idpc International Drug Policy Consortium

International HIV/AIDS Alliance Together to end AIDS

ANPUD

解决亚洲地区毒品使用问题的公共卫生方法：去罪化的原则与实践

目录

缩略语 2

致谢 2

研究方法 2

前言 3

术语 4

摘要 5

1 介绍 5

2 毒品使用的去罪化 7

2.1 去罪化的背景 8

2.2 去罪化的重要原则 12

2.3 世界各地去罪化的最佳实践 14

2.3.1 法律去罪化 14

2.3.2 事实去罪化 15

2.4 去罪化模式中临界量的有效使用 18

2.5 撤销针对毒品使用者严厉的行政惩罚 20

2.6 从强制拘留中心向自愿治疗和服务过渡 21

2.7 促进医疗和社会服务的自愿转介 22

3 使当事人脱离刑事司法体系的转送机制 23

3.1 司法转处概述 24

3.2 联合国关于司法转处的标准和范式 25

3.3 警方司法转处 26

3.4 检方司法转处 28

3.5 法院司法转处 29

3.5.1 法院司法转处模式概述 29

3.5.2 法庭司法转处的亚洲案例 29

3.5.3 专门的毒品法庭 30

3.5.4 法庭司法转处的良好实践 30

3.6 医护、法律和社区工作者在司法转处机制中的角色 31

3.6.1 医护、法律和社区工作者的参与原则 31

3.6.2 医疗、法律和社区工作者的参与：来自亚洲的经验 31

4 结论和建议 33

附录 36

附录 1 联合国药物公约之下的去罪化和司法转处项目 37

附录 2 实施去罪化和司法转处的实操步骤 39

缩略语

ANPUD	亚洲毒品使用者网络
ASEAN	东南亚国家联盟（东盟
CCDU	毒品使用者强制中心
CFP	焦点国家
IDPC	国际药品政策联合会
INCB	国际麻醉品控制委员会
LEAHN	执法与艾滋病毒网络络
NSP	针具交换项目
OST	阿片类药物替代治疗
PCPI	警方社群伙伴倡议（柬埔寨
SAARC	南亚区域合作协会
UN	联合国
UNAIDS	联合国艾滋病规划署
UNODC	联合国毒品和犯罪问题办公室
WHO	世界卫生组织

研究方法

本报告根据对已有的文献进行回顾和在若干次意见征询的基础上形成。文献回顾时间为2015年10月到11月，意见征询包括2015年10月18到21日在吉隆坡对出席第24届国际减低伤害大会的利益相关方的咨询，以及2015年10月和2016年1月关于报告初稿和终稿对利益相关方的两轮咨询。

The project is funded by **The European Union**

免责声明：本出版物所含内容由作者负全部责任，并不代表欧盟意见。

本报告是“亚洲减低伤害行动”项目的一部分。该项目由欧盟资助，于2013到2015年开展，致力于支持中国、印度、马来西亚、印度尼西亚、柬埔寨和越南的社群开展减低伤害的倡导。

致谢

本报告由顾问**John Godwin**撰写。

IDPC感谢亚洲毒品使用者网络和国艾滋病联盟对本报告联合冠名。

以下人士审阅了报告草稿并提出了意见和建议：

- Gloria Lai, Jamie Bridge, Ann Fordham, Marie Nougier,国际药品政策联合会
- Akihiko Sato,关西学院大学（日本）
- Alex Wodak,澳大利亚毒品法律改革基金会主席（澳大利亚）
- Anand Chabungbam,亚洲毒品使用者网络（区域）
- Asmin Fransiska,阿玛加雅大学（印度尼西亚）
- Atul Ambekar,全印度药物科学研究所（印度）
- Brianna Harrison,联合国艾滋病规划署区域支持组（泰国）
- Claudia Stoicescu, Rick Lines,国际减低伤害（英国）
- Daniel Wolfe, Denise Tomasini, Naomi Burke Shyne, Matthew Wilson,开放社会基金会
- Dave Burrows,全球健康艾滋病项目管理组（澳大利亚）
- Edo Agustian Nasution,印度尼西亚毒品使用者网络（PKNI, 印度尼西亚）
- Ernestien Jensema, 跨国研究所（荷兰）
- Goro Koto,日本毒品政策网络（日本）
- Ma Inez Feria,无盒过渡（菲律宾）
- International HIV/AIDS Alliance国际艾滋病毒/艾滋病联盟
- Kanna Hanayashi,英属哥伦比亚大学（加拿大）
  Michael Cole,顾问（泰国）
- Nex Bengson, AKEI（菲律宾）
- Niamh Eastwood,释放（英国）
- Oanh Khuat,支持社区发展倡议中心（越南）
- Pann Ei,顾问（缅甸）
- Pascal Tanguay,顾问（泰国）
- Rebecca Schleifer,联合国开发计划署
- Ricky Gunawan,法律援助办公室（印度尼西亚）
  Risa Alexander,印度尼西亚艾滋病毒合作项目（印度尼西亚）
- Simon Beddoe,印度联盟（印度）
- Steve Rolles,改革毒品政策基金会（英国）
- Taing, Korsang（柬埔寨）
- Tripti Tandon, 律师协会（印度）

前言

在亚洲地区，出于医疗、宗教目的或文化习惯而使用鸦片、大麻和卡痛叶，这是几百年传统活动的一部分。从伊朗到印度尼西亚，鸦片都被广泛用于医疗用途。在中国，在仪式上或集会中将鸦片与烟草一起吸食是很常见的。同样，大麻也广泛用于医疗、文化和社交。在我的祖国印度，大麻被形容为一种“生活方式”。在泰国和马来西亚，传统上将卡痛叶用于医疗、文化和其他用途。

尽管鸦片和大麻委员会在19世纪末提出“轻度有节制地使用这类物质并不有害健康”，当时的几个主要大国通过建立国际毒品控制制度来推动对这类物质的禁用。国际毒品控制制度得到1961、1971和1988年出台的联合国公约的支持。几个大国对毒品在一些亚洲地区的使用偏见极深，甚至连大麻的治疗益处也在很长时间无法得到现代医学的承认。讽刺的是，欧洲和北美国家现在“重新发现”大麻的医用价值，甚至修订法律以允许医用大麻的供给和使用。而我们自己的政府却不接受我们的传统医疗实践。无疑，禁毒是一个“历史性错误”，需要在亚洲社会得到纠正。

很滑稽的是，在20世纪，亚洲成了世界上毒品政策最为严厉和惩戒性最强的区域。世界其他区域，包括非洲、拉美、北美和欧洲都开始认识到了这种由执法行动所主导的策略所带来的负面影响，并转向以健康和权利为基础的方法来解决毒品使用问题。但亚洲地区却仍在将刑事定罪和惩罚作为应对毒品问题的主要方式。艾滋病和丙肝疫情的蔓延，拘禁场所人满为患，极度缺乏人道有效的毒品治疗和减低伤害措施，大量人权侵犯（包括警方虐待骚扰、任意拘留、强制尿检、在强制拘留场所强迫劳动且不提供医疗护理等），对毒品犯罪使用死刑——与国际人权法和宪法相悖，这些越来越严重的问题要求政府改变其工作方式。我们现在非常需要一次关于毒品政策的公开辩论，以扭转这些令人震惊的严重后果，降低毒品使用相关的伤害。

我欢迎这份报告的出版，它为政策制定者提供了非常宝贵的资源，让我们了解目前毒品问题的情况和刑事定罪与惩罚性执法的无能，从而进行有效的管理。报告针对个人使用、持有和种植毒品去罪化的原则和实践提供了深入的介绍。我鼓励政策制定者充分使用这份报告，以获得技术建议，为以健康和权利为基础的方式处理毒品使用问题提供参考。考虑到要根据国家和地区的情况，选择最适合替代刑事定罪和惩罚的方式，我敦促政策制定者让受影响最深的社群即毒品使用者参与进来。我迫切请你们重新考虑亚洲地区对毒品的传统做法，要知道，直到上世纪前，对毒品的禁用、刑事定罪和惩罚，于公众来说，都是陌生的。

Anand Grover

印度最高法院　资深辩护人
全球毒品政策委员会 委员
前联合国健康权特别报告员
(2008-2014)

术语

以下定义适用于本报告。

行政或民事处罚指不构成刑事定罪、刑罚或犯罪记录的惩罚，例如警告、没收和罚款（小额）。行政或民事处罚的力度一般弱于刑事处罚，但在亚洲一些国家，针对毒品使用者的行政或民事处罚往往涉及强制拘留。

针对毒品使用的**去罪化** 指撤销或不执行针对个人持有、使用和种植毒品，和持有毒品使用器具的刑事惩罚。去罪化可包括撤销全部惩罚。另外，在去罪化后尽量使用行政处罚而非刑事处罚。如此，这些处罚应当比刑事定罪的惩戒性要弱，并增加自愿获取以实证和人权为基础的减低伤害、健康和社会服务的途径。[1]

法律去罪化，通过法律改革正式撤销对一些特定行为的刑事惩罚。

事实去罪化，特定行为仍是刑事犯罪，但在实际操作中，不进行刑事惩罚。

司法转处指对因毒品使用或涉毒犯罪，尤其是轻微非暴力犯罪，采取其他方法替代刑事处罚或监禁。司法转处措施可以通过政策、项目和实践工作实施，旨在将个人转介到减低伤害或戒毒等社会和卫生干预，而不是对其进行逮捕、拘留、起诉、司法审判和监禁。司法转处措施可以由警察执行（在逮捕前后皆可），也可由检察官或法官在审前或判决时实施。[2] 这类措施可以在实施法律去罪化和事实去罪化的区域。也可以在毒品使用尚未去罪化的地区实施，专门应用于犯有轻微非暴力罪行的毒品使用者或药物依赖者。

药物依赖仍是个有争议的概念。世界卫生组织将其定义为“有生理和遗传基础的慢性反复的医学状态”。[3] 但是，一些专家拒绝将药物依赖描述为一个医学状态，认为这会误导人做出错误假定，以为所有的毒品使用都是一种疾病。联合国报告表示只有约10%的毒品使用者会有因毒品使用产生的问题，可能需要进行以实证为基础的自愿毒品治疗。[4]

在本报告中，药物依赖涵盖一系列行为，包括对使用毒品的强烈渴望，难以控制毒品使用，以及不顾毒品使用可能带来的身体、精神和社会问题而持续使用。其特征是为随时间推移耐受性增加，突然停止使用药物会有戒断症状。

毒品依赖治疗涵盖一系列包括医学和心理在内的干预措施，支持有毒品使用问题的人稳定或恢复其对毒品使用的控制，或尝试戒毒。药物依赖的复杂性在于，对治疗的反应、设置和强度都必须因人而异。应提供全面的服务菜单，以满足每个求助者的不同特点、需求、倾向和环境。治疗应当由医疗人员、治疗师或其他受过训练的专业人士提供，目标是改善个人的健康和社会功能。[5] 治疗目的是使个体能够有健康和建设性的生活方式。我们对毒品治疗的定义和对毒品使用者进行强制拘留的中心不同——那种不经医学评估且没有知情同意就把人送到封闭的机构中的“治疗”，一般都没有实证基础的，强调生理或宗教戒律，甚至进行强迫劳动。[6]

减低伤害指那些首要目的是减低因使用合法或非法刺激精神的药物产生的健康、社会和经济方面的不良后果的政策、项目和实践，这种方式不一定要求减少药物使用量。[7] 如针具交换项目（NSPs）——向毒品使用者提供洁净的注射用具，以减少艾滋病和肝炎的感染风险。另一个例子是阿片类药物替代治疗（OST），在医疗监督下用可控物质（美沙酮或丁丙诺啡）代替非法的阿片类毒品（如海洛因）。针具交换和替代治疗都是全球公认的在注射毒品使用者中进行艾滋病毒预防、治疗和关怀干预的一部分，并反复被证明确实有助于稳定和减少非法药品使用，改善健康和生命质量，减少犯罪。[8]

合法化是一个过程，使所有与毒品有关的行为（使用、持有、种植、生产、交易等）都成为合法活动。在这个过程中，政府可能选择采用行政法律政策来管理毒品的生产、发放和使用，限制提供和获取渠道，即依法进行管理。

依法管理是指由一个管理制度来管制特定毒品的种植、生产、运输和销售的模式。管理制度可以包括价格、药效、包装、生产、运输、可获得性、营销或使用相关的管理条例。这些制度均由国家机关来执行。

1

介绍

摘要

本报告中，国际药品政策联合会（IDPC）根据实证和良好实践案例提出亚洲关于毒品使用政策的改革建议，即将刑事定罪和惩罚向公共卫生和减低伤害的方向转变。报告描述了对毒品使用去罪化的有效途径。报告也探讨了在亚洲实施的被证实无效的一些方法，如将毒品使用者拘留在强制中心进行“康复”。

我们强调在政策的制定中关注以下因素，以改善健康、安全和人权：

- 现有的国际药品控制公约允许对毒品使用的去罪化。这可以通过撤销或不执行针毒品消费，个人持有、使用和种植毒品，持有毒品使用器具的刑事惩罚来达成。

- 去罪化具有实证和人权的基础，符合减低伤害和社会融入的原则。

- 在去罪化模式中，罚款、警告、转介治疗和社会服务等行政处罚可用于替代刑事处罚。但是，本报告所建议的去罪化的最佳模式，是不对毒品消费，个人持有、使用和种植毒品，持有毒品使用器具的进行任何惩罚。

- 向去罪化方向迈进的国家，其首要任务包括：

  - 从将毒品使用者拘留在强制中心，过渡到自愿的以社区为基础的治疗，减低伤害和社会服务。

  - 引入毒品使用者司法转处机制，通过警方、检察官、法庭或卫生医疗人员实施的项目，使其脱离刑事审判。对于因毒品使用或轻微非暴力的毒品犯罪而被捕的人员，警方司法转处的方式包括不在采取更多行动、给予警告、提供社会或医疗服务的转介。当警方与毒品使用者社群建立了信任关系时，警方司法转处会较有效。检察官和法官也能实施司法转处项目，法庭可以为因较严重犯罪（并非出于个人目的而持有毒品，这类行为建议在警方或检察官阶段进行司法转处）而被捕的毒品使用者提供司法转处。

第四章为希望实施去罪化的政府**提供了全面建议**和现实考虑。本章强调，需要动员公众来支持去罪化，利益相关方的参与也非常重要，包括政府、毒品使用者社群、宗教和社区领袖、法律和医学专业人士、媒体等。

介绍

本报告的目标是；

- 阐释支持毒品使用去罪化的原则
- 为设计和实施针对毒品使用者的去罪化模式提供建议
- 针对司法转处提供指引，使毒品使用者转出刑事审判体系，进入以实证、公共卫生和人权为基础的健康和社会服务
- 确任在实施去罪化和转介健康和社会项目的过程中，刑事审判机关、执法机关、卫生部门、法律和社会服务部门的作用。

本报告旨在为亚洲的政策制定者、立法者、毒品使用者社群和公民社会组织提供资源。报告的整体目标是提供让毒品使用者从刑事定罪和惩罚中脱离的步骤指南，使各国可据此制定毒品政策以达到更好的公共卫生成果。报告也描述了那些不太有效的毒品政策，如将毒品使用者拘留在强制拘留中心，强迫尿检、强制登记和其他惩罚性措施。

本报告不涉及毒品供应的立法或依法管理毒品的制度。[9]

2

毒品使用的去罪化

2.1 去罪化的背景

在本报告中，去罪化的定义是指撤销或不执行针对特定活动的刑事惩罚。毒品使用去罪化指针对个人使用、持有和种植毒品，持有毒品使用器具的行为， 撤销或不执行刑事惩罚。

去罪化可包括撤销全部惩罚。或者可以在去罪化后使用行政或民事处罚来代替刑事处罚。这样的话，这些行政或民事处罚应当比刑事定罪的惩戒性要弱，并增加自愿获取实证和人权基础的减低伤害、健康和社会服务的途径。[10]

高层对去罪化的支持

联合国秘书长潘基文已多次支持撤销对毒品使用者的刑事处罚。在2015年国际禁止药物滥用和非法贩运日（即国际禁毒日），他呼吁联合国成员国“我们必须考虑除了将吸毒者定罪和拘禁之外的其他办法，把刑事司法工作的重点放在参与供应毒品的人身上。我们应该更加重视公共卫生、预防、治疗和护理以及经济、社会和文化战略。”[11]

一些联合国机构也发表了支持毒品使用去罪化的声明，包括联合国艾滋病规划署[12]，联合国开发计划署[13]，世界卫生组织[14]，联合国人权事务高级专员办公室（人权高专办）[15]，联合国妇女署[16]，以及联合国健康权特别报告员[17]。

联合国毒品和犯罪问题办公室（UNODC）执行主任在2013年表示，毒品使用者“不应被当作罪犯来对待”，并在2015年联合国毒品和犯罪问题办公室的东南亚及太平洋区域代表会上呼吁“对毒品使用和依赖问题的应对，应从处罚导向转向卫生导向”[18]。

国际麻醉品控制委员会（INCB）进一步强调，需要采取非惩戒性的方式来处理毒品使用问题，并在2015年由主席澄清了联合国药物公约中的要求：

> **“公约没有要求对毒品使用者进行监禁，而是提出对受药物依赖影响者采取审判或惩罚以外的替代方式，包括治疗、教育、疗后护理、康复和重返社会。一些国家选择监禁而非治疗，这是政府拒绝公约所提供的灵活性。”**[19]

一系列国际专家和知名人士也通过各种宣言呼吁去罪化（如2010年的《维也纳宣言》，呼吁对毒品使用的去罪化，因为已经有大量的科学证据表明，针对毒品的执法行动导致伤害性的后果，包括侵犯人权和损害公共卫生机制）[20]。毒品政策全球委员会在2014年发布了一份里程碑似的报告，也建议对个人使用和持有毒品去罪化，同时为药物依赖者提供减低伤害和治疗措施。[21]

去罪化受到国际法的许可

形成全球毒品政策的三个联合国药物公约

- 1961年的《麻醉品单一公约》，经1972年议定书修正；[22]
- 1971年联合国《精神药物公约》[23]；
- 1988年联合国《禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》[24]

政策制定者中常有的误解是，这些公约要求签署国对个人使用和持有毒品进行定罪。实际上，联合国药物公约中没有将毒品使用本身定为刑事犯罪的特定责任要求，公约不强制国家对毒品使用施加任何惩罚（刑事或行政）。[25]相反，这些公约的前言中提出将“健康和福祉”作为首要的考虑，国际麻醉品控制委员会主席近日确认，公约承认：“毒品问题首先是一个重要的关系公共和个人健康和福祉的事务”。[26]

在涉及个人非法持有毒品的法律处理方面，公约也提供了灵活性。1988年公约要求各国将个人持有毒品定为刑事犯罪，各国可以自主选择毒品控制的法律框架，以每个国家“宪法原则及其法律体制的基本概念”为基础。这意味着，如果违宪或与本国的法律体制相悖离，各国可不接受对个人持有毒品刑事定罪的要求。1988年公约进一步声明：

> **各方可为犯罪者提供治疗、教育、疗后护理、康复或重返社会的措施，无论是作为审判或惩罚的替代，还是在对犯罪进行审判和惩罚之外的附加措施。**[27]

对个人使用和持有毒品的去罪化是国际药物公约所允许的。**附录1**提供了关于国际法下国家责任的更多信息。

脱离惩罚的模式获得越来越多的支持——但不是在亚洲

全世界至少有25个国家通过法律、政策或其他措施对个人使用和持有毒品去罪化。这些国家来自欧洲、北美、拉美、加勒比地区和大洋洲。[28] 其中很多国家用转介到医疗社会服务或进行罚款等行政处罚代替了刑事处罚。一些国家撤销了所有针对个人持有少量毒品的惩罚。[29]

但是，亚洲地区的国家毒品控制政策和战略仍然强调执法行动和减少供应，继续对个人使用和持有毒品予以拘留或入狱。亚洲地区仍然保留对毒品犯罪最严厉的制裁，一些国家对毒品走私处以死刑。[30] 尽管一些亚洲国家以及引入了法律机制，要求因毒品使用而被逮捕的人接受治疗和“康复”（如被称为“康复中心”的强制拘留中心，参见**第2.6节**）。这个地区没有一个国家试图撤销针对个人使用和持有毒品的全部处罚。而且，一些国家还开展执法行动，对毒品使用者进行骚扰和逮捕[31]，实施强制尿检，对毒品使用者在安全和执法部门进行强制登记。[32] 一些国家还对持有毒品，包括个人持有毒品施以体罚（如文莱、马来西亚和新加坡的笞刑或鞭刑）[33]。在一些国家，持有毒品使用器具如针头和注射器也被刑事定罪（如文莱、新加坡和菲律宾）[34]。

亚洲的政策制定者称这些严厉措施是根除非法毒品交易所必须的，是2009年《联合国对世界毒品问题的政治宣言和行动计划》[35]所要求的。在东南亚，根除毒品供应和需求也被认为是实现1998年承诺的“2020年无毒东盟”的关键，且在2000年将实现该目标的日期提前到了

