

致谢：

本文受委托于HIV/AIDS工作任务千年项目。千年项目的目的在于使所有发展中国家在2015年之前达到千年发展目标的标准，大幅度改善人类生存状况。该项目由联合国秘书长科菲·安南和联合国发展项目管理者**Mark Malloch Brown**发起，由哥伦比亚大学**Jeffrey Sachs**教授主持。

本文的论点均为作者本人的观点，并不代表千年项目、HIV/AIDS工作小组成员、联合国发展项目、其执行委员会或其成员的观点。

开放社会协会的国际降低毒品毒害作用发展项目与千年项目共同资助了本报告的准备工作。本文于2003年12月提交给千年项目。

没有大量专家的洞察力、修改和指正，就不会有本文的完成。本文所给出的宝贵的信息很大程度上属于他们，所有的错误、忽略之处归咎于作者。特别提出感谢的人有：

Chris Beyrer
Meg Davis
Cynthia Fazey
Jeff Hoover
Jennifer Johnson
Ed Kirtz
Konstantin Lezhentsev
Aryeh Neier
Andy Quan
Aleksandr Tsekhanovich

Nick Crofts
Jimmy Dorabjee
Gregg Gonsalves
Don Des Jarlais
Adeeba Kamuralzaman
Elena Kucheruk
Vitaly Melnikov
Robert Newman
David Stephens
Paul Wilson

Joanne Csete
Richard Elovich
Peter Higgs
Martin Jelsma
Karyn Kaplan
Lev Levinson
Anna Moshkova
Joseyn Pang
Paisan Suwannawong

目录

介绍.....	3
推荐方法概述.....	5
1. 吸毒及全球范围内的HIV感染.....	9
2. 联合国系统外对违禁药物和HIV的政策.....	12
3. 对于使用毒品及HIV问题的国际政策.....	13
4. 国家对使用违禁药物HIV的政策.....	21
参考书目.....	38

多年的研究表明注射吸毒可以迅速传播HIV - 以事实为依据的方法可以有效遏止这种爆炸性增长 - 然而注射吸毒传播艾滋病问题严重的国家依然认为吸毒是犯罪行为，而不是公共卫生问题。

介绍

发现艾滋病病毒以来的二十多年已经明确教会了世界如何有效遏止这种病毒。有效的预防方式不仅包括如使用安全套等使用工具方式防止病毒传播，而且包括对艾滋病病毒是如何通过社会多方面作用形成以及怎样做才能降低感染的认识。涉及到的社会群体——如泰国的性工作者、美国的男同性恋者、乌干达的教士或是巴西的人权活动者——都在控制艾滋病病毒传播方面起了重要作用。尤为重要的是感染艾滋病病毒的人和高危人群的参与，以及政府和国际机构建立的“赋予权利的环境”，这种“环境”包括制定政策使个人免受歧视、使政府和受影响的群体能够有条件相互接触的机制以及对设计并实施有效的项目的经济支持。

艾滋病传播所带来的严重后果给所有未能及时支持预防艾滋病的人上了沉重的一课。非洲为当地政府和国际援助者未能及时给予政治上的关注和提供相关资源而付出了无法想象的人类代价。艾滋病是一场政治危机的观念也在当今主要由注射吸毒引发艾滋病的国家中得到认同。通过使用被污染的注射工具感染艾滋病的方式已多有记录，但是对违禁药物的政策及相关事件，如逮捕吸毒者的方式或政府对提供清洁注射用具的所持的态度都对全球艾滋病的传播情况有所影响。人们对这些方面还没有引起足够的重视。

该报告分析了全球范围和各国的毒品政策及艾滋病病毒传播的趋势，特别关注了以污染的注射器为主要艾滋病病毒传播渠道的国家的情况。本文特别指出二种最常见的而又截然不同的对毒品、吸毒者及国际范围内和国家范围内的毒品政策的概念：一种认为吸毒是犯罪行为，另一种是从公共卫生的角度看待这个问题。

影响对吸毒者政策的量罪和公共卫生这两种概念并没有同等地予以强调。量罪这种模式被更多地使用，直接或间接地影响医护人员、非政府组织的能力范围及影响是否能够在不被怀疑破坏公共秩序、侵害道德理念、或支持不健康行为的情况下向吸毒者提供医疗项目的服务。即使这些方式在很多国家以另一种形式出现——例如被迫接受戒毒治疗——这种方式也是作为惩罚性的，以法律制裁的形式来处理注射吸毒问题的。着眼公共卫生的方式不要求吸毒者接受帮助前放弃所有自主权，相反，这种方式认为戒毒并不是唯一期望的结果，注射器交换、代替治疗和预防吸毒过量都是其治疗的目标，但是这种方法在一些国家往往被认为是违法的，没有足够的资金开展或得不到足够的支持。很多政府对只把这种治疗作为“小规模试点项目”，致使遏止由注射吸毒引起的艾滋病病毒的传播的综合治疗经年搁浅。

本报告主要着眼于艾滋病病毒传播严重（超过50,000例在案病例），并主要由注射吸毒导致感染的发展中国家。该架构亦有很多限制。在注射吸毒者中，感染艾滋病病毒的统计往往很不准确，因为注射吸毒者由于惧怕受到惩处或受社会舆论指责而经常拒不接受HIV化验。另外由于该问题具有政治敏感性，很多政府不愿统计或汇报艾滋病病毒及吸毒者数目的情况。记录在案的感染艾滋病病毒病例往往只限于受到法律制裁的吸毒者、强制化验机构或由安全部、司法部或内务部门管理的监狱中的吸毒者的数目。外界流行病专家指出上述数据往往比实际数据低二

到十倍(USAID 2002; Hing 2003; 人权监察2003, 美—俄工作小组 2003)。

尽管如此, 前苏联和亚洲的五个国家——总人口超过15亿——已经报告艾滋病病毒已广泛传播(每国记录在案的艾滋病病毒感染病例超过50, 000例), 注射吸毒为主要的传播方式。和因注射吸毒传播艾滋病病毒的通例一样, 这些国家——俄罗斯、中国、马来西亚、乌克兰、越南——的病毒传播率远远高于性传播艾滋病病毒。如果这种趋势继续下去, 很多国家——包括现在还没有被记录下来有很多病例的国家和已经有效在非吸毒者间降低感染但是对注射吸毒者的工作做的还不够成功的国家——也会很快加入这些面临严重的由注射吸毒引发艾滋病病毒感染的国家中来。在塔吉克斯坦、哈萨克斯坦、乌兹别克斯坦、伊朗、印尼和尼泊尔, 注射吸毒感染是艾滋病病毒传播的主要途径, 这些国家登记的病例少于10, 000例, 但是传播速度却非常快(CEEHRN 2002; Reid and Costigan 2002; UNAIDS 2002)。注射感染是当今西方国家和东欧、北非及中东国家首要的传播途径(Strathdee and Poundstone 2003)。

好消息是在注射吸毒者间预防艾滋病病毒和降低毒品毒害作用的方法被证明易于实施并且颇为有效。与增加使用安全套的措施相比, 注射器交换项目的参与者对于注射器没有任何像对于使用安全套那样的又爱又怕的心理: 在有其他选择的情况下, 几乎没有吸毒者会选择共用注射器。美沙酮治疗在发展中国家和发达国家被广泛使用, 被证明降低了注射吸毒量和吸毒所带来的社会费(Abdul-Quadar, Friedman et al. 1987; Ball and Ross 1991; Vanichseni, Wongsuwan et al. 1991; Ward, Mattick et al. 1994; Lindesmith Center 1997)。更广泛地, 研究者评估了一系列降低毒品危害作用的方法——包括同伴教育、注射器交换、安全注射室、美沙酮维持治疗和对吸毒过量的预防——都被证明在从澳大利亚到美国, 从白俄罗斯到泰国的国家里起到了积极的作用。联合国艾滋病规划署的代表在发言和出版物中简明扼要地说“降低毒品毒害作用很有效”。

坏消息是目前有效的方法与当今的意识形态还不匹配。几年来的研究表明注射吸毒可迅速传播艾滋病, 以事实为依据的方法可有效遏止艾滋病的增长。但是在注射吸毒传播艾滋病问题严重的国家依然认为吸毒是犯罪行为, 而不是公共卫生问题。如果目前的流行趋势有指向作用的话, 其结果则是新千年不幸失去的机会之一: 艾滋病病毒自亚洲和前苏联地区的传播会夺去上千万的生命, 而这种情况本来是可以避免的。

联合国机构和越来越多的双边和国际捐赠机构正努力加强全球对HIV的回应。反而，对需要帮助的人们的需求依然不闻不问的基础结构只会增加进一步的感染，使在亚洲和前苏联地区所有艾滋病患者和死于艾滋病的人牢记在人们心中。

推荐方法概述

吸毒者自助项目的参与者中有一种关于重复同一种治疗方法但期待不同效果的说法：“如果没有改变，那就没有改变。”不幸地，在制定对待违禁药物的政策中，这种说法也同样适用。国际组织和国家政府在吸毒和预防艾滋病病毒这两个孪生问题上一再重复同样的策略，即使两者都有所进展。

◆在注射吸毒传播艾滋病的规模和速度被证实后的很长一段时间里，联合国系统继续对于吸毒者和预防艾滋病病毒的问题采取互不关联且相抵触的政策。联合国毒品和犯罪办公室坚持不给予降低毒品毒害作用以官方地位，国际麻醉药物控制委员会(INCB)一再谴责降低毒品毒害作用的方法促使了药物滥用并是潜在的违法行为。世界卫生组织(WHO)和联合国艾滋病规划署(UNAIDS)，联合国毒品和犯罪办公室作为其合作支持者，称联合国支持一系列降低毒品毒害作用的工作，包括注射器交换项目和美沙酮治疗。即使这种支持带有修辞学的意味——比如说世界卫生组织和联合国艾滋病规划署尚未反对联合国毒品控制实体对吸毒者过度量刑的政策，也没有和双边捐助者和接受捐助的政府共同努力使任何降低毒品毒害作用项目达到国家规模。

◆注射吸毒引发艾滋病问题严重（超过50,000例记录在案的感染艾滋病病毒案例，主要由注射吸毒引起）的亚洲和前苏联国家的每个政府都监禁了大量注射吸毒者，但是却没有系统地提供如安全套、清洁注射器设备和美沙酮代替物等工具，而这些工具对于降低艾滋病病毒的感染是至关重要的。

◆注射吸毒感染艾滋病问题严重的国家的政府强制执行的以戒毒为基础的“治疗”没有为大多数吸毒者提供预防和治疗艾滋病病毒所必要的工具。不断有证据证实戒毒所中性行为与吸毒依然存在，戒毒所中艾滋病病毒感染率很高，绝大多数人在接受治疗后重新返回戒毒所。但是尽管这样，戒毒所依然没有提供必要的工具。

◆每个注射吸毒感染艾滋病问题严重的国家的政府都批准了2001年联合国大会特别会议（UNGASS）关于支持提供清洁注射器设备和其他降低毒品毒害作用的声明。时至今日，除了越南以外的所有国家都提供了注射器交换项目的资金。包括越南在内的很多国家的法律继续以拥有注射器为由逮捕携带注射器的人或将其投入戒毒所。

◆毒品政策中过于强调刑罚问题，而公共卫生问题却没有得到足够重视。国家艾滋病计划在理论上表达了对预防吸毒的支持，但是吸毒者却既得不到最基本的人权，又得不到最进步的卫生护理。理论上，预防艾滋病的工作得到了政府的支持，然而在操作中却吸毒者常常受到警方或公安部门的侵扰。

虽然通常执法部门视吸毒者为有过失的少数人群，但是艾滋病病毒政策制订者一定要将吸毒者看作迫切需要救助的多数群体。没有一种方式是万能的，各个国家必须根据自己的实际情况制定政策。然而，吸毒问题是一个全球问题，世界范围内相协调毒品政策和法律上的改革是至关重要的。

联合国机构和越来越多的双边和国际捐赠机构正努力加强全球对HIV的回应。反而，对需要帮助的人们的需求依然不闻不问的基础结构只会增加进一步的感染，使在亚洲和前苏联地区所有艾滋病患者和死于艾滋病的人牢记在人们心中。

国际范围内的改革

- ◆ 添加第四个联合国药物控制公约，明确支持对吸毒者的HIV防止工作。这个公约应支持所有与降低毒品毒害相关的策略，包括交换注射器，安全的注射室，代替疗法，教育人们远离毒品，使这些策略与降低毒品需求等方法共同成为防止HIV的措施。
- ◆ 若公约没有及时的更改，撤销对联合国药物公约的国际支持。虽然哪个国家都不会不顾国际舆论撤销联合国公约，但是几国联合起来为撤销联合国公约会促使联合国反思其公约的不利作用。

制定，采取新的公约需要一定时间和过程，短期内的建议有以下：

- ◆ 采取联合国人权委员会关于肯定吸毒者有权得到HIV预防的法案，以此修订联合国药物控制公约。禁止毒品注射者得到全部HIV预防措施的行为侵犯了基本的人权精神，并危害了公众健康工作的开展。

- ◆ 创建国际“谅解备忘录”，发表政府对降低毒品毒害作用做出的努力，总结法律上的争论问题，突出国际法上的矛盾之处以便得到及时解决。

采用降低毒害的国家目前往往受到指责，只有像INCB, CND这样的组织会替他们说话，但是没有政府的支持。该文件得到UNAIDS和WHO的支持，由致力于降低毒品毒害作用的国家签署，为降低毒品毒害作用建立了统一战线，总结了法律上支持降低毒害作用的学术观点，突出了联合国公约迫切需要修改和解释的相关方面。

- ◆ 联合国系统内关于降低毒品毒害作用政策的协作及认识上的统一

以往在该方面的‘协作’一直很欠缺。现在所采取的措施要求UNODC和CND对降低毒品毒害作用的政策正式支持，消除INCB任何关于降低毒品毒害作用侵犯国际药物控制公约的说法。

- ◆ 扩展INCB监督和报告作用，使其包括分析治疗吸毒及生产违禁药物及实施职能。

联合国药物公约号召对吸毒者提供治疗，各个国家应做出相应措施。治疗的质量和数量同样重要。

- ◆ 重新分类使美沙酮从风险最高的药物中重归为限制较低的药物。

WHO应该立即取消对美沙酮的最为严格的限制，CND也应该同意对美沙酮限制的降低。

- ◆ 将opioid代替疗法加入WHO必要药物名单中，在HIV药物和诊断调查中增加供应商和价格信息。随着上百万的注射吸毒者感染HIV，帮助他们避免附带感染，进行HIV治疗是非常重要的，应给予承认。

◆依据HIV感染路径分析治疗HIV的可用性，采取措施使注射毒品者有更多的机会得到HIV治疗。需要更完善的数据库来确认注射吸毒者因歧视而无法得到HIV治疗的程度，需要采取有限措施使注射吸毒者有更多的机会得到救助。

国家范围内的改革

- ◆ 将吸毒问题列入国家艾滋病计划和国家毒品计划。不能协调对待吸毒和艾滋病问题将不利于控制吸毒和艾滋病工作的进行。
- ◆ 撤销对拥有少量毒品的人判刑和关押的政策。判刑和强迫治疗侵害当事人心理健康，使其健康受包括HIV,丙型肝炎，结核病等危害，反而还可以促使HIV感染。
- ◆ 不应认为携带吸毒用品是犯罪行为，允许在没有处方的情况下购买注射器，加强公众教育。甚至在允许购买注射器的国家里，吸毒者也惧怕因购买注射器被捕。
- ◆ 撤销对因为毒隐或有过吸毒史的人的判刑。大量的逮捕都只是基于怀疑使用毒品，禁止开展带有政治目的的‘清查’运动。同样，应撤销对因为毒隐或有过吸毒史的人的判刑。
- ◆ 保护注射吸毒者的隐私，保护HIV感染者的隐私。吸毒者或感染HIV者在医疗机构留有的档案不能提供给执法部门或政府部门和非政府部门，也不能向社区成员透露有关信息。
- ◆ 提供HIV治疗，支持监狱中的艾滋病患者接受治疗。在监狱中的艾滋病患者应得到和监狱外治疗艾滋病同样的待遇。
- ◆ 停止惩罚性登记注射吸毒者及艾滋病患者。惩罚性登记注射吸毒者及艾滋病患者，监视吸毒者和艾滋病患者的行为带有污辱性，会适得其反。
- ◆ 停止法庭上剥夺吸毒者正当审判程序的行为。剥夺其法律顾问的行为，没有及时审理而长时间关押，敲诈逼供等行为都是违反人权和基本的法律公正的准则的。
- ◆ 在决定是否需要判刑和判刑的长短时要听取健康专家的意见。判刑时要根据个人的情况决定，需要听取健康专家的意见，而不是仅根据警方，法官等的意愿，也不能因为行进铲除‘社会毒瘤’运动而随意判刑。
- ◆ 在监狱中和对刚被释放的人采取降低毒品毒害的措施，采取包括发放注射器，发放安全套，实施代替疗法等预防HIV的措施。如果监狱外可以实施降低毒品毒害的措施，监狱内也应该实施。由于监狱内感染HIV的问题很严重，应特别关注狱中预防艾滋病及防止刚释放出狱的人感染艾滋病这一问题。
- ◆ 实施对偶尔吸毒者和长期吸毒者及吸食不同毒品者不同的治疗方案。吸食cannabis和海洛因的人，或偶尔吸毒和经常吸毒的人，在法律上都是同等对待的，但是对于这些人治疗方法却有显著不同。
- ◆ 在政府的资助下，降低对毒品需求量，在联合国艾滋病规划署和世界卫生组支持下，采取预防HIV的措施。这些措施应包括对住院病人，非住院病人，出院后的调养，注射器交换，防止吸毒过量和代替疗法。
- ◆ 治疗中心和戒毒所采取能达到最佳效果最低标准疗护。这些服务需要包括协助戒毒，心理

治疗，及人道的戒毒治疗。

- ◆ 加强出院调养项目，包括对吸毒者提供降低毒品毒害的服务，如治疗后再次吸毒，不应对其采取惩罚性措施。在缺少出院调养的情况下，对再次吸毒者的惩罚及延长关押时间使戒毒治疗成为再次入狱的先兆。
- ◆ 分析HIV治疗对于注射吸毒者的可行性，停止治疗过程中对吸毒者的歧视现象。禁止或不支持吸毒者接受不论是抗逆转录病毒治疗还是艾滋病治疗的政策或做法都是不人道的，只能适得其反。

