



经济及社会理事会

Distr.: General
29 December 2015
Chinese
Original: English

麻醉药品委员会

第五十九届会议

2016年3月14日至22日，维也纳

临时议程*项目 5(a)

《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》的落实情况：
鉴于将在 2016 年举行的世界毒品问题大会特别会议，就麻醉药品委员会高级别审议开展后续行动——减少需求和相关措施

世界药物滥用形势

秘书处的报告

摘要

本报告概要介绍了联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）掌握的关于全球非法药物需求的最新资料。报告还述及加强减少需求对策的水平，分析了会员国对年度报告调查表第二部分所作的答复。所作分析补充了执行主任关于会员国执行《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》所采取的行动的报告（E/CN.7/2016/6）。2013 年，15-64 岁的人口估计有 1.62 亿至 3.29 亿人在上一年非法使用过药物。问题吸毒者——患有药物滥用疾病或毒瘾的人——估计有 1,570 万至 3,900 万人。吸毒，包括注射吸毒，在监狱中仍然常见，监狱内吸食海洛因等物质的人估计比普通人群高 14 倍。毒品和犯罪问题办公室会同世界卫生组织、联合国艾滋病/艾滋病联合规划署和世界银行联合估计，约有 848 万至 2,146 万人注射吸毒，约有 90 万至 442 万的注射吸毒者感染了艾滋病毒。

* E/CN.7/2016/1。



全球吸毒情况越来越呈多面化，合成物质的使用和处方药，如类阿片、安定剂和处方兴奋剂的非医疗使用在日益增加。欧洲最近的吸毒趋势表明，大麻、可卡因、海洛因和苯丙胺类兴奋剂的使用情况保持稳定，但使用新型精神活性物质的情况有了增加。在北美洲，大麻吸食情况有了增加。非洲和亚洲部分地区的大麻吸食情况似乎也在加剧。海洛因吸食情况似乎总体趋于稳定，但在某些区域，处方类阿片的非医疗使用在继续增多。使用苯丙胺类兴奋剂情况也在继续增多，最明显的是在东亚和东南亚。从全球来看，大麻仍然是最常用毒品。大麻吸食成瘾者越来越多地寻求治疗。从治疗需求、注射吸毒和艾滋病毒感染以及与毒品有关的死亡看，类阿片仍然是全球危害最大的毒品。全球可归因于药物使用的死亡人数估计有 98,300 至 231,400 人；其中大多数原本可以预防的死亡是类阿片吸毒过量所致并在类阿片吸食者中发生。在许多区域，戒毒治疗、吸毒预防服务和面向吸毒者的艾滋病毒和艾滋病预防和治疗服务及针对此类人群的护理服务的覆盖率仍然很低。年度报告调查表答复率仍然总体偏低，许多国家在吸毒的多数流行病学指标方面也缺乏可靠的最新资料。这种状况使多数区域监测当前和新出现的毒品趋势的工作仍然受到阻碍，也使打击非法药物需求的循证对策的执行和评价工作举步维艰。

一、 导言

A. 全球新兴趋势

1. 基于联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）掌握的资料，最近观察到的世界各地药物使用趋势包括：

(a) 欧洲和北美洲可卡因吸食趋势正在下降或保持稳定，而南美洲部分地区的吸食趋势则有上升趋势；

(b) 欧洲的大麻吸食情况正在减少或稳定在较高水平上。在北美洲、亚洲和非洲部分地区，大麻吸食情况被认为有所增多；

(c) 在东亚和东南亚，使用苯丙胺类兴奋剂特别是甲基苯丙胺的情况被认为日益增加；

(d) 虽然北美洲的处方类阿片非医疗使用情况在下降，但在该区域以及大洋洲和拉丁美洲部分地区，处方类阿片和兴奋剂滥用问题仍然令人担忧。非洲和亚洲部分地区也报告了药用类阿片的非医疗使用情况；

(e) 在世界各地首次接受治疗的人中，患苯丙胺类兴奋剂和大麻滥用疾病的人所占比例高于其他物质滥用患者所占比例，显示出越来越多的苯丙胺类兴奋剂和大麻吸食者需要接受治疗；

(f) 监狱仍然是吸毒和传染病的高发场所。监狱内海洛因等毒品的吸食率仍然远高于社区；

(g) 在所有区域，传入的新型精神活性物质，即不受国际管制的精神活性物质，在继续增多，并继续引发对公共健康的忧虑。

B. 药物使用认识水平和趋势及答复范围方面的挑战

2. 每年报告全球药物使用趋势所采用的资料大部分是基于会员国对年度报告调查表所提交的答复。因此，本报告反映了会员国报告的资料范围和质量。截至 2015 年 11 月 30 日，总共 194 个会员国和 15 个地区中的 96 个会员国发回了关于减少药物需求和供应综合办法的调查表第二部分以及关于药物使用范围、类型及趋势的第三部分。这意味着会员国答复率接近 50%。在会员国发回的调查表中，30% “部分” 填写，而其余的则属 “大体上” 填写，即各国提供了一半以上的药物使用主要指标相关资料（见下文地图 1 和图一和图二）。

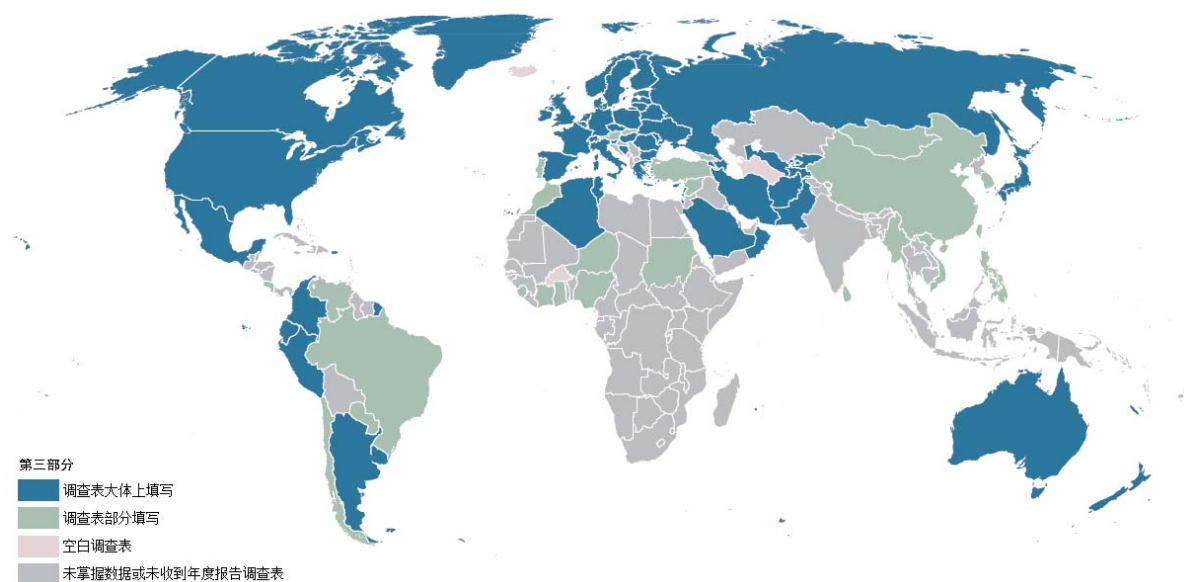
3. 交回调查表的 50% 的会员国涵盖全世界人口的 75%。但没有收到答复的次区域包括非洲大部分地区，其中只有 11 个会员国交回调查表，但大多数没有提供资料。也没有收到中东、南亚、东亚和东南亚以及加勒比和中美洲许多国家的答复。

4. 与往年相同，答复率仍然较低，缺乏客观或最新的药物使用相关资料。尤其是缺乏一些人口大国的综合资料。缺乏资料导致难以对世界药物使用形势进行有意义的分析并向决策机构通报需要采取哪些行动。由于缺乏数据，已努力

从其他政来源和所公布的吸毒形势报告中收集可用补充资料，对于未提供大部分相关资料的国家尤其如此。

地图 1

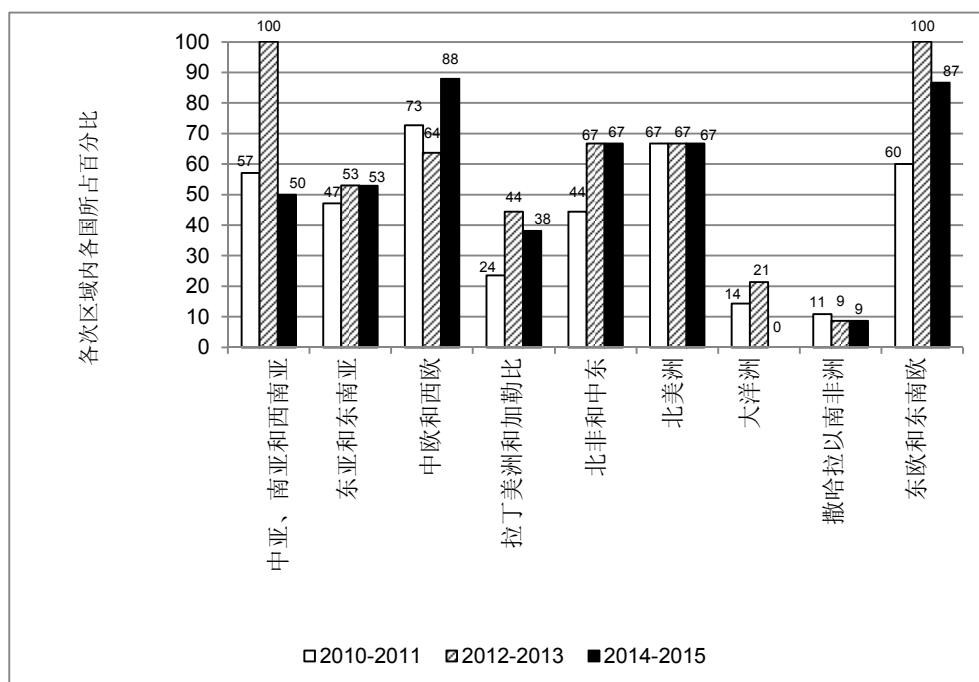
截至 2015 年 11 月 30 日对年度报告调查表第三部分的答复



注：本地图上所表示的边界和名称及所使用的标识并不意味着联合国的正式认可或接受。短横虚线表示未确定的边界。圆点虚线表示印度和巴基斯坦约定的查谟和克什米尔地区大致的控制线。双方尚未就查谟和克什米尔的最终地位达成一致。苏丹共和国和南苏丹共和国之间的最后边界尚未确定。阿根廷和大不列颠及北爱尔兰联合王国政府对于福克兰群岛（马尔维纳斯群岛）的主权问题存在着争论。

