助国家主管部门减少数据输入错误,并节约时间和通信费用。

76. 截至2020年11月1日,即国际进出口许可系统启动近六年后,麻管局注意到,有87个国家政府在该系统中作了登记,其中有68个国家政府拥有一个活跃的管理账户,比上一年增加了36%。2020年,在拥有活跃账户的国家中,有大约三分之一的国家在系统中输入了数据。

六. 麻管局在监测《1961年公约》和《1971年公约》各项规定的遵守情况、确保《1961年公约》和《1971年公约》各项规定得到执行方面发挥的作用

77. 作为其条约监测职能的一部分，麻管局一直在审查缔约国执行国际药物管制公约的情况。麻管局审查药物管制领域各缔约国的动态，以确定可能需要加强对话或可能需要开展补救行动的领域。一旦发现不足之处，麻管局会与各国政府密切协作，确定并推荐可以实施的具体良好做法和措施，以期改善国际药物管制条约的履约情况。

78. 国际药物管制公约缔约国在开展国内药物政策行动时具有相当大的自由裁量权。虽然在履行条约义务时所作的立法和政策选择可能存在很大差异，但麻管局指出，政策选择应符合这些条约的规定和国际药物管制制度。例如，缔约国必须将麻醉药品和精神药物的用途严格限于医疗和科研领域，并采取尊重人权和保障人类健康的政策。

79. 麻管局定期进行国别访问，以监测国际药物管制条约的履约情况，并促进这些条约的有效执行。在这些国别访问期间，麻管局与接待访问的东道国的相关国家机关讨论国家一级在受管制物质的合法制造和贸易领域执行的法律、体制和实际措施，以期便利为医疗和科研用途提供这

些物质，同时防止其转入非法渠道。麻管局还就预防和处理非法制造、贩运和滥用麻醉药品和精神药物的国家机制与受访国家进行接触。

80. 麻管局根据履行这些条约监测职能的结果，通过要秘密传达给有关政府的建议。这些建议提出了旨在让国家药物管制制度更加合乎国际药物管制公约规定的措施。

81. 经修正的《1961年公约》第十四条和《1971年公约》第十九条规定了麻管局为确保这些公约条文得到实施可使用的机制。条款中包含麻管局为达到这一目的可依次采取的措施。根据《1961年公约》第十四条第一项(d)款，如麻管局断定关系政府未提出满意的解释，或未采用麻管局提出的补救办法，或麻管局认为局势严重，需要在国际阶层采取合作行动时，则麻管局得将此情事提请缔约国、经济及社会理事会及委员会注意。¹⁷ 根据《1961年公约》第十四条第三项，麻管局有权就其依第十四条规定所处理的任何情事，发表报告书，送致理事会。《1971年公约》第十九条规定了类似的程序。

82. 据认为，《1961年公约》第十四条和《1971年公约》第十九条规定的程序属于保密性质。在

¹⁷见《1961年公约》第十四条第一项(d)款。

麻管局决定将情事提请缔约国、理事会及委员会注意前，需将麻管局与有关缔约国依照该等条款开展的对话和沟通视为机密。

83. 在这两项公约分别缔结五十年和六十年以来，鲜有援引《1961年公约》第十四条的情况，关心的问题在按要求开展的秘密对话中均得到解决，无需将情事提请缔约国、理事会及委员会注意。

84. 麻管局于2000年5月对阿富汗正式援引《1961年公约》第十四条，并就此发表了公开声

明，原因是有必要提请国际社会注意，该国未能落实《公约》的规定（在此事中，指根除非法罂粟种植），严重危害《公约》宗旨。麻管局在喀布尔与塔利班当局进行了讨论，也与北方联盟进行了讨论。援引第十四条后三个月，塔利班宣布全面禁止罂粟种植。于是，在2000/01年度种植季，塔利班控制区内大部分地方的罂粟种植量急剧下降。此后，尽管国际社会做出努力，但是阿富汗的情况仍然恶化，2019年麻管局援引《1961年公约》第十四条之二，郑重呼吁国际社会提供紧急支持。

