



大会

Distr.: General  
6 August 2010  
Chinese  
Original: English

第六十五届会议

临时议程\* 项目 69(b)

促进和保护人权：人权问题，包括增进人权  
和基本自由切实享受的各种途径

## 人人享有能达到的最高标准身心健康的权利

### 秘书长的说明

秘书长谨向大会各会员国转递人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员阿南德·格罗夫根据人权理事会第 6/29 号决议提交的报告。

\* A/65/150。



## 人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员的报告

### 摘要

现有的国际缉毒制度只通过使用执法政策和刑事处罚来创建一个“无毒品”世界。但是，有越来越多的证据表明，这种做法并不成功，因为它没有认识到人们使用和依赖毒品的现实情况。虽然毒品可能对个人生活和社会产生严重后果，但是，这种过度依赖惩处的制度并未实现它宣称的公共保健目标，并引发造成无数侵犯人权行为。

吸毒者可能因担心遭受刑事处罚而不去获取服务，或根本得不到服务。视吸毒为犯罪和执法过度还破坏各种促进保健的举措，让人永远洗不清污点，增加所有人——不光是吸毒者——的健康风险。一些国家把吸毒者关起来，强迫他们戒毒，或两者兼而有之。现有的国际缉毒制度还对获取基本药物实行不必要的限制，侵犯了享有健康的权利。

如《一九六一年麻醉品单一公约》序言所述，国际缉毒制度的首要目标是维护“人类的健康与福利”，但目前对吸食和持有毒品的管制不利于实现这一目标。广泛推行旨在减少吸毒危害的措施(减少危害措施)和在某些缉毒法中不将吸毒视为犯罪，会大大促进吸毒者和一般民众的健康和福利。此外，联合国实体和会员国还应采用一种着眼于健康权利的做法来处理缉毒问题，鼓励全系统协调一致和进行沟通，采用各种指标和准则，并考虑为某些非法药物制订新的法律纲要，以确保吸毒者的权利得到尊重、保护和享受。

## 目录

	页次
一. 导言 .....	4
二. 健康权与国际缉毒 .....	4
三. 缉毒对健康权的影响 .....	7
A. 阻碍获取服务和治疗 .....	8
B. 歧视和耻辱 .....	8
C. 吸毒过程中的风险增加 .....	9
D. 对弱势和处于边缘群体产生不成比例的影响 .....	10
四. 强制进行毒品依赖性治疗与侵犯健康权 .....	10
五. 获取受管制药品 .....	12
六. 采用注重人权的方法缉毒 .....	15
A. 减少危害的循证治疗 .....	15
B. 不视为犯罪和解除惩罚 .....	19
C. 人权指标和准则的使用 .....	21
D. 受管制药品的其他监管框架 .....	22
七. 建议 .....	22

## 一. 引言

1. 人权理事会在第 6/29 号决议中要求特别报告员向大会提交一份临时报告。理事会还在第 12/24 号决议中鼓励特别报告员在他现有的任务规定中列入获取药品涉及的人权问题。本报告是根据这些要求提交的。

2. 在向大会提交上一份报告(A/64/272)后,特别报告员已经开展了一系列活动,以进一步制订任务规定,在全球提高对健康权利的认识。除了 2009 年 11 月到澳大利亚和 2010 年 5 月到危地马拉出差外,特别报告员还参加一系列关于健康权利的协商和会议,包括巴厘有关亚太区域产妇保健问题的议会议员磋商;亚洲艾滋病与人口流动问题行动协调研究组织在吉隆坡举办的有关移徙工人与健康的民间社会磋商;行动中的全球伙伴关系关于国际人口与发展会议十五周年回顾的柏林非政府组织论坛;2010 年 7 月在维也纳举行的第十八届国际艾滋病会议。

3. 特别报告员还在以下场合发表了主旨讲话:纽约大学和哥伦比亚大学;约翰内斯堡促进人权举措的利益攸关方会议;让越南所有人享有健康和发展权利国际会议;在布鲁塞尔欧洲议会举行的宫颈癌问题最高会议;在普林斯顿大学举行的司法部门与健康权利会议;健康权利国际组织在纽约举行的健康权与人权年度颁奖晚宴。特别报告员还在芬兰土尔库/阿博的阿博大学人权研究所关于经济、社会和文化权利可受理性的课程中讲课。

4. 特别报告员 2009 年 3 月在危地马拉同民间社会进行了磋商,参加磋商的有中美洲各地的民间社会组织。这次磋商提供了一个良好机会,为特别报告员 2009 年 5 月到危地马拉出差获取必要的信息。特别报告员还应拯救儿童组织的邀请,在阿富汗参加了一次重点讨论儿童和产妇健康问题的磋商。

5. 特别报告员的本次报告阐述了与缉毒有关的减少需求方面的措施,即主要与吸食和持有毒品有关的措施,和这些措施对享有健康权利产生的各种影响。报告论述了在缉毒过程中更加注重人权,而不是采用过于倚重处罚做法的必要性,因为这种做法在健康方面造成的伤害多于它所要防止的伤害。

6. 特别报告员建议国际社会通过与吸食和持有毒品有关的准则和指标,在处理缉毒问题时顾及人权问题,并建议考虑建立一个毒品监管替代框架。此外,会员国应确保为吸毒者,尤其是监狱中人员提供减少危害的措施和减少对毒品依赖的治疗。它们还应改革国内法,不将持有和使用毒品视为犯罪,不进行处罚,增加获取受管制的基本药品的渠道。

## 二. 健康权与国际缉毒

7. 健康权对所有吸毒和对毒品有依赖的人都适用,尽管他们在吸毒。不把吸毒和对毒品有依赖混为一谈至关重要:对毒品有依赖是一种不断复发的慢性机能失

调，<sup>1</sup> 涉及大脑功能的改变，<sup>2</sup> 可能需要进行医治，最好是采用“生物心理社会”方法。<sup>3</sup> 而吸毒不是一种病，并不一定意味着对毒品有依赖。事实上，大多数吸毒的人没有产生依赖性，不需要治疗。

8. 除其他外，健康权还力求确保能在不受歧视的情况下使用高质量的保健设施、物品和服务，包括出于身体或心理残障或健康状况的原因。<sup>4</sup> 《经济、社会、文化权利国际公约》第二、二条和第三条也禁止在实现公约规定的所有权利过程中进行歧视。因此，个人吸毒并不构成限制其权利的理由，<sup>5</sup> 不管他/她是否有得到确认的依赖性并发症，也不管有关缉毒制度是否允许进行监禁或其他制裁。吸毒者和对毒品有依赖的人都同样持有受国际法律文书保障的自由和权利，但在目前的缉毒制度下，他们的权利都受到侵犯。

9. 联合国的国际缉毒制度由三个条约构成：(a) 经 1972 年议定书修订的 1961 年麻醉品单一公约，该公约把以前的各项国际协定合并在一起，并规定对大麻、古柯和罂粟等植物实行国际管制；(b) 《1971 年精神药物公约》，该公约规定对用于制造毒品的合成物质和前体化学品实行国际管制；(c) 《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》(1988 年)，该公约扩大了国际打击毒品贩运的范围和力度，并指出毒品贩运与有组织犯罪之间的联系。<sup>6</sup> 这些条约目前将数百种非法物质置于国际管制下，<sup>7</sup> 未经批准生产和销售这些物质的每一个步骤几乎都被视为犯罪，但允许为医疗和/或科学目的生产、销售和拥有这些物质。<sup>8</sup> 这些条约已得到 181 个国家的批准，是世界各国制订缉毒政策的指南。

10. 一些联合国机构执行这三个缉毒条约，而且要按《联合国宪章》第一条和第五十五条所述，促进和保护人权。在国际缉毒制度和国际人权制度之间有冲突时，显然应首先履行人权义务。大会一再通过决议，称国际缉毒工作必需依照《宪章》进行，必须“充分尊重人权”(见第 62/176 号和第 63/197 号决议)。

