序言

目前毒品和毒品市场规模不断扩大，其繁杂多样程度亦为前所未见。今年的《世界毒品问题报告》中列述的各项主要调研结果清晰表明，国际社会需要为应对这些挑战进一步加强其应对措施。

如今我们面对的毒品市场是潜在的供应侧驱动市场，其中鸦片和可卡因产量已到达创纪录水平。对可卡因和苯丙胺的市场需求也逐步从其传统区域蔓延扩张到其他新区域。尽管利用暗网进行的网上贩毒虽然仍仅占整个毒品贩运活动的一小部分，而且不少相关的热门交易平台已被成功查封，但其迅猛增长势头却至今不减。

在世界不少地区，非医疗用途使用处方药现象非常普遍。北美地区出现的类阿片滥用危机已引起各方应有的关注，国际社会也已对此采取了行动。2018年3月间，麻醉药品委员会把六种芬太尼类似物列入了管制清单，其中包括导致死亡人数增加的卡芬太尼。委员会此前已在其2017年的第六十届会议上决定把芬太尼和一种类似物的制作中使用的两种前体化学品置于国际管制之下。

然而，今年的《世界毒品问题报告》表明,目前披露出来的问题只是冰山一角。我们需要引起各方对曲马朵成瘾问题的警觉，因为非洲许多地区滥用这一药物的情况出现大幅增加。此种类阿片止痛药物的非医疗用途使用情况在亚洲也呈上升趋势，但目前却尚未被置于国际管制之下。那些高危人口由此而受到的影响正在引起严重关注，而且也对本已不堪负荷的各国卫生保健系统平添了新的压力。

与此同时，有更多的新型精神活性物质正在合成制作之中，而且也比以往任何时候都更容易获得。为此，与之相关的伤害和死亡报告也越来越多。

戒毒治疗及各类相关医疗服务仍然十分匮乏：目前正在接受治疗的毒疾患者人数依然很少，但每六名患者中只有一名能够得到治疗。2015年全世界吸毒致死人数约为450,000，其中167,750人为罹患吸毒疾患者，而后一类疾患者大都涉及类阿片。

所有这些都对人类健康和福祉、对安保和安全及可持续发展构成了威胁，因此亟需我们作出紧急应对。

2016年关于世界毒品问题的大会特别会议产生的成果文件中提出了100多项针对毒品供需两方面的、促进采用循证型预防、护理和其他措施的建议。

我们需要为推进这一共识采取更多的行动，向那些最需要的国家提供更多的支持，增进国际合作和执法能力，以捣毁有组织犯罪集团和取缔贩毒活动。

联合国毒品和犯罪问题办公室（毒品和犯罪问题办公室）继续与联合国各合作伙伴密切配合，协助各国依照各项国际毒品管制公约、人权文书以及《2030年可持续发展议程》，执行大会特别会议成果文件中所载列的各项建议。

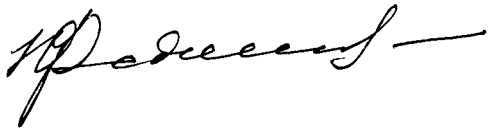
我们正在与世界卫生组织密切合作，共同支持《关于预防吸毒的国际标准》、关于治疗吸毒疾患患者的国际标准、以及关于与刑事司法系统有交集的吸毒疾患患者的治疗和护理指南。

《2018年世界毒品问题报告》突出强调了对性别和年龄具有敏感性的毒品应对政策，探讨了妇女和青少年的特别需要和挑战。此外，报告中还审视了老年群体中吸毒行为有所增加的情况，并表明需要针对这一新状况提供特别的治疗和护理。

毒品和犯罪问题办公室目前正在实地作出努力，大力推进采用平衡的和全面的解决办法。毒罪办公室进一步增强了其对阿富汗及其周边区域的综合支持力度，以应对创纪录的大规模鸦片剂生产以及由此而引发的各种安保风险。如今我们正在设法提供替代古柯种植的合法生计发展途径，以此支持哥伦比亚政府与哥伦比亚革命武装力量之间的和平进程。

此外，毒罪办公室还继续支持努力增进用于医疗和科学用途的受控物质的供应，但同时需要防止其被滥用和挪用——我们只有成功应对这一重大挑战，才能帮助非洲及其他区域切实应对曲马朵毒品危机。

明年麻醉药品委员会将主持召开《关于开展国际合作以综合和平衡战略应对世界毒品问题的2009年政治宣言和行动计划》的2019年目标日期的高级别部长级会议。与之相关的筹备工作目前正在进行之中。我谨此促请国际社会利用这一契机增强彼此之间的合作并共同商定有效的解决办法。



联合国毒品和犯罪问题办公室
执行主任
尤里 · 费多托夫

目录

第一 分册 内容提要——结论和政策影响

第二 分册 第二分册 全球毒品供需情况概览
最新趋势，跨领域问题

序言 1
目录 3
解释性说明 5
导言 9
A. 全球毒患规模与现状 11
目前全球吸毒者总人数超过2.5亿 11
B. 吸毒对健康产生的严重后果 13
每八名注射吸毒者中就有一名是艾滋病毒感染者 15
注射吸毒是丙肝病毒传播的主要途径 16
全球吸毒致死人数仍然很高 20
C. 毒品供应规模 25
毒品种植和生产 25
毒品缉获情况 26
Opium/Heroin 38
Coca/Cocaine 48
Cannabis 50
词汇表 55
区域分组 56

第三 分册 第三分册 毒品市场分析
类阿片、可卡因、大麻、合成毒品

第四 分册 第四分册 毒品与年龄
青少年和老年人中的吸毒及相关问题

第五 分册 第五分册 妇女与毒品
吸毒和毒品供应及其后果

致谢

《2018年世界毒品问题报告》系由联合国毒品和犯罪问题办公室政策分析和公共事务司研究和趋势分析处在政策分析和公共事务司司长Jean-Luc Lemahieu及研究和趋势分析处处长Angela Me的督导下编制。

总体协调与内容综述
Chloé Carpentier
Angela Me

分析与起草
Philip Davis
Kamran Niaz
Thomas Pietschmann

数据管理与估算数编制
Enrico Bisogno
Coen Bussink
Jesus Maria Garcia Calleja (世卫组织)
Hernan Epstein
Riku Lehtovuori
Andrea Oterová
Umidjon Rakhmonberdiev
Ali Saadeddin
Keith Sabin (艾滋病规划署)
Antoine Vella

编辑
Jonathan Gibbons

图片设计和制作
Anja Korenblik
Suzanne Kunnen
Kristina Kuttnig

协调
Francesca Massanello

数据支持
Diana Camerini
Chung Kai Chan
Sarika Dewan
Smriti Ganapathi

行政支持
Anja Held
Iulia Lazar

审查与评论
《2018年世界毒品问题报告》的编撰工作从毒品和犯罪问题办公室各司处同仁的专门知识和珍贵文稿中获益匪浅。

研究和趋势分析处谨此对“世界毒品问题报告科学咨询委员会”下列各位成员所提供的珍贵文稿和宝贵建议表示谢忱：

Jonathan Caulkins
Paul Griffiths
Marya Hynes
Vicknasingam B. Kasinather
Letizia Paoli
Charles Parry
Peter Reuter
Francisco Thoumi
Alison Ritter

悼念
Brice de Ruyver

毒品和犯罪问题办公室/艾滋病规划署/世卫组织/世界银行针对注射吸毒人数问题开展的联合估计数研究和编制工作得到了毒品和犯罪问题办公室业务司预防吸毒和健康处艾滋病毒/艾滋病科的部分资助。

解释性说明

地图所示边界和名称及所用称号并不代表联合国对其正式认可或接受。虚线大致代表印度与巴基斯坦商定的查谟和克什米尔控制线，但双方尚未商定查谟和克什米尔的最终地位。那些有争议的边界（中国/印度）因难以明确界定而采用网状线标示。

《世界毒品问题报告》所用名称和材料的编排方式，并不意味着联合国秘书处对任何国家、领土、城市或地区及其当局法律地位，或者对其疆域或边界划分表示任何意见。

国家和地区的名称系按收到相关数据时正式使用的名称编列。

《世界毒品问题报告》中所有提及科索沃之处均应按照安全理事会第1244(1999年)号决议理解。

由于“毒品使用”、“毒品误用”和“毒品滥用”之间的区别在科学和法律上均有模糊不清之处，因此《世界毒品问题报告》中使用“吸毒”和“毒品消费”等词语，而“误用”一词则仅用来指处方药的非医疗用途。

《世界毒品问题报告》中所用“毒品”一词均指受各项国际毒品管制公约管制的药物。

除非另有说明，《世界毒品问题报告》中所载全部分析均系基于各会员国通过年度报告调查表向联合国毒品和犯罪问题办公室提交的官方数据。

《世界毒品问题报告》中所用人口数据来源：《世界人口展望：2017年订正本》（联合国经济和社会事务部人口司编撰）。

除非另有说明，报告中的“元”均指美元。

除非另有说明，报告中的“吨”均指公吨。

本分册中使用了以下缩略语：

苯丙胺（ATS）	苯丙胺类兴奋剂
毒品毒瘾监测中心（EMCDDA）	欧洲毒品和毒瘾监测中心
欧盟执法局（Europol）	欧洲联盟执法合作局
乙肝病毒（HBV）	乙型肝炎病毒
丙肝病毒（HCV）	丙型肝炎病毒
艾滋病毒（HIV）	人体免疫缺陷病毒
迷幻剂（LSD）	麦角酰二乙胺
新精活（NPS）	新型精神活性物质
注射吸毒者（PWID）	注射吸毒者
艾滋病规划署（UNAIDS）	联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署
毒罪问题办公室（UNODC）	联合国毒品和犯罪问题办公室
世卫组织（WHO）	世界卫生组织

主要发现

吸毒可严重损害人体健康

全球约有2.75亿人——约占全球15-64岁人口的5.6%——在2016年至少使用过一次毒品。大约3,100万使用毒品的人患有吸毒疾患，这意味着他们的吸毒行为对其健康非常有害，已到可能需要治疗的程度。类阿片所造成的伤害仍高居首位，占吸毒致死总人数的76%。2016年全球注射吸毒者人数约为1,060万，这一群体的健康风险最高，其中超过一半的人患有丙型肝炎，八分之一的人携带艾滋病毒。

