



人权理事会

第三十届会议

议程项目 2 和 8

联合国人权事务高级专员的年度报告以及
高级专员办事处的报告和秘书长的报告

《维也纳宣言和行动纲领》
的后续行动和执行情况

世界毒品问题对享有人权的影响研究报告

联合国人权事务高级专员的报告 *

概要

人权理事会在第 28/28 号决议中，请联合国人权事务高级专员与各国、联合国各机构及其他相关利益攸关方进行磋商，编写一份关于世界毒品问题对享有人权的影响的研究报告，提交人权理事会第三十届会议，并就在处理世界毒品问题时如何尊重、保护和增进人权提出建议，尤其要考虑到受影响者和弱势群体的需求。本报告应人权理事会的请求编写。

* 迟交。

GE.15-14996 (EXT)



* 1 5 1 4 9 9 6 *

请回收 



一. 导言

1. 人权理事会在第 28/28 号决议中，请联合国人权事务高级专员与各国、联合国各机构及其他相关利益攸关方进行磋商，编写一份关于世界毒品问题对享有人权的影响的研究报告，提交人权理事会第三十届会议，并就在处理世界毒品问题时如何尊重、保护和增进人权提出建议，尤其要考虑到受影响者和弱势群体的需求。
2. 在向各国和其他利益攸关方发出征集资料的请求后，分别从 24 个国家、4 个联合国机构和其他国际组织、4 个人权机构，以及 35 个非政府组织收到了材料。¹
3. 联合国国际药物管制制度的核心法律框架由三大条约构成：(a) 经 1972 年的《议定书》修正的《1961 年麻醉品单一公约》，该公约规定对大麻、古柯和罂粟等植物实行国际管制；(b) 《1971 年精神药物公约》，该公约规定对用于制造毒品的合成药物和前体化学品实行国际管制；(c) 《1988 年联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》，该公约扩大了国际打击毒品贩运的范围，并强调了贩毒与有组织犯罪之间的联系(见第 3 条第 5 款)。这些条约将数百种非法药物置于国际管制之下，将未经批准生产和销售这些药物的几乎每一个步骤都定为犯罪，但允许为医疗和/或科研目的而生产、销售和拥有这些药物。² 虽然这些条约未明确提到人权，但正如《1961 年麻醉品单一公约》序言所述，国际药物管制制度的主要目标是保护人类的健康和福祉。
4. 国际麻醉品管制局负责监督这三个条约的执行工作，监测非法毒品生产和贸易以及为科研和医疗目的获取受管制药物的情况，并对不遵守条约规定的政府开展调查。麻醉品委员会负责按不同限制等级对麻醉品和精神药物进行分类。麻醉品委员会还是联合国毒品和犯罪问题办公室(毒品和犯罪问题办公室)的理事机构，并负责核准联合国国际药物管制规划署的预算。
5. 大会在第 69/201 号决议中重申，必须完全按照《联合国宪章》的精神并本着充分尊重所有人权的原则，解决世界毒品问题。麻醉药品委员会在第 51/12 号决议中呼吁在执行国际药物管制条约过程中促进人权。国际麻醉品管理局表示，在解读国际药物管制条约时，必须将人权考虑在内。人人有权享有可达到的最高水准身心健康问题特别报告员指出，当国际药物管制制度和国际人权法律发生冲突时，应以人权义务为准(见 A/65/255, 第 10 段)。

¹ 这些材料载于：www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx。

² 见《1961 年麻醉品单一公约》，第 2 条第 5 款。

二. 健康权

A. 得到治疗

6. 《经济、社会及文化权利国际公约》第十二条对健康权做出了规定。根据《公约》第二条第二款和第三条，各缔约国应无差别地保障健康权，包括让吸毒者也享受该权利。

7. 健康权问题特别报告员强调了吸毒与药物依赖的区别。药物依赖是一种长期、复发的疾患，应通过生物心理社会手段进行医学治疗。吸毒既不是一种疾患，也不一定会导致药物依赖。吸毒者和药物依赖者与其他所有人一样，都有权享受健康权；即使吸毒构成刑事犯罪，也不得剥夺他们的健康权。(见 A/65/255, 第 7 段)。特别报告员指出，相同的道德治疗标准也同样适用于对药物依赖和其他健康疾病的治疗，包括病人有权做出治疗决定和拒绝治疗。

8. 特别报告员强调，医护人员有义务无差别地提供治疗，不得贬低或侵犯病人的人权。然而，吸毒者在医疗保健场所可能受到歧视。例如，在一些国家，注射吸毒者获得治疗的机会可能较为有限，包括治疗艾滋病毒/艾滋病治疗的机会。这也许是医护机构不当限制对注射吸毒者提供医疗医疗保健的结果。³ 特别报告员指出，医护机构也许不充分了解降低损害的措施，或者未充分获得这方面的培训(见 A/65/255, 第 46 段)。世界卫生组织(世卫组织)建议对医疗卫生工作者开展不羞辱、不歧视的培训，以取得更好的治疗结果。⁴

9. 很多人有时因为有吸毒史或仍在吸毒而无法获得治疗，但证据没有表明剥夺治疗是合理的。拒绝为他们提供治疗的理由是，吸毒者因为吸毒而无法坚持接受治疗。特别报告员指出，吸毒者坚持接受治疗的决心水平并不一定低于常人，评估时应考虑个体差异(见 A/65/255, 第 23-24 段)。

10. 实施外联方案有助于向社区中的吸毒者提供信息并转介卫生服务。开展信息宣传和教育方案可将吸毒者受到的伤害降至最低水平，同时鼓励药物依赖者寻求治疗。⁵

³ 世界卫生组织(世卫组织)、联合国毒品和犯罪问题办公室(毒品和犯罪问题办公室)和联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)《指导各国确定向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理的指标的技术指南》(2012 年)第 26 页。

⁴ 世卫组织，《重点人群的艾滋病毒预防、诊断、治疗和护理综合准则》(2014 年 7 月，第 96-99 页)。

⁵ 特别报告员提交禁止酷刑委员会的材料(2012 年 10 月 19 日)，第 6 页。载于：www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/drugPolicyLaw.pdf。

