

人权和禁毒政策概述

许多国家在努力禁毒的同时也对人权造成了极大侵害，例如：酷刑、警察虐待、大规模监禁、法庭职权之外的杀害、强制拘留、拒绝给予基本的医疗和健康服务等。禁毒政策的强制实施，往往进一步强化了对使用毒品人群的歧视，阻碍了那些以治疗为目的的人群获得必要的管制药品。那些种植毒品作物国家人民的人权也因为根除非法毒品作物的运动而受到侵害，例如：因喷洒灭杀作物的化学药剂而导致的环境破坏和健康损害。

禁毒对人权的侵害随处可见并已成气候。这除了引起人们对其政策本身的极大担忧之外，还妨碍了对艾滋病蔓延的有效干预。这些侵犯人权的毒品政策拒绝对那些通过使用麻醉类药品来进行已被证实的，有效的艾滋病预防、护理和治疗的人群提供毒品，并致使至少一百万艾滋人群缺乏足够应对中等到严重程度疼痛的治疗。

仅仅孤立的实践毒品相关国际公约是不够的。每个联合国成员国都至少批准了一个重要的人权条约，许多成员国则批准了更多。每一个成员国既具有联合国宪章有关人权的责任义务，同时也受到国际习惯法的约束。至此，以上提及的问题对于那些试图履行自己在人权和禁毒方面国际义务的国家提出了相当多的法律和战略上的挑战。

越来越多的人权卫士，人权机构和非政府组织开始着手研究毒品政策以及其对维护人权所产生的影响。但是却很少有将二者联系起来研究或以此为专题的讨论。这些简报旨在介绍与禁毒有关的基本人权问题以及二者的关系，并藉此激发对国际人权法如何参与到应对一系列由禁毒相关法律，政策和实践而引发的人权问题的讨论。

人权与毒品政策

简报一

减少危害

“各缔约国依照国际法，特别是《经济，社会及文化权利国际公约》第12条的规定，有义务预防流行病。因此，遵照国际法规定，各国义务实行减少危害策略。”

—Anand Grover¹

背景简介：毒品注射，艾滋病毒/艾滋病以及“禁毒战争”

据估计，全世界158个国家和地区²内有1590万人口注射毒品³。其中绝大多数人口居住在低收入及中等收入国家。不安全的注射行为促使这些毒品注射者面临极高的传染艾滋病毒的危险。在撒哈拉沙漠以南非洲大陆国家之外的非洲，有30%的艾滋病毒感染是由注射毒品引起的。许多国家，特别是在中欧，东欧以及东亚，毒品注射是导致艾滋病毒传播的最主要原因。在一些地区，多达80%携带艾滋病毒的人很可能是由于不安全的毒品注射而感染的。⁴有证据表明，注射毒品的人口中有超过三百万人同时携带艾滋病毒。⁵

什么是减少危害？⁶

针对毒品问题而采取的减少危害策略是以牢固致力于公众健康和人权，并使毒品使用者，及其家庭和社区受益为基础而做出的。大体上讲减少危害涉及一系列政策、项目和实践。这些政策，项目和实践的目的在于减少因使用非必须的，有赖于戒除的精神药品所产生的危害。减少危害借助各种方法试图在总体上防止和减少毒品使用，但同时减少危害也承认很多人不能够也不愿意停止使用毒品。它还认为一些使用毒品的人并不需要治疗。因此，有必要选择性的对使用毒品的人提供帮助，降低他们继续使用毒品、伤害自己及他人的危险。

减少危害干预措施的例子（同时请参见简报3和5）

- 针头和针筒方案（NSPs）
- 依处方的药物替换治疗（例如：阿片类替换疗法）
- 对过量使用毒品的干预措施（例如：纳诺酮，烯丙羟吗啡酮，急救培训）

- 毒品消费室（Drug Consumption Rooms）^①
- 使用毒品方式干预措施（Route Transition Interventions）⁷
- 社工及吸毒人群之间的教育帮助^②

联合国艾滋病规划署, 联合国毒品和犯罪问题办公室以及世界卫生组织均将针头和针筒方案和阿片类替换疗法定义为针对注射毒品人群而采取的全面预防, 治疗和护理艾滋病毒整套措施中必不可少的组成部分。⁸

世界范围内的减少危害的政策和实践 ⁹

尽管诸多证据表明减少危害对预防艾滋病毒十分有效, 但全球的减少危害状况却不容乐观, 特别是那些急需减少危害服务的国家情况更是危急。

84个国家支持减少危害的策略和实践

74个国家在其国家文件中明确表示支持减少危害策略

77个国家有针头和针筒方案

10个国家在监狱中实施针头和针筒方案

65个国家有阿片类替换疗法

37个国家在监狱中实行阿片类替换疗法

8个国家有毒品消费室

据国际减少危害协会的调查显示, 至少在 76个有着毒品注射记录的国家中没有减少危害项目。而这一数据还未能表明减少危害服务所涉及的范围、质量和广度。在一些国家, 针头和针筒方案完全靠非政府组织实施。尽管这是完全合法的, 但至多是被政府勉强允许才得以实施。(参见简报2) 足以避免和防止艾滋病毒传播的减少危害措施的覆盖范围也仅在西欧、澳大利亚和新西兰得以实现。

在东南亚, 仅有3%的注射毒品者进入到减少危害方案中。在东亚, 这个数字为8%。针头和针筒方案和阿片类替换疗法目前仅仅是实验性的项目, 并且只是在主要城市实行, 所及范围很小。

^①人们在获得毒品之后可以到此类场所注射, 吸食毒品。该场所提供安全的毒品注射器具, 并配有经过医疗培训的医护人员和社工。——译者注

^②这里指社工主动寻找吸毒者, 为其提供安全器具。——译者注

中欧、东欧和中亚见证了世界上艾滋病毒传播速度之快。为应对迅速传播的艾滋病毒，几乎该地区的所有国家都启用了针头和针筒方案，29个国家中的23个国家对毒品成瘾者提供阿片类替换疗法。然而有着将近二百万毒品注射者的俄罗斯，仍然禁止阿片类替换疗法。

尽管在加勒比海地区毒品注射并不普遍，但最近的研究表明在一些加勒比海区域的国家中非注射毒品使用和性行为与艾滋病毒传播有很高的关联性。据估计，艾滋病毒在吸食可卡因人群中的流行程度已经赶上了在注射毒品人群中的传播。这种关联并没有得到足够的重视，艾滋病毒政策和毒品政策依然在这一地区依旧各自为政。

在拉丁美洲，有五个国家推行针头和针筒方案，其中主要在巴西和阿根廷实施。墨西哥的海洛因使用者比其他拉丁美洲国家要多许多。该国也是唯一一个在该地区推行阿片类替换疗法的国家，只是覆盖面很窄。

在中东和北非，包括伊朗在内的6个国家推行针头和针筒方案，3个国家有阿片类替换疗法。但是，没有一个国家提供的服务足够满足需求。整个该地区对于注射毒品危险性的认识较低。少数的非政府组织在该地区进行减少危害工作，然而一些国家对非政府组织活动的限定进一步限制了民间社会对于减少危害项目的响应。

尽管撒哈拉沙漠以南地区国家在毒品使用方面的资料有限，但依然有47个国家中的31个国家报告毒品注射案例。有资料显示，艾滋病毒在毒品注射人群中广泛传播。例如在肯尼亚的一项调查显示，7个注射毒品的妇女中就有六个携带艾滋病毒。该地区对预防艾滋病毒采取的措施中很少有针对注射毒品者的。据估计，在毛里求斯有17,000至18,000人注射毒品，其也是该地区唯一推行针头和针筒方案的国家。

全球范围内对于减少危害的资金投入很少，这既满足不了控制艾滋病毒在毒品注射者间流行需要，也与对由于性行为引起的艾滋病毒传播控制所投入的资源相比不成比例。¹⁰

在许多国家，减少危害措施进一步被刑法、不相称的刑罚和执法行为所压制。这些往往使得人们远离那些实际上存在的健康的、减少危害的服务，并导致更为危险的毒品使用。（参见简报2）

当人们因为毒品相关犯罪而被监禁之后很难得到减少危害服务。在我们所调查的国家中，仅有10个国家的监狱中有针头和针筒方案，37个国家的监狱中

有阿片类替换疗法。监狱是艾滋病毒传播的高危险聚集地。众多监狱缺乏减少危害方案的现状实在令人担忧。（参见简报3）

国际援助¹¹

除了科研领域对减少危害项目的一致支持¹²，联合国大会，经济和社会理事也两次提及减少危害战略。最近在人权理事会有关艾滋病毒/艾滋病问题的讨论中也对此有所提及。¹³

减少危害干预措施被包括联合国毒品和犯罪办公室、世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国开发计划署和联合国艾滋规划署在内的所有联合国相关机构认作是在注射毒品人群中预防艾滋病毒传播的最佳方式。¹⁴ 人权委员会最高长官Navanethem Pillay同样表达了其所在办公室对减少危害的支持，她指出：“减少危害是最有效的保障权利，减少个人承受的痛苦，并降低艾滋病毒传播的方法……不可否认的是那些因吸毒成瘾而备受折磨的人需要医疗护理。”¹⁵

减少危害与人权

健康权

联合国经济、社会和文化权利委员会在近期的会议中呼吁各缔约国按比例增加减少危害方案以担负起依照《经济、社会及文化权利国际公约》第12条规定的义务。在2007年与乌克兰有关的报告中，经济、社会和文化权利委员会指出：“对于该国毒品使用者有限的药物替换治疗状况表示严重的担忧”，委员会同时敦促该国：“对毒品使用者提供更多可行的药物替换治疗和艾滋病毒预防服务”¹⁶

在对塔吉克斯坦做出的总结性意见报告中，经济、社会和文化权利委员会建议：“该国应有计划地设立目标，提供更广泛的免费艾滋病毒检测和治疗服务，并将减少危害服务普及到全国各地。”¹⁷

无论是前任还是现任“享有能达到的最高标准健康权利问题”的特别报告员，在其发言和后续的各国讨论会上都对减少危害表示强烈支持。¹⁸ 正如前任特别大会报告员 Paul Hunt 教授所明确指出的：“为了减少与毒品相关的危害，应摒弃看法，尊重每个个体为人的尊严。无论何种生活方式，减少危害是实践人权的典范。减少危害作为以健康考虑为出发点的应对艾滋病毒的干预措施，如今应该被看作是实现毒品注射者最高健康标准的重要组成部分。”¹⁹

免受残忍的、非人道的、有辱人格的待遇的权利

有关酷刑特别报告员特别呼吁在监禁场所减少危害。²⁰（参见简报3）他指出：“毫无疑问，如果缺少适当的医疗，戒除毒瘾将引起剧烈的痛苦和折磨。”²¹他还总结说：“监管场所拒绝给予药物治疗或者缺乏可行的医疗处理可能构成了残忍的、非人道的、有辱人格的待遇和处罚，这也是被国际人权法所禁止的。”²²他同时建议在监禁场所推行针头和针筒方案以减少艾滋病毒和艾滋病的传播。²³

大会特别报告员敦促人权委员会着手解决禁毒和人权之间的紧张关系。²⁴

儿童权利

《儿童权利公约》第33条要求各缔约国：“采取包括立法、行政、社会和教育方式在内的所有可能的措施避免儿童使用那些在相关国际条约中被认定为非法的麻醉药物和精神药物。”

儿童权利委员会在其有关艾滋病毒/艾滋病第3号一般性意见中指出：“使用未经消毒的器具注射毒品进一步提高了艾滋病毒传播的危险性。委员会强调对儿童麻醉药品的使用应该给以更多的认识，包括对具有此类行为儿童权利的忽视和侵犯所产生的影响。在许多国家，儿童无法从与药物依赖有关的艾滋病毒预防项目中受益，而就算这些项目确实存在也主要是针对成年人而非儿童。

25

儿童委员会至此呼吁：“对受药物滥用影响的所有儿童提供必需的循证帮助，康复和回归正常生活服务。旨在有效降低由于此类滥用而引起的危害。”²⁶

¹ Foreword, “Harm Reduction and Human Rights: The Global Response to Drug Related HIV Epidemics,” <http://www.ihra.net/GlobalResponse>.