与吸毒有关的死亡人数仍然很高

根据世界卫生组织的数据，2015年大约有45万人因吸毒而死亡。在这些死亡中，有167,750人与吸毒疾患直接相关（主要是过量使用）。其余的死因间接归咎于吸毒行为，包括因不安全注射方式而染上艾滋病毒和罹患丙型肝炎导致的死亡。

过量使用非医疗用途类阿片药物而导致的死亡在北美已呈大幅蔓延之势

2015和2016年间，美国的预期寿命连续两年出现下降，半个世纪以来这尚属首次。所涉关键因素之一即是意外伤害的增加，其中包括吸毒过量导致的死亡。

2016年间，美国有63,632人因药物摄入过量而死亡，这是历来最高的纪录，比去年增加了21%。这主要归因于与药用类阿片相关的死亡人数的增加，包括芬太尼和芬太尼类似物。这组除美沙酮之外的类阿片与该国19,413例死亡有关，是2015年死亡人数的两倍多。有证据表明加拿大也因此受到影响，该国2016年出现的众多过量死亡均涉及芬太尼及其类似物。

在北美以外的区域，除爱沙尼亚外，芬太尼及其类似物的影响则相对较低。

许多国家仍无法提供为减少毒品所造成的伤害所需要的充足戒毒治疗和保健服务

2016年有六分之一的吸毒病症患者接受了相关的治疗，这一比例相对较低，近年来一直保持不变。

注射吸毒者经历了因吸毒而产生的极为严重的健康后果。对旨在减少注射吸毒损害健康的服务进行的一项全球性审查结果表明，只有79个国家实施了针头和针筒方案以及类阿片替代疗法。据认为仅有4个国家对这两类干预措施具有高覆盖率。

关于获得艾滋病毒检测和咨询以及抗逆转录病毒疗法方面的信息仍然很少：只有34个国家可以确认已制订针对注射吸毒者的艾滋病毒检测计划，17个国家证实尚未制订此种计划。有162个国家没有提供任何抗逆转录病毒疗法可用性方面的信息。

过量使用和非致命性过量使用已成为普遍现象

在使用海洛因和（或）可卡因以及注射毒品的吸毒者中，过量使用现象非常普遍。这为我们提供了一个进行干预和施加影响的机会（例如，在类阿片过量使用的情况下使用纳洛酮作为替代品）以及它是否经证明是致命的。

许多使用海洛因和（或）可卡因以及注射毒品的吸毒者还报告说，他们曾有过非致命性过量使用经历。非致命过量服用会使吸毒者面临严重的健康问题，而且还被证明与随后的致命过量使用有关联，死亡风险也会随着先前的非致命性过量使用而增加。

囚犯罹患传染病的风险较高，但所得到的治疗服务却十分欠缺

与一般群体相比较，身处监狱和其他封闭环境中的人罹患肺结核、艾滋病毒和丙肝病毒等传染病的风险要大得多，而他们获得治疗和预防方案的机会通常却很欠缺。即便可以享受到此种方案，它们也不一定能与社区提供的方案标准相同。许多监狱无法采取预防措施，因此可能会导致艾滋病毒和其他传染病病毒迅速蔓延。

使用海洛因的吸毒者从监狱获释后会因过量服用而面临严重的死亡风险，尤其是在最初的两周时间内。此类死亡与其容忍度降低相关，即在相对的节制期间，包括在监禁期间，吸毒者对海洛因使用效果的容忍度出现下降。

然而，获释的囚犯却很少能够从过量管理干预措施中获益，包括纳洛酮等预防药物或包括美沙酮在内的物质依赖治疗。

阿富汗罂粟种植推动阿片剂生产达到创纪录水平

全球鸦片总产量自2016年至2017年增加了65%，达到10,500吨，这无疑是毒品和犯罪问题办公室自二十一世纪初开始估算全球鸦片产量以来的最高估计数。2017年全球罂粟种植总面积增至近420,000公顷。其中75%以上位于阿富汗境内。

2015-2016年间，阿片剂总体缉获量增加了近50%。2016年全球缉获的海洛因数量创下了91吨的历史新高。大多数阿片剂均系在阿富汗境内的制造业中心附近被缉获。

可卡因生产量增长显著

2016年全球可卡因产量达到历史最高水平：估计为1,410吨。自2005至2013年期间出现下降后，2013至2016年期间全球可卡因产量大幅增长了56%。 2015至2016年的增长率为25%。2016年全世界古柯种植面积为213,000公顷，其中近69%位于哥伦比亚境内。

全球缉获量仍以大麻为主，但据报道其他药物的缉获量也急剧增加

尽管2016年大麻缉获量出现下降，但大麻仍然是全球大量缉获的毒品，其次是古柯/可卡因相关物质和类阿片。 2016年全球缉获的苯丙胺类兴奋剂和可卡因数量都达到了创纪录水平。据报道，2016年在全球范围内截获的数量增幅最大的毒品是植物型新型精神活性物质，增幅为之前的七倍，其中卡痛叶的缉获量最大。相比之下，全球缉获的合成新型精神活性物质数量在2016年明显下降超过50%，主要原因是所缉获的苯乙酰胺和合成大麻素的数量出现下降。

针对暗网贩毒者的查封行动所产生的效果目前尚不清楚

2017年7月间，来自多个国家的警察部门携手捣毁了暗网上最大的毒品交易平台，这是“深度网络”的一部分，其中暗藏只能使用特殊网络浏览器才能访问的信息。在毒品交易平台“阿尔法湾”被查封之前，该平台曾提供超过250,000份非法药物和化学品供货名录。在其经营期间，“阿尔法湾”拥有超过20万用户和40,000个供应商。执法部门还成功铲除了号称暗网上第三大犯罪市场的“汉萨”交易平台。

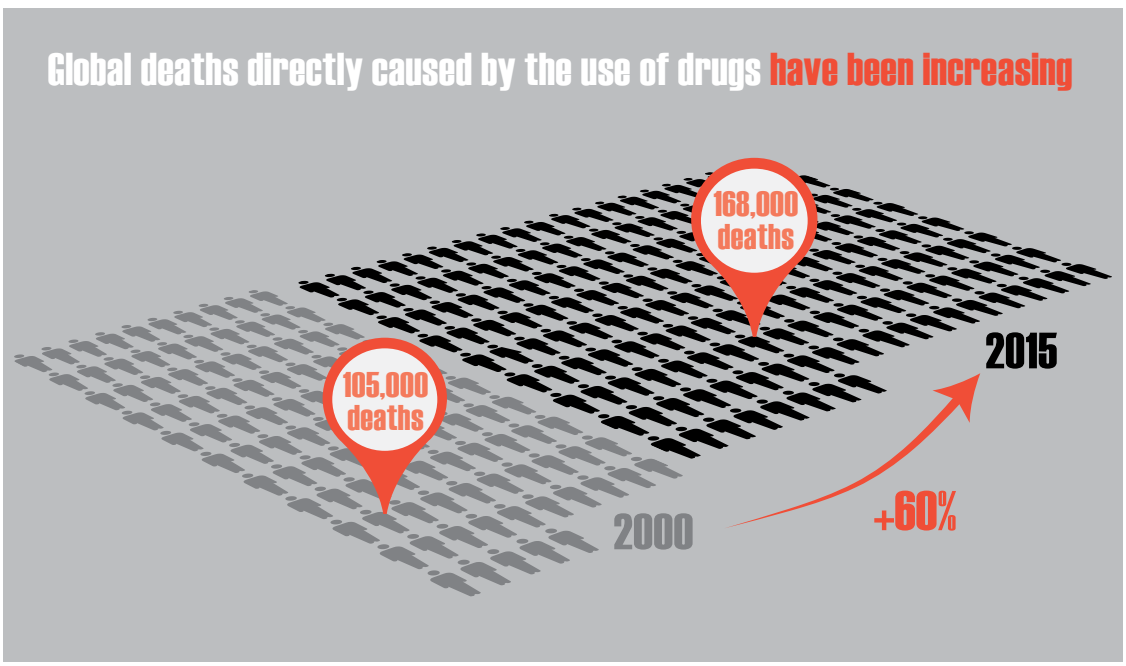
目前尚不清楚查封这些交易平台会产生何种效果。根据2018年1月的一项在线调查结果，使用暗格网站购买毒品的人中有15%表示，自这些网站被关闭以来，他们使用此种交易市场的频率大幅降低，9%的人回复说他们已完全停止使用。然而，超过一半的人则认为自己不受查封的影响。

虽然暗格网络上贩毒的规模仍然有限，但已显示出快速增长的迹象。据欧洲执法部门估计，自2011年11月22日至2015年2月16日，暗网上的毒品销售额每年约为4,400万美元。然而，根据其后的一项研究估计，2016年初暗网上的毒品销售额每月在1,400万美元至2,500万美元之间，相当于每年1.7亿至3亿美元之间。

导言

虽然本分册作为独立出版物呈现，但它同时也构成《2018年世界毒品问题报告》”的第二章，其中提供了吸毒和毒品供应情况的最新估计数及其发展趋势、以及与世界毒品问题相关的若干跨领域问题的全球情况概览。这些议题包括吸毒对健康的影响、吸毒疾患发展趋势、治疗需求中反映出来的吸毒问题、以及对注射吸毒人数以及艾滋病毒和各类肝炎患者人数的估算。

本分册还介绍了全球范围内的吸毒致死情况，特别是吸毒致命过量情况，并举例说明了一些国家在此方面的最新趋势。此外，还提供了关于亲眼目睹或个人亲身经历非致命吸毒过量方面的信息，同时也审视了各种旨在帮助预防艾滋病毒和丙肝病毒在注射吸毒者中传播的核心干预措施（特别是针头和针筒计划以及类阿片替代疗法）的可用性和覆盖程度。最后，本分册全面概述了对非法的毒品种植、生产和贩运的最新估计及其发展趋势，包括在互联网上通过暗网进行贩毒的情况。



Source: UNODC analysis based on WHO, Disease burden and mortality estimates, Global Health Estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000 – 2015.