联合国艾滋病规划署估计，非洲之外的HIV感染人群中，每新增的三个感染者中就有一个是因为使用受污染的针头。

1. 吸毒及全球范围内的HIV感染

HIV/AIDS在全球经济时代出现成为全球首要流行疾病并不是偶然的：在很多方面，HIV的蔓延和全球化的进程是吻合的。国境的开放，越来越多的跨国性的，货物流通和劳动力的迁移，以及冷战后经济的重组，所有这些过程都伴随着吸毒，卖淫和HIV感染的增加。有HIV感染问题的国家的数目在过去十年中翻了一番，1992年HIV感染在52个国家中出现，时至今日，已有114个国家出现HIV(Strathdee and Poundstone 2003)。虽然准确的数字很难统计出来，但注射吸毒者感染HIV的病例已占有感染HIV病例的10%(UNAIDS 2002)。联合国艾滋病规划署估计，非洲之外的HIV感染人群中，每新增三个感染者就有一个是因为使用受污染的针头。高危人群包括社会最贫苦的群体和边缘群体，边缘群体中包括少数民族群体，移民，无业青年及以出卖性而谋生的人群。

HIV的协同作用和非正式经济

对吸毒和卖淫的讨论经常把这两种行为的产生归过为道德的沦丧或由于个人无力对待社会的快速变革而产生的成存危机。这种解释一直与艾滋病教育保持一致，这种方式对人的个体做出了仔细的分析（艾滋病是通过血液中和精液传播的一种疾病，这种疾病对每个不同个体都一样地具有传播。人们在精度兴奋的状态下会发生高危性行为活和吸毒[参见，例如，疾病控制预防中心2002; UNAIDS 2002]）。HIV感染常常分布在贫穷的地区这一情况指出不均衡的经济发展状况也必需视为吸毒，卖淫和传播艾滋病的主要原因。这样，前苏联地区有上千名少年注射吸毒者这一经常被引用的事实也正好与另一个不太被提及的事实：截至1999年，前苏联年龄在15—24岁的青少年待业者和辍学者达一百八十万这一情况相呼应(UNICEF-ICDC 1999)。梅毒和其他性传播疾病大大增加感染HIV的危险，这种情况在前苏联国家和中国很常见。前苏联国家和中国进行了医疗改革，人们将自己支付医疗费用，这使很多人看不起病(Brown and Rusinova 2000; Powell 2000; UNAIDS 2002)。

有观点指出，在经济体制改革发展快的地方，HIV的感染率也最快。形容金融和信息一体化把不同国家的新贵联系在一起的社会学家Manuel Castells指出，经济发展会产生一个“黑洞”地区，处于“黑洞”地区的人在经济一体化的脉络里没有自己的位置。政府把重点从健康和社会服务转移到新的经济增长点的行为把无论生活在大城市边缘还是国家或世界边缘的人推向非正式或“反常”的经济状态(Castells 1991)中，这些人因走投无路转而从从事走私武器，吸毒，卖淫，拐卖儿童，倒卖人体器官的行当。通过这一视角，不管在前苏联地区随着苏联政权自身瓦解的苏联工业基础的瓦解这一背景下，卖淫的蔓延及走私毒品的泛滥，还是中国中部地区买卖血液在泛滥，都可以被看作全球经济变革中地区经济的不适造成的。随着“反常”经济的不

断加深，性传播疾病和HIV也不断传播开来(Parker 2000)。

随着物品或劳动力的突然大量涌入，HIV的感染率和性传播疾病的传播也会突然增加。在缅甸北部的Shan州，每年约有500,000外来工人涌入当地，从事开采玉石和宝石的工作，这一地区吸毒卖淫以及感染性病和HIV的人的数量也越来越多(UNAIDS/UNODCCP 2000; Reid and Costigan 2002)。自由贸易区，战后新的全球化经济增长地区也是HIV感染率的高点，像俄罗斯自由经济区卡林格勒，连接越南和中国边境的特别经济区，被世界银行看作“金三角”地区的泰国，老挝，缅甸，中国边境地区都是这样的例子。随着边境的开放，跨国的高速路及贸易协议将国与国，城市与城市联系在一起，这样一来，毒品，卖淫和其他货物一样越来越快地将国与国城市与城市联系在一起。随着毒品与卖淫的流动，HIV也流传开来(Parker 2000)。

国际市场商品海洛因在国际上的流动对理解注射吸毒引起的HIV感染至关重要。通过跟踪特定HIV基因类型的科技手段明确地指明HIV的感染与在缅甸，老挝，阿富汗这世界三大鸦片产国毒品走私的路径是紧密结合的(Zheng, Tian et al. 1994; Beyrer, Razak et al. 2000; Beyrer 2003)。海洛因买卖，吸毒及共用注射器使用频繁的地方也是地图上HIV的高发区。

注射吸毒和全球的HIV流行

世界上快速感染的HIV以及大部分被确认为“下一浪潮”的传染性疾病都主要由于注射吸毒传播。

◆ 在新独立的前苏联国家里，新经济区域的转移和新开放边境都使大量海洛因从邻国阿富汗进入。近年来，该地区HIV的感染率是世界上最快的(UNAIDS 2000; UNAIDS 2001)。

◆ 在中亚，随着阿富汗一半的麻醉性药物传播到俄罗斯和欧洲市场，HIV感染率数量虽然相对较少但却增长迅猛。在乌兹别克斯坦，仅2002年上半年出现的HIV病例就是过去十年的总和，其中60%的HIV感染者是注射吸毒者(CEEHRN 2002; UNAIDS 2002)。哈萨克斯坦政府估算全国有25,000名HIV感染者，其中80%是注射吸毒者(CEEHRN 2002; Human Rights Watch 2003)。

◆ 在俄罗斯和乌克兰，预计有一百四十万HIV感染者，比全北美地区的总和还多。乌克兰有400,000HIV感染者，是欧洲第一个感染率超过1%的国家(Malinowska-Sempruch, Hoover et al. 2003)。俄罗斯HIV病例从2000年到2003年增长了3倍。这些国家的感染者几乎都是在过去十年中感染HIV的，其中80%的感染者年龄在30岁以下。和2002年的情况相同，俄罗斯90%以上的感染者，乌克兰69%以上的感染者是通过注射吸毒感染的(CEEHRN 2002; USNIC 2002; Malinowska-Sempruch, Hoover et al. 2003; U.S.-Russia Working Group 2003, UNAIDS 2003)。

◆ 中国的HIV感染情况被认为是在亚洲的感染情况中起关键性的作用(Piot 2001)。边境的开放及从生产毒品的缅甸，泰国，老挝交接处的“金三角”地区涌入的海洛因数量与其HIV感染率的迅速增长是成正比的。现在中国政府预计全国有一百万的人感染了HIV，联合国艾滋病规划署预计感染HIV的人数实际上超过一百五十万。究竟在中国中部有多少人是通过采集血液的方式感染的这一数据还尚未统计出，但是据估算64%的人是通过注射吸毒感染的。2002年官方记录在案的吸毒者超过了一百万，据估计，全国的吸毒者实际上接近三百万，大部分吸毒者年龄在30岁以下。在南部云南省沿着中缅交接的山脉附近，80%的吸毒者是HIV阳性(Asian Harm Reduction Network 2002; Reid and Costigan 2002; UNAIDS 2002; Human Rights Watch 2003; WHO Western Pacific Region 2003)。

◆ 越南自身虽然只生产很少鸦片，但是与其相邻的老挝却是鸦片生产大国。据报道2002年三

月越南有59,200例HIV感染者。实际数字据估算将近122,000人。2002年约59%的HIV感染者为注射吸毒者(Hing 2003)。

- ◆ 马来西亚与缅甸相连并且是毒品流向澳大利亚的桥梁，自1986年发现第一例艾滋病病例以来，到2002年已经有51,000个记录在案的病例，其中76%为吸毒者(Malaysian AIDS Council 2003)。
- ◆ 缅甸是世界上第二大海洛因生产国。缅甸大多数艾滋病病例并非由注射吸毒引起。但是在缅甸很多州的注射吸毒感染艾滋病的数量却是世界上最高的，很值得引起重视。2001年，Myitkina省约90%的艾滋病感染病例是由注射吸毒引起的，缅甸全国有约250,000名注射吸毒者。联合国艾滋病规划署预计，2001年约有510,000名成年人感染HIV，其他流行病学家认为即使不包括注射吸毒者和卖淫者，全国也有686,000名感染者。约30%的感染者被认为是因为使用被污染的注射器。(Reid and Costigan 2002; UNAIDS 2001; Beyrer, Razak et al. 2003; Dorabjee 2003)

传播的速度

注射吸毒感染艾滋病的另一个特点是其传播速度非常快。社会和环境因素使吸毒者形成自己的小圈子，这种状态促使注射吸毒者聚众吸毒和共用针头的行为。由于法律禁止出售鸦片，吸毒者转而吸食海洛因。由于拥有注射器是犯罪行为，吸毒者转而使用注射室或被污染的注射设备。社会因素也使注射吸毒的方法各不相同：缅甸，越南和马来西亚的注射吸毒者使用专业注射者的注射服务，前苏联的吸毒者购买装好毒品的注射器，有时会购买到被污染的注射器。注射吸毒者有时会聚众共有一个大号注射器吸毒。所有这些行为都会加速HIV的传播，或者相反地，为使降低HIV的传播提供可能性(Ball 1998; Grund 2001; Ball and Crofts 2002; CEEHRN 2002; Rhodes, Mikhailova et al. 2003)。尽管艾滋病的传播可以通过如提供清洁注射器等方法预防，早期的干预工作却十分重要：一旦注射吸毒者的感染率超过5—10%，整体的感染率常在不到五年的时间内超过50%(Rhodes, Stimson et al. 1999)。这种快速传播的特点意味着如果不及时采取措施预防艾滋病，后果将是非常严重。

- ◆ 在白俄罗斯的Svetlagorsk，第一例HIV感染病例被发现的第二年就有约67%的注射吸毒者感染了HIV(Dehne and Kobyscha 2000)。
- ◆ 在俄罗斯圣彼得堡，1998年注射吸毒者的感染率约为0.3%，到了2000年这一数字一跃到19.3%(Dehne and Kobyscha 2000)。
- ◆ 在泰国Chiang Rai，注射吸毒者的感染率从1988年的1%增长到1989年的61%(World Bank 1997)。
- ◆ 在哈萨克斯坦Temirtau，仅一年中注射吸毒感染率从无增加到15%(UNAIDS 2002)。
- ◆ 在中国新疆的伊犁地区，1996年1月的注射吸毒者感染率为9%，同年8月增长到76%(UNAIDS/ UNODCCP 2000; Reid and Costigan 2002)。
- ◆ 在印度Manipur，第一例注射吸毒感染病例发现于1989年，6个月后，注射吸毒感染率增加到50%(World Bank 1997)。

自1961年来，美沙酮一直被认为是头号毒品。但是研究发现使用美沙酮却能降低注射吸毒率，防止HIV的传播和其他犯罪行为。

2. 联合国系统外对违禁药物和HIV的政策

全球对HIV/AIDS的反映越来越多地集中在人权范畴内，并强调以事实为依据进行研究的重要性。例如，2002—2003联合国艾滋病规划署开展的世界艾滋病运动目的是反对与艾滋病相关的偏见，呼吁有关机构和个人以热心而不是敌意来对待艾滋病，并支持艾滋病感染者的有关权利，如自由活动的自由，平等教育权利，住房和健康的权利，及在法律面前平等的权利(UNAIDS 2003)。我们希望通过科学和市场经济的规律会使使用安全套，美沙酮突破传统观念的束缚，使之成为预防艾滋病的有利措施。自1963年来，虽然研究证明其在降低艾滋病感染率卓有功效，但是在使用安全套和美沙酮一直颇有争议。

虽然这些论断都是成立的，但是必须用事实来衡量。正如牛顿的经典理论与他在自己的实验室里进行的炼金术恰巧吻合一样，预防HIV的理论在很多重要方面也是一分为二的：即使有些地方听起来不可思议，但是其科学性还是很强的。实际上，所有基于事实的论点，其中都有类似炼金术的方法在起作用——人们鄙视艾滋病或者或高危人群，因而认为他们不应享有人权。人们对艾滋病患者的态度甚至很残忍的，1998年，在非洲KwaZulu Natal，一名叫Gugu Dlamini的妇女被揭露出患有艾滋病后人们用石头把她砸死。其他类似的不人道行为时有发生，有的艾滋病患者因为被认为不配得到治疗而被判处死刑。

虽然对HIV感染者人权问题有所提及，但是关于“吸毒者人权”的问题却很少被提到，几乎所有联合国或国家艾滋病政策建议中都很少提到这个问题。只有两个体系对国内和国际上对这个问题做出反应。第一个体系是执法文件，目的在追踪，限制，从社会上彻底根除违禁药物，根除毒品买卖双方。在这个体系的着重点在于毒品的供求——吸毒者被认为是违法交易的参与者。该体系强调对吸毒量以犯罪及遏止吸毒行为，认为警方的行为，打击贩毒及诸如监狱等惩罚性机构是十分必要的。即使为吸毒者提供治疗，这种治疗也是带有惩罚性的：强制戒毒，缺少几乎所有相关服务，纪律严厉，无偿劳动及对戒毒后再次吸毒的吸毒者更为严厉的惩罚。再次吸毒者占绝大多数。

第二个着眼点是从公共健康这个体系角度出发，更为确切地说，持公共健康观点的人认为吸毒者也是应该享有某些权利的公众。该观点着重强调吸毒的危害而非吸毒行为本身，考虑到了吸毒对吸毒者本人和所有相关人不良的健康影响，这包括对吸毒者，其性伙伴，子女，整个家庭及社区的不利影响。该观点认为不同毒品会带来不同危害，并寻求防止不利因素影响到大范围的人的方法。这包括采取干预手段使吸毒者进入正确的系统中接受戒毒治疗，采取措施对待接受戒毒治疗后再次吸毒的人。在所有国家，大部分吸毒者都不在戒毒治疗或惩罚的系统中。

这两个体系不论在国内范围内还是国际范围内都常有矛盾之处。法律的执行和公共健康体系之间的矛盾在打击毒品买卖和控制HIV感染率的机构联合国中尤为突出。

世界卫生组织和联合国艾滋病规划署都没有与捐赠国和接受捐赠国合作，没有在亚洲和前苏联地区共同创建一个降低毒品毒害性的项目

3. 对于使用毒品及HIV问题的国际政策

联合国药物控制法案：药物政策的实施和抑制

联合国药物控制公约

毒品问题是关系到公众健康的问题，需要在国际上达成一致意见，签署公约，并以此指导各国应怎样对待吸毒问题。由三个草案组成的联合国药物法案——1961年制定，1972年经修改的关于麻醉性药物的单项公约，1971年药物治疗精神病物质公约及1988年反违禁麻醉性药物及药物治疗精神病物质——为全球，及在很多情况下国家规范违禁药物起了指导作用。在由于使用毒品而导致HIV感染较为普遍的前苏联和亚洲等179个国家，通过了以上一个或几个带有强制效力的公约。

1961年的单项公约之所以这样命名是因为该公约替代了二十世纪前五十年一直使用的规范国际贸易及药物使用的国际公约(Walsh 1988; Bewley-Taylor 2002)。该公约根据药物使用的危险性，依赖程度及医用效果确认了超过115种物质为违禁药物，该公约规定了这些药物的生产剂量，贸易额及用于医疗科研的剂量。规定了生产用于满足以上用途的鸦片或可卡的剂量的全球标准并要求各国防止药物的非法生产及在非法市场上的流通(United Nations 1971; Bewley-Taylor 2002)。

1971年公约扩充了100种以上限量物质，增加了LSD, methamphetamine, 及一系列常用于治疗精神病的药物(Room 2003)。准司法实体国际麻醉性药物控制委员会(INCB) 负责批准及制定合法生产药物的许可及数量，并负责监督防止药物在非法市场上的流通。该委员会由包括精神学家，药物学家及其他专家在内的13个成员群体组成，根据1962年公约（1972年修改），这些成员有权对各国执行力度做出评估。

1988年公约在限量药物里增加用于制造违禁药物的化学制品，制定了一系列诸如洗钱，财产规模等财政事宜。尤为重要，该公约扩充了对药物供给的限制。所有签约方有须对“拥有，购买或制造用于个人消费的麻醉药品量以犯罪。” 1988年公约还规定促成他人使用违禁药物的人将同样量以违法(United Nations 1988)。

联合国药物公约在理论上和实践上

在理论上，公约比较宽松，容许违禁药物用于公共健康方面，也容许国家根据自身不同情况有所伸缩(Bewley-Taylor 2002)。1971年公约要求签约方不仅反对使用毒品，还要采取多种方法“早期辨认，纠正，教育，照顾”使用毒品的人，并使之“重新融入社会”(United Nations 1971)。尽管要求对个人拥有违禁药物的人量以犯罪，1988年公约并没有具体指出量罪的处罚，这引起了关于因使用违禁药物而接受治疗的案例不应在警方永远记录备案将有利于法律的执行的意见(Krajewski 1999; Room 2003)。1988年，公约指出要减少由使用毒品带来的痛苦，重申治疗，教育，疗护及使吸毒者接受戒毒等措施在必要的情况下可以代替对吸毒者的惩罚(United Nations 1988)。然而在实践中，负责解释条约的实体一直强调应加强条约的实施并维持现状。INCB在其发行的年度报告中批评了被认为在控制违禁药物流通及制造方面少有作为，药物治疗质量及可行性都有所欠缺的国家(INCB 2001; INCB 2002)。