² Mathers B, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee S, Wodak A, Panda S, Tyndall M, Toufik A, Mattick RP and the Reference Group to the United Nations on HIV and injecting drug use, “The global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review,” *The Lancet*, 2008, vol. 372.

³ “Global State of Harm Reduction,” p. 12.

⁴ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, “AIDS epidemic update,” 2007.

⁵ “The global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review.”

⁶ <http://www.ihra.net/Whatisharmreduction>.

⁷ 使用毒品方式干预措施是指引导吸毒者避免高危险性的毒品使用行为，如注射，转而使用相对较为安全的方式，如吸食或者口服。参见 Des Jarlais, D.C., Casriel, C., Friedman, S.R. & Rosenblum, A., “AIDS and the transition to illicit drug injection: results of a randomized trial prevention program,” *Addiction*, 1992, vol. 87, pp. 493-498; Hunt, N., Preston, A. & Stillwell, G., “A Guide to Assessing ‘Route Transitions’ and Developing Interventions that Promote Safer Drug Use,” 2005, Dorchester: Exchange Supplies; Pizzey, R. & Hunt, N. (2008). Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing: an evaluation. *Harm Reduction Journal*, 5:24; Southwell, M., “Transitions to and from injecting. In R. Pates, A. McBride & K. Arnold (Eds),” *Injecting Illicit Drugs*, (Oxford: Blackwell Publishing Ltd., 2005), pp.118-134.

-
- ⁸ <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/InjectDrugUsers/default.asp>.
- ⁹ <http://www.ihra.net/GlobalStateofHarmReduction>.
- ¹⁰ International Harm Reduction Association, "Three Cents a Day is Not Enough: Resourcing HIV harm reduction on a global basis," (forthcoming) 2010.
- ¹¹ 参见, further, Human Rights Watch and IHRA, "Building Consensus: A reference guide to drug policy and human rights," 2008, <http://www.ihra.net/BookofAuthorities>.
- ¹² 参见, for example, U.S. Institute of Medicine, "Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence," September 2006, http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=11731#toc; Hunt N, "A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use," 2003, (Report commissioned by Forward Thinking on Drugs – A Release Initiative, London), <http://www.ihra.net/uploads/downloads/50best/HIVPrevention/HIVTop50Documents1.1.pdf>; World Health Organization, "Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users," (Geneva, World Health Organization, 2004); http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf; Canadian HIV/AIDS Legal Network, "Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience," 2004, <http://www.ihra.net/uploads/downloads/50best/HIVPrevention/HIVTop50Documents8.5.pdf>; World Health Organization, "Evidence for Action Technical Papers, Interventions to Address HIV in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies," WHO/UNODC/UNAIDS, 2007, http://www.who.int/hiv/ids/oms_%20ea_nsp_df.pdf; World Health Organization, "Evidence for Action Technical Papers, Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatment,s" WHO/UNODC/UNAIDS, 2007 <http://www.who.int/hiv/ids/EADrugTreatment.pdf>.
- ¹³ 参见 http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf (para 22); http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090724_e2009I23_en.pdf (para 19); and Human Rights Council resolution 27/12, "The protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)," 联合国 A/HRC/RES/12/27 文件(第5段), <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G09/168/42/PDF/G0916842.pdf?OpenElement>.
- ¹⁴ 参见, for example, World Health Organization, "Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users," (Geneva: World Health Organization, 2004), http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf; World Health Organization, "Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention," (Geneva, World Health Organization: 2004), <http://www.emro.who.int/aiecf/web203.pdf>; World Health Organization, "Evidence for Action Technical Papers, Interventions to Address HIV in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies," WHO/UNODC/UNAIDS, 2007, http://www.who.int/hiv/ids/oms_%20ea_nsp_df.pdf; World Health Organization, "Evidence for Action Technical Papers, Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatments," WHO/UNODC/UNAIDS, 2007.
- ¹⁵ High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy, Press release, 10 March 2009, <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>
- ¹⁶ 联合国 E/C.12/UKR/CO/5 文件, 28和51段.
- ¹⁷ 联合国 E/C.12/TJK/CO/1 文件 第70段.
- ¹⁸ 参见 Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, Mission to Sweden' (28 February 2007) 联合国 A/HRC/4/28/Add.2 para 60; Anand Grover, Foreword, "Harm Reduction and Human Rights, The Global Response to Drug Related HIV Epidemics, International Harm Reduction Association," 2009.
- ¹⁹ Foreword, "Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the Response to Drug-Related HIV and Hepatitis C Epidemics, International Harm Reduction Association," 2008, <http://www.ihra.net/GlobalState2008>.
- ²⁰ 联合国 A/HRC/10/44 文件第55—62段。
- ²¹ UN Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak*, 14 January 2009, A/HRC/10/44, para. 57.
- ²² UN Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak*, 14 January 2009, A/HRC/10/44, para. 71.
- ²³ UN Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak*, 14 January 2009, A/HRC/10/44, para. 79.
- ²⁴ UN Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak*, 14 January 2009, A/HRC/10/44, para. 71.
- ²⁵ UN Committee on the Rights of the Child (CRC), *CRC General Comment No. 3: HIV/AIDS and the Rights of the Child*, 17 March 2003, CRC/GC/2003/3, para. 35
- ²⁶ 联合国CRC/C/SWE/CO/4 文件, 第49段.

人权和毒品政策

简报2

毒品，刑法和政策实践

“长期以来，毒品使用者备受歧视和排斥，并被强制接受戒毒治疗。过分强调犯罪化和刑罚化，忽视减少危害和人权的处遇方式使得这一人群的权利受到侵害。”

联合国人权事务高级专员，2009¹

依照国际法相关规定，各国政府有义务减少毒品的供给和需求。在履行该义务的同时，各国还不能在毒品控制和医疗目的管制药品的使用两者之间顾此失彼。并且还要保证承担相应的人权保障义务。然而，各国针对毒品使用和吸毒成瘾的相关立法和司法均以惩罚为导向。针对毒品问题的刑法，罪责刑不相称的刑罚和刑事执法导致了各种健康问题并影响到了其他人权问题。

刑法、政策以及执法

针对个人使用和持有毒品的相关刑法

几乎世界上所有的国家都将基于个人使用而持有毒品的行为规定为犯罪。许多国家则将使用毒品本身定义为犯罪。这对那些吸毒成瘾者（慢性的、反复发作的医学状态）的影响尤为严重。每个人都有权获得救助生命的健康服务而不用担心被惩罚或被歧视。但在一些国家，就算是合法，许多注射毒品者也不会携带注射器或其他毒品注射器具。因为持有这些器具会被认定为毒品使用者，并使他们在某些情况下受到处罚。²许多毒品使用者不寻求治疗或参与减少危害服务，同样也是因为害怕被逮捕定罪。除了与监禁相关的显而易见的危害（参加简报3）之外，犯罪记录会在许多方面对犯罪人产生影响，如就业、入学、甚至是如住房之类的社保问题。罪犯的身份还使得毒品使用者遭受警察暴力，如鞭打、敲诈、甚至是酷刑。

与吸毒用具有关的法律

许多国家，随身携带吸毒用具，如针头和针筒，烟斗以及抽海洛因的箔纸等是非法的。因为怕引起警察的注意而不携带这些器具阻止了相对安全的毒品使用方式。其还导致危害减少服务的减少，因为服务提供者担心自己因提供卫生吸毒器具而卷入法律纠纷。

“煽动”“鼓励”“辅助和同谋”使用毒品的相关法律

许多国家的法律规定对煽动，便利或促进吸毒的处以刑罚。此类法律规定通常不以毒品使用的实际情况出发，也不考虑毒品使用的起因通常是由于同事，兄弟姐妹和朋友也使用毒品而引起的。此外，此类法律还阻碍了减少危害服务的进行。因为减少危害服务的提供者往往被指控为毒品使用提供便利。³

减少危害服务的年龄限制

未满18岁（在有的国家如瑞典，该年龄规定还更大）注射毒品者通常被拒绝给予减少危害服务。这是对即存事实的漠视，因为在许多国家注射毒品的人群中有的年龄只有10岁或12岁。⁴

毒品使用者档案

在许多国家，一旦毒品使用者去健康机构寻求服务，就会被记录在案，并且其使用毒品的情况也会为他人所知。吸毒人员登记制度是国家控制吸毒成瘾者的手段，并由此对吸毒人员的权利加以限制。该做法使得一些人在多年之内都背负着“吸毒者”的称谓。在有的情况下，无论这些人是否戒毒，这种名声也被无限期的施加到他们身上。⁵例如在中国，通过美沙酮疗法戒毒的情况会被记录在个人档案中，从而使警方容易取得该类信息。在泰国，一旦被登记，毒品使用者就处于警方和缉毒部门的监视之下。该国病人使用麻醉类药品的信息也是被公开的。因为担心被记录在案，就算戒毒治疗免费，毒品使用者也避而远之。⁶在俄罗斯，加入到公共戒毒治疗项目中的人会被记录在案，而那些有能力负担私人戒毒治疗的人则不会被记录在案。被列入吸毒人员名单之后，可能导致失去工作、丧失房产、甚至是被剥夺孩子的监护权。面对如此严重的后果，大部分人不会把公共戒毒治疗看作是可供选择的戒毒方案。⁷

政策的执行

对人权的恰当遵从，既是有效毒品政策的必要组成部分，也会对毒品使用者的健康产生积极影响。不幸的是，无数国家的实际情况恰恰相反。这一方面在于不良的法律法规的执行，另一方面在于毒品相关政策的实施。在许多地方，毒品使用者和减少危害服务被警察看作是容易骚扰，敲诈和陷入圈套的目标。

警察出现在减少危害服务场所或其附近，使得毒品使用者远离这些服务场所，因为他们担心会被警察逮捕或受到其他惩罚。⁸例如在乌克兰，毒品使用者称其多次在针头交换点被警察逮捕，还有人因为在针头交换点或其附近持有注射器而遭到警察严重的鞭打。⁹

2007年，在格鲁吉亚抗击毒品行动中，4%的男性人口接受了毒品检测，其中很多是被强制执行的。在被检测的人群中，有35%的人因与毒品有关的罪名被关进监狱。¹⁰2003年，泰国的“反毒品战役”使得2800人遭受法庭职权之外的杀害。该“反毒品战役”还对该国的毒品使用者享有基本医疗保健服务的权利造成持续性的影响。调查显示，在“反毒品战役”期间寻求医疗服务的毒品使用者人数明显减少。此外，还有报告显示之前参与戒毒治疗的人群中的很多人在此期间也停止了治疗。¹¹多年之后，很多毒品使用者还是不去公共医疗机构寻求治疗，因为他们担心自己过去或现在的毒品使用情况会被警察知悉。然而，这种恐惧并非毫无根据。在该国，公共医疗机构和毒品治疗中心将毒品使用者的信息与司法机构共享，这既是政策的要求也是实际存在的情况。¹²

大赦国际在其报告中控诉墨西哥在其加大反毒品控制实践中的法庭职权之外的处决。¹³

不相称的毒品犯罪刑罚和差别对待的毒品控制措施

在许多国家，基于个人使用或提供他人使用而持有毒品的将被判重刑，如长期监禁刑或者死刑。在美国的一些州，“三振出局法，或称重罪加长刑期法(three strikes legislation)”能导致轻型的非暴力毒品犯罪被判处终身监禁。¹⁴在一些国家，有时因为持有相对来说很少量的非法毒品而被判处死刑。¹⁵在其中的一些国家，该类死刑判决会被立即执行。死刑立即执行的判决被人权委员会¹⁶人权事务委员会¹⁷，美洲人权法院¹⁸和法庭职权之外的，草率和随意的处决问题