A. 全球毒患规模与现状

目前全球吸毒者总人数超过2.5亿

据估计，2016年全球约有2.75亿人在上一年至少使用过一次毒品（范围：2.04亿至3.46亿人），占全球15至64岁人口的5.6%（范围：4.2%至7.1%），即相当于每18人中约有1人。2015年至2016年间，实际吸毒者人数增加了2,000万。这一变化是全球大麻使用者人数增加的结果，而在较小程度上归因于这一估计数的计算方法方面的变化。[1] 然而，鉴于各种估算数的不确定性间隔很大，因此在解释发展趋势时需要审慎行事。

全世界目前约有3,100万人患有吸毒疾患

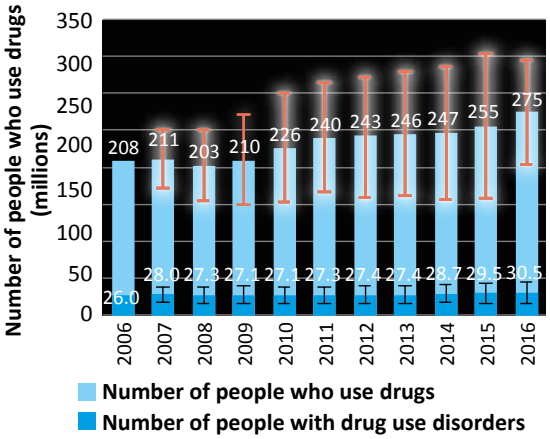
值得关注的是，目前大约每9名吸毒者中便有一人（占11%）患有吸毒疾患。这意味着他们的吸毒行为已对其健康构成威胁，而且可能已对毒品产生依赖和（或）需要接受治疗。据估计，2016年全球约有3,050万人（范围：1,670万至4,440万人）属于这一群体，占全球15至64岁人口的0.62%（范围：0.34%至0.91%）。2015年至2016年间，这一群体又增加了100万人，这主要反映了全球阿片剂使用者以及可卡因使用者人数的增加。

一些次区域大麻使用量增加的证据

2016年大麻仍然是全球最广泛滥用的毒品，去年使用大麻的人数高达1.922亿，相当于全球15至64岁人口的3.9%。西非和中非（13.2%），北美（12.9%）和大洋洲（11.0%）每年的大麻使用普遍程度仍然很高。据非洲和亚洲许多国家的专家看来，这两个区域的大麻用量有所增加，但其中大多数国家未能提供根据其国家调查结果取得的毒品使用程度方面的信息，因此需要有更多证据。北美的大麻使用量也在不断增加，拉丁美洲的许多国家也报告说其大麻使用量出现增加。大麻在西欧和中欧的使用量仍然很高，而且在那些用量普遍较高的国家趋于稳定，而历史上大麻使用量较低的其他几个国家则报告说他们的国家近来大麻使用量有所增加。

1 见本报告的在线方法学部分。

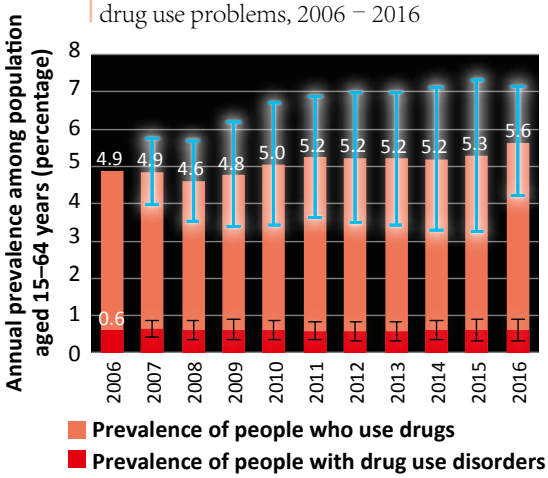
FIG. 1 Global trends in estimated number of people who use drugs, 2006 – 2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Note: Estimates are for adults (aged 15 – 64 years) who used drugs in the past year.

FIG. 2 Global trends in the estimated annual prevalence of drug use and people with drug use problems, 2006 – 2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Note: Estimated percentage of adults (aged 15 – 64 years) who used drugs in the past year.

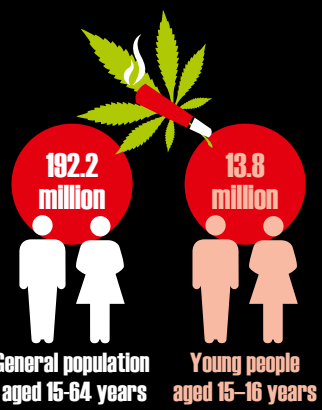
类阿片是吸毒对健康产生不利影响的主要原因

虽然大麻是全球范围内最广泛滥用的毒品，但类阿片实际上是造成吸毒对健康产生负面影响的罪魁祸首。例如，类阿片在2015年占吸毒疾患致死人数的76%。[2] 2016年全球估计有

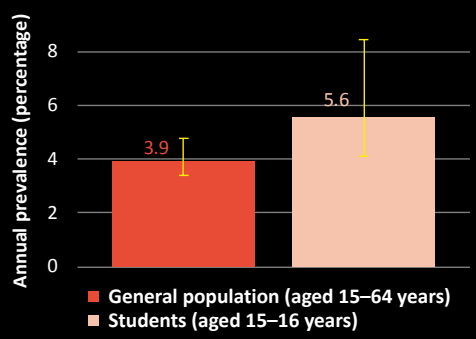
2 世卫组织，疾病负担和死亡率估计，《2015年全球健康状况估计：按国家和区域以及原因、年龄和性别分列的死亡人数》，可查阅：www.who.int/。

青少年中使用大麻的情况

大麻是大多数国家中最广泛滥用的毒品，无论是在一般人群中还是在青少年中。根据130个国家的现有数据，毒品和犯罪问题办公室首次编制的全球估计数表明，2016年有1,380万15至16岁的青少年（其中大多数是学生）在过去12个月中至少吸食过一次大麻，相当于该年龄段总人口的5.6%。15至16岁人口中的大麻年度吸食量略高于15至64岁的一般人口（2016年为3.9%）。但鉴于这两组估计值的误差范围相互重叠，因此需要审慎对待。



Global annual prevalence of cannabis use among the general population, aged 15 – 64 years and among students aged 15 – 16 years, 2016



Sources: UNODC, annual report questionnaire data and other government reports.

Note: the estimate of cannabis use in the last year in young people aged 15 – 16 years is based on school surveys in most countries, thus the use of the term ‘students’.

3,430万类阿片滥用者（即那些使用阿片剂的人和那些把处方类阿片用于非医疗用途的人）相当于全球15至64岁人口的0.7%。在北美（4.2%）和大洋洲（2.2%），15至64岁人口中过去一年使用类阿片的比例很高。在类阿片使用者中，去年阿片剂（海洛因和鸦片）的使用者为1,940万，相当于15至64岁人口的0.4%。中亚和外高加索地区过去一年中阿片剂使用率也较高（0.9%）。东欧和东南欧为0.7%，北美为0.8%。

类阿片滥用情况越来越受到关注

据报道，非洲许多国家（特别是西非和北非）以及近东和中东的一些国家出现了滥用曲马朵等类阿片药物的情况。这反映在一些国家报告的涉及曲马朵的治疗人数和曲马朵过量使用致死人数方面。类阿片的高度滥用仍然是北美此区域面对的一个主要问题，北美是过去四年来海洛因卷土重来的一个次区域，特别是在美国。处方类阿片与海洛因勾连在一起混用，再加上芬太尼及其类似物的滥用，宛若一场流行病冲击波，已对人体健康造成了严重后果，尤其是有大量报告表明出现了致命的过量使用。在西欧和中欧滥用类阿片的迹象也越来越明显。例如，这两个次区域因滥用非医疗用途的类阿片而接受治疗的人数有所增加。虽然与北美地区的程度不同，但西欧和中欧次区域也出现了涉及芬太尼及其类似物过量使用而致死的情况。

苯丙胺是东亚和东南亚最令人担忧的毒患威胁之一

2016年全球估计有3,420万人在过去一年中使用了苯丙胺，即相当于全球15至64岁人口的0.7%。这一人口群体中苯丙胺的年使用率最高的是北美地区（2.0%），其次是大洋洲（1.3%）。由于该次区域的相关数据长期缺失，因此无法对东亚和东南亚地区的苯丙胺滥用情况进行具体估算，但该次区域的许多国家认为甲基苯丙胺的滥用是最令人担忧的药物威胁之一。此外，目前越来越多的国家报告说出现了滥用甲基苯丙胺的情况，特别是在西亚的类阿片滥用者中，这一情况引发了人们的担忧。全球15至64岁人口中有0.4%的人使用“摇头丸”，近年来这种毒品在大多数区域的传播速度都很惊人，而且在此期间在西欧和中欧以及拉丁美洲诸区域，“摇头丸”的使用都呈上升趋势。

有迹象表明美洲区域滥用可卡因情况有所增加

滥用可卡因现象仍然集中在北美和南美洲，其中北美和南美15至64岁人口过去一年中使用

可卡因的比例分别为1.9%和0.95%。大洋洲以及西欧和中欧则分别为1.7%和1.2%。在全球范围内，估计2016年有1,820万人使用可卡因，占15至64岁人口的0.4%。有迹象表明，北美和南美许多国家的可卡因使用量均有所增加。此外，此前仅限于可卡因制造国的可卡因碱基糊的滥用现也已扩散到南美洲许多国家。