在西班牙，葡萄牙，荷兰及部分伦敦的西欧国家所采取的减轻因使用cannabis的刑罚的措施遭到了INCB的批评。INCB认为这种做法传递错误的信息，“危害了对惩罚使用违禁药物做出的努力，包括在欧洲之外国家做的努力”(INCB2002)。委员会还极力反对“鼓励滥用药品”政策和信息的扩散，这些信息包括在医学杂志上刊登使用cannabis有益的研究报告，涉及药物使用内容歌曲的流行，宣称含大麻的食物和饮料可以食用并有营养的行为(INCB 1998)。INCB使用的语言十分谨慎。不论使用违禁药品者是否通过合法途径，一律称之为滥用药物者。称使用药物成瘾者为‘受害者’，认为经常使用药物的人在很多方面和死人没有区别。他们谴责任何使违禁药物‘正常化’的意图，强调滥用药物是一种非正常行为(INCB 2002)。他们先发制人地挑战专家的不同意见，在使用‘医用大麻’，‘降低损害’这类词的时候使用引号以表反对(INCB 1998; INCB 2002)。INCB还把上下文中的不同概念联系在一起：把注射器交换与安全注射室联系在一起，把注射室与吸毒非违法化联系在一起，把非违法化与吸毒合法联系在一起(INCB 1998; Schaepe 1999; INCB 2002; Room 2003)。

尽管理论上只INCB只代表自己的立场，但是政府发现该组织也会为联合国指导药物政策的机构麻醉药物委员会说话。包括欧洲国家在内的很多国家会在战略上不为吸食少量毒品者定罪，CND也已开始支持对吸毒者从轻处罚。然而现在，包括美国，瑞典在内的CDN的资助者更倾向于依据公约对使用毒品者决不宽容 (Fazey 2003)。

由于联合国的双边政策以及对美国一贯的复杂态度导致在联合国在CND会议上奇特的举动：联合国规定只有交纳全款会员费成员国才有权表决，由于美国的大份额资助使联合国不能忽略美国的意见，为了追求达成一致意见，避免因某一国的反对而休会，CND甚至一度停止了投票(Fazey 2003)。投票结果维持了现状。尽管公约增加了毒品问题，公约本身依然没有变化。

联合国毒品与犯罪办公室一方面负责联络药物供给，降低毒品吸食，另一方面每年还拨款百万美元，派送大量科学家，军事，警务专家支援国际打击麻醉毒品的工作。

这些支援包括立法严厉打击洗钱，武装禁毒警务，设立打击毒品走私，吸食毒品的特别法庭，训练装备哨位严查火车站和国境界上的毒品犯罪，支持使用禁毒警犬等(Lubin, Klaitz et al. 2002)。UNODC也同样支持减少毒品使用的工作，这些工作包括印制发毒品教育的材料，培训社区教育工作者，以及帮助以种植罂粟，可卡为生的农民寻找种植其他作物的途径。从历史上看，用于减少供给的资金是用于毒品需求减少资金的3倍(CND 1999)，然而美国政府另外为包括给农田施除莠剂等反麻醉药物措施及以破坏性武器武装执法力量出资的10亿美元(ONDCP 2003; TNI 2003)，所有以上这些，在很多场合下都被看为不可缺少但有不是不可缺少的手段。在中亚，联合国也在支持阿富汗一项生化研究项目，致力与研制一种能杀灭鸦片粒的真菌作物(Lubin,

Klaits et al. 2002)。

类似的科学发明并未应用于毒品控制上。UNODC于1997年取消了内部评估项目(Lubin, Klaits et al. 2002)。给政府的问卷中多针对毒品趋势，提高对洗钱的控制，而不是强调评估的作用(Transnational Institute 2003)。联合国药物控制机构也承认自从1988年采用公约后，鸦片和可卡的产量都大量增加(UNODCCP 2002)。由于采取科学种植技术手段，毒品产量增加很快，相对地，有关方面减少毒品产量的努力显得非常有限(UNODC 2003)。在联合国禁毒日上，从中国到泰国的很多国家都开展焚毁毒品，逮捕毒贩子，执行公众处决等努力，但开展联合国国际禁毒日的努力也微有成效(Nakachol 1997; AP 2001; AP 2002)。

虽然成效不显著，联合国毒品控制机构还是成功地使联合国成员国认识到只有对毒品采用有采取强硬的态度才能达到严厉惩罚的效果。1994年，一联合国毒品政策问题建议团在联合国大会特别会议上提出一提议，有人认为该提议是从联合国药物公约中另辟蹊径找到预防和治疗毒品使用的新途径，是对联合国药物公约的完整阐述(Transnational Institute 2003)。当该提议真正将用于实际时，要求更改提议的呼声却代替了支持了声音。联合国秘书长指出这个会议“强调了国际药物控制条约的重要性....又一次证实了条约的正确”(United Nations 1996)。联合国大会特别会议在UNODC主任Pino Arlacchi“无毒世界——我们一定能做到！”的呼号下召开，与会者要求于2008年前彻底根除毒品或大量减少毒品走私(INCB 1998; UN General Assembly 1998)。尽管各国在实施上会根据本国情况有所不同，观察者惊奇地在UNODC随后的报告中发现毛泽东时代的中国和Khomeini时代的伊朗，减少毒品的工作得到巨大成功。当然，这些成功背后包括非正常法律程序的判刑及极刑(Trebach 2002)。

国家对联合国药物公约的阐释

不论是原因还是借口，联合国药物公约被政府用于严厉处罚使用违禁药物者和不能为注射毒品者提供服务的理由。俄罗斯向联合国阐述过其严厉的药物政策，内务总理Boris Gryzlov对国家杜马说“全面禁止违禁药物并非我国主动提出的....而是履行1961，1971及1988联合国药物公约的义务(引自 Malinowska-Sempruch, Hoover et al. 2003)。”近30年来一直担任俄罗斯CND代表，现INCB成员的俄罗斯药物学家Edouard Babayan一再以2个联合国药物控制实体来支持俄罗斯政府将美沙酮列入违禁药物之列的决定(Levinson 2003)。与此类似，一份联合国对7个亚洲国见政府官员的调查表明，缺少代替疗法的原因之一就是美沙酮属于公约禁止使用的药物。

当然一些政府也找到了代替疗法的方法，以及安全注射海洛因的方法。然而，由于这些国家都是向联合国提供大量资金支持的西欧及其他政府(WEO)，像澳大利亚，德国，英国，荷兰等，因此这些国家觉得自己并不很容易受到指责。INCB坚持认为这些代替疗法在任何国家，不论怎样的情况下，都不宜提倡。

政府也一直与联合国药物控制单位合作，默许或明确容许更广泛地在政治上约束。

高棉政府在经过缅甸政府对民主运动残酷镇压之后，对联合国药物控制在其国开设办事处进行了大张旗鼓的宣传，之后一直与在联合国国际禁毒日开放的药物根除博物馆进行大量合作

(Myanmar药物控制中央委员会 2003)。尽管发生了911事件，联合国禁毒办事处还是答应了阿富汗的塔利班政权的要求。但是911事件的发生推迟了联合国履行其承诺的日程(Armenta and Jelsma 2001)。泰国出版发型物大量报道了近年来开展的包括大范围逮捕，对吸毒者判处正常法律以外的刑法的一大规模运动。泰国出版物称，联合国禁毒主任在与泰国代表会晤后，称赞了泰国对控制麻醉性药物所做出的努力。(泰国出版报告2003，新华社2003)

联合国药物公约及减少毒品毒害作用

联合国药物公约所产生的作用要求对HIV的传播做出反思。越来越多的人质疑现有公约没有对HIV做出应有的重视(Malinowska-Sempruch, Hoover et al. 2003; Rossi 2003)。前两个公约完全提前了HIV传播的时间,第三个公约在公众广泛认识到因注射毒品而引发HIV传播在前苏联及亚洲国家所起的作用之前便得到通过。

联合国系统内外的法律分析者指出,采取措施减少因使用药物感染HIV的方法,包括散发清洁注射器,可被公约视为合法的。因为公约本身也呼吁减轻痛苦,对使用毒品者实施医疗救护,一来防止使用违禁药物者继续吸毒,二来也可降低使用违禁药物带来的后果(Bewley-Taylor 2002; INCB 2002; Fazey 2003)。然而这些阐释都遭到INCB的反对,该组织早在1993年就认为降低药物的毒害在防止使用药物方面是“第三类策略”(INCB 1993)。2000年,该组织对之前认为降低毒品毒害作用的工作“转移了政府在实施诸如防止药物使用或节制治疗等将少使用毒品方面的注意力(或基金)”的理解表示遗憾。尽管重要的研究表明美沙酮在降低注射率,降低传播HIV率方面有积极作用,但是美沙酮自1961年以来依然一直位于降低药物使用名单(“特别是严重威胁公共健康的药物及在药理上没有有效用的药物”)上的首位。INCB还严厉批评了瑞士将海洛因作为药物处方的行为,在得知要实施安全注射计划以减少HIV及肝炎后,扬言要取消澳大利亚以医疗目的种植鸦片的权利。丹麦在INCB的批评后收回了其安全注射的方案。1999年,INCB秘书长Herbert Schaepe甚至将安全注射室比作吸食鸦片的污秽场所,并指出实施这样做方便匿藏毒品,毒品走私等犯罪(Schaepe 1999)。

2002年9月,INCB质问UNODC法律专家考虑减少毒害的方法是否与公约有所冲突。专家指出公约三个重要精神可视安全注射室,注射器交换为正当的行为。第一,这些行为都可以视作医疗行为,在公约中是允许的。第二,公约敦促降低药物使用及降低药物使用的副作用,HIV作为药物使用的副作用之一,理应包括在内,这样一来,降低感染HIV的方法理应是合法的。第三,公约禁止故意使用违禁药品,降低药物毒害作用的方法都不能视为故意使用违禁药品(INCB 2002)。三个月后,INCB会长Philip Emafo在UNODC一份官方出版物中称“发放注射器,“为滥用药物者提供注射室”是招引使用违禁药物的行为,是与公约背道而驰的(Rahmy 2002)。

公约对使用毒品而引发的HIV感染的强调力度不够,联合国实体及联合国外的观察者因而纷纷转向提出解决之道并力促变革。联合国2001年的一份意在支持联合国在防止吸毒者感染HIV中所起的作用的文件明确指出交换注射器项目合opioid代替疗法作为预防吸毒的一套方案中的一部分是可以被接受的(UN 2001),随后UNODC开始对这两个方案提供有限的支持。2002年三月,CND也提出解决问题的方法,认为HIV问题需受到急切重视,建议成员国认真考虑HIV和丙型肝炎,切记治疗HIV和在减少毒品使用的同时提供消毒注射设备的必要性(CND2002)。一年后,CND2003年4月会期召开之前,希腊使用其欧盟盟长国地位召开了一国际药物政策高层会议。这次会议的代表包括欧洲及希腊议会,NGO代表,欧洲委员会,研究者,科学家及UNODC工作人员。会议肯定了联合国药物公约的作用,同时强调,如果能在对降低毒害方面提供支持,联合国药物公约的作用将会得到更进一步进展,会议还指出,使用违禁药品的人并不是罪犯,而是需要帮助和治疗的人(Hellenic Presidency of the European Union 2003)。

这些解决问题的方法或这些促使政策发生改变的改变小步措施都没有法律约束力,显然也没有产生足够的说服力。2003年的CND会议回顾了对创建无毒品世界所做出的努力,思考了包括支持opioid代替疗法及促使去除发放清洁针头的法律障碍等新的策略。但是降低毒品毒害的建议遭到来自美国,俄罗斯,乌克兰,马来西亚和一些阿拉伯国家的一致反对。最终方案通过时,所有代替疗法,交换注射器合法化的提议都被删除(CND 2003)。另一委员会方案倡议联合国成员国加强与INCB的合作(CND 2003)。

INCB自身也并非没有改变。2001年4月，一些观察者指责美国经常不遵守如京都草案等国际条约，也不服从国际上的反毒运动联合国成员取消了美国在人权委员会和国际麻醉药理理事会的代表。随后，美国将其在对UNODC财政支持增加到45%，于2003年成为联合国药物控制的唯一最大支持者，并成功地在INCB中插入一代表，了取代一即将离开的墨西哥代表。INCB的态度有可能对诸如交换注射器与代替疗法等降低药物毒害作用的方法趋向缓和。

联合国HIV立法：在公共健康环境下的药物政策

联合国药物控制单位要求各国政府对使用违禁药物采取惩罚，一些联合国成员透过公共健康的视角看待这个问题。这里主要包括对防止注射毒品者感染HIV/AIDS问题最为关注的联合国组织：世界卫生组织（WHO）和联合国艾滋病规划署（UNAIDS）。WHO和UNAIDS强调吸毒者的健康问题而不是法律问题，因而对注射毒品，通过卖淫换取毒品而传染HIV，丙型肝炎及其他传染性疾病的关注多于对使用刺激感观的娱乐性毒品的关注。这两个组织都强调采取一系列措施，包括降低毒品毒害来防止疾病的传播。这两个组织强调人作为毒品的受害者而不是犯罪者，他们指出应把吸毒者列入实施人道主义政策的帮助范围。UNAIDS主任Peter Piot在其2003年4月在CND的发言中指出“经验告诉我们，与吸毒者合作而不是打击他们会取得更好的效果。”（Piot 2003）

WHO和UNAIDS将怎样把这些原则付诸实践还不清楚。更重要的是，WHO和UNAIDS都没有通过在国家范围内与亚洲国家或前苏联捐赠政府和接受捐赠的政府合作带来任何降低毒害作用的项目。

联合国政策的不协调之处

联合国系统内部制造出一种不自然的和谐一比如说，所有联合国的成员都支持对使用毒品者采取“全面”干涉，敦促以“更强有力的政治手段”解决问题。

以下是最明显的不一致之处：

- ◆代替疗法。CND和INCB认为美沙酮在所有价格合理，研究最充分的现有代替疗法中是处在最高风险被滥用而药用价值有限的药物中的第一位。UNODC在几年中降低毒品使用的努力中，除了对很有限的国家提供极少量的支持，几乎没有支持过opioid代替疗法。与此相反的是，联合国健康机构的代表经常呼吁在适当的医学指导下使用代替疗法治疗HIV。

- ◆降低毒害作用。联合国药物控制机构在提及降低毒品毒害作用时把其与毒品合法化联系在一起，并提醒各国政府降低毒品毒害作用并非是代替减少毒品使用。UNODC更是完全没有提及这个字眼。联合国健康部门的代表强调说降低毒品的毒害只是在科学实验方面做出的努力，虽然对抑制HIV的传播很有帮助，但现阶段还没有被各国政府广泛采用。

- ◆注射器交换。尽管CND于2002年决定增加清洁注射器的数量，但2003年在美国的压力下CND废除了其取消注射器交换法律障碍的方案。同样由于美国的反对，UNODC几年来也没有足够的资金保证注射器交换的实施(Fazey 2003)，现在也只能提供有限的支持。INCB会长认为发放注射器无异于在鼓励使用违禁药物。而UNAID和WHO两个组织一直不懈地支持提供注射器，认为这是降低HIV感染的有效途径。

- ◆ 国际任务。药物控制单位经常指UNGASS的药品部，其参与者一直认为要在2008年前有效遏

止或彻底根除毒品的使用。健康促进单位指UNGASS的HIV/AIDS部，所有联合国成员国政府认可包括提供清洁注射器及降低毒品毒害作用在内的措施以降低HIV的传播。

表 1 联合国不同单位不同态度的对比

药物控制单位	公众健康单位
无毒的世界——我们一定能做到 （Pino Arlacchi,联合国药物控制及犯罪防止办公室主任，1998）	实现迅速彻底地清除毒品注射…的目标还有一定困难。 （WHO 预防吸毒者感染 HIV 的原则，1997）
设立毒品注射室和降低毒品毒害作用的讨论转移了政府采取有效措施控制毒品使用的注意力（在一些情况下还减少了政府在这方面的资金投入） （INCB 年度报告，2000）	由于社会力量的不足和政府支持力度的不足，降低毒品毒害作用的理论很难应用于实际。 （Catherine Hankins,协会主任,UNAIDS, 2002）
药品使用或消费这样的术语应严格限制在药品在医学或科学目的上的使用，因而，在定义上，吸毒者不术语药品使用者或消费者这样的范畴。 （INCB 年度报告，2001）	没有吸毒者自身的介入，药物使用者这以群体将不会有不会有行为上的改变，HIV 的传播也不能得到有效控制。HIV 的预防工作需要将吸毒者也纳入工作范围，这一点至关重要。 （UNODC，经验之谈，2001）
提供注射器行为…在我看来无异于鼓励吸毒，这是违背联合国公约的。 （INCB 会长 Philip O. Emafo, 2002）	对于注射吸毒者，重要的是采用降低毒品毒害作用的措施及对其进行戒毒治疗…采用多种措施如注射器注射针头交换…及代替药物疗法。 （预防 HIV 的新方法，联合国艾滋病规划署，最佳做法集，2002）
基于医用之外的故意使用违禁药物的行为会给身心带来摧残这个原则，瑞典药物控制政策以跟除社会毒品毒瘤为目的…为了达到这个目的采用了很多措施…预防，治疗及压制手段。 （H. S. Okun 大使，INCB 报告人）	必须改变不允许吸毒者得到治疗服务的法律。必须改变对惧怕 HIV 病人的态度，改变对 HIV 病人的惩罚。歧视和偏见使吸毒者不敢公开吸毒，这给 HIV 预防带来难度，因此必须改变对吸毒者的歧视和偏见。 （Kathleen Cravero, 联合国艾滋病规划署主任）

联合国禁毒署尚没有对待将毒品危害性的光方立场。 （联合国禁毒署法律事务部，2002）	联合国完全认可降低毒品毒害性的基本原则：提供清洁注射器及消毒材料，提供代替疗法。 （Catherine Hankins，联合国艾滋病规划署副主任，2002）
--	--

HIV医疗救护，吸毒者，联合国

世界卫生组织在2003年9月的联合国大会一个特别会议上做出进入“一紧急治疗状态”的发言，发言指出，计划到2005年，对全世界三百万人口提供HIV医疗救护。这以发言对国际上关于对HIV的工作是以HIV的预防为主还是医疗救护为主的争论做出了定论。在一致认为HIV的预防和治疗工作能够而且必须应相辅相成这个前提下，问题的焦点集中在如何向没有能力购买抗逆转录病毒的国家提供药品这个问题。

全球艾滋病，结核病，疟疾基金的建立，通过联合国Expanded Access项目品牌药品价格的降低，低至300美元每年的普通药物的制造和推广，捐赠国家捐赠额度的加大，所有这些在十年前几乎是无法想象的努力对贫穷国家得到抗逆转录病毒起着积极意义。由于吸毒者对得到医疗护理这个问题关注的欠缺，对需要救助的人如何得到救助这个问题也显得尤为重要。