2015年。[36] 在亚洲一些国家的毒品政策中，根除所有毒品的目标是神圣的，如印度尼西亚，老挝和缅甸。[37] 近期，印度和斯里兰卡的政策制定者也采纳了相似的表述。[38]

亚洲和世界其他地区的证据显示，政府已经很明显无法达成“无毒”的目标[39]。对这种目标的追求导致了对执法和刑事司法干预的过度投入，这是以公共健康为代价的，对毒品使用者造成了最严重的影响。在此背景下，毒品政策关键在于平衡安全、健康和减低伤害，而不依赖于对毒品使用者的刑事定罪和惩罚。

在亚洲，一些政治和社区领袖已经开始承认不切实际地追求根除毒品是徒劳无益的。例如，泰国司法部长在2015年一次讲话中表示，以根除一切毒品为政策目的，是适得其反的，造成了系统性的警方腐败和监狱中非暴力罪犯的过度拥挤。[40]在第4次东盟毒品问题部长级会议（2015）上，马来西亚副首相承认东盟无法实现2015年根除全部毒品的目标，他将其形容为“幻影”。[41]

无论如何，尽管大多数亚洲国家的政府现在可能已经承认毒品使用在一定程度上是公共卫生问题，但仍主要将其视为公共安全问题。因此，在撤销对毒品使用的定罪和惩罚这个问题上，政府是非常犹豫的，因此也未能采取决定性的措施 。而且，对于建立一个以公共卫生为导向的制度，保证获得自愿的、以实证为基础的治疗和减低伤害服务，需要何种立法和政策改革，决策者们了解有限。由于亚洲国家在从刑事定罪过渡到更健全公共卫生措施的过程中，可能会面临重大的实施困难（包括面临对毒品采取强硬的、零容忍态度的政治压力），来自公众的支持对新的政策方向至关重要。需要开展工作，消除人们对去罪化会导致毒品使用和犯罪的快速升级的恐惧。这意味着需要媒体参与，就刑事定罪带来的危害、以及全球经验显示出的去罪化对公共卫生和安全的益处进行公众教育（参见**附录2**中实施去罪化的实操建议）。

亚洲对毒品使用进行刑事定罪和惩罚的负面后果

亚洲和世界其他地方对毒品使用者进行刑事定罪未没能阻止毒品的使用——没有证据显示更严酷的执法或惩罚能够有效减少毒品使用的蔓延。[42] 现有数据表明，对使用和持有毒品施以重刑的国家并不比施加较轻处罚的国家更能阻止毒品使用。[43]

除了无效之外，亚洲对毒品使用者的刑事定罪也对个人和社会造成了巨大伤害。

首先，惩戒性法律框架的前提是，毒品使用代表着“社会罪恶”或“道德败坏”，因此毒品市场对“社会结构”和“国家稳定”是一种威胁。[44] 这缺乏对毒品、毒品使用和毒品依赖的科学理解[45]，造成了毒品使用的极大污名和歧视，阻碍了毒品使用者获取重要的医疗和社会服务（如减低伤害，治疗，住房，教育和就业），加剧了他们的社会边缘化状态。

其次，对毒品使用者的刑事定罪，以及对提供针具和替代治疗的法律限制，加重了亚洲艾滋病毒的蔓延（见表1）。在毒品使用被刑事定罪的地区，毒品使用者难以获取所需的医疗服务，更可能在不安全的环境中使用毒

表1. 亚洲地区毒品使用者的艾滋病毒感染率*[46]

国家	注射毒品者数量（估计）	成年注射吸毒者中的艾滋病毒感染率（%）
菲律宾	14,000	44.9
印度尼西亚	74,326	36.4
巴基斯坦	104,848	27.2
柬埔寨	1,300	24.8
缅甸	83,000	23.1
泰国	40,300	19
马来西亚	170,000	16.6 (男)
越南	271,506	10.5 (男)
印度	177,000	7.2
尼泊尔	52,174	6.3 (男)
中国	2,170,000	6
阿富汗	36,000	4.4 (男)
新加坡	10,000 – 20,000	1.5
孟加拉	23,800	1.1
斯里兰卡	423	0

*在一些城市中，注射吸毒者的艾滋病毒感染率要显著高于全国水平，例如，印尼雅加达为56%，印度新德里为18.3%，阿富汗赫拉特为15.7%。而不丹、文莱、日本、老挝和韩国缺乏关于注射吸毒者艾滋病毒感染率的数据。

品。他们进行匆忙、高风险的注射活动，还可能共用针具。这都使他们更容易感染艾滋病毒和其他传染病毒，发生药物过量，受到不安全注射导致的其他伤害。

亚洲的大多数国家提供阿片类药物替代治疗和针具交换项目，这些减低伤害干预措施在预防艾滋病毒和其他血传播病毒方面发挥重要作用（见图1）。然而，该地区的注射吸毒者并不能充分地获得这些减低伤害干预措施。[47]

第三，在刑事定罪的环境中，执法人员对毒品使用者的虐待是很常见的。[48] 这些虐待包括勒索和钓鱼执法，暴力和骚扰。频繁的警方虐待迫使毒品使用者不愿意获取能够挽救生命的医疗和社会关怀服务。[49]

此外， 对毒品使用者进行刑事定罪增加了监狱人口，对政府预算造成了更多压力。在很多国家，国家监狱人口中很大比例是因毒品使用或轻微的毒品相关犯罪而被进行审前拘留和入狱的人。监狱中因毒品有关犯罪而被拘禁者在各国所占的比例为：印度尼西亚60%[51]，菲律宾50%[52]，泰国64%[53]，缅甸70%。[54] 在一些情况下，高监禁率和过度拥挤导致刑事司法系统出现危机。过度拥挤的监狱也是艾滋病毒、丙肝和结核传播的高风险环境，影响整个社群的公共健康。[55]

最后，对毒品使用者的刑事定罪导致了一系列负面的安全后果。政府在执法、检控和监禁轻微犯罪者投入了大量的人力财力，而没有将自愿投入到大宗非法交易和有组织犯罪方面。撤销对毒品使用者的刑事惩罚可以使更多资源投入到减少非法毒品供应带来的暴力、腐败和洗钱上。

对其他毒品犯罪的去罪化：出于生计目的的种植

尽管本报告的重点是对毒品使用者的去罪化，但我们也需要指出， 支持对非法毒品市场的其他方面进行去罪化，是存在强有力的人权理由的。

图 1 亚洲针具交换项目和替代治疗的可及性地图[50]

例如，现有的法律框架对进行小规模种植、供应非法药物市场作物的农民施以严厉的惩罚。这些人参与非法作物种植是为了购买食物、衣服，以及基本医疗和教育。亚洲就是这种情况，鸦片种植与贫穷紧密联系。在东南亚金三角，大多数参与鸦片种植的家庭都是少数民族的贫困农民，居住在偏远山区。他们将鸦片当作经济作物种植，以购买食物，医疗和教育（鸦片传统上也作为药物使用[56]）。对这些农民进行刑事定罪将加剧他们的贫困和脆弱性，而且也未能解决导致他们参与非法市场的根本原因，更没有为他们的生存提供合法的替代方式。

文本 1 越南：面向出于生计原因的毒品种植者的创新政策

越南为灵活治理毒品种植提供了范例。在该国，种植供应非法药物市场的作物仍然是刑事犯罪。但是，在越南少数民族中，种植罂粟有着悠久历史。因此，法律对这些农民提供了从宽的政策。违法者先被处以非拘禁措施，包括提供替代种植的教育、财务和技术支持，以及进行罚款或警告。只有那些接受过几次非拘禁措施后仍继续种植的人，才要负刑事责任。[57] 农民在被判定为刑事犯罪之前，需要有以往的行政违法记录，并会面临入狱。[58]

2.2 去罪化的重要原则

世界各地发展了不同的去罪化模式。[59] **如果以实证为基础，包含公共卫生、减低伤害、人权和社会融入的原则**，去罪化方式可以实现积极的卫生、安全和社会成果。

以实证为基础

毒品政策应当以现有的最有力的证据为基础。政府应当根据对法律、政策和实践所产生影响的客观评估为基础进行决策。需要考虑的因素包括：

- 不同毒品控制方式的成本和性价比
- 毒品依赖者，与偶然使用或消遣性使用者的需求有什么样的区别。联合国毒品和犯罪问题办公室报告称仅有10%的毒品使用者有毒品依赖。[60] 因此，仅有少量毒品使用者可能需要毒品治疗并从中受益。
- 需要提供一系列的毒品依赖治疗选择，包括戒毒、康复、心理关怀和同伴支持。证据显示，治疗和关怀必须因人而异，考虑到不同毒品的健康和社会影响，而不是采取一刀切的方式。[61] 正如**第2.6节**所阐释的，强制拘留中心不是以实证为基础的治疗方式，应当逐步停止。

公共卫生和减低伤害

减低伤害指 那些致力于减低因使用合法或非法精神药物所产生的健康、社会和经济方面不良后果，而不一定必须减少药物使用量的政策、项目和实践。[62] 这种方式有益于毒品使用者、其家庭和社区。

去罪化应当被视为减低伤害的一部分；其关键在于建立支持性环境，为毒品使用者提供公共卫生干预。2009年，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规划署推荐了一套包含九种减低伤害干预的综合措施，这些措施是以科学证据为基础的，能够有效控制艾滋病传播、减低与毒品使用有关的伤害。[63] 2014年世界卫生组织发布了综合指南，其中再次确认了这些干预措施，并且进一步建议实施预防药物过量的措施。[64]

1. 针具交换项目
2. 阿片类药物替代治疗和其他毒品依赖治疗
3. 艾滋病检测咨询
4. 抗逆转录病毒治疗
5. 性传播疾病的预防和治疗
6. 安全套发放
7. 针对性的信息、教育和传播
8. 病毒性肝炎的疫苗、诊断和治疗
9. 结核病的预防、诊断和治疗

国艾滋病联盟将该综合措施进行扩展，使其包括：基本医疗服务（包括药物过量的预防和管理）；面向毒品依赖者的服务；面向使用毒品的被羁押者的服务；倡导；心理支持；获取法律援助的渠道；儿童和青年项目；生计发展或经济能力增强。[65] 国际药物政策联合会也提出了一系列减低伤害措施进行补充，包括：毒品检查服务，抽吸用具发放，督导下使用毒品的设施，以及社会支持服务（可包括住房、避难所和就业服务）。这些补充性措施由国际减低伤害网络开发，特别针对减少苯丙胺类刺激物使用相关的伤害。

防艾滋病和其他血源性传播疾病，减少药物过量导致的死亡，增加了获取毒品治疗等健康服务的渠道。减低伤害干预措施如针具项目和阿片类药物替代治疗，都被证明是性价比高的措施，如在全国推广，能够显著节约国家卫生预算（参见对马来西亚和中国减低伤害项目投入回报的分析）。[66]

人权

联合国成员国被要求不加歧视地尊重、保护和实现所有人的健康权。健康权受到若干国际法律的保障，尤其是《经济社会文化权利国际公约》。[67]

对毒品使用者的刑事定罪导致对健康权的直接侵害。对刑事惩罚的恐惧阻碍了毒品使用者获取健康服务和治疗，增加了他们对暴力、歧视和严重健康伤害的脆弱性。对毒品使用的刑事定罪也将人置于酷刑、强迫劳动、虐待的风险之中，并侵犯了人身自由、隐私权、工作权、教育和住房的权利。[68]。这些权利都获得国际法的承认，包括《公民和政治权利国际公约》。[69]

对人权有所限制是可以的，但必须满足“目的的正当性”、“相称性”、“必要性”和“无歧视”的条件。[70]尽管保护健康是一个正当的政府目标，但对毒品使用的刑事定罪实际上加重了对毒品使用者以及更广大群众的健康伤害，因此根据国际人权法该理由不能成立。证据显示，可以使用强制性低、更人道的且有效的方式来减少毒品使用相关伤害，这比刑事定罪更有效，而且保护了毒品使用者的健康权。这些方式可包括提供减低伤害和支持，以及以实证为基础的毒品依赖治疗（参见上文“**公共卫生和减低伤害**”）。

社会融入

尽管毒品使用是一个全球现象，但毒品相关伤害和毒品依赖经常集中在最贫穷和最边缘化的社群中——社会排斥、贫困和严苛的生活条件是造成毒品依赖的主要因素。[71]因此社会融入原则是极其基础而又具重要的。

惩戒性的毒品法律和政策可通过对毒品使用者的污名化和限制他们参与社会经济活动的能力造成社会排斥。对毒品使用者的逮捕和刑事处罚基本没有威慑效果，反而使人无法受到积极的社会影响，增加他们的健康风险，使其更容易受到犯罪集团影响。警察的打击迫使毒品使用者更加隐蔽，使健康和社会项目更难覆盖到到他们。[72] 同样，媒体宣传将毒品使用者妖魔化，警察鼓励邻里举报毒品使用者也使他们更加转入地下。最后，有毒品犯罪记录的人经常被教育和就业机会所排斥，只能转向“非正式”或“非法”的经济领域。

通过减少污名，消除获取健康服务、教育和就业的障碍，去罪化在促进社会融入方面可发挥积极的作用。毒品政策的制定，应当使得最脆弱的人群受益，尤其是毒品使用者和依赖者，而不是异化他们或加剧他们的边缘化状态。在将毒品使用去罪化的过程中，一些群体需要特别关注，如艾滋病和肝炎或结核患者、有特殊精神和生理需求的人群、残疾人、青少年、妇女（尤其是孕妇）、性工作者、移民、难民和寻求政治避难者，无家可归者和其他边缘化群体。[73] 例如，女性毒品使用者在多个领域中受到歧视，包括她们在怀孕和照顾孩子的时候。她们获取避孕或医疗服务的渠道是受限或有附加条件的，她们还可能遭受强制堕胎，或者无法见到自己的孩子。[74]

透明、问责和毒品使用者参与政策制定，这是保证社会融入的关键。广泛的利益相关方都应有效参与到政策的开发和项目的实施及评估之中。社会融入原则要求受政策影响的人应参与政策制定过程。公民社会团体和社群组织应当确保这些政策是在了解毒品市场真实情况下制定的。政府应当与受毒品政策影响的社群建立开放的建设性对话机制，尤其和毒品使用者网络和公民社会组织建立联系，以设计和实施去罪化。

文本2 让毒品使用者参与政策制定

亚洲毒品使用者网络（ANPUD）是一个区域性的网络，在草根层面运作，一直努力推动去罪化。[75] ANPUD呼吁政府、联合国和捐赠机构推动、协助和资金支持毒品使用者和公民组织有效参与地方、国家、区域和全球层面与毒品政策有关的论坛。[76]

一些亚洲国家也有全国性的毒品使用者网络（如印度、印度尼西亚、缅甸和尼泊尔），这些网络连接了毒品使用（或曾经使用）者的自助和倡导团体。这些网络和团体是政府非常宝贵的资源，有利于建立和实施面向毒品使用者的自愿的、以权利为基础的服务。

2.3 世界各地去罪化的最佳实践

本节介绍了各国根据公共卫生、减低伤害、人权和社会融入原则实施去罪化的经验。如下文所示，去罪化可应用于所有毒品，或某些特定的毒品。去罪化可通过两种途径实现：

- **法律去罪化**：通过法律改革正式将刑事惩罚从法律中撤销。
- **事实去罪化**：法律中仍保留刑事惩罚，但在实践中不执行或不施加刑事惩罚。

文本3 不同去罪化模式的比较

世界各地的去罪化模式有很大差异。国际药品政策联合国开发了一个电子工具，描绘了这些模式在实践中的应用分布，介绍其法律框架、警察的角色、司法或行政程序、适用处罚（如果有的话），并用国家的例子来展示每一个模式。该电子工具可用于比较不同的去罪化模式。该电子工具请参见：http://decrim.idpc.net.

2.3.1 法律去罪化

法律去罪化需要对立法进行修正或撤销，以取消针对以下行为的刑事定罪：

- 使用毒品
- 个人持有或种植毒品
- 持有毒品使用器具（如针头和注射器，和其他使用毒品时使用的东西，如棉球，小勺，过滤器和针药管）。

使用法律去罪化时，可以制定民事或行政（非刑事）处罚，如罚款等。因此，除了撤销刑事惩罚，立法还需要制定新的民事或行政惩罚。或者也可以对所有个人使用、持有和种植毒品完全不进行处罚，而是根据其意愿转介到治疗、健康或社会服务。

文本4 去罪化的最佳实践

去罪化的最佳实践是法律撤销全部惩罚（包括所有民事、行政处罚或刑事处罚）。对于个人使用、持有和种植毒品，以及持有毒品使用器具不予以任何处罚。但是，可能在一些情况下仍然保留限制，如限制在公共空间使用毒品。

为了使公共卫生成果最大化，当实施去罪化时，政府应当分配资源，以确保为所有毒品使用者提供有以实证为基础的健康、减低伤害和支持服务。

将法律改革和健康措施结合在一起，是去罪化的最佳方式，因其具有实证基础，并遵循人权、公共卫生、减低伤害和社会融入的原则。

表 2 法律去罪化的国际经验

	法律框架	警察	司法/行政程序	毒品使用处罚	国家案例
使用或持有毒品不是一种犯罪。	对持有或使用毒品不进行惩罚；法律区分是出于个人使用的目的，还是用于供应	警察无权在没有企图供应的迹象时进行拘留	在没有企图供应的迹象时不采取更多行动	当数量超过合理的个人使用所需时，对毒品进行没收	乌拉圭
警察自由裁量	持有不是犯罪行为，但属于行政违法	警察可决定犯罪性质，如果仅视为持有，则可当场处罚，如果不是，则转交刑事司法系统	在没有企图供应的迹象时不采取更多行动	没收、警告或罚款	西班牙，澳大利亚某些州(仅限大麻)
行政决定	持有不是犯罪行为，但属于行政违法	警察可拘留毒品持有者并转介其去行政机关；只有在有企图供应的迹象时才启动刑事司法流程	民事或行政机关决定适当的健康或社会干预	没收，警告或罚款；治疗转介，其他行政处罚	葡萄牙，捷克
刑事司法决定	持有不是犯罪行为，但属于行政违法	警察可拘留毒品持有者，但无权决定犯罪性质。案件由警察转到州检察官或法官	司法部门（包括州检察官）决定其行为是否满足个人自用的法律要素	没收，警告或罚款；治疗转介，其他行政处罚	德国，爱沙尼亚，阿根廷（计划）

文本5 葡萄牙：法律去罪化的良好实践案例

2001年，葡萄牙对所有持有少量毒品的行为去罪化。个人持有毒品分量不足10天的[77]，被视为行政违法而不是刑事犯罪。一般对初犯者不采取行动。有关部门将记录该犯罪者姓名，6个月后从记录中清除名字。但是，如果在6个月内再次发现该人携带毒品，则将案件转移到区级委员会。区级委员会由三人组成，包括医疗和社会工作者。委员会决定是将其转移到医疗服务，或进行行政处罚，还是不采取进一步行动。

委员会成员采取以健康为中心的策略，设计包括转介治疗、减低伤害服务或社会服务等个人化的计划，来应对各种健康和社会需求。适用的处罚包括要求被发现有毒品依赖的人进行治疗，对委员小组进行定期汇报，强制社区服务，暂扣驾照或其他证件，最后的手段是进行行政罚款。该模式鼓励毒品依赖者寻求治疗，但即使他们不愿意，也极少施以处罚。委员会的目的是鼓励毒品依赖者自愿加入或留在毒品治疗项目中。[78]

对葡萄牙模式的评估发现，该模式获得了积极的卫生成果，包括减少了海洛因使用，增加了获得毒品治疗的人数，减少了毒品相关死亡，降低艾滋病和丙肝的传播 。每年新增的艾滋病感染病例急速下降，从2001年的1016例，降低到2012年的56例。毒品使用相关的死亡从2001年的80例降低到2012年的16例。[79]

去罪化也减轻了刑事司法系统的压力。[80] 因为毒品犯罪而被捕和出席刑罚法庭的人数**2000**年时超过**14000**人，在去罪化后大约每年**5500**到**6000**人。[81] 这种方式释放了刑事司法的资源，使其可以处理更为严重的走私和组织犯罪。受毒品影响或为毒品使用而筹资进行犯罪的人，在监狱人口中的比例从**1999**年的**44%**，下降到**2012**年的**21%**。[82]

葡萄牙被认为是去罪化的成功模式，因为政府在进行法律改革的同时，投入大量资金支持面向毒品使用者的治疗、减低伤害和重返社会项目。随着对健康和社会服务资助的增加，去罪化导致毒品使用者面临的污名减少，毒品使用者更愿意去获取医疗服务。[83] 去罪化实施以来，没有出现毒品使用的增加。实际上，报告显示在15-24岁的青年人中毒品使用减少。[84] 关于去罪化对葡萄牙毒品价格影响的研究显示，去罪化后可卡因和海洛因的价格没有降低。[85] 因此，对毒品使用的去罪化不会导致毒品价格降低，从而提高毒品可及性。