苯二氮卓类药物与处方类阿片的非医疗用途是一个日益严重的问题

虽然目前关于处方药用于非医疗用途的全球估计数不详，但此类药物被滥用的现象仍然相当普遍，特别是在那些同时使用多种药物的个人中。据报道，对许多国家而言，诸如处方兴奋剂和苯二氮卓类药物等处方药物被滥用于各种非医疗用途，与处方类阿片的使用叠加在一切，已构成了一个日益严重的问题。在被滥用的处方药物中，苯二氮卓类药物的非医疗用途仍然最为常见：大约60个国家[3]已将苯二氮卓类列为三种最经常被滥用的药物之一；有些国家报告其滥用频率高于许多其他药物。在涉及类阿片的致命使用过量病例中也经常涉及苯二氮卓类药物。

戒毒治疗的发展趋势与不同区域吸毒模式的变化相契合

在全球范围内，那些需要进行戒毒治疗的人实际真正接受治疗的程度仍然有限。 2016年间，与往年一样，估计有六分之一的吸毒者接受了戒毒治疗。有关因吸毒而接受治疗的人员的信息尽管很有限，但仍可提供有关吸毒疾患方面的发展趋势及其不同地理位置因素的有用见解。然而，在对这些信息进行解释时应慎重行事，因为治疗数目不仅反映了治疗需求（寻求得到帮助的人数），同时还反映了可提供的治疗服务的规模（这取决于政府为此种治疗服务提供资金的意愿）。

非洲、美洲和大洋洲的大多数吸毒者目前都在接受滥用大麻的戒毒治疗。在除非洲以外的所有地区，涉及大麻滥用的戒毒治疗所占比例越来越大。虽然大麻一直是非洲接受戒毒治疗的群体中最常见的毒品，但该区域的类阿片毒疾的戒毒治疗也正在增加。

这一趋势可能表明，正在通过非洲过境到其他目的地的海洛因和类阿片药物的持续贩运对非洲的吸毒模式产生了令人担忧的溢出效应。类阿片目前仍然是欧洲和亚洲面对的一个主要问题，特别是在东欧和东南欧地区，每三个接受戒毒治疗的人中就有两人患有类阿片吸毒疾患。

在拉丁美洲和加勒比地区接受治疗的群体中，可卡因仍然是一种令人关注的毒品：有三分之一的毒疾患者正在接受可卡因戒毒治疗，尽管这一比例一直在下降。另据报道，可卡因吸毒疾患是北美、西欧和中欧地区戒毒治疗的主因，尽管程度较轻。就北美地区而言，主要针对可卡因吸毒疾患的戒毒治疗的相对重要性有所下降，而类阿片吸毒疾患的治疗人数比例则有所增加。在美国，2004至2014年期间，主要因可卡因毒患而入院的人数减少了65%，即从248,000人减至88,000人，但阿片剂吸毒疾患的戒毒治疗人数则增加了51%，从323,000人增至490,000人。亚洲和大洋洲区域苯丙胺类兴奋剂吸毒疾患的戒毒治疗比例高于其他吸毒疾患。

罹患吸毒疾患的妇女在戒毒治疗中的代表性不足

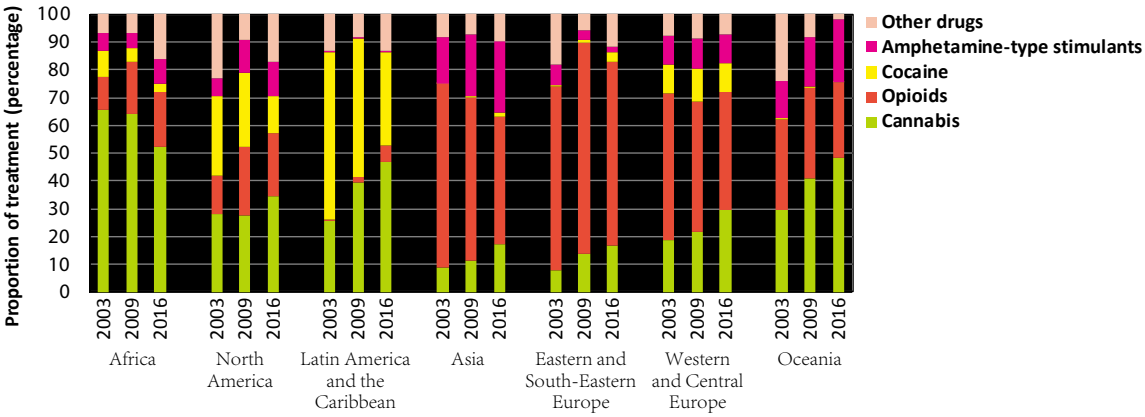
虽然女性吸毒者占吸毒总人数的三分之一，但她们在接受戒毒治疗的人群中仅占五分之一。女性因使用镇痛剂和镇静剂而接受治疗的比例（在美洲和欧洲的大多数次区域中，大约占入院接受治疗的患者的三分之一）往往高于其他毒品。这反映了如下事实：即尽管男性使用大麻、可卡因或苯丙胺的可能性是女性的三倍，但女性更有可能将镇痛剂和镇静剂用于非医疗目的。因类阿片和可卡因疾患而接受戒毒治疗的人往往年龄相对较大：平均三十岁出头。相比之下，涉及大麻的毒疾患者往往更年轻：平均才二十岁出头。

B. 吸毒对健康产生的严重后果

本节探讨的主要重点是吸毒所涉健康层面问题，例如注射吸毒等。吸毒者由于使用不安全注射方式而感染艾滋病毒和丙肝病毒，而它们正是造成吸毒致死和致残的最大疾病负

3 根据会员国2015年和2016年对年度报告调查问卷所作的回复。.

FIG. 3 Trends in the proportion of primary drug of use in drug treatment admissions, by region, 2003, 2009 and 2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

担原因。[4, 5] 虽然类阿片对吸毒所产生的大部分负面健康影响负责，但在那些类阿片使用不太常见的地区，使用其他毒品如可卡因和苯丙胺等（注射和非注射使用）也会产生严重的健康后果。人们越来越意识到与使用新型精神活性物质有关的健康风险，尽管此种风险的严重程度不高。此外，在许多次区域，苯二氮卓类药物的非医疗用途滥用也与过量使用类阿片导致的死亡有关联。

2016年全球有近1,100万人注射吸毒

毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行2016年对注射吸毒者人数的联合估计为1,060万（范围：830万至1,470万），相当于全球15至64岁人口的0.22%（范围：0.17%至0.30%）。这一估计数系根据毒品和犯罪问题办公室目前可获得的最新和最高质量的信息得出。与先前各版《世界毒品问题报告》中所公布的数据相比，这并不意味着全球注射吸毒者人数发生了变化。根据107个国家的相关数据，所得出的估计数涵盖全球15至64岁人口的88%。

由于缺乏相关数据，一些次区域的注射吸毒规模不太确定或不为人知：在加勒比地区，只有关于波多黎各的资料;在整个大洋洲，只有关于澳大利亚和新西兰的数据；就非洲而言，只有关于占15至64岁人口58%的国家的数据，而近东和中东地区则只有占该人口群体17%的国家的数据。

注射吸毒者居住人数最多的次区域是东欧和东南欧，占全球注射吸毒者总数的17%，而且该地区注射吸毒的疾患率最高，为全球平均水平的3.8倍；北美占全球注射吸毒者总数的17%，其注射吸毒的疾患率是全球平均水平的2.5倍;东亚和东南亚占全球注射吸毒者总数的30%，但其注射吸毒的疾患率相对较低，低于全球平均水平。

据估计，2016年全球注射吸毒者中几乎有一半人仅居住在以下三个国家：中国、俄罗斯联邦和美国。虽然这三个国家的总和仅占全球15至64岁人口的27%，但它们却聚集了全球45%的注射吸毒者，估计其总人数约为480万。

除了此处提供的估算数字外，2017年《柳叶刀全球健康杂志》还发布了另一项研究成果，[6] 分别在国家、区域和全球各级针对注射吸毒者及其群体中艾滋病流行率作出了估算（见以下标题为“注射吸毒与艾滋病：全球估算数字比较”）。该项研究还提供了按性别和年龄分列的注射吸毒者数据：表明大约五分之一的注射吸毒者为女性，四分之一以上的吸毒者年龄小于25岁。共有91个国家提供了有关注射吸毒者性别分类的信息（欧洲40个国

4 卫生计量与评估研究所，全球疾病负担数据。网址：www.healthdata.org/。

5 《2017年世界毒品问题报告》（联合国出版物，出售品编号: E.17.XI.6）。

6 Louisa Degenhardt等人，“全球注射吸毒流行率和社会人口学特征以及注射吸毒人群中艾滋病毒、乙肝病毒和丙肝病毒的流行率：多阶段系统研究评述”，《柳叶刀全球健康杂志》，第5卷，第12期（2017年），第e1192-e1207页。

南美洲面对的可卡因碱基糊问题

滥用可卡因碱基糊现象传统上主要限于哥伦比亚和秘鲁，但在过去十年间，此种毒品逐渐向南扩散到阿根廷、巴西、智利和乌拉圭。可卡因碱基糊是古柯叶的衍生物，其用于有害用途和导致成瘾性的潜力很高，但目前有关此种毒品的使用模式、对健康的影响以及有效治疗方案方面的信息有限。[a]

造成可卡因碱基糊向南美许多国家扩散的原因之一是对盐酸可卡因造中所使用的化学前体的销售和获取实行了更为严格的限制。可卡因碱基糊剂是古柯叶的衍生物，其作为制备盐酸可卡因的中间产物而产生。它是一种具有高毒性的“可吸食的可卡因”，具有比盐酸可卡因更大的成瘾潜力，如今在南美洲已引起人们的关注，因为它可能导致严重的心理和生理疾患。

与治疗所有精神兴奋剂方面的情况一样，目前尚无针对可卡因吸毒疾患的既定药物治疗。因此，目前关于可卡因碱基糊成瘾性适宜治疗方面的信息十分有限。

[a] Antonio Pascale等人，《南美洲可卡因碱基糊消费情况：流行病学和医学毒理学研究评述》（2015年，华盛顿特区，美洲国家组织，美洲药物滥用控制委员会）。