特别报告员，以及其他国家的法院认定为违背国际法的判决。此类判决不符合罪责刑相适应原则，并且对减少毒品消费和相关犯罪并无成效。¹⁹

毒品控制常常对那些弱势群体和边缘群体产生更大的影响，如农民、小范围内兜售毒品的贩子、轻型毒品违法者、少数民族或者土著人。在美国，非裔男性和女性因毒品犯罪而被起诉的人数是白种人的几倍。相比那些主要的毒贩，他们被施以相同的或者更严厉的刑罚。²⁰ 在巴西的反毒品战役中，绝大多数被警察杀害的是那些来自平民窟的黑人青年男子。而对他们来说，加入贩毒团伙是唯一可能的谋生机会。²¹

毒品犯罪和公平审理原则

在许多情况下，对毒品犯罪的审理都未能达到公平审判的标准。例如在伊朗，毒品走私案件由革命法庭（Revolutionary Courts）审理。联合国阿拉伯国家监禁问题工作小组敦促该国取消该类法庭，因为其不符合正当程序原则。²² 有报告显示，该类法院处理的案件中，有99%与毒品犯罪有关。²³ 法庭职权之外的，草率的，随意的处决问题报告员，对在印度尼西亚和沙特阿拉伯因酷刑而导致认罪并被处以死刑的问题表示关注。²⁴ 酷刑问题特别报告员在其2008年任职期间揭露的发生在印度尼西亚的类似案件也大多与毒品犯罪有关。²⁵

毒品和未经审理的拘留

许多国家不经过审理，也没有相应的正当程序保障就对毒品犯罪嫌疑人进行拘留。例如在马来群岛，根据《危险毒品法案》，当局有权在未上庭，未获法庭许可的情况下对走私毒品犯罪嫌疑人拘留长达60天。²⁶ 在经过拘留之后，内政大臣会发出拘留令，使得被拘留者有权到法庭申辩要求释放。²⁷ 然而，如果法庭拒绝释放该嫌疑犯，其可能会被连续拘留长达两年。²⁸ 某个顾问委员会可以对嫌疑犯的拘留进行评议。但是，这一步骤缺少法庭诉讼的程序保障。²⁹ 据称，根据该法案警察在未经法庭许可的情况下就可以拘留嫌疑犯。³⁰ 2007年，有798人依该法案被拘留。2008年的前八个月里，据此被拘留的人数已达到805人。³¹

强制戒毒治疗（参见简报 4）

在一些国家，违反毒品相关法规的人可能被强迫在戒毒中心呆上几年，无论他们是否真的需要戒毒治疗。而且这种强制戒毒也没有正当程序的保障。2004年的一份调查显示，3213名中国海洛因使用者中有9%的人通过极端行为，如吞咽玻璃等方式来逃避强制戒毒。³²

刑法及其执行与艾滋病毒 / 艾滋病

联合国毒品和健康问题相关机构，如联合国艾滋病规划署、世界卫生组织、联合国毒品和犯罪办公室以及国际麻醉药管制委员会，对毒品使用者间的艾滋病毒传播的预防、治疗和护理予以支持并促进一系列广泛干预措施的实施。这些措施包括阿片类替代治疗、以及保障获得针头和针筒交换方案的服务。就算是在一些国家这些方案是合法的，惩罚性质的法律、政策和实践也使得毒品使用者无法获得这些能够挽救他们生命的服务。

在许多国家进行的研究表明，刑法禁止持有注射器以及其他相关的针对毒品使用的政策实践，直接或者间接地提高了艾滋病毒传播的风险。³³这一现实情况在国际艾滋病毒和人权指导方针中被提及，如下文：

各国需要对其刑法和矫正系统进行重新审视和改革，以使其与国际人权义务要求相一致。并且保障其不会在处理有关艾滋病毒问题时被滥用，也不会针对弱势群体……

刑法不该成为各国采取降低艾滋病毒在毒品使用者间的传播危险以及对毒品使用者提供与艾滋病毒预防有关的服务和治疗等措施的障碍。³⁴

艾滋病毒的治疗也受到法律和政策的影响，因为这些法律和政策将那些有着高危险性艾滋病毒传染的人群视为犯罪和耻辱。在许多国家，艾滋病毒携带者中的绝大多数是毒品使用者，但相对于其他不使用毒品的艾滋病人来说，他们获得的治疗可能性却很低。在中国，自 2006 年以来的数据表明，艾滋病病例中有 48% 是注射毒品者，但他们中获得 ART 的人数只占有获治人数的 1%。在马来西亚，有 75% 的艾滋病病例是毒品注射者，但这些注射者中仅有 5% 的人获得 ART。³⁵类似的差异在世界卫生组织对欧洲国家的调查中也有所显示，特别是东欧国家更明显。³⁶

毒品相关法律和政策的改善， 毒品使用者的人权

考虑到刑事司法途径对毒品使用者的健康和人权产生的不利影响，多国政府开始对基于个人使用而持有少量毒品的行为非犯罪化。例如在西班牙、葡萄牙和意大利，就不对基于个人使用而持有毒品的行为认作违法。在荷兰和德国，基于个人使用而持有毒品是非法的，但是为防止任意施加刑罚，该国建立了对警察和检察官办理此类案件的指导原则。³⁷许多拉丁美洲国家，如巴西、墨西哥和阿根廷，不管是通过法院令或立法的形式，都对基于个人使用而持有

毒品非犯罪化。这一非犯罪化的运动，得到包括前总统在内的高层政客的支持。³⁸葡萄牙对所有基于个人使用而持有毒品的行为非犯罪化。³⁹

在美国，有的州通过颁发法院令的方式禁止警察对那些因为参与针具交换方案而持有未使用完的毒品针具的人施加速捕。有的州则通过公安部门下发政令，要求警察不要在针具交换点附近区域巡逻等方式来保障毒品使用者获得减少危害服务。⁴⁰包括瑞士、德国、澳大利亚和加拿大等国家在内的许多城市建有受监管的毒品注射点，允许毒品使用者在一个安全的，卫生的环境下注射毒品，并且不用担心因为在该类站点持有非法毒品而被逮捕或者受到起诉。⁴¹至少有十个欧洲和中亚国家的监狱中有针头交换方案，这些国家包括伊朗、摩尔多瓦和吉尔吉斯斯坦等。⁴²

联合国毒品控制相关公约对持有毒品和使用管制成瘾药品行为的刑罚化做出了弹性化的规定。⁴³根据国际麻醉药管制委员会，“国际毒品控制条约的确对与基于个人使用有关的违法行为的刑罚给予了相对自由的裁量空间。《1961年公约》的缔约国应该不允许个人因非医疗目而持有毒品的行为。《1988年公约》的缔约国需对个人使用毒品的行为建立刑法防范体系，并将此作为其宪法原则和立法体系基本概念而予以确立。”⁴⁴国际麻醉药管制委员会认为：2001年葡萄牙对使用毒品以及基于个人使用而持有少量毒品行为的非犯罪化符合国际毒品控制条约的规定。⁴⁵联合国毒品和犯罪办公室同样对因为毒品犯罪化而对毒品使用者的健康和人权造成的危害表示担忧，并鼓励采取积极的措施来控制毒品，这些措施包括停止监禁轻型毒品犯，并改革那些可能导致逮捕数量激增的行为，例如将矛头主要指向那些暴力型毒品犯罪或大量贩卖毒品者。⁴⁶

大量的研究，包括联合国毒品控制规划署应国际麻醉药管制委员会要求而做的报告，都指出实施减少危害项目，（如阿片类替换治疗、针具交换方案、受监管的机构内毒品使用以及海洛因处方方案等）与联合国毒品控制相关公约是一致的，并不违背各国依此公约所应尽的义务。⁴⁷

1 High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy, Press release, 10 March 2009, <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>

2 A survey of drug users in five Russian cities, for example, found that 40 percent routinely did not carry injection equipment, in part out of fear of attracting police attention. Jean-Paul C. Grund, 'Central and Eastern Europe', in *HIV AND AIDS: A GLOBAL VIEW*, Karen McElrath, (ed) (Westport, Connecticut: Greenwood Press, 2002), pp. 41-67.

3 Young people and injecting drug use in selected countries of central and eastern Europe, Eurasian Harm Reduction Network, 2009, pp. 62-65.

4 参见 *ibid* pp. 28-31.

5 The Effects of Drug User Registration Laws on People's Rights and Health, Key Findings from Russia, Georgia, and Ukraine, Open Society Institute, October 2009 http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf.

6 Human Rights Watch, "Deadly Denial, Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand," 2007, p. 20

7 Human Rights Watch, "Rehabilitation Required: Russia's Human Rights Obligation to Provide Evidence-Based Drug Treatment," Vol. 19, No. 7(D), November 2007.

-
- 8 参见 also studies cited in the Human Rights Watch reports: “Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine’s Fight Against AIDS,” Vol. 18, No. 2(D), pp. 34-40; “Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation,” Vol. 16, No. 5(D), April 2004 pp. 28-31; “Fanning the Flames: How Human Rights Abuses Are Fuelling the AIDS Epidemic in Kazakhstan”, vol. 15, No. 4(D), June 2003, pp. 32-34; “Not Enough Graves: The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights,” vol. 16, No. 8(C) (June 2004), pp.36-42.
- 9 Human Rights Watch, “Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine’s Fight Against HIV/AIDS.”
- 10 Otiashvili, D., “Georgian Drug War – Ignoring Evidences, Neglecting Human Rights.” Presented at the International Harm Reduction Association’s 19 th Annual conference in Barcelona, Spain, May 14 th , 2008.
- 11 “Not Enough Graves,” pp. 36-37. Researchers have also found that the government crackdown on drug users was likely to discourage drug users from obtaining HIV testing and other medical services. Tassanai Vongchak et al., “The influence of Thailand’s 2003 ‘war on drugs’ policy on self-reported drug use among injection drug users in Chiang Mai, Thailand,” International Journal of Drug Policy, No. 16 (2005), pp. 115–121.
- 12 Human Rights Watch and Thai AIDS Treatment Action Group, “Deadly Denial: Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand”, November 2007, pp. 20-24.
- 13 Amnesty International, Mexico: New Reports of Human Rights Violations by the Military, 8 December 2009, AMR 41/058/2009
- 14 参见 for example, Justice Policy Institute, “Still Striking Out: Ten years of California’s three strikes policy”, 2004, http://www.justicepolicy.org/images/upload/04-03_REP_CASStillStrikingOut_AC.pdf; and Justice Policy Institute, ‘Three Strikes and You’re Out: An examination of the impact of 3-strike laws 10 years after their enactment’, 2004, http://www.soros.org/initiatives/justice/articles_publications/publications/threestrikes_20040923/three_strikes.pdf.
- 15 “除了在一些特定情况下，死刑有违健康权。对毒品犯罪人实施死刑并不符合死刑判决所要求的（极为严重的犯罪）的要求，而这里的所谓的极为严重的犯罪要求有谋杀的故意并且导致生命的丧失。... 对该问题的相关讨论请参见 Rick Lines ‘The Death Penalty for Drug Offences: A Violation of International Human Rights Law’ International Harm Reduction Association, 2007.
- 16 The Commission on Human Rights, Human Rights Resolution 2005/59 (20 April 2005) para. 6.
- 17 Human Rights Committee, Lubuto v. Zambia, No. 390/1990 (1995)
- 18 The Inter-American Court of Human Rights, Hilaire, Constantine, Benjamin, et al. v. Trinidad and Tobago Series C, No. 94 (21 June 2002)
- 19 参见, T Gabor and N Crutcher ‘Mandatory minimum penalties: Their effects on crime, sentencing disparities, and justice system expenditures’. Ottawa: Justice Canada (Research and Statistics Division), January 2002.
- 20 参见 Human Rights Watch, “Decades of Disparity: Drug Arrests and Race in the United States,” 2009; Human Rights Watch, “Targeting Blacks: Drug Law Enforcement and Race in the United States,” 2008; American Civil Liberties Union, “Break the Chains,” and the Brennan Center at NYU School of Law, “Caught in the net: The impact of drug policies on women and families,” New York, 2006.
- 21 ANCED and Forum DCA, ‘Report of Civil Society on the Rights of the Child and the Adolescent in Brazil, Alternative Report Submitted to the Committee on the Rights of the Child’, 2004, p. 76. (On file with the authors); 参见 also Luke Dowdney, ‘Children of the Drug Trade: a case study of children in organised armed violence in Rio de Janeiro’, 7 Letras, 2003, p. 167
- 22 Report of the Working Group on Arbitrary Detention , Visit to the Islamic Republic of Iran, (27 June 2003) E/CN.4/2004/3/Add.2
- 23 United Kingdom: Home Office, Country of Origin Information Report - Iran, 28 April 2006, page 23
- 24 UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on Extrajudicial, Summary or Arbitrary Executions, Philip Alston, 27 May 2009, A/HRC/11/2,
- 25 UN Human Rights Council, Report of the Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, 10 March 2008, A/ HRC/7/3/Add.7
- 26 UN Human Rights Council, Summary prepared by the Office of the High Commissioner for Human Rights, in accordance with paragraph 15(c) of the Annex to Human Rights Council Resolution 5/1 - Malaysia, 27 October 2008, A/HRC/WG.6/4/MYS/3, page 6.
- 27 US Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, 2008 Country Reports on Human Rights Practices, (25 February 2009)
- 28 UN Human Rights Council, Summary prepared by the Office of the High Commissioner for Human Rights, in accordance with paragraph 15(c) of the Annex to Human Rights Council Resolution 5/1 - Malaysia, 27 October 2008, A/HRC/WG.6/4/MYS/3, page 6; US Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, 2008 Country Reports on Human Rights Practices, (25 February 2009)
- 29 US Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, 2008 Country Reports on Human Rights Practices, (25 February 2009)
- 30 Human Rights Watch, Convicted Before Trial: Indefinite Detention Under Malaysia’s Emergency Ordinance, 24 August 2006, C1809; US Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, 2008 Country Reports on Human Rights Practices, (25 February 2009)
- 31 US Department of State, Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, 2008 Country Reports on Human Rights Practices, (25 February 2009)
- 32 参见 Human Rights Watch, International Harm Reduction Association and Asia Catalyst submission to the UN Committee against Torture 30 September 2008, http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/ngos/HRW_IHRA_AC_China_41.pdf
- 33 参见 Scott Burris et al., ‘Addressing the ‘Risk Environment’ for Injection Drug Users: The Mysterious Case of the Missing Cop’, The Milbank Quarterly, vol. 82, no. 1 (2004), pp. 131-35 (reviewing studies); R. Pollini et al., ‘Syringe Possession Arrests are Associated with Receptive Sharing in Two Mexico-US Border Cities’, Addiction (2007), vol. 103, pp. 101-108; Joanne Csete ‘Do Not Cross: Policing and HIV Risk Faced by People Who Use Drugs’, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2007, <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1080>
- 34 Guideline 4, International Guidelines on HIV and Human Rights, http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf.
- 35 Aceijas et al ‘Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries one year before the end of the ‘Treating 3 million by 2005. Making it happen. The WHO Strategy (3x5)’ Addiction (2006), vol. 101(9), pp. 1246-1253.
- 36 Annemarie Bollerup, M Donoghoe, J Lazarus & SVMatic, ‘Access to HAART for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2005’, summary available at http://www.euro.who.int/ Document/SHA/ACCESS_TO_HART.pdf.