无处罚的去罪化模式

乌拉圭所采取的去罪化模式，对使用毒品或持有“合理数量”的毒品用于个人使用，则不施加任何处罚（刑事或行政）。[86] 但是，对制造毒品，即使是制造个人使用的毒品，会进行刑事处罚。

民事或行政处罚的去罪化模式

在很多法律去罪化的模式中，将使用或持有毒品作为民事或行政违法行为，而不是刑事犯罪来处理。不同地区的非刑事处罚包括：罚款、社区服务令、提醒或正式警告，强制治疗或咨询和教育，暂停驾驶执照或其他专业执照，强制毒品检测。[87]

一些国家将个人使用或持有毒品视为行政违法，而不是刑事犯罪，这些国家包括捷克、葡萄牙、德国、爱沙尼亚、西班牙和瑞士。一些国家改革了他们的毒品法律，用行政惩罚代替了刑事处罚，但这些改革仅应用于大麻，而不包括其他毒品（如澳大利亚的一些州）[88]

如果行政处罚的后果是轻微的（如罚款或没收毒品，而不是拘留），那么这种方式会很有效。用行政处罚代替刑事惩罚可以节约预算，减少刑事司法流程（审前拘留，法庭听证和监禁）的开支。由于行政处罚不会使个人留下犯罪记录，这也有益于其未来的就业、教育和住房。

不过，在实施行政惩罚的地方，要注意确保这些惩罚不会加重对毒品使用者的社会排斥。一些国家对个人持有毒品进行罚款（包括警方当场罚款）。如果使用罚款手段，应当设置一个合理的额度，避免其因无法负担付罚款而被监禁。应当避免使用其他民事处罚，如没收护照或暂扣驾照，这些处罚会对个人生活（如就业等）造成不适当的负面影响。

亚洲地区的法律去罪化

中国和越南都取消了对毒品使用的刑事处罚，但代之以惩罚性极高的行政处罚，如关押在强制拘留中心等。在老挝，持有极少量毒品已经被去罪化，但毒品使用者会直接被进行强制治疗，在复吸时会面临监禁。这些去罪化模式，并没有遵循人权、公共卫生、减低伤害和社会融入的原则。在强制拘留中心的行政拘留对治疗毒品使用是没有效果的，反而是种阻碍，而且会造成伤害。具体情况参见第**2.6**节。

2.3.2 事实去罪化

事实去罪化能够达到和法律去罪化相近的效果，主要通过政策途径使仍然有效的刑事法律在实际中不执行。目前的事实去罪化的模式有以下特征：

1. 使用或持有毒品属于刑事犯罪，但政策和警察执法都允许毒品使用者不受刑事判决和惩罚。
2. 代替刑事判决和惩罚的可以是：
   - 不施加惩罚
   - 施加轻微民事或行政处罚
   - 转介到治疗、医疗和社会服务，或者咨询和教育

通过法律改革达到去罪化可能要花费很多年时间，而事实去罪化可以通过政策的调整相对较快地实施。但是，由于缺乏立法的支持，事实去罪化可能会被决策轻易地改回适用现行刑法。

文本6 传统、宗教和医疗方面对毒品的使用

在亚洲一些国家，人们已经开始讨论去罪化。在这些国家，大麻、鸦片和卡痛叶等物质几百年来都用于宗教活动或作为传统药物使用。

一些国家的法律体系对在传统活动中使用一些毒品是进行不刑事定罪的。例如，柬埔寨的《毒品控制法》（2011）就规定，如果违法者涉及的毒品分量很少且属于**习惯消费**的话，检察官应考虑放弃起诉。“习惯消费”指这种使用毒品的方式在很长时期内是一种传统习俗，不会导致毒品依赖。[89]

在印度，**大麻叶饮品**常常用于印度教庆典。因此印度并不对饮用大麻叶饮品进行定罪。[90] 2015年在印度举行的一次关于去罪化的意见征询中，与会者就建议撤销对传统用途毒品使用的刑事处罚：

“应当区分成瘾性较低、并且在印度传统社会中使用的物质。此类物质包括大麻配制品（印度大麻，磺胺基类等）和一些药效较弱的鸦片（罂粟茶，罂粟籽，罂粟乳等。）”[91]

在印度，将用于**医疗用途的大麻**合法化的提议获得到了积极的考虑，医疗工作者们正倡导法律改革，使大麻能够用于癌症和其他疾病的治疗。在菲律宾，国会正在讨论《医药大麻特别使用法令》[92]。其他一些国家也已经将用于医疗用途的大麻合法化（如捷克、以色列和美国20多个州）。

在尼泊尔和孟加拉，警察允许在一些特定的庆典（如尼泊尔湿婆节）中**出于宗教目的持有大麻**不能进行商业交易）。[93]

卡痛叶是东南亚本土植物，用于治疗腹泻、止咳、抗糖尿、驱虫和创伤。[94] 卡痛叶在泰国、缅甸和马来西亚是管控药物。从2007年到2011年，缅甸和泰国因卡痛叶而被捕的人数增加了两倍。[95] 2013年，泰国司法部宣布正在考虑对卡痛叶去罪化，但仍视其为管控药物。泰国公民社会团体仍在倡导将卡痛叶去罪化。[96]

表3 事实去罪化的类型：全球经验

	法律框架	警方	司法/行政程序	对毒品使用的处罚	案例
不处罚	**持有属于刑事犯罪，但警察和检察部门根据自由裁量权不进行干预**	**在没有供应企图的迹象时，警察无权进行拘留**	**在没有供应企图的迹象时，不采取进一步行动**	**没收**	**荷兰（大麻）**
警察司法转处	**持有属于刑事犯罪，但政策提供监禁之外的替代处罚**	警察可以决定犯罪性质，决定处罚（或不处罚），或转移到派出所高级官员处进行专家评估	**在没有供应企图的迹象时，不采取进一步行动**	**没收；警告或罚款；其他行政处罚。也可转介到治疗、减低伤害和社会服务。**	美国若干城市（奥尔巴尼，西雅图，圣塔菲），澳大利亚若干州
刑事司法转处	**持有属于刑事犯罪，但政策/法例提供监禁之外的替代处罚**	**警察可逮捕毒品持有者**	司法部门可考虑将个人转介到治疗或其他非刑事处罚	**没收；警告或罚款；其他行政处罚。也可转介到治疗、减低伤害和社会服务。**	澳大利亚和美国的一些州

荷兰对大麻使用采取事实去罪化的方式。在该国，大麻的种植、供应和消费仍然是犯罪，但政策上政府对一些大麻使用和持有不进行起诉。

澳大利亚一些州也通过警察司法转处的方式对毒品使用进行事实去罪化。这些州建立机制，用警告或转接到治疗、教育和咨询来代替刑事审判。教育的形式可以是书面材料，电话或面对面交谈，教育和咨询对话等。

亚洲地区的事实去罪化

在亚洲，没有一个国家将个人持有或使用毒品进行完全的事实去罪化作为一项国家政策。然而，在一些国家，通过在地方上的减低伤害项目点进行协商，让警察同意不逮捕毒品使用者，或将其转介到医疗服务，来替代逮

捕和起诉。如果能保证警察不逮捕毒品使用者，那这实际上就是一个地方版本的事实去罪化。

在菲律宾，持有毒品和毒品使用器具都被刑事定罪。为了对针具发放项目进行试点，色布市政府选择了一个村，对该村持有毒品注射工具者不进行逮捕。但是，由于一个参议员的反对，该试点项目在2015年中止。[97]

同样，在柬埔寨、中国、泰国和越南的一些地方，当地政府建立机制确保警方不逮捕毒品使用者，而代之以健康和减低伤害服务（参见**第3.3节**）。

这些机制和方式为在未来制定全国性的事实去罪化模式提供了参考。它们显示了转向以公共卫生方式来处理毒品使用问题的积极进步。但是，目前这类良好实践样例还都是特例，只限于一些地方。

亚洲一些国家也实施了一些程序进行司法转处，使一些毒品使用者可以离开刑事司法系统，获得治疗和服务（如印度和泰国），但持有任何数量的毒品仍然是刑事犯罪（参见**第3.3节**）。

但是，在所有上述国家，整体上其毒品政策还是具有高度的惩罚性，个人使用，持有和种植毒品都仍然被刑事定罪。另外，报告显示该地区的减低伤害项目中存在警察干扰的问题，而对减低伤害项目的政治支持也经常是矛盾的。很多国家的政策与减低伤害仍然是相冲突的，例如通过设定逮捕指标激励警察逮捕毒品使用者，这些逮捕有时甚至发生在减低伤害项目点附近（越南和中国），以及将毒品相关逮捕作为重要绩效考核指标（马来西亚[98]和泰国），并且强制家庭成员、熟人或邻居向有关部门报告毒品使用的情况（中国和印度尼西亚）。

需要对国家的毒品政策进行重大调整，对减低伤害、治疗

2.4 去罪化模式中临界量的有效使用[99]

使用临界值来对持有少量毒品去罪化

很多国家通过设定出于个人使用目的而持有毒品，和用于非法毒品交易的而持有毒品之间的临界量，以此实施去罪化。如果持有毒品的数量低于临界值，则不受刑事惩罚，但可能要受到行政处罚，或转介到治疗、健康服务和教育机构。临界量可用于事实去罪化（其临界值由政府政策或执法指引来决定）和法律去罪化（其临界值由法律法规决定）两种模式。临界量可根据不同的毒品来确定。表4给出了不同国家对持有大麻去罪化的临界量，其差异巨大，从比利时的3克到西班牙的200克。

一些国家明确说明，根据平均日用量，对个人持有一定时日内自用数量的毒品不进行刑事惩罚。（参看**表5**中的西班牙和葡萄牙的个案）。

关于确定临界量的担忧

需要指出，确定临界量是有争议性的，一些国家不愿意使用临界量更倾向于在法律或准则中采用“少量”的宽泛用语。这使检察官或法官能够自由裁量涉案的毒品数量是否为个人使用，并考虑到案件的具体情况，如毒品使用史，以及健康和减低伤害服务的转介等。

如果能让警方、检察官和法庭清楚地区分低少量的交易，和以获利为目的深度参与毒品市场，临界量就能很有用。但是，反对使用临界值的一个原因就是，设定临界值的方法往往是临时性的，而且不透明，造成各个国家使用的数量相差甚远，如表4所示。由法律或警方/检察部门准则所定义的数量应当是基于毒品市场实际情况而定的，以使被起诉的毒品使用者数量达到最少化。这就应当考虑到毒品使用的模式，一般人每日使用数量以及购买模式。

亚洲和其他区域的经验显示，将临界值设定在不切实际的低水平，则很容易混淆用于非法交易的持有毒品和个人使用的持有毒品。例如，老挝的机制是持有少量毒品的人可以被司法转处到戒毒中心“治疗”而不是被起诉。但是，确定少量的临界值设定在不现实的低水平（2012年，海洛因、吗啡或可卡因0.2克，安非他命、冰毒或其他精神药物0.3克[101]）。因毒品持有而被起诉的人数激增，导致被监禁者增加。

和临界值相关的另一个风险，是持有较大量的毒品的毒品使用者会被认为参与毒品非法交易。很多情况会导致个人可能持有一定数量的毒品，但并没有进行交易的意图。例如，有人可能想一次买一大批毒品，以减少与犯罪市场的接触，或因为大量购买会比较便宜。

因此，如果政府选择采纳临界量机制，所设定的数量不应当是区分个人持有和交易持有的唯一决定性因素。临界值理想情况下应当是指示性的。还要考虑的当事人的其他相关情况，如毒品依赖史，是否拥有多部手机，是否存在大量现金，毒品是否被分成小包装，是否有武器等等。

表4 持有大麻的去罪化[100]

国家	持有大麻去罪化的临界量（克）
西班牙	200
澳大利亚（各州/领地不同）	
南澳大利亚州	100
北领地	50
首都领地	25
葡萄牙	25
哥伦比亚	20
捷克	15
厄瓜多尔	10
巴拉圭	10
瑞士	10
秘鲁	8
俄罗斯联邦	6
墨西哥	5
荷兰（事实）	5
比利时	3

如果国家决定不设置具体的临界量，应向警方、检察官和法官提供准则，协助他们区分个人自用毒品和用于交易的持有。例如，准则可涉及在以营利为目标的毒品交易中，个人的动机与角色是什么。

临界量在亚洲一些国家的误用

亚洲一些国家使用临界量。在这些国家中个人持有毒品仍是被刑事定罪的。临界量用于决定犯罪者受到的惩罚程度，以及是否应将犯罪者送去强制治疗项目，还是拘留在强制拘留中心。例如，在泰国，如果个人因持有不足0.1克的海洛因（0.5克冰毒或5克大麻）而被逮捕，法官可将案件移交到由司法人员和医疗人员组成的委员会，以评估是否用强制拘留或治疗来代替监禁。[104] 越南也是将毒品使用者转介到强制拘留中心进行“治疗”。但如果所持有的毒品超过临界量（0.1克海洛因或可卡因，2克其他固体物质，或1克鸦片脂），则会对当事人进行起诉和监禁。[105]

表 5 使用临界量对个人持有毒品去罪化

德国	根据临界量，持有少量毒品者不会被起诉。对“少量”的定义根据不同州和不同物质而有所区别。就大麻而言，限制从6克到15克不等，对可卡因而言则是1-3克。一些州没有强制的临界值，而参考司法先例来确定毒品限制数量。[102]
西班牙	如果警方发现某人持有至多5日用量的毒品（200克大麻，25克大麻脂，2.4克摇头丸，3克海洛因，7.5克可卡因），当事人将会受到警方行政处罚。处罚可能包括罚款、暂扣驾照和持枪证、其他轻微处罚。如果该人持有毒品数量超过上述临界值，则需要接受法庭或地方安全委员会处理。法庭或委员会将考虑多项因素，来决定相关毒品是个人使用还是进行交易。考虑的因素包括毒品数量，当事人是否是已知的使用者，毒品发现的地点，毒品储藏方式，以及是否有大量现金在场。
葡萄牙	个人持有毒品被去罪化。但如果被发现持有超过10日的个人毒品用量，则将当事人转移到刑事法庭，有可能提起刑事指控。非刑事犯罪和毒品供应的区别临界值是：2.5克大麻油；5克大麻脂；25克大麻叶；1克摇头丸和海洛因，2克可卡因。
爱沙尼亚	持有个人自用毒品被去罪化。如果持有毒品超过一个毒品使用者单次剂量平均值的10倍，则可能被指控供应毒品。[103]

2.5 撤销针对毒品使用者严厉的行政惩罚

一些亚洲国家已经撤销了针对毒品使用者的刑事惩罚，但保留了惩戒性较高的行政处罚，包括监禁在强制拘留中心中心（例如中国、老挝和越南），在执法部门对毒品使用者进行强制登记，尿检等。这些方式没有遵循去罪化的人权、公共卫生、减低伤害和社会融入原则。撤销针对毒品使用者的严厉行政惩罚是改革的关键，有助于转向以实证基础的符合公共卫生、减低伤害和人权原则的去罪化。

中国[106]

尽管中国已经撤销了毒品使用的刑事惩罚，但行政处罚仍然相当严厉。中国2008年的《禁毒品》提出了“社区戒毒”和“强制隔离戒毒”。对强制登记进行了严格要求，以使警方能够监控毒品使用者。“社区戒毒”和“强制隔离戒毒”的强迫性质都损害了其作为医疗干预的有效性。[107]

因毒品使用而被拘留的人如果被判定为毒品依赖，警方可命令其去接受为期三年的“社区戒毒”。但是，警察仅需根据一次尿检就可以做出这种判定。而且不要求警方在进行这种评估时接受医疗人员意见。因此，很多并没有依赖的毒品使用者都被勒令接受社区戒毒。不服从社区协议中的戒毒要求，则可能被监禁起来进行强制隔离戒毒，时间最长可达两年。因毒品使用被逮捕的人可能头三个月到六个月被关押在看守所戒毒，然后被转送到强制中心。在强制中心，他们可能被要求每日工作六小时。在释放后，警方会继续监控他们长达三年时间，期间他们会被随机审讯和强制尿检。在这三年中，如果他们复吸，可能会再次被送到强制中心。

由于毒品使用属于行政违法，违法者并不像接受刑事审判的人那样拥有法律代理人或其他应有的保护。法律允许律师协助被关押者，但实际上很少能找到提供帮助的律师。个人提出行政申诉。但处理申诉的一般是更高层的警方官员，而不是独立的机构。

越南[108]

2009年毒品使用被去罪化，该罪行从刑法典中被撤销。[109] 但是，毒品使用仍然是行政违法行为，会被送去强制拘留中心（即第六中心）进行长达两年的监禁。[110] 第六中心就像个劳改营，都是军事化训练，还要喊禁毒口号。重犯者还要接受一到两年的“戒毒后管理”。

2012年所进行的法律改革允许人们在被送到强制拘留中心之前，能够获得法庭听证和法律代理。但据报告这导致了时间的拖延，而不是维护被关押者权利。毒品使用者在什么程度上能够享受法律代理和听证的权利尚不可知。[111]

行政拘留体制不利于实现政府预防艾滋病和减低伤害的目标。[112] 在第六中心被关押过的人，通常拒绝接受减低伤害服务，因为这会让警方知道他们复吸了，从而导致他们入狱或再次长时间关押在第六中心。逃避医疗关怀的原因包括担心记录被警方获知而增加被捕的风险，以及害怕污名和歧视。[113] 有过被关押记录的人员复吸率相当高（超过90%），大部分被关押者都曾经被关押过至少一次。

2013年一项政策，即《戒毒治疗更新计划》，明确了向以社区为基础的治疗的转变。[114] 107个拘留中心中的80个将会被转化成提供自愿以社区为基础的治疗、社会和职业服务的机构，提供心理支持和戒毒后护理服务、替代治疗和复吸预防等。[115] 《更新计划》希望能将被关押在毒品中心的毒品使用者比例从2013年的63%降到2020年的6%[116]。但是也有人担心以社区为基础的治疗仍会有强制的成分，如警方监督或对复吸的惩罚。

2.6 从强制拘留中心向自愿治疗和服务过渡

在很多亚洲国家，过去的20年中，处理毒品使用问题的主要方式是在政府主导的卫生机构进行强制戒毒，或长期关押在强制拘留中心（如柬埔寨，中国，印度尼西亚，老挝，马来西亚，缅甸，菲律宾，泰国和越南）。对毒品使用者进行监禁，这项政策所基于的假设是错误的，即认为惩罚能够有效阻止毒品使用，而且认为体罚是脱瘾的关键。在这些国家的强制拘留中心被关押的确切人数不得而知，但根据联合国毒品和犯罪问题办公室所收集到的未发表数据，7个国家中至少有50万人被关押。[117] 也有估计认为仅在中国就关押了30万到50万人。[118]

在亚洲地区，关押毒品使用者有很多种形式，各地的强制拘留中心在管理、条件和治疗方面都有很大差异。这些中心的典型特征有：[119]

- 对人进行长期强制拘禁，之后在社区中进行一段时间的监督
- 在被关押的这些人中，有很多人没有接受过适当的医疗和心理检查，对他们的毒品使用情况也没有进行合适的评估和诊断，没有区分他们是消遣性使用还是依赖。很多被送到强制拘留中心的人并没有毒品依赖
- 毒品依赖者很少能够获得医疗监督，即使有治疗也只在严重的戒断阶段才提供
- 所提供的治疗一般仅限于戒毒和以保持操守的戒断方法，既不是自愿的，也缺乏实证的基础。这些中心极少能够提供替代治疗或其他被证明有效的方式
- 很多中心的员工是保安人员而不是医疗人员，而且通常缺乏法定程序，如缺乏法律代理、审判或听证，也没有司法监督或上诉权。这些中心可以根据警方或公安的命令，或根据家人要求来接受人员
- 极少提供基本的医疗服务，几乎是没有。很多中心缺乏任何艾滋病预防措施，如安全套和消毒针具。在大多数中心里，唯一的艾滋病预防措施就是提供基本的信息资料。一些国家会进行艾滋病检测，如中国和越南，但这种检测是强制的，也不会将结果告知在押人员，或根据诊断提供艾滋病治疗和关怀
- 强迫劳动，身体训练，祈祷和 / 或军事化训练通常是“康复”项目的一部分
- 违法者在被释放后仍会被监控，但并不提供或极少提供恢复治疗
- 报告显示，在一些中心里存在身体暴力、性暴力和其他侵犯人权的行为（柬埔寨、老挝和越南）。[120]

由于缺乏证据表明其在处理毒品依赖问题方面的有效性，强制拘留中心遭到了广泛的批评。缺乏正当程序、健康情况恶化和大量的人权侵犯报告也引起了关注。多个国家（中国、马来西亚、越南和柬埔寨）都报告了从强制拘留中心释放后的高复吸率（超过90%）和高比例的药物过量[121]。