在由于注射毒品引发艾滋病较为普遍的国家，有关如何向吸毒者提供最佳医疗救护的政策方针这个问题至关重要。这些国家对吸毒者的态度可能对全国治疗HIV的努力产生更为深远的影响。根据药物控制条约的精神，就HIV治疗究竟是治疗的一部分还是HIV的善后工作这以问题上，联合国药物控制机构一直未做出表态。同样，该机构也未对草案下治疗毒瘾的特征和质量做出表态。联合国健康机构对毒品注射者使用HIV治疗的功效及其得到该治疗的权利一直了若指掌，但这些工作实施的怎么样可能还不是很清除。例如，WHO在抗逆转录病毒治疗方针中明确指出该治疗应面向所有的人，包括注射吸毒者(WHO 2002)。同时，联合国关于治疗有效性的调查并未对HIV感染途径是否与能得到治疗与否有关做出系统的调查。从道德角度和经济角度出发的对提供抗逆转录病毒的分析经常强调社会经济水平的高低决定治疗推广的程度，但是却很少强调社会舆论对静脉注射吸毒者的态度问题（参见例如UNAIDS/World Bank 1998）。由于对静脉注射吸毒者感染HIV的人数众多又一直处于增长，以及对发展中国家，包括对由注射引起感染的国家提供大量治疗工作的深入，上述问题的欠缺亟待解决。

在认识静脉吸毒者的需要要求我们重新认识什么是HIV疗法及怎样提供这些疗法这个问题上，制定国际政策的专家的研究还很有限。巴西向静脉吸毒者及其他公民提供免费的抗逆转录病毒的成功受到了全世界的称赞，然而联合国的方针准则中却很少提如何在静脉吸毒者中减少HIV感染的最佳机制是什么，以及这些机制在其他环境下是否可行。美沙酮被证明可以减少毒品的使用，减少感染如在HIV存在条件下更易传播的丙型肝炎病毒等病原体的风险，可以现少感染HIV的高危行为(Wong, Lee et al. 2003)。

世界卫生组织还尚未将美沙酮，**buprenorphine**，**LAAM**或其他任何opioid代替疗法列入其必要药品中(WHO 1998)。在最近世卫组织与UNICEF, UNAIDS, 和Médecins san Frontières合作的一项关于对HIV药物来源及价格的调查中没有涉及与代替疗法相关的制造信息及价格信息（UNICEF, UNAIDS et al. 2002）。

几点建议

国际范围内的改革

◆添加第四个联合国药物控制公约，明确支持对吸毒者的HIV防止工作。这个公约应支持所有与降低毒品毒害相关的策略，包括交换注射器，安全的注射室，代替疗法，教育人们远离毒品，使这些策略与降低毒品需求等方法共同成为防止HIV的措施。

◆如果公约没有及时更改，撤销对联合国药物公约的国际支持。虽然哪个国家都不会不顾国际舆论撤销联合国公约，但是几国联合起来为撤销联合国公约会促使联合国反思其公约的不利作用。

制定，采取新的公约需要一定时间和过程，短期内的建议有以下：

◆采取联合国人权委员会关于肯定吸毒者有权得到HIV预防的法案，以此修订联合国药物控制公约。禁止毒品注射者得到全部HIV预防措施的行为侵犯了基本的人权精神，并危害了公众健康工作的开展。

◆创建国际“谅解备忘录”，发表政府对降低毒品毒害作用做出的努力，总结法律上的争论问题，突出国际法上的矛盾之处以便得到及时解决。

采用降低毒害的国家目前往往受到指责，只有像INCB, CND这样的组织会替他们说话，但是没有政府的支持。该文件得到UNAIDS和WHO的支持，由致力于降低毒品毒害作用的国家签署，为降低毒品毒害作用建立了统一战线，总结了法律上支持降低毒害作用的学术观点，突出了联合国公约迫切需要修改和解释的相关方面。

◆联合国系统内关于降低毒品毒害作用政策的协作及认识上的统一

以往在该方面的‘协作’一直很欠缺。现在所采取的措施要求UNODC和CND对降低毒品毒害作用的政策正式支持，消除INCB任何关于降低毒品毒害作用侵犯国际药物控制公约的说法。

◆扩展INCB监督和报告作用，使其包括分析治疗吸毒及生产违禁药物及实施职能。

联合国药物公约号召对吸毒者提供治疗，各个国家应做出相应措施。治疗的质量和数量同样重要。

◆重新分类使美沙酮从风险最高的药物中重归为限制较低的药物。

WHO应该立即取消对美沙酮的最为严格的限制，CND也应该同意对美沙酮限制的降低。

◆将opioid代替疗法加入WHO必要药物名单中，在HIV药物和诊断调查中增加供应商和价格信息。随着上百万的注射吸毒者感染HIV，帮助他们避免附带感染，进行HIV治疗是非常重要的，应给予承认。

◆依据HIV感染路径分析治疗HIV的可用性，采取措施使注射毒品者有更多的机会得到HIV治疗。需要更完善的数据库来确认注射吸毒者因歧视而无法得到HIV治疗的程度，需要采取有限措施使注射吸毒者有更多的机会得到救助。

在中国，“治疗吸毒”包括长时间运动，反复念叨如“吸毒有害，我是坏人”这样的口号，及无工钱的强制制作纪念品的劳动以满足日益增长的旅游经济的需要。

4. 国家对使用违禁药物HIV的政策

联合国在毒品使用和HIV/AIDS问题上前后有不一致之处，国家在这个问题存在前后不一致的地方。甚至在对待HIV/AIDS问题有几十年经验的国家里，这种前后不一致的问题也时常出现。比如美国国会，尽管一个公共健康委员会经常建议政府资助注射器交换，但是联邦政府还是一直拒绝支持该提议(人权观察，2003 Human Rights Watch 2003)。美国在本国反对资助注射器交换会如何影响到其对HIV的国际支持是经常被讨论的问题——比如美国国际发展社(the United States Agency for International Development)突然于2003年9月中止了对巴西HIV预防项目的支持，由此引发了美国不满巴西在性与使用毒品问题上直接公开的态度(IPPF 2003)。毫无疑问，将使用毒品和HIV分开处理在以注射毒品感染HIV居多的国家已经很平常，但是这样分开处理的结果确实加速了HIV的传播而不是遏止了其传播。从国际方面看，国家政策的不一致也影响到犯罪量刑和公共健康那个应该有限考虑的问题。解决吸毒者的问题在很多国家都是由国家安全或者内务部门负责，这些部门的官员对HIV及健康问题没有足够的了解。吸毒者的问题往往由警务部门或政府官员负责，而不是健康问题专家。对吸毒者自身有意预防HIV行为做出的广泛的研究并没有应用到制定毒品相关政策之中去。HIV政策的制定和预防往往是分家的，两者之间没有协调起来也没有连贯性。例如在联合国对亚洲7个国家的研究表明，只有越南一个国家明确在毒品计划中提到HIV/AIDS(UNAIDS/UNODCCP 2000)。

令人吃惊的是甚至是由注射吸毒传播HIV较为普遍的国家里，政府艾滋病中心和计划机构也没有对注射吸毒者问题做出足够强调。在注射吸毒者感染HIV为主的国家中，国家艾滋病计划机构也只是对注射吸毒问题一笔代过而已。为HIV感染者提供帮助的医院和诊所经常不景气，或者在实践上只为主动吸毒者和曾经吸毒的人提供服务，或者把这些寻求帮助的人报告给政府法律部门。为吸毒者规划大规模治疗服务的计划往往没有明确指出治疗服务应包括主动吸毒者和曾经吸毒的人，这样潜在上就把大多数需要求助的人排除在计划外了。(UNAIDS/UNODCCP 2000; CEEHRN 2002; Reid and Costigan 2002)。

国家毒品政策的实施和抑制

由于各个地区HIV/AIDS的具体情况不尽相同，对这个问题达成一致的意见尚有困难。与此类似，各地对于毒品政策的反应也很复杂，国内和国际上对使用违禁药物可以在有几点显著特征而又互相交织的政治范畴中理解。比如对药物控制的工作可以看作对市场的干预，相对于其他市场竞争情况下的商品，对药物的控制是有意在国内市场和国际市场上限制某些商品的供应(Szasz 1996; Musto 1999; Room and Paglia 1999)。毒品政策可视为政府对社会准则的规定，对公民的感受，思考及行为设立横加规范(Szasz 2003)。对毒品的理解具有文化的相对性：在一国受严格控

制的某种药物在在另一国的药店可以是随手可得的，对药物正常和不正常使用的标准也类似的具有文化相对性(Weil and Rosen 1993; Musto 1999)。

尽管原因各有不同，各国对于使用海洛因及感染HIV人数明显增加的反应却十分相似。在注射感染艾滋病情况严重的国家中，对使用毒品者采取严厉的惩罚及公众对其的强烈谴责在几乎所有的国家中都是一样的。另外，法律下令监禁购买少量毒品者（如购买个人吸食的毒品量），强制治疗中心大量收留吸毒者，政府也被赋予监视权力公众健康和执行法律的界限变的模糊。虽然这些措施毕竟不构成感染HIV的因果关系，但毕竟由于采取以上这些措施的国家明确打击吸毒，救助吸毒者，因而在这些国家中感染HIV的人数没有激增。

惩罚政策及注射吸毒者中HIV的感染情况

因注射吸毒而感染艾滋病情况严重的国家采取加强刑法惩罚来回复吸毒者增加及艾滋病感染的问题。一些国家视拥有注射设备为非法行为，或者一旦怀疑某人有吸毒行为就有权拘留或监禁此人。更常见的是，法律要求将监禁购买或拥有少量违禁药物的人（例如个人使用的剂量）或将其送至监护所中，对拥有‘硬’毒品和‘软’毒品的人采取严厉的惩罚。这样，注射可卡因或海洛因将被等同于吸食cannabis或服用致幻药，尽管两者在健康损害及社会作用方面有很大的不同。

相似地，严厉的处罚也用于低级‘掮客’。海洛因买卖这以术语应用于一系列行为，从生产者，到拥有民兵组织的卖者，从物物交换换取海洛因的人到为了挣20美元携带100克海洛因偷越国境的中亚妇女。生产人工合成毒品—人工合成毒品不需农业生产，比起生产海洛因需要很少的设备—也类似地有所不同，包括年产百万粒药物的大型缅甸工厂到泰国生产几千粒药物的小厂。法律的处罚则不因生产规模的大小有所不同。由于任何毒品交易都会带来严厉的处罚，因此相对来说，小规模买卖毒品那者受到的处罚和大卖家同为严厉，而且更为普遍。

今后的政策有可能会有所修改，使HIV流行的范围和实施的限度得以明确。例如，乌克兰于1996年通过一项法律允许药店出售注射设备，保护HIV感染者免受歧视。然而这些变动往往都是纸上谈兵，当地法律的实施依然是威胁，诋毁及惩罚吸毒者及其家人。

◆近二十年来，中国的毒品政策变得愈加严厉，政府指出严厉的惩罚是其改革的“重要特色”（中华人民共和国外交部，2002）对大部分吸毒者的“治疗”都是强制性的。吸毒者可被警方拘留15天，并且、或者被强送至戒毒所接受“再教育”。大多数再次吸毒者将面临在关入条件更为恶劣的强制劳动狱所中。法律制裁包括对生产或拥有10克海洛因（大约3天的毒品需求量）的人判处七年以上徒刑，对生产或拥有50克海洛因者判处死刑(UNAIDS/UNODCCP 2000; Reid and Costigan 2002; U.S. State Department 2002; Human Rights Watch 2003)。

◆俄罗斯在九十年代中后期明显加强了对拥有毒品的刑法制裁。1996年，采用一CND和INCB长期成员Edouard Babayan起草的宪章，俄罗斯官员把可判处徒刑的拥有违禁药物的数量降低了一半。新宪章只明确指出了‘大量’和‘特大量’海洛因和可卡因的剂量标准，购买少量可卡因和海洛因（0.005克海洛因，一天服用剂量的百分之一）将被判处五至十年徒刑。购买超过0.1克cannabis（约一火柴盒剂量）将被判处五年以上徒刑。理论上，将对社会不构成危害的吸毒者采取强制治疗而不是将其投入监狱。在实践上，这一规定越来越多地被监禁这些吸毒者，或监禁起来强制治疗所代替。2003年年底处罚和法律制裁有所改变，国家杜马对少量拥有毒品转以宽松的处罚，将拥有毒品者从监狱转而投入医疗教养所。这些变革的效果还不尚清除，但Babayan

宪章在2004年3月做出修改(Levinson 2003; MHG 2003)。

◆越南警方可拘留被发现拥有毒品的人，将其投入强制恢复所可长达五年。虽然有钱担负私人治疗的吸毒者可自愿接受治疗，但是高额的费用却使大多数注射吸毒者无力支付治疗。经过“再教育”后再次吸毒的人一往往占大多数—可判处两年徒刑，再次复发吸毒将被判处二至五年徒刑。拥有注射器可作为逮捕的依据，共用注射器将被视为鼓励吸毒并被判刑。年轻吸毒者（18岁以下）再次吸毒将被判一年强制拘留和强制劳役。拥有600克以上海洛因将被判处死刑(UNAIDS/UNODCCP 2000; VCHR 2000; Vu Doan Trang 2001; Reid and Costigan 2002)。

◆马来西亚毒品法律作为亚洲是最为严厉的毒品法律之一，自1952年来一直不断修改增加刑法并减少必要的法庭审判。在没有处方的情况下携带注射器是非法的，拥有甚至一只注射器即会被判处2年徒刑。携带任何剂量的包括cannibis在内的任何违禁药物都会被处以鞭刑或不少于五年的徒刑。拥有5克的海洛因（10天的剂量）会被判处终生徒刑，拥有15克或更多的海洛因即被视为毒品走私将被判处死刑，除非有足够的证据证明以上毒品并非用于走私。

◆缅甸法律认为吸毒成瘾本身违法，但缅甸政府不认为拥有毒品或注射器等随身用品为非法。缅甸政府要求使用违禁药品的人到政府登记并进行治疗。没有这样做的人将被判处三至五年徒刑(UNAIDS/UNODCCP 2000)。

◆乌克兰毒品法律1996—2001进行了改革，包括对被怀疑使用毒品者进行强制治疗，并对拥有‘大剂量’违禁药物的人判处5年徒刑。美国议会认为该改革‘坚实’并‘与1988年公约保持了一致’(U.S. State Department 2002)。和在俄罗斯一样，几乎任何剂量的毒品都会被认为是‘大剂量’或‘特大剂量’，因此购买1.0克毒品（约两天的使用剂量）都会被判处5年徒刑(U.S. State Department 2002; Kucheruk 2003)。

禁毒战争及注射吸毒者间HIV的感染

因注射吸毒而感染艾滋病情况严重的国家，严厉的刑罚和反对毒品的战争常常相辅相成。进行‘反毒战争’的国家常常使用媒体宣传打击吸毒者，公众舆论打击吸毒者和当众处极刑等方式打击吸毒者。

◆马来西亚的目标是在‘2015年达到无毒社会’。高级政府官员一直视吸毒为‘头号社会公害’，强调‘每个吸毒者都将受到惩罚’，并进行了一场轰轰烈烈的禁毒运动，对吸毒者做出详细调查综述，对每个拥有毒品者处以鞭刑，当众对走私‘dadah’(违禁药物)者处以极刑。马哈蒂尔总统认为吸毒者‘不配为人’‘已是行尸走肉’。写着大幅标语‘毒品等于死亡’‘吸毒致死’等巨大宣传画在机场大厅，学校及办公场所随处可见。报纸及电视经常刊登和播放反对毒品的公益广告，经常刊登照片或在头条显赫地位刊登标题诸如‘五个孩子的母亲因贩卖海洛因被处死’等新闻。2003年6月，政府宣布实施一个新的反对‘社会毒瘤’运动，吸毒者和卖淫者成为首要打击对象(Schwartz 1987; Harring 1991; Kuppasamy 2003)。

◆越南于1993年实施了一场针对毒品，色情，卖淫的‘打击社会毒瘤’运动。2003年，越南政府又于2003年3月出台了一更为严厉的打击吸毒者方案（新华社，2003）。该方案鼓励家庭，社区揭露吸毒行为并将吸毒者送至戒毒所接受‘再教育’。海报上常有骷髅及黑色人影，旁边的标语写着‘艾滋病，毒品，卖淫’，或一个巨大的红色拳头奋力打向一个瘦弱的身躯，标语写着‘打击邪恶行为，铲除社会毒瘤是全社会的责任’。报纸上也经常刊登关闭污秽场所，逮捕卖淫者，吸毒者和贩毒者的新闻。打击社会毒瘤’运动同时伴随者极刑数量的增加：1996年，

因贩毒被判处死刑的有13人，但2000年，被判处死刑的人数上升为1993年的6倍(Reid and Costigan 2002; Xinhua News Agency 2003)。

◆1990年，中国发动了一场反对毒品的‘人民战争’，包括对贩毒嫌疑人的严厉镇压，及在全国范围开展‘社会注意精神文明建设’反对‘六大丑恶现象’的教育。在南方，数千中国人在电影院，体育场出席了对贩毒者的审判，这些审判经常包括政府官员关于反对毒品的讲话，销毁没收的毒品，在听众一片‘杀啊，杀啊’的呼声中判处贩毒者死刑。仅1991年至1995年间，约7000毒品犯罪者被判处死刑或无期徒刑。1998年，据估算约一亿六千八百万人观看了毒品邪恶的展览(UNAIDS/UNODCCP 2000; Yongming 2000; U.S. State Department 2002; Human Rights Watch 2003)。

◆在HIV感染率最高的欧洲国家乌克兰，反毒运动反复强调‘吸毒者正向我们蔓延开来’这样的观点。乌克兰有着对吸毒者决不宽容的传统，把感染HIV的吸毒者形容成“tvarj konchennaya”(家伙)或“zhivotnoje”(畜生)，媒体也报道说“艾滋并.....是卫生监督员，把行为可耻的人清除出社会”。(DLHPRN 2002; Viyenski and Dvoryak 2002; Lezhentsev 2003) 尽管九十年代末期通过了允许自愿秘密地做艾滋病试验的立法，当今总统也指定2002年为反对艾滋病行动年，但公众对艾滋病强烈的反感情绪一直不减。反毒的宣传画画着孩子被毒品恶魔吞噬，流行的犯罪生活秀电视节目将吸毒并列为与谋杀，强奸等同的犯罪(Lezhentsev 2003)。

