



毒品政策  
全球委员会

# 精神活性物质附表： 当科学被遗忘

2019 年度报告





# 毒品政策 全球委员会



LOUISE ARBOUR  
前人权事务高级专员, 加拿大



PAVEL BÉM  
前布拉格市长, 捷克共和国



RICHARD BRANSON  
企业家, 维珍集团创始人,  
The Elders联合创始人, 英国



FERNANDO HENRIQUE  
CARDOSO  
巴西前总统



MARIA CATTAUI  
国际商会前秘书长, 瑞士



HELEN CLARK  
新西兰前总理,  
联合国开发计划署署长



NICK CLEGG  
前副首相, 英国



RUTH DREIFUSS  
瑞士前总统兼内政部长(主席)



MOHAMED ELBARADEI  
国际原子能机构名誉主任, 埃及



CÉSAR GAVIRIA  
哥伦比亚前总统



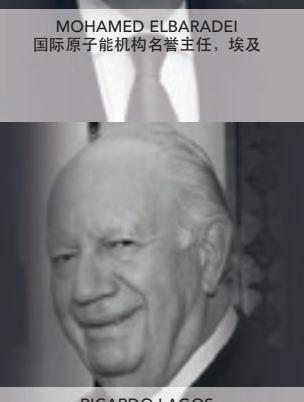
ANAND GROVER  
前联合国人人有享有可能达到的最高身心健康标准特别报告员, 印度



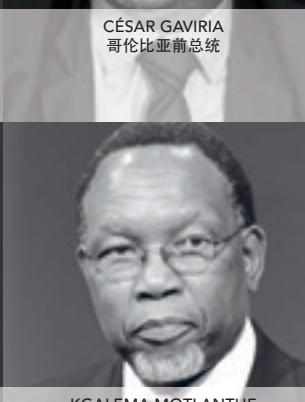
MICHEL KAZATCHKINE  
抗击艾滋病、结核和疟疾全球基金前执行主任, 法国



ALEKSANDER KWASNIEWSKI  
波兰前总统



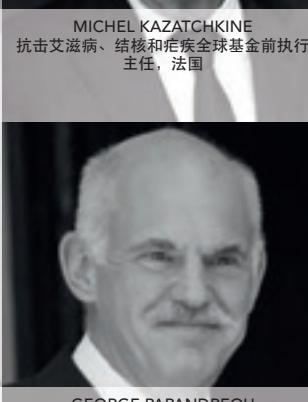
RICARDO LAGOS  
智利前总统



KGALEMA MOTLANTHE  
南非前总统



OLUSEGUN OBASANJO  
尼日利亚前总统



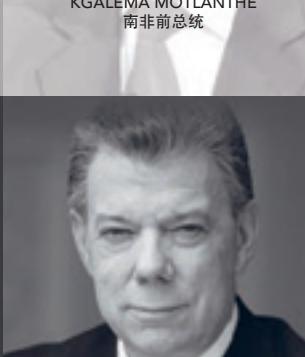
GEORGE PAPANDREOU  
希腊前总统



JOSÉ RAMOS-HORTA  
东帝汶前总统



JORGE SAMPAIO  
葡萄牙前总统



JUAN MANUEL SANTOS  
哥伦比亚前总统



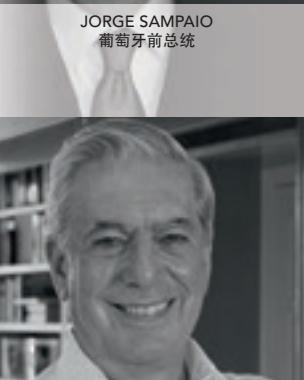
GEORGE SHULTZ  
前国务卿, 美国 (名誉主席)



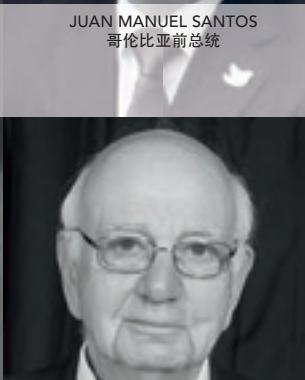
JAVIER SOLANA  
前欧盟外交与安全政策高级代表,  
西班牙



CASSAM UTEEM  
毛里求斯前总统



MARIO VARGAS LLOSA  
作家和公共知识分子, 秘鲁



PAUL VOLCKER  
美国联邦储备和经济复苏委员会前主席,  
美国



ERNESTO ZEDILLO  
墨西哥前总统

# 目录

前言	3
摘要	4
<b>毒品附表：实证主义还是意识形态？</b>	7
<b>国际附表系统</b>	13
全球毒品管制体系的历史	13
不一致性对当前系统的破坏	16
失败的平衡：管制药物的可及性	19
建议	21
<b>(半)合法化市场的经验</b>	25
附表外的精神活性植物	25
大麻的合法化管控	26
新精神活性物质	27
建议	29
<b>挑战与改革选择</b>	31
改善当前系统	31
合理的伤害程度	33
重获法律管控的国家灵活度	35
建议	37
结论	38
证言	40
参考文献	47



# 前言

当前国际和国家毒品管控法律的基础是一份有约300个精神活性物质的名录。这些物质根据其被打击的程度被分为特定的类别，并在许多层面上被禁止。值得注意的是，除了医疗用途或科学外，它们的种植、制作、生产、出口、进口、销售、持有和消费都是被禁止的。

而且，其中有些物质还毫无证据地被认为没有医疗价值。当各国批准毒品公约，并在1961年-1988年间逐渐引入国际毒品管控机制时，他们同时也将这些物质分类引入该国的法律。这种分类方式在某种程度上决定了执法优先事项，以及法官判决的刑罚，以及对世界各国数百万人民生活的深刻影响。

实际上，该毒品分类（或说列表）是当前压迫性毒品政策的基石，导致“禁毒战争”中的“附带损害”，它造成的悲剧后果是毒品政策全球委员会自成立以来一直所谴责的。禁止主义的效果，在公共卫生方面，是导致歧视与监狱人满为患，犯罪组织力量壮大以及相关暴力腐败增加，关键药物可及性的缺乏。这说明我们迫切需要改变这一现状，实施更有效的更尊重人权的政策。

委员会的第九份报告分析了当前精神活性物质分类的历史、过程和分类的不一致性。有些最危险的物质在该类别里是找不到的，如烟草和酒精。它们逃脱了禁令，还能成立体面的公司赚取巨额利润。国际公约附件中列出的物质以及被当做有害的“毒品”的物质，是由非法市场供应的，同样有利可图，只是充实了有组织犯罪。

合法和非法物质之间的明显区别，是由于长期的文化和政治支配的历史所造成的。这种区别没有依据任何物质对使用者和社会潜在伤害或适度使用的可能益处的科学评估。几乎在同样缺乏科学评估的情况下，它们被按照潜在伤害排列出来，并有相应的压制措施。它们被整体当做魔鬼对待。这个分类经常受到对边缘化人群的意识形态、偏见和歧视所影响，更别说那些药企的经济利益了。科学在决策过程中基本没有作用。即使有时允许提供科学建议，也基本不被考虑。

我们需要尽快在理性基础上审视精神活性物质。当前分类体系的无条理性极大阻碍了亟待进行的改革。没有毒品的社会只是一种幻想，接纳这个事实的最佳时机已过，我们现在必须在科学实证的基础上为合法管制做准备。现在让我们关注毒品政策的真正合理性：即所有人的生命、健康与安全。



Ruth Dreifuss  
毒品政策全球委员会主席

# 摘要

国际毒品附表系统根据精神活性物质的利弊对其进行附表。该系统是国际毒品管制体系的核心。该系统的良好运作是达到其双重目标的关键：确保管制物质在用于医疗目的时有适当可及性，同时阻止其转向非医疗或其他用途。在1961年之前，全球毒品管制体系聚焦于对国际贩运实施限制，而且考虑和尊重不同国家的法律差异。自1961年《麻醉品单一公约》签署后，各国响应国际法及其目录和附表系统。这些系统没有实证基础，与物质的伤害和益处也没有合理的关联，而是基于政治选择和政客的利益。这种毒品管控政策造成了社会经济问题，包括流行病、监狱人满为患和任意执法等，不仅对毒品使用者产生影响，也涉及一般大众。

目前的系统由1961年公约和1971年关于精神药物公约定，已经逐渐加入了越来越多的需要国际管制的精神活性物质。今日，已有超过300种物质被列入附表。8个附表是根据其表内物质的依赖可能、滥用可能和治疗效用来定义的，1961和1971年每个公约有4个附表。这些国际毒品管制公约认为只有治疗或镇痛是精神活性物质的益处，而其他文化、消遣、典礼使用则不被考虑在内。

管制措施的严格程度取决于物质被列在哪个附表内。在这8个附表中，两个附表内的物质禁止包括医疗用途在内的使用，只有极为个别的例外（允许在研究中使用极少的量）。然而，除了少量特例，公约规定所有附表内物质都禁止非医疗或非科研用途的使用。

这种禁止实际上是很任意的。当前对合法与非法物质的区别并非明确根据药物研究，更多是根据历史和文化习惯。对合法与非法物质的“善与恶”道德认知，不仅扭曲了合法非法的区别，也反过来加固了这种认知本身。

附表的决策是由麻醉品委员会(CND)决定的。该机构是由联合国经济社会理事会建立的。世界卫生组织(WHO)根据其“毒品依赖专家委员会”(ECDD)的意见提供建议，供麻委会投票(1961年公约附表用简单多数制，1971年附表用三分之二为标准)。

附表决策因此受到对新物质禁令的政治考量和内在偏见的影响。对政策制定者而言，允许一种可能之后会造成危险的物质上市可能造成很严重的负面后果，而不让其上市则可最小化对自身的害处。因此，关于将新物质加入附表的建议很容易被通过，而不列入附表或挪到管制措施较松的附表的建议则经常遇到极大阻力。

一些被列在最早的1961年公约附表中的物质，如被广泛使用的大麻、大麻脂、海洛因和可卡因等物质，从未接受过专家评估，就算有评估也是30年前的了。

有人呼吁修正公约，以解决其内在的不一致性，并澄清世界卫生组织、国际毒品管制局(INCB)和麻委会在附表编制过程中的权责。改进附表编制标准和制定科学实证基础的系统的申请被反复提起。

对附表的程序进行改进，能够确保管制物质在合理使用时的可及性，并防止有问题的使用，维持这两者之间的平衡，为国际和国家毒品管制政策从禁止性框架转型到管制下的灵活模式，提供关键指导工具。

以实证为基础的国际附表系统让意图改革的国家能够更灵活地根据其需要制定国内附表，改善对潜在非法输出的控制。这可以更有效地、逐渐地让毒品市场减少伤害。最后，以实证为基础的附表系统可以减少毒品使用相关的污名，帮助人们做出更负责的伤害更小的选择。建立更合理的附表模式的指导原则包括：

- 确保每种物质在用于医疗和科研目的时有适当可及性；
- 放弃零容忍政策，为“其他合法目的”提供更多空间；
- 给予较温和的物质更多空间；
- 考虑当地社会文化环境；
- 对潜在伤害和利益认知进行成本效益分析；
- 接受类似其他可承受的社会风险的一定风险阈值，而非坚持绝对的预防性原则；
- 谨慎权衡附表决策的潜在后果，考虑用户和市场的可预测反应；
- 更好地使用现有的医疗和消费者安全的法律工具，而非刑事毒品法律。

毒品政策全球委员会呼吁使用全面的跨学科途径来制定毒品管制政策。是时候停止将毒品管制视为单独问题的“单打独斗”方式，以及停止基于不可靠的科学性不足的附表对毒品进行附表和禁令。

唯一的负责任的途径，是对非法药品市场进行管理。政府应当建立管理条例和新的附表系统，基于可靠的科学评估，针对每个毒品的危害，并对管理条例进行监测和执行。对于全球委员会而言，需要开展紧迫行动，终止当前附表系统的不一致性：

- **国际社会必须承认国际附表系统内部的不连贯与不一致，必须引发对当前毒品附表模式的批判性审查。**
- **国际社会必须优先发挥世界卫生组织和跨学科研究在未来根据合理利弊衡量来制定实证附表标准时的作用。**
- **联合国成员国必须将国际附表系统重新聚焦于其本来的目的，即控制跨国贸易和允许制定创新的国家附表系统。**



missing

# 毒品附表：实证主义还是意识形态？

附表系统是国际毒品管制体系的核心，正如1961年和1971年全球毒品管制公约的序言所述，是从“人类健康福祉”的考虑出发制定的。附表系统的正确功用是实现管控体系双重目标的关键：确保管制物质在用于医疗目的时有适当可及性，同时阻止其“滥用”或转向非法市场。世界卫生组织（WHO）提出，“符合毒品管制公约精神的有效毒品管制体系，应当能够在这两个目标之间取得更好的平衡”。<sup>1</sup> 国际毒品管制的悖论在于“不平衡的法律、政策和实践广泛存在”<sup>2</sup>。这个机制是用于指导毒品管制问题的国际合作。在国家层面，其意识形态挂帅的执法会导致多种负面后果，从对特定群体的过度管治到公共卫生问题。

二战后发展的全球毒品管制体系逐渐将越来越多的精神活性物质纳入国际管制（文本框1）。如今，超过300种物质被列入1961年麻醉品单一公约（及1972年修正协议）<sup>3</sup> 和1971年的精神物质公约<sup>4</sup>，分别在每个公约的四个附表中，以及第三个全球毒品公约（1988年禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约）的前体表格<sup>5</sup>（图表1）。管制措施涉及进口和出口证书、需求评估、执照和医疗处方，其严格程度基于物质在附表中的位置。<sup>6</sup> 适用于所有附表的1961年和1971年公约的共同义务是“毒品的生产、制造、进口、出口、分配、贸易、使用及持有，以专供医药及科学上的用途为限”。<sup>7</sup>

## 文本框 1 国际附表系统<sup>8</sup>

根据联合国毒品犯罪办公室，“国际管制下的麻醉品及其制备被分组列在四个附表中，根据各个物质的成瘾可能、滥用倾向和治疗效用。1961年公约的管制毒品根据他们医疗用途和滥用倾向的关系被列在附表一和附表二中。适用于分离1的毒品的管制条款组成了1961年公约的标准体系；附表二包含的药物被认为滥用倾向较弱且有更广泛医疗用途。两个附加的附表三和附表四分别包括了用于合法医疗用途的附表一和附表二中毒品的制备，以及附表一种被认为特别危险和治疗用途极优先的特定毒品”。

……“精神药物管制系统原则上市针对麻醉品的。但是，在1971年公约中，必需的管制措施被根据四个单独附表，其基础是医疗效用和该物质滥用导致的公共卫生风险之间的关系。四个附表使用有两个变量的量表：附表1是有高公共卫生风险和低治疗效用，因此适用最严格的管制措施；而分离四则相反，低公共卫生风险和高医疗效用”。

毒品公约的序言强调了大多数物质的医疗用途是“不可缺少的”，而且他们的可及性不应当被过度限制。公约建议各国“禁止”的唯一毒品类别是1961年公约附表四的物质和1971年公约附表1的物质。这里所谓的“禁止”是指禁止用于医疗目的，只允许极少量用于研究。1961年公约附表4的中毒品，包括大麻和海洛因，公约的建议是全面禁止，但这不是强制性的；仅在“依其认为必需或允宜适用以保护公共卫生与福利计”时需要如此行事。<sup>9</sup> 1971年公约附表1包括致幻剂、摇头丸和致幻蘑菇与仙人掌的幻觉成分（二甲-4-羟色胺磷酸，麦卡司林），对“除科研和极为有限的医疗目的之外的使用”的禁止是强制的。<sup>10</sup>

今日毒品管制的支配性理念只是在二战后才在全球层面上成为主流。在更早期的文件中，如1894-1895年《印度大麻类毒品委员会》的重点建议，在今天看来正是一份精妙的毒品政策改革提案，类似于乌拉圭和加拿大等国家近期才采纳的模式（文本框2）。<sup>11</sup>

## 文本框 2 《印度大麻类毒品委员会报告》(1985) 重点建议

1. 考虑到已查明的效果、使用习惯的普遍性、对该问题的社会宗教观感、以及驱动使用者转向依赖其他更有害的兴奋剂或麻醉品的可能性，全面禁止用于麻醉品的大麻作物的种植，及制造、销售或使用由其产生的毒品，既没有必要，也不合算。（十四章，553-585节）
2. 倡导的政策是管控和限制，旨在压制过量使用和限定适当限制下的适度使用（十四章，586节）
3. 为达成这些目标应采纳的措施是：
  - 适当课税，配合拍卖贩售特权最有效（十四章，587节）
  - 禁止无证种植，以及集中化种植（十六章，636节和677节）
  - 限制零售大麻毒品的商店数量（十六章，637节）
  - 限制合法持有的数量（十六章，689和690节）。合法持有印度大麻或大麻叶或任何制备或混合的限制应当为5托拉（约60克），大麻制的麻醉药或任何混合的限制为四分之一西阿（四分之一升）。

1892年的《纽约时报》一篇文章预测，全面禁止（兴奋剂和麻醉品）以阻止不当滥用的理念“可行性就像是通过敦促旅行者留在家里来阻止铁路事故”。<sup>12</sup> 但后者基本就是国际毒品管制系统逐渐发展的方向。除了一小部分特例之外，联合国公约物质附表的非医疗和非科研目的的使用，现在都是被禁止的。<sup>13</sup>

几个世纪以来，鸦片和大麻（在亚洲、非洲和中东）和可卡（安第斯山区）都被广泛用于文化、仪式和传统医疗目的。但公约承认的使用精神活性物质的益处仅是治疗疾病或镇痛。Mark Kleiman 表示，“毒品的纯粹愉悦特性不被考虑，或被认为是负面的，广的、自愿的非医疗用途被当做有‘滥用倾向’的证据”。<sup>14</sup> 关于附表的决策，根据Mark Kleiman引述一名匿名的行政人员话语，其条件关系是“如果能够让人快乐的毒品，就属于附表1”。<sup>15</sup>

对任何非医疗用途而使用毒品的零容忍策略根植于国际管制系统之中，造成了合法与非法毒品“善与恶”差异的扭曲道德认知。2006年，一名英国内政官员承认，“合法与非法毒品的区别，并不明确地基于药学、经济或风险效益分析，更多是基于历史和文化先例”。根据对英国附表系统审查的草案文件，很多青年人“难以理解大麻和摇头丸等管制毒品背后的合理性，因为滥用这些毒品对社会造成的伤害总体上低于那些广泛可获得药品如酒精和烟草”。<sup>17</sup> 英国的毒品策略承认酒精“是这个国家文化生活中的重要部分”。<sup>18</sup>

## 图片1 联合国毒品公约分类

### 1961年单一麻醉品公约

分类一	分类二	分类三	分类四
高成瘾性物质，易滥用，以及随时转为高成瘾易滥用毒品的前体（如大麻、鸦片、海洛因、美沙酮、可卡因、可卡叶、羟考酮）	成瘾性和滥用倾向低于附表壹的物质（如可待因、右丙氧芬）	含有少量毒品的制剂，不太可能被滥用，因此这些制剂会被免于大多数施加于其所含毒品的管控措施（如小于2.5%可待因，小于0.1%可卡因）	分类一中的某些毒品，具有“特别危险的性质”，没有任何医疗价值（如大麻、海洛因）

### 1971年精神药物公约

分类一	分类二	分类三	分类四
高滥用风险的毒品，对公共卫生有非常严重的威胁，医疗价值极低甚至没有（如LSO、替甲基苯丙胺，卡西酮）	有一定滥用风险的毒品，对公共卫生有严重威胁，有较低或中等医用价值（如四氢大麻酚、安非他命）	有一定滥用风险的毒品，对公共卫生有严重威胁，有中等或较高医用价值（如巴比妥类药物、丁基原啡因）	高滥用风险的毒品，对公共卫生有非常严重的威胁，极低甚至没有医疗价值（如LSO、替甲基苯丙胺，卡西酮）

### 1988年禁止非法贩运麻醉药品与精神药物公约

表I

精神药物前体，如麻黄碱、胡椒醛、黄樟脑、苯乙酸、麦角酸；以及若干关键试剂，如乙酸酐用于将吗啡转为海洛因，以及高锰酸钾用于提纯可卡因

表II

广泛的试剂和溶剂，可用于非法制造麻醉药品和精神药物，但也普遍用于非法工业使用，包括丙酮、乙醚、甲苯和硫酸

采用“在逻辑能够达成一致性的方法来解决物质滥用的问题”被视为不可能，但是，因为“将物质分成合法和非法的分类系统对于大多数有节制地使用物质的人（如饮酒）来说，是不可接受的，并且与深植于历史传统的、对使用一系列能够改变精神功能的物质（从咖啡因到酒精烟草）的容忍态度是相冲突的。因此，人们通过其他措施管理合法物质。”<sup>19</sup>但这个（植根内心的历史传统）论调同样可以用于其他国家的大麻、可卡或鸦片。殖民地文化偏见和西方制药理念塑造了全球毒品管制体系。它们仍深植于“非法”毒品及其相对伤害的误解。



照片展示了联合国关于麻醉药品国际管控的公约所覆盖的天然毒品，包括鸦片酊，可卡因，吗啡，鸦片，颠茄。© UN Photo/MB.