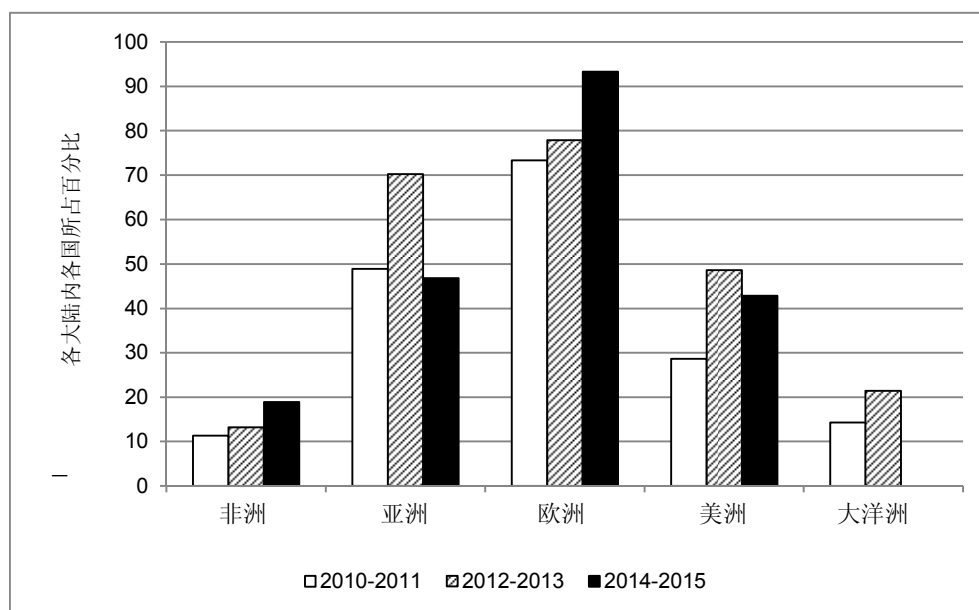
图一

按次区域分列的对年度报告调查表答复的会员国百分比



图二

按大陆分列的对年度报告调查表答复的会员国百分比



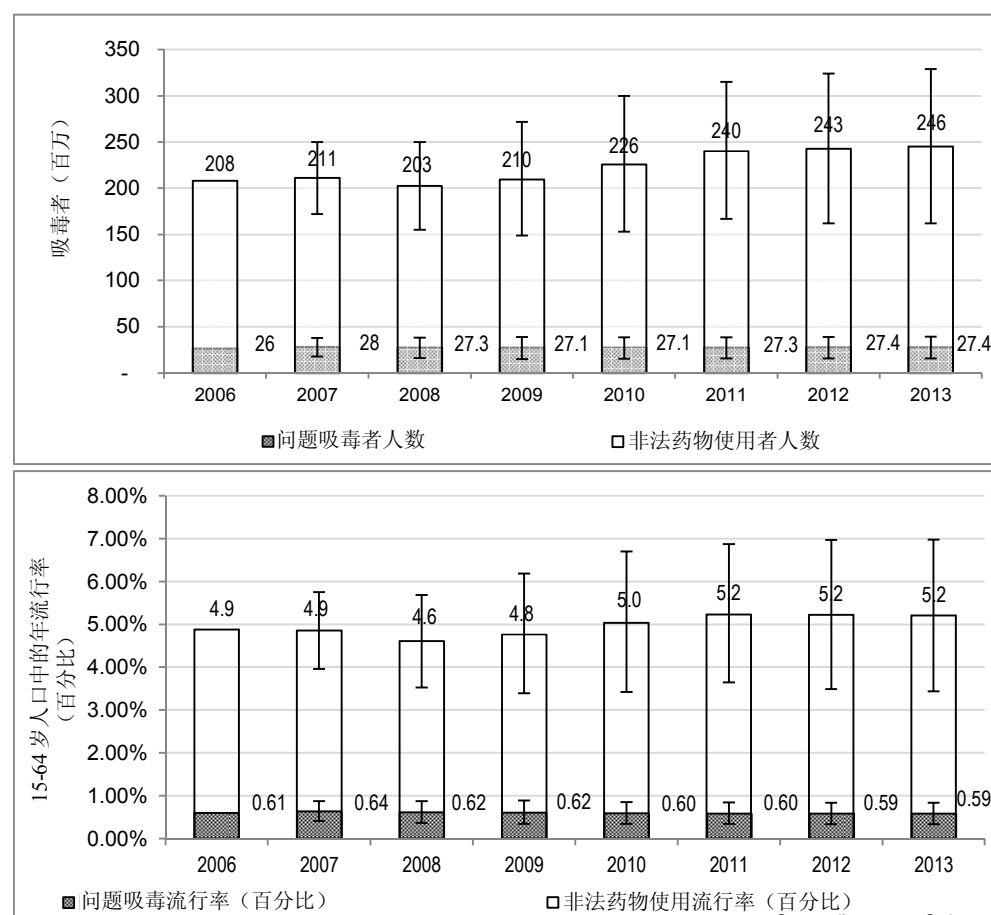
二、全球概况

A. 吸毒的范围

5. 2013 年，毒品和犯罪问题办公室估计，在 15-64 岁人口中，上一年有 1.62 亿至 3.29 亿人使用过非法物质（见图三），所占人口比例为 3.4%至 7%。尽管近三年的吸毒范围仍保持稳定，但在区域和国家两级可观察到不同的吸毒趋势。同样，问题吸毒者——即患有药物滥用疾病或毒瘾的人——人数仍然保持稳定，估计在 1,570 万至 3,900 万人之间。¹

图三

2006-2013 年全球 15-64 岁人口中非法药物使用年流行率



资料来源：《2015 年世界毒品问题报告》（联合国出版物，出售品编号：E.15.XI.6）。

¹ 问题吸毒者人数主要取决于可卡因和阿片剂吸毒者的估计数，因此反映了这些毒品使用趋势总体稳定。

性别和吸毒

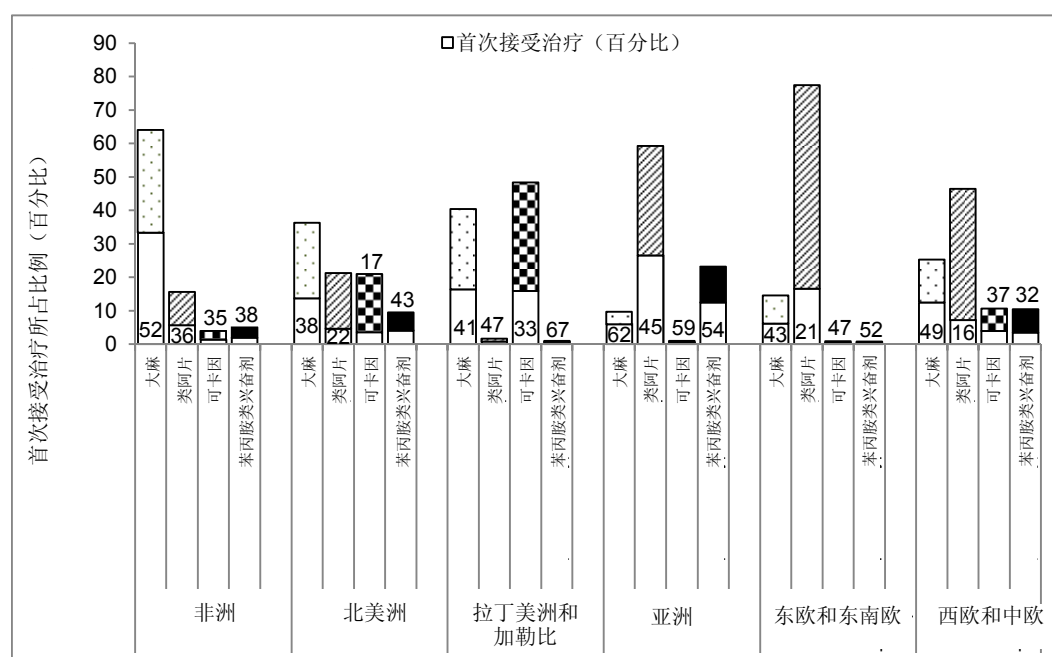
6. 与男性吸毒相比，女性的整体吸毒水平仍然偏低。使用大麻、可卡因或苯丙胺的男性人数可能是女性的三倍，而滥用处方药物，特别是处方类阿片和镇定剂的女性人数可能要多于男性。²有人认为，男性和女性吸毒方面的差异主要反映了吸毒机会的差异，这是由社会影响或文化环境造成的，而不是由于固有的性别脆弱性。³

戒毒治疗需求所反映的问题吸毒情况

7. 戒毒需求反映了各区域问题吸毒的程度差异。从全球来看，首次接受戒毒治疗者几乎占接受戒毒治疗者的一半。在首次接受戒毒治疗者中，吸食苯丙胺类兴奋剂和大麻的比例高于其他物质，这表明，同其他物质相比，越来越多的苯丙胺类兴奋剂和大麻吸食者需要治疗。亚洲接受治疗的大麻吸食者较少，但首次治疗者的比例最高（62%）。亚洲和东欧接受类阿片戒毒治疗者比例很高，反映了这些地区问题类阿片吸毒的程度。苯丙胺类兴奋剂吸毒者是亚洲首次接受治疗者占比较高的又一大人群（见图四）。

图四

按主要毒品和区域分列的首次接受治疗的人所占比例
(2013 年或所掌握的最新数据)