<sup>1</sup> 见《经济及社会理事会正式记录，2010 年，补编第 8 号》(E/2010/28)，第 47 页。

<sup>2</sup> 世界卫生组织，《精神作用药物的使用和对此类药物的依赖性的神经科学》(日内瓦，2004)，第 13 和 22 页。

<sup>3</sup> 联合国毒品和犯罪问题办公室和世界卫生组织，《毒品依赖性治疗原则：讨论文件》(日内瓦，2008)，第 1 页。

<sup>4</sup> 经济、社会和文化权利委员会，第 14 号一般性意见(E/C.12/2000/4)，第 18 和 19 段。

<sup>5</sup> 联合国人权事务高级专员纳瓦尼特姆·皮莱，“高级专员呼吁国际缉毒政策重点关注人权和减少危害问题”(2009 年 3 月 10 日)。见 [www2.ohchr.org](http://www2.ohchr.org)。

<sup>6</sup> 《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》，见 E/CONF.82/15 及 Corr.1 和 2，第 3 条，第 5 款。

<sup>7</sup> 国际麻醉品管制局，国际管制的麻醉药品清单，(第 48 版，维也纳，2008)。

<sup>8</sup> 见《麻醉品单一公约》，1961 年，1961 年 3 月 30 日，《联合国条约汇编》第 520 号，第 36 条。

11. 国际缉毒制度的首要目标是减少对受管制物质的使用和供应，同时确保能够为医疗和科学目的获取受管制物质，以此来保护人类健康与福利。<sup>9</sup> 尽管如此，有关条约没有明确考虑到人权，各执行机构也没有优先考虑人权问题。

12. 国际麻醉品管制局(麻管局)监督这三个条约的执行工作。它监测毒品的生产和贸易以及为科学和医疗目的获取受管制物质的情况，并有权对不遵守条约规定的政府进行调查。麻醉品委员会(麻委会)按不同等级的限制对麻醉品和精神药物进行分类，是联合国毒品和犯罪问题办公室(禁毒办)下的联合国国际药物管制规划署(药管署)的理事机构。禁毒办的任务是“通过减轻毒品、犯罪和恐怖主义对世界的危害，协助实现人人享有安全与公正的目标。”<sup>10</sup>

13. 虽然缉毒机构过去很少参加涉及人权的建设性讨论，<sup>11</sup> 但令人高兴的是，它们近期有改变，开始在工作中采用顾及人权的做法。禁毒办讨论了如何更好地在缉毒的同时保护人权的问题，<sup>12</sup> 麻管局主席最近首次非正式会见了民间社会代表。<sup>13</sup> 麻委会也通过了一项关于在执行国际缉毒条约过程中增进人权的决议，并在其他决议中审议了艾滋病毒/艾滋病和获取药品问题。<sup>14</sup> 但是显然还需要做许多工作，使人权成为缉毒的核心。

14. 令人遗憾的是，国际缉毒目前采用的做法认为毒品无疑是“邪恶”的，国际社会有“缉毒的义务”。<sup>15</sup> 因此提出了“禁毒战争”的概念，作为采用极端政策和做法的理由。<sup>16</sup> 确立毒品生产与武装团伙筹集资金之间的联系，例如种植鸦片者与塔利班之间的联系，使人们更加有理由采用零容忍的做法，尽管有越来越多的迹象表明这些政策未能有效地减少对毒品的需求和供应。<sup>17</sup> 因此，这种做法非但未能实现它公开声称的主要目标——防止毒品损害健康，也未能真正缉毒。

<sup>9</sup> 《麻醉品单一公约》，1961年，序言和第二条。

<sup>10</sup> A/65/6(Prog. 13)，第13.4段。

<sup>11</sup> 国际麻醉品管制局明确指出，它不会讨论人权问题或同民间社会接触：麻管局秘书科菲·库瓦梅先生，纽约新闻发布会，2007年3月7日。网播见 <http://157.150.195.10/webcast/pc2007.htm>(最后一次查阅：2008年2月14日)。

<sup>12</sup> 见 E/CN.7/2010/CRP.6。

<sup>13</sup> 国际缉毒联合会，《2010年麻醉药品——会议情况报告》(伦敦，2010年)，第8页。

<sup>14</sup> 见第51/12号决议(E/CN.7/2008/15)、第53/9号决议(E/CN.7/2010/18)、第49/4号决议(E/CN.7/2006/10)。

<sup>15</sup> 《麻醉品单一公约》，1961年，序言。

<sup>16</sup> 见 P.Gallahue, “Targeted Killing of Drug Lords: Traffickers as Members of Armed Opposition Groups and/or Direct Participants in Hostilities” International Yearbook on Human Rights and Drug Policy, vol 1(2010)。

<sup>17</sup> 拉丁美洲毒品与民主问题委员会，《毒品与民主：实现模式改变》(2009)，第7页。

15. 禁毒战争的做法也未承认吸毒和对毒品有依赖的现实，因此无法实现它公开声称的目标。首先，不管刑法如何，人们都会继续吸毒，即便进行刑事处罚的主要理由是阻止吸毒。<sup>18</sup> 其次，对毒品的依赖不同于吸毒，是一种病，需要有适当的循证治疗，而不是刑事处罚。<sup>19</sup> 最后，注重惩罚的缉毒制度把资源用在不适当的方法和错误的解决办法上，忽略循证的做法，增加了吸毒的危害。

16. 吸毒可能对健康产生有害影响，但特别报告员感到关注的是，现有的缉毒做法造成的危害大于它要防止的危害。将吸毒视为犯罪以便阻止吸食、持有和贩卖毒品<sup>20</sup>的做法，已经失败了。<sup>18</sup> 它非但没有起作用，反而使危险的吸毒方式延续下去，同时对吸毒者的处罚过重。它对一般社区健康的影响，特别是在艾滋病毒/艾滋病方面，也不小：2010年维也纳宣言指出，将非法使用毒品者视为罪犯正在造成艾滋病毒的蔓延。<sup>21</sup> 千年发展目标要求各国承诺到2015年时停止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的传播(见第55/2号决议)，但继续将吸毒视为犯罪的做法与若干多边保健政策直接冲突。<sup>22</sup>

### 三. 缉毒对健康权的影响

17. 健康是行使其他人权必不可缺的一项人权。那些判刑过于严厉的国家也侵犯了吸毒者的其他权利。毒品罪目前在32个管辖区中仍可判死刑，在有些管辖区，必判死刑。<sup>23</sup> 《公民及政治权利国际公约》第六条只允许对“最严重罪行”判死刑(大会第2200A(XXI)号决议)。人权委员会和法外处决、即决处决或任意处决问题特别报告员已证实，毒品罪够不上这些标准，因此毒品罪判死刑是违反国际人权法的。<sup>24</sup>

18. 把吸食和持有毒品视为犯罪侵犯了数项人权，包括健康权。其他侵犯健康权的行为不是那么直接，却是国际缉毒制度重心偏移的副产物：没有足够的获

<sup>18</sup> R. Bluthenthal and others, “Collateral damage in the war on drugs: HIV risk behaviours among injection drug users” *International Journal of Drug Policy*, vol 10, No. 1 (1999), p. 26.

<sup>19</sup> 禁毒办和卫生组织，《治疗对毒品的依赖的原则：讨论文件》(日内瓦，2008)，第1页。

<sup>20</sup> S. Friedman and others, “Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas” *AIDS*, vol 20, No. 1 (2006), p. 93.