2009年David Nutt发表了一篇差点让他失业的文章，他当时是英国负责向政府提供毒品分类建议的部门领导。他在文章里质疑了这种扭曲，认为“这种对毒品的讨论没有考虑其他对社会造成伤害的因素，让毒品成为一种不同的、特别的令人担忧的东西”。<sup>20</sup> 他比较了摇头丸的使用风险与骑马的大量风险，指出社会态度与政策反应的根本差异。尽管青年人中有很多受伤和死亡事件，也没人考虑过禁止消遣性的骑马。

Nutt还比较与摇头丸使用相关的死亡数量和扑热息痛过量致死的数量，后者数量明显更高，但媒体对这两者报道差异极大，“一份报纸报道扑热息痛致死的可能性是250分之1，地西洋则是50分之1，安非他命是三分之一，而摇头丸相关死亡几乎每次都被报道”。他总结为“使用理性的证据对毒品所产生的对毒品进行评估，是迈向制定可靠的毒品战略的重要一步”。<sup>21</sup>

在毒品政策全球委员会2018年报告《合法化管理：负责任的毒品管制》中，强调需要“改善附表的编制流程，在确保管制物质合法使用的可及性和预防不当使用之间建立更好的平衡”。在本报告中，委员会提出一个分层的、更为合理的模式来进行分类。

### 文本框3 科学研究中的政治干预——“世界卫生组织1995可卡因项目”

1995年，世界卫生组织和联合国区域间犯罪和司法研究所(UNICRI)发布了有史以来关于可卡因使用最大的全球研究的结果，该研究包括来自世界各地的40多名研究者参与。研究结论认为，使用可卡因对健康并没有负面影响，同时对原住民群体有着庄严的宗教和社会方面的功能。该研究呼吁对可卡因的积极医疗效果进行更多研究。研究还发现可卡因使用的有害后果并没有一些合法毒品(如酒精和烟草)广泛，而且有害的后果主要出现在大剂量使用者中。

该研究结果被成员国代表团得知后，美国官员反对发表该报告，其中一名代表对世界卫生大会表示，该项目“的方向是错误……损害了国际社会打击可卡非法种植与生产努力”。美国代表明确了美国的立场，表示“如果世界卫生组织关于毒品的活动不能强化已证实的毒品管制途径，就应当削减相关项目资金”。这种对科学的研究的政治干预导致了项目终止，剩余的工作再也没有完成，全部研究成果从未被发布。<sup>23</sup>





联合国麻醉品委员会第二届会议开幕，  
苏克塞斯湖，纽约，1947.联合国照片

# 国际分类系统

## 全球毒品管制体系历史

禁止任何“娱乐性”地使用一些精神活性物质使用的理念是受19世纪末20世纪初盎格鲁美国基督教清教徒和反酒精的戒酒运动的启发。后者在美国也引起了1920-1933年之间的禁酒运动。针对使用鸦片和大麻的华人和墨西哥移民的种族主义情绪更是加剧了禁令倾向。“成瘾”这一概念最初是聚焦在阿片类使用者的症状上。在19世纪80年代中期，可卡因刚出现时人们并没有把它当作能够让人上瘾的物质，因为它没有产生类阿片那样的效果，而且因为它是西方药物，“没有旧社会毒品的污名”。<sup>24</sup>

将彻底根除“道德恶魔”的渴望国际化的企图最初并不成功。在第一份国际协议《1912海牙鸦片公约》中，达成一些基本规则来管理国际鸦片贸易，并将毒品(吗啡与可卡因)制造限制在“医疗及合法的”需求。那些“合法的”需求包括在种植国当地广泛地传统使用。1925年日内瓦公约也保留了生鸦片和可卡叶“合法目的”的使用(第2章)，但将制造毒品限制于“仅用于医疗或科研目的”(第3章)。

“1968年的尼克松运动，和之后的尼克松白宫，有两个敌人：反战左翼和黑人。你理解我的话吗？我们知道不可能把反战或黑人搞成非法，但通过让公众将嬉皮和大麻以及黑人和海洛因联系起来，再对这两个重罚，就可以搞乱那些社群。我们可以逮捕他们的领袖，搜查他们的家，打断他们的集会，每天晚上在夜间新闻里贬低他们。我们是否知道自己在对毒品问题撒谎？我们当然知道。”

John Ehrlichman (1994)，尼克松总统国内事务助理 (1969-1973)

欧洲殖民力量在其海外殖民地控制了有利可图的鸦片、可卡和大麻的贸易垄断。第一个国际毒品管制公约受殖民者利益和文化偏见的影响极大：酒精和烟草是公约主要协商国被社会接受的毒品，所以并被认为是真正需要进行国际管控的毒品。殖民垄断供应了亚洲的鸦片市场和北非的大麻市场，这就是认可了传统使用，和欧洲药品市场的鸦片剂、大麻和可卡因制剂一样。

将毒品进行分类的原则是在1931年《限制麻醉品制造和管理分配公约》第一次提出的，当时德国代表团表示可待因是比鸦片、吗啡或海洛因更安全的治疗物质，如果公约条款不对其进行区分，就无法签署。那个时期，德国制药行业是领先的可待因制造商。因此，一个对应不同管制水平和限制的分类系统诞生了。“大多数人也同意利用那些成瘾性最弱的毒品是可以的，有条件时可待因比吗啡更好。但如果所有毒品都接受同样程度的管制，一样难以采购，需要同样数量的文书工作，医生和药剂师就不愿意选择可待因这样更新且问题更少的物质”。<sup>25</sup> 在德国的压力下，代表团们一致同意，创建一个双层目录结构：第二组毒品可免于零售商报告要求，而且可以不用处方在柜台出售。

1931年的公约还引入了另一个重要原则：“管制措施不仅应用于危险的毒品本身，也应用于可‘转化’为这些毒品的物质。”<sup>26</sup>可成瘾的”毒品放在第一组，可转化为这些毒品的物质，如果医疗用途有限就放在第一组b类，如果广泛用于医药则放在第二组。

1961年前，全球毒品管制体系聚焦于对国际贸易施加限制，其设计尊重各国法律之间的不同。首要目标是“阻止特定物质不受控制地输出到禁止这些物质的国家。对差异的包容是1946年以前国际管制系统起源时的基础，直到战后系统开始转变，到1961年公约达到顶点。试图将本质上‘互惠’系统转变为道德引领的‘绝对’禁止原则”。<sup>27</sup>

国际管制系统的两个支柱是1925年公约建立的进口和出口许可系统，和1931年公约建立的平衡全球合法生产与需求，这两者仍然在位，由国际麻醉品管制局(INCB)运作。根据在二战后联合国毒品管制公约体系设计中发挥重要作用的Adolphe Lande所言，这些管制国际贸易的行政体系的目的是到1950年时“仅有极少量”从合法生产来源通过国际贸易被转入非法渠道。<sup>28</sup> Lande表示“非法贩运是国际管制所产生的后果”<sup>29</sup>，但“很容易得到鸦片剂或可卡叶的秘密工厂取代了合法制造商，成为非法贩运的供应者”。<sup>30</sup>



在19世纪，今天属于非法的精神活性药物被作为治疗一系列疾病的药物销售，如治疗抑郁的可卡因。档案图片

这三种植物衍生物的种植和传统使用最初是建立国际管制体系的重点内容，直到1961年开始受制于现有管制系统的指导规则：对医疗和科研用途进行严格限制。在亚洲、非洲和中东的鸦片剂和大麻，以及安第斯山区的可卡，长期被社会文化、典礼和传统医疗所接纳，使用非常广泛。1955年联合国麻醉品委员会(CND)表示，这体现了“这是委员会在承担阐释单一公约草案时要弥合的重大鸿沟。委员会在决定将其纳入单一公约草案的永久规则时，就不允许任何例外”。<sup>31</sup>

在战后重建和全球去殖民化斗争之中，开始协商通过在联合国支持下建立新的单一公约增强国际体系，取代早先的公约。1961年单一公约旨在统一多个站前条约到“单一”法律，也希望填补管制空缺，避免因有效打击合法来源转入非法市场，导致出现非法生产和贸易的来源。

英国，荷兰和法国殖民者之前曾抗拒实施更严格的禁令，反殖民化后，这些国家失去了对前殖民地上（如印度、缅甸、印度尼西亚和摩洛哥）利润丰厚的鸦片可卡和大麻上次的合法垄断的控制。新独立的国家在抵抗美国要建立全球毒品禁令体系压力时不像殖民统治者那样成功，各方的力量不再平衡。有提案提出，通过扩大公约一般义务“仅限于医疗和科研目的”的表述，加上“和其他合法目的”（如1912和1925公约），以允许那些有着几个世纪历史的传统动可以继续。<sup>32</sup>这些提案被拒绝了。经过艰难磋商，单一公约要求各国将国家管制扩展到罂粟、可卡和大麻种植，对非法种植施加刑事制裁，并禁止一切传统使用。<sup>33</sup>

1961年单一公约“包含的总战略是使那些发达的毒品消费国削减和最终根除毒品作物种植，而这一目标只有让那些处于发展中的种植国的付出代价”。<sup>34</sup>25年内，大麻和可卡的所有传统使用都被废除了，15年内废除鸦片剂的“准医疗”用途。有争议的是，大麻（花或顶部果实）和大麻脂被列在附表一和四，附表四是“特别危险”物质和几乎没有医疗价值。这个严格的分类并没有经过世界卫生组织毒品依赖专家委员会(ECDD)恰当的评估。ECDD的职责是为公约附表物质提供意见。<sup>35</sup>Adolphe Lande曾说大麻“被定义为‘麻醉品’农作物之一，对该作物的管制无疑代表了国际管控体系最脆弱的一点”。<sup>36</sup>

将可卡叶纳入附表一，与可卡因并列，也是在没有世界卫生组织适当科学审查下决定的。单一公约的物质附表的标准包括“类似原则”（如果一个物质类似已经被管制的某物质，就需要类似管制）和“转化能力原则”（如果“前体”物质可很容易转为已经被管制的毒品，则需要类似管制）。这些标准固化了内含于国际管控系统中的历史偏见，导致对植物原料和提取的生物碱应用同样的管制。

## 不一致性对当前系统的破坏

附表系统中的结构性不一致在1971和1988年公约进一步发展时更为恶化。在1961年“麻醉品”和1971年“精神”药品之间在科学上可疑的区别使得一系列药用毒品得到更宽大的管制，包括安非他命、巴比妥盐和镇定剂。联合国国际毒品管制方案(UNDCP)转为联合国毒品与犯罪办公室(UNODC)，该部门在2000年《模范毒品法律》注释中提出，“麻醉品和精神物质的国际附表是根据该物质是否被1961年和1971年公约所覆盖，这种分类并没有实际的基础。对多种精神物质的法律定义可全部应用于麻醉品，而且在很多情况下，反过来也是成立的”。<sup>37</sup>

1950年代，斯堪的纳维亚政府开始对安非他命滥用造成的越来越多问题拉响警报。“对国内的管控是不成功的，因为相邻的西欧国家，尤其是西德，并没有严格的出口管制。和半个世纪前的鸦片问题一样，不同国家管理条例的差异造成了这样的后果：在一个国家贩运是非法，在邻国则是合法的。”<sup>38</sup>最初提案是将这些国际管制的物质添加到1961年公约的附表中。

世界卫生组织的官员表示，安非他命所产生的不良后果确实可以“被视为‘类似’于可卡因所产生的后果，他们都导致中枢神经系统兴奋，巴比妥盐的不良后果是成瘾，镇静剂的不良后果也是成瘾，可被看作类似吗啡的不良后果，这些毒品都会抑制中枢神经系统。世界卫生组织不能假设这种类似的原因不完全是技术性的，还有法律上的”。<sup>39</sup>

曾说“多国毒品公司影响了各国政府，以获得精神药物的更自由的地位，而不是传统的鸦片和可卡制品”。<sup>40</sup>最终决定为这些物质协商一个单独的协议，即1971年精神药物公约。很多国家“复制了当前国际公约的附表，或做了极小调整。因此附表组合极大影响了制药公司在有利可图的海外市场的销售能力”。<sup>41</sup>

在谈判时，印度代表提出希望“正如鸦片制造国在过去的几十年一直为全人类的利益接受严苛管制一样，制造精神药物的发达国家现在也应该开展协作，确保对这些药物实施真正有效的管制措施”。<sup>42</sup>

对附表一中非药用物质(致幻剂、替甲基苯丙胺、二甲-4-羟色胺磷酸，麦卡司林)的管制确实和1961年公约一样，如果不是更严的话。对1971年其他三个附表的管制体系显然更宽松，一些联合国经济及社会理事会决议后来呼吁各国采纳比公约所要求的更严格的措施。<sup>43</sup>世界卫生组织的毒品依赖专家委员会呼吁关注附表编制过程中出现的问题。<sup>44</sup>

#### 文本框 4 模糊的准则(世界卫生组织毒品依赖专家委员会)<sup>45</sup>

“实际上，毒品的相似性，如滥用和不良后果，是对麻醉品管控的标准。根据1961年麻醉品单一公约(后文简称1961公约)，毒品依赖专家委员会在决定是否建议进行国际管制时，第一个决策因素就是被审查物质是否有类似吗啡、可卡因、大麻的后果，或可转化为有这种后果的附表物质”。如果是类似的，委员会再看物质是否容易和附表一或附表二的物质一样有相似的滥用和制造相似的不良后果，或确认其是否可转化为已经在这些附表里的物质，然后做决定。

但是，准则中并没有具体指导意见，如一种物质要与原毒品在何种程度上相似就算是类似吗啡、类似可卡因或类似大麻的毒品。缺乏具体指导意见使得毒品依赖专家委员会在审查一种毒品时，如其与某种麻醉品和精神药物有一定程度相似，就难以抉择，因为1971年精神药物公约(后文简称1971公约)的附表编制标准也有相似性规则。对镇痛剂和兴奋剂毒品是按1961公约还是1971公约管制成了个大问题。大多数强力镇痛剂是根据1961公约管制，但一小部分是按照1971公约的精神药物管制。对中枢神经系统兴奋剂而言，可卡因是根据1961公约管制，安非他命是根据1971公约管制。对于这类毒品，按哪个公约管制的标准是模糊的。<sup>45</sup>

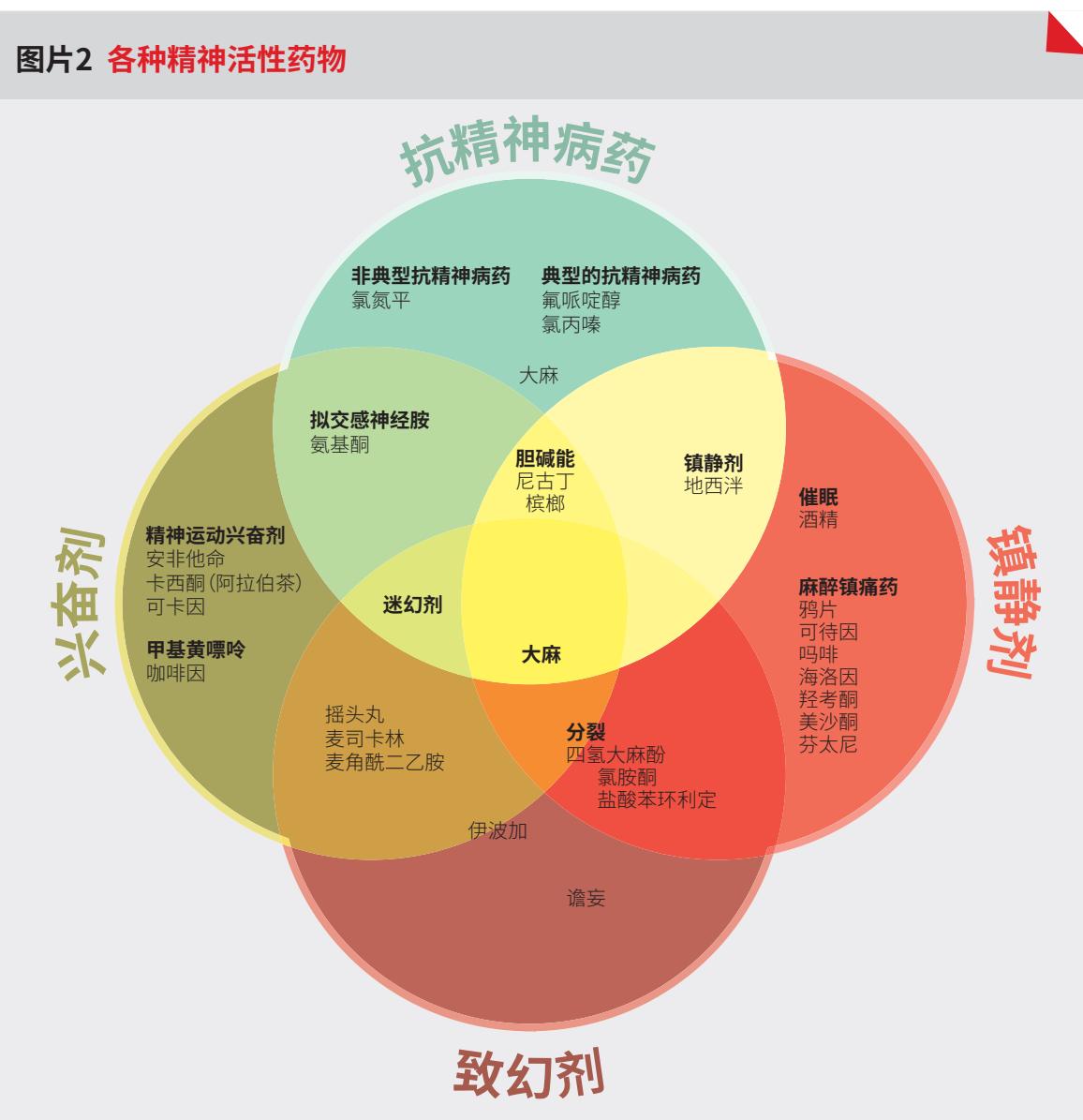
另一个不一致是1961公约包括草药原料和其他前体，1971公约明确排除这些“可转化的”物质。这个空缺由1988公约弥补，里面纳入了是“精神药物”而非“麻醉品”的前体的物质，以及用于非法精神药物和麻醉品制造的化学试剂和溶剂。公约机构出现对应的区别：世界卫生发布了对麻醉品前体的建议，国际麻醉品管制局(INCB)发布了对精神药物前体的建议。