B. 减少伤害

11. 减少伤害的措施旨在减少服用精神作用药物造成的伤害，但不一定是为了阻止使用这类药物。这些措施包括开展针头和针筒方案、开替代药品处方、提供吸毒室、推动采用非注射的吸毒方式、推广防止吸毒过量的方法，以及开展外联与教育方案(见 A/65/255, 第 50 段)。注射吸毒者感染艾滋病毒、乙型和丙型肝炎⁶以及肺结核的风险很高。⁷

12. 经济、社会和文化权利委员会、⁸ 儿童权利委员会⁹ 及健康权问题特别报告员一致认为，伤害减少措施对于吸毒者必不可少。世卫组织、毒品和犯罪问题办公室和联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病规划署)都提倡对注射吸毒者采取伤害减少措施。¹⁰ 联合国人权事务高级专员办事处一直支持伤害减少努力，人权理事会第 12/27 号决议承认有必要开展伤害减少方案。

13. 针头和针筒方案主要向注射吸毒者提供消毒注射器。世卫组织核可采用这些方案，同时指出，这些方案成本低、成效高，可大幅降低艾滋病毒感染率，且不会引起重大负面后果。¹¹ 针头和针筒方案可消除不洁针头，降低传染艾滋病毒和其他血源性传染病的风险，包括病毒性肝炎，尤其是乙型肝炎和丙型肝炎(见 A/65/255, 第 51 段)。¹²

14. 阿片类药物替代疗法¹³ 是一项有证有据的疗法，使用美沙酮或丁丙诺啡等处方药来治疗阿片类药物依赖。阿片类药物替代疗法可降低注射吸毒和共用注射器的发生率，从而减少艾滋病毒和其他血液传染病的感染率；同时，该疗法能有效帮助依赖者管理阿片类药物的戒除努力、防止复发性使用(见 A/65/255, 第 52 段)。世卫组织建议，应向关键人群中依赖阿片类药物的所有人提供阿片类药物替代疗法。¹⁴

⁶ 世卫组织，《防止注射毒品者罹患乙型和丙型病毒性肝炎》，政策简讯(2012 年 7 月)。

⁷ Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction 2012*。

⁸ 见 E/C.12/RUS/CO/5、E/C.12/ZAZ/CO/1、E/C.12/EST/CO/2 和 E/C.12/UKR/CO/5。

⁹ 载于其关于儿童有权享有能达到的最高标准身体健康的第 15(2013)号一般性意见中。

¹⁰ 世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病规划署，《技术指南》，第 10-26 页。

¹¹ 世卫组织，“针头和针筒方案减少注射吸毒者感染艾滋病毒/艾滋病的成效”(2004 年，日内瓦)，第 28 页；世卫组织《综合准则》，第 4 页。

¹² 世卫组织，“减少吸毒者感染肝炎的四种办法”(2012 年 7 月 21 日)；艾滋病规划署，《差距报告》(2014 年，日内瓦)，第 173 页。

¹³ 世卫组织表示，阿片类药物替代疗法也称为阿片类药物维持治疗、阿片受体激动剂维持治疗或药物辅助治疗。

¹⁴ 世卫组织，《综合准则》，第 4 页。

15. 吸毒过量是吸毒致死的主要原因。在大多数情况下，吸毒过量都是阿片类药物使用过量。阿片类药物替代疗法可降低注射吸毒的剂量，因此可以将吸毒过量的风险降低 90%。¹⁵ 健康权问题特别报告员和世卫组织强调，开展烯丙羟吗啡酮(针对阿片类药物使用过量的解药)注射急救培训可防止吸毒过量致死，并最大限度降低与吸毒过量相关的危害(见 A/65/255, 第 54 段)。¹⁶

16. 向吸毒者提供吸毒室可防止疾病的传播，降低对吸毒者静脉的伤害，同时鼓励他们接受治疗和其他服务。吸毒室已经帮助降低吸毒过量发生率，让吸毒者更好地获得医疗和社会服务(见 A/65/255, 第 54 段)。

17. 截至 2014 年，针头和针筒方案已在 90 个国家得到实施，阿片类药物替代疗法也在 80 个国家推出。然而，经核实，存在注射吸毒者的 68 个国家却没有推出针头和针筒方案。2014 年的一则报道指出，全球有 88 间吸毒室，其中只有两间位于欧洲、澳大利亚和加拿大以外的国家。¹⁷

18. 尤其值得注意的是，针头和针筒方案的缺乏会对艾滋病毒的传播产生直接影响。注射吸毒者约占所有新增艾滋病病毒感染者数量的 10%，占撒哈拉以南非洲以外感染者数量的 30%。全球约有 1219 万名注射吸毒者，其中 165 万名感染了艾滋病病毒。¹⁸ 世卫组织根据 49 个国家的数据估计，注射吸毒者感染艾滋病毒的风险比普通人平均高出 22 倍；在其中 11 个国家，这种风险至少高 50%。¹⁹

19. 各项伤害减少方案的成效之一是越来越多的人参加了艾滋病毒/艾滋病治疗方案(见 A/65/255, 第 57 段)。毒品和犯罪问题办公室、世卫组织、艾滋病规划署建议，各国应将一整套伤害减少服务纳入到艾滋病防治方案中，既作为艾滋病毒预防措施，也支持吸毒者坚持接受抗逆转录病毒疗法服务和医疗跟进服务。²⁰

20. 一项研究比较了那些全面、一贯地采取伤害减少措施、而未采取惩罚做法的国家与那些坚决抵制伤害减少方案、将重点放在采取惩罚措施的国家。结果显示，在澳大利亚、德国、瑞士和大不列颠及北爱尔兰联合王国，注射吸毒者的滋病毒感染率不足 5%，而在俄罗斯联邦和泰国，注射吸毒者的艾滋病毒感染率超过 35%。²¹