七. 罚则

85. 尊重人权是制定和执行有效药物管制政策的先决条件。在大会第三十届特别会议题为“我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺”的成果文件中，会员国重申需要协助各国完全按照《联合国宪章》、国际法和《世界人权宣言》的宗旨和原则，并且除其他外尊重全部人权、基本自由和所有个人的固有尊严，实施各项国际药物管制条约。

86. 经修正的《1961年单一公约》和《1971年公约》均规定，缔约国有义务采取立法和行政措施，确保这两项公约所列物质只用于医疗和科研目的。为打击贩毒和相关行为，要求缔约国采取措施把某些涉毒活动定为刑事犯罪，但该等措施不得超出缔约国的宪法限制。此外，如吸毒者实施该等罪行，缔约国可自订规定，使其获得治疗、教育、善后护理、复健并重新与社会融为一体，此可作为判罪或科处刑罚的替代措施，亦可作为判罪或科处刑罚的附加措施。

87. 与其他国际条约一样，为执行公约要选用怎样的政策、立法和行政措施，悉由政府于公约确立的范围内酌定，公约未指明各缔约国应遵循何种确切的程序或过程，也未指明在特定案件中对罪犯适用何种处罚、制裁或替代措施。在符合公约宗旨和规定的前提下，各国一般可根据本国的制度以及每起案件的事实和情节，遵循自行设置的过程和程序，适用不同的处罚、制裁及其确定的替代措施。各国如认为宜于或需要采取更为严格或严厉的措施来保护公众的健康和福祉或防止和遏制非法贩运，可采取此类措施。

88. 各国、各区域在社会和法律上对涉毒活动的容忍和认识程度，以及应对措施千差万别，因此就毒品问题采取的国家方针各不相同。国家方针之间的差异源自缔约国法律制度之间的差异，折射出每个国家的文化和价值体系对犯罪、惩罚、威慑和康复概念造成的影响。

89. 尽管如此，将国际药物管制公约转变为国内法，必须遵循国际公认的相称原则。这一原则要求国家对任何有害行为的反应必须相称。从刑事司法角度来说，依照这一原则，对犯罪行为作出处罚无可厚非，但处罚不得与犯罪行为的严重程度不相称，亦不得与每起案件的个别情况（包括相关人员是否为吸毒者）不相称。

90. 过去60年，世界各地一些缔约国在实施国家药物管制过程中采取的措施存在执法军事化、无视人权、过度监禁、拒绝提供适当医疗救治、所用手段不人道或不相称的现象。这类政策凭借毒品政策的名义或打着毒品政策的幌子出台，令人遗憾地造成了不良后果，产生了负面影响——致使受吸毒影响者被污名化、边缘化或引发侵犯人权行为。麻管局一再强调，国家采取的药物管制措施如违反国际公认的人权标准，也就违反国际药物管制公约。

91. 此外，根据国际药物管制公约，以法外手段应对涉毒犯罪决没有理由，因为这些公约要求通过正式的刑事司法对策来处理涉毒犯罪，这种办法符合《世界人权宣言》和《公民及政治权利国际公约》，这两项公约要求遵守国际公认的正当

程序标准。此外，仍有一些国家保留了对涉毒犯罪的死刑。

92. 人权不可剥夺，且永远不能放弃。麻管局十分关切地注意到，关于以药物管制为名义严重侵犯人权的报告不断。公约为各国提供了对定罪、惩罚和监禁采用替代措施的可能性，包括教育、康复或重新融入社会。国家采取的药物管制措施如违反国际公认的人权标准，也就违反国际药物管制公约。麻管局再次呼吁停止对涉毒犯罪采取法外措施。

93. 麻管局继续敦促所有对涉毒犯罪保留死刑的国家考虑废除这种刑罚，把已判刑罚减轻，以体现国际社会在废除涉毒犯罪死刑方面的发展。

94. 另一方面，特别是近年，许多国家重新评估了对涉毒犯罪的刑事司法措施，尤其是对程度较轻的犯罪行为、对患有吸毒病症者实施的犯罪行为采取的刑事司法措施，根据相称原则和《1961年公约》第三十八条，对程度较轻的涉毒犯罪采用其他办法替代定罪和处罚。伴随这一发展的是观念上的转变，也即承认药物依赖是一种可预防、可治疗的慢性复发病症，对此过度倚