1971公约还包括了对于所有附表决策的“不可接受原则”，缔约国可以提交书面通知解释“由于特殊情形无法就该物质实施本公约适用于该附表内各项物质之全部规定”(第二条7款)。与1961公约相比，这为各国偏离联合国附表提供了更多灵活性。

在1931年公约中，将把鸦片碱或可卡碱制作的其他毒品增加到第一组或第二组的权利给予了国家联盟健康委员会。二战后，在联合国系统下，该权利转给了世界卫生组织“根据专家委员会建议行事”，并扩展到了任何有类似吗啡或类似可卡因效果的物质以及“可转化”为这种物质的物质。<sup>46</sup>附表编制决策最初是由国际社会委派的特别健康机构制定。1961公约将权利转交麻醉药品委员会，让世界卫生组织的建议根据麻醉药品委员会成员国的简单多数投票决定是否采纳。在某种程度上，附表建议是从基于世界卫生组织专家科学建议，变成了由成员国基于各自的政治考虑决定。

“官方建议”是提供给各成员国关于如何阐释1961公约的官方注释，麻醉药品委员会“应当在原则上接受世界卫生组织的药学和化学发现。如果不接受世界卫生组织的建议，则需要根据行政或社会特性进行考虑”。<sup>47</sup> 麻醉药品委员会只能接受或拒绝一项世界卫生组织建议，而不能选择另一个附表，而且“任何情况下委员会都不得决定将管制扩展到世界卫生组织没有建议的物质上”。<sup>48</sup>

1971公约也有类似条款，说明世界卫生组织的评估“在医疗科研问题上应当是决定性的”<sup>49</sup>，是对那些“委员会必须接受，无权根据其他医疗或科学观点来决定”的解释。<sup>50</sup> 对1971年附表，决策改为三分之二投票通过，麻醉药品委员会可决定将物质添加在另一世界卫生组织建议之外的附表中，“考虑到经济、社会、法律、行政和其他相关因素”。<sup>51</sup>



毒品政策全球委员会改编自维基常识

## 失败的平衡：管制药物的可及性

国际毒品管制体系建立的原则是在管制的药物可及性和阻止其转入其他用途中达到平衡。管制系统成功地控制了合法生产的药用鸦片和可卡因转入非法分配渠道。非法分配渠道在二战后占据了较大规模。世界卫生组织认为“成员国普遍签署公约，公约继续高效阻止毒品通过国际贸易从合法转入非法市场”。<sup>52</sup> 大多数药物非法转移发生在国家层面，国际麻醉品管制局表示：“麻醉品和精神药物通过国际贸易的转移基本停止了，这些物质从合法国内分配渠道的转移开始成为非法市场供应的主要来源。”<sup>53</sup>

药物过量在美国是一个非常严重的问题，这提醒人们在缺乏有效管制时，保持止痛药的适当可及和抑制不当使用及过量风险之间的平衡是多么重要。出现药物过量问题的原因很多：主要来自墨西哥和哥伦比亚的非法进口的海洛因；通过医疗处方获得的止痛药；转入非法分配渠道的药物；网络销售的药物，包括处方要求少的“灰色”网站或非法黑市；还有近期大量高度强力芬太尼类型物质进入市场，包括用芬太尼切割的墨西哥海洛因。

对止痛药的市场推广包含着故意的虚假信息，如声称依赖风险很低等。这种策略增加了销售额，尤其是普渡制药1996年推出的奥施康定<sup>55</sup>，造成“大量羟考酮氢氧化物可供吸入或静脉注射”。这是引发药物过量蔓延的主要因素。由于长期缺乏有效的减低伤害工作，这种蔓延目前还看不到尽头。<sup>56</sup> 尽管危机已经达到警戒水平，但这是由于美国的特殊环境所导致的，包括制药企业的不负责任行为，无管制的私人医疗，欺骗性的处方和有罪不罚的分配渠道。全球委员会在其立场文件《北美鸦片危机》(2017) 中详细检讨了该危机。<sup>57</sup> 事实上，全球大多数人口正处于与之相反的公共卫生与人权危机：即疼痛得不到处理，

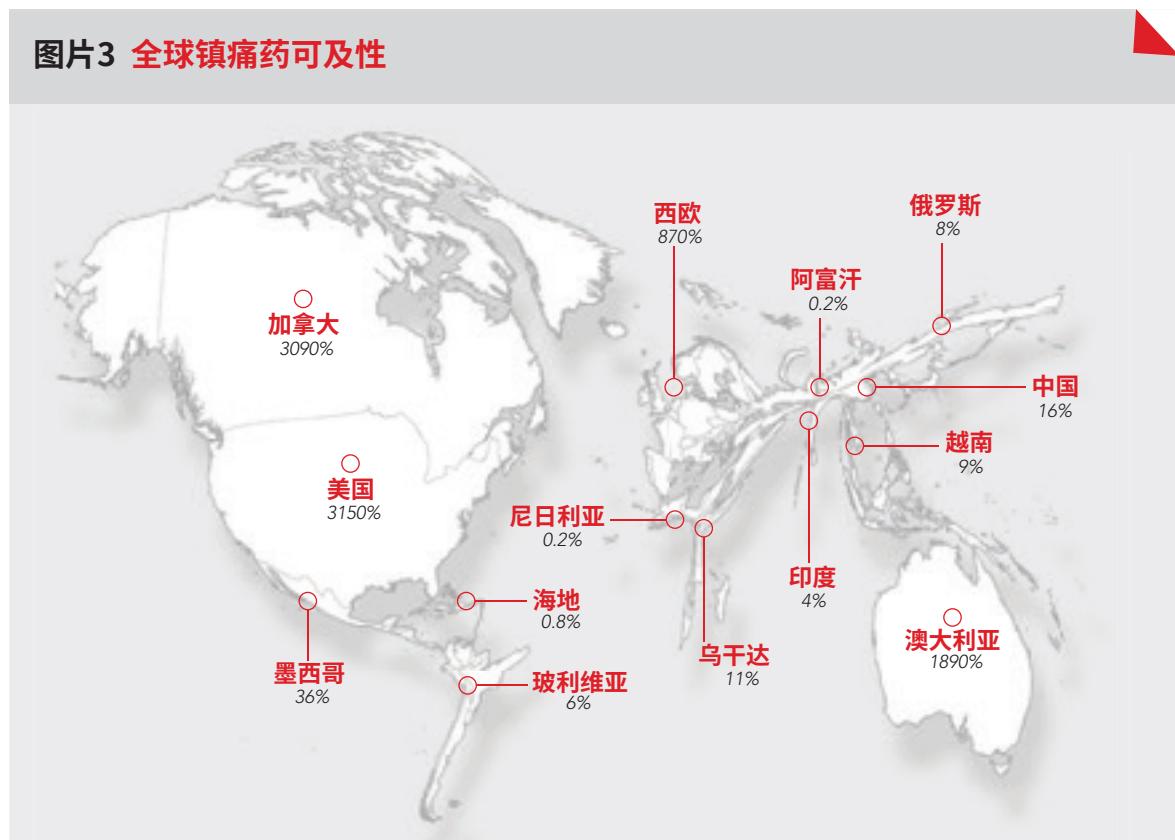
### 文本框 5 关于氯胺酮的国际分类

氯胺酮是用于兽医和人类手术过程的麻醉药，在全球南方大部分地区经常是唯一可获得的麻醉药。氯胺酮容易使用，尤其在欠发达、偏远地区和紧急环境下，临床条件不足的时候；它不压制呼吸功能，有医疗指导时在用量方面也比较安全。因此，氯胺酮被纳入世界卫生组织基本药品标准清单。同时，氯胺酮由于其心理分离效果，近年来也被当做致幻剂消遣性使用。因此由中国发起，在其他亚洲国家和国际麻醉品管制局支持下，要求将该物质纳入国际管制。世界卫生组织的药物依赖专家委员会表示“如果氯胺酮被放入国际管制，会阻碍其可及性和可及性。这将限制关键紧急手术的可及性，造成一些无力负担替代麻醉药的国家的公共卫生危机”。<sup>68</sup>

自附表产生以来，其存在理由之一就是作为提高可及性的必要机制。“为第二组毒品提供宽容的体系，1931公约的作者考虑到不能让获得相对有效且不易滥用的药物过于困难，建立的管制需要阻止滥用，同时要促进合法使用”。<sup>58</sup>更为宽松的1971公约管制体系也是基于类似理由：“维也纳公约作者认为不能对常用药物进行过于严格的管制，因为这样会降低其用于医疗目的时的便捷性。他们强调开展关于物质危险特性的知识和防止药物滥用教育的有效性。”<sup>59</sup>

世界卫生组织认为“与确保医疗科研用途的适当可及性的义务相比，阻止管制物质滥用的义务得到了过多的关注，而这导致各国法律法规持续严重损害了管制药物的可及性”。<sup>60</sup>

图片3 全球镇痛药可及性



来源：Knaul, F., Bhadelia, A., Rodriguez, N., Arreola-Ornelas, H., Zimmermann, C.,《柳叶刀姑息治疗与镇痛委员会——发现、建议与未来方向》柳叶刀，2018年3月

正是由于认识到了国际管控系统的失败，世界卫生组织在2007年启动了“管制药物可及项目”(ACMP)，帮助政府寻找和消除不利于可及性的重要障碍。<sup>61</sup> 2011年世界卫生组织发布指南以保证关于管制物质的国家政策达到平衡；<sup>62</sup> 2015年国际麻醉品管制局在其报告的附件中关门讨论管制药物的可及性；<sup>63</sup> 2016年联合国大会毒品问题特别会议(UNGASS)成果文献包含了这个问题的特别章节。<sup>64</sup> 尽管有这些工作，根据最近的国际麻醉品管制局进展报告来看，在大多数非洲、亚洲、拉美、加勒比和东欧的国家，鸦片镇痛剂和一些关键精神药物仍然不足或在减少：“人们仍然在受苦；有人在没有麻醉的情况下手术，有人无法获得所需药物，有人死于不必要的疼痛。”<sup>65</sup> 这种倾向于惩罚性的政策而忽视管制药物可及性所导致“深层不平衡”的后果，在2015年全球委员会报告《毒品管制对公共卫生的负面影响：本可避免的疼痛的全球危机》中已经进行详细描述。<sup>66</sup>

这种根深蒂固的不平衡似乎难以克服，这在近来关于反胺苯环醇和氯胺酮的争论中体现得很明显(文本框5)。在这两个案例中，在反复审核后，世界卫生组织建议不进行国际管制，认为这样会损害医疗使用的可及性。同时国际麻醉品管制局支持那些来自倾向于国际管制的国家的呼吁，并建议各国知识在国家毒品管制立法中施加管制。这显示了世界卫生组织的药物依赖专家委员会和国际麻醉品管制局秘书处的态度的不同。国际麻醉品管制局试图侵入明确属于世界卫生组织的公约职能。<sup>67</sup>

## 建议

**国际社会必须承认国际附表编制系统中的不连贯不一致的地方，对当前药物的分类进行的审查。**

当前国际毒品管制分类的负面后果不能继续被忽视。这些后果包括中低收入国家基本药品的稀缺，流行病蔓延，较高的死亡率和全球监狱人满为患危机。国际社会必须直面挑战，衡量和矫正当前分类的负面后果。

图片4 毒品伤害的加权值





missing

# (半) 合法市场的经验

## 附表之外的精神活性植物

1961公约是围绕来自三种主要植物(罂粟、可卡和大麻)衍生的物质而建立的，也对这些植物本身实施管制。一些其他精神活性植物逃脱了国际管制。国际麻醉品管制局的2010年报告里有一个特别话题是关于“含有精神活性物质的植物材料”，要求关注“尽管一些植物中所包含的一些活性兴奋剂或迷幻剂成分受1971公约所管制，但现有公约或1988公约中并没有对任何植物进行管制”。<sup>69</sup> 国际麻醉品管制局建议“各国政府应当考虑必要时在国家层面管制这类植物材料”。<sup>70</sup>

1971公约包含了卡塔(卡西酮、苯丙醇胺)和死藤水(二甲基色胺)的活性成分，1988公约纳入了甲基苯丙胺的前体麻黄(麻黄碱、假麻黄碱)，在一些国家造成了关于这些植物材料的法律不确定性。<sup>71</sup> 在很多其他国家，对这些和其他草药兴奋剂和迷幻剂的种植和使用是完全合法的。卡痛叶的主要成分帽柱木碱也没有受到国际管制。一些这类的草药物质从原本文化传统到了新的市场，带来了法律挑战与机遇。<sup>72</sup>

嚼阿拉伯茶获得轻微刺激感在东部和南部非洲(尤其是埃塞俄比亚、索马里和肯尼亚)、马达加斯加、阿拉伯半岛以及欧洲北美的阿拉伯社群都很广泛。<sup>73</sup> 阿拉伯茶中的精神活性成分自1988年起接受国际管制：1971公约将卡西酮放在附表一，苯丙醇胺(降假麻黄碱)在附表三，降麻黄碱在1988年禁贩公约里，因为能作为非法生产者制造安非他命的前体。阿拉伯茶本身也被考虑纳入到毒品管制公约附表，但世界卫生组织在2006年经过严格审查后认为它“滥用喝依赖可能性低，且其滥用的水平对公共卫生的危险也不足以进行国际管制”。<sup>74</sup> 在世界卫生组织建议不管制后，国际麻醉品管制局仍然呼吁“各国自行考虑对其种植、交易和使用实施适当的措施”。<sup>75</sup>

挪威、瑞典和美国在卡西酮被纳入1971公约最严格的附表一后很快禁止了阿拉伯茶。自那时起，加拿大和大多数欧洲国家也实施了禁令，最近是2013年的荷兰和2014年的英国。实施禁令不是因为负责的国家部门的建议，而更多是因为他们“不想落在邻国后面对阿拉伯茶刑事化……也避免国家成为欧洲剩余国家的阿拉伯茶贸易枢纽”。<sup>76</sup> 与世界卫生组织的建议相反，阿拉伯茶在没有明确后果时就在越来越多国家成为管制物质。历史很有可能会重演，文化迟钝和反移民倾向都是禁令初期的标志。

与此同时，在非洲之角阿拉伯茶的制造、贸易和消费仍是合法的，而且市场还在扩大。2017-2018年，根据政府中央统计局数据，仅在埃塞俄比亚就有将近3百万小农在约26万公顷土地上种植阿拉伯茶<sup>77</sup>，而2016年全球可卡丛在总共是21.3万公顷<sup>78</sup>)。虽然大多数阿拉伯茶在埃塞尔比亚本地消费，约有20%是出口到邻国索马里和吉布提，但也有些是卖给东非侨民和中国的新市场，这占据了埃塞俄比亚总出口的9%。<sup>79</sup> 阿拉伯茶的刺激特性在收割3天后就会消失，它必须通过飞机运到远方市场，使得与近期刚对阿拉伯茶下禁令国家的国际贸易经常被警方和海关阻止。“不可避免的，这些农民会受到越来越多国家禁止阿拉伯茶消费所影响。……因此，埃塞俄比亚政府在阿拉伯茶产业上面临法律政策困境。它没有好的选择：无视这些禁令和宽容这种被很多国家视为非法物质的出口，本质上成为非法贩运走私的共犯，要么是选择管制这种负担上百万埃塞俄比亚人生计且每年贡献上亿美元的作物，还要承担引发政治动荡的风险”。<sup>80</sup>

卡痛叶的国际市场以令人惊讶的速度发展，这是另一个新生的国际法律朦胧区。卡痛叶是一种南亚热带本土的树，叶宽，长期用于医疗或消遣。<sup>81</sup> 卡痛叶不受国际管制，但被澳大利亚、马来西亚、缅甸、泰国所禁止，美国和一些欧洲国家在考虑采取措施遏制其通过网络扩散。美国市场在过去十年飞速成长，估计在2016年时约有“数百万消费者从万余销售点购买产品，年度市场约在2.07亿美元”。<sup>82</sup>

2016年美国毒品管理局(DEA)宣布在计划将卡痛叶纳入附表一，认为其“非常令人担忧，报告显示使用者将卡痛叶作为海洛因等其他鸦片类物质的替代。在美国，卡痛叶被误用做自我治疗慢性疼痛和鸦片戒断症状，使用者反映其效果可比处方鸦片”。<sup>83</sup> 美国毒品管理局的行动引起了大规模的公众反响，使其重新考虑这一决定。<sup>84</sup>

在卡痛叶消费者中的调查证实，“他们的卡痛叶使用是为了应对疼痛、无力、抑郁或焦虑情绪。而且，多数人，也可能是大多数人的使用是为了减少或戒制用处方或从柜台购买毒品应对不安，卡痛叶的副作用是比较能忍的”。<sup>85</sup> 而且，“通过纳入附表来禁止卡痛叶的可及性可能会加速限制不存在或不明显的公共卫生问题。因为这会将市场从大量合法零售店转向非法生产者和分配渠道，没有标牌、纯度或内容物标准的规范，也无法消除市场中的掺假品”。<sup>86</sup>

在美国卡痛叶协会的煽动下，乔治亚州、内华达州和犹他州引入了卡痛叶消费者保护法，“对卡痛叶益处和安全风险以及它在抗击鸦片成瘾方面的角色的研究，对人们福利非常重要”。<sup>87</sup> 该法令对卡痛叶销售设定了18岁的限制。法令要求对卡痛叶商品有明确标牌，说明帽柱木碱和7羟基帽柱木碱的含量，清晰的使用说明和关于安全性和效力的安全提示。当地的法律创新为美国毒品管理局提供了一个可能的替代管理方式。

在泰国南部，卡痛叶被上百万人使用，通过咀嚼叶子或做饮料替代酒精。自1943年卡痛叶法令禁止其使用后，警方定期采取行动，砍伐人们后院的卡痛树，逮捕上千名卡痛叶使用者，激起了以穆斯林为主社区的反政府情绪。在一项深度学术研究和用卡痛叶“社区管制”代替刑事定罪的实验之后，议会同意在2018年12月对毒品法律进行修订，允许对卡痛叶的传统医疗使用。<sup>88</sup>

## 大麻的合法管控

大麻的医疗使用在美国一些州已经合法二十多年了，最早是1996年在加州，现在一些欧洲国家和以色列也允许医用大麻。大麻的医疗市场近年来加速扩张；几乎每个月都有一个国家加入这个潮流。过去几年，快速扩张发生在欧洲(捷克、德国、希腊、卢森堡、波兰和斯洛文尼亚)和拉美(阿根廷、智利、哥伦比亚、墨西哥、秘鲁和乌拉圭)。在大多数国家，管控框架尚有很多不足。这种潮流开始出现在加勒比(圣文森特和格林纳丁斯，牙买加)，非洲(南非)和亚太(印度、新西兰、泰国)。<sup>89</sup>