¹⁵ 世卫组织，《阿片类药物使用过量的社区管理》，(2014 年，日内瓦)，第 3 页。

¹⁶ 世卫组织，《综合准则》，第 4 页。

¹⁷ Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2014*。

¹⁸ 毒品和犯罪问题办公室，《2015 年世界毒品报告》(联合国出版物，销售品编号：E.15.XI.6)，第 ix 页。

¹⁹ 世卫组织，《综合准则》，第 5 页。

²⁰ 世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病规划署，《技术指南》，第 10-21 页。

²¹ 艾滋病毒与法律问题全球委员会，《艾滋病毒与法律：风险、权利和健康》(2012 年 7 月，纽约)；联合国开发计划署(开发署)，《处理药物政策的发展维度》，(2015 年 6 月)，第 19 页。

C. 监狱卫生保健

21. 在全世界的监狱里，吸毒现象，包括注射吸毒，始终屡见不鲜。吸毒者共用注射器的发生率非常高，导致在监狱中传播艾滋病毒的风险大增。被拘禁人员有权不受歧视地享受与外界相同的卫生保健服务，在疾病预防、危害减少和抗逆转录病毒治疗等方面都是如此。持续提供护理对于被拘禁人员和那些一直在接受阿片类药物替代疗法和抗逆转录病毒治疗或治疗肺结核的人员至关重要，因为中断这样的治疗会给他们的健康造成严重的后果。²²

22. 健康权问题特别报告员表示，若只向公众提供伤害减少方案服务和循证治疗，却将被拘禁人员拒之门外，则有违健康权的原则。然而，在 2014 年，虽然有 80 个国家推出了阿片类药物替代疗法，但只有 43 个国家实际提供了该疗法。他还指出，考虑到与监禁相关的健康风险更高，应实施风险减少方案，并向药物依赖者提供治疗服务，以达到公共卫生目标——即使该社区尚未推出这些服务，也是如此(见 A/65/255, 第 60 段)。

23. 在监狱中以及在开展针对吸毒者的治疗方案过程中，采取伤害减少等健康保护措施，都是行之有效的做法；目前亟需在所有监狱采取这类措施。²³ 特别报告员还表示，治疗药品依赖非常有效地降低了犯罪率，因为在监狱提供治疗和保健，将其作为拘禁的替代做法，可以减少复吸率、艾滋病毒传播率和累犯率。²⁴

D. 实现健康权面临的障碍

24. 健康权问题特别报告员指出，在吸毒构成犯罪的国家，吸毒者可能不愿寻求卫生保健服务，因为他们担心自己的吸毒记录会被通报缉毒机构，最终有可能被捕入狱，或者被强制治疗。吸毒记录登记表(即吸毒者名单)的使用有可能打消吸毒者寻求治疗的念头，尤其是因为在采用这种登记制度的国家，侵犯病人隐私的情况屡见不鲜(见 A/65/255, 第 20 段和 A/64/272, 第 23 段)。

25. 特别报告员还指出，将吸毒和持有毒品定性为犯罪行为的做法引发了各种旨在逃避刑罚的危险吸毒方式，进而给吸毒者的健康带来更大危险。危险的吸毒方式可能包括：共用针筒和注射器、仓促或危险的注射，以及在不安全的地方吸毒。吸毒者为避免被执法人员发现而仓促准备毒品可能造成吸毒过量、血管意外和感染。特别报告员还指出，将吸毒和持有毒品定性为犯罪行为可能增加吸毒者的患病风险，包括感染艾滋病毒(见 A/65/255, 第 25-26 段)。

²² 世卫组织、毒品和犯罪问题办公室和艾滋病规划署，《技术准则》第 26 页；世卫组织，《综合准则》第 5 页。

²³ 世卫组织欧洲区域办事处，《马德里建议：监狱健康保护是公共卫生的基本组成部分》(2010 年，哥本哈根)，第 3-4 页。

²⁴ 毒品和犯罪问题办公室和世卫组织，“药品依赖治疗原则”，讨论稿(2008 年)，第 1 页。

26. 特别报告员表示，吸毒者因惧怕遭到逮捕而不愿在准备和注射毒品时寻求卫生援助，有可能加剧这类风险。他指出，将吸毒定性为犯罪行为会增加毒品遭到有害物质、乃至致命物质的污染的风险(见 A/65/255, 第 25-26 段)。他补充说，将传播有关安全吸毒和减少伤害的安全做法等信息的行为定性为犯罪行为，并不符合健康权原则，因为这妨碍了人们对自身健康做出知情决定的能力。²⁵

27. 特别报告员还指出，一些反对采取伤害减少措施的国家将携带针头、针筒和其他毒具定性为刑事罪行，²⁶ 这有违《艾滋病/病毒与人权国际准则》的精神。²⁷ 由于担心被逮捕并遭受刑事处罚，吸毒者可能不敢参加针头和针筒方案，也不敢携带消过毒的用具，这增加了使用未经消毒的用具和传播疾病的可能性。惩罚携带此类用具(包括外联工作者携带)的法律妨碍了控制艾滋病毒的努力。²⁸ 在一些国家，提倡使用和供应美沙酮属于违法行为，而美沙酮是阿片类药物替代疗法中使用的药物。²⁹

28. 世卫组织建议，应将吸毒，包括注射吸毒非刑罪化，因为这样可以在实施世卫组织有关卫生部门干预措施的各项建议时发挥重要作用，那些建议包括减少吸毒者受到的伤害、向其提供治疗和护理。³⁰ 艾滋病规划署也建议将吸毒非刑罪化作为减少艾滋病毒感染者数量和治疗艾滋病的手段。³¹

29. 特别报告员还指出了将吸毒和持有毒品定性为刑事罪行会妨碍实现健康权的很多具体表现。他呼吁将吸毒和持有毒品非刑罪化，以此作为实现健康权的重要一步。他指出，将吸毒非刑罪化不等于将其合法化。所谓非刑罪化，是指吸毒和持有毒品仍是法律禁止的，但即使实施刑事处罚，也是非监禁的轻微处罚。相比之下，合法化指不禁止相关行为(见 A/65/255, 第 62 段)。