² 依据会员国通过年度报告调查表向毒品和犯罪问题办公室报告的男性和女性使用任何毒品的流行率。

³ 见《2015 年世界毒品问题报告》（联合国出版物，出售品编号：E.15.XI.6）。

监狱内吸毒

8. 监狱仍然是吸毒和传染病的高发场所。虽然有关监狱内吸毒的数据有限，但掌握的数据显示，吸毒仍是监狱内的一种普遍现象。大麻是最常用毒品，但海洛因的终生使用和当前使用也很普遍，且比普通人群高得多。据估计，去年监狱内 0.8%至 11.5%的人使用过海洛因，而社区内成人的海洛因使用率为 0.3%至 0.5%。

按物质分列的使用程度

9. 尽管不同药物的使用都有区域趋势，但是，自 2009 年以来，大麻吸食情况在继续增加，而阿片剂吸食情况和药用类阿片滥用情况总体上保持稳定。在北美洲及西欧和中欧，可卡因吸食趋势保持稳定或在下降，而苯丙胺⁴吸食趋势被认为有所增加，特别是在南亚和东南亚。

10. 使用具有国家代表性的调查和利用间接方法估计高危吸毒者人数的研究来估计全球和区域吸毒趋势。许多会员国，主要是亚洲和非洲国家，未进行过这种调查，其他进行过调查的国家每三至五年调查一次。因此，特定年份数量有限的国家的可用估计数被用于计算区域和全球估计数。与实时全球或区域趋势不同，逐年变化反映了当时可掌握的最佳吸毒估计数。因此，从全球政策角度来看，要更谨慎地对待长期吸毒趋势。

11. 大麻依然是最广泛使用的非法物质：估计 1.28 亿至 2.32 亿 15-64 岁人口在上一年使用过大麻。大麻吸食流行率高于全球平均水平的区域仍然是：西非和中部非洲（12.4%）、北美洲（11.6%）、大洋洲（基本上是澳大利亚和新西兰，10.7%）、南美洲（5.9%）以及西欧和中欧（5.7%）（见表 1）。

表 1

2013 年大麻吸食流行率高的次区域

	年流行率（百分比）	估计人数
全球	3.9	181 790 000
西非和中部非洲	12.4	29 310 000
北美洲	11.6	36 660 000
大洋洲	10.7	2 650 000
南美洲	5.9	16 030 000
西欧和中欧	5.7	18 400 000

资料来源：《2015 年世界毒品问题报告》。

⁴ 在本报告中，“苯丙胺”用来指苯丙胺和甲基苯丙胺。

12. 苯丙胺类兴奋剂，不包括亚甲二氧基甲基苯丙胺，俗称（摇头丸），吸食现象在全球仍然很普遍，且吸食情况似乎正在增多。尽管没有掌握亚洲和非洲最近的流行率估计数，但这些区域的专家继续报告此类物质的吸食情况明显增多。大洋洲（澳大利亚和新西兰，2.1%）、北美洲（1.4%）以及非洲（0.9%）报告苯丙胺类兴奋剂的吸食量很大。虽然亚洲此类兴奋剂吸食的估计年流行率（0.7%）与全球平均水平相当，但从全球来看，亚洲的吸毒人数最多（见表 2）。

表 2

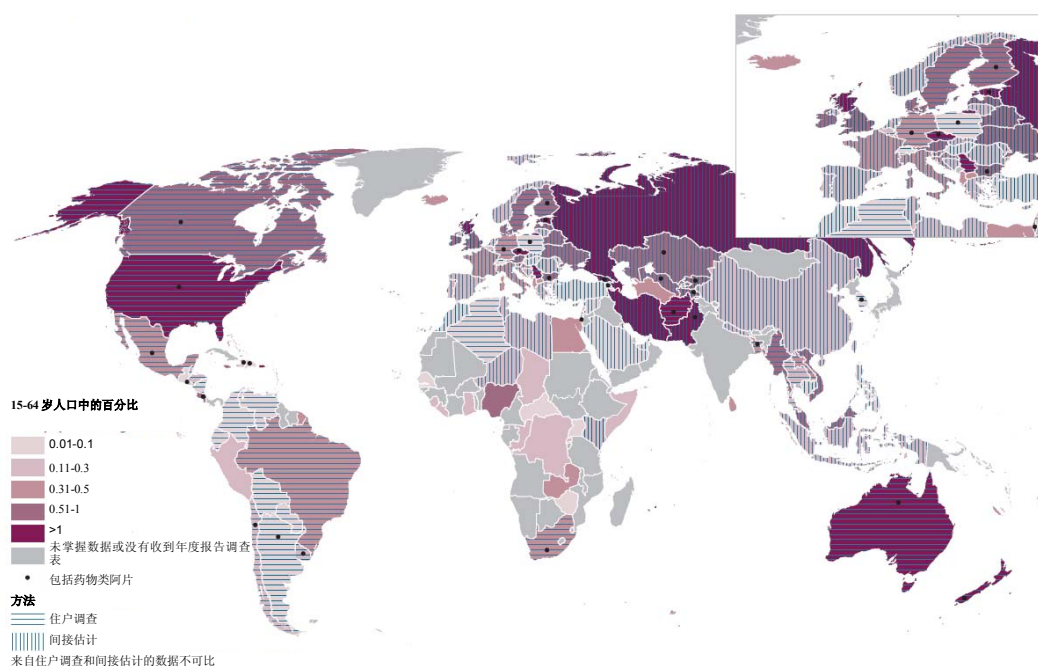
2013 年苯丙胺类兴奋剂吸食流行率高的次区域

	年流行率（百分比）	估计人数
全球	0.7	33 900 000
大洋洲	2.1	510 000
北美洲	1.4	4 430 000
东南亚	0.6	9 060 000

资料来源：《2015 年世界毒品问题报告》。

13. 15-64 岁人口使用类阿片（海洛因、鸦片和处方类阿片）的流行率估计在 0.6%至 0.8%之间，而成人人口中使用阿片剂（海洛因和鸦片）的流行率估计在 0.3%至 0.4%之间。与全球平均水平相比，北美洲和大洋洲的处方类阿片滥用流行率依然较高，而西南亚（1.2%）、东欧和东南欧及中亚（分别为 0.8%）的阿片剂吸食流行率均处于较高水平（见地图 2）。

地图 2
2013 年类阿片剂吸食和处方类阿片滥用流行率



资料来源：《2015 年世界毒品问题报告》。

注：本地图上所表示的边界和名称及所使用的标识并不意味着联合国的正式认可或接受。短横虚线表示未确定的边界。圆点虚线表示印度和巴基斯坦约定的查谟和克什米尔地区大致的控制线。双方尚未就查谟和克什米尔的最终地位达成一致。苏丹共和国和南苏丹共和国之间的最后边界尚未确定。阿根廷和大不列颠及北爱尔兰联合王国政府就福克兰群岛（马尔维纳斯群岛）的主权问题存在着争论。

加拿大政府称，基于住户调查的海洛因吸食数据不可报告，加拿大政府未报告基于间接方法的估计数。

14. 全球有 1,380 万至 2,070 万人在过去 12 个月里使用过可卡因。可卡因吸食年流行率在北美洲和南美洲（分别为 1.7% 和 1.2%）、大洋洲（1.6%）及西欧和中欧（1%）仍然居高不下。可卡因吸食似乎在主要的成熟市场中稳定在较高水平上。

15. 据估计，在上一年使用过“摇头丸”的人在 930 万至 2,840 万人之间。“摇头丸”吸食流行率高的三个区域仍然是大洋洲（2.5%）、北美洲（0.9%）和欧洲（0.5%）。与“摇头丸”吸食相关的仍然是青年人以及城市中心的休闲场所和夜生活场所。

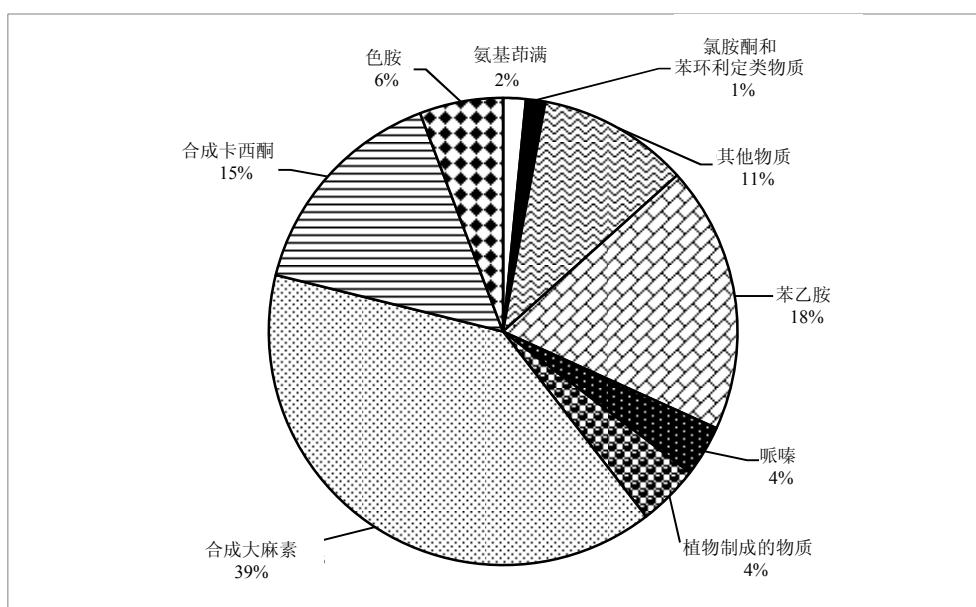
16. 虽然并未掌握处方药非医疗使用的全球估计数，但此类使用仍然是一个重要的公共健康问题。苯二氮卓类药物等镇定剂的非医疗使用仍然很普遍，有些国家报告其使用流行率高于许多非法物质。在许多国家，涉及类阿片用药过量

致死的案例频繁出现关于苯二氮卓类药物的报告。滥用处方类阿片，包括曲马多，仍然令人关切，许多国家报告了较高的滥用水平。仅有几个国家报告了一般人口和青年人滥用处方兴奋剂或治疗注意力缺失多动症（多动症）的药物情况。除了印度尼西亚，报告滥用处方兴奋剂的大多数国家都在南美洲和北美洲。