大麻的医疗使用在美国一些州已经合法二十多年了，最早是1996年在加州，现在一些欧洲国家和以色列也允许医用大麻。大麻的医疗市场近年来加速扩张；几乎每个月都有一个国家加入这个潮流。过去几年，快速扩张发生在欧洲(捷克、德国、希腊、卢森堡、波兰和斯洛文尼亚)和拉美(阿根廷、智利、哥伦比亚、墨西哥、秘鲁和乌拉圭)。在大多数国家，管控框架尚有很多不足。这种潮流开始出现在加勒比(圣文森特和格林纳丁斯，牙买加)，非洲(南非)和亚太(印度、新西兰、泰国)。

加勒比社群(CARICOM)建立的大麻区域委员会近期决定对大麻的禁令体系“不适用于目标”并建议“对区域法律进行重大改变以拆解该体系……体系已被证实是低效、不公正的，造成的伤害比其意欲预防的更大”。<sup>90</sup> 委员会被授权“就加勒比地区大麻相关的社会、经济、卫生和法律问题开展充分的查询，以决定是否应当对大麻当前毒品附表进行改变，使其各种用途(宗教、消遣、医疗和科研)都更加可及”。<sup>91</sup>

委员会在其报告中的证据表示最初的大麻附表是在缺乏关于益处的科研和数据的情况下决定的。“根据关键发现，大麻确实有若干益处，再作为‘无医疗或其他价值的危险毒品’的法律附表就不准确了”。<sup>92</sup> 委员会一致认为“当前法律附表过时不合宜”且“不能再作为立法支持，应当放弃，否则有损法律自身合法性”。<sup>93</sup> 而且，“严苛法律不合理与大麻附表的不准确被其他有害物质没有受到法律同等处置的事实而凸显，导致指认法律系统内在不公平不公正”。<sup>94</sup>

关于大麻市场的法律管控影响目前还太早下确定结论。但新管控体系的服务公共卫生和司法的潜力从烟草管制政策的成功和困难即可见一斑。有力证据显示“全面烟草管制项目有效减少了烟草在成人和青少年中的使用”<sup>95</sup>，鲜明对照的是刑事定罪处理大麻的方式缺乏有效性的证据，这启发了加拿大、乌拉圭和美国一些州政府的管理者。社区指南建议，“减少烟草使用的重要建议包括增加单价、无烟政策，全面管制项目，社区动员，大规模健康咨询，严格的零售政策和执法”，以及“增加课税，限制销售时间，管制零售批发密度，加强对零售执照的执法”。<sup>96</sup>

## 新精神活性物质

无数新精神活性物质(NPS)正出现在全球毒品市场，“攻城略地般推广‘合法兴奋剂’并经由全球网商分发，对传统的管制体系造成了极大压力”<sup>97</sup>，这促使各国政府与国际机构重新思考当前的分类系统。

药品和新精神活性物质在附表决策过程中的差异极为明显。对药品的评审环节，“药企有大量的资金支持对药物管理决策进行有效游说。药企通常是大型公司，急于从数亿美元投资中获利。消费者通常由有组织的社会组织所代表，提供其他政府机构收集的相关信息。如果出现明显错误，受伤害方可以进行有效的抗议”。<sup>98</sup>

新精神活性物质则相反，“系统存在固有的、无法逃脱的偏见，倾向于禁止人们不了解的新物质。对于做出允许进入市场决策的决策者而言，药品造成危险很可能对其有负面影响。而如果禁止进入市场，则对决策者几乎无损害，即使禁令决策使药品相关问题更严重也是一样”。<sup>99</sup>

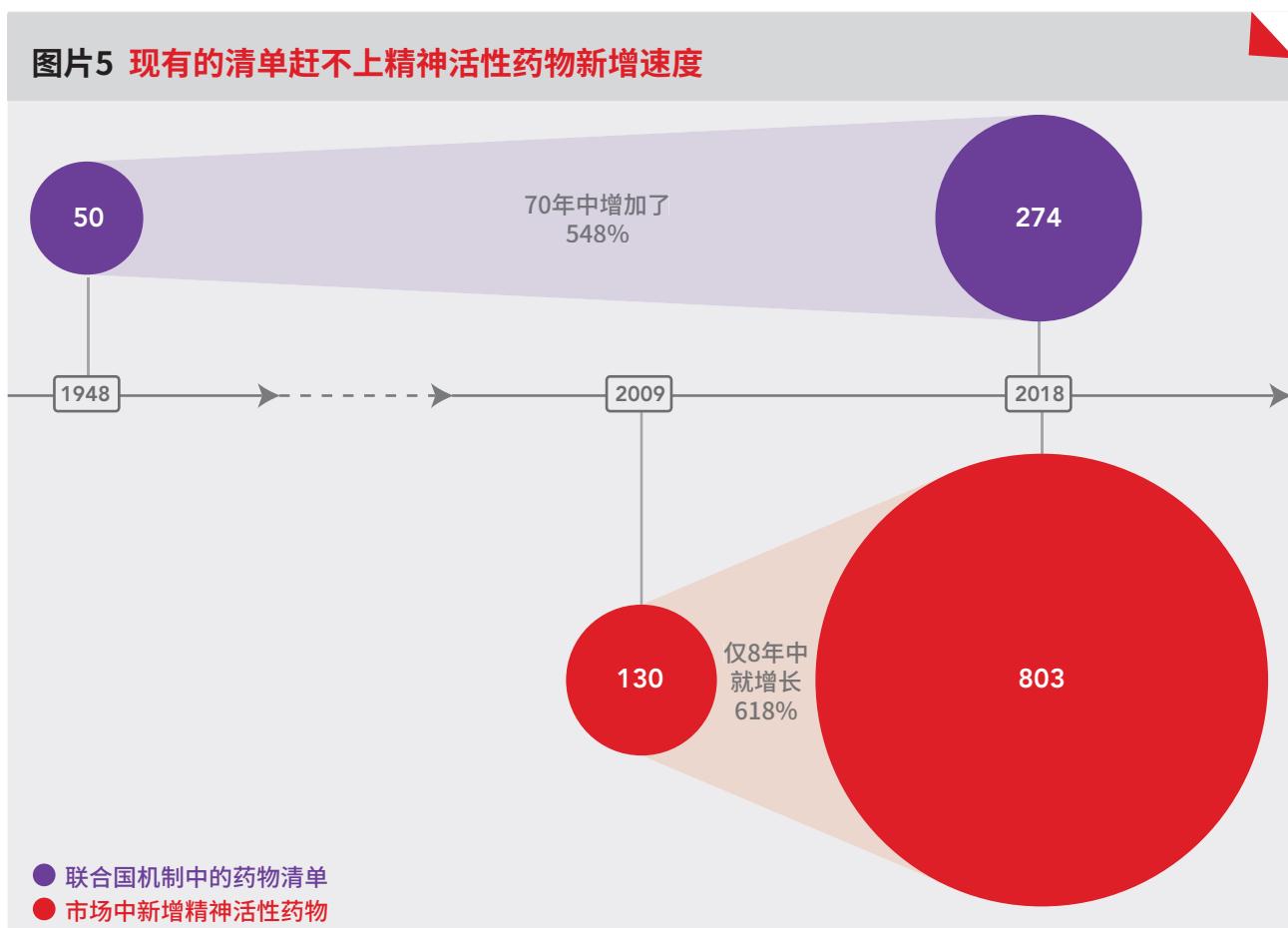
新物质无法控制的大量涌现激发的管理者的恐慌，一些国家设计了新控制系统，如1988年美国的类似物法案，自动禁止在结构和效果上“很近似”已经被禁止的毒品的物质；还有英国2016年精神活性物质法案，禁止任何“兴奋或抑制人中枢神经系统……影响人心理功能或情绪状态”的精神活性物质。<sup>100</sup> 相似性让政策制定者乐于在新的精神活性物质不断出现在市场前先发制人，这种宽泛的相似性或精神活动定义遇到了很多概念和操作性的困难。英国的法案所覆盖的物质非常广泛，但也提出了赦免的物质列表，包括酒精、咖啡因、尼古丁和一些食物、药物和已经被毒品滥用法案管制的物质。法案“不将精神活性物可能产生的伤害或者依赖的被纳入或者豁免其范围的标准”。<sup>101</sup>

根据法案的基本原则，没有包含伤害的概念是为了避免在禁止某物质前需要长篇大论潜在伤害。但是，“工作组也承认，有可能某种未来发现的物质有最小的伤害和足够的临床、商业、认知增强、甚至娱乐价值，那就需要保障其合法供应”。<sup>102</sup>因此，工作组建议了“安全阀”条款，使这样的物质可以被放入赦免列表<sup>103</sup>，但法案中并没有这样的条款。这样，“立法管制与任何伤害风险评估不可逆转地脱钩了”。<sup>104</sup>

有的地方采用了快速的机制来根据当前毒品管制法律对新物质进行分类。其他则“用消费者安全或药品相关法律来停止销售这类商品”，尽管需要进行更充分评估，“最新的成果显示这些尝试都产生了作用，同时避免对使用者刑事定罪……看起来执行针对供应商和渠道商的药品法或消费者法律，比用毒品法起诉个人使用者更有效”。<sup>105</sup>欧洲毒品与毒品成瘾监测中心(EMCDDA)指出，“现在有一系列其他可能的法律管控，很多已经开始实施，有的已经被欧洲成员国采用以管控新精神活性物质，这也许能在毒品管制领域发挥合理有效的作用”。<sup>106</sup>

使用食品安全或消费者保护法规来管制毒品可能会带来一些风险。研究者Peter Reuter和Bryce Pardo参考含有精神活性物质的“减肥产品”的经验，指出“这些产品通过合法市场销售，让人错以为政府对这些物质进行了合法化管理”，因为很多人认为这些产品“在出售给消费者之前其安全性和效力都经过了批准”，其实不是这样的。<sup>107</sup>一些欧洲国家使用药品法律将新精神活性物质(尤其是甲氧麻黄酮)脱离市场，途径是将其归类为药品但不批准进入市场，这也是成功的例子。<sup>108</sup>但是，2014年两个人在德国被定罪为“非法销售不安全药品”，他们向欧洲法庭提起诉讼，法庭判决反对使用药品法律来管制新精神活性物质，因为“所涉及的物质从未意图作为药品”。<sup>109</sup>

图片5 现有的清单赶不上精神活性药物新增速度



来源：WHO,INCB和世界毒品报告2018

新西兰在其2013年的精神活性物质法令中包含了赦免附表，为“低风险”精神活性物质建立了暂时的管控框架。在这个机制下，生产商和渠道商寻求合法销售新精神活性物质就需要获得入市前的批准，而这需要他们的产品展现出六个方面的“低伤害风险”：毒物理学效果、对公共卫生的风险、致死可能性、产生依赖的可能性、误用的可能性和对脆弱群体的吸引。新西兰经历过BZP“派对丸”（包含苯基哌嗪混合物）的法律波折，“在2005年左右，BZP派对丸达到高峰，该产业在新西兰估计每月卖出20万粒”。<sup>110</sup> 在没有管控的赚钱阶段，“派对丸生产者投入大量精力开展只有烟草酒精才有的促销活动，如广告和营销”。2008年，BZP被分类为毒品滥用法案下的C级毒品，这一切才结束。<sup>111</sup> 市场对禁令的反应是将BZP转为非BZP派对丸和合成大麻素，这里面的很多物质进入了2013年管控机制仍在制定时的临时系统。在2014年5月，因为一直有关于零售商不当行为和合成大麻素的不良作用的报告，议会发布了关于精神活性物质法令的修正案，临时系统被叫停。

对2013年赦免附表的一个担忧是针对合法兴奋剂的管控框架是否“能够经得住合法兴奋剂产业有能力推动其利益时产生的不可避免的压力”。<sup>112</sup> 对重要的产业利益相关方的访谈发现，“相信将酒精、烟草和非法毒品的消遣性使用者转向‘更安全替代品’的理想主义使命”，但也体现了“利益与理想使命之间的紧张”不断增长。<sup>113</sup> 尽管利益相关方把自身区别于“酒精大佬”和“烟草大佬”，Marta Rychert 和 Chris Wilkins认为“需要有对参与新‘成瘾性消费产业’的规定来澄清它们在新精神活性物质管控体系开发中所允许发挥的作用”。<sup>114</sup>

## 建议

**国际社会必须优先考虑世界卫生组织和跨学科研究在制定分类标准中的重要作用，这些标准应当以实证为基础，根据可能产生的伤害和受益进行理性分析。**

各国必须处理合法与非法毒品和市场之间越来越多的模糊区别，各国可以要求多边机制在采纳不同附表规定和指导时保留更多国家层面的灵活性。这个过程有赖于附表编制模型中各个利益相关方角色的再平衡，对科学、卫生和社会专业人士有更强烈需求。这个过程也要允许撤除当前对这些物质基本医疗用途的科研上的障碍。



联合国毒品管控项目(UNDCP)项目官员与当地农民见面讨论罂粟种植的替代方式,  
巴基斯坦, 1991年, © UN Photo/J. Sialas

# 挑战与改革选择

## 改善当前系统

“如果船长只担心他的船是否安全，他就永远离不开港口。同样，如果国际毒品公约只关注阻止毒品流向非法贸易，他们就会简单地禁止使用所有可能会滥用的药品。船长的目标不仅是船的安全，还有按时送达他的货物。所以，国际毒品管制系统也一样，既要确保管制物质能够有必要的可获得的数量以及按时送达被授权获取的人，同时也要将流入非法贸易的数量最小化。”<sup>115</sup>

当前毒品附表编制系统是由联合国公约体系负责的，它们充满历史偏见以及不一致性，几乎无可救药。参与世界卫生组织评审工作的专家组表示，“当前的状况是一些重要物质(如大麻、大麻脂、海洛因和可卡因)从未被评估或曾经在80年前接受过评估，这严重损害了它们的国际管制，更令管制失去合法喝合理性。此外，历史上进行过的评估也没有我们现在所掌握的科学信息。”。<sup>116</sup>

近几十年，联合国系统内部反复提出呼吁和提案，要求改善附表编制标准，修订公约，以解决内部固有的不一致性，并澄清世界卫生组织、国际麻醉品管制局和麻醉药品委员会的职责。例如，在1994年评估国际毒品管制公约有效性时，国际麻醉品管制局提出协调1961和1971年公约的附表标准和程序，以“消除矛盾，更加透明，更容易做出附表决策，减少评估工作成本”。<sup>117 118</sup>

世界卫生组织的评估工作准则就是要定期调整的，最新版是2010年1月理事会通过的。新的规定包含的具体要求意在加强工作的实证基础和透明度。“这个修订不是为了让当前受两个公约管制的物质从附表中移出的。但修订能让未来的物质评审能有更精准科学的评估”。<sup>119</sup>

世界卫生组织在2018年对大麻的审议可被看作是改善的附表编制准则的试验。ECDD的建议包含了一些明显的积极点，尤其是认可大麻的医疗用途，将其从1961年公约的附表四去除，并澄清大麻素(CBD，大麻中的活性成分)不在国际管制下。这个史无前例的审议根据充分审查当前可得到的科学证据也提供了很多最新信息，无疑会成为若干年内多种大麻相关物质的医疗作用各方面的权威参考。然而，ECDD的成果也显示出克服当前附表编制工作固有的不一致性的困难。(文本框6)。<sup>120</sup>

## 文本框 6 世界卫生组织对大麻的审议

经过5年审议，药物依赖专家委员会在2019年1月发布了重新编制大麻相关物质附表的建议。<sup>121</sup> 世界卫生组织明确承认大麻的医疗特性，但审议的成果也揭示将大麻置于严格国际管制的理由是非常可疑的。“提交委员会的证据并未指出大麻植物和大麻脂特别易于制造和附表四其他物质相似的不良作用”<sup>122</sup>，这最严苛的附表包含的毒品是“特别危险”（第2条第5a款）的，如海洛因和芬太尼。“这些物质的使用与高死亡风险相关，而大麻使用并不与这种风险相关”，而且“大麻制备也显示出止痛和其他可能的医疗用途”，因此ECDD建议将其从附表四删除。<sup>123</sup>

根据“类似性原则”，专家委员会必须评估大麻是否“易有滥用或制造类似附表一或附表二药物的不良作用”（第3条3iii款），以及它是应当留在附表一（同吗啡和可卡因），还是迁移到附表二（同可待因），还是完全从附表中删除。药物依赖专家委员会的结论是“委员会不认为大麻与附表一中大多数毒品有同样程度的健康风险，……建议大麻和大麻脂留在附表一”，提出了大麻相关的健康问题的“高发率”和“全球背景”。<sup>124</sup> 这种模糊的主张似乎很难与公约或最新的世界卫生组织准则中的附表编制标准相对应。

根据1961年公约的评论，“相对不危险和广泛用于医疗实践”的物质“通常建议放入附表二”。<sup>125</sup> 或参考阿拉伯茶、反胺苯环醇和氯胺酮的案例，ECDD认为不应将它们置于国际管制。围绕最近在大麻政策版图中的改变产生了外交紧张，ECDD似乎有意选择将其建议限制在对医疗用途的补足，放弃提出其他可能造成更多关于法律管制政治紧张的建议。但是，让建议包含政治考量，会损害联合国毒品管制公约体系授权WHO的科学实证职责。

将大麻保留在附表一（并将大麻成分THC和人工合成的大麻素Dronabinol迁入这里），仅免除附表三种特定“药用制备混合物”，让有限几个特许制药公司产品有优先待遇，而非广泛大量的有相似医疗特点的更自然的大麻制品。在试图置身政治斗争之外时，药物依赖专家委员会建议保留大麻在附表一根据最新的科学研究成果，实际有效支持了根据最初进入公约附表的大麻种类产生的高度可疑的观点。尽管世界卫生组织终于承认大麻的医用性，物依赖专家委员会的建议表明现有分类系统无法纠正历史性的错误，无法让科学证据胜过意识形态。在全球药物管制制度的关键时期，我们比任何时候都需要来自联合国授权机构的以实证为基础的指导。

## 合理的伤害程度

“现在有强有力的论据以寻求在毒品和酒精政策之间寻求协同，其中一个事实是这两者的使用人群和环境常常是一样的。目前的政策模式也受到‘合法兴奋剂’市场的成长和药品滥用的挑战……从公共卫生的视角来看，这突出了我们需要一个更为全面的应对方式，包含非法和合法物质，也可能包括其他行为成瘾。这种挑战是两层的：这种包含性的视野在何种程度上合理，以及这种视角如何转化为适当的管控框架。”<sup>126</sup>

欧盟、荷兰、新西兰和英国采取了很多努力，设计了以实证为基础的分类系统，这可不是一个轻松的任务。目前最前沿的尝试是毒品伤害的“多重标准决策分析”，由英国教授David Nutt及其毒品问题独立科研委员会的同事开展。<sup>127</sup>

一个主要的复杂之处是“与早期的物质评估不同，今日的科学家意识到造成依赖特性的不仅是物质的功能，也包括使用方法和剂量。因此，同一种物质的依赖倾向可能因不同的配制方式而不同”。<sup>128</sup>

提出，另一个批判点是“伤害被假定为毒品所固有的而不是毒品及其管制的结果。这明显是错误的。例如，如果从药房购买已知确定纯度和剂量的海洛因，用洁净的针具来注射，其死亡率就明显低于用二手针管注射来自黑市交易掺杂物不明的海洛因。”<sup>129</sup>

将对市场的预测纳入附表编制决策是困难的，但对于一个有效的以实证为基础的附表是关键的。如果某种物质在非法或灰色毒品市场上的供应量变少，消费者会转而使用哪种物质，这种物质比原来那种退出市场的物质要好还是更糟？“使用者的规模是影响禁止和管控模式的另一个因素。将大量有使用习惯的遵纪守法公民变成罪犯，这种决定可不好做。”<sup>130</sup>