30. 特别报告员肯定了葡萄牙的非刑罪化经验(见 A/65/255, 64 段)。2011 年，葡萄牙所有供个人使用的药品都实现非刑罪化，吸毒被定性为行政违法行为。与此同时，公共卫生部门和社会积极响应，纷纷向吸毒者伸出援手。葡萄牙吸毒现象并没有大幅增加，实际上一些群体的指标显示，吸毒量在减少。非刑罪化的积极影响包括：帮助吸毒者去除了污名，并减轻了刑事司法体系的负担。³² 国际麻醉

²⁵ 特别报告员提交禁止酷刑委员会的材料(2012 年 10 月 19 日)，第 6 页。

²⁶ 同上。

²⁷ 联合国出版物，销售编号：E.06.XIV.4, 第 30 页。

²⁸ 世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病规划署，“提供消毒的注射工具，减少艾滋病毒传播”政策简报(2004)，第 2 页。

²⁹ Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction 2014*。

³⁰ 世卫组织，《综合准则》，第 91 页。

³¹ 艾滋病规划署，《差距报告》，第 183 页。

³² 葡萄牙提交的材料。见 Domosławski, *Drug policy in Portugal: the Benefits of Decriminalizing Drug Use* (Warsaw, Open Society Foundations, 2011)。

品管制局表示，葡萄牙将吸毒非刑罪化这一举措符合《1988 年公约》的精神。³³迄今共 22 个国家已采取某种非刑罪化措施，虽然它们并不全是促进公共卫生为理由。³⁴特别报告员表示，在推进非刑罪化的同时，应扩大戒毒治疗方案和戒毒教育(见 A/65/255, 第 67 段)。2015 年 6 月 26 日，在禁止药物滥用和非法贩运国际日，秘书长表示，不应将吸毒者定性为犯罪分子并加以监禁，而应考虑采取替代方案；应更加关注公共卫生、预防、治疗和护理，并加大制定经济、社会和文化战略的力度。若干民间社会组织呼吁推进非刑罪化，其理由是，将吸毒刑罪化给公共卫生部门救助吸毒者、保护其健康权带来了巨大的障碍。³⁵

E. 获取基本药物

31. 在《1961 年公约》序言部分，各缔约方认识到，麻醉药品的医疗应用对于减轻病人疼痛和痛苦不可或缺。然而，虽然全世界有数百万人需要获得基本药物来减轻疼痛、药物依赖和其他疾患，但这些药物供应通常较为有限或不足。健康权问题特别报告员指出，这些药物的供应渠道通常受到严格限制，因为监管部门担心它们的合法医疗用途会被转用于非法目的(见 A/65/255, 41 段)。

32. 限制阿片类药物获取途径不仅影响阿片类药物替代疗法的提供，还影响三个不相干、但必须获取管制药物的领域：(a) 中度到重度疼痛的管理，包括对生命垂危病人提供姑息治疗；(b) 某些妇产科急症情况；(c) 癫痫管理(见 A/65/255, 第 42 段)。

33. 经济、社会和文化权利委员会在“《关于享有能达到的最高标准健康的权利问题的第 14 号(2000 年)号一般性评论》中表示：确保人们获得基本药物，包括阿片类药物，是保障健康权的一项基本条件；各国无论资源紧张与否，都必须遵守这项义务。特别报告员指出，获取管制药品是保障健康权的重要方面，并建议各国扩大民众获取基本管制药物的途径(见 A/65/255, 第 40-47 段和第 76 段)。

34. 国际麻醉品管制局始终注意到，在很多国家，基本管制药物的供应量非常有限。麻管局在 2014 年年度报告中指出，全世界大约有 55 亿人(即全球总人口的四分之三)生活在很少或难以获取含有麻醉品的药物、中度至重度疼痛治疗条件不足的国家。麻管局还指出，全世界 92% 的吗啡(一种阿片类药物)是全球 17%

³³ *Report of the International Narcotics Control Board for 2004*, p. 80.

³⁴ Ari Rosmarin and Niamh Eastwood, *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Policies in Practice across the Globe* (London, Release, 2012)。牙买加已将吸大麻的行为非刑罪化(见 *Dangerous Drug Amendment Act, 2015*, para. 6, amending sect. 7C of the Act)。

³⁵ 全球毒品政策委员会提交的材料，第 3-5 页；人权观察社提交的材料，第 2 页；国际毒品政策联合会提交的材料，第 5 页；国际释放组织提交的材料，第 8 页；国际妇女减低伤害网络提交的材料，第 9 页。

的人口使用的，他们主要是美洲、大洋洲和西欧人口。麻管局和世卫组织都注意到，不必要的限制药物管制规定和做法是人们获取基本管制药物的一大障碍。³⁶

三. 与刑事司法相关的权利

A. 禁止任意逮捕和拘禁

35. 有消息称，警方有时前往吸毒治疗中心区域或临近区域实施逮捕。³⁷ 这些做法也许与缉毒执法成功与否的衡量方式有关——若将逮捕的吸毒者的数量作为执法活动成功与否的衡量指标，则尤其如此。据报道，在一些国家，警方会获取那些在药物依赖治疗诊所登记的人员的健康信息，并利用该信息开展执法工作(见 A/65/255, 第 20 段)。³⁸ 在一些国家，有报道称，警方为了完成逮捕指标而把目光转向了吸毒者，或者向吸毒者勒索钱财，甚至对女吸毒者实施性侵。³⁹

36. 任意拘留问题工作组发现，吸毒者遭受任意拘留的风险尤其高(见 E/CN.4/1998/44/Add.2, 第 81 段和第 97-99 段，及 A/HRC/27/48/Add.3, 第 111-119 段)。据报告，一些国家规定对因吸毒而被捕的人一律进行自动审前羁押，而不检查每一个个案的具体情况，但美洲人权委员会已经宣布这种做法是不符合人权的。⁴⁰ 根据《公民权利和政治权利国际公约》第九条因刑事罪名而被逮捕或拘留的任何人应被迅速带见法官。对此，人权事务委员会在其关于人身自由和安全的第 35(2014)号一般性评论第 33 段解释称，这表示应在逮捕之日后的几天之内移送，48 小时通常已经充足。有报告指出，有人因毒品犯罪而被拘留，但他们既没有登记在册，也没有被迅速带见法官。在一些国家，涉嫌毒品犯罪被捕的人在受到指控的情况下被拘留的时间可能远远长于因其他罪行而遭到拘留的人。⁴¹