17. 截至 2014 年 12 月，共向毒品和犯罪问题办公室报告了 541 种新型精神活性物质。合成大麻素仍然是报告的最常见新型精神活性物质，紧随其后的是苯乙胺和合成卡西酮（见图五）。值得注意的是，若干年来，一些新型精神活性物质稳定存在且被各国报告。其中包括氯胺酮（58 个国家）、卡塔叶（51 个国家）、甲氧麻黄酮（46 个国家）和 JHW-018（44 个国家）。在报告出现新型精神活性物质的国家中，超过四分之一的国家仅报告一种物质，其中大多数是卡塔叶、卡痛叶和氯胺酮等植物制成的物质。

图五

2009-2014 年向毒品和犯罪问题办公室预警咨询报告的新型精神活性物质



资料来源：《2015 年世界毒品问题报告》。

B. 吸毒的后果

1. 注射吸毒者

18. 毒品和犯罪问题办公室/世界卫生组织（世卫组织）/联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署（艾滋病署）/世界银行联合估计全球注射吸毒者人数在 848 万至 2,146 万人之间（最佳估计数为 1,219 万人），相当于占 15-64 岁人口的 0.18%至 0.46%（最佳估计数为 0.26%）。迄今为止，东欧和东南欧注射吸毒者的流行率仍然最高，估计有 1.27%的成人在注射吸毒。但是，就实际的注射吸毒者人数

而言，估计为 315 万人，即全世界有约四分之一注射吸毒者居住在东亚和东南亚。还有大量注射吸毒者居住在东欧和东南欧（全球总数的 24%）和北美洲（全球总数的 17%）（见表 3）。中国、俄罗斯联邦和美利坚合众国的注射吸毒者加起来占全球注射吸毒者估计总人数的将近一半（48%）。

表 3

2013 年注射吸毒者估计人数和流行率

区域	次区域	注射吸毒者					
		估计人数			流行率（百分比）		
		低	最佳	高	低	最佳	高
非洲		330 000	1 000 000	5 590 000	0.05	0.16	0.91
美洲		2 150 000	2 820 000	3 970 000	0.34	0.44	0.62
	北美洲	1 780 000	2 070 000	2 380 000	0.56	0.65	0.75
	拉丁美洲和加勒比	370 000	750 000	1 590 000	0.11	0.23	0.49
亚洲		3 380 000	4 560 000	6 110 000	0.12	0.16	0.21
	中亚和外高加索	360 000	410 000	470 000	0.66	0.75	0.87
	东亚和东南亚	2 330 000	3 150 000	4 300 000	0.15	0.20	0.27
	东南亚	400 000	670 000	940 000	0.22	0.37	0.51
	近东和中东	30 000	70 000	130 000	0.03	0.08	0.13
	南亚	250 000	260 000	260 000	0.03	0.03	0.03
欧洲		2 500 000	3 680 000	5 630 000	0.45	0.67	1.02
	东欧和东南欧	1 790 000	2 910 000	4 780 000	0.78	1.27	2.09
	西欧和中欧	710 000	770 000	850 000	0.22	0.24	0.26
大洋洲		120 000	130 000	160 000	0.49	0.53	0.66
全球		8 480 000	12 190 000	21 460 000	0.18	0.26	0.46

资料来源：《2015 年世界毒品问题报告》。

2. 注射吸毒者中的艾滋病毒

19. 注射吸毒者的艾滋病毒负担仍然很高。在撒哈拉以南非洲以外，新的艾滋病毒感染者中约 30% 为注射吸毒者。据估计，2013 年，全球有 92 万至 442 万（最佳估计数为 165 万）注射吸毒者携带艾滋病毒。这意味着全球注射吸毒者的艾滋病毒流行率为 13.5%（见表 4）。

表 4
2013 年携带艾滋病毒的注射吸毒者估计数

		注射吸毒者中的艾滋病病毒携带者			
		估计人数			流行率 (百分比)
区域	次区域	低	最佳	高	最佳估计数
非洲		30 000	112 000	1 582 000	11.2
美洲		167 000	237 000	416 000	8.4
	北美洲	141 000	182 000	248 000	8.8
	拉丁美洲和加勒比	26 000	55 000	168 000	7.3
亚洲		344 000	576 000	993 000	12.6
	中亚和外高加索	26 000	31 000	40 000	7.5
	东亚和东南亚	211 000	329 000	612 000	10.5
	东南亚	90 000	196 000	314 000	29.3
	近东和中东	1 000	3 000	9 000	3.8
	南亚	17 000	17 000	18 000	6.8
欧洲		373 000	724 000	1 428 000	19.7
	东欧和东南欧	322 000	665 000	1 359 000	22.8
	西欧和中欧	51 000	59 000	69 000	7.6
大洋洲		1 000	1 000	2 000	1.0
全球		915 000	1 651 000	4 421 000	13.5

资料来源：《2015 年世界毒品问题报告》。

20. 关于注射吸毒者中艾滋病毒流行率的按性别分列的可用数据显示，某些国家存在着很大程度的性别差异。报告给艾滋病规划署的数据显示，在许多注射吸毒者众多的国家和注射吸毒者艾滋病毒流行率高的国家，注射吸毒的女性携带艾滋病毒的流行率更高（超过 120,000 人）。在许多国家，监狱中女囚犯的艾滋病毒流行率高于男囚犯。

3. 注射吸毒者中的肝炎

21. 丙型肝炎有可能对注射吸毒者构成严重的健康问题，会导致肝功能衰竭和肝癌。据估计，全球 2.2% 的人口感染丙型肝炎；注射吸毒者中的丙型肝炎流行率比普通人群高出 25 倍，估计有 52% 的注射吸毒者，即 630 万人感染了丙型肝炎。在某些国家，包括注射吸毒者人数众多的国家，注射吸毒者中的丙型肝炎流行率要高得多。有 29 个国家的注射吸毒者丙型肝炎流行率达到或超过 60%，有 10 个国家达到或超过 80%。

4. 与药物相关的死亡

22. 2013 年与药物相关的死亡人数有 98,300 至 231,400 人，死亡率相当于 15-64 岁人口每百万人中有 21.5 至 50.5 人死亡（见表 5）。从全球来看，药物相关死

亡的主要死因是过量用药，类阿片是导致药物相关死亡的主要药物类型。但是，相当大一部分与药物相关的死亡发生在使用多种药物的情况下。

表 5

2013 年药物相关死亡估计人数和 15-64 岁人口每百万人死亡率估计数

区域	药物相关死亡人数			15-64 岁人口每百万人死亡率			可用的死亡率数据 (区域总人口的 百分比)
	最佳 估计数	较低 估计数	较高 估计数	最佳 估计数	较低 估计数	较高 估计数	
非洲	37 800	18 000	57 700	61.9	29.4	94.3	
北美洲	43 300	43 300	43 300	136.8	136.8	136.8	100.0
拉丁美洲和加勒比	6 000	4 900	10 900	18.4	14.9	33.4	80.0
亚洲	81 100	13 600	100 700	28.2	4.7	35.0	9.0
西欧和中欧	7 300	7 300	7 300	22.5	22.5	22.5	100.0
东欧和东南欧	9 500	9 500	9 500	41.5	41.5	41.5	92.0
大洋洲	2 000	1 700	2 100	82.3	69.9	83.3	75.0
全球	187 100	98 300	231 400	40.8	21.5	50.5	

资料来源：《2015 年世界毒品药物报告》。

注：由于非洲国家报告的数据非常有限，所使用的资料来源是 LouisaDegenhardt 等人，“使用非法药物”，载于《健康风险的综合量化：归因于特定主要风险因素的全球和区域疾病负担》，第 1 卷，MajidEzzati 等编（2004 年，日内瓦，世界卫生组织）。

三、区域概述

23. 下文所列的吸毒信息重点介绍了主要趋势和新信息（如果有关国家已提供该信息）。每节所列的区域和次区域流行率估计数依据的是《2015 年世界毒品问题报告》中公布的毒品和犯罪问题办公室估计数。

A. 非洲

24. 关于非洲的吸毒情况，所掌握的信息有限，但认为该区域大麻吸食流行率较高（占 15-64 岁人口的 3.3%至 9.7%）。据估计，消费水平接近或低于全球平均水平的有阿片剂（0.2%至 0.4%）、可卡因（0.1%至 0.8%）和苯丙胺类兴奋剂（0.2%至 1.5%）。

25. 除使用非法物质外，该区域的许多国家报告了处方类阿片和镇定剂的非医疗使用日益增多的趋势。

26. 该区域仅有几个国家提供了关于新趋势的信息。例如，在阿尔及利亚，镇定剂是排在大麻之后最常用的第二大滥用药物。2014 年，专家认为苯二氮卓类药物的使用率在大幅增长，富裕青年注射使用苯二氮卓类药物呈增长趋势。⁵科特迪瓦的专家报告称，苯二氮卓类药物和丁丙诺非使用情况有所增加。合成类阿片镇痛药曲马多的滥用是该区域主要的关切问题：科特迪瓦和尼日利亚的专

⁵ 阿尔及利亚对 2014 年年度报告调查表的答复。

家报告该物质的非医疗使用呈增加趋势。埃及、利比亚、毛里求斯和多哥在前几年都报告了曲马多滥用情况。⁶

27. 南部非洲共同体药物使用流行病学网络根据全国接收治疗情况定期报告趋势数据。根据其最新报告，使用海洛因仍然是日益严重的问题。报告因注射海洛因而接受治疗的患者人数也在逐渐增加。还报告注射其他物质，如可卡因和甲卡西酮。大麻仍然是最常使用的物质，尤其是在前往专家治疗中心的青年人中，而甲基苯丙胺是寻求治疗的年轻人（20 岁以下）第二常用的物质。南非与使用可卡因有关的治疗需求仍然较低且保持稳定。⁷

B. 美洲

28. 大麻仍然是美洲最常使用的非法物质，15-64 岁人口的年流行率为 8.4%。该流行率主要是北美洲吸食量高造成的。消费量排在第二位的毒品是类阿片，年流行率为 2.0%，约为全球平均水平的三倍。该区域使用可卡因的年流行率仍然很高，为 1.4%。苯丙胺类兴奋剂和“摇头丸”吸食的年流行率也超过各自的全球平均水平。