◆在俄罗斯，公众认为吸毒可耻的看法强烈，对为吸毒者服务的项目怀有敌意。最受欢迎的电视节目之一“Coma”提议将吸毒者投入集中营使其离孩子。在Ekaterinburg省，地方长官正收集要求判处吸毒者死刑的人的签名。无毒城是该省显著的反对毒品的措施，他们撕开被说成是吸毒者的人裤子，在屁股上刺满注射器，拉着被说成是毒贩子的人游街，供路人唾弃。吸毒者的脖子上将被挂上特有的标志，也被拉出去游街。发起这中行动的领导最近被选入国家杜马。在莫斯科，市长Luzhkov称注射器交换项目没有必要，因为令人头疼的毒品注射在莫斯科根本不存在(Levinson 2003; Melnikov 2003)。

案例研究 泰国 ---- “成功”预防艾滋病及其反对毒品的战争

法律的实施和公众健康对吸毒的反应之间的矛盾甚至在联合国倍加称颂的预防艾滋病成果显著的国家内也很突出。例如泰国曾多次被称颂防艾有突出成绩(UNAIDS 2001; Ainsworth, Beyrer et al. 2003; UNICEF 2003), 但是泰国同样显示了这样的‘成功’是没有包括有吸毒历史的人在内的。泰国政府因其实施的百分百安全套项目广受称赞。在九十年代处，要求生产质量过关的安全套，与各省官员，警署长官，首要医疗卫生官员合作，免费向性服务部门发放六百万个安全套的项目有效压制了艾滋病的感染率。在提供性服务的妇女中实施这些措施有效增加了安全套的使用，降低了HIV的感染及其它性传播感染，这以措施使艾滋病的感染降低了四倍(Nelson, Eiumtrakul et al. 2002)。同时泰国也是第一个实施有效措施防止艾滋病传播，为三分之二感染艾滋病的怀孕妇女及十分之九的婴儿提供短期zidovudine的发展中国家Amornwichee, Teeraratkul et al. 2002)。

泰国政府非但不给吸毒者提供预防艾滋病的治疗项目，反而打出重拳。2003年2月，泰国执政党Thai Rak Thai发动了一场针对日益严重的吸食methamphetamine的‘战争’，给各省警方分配逮捕名额，严厉打击吸毒者和贩毒者。到4月为止，泰国报纸报道手持政府黑名单和逮捕名额的泰国警方监禁了超过40000名贩毒者。据报道警方在夜总会和酒吧强行进行尿样化验，约230, 000名泰国人被强制治疗3个月以下(Macan-Markar 2003)。电视广播很快不再仅仅播放毒品照片的内容，转而播放大量泰国人—其中2700人，大多数为泰国少数裔—被枪决的场景。官方只承认对

少于60起死亡案件负责，称对数死亡案件是由于毒品贩子间为避免指控而自相残杀。泰国国内及国际人权观察者指控这些死亡为由专业的枪手执行的谋杀，是有计划的，不合法律程序的裁决(Macan- Markar 2003)。

尽管泰国政府称这次反毒运动取得了‘漂亮的胜利’ (Agence France Presse 2003)，但其对治疗吸毒者项目，包括对预防及研究HIV的都存在直接的负面作用。清迈大学的一项调查显示，百分之三十七的曾经到治疗所寻求救治的吸毒者在政府开展这项打击运动后停止了就诊，这些人很有可能重新走上了注射吸毒并感染艾滋病的老路(Razak, Jittiwutikarn et al. 2003)。在南方，吸毒者对降低毒品毒害作用的项目心存恐惧，不敢参与其中(Suwannawong and Kaplan 2003)。在非吸毒者中，惧怕被列入黑名单和被逮捕的情绪也日益扩散，吸毒者的父母也隐名匿姓深居简出。

在泰国预防注射吸毒者感染艾滋病方面，毒品战争也是泰国一系列错误中最新近的一个。在北方实施的一小规模实验性注射器交换项目也已夭折。长期的美沙酮疗法除了十多年前对其功效的指控外(Vanichseni, Wongsuwan et al. 1991)，在技术上仍然是不合法的且在除曼谷外的大部分地区不能得到实施。监狱人数随1992—1999年囚禁毒品犯罪五倍的增长也激增不少，而且研究显示狱中存在很多血液交换的高危行为(Beyrer, Jittiwutikarn et al. 2003)，但是百分百安全套项目在监狱中还未实施。拥有毒品可判刑的量的标准于1999到2001年间不断修改下调。至2003年中期，泰国政府明确禁止对吸毒者进行抗逆转录病毒疗法。尽管政府统一对政策做出修改，但注射吸毒者将会继续在医疗方面面临不公的待遇(Kaplan 2003)。

同时没有迹象表明注射吸毒者中感染艾滋病的几率有所下降。尽管自1995年来在士兵，孕妇及性传播疾病患者中感染艾滋病的几率明显下降，但是在注射吸毒者中却没有发现这个趋势。1995年一项预计表明，32%的注射吸毒者感染了艾滋病，到2001年，这以数字增加到50%(Reid and Costigan 2002)。在北方一项对入伍新兵的研究中发现，有注射吸毒史感染艾滋病的人从1991年的1%增加到1998年的25%(Nelson, Eiumtrakul et al. 2002)。他信总理为庆祝2003年12月的诞辰，公开宣称泰国已做到无毒，对毒品的战争取得胜利。然而，逮捕和强制的毒品检测仍在继续。无论是被处决或是染上艾滋病，吸毒者将为他们的行为付出包括生命的代价。

过于严厉的逮捕和监视

法律的存在并不一定要规定法律的执行情况。包括例如荷兰，西班牙，葡萄牙，英国在内的国家对逮捕违法毒品规定的人政策比较宽松，这些国家能区分对于cannabis和其他毒品，在私人场所和公共场所使用毒品，生产个人用的毒品和商用毒品的政策有所不同。但是在因注射毒品而感染艾滋病问题较为严重的国家，对吸毒者有非常严厉的逮捕和监视政策。

事实上，地方警方的作为在很大程度上破坏了对降低吸毒者感染艾滋病的努力。因为惧怕在药店被当场抓获，法律允许可在药店购买注射针头的这一条款几乎没有作用。精心设计的降低毒品毒害作用的项目往往也因警方介入受到破坏。为这些项目服务的工作人员自己往往也被警方逮捕过。比如在俄罗斯的圣彼得堡，警方会没收安全套，摔坏注射针头，并强迫吸毒者撕掉或除掉发给吸毒者用于辨认其身份的证明(Tsekhanovich 2002)。

大范围的逮捕，监禁‘毒品滥用者’或强制其接受治疗在几乎所有因注射毒品而感染艾滋病问题较为严重的国家都很常见。确认吸毒者不仅包括拥有毒品，还包括所有看起来值得怀疑的人，

包括使用针头的痕迹，社会关系或活动的地点。因为吸毒者急切想避免长期关押及惩罚，这些人极易被警方敲诈勒索。这种想象坐在注射感染艾滋病的国家已司空见惯。

◆俄罗斯在严惩吸毒者政策出台的随后一年间，有100,000例与毒品犯罪有关的案件，因毒品犯罪被判处徒刑的人1997年到2000年间增长了五倍。等候判决处囚人数过多，很多犯人不得不睡在临时搭的床上，有些人甚至因人太多，氧气不足而昏倒。尽管经过大赦并严格了判刑步骤，依然有850,000的人仍在狱中服刑，其中20%的人是因毒品犯罪，这其中又包括40%的妇女囚犯(Levinson 2003; MHG 2003)。

◆在中国，由警方挨家挨户探访的反对毒品和其他社会毒瘤的‘人民战争’导致监禁人数，登记在案的吸毒社数目和强制戒毒人数的激增。单1998年一年，已有超过230,000的吸毒者被捕，登记在案的吸毒者从1991年的70,000人增加到1999年的680,000人。近来的清扫是关押人数大大超过狱所的容量，犯人只能睡在地上，旁边还有装满污水被当作厕所用的水桶，甚至和猪或其他家畜共居一处(Liu 1996; Yongming 2000; Human Rights Watch 2003)。

◆在越南，2002年有三分之二以上毒品犯罪者被判处7至20年徒刑(Reid and Costigan 2002)。与正在进行的社会毒瘤运动相伴随的是在各省建造卖淫者及吸毒者改造所，并在胡志明市建设强制治疗中心。自2001年来，27000名吸毒者被关押在治疗中心，人满为患。

模糊提供健康关怀和社会规定的界限

政府常常把被逮捕的吸毒者登记在案，并由警方或社区成员监控。很多国家经济条件较好的吸毒者常转而寻求私密的治疗，以避免公众的压力及名字被登上官方的备案。但是大多数吸毒者无力支付高额的私人治疗费用。而且，一旦名字登上了吸毒者的备案，几乎没有任何销案的方法。HIV阳性的测试者也同样被登记在案。这导致了社会学家Irving Goffman (1974)称之为“污点”身份，即使没有某种行为但是作为吸毒者群体也被打上了这种烙印，这种情况极为不利在吸毒者间开展防止艾滋病的预防工作。来自马来西亚，乌克兰，越南的调查显示，吸毒者及其家属因为惧怕法律的惩罚及公众的压力，不愿意寻求咨询治疗(Open Society Institute 2001)。

警方有权决定谁将接受治疗及接受治疗长度

- ◆ 在中国，仅被怀疑吸毒是足以使警方作为将其监禁或投其接受再教育的凭据的。警方不仅有权决定将哪些人投入戒毒治疗，还有权决定这些人接受治疗的时间。社区头目有权将吸毒社驱逐出村落遣送其至公安局，或没收其或其家人的财产(Reid and Costigan 2002; Human Rights Watch 2003)。
- ◆ 再越南，社区组织‘焦点’把吸毒者通报其工作单位或当地。若吸毒者继续吸毒，焦点可下令将其投入强制治疗(Reid and Costigan 2002)。

医疗测试及步骤的惩罚性使用

即使没有怀疑吸毒的依据，也会被要求验血验尿，并根据化验结果进行处罚。

- ◆ 在马来西亚，警方可以实施强制验尿。化验结果呈阳性者将被投入治疗所常达两年(Reid and Costigan 2002)。
- ◆ 在俄罗斯，莫斯科城市杜马近来提出对所有无家可归者和提供性服务者进行强制毒品化验，

并建议各工作单位对其员工也进行化验。当有人反对说这种化验与宪法精神不符时，一官员回答道“民主与公共健康就是不相容的” (CEEHRN 2003; Levinson 2003)。

在缅甸监狱里，抽血对犯人来说时很大的恐吓，因为那里医疗设备简陋，缺少消过毒的设备，犯人们深知被感染艾滋病的危险(Beyrer 1998)。

HIV化验常作为惩罚手段或者作为对患者无异的监视手段

◆在中国，经常为被强制接受治疗的人做HIV化验，但从不知当事人化验结果(Human Rights Watch 2003)。在医院或其他健康机构里被化验出HIV阳性的人面临着包括驱逐或隔离等歧视。在一些省份，HIV携带者被禁止进入游泳池或禁止结婚(Human Rights Watch 2003)。

◆在越南，对政府救助所的调查表明虽然多数人进行了化验，但五个救助所中的四个却不将化验结果通知本人。HIV携带者患病的时候就解除对其药物治疗(Vu Doan Trang 2001; Higgs 2003)。

◆在俄罗斯和马来西亚，吸毒者一进监狱就要接受HIV化验。进监狱后，将HIV携带者隔离起来，但是不对其进行治疗。马来西亚救助所也对病人进行化验及隔离(Reid and Costigan 2002; Kamarulzaman 2003)。

对吸毒者和HIV携带者登记备案

◆在俄罗斯和乌克兰，麻醉药物工作者对吸毒者登记备案，并把他们的名单和警方掌握的名单进行对比。被登记在案者要求定期向警方或麻醉药物机构汇报情况。乌克兰禁止登记在案者持驾驶执照并禁止HIV携带者从事包括准备食物等一系列工作。俄罗斯被麻醉机构登记者必须五年内定期做汇报，医疗机构有权对其尿样采样化验。被法庭缓期宣判的吸毒者，特别是被怀疑吸毒但被捕时未携带毒品者，必须在警方登记并每月接受例行审问。他们外出旅行时必须通知警方，并接受警方搜查其住处(CEEHRN 2002; Kucheruk 2003; Melnikov 2003)。

◆越南社区组织‘焦点’记录吸毒者姓名，吸食毒品类型，接受治疗的历史及戒毒的进展。这些名单从社区范围到负责社会问题的劳动，伤残及社会问题部门传达，在由此传达到河内国家毒品委员会(UNAIDS/UNODCCP 2000)。

◆在中国，鼓励邻里，家人，同事密切监视已知吸毒者，可以将其送至戒毒所或公安局(Yongming 2000; Human Rights Watch 2003)。

◆在缅甸，吸毒者必须在其家人的陪同下到戒毒所登记，并携带证明其吸毒者身份的卡片。一旦登记在案，将很难销案(UNAIDS/UNODCCP 2000)。

将吸毒者集中在监狱或强制戒毒所

在注射吸毒感染艾滋病严重的国家，也许没有比将吸毒者投入监狱或强制戒毒所更为有效的防止艾滋病的方法了。在人满为患的监狱或戒毒所众，将不同年龄，不同病史的吸毒者集中在一起，在没有根除高危行为的前提下不提供诸如安全套，注射器等预防HIV的设备，这种做法无异助长了HIV的传播。

从俄罗斯到马来西亚，监狱或强制戒毒所中防止HIV传播最常见的，也是唯一的手段就是隔离HIV阳性患者。有关人士指出，这种做法可以有效防止HIV进一步传播，也可使HIV阳性患者避免成为暴力的牺牲品。除了违反禁止带有歧视地隔离HIV患者的国际人权公约，这种问题的‘解决之道’和监禁关押吸毒者一样，并不能真正从根本上解决问题。化验HIV并非能应用与多数戒毒所和监狱之中，近来及其案例表明，也不能查出所有HIV感染。表明监狱中存在的很多血液交换的高危行为的研究进一步证明携带HIV的犯人和不携带HIV的犯人之间经常共居一居并由高危行为。在有些情况下，狱中有HIV携带者和患有其他诸如结核病等传染性疾病的犯人时，防止监狱工作人员感染艾滋病的工作也同为重要(MHG 2003)。

刑法改革，包括更注重效用而不是惩罚的强制性治疗降低对毒品依赖型的工作成为防止HIV工作的重中之重。在戒毒所中，应加强从员工对发放安全套意识的培养到代替疗法的使用的工作。这里，公众健康和法律实施之间的矛盾同样明显。监狱和戒毒所中的官员负责阻止如性毒品等传播艾滋病的行为发生，他们因为害怕预防HIV的努力将被等同于这些不正当行为依然发生而不采取发放安全套或使用代替疗法的措施。高危行为是犯罪的行为，被发现依然有高危行为的人将被增加徒刑(MHG 2003)。

监狱里和戒毒所里增加HIV感染率的条件包括：

HIV感染率高： 我们很难得到监狱和戒毒所里感染HIV的人数，这或是由于出于世界卫生组织宣布的监狱中化验HIV既没有效果又不适宜，政府不再在监狱里进行HIV化验（乌克兰），或者由于即使进行化验，其结果也没有公开（缅甸）。即使如此，我们得到的有限数据还是证明监狱和戒毒所里HIV的感染率还是很高的。

◆ 一项研究表明，越南五个强制性治疗所中40—80%的人的HIV化验呈阳性(Vu Doan Trang 2001)。

◆ 在俄罗斯，据估算20%的HIV感染发生在监狱系统中。在监狱中感染HIV的人自1996年到2003年增长了200倍(Roschupkin 2003)。

感染HIV高危行为有增无减。尽管监狱戒毒所等机构负责人称吸毒和性不再存在一如马来西亚一戒毒所对来访的调查员说他们使用不熄灯的措施来避免性行为，但已有证据显示高危行为依然存在。纹身在监狱和戒毒所中很常见，这也是传播HIV的一种行为。有关犯人之间和犯人与工作人员之间发生性关系的报告并非罕见，且对性传播疾病的治疗十分有限。可能最重要的是，时有研究显示注射毒品依然在监狱和戒毒所中传播(Bich San and Huy Dung 2002; Human Rights Watch 2003)。注射针头很有限又很抢手，所以在监狱和戒毒所中经常轮流使用(Malinowska-Sempruch 2001; Reid and Costigan 2002; Beyrer, Jittiwutikarn et al. 2003; Crofts 2003; MHG 2003)。

◆ 在对俄罗斯一监狱的研究显示，25%以上的人在狱中感染艾滋病。在对七所监狱的一项大型调查显示，26%的人在过去一个月中依然注射毒品，13.5%的人在被关押期间开始注射毒品。10%的人承认曾和其他犯人发生过性交行为(CEEHRN 2002; MHG 2003)。

◆ 在马来西亚的监狱中，一个注射器会被重复使用多次。一项研究显示，HIV的感染率仅在一年中就增加了80%(Reid and Costigan 2002)。

其他通过血液或空气传播的疾病 丙型肝炎是一种在所有注射吸毒感染艾滋病情况严重国家里

在折射吸毒者中比艾滋病更具传染性的疾病，它通过纹身和被污染的针头传播。结核病是世界上HIV携带者的重要杀手，在潮湿，不通风的地方传播，监狱里的条件尤其事宜它的滋生。比如在俄罗斯，结核病病在过去的十年中三倍增长，2000年的报告表明，犯人和曾在狱中生活过的人有130,000人患有结核病。进出监狱时常打乱对结核病的治疗，从而引发耐多种药物的结核病，很难治愈。据估算，在每年释放出狱的30,000人中，每四人中就有一人患有耐多种药物的结核病。经耐多种药物的结核病感染结核病的病人家属，社区成员自身也带有现今治疗结核病药物的抗体(Drobniewski, Balabanova et al. 2002; MSF 2003)。中国和缅甸的监狱中也时有耐多种药物的结核病和结核病在狱中爆发的报道(Wise 1998; Liu, Jiang et al. 2002; Phyu, Ti et al. 2003)。