2012年，12个联合国机构发布了联合声明，呼吁关闭强制拘留中心。[122] 2014年，全球基金也呼吁关闭这些中心，并不再资助这些中心的项目。[123] 同样，联合国毒品和犯罪问题办公室也指出，没有证据证明这些关押的有效性：

> **很多国家在没有获得患者同意的情况下对毒品依赖提供长期居住性治疗。这种长期居住性治疗实际上是一种安全程度较低的监禁。与传统监禁或以社区为基础的自愿毒品治疗相比，没有证据支持这种方式的治疗效果。这种方式昂贵，性价比低，对个人和社区都没有好处。**[124]

如果不逐步停止强制拘留中心并转向自愿的以社区为基础的治疗、减低伤害和社会服务，去罪化就不能有效地达成积极的健康成果。而且，亚洲地区以强制方式为主要手段，意味着该区域并没有真正理解以社区为基础的治疗是更有效的替代方式，即使这一点已经在全球多个地区得到证明。[125]

已经有迹象表明强制拘留中心正逐步被废除。2012年，中国和另外八个东南亚国家表示，要将资源从强制拘留中心转而投入自愿治疗服务。[126] 这一承诺在2015年马尼拉的区域会议上再次得到肯定。会议提出了亚洲毒品使用者如何获得自愿的、以社区为基础的服务路线图。[127] 在国家的层面上，越南逐步关停强制拘留中心，并投入更多的资源支持自愿的、以社区为基础的治疗（参见第2.5节）。在过去的十年中，马来西亚也采取措施逐步减少了对强制拘留中心的依赖。

向自愿的、以社区为基础的服务过渡的过程，需要多个政府部门长期投入，包括卫生、毒品控制和执法部门。同时也要在有需求的地区进行投入以建立以社区为基础的服务，对公共卫生、公共安全、司法、公民团体和毒品使用者社群进行培训和能力建设，保证毒品使用者社群参与到服务的设计、提供、监督和评估之中。[128]

2.7 促进医疗和社会服务的自愿转介

正如本报告所强调，去罪化的理想形态就是撤销所有针对毒品使用的惩罚措施，为毒品使用者创造支持性的环境，使其能够获取医疗和社会服务，而不用担心处罚、污名或歧视。在这样的环境中，获取减低伤害服务和毒品依赖治疗都应该是自愿的，而且复吸也不应导致惩罚。医疗和社群工作人员在评估毒品使用者的特定需求和转介医疗服务时应发挥重要作用。医疗服务的门槛要低，使边缘人群能够便捷地获取。不仅是医疗服务，医院、特殊诊所、福利支持、住房和社会服务也应如此。

非自愿的治疗或拘留只有在危机时刻才允许使用

根据医学伦理和人权原则，以治疗为目的的任何非自愿治疗或拘留都只能在极为特殊的危机情况中才能使用，而且只能是短期的（比如，最多只能使用几天的时间）：

- 当事人有伤害自身或他人的危险，例如，其行为对自己或他人有迫切的威胁
- 拘留期有严格的时间限制，仅数小时或数日，不得超过临床需要
- 所提供的治疗必须是以实证为基础的
- 没有其他适当的且约束性较低的处理措施可选。[129]

在一些情况下，强制治疗也可能适用，如下当事人的精神状态下无法获得其同意进行治疗，而又急需治疗干预。但是，毒品使用和依赖绝不是判定个人“精神不胜任”的充足理由。如果对人施以强制治疗，就必须向其提供可负担的正当程序，包括法律代理，对指控做出回应，告知做出相关决定的理由，以及在合理时间内向独立机构对决策进行申诉的权利。

提供毒品依赖治疗的良好实践

以下是提供毒品依赖治疗的良好实践所具备的特征：

- 尊重他人，不进行道德批判
- 提供治疗和减低伤害的选择
- 人们可自行设定治疗的目标和成果，尽管保持操守是一个好的目标，但不一定对所有人都合适，也不一定人人都能达到
- 项目对个人改善健康的目标和整体的福祉有支持性，避免对惩罚措施的依赖
- 任何促进个人健康、福祉和生活整体质量的改善都应视作康复的一部分[130]
- 毒品依赖治疗应当采取全面的视角，也关注其他健康和社会问题（如住房、就业和法律援助）。
- 承认复吸是治疗过程的一部分，出现复吸不应当阻止个人再次寻求治疗
- 在社区中提供服务，尽可能接近当事人生活的地方
- 与公民组织、执法者和医疗部门紧密合作。

以社区为基础的治疗的重要特征和原则

以社区为基础的的治疗方法使医疗人员和社会工作者能够针对病人的特殊需求制定个人化的治疗计划。[131] 联合国毒品和犯罪问题办公室曾面向东南亚国家发布指导文件，说明了以社区为基础的治疗的重要特征和原则[132]，包括：

- 毒品使用者和毒品依赖者、家庭和相关社群应参与到治疗服务的设计和提供中来
- 应采取综合性的措施，考虑健康、家庭、教育、就业和住房的多方面需求
- 参与治疗应知情和自愿，尊重人权和个人尊严，为当事人保密

让医疗和社区工作者参与推广自愿获取服务

葡萄牙（参见**第2.3.1节的文本5**）和瑞士（见下文）提供了如何在去罪化环境中让医疗和社区工作者积极参与的良好实践范例。政策制定者可以考虑葡萄牙和瑞士去罪化模式的积极成果。两国的去罪化配合着对公共卫生的大量投入，如资助外展、治疗和减低伤害服务、医疗人员的能力建设等。

瑞士[133]

瑞士的毒品政策是将去罪化与对医疗和减低伤害服务的投入相结合。持有少量大麻被去罪化。持有和使用其他毒品可能依然会受到刑事惩罚，但如果数量较少，还是可能免于起诉、判刑或警告。[134]

应当支持医疗和社会工作者，使其能够在公共秩序事件发生时，在警方涉入前就进行干预。例如在苏黎世，政府建立了公安和公共卫生的合作机制，即“安全、干预、预防”。[135] 该机制在提供外展社会服务时与警方合作，共享信息系统。警察、社会服务和医疗人员一道召开每日例会。外展人员能够调停治安事件，因其在与毒品使用者打交道时尊重当事人，没有歧视，旨在先于警方干预提供帮助。通过这种方式，医疗和社会工作者可以发挥自身作用，减少毒品使用者接受警方处理的次数。如果毒品使用者被拘留，他们可以在警方的监禁场所获得全面的医疗服务。社区还提供自愿的毒品和酒精治疗，也有其他福利服务。毒品依赖治疗包含在医保系统中。

瑞士也在减低伤害服务方面进行大量投入，如替代治疗，针具交换和毒品使用室等。该国是尝试海洛因协助治疗新模式的先锋。长期的鸦片使用者在传统替代治疗项目中使用美沙酮或丁丙诺啡无效的话，可获得处方药用海洛因，并且在医疗监督下注射使用。该项目减少了药物过量的风险，也减少毒品使用者涉及少量毒品交易的风险。这种方式的成功促使其他国家（如加拿大、德国、荷兰、西班牙和英国）引入了相似项目。[136]

瑞士的制度消除了公共场所的毒品注射，改善了公共安全，减少海洛因使用，降低了血源疾病的传播，减少了药物过量导致的死亡，从而提升了毒品使用者的健康状况。[137]

3

使当事人脱离刑事司法体系的转送机制

3.1 司法转处概述

司法转处项目提供了一个使毒品使用者脱离刑事司法系统（如逮捕、起诉、定罪或监禁）的机制，而且在有条件时，将他们转送到治疗、减低伤害、咨询和其他服务。司法转处项目可对口一系列罪行，包括毒品使用和持有，持有毒品使用器具和毒品使用相关的非暴力犯罪，如偷盗、少量走私和贩卖。

司法转处项目对毒品使用者的健康和福祉能够产生立杆见影的效果，同时还能减轻监狱和法庭压力。司法转处项目能够使刑事司法和执法资源集中在危害公众安全的重要罪行上来，而不再花过多资源用于处理毒品有关的犯罪和毒品使用者，从而达到增强人身安全的目的。在转向以健康为基础的毒品使用处理时，应实施司法转处项目。该项目可以在毒品使用仍然被刑事定罪的情况下实施，以减低刑事定罪所带来的健康和社会危害，降低经济成本。该项目也可以在毒品使用已经去罪化的情况下实施。实际上，综合性非惩罚性司法转处项目在很多去罪化模式中都发挥了关键作用。

很多实施了事实去罪化的国家，都依赖于警方的司法转处项目，将其作为事实去罪化模式的一部分，特别使是警方在保证不执行一些仍然有效的法律方面，发挥了重要作用。司法转处项目在那些进一步撤销了刑法中对这些犯罪的惩罚（即法律去罪化）的国家中也能发挥关键作用。在这些国家，司法转处项目应用于偷盗、少量走私和贩卖这类因毒品使用或依赖而导致的罪行。

3.2 联合国关于司法转处的标准和范式

联合国毒品控制公约的有关条文允许成员国对使用、持有和种植毒品的有关犯罪行为，施以定罪或惩罚以外的替代措施，如转介到治疗和教育。[138] 在区域的层面上，南亚区域协作联盟（SAARC）在其区域毒品协议中采纳了相同的灵活性。[139] 为使这些条文生效，联合国毒品和犯罪问题办公室通过在较小的案件中使用其他措施来代替正式的司法程序、拘留和惩罚。这些替代措施需要遵循《联合国非拘禁措施最低限度标准规则》（参见**文本7**）[140]

证据显示，对毒品依赖者而言，转介到健康和社会服务有利于打破依赖-再犯罪-监禁（包括审前拘禁）的循环。[141] 将有毒品依赖的轻微犯罪者转送至以实证为基础的毒品依赖治疗和重返社会服务的制度，也可减轻监狱压力、降低犯罪率和复吸率。如果有条件能够转介到减低伤害和健康服务，司法转处项目也可以减少艾滋病毒和肝炎病毒等血源病毒的传播。

最有效的司法转处项目应当：

- 根据不同亚人群的特殊需求定制，包括针对女性（参见**文本8**）和青年人的项目[143]
- 使用合理的标准和项目要求，根据个人毒品使用和依赖的特点，考虑毒品相关罪行的严重性，以确定干预水平和类型
- 转介到以实证为基础的、灵活的、以人为本的治疗、教育和咨询服务，提供惩戒性较低的有效方式，以达到比监狱更好的健康和重返社会的效果。

为提升有效性，各国应当在刑事司法流程的各阶段设立一系列广泛的司法转处项目，包括：

- 警方司法转处
- 检方司法转处
- 判决前后的法官司法转处

文本7 联合国非拘禁措施最低限度标准规则（东京规则）[142]

《东京规则》为警方、检方和法庭提供了实施非拘禁措施的国际共识框架，该框架遵循联合国药物公约。其重要条文包括：

- 刑事司法系统应当提供一系列广泛的非拘禁措施，并将人权、社会公正、以及犯罪者的康复需求纳入考量
- 应当在处理社区违法者时多加考虑，尽可能避免正式的法庭程序或审判
- 使用非拘禁措施时应当遵从**最少干预原则**。非拘禁措施不应当对当事人产生不适当的身体或精神伤害风险，并应始终维护当事人的尊严
- 应对警方和检方进行赋权，使他们能够撤销对当事人的预审，或在轻微案件中使用非拘禁措施
- 审前拘留应当被视为最终手段，在执行时应以人为本，尊重人格尊严
- 该规则鼓励使用**非拘禁判决**，包括训诫、申斥、警告等口头惩戒，以及有条件的撤销、中止或推迟刑期、社区服务令，或转介至非机构性治疗
- 毒品治疗仅能由受过训练的、有实操经验的专业人士进行。毒品治疗项目等非拘禁措施的失败，不应当导致监禁。应当寻找其他合适的替代监禁的方式。

文本8 曼谷规则：推广面向妇女的非拘禁司法转处措施[144]

《联合国女性囚犯待遇和女性罪犯非拘禁措施规则》（曼谷规则）对东京规则进行了补充，呼吁联合国成员国建立有性别针对性的方式来替代审前拘留和监禁。其条文包括：

- 司法转处措施和审判前及判决替代安排的特定选择，其中应考虑到许多女性罪犯的背景、受害史以及她们担负的照看责任和与家庭联系
- 应当提供适当的资源为女性罪犯设计合适的替代措施，以便将非拘禁措施与干预结合起来，解决导致女性进入刑事司法系统的最常见问题，针对女性提供包含儿童照看服务的毒品治疗项目
- 通过司法转处或替代措施提供的面向女性的毒品治疗计划应具有性别敏感性、充分考虑心灵创伤且不包含拘留。这种服务也可视为预防犯罪措施。

3.3 警方司法转处

警方司法转处可以在逮捕前、逮捕后和庭审前进行。警方司法转处通常比在后续阶段进行司法转处要好，因为这样能避免正式的刑事指控和审前拘留。警方的传统角色是确保犯罪者被逮捕并接受法庭判决。而在司法转处机制中，警方的角色是使人脱离刑事司法体系，也包括转介健康和社会服务。在一些模式中，警方可自由裁量决定是否对犯罪者只提出口头警告而不进一步惩罚，在一些国家，警方可以处理像交通违法一样当场进行罚款（如捷克、瑞士和澳大利亚部分州）。

警方司法转处也可能出现一些问题。例如，警方通常将执法作为他们的首要任务，司法转处项目可能被视为违背主导的组织文化。警方可能拒绝实施以健康为导向的司法转处项目，因为他们认为毒品使用是“个人缺点”或“道德败坏”的结果，而不是复杂的健康和社会因素导致的。而毒品使用者如果经历过警方虐待和腐败，也会使他们对警方高度不信任。[145]

而让警方负责司法转处项目的另一个风险是“影响面扩大”。由于警方权力增加且临界值偏低，使得进入刑事司法体系的毒品使用者越来越多而不是减少（这种情况出现在澳大利亚的一些地方）。[146]

因此，在设计和实施警方司法转处机制时，应考虑对警察进行关于毒品使用、减低伤害和毒品依赖治疗方面的培训和其他能力建设，并向毒品使用者及其相关社群进行项目推广。让毒品使用者（或曾经使用毒品的人）参与到警方司法转处项目的设计、管理和评估之中，促进在社群和警方之间建立信任关系。邀请其他辖区中有执行司法转处项目经验的警察官员参与到项目实施中也会带来益处。考虑引入警方司法转处机制的国家应考虑到以下情况：

- 如果毒品使用仍然属于刑事犯罪，可应用于携带少量毒品或携带毒品使用器具的人
- 如果毒品使用已经去罪化，警方司法转处机制则可应用于犯有轻微非暴力罪行的毒品依赖者，这也可应用于没有对毒品使用去罪化的辖区
- 警方可选择不采取进一步行动，只对个人使用、持有或种植毒品，持有毒品使用器具的行为进行警告
- 司法转处应当包含向由经过训练的医务人员进行医疗评估的转介，使毒品依赖者可以获得可信机构提供的以实证为基础的治疗。没能完整接受治疗或再次使用毒品，不应导致刑事处罚
- 司法转处机制应当有明确的可操作规范。警方司法转处机制应当排除那些因为暴力犯罪或更严重毒品犯罪的人
- 承认罪行不应当是警方司法转处的条件。[147] 因为这会导致人们不愿意承认其毒品依赖，从而无法获得医疗教育服务的转介。

警方司法转处的良好实践案例

• 澳大利亚

澳大利亚的每个州和领地都制定了不同的警方司法转处的机制。一些是在事实去罪化的基础上运行，而一些则废除了刑事处罚，代之以行政处罚。警方可自由裁量是否将毒品使用者转送到咨询、教育和医疗服务。在一些州，行政惩罚机制允许警方对轻微毒品犯罪进行当场罚款（如新南威尔士对持有大麻者的处理）。

塔斯马尼亚是澳大利亚的一个州，该地区的警方毒品司法转处项目主要针对持有任何非法药品的人。[148] 根据持有的不同毒品，将采取不同的程序将犯罪者转出刑事司法系统。持有大麻50克以下可用警告代替起诉。同一个人可在10年内进行3次警告。第一次和第二次警告时会提供咨询与转介。在第三次警告时，会将犯罪者转介到“酒精和毒品服务部”进行健康评估和短暂的干预或治疗。如果再犯，则可能进行刑事判决。

• 美国

一些城市引入了针对轻微非暴力毒品犯罪性的警方司法转处。例如，在西雅图市，实施了一项创新的警方司法转处模式，称为“执法协助转送”（LEAD）[149]，该模式主要针对参与轻微毒品犯罪的人（如少量交易和持有）以及性工作者。警方在逮捕时就将他们转介到以社区为基础的服务。个案管理官员对他们进行评估，考虑其毒品使用频率和治疗及减低伤害的需求，了解精神健康问题和个人亲密关系状态。参加者也会获得社会支持，如获得法律援助、职业培训或安置、住房支持和咨询等服务。LEAD项目的成效不是由尿检是否呈阴性，或者当事人是否能保持操守来决定的，而是由参与者生活质量的全面改善来判断，由社会和医疗工作者来评估。要注意的是，如果一个人再次因为轻微犯罪被警方抓到，他仍可以再次参加LEAD项目。对该项目的评估显示，该项目的参加者因再次犯罪被抓的比例比未参加项目的低58%。[150]

与警方合作以支持减低伤害：来自亚洲的良好实践

在亚洲一些地区，尽管毒品使用仍然是非法的，但卫生部门鼓励警方采取容忍和实用的态度，允许开展针具交换和替代治疗服务，在减低毒品使用者健康伤害方面发挥了积极作用。因为警方与毒品使用者经常接触，他们可以成为提供建议和信息的关键角色，协助提升减低伤害服务的可及性，并对药物过量快速应对（参见文本9的关于执法与艾滋病毒网络的描述）。[151] 即使在毒品犯罪被刑事定罪的地方，警方支持减低伤害的作用可包括：

- 转介毒品依赖治疗项目、减低伤害项目和其他类型的医疗、福祉、住房和就业的服务
- 为减低伤害服务提供支持性环境，不在社区服务中心、针具交换或替代治疗点以及其他毒品使用者经常出入的健康服务机构周围逮捕毒品使用者。重要的是，警方与减低伤害服务的提供者（如服务中心、针具交换、替代治疗、同伴教育者和外展工作者）建立支持性和建设性的关系[152]
- 避免在毒品使用过量的场合进行逮捕，使人们能够不会因为担心被逮捕而延误寻求医疗援助的机会。

在亚洲一些国家的个别地区，已经开展了警方司法转处的良好实践。例如：

- 柬埔寨警方的“社群伙伴倡议”（PCPI）鼓励对减低伤害服务的非正式警方司法转处。一个当地的非政府组织（KHANA）与内务部联合金边的艾滋病毒热点地区实施了PCPI。鼓励警方在没有证据显示存在毒品非法交易时采取自由裁量，转介注射毒品使用者去减低伤害服务，而不是逮捕他们。该项目已经对200名警官以及150名区议会成员、毒品使用者代表和其他利益相关方进行了减低伤害培训[153]

- 在中国玉溪市，警方转介毒品使用者去社区治疗中心（叫做“和平一号”）。警方避免在中心附近逮捕持有或使用少量毒品的人。该项目目标是改善毒品使用者的健康；减少被反复送去强制戒毒中心的次数；增进毒品使用者所获得的社会和家庭支持；促进毒品使用者重返社会。和平一号的来访者能够获得全面心理社会和健康服务，包括美沙酮。项目还为该地区的警察提供减低伤害培训[154]

- 在越南，“支持社区发展倡议”在警方的合作支持下，在北江省开展减低伤害和社群康复服务。北江的自愿戒毒治疗模式包括一个自愿戒毒治疗中心和五个社群毒品咨询和治疗站[155]

- 在泰国那拉提瓦省，公民社会组织和当地执法代表协商了一个非正式的休战协议。在一个高级执法官员的支持下，通过一系列能力建设和意识提升工作坊，从而达成了休战。地方执法人员同意使用更多的自由裁量，使毒品使用者被转送的健康服务。[156]

文本9 执法与艾滋病毒网络（LEAHN）

LEAHN通过同伴支持、职业发展、倡导和网络，推动执法人员，特别是警察，有效地参与国家抗击艾滋病毒的工作中。

LEAHN运作一个国家焦点网络（CFPs），由在职或退休警方官员承担教育其他执法同伴的任务，内容包括艾滋病和在执法时使用减低伤害方式去处理重点人群。CFPs也推动警方和脆弱人群的联合项目。在孟加拉、印度、印度尼西亚、尼泊尔、泰国和越南，已经有超过20个CFPs参在运作。完整名单可见：http://www.leahn.org/。

LEAHN也协助促进执法机构和民间组织之间的合作关系，以开展艾滋病有关的活动。LEAHN和CFPs可在社群与执法人员间架起桥梁，支持正式和非正式的伙伴关系，以实现有效的公共卫生和公共安全工作。