1. 北美洲

29. 在北美洲，所有毒品类型的消费量均高于全球平均水平。大麻是使用最广的毒品（上一年吸食过大麻的人占总人口的 11.6%），但类阿片（主要是处方类阿片和止痛剂）和可卡因的消费量也很高。类阿片吸食的年流行率为 3.8%，而阿片剂吸食的年流行率为 0.4%，可卡因吸食的年流行率为 1.7%（比任何区域都高）。苯丙胺类兴奋剂和“摇头丸”的吸食程度也远远超过全球平均消费水平，年流行率分别为 1.4%和 0.9%。

30. 在美国，年满 12 岁或以上的人口中上一年非法使用药物的比例从 2013 年的 15.9%增至 2014 年的 16.7%。大麻吸食流行率继续上升，从 2013 年的 12.6%升至 2014 年的 13.2%。然而，与 2014 年相比，可卡因吸食流行率也有了增加（2014 年增至 1.7%）。2014 年，精神疗法的非医疗使用减少⁸（从 2013 年的 5.8%减至 2013 年的 5.6%）。尤其是报告的处方类阿片的非医疗使用大幅减少，从 2013 年的 4.2%减至 2014 年的 3.9%。⁹

⁶ 毒品和犯罪问题办公室，《2014 年全球合成毒品评估：苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质》（联合国出版物，出售品编号：E.14.XI.6）。

⁷ Siphokazi Dada 等人，《监测南非的酒精和药物滥用趋势：2015 年 8 月，第 37 期，2014 年 7 月至 12 月》，南部非洲共同体药物使用流行病学网络报告支持会议（南非开普敦，南部非洲共同体药物使用流行病学网络，2015 年）。

⁸ “使用精神疗法”包括止痛药、镇定剂、兴奋剂和镇静剂的非医疗使用。

⁹ 美国，卫生与公众服务部，物质滥用和精神健康服务管理局，行为健康统计数据和质量中心，《2014 年全国药物使用和健康调查的结果：详表》（2015 年，马里兰州洛克维尔）。

31. 在美国，海洛因使用增加抵消了处方类阿片使用的减少，海洛因供应量增加而价格下跌证明了这一点。¹⁰2014 年，年满 12 岁或以上的人口中上一年使用海洛因的比率为 0.3%，即约 914,000 人。年满 12 岁或以上的人口海洛因使用增加反映了年满 26 岁或以上成年人口的海洛因使用增加，并且在较小程度上反映了 18 至 25 岁青年人的海洛因使用有了增加。¹¹

32. 美国与海洛因有关的死亡人数也有了显著增加。一些死亡归因于：(a)在该国部分地区可购买到高纯度海洛因，导致吸毒者意外吸毒过量；(b)新的海洛因吸食者增多，其中许多人是青年人和无经验者；(c)处方类阿片（有固定的服用剂量，没有掺杂物）使用者开始使用海洛因，而后的纯度、服用剂量和掺杂物各异；以及(d)在某些地区，海洛因中存在着芬太尼等掺杂物。¹²

33. 在加拿大，大多数毒品的使用趋势被认为保持稳定，但是，类阿片的使用趋势被认为正在减少。在 2012-2013 年青年人调查中，首次监测了合成大麻素、（苄基哌嗪/1-（3-三氟甲基苯基）哌嗪盐酸盐）和甲氧麻黄酮的报告使用情况。据报告，在七至十二年级学生中，在之前的 12 个月里，有 1.4% 的人使用过合成大麻素，有 0.6% 的人使用过苄基哌嗪，还有 0.5% 的人使用过甲氧麻黄酮。加拿大还报告称，缉获的芬太尼和与芬太尼有关的死亡人数有了增加。2009 至 2014 年之间，报告了超过 1,000 例与芬太尼有关的死亡。¹³

34. 墨西哥报告非法药物使用仍处于低水平，上一年任何毒品的消费流行率为 1.5%。上一年大麻使用率估计为 1.2%，上一年可卡因使用率估计为 0.5%。专家认为该国大麻、海洛因、“快克”可卡因和苯丙胺类兴奋剂的使用情况整体保持稳定趋势，并报告在年轻人中新出现了使用多种新型精神活性物质情况，如墨西哥鼠尾草、“香料”、氯胺酮、卡塔叶、卡痛叶。¹⁴

2. 南美洲和中美洲及加勒比

35. 据报告，在南美洲和中美洲及加勒比，可卡因吸食水平依然较高。在南美洲，可卡因吸食的年流行率估计为 1.2%，而中美洲和加勒比的卡卡因吸食年流行率更低（这两个次区域均为 0.6%）。该次区域其他物质的非法使用率仍然维持在较低水平。

36. 正如年度报告调查表所报告的，来自阿根廷、玻利维亚多民族国、厄瓜多尔、秘鲁和乌拉圭的专家也认为上一年的可卡因吸食量保持稳定或有所下降，而巴西和智利报告上一年可卡因吸食有了增加。

¹⁰ 《2015 年世界毒品报告》。

¹¹ 美国，行为健康统计数据和质心中心，《美国行为健康趋势：2014 年全国药物使用和健康调查的结果》，（卫生与公众服务部出版物，SMA 15-4927 号，全国药物使用和健康调查丛刊 H-50（2015 年，马里兰州洛克维尔）。

¹² 美国，药品管制局，《2015 年全国毒品威胁评估摘要》（2015 年 10 月）。

¹³ 加拿大对 2014 年年度报告调查表的答复。

¹⁴ 墨西哥对 2014 年年度报告调查表的答复。

37. 根据智利 2014 年住户调查，大麻、可卡因和处方类阿片非医疗使用有了增加，而苯丙胺和镇定剂的使用有了下降。据报告，2014 年的大麻吸食年流行率为 11.8%，而 2012 年为 7.8%，2014 年的可卡因使用流行率为 1.7%，而 2012 年为 1.2%。智利还报告了有人在使用氯胺酮、甲氧麻黄酮和合成大麻素。¹⁵

38. 乌拉圭 2014 年吸毒情况调查报告称，大麻吸食流行率仍然很高（占成年人口的 9.30%），可卡因和苯丙胺的吸食流行率——主要是滥用处方兴奋剂——保持稳定，分别为 1.8%和 0.4%。¹⁶

C. 亚洲

39. 虽然只掌握了亚洲几个国家不同毒品吸食流行率的可靠估计数，但该区域非法物质（如阿片剂和苯丙胺）消费水平与全球水平相当，海洛因流行率在 0.3%至 0.5%之间，苯丙胺流行率在 0.1%至 1.2%之间。但是，大麻和可卡因的吸食流行率（分别为 1.0%至 3.1%和 0.02%至 0.08%）仍然远低于世界平均水平。

40. 该区域专家认为，该区域各国的大麻使用有了增加，可卡因使用呈稳定趋势（见表 6）。专家认为，在东亚和南亚的大多数会员国，苯丙胺使用量有了增加，而类阿片的使用量在持续增加，主要在东南亚和中亚。

表 6

亚洲：2014 年吸毒趋势专家观点，按毒品类型分列

毒品类别	提供专家观点 数据的会员国		报告吸毒情况 增多的会员国		报告吸毒情况 稳定的会员国		报告吸毒情况 减少的会员国	
	数量	百分比	数量	百分比	数量	百分比	数量 <i>r</i>	百分比
大麻	15	33	10	67	3	20	2	13
苯丙胺	11	24	7	64	2	18	2	18
“摇头丸”	7	16	3	43	2	29	2	29
类阿片	14	31	7	50	3	21	4	29
可卡因	8	18	3	38	3	38	2	25

资料来源：对 2014 年年度报告调查表的答复。

1. 东亚和东南亚

41. 除苯丙胺类兴奋剂以外，东亚和东南亚其他非法物质使用情况维持在较低水平。该次区域使用苯丙胺的人数（估计有 350 万至 2,050 万吸毒者）仍为全球最高。

42. 虽然缺乏可靠的数据，但有迹象表明，苯丙胺类兴奋剂吸食情况不仅有了增加，还变得多样化。据观察，甲基苯丙胺吸食在多数国家都有了增加，尤其是文莱达鲁萨兰国、中国和日本的专家报告甲基苯丙胺的吸食增多。该次区域

¹⁵ 智利对 2014 年年度报告调查表的答复。

¹⁶ 乌拉圭对 2014 年年度报告调查表的答复。

的新型精神活性物质市场也在迅速多样化，许多国家，尤其是中国、日本和新加坡，报告出现了新型精神活性物质。该次区域报告的新型精神活性物质数量从 2009 年的 34 种增至 2014 年底的总共 137 种。氯胺酮和卡痛叶在该区域若干国家的市场中长期存在，其他新型精神活性物质，如合成大麻素和卡西酮似乎仅在该区域市场上短暂出现过。¹⁷

43. 到 2014 年底，中国登记在案的吸毒者共有 295 万人，其中包括 480,000 名新登记的吸毒者。在登记在案的吸毒者中，估计一半以上（166 万人）的年龄在 18 至 35 岁之间。海洛因吸食者（145 万人）占登记在案吸毒者的将近一半，而甲基苯丙胺和氯胺酮吸食者占另一半（分别为 119 万人和 222,000 人）。但是，在 2014 年登记在案的 480,000 名新吸毒者中，19.7% 的人是海洛因和其他阿片剂吸食者，79% 的人是合成毒品（甲基苯丙胺和氯胺酮）吸食者。¹⁸

44. 居住在该次区域的注射吸毒者人数（230 万至 430 万）占全球总数的四分之一以上。在该次区域的一些国家（如柬埔寨、印度尼西亚和泰国），注射吸毒者的艾滋病毒流行率在 20% 以上。

2. 南亚

45. 关于南亚的毒品形势，特别是可卡因和苯丙胺类兴奋剂消费情况，所掌握的信息有限。大麻吸食年流行率估计为 3.5%，阿片剂吸食流行率为 0.3%，分别低于全球平均水平。注射吸毒者的流行率（0.03%）和注射吸毒者的艾滋病毒流行率（6.8%）仍然低于全球平均水平。

46. 斯里兰卡是该次区域唯一提交了 2014 年年度报告调查表的国家。该国登记在册的吸毒者为 245,000 人，其中 200,000 人是大麻吸食者，其他人是海洛因吸食者，该国的整体吸毒形势被认为保持稳定。¹⁹