没有HIV的预防措施。在注射吸毒感染艾滋病情况严重国家里，吸毒者占关押人数的很大比例(UNAIDS/UNODCCP 2000; Cohen 2003; MHG 2003)，但是预防HIV传播的措施依然十分缺乏。强制治疗所中的人只是‘被抓获’的得益HIV预防措施的群体。有吸毒感染艾滋病问题的国家都对预防HIV的信息和技术给予高度重视。政府数据统计，约三分之二或更多的吸毒人被释放后会走上老路重新吸毒。在诸如中国南方的妇女注射吸毒者，越南吸毒者和在俄罗斯或乌克兰接受过短期治疗的人中，重新吸毒的人的比率高达90%甚至100%(Reid and Costigan 2002; Viyenski and Dvoryak 2002; Levinson 2003)。尽管如此，虽然多数监狱和救治中心提供HIV的预防措施的信息，但却没有提供必要的工具来实施这些措施。虽然在欧洲，澳大利亚和其他地方，提供狱中注射器交换和代替疗法的功效已得到证实，但在已有的亚洲或前苏联吸毒感染艾滋病问题严重的国家里（多于50,000在在案病例），没有一个国家政府能够这样做(Dolan and Wodak 1996; Dolan, Rutter et al. 2003)。一些戒毒所虽然提供药物协助戒毒项目，却没有提供被证明帮助戒毒最为有效的长期代替疗法(Abdul-Quadar, Friedman et al. 1987; Ball and Ross 1991; Vanichseni, Wongsuwan et al. 1991; Ward, Mattick et al. 1994; Lindesmith Center 1997)。一些监狱（如俄罗斯，斯乌克兰）提供清洗注射器甚至给注射器消毒的服务，还有一些监狱（如中国云南省）提供清洗注射器的指导。让而所有这些工作都是在国外资助而不是当地政府资助下进行的，且使用范围并不广泛(Open Society Institute 2001; Reid and Costigan 2002)。在亚洲，没有一国政府提供安全套给监狱(Beyrer, Jittiwutikarn et al. 2003)，在俄罗斯和乌克兰，狱中安全套数量也十分有限。尽管一些强制治疗中心开始提供安全套的使用指导和注射针头的清洗方法，大部分国家还是没有直接提供消毒针头和安全套。

缺乏对感染HIV的被关押者的治疗和支持。隔离感染HIV的人的监狱和戒毒所没有对患者提供帮助，在很多地方，甚至更加不愿提供基本的医疗(CEEHRN 2002; Crofts 2003; MHG 2003)。如前面提到的，俄罗斯，乌克兰，中国，越南并不将化验结果通知当事人，或者不向其提供免疫系统调节和抗逆转录病毒治疗，也不提供被世界卫生组织认为标准治疗法的机会性感染疗法(Reid and Costigan 2002; Human Rights Watch 2003)。

对吸毒者或犯人重新返回社会没有足够的计划。据估算，70—95%的吸毒者从戒毒所释放出来后会重新吸毒，监狱中的犯人经常反复出入。根据这些情况，监狱和戒毒所不能提供有效的防止HIV的措施大而言之对整个社会也有相当的影响。实际上，假如说监狱和戒毒所中推动了HIV的传播的话，反复进出监狱和戒毒所的人就起到了传播者的作用。例如俄罗斯监狱系统为了缓解狱中人满为患的压力于2000年大赦了220,000人，2002年以后改革了审判模式减少了大量等待审判的被押人 (Abramkin 2003)。对结核病和HIV患者的工作技能培训和重返社会的培训很少或几乎没有。莫斯科四分之一的无家可归者——相当一部分有吸毒，感染HIV，卖淫的危险——是从监狱中释放出来的人(MSF 2003)。在注射吸毒感染艾滋病严重的国家中，政府支持的使吸毒者重返社会的项目仅提供以戒毒为目的的项目。尽管大量证据显示这些接受过项目训练的人重返社会后仍然再次吸毒，但是适当项目依然缺乏。很多国家对于接受过戒毒而再次吸毒的人采取判刑的方法(UNAIDS/UNODCCP 2000; Reid and Costigan 2002)，仅基于戒毒方式的治疗往

往造成吸毒者拒不承认再次吸毒或回避治疗等后果。政府对强制治疗的明显不足之处的回应越来越多地体现在关押时间长度的增加。越南于2001年把关押治疗吸毒者的时间从六个月延长到了一年，并建议到2003年增加至五年(Reid and Costigan 2002; Voice of Vietnam 2003)。马来西亚表示，将与新加坡一样，把再次吸毒者的关押时间增加到13年(Harring 1991; Reid and Costigan 2002)。在尚没有治疗HIV和预防HIV传播的条件下，这种做法的结果可能反而导致治疗中心中感染率的增加，或者使吸毒者因为惧怕更长的徒刑而不愿救助与非政府组织和医疗机构。

焦点 公共健康原则打击HIV/AIDS和吸毒

政府如何才能避免使用惩罚性手段来保障吸毒者及其家人和社会的健康利益呢？公共健康原则提供了对在并非“无毒”社会中的人们有效的保障健康免受侵害的方法。

1. 将注意力从吸毒是违法的转向吸毒是危险的上来

- a. 尽管使用违禁药物是违法的，但其危险程度却不尽相同：应纠正从健康角度来看最为危险的行为。

2. 指出这种危险是人与人之间相互影响的，而非个人行为。

- a. 不但要纠正个人吸毒的行为，还应着眼于纠正吸毒这一社会行。
 - i. 比如说，由注射吸毒感染艾滋病是由于共用被感染的注射器而不是注射器本身，如果根除共用注射器这一情况，即使吸毒现象依然存在，艾滋病的感染率也会大大降低。
 - ii. 专业注射者和注射吸毒者集中的地方都可带来感染艾滋病的风险，注意力也应该转移到治理这些问题上来。

3. 不再将是否存在吸毒现象作为成败标准。

- a. 如果吸毒者吸食海洛因而不再采用注射吸毒的方法，也将大大降低艾滋病的感染。
- b. 增加安全套的使用，减少性伴侣或共用针头的伙伴都可以在吸毒现象依然存在的情况下降低HIV和肝炎的传播。

4. 重点使用以事实为导向的方法而不是以臆想为导向的方法。

- b. 应采取有效的降低毒品使用和感染HIV的方法
 - i. 如果以戒毒为基础的治疗的再次吸毒率很高，就应该考虑使用其他疗法。
 - ii. 提供消毒注射器被很多研究证实可在不增加吸毒者数量的前提下有效降低HIV的传播。
 - iii. 代替疗法，特别是美沙酮疗法被证明可有效降低包括降低HIV感染率及其他与注射相关的危害等吸毒的社会副作用。

5. 寻求对大多数高危人群最有效的控制措施。

- a. 如果在监狱或戒毒所之外的吸毒人数多于在其内的人数，使用的措施就不应仅局限在监狱和戒毒所中。

- i. 例如，美沙酮疗法可对监狱或戒毒所之外的大量吸毒者提供。
- ii. 有目的的措施（如向专业注射者提供消毒针头，与贩毒者合作共同清除在公共容器中提炼毒品的现象，法律允许在药店出售消毒针头等）比单向街头个别吸毒者发放消毒针头更有效。

6. 建立既着眼于毒品使用又着眼与HIV的连贯性服务。
- a. 应采取既能有效对付HIV又能对付毒品使用的措施，而不是两者相分家。
 - b. HIV的预防和治疗相辅相成：吸毒者需要防止感染HIV的保护，也需要在感染HIV后能得到有效治疗。
 - c. 对吸毒者的健康关爱条款应包括附带的服务措施。

出处：(O'Hare, Newcombe et al. 1992; Ball 1998; Drucker 1999; Rhodes, Stimson et al. 1999; Burrows 2001; Ball and Crofts 2002; Elovich and Wolfe 2003; Rhodes, Mikhailova et al. 2003).

公共健康背景下的国家药物政策

注射吸毒感染艾滋病问题严重的国家所有因素——执法工作，政治宣言，社区努力，建立强制治疗机构——来孤立和遏止吸毒和吸毒者。然而在吸毒者中遏止艾滋病感染的工作却一直得不到资助，也没有取得很大成功。

提供消毒注射器设备

艾滋病存在的20多年来，亚洲和前苏联注射吸毒者之间艾滋病爆发的很长时间来，出越南以外，没有一国提供发放消毒注射器的国家资助。即使在很多事实表明共用注射器的现象大量存在，注射吸毒者间HIV的感染量有增无减，很多国家仍然继续声称在药店购买注射器对防止艾滋病没有作用，或者否认艾滋病在本国的存在(Bich San and Huy Dung 2002; Reid and Costigan 2002; Human Rights Watch 2003)。在俄罗斯或乌克兰，虽然政府允许提供消毒注射器项目，但他们的资金支持却十分有限(Open Society Institute 2001)。提供消毒注射器的执行时有时无，与需求及不相称——在莫斯科则根本没有注射器交换项目。中国在广西省有少部分注射器社会市场推广工作，在云南的一些诊所提供少量的注射器交换项目(Reid and Costigan 2002)。尽管越南在其国家艾滋病计划中明确承认了降低毒品毒害作用的功效并提供有限的资金支持注射器交换项目，但还尚未撤销拥有注射器违法这一法案。在农村地区开展的打击社会毒瘤的运动，以及2003年胡志明市对10,000名吸毒者的宣判都在很大程度尚破坏了在国家范围内注射器交换工作的开展(Bich San and Huy Dung 2002; Voice of Vietnam 2003)。马来西亚和缅甸政府都不支持发放注射器的计划，高棉政府近年来允许国际机构在HIV感染高发区提供消毒注射器(Dorabjee 2003)。

孟加拉国和它的近邻印度和其它亚洲国家有很多相似之处 – 在过去十年中注射吸毒者人数激增, 缺少对吸毒者的治疗设施, 由于共用注射器引发的HIV感染病例也显著增多。但是与其他国家不同的是, 自1997年起, 孟加拉国明确认可降低毒品毒害作用对本国艾滋病计划所起到的巨大作用, 自1998年起, 一非政府项目向大量吸毒者提供清洁注射器, HIV教育和健康疗护(Beg 1999)。由CARE孟加拉实施SHAKTI项目在Dhaka, Rajshahi, 和其他三个注射吸毒者集中的城市提供服务, 并对帮助孟加拉国避免其他亚洲城市遭遇的HIV流行做出了很大贡献(UNAIDS 2001; Dorabjee 2002)。

据估计孟加拉国共有22, 000吸毒者, 但却只有200处治疗所, 孟加拉国并没有单纯依靠戒毒疗法来控制血液传播疾病的流行。SHAKTI甚至在吸毒者之间提供对HIV, 并肝及其它与注射相关的疾病的预防工作。SHAKTI的注射器交换项目(SEP)向注射吸毒者提供消毒注射器并记录了83%的注射器回收率。SHAKTI的其他服务包括向吸毒者提供可休息, 社交或寻求健康救助的中心, 对警方提供培训以减少对吸毒者的攻击和逮捕SEP的受益者, 并建议吸毒者改用吸食而不是注射的方法吸毒(Burrows 2001; Dorabjee 2002)。在Dhaka一个名为PROCHESTA的组织提供HIV教育及救助, 并计划把这个项目扩展到其他城市去。

尽管SHAKTI的范围还没有扩展到全国, 但是在Dhaka和Rajshahi两个城市, , 预计74%的人受到过一个或几个SHAKTI组织的帮助。去年大约每十个人注射吸毒者中的六个用安全套保护他们的性伴侣免费感染, 这一比例远远高于没有这个项目的其他城市(Dorabjee 2002)。一项独立的调查也确认注射器交换项目使共用注射器的人数大大降低。特别是, 在把专业注射者也包括接受注射器项目在内的Rajshahi市, 效果尤其明显(Hossain 2000; Jenkins, Rahman et al. 2001)。

孟加拉的HIV问题还是存在的, 这包括警察和当地不良人群对卖淫者, 男同性恋者, 吸毒者的不断骚扰(Human Rights Watch 2003)。2002年, 据报道注射吸毒者在逮捕不断发生的情况下对寻求项目的帮助心存疑虑, 2003年6月, 报纸头条也刊登了由于警方记录, 感染率有所回升的现象(Daily Star 2003; Human Rights Watch 2003)。但是从总体上说, 孟加拉国约4%的注射吸毒者中的HIV感染率还是远远低于其邻国。SHAKTI现在正在努力说服政府采纳代替疗法项目, 希望更进一步降低该国HIV的感染率。

替代疗法

在多数注射吸毒感染艾滋病情况严重的国家里, 替代疗法都是被视为违法的。乌克兰于2002年将美沙酮列入合法药物之列, 但除了对有限的人使用小剂量的buprenorphine外, 还尚未开始使用美沙酮疗法, 其剂量和方法都还尚未被评估(CEEHRN 2002)。中国在南方开始使用了一些美沙酮试点疗法, 但总的来说这些治疗都不超过三个月星期(Reid and Costigan 2002)。由于没有政府的支持, 在很多国家里替代疗法很可能永远处于小规模试点疗法的状态。中国政府认为传统中医会比美沙酮疗法更为适合(UNAIDS/UNODCCP 2000)。在俄罗斯, 美沙酮依然被视为非法药物, 受到了从政府药学家到信奉基督教的科学家的一直抨击(Levinson 2003)。越南的buprenorphine资源十分有限, WHO支持的试点替代疗法项目也不是很多, 而且也没有增加试点项目的迹象。马来西亚公布了试点美沙酮疗法项目, 高棉政府近来也在寻求通过国际NGO得到美沙酮或buprenorphine的可能性。这两个国家目前都没有开展这些项目。

案例研究 美沙酮需求：香港模式

虽然在香港有上万人吸食毒品，但注射吸毒者感染HIV的几率却远远低于其邻国或中国其他地方，美沙酮疗法的广泛应用被认为使其主要原因。

从HIV/AIDS流行之时，香港政府就开始致力于开发美沙酮的作用，第一个美沙酮诊所于1972年开放，并一直支持用美沙酮戒毒及长期使用美沙酮疗法。香港地区现有20个美沙酮诊所开业(Reid and Costigan 2002)，是亚洲和前苏联国家地区中唯一一个提供美沙酮疗法的地方。大众媒体上的广告不仅强调防止毒品的重要性，也对吸毒者介绍可以寻求帮助的地方。容易得到美沙酮疗法是香港美沙酮疗法的关键。在美国和欧洲，得到美沙酮疗法往往需要大量文件证明，长期等待及相关人士的推荐，与此相比，在香港往往在提出要求的同一天便可得到治疗(ACAN 2000)。每天治疗所需费用一直是一港币（不到0.8美元），长期以来未有改变。诊所一周七日开放，并且营业时间很长以满足约占患者总数40%的有全职工作的患者的需要(Newman 1985; Webb 1996; ACAN 2000)。美沙酮的需求量根据市场变化而变化，海洛因价格的上涨常导致美沙酮需求者的增加(Newman 2003)。

在美国，实施美沙酮疗法的医护人员往往要求有严格的教育背景及资格要求，在香港，美沙酮疗法由医生知道，其职员由辅助医疗服务的志愿者组织，这些志愿者的职业从推销员到家庭主妇到银行职员各不相同。这些志愿者只有很少的象征性工钱，但却在极小成本下保证了诊所能够长时间开放(Newman 1985)。对接受治疗者的要求也低于美国，尽管也采集尿样来评估治疗的效果，但却不会因这些把治疗者阻挡在治疗之外(Newman 1985)。

香港其他的治疗模式包括住院治疗和在监狱中实施强迫性的戒毒治疗。尽管香港HIV感染率远远低于中国其他地方，但是在1999年到2001年间，注射吸毒的案例突增加了六倍(ACAN 2000; Reid and Costigan 2002)。虽然如此，感染者重的绝对数量还是很少的，香港健康指导委报道每年只有250例新的HIV感染。香港政府重申了香港会继续致力于美沙酮疗法，努力降低HIV的感染(ACAN 2000)。

以戒毒为基础的“治疗”

在注射毒品感染艾滋病情况严重的国家都采用戒毒为基础的治疗。然而，这种有法律保障的治疗既没有完善的服务又没有提供完善服务的资助。在俄罗斯，2000年只有不到一半的诊所得到了赖以营业的资助(Itar News Service 2000)。在马来西亚，法律规定接受治疗的吸毒者必须接受两年的治疗后调养，然而当地将近40,000个吸毒者只有350处接受治疗的地方(UNAIDS/UNODCCP 2000)。

实际上，除了进出严格的控制外，这些政府资助的戒毒所和监狱没有什么区别，而且不能有效解决大多数吸毒问题。接受戒毒治疗后的人有60%重新走上吸毒的道路，有时这个比例甚至高过90%。疗护人员只是水平和接受的培训良莠不齐，而且疗护过程中几乎没有统一的标准。常见的不足之处包括：

戒毒治疗不连贯，效果不佳。多数戒毒中心只提供草药或“冷火鸡”的手段。

- ◆ 在俄罗斯，戒毒治疗经常是把吸毒者关在牢房中，直到毒隐症状消失(Open Society Institute 2001)。
- ◆ 在中国，戒毒所中提供未经外界检验的中草药(Human Rights Watch 2003)。
- ◆ 在马来西亚，戒毒的过程就是把三四个吸毒者同时关押在一个八英尺长十二英尺宽的牢房

里二个星期(Schwartz 1987)。

- ◆ 在乌克兰，国家没有戒毒的标准，医生仅不规律地使用一些药物和心理治疗技术(Viyenski and Dvoryak 2002)。

对待偶尔吸毒者和吸毒成瘾者不能区别对待进行治疗。几乎所有的治疗机构对偶尔吸毒者和吸毒成瘾者都采用同样的“治疗”措施。对吸食不同毒品的人也都采用同样的治疗方法。

强迫劳动及惩罚性“训练”。治疗经常是体力劳动，心理摧残或被剥削的过程。

- ◆ 在中国云南省，“训练”包括长时间的劳动，空喊如“毒品有害，我是坏人”等口号或进行没有报酬的工作。接受戒毒者不但要无偿放牧家畜或耕耘田地，男性还被强迫提炼宝石，妇女刺绣工艺品出售给云南省快速增长的旅游经济带来的游客(ASIAINFO News 2001; Human Rights Watch 2003)。

- ◆ 在马来西亚，“训练”包括长时间在烈日下的军训，宗教指导，严格的搜身。由于纪律过严，有时甚至出现暴动。虽然治疗模式十多年来有所改变，但是政府近来又宣布了一项措施要求接受戒毒治疗者在棕油田中工作，仅给象征性的报酬(Schwartz 1987; Loh 2003)。