³⁶ 见《国际麻醉品管制局 2014 年报告》，第 12 段；世卫组织《确保各国管制药物政策实现平衡：管制药物的供应与获取指南》(2011 年，马耳他)。

³⁷ 国际妇女减低伤害网络提交的材料，第 4 页。

³⁸ 俄罗斯监督国内毒品政策改革民间社会机制提交的材料，第 5-6 页。

³⁹ 艾滋病毒与法律问题全球委员会，“艾滋病毒与法律”，及欧亚减少伤害网络提交的材料，第 4 页。

⁴⁰ 法律与社会研究中心提交的材料，人权联系会和人权合作机构，第 4 页，及美洲人权委员会，《美洲使用审前羁押情况报告》(2013)，第 137 段。

⁴¹ 法律与社会研究中心提交的材料，第 5、9 和 27 页。

B. 禁止酷刑和其他形式的虐待

37. 据报告，在一些国家，吸毒者在拘留期间会遭到暴力侵害，往往是为了逼供或获得关于其他吸毒者或贩运者的信息。⁴² 酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚问题特别报告员和人权事务委员会指出，一些执法机构故意拒不向有药物依赖的在押嫌疑犯提供阿片类药物替代疗法以图逼供或获得信息，并认为这种做法已经构成了酷刑(见 A/HRC/22/53, 第 73 段, A/HRC/13/39/Add.2, 第 85 段, 和 A/68/295, 第 68 段)。酷刑问题特别报告员还认为，这种做法在某些情况下即便不以获取信息为目的，仍然是酷刑或虐待(见 A/HRC/22/53, 第 74 段)。

C. 生命权

38. 《公民权利和政治权利国际公约》第六条规定，在未废除死刑的国家，判处死刑只能用作对“最严重的罪行”的惩罚。人权事务委员会认为，毒品犯罪并不足以构成“最严重的罪行”(见 CCPR/C/IDN/CO/1, 第 10 段, CCPR/CO/84/THA, 第 14 段, 和 CCPR/C/SDN/CO/3, 第 19 段)。联合国人权事务高级专员、酷刑问题特别报告员、法外处决、即决处决或任意处决问题特别报告员、经济及社会理事会、大会和秘书长对此解释予以支持(见 A/HRC/10/44 及 Corr.1, 第 66 段, A/HRC/4/20, 第 51-53 段, 和 A/HRC/24/18, 第 24 段)。⁴³ 国际麻醉品管制局鼓励强制执行死刑的国家对毒品犯罪废除死刑(见 A/HRC/27/23, 第 31 段)。

39. 但是，估计仍有 33 个国家或领土继续对毒品犯罪强制执行死刑，导致每年处决约 1000 人。⁴⁴ 在某些国家，被处决的大多数犯人都是因为毒品犯罪，有几个国家对此强制判处死刑(见 E/2015/49 及 E/2015/49/Corr.1, 第 72 段)。⁴⁵

40. 对毒品犯罪仍然保留死刑的国家能获得开展毒品管制方案所需的国际资金和技术援助，对此，有人权组织表示关切。⁴⁶ 反对死刑的毒品和犯罪问题办公室曾指出，如果“一个国家继续积极对毒品犯罪适用死刑，那么本办公室将处于极其尴尬的境地，因为如果我们继续支持刑事司法系统内的执法部门、检察官或法院，就违背了自身尊重人权的责任”。毒品和犯罪问题办公室指出“至少，在此情况下，如果继续给予支持，就会被视为使政府行为合法化。如果在提出保证和

⁴² François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, *Health and Human Rights Resource Guide* (Harvard University, 2013), p. 4.9.

⁴³ 另见经济及社会理事会第 1984/50 号决议和大会第 39/118 号决议。

⁴⁴ Harm Reduction International, *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2012*, p. 5.

⁴⁵ 另见大赦国际提交的材料，第 2 页。

⁴⁶ Reprieve, Harm Reduction International, International Drug Policy Consortium, Transform, Release, Espolea, Drug Policy Alliance, Diogenis, Andrey Rylkov Foundation, Canadian Drug Policy Coalition and Forum Droghe, “INCB report launch and the death penalty for drug offences” (joint statement, 3 March 2015).

高级别政治干预的请求之后继续对涉毒犯罪执行死刑，则毒品和犯罪问题办公室别无选择，只能临时冻结或撤销支持”。⁴⁷ 欧洲联盟强调，向第三国提供法律、财政或其他技术援助等行动不应助推死刑的使用，并且明确指出不应对涉毒犯罪适用死刑。⁴⁸

41. 法外处决、即决处决或任意处决问题特别报告员对在禁毒战争中遭到法外处决的人表示关切。(见 A/HRC/26/36/Add.1, 表示关切。(见 A/HRC/26/36/Add.1, 第 8 段)，而各国和非政府组织也表达了相同的关切。⁴⁹ 在针对毒品交易的行动中，对法外处决行为有罪不罚，也让人担忧。酷刑问题特别报告员批评了收效甚微的调查，也批评了被控实施这种侵犯人权行为的人比较不易受到处罚的现象。联合国人权事务高级专员强调，有必要对严重侵犯人权行为追究责任(见 A/HRC/11/2/Add.2, 第 33 和 53 段，和 A/HRC/26/36/Add.1, 第 81、111 和 117 段)。⁵⁰

D. 获得公正审判的权利

42. 在一些国家，针对毒品犯罪的执法职责据报告是与军方分担或已交给军方负责，这往往会导致过度使用暴力的情况。⁵¹ 据报告，被控犯有涉毒罪行的人被送上了可能未能达到公平审判标准的军事法庭或特别法庭受审。⁵² 关于在军事法庭或特别法庭的审判，人权事务委员会表示，除了严格限定的特殊情况以外，平民应当在普通法院受审，并表示不能因为法庭的军事性质或特别性质而限制或改变《公民权利和政治权利国际公约》的保护。⁵³