-
- 37 参见 Glenn Greenwald, Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies, CATO Institute, April 2009
http://www.cato.org/pub_display.php?pub_id=10080; Martin Jelsma, Legislative Innovation in Drug Policy, Transnational Institute, Nov. 2009.
- 38 “Drugs and Democracy: Towards a paradigm shift,” Final report of the Latin American Commission on Drugs and Democracy, 2008
http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/declaracao_ingles_site.pdf.
- 39 参见 “Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies,” CATO Institute, April 2009
http://www.cato.org/pub_display.php?pub_id=10080
- 40 参见, for example, *Roe v. City of New York*, 232 F. Supp.2d 240 (U.S. DCt, SDNY) (barring arrest of needle exchange program participants based on residue in used syringes); *Doe v. Bridgeport Police Department*, 198 F.R.D. 325 (U.S. DCt., SDCT) (same); Los Angeles County Police Order (directing police to refrain from targeting or conducting observation in syringe exchange locations to identify, detain, or arrest persons for narcotics-related offenses).
- 41 In Vancouver, Canada, for example, drug users are covered by a provision of the federal Controlled Drugs and Substances Act that exempts any person or class of persons from the application of the Act if, in the opinion of the Minister of Health, “the exemption is necessary for a medical or scientific purpose or is otherwise in the public interest.” Controlled Drugs and Substances Act, Section 56. For further information on safe injection sites, 参见 Richard Elliott et al., *Establishing Safe Injection Facilities in Canada: Legal and Ethical Issues* (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2002), [online] <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/druglaws/safeinjectionfacilities/safeinjectionfacilities.pdf>; and City of Vancouver, “Supervised Injection Sites (SIS): Frequently Asked Questions,” [online] www.city.vancouver.bc.ca/fourpillars (retrieved January 4, 2006).
- 42 参见 Harm Reduction Policy and Practice Global State of Harm Reduction 2008, International Harm Reduction Association,
<http://www.ihra.net/GlobalStateofHarmReduction>.
- 43 The treaty-based drug control system is based on three international drug conventions: the Single Convention on Narcotic Drugs (1961) as amended by the 1972 Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs; the Convention on Psychotropic Substances (1971), and the Convention Against the Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988). The 1961 and 1971 treaties require governments “to take all practicable measures” for the prevention of drug abuse, and “for the early identification, treatment, education, after-care, rehabilitation and social reintegration” of people who use drugs.” While all three treaties require governments to criminalize possession other than for medical or scientific purposes, they state that governments may provide measures for “treatment, education, aftercare, rehabilitation and social reintegration”, “either as an alternative to conviction or punishment or in addition to conviction or punishment.”
- 44 INCB Annual Report for 2001, http://www.incb.org/incb/en/annual_report_2001.html, para. 211. 参见 also Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988), UN Doc. E/CN.7/590 (noting flexibility with respect to criminal penalties, and that “as with the 1961 and 1971 Conventions, paragraph 2 does not require drug consumption as such to be established as a punishable offence. Rather, it approaches the issue of non-medical consumption indirectly by referring to the intentional possession, purchase or cultivation of controlled substances for personal consumption(...”).
- 45 INCB, Report of the International Narcotics Control Board for 2004, New York: 2005, para. 538. Portugal’s 2001 drug law “decriminalized, but did not “legalize” drugs, meaning that while drug possession and drug use are still legally prohibited, violations are considered exclusively administrative and exempt from criminal sanction.
- 46 UNODC, World Drug Report 2009, pp. 163ff.
- 47 参见., Decision 74/10, Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches, prepared by UNDCP’s Legal Affairs Section, E/INCB/2002/W.13/SS.5, 30 September 2002.

人权和毒品政策

简报3

监禁场所的减少危害

“遵从国际人权规范的监禁政策，法规和项目的做出必须基于以下方面：在降低艾滋病病毒传播危险方面有效性的实证依据；对于监狱中艾滋病病毒/艾滋病及其相关危险行为的危害和损失的评估；以及对于被监禁人员和社会大众的健康考虑。”

—联合国毒品和犯罪问题办公室，世界卫生组织以及联合国艾滋病问题规划署，2006¹

背景介绍：毒品注射，艾滋病病毒/艾滋病与监禁场所

全世界有九百万人被监禁在各类刑罚机构内。²该数据仅仅表明了在一特定时间内的被监禁人口数量，其显著低估了那些每年在监狱中的流动人口的数量，即那些监禁期很短的人群。全世界被拘禁在监狱和看守所的人中有超过三分之一的属于审前拘禁，数目将近一千万。³

据世界卫生组织的定义，监狱是指这样一些场所，“全社会面临的两个最大公共健康问题的汇聚之所。艾滋病病毒、艾滋病的流行，酒精和非法毒品等作用于精神的物质的普遍有害使用”⁴在许多国家，罪犯为注射毒品而共用注射器具，这大大加速了如艾滋病病毒，乙肝等通过血液携带的病毒的传播。那些易感染艾滋病病毒，艾滋病的人群往往也是那些因社会经济地位而更易被监禁的人群。由此，监狱中人群感染艾滋病病毒和乙型肝炎的几率要远远高于监狱外的人群。⁵这一情况在那些肺结核和性病感染率较高，有着众多使用毒品和心智不健全人员的拘禁场所中更为严重。

艾滋病病毒在监狱中能以惊人的速度传播，尤其是在那些注射毒品的罪犯之间。例如，2002年，艾滋病病毒在立陶宛的Alythus监狱注射毒品的人群中爆发，仅仅在这一时期的几个月内，就有263名罪犯被检测出艾滋病病毒阳性。在此之前，在整个立陶宛监狱系统中仅仅检测出18例艾滋病病毒感染，而立陶宛整个国家那时被确认携带艾滋病病毒的也只有300人。⁶这一例证表明相对于整体的公共健康、国民疾病治疗和保健而言，监狱的健康保障体系是不完善的。

艾滋病病毒及其他传染性疾病在监狱中的高传播率可能导致罪犯的高死亡率。南非监狱的艾滋病病毒和结核病的高传染率就是例证。据官方数字统计，在1995年至2000年

间监狱犯人的“自然死亡”率提高了584%。据国家矫正部门1999年做出的验尸报告显示，其中有90%的狱犯死亡与艾滋病毒有关⁷。同时，基于这些数据以及持续增长的犯人数量，该报告预计到2010年，将有45,000人在南非国家监狱中死亡。⁸

这些被关押在监狱或者拘留所中的绝大部分人最终将被释放回到监狱外的社区中。因此，减少艾滋病毒在监狱系统的传播同时也是降低艾滋病毒在整个社会传播的必要组成部分。

世界范围内监禁场所的 减少危害

纵使全世界许多监狱中惊人的艾滋病毒感染率、被拘禁人群显著的危险行为以及那些记录在案的拘禁人群中艾滋病毒传播和爆发案例，却很少有国家采取有效的医疗卫生措施来防止艾滋病毒在这一易感人群中的传播。

据世界卫生组织、联合国毒品和犯罪问题办公室和联合国艾滋病问题规划署的报告⁹，在监狱中一套广泛的干预措施必须包括：

- 提供信息和教育，特别是对使用毒品者之间的信息交流和教育
- 提供避孕套及其他措施来减少性病传播
- 针头和针筒方案
- 对毒品依赖的治疗，特别是阿片类替换疗法
- 无偿咨询服务及艾滋病毒检测
- 护理、治疗和帮助艾滋病毒感染者，包括提供抗逆转录病毒治疗

少数具有革新精神的国家对监狱犯人采取艾滋病毒预防和治疗服务。例如，目前有10个国家允许针头和针筒方案在一些监狱中实行，37个国家许可阿片类替换疗法，但绝大多数国家还是远远达不到综合指标。就算是在那些减少危害措施被推行的国家，许多方案的实施规模也很小，仅仅在一些特定的地区或监狱实行，或者并不包括全面应对措施的所有必要方案。¹⁰

在监狱中无法推行减少危害服务通常是因为缺乏政治意愿或者是对使用毒品人员的零容忍政策的优先执行压倒了循证减少危害的新方案。有时，则是因为缺乏应对巨大需求的资源和技术。有些情况下，则是二者兼而有之。

公众对于被拘禁人员的负面态度成为能够客观地、实事求是地讨论监狱医护政策的障碍。多数政府就算承认在监禁机构内的毒品使用某种程度上称得上是看管的失败，也还是不愿公开讨论监狱中毒品使用与健康状况这一问题。于此同时，监狱犯人与很多人共用针头注射毒品。人们还认为在监狱中推行减少危害方案将对监狱犯人和工作