家，亚洲21个，美洲6个，大洋洲2个，非洲22个）；72个国家提供了注射吸毒者的年龄分类（欧洲30个国家，亚洲16个，美洲5个，大洋洲1个，非洲20个）。

注射吸毒者是吸毒者中最边缘化和被污名化程度最严重的亚群体。他们面临特定的风险行为和危险环境，并承受广泛的严重社会和健康后果。无家可归和被监禁对他们已习以为常。他们参与各种危险行为，例如无保护措施性行为、在别人使用后使用针筒以及参与性工作等。[7]

不安全的注射方式，包括共用受到污染的针头和针筒等，是艾滋病毒和丙肝病毒在注射吸毒者中传播的主要途径。此外，通过不安全注射方式感染艾滋病毒和丙肝病毒的人可能会将这些疾病传染给其他人，例如通过性传播等。丙肝病毒要比艾滋病毒更易通过注射传播。据美国卫生保健工作者所作的研究(使用医院针头刺伤病案数据)估计，每次接触受污染的针筒感染丙肝病毒的几率是同种途径艾滋病毒传播的5至20倍。[8]

每八名注射吸毒者中就有一名是艾滋病毒感染者

2015年除撒哈拉以南之外的非洲地区占新增艾滋病毒感染病例的20%。[9] 此外，全球注射吸毒者每年感染艾滋病毒的人数一直在不断上升，总共增加了三分之一，从2011年的114,000例增加到了152,000例。[10] 与此相对照，据估计2010年至2016年期间，成年人（更确切地说，15岁及以上的人群）中新感染艾滋病毒的人数反而下降了11%。[11]

毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行2016年对注射吸毒者中艾滋病毒流行率的联合估计为11.8%。这表明共有130万注射吸毒者感染了艾滋病毒。这一估计数是根据来自119个国家的注射吸毒者中艾滋病毒流行率的报告作出的，涵盖了估计的全球艾滋病毒感染人数的94%。在艾滋病病毒感染者中，合并感染丙型肝炎的比率很高，高达百分之82.4%。[12]

迄今为止，注射吸毒者中艾滋病毒感染率最高的是西南亚以及东欧和东南欧，其感染率分别是全球平均水平的2.4倍和1.9倍。这两个次区域加起来共占全世界艾滋病毒感染者总人数的49%。尽管东亚和东南亚的艾滋病感染者中的艾滋病毒流行率低于全球平均水平，但该次区域艾滋病毒感染者占全球艾滋病毒感染者总人数的24%。据估计，2016年全世界注射吸毒者中感染艾滋病毒的人有53%(662,000人)居住在三个国家(中国、巴基斯坦和俄罗斯联邦)，而与这三个国家的世界注射吸毒者感染艾滋病毒的比例(35%)相比，这一比例明显过高。

7 同上。

8 Elijah Paintsil等人，“针筒中丙肝病毒的存活: 对注射吸毒者之间的传播意味着什么”，《传染病杂志》，第202卷，第7期（2010年），第984-990页。

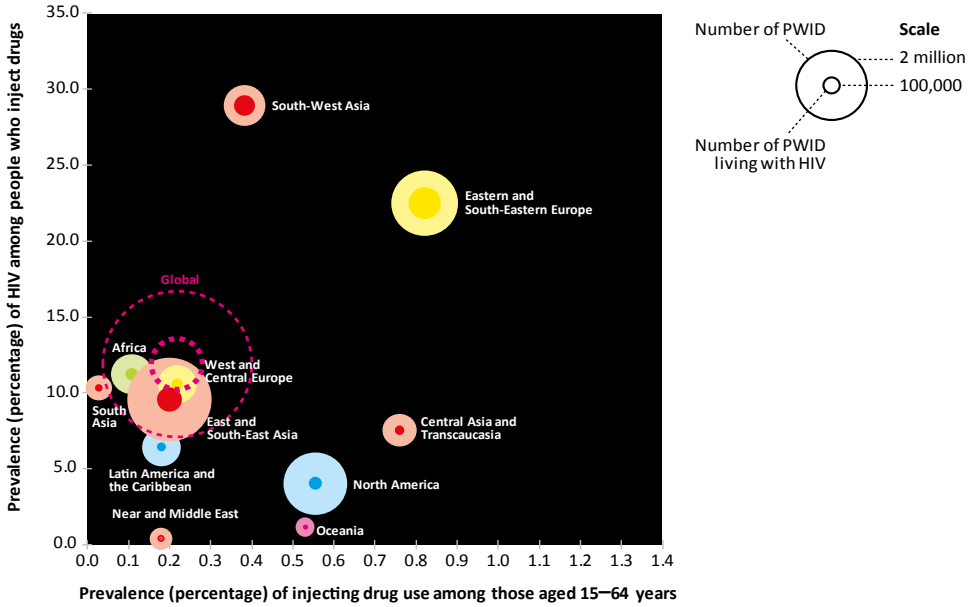
9 滋病规划署，终结艾滋病：在实现90-90-90目标方面取得的进展（2017年，日内瓦）。

10 艾滋病规划署，“走上快车道：艾滋病毒的生命周期方法”（2016年，日内瓦)。

11 终结艾滋病：在实现90-90-90目标方面取得的进展。

12 Lucy Platt等人，“艾滋病毒感染者合并感染丙型肝炎的流行率和负担：全球系统性审查和综合分析”，《柳叶刀传染病杂志》，第16卷，第7期(2016年)，第797-808页。

FIG. 4 | Regional patterns in injecting drug use and HIV among people who inject drugs, 2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire; progress reports of UNAIDS on the global AIDS response (various years); the former Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use; and published peer-reviewed articles and government reports.

Note: The outer circle represents the number of PWID, and the inner circle represents the number of PWID living with HIV. Regions and subregions are coloured: green (Africa), blue (Americas), orange (Asia), yellow (Europe) and pink (Oceania). Data presented for Oceania are for Australia and New Zealand only.

注射吸毒是丙肝病毒传播的主要途径

由丙肝病毒引发的注射吸毒者的疾病负担(死亡率和发病率)大于艾滋病病毒。[13] 共用受到污染的针头和针筒进行不安全注射是丙肝病毒在世界范围内传播的重要途径。2015年全世界感染丙肝病毒者新增170万人，其中23.0%(390,000人)均可归因于目前的注射式吸毒。[14] 2015年全世界因感染丙肝而死于癌症和肝硬化的患者中，有31.5%可归因于其注射吸毒史。[15]

注射吸毒者中感染丙肝病毒的患者非常普遍，因为每2例注射吸毒者中就有1例感染感染丙肝病毒。根据毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行所作的联合估计，2016年注射吸毒者中丙肝病毒流行率为51.9%。换言之，目前共有550万注射吸毒者感染了丙肝病毒。这一估计数是根据来自96个国家的艾滋病患者中丙肝病毒流行率的报告作出的，涵盖了全球艾滋病毒感染者估计总数的91%。

丙肝病毒在妇女残疾人中传播的风险较高，这一点尤其令人关切。据在澳大利亚、加拿大、荷兰和美国对1,868名残疾人进行的一项研究估计，注射毒品的妇女感染丙肝病毒的风险要比男性高38%。这一高风险似乎与共用针筒的不同习惯做法无关；虽然针筒是丙肝病毒传播的一个重要危险因素，但应与其他因素有关，包括遗传因素和获得预防服务的程度。[16]

毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行对注射吸毒者中乙肝病毒感染[17]流行率的全球联合估计为7.5%。换言之，估计目前有80万注射吸毒者携带乙肝病毒。

13 Louisa Degenhardt等人，“对注射吸毒作为感染艾滋病毒、丙肝病毒和乙肝病毒的危险因素造成的疾病负担的估计：2013年全球疾病负担研究的结果”，《柳叶刀传染病杂志》，第16卷，第12期（2016年），第1385-1398页。

14 世卫组织，《2017年全球肝炎报告》(2017年，日内瓦)。

15 同上。

16 Aryan Esmaeili等人，“女性性别对注射吸毒者感染丙肝发病率的影响”：国际多队列协作的结果“，《临床传染病》，第66卷，第1期(2018年)，第20-28页。

17 乙肝病毒流行率估计数是指活动性感染(HBsAg)，而不是标明以前接触过抗乙肝病毒。然而，在向毒品和犯罪问题办公室报告的数据中并不总是能够区分这一点。

注射吸毒与艾滋病毒：全球估计数的比较

由于注射吸毒行为十分隐密

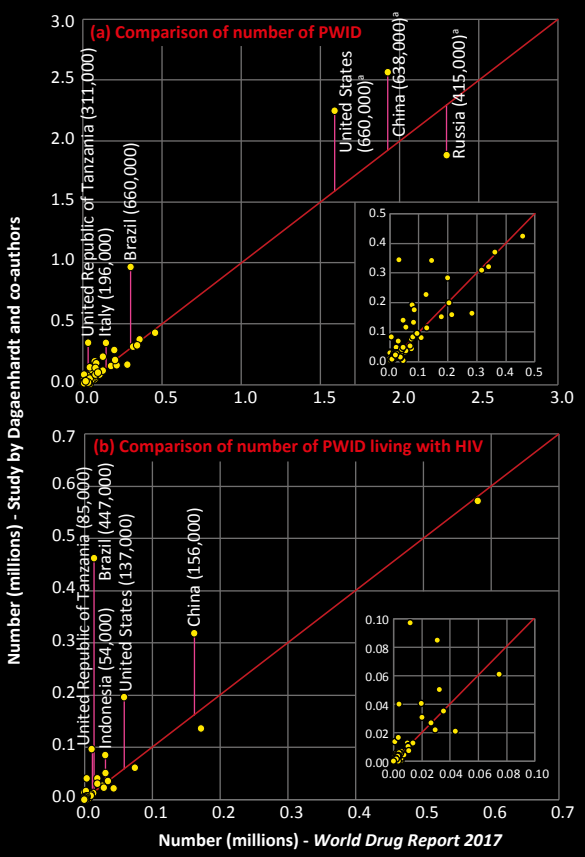
而且背负骂名，要准确和有效地估算出某一特定国家的注射吸毒者人数规模和艾滋病毒在这些群体中的流行情况，极具挑战性。鉴于国家一级数据的空白和欠缺，要汇总国家数据和编制区域和全球估计数更是难上加难。为此采用了许多不同的方法，诸如以被访者为主导的抽样办法、捕获-再捕获、处理乘数或独特的目标乘数法、网络规模扩大、普查和枚举、以及一般人口调查等来生成这此种估计数。每种方法各有其优缺点，且其所依赖的理论假设可能无法充分反映实际情况，在后勤上可能难以操作，或尚未得到充分验证等。[a] 要对注射吸毒者中的艾滋病毒流行率进行估算，会由于选择上的偏见和难以征得有代表性的样本而更为复杂。考虑到艾滋病毒在注射吸毒者中的流行程度可能会因其所在国家内的地理位置不同而有很大差异，因此要在国家一级计算出估计数具有很大挑战性。