3.4 检方司法转处

检察官通常在特定情况下可自由裁量是否进行刑事指控。这些情况一般由刑法或检察工作指导准则来确定。《东京规则》鼓励警方考虑用替代方式来取代起诉：[157]

> **在适当时并在不违反法律制度的情况下，应授权警察、检察部门或其他处理刑事案件的机构，在它们认为从保护社会、预防犯罪或促进对法律或受害者权利的尊重的角度来看，没有必要对案件开展诉讼程序时，可撤销对该罪犯的诉讼。为斟酌决定撤销诉讼或确定予以起诉的目的，应在每一种法律制度内拟订一套既定的标准。对轻微犯罪案件，检察官可酌情处以适当的非拘禁措施。**

检察官在不同司法体系中角色不同。与判例法国家（南亚和东南亚前英国殖民地）相比，很多东亚国家的民法和社会主义法律体系的检察官有着不同的角色。在民法和社会主义法律体系中，检察官在处理案件时的自由裁量权要小得多。但是，根据东京规则[158]，（见**文本7**的**第3.2节**）专门的条款为在毒品案件中进行自由裁量提供了空间。

应当鼓励检察官不对轻微毒品犯罪提起指控，而更多考虑采取可行的替代措施，如警告、告诫或转介到社会健康服务。可制定指引来建议检察官不对轻微的毒品犯罪进行检控，或对犯罪者提出一定条件而免于起诉，如要求其接受咨询或专业医疗人员的毒品依赖评估，以了解治疗的需求并转介其他健康、减低伤害或社会服务。[159]这些指引可确保检察官依靠专业人员对毒品依赖的诊断和对治疗需求的评估，来决定治疗转介。

检察官司法转处案例：柬埔寨

根据柬埔寨2011年的《毒品控制法》，在决定对某人就毒品使用进行起诉之前，如果当事人经医疗专业人士判定为毒品依赖，检察官可指引当事人接受治疗。如果该人同意接受治疗和康复，则可暂缓起诉。[160]

3.5 法院司法转处

3.5.1 法院司法转处模式概述

世界各地的法院司法转处模式多种多样。有的由普通刑事法庭实施，有的由专门法庭（一些国家称之为“毒品法庭”）实施。

重要的角色，这些法庭能够命令毒品罪犯参加强制治疗，如诊所戒毒诊所或强制中心的“治疗”和“康复”。在一些地方，这被视为犯罪惩罚的一部分，治疗可能会在监狱或其他矫正机构进行（如香港、印度尼西亚、台湾、韩国）。但这通常是法庭判令而实施的、带有惩罚性的强制治疗，需要警方或政府监督，而不是一种支持性的自愿程序。后者是支持犯罪者获取以社区为基础的的教育、减低伤害、治疗和关怀。

在世界其他地方，如果该国的制度惩戒性较低，则法庭可以将人转介到监狱或拘留中心外的以社区为基础的治疗项目。[161] 毒品依赖治疗的良好实践要求这些治疗服务要以科学和实证为基础，根据个体的需求和偏好来定制，并合乎人权规则，尊重患者的人格（更多关于毒品依赖治疗的良好实践，请参见**第2.7节**的关于健康和社会服务的自愿转介）[162]。

3.5.2 法庭司法转处的亚洲案例

很多国家（包括阿富汗、印度、不丹、印度尼西亚、马来西亚、马尔代夫、泰国和菲律宾）已经引入了转送制度，法庭可以命令因个人使用或持有毒品而被捕的人参加“治疗”，以作为监禁的替代措施。在很多国家，因为毒品使用或持有而被捕的人都被关押在强制拘留中心，接受所谓的“治疗”和“康复”（如**第2.6节**所述），尽管他们有时也可以选择以社区为基础的治疗。

亚洲的法庭司法转处在实施中面临很大挑战，同时，由于资源和能力有限，其本质上还是一种惩戒。确实，亚洲地区的大多数的法庭司法转处模式并没有区分毒品依赖者和在毒品使用中没有产生问题的人。这导致很多不需要治疗的人被送入了强制拘留中心，或其他类型的“治疗”项目。

以下案例描述了各种惩戒性和非惩戒性的法庭模式。这些亚洲已经存在的模式使法庭能够将人们转介到治疗和服务。有效的法庭司法转处模式应当是非惩罚性的、以实证为基础的且完全遵循公共卫生、减低伤害和人权的原则。

印度尼西亚： 法庭司法转处和以社区为基础的治疗[163]

从2009年开始，印度尼西亚的法庭就已经能够命令因毒品使用而被捕的人去参加医院、强制拘留中心或以社区为基础的治疗项目，以作为监禁的替代。从那时起，法庭可以选择向医疗专家寻求建议，来决定毒品使用者的治疗选择。由法庭转介到以社区为基础的服务的例子还很少，这要归咎于有限的服务能力和司法机构缺乏相关意识。在实际操作中，法庭实施这种转介机制的速度很慢，而引入这种机制后，毒品使用者的监禁率上升了。而对于以社区为基础的服务，其服务质量的差异也很大。比如，一些宗教背景的服务只提供严格的操守项目，而不提供以实证为基础的干预（更多关于印度尼西亚司法转处政策的信息，请参见**第3.6.2节**的医疗、社群和法律援助工作者参与）。

马来西亚：自愿治疗关怀中心和社区监督和治疗项目[164]

在马来西亚，使用毒品会被处以最高两年的监禁和罚款。[165] 政府已经做出了很多改进；不再完全依赖拘留中心，而是提供包括以社区为基础的治疗在内的一系列选择。2010年，马来西亚建立了“治疗关怀”中心，提供毒品依赖治疗和减低伤害服务。当前有三种类型的中心：治疗关怀康复中心（强制拘留，相当于强制拘留中心）；治疗关怀中心（自愿住院病人服务）；治疗关怀服务中心（自愿门诊服务）。治疗关怀服务中心提供以客户为中心的治疗，以及包括替代治疗在内的支持服务。在自愿的治疗关怀服务中心，来自社会的支持帮助提供对治疗的依从性。

从2010年起，法庭已经可以要求成年的毒品依赖者参加治疗关怀中心或服务中心，作为监狱或治疗关怀康复中心的替代。作为起诉和监禁的替代，初次因毒品使用而被捕的人可以转为接受政府禁毒部门为期两年的监督。在2015年，超过5万人接受社区监督。接受社区监督的人每个月都要进行尿检。在一到两次尿检阳性后，法庭会施加更为有力的干预，包括咨询和同伴支持。在第三次尿检阳性之后，当事人可能会被送到治疗关怀康复中心进行强制拘留，或接受替代治疗。[166]

2015年的一项研究显示，被强制拘留者人的复吸率比接受自愿治疗的人高7.6倍。[167] 但是，政府仍不愿意完全放弃强制拘留的治疗康复模式。

印度：对参加毒品治疗的毒品使用者进行豁免[168]

根据印度法律，毒品依赖者如果表达出接受治疗的意愿则可免于起诉，条件则是其所犯的罪行是毒品使用或涉及毒品的量较少（如不超过5克海洛因，25克鸦片，2克可卡因或安非他命）。[169] 治疗可以在医院进行，也可以在由政府或当局认可或运营的机构中。[170]如果完成治疗，法庭可暂缓判刑或有条件释放（要求当事人在最长三年内不再犯毒品有关的犯罪）。

如果治疗没有完成，则可能继续进行刑事司法程序。这种方式有可能成为有效的司法转处机制。但是，它在实践中极少应用，而且在实施中也有一些问题，尤其是流程不透明，法庭处理也不一致。[171] 另外，多数人在等待或经历法庭听证时都会被监禁在监狱中。因此，很多人仍然仅仅因为使用毒品就被关押。[172] 而且，因个人使用和持有毒品使用而被捕的人，无论是否有毒品依赖都被要求完成治疗，者也对治疗项目的不恰当使用。

不丹：对完成治疗的人撤销起诉

不丹的有关条例允许因个人持有毒品而被起诉的人可在法庭判令下参加认证的治疗中心。如果当事人接受并成功完成了治疗，而没有再犯其他罪行，法庭则可允许撤销起诉。[173]

菲律宾：命令参加强制“治疗”和“康复”

在菲律宾，法庭有义务转介初次犯罪的毒品依赖者到政府中心接受为期六个月的治疗和康复。药物滥用治疗和康复中心是由卫生部运营的，在每一个地区都有。在实践中，很多康复中心都没有能力提供以实证为基础的治疗。2015年，政府同意试行以社区为基础的的毒品依赖治疗服务，作为强制中心拘留的替代方式。[174]

3.5.3 专门的毒品法庭[175]

专门的毒品法庭最早是美国在1989年建立的。从那时起，毒品法庭逐渐进入澳大利亚、欧洲、北美和拉丁美洲，一些亚洲国家也在考虑使用。[176] 例如，为了应对急速增长的海洛因使用，2011年马尔代夫建立了一个专门的毒品法庭，以将毒品犯罪者转介到强制戒毒、治疗和康复[177]。2014年，越南副总理在参观完美国的毒品法庭后，指示最高人民法院开展毒品法庭试点[178]。

尽管毒品法庭的模式多种多样，但通常根据以下流程运作：

- 法庭批准一项由多学科小组开发的治疗计划；
- 法庭紧密监督当事人在治疗计划中的进展；
- 建立一个强化和奖励机制，如遵纪者可缩短参加治疗项目的时间，不服从者则受到监禁等惩罚；
- 参与毒品法庭的条件通常是当事人服罪，如果他们完成了法庭要求的治疗计划，他们的判刑可能被延期或中止。

各国毒品法庭的目标群体是不同的，在一个国家的不同地区也可能不同。在美国，毒品法庭主要目标人群是毒品使用者和持有少量毒品者，毒品依赖者。但法庭对毒品依赖的判断没有任何医疗评估支持。[179] 在拉美地区，多数毒品法庭的目标人群都是毒品使用者和持有少量毒品者。在澳大利亚，一些毒品法庭主要关注与毒品有关的非暴力的行为，如因长期毒品依赖导致的盗窃。[180]

毒品法庭面临着很多批评。[181] 首先，针对个人使用和持有毒品的模式仍然将毒品使用视为犯罪，而不是一个健康和社会问题。[182] 其次，违法者是否已经对毒品产生依赖，是否需要治疗，是由法官而不是专业的医疗人员来决定。第三，很多地方的毒品法庭并没有配备以实证为基础的治疗项目。法庭命令人民参与的治疗项目缺乏有效性，导致复吸率偏高（参见第2.7节关于允许非自愿治疗的例外和危机情况）。[183] 最后，对没有完成治疗或复吸的人施加刑事惩罚，违背对毒品依赖的科学认识——复吸是可能发生的。[184] 在一些国家，比如美国，对于那些没有完成治疗项目的人所施加的刑事惩罚，常常要比通过普通法庭程序所获得的惩罚更为严重。[185]

在中低收入国家中应用毒品法庭模式遇到的其他问题一般包括：

- 毒品法庭和法官缺乏资源去管理每个犯罪者的案件
- 缺乏资源来支持多学科小组参与制定治疗计划，并针对每个人的需求提供健康和社会服务
- 缺乏以实证为基础的毒品依赖治疗、康复和支持服务。例如，有报告称2013年马尔代夫毒品法庭评估出的有资格进行治疗的毒品犯罪者，被暂时拘禁在监狱中，因为该国仅有的几个戒毒中心都已经满员而无法再接收新的病人。[186]

由于治疗质量影响毒品法庭的成效，我们鼓励各国先投入资源确保能够提供以实证为基础的治疗，然后再划拨资金建立毒品法庭。政策制定者应当铭记，这些机制的整体目标是减少因毒品使用而被送到监狱的人数，并改善他们的健康状况。考虑引入毒品法庭的亚洲国家应当重视上述问题，确保所使用的任何机制都不会导致毒品使用者面临更为严重的处罚。

3.5.4 法庭司法转处的良好实践

以下是一些法庭司法转处项目良好实践的原则。这些原则适用于普通刑事法庭和专门的毒品法庭：[187]

- 法庭司法转处不应当应用于那些个人使用、持有或种植少量毒品，以及持有毒品使用器具的行为——这些人应当在更早的阶段就启动转送项目，比如逮捕前后。应当将更多资源投入建立警方和检察官司法转处，而不是法庭司法转处
- 司法转处决策应当建立在对毒品使用者的健康、福祉和支持需求的专业评估之上
- 项目应保证可获得持续性的以实证为基础的毒品依赖治疗和其他健康和社会服务，包括替代治疗在内的减低伤害措施，不而能仅仅依赖操守
- 治疗项目应当针对女性、青年和少数族裔的具体需求来开发，以保证获得积极的健康成果
- 法庭和社区组织之间应当建立合作伙伴关系，以获得地方支持，增加项目的有效性
- 持续的个案管理应包括必需的社会支持，对毒品使用采取不批判的态度，帮助毒品使用者重返社会
- 如果使用毒品检测，应当将其作为制定治疗计划的一项工具，而不是作为惩罚的依据
- 复吸应当被视为恢复过程中的正常现象。无法完成治疗项目或重新使用毒品，不应导致惩罚或刑法处罚
- 治疗后的阶段和恢复期的服务，应当有利于增进治疗项目的长期效果，这些服务可以依靠健康和社会支持服务网络来提供。

哥斯达黎加：毒品法庭的风险管理

哥斯达黎加调整了毒品法庭模式，以确保这些法庭不对毒品依赖者十佳惩罚措施。哥斯达黎加的毒品法庭不针对那些持有少量毒品的个人，因为个人持有和使用毒品已经去罪化了。在2013年，该国开始实施“恢复正义项目”，旨在减少监狱人口数量。在该项目下，针对那些罪行轻微且初犯的毒品依赖者建立了一个毒品法庭机制。犯罪者被转介到由各学科专家组成的交叉学科特别小组，小组成员包括医生、心理学家和社会工作者，他们会针对来访者的需求制定计划。转介的方向可以是住院治疗或门诊治疗。[188]

3.6 医护、法律和社区工作者在司法转处机制中的角色

3.6.1 医护、法律和社区工作者的参与原则

医护、法律和社区工作者在推动以公共卫生的方法来应对毒品使用方面可发挥重要作用。他们可以在社区的层面进行干预，将毒品使用者在警察处理之前就交到医疗、法律和社会支持服务那里（参见第**2.7**节的瑞士案例）。他们可以对毒品使用者进行全面的健康评估，为警方、检察官和法庭针对每个人的司法转处决策提供参考信息。律师和法律援助工作者可提供咨询，告知当事人其法律权利，如毒品使用者接受司法转处措施处理的权利，以及如何主张和维护这些权利（参见第**3.6.2**节的东爪哇行动和印度尼西亚法律援助办公室的案例，文本**9**）。[189]

合格的医疗专业人员参与个人需求评估的机制应当包含在司法转处项目的良好实践中。（参见第**2.3.1**节和文本**5**关于葡萄牙的案例，以及第**3.3**节中美国的**LEAD**项目）。

医疗工作者可评估以下选择是否适当：戒毒、替代治疗、住院康复、精神和心理干预、咨询、复吸预防团体项目，是否应进行艾滋病、肝炎、结核和其他疾病的检测、咨询和治疗。重要的是，考虑到在毒品使用者中仅有10%的人有毒品依赖，医疗专业人员可以对毒品依赖和是否需要治疗进行评估。[190] 如果个体需要戒毒治疗，医疗专业人员可以建议最合适的治疗服务转介（参见第**2.7**节关于提供毒品依赖治疗和以社区为基础的治疗的良好实践）。

司法转处也为评估住房、福利、就业、教育培训和家庭咨询方面的需求提供了机会，使当事人可以从医疗、法律和社会工作者的专业服务中受益。另外，医疗、法律援助和社会工作者也可以与警方和司法工作者建立长期伙伴关系，以确保处理毒品使用的工作具有一致性，符合必须遵循的医疗和人权的原则。医疗人员应当在协调全面的治疗后恢复，以及联系长期自愿治疗服务中发挥作用。

考虑到医疗、法律援助和社区工作者在确保对毒品使用的去罪化和司法转处工作有效性的关键作用，他们应当参与到对这些措施的质量和成果进行的监控和评估之中。

3.6.2 医疗、法律和社区工作者的参与：来自亚洲的经验

柬埔寨

从2011年开始，柬埔寨实施的一个法律政策框架支持医疗工作者参与提供减低伤害服务（如针具交换和替代治疗）和以社区为基础的戒毒治疗服务。[191] 该国建立了自愿的、以社区为中心的服务，来促进持续性的社群机制以提供减低伤害等服务和转介。到2013年年底，柬埔寨有超过1200名毒品使用者接受以社区为基础的治疗服务[192]。尽管有积极进展，柬埔寨仍然对毒品使用者使用强制拘留（依据流浪管制法和公共秩序法）。[193] 地方执法部门和为毒品使用者提供服务的卫生部门（尤其是提供针具交换的部门[194]）之间的关系相当紧张。这说明需要确保基层执法人员提升对减低伤害项目的性质和目的的认识，接受相关培训以了解如何支持这些服务。

印度尼西亚[195]

2014年，7个印度尼西亚政府机关签署了一份谅解备忘录，批准“习惯性毒品使用者”被转介到康复中心而不是被关到监狱里。国家麻醉品局、卫生部、最高法庭、检察官办公室、公安部和社会事务部的官员签署了这份文件。该协议使国家、省级和地方层级的医疗和法律人员联合评估组可以判断嫌疑人是毒贩还是毒品使用者，并向审理毒品指控的法官建议治疗方案。但是，证据显示该机制在实践中运作不良，充满了腐败。无法进行贿赂的人仍然要入狱，即使他们有资格获得司法转处。[196]

无论如何，印度尼西亚国家艾滋病委员会在全国范围内实施“以社区为基础的毒品依赖治疗（CBDDT）项目”方面获得了进展。2015年，该项目在15个城市、20个由社区组织运作的中心实施，有超过2100名来访者。[197] 该项目使用的评估指标主要关注通过减低伤害的方式来改善生活质量和降低风险。CBDDT包括为期两月的个人化定制住院项目，以及之后的为期四个月的门诊项目。执行该项目的组织需要遵从国家制定的指引，提供一系列符合最低标准的毒品依赖治疗。CBDDT的转介机制包括一系列服务，如减低伤害服务、同伴支持、心理卫生服务等。印度尼西亚的全国毒品使用者网络（PKNI）对该项目提供由社群主导的监督。

一些民间组织，如东爪哇行动和法律援助办公室（见文本**10**）为毒品使用者提供法律援助，确保其能够获得司法转处项目。

文本10 为毒品使用者提供法律援助：法律援助办公室案例

法律援助办公室为毒品使用者提供免费的法律服务，通过对毒品使用者的赋权使其能够像律师助理一样提供为社群提供法律援助。[198] 法律援助办公室与律师助理、社群、毒品使用者家人紧密合作，以收集证言、准备辩词、收集关于毒品依赖史和治疗需求的精神和医疗评估方面的支持性证据。他们所提供的法律协助包括作为代理人在从警方调查到庭审听证的各个阶段支持当事人的司法转处。尽管根据现行法律，警方可在起诉前进行案件的司法转处，但他们通常不愿意将毒品使用者转送到治疗服务（因为在毒品法之下，毒品使用仍然被刑事定罪，警察有权进行此种处置）。法官在听取专家证言和其他支持性证据后，也可自由裁量使用司法转处。

泰国

根据泰国的毒品法，由心理学家、精神病学家、医疗工作者和社群领袖组成的委员会负责审议每个案件，向法庭告知因毒品使用和持有个人自用毒品而被起诉的涉案人是否应从监狱转送到治疗。[199] 委员会的选择包括转介当事人去强制拘留中心进行为期**4**个月的强制拘留；

释放当事人让其在监督下接受门诊认知行为疗法；释放当事人并不采取更多行动；转到刑事法庭接受审判（可能被判入狱）。委员会评估被告是毒品使用者还是毒品依赖：如果是毒品依赖就送到强制拘留中心。无法完成治疗或复吸都可能导致被起诉和入狱。

尽管法律表面上提供了解决毒品使用者健康需求的法律框架，但该机制一直受到批判，因为未能提供有以实证为基础的治疗。在泰国，通常仅根据尿检结果来判断个人是否毒品依赖，而并不评估毒品使用的水平、依赖情况或相关风险行为，也不会使用成瘾程度指数[200]来进行判断。法律框架并不要求委员会与被评估者会面，但实际上这样的面谈将有助于将个人需求和想法纳入治疗计划。[201]

该程序的另一个问题是违法者可能在等待委员会做出决定时受到六个月或更长时间的审前拘留，而在此期间无法获得治疗。[202] 很多在法律上被视为“患者”的被拘留者，被当作罪犯监禁在监狱或强制拘留中心。强制拘留中心不提供替代治疗，其“治疗”仅限于集体劳动，劳动疗法，职业培训和身体训练。患者对自己的治疗项目没有发言权。所有患者都参与同样的项目。[203]没有证据显示这种方式能够有效改善健康。