人员的安全造成威胁。而事实是，那些已经推行这些项目的国家的经验表明，他们能够以安全和有把握的方式推行这些方案。¹¹

拒绝以循证方式讨论这些与健康有关问题的，进一步危及了这一已经十分脆弱人群的健康和人权。

减少危害以及被拘禁人员的健康权

各国未能在监禁场所实行包括针头和针筒方案、阿片类替换疗法在内的全面减少危害措施，违背了其在国际人权法中应尽的义务。

任何被剥夺自由的人都有权利获得尽可能高的健康标准。在监禁场所中人员的健康权利，不仅仅与经济，社会，文化权利相关，同时在公民权利和政治权利机制下也有所体现。例如，人权委员会指出，可以依据生命权（《公民权利和政治权利公约》第6条）或者受人道待遇权（《公民权利和政治权利公约》第10条）¹²提出被拘禁人员的健康问题。生命权¹³和受人道待遇权¹⁴的相关国际法规定明确地对规约成员国在保护服刑人员生命和福利方面规定了积极的义务。据此，各国政府有义务采取行动来保障服刑人员的健康。

经济，社会和文化委员会明确指出：“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”¹⁵，其同时认为各国有义务在监禁场所采取预防性的健康服务。在其1997年对俄罗斯联邦做出的观察总结中，委员会表达出明确的担忧。报告称：“关于肺结核的重新出现，特别是在监狱里的健康和生活条件不能接受的”¹⁶这一担忧在委员会2003年的观察报告中也同样提及。¹⁷在两份报告中，委员会都督促各国采取行动防止结核病在监狱中的传播。这也是ICESCR中有关在监狱中采取预防性健康措施的责任要求。¹⁸

委员会认为缺乏减少危害措施有悖于《经济、社会和文化权利国际公约》第12条对规约国作出的义务规定。在其2006年对塔吉克斯坦做出的观察报告中，委员会指出“艾滋病毒在该国迅速蔓延，特别是在毒品使用者，监狱犯人和性工作者中间”，并明确敦促该国政府“在全国范围内有计划有步骤的扩展减少危害服务”。¹⁹在2007年对乌克兰的观察报告中，委员会建议该国：“继续努力并采取紧急措施使得全民得以预防艾滋病毒；对监狱和拘留所中被监禁人员中的艾滋病毒携带者和艾滋病人提供治疗，护理和帮助；并尽可能为毒品使用者提供毒品替代治疗和艾滋病毒预防服务。”

监禁场所中的减少危害以及避免残酷，非人道的和有辱人格的待遇

酷刑和其它残酷的，非人道的或有辱人格的待遇和处罚特别报告员近期呼吁：“在监禁场所必须实行针头和针筒方案来降低艾滋病毒/艾滋病的感染率。”²¹ 他同时指出：“如果没有适当的药物治疗，戒毒将产生巨大的痛苦和折磨。”²² “监禁机构里拒绝提供医疗服务或者缺乏可获得的医疗护理可以被看做是残忍的，非人道的，有辱人格的待遇和惩罚，这同时也是被国际人权法所禁止的。”²³

1 UNODC, WHO & UNAIDS, HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response, 2006, p.11.

2 R Walmsley, World Prison Population List, 6th ed., International Centre for Prison Studies, 2005, p.1.

3 Open Society Justice Initiative and the Open Society Institute "Why We Need a global Campaign for Justice," Justice Fact sheet, September 2009.

4 World Health Organization Europe Status Paper of Prison, Drugs and Harm Reduction (WHO Regional Office for Europe Copenhagen 2005) Doc No EUR/05/5049062, 3.

5 WHO, UNODC & UNAIDS, Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, 2007.

6 R Jürgens, "HIV/AIDS in Prisons: Recent Developments," Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review, 2002, vol. 13, no. 19.

7 KC Goyer, HIV/AIDS in Prison: Problems, Policies and Potential (February 2003), in Monographs of the African Human Securities Initiative, No 79, ch 1.

8 Ibid.

9 WHO, UNODC & UNAIDS, Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, 2007.

10 参见 International Harm Reduction Association, "Global State of Harm Reduction 2008" <http://www.ihra.net/GlobalStateofHarmReduction>.

11 WHO, UNODC & UNAIDS, Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, 2007.

12 Cabal and Pasini v Australia (7 August 2003) UN Doc CCPR/C/78/D/1020/2002, para 7(7).

13 Human Rights Committee, "General Comment No. 6: The Right to Life Article 6" (30 April 1982) UN Doc HRI/GEN/1/Rev.1 para 5.

14 Human Rights Committee "General Comment 21: Humane treatment of persons deprived of liberty (Art. 10)" (10 April 1992) Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies UN Doc.HRI/GEN/1/Rev.6 para 3.

15 Committee on Economic Social and Cultural Rights, "General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health," August 11, 2000, UN Doc E/C.12/2000/4, para 34, emphasis in original.

16 Committee on Economic, Social and Cultural Rights "Concluding Observations: Russian Federation," 1997, UN Doc E/1998/22 para 112.

17 Committee on Economic, Social and Cultural Rights "Concluding Observations: Russian Federation," 2003, UN Doc E/2004/22 64 para 33.

18 Committee on Economic, Social and Cultural Rights (n 16) para 61; Committee on Economic, Social and Cultural Rights (n 17) para 47.

19 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights "Concluding Observations: Tajikistan," 24 November 2006, UN Doc. No. E/C.12/TJK/CO/1 para 70.

20 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights "Concluding Observations: Ukraine," 4 January 2008, UN Doc. No. E/C.12/UKR/CO/5 para 51.

21 UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak, 14 January 2009, A/HRC/10/44, para. 74

22 UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak, 14 January 2009, A/HRC/10/44, para. 57.

23 UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak, 14 January 2009, A/HRC/10/44, para. 71.

人权与毒品政策

简报4

强制戒毒措施

“知情同意权，作为健康权必不可少的组成部分，必须在反抗各种理由的侮辱和歧视中得以彰显。”

联合国享有最高标准健康权利问题¹特别报告员 Anand Grover

“提及对吸毒人员的医疗，依照对医护治疗的知情同意权（及其逻辑推理的必然结论，拒绝治疗权），不能够强制病人戒除毒品。”

联合国毒品和犯罪问题办公室行政长官 Antonio Maria Costa²

背景介绍：毒品药物依赖和强制治疗

世界卫生组织将药物依赖定义为：对精神类药物的强烈需求，难以控制对该类药物的使用，不顾因使用而引起的生理、心理和社会问题而持续使用该类物质，如果突然停止使用该类药物，耐受性会随着时间的推移而增加并可能出现戒除毒瘾时的相应症状。³ 研究表明对毒品药物的依赖并非是意志或品格的沦落，这是一种慢性的，基于生理和遗传学原因而反复恶化的健康状况。⁴

许多国家，使用毒品者将在数月，甚至数年的时间里被排斥在医疗服务之外。而这种权利的剥夺未经审判或正当程序。对应的强制戒毒中心则大多由军警或其他未经任何医护训练的人管理，难以提供任何基于科学的治疗。

调查报告：强制戒毒 政策和实践

在那些采取强制戒毒的国家中，常常发生大规模的未经正当程序的任意逮捕和关押。关押场所的设施也未能达到基本的健康和人权标准。

在柬埔寨只要是毒品使用者，无论成瘾与否，都可能时不时地被警察围捕并投入到政府的强制戒毒中心。这些戒毒中心以艰苦的训练和强制劳动为主要的“处遇”方式。在这些戒毒中心里，被关押者常常面临酷刑和极度残忍的身体折磨，包括性侵犯、被警棍电击和电线抽打等。被送进戒毒中心之前这些人并未经

过毒品成瘾的检测。被警察拘留及随后在戒毒中心关押期间，这些人既无法获得法律咨询，也未经司法判决，更无法对此提出复议。2008年，在柬埔寨强制戒毒中心里有四分之一的人为18岁以下的未成年人，他们与成年人关押在一起，被强制劳动以及忍受身体上的虐待。⁵

戒毒人员被虐待的情况在中国的很多强制戒毒中心普遍存在。尽管在该国2008年的《反毒品法》中将毒品使用者看做“病人”并承诺给以法律保护，而实际上该法给政府官员和执法人员广泛的权力，使其可以在未经审讯或有失公正的情况下对毒品使用嫌疑人实施非法关押，最长可达六年。被关押在强制戒毒所中的人常常被鞭打，无法获得医疗服务，每天无偿劳动多达18个小时。尽管他们是被判“劳动改造”的，但他们却无法得有效的药物替换治疗，也没有机会学习一定的技能为重返社会做准备。⁶ 据联合国预防艾滋计划署称，任何特定时间内，中国都有50万人被确认关押在强制戒毒所里。

在越南有109个与毒品处遇有关的拘留所（也被称作“06 中心”），这些拘留所中关押着60,000 名毒品使用者。他们在此被拘禁可长达五年。在看守所附近有两个所谓的医疗服务机构和三个劳动场所。被关押的人无法得到律师，未经审判，也无法对其被关押提出质疑。被关押者经常被拒绝给予以医护，就算是在毒品戒除期间情况也一样。有时他们被迫长时间的劳动，获得的报酬却低于市场工资标准，并被扣除其食宿费用。如果没有完成工作量则会被隔离和处罚。

2003年，泰国有上千人被强制关押在由安全部队控制的“戒毒”（drug treatment）中心。在所谓的“戒毒治疗”开始之前，人们就已经被“判定”了刑期。在这些中心里，所谓的“治疗”实质上是军事训练。泰国的强制处遇和改造措施对毒品使用者的健康和人权有着长期的影响。很多人因为害怕被逮捕和遭遇警察而不断的逃避政府所属的医疗机构和毒品处遇项目。⁷

在俄罗斯的一些机构中，毒品使用者受到“鞭打疗法”（flogging therapy）。他们在戒毒期间被拷在床上，并被拒绝给予减轻戒毒痛苦的药物。那些自愿接受治疗的毒品使用者被锁在病房里，有的人则遭受了灾难性的后果。⁸ 2006年，46名妇女在一所滥用药物治疗医院中的大火中丧生。事后发现导致惨案的原因在于医院中的工作人员对被锁在病房中的病人置之不理。⁹

2009年3月，新加坡政府的一份报告中指出，对毒品使用者可以随时拘留并任意延长拘留时间。同时规定，一旦复吸可以对其进行鞭笞，尽管复吸是戒毒过程中十分普遍的现象。¹⁰

在老挝，毒品使用者被关押在狭小的地方，即无法得到循证治疗，也没有必要的医疗服务。这些被拘留的人常常受到身体虐待和性侵害，而他们当中有上百个儿童。这些儿童与成人混押在一起。¹¹

人权和强制戒毒中心

毒品药物依赖治疗是卫生保健的一种形式，因此理应执行与其他医疗保健一样的标准。在毒品药物医疗实施的过程中必须尊重和保障人权。这些权利包括：毒品使用者享有可达到的最高标准的生理和心理健康，包括信息受到保密，无论健康状况如何的被告知情权等在内的病人权利，以及知悉同意权（包括自愿退出治疗），免受歧视的权利和免受酷刑和其他残忍的、不人道的、有辱人格的待遇。

不恰当的医学治疗

每一个《经济，社会和文化权利国际公约》的缔约国，必须认同每一个人都享有“可能达到的最高标准的生理和心理健康”。经济，社会和文化委员会曾经指出一个国家的健康设施，物资和服务必须是可得到的，可接受的并且处于良好的状况。¹²类似于拘留、强制劳动、强制身体锻炼和军事训练的“治疗”和“改造”方式不符合国际法的相关要求。毒品药物依赖治疗作为一种良好的治疗方式，是顺应文化和伦理的，是符合科学和医学要求的。

所谓的“治疗”和“改造”也可能构成酷刑或其他残忍的，不人道的或者有辱人格的待遇和处罚。《国际反对酷刑公约》明确要求各缔约国承担调查有关酷刑，残忍的和非人道的待遇和处罚，并作出可靠陈述的义务，同时还要求违法者承担相应责任。

未经个体诊断而进行的集体强制治疗

国际人权标准要求，任何治疗必须以自由选择 and 知情同意为前提，其也包含了拒绝接受治疗的权利。知情同意权是健康权，隐私权和身体权的必要组成部分，同时也是免受酷刑，残忍的，非人道的待遇和处罚所必需的。