Degenhardt等人于2017年发表了针对注射吸毒者及其感染艾滋病毒流行率的国家、区域和全球人口规模所得出的估计数。[b] 他们对2015年注射吸毒者人数的全球估计比相应的毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行的联合估计数高出380万，而且他们估计感染艾滋病毒的注射吸毒人数增加了125万。Degenhardt等人使用的方法与毒品和犯罪问题办公室/世卫组织/艾滋病规划署/世界银行的联合估计数大致一致。国家估计数的选择是根据对现有国家估计数的质量进行可比分级的基础上作出的。在这两种情况下，都采用人口加权平均方法来确定区域和全球估计数，并对没有数据的国家的估计数作出推断。在Degenhardt等人的研究中，已确定了对83个国家的注射吸毒者人口规模估计，并认定了108个国家的注射吸毒者中的艾滋病毒流行率。毒品和犯罪问题办公室确定了107个国家的注射吸毒者的人口估计数和118个国家的艾滋病毒流行率。Degenhardt等人在毒品和犯罪问题办公室对那些未向其报告数据或质量欠缺的国家进行彻底的年度科学文献检索之前，对同行评审和灰色文献进行了系统审查，并在过去四年中与专家进行了一次全球磋商。在对一个国家进行多项高质量研究的情况下，Degenhardt等人通过综合分析汇总了各项评估结果。对于艾滋病的流行情况，如果某一国家有多种可用的估计数，则Degenhardt等人便会将四年前公布的估计数与最近的估计数汇总起来。毒品和犯罪问题办公室一般从质量最高的研究中选出最近的估计数，同时也适当考虑到注射行为的定义、样本大小和地理覆盖范围。

对于大约三分之一的国家(25个)而言，Degenhardt等人在其研究报告中提出的注射吸毒者规模估计数是从10年前公布的上一次全球系统审查(2008年)中保留下来的。[c] 注射吸毒者人口规模估计数并未对在注射吸毒者中占很大比例的一些国家(巴西、中国、印度、意大利和俄罗斯联邦等)的资料进行更新。在这一研究报告中共列入了108个国家的注射吸毒者感染艾滋病毒的流行率估计数，而为此所采用的估计数是从针对其中12个国家(包括巴西和阿根廷)进行的2008年审查保留的估计数。

自2008年审查以来，俄罗斯联邦、中国和意大利相继提供了更多关于注射吸毒方面的较新的数据；这些数据已公布在了《2017年世界毒品问题报告》之中。这些估计数采用的是间接估算方法，已正式将之报告给毒品和犯罪问题办公室或艾滋病规划署，但除此之外并未在其他公共领域予以公布。

Comparison of estimates of (a) numbers of PWID and (b) numbers of PWID living with HIV, selected countries, 2015



Source: World Drug Report 2017 (comprising the responses to the annual report questionnaire, progress reports of UNAIDS on the global AIDS response (various years), the former Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use, and published peer-reviewed articles and government reports); and Louisa Degenhardt and others, "Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review", The Lancet Global Health, vol. 5, No. 12 (2017), pp. e1192 – e1207.

Note: The estimated number of PWID and number of PWID living with HIV are for the 15 – 64 years age category.

[a] The difference between the estimates produced by the two studies.

在国家一级对注射吸毒者人数以及感染艾滋病毒的注射吸毒者进行了直接比较，以期确认《2017年世界毒品问题报告》中提供的估计数与Degenhardt等人的研究结果之间相差最大的国家。

为那些信息欠缺的国家确定区域和全球估计数和估算数据的方法是基于这两项研究所采用的相同方法，而且两者之间并未发现有明显的差异。区域和全球估计数方面的差异则在很

大程度上是由于少数国家的国家数据中存在差异所致。

这两组数据所给出的区域估计数之间的差异产生了重要的政策影响。Degenhardt等人的研究结果表明，艾滋病毒在拉丁美洲的注射吸毒感染者中的流行率最高，而《2017年世界毒品问题报告》的估计则指出东欧是最令人关切的地区。从全球角度来看，有关注射吸毒者及其群体中的艾滋病毒感染者的区域数据对于优先努力支持国家机构和非政府组织提供预防和治疗服务至关重要。为此，界定最新的和方法上合理的信息集对于确保把全球努力的重点目标放在那些最需要的地方十分关键。

[a] Abu S.Abdul-Quader，Andrew L Baughman和Wolfgang Hantik，“估计各类关键群体的规模：目前的状况和未来的可能性”，《关于艾滋病毒和艾滋病的最新观点》，第9卷，第2期（2014年），第107至114页。

[b] Louisa Degenhardt等人，“注射吸毒的全球流行率和社会人口特征以及注射吸毒者中艾滋病毒、乙肝病毒和丙肝病毒的流行率：多阶段系统审查”，《柳叶刀全球健康杂志》，第5卷，第12期 (2017年)，第e1192-e1207页。

[c] Bradley M.Mathers等人，“注射吸毒和注射吸毒者中感染艾滋病毒者的全球流行病学：系统回顾”，《柳叶刀》，第372卷，第9651期 (2008年)，第1733-1745页。

预防艾滋病毒和丙肝病毒在注射吸毒者中传播的核心干预措施覆盖率仍然很低且欠缺

在大多数国家，帮助防止艾滋病毒和丙肝病毒在注射吸毒者中传播的核心干预措施的覆盖面仍然太低，无法奏效。[18] 预防艾滋病毒的核心科学干预措施按其优先顺序排列为：提供无菌注射设备的针头和针筒方案；类阿片替代疗法，以减少对类阿片的依赖程度，从而减少注射频率；艾滋病毒检测和咨询，这是进入治疗和护理环节的重要开端；以及抗逆转录病毒治疗，以期减少病毒载量和艾滋病毒的传播。[19] 为了有效预防丙型肝炎，关键的干预措施是针头和针筒方案以及类阿片替代疗法，再加上丙型肝炎治疗，从而大幅减少丙肝病毒在社区中的传播。[20, 21] 如果能够针对注射吸毒者实现高覆盖率，则针头和针筒方案以及类阿片替代疗法的实施对预防艾滋病毒和丙肝病毒尤其有效（见以下表1）。[22, 23, 24]

并非所有已有注射吸毒证据的国家都采取了上述核心干预措施。世卫组织、毒品和犯罪问题办公室以及艾滋病规划署已将这些干预措施的覆盖程度分别归类为低度、中度或高度。[25]

对这些干预措施可得性的全球审查评估结果着重强调，针头和针筒方案及类阿片替代疗法在注射吸毒者中的覆盖率较低，估计每年每名注射吸毒者可以得到33套针管(范围：21至50个)；每100名注射吸毒者中有16人接受(范围：10至24个)类阿片替代疗法。[26] 由于缺乏相关数据，目前无法为艾滋病毒检测和咨询以及抗逆转录病毒治疗实行情况编制全球覆盖率估计数。在注射吸毒者人数最多的次区域(东亚和东南亚、东欧和北美)，除北美的类阿片替代疗法达到中度覆盖率外，针头和针筒方案及类阿片替代疗法的服务覆盖率都很低。

在有证据确认存在注射吸毒现象的179个国家中(尽管不一定是注射吸毒人口规模估计数)，据知在93个国家(52%)都制定了针头和针筒方案，但83个国家(46%)确认没有订立此种方案。有证据表明，有86个国家(48%)实施了类阿片替代疗法，但92个国家(46%)报告说没有实行此种疗法。有79个国家(44%)同时执行了针头和针筒方案以及类阿片替代疗法。关于

18 Sarah Larney等人，“预防和管理注射吸毒者中艾滋病毒和丙型肝炎的干预措施的全球、区域和国家各级覆盖面：系统性审查”，《柳叶刀全球健康杂志》，第5卷，第12期（2017年），第e1208-e1220页。

19 世卫组织/毒品和犯罪问题办公室/艾滋病规划署《指导各国确定向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理的指标的技术指南: 2012年修订本》（2012 年，日内瓦，世界卫生组织）。

20 Katy M. E. Turner等人，“针头和针筒供应及类阿片替代疗法对注射吸毒者中丙肝病毒的发病率的影响：汇集英国证据”，《癮癖》”，第106卷, 第11 期(2011年), 第1978-1988页。

21 Peter Vickerman等人，“针头和针筒方案以及类阿片替代疗法能大幅降低丙炎病毒的流行率吗？不同流行病情形的模型预测”，《癮癖》，第107卷，第11期(2012年)，第1984-1995页

22 Louisa Degenhardt等人，“预防注射吸毒者感染艾滋病毒：为何需要采取个人、结构和综合办法”，《柳叶刀》，第376卷，第9737期(2010年)，第285-301页

23 Natasha K.Martin等人，“预防注射吸毒者中丙肝病毒传播的联合干预措施：模拟抗病毒治疗、针头和针筒方案以及类阿片替代疗法的影响”，《临床传染病杂志》，第57卷，补编第2期(2013年)，第S39-S45页。

24 Turner等人人，“针头和针筒供应及类阿片替代疗法对注射吸毒者中丙肝病毒发病率的影响”。

25 《世卫组织、毒品和犯罪问题办公室、艾滋病规划署技术指南》。

26 Larney等人，“全球、区域和国家各级级预防和管理注射吸毒者中艾滋病毒和丙肝病毒传播干预措施的覆盖率”：系统性审查“。.

表 1 界定核心干预措施覆盖范围的高、中、低度目标

干预措施	目标	覆盖范围		
		低度	中度	高度
针头-针筒方案	注射吸毒者每人每年获发的针头-针筒数目	低于100套	100 至200套	200套以上
类阿片替代疗法	每100名注射吸毒者接受类阿片替代疗法的人数	少于 20人	20 至40人	40人 以上
抗逆转录病毒疗法	每100名艾滋病毒呈阳性的注射吸毒者接受抗逆转录病毒疗法的人数	少于25人	25 至75人	75 人以上
艾滋病毒检测与咨询	过去12个月中每100名注射吸毒者接受艾滋病毒检测的人数	少于40人	40 至75人	75 人以上