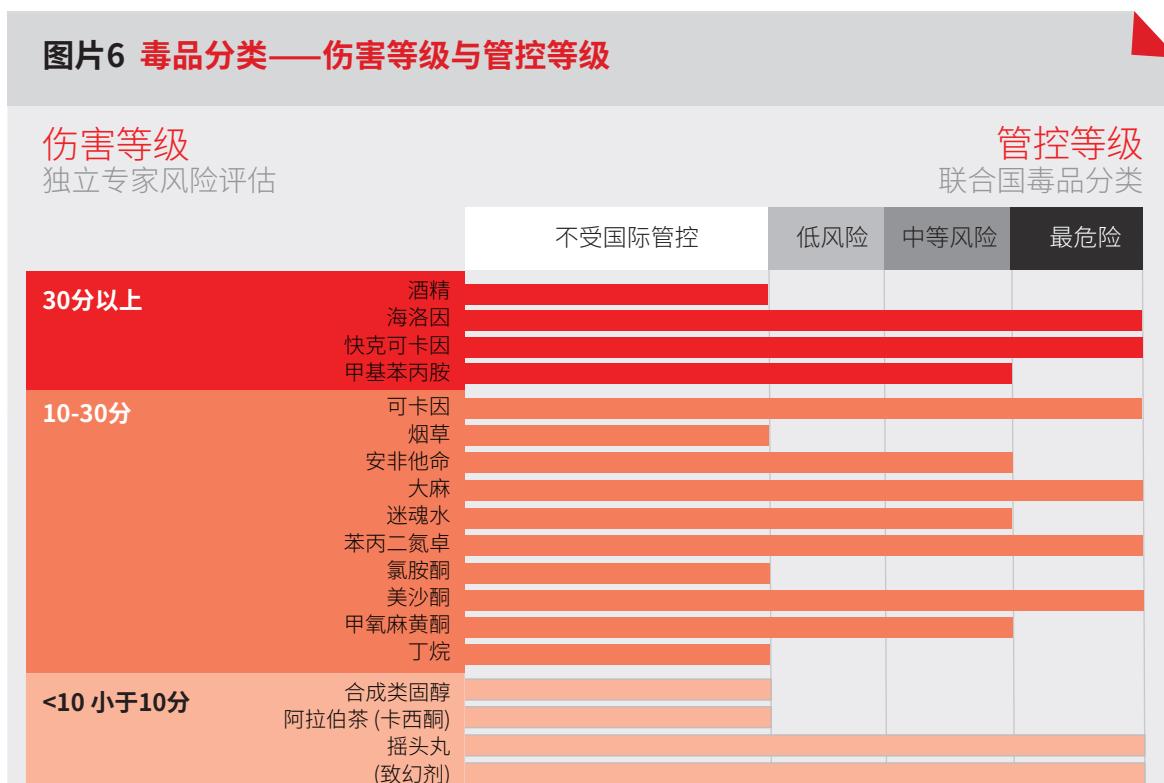
对于大量已经在欧洲实施的对一直精神活性物质有一定效果的管控机制和法律工具，其潜在效用并没有获得足够的关注。根据提供英国一份关于精神活性物质的报告，“应当对其进行探索，并评估不同结果。这包括可能的长期改革，为处理所有精神活性物质提供全面的框架”。<sup>131</sup>

“可以开发一个新的伤害性物质管制法令或框架，以统一一系列现有管制毒品和酒精烟草或其他管制药物毒物的法律条款。通过梳理当前毒品管制法律，有机会去除逐年增加的异常情况。”<sup>132</sup>

与烟草和酒精管制不一致的问题实际已经列入世界卫生组织药物依赖专家委员会的议题。一项1999年对烟草进行的审查得出结论是“吸烟会带来依赖性，导致严重公共卫生问题且没有医疗用途。在麻醉品有关公约出现时，烟草从本质上是依赖性的，广泛地用于非医疗用途。但是，从现有的管控措施，分类标准以及受管控的物质来看，现有的对麻醉品和精神药物的管控措施对于烟草管控是不适宜的。尽管新的信息表明烟草对健康的风险比原先了解的更高，但烟草没有达到现有国际药品管制公约分类的标准。而且，就算把烟草纳入附表，适用烟草的唯一管制措施就是全面禁止，因为对管制物质进行有管控的供应不能用于非医疗非科研目的”。<sup>133</sup>

世界卫生组织因此“发起程序来设计一个框架公约，以让成员国采纳全面的烟草管制政策和应对烟草跨国管制方面问题”，<sup>134</sup>这促使了2003年《世界卫生组织烟草管制框架公约》的通过。<sup>135</sup>同样，在2012年开展了“关于乙醇（酒精）是否应当接受预先审查的简短讨论”。但是，因为已经开展了世界卫生组织减少酒精伤害性使用的全球战略的动员，专家委员会将这个问题放到未来会议去讨论。<sup>136</sup>

**图片6 毒品分类——伤害等级与管控等级**



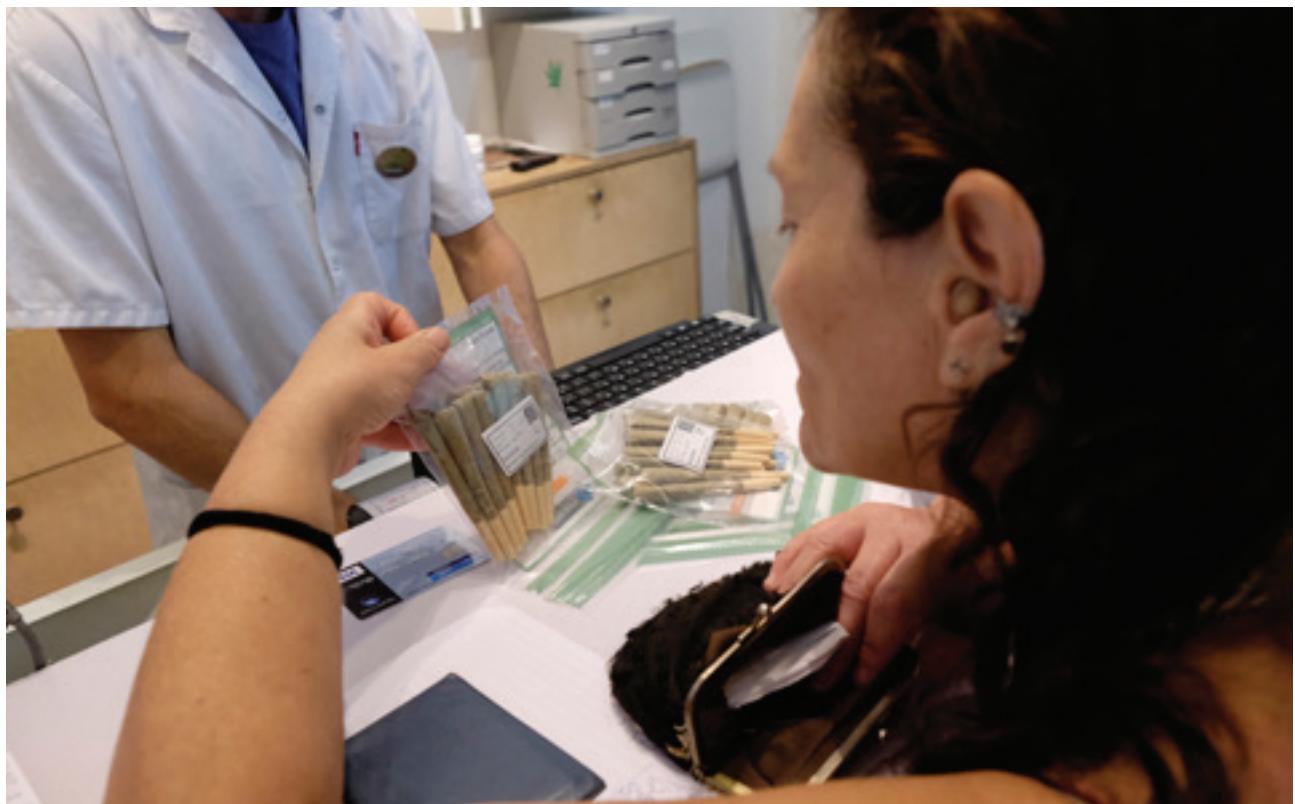
来源：图表根据David Nutt等人的科学模型绘制。（英国的毒品伤害：多重标准决策分析，柳叶刀，[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)6736-0140](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)6736-0140)），以及他们使用多重标准决策分析对英国多种消遣性的毒品的伤害评估。（MCDA）），以及1961年单一麻醉品公约的1972年修订协议的附表（2018年5月16日）（ST/CND/1/Add.1/Rev.4）和1971年精神物质公约的附表

## 重获法律管控的国家灵活度

在当前的联合国毒品管制体系下，越来越多地将大麻用于医疗用途是合理的，世界卫生组织近期提议将其从附表四删除，因附表四对任何使用都全面禁止，包括医疗用途。<sup>137</sup>但无疑对非医疗用途市场的法律管控是不符合联合国毒品公约规定的。

因为越来越多的国家开始朝这个方向迈进，与公约相关的紧张态势将会增加，各国将有义务探索如何协调政策改变与国家需要承担的公约义务。2018年，全球委员会报告《合法化管理：负责任的毒品管制》提出了对国际毒品管制体系可能的现代化改革，同时涉及附表编制系统。第一个选择是逐渐用新的单一公约框架取代现有的三个公约，以符合各成员国的现代需求和愿望。新的替代公约应包括更好的、连贯的附表编制流程，在确保管制物质合法使用的可及性和阻止不良使用之间取得更好的平衡。第二个选择是通过协商各缔约国共识对当前公约进行修订；或根据麻醉品委员会投票采纳的世界卫生组织建议，将特定毒品从公约附表中删除。

全球委员会已经指出，对合法化管理的多极化观点使得新的共识很难达成，而且自委员会发布关于合法化管理的报告之后，情况愈演愈烈。全球委员会之前也呼吁审议和考虑将大麻从1961和1971公约附表删除。但近期世界卫生组织所进行的审查似乎不太可能将大麻从公约附表删除，原因如前文所述。尽管在全球层面陷入僵局，但对想改革的国家而言，仍有其他选择。



以色列药房为持有处方的病人准备的预卷的大麻烟。

© Eddie Gerald/laif/Redux 2016

一个单边选项是国家从相关公约退出，对阻止特定毒品法规管控的条约有保留的重新加入，比如玻利维亚的可卡叶（文本框7）。更协同的方式使想法相近的国家可以在“彼此之间”修订特定公约条款。这方式可以解决国内关于大麻的法规和联合国公约之间的法律冲突。<sup>138</sup> 这种相互间协议也可调解国际贸易中不同国家对非医疗用途的管理。

### 文本框 7 玻利维亚关于可卡叶的保留

玻利维亚公约中关于可卡叶的部分进行了保留，这是一个国家根据本国国情对国际附表物质提出保留的成功案例。单一公约将可卡叶放在和可卡因一样的附表中，缔约国有义务25年内废除可卡叶咀嚼。在2009年放弃争取修订单一公约后，2011年6月玻利维亚成为第一个废止公约的国家。2013年初玻利维亚再加入单一公约，保留“出于文化和医疗目的，在其领土允许传统可卡叶咀嚼、消费使用自然状态可卡叶、用其进行泡制，以及在需要时种植、贸易和持有可卡叶用于合法用途”的权利。同时，该保留清楚表示玻利维亚“将继续采取所有必要措施控制可卡种植，以阻止其滥用和非法制造提取麻醉品”。<sup>139</sup>

尽管美国在游说，且国际麻醉品管制局认为玻利维亚的举动“将损害全球毒品管制体系的整体”<sup>140</sup>，但公约缔约国对玻利维亚的行为表示反对的不到三分之一(62)，没有达到能够阻止玻利维亚所需的数目。<sup>141</sup>实际上，持反对意见的国家没有一个认为对公约的保留会阻碍他们与玻利维亚之间重新执行公约，<sup>142</sup>但是，可理解为公约关于特定物质的条款在原则上“区别于对其余公约物质的适用性”<sup>143</sup>，这是允许保留条款或修订能够废止特定公约义务的标准。<sup>144</sup>玻利维亚对国际公约关于可卡叶的条款进行保留，其他公约缔约国对这一举动表示了接纳，这创造了一个重要的先例。

这种保留有效解决了玻利维亚国内可卡市场与公约义务之间的法律冲突。国际麻醉品管制局现在将玻利维亚视为“可卡叶的合法生产者”。根据该国2013年的保留条款，种植可卡用于可卡叶咀嚼和销售，以及使用可卡叶自然状态用于文化医疗目的，进行泡制，都是被允许的。<sup>145</sup> 玻利维亚合法生产的可卡产品的出口，仍然是严格受到单一公约认可的有限合法用途的限制。出口包含可卡因生物碱的自然可卡产品用于其他用途(茶、功能饮料、酒、温和兴奋剂、食物补充剂)，只有在世界卫生组织审议之后，将可卡叶从公约附表被删除，或进口国家有类似保留条款，或各方达成允许国际贸易的相互间公约修订协议之后才可以。

全球委员会2018年的报告表示，对不同毒品应当要不同的方式：

“更危险的毒品显然应当有政府对市场的更强干预和更严苛的限制。有能力进行不同程度的管控意味着需要建立“风险梯度”。在风险梯度上越高的毒品其可及性需要受到更多限制。……不应当认为合法管制下的供应就必然会导致毒品可及性增加，反而这能够让当局负起责任，对何种毒品可以获得，以及在哪里和如何获得进行管控。对效力最大风险最高的毒品，如卡芬太尼等合成鸦片，继续使用禁令仍是卫生方面的当务之急，因为已经增加了低效力低风险毒品的可及性。

适用于不同物质管控的机制，其多样性和灵活程度是达成共识的。上文关于阿拉伯茶和卡痛叶的例子就是这样，这两种物质虽然没有被国际毒品公约管制，但受到不同程度的国内管制和禁令。这为同一物质在不同管制理念下的不同实践的可能性提供了证据。<sup>146</sup>

## 建议

**联合国成员国必须重新关注国际分类系统的最初目的，即管控跨国贸易，并允许各国开发创新性的国家分类系统。**

**那些明显更温和、伤害更少和效力更弱的物质，其严格的市场限制应当放开，包括用于医疗科研以外的“其他合法目的”，应当开放国内立法空间，允许这些物质用于传统、宗教、自我改善或社交用途。**

# 结论

## 当前附表编制系统的不连贯性

20世纪前半叶，为了对毒品进行管制而建立了一个全面的体系。该体系聚焦于管控国际贸易的同时保持国内政策的在一定程度的灵活性，这就包括“其他合法用途”。这些努力成功地压制了大多数掌握在殖民者及其企业手里的不受管制的商业贸易，约束了毒品从有利可图的合法渠道流向非法市场。

国际毒品管制体系之后发生的悲剧，是由于它被证明无法阻止大规模的非法制造和贩运。禁止主义以及过度惩罚的观念控制了二战后关于单一公约的协商，导致联合国管制体系走向错误的方向，造成了灾难性后果：“所有这些的最终结果是毒品管制政策一直以来所基于的模型，就算不是崩坏，也是需要进行大量修复。”<sup>147</sup>早期制定的若干重要附表，在科学性上存疑，并具有政治化的特性，再加上“类似性”和“可转化性”的附表标准，以及1971和1988公约带来的附表编制的不一致，导致了一个功能失灵的附表编制系统。

联合国成员国中相当一部分国家持有的零容忍立场，以及倾向于保持现状的多边毒品管制官僚部门（麻醉品委员会、国际麻醉品管制局和联合国毒品和犯罪问题办公室），阻碍了矫正当前系统的尝试。它们反对，有时还干涉世界卫生组织的附表编制建议。关于增加新物质到附表的建议通常都能通过，移出物质到较不严格的附表或干脆删除的建议则一直受到极大反对。正如英国内务部所述，“我们知道这个系统存在严重的问题，但毒品可能造成潜在的伤害，我们必须站在谨慎的一边，保护公众”。实际上，应用这种谨慎原则导致“决策过程极大地偏向禁止新精神活性物质”。<sup>148</sup>

Adolphe Lande是全球体系的重要建构者，他认为“国家处理毒品滥用问题的方式（从国际毒品管制视角来看）通常与国际利益无关，只要该国能有效阻止非法出口国际管制毒品到其他国家”。<sup>149</sup>将国际毒品管制工作重新聚焦到最初的目标，让各国管制其非法出口，根据国情制定国内附表，能够为各国在制定以实证为基础的附表体系时提供更多灵活性。各国对特定物质的不同控制程度可以在全球体系下共存，只要国际合作是求同存异的基础上开展的。两个主要的国际毒品管制机制，进口资格和出口许可系统，以及对估测和需求的管理，都能用于处理国家差异，实现其设计的本意。

全球委员会呼吁使用全面的跨学科的方法来制定毒品管制政策。我们应该止将毒品管制视为单独问题的“单打独斗”方式，停止基于不可靠的、科学性不足的附表分类方式，来对毒品实施禁令。

一个新的“联合国系统协调工作组”在秘书长执行委员会的框架下成立，由联合国毒品和犯罪问题办公室领导，“支持开发实施以人、健康和人权为中心的政策”，“呼吁改革对健康和人权有威胁的法律、政策和措施”，“确保以人为本的毒品管制”，“加强合理医疗科研用途的管制药品的可及性，包括用于镇痛和治疗毒品依赖的用途”，并“为成员国提供必要的实证基础进行决策以及更好地理解新毒品管制途径的风险和益处，包括那些大麻相关的部分”。<sup>150</sup>联合国系统对毒品政策的共同立场是协调工作组第一个共同立场，推动全球政策朝向“2030议程”迈进，坚定的采取以人为中心的基于权利的途径，强调“以科学和实证为基础的政策决策来实现该途径”。<sup>151</sup>

## 全球委员会对当前形势的判断

合法与非法毒品及市场的区分并不明显。毒品市场是流动的；消费者会有毒品偏好，但可以在药店和非法渠道之间摇摆，这取决于可及性、质量、安全和价格，有时会选择非附表物质，如卡痛叶或NPS。使用毒品的理由是有很大差异的：治疗依赖、疼痛等疾病的自我治疗、自我改善、保持清醒或催眠、精神体验或寻求愉悦。大多数毒品使用者是消遣性的，不是参与攀岩或其他极限运动那样的冒险者。他们希望尽可能安全的使用毒品，避免依赖等不良使用模式。他们中的少数需要治疗或其他形式的医疗辅助。正如全球委员会在多个场合强调的，只有11%的毒品使用者有不良使用，需要社会或医疗支持。

对那些有不良使用情况的人而言，“自我治疗的动机是最主要的用药过量和毒品依赖原因”。Edward Khantzian认为他们“不是简单地寻求解脱、欣快或自我毁灭，通常是试图治疗自身的精神问题或痛苦的情绪状态。大多数这类自我治疗最终没有好结果，导致长期损害或并发症，不稳定的毒品使用模式……但短期内他们的选择的毒品帮助他们应对痛苦状态和无法处理和承受的真实外界”。<sup>152</sup> 对这些各类理由和模式以及人们在毒品使用时的选择有更好的理解，是制定更有效政策的关键。非污名化的实证基础的附表编制系统可以影响和引导人们做出更负责的更少伤害的选择。