<sup>21</sup> 《维也纳宣言》，第十八届国际艾滋病会议(AIDS 2010)，第1页。

<sup>22</sup> 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)执行主任米歇尔·西迪贝，“议会，管理的核心”，在各国议会联盟第122届大会上的发言，曼谷，2010年3月28日。见<http://unaids.org>。

<sup>23</sup> 人权委员会，1982年7月27日第6/16号一般性意见，(A/37/40, 附件五)。见国际减少危害协会，《毒品罪死刑，2010年全球回顾》(伦敦，2010)，第11页。

<sup>24</sup> 见A/HRC/4/20，第53段。

取必要药物途径就是一例。特别报告员认为，每一种侵权行为最终都归结于过于倚重将吸毒视为犯罪和强制执法的做法，而不顾及健康权和减少毒品的相关危害。

## A. 阻碍获取服务和治疗

19. 在积极开展“禁毒战争”和严格执行禁毒法的国家中，不鼓励对毒品有依赖的人获取保健服务。据报道，在有些国家中，这种做法使吸毒者进一步被社会排除在外，迫使吸毒暗中进行，阻碍防治艾滋病毒/艾滋病举措，<sup>25</sup> 阻止吸毒者寻求治疗。在艾滋病毒是通过不安全的注射方式传播时，用针管注射吸毒者的血清抗体流行率可高达 50%。<sup>25</sup>

20. 吸毒者可能不去治疗，因为他们担心自己吸毒的信息可能会被上报给当局，他们可能会被抓起来，送进监狱<sup>26</sup> 或在自己不愿意的情况下接受治疗。<sup>27</sup> 进行吸毒登记——查明吸毒者身份和进行登记，限制其公民权利——还可能阻止人们寻找治疗，因为在这些国家中，病人的隐私经常受到侵犯。<sup>28</sup>

21. 一些国家违反艾滋病毒/艾滋病国际准则和人权，将携带针头、针筒和其他吸毒用品视为犯罪。<sup>29</sup> 由于担心被抓和遭受刑事处罚，人们可能不会参加干净针头和针筒方案和携带消过毒的用品，增加了使用未经消毒的用品和疾病传播的可能性。人们认为惩罚携带这类用品的人——包括外联人员——的立法是防治艾滋病毒的障碍。<sup>30</sup>

## B. 歧视和耻辱

22. 吸毒者在医疗方面经常受到歧视。获得抗逆转录病毒治疗的吸毒者不多：在东欧，虽然接报的艾滋病毒病例中有 70%是用针管注射方式吸毒的人，但他们在携带艾滋病毒并接受抗逆转录病毒治疗的总人数中占 39%。<sup>31</sup> 其原因可能是体制方面存在不公平，阻碍他们获得有关治疗，例如，缺少有针对性的干预

<sup>25</sup> 联合国开发计划署，《泰国应对艾滋病毒/艾滋病：进展和挑战》（曼谷，2004），第 55 页。

<sup>26</sup> R. Jurgens and others, “People who use drugs, HIV, and human rights” *The Lancet* (2010). Available from doi:10.1016/S0140-6736(10)60830-6, p. 3-4.

<sup>27</sup> A/64/272, 第 23 页。

<sup>28</sup> 开放社会学会，《吸毒登记法对人民的权利和健康的影响：俄罗斯、格鲁吉亚和乌克兰的重要调查结果》（纽约，2009），第 16 页。

<sup>29</sup> 联合国出版物，销售品编号 E.06.XIV.4，第 30 页。

<sup>30</sup> 禁毒办、艾滋病署和卫生组织，“政策简介：提供消毒过的注射用具以减少艾滋病毒的传播”，《对艾滋病毒/艾滋病和注射方式吸毒采取行动的证据》（日内瓦，2004），第 2 页。

<sup>31</sup> 卫生组织、艾滋病署和儿童基金会，《实现普及：保健部门更优先注重防治艾滋病毒/艾滋病措施》（日内瓦，2008），第 24 页。

措施。但是，已注意到有医疗人员拒绝为吸毒者提供抗逆转录病毒治疗，<sup>32</sup> 直接侵犯健康权。

23. 还可能有人因为他们过去或现在吸毒而无法获得其他治疗，但没有证据表明这样做是合理的。例如，在大不列颠及北爱尔兰联合王国，人们违反官方准则，拒绝为过去或现在吸毒的人提供丙型肝炎病毒治疗，理由是他们不会自始至终完成治疗。<sup>33</sup> 吸毒者的完成治疗率不一定会低，应该因人而异。

24. 因惩罚性执法或治疗产生或得到加强的耻辱还可能增加健康风险。当局有针对性地虐待和用暴力对待用注射方式吸毒的人可能增加吸毒者患身心疾患的风险。<sup>34</sup> 已注意到警察对弱势和边缘群体采用从监视到过度使用武力的各种做法，后者最后忍声吞气，逆来顺受。<sup>35</sup>

### C. 吸毒过程中的风险增加

25. 将吸毒视为犯罪还增加了吸毒者因毒品消化吸收方式以及毒品构成的改变而面临的风险。虽然受无害物质污染的情况比受有害物质污染的情况更常见，<sup>36</sup> 但仍有完全不管制造造成伤害的可能性。经证实，不久前苏格兰吸毒者中发生了 33 个炭疽病例，原因是海洛因受到污染。<sup>37</sup>

26. 将吸食和持有毒品视为犯罪还可能增加吸毒者患病的风险。加大法律打压力度增加了用注射方式吸毒者中的艾滋病毒流行率，而没有减少注射方式的使用率。<sup>38</sup> 这可能是因为吸毒者采用了更危险的注射方式，例如合用针头和注射物，匆忙注射或因担心被抓或遭受惩罚在不安全的地方(例如吸毒成瘾者聚集注射吸毒地点)注射。<sup>39</sup> 为了不让执法人员发现而匆忙完成吸毒准备工作还使注射毒品

<sup>32</sup> D. Barrett and others, "Recalibrating the Regime", The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report Thirteen(2008), pp. 37 and 38.

<sup>33</sup> 同上, 第 40 页。

<sup>34</sup> H Cooper and others, "Characterizing Perceived Police Violence: Implications for Public Health" *American Journal of Public Health*, vol. 94, No. 7(2004), p. 1116.

<sup>35</sup> T. Rhodes, "Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach" *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, No. 3(2009), p. 196.

<sup>36</sup> C. Cole and others, "CUEA: A Guide to Adulterants, Bulking Agents and Other Contaminants Found in Illicit Drugs" *Centre for Public Health, Liverpool John Moores University* (Liverpool, 2010), pp. 10 and 11.

<sup>37</sup> Health Protection Scotland, "Anthrax Confirmed in NHS Lothian Patient"(Glasgow, 12 April 2010). Available from [www.documents.hps.scot.nhs.uk/](http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/).

<sup>38</sup> Friedman and others, *op.cit.*, p. 97.

<sup>39</sup> 同上; 另见 Bluthenthal and others, *op.cit.*, p. 31.

的人更可能吸毒过量、血管出问题 and 发生感染，例如出现溃疡。如果吸毒者因害怕不愿意让别人帮助准备和注射毒品，则风险会更大。<sup>40</sup>

27. 警方因将吸食和持有毒品视为犯罪而实行的打击和其他措施也使吸毒者离开有减少危害方案的地区，减少他们参加针头和针筒方案和阿片类替代治疗以及接触外联工作者的能力。<sup>41</sup> 在吸毒过量时看急诊受到影响；因不能接触正常的注射吸毒网和获取毒品，吸毒过量的发生率可能会上升。处于最边缘的人受离开的影响最大，例如，无家可归者，因为他们无法到室内吸毒。<sup>41</sup>

#### D. 对弱势和处于边缘群体产生不成比例的影响

28. 惩罚性缉毒政策还对已经处于弱势的群体产生不成比例的影响。例如，据报道，美利坚合众国非裔美国人的被捕率总是高于美国白人，虽然这两个群体的犯罪率是相同的。<sup>42</sup> 此外，有 80% 的人因持有毒品而不是出售毒品被捕。<sup>43</sup> 这些轻罪积累起来可以被关进监狱，把那些原本处于弱势的人进一步推向边缘，增加他们的健康风险。

29. 全世界目前有 900 多万人被关在监狱里。<sup>44</sup> 许多监狱的艾滋病毒感染率是主流社会的几倍。其原因是进监狱前曾注射吸毒和有其他风险因素，例如贫穷和边缘化。<sup>45</sup> 肝炎感染率也很高，丙型肝炎的感染率超过艾滋病毒感染率。<sup>46</sup> 进了监狱后，由于注射吸毒的人很多，加之得不到阿片类替代治疗和缺少经过消毒的注射器，狱犯面临巨大风险。<sup>47</sup> 狱犯获释后，又把这种风险带给公众。<sup>46</sup> 在这种情况下不执行有效的减少危害方案 and 进行减轻对毒品依赖的治疗，是侵犯健康权。

## 四. 强制进行毒品依赖性治疗与侵犯健康权

30. 一些对健康权的最严重侵犯是在治疗对毒品的依赖过程中发生的。将吸毒视为犯罪加强了吸毒者是游手好闲的罪犯或道德败坏者的概念，而这又使得惩戒性治疗盛行。政府和执法部门不进行循证医治，而是胁迫或强迫对毒品有依赖的人

<sup>40</sup> Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Do Not Cross: Policing and HIV Risk Faced by People who Use Drugs*(Toronto, 2007), p. 6.