3. 东南亚和中亚

47. 该次区域的阿片剂吸食流行率很高。东南亚注射吸毒者的艾滋病毒流行率最高（29.3%）。

48. 在中亚和外高加索，大麻吸食的年流行率与全球水平一致，但该次区域的阿片剂吸食（在成年人口中占 0.8%）仍然大大高于全球平均水平。该次区域注射吸毒者的艾滋病毒流行率也居高不下（7.5%）。2014 年，尤其是亚美尼亚、阿塞拜疆和塔吉克斯坦的专家报告类阿片吸食量有了增加。

49. 近东和中东几乎没有提供关于吸毒范围的可靠信息。然而，专家对吸毒趋势的看法是，以色列、约旦和黎巴嫩的大麻吸食量有所增加，黎巴嫩、沙特阿

¹⁷ 毒品和犯罪问题办公室，《全球合成毒品检测：分析、报告和趋势方案》，“东亚和东南亚及大洋洲的合成毒品挑战：苯丙胺类兴奋剂和新型精神活性物质的趋势和类型”，2015 年 5 月。

¹⁸ 中国国家禁毒委员会，《2014 年中国毒品形势报告》（2015 年，北京）。

¹⁹ 斯里兰卡对 2014 年年度报告调查表的答复。

拉伯和阿拉伯叙利亚共和国的类阿片吸食有了增加，有人认为，后两个国家的苯丙胺吸食也有了增加。

D. 欧洲

50. 大麻仍然是欧洲最常用的非法物质（见表 7），上一年大麻吸食者估计有 2,370 万人（占 15-64 岁人口的 4.3%），其次是可卡因，上一年吸食者有 370 万人（占同一年龄组的 0.7%）。类阿片和阿片剂吸食（分别为 0.8% 和 0.5%）略高于全球平均水平（分别为 0.7% 和 0.4%）。苯丙胺吸食流行率（0.4%）低于全球平均水平（0.7%），但“摇头丸”的吸食率（0.5%）高于全球平均水平（0.4%）。

51. 欧洲两个次区域的吸毒类型截然不同。西欧和中欧的大麻和可卡因吸食流行率高得多，而东欧和东南欧的类阿片吸食流行率却高得多。大麻例外，这种在欧洲最常用的物质的流行率被认为保持稳定。

表 7

欧洲：2014 年吸毒趋势专家观点，按毒品类型分列

毒品类别	提供专家观点 数据的会员国		报告吸毒情况 增多的会员国		报告吸毒情况 稳定的会员国		报告吸毒情况 减少的会员国	
	数量	百分比	数量	百分比	数量	百分比	数量	百分比
大麻	26	58	12	46	8	31	6	23
苯丙胺类兴奋剂	20	44	6	30	11	55	3	15
“摇头丸”	21	47	7	33	8	38	6	29
类阿片	25	56	5	20	12	48	8	32
可卡因	21	47	7	33	8	38	6	29

资料来源：对 2014 年年度报告调查表的答复。

1. 西欧和中欧

52. 西欧和中欧的大麻吸食年流行率仍然很高（5.7%），但有证据表明，吸食趋势保持稳定或在逐渐减少，特别是在有吸食大麻习惯的国家。专家认为，法国和拉脱维亚的大麻吸食大幅增加，据报告，立陶宛、葡萄牙和波兰的大麻吸食显著减少。在多数西欧国家，主要因吸食大麻而接受治疗的吸毒者，包括首次接受治疗的吸毒者，正在增多。²⁰

53. 西欧和中欧的可卡因吸食程度仍居高不下（在成年人口中占 1%）。但据丹麦、爱尔兰、西班牙和大不列颠及北爱尔兰联合王国等可卡因吸食程度高的国家报告，近年来，可卡因吸食呈稳定或下降趋势。²¹但正如年度报告调查表中所报告的，德国、葡萄牙和罗马尼亚的专家认为去年的可卡因吸食有了增加。

²⁰ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《欧洲毒品报告：2015 年趋势与发展》（2015 年，卢森堡）。

²¹ 同上。

54. 15-64 岁人口上一年的类阿片，主要是海洛因的吸食率估计为 0.5%。但是，在西欧和中欧，其他合成类阿片，如丁丙诺非、芬太尼和美沙酮可在非法市场上买到，并日益成为公共卫生问题：寻求治疗的人报告使用了这种毒品，使用这种毒品还与众多服药过量致死事件有关。²²

55. 虽然类阿片的整体流行率保持稳定，但接受治疗的类阿片吸毒者人数有了减少。注射吸毒情况和注射吸毒者的艾滋病毒诊断病例也在减少。但是，一些国家的类阿片吸毒过量致死者人数增加。²³

56. 苯丙胺吸食年流行率（0.5%）低于全球平均流行率，“摇头丸”吸食（年流行率 0.5%）仍保持在全球平均水平左右。多数国家报告苯丙胺吸食情况趋于稳定，而西班牙和联合王国报告显著减少。²⁴

57. 新型精神活性物质的出现和使用在西欧和中欧仍然是一项重大挑战。截至 2015 年 10 月，该次区域国家报告了总共 483 种新型精神活性物质；其中 30% 由合成大麻素组成、20% 是苯乙胺、18% 是合成卡西酮。²⁵越来越多的证据表明了使用新型精神活性物质的不利健康后果，约十分之一与毒品有关的急诊病例涉及这种物质（特别是卡西酮）。在匈牙利，在 2013 年所有与毒品有关的死亡中，查明约 50% 涉及新型精神活性物质。²⁶

2. 东欧和东南欧

58. 东欧和东南欧的主要问题是类阿片，尤其是阿片剂消费量高，年流行率分别为 1.4% 和 0.8%，是全球平均水平的两倍。其他物质，如大麻、可卡因和苯丙胺的使用低于全球平均水平。

59. 该次区域的注射吸毒者流行率为 1.27%，也是世界最高的（全球平均水平为 0.26%）。此外，注射吸毒者的艾滋病毒流行率为 22.8%，也大大高于全球平均水平。俄罗斯联邦的专家指出，苯丙胺和镇定剂的吸食有了增加，大麻吸食也有了增加。也有人认为，可卡因吸食有了减少，类阿片吸食略有减少。新型精神活性物质是主要挑战；这种物质部分取代了“传统”毒品，尤其是海洛因。²⁷

60. 白俄罗斯的大多数毒品使用情况被认为保持稳定，但专家报告称，曲马多和美沙酮的非法使用有了增加。

E. 大洋洲

²² 同上。

²³ 同上。

²⁴ 同上。

²⁵ 毒品和犯罪问题办公室，《全球合成毒品检测：分析、报告和趋势方案》。

²⁶ 《欧洲毒品报告：2015 年趋势与发展》。

²⁷ 俄罗斯联邦对 2014 年年度报告调查表的答复。

61. 关于该区域吸毒情况的资料仅限于澳大利亚和新西兰，多数毒品的吸食流行率很高，包括大麻（10.7%）、类阿片（2.9%）、“摇头丸”（2.5%）、苯丙胺（2.1%）和可卡因（1.6%）。

62. 澳大利亚大多数毒品的使用情况保持稳定，但氯胺酮的吸毒有了增加。此外，在该国非法药物市场上可以买到各种毒品类似物和新型精神活性物质，主要是卡西酮类物质、其他苯丙胺类兴奋剂和合成大麻素。²⁸

63. 在新西兰，上一年包括甲基苯丙胺在内的多数物质使用情况基本上没有变化。市场上的新物质似乎呈多样化态势，主要是 2C 毒品（例如 2CB、2CE、2CI 和 2 CP）、大量新型合成大麻素和现有受管制药物的新型类似物以及“研究用化学品”。与“摇头丸”类片剂相同，Blotter tabs 越来越多地掺入新的化学品，如 25I-NBOM，而不是传统的麦角酰二乙胺（迷幻剂）中。²⁹

四、预防和早期干预

64. 执行主任关于会员国为落实《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》所采取行动的报告（E/CN.7/2016/6）介绍了对会员国对年度报告调查表第三周期的答复的详细分析。本节试图评价在加强毒品治疗服务方面取得的进展。“加强服务”被定义为增加服务的可获性和覆盖率。鉴于近期批准了到 2030 年要实现的 17 项可持续发展目标和相关具体目标，此项分析尤为宝贵。在关于确保健康的生活方式，促进各年龄段人群福祉的可持续发展目标 3 下，具体目标 3.5 明确提及加强减少毒品需求服务（“加强对滥用药物包括滥用麻醉药品和有害使用酒精行为的预防和治疗”）。

65. 为解决加强毒品治疗服务的问题，通过合并关于年度报告调查表第二部分问题 10 列出和界定的 17 种治疗干预措施各自的可获性（是/否）和覆盖率（低/中/高）的信息得出了一个综合指标。覆盖率被描述为提供给目标人口的服务范围（有需求的目标人口中真正得到服务的人所占比例）。这些服务被合并为三个不同类别：

66. 药物（戒瘾诊所、类阿片维持疗法、类阿片对抗剂维持疗法）；

67. 社会康复（职业培训、社会援助、教育活动、康复和治疗后服务）；

68. 心理（治疗规划、咨询、同伴支持小组、筛查/简短干预、应急管理、认知行为疗法、合并症治疗、动机访谈）。

69. 用可获性（不可获得为 0/可获得为 1）乘以覆盖率（不适用为 0/低覆盖率为 1、中等覆盖率为 2、高覆盖率为 3）得出各类别的综合分数。再将各类别的得分在 0 至 1 之间标准化，以便进行交叉比较。

70. 为了按照可持续发展目标下的具体指标要求追踪加强服务的趋势，使用了在三个报告周期（2010 年至 2011 年、2012 年至 2013 年以及 2014 年至 2015 年）