43. 据报告，在有些国家，被告人可能会被要求在服刑和接受戒毒治疗之间做出选择。鉴于个人有权拒绝接受治疗，特别是考虑到其中涉及一定程度的胁迫，因此这种做法可能会引发担忧。⁵⁴ 有的国家强制向治疗不成功的个人采取额外的刑罚措施，全然不顾每个人条件存在特殊情况，也不顾医务专业人员已经认定

⁴⁷ 毒品和犯罪问题办公室，“毒品和犯罪问题办公室和人权的促进和保护”(2102)，第 10 页。

⁴⁸ Council of the European Union, “EU guidelines on the death penalty” (doc. No. 8416/13, annex)。

⁴⁹ 瑞士提交的材料；墨西哥捍卫和增进人权委员会提交的材料，第 3-4 页；计算成本倡议提交的材料，第 7 页；人权观察社提交的材料，第 2-3 页。

⁵⁰ 另见高级专员在人权理事会第二十七届会议上的开幕致辞。

⁵¹ 法律与社会研究中心人权联系会和人权合作机构提交的材料，第 3 页和第 6-9 页；国际人权服务社和国际和平团提交的材料，第 6 页，墨西哥捍卫和增进人权委员会提交的材料，第 1-6 页。

⁵² Count the Costs, “The war on drugs: undermining human rights”, p. 4。

⁵³ 关于在法律面前人人平等和获得公正审判的权利的第 32(2007)号一般性评论，第 22 段。

⁵⁴ Global Commission on Drug Policy, *Taking Control: Pathways to Drug Policies that Work* (2014), p. 22。

药物依赖治疗往往涉及一次或多次复吸，或者需要采用多种类型的治疗。⁵⁵ 任意拘留问题工作组认为，采用治疗替代监禁时，在任何情况下，治疗的时间都不得超出刑事判决期限(见 A/HRC/4/40/Add.2, 第 74 段)。

44. 有些国家不允许考虑向因毒品犯罪被定罪的人给予其他罪行可获得的缓刑、假释、赦免或大赦。⁵⁶ 任意拘留问题工作组建议，各国的法律如果包括类似条款，则修订这些法律。(见 A/HRC/4/40/Add.3, 第 102(c)段)。

45. 将重点放在逮捕和关押持有或使用少量毒品的吸毒者，往往会导致拖延审前羁押时间，另外，在许多国家，被判犯有涉毒罪行的人常常在囚犯中占很高的比例。对持有毒品或吸毒适用强制性判决和过长的判决，往往会导致判决的刑罚期超过谋杀、强奸、绑架或抢劫银行等严重罪行，也会造成过度使用监禁办法和监狱过度拥挤的问题。⁵⁷ 任意拘留问题工作组呼吁开展改革，以确保对毒品犯罪的判决与犯罪的性质相称。(见 E/CN.4/2003/8/Add.3, 第 44 和 72(a)段, A/HRC/4/40/Add.4, 第 47 和 87 段, 和 A/HRC/22/44/Add.2, 第 125 段)。工作组发现，对毒品犯罪过度使用监禁办法在很大程度上会导致监狱过度拥挤，而过度拥挤问题可能会危及《公民权利和政治权利国际公约》第十条的遵守情况，因为该条保障每一个被羁押者应得到人道及尊重其人格尊严的待遇(见 E/CN.4/2003/8/Add.3, 第 44 段, A/HRC/4/40/Add.3, 第 64 段, 和 A/HRC/4/40, 第 59-80 段)。

E. 强制拘留中心的侵犯人权行为

46. 吸毒者或涉嫌吸毒者可能会在未经审判或评估其药物依赖性的情况下，被禁闭在强制戒毒拘留和康复中心往往长达几个月或者几年之久，并且时常处于刑事司法监督范围之外。⁵⁸

47. 酷刑问题特别报告员指出，强制戒毒拘留和康复中心有时也称为劳动教养中心，通常强制被拘留者进行长时间的剧烈体力劳动，并对其施加身体虐待和谩骂、殴打、单独囚禁和强迫劳动(见 A/HRC/22/53, 第 40-42 段)。健康权问题特别报告员指出，这些做法并非循证治疗，而且通常也没有接受过药物依赖性治疗培训的专业医务人员。此外，治疗通常是群体进行的，全然不顾征得个体知情同意的必要性(见 A/65/255, 第 31-33 段)。

⁵⁵ 开发署，《处理药物政策的发展维度》，第 25 页，及国际释放组织提交的材料，第 2 页。

⁵⁶ 法律与社会研究中心提交的材料，人权联系会和人权合作机构，第 27 页。

⁵⁷ 药品与法律研究协会提交的材料；减少伤害协会和刑事改革国际提交的材料，第 1 页。

⁵⁸ Harvard FXB Center for Health and Human Rights and Open Society Foundations, *Health and Human Rights Resource Guide* (2013), p. 4.7. See also Open Society Foundations, *Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Rehabilitation* (2011) and “Human rights abuses in the name of drug treatment: reports from the field” (2009)。

48. 据报告，强制拘留中心还存在未经同意的实验性治疗、酷刑、虐待和性暴力等现象(见 A/HRC/22/53, 第 40-42 段)。进行强制治疗，而不是进行阿片类药物替代治疗和其他减少危害措施，也会增加患病风险，特别是感染艾滋病毒的风险(见 A/65/255, 第 36 段)。

49. 12 个联合国实体发表联合声明谴责这些做法，呼吁关闭强制拘留中心。⁵⁹ 但是，迄今仍有约 235,000 人被拘留在强制戒毒拘留中心，其中许多位于东亚和东南亚地区。⁶⁰