<sup>41</sup> 同上, pp. 7 and 8.

<sup>42</sup> 人权观察,《几十年的差别: 美国的毒品逮捕与种族》(纽约, 2009), 第 1 和 5 页。

<sup>43</sup> 同上, 第 12 页。

<sup>44</sup> R. Walmsley, “World Prison Population List”, *International Centre for Prison Studies* (7<sup>th</sup> Ed., London, 2007), p. 1.

<sup>45</sup> 国际减少危害协会,《全球减少危害情况》(伦敦, 2010), 第 105 页。

<sup>46</sup> 同上, 第 106 页。

<sup>47</sup> A/HRC/10/44, 第 55 至 67 页。

到中心去接受不当治疗和从事强迫劳役。这种做法是对吸毒者的歧视，剥夺他们享有在医学上是合理的保健服务和治疗的权利。

31. 本报告论及无视医学证据而主要使用惩戒措施的强制治疗方案。在这种情况下，通常没有经过有关把毒品依赖性作为疾病来治疗的培训的专业医务人员。<sup>48</sup> 强迫劳动、单独禁闭和未经同意进行试验性治疗是违反国际人道主义法的行为，是非法取代循证治疗，例如替代治疗、心理治疗和在完全知情情况下进行的其他形式治疗。

32. 健康权除其他外，包括能够使用具有科学和医学合理性的高质量的医疗设施、物品和服务<sup>49</sup>和“不受干扰的权利，例如不受酷刑和不在未经同意的情况下接受治疗 and 试验的权利”。<sup>49</sup> 此外，《公民及政治权利国际公约》第七条宣布“对任何人均不得未经其自由同意而施以医药或科学试验。” 各国义务尊重、保护和实现健康权，包括不强制进行治疗，但治疗精神疾病或防治传染病等定义尽可能狭窄的情况不在此列。<sup>50</sup> 在治疗毒品依赖性时，必须遵守获得知情同意的规定，包括尊重拒绝治疗的权利。<sup>51</sup>

33. 强制治疗主要通过两种方式侵犯健康权。首先，这种“治疗”通常忽略循证治疗方法，因此缺少经济、社会和文化权利委员会所述的健康权的质量要素。<sup>52</sup> 其次，治疗通常是群体进行的，忽略了征得每个人知情同意的必要性。

34. 对毒品的依赖要得到适当医治，就要循证进行治疗。许多强制治疗中心的“治疗”除其他外，包括强迫劳动、羁押、军事训练、体育活动，但是这些治疗缺乏科学证据。在这些中心接受过强迫治疗的人中，几乎有 90 至 100% 的人重新吸毒。<sup>53</sup>

35. 有报告称，一些病人接受“鞭打疗法”等有悖常理的治疗。<sup>54</sup> 还有报告称病人被迫每天工作 17 个小时，一周七日，天天如此，否则就可能被打或受到其他体罚。<sup>55</sup>

<sup>48</sup> 见卫生组织，《柬埔寨、中国、马来西亚和越南吸毒者强制戒毒情况的评估：一些人权原则的适用》（日内瓦，2009）。见 [www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb\\_Mar17\\_Compulsory\\_Treatment.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf) (2010 年 6 月 10 日查阅)。

<sup>49</sup> 第 14 号一般意见(2000)，(E/C.12/2000/14)，第 12(d)段。

<sup>50</sup> Ibid, para. 34。

<sup>51</sup> 见 A/64/272，第 28 段和 88 至 91 段。

<sup>52</sup> 第 14 号一般意见(2000)，(E/C.12/2000/14)，注 55。

<sup>53</sup> N. Crofts, “Treatment in Southeast Asia: The need for effective approaches”, in *Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform*, (2006)。

<sup>54</sup> V. Mendelevich, “Narcology: Drug treatment in Russia”, in *Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform*, (2006)。

<sup>55</sup> JE. Cohen and JJ. Amon, “Health and Human Rights Concerns of Drug Users in Detention in Guangxi Province, China,” Public Library of Science, PLoS Med 5912): e234 2008。

36. 这些惩戒治疗通常取代了循证治疗。因此，许多对海洛因和其他阿片类有依赖的人得不到药物戒断或阿片类替代治疗，而要经历没有药物辅助的戒断。把美沙酮和丁丙诺啡归为非法药物增加了获取这些毒品依赖性治疗的障碍。<sup>56</sup> 进行强制治疗，而不是进行阿片类替代治疗和其他减少危害措施，也增加疾病，特别是艾滋病毒/艾滋病的传播。<sup>57</sup>

37. 在一些国家中，偶尔吸毒的人和对毒品有依赖的人是没有区分的，人们也可能被迫进行不必要的治疗。<sup>58</sup> 其中有许多人可能要接受试验性治疗。不为病人提供必要信息以便他们在完全知情的情况下表示同意，即是侵犯他们的健康权。

38. 如特别报告员前一份报告所述，<sup>59</sup> 在知情的情况下同意接受治疗是健康权的核心，在进行惩处治疗时很少能做到这一点。必须逐一决定是否有能力和权限，是否需要取得知情同意。明显的大批量治疗做不到这一点。在有些国家中，吸毒者据说大批被捕，被迫进入强制治疗中心。<sup>60</sup> 因此，人们被迫只经过粗略检查(如果说有检查的话)就进行治疗。

39. 吸毒或对毒品有依赖的人并不一定缺失同意治疗的能力。以吸毒或对毒品有依赖为由假定能力缺失很有可能造成滥用权力。在许多情况下，判定一个人能力缺失只是对吸毒者进行强制“治疗”的借口。应提供适当的辅助机制来消除获得知情同意的障碍，而不是剥夺吸毒者参加经其同意的治疗的权利。

## 五. 获取受管制药品

40. 全世界有数百万人需要有必要的药品来止痛，消除对毒品的依赖和治疗其他疾病，但是，药品供应经常受以下因素限制：限制性药品规章制度、未建立正常运作的供应和分配系统和保健系统能力不足。发达国家和发展中国家在基本药品供应方面有惊人的差距。虽然世界上近一半的癌症病人和几乎所有的艾滋病毒新感染病例都在发展中国家，但发展中国家只占合法吗啡的供应量的 6%。<sup>61</sup> 北美

<sup>56</sup> 开放社会学会，《多大代价？“全球禁毒战争”对艾滋病毒和人权产生的后果》(纽约，2009)，第 87 页。

<sup>57</sup> 见开放社会学会，“关押作为治疗，” (2010 年 5 月)；R. Pearshouse，“泰国的强制戒毒：对吸毒成瘾者戒毒法 B.E. 2545 2002 的看法” (2009)。

<sup>58</sup> 卫生组织，《柬埔寨、中国、马来西亚和越南吸毒者强制戒毒情况的评估：一些人权原则的适用》(日内瓦，2009)。见 [www.wpro.who.int/](http://www.wpro.who.int/)。