重惩罚措施，可能产生高昂的人力成本，但收效甚微。

95. 麻管局强调，非监禁措施不仅可以减轻国家监狱系统的监禁负担，还可以通过提供治疗机会而非施加惩罚，让受药物依赖影响者努力过上没有药物依赖的生活、不必承受由于监禁引发的社会污名，从而帮助他们更加有效地实现长期康复。

96. 对普遍人权和法治给予应有的尊重，是有效执行国际药物管制公约的关键。没有这种尊重，会损害刑事司法系统的执法能力，会致使对于毒品犯罪的处理带有歧视且不相称，最终会削弱全球各地为有效解决世界毒品问题所作的努力。

97. 麻管局继续强调，为实现三项国际药物管制公约的基本目标——提供麻醉药品和精神药物用于医疗和科研用途，同时防止麻醉药品和精神药物遭到转移和滥用，从而保障人类的健康和福祉，缔约国有义务规定对涉嫌从事毒品相关犯罪的处理要人道且相称，要立足于对人类尊严的尊重、无罪推定和法治。这些原则来自国际药物管制公约以及其中蕴含的共识。在此，强烈敦促缔约国予以遵守。

八. 其他条文

98. 修正和退约等条款的使用有限。批准时选择表示保留的国家数量有限。

修正、退约和保留

99. 2009年、2010年和2011年，多民族玻利维亚国要求按照《1961年公约》第四十七条确立的程序删除《1961年公约》第四十九条第一项(c)款和第二项(e)款。这一提议遭到《1961年公约》至少一个缔约国拒绝，因此没有生效。《1971年公约》第三十条也对《1971年公约》的修正作出了规定，但从未得到使用。

100. 宣告退约的情况仅有一例。2011年6月29日，多民族玻利维亚国通知秘书长，该国决定退出《1961年公约》。根据《1961年公约》第四十六条第二项，退约于2012年1月1日生效。退约后，该国重新加入，同时作出保留。《1971年公约》第二十九条(退约)规定了类似的机制，但从未得到使用。

争端

101. 《1961年公约》第四十八条和《1971年公约》第三十一条所载条文涉及解决争端，在国际法律文书中很常见，规定友好解决，如不能友好解决，则交由国际法院裁决。这些条款从未得到使用。

九. 挑战

102. 事实证明, 这些《公约》在遏制合法国际药物贸易转入非法渠道方面特别有效。麻管局依托《1961年公约》规定的估计制度和《1971年公约》规定的评估制度, 与缔约国合作, 监督重要但易被滥用产品国际贸易的系统管理情况。但是, 这套制度仍然面临挑战。麻管局谨对其中部分挑战加以强调。必须将之解决, 才能实现这些《公约》的目标和宗旨。

非法种植

103. 尽管过去60年在部分区域取得了一些成功, 但是非法种植罂粟(2019年: 240,800公顷)和古柯树(2018年: 244,200公顷)、贩运毒品仍然威胁着一些国家的政治、经济和社会稳定。在这些国家, 腐败严重阻碍了药物管制工作, 必须着手清理, 才能取得进展。防止可用于生产海洛因和可卡因的受管制前体转移, 仍是国际社会面临的一项严峻挑战。此外, 许多国家依旧存在非法种植大麻植物现象, 必须在国家和国际层面上妥善处理。

吸毒预防和治疗服务

104. 世界各地对非法药物的需求居高不下。减少需求措施必须在国家和国际层面上进一步得到加强。执法措施与毒品预防和治疗干预措施不平衡的程度仍然很大, 药物管制政策的公共卫生目标和安全目标被人为割裂。

105. 为增进人类的健康和福祉, 公约要求缔约国采取措施, 使受毒品问题影响者获得治疗、康复和重新融入社会(《1961年公约》第三十八条和《1971年公约》第二十条), 但许多国家政府没有优先处理这一事项, 原因是缺乏能力和资源, 尤其在治疗毒瘾方面。各国应着眼于最为成功的办法, 避免采用尚未显效的办法。

106. 在世界许多地方, 预防措施缺乏或缺失, 治疗服务不佳, 遏制污名和促进重新融入社会机制不足。此外, 过度、经常不必要地诉诸刑法手段处理吸毒人员, 这不符合相称原则, 加剧了污名化现象。