4

结论和建议

4.1 原则与优先事项

指导原则

政府应当根据实证、减低伤害、人权和社会融入的原则，通过制定法律和政策来应对毒品问题。

国家政策和计划框架

政府应当放弃将追求“无毒品社会”作为政策的首要目标。国家的毒品政策应当转向注重增强公共卫生，减低毒品市场和毒品使用带来的社会和经济危害，改善对人权的保护，支持脆弱且边缘化的毒品使用者群体融入社会。根据数据和证据（如刑事定罪和惩罚对毒品使用者健康和生活质量的影响）对去罪化和司法转处项目的制定和实施进行计划。这个过程应当让受影响的社群参与，特别是毒品使用者，以确保措施的有效性。

国家的首要任务应当包括：

- **去罪化**：进行全面的法律政策审查，根据数据和证据，以及来自地方社区、专家和毒品使用者的意见，制定国家计划，朝着撤销对个人使用、持有和种植毒品、持有毒品使用器具的刑事惩罚和其他惩罚的方向迈进。各国需要考虑一系列因素，包括警察、检察官、法庭和医疗工作者的作用和能力，使其在去罪化模式中有效发挥作用
- **司法转处**：开发并实施由警察、检察官和/或法庭将毒品使用者转送到刑事司法体系以外的项目，并在有需要时将其转送到减低伤害、健康和社会服务。在去罪化的环境中，这些司法转处机制应当将重点放在因毒品依赖而犯罪的人群中
- **健康和减低伤害服务**：建立、扩展和巩固减低伤害服务，和自愿的以社区为基础的毒品治疗服务，以确保改善健康、人权和社会融入成果。

强制登记和拘留中心

根据联合国的建议，政府应当立即关闭强制拘留中心，推广自愿的以社区为基础的治疗、减低伤害和社会服务，撤销毒品使用者需要在执法部门登记的强制要求。[204]

临界量

作为更广泛的以健康为导向的改革中的一环，门槛数值是有帮助的，能够用来对个人持有少量毒品去罪化，也可以用来指导警方、检察官和法官对毒品使用者的司法转处。如果政府决定采用**门槛数量**，应当考虑以下因素：

- 具体数量应当从实际出发，根据个人使用毒品方式（如出于个人使用的目的而持有毒品的数量）和购买模式（出于个人使用的目的而购买的毒品数量，如可供多少天使用）的证据来制定
- 就算规定了临界量，也应当将其视为指示性数值。警方、检方和法官应保留自由裁量权，一事一议地根据所有证据来判断该案件应当进行审理还是驳回
- 判断持有毒品是否用于交易时应当考虑多重因素，包括当事人在交易中的角色和动机，还需要接受司法监督。这些措施将有助于确保毒品使用者不会被错误地以贩毒罪进行处置。

促进以实证为基础的治疗和减低伤害服务

毒品依赖的治疗服务应当是自愿的，以实证为基础的，并且要遵循毒品依赖治疗的国际标准。尤其是不能以为一种治疗方法能够适用于所有毒品依赖者。实际上，与毒品依赖有关的健康和社会问题很复杂，需要全面综合的服务。应当根据每个人的具体需求来匹配治疗环境、干预和服务，这对治疗的成功和生活质量的改善至关重要。

尿检呈阳性不应当被视为毒品依赖的证据。在司法转处机制中，应当要求警方、检方和/或法官根据符合国际标准的毒品依赖医疗评估来决定。

政府应当采用并推广减低伤害的干预措施，并确保获取减低伤害服务的毒品使用者无需在执法机关登记。减低伤害的干预措施，如替代治疗和针具交换，应当在社区、监狱和其他封闭场所中提供，不应当受到执法活动的阻碍（如逮捕）。

警方司法转处

如果警察与毒品使用者社群能够建立信任，那么实施警方司法转处会更加有效。如果警方腐败丛生，就不应当让警方在司法转处程序中承担关键角色。警方司法转处项目应当具备以下特点：

- 警方司法转处可能包括不采取进一步行动、提出警告和/或提供健康和减低伤害服务的转介
- 在涉案者为持有少量毒品或毒品使用器具时，应在起诉前就进行司法转处
- 项目应包含教育部分，可以是由警方人员提供减低伤害的信息，或转介到医疗、毒品治疗、减低伤害或社群支持服务
- 不设立针对个人使用、持有和种植毒品，以及持有毒品使用器具的抓捕指标。

检方司法转处

检察院有关的指导准则应当要求检察官考虑不对个人使用、持有或种植毒品，持有毒品使用器具、因个人使用毒品或毒品依赖而导致的非暴力轻微犯罪行为进行起诉。对于这些行为，检察官可考虑：

- 不进行起诉，不再采取更多行动，或者
- 根据当事人参加减低伤害服务、治疗项目（如果需要的话）或其他社会服务的情况来决定是否起诉。

检察院有关的指导准则应当确保检察官能够理解消遣性的毒品使用和毒品依赖的区别，并在此基础上做出决定。因为只有毒品依赖者才能从治疗转介中获益。

法庭司法转处

对于个人使用、持有或种植毒品， 持有毒品使用器具、因个人使用毒品或毒品依赖而导致的非暴力轻微犯罪行为（如盗窃、少量走私或贩卖），法庭应当可选择不施加惩罚或不进行判决。法庭司法转处项目应当作为警方和检方司法转处机制的补充。法庭应当能够为犯有更严重的毒品相关犯罪的毒品使用者提供司法转处，而不是仅限于毒品使用。对那些因个人使用或持有少量毒品而面临起诉的人，更适于在警方或检方处理阶段进行转送，而不是由法庭来进行。

法庭的量刑指导准则应当支持法官对被判与毒品有关犯罪行为的人使用拘禁以外的刑罚。可包括对经过医疗评

估后被认定为毒品依赖的人进行社区治疗。

法庭应当能够获得多学科的评估和建议，来帮助其区分 (i) 毒品使用是偶尔、消遣性的和 / 或不产生问题的；(ii) 还是已经产生毒品依赖，应当进行治疗。法庭应当提供：

- 审判前后的转介，可选择自愿的、以社区为基础的治疗、减低伤害和社会服务
- 根据个人需求提供的治疗、减低伤害和社会支持。

法律援助和司法公正

毒品使用者应当能够获得独立的法律建议和法律代理，这应当整合到任意司法转处项目之中，以保证他们了解自己的法律权利，并在各个流程阶段为案件辩护。

医疗工作者的角色

医疗和社会工作者能够通过以下方式支持去罪化和司法转处程序的实施：

- 在社区层面进行干预，在警察采取行动之前就为毒品使用者转介支持服务
- 提供医疗评估，为警方、检方和法庭做出司法转处决定提供参考
- 对从刑事司法体系中转来的毒品使用者根据其需求提供整体评估和应对
- 与社区、警方和其他司法领域人员结成合作伙伴关系，推动减低伤害和公共卫生的应对方式
- 采用最低质量标准以确保毒品依赖治疗是以实证为基础的，且尊重毒品使用者的人权
- 监控和评估去罪化和司法转处模式的质量和有效性。

对毒品使用的去罪化和司法转处措施的实施过程应当考虑多重因素，包括获得公众的支持。关于筹备此类措施的实用操作步骤，请参考**附录2**。

附录

附录 1 联合国药物公约之下的去罪化和司法转处项目

形成全球毒品政策的三个联合国药物公约包括：

- 1961年的《麻醉品单一公约》，经1972年议定书修正；
- 1971年联合国《精神药物公约》；
- 1988年联合国《禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》

这些公约的目的是建立国际性控制措施，以确保毒品可用于医疗和科研目的，同时预防毒品进入非法渠道。公约也包括毒品走私和毒品使用的有关条款。

历史背景[205]

在毒品公约之前，一些亚洲国家参与到全球鸦片和可卡因产业中，以供应西方和日本的药企。在为1961年公约进行的谈判中，一些国家在“有机国家”团体中发挥了领导作用。作为全球毒品最大的有机原料生产方，亚洲国家是当时国际药物控制的关注重点。在这些国家的地方文化中，毒品使用历史久远。大麻等毒品在宗教中有重要位置，大麻和鸦片也被广泛用于传统医疗。

印度、土耳其、巴基斯坦和缅甸在“有机国家”团体中起领导作用，该团体还有古柯生产国印度尼西亚，南亚和东南亚的鸦片和大麻生产国。他们支持各国根据自身条件来开展毒品控制工作，对 有力的国际毒品控制机构非常警惕。他们拒绝加强国际控制，因为现有的对生产和出口的限制直接影响到了他们国内的人口和产业。尽管与禁止主义国家（如美国）相比，这些国家力量微弱，他们寻求发展援助以弥补因严格控制而导致的损失。

联合国药物公约之下的个人使用和持有[206]

正如前言所述，这些公约的根本目的是保护人类的“健康与福祉”。

联合国药物公约中列出的应当被认为为刑事犯罪的毒品有关行为中删除了毒品使用。联合国公约并未责成各国向毒品使用施加任何惩罚（刑事或行政的处罚）。这明确地表述在1988年公约关于公约第三条“犯罪与处罚”的评论中，“需要指出，和1961年及1971年的公约一样，第二段并未要求将毒品消费定为应进行惩罚的犯罪”[207]。

公约也赋予各国对个人持有毒品进行刑事定罪的灵活性，尽管这些条款要比与毒品消费或使用条款的约束性更强。[208] 1988年联合国公约关于对毒品持有的刑事定罪的表述如下[209]：

> **各缔约国应在不违背其宪法原则和法律制度基本概念的前提下，采取可能必要的措施，在其国内法中将违反《1961 年公约》、经修正的《1961 年公约》或《1971 年公约》的各项规定，故意占有、购买或种植麻醉药品或精神药物以供个人消费的行为，确定为刑事犯罪。**

该条款允许各国政府在是否对个人持有毒品进行刑事定罪方面有一定的自由裁量权。

首先，该条款说明成员国所采取的措施应遵循“宪法原则和法律制度的基本概念”[210]。即是说，如果与国家宪法或法律制度相悖，则成员国可选择不对个人持有毒品进行刑事定罪。[211]

其次，根据该条款，只要求成员国对违反1961年或1971年公约的个人自用毒品持有进行刑事定罪。1961年公约的第36条（1）（a）和第2条（5）（b）可理解为，如果国家出于公共卫生的目的，可以对毒品（如大麻和海洛因）使用刑事定罪。

1961年公约的第33条提出“各缔约国除对于依法得持有麻醉品者外，不得准许麻醉品的持有”，并仅限于医疗和科研使用。并在第36条（1）中责成各缔约国将持有认定为应进行惩罚的犯罪行为。但是，公约强调打击走私，这意味着第36条并不责成各缔约国将个人持有毒品定为刑事犯罪，尤其是存在有力的公共卫生理由时。对第36条的文字修改也支持了这个观点。该条最初的标题是“打击非法交易的措施”。类似情况也发生在1971年的公约中。[212]

而且更本质的是，毒品控制公约必须根据每个国家面临的具体问题和实施的措施，以及国际法所规定的各成员国的人权责任，来进行诠释。[213] 正如联合国宪章所述，联合国的目标是推动国际社会和卫生问题的解决，以及对人权的普世尊重。政府有责任根据健康权来采取一切必要步骤来预防、治疗和控制疾病，保障关键药物的可及，采取切实步骤促进健康，禁止那些限制人们保护自身健康能力的行为。[214]

根据国际法，如若要对人权施加限制，应当依据有关法律规定；这些限制应当是非歧视性的，而且不应当超过达到合理目的所必需的。因此，各国有责任对个人使用、持有或种植毒品进行刑事定罪提供正当的理由。[215] 保护公共卫生是一个合法目的，但对个人使用和持有毒品进行刑事处罚加重了毒品使用有关的健康和社会危害，因此既不必需也不适当。逮捕和监禁都是不相称的措施，因其阻碍了人们在健康、工作、教育、住房、投票和子女监护权方面的权利。各国可使用非刑事的公共卫生措施来处理毒品依赖和毒品使用问题，包括提供自愿的、以实证为基础的毒品治疗、减低伤害服务和社会支持。[216]

定罪和惩罚的替代措施

1988年公约的第3条（4）（d）提出：

> 缔约国对于按本条第 2 款确定的犯罪，可以规定对罪犯采取治疗、教育、善后护理、康复或回归社会的措施，以作为定罪或惩罚的替代办法，或作为定罪或惩罚的补充。

经过1998年联合国大会关于毒品的特别会议，联合国成员国在1999年通过了《减少毒品需求指导原则宣言》其中包括：

> 为了促进滥用药物的罪犯重新融入社会，各会员国政

府应视情况并根据本国的法律和政策，作为定罪或处罚的替代办法或在处罚的同时，考虑规定药物滥用者应接受治疗、教育、疗后护理、康复和重新融入社会的一些措施。[217]

联合国麻醉药品委员会2012年通过的一份决议注意到了联合国药物公约中关于刑事处罚替代措施的表述，并鼓励成员国“考虑为面向违法者全面实施毒品依赖治疗和关怀，在适当时，将治疗作为监禁的替代措施”。委员会在2015年通过的决议中呼吁成员国：

> **通过卫生和司法部门的协作，对适用的轻微毒品相关罪行采取一系列措施来替代定罪或惩罚，以促进个人、家庭和社会的健康与安全。**[218]

附录 2 实施去罪化和司法转处的实操步骤

1. 确保各个政府机关对去罪化和司法转处提议的支持，涉及的部门包括毒品控制、卫生、司法、监狱和公安、人权机构等。

2. 地方社区和民间组织的参与：
   - 让毒品使用者和公民社会组织参与到法律改革和政策制定中来。确保毒品使用者有机会分享其关于法律和政策的看法，确保他们能够知道如何改变影响他们的生活的法律、政策和实践。
   - 向医疗、公共卫生、法律和矫正领域的专业协会寻求支持，以使法律政策改革能够撤销刑事处罚。
   - 确保获得宗教、传统和社群领袖对法律政策改革的支持，因为以公共卫生的方法来处理毒品问题，需要勇气和领导力。
   - 让社会大众了解情况，并且参与讨论。可能有必要开展社区教育运动，以解决可能产生的非理性恐惧，消除公众对去罪化是否会对青少年、社区安全或公共安全造成威胁的疑虑。社区教育可以减少对毒品使用者的妖魔化和毒品使用相关的污名。让媒体的力量参与进来，获得公众的支持至关重要，这能够保证立法提案不会导致强烈反对而产生反作用，造成刑事惩罚的增加，从而损害公共卫生目标。

3. 考虑是否在撤销刑事处罚前通过改变政策和警察执法来引入事实去罪化。探索是否渐进的去罪化方式，要比立即撤销所有刑事处罚更能获得成功。例如，在撤销对个人使用或持有大麻和其他药品的刑事处罚之前，可以先试点对大麻和卡痛叶的事实去罪化。

4. 对去罪化和司法转处机制的目标和范围达成共识：
   - 确保去罪化和司法转处机制的目标明确集中于减低伤害和改善公共卫生、社会融入和人权，同时减少对毒品使用者的惩罚和监禁
   - 建立政府、民间组织和社群利益相关方的咨询与对话机制，以获取各方的支持，推动撤销对个人使用、持有和种植毒品，持有毒品使用器具的刑事惩罚。作为这种机制的一部分，应就实施去罪化的“黄金标准”进行对话，确保法律得到修改，而不再有刑事、民事或行政等各种形式的处罚，并将资源投入到自愿的毒品治疗、减低伤害和社会服务中去
   - 如果用行政处罚代替刑事处罚，应确保这些处罚是较轻的，且不包含在强制中心拘留、强制登记和监控、强制尿检或其他有悖于人权、减低伤害和公共卫生原则的手段
   - 关于个人持有毒品，要考虑是否使用临界量，如果使用的话，要考虑如何决定这个数值。临界值应当现实可行，根据当地对毒品使用者平均消费毒品数量和购买数量的研究证据来决定。
   - 明确提案要聚焦于撤销对毒品使用者的刑事处罚，而不是出于商业目的的非法药品的生产和发放。

5. 要考虑预算的影响，尤其要确保有足够的资金支持面向毒品使用者的司法转处项目、以社区为基础的治疗、健康和减低伤害服务、咨询和社会服务

6. 在议会或国会寻找机会修改法律，以撤销刑事和行政处罚。需要寻找和确定议会中的支持者，他们能够就法律改革提案对其他的立法者进行教育，并推动提案的进程

7. 投入资源为执法人员和医疗工作者提供培训和能力建设，使其能够理解并明确自身在去罪化和司法转处机制中的角色和责任。

尾注

1. Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *The UN drug control conventions: The limits of latitude* (International Drug Policy Consortium & Transnational Institute), http://idpc.net/publications/2012/03/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude; United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *UNODC Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons*, pp. 44-47, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf
2. For further discussion and analysis of diversion measures, see: United Nations Office on Drugs and Crime (2006), *Criminal justice assessment toolkit*, http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/cjat_eng/CJAT_Toolkit_full_version.pdf
3. United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (WHO) (2008), *Discussion paper - Principles of drug dependence treatment*, http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf
4. UNODC defines 'problem drug users' as 'those with drug use disorders or dependence': United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *UNODC World Drug Report*, p.1, www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/ World_Drug_Report_2013.pdf
5. International Drug Policy Consortium (2014), *Advocacy note: Compulsory rehabilitation in Latin America: An unethical, inhumane and ineffective practice*, http://idhdp.com/media/1236/idpc-advocacy-note_compulsory-rehabilitation-latin-america_english.pdf
6. Tanguay, P. et al, (2015) 'Facilitating a transition from compulsory detention of people who use drugs towards voluntary community-based drug dependence treatment and support services in Asia', Harm Reduction Journal, 12:31, http://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-015-0071-0
7. See definition by Harm Reduction International: Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*, http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction
8. See: World Health Organisation, *Evidence for action series, policy briefs and technical papers*, http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/; World Health Organisation, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2012), *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 Revision*, http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html
9. For information regarding legal regulation, please refer to Chapter 3.2 of: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd Edition*, http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition
10. Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *The UN drug control conventions: The limits of latitude* (International Drug Policy Consortium & Transnational Institute), http://idpc.net/publications/2012/03/un-drug-control-conventions-the-limits-of-latitude; United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *UNODC Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons*, pp. 44-47, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf
11. United Nations Secretary-General Ban Ki-Moon (26 June 2015), *Message on International Day Against Drug Abuse and Illicit Trafficking*, UNIS/SGSM/645, http://www.unis.unvienna.org/unis/en/pressrels/2015/unissgsm645.html
12. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2015) *A public health and rights approach to drugs*, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2803_drugs_en.pdf ; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2014), *The gap report*, http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
13. United Nations Development Program (2015), *Addressing the development dimensions of drug policy*, http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Discussion-Paper--Addressing-the-Development-Dimensions-of-Drug-Policy.pdf
14. World Health Organisation (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, p. 91, http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en
15. United Nations High Commissioner for Human Rights (September 2015), *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights*, A/HRC/30/65, para. 38, http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session30/Pages/ListReports.aspx
16. UN Women (2014), A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes, https://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/UN/Gender_and_Drugs_-_UN_Women_Policy_Brief.pdf
17. *The Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health,* Report to the General Assembly A/65/255, 6 August 2010, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Water/ContributionsStigma/others/SPhealthI.pdf; Report of the Special Rapporteur on torture A/HRC/10/44, *Submission to Committee on Torture 2012*, http://daccess-ods.un.org/TMP/8202025.89035034.html
18. Rolles, S. (20 October 2015), 'The truth behind the UNODC's leaked decriminalisation paper', *Transform Blog*, http://www.tdpf.org.uk/blog/truth-behind-unodcs-leaked-decriminalisation-paper
19. International Narcotics Control Board (2015), *Press release: International Narcotics Control Board concludes its 114th session*, https://www.incb.org/incb/en/news/press-releases/2015/press_release_131115.html
20. 《维也纳宣言》，第十八届联合国艾滋病大会（2010）正式宣言。该宣言由若干世界艾滋病和毒品政策主要学术机构发起，包括国际艾滋病社会，国际毒品政策科学中心，卑诗省艾滋病毒/艾滋病研究中心
21. Global Commission on Drug Policy (2014), *Taking control: Pathways to drug policies that work*, http://www.globalcommissionondrugs.org/reports
22. https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html
23. https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/psychotropics.html
24. https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html
25. *Commentary on the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, 1988, p. 82, para. 3.94, https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_united_nations_convention_1988_E.pdf
26. *Statement by INCB President Dr. Lochan Naidoo, 58th Session of the Commission on Narcotic Drugs Special segment on preparations for the special session of the General Assembly on the world drug problem (UNGASS) to be held in 2016, Vienna, 9-17 March 2015*, https://www.incb.org/documents/Speeches/Speeches2015/Statement_INCB_President_CND_2015_UNGASS_06_03_15V_1_cl_INCB_logo.pdf
27. Article 3(4)(d), *UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988* See chapter 3 for country examples
28. 见章节3的国家范例
29. Country examples are discussed in chapter 3. See also: Fox, E., Eastwood, N. & Rosmarin, A. (2016), *A quiet revolution: Drug decriminalisation policies in practice across the globe, Version 2,* http://www.release.org.uk/publications/policy-papers
30. Harm Reduction International (2015), *The death penalty for drug offences: A global overview*, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/DeathPenaltyDrugs_Report_2015.pdf
31. Hayashi, K. et al. (2013), 'Reports of police beating and associated harms among people who inject drugs in Bangkok, Thailand: A serial cross-sectional study', *BMC Public Health*, **13**: 733, http://www.biomedcentral.com/1471- 2458/13/733
32. Reid, G. & Crofts, N., 'Historical perspectives on drug use in Southeast Asia'. In: Rahman, F. & Crofts. N. (ed.)(2013), *Drug law reform in East and Southeast Asia* (London: Wiley-Blackwell), pp. 1-11; Rahman, F. & Crofts. N. (ed.)(2013) *Drug law reform in East and Southeast Asia* (London: Wiley-Blackwell), pp. 27-38. See also: International Drug Policy Consortium (2015), *Throughout Asia, criminalisation and harsh punishment are imposed on people who use drugs* (infographic), http://idpc.net/alerts/2015/01/throughout-asia-criminalisation-and-hard-punishment-are-imposed-on-people-who-use-drugs
33. Brunei: *Misuse of Drugs Act*, section 29; Malaysia: *Dangerous Drugs Act,* section 39A; Singapore: *Misuse of Drugs Act 1973*, sections 8, 33, 33A. See: Iakobishvili E. (2011) *Judicial corporal punishment for drug and alcohol offences in selected countries* (London: Harm Reduction International), http://www.ihra.net/files/2011/11/08/IHRA_CorporalPunishmentReport_Web.pdf
34. Brunei: *Misuse of Drugs Act 1978,* section 7; Philippines:

Comprehensive Dangerous Drugs Act of 2002, section 12; Singapore: *Misuse of Drugs Act 1973*, section 9

35. United Nations (2009), *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem* (New York: United Nations), https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Political_Declarations/Political-Declarations_Index.html
36. *Joint declaration for a drug-free ASEAN,* Adopted by the Foreign Ministers at the 31st ASEAN Ministerial Meeting Manila, 25 July 1998; *Joint declaration for a drug-free ASEAN* adopted by the 33rd ASEAN Ministerial Meeting held in July 2000, http://cil.nus.edu.sg/rp/pdf/2000%20Bangkok%20Political%20Declaration%20in%20Pursuit%20of%20a%20Drug-Free%20ASEAN%202015-pdf.pdf
37. Indonesia: *National Anti-Drug Policy and Strategy 2010-2014*, http://aipalama.aipa.devdara.me/wp-content/uploads/2014/03/Country-Report_Indonesia.pdf; Lao PDR: *National Drug Control Masterplan 2010-2013,* https://www.unodc.org/documents/laopdr/COLAO/NDCMP_Eng.pdf; Myanmar: *15-year Drug Eradication Plan (1999-2014)*(extended to 2019)
38. The Hindu (15 December 2014), *Join hands for a drug-free India*, http://www.thehindu.com/news/national/join-hands-for-a-drugsfree-india-modi/article6691405.ece; Official website of the President of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka (2015), *All must unite to create a drug-free Sri Lanka – President*, http://www.president.gov.lk/news/all-must-unite-to-create-a-drug-free-sri-lanka-president/
39. Reuter, P. (2009), 'Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals.' *Addiction,* **104**: 510-517; Global Commission on Drug Policy (2011), *War on drugs*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf
40. Fawthrop, T. (8 August 2015), 'Drug-free ASEAN by 2015?', *The Diplomat,* http://thediplomat.com/2015/08/drug-free-asean-by-2015
41. Borneo Post (30 October 2015), *ASEAN nations fail to attain 2015 regional zero drug target*, http://www.theborneopost.com/2015/10/30/asean-nations-fail-to-attain-2015-regional-zero-drug-target/#ixzz3rcwS2zwx
42. Reuter, P. (2009), 'Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals.' *Addiction* **104**: 510-517; Global Commission on Drug Policy (2011), *War on drugs*, http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf; *Vienna Declaration*, http://www.viennadeclaration.com/the-declaration/#sthash.iBfEILdA.dpuf.
43. United Nations Office on Drugs and Crime (2010), *From coercion to cohesion: Treating drug-dependence through health care, not punishment*, p. 5, https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
44. Association of Southeast Asian Nations (2012) *ASEAN leaders' declaration on Drug-Free ASEAN 2015*, http://www.aseansec.org/documents/Declaratin%20on%20Drug%20Free%20ASEAN_Endorsed%20by%20Summit_FINAL.pdf
45. For further details on the background to national drug policies in Asia, see the 'Policy Context' section in each country profile in: Baldwin, S. (2013), *Drug policy advocacy in Asia: Challenges, opportunities and prospects* (International Drug Policy Consortium), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-report-drug-policy-in-South-East-Asia.pdf
46. The data presented in this table is sourced from the AIDS data hub PowerPoint presentation, *HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific: Review in slides – People who inject drugs*, updated in November 2015, http://www.aidsdatahub.org/people-who-inject-drugs-november-2015-slides
47. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2013), *HIV in Asia and the Pacific*, pp. 17-18, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2013_HIV-Asia-Pacific_en_0.pdf
48. See e.g. IDLO (2011), *South Asia roundtable dialogue legal and policy barriers to the HIV response* (Rome: IDLO)
49. Global Commission on HIV and the Law (2012), *Risks, rights and health*, http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf; Global Commission on Drug Policy (2012), *The war on drugs and HIV/AIDS: How the criminalization of drug use fuels the global epidemic*, http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf
50. Harm Reduction International (2014), *Global state of harm reduction 2014*, http://www.ihra.net/asia
51. 到2015年7月，105865名囚犯中，40075人因毒品使用被起诉，25559人因毒品交易被控：印度司法人权部，矫正办公室数据库。http://smslap.ditjenpas.go.id/public/krl/current/monthly/year/2015/month/7
52. 菲律宾监狱管理与监狱学（2015年7月）：87990名囚犯总人口的50%因毒品相关罪名被关押，其中60%因为使用毒品或持有毒品使用的器具。
53. 32nd Asian and Pacific Conference of Correctional Administrators, October 2012, http://www.apcca.org/ uploads/APCCA_Report_2012_Brunei.pdf; Thailand Institute of Justice, (November 2014), *Women prisoners and the implementation of the Bangkok Rules in Thailand*, p. 35, http://www.tijthailand.org/useruploads/files/women_prisoners_and_the_implementation_of_the_bangkok_rules_in_t hailand_tij.pdf
54. Transnational Institute (2015), *Towards a healthier legal environment: Review of Myanmar's drug laws*, p. 8, http://www.burmalibrary.org/docs21/TNI-2015-02-Myanmar-towards_a_healthier_legal_environment-en-red.pdf
55. United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*: *Policy Brief*, https://www.unodc.org/documents/hivaids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf
56. See: Transnational Institute (2015), *Towards a healthier legal environment: Review of Myanmar's drug laws*, p. 8, http://www.burmalibrary.org/docs21/TNI-2015-02-Myanmar-towards_a_healthier_legal_environment-en-red.pdf
57. Article 192, *Criminal Code of Vietnam*. See: Dr Nguyễn Thị Phương Hoa (2014), *Drug-related crimes under Vietnamese criminal law: Sentencing and clemency in law and practice* (Melbourne: Asian Law Centre), p. 8
58. Article 192, *Criminal Code of Vietnam*. See: Dr Nguyễn Thị Phương Hoa (2014), *Drug-related crimes under Vietnamese criminal law: Sentencing and clemency in law and practice* (Melbourne: Asian Law Centre), p. 8
59. UNODC defines 'problem drug users' as 'those with drug use disorders or dependence': United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *UNODC World Drug Report*, p. 1, www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/ World_Drug_Report_2013.pdf
60. See Chapter 2.5 of: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd Edition*, http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition
61. Harm Reduction International (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*, http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction
62. World Health Organisation, United Nations Office on Drugs and Crime & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* (Geneva: WHO), p. 6, http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf
63. See Chapter 2.4 of: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd Edition*, http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition
64. Harm Reduction International (2015), *A global review of the harm reduction response to amphetamines: A 2015 update*, http://www.ihra.net/files/2015/10/18/AmphetaminesReport_Oct2015_web.pdf
65. Naning, H., Kerr, C., Kamarulzaman, A. et al (2014), *Return on investment and cost-effectiveness of harm reduction program in Malaysia* (Washington, DC: World Bank Group), http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/07/23006930/return-investment-cost-effectiveness-harm-reduction-program- Malaysia; Mingjian, J. et al. (2012), 'Net financial benefits of averting HIV infections among people who inject drugs in Urumqi, Xinjiang, Peoples Republic of China (2005–2010)', *BMC Public Health*, **12**: 572, http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/572
66. UN General Assembly (UNGA), *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (New York, 1976), article 12; UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (August 2000), *General comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health*, UN Doc. E/ C.12/2000/4, http://www.refworld.

org/docid/4538838d0.html
67. For more information, see: International Network of People Who Use Drugs (October 2015), *INPUD consensus statement on drug use under prohibition – Human rights, health, and the law*, http://www.inpud.net/en/news/consensus-statement
68. For more details on human rights violations committed in the name of drug control, please refer to 'Policy principle 3' in: International Drug Policy Consortium (2015), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd edition*, http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition
69. UN Economic and Social Council (1985), *Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, http://www.refworld.org/docid/4672bc122.html
70. UN Economic and Social Council (1985), *Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, http://www.refworld.org/docid/4672bc122.html
71. International Drug Policy Consortium (2012) *IDPC Drug Policy Guide,* 2nd edition, p.11, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_2nd-Edition.pdf
72. International Drug Policy Consortium (2012) *IDPC Drug Policy Guide,* 2nd edition, p.11, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_2nd-Edition.pdf
73. United Nations Office on Drugs and Crime (2014), *Community based treatment and care for drug use and dependence: Information brief for Southeast Asia* (Bangkok: UNODC), https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//cbtx/cbtx_brief_EN.pdf
74. UK Consortium on AIDS and International Development & UK Network on Sexual and Reproductive Health Rights (2012), *Integrating our efforts to raise the bar for women's health through: Rights, access investment, security, equity*, http://www.ivoindia.org/Images/integrating-our-efforts-to-raise-the-bar_tcm78-39310.pdf
75. 见ANPUD网站：http://anpud.org/
76. Asian Network of People who Use Drugs (2015), *Policy brief: UNGASS 2016 Special session on the world drug problem*, https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/anpud-policy_brief-ungass2016-4.pdf
77. 关于葡萄牙10日用量的具体数量的更多信息见章节2.3
78. 同上
79. Gonçalves, R., Lourenço A., & da Silva, S. (2014), 'A social cost perspective in the wake of the Portuguese strategy for the fight against drugs', *International Journal of Drug Policy,* **26**(2): 199-209, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25265899
80. Murkin G. (2014), *Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight* (Transform Drug Policy Foundation), p. 3, http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight
81. Data from the Portugal Institute of Drugs and Drug Dependence, cited in: Murkin G. (2014), *Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight* (Transform Drug Policy Foundation), p. 3, http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight
82. Hughes, C. & Stevens, A. (2007), *The effects of decriminalization of drug use in Portugal* (Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme), p. 7, http://core.ac.uk/download/files/57/91904.pdf
83. Hughes, C. & Stevens, A. (2010) 'What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?', *British Journal of Criminology*, **50**: 999-1022, http://bjc.oxfordjournals.org/content/50/6/999.abstract
84. Félix, S. & Portugal, P. (2015), *Drug Decriminalization and the price of illicit drugs* (Bonn: Institute for the Study of Labor)
85. *Law on Drug Control 2011*, Article 53
86. 第17016法令修正第14294号法令的第31条
87. The Australian Capital Territory, Northern Territory and South Australia have decriminalised the possession of small amounts of cannabis, which is treated as an administrative offence. See: Ritter, A. (2012), *Decriminalisation or legalisation: Injecting evidence in the drug law reform debate* (Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre), https://ndarc.med.unsw.edu.au/blog/decriminalisation-or-legalisation-injecting-evidence-drug-law-reform-debate
88. 澳大利亚首都领地、北领地和南澳大利亚已经对持有少量大麻去罪化，以行政违法论处。
89. Balhara, Y. & Mathur, S. (2014), 'Bhang - beyond the purview of the narcotic drugs and psychotropic substances act', *Lung India,* **31**(4): 431-432
90. Balhara, Y. & Mathur, S. (2014), 'Bhang - beyond the purview of the narcotic drugs and psychotropic substances act', *Lung India,* **31**(4): 431-432
91. Philippine Star (12 August 2015), *House mulls legalizing medical marijuana*, http://www.philstar.com/headlines/2015/08/12/1487124/house-mulls-legalizing-medical-marijuana; Times of India (3 May 2015), *Legalize medical cannabis activists say*, http://timesofindia.indiatimes.com/india/Legalize-medical-cannabis-activists-say/articleshow/47135913.cms; FirstPost.com (2 January 2015), *Bangalore oncologists want cannabis legalised to help fight cancer*, http://www.firstpost.com/living/bangalore-oncologists-want-cannabis-legalised-to-help-fight-cancer-2026985.html
92. Philippine Star (12 August 2015), *House mulls legalizing medical marijuana*, http://www.philstar.com/headlines/2015/08/12/1487124/house-mulls-legalizing-medical-marijuana; Times of India (3 May 2015), *Legalize medical cannabis activists say*, http://timesofindia.indiatimes.com/india/Legalize-medical-cannabis-activists-say/articleshow/47135913.cms; FirstPost.com (2 January 2015), *Bangalore oncologists want cannabis legalised to help fight cancer*, http://www.firstpost.com/living/bangalore-oncologists-want-cannabis-legalised-to-help-fight-cancer-2026985.html
93. 由于在尼泊尔和孟加拉持有大麻仍在技术上属于犯罪，现有的个案更多是事实去罪化而非法律去罪化。See: Huffington Post (11 March 2013), *Shivaratri festival in Nepal includes temporary lifting of marijuana ban*, http://www.huffingtonpost.com/2013/03/11/shivaratri-festival-nepal-mairijuan_n_2851875.html
94. Raffa, R. (2014), *Kratom and other mitragynines: The chemistry and pharmacology of opioids from a non-opium source* (Boca Raton: CRC Press), p. 155
95. Tanguay, P. & Vasconi C. (2013), 'Kratom decriminalisation in Thailand', *IDPC Blog,* http://idpc.net/blog/2013/09/kratom-decriminalisation-in-thailand
96. Study in Barangay Kamagayan in Cebu by the Department of Health, Philippine National AIDS council, the Cebu City Local Government and Population Services International: Philippine Inquirer (28 May 2015), *Senators want free syringes study halted*, http://newsinfo.inquirer.net/694226/senators-want-free-syringes-study-halted#ixzz3nvA7eL3j
97. *Support don't punish*, p. 17; Rahman, F., Reaksmey, H., Thanh, P., Golichenko, O. (2014) 'Using the heart: Law enforcement and people who use drugs in Asia', *HIV Australia* **12**(2), https://www.afao.org.au/library/hiv-australia/volume-12/vol.-12-number-2/using-the-heart-law-enforcement-and-people-who-use-drugs-in-asia#.VfDSbLTVnA4
98. Harris, G. (2011), *Conviction by numbers: Threshold quantities for drug policy* (Transnational Institute & International Drug Policy Consortium), http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Threshold-quantities-for-drug-policy.pdf; European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2003), *The role of the quantity in the prosecution of drug offences*, http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_5738_EN_Quantities.pdf
99. This list is not exhaustive. In some states of the USA, possession of 28 grams of marijuana is permitted (Alaska, Colorado and Washington). It is the policy position of the Government of Canada to decriminalise recreational use of marijuana
100. 该列表并未穷尽。在美国的一些州，持有28克大麻是被允许的（阿拉斯加、科罗拉多和华盛顿）加拿大政府的政策立场是对消遣性大麻使用去罪化。
101. 这些低临界值是2012年设定的：UNIADS老挝国家办公室，个人通讯，2015年10月。
102. See: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Threshold quantities for drug offences*, http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index99321EN.html
103. These low thresholds were set in 2012: UNAIDS Country Office Lao PDR, personal communication, October 2015.
104. Dr Nguyễn Thị Phương Hoa (2014), *Drug-related crimes under Vietnamese criminal law: Sentencing and clemency in law and practice* (Melbourne: Asian Law Centre), p. 10, http://law.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0011/1547093/ALC-CILISPolicyPaper_Hoa_finalwobleed3.pdf
105. Li, E. (2014), 'The new drug detoxification system in China: A misused tool for drug rehabilitation', *U of Pennsylvania Law Review,* **9**: 168-212, http://www.eastasiaforum.org/2015/07/20/lack-of-due-

process-mars-chinas-war-on-drugs/
106. 同上, p. 212
107. See: Windle, J., (2015), *A slow march from social evil to harm reduction: Drugs and drug policy in Vietnam,* (Washington DC, Brookings Institute); Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', *International Journal of Drug Policy,* **26**, S33-37
108. Article 199 of the *Penal Code*
109. 刑法第199条
110. 根据《行政违法条例》（2002）第26条，毒品使用被视为行政违法，处理毒品使用者的措施包括康复和拘留，对毒品"成瘾者"可进行一到两年的强制拘留。根据第23条，可在社区进行康复。强制拘留是由《行政违法条例》（1995）首次引入的。
111. Vietnam's *Law on HIV/AIDS Prevention and Control* and its Implementing Decree No. 108/2007 provide for harm reduction programmes including NSP, the protection of peer outreach workers from arrest, and the provision of OST. In 2012, the government issued the *Decree Regulating Substitution Treatment of Opioid Addiction No: 96/2012/ND-CP*
112. 越南《艾滋病预防和控制法》的实施允许减低伤害项目包含NSP，保护同伴外展人员不被逮捕，提供OST。在2012年，政府发布了《鸦片类成瘾的替代治疗管理办法》。
113. Decision 2596/QD-TTg
114. UNAIDS Vietnam Country Office (2012), *Alternative action on compulsory detention: Innovative responses in Asia*, http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/october/20121005detentioncenters
115. Oanh, K.T.H. (2014), 'No one left behind. Effective harm reduction and drug policy', Presentation at the International AIDS Conference, http://www.scdi.org.vn/others/no-one-left-behind-dr-khuat-thi-hai-oanhs-presentation-at-the-international-aids-conference-2014.html
116. Ibid, p. 2
117. Elliott, R., Symington, A., Lines, R. & Schleifer, R. (2011), *Treatment or torture? Applying international human rights standards to drug detention centres* (New York: Open Society Foundations), p. 3, https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatment-or-torture-20110624.pdf
118. Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', *International Journal of Drug Policy,* **26**, S33-37; Amon, J., Pearshouse R., Cohen, J. & Schleifer, R. (2014), 'Compulsory drug detention in East and Southeast Asia: Evolving government, UN and donor responses' *International Journal of Drug Policy* **25**: 13-20; Fu, J., Bazazi, A., Altice, F., et al. (2012), 'Absence of antiretroviral therapy and other risk factors for morbidity and mortality in Malaysian compulsory drug detention and rehabilitation centers', *PLoS One,* **7**(9)
119. Human Rights Watch (2010), '*Skin on the cable': The illegal arrest, arbitrary detention and torture of people who use drugs in Cambodia* (New York: Human Rights Watch), http://www.hrw.org/reports/2010/01/25/skin-cable; Human Rights Watch (2011), *The rehab archipelago: Forced labor and other abuses in drug detention centers in southern Vietnam* (New York: Human Rights Watch), http://www.hrw.org/reports/2011/09/07/rehab-archipelago; Human Rights Watch (2011), *Somsanga's secrets: Arbitrary detention, physical abuse and suicide inside a Lao drug detention center* (New York: Human Rights Watch), http://www.hrw.org/reports/2011/10/11/somsanga-s-secrets-0
120. See: Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', *International Journal of Drug Policy,* **26**, S33-37; World Health Organisation (2009), *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Philippines: WHO Western Pacific Regional Office), http://www.wpro.who.int/publications/docs/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf; Reid, G. et al. (2007), 'Malaysia and Harm Reduction: The challenges and responses', *International Journal of Drug Policy*, **18**: 136-140
121. United Nations (2012), *Joint statement: Compulsory drug detention and rehabilitation centres* (New York: UN); See also: Human Rights Council (1 February 2013), *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez,* A/HRC/22/53. the Special Rapporteur called upon all States to close compulsory drug detention and rehabilitation centres without delay and implement voluntary, evidence- and rights-based health and social services in the community
122. IDPC (2014), 'Global Fund calls for the end of compulsory treatment', http://idpc.net/alerts/2014/11/global-fund-calls-for-the-end-of-compulsory-treatment
123. United Nations Office on Drugs and Crime (2009), *Discussion paper – From coercion to cohesion: Treating drug dependence through healthcare, not punishment*, http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf
124. Tanguay, P. et al (2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia* (London: Harm Reduction International), http://www.ihra.net/contents/1648
125. United Nations Office on Drugs and Crime (2012), *Report of the Second Regional Consultation on Compulsory Centres for Drug Users in Asia and the Pacific* 1-3 October 2012, Kuala Lumpur, Malaysia, https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/2012/10/ccdu/CCDU2_Meeting_Report_Final_2012-10-11.pdf
126. *Recommendations: Third consultation on compulsory centers for people who use drugs (CCDUs),* 21-23 September 2015, Manila, Philippines, https://unaidsapnew.files.wordpress.com/2015/10/3rd-regional-consultation-on-ccdus-recommendations-_final3.pdf
127. Tanguay, P., Kamarulzaman, A., Aramrattana, A., et al (2015), 'Facilitating a transition from compulsory detention of people who use drugs towards voluntary community-based drug dependence treatment and support services in Asia', *Harm Reduction Journal,* **12**:31, http://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-015-0071-0; also see: *Recommendations: Third consultation on compulsory centers for people who use drugs (CCDUs),* 21-23 September 2015, Manila, Philippines, https://unaidsapnew.files.wordpress.com/2015/10/3rd-regional-consultation-on-ccdus-recommendations-_final3.pdf
128. Ibid; United Nations Office on Drugs and Crime (2010), *From coercion to cohesion: Treating drug dependence through healthcare, not punishment*, p. 7, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/UNODC_2010_Discussion_Paper_-En.pdf
129. See Chapter 2.4 in: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd Edition*, http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition
130. For examples of good practice community-based treatment in Asia, see: Tanguay P. et al (2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia* (London: Harm Reduction International), http://www.ihra.net/contents/1648
131. United Nations Office on Drugs and Crime (2014), *Guidance for community-based treatment and care services for drug users in Southeast Asia* (Bangkok: UNODC), https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/cbtx/cbtx_guidance_EN.pdf
132. See: Rahman, F. (2011), *Swiss drug policy* (Kuala Lumpur: Malaysian AIDS Council), http://www.mac.org.my/v3/wp-content/uploads/2011/09/Swiss_Drug_Policy_Report.pdf
133. Bradley S. (2013), *Mixed feelings over new Swiss cannabis law*, http://www.swissinfo.ch/eng/decriminalisation_mixed-feelings-over-new-swiss-cannabis-law/36977488; also see: Bonnie, R. (2011), *Europe and decriminalization: A comparative view*, https://www.drugtext.org/Marijuana-Use-and-Criminal-Sanctions/chapter-6-europe-and-decriminalization-a-comparative-view.html
134. Waal H., Clausen T., Gjersing L. & Gosso M. (2014), 'Open drug scenes: Responses of five European cities', *BMC Public Health*, **14**: 853
135. Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P. et al. (2007) 'Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: A brief update on science and politics', *J Urban Health,* **84**(4): 552–562, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219559
136. Csete, J., (2010), *From the Mountaintops: What the world can learn from drug policy change in Switzerland* (New York: Open Society Foundations), https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/from-the-mountaintops-english-20110524_0.pdf
137. Article 3(4)(d), *UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988*
138. *SAARC Convention on Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, 1990, http://narcoticsindia.nic.in/upload/download/document_iddbd90a665ea6f292f36ebdb3d442826d.pdf
139. United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons*, Criminal Justice