<sup>59</sup> 见 A/64/272。

<sup>60</sup> 见 D. Barrett and others, ‘Recalibrating the Regime’, *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Report Thirteen (2008)。

<sup>61</sup> 国际麻醉品管制局 2007 年报告(联合国出版物销售品编号 E.08.XI.1)，第 19 页。见 [www.incb.org/pdf/annual-report/2007/en/annual-report-2007.pdf](http://www.incb.org/pdf/annual-report/2007/en/annual-report-2007.pdf)。

和欧洲大约消费了 89%包括吗啡在内的受管制的合法药品。<sup>62</sup> 经济及社会理事会认识到需要消除获取吗啡止痛剂的障碍，<sup>63</sup> 国际麻醉品管制局一再得出结论认为，许多国家的受管制基本药品供应太少。<sup>64</sup>

41. 这些药品受到的限制通常过多，原因是担心会改变其合法用途而转用于非法用途。<sup>64</sup> 虽然防止改变药品用途很重要，但同时也要考虑病人的治疗需要。《麻醉品单一公约》承认用于“消除疼痛和痛苦”所必需的麻醉品的医学用途。<sup>65</sup> 禁毒办和国际麻醉品管制局有监督各国以确保缉毒条约规定的义务得到履行的职能。鉴于许多阻止充分获取受管制基本药品的障碍是规章性的，因此可以很快消除，不需要很大开支。但是，许多国家未能调整其药品管制制度以确保有充分的药品供应，而这些制度通常是在当前医治慢性疼痛和毒品依赖症的方法为人所知或确定前建立的。<sup>66</sup> 这是对健康权的侵犯，因为经济、社会和文化权利委员会已阐明，获取基本药品是这一权利的最起码核心义务，<sup>67</sup> 不管资源是否有限制，各国都必须立即遵守这一不可减损的义务。<sup>68</sup>

42. 限制人们获取阿片类显然对提供阿片类替代治疗产生影响(见下面第六节中的论述)。但是，能够获取受管制药品对其他三个主要领域也很重要：(a) 控制中度至严重疼痛，包括对患有无法医治病症的人进行安宁护理的一部分；(b) 产科的一些急救；(c) 控制癫痫。

43. 安宁护理是一种力求通过防止和减轻痛苦来改善经诊断患有危及生命疾病患者的生活质量的做法。<sup>69</sup> 包括晚期恶性肿瘤在内的这些病症通常会引起中度至严重程度的疼痛，需要用阿片类止痛药来控制。<sup>70</sup> 卫生组织将这类药品和其他止痛剂列为基本药品。60%至 90%的晚期癌症病人有中度至严重程度疼痛，需要服用这些止痛剂，大约有 85%感染艾滋病毒的人可能有未获治疗的疼痛。<sup>71</sup> 如果感染

<sup>62</sup> 卫生组织，《获取受管制药品方案，2006-2007 两年报告》(卫生组织/PSM/QSM/2008)，第 1 页。

<sup>63</sup> E/2005/INF/2/Add.1，第 70 页。

<sup>64</sup> 见《国际麻醉品管制局 2008 年报告》(联合国出版物，销售品编号 E.09.XI.I)。

<sup>65</sup> 《麻醉品单一公约》，1961 年，序言。

<sup>66</sup> 卫生组织，《在国家阿片管制政策中实现均衡：评估准则》(日内瓦，2000)，第 6 页。

<sup>67</sup> 第 14 号一般意见，(2000)，(E/C.12/2000/4)，第 43 段。

<sup>68</sup> 同上，第 47 段。

<sup>69</sup> 卫生组织，《卫生组织关于缓和医护理的定义》(日内瓦，2010)。见 [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/)。

<sup>70</sup> 卫生组织，《缓解疼痛的阶梯》，(日内瓦，2010)，见 [www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/)。

<sup>71</sup> O. Gureje and others, “Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care,” *JAMA*, vol. 80(1998), pp. 147-51.

艾滋病毒的人也对毒品有依赖性，那么他们可能既得不到阿片类替代治疗，也得不到安宁护理。未获医治的长期疼痛的后果不仅仅限于身体上。长期受疼痛折磨的人患忧郁症或焦虑症的几率是常人的四倍。<sup>71</sup> 受中度至严重程度疼痛折磨而没有安宁护理的病人说，他们希望去死而不愿意在得不到治疗的情况下继续受严重程度疼痛的折磨。<sup>72</sup>

44. 产科急诊治疗和癫痫病的控制也需要使用受管制药品，但仍然得不到足够的药品。产后出血每年造成 100 000 名产妇死亡。<sup>73</sup> 催产素和麦角新碱是产科使用的两种药品，它们可将产后大出血的风险减少近一半，但却很难获得。<sup>73</sup> 同样的，发展中国家 75%的癫痫病患者和非洲 90%的癫痫病患者得不到用包括苯巴比妥在内的基本药品进行的治疗，其部分原因是苯巴比妥是受管制药物。<sup>74</sup>

45. 遵守有关管制药品进货、供应和开药的程序规定可能给保健机构和人员带来负担，阻碍这些药品的供应。例如，这些程序对不同保健机构使用管制药品做出限制。在一些国家中，据说只有“一级”医院可以开阿片类。<sup>75</sup> 规章还限制医生可以开哪些药或可以开多少。一些国家规定医护人员除了有行医执照外，要得到特别许可才能开吗啡。<sup>76</sup> 阿片类替代疗法使用的美沙酮和丁丙诺啡在法律上尤其受限制。一些国家干脆禁止使用这些药。<sup>77</sup>

46. 有许多关于管制药品的传言：它们会让人上瘾，不能完全消除疼痛，慢性疼痛或临终疼痛是无法医治的。医护人员自己也常常对安宁护理知之不多，不能放心开阿片类止痛剂，因为担心这会造成服用成瘾，<sup>75</sup> 尽管许多研究得出相反的结论。<sup>78</sup> 在缺少适当培训的情况下，医护人员可能不能肯定开药会涉及哪些法律问题，特别是病人如果是吸毒者，可能干脆不开这些药，因此进一步限制基本药品的供应。

47. 健康权规定，必须有可获得性，而经济上负担得起是其中一个要点。管制药品不一定免费提供，但可以低廉价格提供。即便如此，消费者也不一定买得起那些生产成本很低的药品，因为制药厂要支付很高的政府监管费，而这些费用通

<sup>72</sup> 人权观察，《难以忍受的疼痛：印度确有缓和护理的义务》（纽约，2009），第 18 至 20 页。

<sup>73</sup> 卫生组织，概况介绍第 336 号，“药品：获取管制药品（尼古丁和精神药物）”，2010 年 6 月，第 2 页，见 [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs336/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs336/en/index.html)。

<sup>74</sup> 同上，第 1 页。

<sup>75</sup> 人权观察，《请不要让我们再忍受痛苦……。获得减轻痛苦治疗是一项人权》（纽约，2009）第 25 页。

<sup>76</sup> 同上，第 30 页。

<sup>77</sup> 开放社会学会，《多大代价？“全球禁毒战争”对艾滋病毒和人权产生的后果》（纽约，2009），第 84 页。

<sup>78</sup> 卫生组织，《在国家阿片管制政策中实现均衡》（日内瓦，2000），第 8 和 9 页。

过药品的市场价格转让给消费者。例如，Cipla是印度的一家生产非专利药品的厂家，它生产的10毫克吗啡片的批发价是0.017美元，但中低收入国家一个月用量吗啡的中间价为112美元，而工业化国家的中间价为53美元。<sup>79</sup>此外，还经常鼓励人们服用大品牌药品，而不服用同样安全有效但更便宜小品牌药品。大品牌药品通常更贵，因此有很多人买不起，特别是弱势群体，例如吸毒者和感染艾滋病毒者。