107. 大会第三十届特别会议的成果文件题为“我们对有效处理和应对世界毒品问题的共同承诺”, 在所载关于减少药物需求的建议中, 把吸毒病症的治疗、康复和重新融入社会列为关键行动目标。该成果文件写道, 大会认识到药物依赖是一种复杂的健康障碍, 特点为慢性和复发性, 可通过以科学证据为基础的自愿治疗方案进行治疗, 并呼吁在制定和执行治疗举措方面加强国际合作。

医疗和科研用途国际管制物质的供应情况

108. 国际药物管制制度的一个核心目标是确保有受国际管制的物质用于医学用途和促进这类物质的合理使用。这一目标仍远未得到普遍实现。人们仍在遭受痛苦, 无法获得这些药物; 有的人只得未经麻醉接受外科手术, 有的人根本

得不到治理精神卫生问题所需的药物，有的人在不必要的痛苦中离别人世。全球类阿片镇痛剂供应和获取不平衡的情况尤其令人担忧。许多需要疼痛管理的病症、包括癌症在世界各地都很普遍，而且在中低收入国家的流行率现正上升；缓解病症所需的药物和知识已经具备，药物也在可以负担的范围之内，但由于卫生系统和监管方面的一系列障碍，无法在这些国家供应或适当使用。

109. 同时，在一些国家、特别是北美洲国家，类阿片镇痛剂处方过量，加上非法类阿片的使用，酿成了公共卫生危机，近年来引发的药物过量致死案例达到每年6万多起。有迹象表明，其他国家也开始出现类似问题。关键是，国家和国际药物管制制度必须共同努力，防止类阿片泛滥的现象进一步蔓延到其他国家。

110. 虽然无法获取类阿片镇痛剂一直是许多关注的焦点，与精神药物的供应和获取相关的数据也显示世界各国、各区域之间存在巨大差异。除了在一些区域供应不足和获得必要医疗的机会匮乏外，最近对一些国家苯二氮草类药物使用情况的研究还表明，这种药物的供应超过医疗需求，导致转移用途的风险加大，并给管制工作带来了重大挑战。

111. 确保医疗和科研用途国际管制药物的充分供应和获取，同时防止其被滥用、转移用途和贩运，这是依照国际药物管制公约建立的国际药物管制制度的职责所在。需要在国家和国际层面上贯彻落实大会第三十届特别会议成果文件和麻管局2015年年度报告补编¹⁸所载建议，从而改善受管制药物的供应。

新型精神活性物质

112. 新型精神活性物质在全球药物市场不断大量涌现，给公共卫生带来重大隐患，也对管制措施的落实构成挑战。有的健康问题会导致住院和药物过量致死，新型精神活性物质的使用往往与这类健康问题相关。在确保在国家和国际层面适当管制新型精神活性物质方面，仍然存在重大挑战。特别是近几十年，由于毒贩变着法子经由多个目的地贩运毒品，来源国、过境国和目的地国的概念已开始淡化。协助毒贩的化学技术人员使出的花招越来越多，在化学合成链上不断升级，以利用容易购买的试剂制造受管制化学品和前体。

113. 由于国家管制措施延伸到更多的新型精神活性物质，合法的企业对企业交易平台被用于销售和购买国家管制物质的风险不断加大。既需要防止为非法目的滥用合法平台，也需要避免阻碍利用互联网发展合法经济活动。麻管局通过其特别项目鼓励并支持各国政府考虑根据本国法律采取适当的措施，监测通过网上交易平台买卖新型精神活性物质的企图并采取相关行动，包括在可能的情况下自愿实施监测和交流信息，并考虑让交易平台的运营商参与此类行动。

包括特制前体在内的非列管化学品扩散问题

114. 随着新型精神活性物质的出现，麻管局几年来一直提请注意非列管化学品、尤其是特制前体扩散对国际药物管制工作构成的挑战。

115. 在一些国家，对前体的有效管制仍然由于以下因素受到阻碍：前体管制立法不足；监测和管制机制薄弱；对出口前通知、对关于前体货物合法性的询问缺乏及时反应。在世界大部分地区，贩运者越来越多地设法通过合法的国内或国际贸易，获取大量含麻黄碱和伪麻黄碱的药物制剂。