## 更好的附表系统的原则

全球委员会认为，对这个复杂主题的唯一负责任的回答是对非法毒品市场进行法规管控，通过建立法规和可靠科学评估后与每种毒品危险性相符的新的附表系统，以及法规的监测和实施。现在已经有针对食品、合法精神活性物质、化学物、药物、同位素和其他可造成伤害的产品或行为的先例。

当国际社会继续在挣扎以形成新的共识时，各国应当前进，设计和实施更合理的政策来对精神活性药物进行附表、管制和法规管控。

这种途径的指导原则应当包括：

- 确保每种物质在用于医疗和科研目的时有适当可及性；
- 放弃零容忍政策，为“其他合法目的”提供更多空间；
- 给予较温和的物质更多空间；
- 考虑当地社会文化环境；
- 对潜在伤害和利益认知进行成本效益分析；
- 接受类似其他可承受的社会风险的一定风险阈值，而非坚持绝对的预防性原则；
- 谨慎权衡附表决策的潜在后果，考虑用户和市场的可预测反应；
- 更好地使用现有的医疗和消费者安全的法律工具，而非刑事毒品法律。

建立在这些原则之上的附表编制系统可以成为一个重要的工具，帮助指引政策从单一的禁止性框架转向较为灵活的管理模式，也可以指导毒品市场逐渐走向伤害更少的方向。

# 证言



## CAROL KATZ BEYER | 因禁令失去儿子的母亲的叙述

美国

作为一个母亲，一个医疗专业人员，一个因两个孩子死于芬太尼相关过量而挣扎的人，我太了解伤害性毒品政策的影响。我曾访谈过无数家庭，他们的经历呼唤着制度改变，接纳基于科学、怜悯和公共卫生的全面护理。我协同创建了理性毒品政策协会，倡导毒品政策改革，教育帮助专业人员学习减低伤害策略与解决方案。

越来越多像我家一样的家庭因将毒品列为管控物质而受害。严厉的禁毒政策促使了惩罚性的不实际的政策模式，以操守作为标准，青年人有多种理由去尝试药品，而这让他们没有实验的空间。只关注毒品使用，认为这是主要问题，这是对每一个家庭独特的经历、力量和资源的贬低，而且会将我们所爱的人从尝试推向有问题的毒品使用。

我自己的儿子，Bryan 和Alex和世界各地五十其他青年人一样。他们运动，喜欢音乐，和朋友去派对和音乐会，尝试毒品。由于他们高中有“零容忍”政策，他们在毒品检测中有大麻可卡因阳性，被迫进入门诊项目，和比他们年长的毒品使用者一起。他们被认定是无力的成瘾者，不让他们参加运动和课外活动，不能和同伴在一起。他们的情况越来越糟，但“坠入谷底”被认为是康复的一部分。他们被告知，我是“依赖性”的，是展示爱与支持他们福祉的“促进者”。

当他们使用毒品所导致的伤害越来越严重，我们被要求送他们去一个在佛罗里达的28天的住院康复项目。之后，Bryan 和 Alex一直在脱瘾、监狱、康复和戒毒中心之间循环。他们保持着一丝清醒阶段，看似成长了。Bryan进入了约翰逊与威尔士大学，开始做生意，还结婚了。Alex从富赛尔大学毕业，回到新泽西，和家人在一起，开展自己的事业。不幸的是，市面上充斥着芬太尼，没有安全使用的场所能够控制复吸。我可爱的男孩们因过量而失去生命，这本可以预防的。他们的去世对家庭亲友是无尽的痛。我最小的儿子从学院毕业那天去看的是哥哥们的坟墓，不应该是这样的。

当前以禁令为基础的毒品政策侵害了人权以及个人和家庭的安全。作为一个母亲，我相信美国政府对毒品的立场导致了我儿子们的死亡。禁毒战争边缘化了他们，告诉他们命如草芥。

家庭支持是康复和正确对待毒品的必要部分。我们知道，有问题的毒品使用是心理、生理和社会文化多个因素相互作用的结果。成瘾被称为一种“疾病”，但这是种误解。通过“家庭毒品支持”这样的项目，家人能够一起处理造成有问题的毒品使用的因素。毒品使用者和他们的家庭应当获得尊重人格权利的个性化支持。

## CONNIE VAN STADEN | 从毒贩到领袖

人权倡导官员, SANPUD, 南非

我1975年出生在南非比勒陀利亚一个工薪家庭, 当时正值政治动荡时期。在我成长过程中, 我父母都是酗酒者。如果可以, 我但愿他们不是如此。我爸爸是一个大炼油厂的煤气探测人员, 我妈妈在殡葬业工作。他们都很勤劳能干, 从未对我们暴力或其他刻板印象中的酗酒家长行为。相反, 我们的家庭充满爱, 总是有足够的美食与欢笑! 大多数时候我们是非常幸福的家庭。不幸的是, 两人都因为酗酒去世得很早。我妈妈2008年去世, 49岁; 我爸爸2007年去世, 53岁。

我15岁时, 开始去比勒陀利亚的俱乐部, 第一次接触精神药品, 摆头丸和致幻剂。

用过致幻剂的第二天, 我尝试了海洛因, 立刻就爱上了! 我爱上了毒品带给我的感觉。它带走了所有的痛苦与悲伤。别人说什么“你是个没用的瘾君子, 你没人管教, 你是个罪犯, 毫无道德”都无所谓。我不在乎。

我成为了那种家长用来警告孩子的人! 我是最受欢迎的, 所有人都想认识, 派对灵魂。当然, 很多夜店里的“大人物”注意到了我受欢迎的事实, 让我卖毒品给夜店顾客。这成了我支持自己(迅速形成的)习惯的重要方式。

很多年我都是一个具备社会功能的毒品使用者。我能去上班, 有家人朋友, 有正常社交……我1994年从高中12年级毕业, 但没有继续高等教育。

我21岁时, 试图停止使用海洛因, 没成功。它不仅是我阻挡这个残酷世界的麻醉品, 同时我也开始在生理依赖上它, 在得不到时会有痛苦的戒断反应。

我父亲2007年去世时, 我加大了用量, 失去工作, 离家流落街头。恐惧与缺乏资源和设施都让我无法选择去改变。那时很多医生不知道如何正确使用羟考酮和美沙酮等药物。对毒品使用的污名化和社会排斥只能让我远离正确的帮助。我认为这很多来源于缺乏教育, 不仅是医护人员, 更是我们的社会。

2015年, 比勒陀利亚的一个新组织“站出来”开始为街头海洛因使用者和性工作者提供医护服务。我加入进去, 我觉得自己有很多重要人生经验可以分享。同时, 我开始成立一个毒品使用者网络, 叫高腾毒品使用者(DUG), 第一次在南非为当地毒品使用者提供一个可以发声的平台, 让他们有归属感。我是第一个参与“站出来”项目和针具交换项目的人。今天, 我们项目服务超过3000个人, 我们的网络在城市中心就有175个注册会员。

2016年“站出来”雇佣我作为领薪雇员, 这是我第一次得到能够真正改变人生的机会。很多人问我是什么让我决定改变? 一个事实, 有一个完全陌生的人向我展示了无条件的爱与尊敬。这个组织没有因为我的生活决策而评判我, 这让我思考: 如果一个陌生人能这么对待我, 那我也许值得更好的。从那时起, 我决定过更健康自爱的生活。

今天, 我挣到很好的薪水, 参与了一个美沙酮项目。我有自己的房间, 自己的电脑, 自己的手机。我与毒品使用者、警方人员、医疗工作者和大学教授开展工作。我为自己生活改变而自豪。我希望在自己的国家继续成为毒品使用人群的大使。

## DAVID NUTT | 全面评估毒品的方法

伦敦帝国理工学院，英国

我是一个精神医师和精神药理学家。我的专业是使用毒品/药品探索健康志愿者和精神障碍患者的大脑功能。因为大脑是神经递质驱动的器官，毒品可改变神经递质功能，我认为这是了解大脑功能的最佳方法，尤其是与神经成像技术(PET和fMRI)合用时。

在近40年的职业生涯中，我研究过几乎所有毒品种类。包括一些烈性、危险且常被滥用的毒品，如阿片类(海洛因、氢吗啡酮、美沙酮和丁丙诺啡)，以及苯二氮卓，氯胺酮和酒精。我能够使用这些，因为他们要么是药物，要么是合法毒品。但是，当我要研究迷幻剂和大麻时，发现路被挡住了，因为属于第一类限制药品。英国政府认为这些比上述提到的那些更危险或更令人渴望(消费者视角)，尽管有大量证据显示迷幻剂非常安全(几乎无死亡)也很少被滥用。大麻也是相对安全，而且到1971年之前在英国都是合法的。

这对我的研究的影响是巨大的。为存储和研究迷幻剂或大麻，我需要进行特殊的更高等级的警方审查，比我申请开阿片处方的资格还要严。我还需要从内政部获取特殊执照，时间成本极高，几乎要一年才能得到，而且要花将近3000英镑，每年还要续费。持有和研究刚才提到的阿片类不需要特殊执照，苯二氮卓，氯胺酮也不用。这清楚显示第一类限制的目的不是减少毒品销售，因为海洛因和美沙酮的市场价值更高。而且，在英国，没有任何一例研究者销售第一类限制药品；对这类的恐惧只是用来为当前毒品管控辩护。

在我们第一次研究赛洛西宾用于治疗耐药性抑郁时，我计算了因为赛洛西宾属于第一类限制药品而造成的额外花费，几乎是每剂量1500英镑，是没有限制时的10倍。这钱来自研究拨款，也就损害了拨款在财务方面的作用，压缩了拨款的范围。还让我们花了超过两年去获取开展研究的许可，这也意味在巨大的机会成本。

如果当前的限制切实减少了消遣性毒品使用或伤害，人们也许能够接受它对研究和临床治疗的钳制。但没有证据显示它切实做到这点。因此，是时候做出改变，让我们都能受益

\* 由某种蘑菇自然含有的复合迷幻成分

## GILLES FORTE | 世界卫生组织药物依赖专家委员会秘书

### 世界卫生组织在毒品管控公约中的法定职责

世界卫生组织 (WHO) 在通过提供科学可靠、透明和独立的公共卫生指南和建议来设定全球标准中有重要作用。

WHO被国际毒品管控公约授予的特殊职责是对精神活性物质的国际管控程度提供建议。WHO通过药物依赖专家委员会 (ECDD) 完成该任务，ECDD是WHO的一个独立的科学咨询机构。WHO在减少有害精神活性物质供应方面的工作已经成为国际毒品管控制度中的核心部分，显示了保护最脆弱人群的健康有多么重要。

药物依赖专家委员会是解决鸦片危机的基石。自2014年以来，该机构已经针对多种出现在非法毒品市场的精神活性物质提议进行国际管控。在一些地方，尤其是高收入国家，过度开出阿片类药物的处方已经导致了药物依赖的增加和使用药性更强的合成物质，如芬太尼等。这在世界各地造成过量致死的情况增加。

烈性合成阿片之一是卡芬太尼，可用作海洛因的掺杂物，极小剂量也能导致死亡。药物依赖专家委员会建议将卡芬太尼列入最严格国际管控，限制其供应，以挽救生命。

尽管很多对公共卫生有害的精神活性物质不能合法用于医疗，很多精神活性药物已经被证明有疗效，如阿片镇痛和苯并二氮杂卓，但在没有正确使用时会造成伤害。对这些已证明有疗效的药物进行管制的计划外后果是，这阻碍了需要这些药品救命或止痛的人获取药品。WHO估计全球有83%的人生活在难以获取或无法获取管控药物用于治病和镇痛的国家。

药物依赖专家委员会在平衡精神活性药物国际管控中发挥重要作用。这些药物包括麻醉药氯胺酮，其良好的安全记录意味着它可以不用通常程度的麻醉监控就可以使用，使其能够广泛用于低收入国家和紧急情况。还包括反胺苯环醇，是极少数可获得的阿片镇痛专利药物。它广泛应用于许多中低收入国家和危机情况，在这些地方其他阿片镇痛药物很难获得或根本没有。

药物依赖专家委员会在增加有害的合成大麻类、安非他命类兴奋剂和芬太尼等进入国际管控药品数量同时，也确保国际管控措施不会限制重要救命药品的可及性。

## NEIL WOODS | “镇压毒品”只会孳生更多暴力：来自一名警察观点 英国一执法行动伙伴

他们用轮奸作为控制和威胁的手段。

南安普顿警方在打击当地海洛因贩子方面取得了一定的成功。这为臭名昭著的伯明翰帮派“汉堡吧男孩”接管地盘打开了大门。汉堡帮知道毒品战争根本的真相，即“最残暴的帮派最难抓到”，并让人们知道，任何与警方的协作都会不仅危及他们自己，也会让他们的妻子姐妹面临威胁。

这就是为什么我被派去当卧底。我花了几个月从这些年轻人那里买海洛因。海洛因是最残暴的市场，因为会招致最长的刑期。A级毒品，法官们被要求对这进行最严厉的惩罚。风险越大，永无止境的毒品战争军备竞赛力量越大。

一天，D没有开平时的跑车来，而是小面包车，还带了4个人。D说“你怎么看？”另一个人回答，“对，他就是个条子……干掉他，现在就干掉他”。我被一把手枪指着，他们要我脱掉衬衫，然后短裤。他们站旁边围着我笑。我在想，他们是真的怀疑我，还是他们都用这套去恐吓和控制他们的客人。

卧底七个月后，我有了针对帮派和他们整个支持网络的足够证据。96个人被捕，很多人是在四个不同警察部门支持下的系列搜捕中被抓的。一名情报官员后来告诉我，所有这些工作后，海洛因和快克的供应链被中断了大约两个小时。

汉堡吧男孩每个都被判了10年，公众庆祝“镇压贩毒”。下一个帮派学到的就是更加多疑才能躲避抓捕。

我这种“成功”不是个案。世界各地的警察都很会抓捕毒贩。但这只是问题的一部分。入狱风险高的地方，警方的行动只是让街头帮派更加残暴，这是简单的达尔文适应过程。

在英国，正因为警方的成功，情况恶化得很快。儿童现在被用作帮派分子与警方的缓冲区。12岁的孩子被利用，作为代理毒贩。他们被拍下性活动视频，遭到勒索，很容易让他们在直肠中藏人好几包海洛因，然后卖给其他被国家刑事定罪的脆弱人群。

这是永无止境的禁毒战争军备竞赛，“严苛刑期”更是火上浇油。这最终会让社会再也无法承担这里面的腐败。要多糟才行？

PEDRO ARENAS | 强制清除农作物所造成的伤害，哥伦比亚

title here, 哥伦比亚

我的名字是Pedro Arenas。我出生在哥伦比亚东南部一条河流的岸边。1980年代初，我刚小学毕业，我爸没让我再继续上学。在那一带当时也没有中学。因此，和其他青少年一样，我去地里工作，摘可卡叶。我当时差不多13岁，就开始自己挣钱了。

我记得大人说种这种农作物是非法活动，我们随时可能被当局逮捕。因为害怕，农民开始越来越多地迁移到更偏远更原始生态的雨林中。我继续在瓜维亚雷当可卡叶采集工人。那个地区是今日哥伦比亚雨林区域被滥伐最严重的地区。

1990年代，针对可卡作物用草甘膦除草剂进行空中喷洒，导致大量合法农作物损失，破坏了以此为生的家庭经济来源，造成人权侵犯。我妈妈也失去了她的耕地，不得不离开乡村，带着她所有的一切搬去最近的城市，从头开始生活。

我们农民组织进行了抗议。我向几个政府部门报告了喷洒对家庭、食品安全和生态的损害。但国家继续进行了21年的喷洒，无视人们的投诉，也没有调查人权侵害。对抗议领袖还进行威胁、攻击和暗杀。我自己就受到过威胁、指控，以及两次差点让我丧命的攻击。

从那时起，我开始致力于维护那些因传统和文化目的种植可卡的原住民、农民和非洲人后裔人权的工作，以及种植可卡来获取可卡糊的家庭的权利。我看到有的运动旨在对这种植物污名化，以及起诉那些为生计种植可卡的农民。

我可以说，农民们被惩罚，被迫迁移，有的人因为做了被我们视为正常的活动而入狱。强制清除对家庭只有负面后果，并没有提供可持续的结果。因此，我们认为我们不能用这种每年种植或根除的区域来衡量效果的毒品政策，而是要依据是否消除贫困促进发展来衡量。