## 六. 采用注重人权的方法缉毒

48. 必须优先采用注重人权的方法来缉毒，以防止继续发生目前采用的消减供求方法引起的侵犯人权行为，逐步建立一个人道的制度，实现自己的健康目标。国际上的缉毒和人权行动者之间目前缺乏协调和讨论。执法方法源于国际缉毒制度，因为缉毒工作由主导联合国打击有组织犯罪工作的禁毒办进行。执法与缉毒之间的联系部分阻止采用一种注重人权的做法，并阻止同联合国各人权机构进行交流。

49. 必须了解现有国际缉毒制度效力不高的情况，在所有决策级别进行改革。各国政府应执行减少危害的方案和政策，不把吸食和持有毒品视为犯罪和不进行惩罚，改革有关基本药品的规章条例。联合国各缉毒机构必须通过采用注重人权的方法开展缉毒工作，来确保全系统的统一，因此必须确认国际人权是其工作中心，而国际系统的这些改革还应是国内改革的指南，并使这些改革得到承认。

### A. 减少危害的循证治疗

50. 减少危害的措施旨在减少服用精神作用药物的危害，但不一定阻止服用，<sup>80</sup>可在合法的限制性管理制度内实行。这些措施包括针头和针筒方案、开替代药品处方、吸毒室和改换路径措施(推动吸毒改换注射路径的措施)、防止吸毒过量方法和外联与教育方案。

51. 针头和针筒方案为注射吸毒者提供干净的注射器。世界卫生组织赞同执行这一方案，指出有“令人信服的证据”表明这些方案以费用低廉的方式大幅度降低艾滋病毒感染率，而没有产生任何重大不良后果。<sup>81</sup>执行针头和针筒方案符合标

<sup>79</sup> S. Burris and C. Davis, “A Blueprint for Reforming Access to Therapeutic Opioids: Entry Points for International Action to Remove the Policy Barriers to Care”, Centers for Law and the Public’s Health: A Collaborative at the Johns Hopkins and Georgetown Universities (2008), p. 18.

<sup>80</sup> 国际减少危害协会，《什么是减少危害？》(伦敦，2010)，第1页。

<sup>81</sup> 卫生组织，《消毒针头和针筒方案在减少用注射方式吸毒者的艾滋病毒感染/艾滋病方面的效力》(日内瓦，2004)，第28页。

准的公共保健原则，因为消除病媒(此处为已经污染的针头)减少了病媒引发疾病的传播。<sup>82</sup>

52. 阿片类替代疗法是一种循证治疗方法，用美沙酮或丁丙诺啡等替代药物来治疗对阿片类的依赖。它减少注射毒品和分享注射器的流行，因此降低感染艾滋病毒和其他血液传播病毒的风险。<sup>83</sup> 在全球提供阿片类替代治疗可减少 100 000 多例艾滋病毒新感染，<sup>84</sup> 大幅度减少其他血液传播疾病的流行，并使阿片食用过量的死亡减少近 90%。<sup>84</sup> 人们发现在进行戒毒治疗后未提供阿片类替代治疗时，吸毒过量的发生率更高，因为对毒品的耐受力降低。<sup>85</sup> 此外，许多研究表明，在药理方面提供支持能有效医治阿片类戒断症状，<sup>86</sup> 防止重新吸毒。<sup>87</sup>

53. 教育方案等干预措施还旨在尽量减少对吸毒者的伤害。目前还没有这些方案是否有效的信息，因为它们常常被并入其他方案，但它们经常得到使用。<sup>88</sup> 一项统合分析认为，教育方案可使吸毒者做出减少风险的行为改变，但结果因方案的设计而异。<sup>89</sup> 外联方案是用来在吸毒者所在社区同吸毒者建立联系，为其提供信息和推荐医疗检测和服务。在接受外联服务后，危险行为大约减少 27%。<sup>90</sup>

54. 急救培训和使用纳洛酮(一种鸦片受体拮抗剂，用于在吸食鸦片过量时扭转中枢神经系统的压迫)等干预措施旨在尽量减少吸毒过量的危害，建立吸毒得到

<sup>82</sup> S. Burris and others, “Physician Prescribing of Sterile Injection Equipment to Prevent HIV Infection: Time for Action” *Annals of Internal Medicine*, vol. 133, No. 3(2000), p. 219.

<sup>83</sup> L. Gowing and others, “Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review)”, *The Cochrane Library*, Issue 4(2008), pp. 27–29.

<sup>84</sup> 卫生组织，《2007 年概况介绍：获取受管制药品方案》(日内瓦，2007)，第 1 页。

<sup>85</sup> Eurasian Harm Reduction Network, *The impact of drug policy on health and human rights in Eastern Europe: 10 years after the UN General Assembly Special Session on Drugs* (Vilnius, 2009) p.18.

<sup>86</sup> 见 L. Gowing and others, “Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal”, *The Cochrane Library*, Issue 3(2009)。

<sup>87</sup> L. Gowing and others, “Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review)” *The Cochrane Library*, Issue 4(2008)。

<sup>88</sup> N. Hunt, “A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use”, p. 30. Available from [www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html](http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html).

<sup>89</sup> JE. Cross and others, “The Effectiveness of Educational and Needle Exchange Programs: A Meta-analysis of HIV Prevention Strategies for Injecting Drug Users”, *Quality & Quantity*, vol. 32, No. 2(1998) p. 176.

<sup>90</sup> A. Ritter and J. Cameron, “A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs”, *Drug and Alcohol Review*, vol. 25, No. 6(2006), p. 615.

认可的吸毒室也是为了同一目的。吸毒室的潜在好处包括防止疾病的传播，减少静脉损伤，鼓励吸毒者接受治疗和其他服务。有证据表明，吸毒室帮助减少吸毒过量的发生，增加获取医疗和社会服务的机会。<sup>91</sup>

55. 《经济、社会、文化权利国际公约》第二(丙)条规定缔约国有义务采取步骤预防、治疗和控制流行病。由于艾滋病毒已经在吸毒者之中，尤其是在监狱中流行，明确要求各国为此直接采取行动。公约第十五·一(乙)条还规定，人人有权享受科学进步带来的好处。由于有大量证据表明减少危害方案和政策是有效的，因此各国义务采取这些措施，但这些措施在全球仍未得到充分利用。目前，有 93 个国家和领土采用减少危害做法。<sup>92</sup> 截至 2009 年，有 82 个国家采用了针头和针筒方案，70 个国家采用了阿片类替代治疗，66 个国家同时有这两种措施。<sup>93</sup> 但是，在吸毒者用注射方式吸毒的国家中，已证实有 55 个国家没有针头和针筒方案，66 个国家没有阿片类替代治疗。<sup>94</sup> 尤其令人关注的是，非洲和中东有 29 个国家没有阿片类替代治疗，特别是鉴于整个非洲的艾滋病毒流行率很高。<sup>94</sup>

#### 1. 艾滋病毒/艾滋病

56. 缉毒法和政策影响到艾滋病毒的防治，这是吸毒方式，特别是分享针头决定的，因为艾滋病毒可以通过针头传播。全球大约十分之一的艾滋病毒新感染病例是注射吸毒引起的，90%感染病毒的人是东欧和中亚注射吸毒的人。<sup>95</sup> 如果不采取减少危害干预措施，那么在病毒进入注射吸毒者群体后一两年内，艾滋病毒的感染率就会上升到 40%以上。<sup>96</sup>

57. 可通过执行减少危害原则来减少病毒传播风险。执行针头和针筒方案与高危行为的减少有很大的关联，而高危行为使注射吸毒者更容易感染艾滋病毒。<sup>97</sup> 针头和针筒方案的其他好处包括有更多的人参加艾滋病毒医治方案。<sup>98</sup> 但是，针头

<sup>91</sup> N. Hunt, "A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use", p. 31 and 32.

<sup>92</sup> 国际减少危害协会，《全球减少危害情况》(伦敦，2010)，第 8 页。

<sup>93</sup> B. Mathers and others, "HIV prevention, treatment and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage", *The Lancet*, vol. 375 (2010), p. 1018 and 1019.