²⁸ 澳大利亚对 2014 年年度报告调查表的答复。

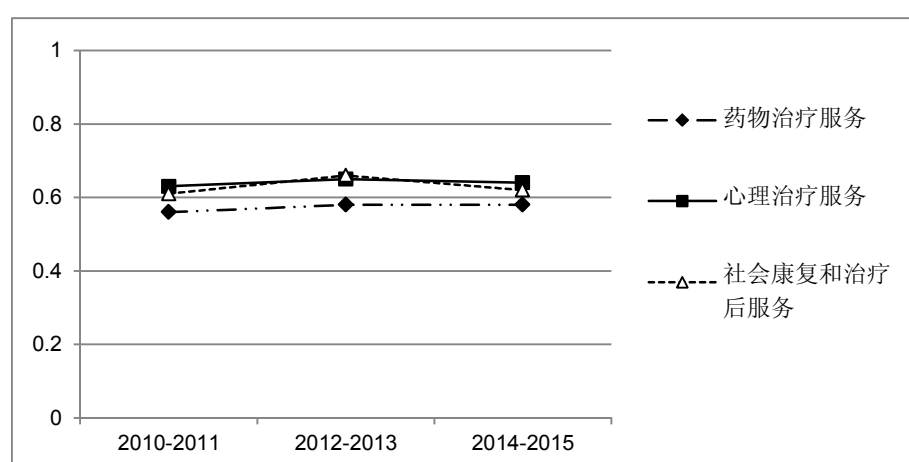
²⁹ 新西兰对 2014 年年度报告调查表的答复。

内对调查表作出答复的会员国的信息。在三个报告周期内提供这种信息的国家约有 60 个，大概占各周期报告的会员国的 70%（其中有 45 个国家提供了关于问题的数据）。这 60 个国家多数来自欧洲、亚洲和美洲（分别为 42%、30%和 21%）。

71. 得出的综合分数首先表明，加强治疗响应约为 0.6（尺度在 0 至 1 之间），自第一个报告周期以来，在加强戒毒治疗服务方面没有取得真正进展。第二，尽管与最初情况相比，在加强监狱环境的服务方面取得了少许进展，但社区一级和监狱环境的服务之间仍然存在着较大差距。自 2010 年以来，似乎没有任何显著的弥合差距迹象。第三，在社区一级和监狱环境都可获得的服务中，与其他服务相比，药物干预仍是可获性和覆盖率最薄弱的服务（见图六和图七）。

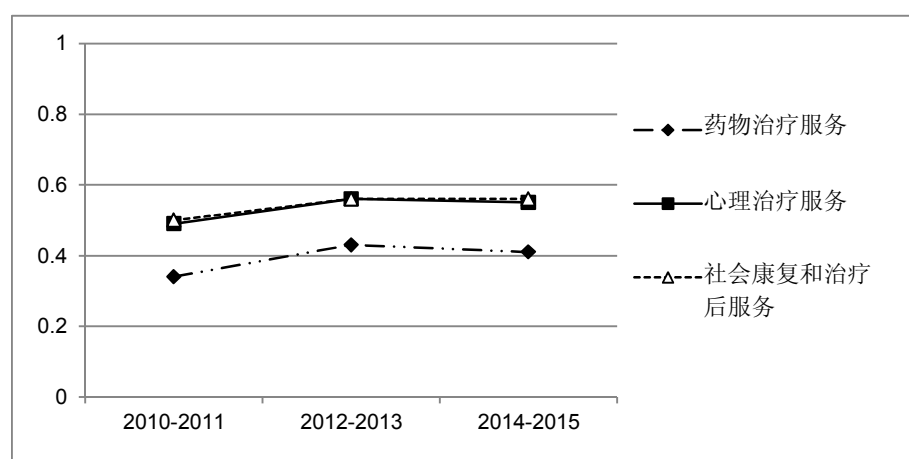
图六

按社区治疗服务类别和报告周期分列的标准化综合分数



图七

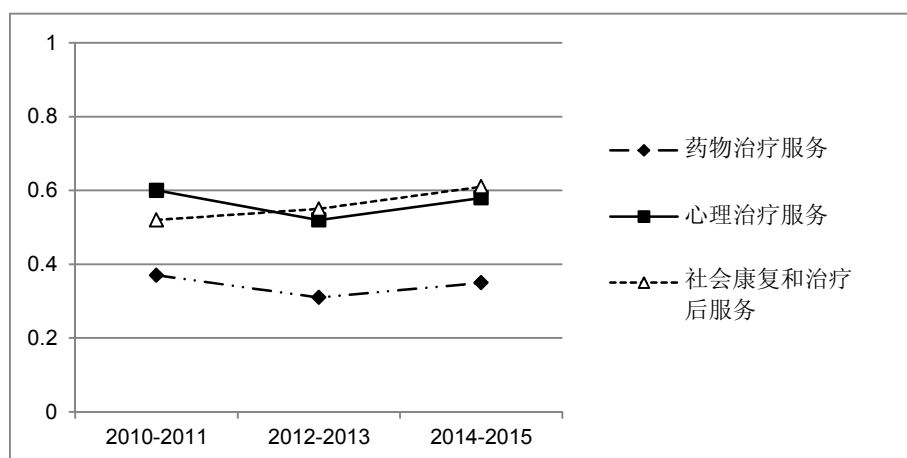
按监狱环境治疗服务类别和报告周期分列的标准化综合分数



72. 在所答复最具代表性的三个地理区域中，社区一级和监狱环境的服务可获性之间存在着明显差距。虽然存在着这些差距，但综合指标显示，与亚洲和美洲相比，欧洲的治疗服务类别分数更高，社区和监狱服务之间更趋于平衡。亚洲和美洲国家报告其药物服务的可获性低于其他两类服务。一种可能的原因是各区域主要毒品问题的性质（在类阿片问题占主导地位的大陆，存在的药物支持更多）。然而，这不能解释同一区域社区和监狱环境中药物服务可获性之间的差异和巨大差距。（见图八至图十三）。