# 参考文献

1. WHO (2011) Ensuring balance in national policies on controlled substances, Guidance for availability and accessibility of controlled medicines, p. 1.[pdf] Geneva: World Health Organization. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf) (Accessed: 07 January 2019)
2. Davis, C. S. and Anderson, E. D. (2010) Breaking the Cycle of Preventable Suffering: Fulfilling the Principle of Balance. *Temple International & Comparative Law Journal*, Vol. 24, No. 2, p. 329. Temple University Legal Studies Research Paper. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2011197>
3. INCB (2018) Yellow List - List of Narcotic Drugs Under International Control, 57th edition [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. Available at: [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow\\_List/57th\\_edition/57th\\_edition\\_YL\\_ENG.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/57th_edition/57th_edition_YL_ENG.pdf) (Accessed: 07 January 2019)
4. INCB (2018) Green List - List of Psychotropic Substances Under International Control, 29th edition [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. Available at: [https://www.incb.org/documents/Psychotropics/greenlist/Green\\_list\\_ENG\\_V18-02416.pdf](https://www.incb.org/documents/Psychotropics/greenlist/Green_list_ENG_V18-02416.pdf) (Accessed: 07 January 2019)
5. INCB (2017) Tables of the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988 [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. Available at: [https://www.incb.org/documents/PRECURSORS/TABLES/revised\\_1988\\_Conv\\_Schedules.pdf](https://www.incb.org/documents/PRECURSORS/TABLES/revised_1988_Conv_Schedules.pdf) (Accessed: 07 January 2019)
6. For a schematic overview of control requirements for the different schedules, see: UNODC (2018) Schedules and control regimes of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961, as amended by the 1972 Protocol, and the Convention on Psychotropic Substances of 1971 - Background material for the Commission on Narcotic Drugs at its 61st session [pdf]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_61/Scheduling\\_paper\\_short\\_8\\_March\\_final\\_FINAL.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_61/Scheduling_paper_short_8_March_final_FINAL.pdf) (Accessed: 07 January 2019)
7. Those general obligations are laid down in Article 4 of the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs and Article 5 of the 1971 Convention on Psychotropic Substances.
8. UNODC (2006) Multilingual Dictionary of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances under International Control. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. UN doc. ST/NAR/1 Rev.2
9. United Nations (1961) 1961 Single Convention on Narcotic Drugs (as amended by the 1972 Protocol), Article 2 § 5(b). New York: United Nations. 联合国, 1961年麻醉品单一公约(1972年议定书修正), 第二条§ 5(b)。纽约:联合国。
10. United Nations (1971) Convention on Psychotropic Substances, Article 7 § (a). New York: United Nations. 联合国(1971)精神药物公约, 第7条§ (a)。纽约:联合国。
11. Government of India, Finance and Commerce Department (1895) Report of the Indian Hemp Drugs Commission [online]. Calcutta: Government of India. Available at: <https://digital.nls.uk/indiapapers/browse/archive/74574096> (Accessed: 08 January 2019)
12. The New York Times (1892) Stimulants and Narcotics, book review. New York: New York Times.
13. The Single Convention allows the use of coca leaf as a flavouring agent (Article 27.1) and cannabis cultivation for industrial purposes (hemp fibre and seeds, Article 28.2); the seeds of all three plants are not placed under international control, allowing also the cultivation of opium poppy for the production of poppy seeds and oil for culinary purposes. The 1971 Convention allows states to make exemptions for "plants containing psychotropic substances which are traditionally used by certain small, clearly determined groups in magical or religious rites" (Article 32.4). 单一公约允许使用古柯叶作为调味剂(第27.1条), 和工业用大麻种植(纤维质和种子, 第28.2条);这三种植物的种子不受国际管制, 也允许种植罂粟, 以用于生产罂粟籽和罂粟油, 用于烹饪的目的。1971年公约允许各国对“含有精神药物的植物进行豁免, 一些小群体在魔法或者宗教仪式中使用这些植物”。
14. Kleiman, M. a. R. (2012) Commentary on Coulson & Caulkins (2012): Optimizing drug scheduling. *Addiction*, 107(4), pp. 774–775. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03814.x. Mark Kleiman is professor of public policy and director of the Crime and Justice program at New York University.
15. Ibid. 同上。
16. House of Commons Science and Technology Committee (2006) Drug classification: making a hash of it? [pdf] London: United Kingdom House of Commons, Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by Command of Her Majesty, p. 24. Available at: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmsctech/1031/1031.pdf>, (Accessed: 09 January 2019).
17. Home Office Crime and Drug Strategy Directorate (2006) Review of the UK's Drugs Classification System – A Public Consultation [pdf]. London: United Kingdom, p.17. Note: This is a draft of a consultation paper which was not, in fact, approved for publication in 2006. The draft is being released under Freedom of Information legislation.
18. Birdwell, J. et al. (2011) Taking drugs seriously: a Demos and UK Drug Policy Commission report on legal highs [pdf]. London: DEMOS. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/34716665.pdf> (Accessed: 09 January 2019)
19. House of Commons Science and Technology Committee (2006) Drug classification: making a hash of it? [pdf] London: United Kingdom House of Commons, Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by Command of Her Majesty. Available at: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmsctech/1031/1031.pdf>, p. 24. (Accessed: 09 January 2019).
20. Nutt, D. (2009) Equasy — An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms, *Journal of Psychopharmacology*, 23(1), pp. 3–5. doi: 10.1177/0269881108099672.
21. Ibid. 同上。
22. Global Commission on Drug Policy (2018) Regulation: The Responsible Control of Drugs [pdf] Geneva: Global Commission on Drug Policy, p. 37. Available at: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/regulation-the-responsible-control-of-drugs> (Accessed: 08 January 2019). 毒品政策全球委员会(2018)《合法化管理:负责任的毒品管控》。日内瓦:毒品政策全球委员会, 第37页。链接:<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/regulation-the-responsible-control-of-drugs> (访问日期:2019年1月8日)
23. Transnational Institute (2003) The WHO Cocaine Project: TNI publishes banned study. TNI: Amsterdam, <https://www.tni.org/en/issues/unscheduling-the-coca-leaf/item/266-the-who-cocaine-project>
24. McAllister, W.B. (2020) Foundations of the International Drug Control Regime, 18th Century through the Second World War, in Bewley-Taylor, D.R. and Tinasti, K. (eds.) *Research Handbook on International Drug Policy*. London: Edward Elgar Publishing. To be published.
25. McAllister, W. B. (2004) The global political economy of scheduling: the international–historical context of the Controlled Substances Act. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(1), pp. 4. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.02.012.
26. Lande, A. (1973) The International Drug Control System. Appendix, "Drug Use in America: Problem in Perspective," Volume 3, p. 18.
27. Boister, N. and Jelsma, M. (2018) Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets. *International Community Law Review*, 20(5), pp. 481. doi: 10.1163/18719732-12341385.
28. Ibid., p. 36.
29. Ibid., p. 114.
30. Ibid., p. 25.
31. May, H. (1955) The Single Convention on Narcotic Drugs; Comments and possibilities. *Bulletin on Narcotics*, nr 1, p. 4.

32. Bewley-Taylor, D. and Jelsma, M. (2012) Regime change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), pp. 72–81. doi: 10.1016/j.drugpo.2011.08.003, p. 473.
33. Jelsma, M. (2018) Connecting the Dots ... Human Rights, Illicit Cultivation and Alternative Development [online]. Amsterdam: Transnational Institute , p. 10-11. Available at: <https://www.tni.org/en/publication/connecting-the-dots> (Accessed: 10 January 2019).
34. Boister, N. (2001) Penal aspects of the UN drug conventions. The Hague-London-Boston: Kluwer Law International, p. 45. isbn: 978-90-411-1546-1.
35. Bewley-Taylor, D., Blickman, T., Jelsma, M. (2014) The Rise and Decline of Cannabis Prohibition: The History of Cannabis in the UN Drug Control System and Options for Reform. Amsterdam/Swansea: Transnational Institute/Global Drug Policy Observatory. Available at: [https://www.tni.org/files/download/rise\\_and\\_decline\\_web.pdf](https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf) (Accessed: 11 January 2019)
36. Lande, A. (1973) op. cit. pp. 114.
37. UNDCP (2000) Model Drug Abuse Bill 2000, Commentary [pdf]. Vienna: United Nations International Drug Control Programme, p. 8, para. 27. Available at: [https://www.unodc.org/pdf/lap\\_drug-abuse-bill\\_commentary.pdf](https://www.unodc.org/pdf/lap_drug-abuse-bill_commentary.pdf) (Accessed: 10 January 2019). The model drug laws are currently under review by UNDCP's successor agency UNODC.
38. McAllister (2004) op. cit., p. 6.
39. Lande (1973) op. cit., p. 92.
40. McAllister (2004) op. cit., pp. 6-7.
41. Ibid., p. 7.
42. E/4606/Rev.1, Report CND 23, paragraph 381.
43. ECOSOC Resolutions 1985/15 of 28 May 1985, 1987/30 of 26 May 1987, 1991/44 of 21 June 1991 and 1993/38 of 27 July 1993). Those resolutions requested parties to extend the system of import and export authorization required by the 1971 Convention for substances in Schedules I and II to substances in Schedules III and IV, and to supply statistics on international trade to the INC. 联合国经社理事会1985年5月28日第1985/15号决议，1987年5月26日第1987/30号决议，和1991年6月21日第1991/44号和1993年7月27日第1993/38号决议。这些决议要求缔约方将1971年“公约”关于附表一和表二所列物质的进出口许可制度扩大到附表三和附表四所列物质，并向麻管局提供国际贸易统计数据。
44. WHO (2003) WHO Expert Committee on Drug Dependence - Thirty-third Report, WHO Technical Report Series 915 [online]. Geneva: World Health Organization, pp 1-2. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4896e/> (Accessed: 10 January 2019)
45. Excerpt from: Ibid.
46. Protocol Bringing under International Control Drugs Outside the Scope of the Convention of 13 July 1931 for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs, as amended by the Protocol signed at Lake Success, New York, on 11 December 1946, Paris, 19 November 1948, Article 1. The WHO authority did not apply, however, to raw opium, medicinal opium, coca leaf or cannabis (see Article 4). 1931年7月13日“禁止制造和管制麻醉品分销公约”范围之外的国际管制药物的议定书，由1946年12月19日在巴黎，1946年12月11日在纽约成功签署的议定书修正。1948年，第1条。然而，世界卫生组织的权力并未适用于生鸦片、药用鸦片、古柯叶或大麻（见第4条）。
47. United Nations (1973) Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 [pdf]. New York: United Nations, p.90. Available at: [https://www.unodc.org/documents/treaties/organized\\_crime/Drug%20Convention/Commentary\\_on\\_the\\_single\\_convention\\_1961.pdf](https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_single_convention_1961.pdf). (Accessed: 10 January 2019). 联合国(1973)，1961年单一麻醉品公约评注。纽约：联合国，第90页。链接：[https://www.unodc.org/documents/treaties/organized\\_crime/Drug%20Convention/Commentary\\_on\\_the\\_single\\_convention\\_1961.pdf](https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_single_convention_1961.pdf). (访问日期:2019年1月10日)
48. Ibid. 同上
49. United Nations (1971) 1971 Convention on Psychotropic Substances, Article 2 § 5. New York: United Nations. 联合国(1971)精神药物公约，第2条 § (5)。纽约：联合国。
50. United Nations (1976) Commentary on the Convention on Psychotropic Substances, Done at Vienna on 21 February 1971 [pdf]. New York: United Nations, p. 69. Available at: [https://www.unodc.org/documents/treaties/organized\\_crime/Drug%20Convention/Commentary\\_on\\_the\\_Convention\\_1971.pdf](https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_Convention_1971.pdf) (Accessed: 10 January 2019). 联合国(1976年),《精神药物公约评注》，1971年2月21日在维也纳签署。纽约：联合国，第69页。链接：[https://www.unodc.org/documents/treaties/organized\\_crime/Drug%20Convention/Commentary\\_on\\_the\\_Convention\\_1971.pdf](https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_Convention_1971.pdf) (访问日期:2019年1月10日)
51. United Nations, 1971 Convention on Psychotropic Substances, Article 2 § 5. New York : United Nations. 联合国(1971)精神药物公约，第2条 § (5)。纽约：联合国。
52. Ibid., p.1. 同上， 第一页
53. INCB (2011) Report of the International Narcotics Control Board for 2010. Vienna: International Narcotics Control Board, p. 35, para 217. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=387587> (Accessed: 20 January 2019) 国际麻醉品管制局(2011)《国际麻醉品管制局2010年报告》。维也纳：国际麻醉品管制局，第35页，第217段。链接：<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=387587> (访问日期:2019年1月20日)
54. USGAO (2003) Prescription Drugs, OxyContin Abuse and Diversion and Efforts to Address the Problem. Washington D.C.: United States General Accounting Office, GAO-04-110.
55. Cicero TJ, Ellis MS, Surratt HL, Kurtz SP (2014) The Changing Face of Heroin Use in the United States: A Retrospective Analysis of the Past 50 Years. Chicago: JAMA Psychiatry, 71(7):821–826. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.366
56. Global Commission on Drug Policy (2017) The Opioid Crisis in North America, Position Paper [pdf]. Geneva: Global Commission on Drug Policy. Available at: <http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2017/09/2017-GCDP-Position-Paper-Opioid-Crisis-ENG.pdf> (Accessed: 20 January 2019) 毒品政策全球委员会(2017)《北美鸦片危机》，立场文件。日内瓦：毒品政策全球委员会。链接：<http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2017/09/2017-GCDP-Position-Paper-Opioid-Crisis-ENG.pdf> (访问日期:2019年1月20日)。
57. WHO (2011) Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines [pdf]. Geneva: World Health Organization, op. cit., p. 16. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf?sequence=1) (Accessed: 21 January 2019). 世界卫生组织(2011)《确保国家关于管控物质政策的平衡：关于管控物质可及性的指南》。日内瓦：世界卫生组织。第16页。链接：[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf?sequence=1) (2019年1月21日)。
58. Global Commission on Drug Policy (2017) The Opioid Crisis in North America, Position Paper [pdf]. Geneva: Global Commission on Drug Policy. Available at: <http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2017/09/2017-GCDP-Position-Paper-Opioid-Crisis-ENG.pdf> (Accessed: 20 January 2019) 毒品政策全球委员会(2017)《北美鸦片危机》，立场文件。日内瓦：毒品政策全球委员会。链接：<http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2017/09/2017-GCDP-Position-Paper-Opioid-Crisis-ENG.pdf> (访问日期:2019年1月20日)。
59. Lande (1973) op. cit., p. 18.
60. Lande (1973) op. cit., p. 123.
61. Global Commission on Drug Policy (2015) The Negative Impact of Drug Control on Public Health: The Global Crisis of Avoidable Pain [pdf]. Geneva: Global Commission on Drug Policy. Available at: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-drug-control-on-public-health-the-global-crisis-of-avoidable-pain> (Accessed: 20 January 2019). 毒品政策全球委员会(2015)《毒品管控对公共卫生的负面影响：可避免疼痛的全球危机》。日内瓦：毒品政策全球委员会。链接：<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-drug-control-on-public-health-the-global-crisis-of-avoidable-pain> (访问日期:2019年1月20日)。

62. WHO (2007) Framework: Access to Controlled Medications Programme. Geneva: World Health Organization. WHO/PSM/QSM/2007.2 世界卫生组织(2007)《框架:管控组织可及性项目》。日内瓦:世界卫生组织。WHO/PSM/QSM/2007.2
63. WHO (2011) Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines [pdf]. Geneva: World Health Organization, op. cit., p. 16. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf?sequence=1) (Accessed: 21 January 2019). 世界卫生组织(2011)《确保国家关于管控物质政策的平衡:关于管控物质可及性的指南》。日内瓦:世界卫生组织。第16页。链接:[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf?sequence=1) (2019年1月21日)。
64. INCB (2016) Availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes : indispensable, adequately available and not unduly restricted, Supplement to the INCB report for 2015 [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. Available at: [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/INCB\\_Access\\_Supplement-AR15\\_availability\\_English.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/INCB_Access_Supplement-AR15_availability_English.pdf) (Accessed: 22 January 2019). 国际麻醉品管制局(2016)《国际管控药物的可及性:确保医疗和科学用途的充分获得:必不可少、充分可及且不受档限制》, 国际麻醉品管制局2015年报告附件。维也纳:国际麻醉品管制局。链接:[https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/INCB\\_Access\\_Supplement-AR15\\_availability\\_English.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/INCB_Access_Supplement-AR15_availability_English.pdf) (访问日期:2019年1月22日)。
65. United Nations, General Assembly (2016) Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem, General Assembly thirtieth special session. New York: United Nations. UN doc A/RES/S-30/1.
- INCB (2016) Availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes : indispensable, adequately available and not unduly restricted, Supplement to the INCB report for 2015 [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. Available at: [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/INCB\\_Access\\_Supplement-AR15\\_availability\\_English.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/INCB_Access_Supplement-AR15_availability_English.pdf) (Accessed: 22 January 2019).
66. INCB (2019) Progress in ensuring adequate access to internationally controlled substances for medical and scientific purposes, Supplement to the INCB report for 2018 [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. UN doc. E/INCB/2018/1/Supp.1, preface. Available at: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Supplement/Supplement\\_E\\_ebook.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Supplement/Supplement_E_ebook.pdf) (Accessed: 6 March 2019) 国际麻醉品管制局(2019)《确保国际管控物质用于医疗和科学用途的充分可及性》, 国际麻醉品管制局2018年报告附件。维也纳:国际麻醉品管制局。链接:[https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Supplement/Supplement\\_E\\_ebook.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Supplement/Supplement_E_ebook.pdf) (访问日期:2019年3月6日)。
67. See: Hallam, C., Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. (2014) Scheduling in the international drug control system. Amsterdam: Transnational Institute, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 25, TNI/IDPC. Available at: [https://www.tni.org/files/download/dlr25\\_0.pdf](https://www.tni.org/files/download/dlr25_0.pdf) (Accessed: 22 January 2019)
68. WHO (2012) WHO Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-fifth Report, WHO Technical Report Series 973, Geneva: World Health Organization, p 9. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77747/WHO\\_trs\\_973\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77747/WHO_trs_973_eng.pdf) (Accessed: 22 January 2019) 世界卫生组织(2012)《世界卫生组织毒品依赖专家委员会》, 第35届报告, 世界卫生组织技术报告系列973, 日内瓦:世界卫生组织, 第9页。链接:[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77747/WHO\\_trs\\_973\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77747/WHO_trs_973_eng.pdf) (2019年1月22日)。
69. INCB (2011) Report of the International Narcotics Control Board for 2010. Vienna: International Narcotics Control Board, para. 284-287. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=387587> (Accessed: 20 January 2019) 国际麻醉品管制局(2011)《国际麻醉品管制局2010年报告》。维也纳:国际麻醉品管制局。链接:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=387587> (2019年1月20日)
70. Hallam, C., Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. (2014) Scheduling in the international drug control system [pdf]. Amsterdam: Transnational Institute, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 25, TNI/IDPC, pp. 13-14. Available at: [https://www.tni.org/files/download/dlr25\\_0.pdf](https://www.tni.org/files/download/dlr25_0.pdf) (Accessed: 22 January 2019)
71. For the case of ayahuasca, see: Sánchez, C. & Bouso, C. (2015) Ayahuasca: From the Amazon to the Global Village - An analysis of the challenges associated with the globalisation of ayahuasca, TNI Policy briefing 43. Available at: [https://www.tni.org/files/publication-downloads/dbp\\_43\\_eng\\_web\\_19122015.pdf](https://www.tni.org/files/publication-downloads/dbp_43_eng_web_19122015.pdf) (Accessed: 22 January 2019)
72. Metaal, P. & Henman, A. (2014) Time for a Wake-up Call: An historical and ethnographic approach to the Regulation of Plant-based Stimulants, TNI Policy briefing [pdf]. Amsterdam: Transnational Institute. Available at: [https://www.tni.org/files/download/dlr\\_27\\_eng-web.pdf](https://www.tni.org/files/download/dlr_27_eng-web.pdf) (Accessed: 22 January 2019).
73. Carrier, N., & Gezon, L. (2009) Khat in the Western Indian Ocean: Regional Linkages and Disjunctures. Études océan Indien, 42-43(Plantes et Sociétés), 271-297. [11]. <https://doi.org/10.4000/oceanindien.851>
74. WHO (2006) Assessment of khat (Catha edulis Forsk), WHO Expert Committee on Drug Dependence, 34th ECDD 2006/4.4 [pdf]. Geneva: World Health Organization. Available at: [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/4.4KhatCritReview.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf) (Accessed: 23 January 2019). 世界卫生组织(2006)《对卡特叶的评估》, 世界卫生组织毒品依赖专家委员会, 34th ECDD 2006/4.4。日内瓦:世界卫生组织。链接:[http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/4.4KhatCritReview.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf) (访问日期:2019年1月23日)。
75. INCB (2007) Report of the International Narcotics Control Board for 2006 [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board, Paragraph 556. Available at: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2006/AR\\_06\\_English.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2006/AR_06_English.pdf) (Accessed 23 January 2019) 国际麻醉品管制局(2007)《国际麻醉品管制局2006年报告》。维也纳:国际麻醉品管制局。链接:[https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2006/AR\\_06\\_English.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2006/AR_06_English.pdf) 2019年1月23日)。
76. Nabben, T. and Korf, D. J. (2017) Consequences of criminalisation: the Dutch khat market before and after the ban. Drugs: Education, Prevention and Policy, 24(4), pp. 332–339. doi: 10.1080/09687637.2017.1338669.
77. Central Statistical Agency (2018) Agricultural Sample Survey 2017/18 (2010 E.C.), Volume I, Report on Area and Production of Major Crops (Private Peasant Holdings, Meher Season), Statistical Bulletin 586. Addis Ababa: The Federal Democratic Republic of Ethiopia, p. 14.
78. UNODC (2018) World Drug Report 2018, Executive Summary [pdf]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, p. 9. Available at: [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_1\\_EXSUM.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf) (Accessed: 24 January 2019). 联合国毒品和犯罪问题办公室(2018)《世界毒品报告2018年》, 摘要。维也纳:联合国毒品和犯罪问题办公室, 第9页。链接:[https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_Booklet\\_1\\_EXSUM.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf) (访问日期:2019年1月24日)。
79. Cochrane, L., & O' Regan, D. (2016) Legal Harvest and Illegal Trade: Trends, Challenges and Options in Khat Production in Ethiopia. International Journal of Drug Policy, p. 28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drupo.2016.02.009>
80. Ibid., p. 33.
81. Tanguay, P. (2011) Kratom in Thailand. SSRN Scholarly Paper ID 1908849. London: International Drug Policy Consortium. Available at: <https://papers.ssrn.com/abstract=1908849> (Accessed: 24 January 2019).
82. Henningfield, J. E., Fant, R. V. and Wang, D. W. (2018) The abuse potential of kratom according the 8 factors of the controlled substances act: implications for regulation and research. Psychopharmacology, 235(2), pp. 574. doi: 10.1007/s00213-017-4813-4.
83. USDEA (2016) Schedules of Controlled Substances: Temporary Placement of Mitragynine and 7-Hydroxymitragynine Into Schedule I. Federal Register. Available at: <https://www.federalregister.gov/documents/2016/08/31/2016-20803/schedules-of-controlled-substances-temporary-placement-of-mitragynine-and-7-hydroxymitragynine-into> (Accessed: 24 January 2019).
84. Gianutsos, G. (2017) The DEA Changes Its Mind on Kratom. US Pharm. 2017;41(3):7-9
85. Henningfield (2018) op. cit., p. 575.
86. Ibid. p. 585. 同上, 第585页。