Handbook Series, https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf; Commission on Narcotic Drugs (2015), *Background documentation for the interactive discussions on high-level segments to the held during the special session of the General Assembly on the world drug problem in 2016*. E/CN.7/2015/CRP.4, Fifty-eighth session, Vienna, 9-17 March 2015, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_58/ECN72015_CRP4e_V1501456.pdf

140. UN General Assembly (1990), *United Nations standard minimum rules for non-custodial measures (The Tokyo Rules),* A/RES/45/110, http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r110.htm
141. In relation to women, see: Harm Reduction International (2012), *The global state of harm reduction 2012*, chapter 3.1, http://www.ihra.net/files/2012/09/04/Chapter_3.1_women_.pdf; In relation to children, see: Harm Reduction International (HRI), Youth Rise, International HIV/AIDS Alliance & Save the Children (2015), *Step-by step preparing for work with children and young people who inject drugs*, http://www.ihra.net/files/2015/11/06/WEB2_Step_by_step_tool1.pdf
142. United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (2009), *Principles of Drug Dependence Treatment*, Discussion paper, https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf (see especially Principle 6)
143. See especially rules 57, 58, 60 and 62, *United Nations rules for the treatment of women prisoners and non-custodial measures for women offenders,* UN General Assembly Doc A/C.3/65/L.5, http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/BangkokRules.pdf
144. Rahman F. 'Alternatives to criminal justice'. In: Rahman, F., Crofts, N., eds. (2013), *Drug policy reform in East and South East Asia* (Lanham: Lexington Books), p. 248
145. Single, E., Christie, P. & Ali, R. (2000), 'The impact of cannabis decriminalisation in Australia and the United States', *Journal of Public Health Policy*, **21**(2): 157-186, http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/presentation/single-e.htm
146. Payne J., Kwiatkowski M., Wundersitz J. (2008), *Police drug diversion: A study of criminal offending outcomes* (Canberra: Australian Institute of Criminology), p. 5
147. Ibid, p. 4.; Wundersitz J. (2007), *Criminal justice responses to drug and drug-related offending: Are they working?* (Canberra: Australian Institute of Criminology), p. 9, http://aic.gov.au/media_library/publications/tbp/tbp025/tbp025.pdf
148. Collins, S., Lonczak, H., & Clifasefi S. (2015), *LEAD Program Evaluation: Recidivism Report* (Seattle: University of Washington & Harborview Medical Centre), http://static1.1.sqspcdn.com/static/f/1185392/26121870/1428513375150/LEAD_EVALUATION_4-7-15.pdf?token=jH6mFrua5jVFsuWy2sCfLgN%2FCcY%3D; Seattle Police Department (8 April 2015), 'Study: Innovative Seattle/King County Diversion Program Shows Success', *SPD Blotter*, http://spdblotter.seattle.gov/2015/04/08/study-innovative-seattleking-county-diversion-program-shows-success
149. 同上
150. International Drug Policy Consortium (2012), *IDPC Drug Policy Guide* (2nd ed.), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_2nd-Edition.pdf
151. HIV/AIDS Asia Regional Program (n.d), *Guidelines for addressing police concerns about harm reduction,* http://ni1.unimelb.edu.au/Leahrn/HAARP/HAARP_Tool_2_Booklet_Guidelines_Police_Concers_about_HR/HAARP_Tool_2_Booklet_Police_Concerns_About_HR.doc
152. Rahman, F., Reaksmey, H., Thanh, P. & Golichenko, O. (2014), 'Using the heart: Law enforcement and people who use drugs in Asia', *HIV Australia,* **12**(2), https://www.afao.org.au/library/hiv-australia/volume-12/vol.-12-number-2/using-the-heart-law-enforcement-and-people-who-use-drugs-in-asia#.VfDSbLTVnA4
153. Tanguay, P., Stoicescu, C. & Cook, C. (2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia* (London: Harm Reduction International), pp. 31-35
154. Tanguay, P., Stoicescu, C. & Cook, C. (2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia* (London: Harm Reduction International), pp. 31-35
155. Ngammee, V. & Tanguay, P. (2015), *CHAMPION-IDU - Innovations, best practices and lessons learned – Implementation of the national response to HIV among people who inject drugs in Thailand 2009-2014,* http://www.psi.org/publication/champion-idu-innovations-best-practices-and-lessons-learned
156. Rule 5.1. UN General Assembly (1990), *United Nations standard minimum rules for non-custodial measures (The Tokyo Rules),* A/RES/45/110, http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r110.htm
157. 同上
158. International Narcotics Control Board (2007), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, p. 7
159. *Law on Drug Control 2011*, Article 105
160. Compulsory treatment for people who use drugs is also used in many countries globally, including the UK, the USA, the Netherlands, New Zealand, Italy, Sweden, Germany, Canada, Spain and Australia. In the USA, the focus of mandatory treatment is on offenders charged with any drug use offence. In Australia, the Netherlands and the UK, the focus is on persistent drug-using offenders who may have committed non-drug-related offences, United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (2008), *Principles of drug dependence treatment*, https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf
161. 全球多个国家对毒品使用者进行强制治疗，包括英国、美国、荷兰、新西兰、意大利、瑞典、德国、加拿大、西班牙和澳大利亚。在美国，强制治疗的重点是因毒品使用而被起诉的犯罪者。而在澳大利亚、荷兰和英国，则针对那些犯有与毒品不相关罪行的毒品使用者。
162. Tanguay, P., Stoicescu, C. & Cook, C. (2015), *Community-based drug treatment models for people who use drugs: Six experiences on creating alternatives to compulsory detention centres in Asia* (London: Harm Reduction International), pp. 41-46
163. Ibid, pp. 47-51; Ghani, M. (2015), 'An exploratory qualitative assessment of self-reported treatment outcomes and satisfaction among patients accessing an innovative voluntary drug treatment centre in Malaysia', *International Journal of Drug Policy,* **26**(2): 175-182; Kamarulzaman, A. & McBrayer, J. (2015), 'Compulsory drug detention centres in South and Southeast Asia', *International Journal of Drug Policy,* **26**, S33-37
164. *Dangerous Drugs Act*, section 15
165. Malaysian courts can divert drug offenders through orders made under the *Drug Dependants (Treatment and Rehabilitation) Act (1983)*
166. 马来西亚法庭可根据《毒品依赖者（治疗和康复）法令》（1983）指令对毒品犯罪者进行转送。
167. Tandon, T. (2015), *Drug policy in India,* IDPC Briefing Paper, (London: International Drug Policy Consortium), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-briefing-paper_Drug-policy-in-India.pdf; Indian Express News Service (13 August 2013), *Court grants immunity to four accused*, http://archive.indianexpress.com/news/juhu-rave-bust-court-grants-immunity-to-four-accused/1154542; Times of India (24 June 2012), *Law compassionate but cops harsh to drug users*, http://timesofindia.indiatimes.com/city/mumbai/Law-compassionate-but-cops-harsh-to-drug-users/articleshow/14367066.cms
168. Section 39, *Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Act 1985* (India)
169. Section 64A, *Narcotic Drugs and Psychotropic Substances Act 1985* (India)
170. Tandon, T. (2015), *Drug policy in India,* IDPC Briefing Paper, (London: International Drug Policy Consortium), https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/IDPC-briefing-paper_Drug-policy-in-India.pdf
171. Burris, S. & Chiu, J. (2011), *Punitive drug laws and the risk environment for injecting drug users: Understanding the connections*, Working paper prepared for the Third Meeting of the Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law, 7-9 July 2011, http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers/punitive-drug-law-and-the-risk-environment-for-injecting-drug-users-understanding-the-connections?tmpl=component
172. *Narcotic Drugs and Psychotropic Substances and Substance Abuse Act 2005* (Bhutan), Section 43
173. Community-based services are to be piloted in three areas in Luzon, Visayas and Mindanao: Dangerous Drugs Board (21 September 2015), *DDB and DOH improve access to drug rehabilitation services*, http://www.ddb.gov.ph
174. 以社区为基础的服务在吕宋、米沙鄢和棉兰老这三个地方进行试点。

175. Countries with drug courts include Australia, Austria, Belgium, Canada, Ireland, New Zealand, Norway, the USA, the UK, Barbados, Bermuda, Chile, Costa Rica, the Dominican Republic, Jamaica, Mexico, Panama, Suriname, and Trinidad and Tobago
176. 有毒品法庭的国家包括澳大利亚、奥地利、比利时、加拿大、爱尔兰、新西兰、挪威、美国、英国、巴巴多斯、百慕大、智利、哥斯达黎加、多米尼加共和国、牙买加、墨西哥、巴拿马、苏里南、特立尼达和多巴哥
177. PEPFAR (2014), *Vietnam 2014 country operational plan executive summary,* http://www.pepfar.gov/countries/cop/240132.htm
178. Tiger, R. (2012), *Judging addicts: Drug courts and coercion in the justice system* (New York: NYU Press)
179. Wundersitz J. (2007), *Criminal justice responses to drug and drug-related offending: Are they working?* (Canberra: Australian Institute of Criminology), pp. 22-27, http://aic.gov.au/media_library/publications/tbp/tbp025/tbp025.pdf
180. Csete, J. & Tomasini-Joshi, D. (2015), *Drug courts: Equivocal evidence on a popular intervention* (New York: Open Society Foundations), https://www.opensocietyfoundations.org/reports/drug-courts-equivocal-evidence-popular-intervention; Guzman, D. (2012), *Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration* (London: International Drug Policy Consortium), p. 2, http://idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefing-paper-drug-courts; Drug Policy Alliance (2014), *Moving away from drug courts: Toward a health-centered approach to drug use* (New York: Drug Policy Alliance), http://www.drugpolicy.org/resource/moving-away-drug-courts-toward-health-centered-approach-drug-use
181. Global Commission on Drug Policy (2014), *Taking control: Pathways to drug policies that work*, p. 22, http://www.globalcommissionondrugs.org/reports
182. Guzman, D. (2012), *Drug courts: Scope and challenges of an alternative to incarceration* (London: International Drug Policy Consortium), p. 2, http://idpc.net/publications/2012/07/idpc-briefing-paper-drug-courts
183. Csete, J. & Tomasini-Joshi, D. (2015), *Drug courts: Equivocal evidence on a popular intervention* (New York: Open Society Foundations), p. 9, https://www.opensocietyfoundations.org/reports/drug-courts-equivocal-evidence-popular-intervention
184. 同上
185. Minivan News (1 May 2013), *Drug court sending addicts to jail after detox centres reach capacity*, http://minivannewsarchive.com/politics/drug-court-sending-addicts-to-jail-after-detox-centres-reach-capacity-57295#sthash.Xhx2MAWp.dpbs
186. See: 13 Key principles for court-directed treatment and rehabilitation programmes, http://www.nadcp.org/about-us/13-key-principles-drug-treatment-court, Drug Policy Alliance (2014), *Moving away from drug courts: Toward a health-centered approach to drug use* (New York: Drug Policy Alliance), http://www.drugpolicy.org/resource/moving-away-drug-courts-toward-health-centered-approach-drug-use; see also: Drug Policy Alliance (2011), *Drug courts are not the answer: Toward a health-centered approach to drug use,* https://www.drugpolicy.org/docUploads/Drug_Courts_Are_Not_the_Answer_Final2.pdf
187. See Chapter 3.4 in: International Drug Policy Consortium (2016), *IDPC Drug Policy Guide, 3rd Edition*, http://idpc.net/publications/2016/03/idpc-drug-policy-guide-3rd-edition
188. See the relevant UN standards and norms on the role of lawyers and access to legal aid: UN General Assembly Resolution 67/187 (2012), *United Nations principles and guidelines on access to legal aid in criminal justice systems*, http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/187
189. UNODC defines 'problem drug users' as 'those with drug use disorders or dependence': United Nations Office on Drugs and Crime (2013) *UNODC World Drug Report*, p.1, www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/ World_Drug_Report_2013.pdf
190. UNODC将“问题毒品使用者”定义为“有毒品使用障碍或依赖的人”
191. United Nations Office on Drugs and Crime (2012), *Innovative community based drug treatment pilot makes inroads in Cambodia*, https://www.unodc.org/southeastasiaandpacific/en/2012/02/cbtx-cambodia/story.html; Council of the European Union (2014), *Note from Japanese Regional Chair of the Dublin Group: Regional report on South East Asia and China*, p. 5, http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%208990%202014%20INIT
192. Human Rights Watch (2010), '*Skin on the cable': The illegal arrest, arbitrary detention and torture of people who use drugs in Cambodia* (New York: Human Rights Watch), http://www.hrw.org/reports/2010/01/25/skin-cable
193. Chheng, K., Leang, S., Thomson N., Moore T. & Crofts N. (2012), 'Harm reduction in Cambodia: A disconnect between policy and practice', *Harm Reduction Journal*, **9**: 30
194. GRM International and Burnet Institute (2014), *Keeping drug users out of jail? Drug diversion policy in Indonesia*, https://www.burnet.edu.au/system/asset/file/1435/keepingg_2.pdf
195. Documented in the video: PKNI (2015), *Dying a slow death: Inside Indonesia's drug war,* http://idpc.net/alerts/2015/11/dying-a-slow-death-inside-indonesia-s-drug-war
196. National AIDS Commission (2015), *Community based drug dependence treatment in Indonesia: Documentation of best practice*
197. See the LBH Masyarakat website for further information about their work: http://lbhmasyarakat.org/en/
198. Narcotic Rehabilitation Act Committee, see: Windle, J. (2015), *Drugs and drug policy in Thailand* (Washington DC: Brookings Institute), p. 7, http://www.brookings.edu/~/media/Research/Files/Papers/2015/04/global-drug-policy/WindleThailand-final.pdf?la=en
199. McLellan A., Luborsky L., Woody G. & O'Brien C. (1980), 'An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index', *Journal of Nervous and Mental Disorders*, **168** (1): 26-33
200. See: Thomson, N. (2010), *Detention as treatment: Detention of methamphetamine users in Cambodia, Laos, and Thailand* (Open Society Institute), http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-public-health-and-human-rights/_pdf/Thomson_OSI_DetentionAsTreatment_2010.pdf
201. Submission of the International Harm Reduction Association, Asian Harm Reduction Network, the Open Society Institute Public Health Program and Thai AIDS Treatment Action Group to the UN Universal Periodic Review (2011),Twelfth session of the UPR Working Group of the Human Rights Council, Human rights violations associated with Thailand's anti-drug laws, http://lib.ohchr.org/HRBodies/UPR/Documents/session12/TH/JS1-JointSubmission1-eng.pdf
202. MacDonald, V. & Nacapew, S. (2013), *Drug control and harm reduction in Thailand* (London: International Drug Policy Consortium)
203. United Nations (2012), *Joint statement on compulsory drug detention and rehabilitation centres*, https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf
204. McCoy A. (2000), 'From free trade to prohibition: A critical history of the modern Asian opium trade', *Fordham Urban LJ,* **28**(1): 307-349, http://ir.lawnet.fordham.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1804&context=ulj; Parliament of Canada (2001), *The history and development of the leading international drug control conventions* (Ottawa: Parliament of Canada), http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/history-e.htm; Karch, S. & Drummer, O. (2015), *Karch's pathology of drug abuse* (Boca Raton: CRC Press), p. 16
205. Article 3(2)
206. International Narcotics Control Board (2001), *Report of the International Narcotics Control Board for 2001* (E/INCB/2001/1), para. 211
207. Commentary on the Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988, p. 72, paras. 3.65 and 3.66
208. Transnational Institute (2015), *The UN drug control conventions: A primer*, https://www.tni.org/en/publication/the-un-drug-control-conventions#6
209. 公约并不要求对毒品使用施加惩罚。参见《禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》的评论
210. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (August 2000), *General comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health*, UN Doc. E/ C.12/2000/4, http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html
211. United Nations, Economic and Social Council (1985), *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Annex

212. World Health Organisation (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/
213. Para 14
214. UN Commission on Narcotic Drugs Resolution 58/5 (2015), *Supporting the collaboration of public health and justice authorities in pursuing alternative measures to conviction or punishment for appropriate drug-related offences of a minor nature*, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_58/2015_Resolutions/Resolution_58_5.pdf
215. United Nations, Economic and Social Council (1985), *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Annex
216. World Health Organisation (2014), *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/
217. Para 14
218. UN Commission on Narcotic Drugs Resolution 58/5 (2015), *Supporting the collaboration of public health and justice authorities in pursuing alternative measures to conviction or punishment for appropriate drug-related offences of a minor nature*, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_58/2015_Resolutions/Resolution_58_5.pdf

本报告中，国际药品政策联合会（IDPC）根据实证和良好实践案例提出亚洲关于毒品使用政策的改革建议，即将刑事定罪和惩罚向公共卫生和减低伤害的方向转变。报告描述了对毒品使用去罪化的有效途径。报告也探讨了在亚洲实施的被证实无效的一些方法，如将毒品使用者拘留在强制中心进行“康复”。

国际药物政策联合会(IDPC)是一个由个NGO和专业人员工作网组成的全球性工作网，专注于管制药物的生产和使用相关问题。联合会的目标是促进关于国家和国际水平药物政策的实效、方向和内容的客观开放的讨论，并支持有实证基础的有效减低药物相关伤害的政策。我们的倡导立场基于五个核心政策原则。IDPC不定期发表简报，传播联合会成员组织药物相关的专题报告，为世界各地的政策制定者和官员提供专业顾问服务。

© International Drug Policy Consortium Publication 2016

Tel: +44 (0) 20 7324 2974
Fax: +44 (0) 20 7324 2977
Email: contact@idpc.net
Website: www.idpc.net