资料来源: 世卫组织/毒品和犯罪问题办公室/艾滋病规划署《指导各国确定向注射吸毒者普及艾滋病毒预防、治疗和护理的指标的技术指南: 2012年修订本》（2012年，日内瓦，世卫组织）

囚犯和刑满释放人员获得医疗服务的情况

在监狱中吸毒的人患上传染病的风险更大，而获得相关预防和治疗服务的机会也比监狱外社区的人要少。[a]监狱中各种风险行为盛行，加上许多监狱缺乏预防措施，可能会导致艾滋病毒迅速可怕地蔓延。在监狱和其他封闭环境中，艾滋病毒、丙肝病毒、乙肝病毒和结核病病毒的流行率比一般人群要高出2至10倍。[b, c, d, e]然而，在监狱中往往缺乏获得艾滋病毒预防、治疗和护理服务的条件，即使具备此种条件，在许多情况下，这类服务也不一定能达到社区规定的标准。[f]

大多数感染艾滋病毒的人从监狱获释时往往得不到帮助，而且必须面对因其坐牢的历史、艾滋病毒状况、社会经济阶层和族裔而造成的普遍和多层面的排斥、污名化和歧视。[g, h]例如，囚犯从监狱获释时通常与艾滋病毒、丙肝病毒以及戒毒方面的治疗服务机构没有联系，或只得到很少一些此类服务，因为他们往往不了解这些服务以及他们可以获得什么样的服务。[i, j]由于普遍缺乏充分的出狱后规划以及获释后的跟进措施，囚犯的健康受到了深远和即刻的影响。一项系统性的审查发现，囚犯在获释后不太可能与社区保健服务机构取得联系。最近从监狱获释的人由于污名化和歧视行为而难以获得艾滋病毒方面的预防、治疗和护理服务，而且由于缺乏出狱后规划而错过了医疗服务部门的后续护理服务。[k]研究结果表明，囚犯刑满获释后，抗逆转录病毒疗法的使用率从51%下降到29%，而病毒抑制率则从40%下降到21%。[l]由于缺乏丙肝后续跟进治疗服务，监狱所提供的医疗服务——即使有此种服务——的有效性会大打折扣，从而导致此种疾病在社区中传播。[m, n]

海洛因吸毒者在从监狱获释后，特别是在头两周，面临着因过量使用而致死的严重风险。这类死亡与监禁期间吸毒者对海洛因影响的耐受性降低有关。[o]然而获释囚犯很少能够获得预防过量吸毒的药物，如纳洛酮和美沙酮等，或其他治疗毒瘾的方法。[p]获得住房是获得和保持艾滋病毒护理服务的一个重要决定因素。住房状况的差异在很大程度上导致无家可归者和非无家可归者之间在艾滋病毒治疗结果上的差距，包括在一段时间内实现病毒抑制。[q]

[a] Ralf J ü rgens, Manfred Nowak和Marcus Day，“艾滋病毒与监禁：监狱与拘留”，《国际艾滋病学会杂志》，第14卷，第26期（2011年），第1-17页。

[b] Kate Dolan等人，“囚犯和被拘留者群体中艾滋病毒、病毒性肝炎和结核病的全球负担”，《柳叶刀》，第388卷, 第10049 期(2016年) , 第1089 – 1102页。

[c] Kate Dolan等人，“监狱囚犯群体中的毒品注射、性活动、纹身和穿孔：对2,359,220名囚犯进行的全球系统审查和综合分析的分析”，《流行病学杂志》(2018年) (付印)。

[d] Amber Arain，Geert Robaeys和Heino Stver，“欧洲监狱中的丙肝肝炎罹患情况：呼吁作出基于证据的知情反应”，《传染病杂志》，第14卷，补编第6号 (2014年), 第1-6页。

[e] Lilanganee Telisinghe等人，“撒哈拉以南非洲监狱中的艾滋病毒和结核病情况”，《柳叶刀》，第388卷, 第10050期 (2016年), 第1215 – 1227页。

[f] Josiah D. 等人，“对感染艾滋病毒、病毒性肝炎或肺结核的囚犯的临床护理”，《柳叶刀》，第388卷, 第10049期 (2016年), 第1103 – 1114卷。

[g] Leonard S. Rubenstein等人，“艾滋病毒、囚犯和人权”，《柳叶刀》，第388卷，第10050期 (2016年)，第1202-1214页。

[h] Alexis C. Dennis等人，“‘你身处一个混乱的世界’：监禁结束后获得艾滋病毒护理和坚持药物治疗的经历”，《艾滋病护理护士协会杂志》，第26卷，第5期 (2015年)，第542-555页。

[i] Liza Solomon等人，“调查发现许多监狱和牢狱都有改进艾滋病毒检测和获释后协调治疗的空间”，《卫生事务杂志》，第33卷，第3期 (2014年)，第434-442页。

[j] Sung-Pil Choi等人，“马来西亚感染艾滋病毒的男性囚犯所面临的重新融入社区挑战的普遍性和相关性”，《国际性病和艾滋病杂志》，第21卷，第6期 (2010年)，第416-423页，

[k] Rubenstein等人，“艾滋病毒、囚犯和人权”。

[l] Princess A. Iroh等人，“监禁前、监禁期间及监禁之后的艾滋病毒护理级联：系统审查和数据综合”，《美国公共卫生杂志》，第105卷，第7期(2015年)，第5-16页，

[m] Tianhua He 等人，“通过在美国监狱中筛查和治疗预防丙型肝炎”，《内科医学年鉴》，第164卷，第2期(2016年)，第84-92页。

[n] Natasha K. Martin等人，“丙肝治疗作为监狱中的预防工作：关键问题”，《国际肝病杂志》，第61卷，第1期 (2015年)，第402-403页。

[o] 世卫组织，“在刑事司法系统中防止过量使用死亡”（2014年，哥本哈根)。

[p] D.Leach和P.Oliver，“从监狱获释后与毒品有关的死亡：对相关文献的简要回顾和实践建议”，《当前药物滥用周报》，第4卷，第4期(2011年)，第292-297页，

[q] Alexei Zelenev等人，“从监狱获释后无家可归的模式及其对艾滋病毒卫生的影响”，《艾滋病与行为》，第17卷，补编第2期(2013年)，第181-194页。https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-013-0472-6

艾滋病毒检测和咨询以及抗逆转录病毒疗法的信息非常稀少。有34个国家提供了有关针对注射吸毒者的艾滋病毒检测方案的证据，17个国家证实没有订立此类方案。162个国家没有关于抗逆转录病毒疗法的数据。[27]

在有证据确认存在注射吸毒现象的179个国家中，只有5%和11%的国家分别报告了其实行针头和针筒方案以及类阿片替代疗法的高覆盖率。有79个国家(44%)执行针头和针筒方案以及类阿片替代疗法。然而，只有4个国家(3个西欧国家和1个大洋洲国家)报告说其针头和针筒方案以及阿片类药物替代疗法覆盖面都很高。

全球吸毒致死人数仍然很高

对吸毒者而言，因吸毒而过早死亡是最极端的结果。然而，确定可归因于吸毒行为的死亡率程度并非易事：吸毒导致的死亡可能与吸毒病患直接相关，例如吸毒过量，[28] 也可能与吸毒间接相关，例如艾滋病毒/艾滋病或通过不安全注射方式感染丙肝病毒等。“国际疾病分类”(第十修订版)对这些死因分别作了区分，但其在记录死亡原因方面的实际应用在不同国家彼此会有差异。

据世卫组织估计，2015年全世界可归因于吸毒行为的死亡人数为450,000人。[29] 其中167,750人的死亡与吸毒病患有关，即直接由吸毒行为导致的死亡(76%的人死于与使用类阿片有关的吸毒疾患)。[30] 卫生组织还估计，与此前15年相比较，全球吸毒行为致死人数一直在增加，2000年估计为105,000人。可间接可归因于吸毒行为的死亡，诸如与因不安全注射方式感染艾滋病毒和丙肝病毒有关的死亡，或自杀导致的死亡等，占2015年因吸毒行为而导致的450,000人死亡的其余三分之二(63%)。

在过去几年中，《世界毒品问题报告》提出了全球和区域两级因吸毒而致死的估计人数。

27 同上。

28 根据世界卫生组织的国际疾病分类(第十修订版)，相应的代码分别是：X40-44(无意过量)、X61-62(故意自我伤害(自杀)、Y10-14(意图未确定过量)、T40和T42(麻醉药品中毒)。

29 世卫组织，《世界毒品问题所涉及的公共卫生层面》，秘书处提交第七十届世界卫生大会的报告。A70/29,2017年3月27日。

30 世卫组织，“2015年全球健康状况估计”，按国家和区域以及原因、年龄、性别分列的死亡人数。

于2018年1月在维也纳举行的改进毒品统计和加强年度报告调查表专家工作组的与会者指出，鉴于普遍缺乏关于吸毒致死方面的数据，毒品和犯罪问题办公室与世卫组织之间需要为估计全球(直接和间接)涉毒死亡人数而开展进一步的讨论与合作。