根据经济，社会和文化委员会的定义：“健康权包括自由权。其中自由权又包括对自己健康和身体的控制权、免受干涉的权利，如免受酷刑、未被告知的治疗和试验。尊重健康权，各缔约国必须防止强制治疗，除非有特殊情况，如对精神疾病的治疗或者对传染疾病的防控。这些例外必须是具体的、特定的情况，并且必须遵照国际人权标准，包括为保护患有精神疾病人员和改善其精神卫生保健等原则。”¹³

认为毒品使用者无法对治疗做出决定的假设是十分危险的。其忽略了为确保医疗决定的做出而设定的相关法律保障措施，其还扩大了潜在的毒品滥用范围。

肺结核和疟疾在一些国家里被公认存在非法羁押和侵犯人权的情况，如酷刑。包括联合国艾滋病规划署、世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国开发计划署在内的联合国各机构，以及全球艾滋病基金都呼吁关闭那些强制戒毒中心，取而代之以社区为基础的、循证的、自愿的、尊重人权的戒毒治疗。¹⁴

联合国毒品和犯罪办公室同样认识到那些所谓的毒品“治疗”和“康复”机构其实迫使人们接受集体的、程序化的治疗。这些机构违背了国际人权标准。据联合国毒品和犯罪办公室称：“对吸毒人员的医疗，依照对医护治疗的知情同意权（及其逻辑推理的必然结论，拒绝治疗权），不能够强制病人戒毒。仅仅当情况危急到个人或他人时才能够采取强制治疗。这种例外情况的治疗必须是短时间的，不以超过必要的临床治疗要求为限。且这种强制治疗的例外情况必须是被法律特别规定或是有司法意见的。任何情况下任何人都不能够被施以实验形式的强迫治疗或以毒品戒毒治疗的名义进行的惩罚性干预。”¹⁵

许多机构强迫人们进行所谓的“治疗”和“康复”。无论这些人是否缺乏决定治疗与否的能力，是否对其自身和他人具有威胁，或者确实需要得到经过医护训练的专业人士给予治疗。很多情况下，人们被迫接受治疗并不是他们确实需要治疗，而是因为他们使用或持有毒品的行为触犯了法律。就算该机构可以给毒品使用者提供帮助，其还是不能为剥夺个体权利提供正当理由。这样的治疗机制往往剥夺个体终止或调整治疗方案或重新考虑治疗必要性的权利。这样的治疗机制同时还无法提供程序上的保证，无法确保治疗时间在临床治疗的必要限度之内。每个人接受治疗都因该基于其对治疗的需要，强制治疗仅仅在个体缺乏决定能力并且有程序上的保障时才能得以实施。

1 Report of the UN Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, UN Doc No A/64/272, 10 August 2009, para 43

2 Antonio Maria Costa, Executive Director, UNODC, “Drug Control, Crime Prevention, and Criminal Justice: A Human Rights Perspective,” March 3, 2010, E/CN.7/2010/CRP.6*–E/CN.15/2010/CRP.1, http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-53-RelatedFiles/ECN152010_CRP1-6eV1051605.pdf (accessed June 14, 2010);

3 WHO, Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence, 2004. www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf. 参见, also, WHO, Management of substance dependence (Fact Sheet), 2003, www.who.int/substance_abuse.

-
- 4 参见 ICD-10 diagnostic guidelines, www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/; The DSM-IV definition of drug dependence is provided in American Psychiatric Association, DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4, 1994 <http://allpsych.com/disorders/substance/substancedependence.html>.
- 5 "Skin on the Cable" The Illegal Arrest, Arbitrary Detention and Torture of People Who Use Drugs in Cambodia, Human Rights Watch, January 2010, <http://www.hrw.org/en/reports/2010/01/25/skin-cable>.
- 6 Human Rights Watch, "Where Darkness Knows No Limits: Incarceration, Ill-treatment, and Forced Labor as Drug Treatment in China," January 2010, <http://www.hrw.org/en/reports/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits-0>; 参见 also Human Rights Watch, "An Unbreakable Cycle: Drug Dependency Treatment, Mandatory Confinement, and HIV/AIDS in China's Guangxi Province," December 2008, <http://www.hrw.org/en/reports/2008/12/09/unbreakable-cycle-0>; The UN Special Rapporteur on Torture has stated that this system "can also be considered as a form of inhuman or degrading treatment or punishment, if not mental torture," UN Commission on Human Rights, "Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment: mission to China," E/CN.4/2006/6/Add.6, March 10, 2006, paras 64, 82 (u).
- 7 Human Rights Watch, "Deadly Denial: Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand," November 2007, <http://hrw.org/reports/2007/thailand1107/>; Thai: <http://hrw.org/reports/2007/thailand1107/thailand1107thweb.pdf>; "Not Enough Graves: The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights in Thailand" (July 2004), <http://www.hrw.org/campaigns/aids/2004/thai.htm>; R. Pearshouse, "Compulsory Drug Treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 (2002)," Canadian HIV/AIDS Legal Network, January 2009.
- 8 Wolfe D, Saucier R.. In rehabilitation's name? Ending institutionalised cruelty and degrading treatment of people who use drugs. International Journal of Drug Policy 2010 (In Press)
- 9 参见 "Russian Federation: Inhumane conditions in drug treatment facilities lead to tragedy" in Canadian HIV/AIDS Legal Network, "HIV/AIDS Policy & Law Review," vol. 12(1), May 2007, pp. 32-33.
- 10 Singapore Central Narcotics Bureau, Annual Bulletin 2007, pp. 16-19; 参见 also Singapore Central Narcotics Bureau, Treatment and Rehabilitation Regime and Long-Term Imprisonment for Abusers of Cannabis and Cocaine, <http://www.cnb.gov.sg/Newsroom/index.asp?name=TmV3c3Jvb20gLSBQb2x3Y3k&year=MjAwNw&page=ODEy&type=Q3VycmVudA>
- 11 Nick Thomson, Detention as Treatment, Detention of Methamphetamine Users in Cambodia, Laos and Thailand (Open Society Institute and the Nossal Institute for Global Health: New York, 2010).
- 12 U.N. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health, November 8, 2000, para. 12.
- 13 Ibid., paras 8 and 34.
- 14 Letter from Michel Sidibé, Executive Director, UNAIDS, to Rebecca Schleifer, Human Rights Watch, March 30, 2010; Email from Gottfried Hirsenschall, Director of HIV/AIDS, Department Cluster on HIV/AIDS, TB, Malaria and Neglected Tropical Diseases, World Health Organization, May 6, 2010; UNICEF East Asia & Pacific Regional Office, Statement on the care and protection of children in institutions in Cambodia, June 8, 2010, http://www.unicef.org/eapro/UNICEF_Statement_on_HRW.pdf (accessed June 14, 2010); Mandeep Dhaliwal, Cluster Leader: Human Rights, Gender & Sexual Diversities, HIV/AIDS Practice, Bureau for Development Policy, United Nations Development Programme, "Harm Reduction 2010 The Next Generation: Addressing the Development Dimensions," presentation at the International Harm Reduction Association Annual Conference, April 29, 2010; Michel Kazatchkine, Executive Director, The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria, "From Evidence and Principle to Policy and Practice," Keynote address, Canadian HIV/AIDS Legal Network 2nd Annual Symposium on HIV, Law and Human Rights, Toronto, 11 June 2010.
- 15 Antonio Maria Costa, Executive Director, UNODC, "Drug Control, Crime Prevention, and Criminal Justice: A Human Rights Perspective," March 3, 2010, E/CN.7/2010/CRP.6*-E/CN.15/2010/CRP.1, http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-53-RelatedFiles/ECN152010_CRP1-6eV1051605.pdf (accessed June 14, 2010); 参见 also, UNODC, "From Coercion to Cohesion: Treating Drug Dependence Through Healthcare, Not Punishment. Discussion Paper," Draft, March 2, 2010, http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_FULL_doc.pdf, pp. 10-11 (accessed June 14, 2010).

人权和毒品政策

简报5

受管制的基本药品

“大量研究表明，世界范围内普遍存在难以获取受管制的治疗疼痛药物的问题。许多国家对于安宁护理（palliative care）和疼痛治疗在卫生保健方面的重要性缺乏认识，因此也就没有相关的政策措施，未能对疼痛治疗的需求进行评估或是对是否达到了疼痛治疗的需求而进行考核，也没有考察进行疼痛治疗的障碍……政府未能提供必要的管制药物来减轻病人的痛苦和折磨，威胁到了病人基本的健康权以及免受残忍的、不人道的和有辱人格的待遇的权利。”

—联合国健康和酷刑问题特别报告员Anand Grover 和 Manfred Nowak¹

“尽管世界卫生组织指出获得包括吗啡和可待因^①在内的管制药品是一项人权，但实际上这项权利在150多个国家中都不存在。”

—国际麻醉药品管制委员会主席Professor Sevil Atasoy²

获得必要的管制药品：治疗缺口

在世界卫生组织基本药物的清单中有包括吗啡、美沙酮和丁丙诺啡等在内的药品，这些药品同时也是国际毒品控制公约中所管制的药品。³这些药物是治疗中度以上疼痛和大麻类药物成瘾的必需药物，但缺乏获得这些基本药物的医疗途径是一个全球性的问题。世界卫生组织称：

- 每年有一千万人忍受未经治疗的中度和重度疼痛，其中有一百万人是艾滋病毒、艾滋病患者和550万晚期癌症患者。
- 如果阿片类替换疗法可以在全球实施，其每年可以减少130,000人感染艾滋病毒，减缓乙型肝炎和其他经血液传染的疾病的传播速度，并能减少90%的因过量使用大麻而死亡的案例。⁴

^①自鸦片中提取的碱质，用以镇痛，镇咳，催眠等。——译者注

面临的障碍

较之其他的药品而言，在国际毒品公约中规定的药物受到更为严格的管制。例如：获得政府批准才能进口、生产、分配这些管制药品；必须经医生处方才能够得到；医生和药剂师必须有执照或获得特别许可才能够开处方和配药。⁵这些规定的目的在于防止管制药品被非法使用。

在这些管制达到法定目标的同时，政府也必须保障其医疗目的的使用。预防滥用必须确保不违背基本的医疗服务义务。⁶世界范围内的许多国家，都未能在这两者之间取得平衡。过分严格和复杂的管制已经成为获得那些管制药物的主要障碍。⁷

其它一些与此类似的严格和复杂的管制也同样阻碍获得管制药品。许多医生因为自己未经世界卫生组织推荐的处理疼痛的阿片类替换疗法的培训，而对开具管制药品处方有着莫名的恐惧。他们担心开具此类药物会导致病人药物成瘾。⁸一方面缺乏有关疼痛处理方面的知识，另一方面鉴于其本国对管制药品的规章制度，医生往往不开那些管制药品。因为一旦他们在这上面犯了错误，很可能丢了执照，甚至还可能被起诉。⁹许多国家没有促进疼痛管理，安宁护理和阿片类替换疗法的政策，其管制药品的供给和分配系统也很糟糕。¹⁰尽管吗啡和美沙酮的国际市场价格很低，但严格和复杂的管理系统使其价格显著提高，导致许多病人无法承受。¹¹比如，在许多国家可以得到昂贵的如缓释吗啡片和芬太尼药膏等类大麻活性肽形式的药品，但价格更低廉的吗啡口服药片或粉剂则无法获得。很多时候医药公司将价格低廉的口服吗啡药片从市场上撤回，以提高那些更为昂贵的药物品种的销量。在另一些国家，便宜的口服吗啡片则未获批准。¹²

在许多的中等或低收入国家，毒品注射导致流行病的蔓延。政府就此出台政策对毒品使用者接受或维持治疗做出规定，而这可能成为毒品使用者接受治疗的障碍。人权观察，国际减少危害协会和开放社会学会以及其他的非政府组织在其文件中列举了在那些对毒品药物治疗提出相应标准的国家，此类标准实质上成了进行毒品治疗的障碍。例如，有些国家的法律规定，毒品使用者在接受毒品治疗之前必须经过各种体检或经由医疗人员组成的专门小组评估。这意味着毒品使用者必须在继续使用非法毒品和面临没有药物支持的戒毒过程之间做出选择。而且，在其进入治疗之后依然可能被要求接受体检和评估。与此同时，在进入维持治疗方案之前，毒品使用者必须提供各种能证明其接受过自行