- ◆ 在越南，戒毒也包括无偿劳动。戒毒机构近来越来越多地希望能够达到自给自足的水平甚至通过种植作物，制作小工艺品等盈利。2003年7月，政府宣布新的计划，要求建设新工业区并让多达8000人吸毒者在那里居住劳动五年之久(VCHR 2000; Crofts 2003; Voice of Vietnam 2003)。

对吸毒者进行药物试验。例如在圣匹兹堡，据报道医生在人脑中做降低毒瘾的试验(Tsekhanovich 2002)。其他未被证实但是很常见的试验包括进行胰岛素戒毒试验，在国中也有配置声称能治疗艾滋病的草药(Tsekhanovich 2002; Human Rights Watch 2003)。

对注射吸毒者的HIV治疗

对艾滋病的治疗和预防两者相辅相成。下面巴西的情况说明，只有社会在对艾滋病提供的帮助包括体统治疗和支持时，人们才会积极主动地检测自己是否得了艾滋病并帮助他人免受感染。另外支持治疗和预防相结合的观点指出治疗可以同时降低垂直（母婴）传染和平行传染，治疗可以挽救人的生命，保证社会设施和经济建设的进行，这些反过来又可以防止艾滋病的感染，另外，治疗和预防的同时进行可以在比较贫困的国见开展，这一点和以往的论调是截然相反的(Berkman 2001; Orrell, Bansgberg et al. 2003)。

吸毒感染艾滋病情况严重的国家对吸毒者的艾滋病治疗，包括三合一的抗逆转录病毒疗法都没有给予足够的重视。尽管当今治疗HIV的材料十分有限还不能给出有力的定论——吸毒感染艾滋病情况严重的国家三千五百万艾滋病HIV感染者中，接受抗逆转录病毒疗法的不足1200人——初步的情况是在对吸毒者HIV的治疗中尚未包括对注射吸毒者的治疗。在俄罗斯，2002年感染HIV的人中90%是注射吸毒者，据圣彼得堡和莫斯科的艾滋病服务项目报道，尚无注射吸毒者接受抗逆转录病毒疗(CEEHRN 2002)。在吉隆坡著名的HIV诊所，政府提供给患者三合一抗逆转录病毒疗法其中的一个，患者自己支付其他两个，注射吸毒者占HIV患者中的75%，其中只有20%的注射吸毒者能够得到这种治疗(Kamarulzaman 2003)。这其中没有正在使用毒品者。在中国注射吸毒感染艾滋病问题严重的云南省，只有300名患者接受了美国研究项目资助的三合一抗逆转录病毒治疗，机会性感染疗法也十分有限。在云南省的其他地方，艾滋病诊所并不营业，病床也只是空置的(Human Rights Watch 2003)。在乌克兰，2002年登记的HIV感染病例中注射吸毒

者占69%，但是只有20%的注射吸毒者接受三合一抗逆转录病毒治疗，据报道艾滋病治疗中心将注射吸毒者放在等候治疗患者的最后(CEEHRN 2002)。

没有明确保障，大规模的治疗依然可能将吸毒者排除在外。例如，中国政府2003年宣布提供两种国产治疗艾滋病药物给3000名艾滋病患者(Human Rights Watch 2003)，然而这种治疗只提供给河南因输血感染的艾滋病患者，而不是由于注射吸毒感染艾滋病严重的其他省份。虽然世界卫生组织确定三合一疗法为治疗艾滋病标准疗法，但在俄罗斯还是只对大量HIV患者提供单一的疗法。越南近来提供只包括两种药物的结合疗法，但其价格比紧邻泰国的三合一药物还贵(Saigon Times 2003)。究竟哪些HIV/AIDS的流行的特点促使国家在多大程度上致力于提供HIV治疗还不尚清除。中国，俄罗斯，乌克兰和高棉都增受到全球基金会提供的用于预防治疗艾滋病的资助。但是被批准受资助的国家都没有详细提到这些资金将怎样使注射吸毒者包括在HIV治疗中。

这个问题部分归过于捐赠国，很多捐赠国自身也没有明确的对待治疗注射吸毒者的有效政策。在注射吸毒感染艾滋病情况严重的国家中治疗HIV/AIDS的方式也反应了全球范围治疗注射吸毒者问题上的不足之处。甚至NGO对注射感染艾滋病国家HIV治疗的分析也仅强调抗逆转录病毒疗法，很少提及对注射吸毒者的治疗情况(Human Rights Watch 2003; U.S.-Russia Working Group 2003)。美国组织公开寻求治疗大多数人方法，并在禁止注射器交换项目且歧视注射吸毒者的国家中实施(Elovich and Wolfe 2003)。总之，捐赠国不要再次忽略接受捐赠国注射吸毒者的利益这一点至关重要。

亚洲和前苏联国家由注射吸毒感染的艾滋病病例引起这些地区对治疗HIV特别的关注。在不同国家里，需要怎样的改变，采用延长诊所营业时间或者使用多种药物混合的药片能更有效地解决治疗HIV中存在的问题呢？在没有条件治疗所有HIV患者的情况下，采用怎样的标准模糊HIV感染者是否是吸毒者这个问题呢？监狱中怎样的治疗最为有效呢？对于使用美沙酮或丙型肝炎患者怎样的治疗方式最为有效呢？怎么的政策才能保证在艾滋病治疗机构吸毒者也能受到同样的治疗呢？

这些问题对注射感染艾滋病严重的国家来说都是至关重要的。如果不因其足够的重视和必要的伦理导向，接受捐赠的国家很有可能在治疗艾滋病这个问题上把注射毒品感染艾滋病这部分群体排除在外。

案例研究 巴西治疗注射吸毒者感染HIV的情况

在世界银行的帮助和巴西自身在HIV流行前就做出的致力于公众健康及人权的努力下，巴西政府于1996年保证了全体公民都可以免费接受抗逆转录病毒治疗。在预防艾滋病努力的同时作用下，巴西取得了预防专家称之为“预防和治疗相结合最好的例证”的巨大成效(Global HIV Prevention Working Group 2003)，注射吸毒者感染艾滋病的案例也显著减少。

巴西在西半球国家中是第二大HIV感染率最高的国家，由于注射吸毒，HIV感染率一直在增加，由1998年的18%增加到2000年的25% (Latin American Harm Reduction Network 2003)，巴西政府一直全面采用降低毒品毒副作用的项目。监狱为犯人提供安全套，还为包括未婚伴侣的来访伴侣提供房间。警方曾一度干扰降低毒品毒副作用工作者，后来市级和地方政府对降低毒品毒副作用和交换注射器项目表示支持，在有的地方还通过了自己的法律改革使注射器交换工作合法化。在Porto Alegre，酒吧和饭店还回收使用过的注射器并发放消毒注射器。在没有流动注射室的情况下，最贫困地区的居民会自愿让出自己的房子做注射室之用(Bastos 2000)。

巴西政府一贯认为治疗和预防二者相辅相成，治疗应用是对付艾滋病传播的必要部分，巴西政府给包括吸毒者在内的所有艾滋病患者提供抗逆转录病毒治疗。政府不断就药品价格问题与制药厂协商，有时还自行生产药物。抗逆转录病毒治疗的范围可以与美国和西欧国家相比。

巴西艾滋病的预防和治疗工作都超过了比其更加发达的国家。吸毒者中的艾滋病死亡率 - 或更泛地说艾滋病患者的死亡率 - 比起1996年下降了50%，机会性感染率下降了60 - 80%。政府估计，1997 - 2001年间由于可以方便地得到治疗，减少了360,000个住院病人，节约开支一亿美元 (Global HIV Prevention Working Group 2003)。艾滋病病例中注射吸毒感染艾滋病地比例从1991年地30%下降到2000年地12 (UNODC 2003)。一个对减少毒害作用地五个项目地研究发现，60%的参与该项目六个月的人一直使用自己的注射器 (Caiffa 2000)。一项全国范围内的调查显示，注射吸毒者中使用安全套的人数从1999年的42%增加到2000年的65% (UNAIDS 2002)。

几点建议

国家范围内的改革

- ◆ 将吸毒问题列入国家艾滋病计划和国家毒品计划。不能协调对待吸毒和艾滋病问题将不利于控制吸毒和艾滋病工作的进行。
- ◆ 撤销对拥有少量毒品的人判刑和关押的政策。判刑和强迫治疗侵害当事人心理健康，使其健康受包括HIV,丙型肝炎，结核病等危害，反而还可以促使HIV感染。
- ◆ 不应认为携带吸毒用品是犯罪行为，允许在没有处方的情况下购买注射器，加强公众教育。甚至在允许购买注射器的国家里，吸毒者也惧怕因购买注射器被捕。
- ◆ 撤销对因为毒隐或有过吸毒史的人的判刑。大量的逮捕都只是基于怀疑使用毒品，禁止开展带有政治目的的‘清查’运动。同样，应撤销对因为毒隐或有过吸毒史的人的判刑。
- ◆ 保护注射吸毒者的隐私，保护HIV感染者的隐私。吸毒者或感染HIV者在医疗机构留有的档案不能提供给执法部门或政府部门和非政府部门，也不能向社区成员透露有关信息。
- ◆ 提供HIV治疗，支持监狱中的艾滋病患者接受治疗。在监狱中的艾滋病患者应得到和监狱外治疗艾滋病同样的待遇。
- ◆ 停止惩罚性登记注射吸毒者及艾滋病患者。惩罚性登记注射吸毒者及艾滋病患者，监视吸毒者和艾滋病患者的行为带有污辱性，会适得其反。
- ◆ 停止法庭上剥夺吸毒者正当审判程序的行为。剥夺其法律顾问的行为，没有及时审理而长时间关押，敲诈逼供等行为都是违反人权和基本的法律公正的准则的。
- ◆ 在决定是否需要判刑和判刑的长短时要听取健康专家的意见。判刑时要根据个人的情况决定，需要听取健康专家的意见，而不是仅根据警方，法官等的意愿，也不能因为行径铲除‘社会毒瘤’运动而随意判刑。
- ◆ 在监狱中和对刚被释放的人采取降低毒品毒害的措施，采取包括发放注射器，发放安全套，

实施代替疗法等预防HIV的措施。如果监狱外可以实施降低毒品毒害的措施，监狱内也应该实施。由于监狱内感染HIV的问题很严重，应特别关注狱中预防艾滋病及防止刚释放出狱的人感染艾滋病这一问题。

- ◆ 实施对偶尔吸毒者和长期吸毒者及吸食不同毒品者不同的治疗方案。吸食cannabis和海洛因的人，或偶尔吸毒和经常吸毒的人，在法律上都是同等对待的，但是对于这些人治疗方法却有显著不同。
- ◆ 在政府的资助下，降低对毒品需求量，在联合国艾滋病规划署和世界卫生组支持下，采取预防HIV的措施。这些措施应包括对住院病人，非住院病人，出院后的调养，注射器交换，防止吸毒过量和代替疗法。
- ◆ 治疗中心和戒毒所采取能达到最佳效果最低标准疗护。这些服务需要包括协助戒毒，心理治疗，及人道的戒毒治疗。
- ◆ 加强出院调养项目，包括对吸毒者提供降低毒品毒害的服务，如治疗后再次吸毒，不应对其采取惩罚性措施。在缺少出院调养的情况下，对再次吸毒者的惩罚及延长关押时间使戒毒治疗成为再次入狱的先兆。
- ◆ 分析HIV治疗对于注射吸毒者的可行性，停止治疗过程中对吸毒者的歧视现象。禁止或不支持吸毒者接受不论是抗逆转录病毒治疗还是艾滋病治疗的政策或做法都是不人道的，只能适得其反。

参考书目

Bibliographic References

- Abdul-Quadar, A., S. Friedman, et al. 1987. Methadone maintenance and behavior by intravenous drug users that can transmit HIV. *Contemporary Drug Problems* 14: 425-434.
- Abramkin, V. 2003. Reduction of Russia's prison population: Possibilities and limitations. *Situation of Prisoners in Contemporary Russia*. T. Lokshina. Moscow, Moscow Helsinki Group.
- ACAN. 2000. Report on review of methadone treatment programme. Hong Kong, Action Committee Against Narcotics, Government of Hong Kong. 2003.
- Agence France Presse. 2003. Majority of drug producers, traffickers arrested: Thai government. Bangkok, May 20.
- Ainsworth, M., C. Beyrer, et al. 2003. AIDS and public policy: The lessons and challenges of success in Thailand. *Health Policy* 64(1): 13-37.
- Amornwichee, P., A. Teeraratkul, et al. 2002. Preventing mother-to-child HIV transmission: the first year of Thailand's national program. *Journal of the American Medical Association* 288(2): 245-8.
- Associated Press. 2001. China marks U.N. anti-drug day with executions, public rallies. Beijing. June 26.
- Associated Press. 2002. China executes 64 to mark U.N. anti-drug day. Shanghai. June 26.
- Armenta, A. and M. Jelsma. 2001. Afghanistan, drugs and terrorism: Merging wars. *Drugs and Conflict Debate Papers* No. 3. Amsterdam, Transnational Institute.
- ASIAINFO News. 2001. Yunnan tourism will become new support industry. *ASIAINFO Daily China News*.
- AsiaPort, China.
- Asian Harm Reduction Network. 2002. Yunnan cradles responses to drug use like a newborn. *AHRN Newsletter* (29): 1-5.
- Ball, A. 1998. Policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use. In *Drug Injecting and HIV Infection: global dimensions and local responses*. Stimson et al, eds. London, UCL Press.
- Ball, A. and N. Crofts. 2002. HIV/AIDS Prevention and care in resource-constrained settings. Arlington, Virginia, Family Health International.
- Ball, J. C. and A. Ross. 1991. The effectiveness of methadone maintenance treatment: Patients, programs, services, and outcome. New York, Springer-Verlag.
- Bastos, F. 2000. Drugs and AIDS: A case study from Brazil. *Urban Health and Development Bulletin* 3(2).
- Beg, M. 1999. SHAKTI: Working with injecting drug users in Bangladesh. *Asian Harm Reduction Network Newsletter* (16): 7-8.
- Berkman, A. 2001. Confronting global AIDS: Prevention and treatment. *Am J Public Health* 91(9): 1348-9.

Bewley-Taylor, D. R. 2002. Challenging the UN drug control conventions: Problems and possibilities. *International Journal of Drug Policy* 14: 171-179.

Beyrer, C. 1998. *War in the blood*. New York, Zed Books.

Beyrer C. 2003. HIV infection rates and heroin trafficking: Fearful symmetries. *Bulletin on Narcotics: The Science of drug use epidemiology* 14(2): 400-417.

68 ILLICIT DRUG POLICIES AND THE GLOBAL HIV EPIDEMIC

Beyrer, C., J. Jittiwutikarn, et al. 2003. Drug Use, increasing incarceration rates, and prison associated hiv risks in Thailand. *AIDS and Behavior* 7(2): 153-161.

Beyrer, C., M. H. Razak, et al. 2003. Assessing the magnitude of the HIV/AIDS epidemic in Burma. *J Acquir Immune Defic Syndr* 32(3): 311-7.

Beyrer, C., M. H. Razak, et al. 2000. Overland heroin trafficking routes and HIV-1 spread in south and southeast Asia. *AIDS* 14(1): 75-83.

Bich San, P. and P. Huy Dung. 2002. Evaluation of the national AIDS program January 1996 - June 2001 in Vietnam. Hanoi, Market and Development Research Center.

Brown, J. and N. Rusinova. 2000. Negotiating the post-Soviet medical marketplace: Growing gaps in the safety net. In *Russia's torn safety nets: Health and social welfare during the transition*. M. G. Field and J. L. Twigg. New York, St. Martin's Press: 65-82.

Burrows, D. 2001. A Best practice model of harm reduction in the community and in prisons in the Russian federation. Washington, DC, World Bank Human Development Network.

Caiffa, T. 2000. Provenção do HIV em Populações em Uds e Projeto Ajude-Brasil. *Consumo de drogas desafios e perspectivas*. F. Mesquita and S. Seibel. Sao Paulo.

Castells, M. 1991. *The informational city: A new framework for social change*. Toronto, Centre for Urban and Community Studies University of Toronto.

CEEHRN. 2002. Injecting drug users, HIV/AIDS treatment and primary care in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: Results of a region-wide survey. Vilnius, Central and Eastern European Harm Reduction Network.

CEEHRN. 2003. Draft laws proposed by the Moscow City Duma contradict the constitution of the Russian Federation and generally accepted principles of the international law. Vilnius, Central and Eastern European Harm Reduction Network.

Centers for Disease Control and Prevention. 2002. Preventing the sexual transmission of HIV, the virus that causes AIDS, <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts.htm>. 2002.

CND. 1999. E/CN.7/1999/13 Programme, sector, execution modality and location by cost and volume changes, 1998-1999. Vienna, Commission on Narcotic Drugs.

CND. 2002. Res.45/1 Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the context of drug abuse. Vienna, Commission on Narcotic Drugs.

CND. 2003. E/CN.7/2003/L.23/Rev.1 Joint Ministerial Statement and further measures to implement the action

plans emanating from the twentieth special session of the General Assembly. Vienna, Commission on Narcotic Drugs.

CND. 2003. Res.46/2 Strengthening strategies regarding the prevention of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in the context of drug abuse. Vienna, Commission on Narcotic Drugs.

Cohen, J. 2003. The next frontier for HIV/AIDS: Myanmar. *Science* 301(5640): 1650-5.

Cravero, K. 2002. Address to the Commission on Narcotic Drugs. Commission on Narcotic Drugs, Vienna.

Crofts, N. 2003. Personal communication, June 2003.

EFFECTS OF UN AND NATIONAL GOVERNMENT APPROACHES 69

Daily Star. 2003. HIV infection alarming among drug users. June 30. Vol. 4, no. 34, p. 1.

Dehne, K. and Y. Kobyscha 2000. The HIV epidemic in Central and Eastern Europe: Update 2000. A Report to a Second Strategy Meeting to Better Coordinate Regional Support to National Responses to HIV/AIDS in Central and Eastern Europe, Copenhagen, World Health Organization.

DLHPRN. 2002. Drug Policy and Health in Ukraine. Drug Law and Health Policy Research Network. New York, Open Society Institute.