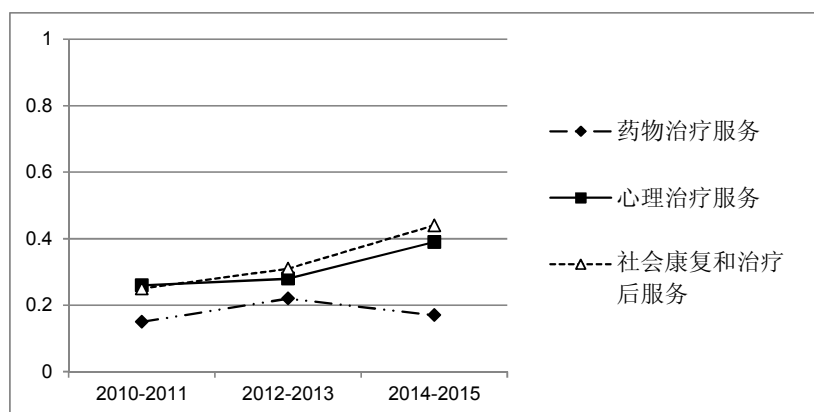
图八

按社区环境治疗服务类别和报告周期分列的标准化综合分数：美洲



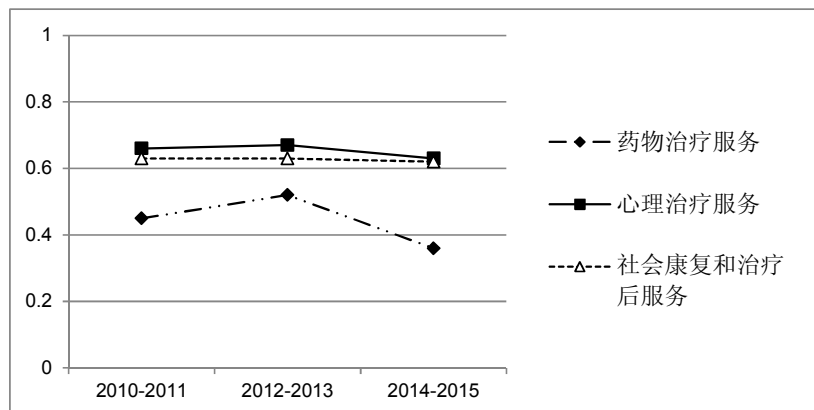
图九

按监狱环境治疗服务类别和报告周期分列的标准化综合分数：美洲



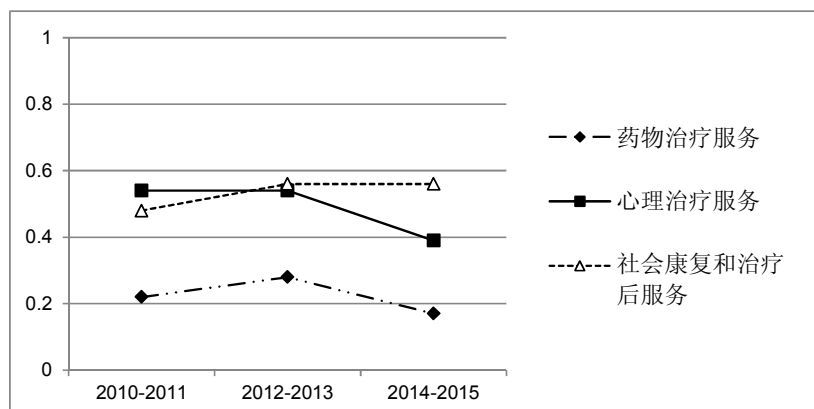
图十

按社区环境治疗服务类别和报告周期分列的标准化综合分数：亚洲



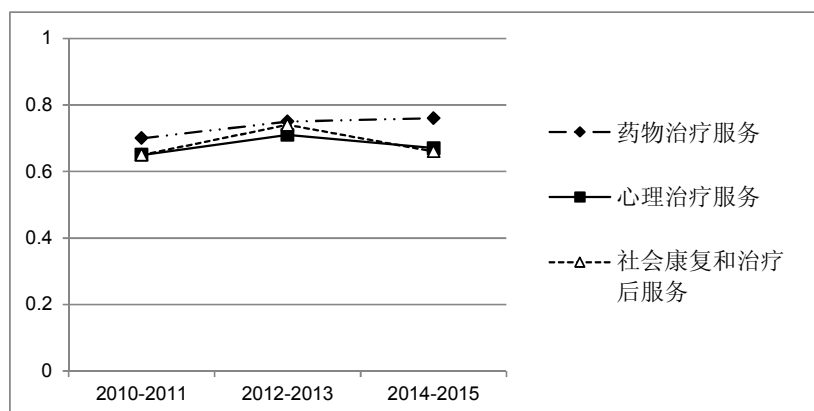
图十一

按监狱环境治疗服务类别和报告周期分列的标准化综合分数：亚洲



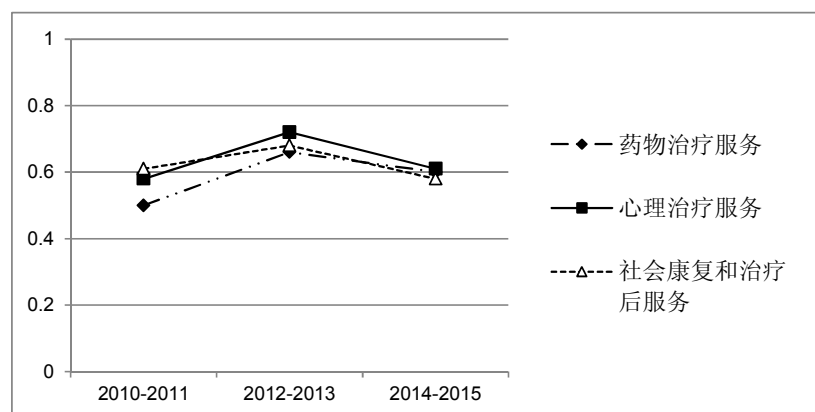
图十二

按社区环境治疗服务类别和报告周期分列的标准化综合分数：欧洲



图十三

按监狱环境治疗服务类别和报告周期分列的标准化综合分数：欧洲



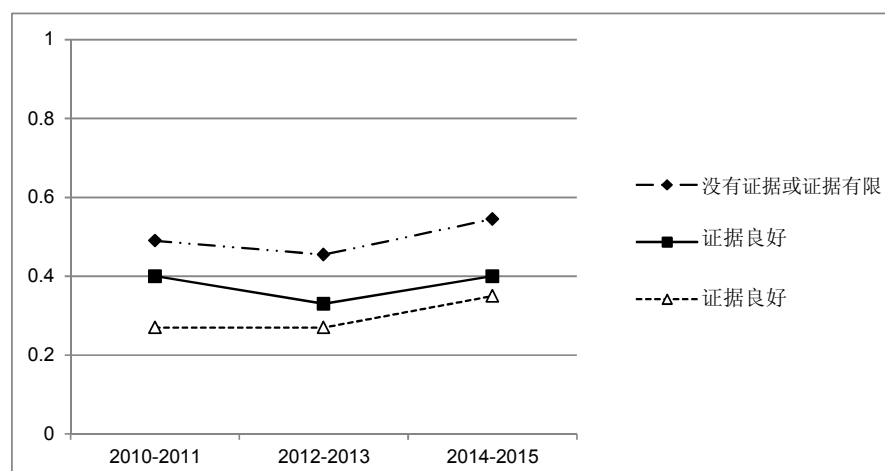
73. 使用合并了关于干预措施的可获性和覆盖率的信息的类似综合分数再次分析了毒品预防服务。唯一的差异是服务类别，该类别是根据《关于预防吸毒的国际标准》划分的：

- (a) 没有效力证据或证据有限的服务（提供替代活动、传播关于毒品危害的信息、媒体宣传活动、职业培训和创收支助）；
- (b) 效力水平良好的服务（学校和工作场所的生活技能教育、毒品预防方案）；
- (c) 效力水平极好的服务（家庭和为人父母技能培训、筛查和简短干预）。

74. 预防的标准化综合分数显示，与治疗服务相比，预防服务的可获性较低。此外，尽管在第三个报告周期中出现少许进展，但效力水平极好的预防服务的得分最低。其次是效力水平良好的服务。没有效力证据或证据有限的服务的综合分数最高。在各报告周期，结果略有变化（见图十五）。

图十四

按《关于预防吸毒的国际标准》所载的有效程度和报告周期分列的预防服务的标准化综合分数



75. 此外，试图得出旨在预防注射吸毒者传染性疾病的服务的标准化综合分数。这些服务分类如下：

(a) 根据《世卫组织、毒品和犯罪问题办公室和艾滋病规划署关于各国制定注射吸毒者普遍获得艾滋病毒预防、治疗和护理的技术指南》，针对注射吸毒者的综合建议（对年度报告调查表问题 15 的答复类别）；

(b) 最低限度要求的综合干预（针头和注射器方案、艾滋病毒检测和咨询、抗逆转录病毒疗法和类阿片维持疗法）；

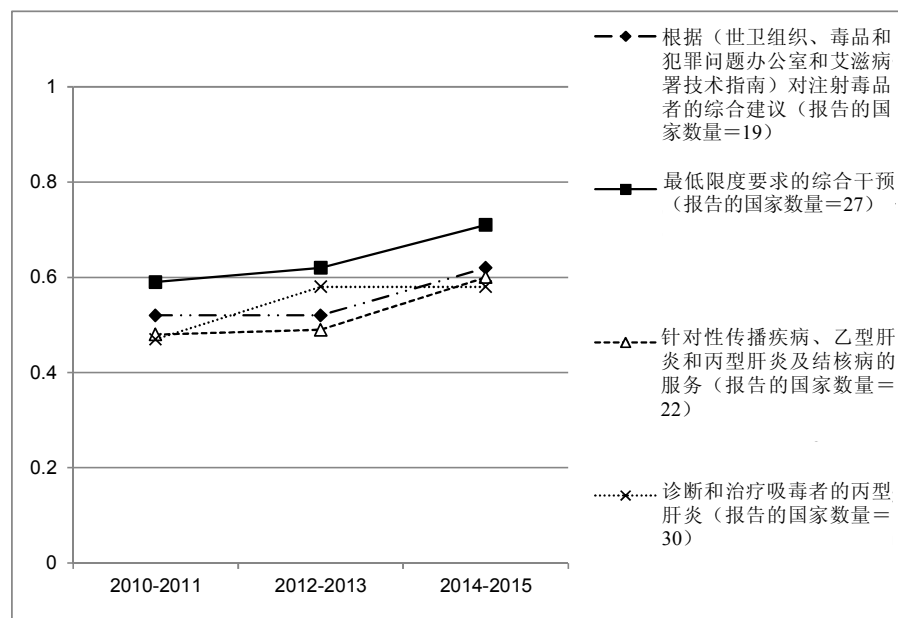
(c) 预防和治疗及护理性传播疾病、肝炎和结核病患者的服务（检查和治疗吸毒者的性传播疾病；安全套分发方案；关于艾滋病毒、乙型肝炎和丙型肝炎及其他性传播疾病的有针对性的信息/教育/宣传方案；诊断和治疗病毒性丙型肝炎；以及预防和治疗结核病）；

(d) 诊断和治疗吸毒者的病毒性丙型肝炎。

76. 由于未就这些服务作出答复的国家更多，可以得出综合分数的国家数量为 19 至 30 个，数量取决于类别。尽管存在着差距，与毒品治疗服务类似，标准化分数约为 0.6（尺度为 0 至 1），略微显示出报告周期期间取得了改善改善。还有另一个积极迹象，最低限度要求的服务似乎略好于其他类别（见图十五）。

图十五

按社区环境疾病预防（包括传染性疾病）服务和报告周期分列的
标准化综合分数（报告的国家数量=60）



五、 结论和建议

77. 从全球来看，吸毒性质呈现出多面化且在不断演变，出现了越来越多的新型精神活性物质以及处方药滥用现象。但是，在世界许多地方，海洛因和可卡因等毒品吸食情况保持稳定或表现出减少迹象。所有这些新动态都需要在各不同区域加以密切监测。

78. 总体而言，吸食类阿片在吸毒过量病例、与毒品相关的死亡、注射吸毒和传染病感染等方面继续构成重大的公共健康问题。

79. 关于吸毒的范围、类型和趋势，所掌握的客观资料有限，特别是在吸毒情况被认为日益增加或不断演变的区域。有数据表明，已建立吸毒情况监测系统的国家更能有效地应对本国的吸毒形势。

80. 因此，鼓励会员国及时向办公室提供对年度报告调查表的完整答复，以便提高报告的质量和数量，从而加强对药物使用形势和会员国在答复调查表方面取得的进展的全球和区域评估。

81. 从会员国得到的信息显示，在提供一套可用的综合戒毒治疗服务（药物服务、心理服务和康复/重返社会服务）方面仍有很大差距需要弥合，以便适当解决药物滥用疾病患者的需求。低收入和中等收入国家在服务供应方面的差距令人深为关切。

82. 在社区和监狱环境服务可获性方面存在着不平等，这意味着刑事司法系统中的人可能被阻碍接受治疗，侵犯了他们获得医疗保健的权利。需要取得显著进展以使患者能够获得服务，特别是药物辅助服务。

83. 在预防服务方面，需要根据《关于预防吸毒的国际标准》针对明显存在效力的服务做出重大努力。

84. 有明确的证据显示，针头和注射器方案、阿片类药物替代疗法在减少共享注射器具和避免感染艾滋病毒方面切实有效。还有确凿的证据表明，三种核心干预中的每一种都对注射吸毒者具有成本效益，每例艾滋病毒感染因此平均节省 100 美元至 1,000 美元。但是，这些核心干预措施目前几乎在所有区域的覆盖率都太低，无法对新艾滋病毒和其他血源性感染病，如丙型肝炎在注射吸毒者中的传播产生影响。强烈建议立即扩展这三种干预措施的规模，并扩大在社区和监狱及其他密闭环境中的艾滋病毒检测和咨询服务。

85. 年度报告调查表有助于评价药物使用形势和《关于开展国际合作以综合、平衡战略应对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》的执行进展情况，此外，它还有可能被用于监测会员国在可持续发展目标 3 下各项具体目标方面的进展。

86. 在这方面，建议会员国考虑到在有关吸毒指标数据的提供和质量方面存在着的差距，并考虑制定战略以加强各国收集、分析和传播与吸毒及其后果有关的数据的能力。这些战略可能包括通过专家能力建设，宣传和支持制定毒品监测系统，以及在仍然存在很大差距的国家产生有关吸毒指标的估计数；制定估计吸毒范围的具有成本效益的方法，提高与其他现有数据收集系统的协同增效作用；以及提供资源以建立或加强毒品监测系统并在优先区域开展能力建设活动。