戒毒治疗（drug-free treatment^①）的文件，就算该治疗是他们负担不起或难以获得的。那些强制实施的监管规定了用以戒毒治疗的阿片类药物的剂量，而不是让医生做出决定。戒毒被认作是一个反复发作的慢性病理状态，应该被看做是健康问题而给以治疗。而这些强制实施的规制使得在治疗过程中完全排除了使用非法麻醉药品的可能性。各国应定期对戒毒治疗的标准进行评估，以避免其成为戒毒治疗过程中不必要的障碍。¹³

获得管制基本药品以及可能获得的最高标准健康的权利

2009年，人权观察记录了印度疼痛治疗的糟糕状况。¹⁴ 该组织在名为《难以忍受的痛苦——印度有确保安宁护理实施的责任》的报告中指出：“成百上千的癌症患者忍受着巨大的痛苦却无法得到吗啡等其他强效缓解疼痛的药物。他们告诉人权观察的调查人员，他们情愿去死也不愿忍受这种痛苦的折磨。”

该机构将造成该状况的原因归咎于政府制定的不恰当的政策，如对保健工作者缺乏有关安宁护理的指导，在印度半数以上省份里实施的过分严格的药物规制等。

世界上许多国家同样面临与印度一样的问题，即政府没有采取足够的措施确保安宁护理作为国家对抗癌症和艾滋病问题策略的有机组成部分；医护人员没有经过此方面的培训，毒品规章制度过分阻碍了抵抗疼痛时对吗啡类药物的使用。

在2009年第12届人权委员会会议上通过了一项决议，该决议称：“获得药物的权利，是逐渐实现对‘人人享有能达到的最高标准身心健康权利的’全面认识的必要条件”¹⁵，该决议同时还指出：“政府有义务确保在无任何偏见的前提下对全民提供可负担的起的优质药物，特别是那些治疗疾病所必须的药物。”政府要保护那些携带艾滋病毒/艾滋病¹⁶和使用毒品的人¹⁷免受歧视。

2005年，经济和社会理事会（ECOSOC）通过了一项关于“使用鸦片类止痛剂治疗疼痛”的决议。该决议指出：“我们必须承认完善疼痛治疗的重要性，这类治疗包括了使用鸦片活性肽成分的止痛剂。”该决议呼吁各缔约国破除使用该类止痛剂的壁垒。¹⁸

经济、社会和文化委员会在其关于享有最高标准健康权利的一般评论中强调：“提供世界卫生组织定义的基本药品是保障健康权实现的核心义务。”委

^① 指一种不借助医疗帮助的戒毒方式。——译者注

员会同时强调：“必须对那些慢性病和晚期病人提供给予关注和照顾，使他们避免病痛并能够有尊严的死去。”¹⁹

在经济、社会和文化委员会对乌克兰的 2008 年总结报告中表明，对该国广泛流行的艾滋病毒、艾滋病以及有限的毒品替换治疗渠道表示深切的担忧。²⁰ 在俄罗斯和乌克兰，注射毒品的孕妇称母婴病房中不提供药物替换治疗，并要求那些正在接受美沙酮或丁丙诺啡替换治疗的吸毒者，或者正处于吸毒期的母亲过早的离开医院以避免出现痛苦的毒品戒断症状。²¹

在一封对第52届麻醉药品委员会主席的致信中，人人享有能达到的最高标准健康权特别报告员 Anand Grover 和酷刑、和其它残忍的、不人道的和辱人格的待遇和处罚的特别报告员 Manfred Nowak 写到：“人权法要求各国政府必须提供包括大麻类止痛剂在内的基本药物，这是其保障人权核心义务必不可少的组成部分。”²²

免受残忍的、不人道的和有辱人格的待遇

在2009年1月人权委员会的报告中，残忍的、不人道的和有辱人格的待遇和处罚的特别报告员 Manfred Nowak 指出：“从人权角度看，麻醉药品依赖必须与其它医疗保健情况同等看待。在看管机构中对麻醉药品依赖者拒绝提供药物治疗可能构成残忍的、不人道的或有辱人格的待遇和处罚。这也是被国际人权法所禁止的。各国具有积极的义务确保在监禁场所有着同外界同等的预防 和治疗麻醉药品依赖的途径。”²³

他还指出：“倘若对病人缺乏必要的疼痛治疗和提供大麻类止痛剂可能构成残忍的、不人道的和有辱人格的待遇。我们应该采取一切办法克服目前在监管、教育和个人态度方面的障碍，确保充分的可获得安宁护理。”²⁴

寻求、获得和被告知信息的权利

寻求、获得和被告知信息的权利是一项十分重要的健康权组成部分。在不同情况下，确保可能获取准确的信息意味着许多不同的举措。以印度为例，确保准确的信息就意味着在官方文件中对一些药品做出准确的解释，也可能意味着在医学院里改进安宁护理教育。

政府要履行其在保障公民权利，包括政治权利以及相关的经济、社会和文化权利方面的义务，就必须排除那些与可用药物相关信息的障碍。经济、社会

和文化权利委员会明确表示“各国必须制止那些审查，封锁及故意误导与健康有关信息的行为。”²⁵

-
- 1 Letter from Manfred Nowak, Special Rapporteur on Torture, and Anand Grover, Special Rapporteur on the right to the highest attainable standard of health, to Her Excellency Ms Selma Ashipala-Musavyi, Chairperson of the 52nd Session of the Commission on Narcotic Drugs, December 10, 2008, http://www.hrw.org/sites/default/files/related_material/12.10.2008%20Letter%20to%20CND%20fromSpecial%20Rapporteurs.pdf (accessed November 6, 2009), p. 4.
 - 2 Statement by Professor Sevil Atasoy, President of the International Narcotics Control Board, to the Economic and Social Council, 30 July 2009, http://www.incb.org/documents/President_statements_09/2009_ECOSOC_Substantive_Session_published.pdf (accessed November 6, 2009).
 - 3 WHO, Model List of Essential Medicines, 15th List, March 2007, <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html> (accessed August 5, 2009); Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, adopted March 30, 1961, 520 U.N.T.S. 151, entered into force December 13, 1964; Convention on Psychotropic Substances, 1971 adopted February 21, 1971, 1019 U.N.T.S. 175, entered into force August 16, 1976.
 - 4 WHO, "WHO Briefing Note: Access to Controlled Medications Programme," February, 2009, <https://intranet.hrw.org/Program%20Central%20Style%20Guide%20Documents/citationstyle.pdf> (accessed August 24, 2009), p. 1.
 - 5 Single Convention on Narcotic Drugs, 1961; Convention on Psychotropic Substances, 1971; Human Rights Watch, "Please, Do Not Make Us Suffer Any More...": Access to pain treatment as a human right, March, 2009, <http://www.hrw.org/en/reports/2009/03/02/please-do-not-make-us-suffer-any-more>, pp. 26-35.
 - 6 参见 WHO, "Achieving Balance in National Opioids Control Policy: Guidelines for Assessment," (Geneva: WHO, 2000) WHO/EDM/QSM/2000.4, <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/00whoabi/00whoabi.pdf> (accessed November 9, 2009); The international drug conventions recognize the need for balance between ensuring medical access to controlled narcotic and preventing diversion to illicit use. The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 states that "the medical use of narcotic drugs continues to be indispensable for the relief of pain and suffering and that adequate provision must be made to ensure the availability of narcotic drugs for such purposes," preamble, and the Convention on Psychotropic Substances, 1971 similarly states that "that the use of psychotropic substances for medical and scientific purposes is indispensable and that their availability for such purposes should not be unduly restricted," preamble.
 - 7 International Narcotics Review Board, Report of the International Narcotics Control Board for 2008, (New York: United Nations, 2009), <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/health1009web.pdf> (accessed November 6, 2009), p. iii; Human Rights Watch, "Please, Do Not Make Us Suffer Any More...": Access to pain treatment as a human right, March, 2009, <http://www.hrw.org/en/reports/2009/03/02/please-do-not-make-us-suffer-any-more>, 26-35.
 - 8 Human Rights Watch, "Please, Do Not Make Us Suffer Any More...", 25-26.
 - 9 Ibid, pp. 33-35.
 - 10 Ibid, pp. 18-25. Palliative care 参见ks to improve the quality of life of patients with life-limiting illness, by assessing and treating pain and other physical symptoms and providing psychosocial and spiritual care to the patient and their family: 参见 WHO, "WHO Definition of Palliative Care," <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, (accessed October 23, 2009).
 - 11 Human Rights Watch, "Please, Do Not Make Us Suffer Any More...", 35-37.
 - 12 Ibid, p. 36; E. D. Bruera and L. De Lima, "Opioid cost: a global problem," *Palliative Medicine*, vol. 19 no. 6, 2005, p. 504; Email from Liliana De Lima, September 10, 2009.
 - 13 International Harm Reduction Development Program. Barriers to Access: Medication-Assisted Treatment and Injection-Driven^{HIV} Epidemics. New York: Open Society Institute; 2008; Human Rights Watch, "Rehabilitation Required: Russia's Human Rights Obligation to Provide Evidence-based Drug Dependence Treatment," vol. 19, no. 7(D) (2007); 参见 also International Harm Reduction Association, *The Global State of Harm Reduction*, 2008
 - 14 Human Rights Watch, *Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care*, 28 October 2009, 1-56432-555-5
 - 15 Human Rights Council, *Access to medicine in the context of the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, A/HRC/RES/12/24, 12 October 2009
 - 16 UN Office of the High Commissioner for Human Rights, Fact Sheet No. 31, *The Right to Health*, June 2008, No. 31, page 21.
 - 17 Ban Ki-Moon (2008) Message on the International Day against Drug Abuse and Illicit Trafficking, 26 June 2008.
 - 18 UN Economic and Social Council, "Treatment of pain using opioid analgesics," ECOSOC 2005/25, E/2005/INF/2/Add.1, p. 70.
 - 19 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, "Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights," General Comment No. 14, *The right to the highest attainable standard of health*, E/C.12/2000/4 (2000), para. 12(a), 17, 34, 25 and 43(d).
 - 20 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, "Consideration of Reports Submitted by States Parties Under Article 16 and 17 of the Covenant, Ukraine, Concluding Observations of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights," E/C.12/UKR/CO/5, January 4, 2008, www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/.../E.C.12.UKR.CO.5.doc (accessed 9 November, 2009), para. 28, 51.
 - 21 International Harm Reduction Development Program. *Women, Harm Reduction, and^{HIV} Key Findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia, and Ukraine*. New York: Open Society Institute; 2009.
 - 22 Letter from Manfred Nowak and Anand Grover to Special Rapporteur to Her Excellency Ms Selma Ashipala-Musavyi, p. 4.
 - 23 Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, A/HRC.10/44, January 14, 2009, <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.44AEV.pdf>, (accessed November 10, 2009), para. 74(e).
 - 24 ICCPR, Art. 19(2)
 - 25 CESCR, General Comment 14, para 34.