87. Georgia House of Representatives (2019) House Bill 551: Controlled substances; kratom; provisions [pdf]. Atlanta: Georgia General Assembly. Available at: <http://www.legis.ga.gov/Legislation/20192020/183343.pdf> (Accessed: 22 April 2019)
- Utah Senate (2019) Kratom Consumer Protection Act [pdf]. Salt Lake City: State of Utah. Available at: <https://www.billtrack50.com/BillDetail/1005796> (Accessed: 22 April 2019).
88. Sattaburuth, A. (2018) Medical cannabis, kratom bill passed by NLA. Bangkok: Bangkok Post. Available at: <https://www.bangkokpost.com/news/general/1600566/medical-cannabis-kratom-bill-passed-by-nla> (Accessed: 11 February 2019).
89. See: Aguilar, S., et al. (2018) Medicinal cannabis policies and practices around the world [pdf]. London: International Drug Policy Consortium. Available at: <https://idpc.net/publications/2018/04/medicinal-cannabis-policies-and-practices-around-the-world> (Accessed 11 February 2019).
90. CARICOM Regional Commission on Marijuana (2018) Report to the Caribbean Community Heads of Government: Waiting to Exhale - Safeguarding our Future through Responsible Socio-Legal Policy on Marijuana [pdf]. Georgetown: Caribbean Community Secretariat, p. 62. Available at: <https://caricom.org/media-center/communications/news-from-the-community/final-report-report-of-the-caricom-regional-commission-on-marijuana> (Accessed: 11 February 2019)
91. Ibid., Terms of Reference, p. x.
92. Ibid., Executive Summary, p. 3.
93. Ibid., p. 30 and p. 64.
94. Ibid., p. 25.
95. CPSTF (2014) Reducing Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure: Comprehensive Tobacco Control Programs [pdf]. Atlanta: Community Preventive Services Task Force. Available at: <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/TFFRS-Tobacco-Comprehensive-Control-Programs.pdf> (Accessed: 11 February 2019).
96. Ghosh, T. et al. (2016) The Public Health Framework of Legalized Marijuana in Colorado. *American Journal of Public Health*, 106(1), pp. 21–27. doi: 10.2105/AJPH.2015.302875.  
See also: Pacula, R. L. et al. (2014) Developing Public Health Regulations for Marijuana: Lessons From Alcohol and Tobacco. *American Journal of Public Health*, 104(6), pp. 1021–1028. doi: 10.2105/AJPH.2013.301766.
97. Hughes, B. & Winstock, A. R. (2012) Controlling new drugs under marketing regulations. *Addiction*, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x>
98. Reuter, P. (2011) Options for regulating new psychoactive drugs: a review of recent experiences [pdf]. London: UK Drug Policy Commission, p. 24. Available at: <https://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Options%20for%20regulating%20new%20psychoactive%20drugs%20-%20a%20review%20of%20recent%20experience.pdf> (Accessed: 11 February 2019).
99. Ibid., p. 4.
100. United Kingdom (2016) 2016 Psychoactive Substances Act. London: Crown, paragraph 2. Available at: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2016/2/section/2/enacted> (Accessed: 12 February 2019) 英国(2016)《2016年精神活性物质法案》。伦敦:皇冠, 第2段。链接:<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2016/2/section/2/enacted> (访问日期:2019年2月12日)。
101. Stevens, A. et al. (2015) Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful: The UK Psychoactive Substance Bill. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), pp. 1167–1170. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.10.005.
102. Ibid.
103. NPSREP (2014) New Psychoactive Substances Review - Report of the Expert Panel [pdf]. United Kingdom: The New Psychoactive Substances Review Expert Panel, p 38. Available at: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/368583/NPSEXPERTREVIEWPANELREPORT.PDF](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/368583/NPSEXPERTREVIEWPANELREPORT.PDF) (Accessed: 13 February 2019)
104. Stevens, A. et al. (2015) Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful: The UK Psychoactive Substance Bill. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), pp. 1168. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.10.005.
105. Hughes, B. & Winstock, A. R. (2012) Controlling new drugs under marketing regulations. *Addiction*, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x>
106. Ibid.
107. Reuter, P. and Pardo, B. (2017) New psychoactive substances: Are there any good options for regulating new psychoactive substances? *International Journal of Drug Policy*. (New Psychoactive Substances and Human Enhancement Drugs), 40, pp. 117–122. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.10.020.
108. Hughes, B. & Winstock, A. R. (2012) Controlling new drugs under marketing regulations. *Addiction*, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x>
109. Reuter, P. and Pardo, B. (2017) New psychoactive substances: Are there any good options for regulating new psychoactive substances? *International Journal of Drug Policy*. (New Psychoactive Substances and Human Enhancement Drugs), 40, pp. 117–122. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.10.020.
110. Wilkins, C. et al. (2013) The new psychoactive substances regime in New Zealand: a different approach to regulation. *Journal of Psychopharmacology* (Oxford, England), 27(7), pp. 584–589. doi: 10.1177/0269881113491441.
111. Ibid., p. 587. 同上, 第587页。
112. Ibid. 同上
113. Rychert, M. and Wilkins, C. (2016) Legal high industry business and lobbying strategies under a legal market for new psychoactive substances (NPS, “legal highs”) in New Zealand. *International Journal of Drug Policy*, 37, pp. 90–97. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.08.011.
114. Ibid., p. 90. 同上, 第90页。
115. Davis, C. S. and Anderson, E. D. (2010) Breaking the Cycle of Preventable Suffering: Fulfilling the Principle of Balance. *Temple International & Comparative Law Journal*, Vol. 24, No. 2, p. 329. Temple University Legal Studies Research Paper. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2011197>
116. Danenberg, E. et al. (2013) Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(3), pp. 175–181. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.032.
117. INCB (1995) Report of the International Narcotics Control Board for 1994 [pdf] Vienna: International Narcotics Control Board, p. 6. Available at: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/AR\\_1994\\_E.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/AR_1994_E.pdf) (Accessed: 25 February 2019).国际麻醉品管制局(1995)《国际麻醉品管制局1994年报告》。维也纳:国际麻醉品管制局, 第6页。链接:[https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/AR\\_1994\\_E.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/AR_1994_E.pdf) (访问日期:2019年2月)。
118. Jelsma, M. (2017) UNGASS 2016: Prospects for Treaty Reform and UN System-Wide Coherence on Drug Policy. *Journal of Drug Policy Analysis*, 10(1). doi: 10.1515/jdpa-2015-0021.
119. WHO (2010) Guidance on the WHO Review of Psychoactive Substances for International Control [pdf]. Geneva: World Health Organization, p. 30. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17538en/s17538en.pdf> (Accessed: 25 February 2019).世界卫生组织(2010)《世界卫生组织国际管制精神物质审查指南》。日内瓦:世界卫生组织。第30页。链接:<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17538en/s17538en.pdf> (2019年2月25)。
120. Walsh, J. et al (2019) The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny [pdf] Amsterdam: Transnational Institute. Available at: [https://www.tni.org/files/publication-downloads/WHO-Cannabis-WOLA\\_TNI\\_GDPO-March\\_2019.pdf](https://www.tni.org/files/publication-downloads/WHO-Cannabis-WOLA_TNI_GDPO-March_2019.pdf) (Accessed: 19 March 2019).
121. Note by the Secretariat of the 62nd CND (2019) Changes in the scope of control of substances: proposed scheduling recommendations by the World Health Organization on cannabis and cannabis-related substances. Vienna: Commission on Narcotic Drugs. UN doc. E/CN.7/2019/12 第62届麻醉品委员会秘书处的说明(2019)《管控物质范围的变化:世界卫生组织关于大麻和大麻相关物质分类的建议》。维也纳:麻醉品委员会。联合国文件E/CN.7/2019/12。

122. Ibid., p. 7. 同上, 第7页。
123. Ibid., p. 12. 同上, 第12页。
124. Ibidem. 同上。
125. United Nations (1973) Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 [pdf]. New York: United Nations, p.90. Available at: [https://www.unodc.org/documents/treaties/organized\\_crime/Drug%20Convention/Commentary\\_on\\_the\\_single\\_convention\\_1961.pdf](https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_single_convention_1961.pdf) (Accessed: 19 March 2019). 联合国(1973)《1961麻醉品单一公约评注》。纽约:联合国, 第90页。链接:[https://www.unodc.org/documents/treaties/organized\\_crime/Drug%20Convention/Commentary\\_on\\_the\\_single\\_convention\\_1961.pdf](https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_single_convention_1961.pdf) (2019年3月19日)。
126. EMCDDA (2010) The State of the Drugs Problem in Europe: Annual Report 2010 [pdf] Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, p. 14. Available at: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/926/EMCDDA\\_AR2010\\_EN\\_242720.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/926/EMCDDA_AR2010_EN_242720.pdf) (Accessed: 21 March 2019).
127. Nutt, D. J., King, L. A. and Phillips, L. D. (2010) Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), pp. 1558–1565. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
128. Danenbergs, E. et al. (2013) Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(3), pp. 179. doi: 10.1016/j.drugdep.2013.02.032.
129. Reuter (2011) Op. Cit. p. 25.
130. Ibidem.
131. Birdwell J., Chapman J., Singleton N. (2011)Taking Drugs Seriously: A Demos and UK Drug Policy Commission Report on Legal Highs [pdf]. London: Demos, p. 105. Available at: <https://demos.co.uk/project/taking-drugs-seriously/> (Accessed: 21 March 2019)
132. Ibid., p. 112.
133. WHO (1999) Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-first report [pdf]. Geneva: World Health Organization,WHO Technical Report Series 887, p. 13. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16238e/s16238e.pdf> (Accessed: 22 March 2019). 世界卫生组织(1999)毒品依赖专家委员会, 第35届报告。日内瓦:世界卫生组织, 世界卫生组织技术报告系列887, 第13页。链接:<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16238e/s16238e.pdf> (访问日期:2019年3月22日)
134. Ibidem. 同上
135. See: WHO (2003) WHO Framework Convention on Tobacco Control [pdf]. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1> (Accessed: 22 March 2019). 参见:世界卫生组织(2003)世界卫生组织烟草控制框架公约。日内瓦:世界卫生组织。链接:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1> (2019年3月22日)。
136. WHO (2012) Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-fifth report [pdf]. Geneva: World Health Organization, WHO Technical Report Series 973, p. 16. Available at: [https://www.who.int/iris/bitstream/10665/77747/1/WHO\\_trs\\_973\\_eng.pdf?ua=1](https://www.who.int/iris/bitstream/10665/77747/1/WHO_trs_973_eng.pdf?ua=1) (Accessed: 22 March 2019). 世界卫生组织(2012)毒品依赖专家委员会, 第35届报告。日内瓦:世界卫生组织, 世界卫生组织技术报告系列973, 第16页。链接:[https://www.who.int/iris/bitstream/10665/77747/1/WHO\\_trs\\_973\\_eng.pdf?ua=1](https://www.who.int/iris/bitstream/10665/77747/1/WHO_trs_973_eng.pdf?ua=1) (访问日期:2019年3月22日)。
137. Ghebreyesus, T. A. (2019) Letter to António Guterres, UN Secretary General, Annex 1- Extract from the Report of the 41st Expert Committee on Drug Dependence: Cannabis and cannabis-related substances [pdf]. Geneva: World Health Organization. Available at: [https://www.who.int/medicines/areas/controlled-substances/UNSG\\_letter\\_ECDC41\\_recommendations\\_cannabis\\_24Jan19.pdf?ua=1](https://www.who.int/medicines/areas/controlled-substances/UNSG_letter_ECDC41_recommendations_cannabis_24Jan19.pdf?ua=1) (Accessed: 25 March 2019).
138. Jelsma, M. et al (2018) Balancing Treaty Stability and Change: Inter se modification of the UN drug control conventions to facilitate cannabis regulation. Swansea: The Global Drug Policy Observatory, pp. 9-11. Available at: <https://www.tni.org/en/publication/balancing-treaty-stability-and-change> (Accessed: 25 March 2019).
139. United Nations (2012) Bolivia (Plurinational State of): Communication. New York: United Nations. UN doc. C.N.829.2011.TREATIES-28 (Depositary Notification).
140. INCB (2011) International Narcotics Control Board Regrets Bolivia's Denunciation of the Single Convention on Narcotic Drugs. Vienna: United Nations Information Service, press release UNIS/NAR/1114
141. TNI/WOLA (2013) Bolivia wins a rightful victory on the coca leaf - Creates a positive example for modernizing the UN drug conventions, press release. The G-8 countries (United States, France, Germany, Italy, Japan, United Kingdom, Canada and the Russian Federation) plus Sweden, the Netherlands, Portugal, Finland, Israel and Ireland; Mexico withdrew its original objection in November 2018.
142. See for example C.N.361.2012.TREATIES-VI.18 (Depositary Notification), United States of America: Objection to the Reservation Contained in the Communication by the Plurinational State of Bolivia, 3 July 2012. 例如, 参见C.N.361.2012.TREATIES-VI.18 (保存通知), 《美利坚共和国:反对多民族玻利维亚国来问所载的保留》, 2012年7月3日。
143. United Nations (1980) Vienna Convention on the Law of Treaties of 1969 [pdf]. New York: United Nations, Separability of treaty provisions, Article 44. Available at: <https://treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%201155/volume-1155-i-18232-english.pdf> (Accessed: 25 March 2019). 联合国(1980), 《1969年维也纳条约法公约》。纽约:联合国, 关于条约的可分离型条款, 第44条。链接:<https://treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%201155/volume-1155-i-18232-english.pdf> (访问日期:2019年3月25日)。
144. Boister, N. and Jelsma, M. (2018) Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets. *International Community Law Review*, 20(5), pp. 487. doi: 10.1163/18719732-12341385.
145. INCB (2019) Report 2018 - Estimated World Requirements for 2019 - Statistics for 2017 [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board, p. 22. Available at: [https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Technical\\_Reports/2018/narcotic-drugs-technical-report-2018.html](https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Technical_Reports/2018/narcotic-drugs-technical-report-2018.html) (Accessed: (22 March 2019).
146. Boister, N. and Jelsma, M. (2018) Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets. *International Community Law Review*, 20(5), pp. 488. doi: 10.1163/18719732-12341385.
147. Griffiths, P., Evans - Brown, M. and Sedefov, R. (2013) Getting up to speed with the public health and regulatory challenges posed by new psychoactive substances in the information age. *Addiction*, 108(10), pp. 1701. doi: 10.1111/add.12287.
148. Reuter (2011) op. cit., p. 1.
149. Lande (1973) op. cit., p. 123.
150. CND (2019) UN system coordination Task Team on the Implementation of the UN System Common Position on drug-related matters, What we have learned over the last ten years: A summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters, Conference room paper submitted by the Secretary-General, March 2019, Annex I: United Nations system common position supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration, pp. 44-47. Available at: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_62/ECN72019\\_CRP10\\_V1901490.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_62/ECN72019_CRP10_V1901490.pdf) (Accessed: 22 March 2019). 麻醉品委员会(2019)联合国系统协调任务小组, 关于联合国系统在毒品有关问题的共同立场, 《我们过去十年学到了什么:联合国系统关于毒品有关问题的知识》, 联合国秘书处提交的会议室文件, 2019年3月, 附件I:联合国系统关于建立机构间有效合作机制, 支持国际毒品管控政策实施的共同立场, 44-47页, 链接:[https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_62/ECN72019\\_CRP10\\_V1901490.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_62/ECN72019_CRP10_V1901490.pdf) (访问日期:2019年3月22日)。
151. UN Chief Executives Board for Coordination (2019) Summary of deliberations [pdf]. New York: United Nations , p. 3. Available at: <https://www.unsceab.org/CEBPublicFiles/CEB-2018-2-SoD.pdf> (Accessed: 22 March 2019).
152. Khantzian E.J. (1985) The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), pp. 1259–1264. doi: 10.1176/ajp.142.11.1259.

## 补充资源

www.anyoneschild.org  
www.beckleyfoundation.org  
www.druglawreform.info  
www.drugpolicy.org  
www.genevaplatform.ch  
www.hri.global  
www.hrw.org  
www.intercambios.org.ar  
www.icsdp.org  
www.idhdp.com  
www.idpc.net  
www.inpud.net  
www.incb.org  
www.menahra.org  
www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx  
www.politicadedrogas.org/PPD  
www.sdglab.ch  
www.talkingdrugs.org  
www.tdf.org.uk  
www.unaids.org/en/topic/key-populations  
www.unodc.org  
www.wola.org/program/drug\_policy  
www.wacommissionondrugs.org  
www.who.int/topics/substance\_abuse/en/

## 毒品政策全球委员会报告

(<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>)

禁毒战争 (2011)

禁毒战争与艾滋病：毒品使用的刑事定罪如何导致疾病的全球传播 (2012)

禁毒战争对公共卫生的负面影响：丙肝的隐蔽蔓延 (2013)

掌控：通向有效毒品政策的途径 (2014)

毒品管制对公共卫生的负面影响：可避免灾难的全球危机 (2015)

推动毒品政策改革：去罪化的新途径 (2016)

世界毒品认知问题：反击对毒品使用者的偏见 (2017)

对毒品进行管理：负责任的管控模式 (2018)

## 毒品政策全球委员会立场文件

(<http://www.globalcommissionondrugs.org/position-papers/>)

北美鸦片危机 (2017年10月)

毒品政策与可持续发展议程 (2018年9月)

毒品政策与剥夺自由 (2019年5月)

## 鸣谢

### 技术协调

Martin Jelsma  
Khalid Tinasti

### 评审专家组

Ebtesam Ahmed  
Leandre Banon  
Wim Best  
Nuria Calzada  
Sandeep Chawla  
Adeeba Kamarulzaman  
Diederik Lohman  
Connie Van Staden

## 全球毒品政策委员会秘书处

Khalid Tinasti  
Barbara Goedde  
Eric Grant  
Anna Iatsenko  
Conrad Chahary

## 支持

开放社会研究所  
Virgin Unite  
橡树基金会  
瑞士联邦外交事务部

## 联系方式

[secretariat@globalcommissionondrugs.org](mailto:secretariat@globalcommissionondrugs.org)  
[www.globalcommissionondrugs.org](http://www.globalcommissionondrugs.org)



# 毒品政策 全球委员会

## 毒品政策全球委员会

毒品政策全球委员会的目的是在国际层面上开展知情的、以科学为基础的讨论，以人道的、有效的方式来减少毒品和毒品管控政策给社会和人民带来的伤害。

### 目的

- 评估“毒品战争”的基础、有效性和后果
- 评估不同国家应对毒品问题方式的风险和益处
- 制定可行的、以实证为基础的建议，以开展建设性的法律和政策改革