四. 禁止歧视

50. 个人一旦因毒品犯罪被定罪，他们的犯罪记录可能招致不同形式的歧视。这些歧视可能包括受雇障碍、对子女监护或探访权带来的不利影响、失去政府福利(如公共住房、食物补贴或学生经济援助的获取)、或出国旅行方面面临的困难。⁶¹ 这是某些国家决定使个人使用和持有毒品行为非刑罪化的一个因素。⁶² 正如前秘书长科菲·安南于 2015 年 5 月 19 日在一个主题为“应对世界毒品问题时加强公共卫生办法”的会外活动上所说：“年轻人因轻微毒品罪行而落下的犯罪记录对他们福祉的危害可能比偶尔吸毒要大得多。”

A. 少数民族

51. 据报告，少数民族人群，尤其是生活在边缘化社群的穷人，在禁毒执法行动中可能尤其容易遭到歧视。例如，在美利坚合众国，非洲裔美国人占总人口的 13%，但却占因涉毒而被逮捕人数的 33.7% 以及因被控涉毒罪行而被送往州监狱人数的 37%。非洲裔美国人因持有或吸食大麻而遭逮捕的可能性比白人要高 3.7 倍，尽管两者的吸毒率不相上下。在澳大利亚、加拿大和联合王国等国家也发现了类似的差别。⁶³ 一名执法人员指出，在写字楼或富人区买卖毒品比在贫穷而边缘化的街区交易更难以截获，后者往往是在街道或其他公共区域进行，而警察对这些场所施加管控的频率较高。⁶⁴

⁵⁹ 载于：www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf。

⁶⁰ 开发署，《处理药物政策的发展维度》，第 25 页。

⁶¹ Count the Costs, “The war on drugs: promoting stigma and discrimination”, pp. 3-5。

⁶² Rosmarin and Eastwood, *A Quiet Revolution*。

⁶³ 全球毒品政策委员会提交的材料，第 6 页；国际减少伤害协会与刑事改革国际提交的材料，第 4 页。

⁶⁴ Count the Costs, “The war on drugs: promoting stigma and discrimination”, pp. 7-8。

B. 妇女

52. 在全球范围内，妇女因毒品犯罪被囚禁的情况多于其他任何犯罪。在拉丁美洲若干国家，60-80%的女囚是因为毒品犯罪被关押的。⁶⁵ 在一些国家，被判犯有涉毒罪行的妇女属于监狱人口增长最快的部分。在欧洲和中亚，有四分之一的女囚是因为毒品犯罪被投入监狱，其中有些国家的比例高达70%。消除对妇女歧视委员会对因毒品犯罪被囚禁的妇女数量表示关切，并指出这或许能说明妇女为什么贫困(见 CEDAW/C/UK/3 和 4)。妇女往往会参与销售少量毒品，并被人当成“毒骡”利用，将少量毒品从一个国家携带到其他国家。其中许多人都是年轻、不识字的单身母亲，不得不照顾她们的子女和其他家庭成员。⁶⁶

53. 据报告，按照现行法律和政策的具体规定，吸毒妇女可能会因在怀孕期间吸毒而失去子女监护权、被强制或胁迫绝育、堕胎或遭到刑罚。在某些国家，吸毒妇女即使处在怀孕期间也可能被关押。吸毒妇女在怀孕期间可能得不到适当的照顾。⁶⁷ 世卫组织发表了关于针对辨别和管理怀孕期间药物使用和相关疾病的准则。

54. 有些妇女监狱可能没有减少危害的疗法(包括阿片类药物替代疗法)，可能存在歧视现象。⁶⁸ 消除对妇女歧视委员会建议各国提供性别敏感的循证戒毒治疗服务(包括向被拘留的妇女提供减少危害治疗方案)，以减少对吸毒妇女的有害影响(见 CEDAW/C/GEO/CO/4-5, 第 31(e)段)。据报告，吸毒的妇女往往是她们的伴侣和执法人员实施暴力(包括性暴力)的对象。妇女可能会被强迫与执法人员发生性行为才能免遭逮捕或处罚。⁶⁹ 据报告，既吸毒又从事性工作的妇女更容易受到伤害。⁷⁰

五. 儿童权利

55. 《儿童权利公约》第三十三条规定，缔约国应采取一切适当措施，保护儿童使之避免非法使用有关国际条约中界定的麻醉药品和精神药物，并防止利用儿童从事非法生产和贩运此类药物。

⁶⁵ Corina Giacomello, “Women, drug offenses and penitentiary systems in Latin America” (International Drug Policy Consortium, 2013)。

⁶⁶ Count the Costs, “The war on drugs: promoting stigma and discrimination”, pp. 8-9。

⁶⁷ 国际妇女减低伤害网络提交的材料，第 6-7 页。

⁶⁸ 同上，第 5 页。

⁶⁹ 开放社会研究所提交的材料，第 49-52 页。另见毒品和犯罪问题办公室、联合国促进性别平等和增强妇女权能署(妇女署)、世卫组织和国际毒品使用者网络，“注射毒品的妇女和艾滋病毒：应对具体需求”(2014)。

⁷⁰ 国际妇女减低伤害网络提交的材料，第 8 页；欧亚减少伤害网络提交的材料，第 4-5 页。

56. 在关于艾滋病毒/艾滋病与儿童权利的第 3(2003)号一般性评论中，儿童权利委员会指出，在多数国家中，儿童未能受益于与使用药物相关的艾滋病毒预防计划，即使存在这些计划，也主要面向成年人。委员会指出：使用未经消毒的工具进行注射的做法进一步加大了艾滋病毒传染的风险；同时，旨在减少药物使用和艾滋病毒传染的方案和政策必须认识到儿童的特殊敏感性和生活方式。在关于儿童享受能达到的最高标准健康的第 15(2013)号一般性评论中，委员会认可，采取危害减少措施是最大限度地减少有害物质的使用对健康的不良影响的一个重要方法。委员会在其结论性意见中呼吁使儿童受益于减少危害的计划(见 CRC/C/UKR/CO/4, 第 59 段, CRC/C/AUT/CO/3-4, 第 51 段, 和 CRC/C/ALB/CO/2-4, 第 63(b)段)。