人权与毒品

简报6

毒品作物根除

之前的毒品控制主要集中在减少毒品供给上。即通过减少毒品供给从而减少毒品消费。这一直被指是发达国家将其自身问题转嫁到贫穷的发展中国家的策略。减少毒品主要是依照反麻醉药品法的强制规定，并通过强行根除作物的运动来完成的。主要集中在拉丁美洲、东南亚金三角地区和中东的新金月地区。只是近年来，旨在减少需求的措施才渐渐出台。

如今，大多数国家签署并通过了要求根除某些作物的国际公约，这些作物包括大麻、鸦片罂粟和古柯作物等。1988年通过的《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》第14章，第2段指出：“各缔约国必须采取有效措施防止如大麻、鸦片罂粟，和古柯植物在内的具有麻醉或作用于精神的植物的种植，并根除在其境内已经非法种植的该类作物。”该段还指出：“为此所采取的措施必须尊重基本的人权，保障基本的、传统的合法使用量并要求保护环境。”然而，在实际根除该类作物的运动中，并没有考虑人权，基于传统目的的使用以及环境问题。

根除作物的方法

空中喷洒药物

目前哥伦比亚是唯一实行空气熏蒸计划^①的国家。该措施造成了灾难性的后果，它危害人类健康，破坏农作物和环境，并导致该国大规模的人口流离失所。目前在哥伦比亚境内有四百万流离失所者（IDPs），其中大部分人是因为因毒品而起的冲突而无家可归，其它许多人则是直接由于该国所实施的反毒品政策导致的，这些政策包括针对古柯作物而采取的空气熏蒸计划。然而根据哥伦比亚国内相关法规，因空气熏蒸计划和其他反毒品运动而导致流离失所的人群并不被政府所认可。哥伦比亚当局认为其国内流离失所的人数将近三百万。实际因反毒品运动而无家可归的人数则很难查清。其中很大一部分原因在于因反毒品运动而导致的流离失所者无法得到政府福利，因此他们也就不会向当局报告自己无家可归的真正原因。

^① 依靠飞机在空中喷洒药物来灭杀毒品作物的一种方式。——译者注

由于喷洒含有草甘膦（或名为Roundup）的药物而引起了诸多健康问题，如呼吸系统问题：皮肤疹、腹泻、眼疾和流产。草甘膦对健康的负面影响尚存争议，但草甘膦与表面活性剂混合之后对健康造成影响已逐渐被证明。健康权问题特别报员Paul Hunt教授在其对厄瓜多尔考察之后称：“确凿的证据表明在哥伦比亚和厄瓜多尔边境上空喷洒含有草甘膦的药物不仅对哥伦比亚居民的健康造成了损害，同时也危及到了厄瓜多尔居民的健康权。”¹ 联合国保护儿童权利委员会注意到空中喷洒药物对儿童的潜在危害，其在2006年的报告中指出：“得知缔约国将抗击毒品以立法的形式优先考虑之后，我们对由于喷洒含有草甘膦的药剂来根除古柯作物的实践（哥伦比亚抗击毒品计划的一部分）而引起的环境健康问题表示担忧，因为这影响到了包括儿童在内的弱势群体的健康。”² 前任联合国土著人（indigenous people）权利特别报告员同样对这种空中喷洒药物的实践提出批评。³

尽管喷洒药物对人类健康的影响还有待争议，但其对农作物以及热带雨林的影响是毋庸置疑的。古柯作物很容易复活，而其他农作物则不然。重新繁殖的古柯作物被死去的树木包围的景象在哥伦比亚随处可见。

强行人工拔除

人工根除毒品作物是指由一群在警察或军队看管下的人工将古柯作物连根拔除。罂粟则是被拖拉机压倒和碾碎。在秘鲁、玻利维亚、哥伦比亚以及阿富汗，这种人工根除作物的方式并未奏效。此外，执行这项方案所采取的方法往往侵害了当地居民的利益。例如在哥伦比亚，许多农民称那些劳工偷盗他们的食品，生活物资等。此外还有报告性侵犯、抢劫和放火烧毁房屋的事件。⁴

在老挝北部地区，伴随强行根除运动而来的是大米的紧缺。⁵ 联合国毒品和犯罪办公室在2002年至2003年间对缅甸Kokang特别区域进行的调研显示，对毒品作物的根除和对鸦片的严格取缔导致入学率降低了50%，并使得三分之二的药店和医疗机构倒闭。⁶

替代发展

替代发展是指主动将种植非法作物替换为种植合法的作物。倘若能够恰当的实施方案，无疑是减少毒品作物措施中问题最少、并能产生积极效果的一项。该方案被许多联合国机构提议过，特别是联合国毒品和犯罪办公室。（注：联合国并不赞同强制性的作物根除措施。）

然而，就算是出于良好目的而进行的替代发展规划也造成了灾难性的后果。因为在实施替代发展方案之前或期间常常伴随着强制根除方案。而这里的主要问题出在实施各项方案的先后顺序上。如在老挝和缅甸，“禁烟令”在可行的替代谋生之道准备就绪之前就已经被强制实施。⁷生产援助严重不足，并且只在禁令实施之后才开始。在老挝和缅甸的Wa地区橡胶作为一种经济作物被提议为替代作物。但是，橡胶树需要经过很多年才有产出，加之缺乏启动资金，农民在有所收获之前实在难以维持生计。⁸这就导致了人道主义危机，需要给以紧急粮食援助。⁹

作为世界上目前最大的鸦片生产国，阿富汗已经采取各种措施减少鸦片生产。该国政府明智的在那些具有“可供选择的谋生之道的区域”采取相应措施。¹⁰然而，根除作物的行动与计划完全不同。最终那些“没有政治背景，没有金钱用来贿赂，也没办法保护自己的¹¹”的可怜的农民成了根除运动中的牺牲品。¹²在人们还没有得到可行的可供选择的维持生计之道的情况下禁毒举措就已经开始实施了。¹³

在阿富汗东部省份楠格哈尔（Nangarhar），禁止种植作物、强制根除、关押农民等举措以及北大西洋公约组织的轰炸威胁的确减少了鸦片作物的产出，但同时也导致了许多人近90%的收入减少，国内人口的流离失所以及向巴基斯坦的人口迁移。¹⁴

在哥伦比亚，因为缺乏基础设施，替代发展项目很难实施。正如一位NGO专家指出的那样：“我们原本希望他们生产大量的水果和蔬菜在国际市场销售，但是他们没有运输的车辆，也没有可通行的公路。”¹⁵此外，合法的作物也因喷洒根除鸦片作物的药物而被灭杀。

普遍认为要想使替代发展项目成功实施，必须要保证执行的正确顺序，即替代方案必须在移除非非法作物之前就已经到位。并且进行基础设施投资以及公平的贸易规章的支持。也许最为重要的是，必须得到当地农业社区的认可和合作。对替代发展项目的支持不应该依据非法作物的减少数量来决定。

作物根除并无成效

所有上述实例都有不利后果，例如：不稳定的食品供应、拒绝提供谋生之道、人口的流离失所以及其他的人权问题。同时，根除项目也越来越清楚的表明其并不能够减少非法作物的种植。

例如，自2000年起，美国国会花费五亿美元用于在哥伦比亚将近1.1公顷的土地上喷洒根除非法作物的药剂。然而，政府部门的数据显示，在2006年至2007年间，古柯作物的种植增加了6.4%。而自2000年“哥伦比亚计划”实施以来，古柯的种植增加了22.6%。另据联合国毒品和犯罪办公室报告，哥伦比亚参与种植古柯作物的家庭由2006年的67,000户增加到2007年的80,000户。¹⁶

在阿富汗，强制根除鸦片类作物（如罂粟）也同样未能成功。2009年6月，美国宣布将转变在阿富汗的政策，并承认其之前的举措失败了。驻阿富汗和巴基斯坦特使Richard Holbrooke指出：“喷洒药物仅仅在一时惩罚了农民，他们还会在别的地方继续种植非法作物。我们投入成千上万的资金根除非法作物的行动对塔利班并未造成打击，反而促使他们广为招募。这是有史以来最无成效的方案。”¹⁷

替代发展项目确实有成功的时候，但如果缺乏各种项目所必须的基础设施和市场保护，项目注定是要失败的。正如一位哥伦比亚Guaviare地区的农民Flaviano Avila所说的：“除非投资改变根本的经济状况，否则人们还是会继续种植古柯作物，他们会砍伐森林，仅仅选择种植那些容易投放市场、总是有需求并且可以挣钱养家的作物。”¹⁸

此外，在阿富汗控制鸦片生产的努力往往事与愿违。如上文提到的，根除活动最终仅仅施加到那些少数处于弱勢的农民。他们没有政治背景，也没有资金保护自己。一旦他们放弃生产鸦片，就会“使得那些有着深厚政治背景的大商贩对于毒品市场的控制进一步稳固。”¹⁹ 根除项目导致冲突的发生并引起腐败，其主要影响的是那些最弱勢的人群，最终在更大程度上破坏了人民和国家之间的关系。²⁰

没有成效的根除活动还清楚的表明：持续的，有时甚至是增加的可卡因、大麻和海洛因的贩卖以及毒品价格的下跌。

气球效应

另一个证明作物根除项目没有成效的例证被称作“气球效应”。如今就此问题人们已经达成广泛共识。一些作物在一个区域被根除，毒品的市场需求很快被在其它地区生产的毒品所满足。这被联合国毒品和犯罪办公室的执行长官称作是毒品控制的副效应。²¹ 在国际和国家范围内都可以看到这种“气球效应”。例如缅甸的罂粟得到显著的减少，但由此产生的市场缺口很快就被阿富

汗的罂粟种植给补上。而在哥伦比亚，自1999年以来古柯的种植由原来的12个省份扩大到23个。²²

¹ P Hunt, Oral Remarks to the Press, Friday 21 September 2007, Bogota, Colombia (21 September 2007),

<http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/relatoresespeciales/2007/ruedadeprensaingles.pdf>.

² UN Committee on the Rights of the Child, Concluding observations, Colombia, 8 June 2006, UN Doc No CRC/C/COL/CO/3 para 72.

³ Rodolfo Stavenhagen, following his mission to Colombia, UN Doc No E/CN.4/2005/88/Add.2, para 106 "Except where expressly requested by an indigenous community which has been fully apprised of the implications, no aerial spraying of illicit crops should take place near indigenous settlements or sources of provisions."

⁴ Witness for Peace and Association Minga, "Forced manual eradication: The wrong solution to the failed US counter-narcotics policy in Colombia," September 2008.

⁵ Martin Jelsma and Tom Kramer, "Withdrawal Symptoms, Changes in the Southeast Asian drugs market," Transnational Institute, August 2008, p 19.

⁶ Damon Barrett, Rick Lines, Rebecca Schleifer, Richard Elliot and Dave Bewley-Taylor, "Recalibrating the Regime: The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy," The Beckley Foundation Drug Policy Programme, March 2008, Sec. 1:5.

⁷ Martin Jelsma and Tom Kramer, "Withdrawal Symptoms, Changes in the Southeast Asian drugs market," Transnational Institute, August 2008 p 2.

⁸ "Withdrawal symptoms," p 18.

⁹ "Withdrawal Symptoms," p 19.

¹⁰ Transnational Institute, "Missing Targets, Counterproductive drug control efforts in Afghanistan," Drug Policy Briefing N. 24, September 2004 page 4.

¹¹ D. Buddenberg and W.A. Byrd, "Afghanistan's Drug Industry," UNODC/World Bank, November 2006 .

¹² Transnational Institute, "Missing Targets, Counterproductive drug control efforts in Afghanistan," Drug Policy Briefing N. 24, September 2007, page 4.

¹³ Transnational Institute, "Missing Targets, Counterproductive drug control efforts in Afghanistan," Drug Policy Briefing N. 24, September 2007 page 5.

¹⁴ Vanda Felbab-Brown, "U.S. Counternarcotics Strategy in Afghanistan," Testimony before the U.S. Senate Caucus on International Narcotics Control, 21 October 2009.

¹⁵ Sanho Tree, Director of the presentation at Bogota University, September 2009.

¹⁶ "An exercise in futility: Nine years of fumigation in Colombia," Witness for Peace, Fundacion Minga and Institute for Policy Studies, 2007 p.

1.

¹⁷ "US changes course on Afghan opium," *Christian Science Monitor*, 28 June 2009, <http://www.csmonitor.com/2009/0628/p99s01-duts.html>.

¹⁸ "An exercise in futility," p. 5.

¹⁹ Vanda Felbab-Brown, "U.S. Counternarcotics Strategy in Afghanistan," Testimony before the U.S. Senate Caucus on International Narcotics Control, 21 October 2009.

²⁰ Transnational Institute, "Missing Targets, Counterproductive drug control efforts in Afghanistan," Drug Policy Briefing N. 24, September 2007, page 4.

²¹ "Making Drug Control Fit for Purpose: Building on the UNGASS Decade," UN Doc No E/CN.7/2008/CRP.17, March 7, 2008.

²² "An exercise in futility," p. 2.