¹⁸E/INCB/2015/1/Supp.1。

116. 麻管局在2020年就这些挑战向麻醉药品委员会做过介绍,认为会员国需要持续、系统地就审查可能建议列管的物质一事开展政策对话。会员国不妨考虑采取具有国际约束力的新措施以及自愿合作的办法,摸索在《1988年公约》框架下采取创新型列管行动的各种选择。

医用和非医用大麻的使用

117. 国际药物管制条约允许将大麻和大麻素用于医疗目的,但条件是国家遵守条约中旨在防止大麻和大麻素转用于非医疗目的的各项规定。条约要求国家许可并管制医用大麻的生产,提供医用大麻的国内需求估计数,确保药用大麻素的使用要基于关于安全性和有效性的证据,也要接受医学监督。

118. 政府如允许大麻素作为药用,则应监测和评估这些方案的效果。在此类监测中,应收集以下方面的数据:使用大麻素的患者数量;患者使用大麻素治疗的疾病;患者和临床医生对大麻素的益处所作的评估;不良事件发生率。政府还应监测大麻素转用于非医疗目的的程度,特别是转由未成年人使用的程度。麻管局注意到,尽管一些国家许可使用一些含大麻素的药品治疗特定病症,但大麻及其衍生物并非用于治疗疾病的一线药物。

119. 另外,会员国在2016年举行的大会第三十届特别会议上重申,普遍遵守并承诺落实三项国际药物管制条约,但是,这却因为少数国家的事态发展受到损害。这几个国家将出于非医疗目的使用大麻合法化或予以准许,或容忍国家以下一级将之合法化。

120. 非医用大麻的使用增多,会加重大麻对公共卫生的不利影响。最有可能产生的影响是,机动车伤害、大麻依赖和滥用、精神病和其他精神障碍、青少年社会心理状况不良等问题增加。

121. 药物管制公约系国际社会经由谈判议定,规定“麻醉品的生产、制造、输出、输入、分配、贸易、使用及持有,以专供医药及科学上的用途为限”。这一限制被定为《1961年公约》和《1971年公约》中的一般义务,不容任何性质的克减。过去几年,由于某些国家通过了将非医用大麻合法化并纳入监管的法律框架,仅限出于医疗和科研目的使用大麻的做法受到挑战。麻管局作为负责监测三项国际药物管制公约遵守情况的机构,曾警告说,这些措施根本不符合药物管制公约缔约国的义务,构成对公约的严重违反。无论有关国家给出什么理由,无论有关国家是否明确承诺实现药物管制公约的“一般目标”,无论该等举措是否被定性为“实验”,把受管制物质用于非医疗目的合法化并纳入监管都显然违反了国际药物管制法律框架,破坏了对商定的国际法律秩序的尊重。

互联网

122. 近年来,互联网渗透到人们生活的各方面,其中包括药物管制。虽然互联网和社交媒体提供了展开预防教育的新方法,但也为危险产品和行为的营销和社会传播创造了更多的机会,从而通过规范使用和积极地介绍用户的体验,增加了接触使用此类物质的机会。

123. 互联网使得人们有可能在网上购买药品,包括含有国际管制药物的药品。令人遗憾的是,网上销售药品有时是非法进行的,因为一些互联网药店在无照经营或者未经登记,并且不需要处方就配发含有麻醉药品和精神药物的药剂。全球市场上出现了许多非医用合成类阿片,其中一些药物,如芬太尼类似物,由于即使在极小的剂量下也具有很高的效力,在被滥用时是特别危险的物质。

124. 通过互联网购买药物,特别是在暗网交易平台上使用加密货币购买药物已成为全球趋势,蔓延到几个区域。卖家利用开放的互联网、暗网和社交媒体网站营销一大系列芬太尼类物质,买

家借助在线金融服务或加密货币采购。每年通过国际邮件和快递服务运往世界各地的信函和快递包裹有数十亿件，采购的药物就混杂其中。芬太尼类物质的药力强，可微量运输，因此极难监测和拦截。邮政、特快专递邮件和快递服务人员和海关官员无意中处理了这些潜在的危险物质，引起了人们对安全的关注，因为意外接触这些物质可能会造成污染和伤害。经常用于非法制造麻醉药品和精神药物的化学品，也在网上交易。