57. 委员会建议，儿童应得到关于毒品的准确客观的信息。委员会呼吁不应对吸毒儿童提起刑事诉讼，还呼吁将儿童持有毒品的行为非刑罪化(见 CRC/C/OPAC/MEX/CO/1, 第 29 段, 和 CRC/C/UKR/CO/4, 第 59-60 段)。然而，委员会发现，实际上在大多数国家，吸毒儿童不但会被提起刑事诉讼，而且往往得不到减少危害治疗和戒毒治疗服务。委员会批评了对毒品作物的空中烟熏行为，因为这对儿童造成了影响(见 CRC/C/COL/CO/3, 第 72 段)。委员会还谴责了将儿童送进强制戒毒拘留和康复中心的做法(见 CRC/C/KHM/CO/2, 第 55-56 段)。

六. 土著人民的权利

58. 《1961 年单一公约》对出于土著、传统和宗教用途的目的种植古柯树、鸦片罂粟和大麻植物的做法实行限制，并要求 15 年内废除吸食鸦片，25 年内废除咀嚼古柯叶，并最迟在 25 年内废除大麻的使用(第 49 条第 2 款)。《1988 年公约》要求各国对持有、购买和种植古柯树用于个人吸食的行为按刑事罪论处，还要求采取措施防止种植非法作物并根除这些作物。在采取这些措施时，各国必须“适当考虑到有历史证明的传统性正当用途”(第 14 条第 2 款)。

59. 2009 年，土著问题常设论坛呼吁修订或废止《1961 年单一公约》中关于咀嚼古柯叶的部分条款，因为这些条款与土著人民保持自己的传统医药和文化行为的权利相左，而这些权利已在《联合国土著人民权利宣言》第 11、24 和 31 条得到承认(见 E/2009/43-E/C.19/2009/14, 第 89 段)。⁷¹ 2011 年，玻利维亚多民族国退出《1961 年单一公约》，而于随后在对有关古柯叶的传统习俗附有保留的前提下重新加入公约。⁷²

⁷¹ 另见国际劳工组织《1989 年土著和部落人民公约》(第 169 号)，及《保护非物质文化遗产国际公约》。

⁷² 见《国际麻醉品管制局 2011 年报告》，第 270-280 段。

60. 有些国家承认药物管制条约在适用方面有例外情况，包括基于宗教信仰的例外。美国禁止吸食管制药物三甲氧苯乙胺，但美洲土著人教会在宗教仪式中可免受该项禁令的限制。⁷³ 在意大利，一项涉毒定罪在上诉以后被撤销，原因是下级法院没有考虑拉斯塔法里信徒被告根据其本人宗教信仰提出的辩诉。⁷⁴ 牙买加政府于 2015 年修订立法，规定拉斯塔法里信徒在宗教仪式中有权吸食大麻。⁷⁵ 过往判例倾向于不允许在宗教仪式中使用管制药物来表达宗教信仰，尽管有些案例存在很大的意见分歧。⁷⁶

七. 结论和建议

61. 应确保吸毒者能不受歧视地获得与健康有关信息和治疗，从而保护健康权。应向药物依赖者(尤其是监狱和其他拘禁处所里的药物依赖者)给予和提供减少伤害方案，特别是阿片类药物替代疗法。应考虑消除人们享受健康权的障碍，包括使个人使用和持有毒品行为非刑罪化；此外，还应增加全民公共卫生方案。要保障健康权，需要为人们获取基本管制药物提供更便利的途径，在发展中国家尤其如此。

62. 应当按照国际准则确保禁止任意逮捕和拘留、酷刑和其他形式的虐待并维护获得公平审判的权利，保护范围包括因毒品犯罪被逮捕、拘留或控告的人员。不应拒绝向拘禁环境中的药物依赖者提供阿片类药物替代治疗，并以此作为套取口供或其他信息的手段。此外，在所有情况下，阿片类药物替代治疗都应视为被拘留者健康权的一部分向其提供。强制拘留中心应当关闭。

63. 应保护被判犯有涉毒罪行者的生命权，根据《公民权利和政治权利国际公约》第六条和人权事务委员会的判例，不对这些人判处死刑。执法机构在应对毒品犯罪时应保护个人的生命权，只在必要的时候才能使用相称的武力。对法外处决必须开展及时、独立而有效的调查，将被控肇事者绳之以法。

64. 对于持有或使用毒品、或属于“小规模分销人”的少数民族个人和妇女，应保护他们免遭歧视。应考虑进行法律和政策改革，以应对毒品政策对少数民族和妇女造成有差别的影响的现象。还应考虑向接触吸毒者的执法、医疗和社会服务人员提供培训以消除歧视。

⁷³ 见 American Indian Religious Freedom Act Amendments of 1994, sect.

⁷⁴ Supreme Court of Italy, judgement No. 14876 (2012)。

⁷⁵ The Dangerous Drug (Amendment) Act, 2015, para. 6, amending sect. 7C of the Act.

⁷⁶ 见 *Prince v. President of the Law Society of the Cape of Good Hope and Others*, Constitutional Court of South Africa (2002)，其中九名法官中有四人一致认为，因为上诉人出于宗教理由使用大麻而剥夺其联系律师的权利，这相当于过度侵犯拉斯塔法里的宗教自由，另见 CCPR/C/91/D/1474/2006。

65. 考虑到毒品犯罪判决对一个人生命可能造成的严重影响，对于犯有轻微的非暴力性毒品犯罪的人，应考虑采用起诉和监禁之外的办法。旨在减少过度使用监禁办法的改革应将上述替代办法纳入考虑。

66. 要注重通过一种对儿童有利的、适合其年龄的方式进行预防和宣传，从而保护儿童的权利，其中包括预防和宣传关于毒品注射传播艾滋病毒和其他血源性病毒的风险。儿童不应受到刑事起诉，而应对措施要注重健康教育、治疗(包括减少危害方案)和重返社会。

67. 土著人民有权奉行自己的传统、文化和宗教习俗。如果这些习俗包括吸食毒品，那么在人权法所规定的限度范围内，原则上应保护他们为了这些严格定义的目的而吸食的权利。