Dolan, K., S. Rutter, et al. 2003. Prison-based syringe exchange programmes: A review of international research and development. *Addiction* 98(2): 153-158.

Dolan, K. and A. Wodak. 1996. An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research* 4(1): 85-97.

Dorabjee, J. 2002. Bangladesh's success story in preventing HIV among injecting drug users. *AHRN Newsletter* (27): 7-8.

Dorabjee, J. 2003. Personal communication. August-September, 2003.

Drobniewski, F., Y. Balabanova, et al. 2002. Rifampin- and Multidrug-Resistant Tuberculosis in Russian civilians and prison inmates: Dominance of the Beijing strain family. *Emerging Infectious Diseases* 8(11): 131-135.

Drucker, E. 1999. Drug prohibition and public health: 25 years of evidence. *Public Health Reports* 114(1): 14-29.

Elovich, R. and D. Wolfe. 2003. Working with active substance abusers. *Handbook for HIV Physicians*. R. Finkelstein, ed. New York, New York Academy of Medicine.

Fazey, C. 2003. The Commission on Narcotic Drugs and the United Nations International Drug Control Programme: Politics, policies and prospect for change. *International Journal of Drug Policy* 14: 155-169.

Global HIV Prevention Working Group 2003. Access to HIV prevention: Closing the gap. New York, Bill and Melinda T. Gates Foundation, Henry J. Kaiser Family Foundation.

Grund, J. P. C. 2001. A candle lit from both sides: The epidemic of HIV infection in Central and Eastern Europe. *HIV and AIDS: A Global View*. K. McElrath. Westport CT, USA, Greenwood Press.

Hankins, C. 2002. Opening Ceremony Address. 13th International Conference on Drug Related Harm, Ljubljana, Slovenia.

Harring, S. 1991. Death, drugs and development: Malaysia's mandatory death penalty for traffickers

and the international war on drugs. *Columbia Journal of Transnational Law* 29(2): 368-405.

Hellenic Presidency of the European Union 2003. Report on the High Level Conference on Drugs. Athens.

Higgs, P. 2003. Personal communication, July 2003.

Hing, P. M. 2003. HIV/AIDS Situation in Vietnam in 2002. International Harm Reduction Association, Bangkok.

Hossain, M. 2000. Injecting drug users, HIV risk behaviour and shooting galleries in Rajshahi, Bangladesh. *Drug and Alcohol Review*(19): 413-417.

Human Rights Watch. 2003. Fanning the flames: How human rights abuses are fueling the AIDS epidemic in Kazakhstan. New York, Human Rights Watch. 15.

70 ILLICIT DRUG POLICIES AND THE GLOBAL HIV EPIDEMIC

Human Rights Watch. 2003. Injecting Reason: Human rights and HIV prevention for injection drug users. New York, Human Rights Watch. 15.

Human Rights Watch. 2003. Locked doors: The human rights of people with HIV/AIDS in China. New York, Human Rights Watch.

INCB. 1993. E/INCB/1993/1. Report of the International Narcotics Control Board for 1993. Vienna, International Narcotics Control Board.

INCB. 1997. E/INCB/1997/1. Preventing drug abuse in an environment of illicit drug promotion. Report of the INCB for 1997. Vienna, International Narcotics Control Board.

INCB. 2000. Current membership of the International Narcotics Control Board. Vienna, International Narcotics Control Board.

INCB. 2000. E/INCB/2000/1. Report of the INCB for 2000. Vienna, International Narcotics Control Board.

INCB. 2002. E/INCB/2002/W.13.SS.5. Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches. Vienna, International Narcotics Control Board.

INCB. 2002. E/INCB/2002/1 Report of the INCB for 2002. Vienna, International Narcotics Control Board.

INCB. 2003. Role of the INCB, International Narcotics Control Board. www.incb.org. Accessed September 27, 2003.

IPPF. 2003. US cancels HIV/AIDS programme for Brazil. www.ippfnet.ippf.org/pub/IPPF. September 23. Accessed July, 2003.

Itar News Service. 2000. Remarks of Prime-minister V. Matvienko.

Jenkins, C., H. Rahman, et al. 2001. Measuring the impact of needle exchange programs among injecting drug users through the National Behavioural Surveillance in Bangladesh. *AIDS Educ Prev* 5(13): 452-61.

Kamarulzaman, A. 2003. Personal communication, July 2003.

Kaplan, K. 2003. Personal communication, August 2003.

Krajewski, K. 1999. How flexible are the United Nations drug conventions? *International Journal of Drug Policy* 10: 329-338.

Kucheruk, E. 2003. Personal communication, August 2003.

Kuppusamy, B. 2003. Malaysia's war on social ills draws skepticism. South China Morning Post. Hong Kong: 8.

Latin American Harm Reduction Network 2003. State of the Epidemic, (Rede Latinoamericano de Reducao de Dano).

Levinson, L. 2003. Russian drug policy: Need for a change. Stating the problem and revealing the actual picture.

Mobilizing Allies in Fight For Human Rights & Harm Reduction (Conference), Budapest, Hungary. June 1, 2003.

Lezhentsev, K. 2003. Personal communication, July 2003.

Lindesmith Center. 1997. Research brief: Methadone maintenance treatment. New York, NY, Lindesmith Center.

EFFECTS OF UN AND NATIONAL GOVERNMENT APPROACHES 71

Liu, W. 1996. The causes, control and treatment of illegal drugs. *CJ International* 12(5): 11-17.

Liu, Y., G. Jiang, et al. 2002. Drug resistance of *Mycobacterium tuberculosis* in a nationwide epidemiological survey in China in the year of 2000. *Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi* 25(4): 224-7.

Loh, D. 2003. Reformed addicts to work in plantations. *New Strait Times*. Kuala Lumpur: 3.

Lubin, N., A. Klaitis, et al. 2002. Narcotics interdiction in Afghanistan and Central Asia: Challenges for international assistance. New York, Open Society Institute.

Macan-Markar, M. 2003. Thailand: Victory in anti-drug war comes with high cost. Inter Press Service. Bangkok.

Malaysian AIDS Council. 2003. Personal communication, August 2003.

Malinowska-Sempruch, K. 2001. Harm Reduction Policies Needed to Stem the Spread of HIV in Prisons in Eastern Europe and the former Soviet Union. *IHRD Harm Reduction News* (Winter 2001).

Malinowska-Sempruch, K., J. Hoover, et al. 2003. Unintended consequences: Drug policies fuel the HIV epidemic in Russia and Ukraine. New York, Open Society Institute.

Melnikov, V. 2003. Personal communication, July 2003.

MHG. 2003. Situation of prisoners in contemporary Russia. Moscow, Moscow Helsinki Group.

MSF. 2003. Homelessness: The continued persecution of former prisoners. Situation of Prisoners in Contemporary Russia. T. Lokshina. Moscow, Moscow Helsinki Group.

MSF. 2003. Tuberculosis in Russia's prisons: Dying for reform. Situation of Prisoners in Contemporary Russia. T. Lokshina. Moscow, Moscow Helsinki Group.

Musto, D. F. 1999. The American disease: Origins of narcotic control. New York, Oxford University Press.

Myanmar Central Committee for Drug Abuse Control. 2003. The war on drugs: Myanmar's efforts for the eradication of narcotic drugs, Myanmar Central Committee for Drug Abuse Control. http://myanmarnarcotic.net/heroin/Drug_Museum/Museum.html. Accessed September 27, 2003.

Nakachol, K. 1997. Drug bonfire marks international day against drugs. *Bangkok Post*. Bangkok: 1.

Nelson, K. E., S. Eiumtrakul, et al. 2002. HIV infection in young men in northern Thailand, 1991-1998: increasing role of injection drug use. *J Acquir Immune Defic Syndr* 29(1): 62-8.

Newman, R. G. 1985. Narcotic addiction and methadone treatment in Hong Kong: Lessons for the United States. *Journal of Public Health Policy* 6(4): 526-538.

Newman, R. G. 2003. Strategies for advocacy: The case of methadone. In *Mobilizing Allies in the Fight for Harm Reduction and Against HIV/AIDS*, Budapest.

O'Hare, P., R. Newcombe, et al. 1992. *The reduction of drug-related harm*. New York, Routledge.

ONDCP. 2003. 2003 National drug control strategy. Washington, DC, United States Office of National Drug Control Program.

Open Society Institute 2001. *Drugs, AIDS, and harm reduction: How to slow the HIV epidemic in Eastern Europe and the former Soviet Union*. New York: 11-23.

72 ILLICIT DRUG POLICIES AND THE GLOBAL HIV EPIDEMIC

Orrell, C., D. Bansberg, et al. 2003. Adherence is not a barrier to successful antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS* 17(9): 1369-1375.

Parker, R. 2000. *Globalization, Structural Violence, and the Political Economy of HIV/AIDS*. Public Lecture, Mailman School of Public Health, Columbia University.

Phyu, S., T. Ti, et al. 2003. Drug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* among new tuberculosis patients, Yangon, Myanmar. *Emerg Infect Dis* 9(2): 274-6.

Piot, P. 2001. Speech at the First Plenary Session. National HIV/AIDS STD Conference, Beijing.

Piot, P. 2003. Speech to the Commission on Narcotic Drugs. Commission on Narcotic Drugs, Vienna.

Powell, D. 2000. The problem of AIDS. In *Russia's torn safety nets : Health and social welfare during the transition*. M. G. Field and J. L. Twigg. New York, St. Martin's Press: 123-151.

PRC Ministry of Foreign Affairs. 2002. Constantly strengthening drug control legislation. www.fmprc.gov.cn/eng/4519. Accessed June 27, 2003.

Rahmy, C. 2002. interview with Dr. Philip O. Emafo. United Nations Office on Drugs and Crime UPDATE 2: 6-7.

Razak, M., J. Jittiwutikarn, et al. 2003. HIV prevalence and risks among injection and noninjection drug users in Northern Thailand: Need for comprehensive HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 33: 259-266.

Reid, G. and G. Costigan 2002. *Revisiting 'the hidden epidemic': A situation assessment of drug use in Asia in the context of HIV/AIDS*. Fairfield, Australia, The Centre for Harm Reduction at The Burnet Institute.

Rhodes, T., L. Mikhailova, et al. 2003. Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. *Social Science and Medicine* 57: 39-54.

Rhodes, T., G. V. Stimson, et al. 1999. Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': Implications for assessment and response. *AIDS* 13Suppl A: S259-69.

Room, R. 2003. *Impact and implications of the international drug control treaties on IDU and HIV/AIDS prevention and policy*. Toronto, Health Canada.

Room, R. and A. Paglia. 1999. *The international drug control system in the post-Cold War era. Managing markets or fighting a war?* *Drug and Alcohol Review* 18: 305-315.

Roschupkin, G. 2003. HIV/AIDS prevention in prisons in Russia. In *Situation of prisoners in contemporary*

Russia. T. Lokshina. Moscow, Moscow Helsinki Group.

Rossi, C. 2003. A critical reading of the reports of the International Narcotics Control Board and of the U.S. Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs. World Drugs Report. New York, International Antiprohibitionist League.

Saigon Times. 2003. Local HIV/AIDS drug maker to reduce price. Saigon Times. Saigon: 1.

Schaepe, H. 1999. INCB position on shooting galleries. Letter to Father J.M. George. New South Wales. 2003.

Schwartz, M. 1987. Deadly traffic. New York Times Magazine: March 22. 58-62.

EFFECTS OF UN AND NATIONAL GOVERNMENT APPROACHES 73

74 ILLICIT DRUG POLICIES AND THE GLOBAL HIV EPIDEMIC

Strathdee, S. and K. Poundstone. 2003. The international epidemiology and burden of disease of injection drug use and HIV/AIDS. In Reducing the risks, harms and costs of HIV/AIDS and injection drug use (IDU): A synthesis of the evidence base for development of policies and programs. J. Rehm, B. Fischer and H. Emma. Toronto, Health Canada.

Suwannawong, P. and K. Kaplan. 2003. Personal communication, August 2003.

Szasz, T. S. 1996. Our right to drugs: The case for a free market. Syracuse, NY, Syracuse University Press.

Szasz, T. S. 2003. Ceremonial chemistry: The ritual persecution of drugs, addicts, and pushers. Syracuse, N.Y., Syracuse University Press.

Thai Press Reports 2003. UNODC praises thailand's success in narcotics suppression. Global News Wire

Financial Times. Bangkok. May 14.

TNI 2003. An agenda for Vienna change of course. Transnational Institute Briefing Series (2003/3).

Trebach, A. 2002. World drug report 2002 (book review). International Journal of Drug Policy (13): 233-238.

Tsekhanovich, S. 2002. Personal communication, January 2002.

U.S. State Department. 2002. International Narcotics Control Report: China. Washington, DC, State Department.

U.S. State Department. 2002. International Narcotics Control Report: Ukraine. Washington, DC, State Department.

UN General Assembly. 1998. A/Res/S-20/2. Political declaration. 9th Plenary Meeting. New York.

UNAIDS. 2000. AIDS epidemic update—December 2000. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS. 2000. UNAIDS/WHO Hail consensus on use of Cotrimoxazole for prevention of HIV-related infections in Africa. Geneva, UNAIDS.

UNAIDS. 2001. AIDS epidemic update—December 2001. Geneva, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS. 2002. HIV/AIDS: China's titanic peril: 2001 Update of the AIDS situation and needs assessment report. Geneva, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS. 2002. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS. 2002. Live and Let Live: World AIDS campaign 2003 .

www.unaids.org/wac/2002/index_en.html.

Accessed September 20, 2003.

UNAIDS. 2002. What does HIV mean to me? www.unaids.org. 2002. Accessed June 23, 2002.

UNAIDS. 2003. AIDS Epidemic update—December 2003. Geneva, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS/UNODCCP. 2000. Drug use and HIV vulnerability. Geneva/Vienna, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

UNAIDS/World Bank. 1998. Background materials and outputs from an on-line conference. In Antiretroviral treatment in developing countries: questions of economics, equity and ethics, (www.worldbank.org/aidsecon/arv/index.htm).

UNICEF. 2003. Former prime minister of Thailand leads the fight against HIV/AIDS (Press Release). New York, UNICEF.

UNICEF, UNAIDS, et al. 2002. Sources and prices of selected drugs and diagnostics for people living with HIV/AIDS. Copenhagen/Geneva/Paris, A joint project of UNICEF, UNAIDS, WHO, MSF.

UNICEF-ICDC. 1999. After the fall: the human impact of ten years of transition. Florence, Italy.

United Nations. 1971. Convention on psychotropic substances. 1971. Geneva, United Nations.

United Nations. 1988. United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances.

United Nations. 1996. Preparations for and possible outcome of a special session of the General Assembly on international drug control. Report of the Secretary General: A/51/469.

UNODC. 2003. Global Illicit Drug Trends. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC. 2003. UNODC invests U.S. \$ 1 Million in a South Cone partnership and expands the Brazilian experience on HIV/AIDS and drug abuse prevention. Brasilia, United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODCCP. 2002. Global illicit drug trends. New York, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

USAID. 2002. HIV/AIDS epidemic in Central Asia, USAID Program for control and prevention of infectious diseases in Central Asia. www.usaid.gov/locations/europe_eurasia/car/hiv_aids/ htm. Accessed September 2002.

USNIC. 2002. The next wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China. Washington, DC, U.S. National Intelligence Council.

U.S.-Russia Working Group. 2003. On the frontline of an epidemic. New York/Moscow, Transatlantic Partners Against AIDS/East-West Institute.

Vanichseni, S., B. Wongsuwan, et al. 1991. A controlled trial of methadone maintenance in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV. *Int J Addict* 26(12): 1313-20.

VCHR. 2000. Notes on criminal penalties for drug users in Vietnam. Boissy Saint Leger, Vietnam Committee on Human Rights.

Viyenski and Dvoryak. 2002. Evaluating the effectiveness of drug abuse treatment (Unpublished report). Kyiv.

Voice of Vietnam. 2003. HCM City maximizes drug control effort. www.vov.org. July 20, 2003. Accessed September 20, 2003.

Vu Doan Trang. 2001. Harm reduction for injecting drug users in Vietnam: A situation assessment. Report for Macfarlane Burnet Centre, Victorian Public Health Training Scheme. www.chr.asn.au/projects.html Accessed July 26, 2003.

Walsh, S. 1988. Some aspects of international drug control and illicit drug trafficking. *International Drug Trafficking*. D. Rowe. Chicago, Office of International Criminal Justice—University of Illinois.

Ward, J., R. Mattick, et al. 1994. The effectiveness of methadone maintenance treatment: an overview. *Drug and Alcohol Review* 13: 327-336.

EFFECTS OF UN AND NATIONAL GOVERNMENT APPROACHES 75

Webb, A. 1996. Life in Hong Kong beyond heroin. *The Asian Wall Street Journal*. Hong Kong.

Weil, A. and W. Rosen. 1993. From chocolate to morphine : Everything you need to know about mind-altering drugs. Boston, Houghton Mifflin.

WHO. 1998. Tenth WHO model list of essential drugs. Geneva, World Health Organization.

WHO. 2002. Scaling up retroviral therapy in resource-limited settings: Guidelines for a public health approach. Geneva, World Health Organization: 1-58.

WHO. 2003. Rising drug use presents HIV threat in Asia. Manila, World Health Organization: October 2.

Wise, J. 1998. WHO identifies 16 countries struggling to control tuberculosis. *BMJ* 316(7136): 957.

Wong, K. H., S. S. Lee, et al. 2003. Adherence to methadone is associated with a lower level of HIV-related risk behaviors in drug users. *J Subst Abuse Treat* 24(3): 233-9.

World Bank. 1997. Levels of injection among drug users. *Confronting AIDS*. Oxford, Oxford University Press.

Xinhua News Agency. 2003. UNODC praises Thailand's success in narcotic suppression. Bangkok. May 13.

Xinhua News Agency. 2003. Vietnam declares war against social evils. Ho Chi Minh City. March 8.

Yongming, Z. 2000. The failure of state violence: China's anti-drug campaign in the 1990s. Madison, University of Wisconsin-Madison.

Zheng, X., C. Tian, et al. 1994. Injecting drug use and HIV infection in southwest China. *AIDS* 8(8): 1141-7.

本报告英文版，请参考：

http://www.soros.org/initiatives/ihrd/articles_publications/publications/cnd_20040316