125. 全世界的互联网接入能力继续增长，网上沟通渠道普遍可及，深网（搜索引擎无法访问的那部分互联网）漫无边际。受此影响，无论是借助非法网上药店，还是借助其他方式利用互联网贩毒，都构成严重的犯罪威胁。就此，麻管局呼吁各国政府继续使用按照大会第三十届特别会议成果文件所述建议发布的《为各国政府拟订的预防经由网络非法出售国际管制药物准则》。¹⁹

人权

126. 多年来，发生了不少凭借药物管制的名义或打着药物管制的幌子严重侵犯人权的行为。这些侵犯人权行为不是因为药物管制公约才发生的，而是尽管有药物管制公约仍发生了。国家采取的药物管制措施如违反国际公认的人权标准，也就违反国际药物管制公约。人权不可剥夺。人类的健康和福利是国际药物管制公约的目标，在解释上，只能认为它包括对人权的充分享受。任何国家行动如以药物管制政策的名义侵犯人权，无论目的为何，从根本上都有悖国际药物管制公约。

127. 缔约国在通过符合国际人权法的药物管制政策方面，取得了不同程度的进展。麻管局会继续强调在落实国际药物管制公约的过程中，必须尊重人权和基本自由，邀请所有国家把握两部国际药物管制公约周年纪念所提供的机会，就这一重要问题进行反思并采取行动。

¹⁹联合国出版物，出售品编号：C.09.XI.6。

十. 结论

128. 上述分析表明, 尽管存在一些挑战, 但国际社会在50年、60年前设计的监测和管制制度多年来的运作比较成功。不过, 仍有重大挑战需要应对, 仍有新的事态发展需要会员国行动起来。

129. 缔约国朝着制定公约所构想的、更协调一致的管制战略, 迈出了重要步伐。但是, 这一社会问题错综复杂、性质不断变化, 因此, 国家需要认识到面前的挑战和机遇。关于世界毒品问题的大会特别会议在2016年召开, 其成果文件重申会员国致力于实行以证据、科学为基础的管制政策和做法, 并在行动建议中就需要采取更多一致行动的重要领域, 提供了进一步指导。会员国还表示, 解决世界毒品问题是一项共同和分担的责任, 应通过力度更大、成效更好的国际合作予以处理, 对于毒品问题, 需要一种综合、多学科、相互加强、以科学证据为基础的解决办法。

130. 国际管制制度依公约建立, 在相关政治宣言的基础上发展而成, 提供了一个综合、严密的框架。使这个框架行之有效的唯一途径是, 国家结合各自的国情, 包括药物的实际供需情况, 国家机构的能力、社会考量因素, 以及能够证明当前和未来政策选择是否有效的科学证据, 履行各自的条约义务。