<sup>94</sup> 同上，第 1019-1021 页。

<sup>95</sup> 卫生组织(欧洲)，《监狱状况文件，毒品和减少危害》(哥本哈根，2005)，第 3 页。

<sup>96</sup> 同上，第 5 页。

<sup>97</sup> A. Wodak and A. Cooney, "Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence", *Substance Use & Misuse*(2006), vol 41, Nos.6-7, p. 792.

<sup>98</sup> 同上，第 799 页。

和针筒方案、阿片类替代疗法和抗逆转录病毒疗法目前的覆盖面还不足以在大部分有注射吸毒者的国家中防止艾滋病毒的传播。<sup>99</sup> 让注射吸毒者普遍获得艾滋病毒防治服务所需要的资金目前只有大约十二分之一得到满足。<sup>100</sup>

58. 联合国已宣布，应开展外联活动，执行针头和针筒方案和对毒品依赖症进行循证治疗，尽量减少吸毒者感染艾滋病毒的风险。<sup>101</sup> 经济、社会和文化权利委员会确认，减少风险是各国处理对非法毒品依赖性问题的一个核心内容，并建议缔约国这样做。人权理事会也确认需要“为用注射方式吸毒的人提供全套服务，包括与艾滋病毒相关的减少危害方案”。<sup>102</sup>

## 2. 关押所

59. 各国有义务通过让所有人，包括狱犯或被关押者，都能同样获得预防、治疗和减轻痛苦的保健服务，来尊重健康权。<sup>103</sup> 许多国家开始在医疗机构中执行减少危害方案，因为以前的惩处制度致使世界艾滋病毒感染率出现最快速度的上升。<sup>104</sup> 但是，目前只有 10 个国家的关押所有针头和针筒方案，至少有一所监狱有阿片类替代疗法的国家还不到 40 个。<sup>105</sup>

60. 《经济、社会、文化权利国际公约》为缔约国规定了一系列紧要义务，包括它们要确保在行使权利时不受歧视。<sup>106</sup> 如果为一般公众提供减少危害方案和循证治疗，而不提供给被关押的人，那么这就是违反国际法。事实上，由于关押有相关的健康风险，因此特别报告员认为需要在监狱内做出更大努力来实现公共保健目标。在艾滋病毒和减少风险方面，要在关押所提供减少风险服务，即便有关社区还没有这种服务，因为机会均等原则并不能够阻止病毒在狱犯中的流行。<sup>107</sup>

<sup>99</sup> Mathers and others, “HIV Prevention”, p. 1025.

<sup>100</sup> G. V. Stimson and others, “Three Cents a Day is Not Enough: Resourcing HIV-Related Harm Reduction on a Global Basis” International Harm Reduction Association (2010).

<sup>101</sup> 行政协调委员会(行政协调会)药物管制小组委员会(2000)。《防止艾滋病毒在吸毒者中传播：联合国系统的立场文件》。行政协调会药物管制小组委员会第八届会议报告附件，2000年9月28日和29日，第3至10页。

<sup>102</sup> A/HRC/12/50, 第一节。

<sup>103</sup> 经济、社会和文化权利委员会，第14号一般性意见(E/C.12/2000/4)，第34段。

<sup>104</sup> 开放社会学会，《多大代价？“全球禁毒战争”对艾滋病毒和人权产生的后果》(2009)，第81页。

<sup>105</sup> 国际减少危害协会，《2010年全球减少危害情况》(伦敦，2010)，第105页。

<sup>106</sup> E/C.12/2000/4, 第30段。

<sup>107</sup> 见 R. Lines, “From equivalence of standards to equivalence of objectives: The entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons”, *International Journal of Prisoner Health*, vol 2, No. 4 (2006), pp. 269–280.

61. 2009年马德里建议指出，有“充足证据”表明，保护健康措施，包括减少危害措施，在监狱中很有效。<sup>108</sup> 马德里建议指出，所有监狱系统都迫切需要有吸毒者治疗方案，以及减少危害措施，包括针头和针筒方案。<sup>109</sup> 建议还指出，治疗毒品依赖症“对减少犯罪非常有效”：在监狱里进行治疗和护理，或以此来替代监禁，能减少重新吸毒率、艾滋病毒的传播和重新犯罪率。<sup>110</sup> 因此，对毒品依赖症进行有效治疗不仅保护有关个人，而且保护整个社会，防止发生致使其他被关押者面临威胁的重新吸毒。鉴于减少危害方案成本低，在封闭的环境内易于执行，应在关押所紧急执行这些方案。

## B. 不视为犯罪和解除惩罚

62. 特别报告员认为，继续对吸食和持有毒品进行刑事处罚会延续吸毒的许多重大相关风险。他主张缉毒工作考虑采用不那么严厉的做法，包括不视为犯罪或解除惩罚。不能简单地将不把吸毒视为犯罪等同于吸毒合法化。在不歧视为犯罪后，吸食和持有毒品仍然被法律禁止，但不对进行刑事处罚或只给以轻罚。不视为犯罪一般要完全解除对有关行为的刑事处罚(而可能进行行政处罚)，解除惩罚则要求取消监禁，但有关行为仍然是刑事罪。<sup>111</sup> 合法化是不禁止有关行为。

63. 国际缉毒条约留有做诚意解释的余地，允许进行国内立法改革，<sup>112</sup> 哪怕国际缉毒制度没有发生重大变化。例如，《1988年禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》第3(2)条规定，将持有毒品以供个人消费定为犯罪的义务要让位于国家宪法原则和法律制度的基本概念。例如，阿根廷最高法院最近认定，对持有供个人使用的大麻的行为判刑不符合宪法。因此，阿根廷已采取立法措施，不将个人吸毒视为犯罪。墨西哥最近也不再将持有少量供个人使用的毒品视为犯罪，这两个国家受到国际麻醉品管制局的批评，主要理由是有关修正“向一般公众发出了错误的信息”。<sup>113</sup>

64. 此外，葡萄牙在2001年不再将购买、持有和吸食供个人使用的非法毒品视为犯罪，而将其视为行政违规。<sup>114</sup> 该法允许进行罚款处罚或非罚款处罚，并规

<sup>108</sup> 卫生组织(欧洲)，《马德里建议：监狱内保护健康是公共保健的一个重要部分》(马德里，2009)，第3页。

<sup>109</sup> 同上，第4页。

<sup>110</sup> 禁毒办和卫生组织，《毒品依赖性治疗原则：讨论文件》(日内瓦，2008)，第14页。

<sup>111</sup> G. Greenwald, *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, (Cato Institute, Washington D.C., 2009), p. 2.

<sup>112</sup> G. Harris, “Decriminalisation: pushing the limits of drug control”, International Harm Reduction Institute Conference, Liverpool, 27th April 2010.

<sup>113</sup> 麻管局，《国际麻醉品管制局2009年报告》(E/INCB/2009/1)，第68和75页。

<sup>114</sup> 2001年6月21日第183/2001号法令第2(1)条，葡萄牙。

定，如果违规者进行戒毒，可暂停处罚。与国际麻醉品管制局对阿根廷和墨西哥做出的反应不同，这种不视其为犯罪的做法被认为是符合 1988 年公约的。<sup>115</sup> 在葡萄牙，人们一般认为，不视其为犯罪是尽量减少与吸毒有关的问题的最佳办法，这主要是通过消除吸毒的恶名，让更多的吸毒者戒毒，而不是让公众认为是宽恕吸毒行为。<sup>116</sup>

65. 其他几个国家解除了对吸食和持有毒品的惩罚。解除惩罚的方式是为此立法或以不严格执行缉毒法的方式事实上解除惩罚。西班牙保留对吸毒的刑事处罚，但接受审判的人从未仅是因吸毒而入狱。<sup>116</sup> 在荷兰和德国，持有供个人使用的毒品在法律上仍然是违法行为，但不对这些违法行为进行惩处。<sup>117</sup> 但是，这显然并不是最好的解决办法。

66. 不再视为犯罪和解除惩罚可能会降低吸毒的相关风险，让更多的吸毒者参加戒毒。在葡萄牙，在不再视为犯罪后，从绝对数额来看，各类群体的吸毒有所减少，与吸毒有关的死亡率和对毒品有依赖的人中新感染艾滋病毒的病例均有所下降。<sup>118</sup> 接受替代治疗的人数也从 1999 年的 6 040 人增加到 2003 年的 14 877 人。<sup>119</sup>

67. 应指出，在葡萄牙，在不再视为犯罪的同时，还做出了其他努力，包括大规模扩大戒毒方案、戒毒教育和警察把工作重点放在拦截毒品贩运上。<sup>119</sup> 这表明仅靠修改立法是不能大幅度减少吸毒造成的危害的。如果在不再视为犯罪的同时采取必要规模的戒毒、教育措施和其他措施，例如阻止血液传播病毒的蔓延，就能最有效地让社会所有成员享有健康权。

68. 解除对某些毒品罪行的惩罚还会减少关在监狱里的人数，并因此减少监禁的健康风险。惩罚过严还可导致监狱人满为患和条件恶劣，而这种情况会削弱某些禁毒法律的效力。<sup>120</sup> 巴西最近解除了一些惩罚，持有供个人使用的毒品不再判刑，而是用教育方案来取代。<sup>121</sup>

<sup>115</sup> 醉管局，《国际麻醉品管制局 2004 年报告》(E/INCB/2004/1)，第 80 页。

<sup>116</sup> C. Hughes and A. Stevens, "What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs?" *British Journal of Criminology*, forthcoming.

<sup>117</sup> M. Jelsma, "Salir de la oscuridad", *Newsweek Argentina*, 19 August 2009.

<sup>118</sup> 同上，第 15 至 17 页。

<sup>119</sup> C. Hughes and A. Stevens, "The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal", *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Briefing Paper 14 (2007), p. 2.

<sup>120</sup> 同上，第 9 页。

<sup>121</sup> 见第 11, 343/2006 号法，第 28 条。

69. 除了修訂立法外，對執法人員進行再教育和提高其認識的重要性怎麼強調都不過分，特別是因為嚴格執法會產生風險。例如，1980 年代愛丁堡警察嚴格執行禁止攜帶針頭的法律，該地用注射方式吸毒者的艾滋病毒感染率就比附近沒有那麼嚴格執法的格拉斯哥高出很多。<sup>122</sup> 任何不再視為犯罪或解除懲罰的努力都必須有適當的策略，以緩解因執法過嚴而加劇的恐懼和羞辱。

### C. 人權指標和準則的使用

70. 有關執行國際緝毒條約的國際準則的制訂將詳細闡明緝毒工作與人權之間的關係，讓各國來決定它們的工作是否符合健康權。準則應力求重點表明處於社會邊緣的群體，例如吸毒者和艾滋病毒感染者的困境，因為他們的人權最容易因緝毒制度而受到侵犯。必須通過一個包容各方並讓有關社區參加的透明協商進程來制訂這些準則。已經有關於艾滋病毒和反恐的用於指導國家一級的政策和方案的國際準則，概述了如何適用人權標準，並開列各國應採取哪些實際措施，採用基於權利的方式來處理這些問題。

71. 在過去十年中，這一程序還包括使用保健指標，將其作為對健康問題採用的基於人權的做法的一部分。<sup>123</sup> 基於人權的方式要求“要有有效、透明和能夠利用的監測和問責制機制”。<sup>123</sup> 目前在包括減貧、發展和其他重要領域在內的許多領域中使用基於人權的指標，以便確保各國履行各種人權為其規定的義務。前一任特別報告員提出了三類指標：結構、過程和成果指標。結構指標一般是要得到是或否的答复，問是否有重要的結構或機制；過程和成果指標則採用一般要用百分比或數字來衡量的各種基準，因此需要進行更複雜的研究和分析。<sup>124</sup> 過程指標衡量各國為實現健康權做出的努力，成果指標衡量這些措施對人口健康的影響。這些指標建立了各國要遵守的標準，讓各國衡量它們逐步取得的成就和通過實踐表明的不足之處。

72. 特別報告員建議有關國際組織制訂與下列指標相似的指標：

(a) 結構：

- (一) 有阿片類替代療法、針頭和針筒方案和其他減少危害措施；
- (二) 國家通過一個基本藥品清單；
- (三) 有這些基本藥品；

<sup>122</sup> R. MacCoun and P. Reuter, “Harm Reduction in Europe”, *Drug war heresies: learning from other vices, times and places*(Cambridge, 2001)p. 266.

<sup>123</sup> 見 E/CN.4/2006/48, 第二節。

<sup>124</sup> A/58/427, 第 25 段。

(四) 对进入刑事司法系统的对毒品有依赖的人执行初犯不判刑或类似的立法。

(b) 过程：

(一) 采取减少危害措施的关押中心的百分比；

(二) (在适用时)接受抗逆病毒治疗的吸毒者的百分比；

(三) (按禁毒办/卫生组织所述)接受适当治疗的对毒品有依赖的人的百分比。

(c) 成果：

(一) 感染艾滋病毒的吸毒者的百分比；

(二) 关押所中感染艾滋病毒的人的百分比。

#### D. 受管制药品的其他监管框架

73. 特别报告员认为，从长远来看，需要考虑其他现有缉毒制度的替代办法。《烟草控制框架公约》可能是这样一个替代模式，在这类模式中将以同监管烟草相同的方式来监管受管制药品。《烟草控制框架公约》旨在通过建立一个逐步减少全球烟草用量的框架来减少吸烟造成的社会、环境和公共健康危害。它是在制订处理容易上瘾物质的监管战略方面出现的一个模式转变，在尽量减少有关危害的同时保护吸毒和对毒品有依赖的人的权利。建立烟草以外其他毒品的监管框架需要根据科学证据评估药品对个人和公众的影响和每种受管制药品对公共健康人权的影响，并将逐一将其列入受管制清单。

74. 《烟草控制框架公约》的非价格措施是可取代现有注重执法框架的各种保护和规章的最佳例子。这些措施包括规定毒品含量、教育和提高认识、减轻依赖性和停用措施。采用这些措施将通过提供未经掺杂的毒品，提高个人和社区对减少风险的认识和保障在必要时接受治疗机会，来保障健康权。《烟草控制框架公约》缔约国对这些措施的执行率很高，表明目前受管制药品也有做到这一点的可能性。

75. 拟设立的框架还允许毒品有传统和文化上的用途，已证明这类用途对公共健康影响不大，例如，玻利维亚的古柯叶和印度的各种大麻。现有的制度剥夺了数百万人的谋生手段，传统用途因禁止种植和采用非常有害的清除方法而遭禁。这些制裁是不必要的，对阻止吸毒没有帮助。

## 七. 建议

76. 会员国应：

- 确保为吸毒者，特别是那些入狱的吸毒者，提供(艾滋病署开列的)减少危害措施和减轻对毒品依赖的医疗服务，特别是阿片类替代治疗。
- 不将持有和吸食毒品视为犯罪或解除对其的惩罚。
- 废除或大力改革禁止为吸毒者提供必要保健服务的法律和政策，审查缉毒执法措施以确保人权义务得到履行。
- 修订法律、规章和政策，增加获取受管制基本药品的渠道。

77. 联合国缉毒机构应：

- 在法律、政策和方案上把人权列入缉毒措施。
- 鼓励关注吸毒的影响和毒品市场、缉毒政策和方案等问题的各联合国实体加强交流和对话。
- 考虑建立一个永久机制，例如一个独立委员会，让国际人权行动者通过该机制协助制订国际毒品政策，监测各国执行情况，并将保护吸毒者和吸毒者所在社区的健康权和人权作为其首要目标。
- 制订准则，指导相关行动者采用基于人权的方法进行缉毒，制订和分发基于权利的有关缉毒和健康权的指标。
- 从长期来看，考虑按《烟草控制框架公约》的模式，建立一个毒品监管替代框架。