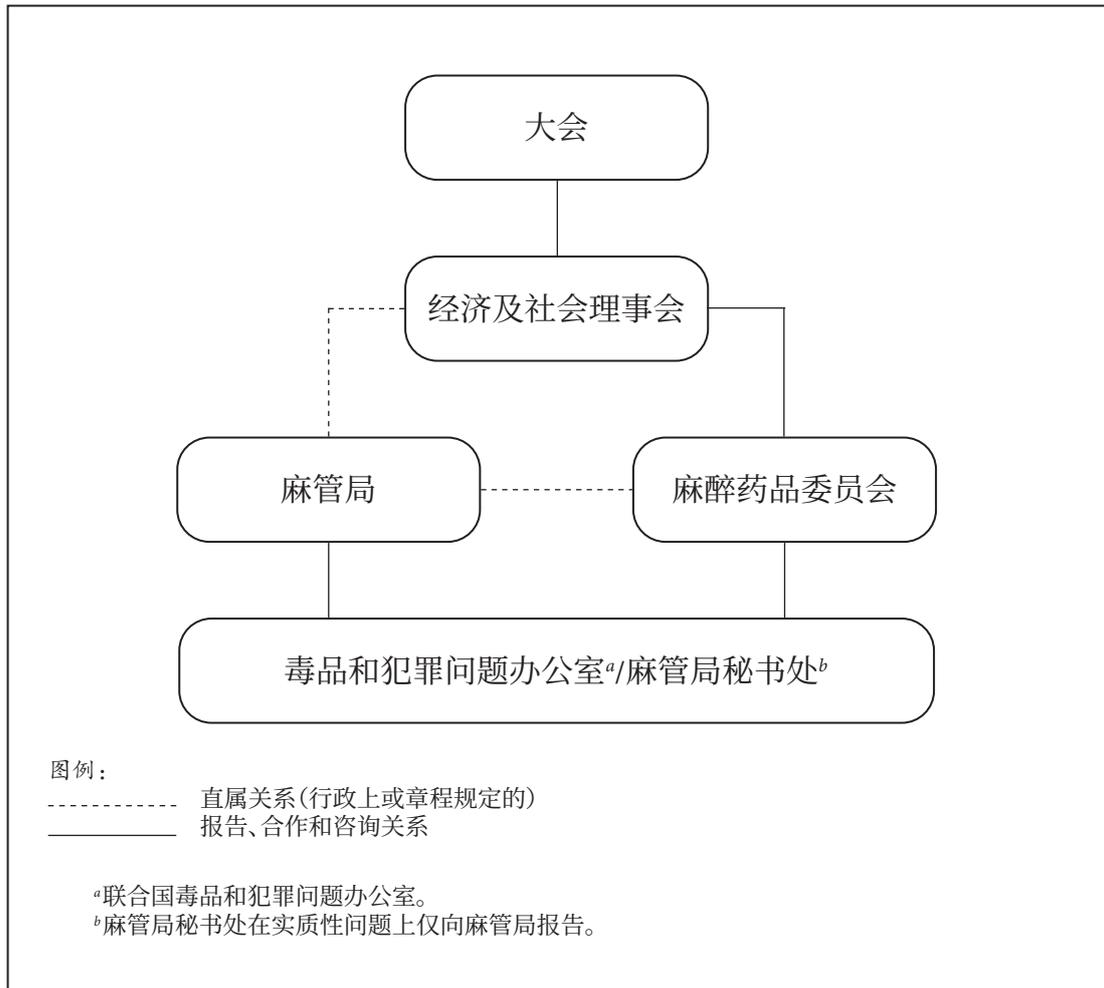
131. 过去60年中形成的规范性管制框架是一套复杂的制度。因为它致力于增进人类健康和福祉, 所以也位于广大国际人权文书的行列。不能像有些批评者所说的那样, 认为规范性管制框架无非就是一套禁止制度。相反, 这是一套全面、多部门、综合、平衡的制度, 以健康和福祉为重点, 以尊重人权和相称原则为基础。

132. 过去20年, 毒品问题处理政策改变了世界面貌: 历史上, 管制和条约执行工作重在减少供应; 但最近, 人们越来越多地认识到必须以全面、综合、平衡的方式执行条约, 必须把公共卫生置于政策的中心。

133. 的确, 有些国家的政策经常无视管制框架的目标和原则。政策若存在执法军事化、无视人权、过度监禁、拒绝提供适当医疗救治、所用手段不人道、不相称的问题, 就与公约和政治宣言的原则相抵触。

134. 新的挑战正在显现, 比如新型精神活性物质, 比如互联网带来的问题, 再比如上述在《1961年公约》和《1971年公约》通过时还不得而知的困难。国际社会必须在现有规范性管制制度内, 并(或)通过创设新的规范性工具和文书、开辟其他可能来自愿进行国际合作的途径, 找到克服挑战的对策。

联合国系统和药物管制机构及其秘书处





国际麻醉品管制局

国际麻醉品管制局（麻管局）是负责监测联合国各项国际药物管制公约执行情况的一个独立机构，于1968年根据1961年《麻醉品单一公约》的规定设立，其前身可以一直追溯到国联时期在前毒品管制条约下设立的一些机构。

麻管局在其活动的基础上出版年度报告，通过麻醉药品委员会提交给联合国经济及社会理事会。年度报告提供世界各地药物管制形势的全面概览。作为一个公正的机构，麻管局力求查明并预测危险趋势，并提出拟采取的 necessary 措施的建议。