若干国家的吸毒过量致死人数众多且持续上升

2015-2016年间，美利坚合众国的预期寿命半个世纪以来连续两年下降。造成此种情况的一个关键因素是意外伤害增加，其中包括与吸毒有关的死亡。[31] 研究发现，在2000-2015年期间，与某些原因有关的预期寿命下降的原因是：吸毒过量导致的死亡，特别是涉及类阿片使用的死亡，在很大程度上造成了预期寿命年的损失。[32] 美国的吸毒过量死亡人数持续增加，而且速度要比以往任何时候都快。2015年至2016年期间所记录的按年龄调整的吸毒过量死亡率的增加，是有史以来最大的年度百分比增加。2015年至2016年间，吸毒过量死亡增加了21.4%，达到创纪录的63,632人。导致这一大幅增加的主要原因是与合成类阿片（包括芬太尼、芬太尼类似物和曲马朵）有关的死亡：致使2016年大幅增至19,413起过量死亡；从2015年起，增加了103%（超过一倍）。这一波大幅增长继续维持了自2012年开始的激增趋势，因为与合成类阿片相关的死亡人数在男性中增加了10倍，女性中增加了5倍。2016年间，除美沙酮之外的合成类阿片致死人数首次超过了海洛因和来自天然和半合成类阿片（包括吗啡、可卡因、盐酸羟考酮和羟考酮）的致死人数。与海洛因有关的吸毒过量死亡自2015年至2016年增加了19%。自1999年以来，与海洛因吸毒有关的死亡人数在女性中增加了12倍以上，在男性中增加了7倍。[33, 34] 这符合2002-2004年期间至2013-2015年期间女性海洛因吸毒量比上一年

31 Kenneth D.Kochanek等人，“2016年美国的死亡率”，国家卫生统计数据中心简报第293期，2017年12月，疾病控制和预防中心。

32 DeborahDowell等人，"类阿片中毒对美国预期寿命变化的影响，2000-2015年"，《美国医学学会杂志》，第318卷(2017年)，第11期，第1065-1067页。

33 Holly Headaard，Margaret Warner和Arialdi Mini⊠o, 美国国家卫生统计中心，“1999-2016年美国吸毒过量死亡数据简报”，第294期（2017年12月）)。

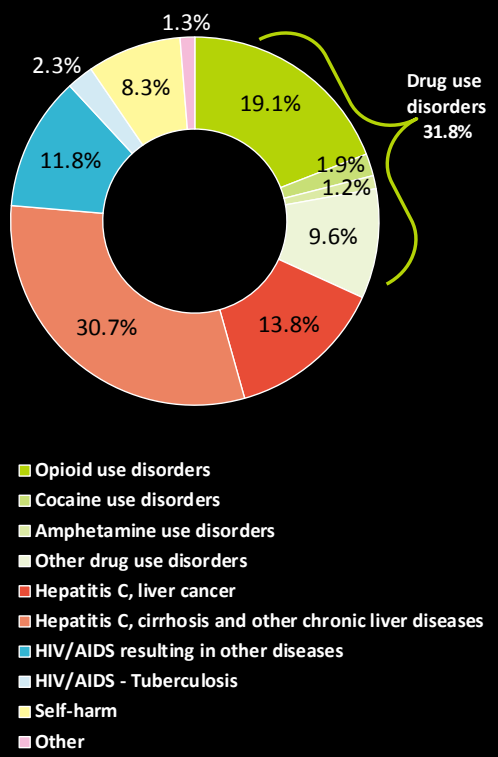
34 疾病控制和预防中心，国家卫生统计中心，在线情况调查表，可查阅：https://wonder.cdc.gov/.https://wonder.cdc.gov/。

吸毒导致死亡和生命过早丧失的原因：2016年全球疾病负担研究

据《全球疾病负担研究》[a]估计，2016年全世界因吸毒而致死的人数为452,000人(范围：420,000人至487,000人)(占全球各种原因死亡人数的0.83%)，其中约四分之三(74%)为男性。未经治疗的丙肝病毒(可导致肝癌和肝硬化)所占比例最大(45%)。

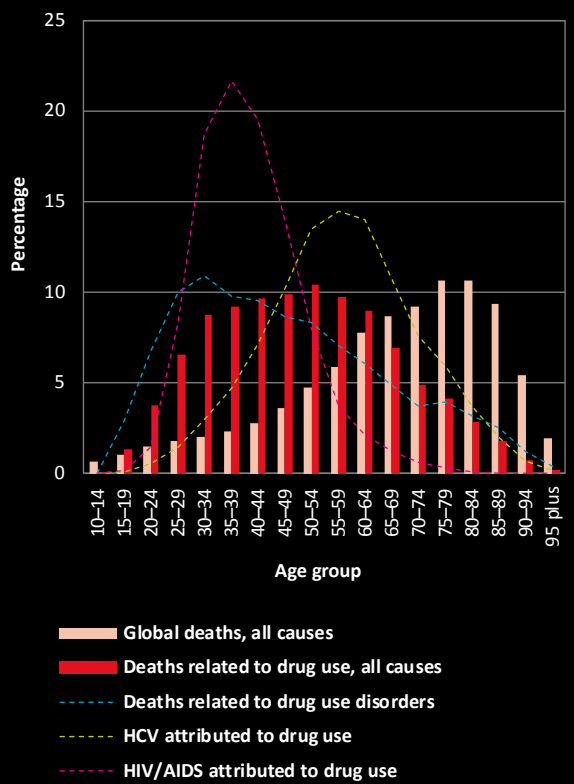
在全球范围内，2016年因吸毒造成的死亡导致1,680万年(范围：1,550万至1,820万年)因过早死亡而丧生。[b]这意味着，吸毒致死者的平均寿命损失为37年——这一统计数字反映了许多此类生命过早结束时的年龄都很小。最年轻年龄组(30-34岁)因吸毒疾患(多数为吸毒过量)而死亡的人数最多，而未经治疗的丙型肝炎死亡则通常发生在年龄较大的年龄组(55-59岁)。

(a) Leading causes of deaths attributable to drug use, 2016



Source: Emmanuela Gakidou and others, "Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990 – 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", The Lancet, vol. 390, No. 10100 (2017), pp. 1345 – 1422.

(b) Age distribution of deaths attributable to drug use compared to global deaths from all causes, 2016

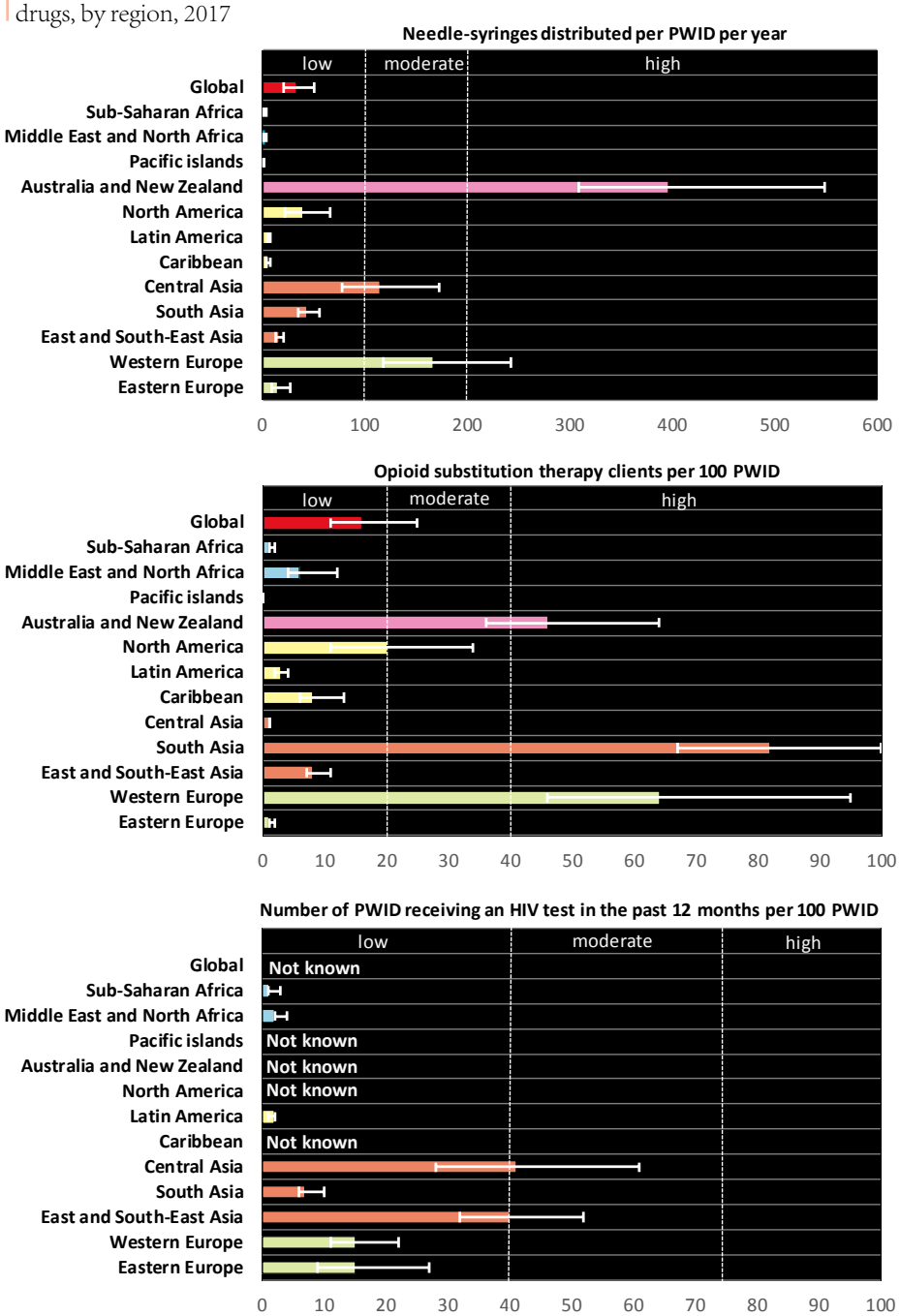


Source: Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Data.

[a] Emmanuela Gakidou等人，"在全球、区域和国家各级对84个行为、环境和职业及代谢风险或风险集群的比较风险评估，1990-2016年：2016年全球疾病负担研究的系统性分析"，《柳叶刀》，第390卷，第10100期(2017年)，第1345-1422页。

[b] 卫生计量和评价研究所，《全球疾病负担数据》。

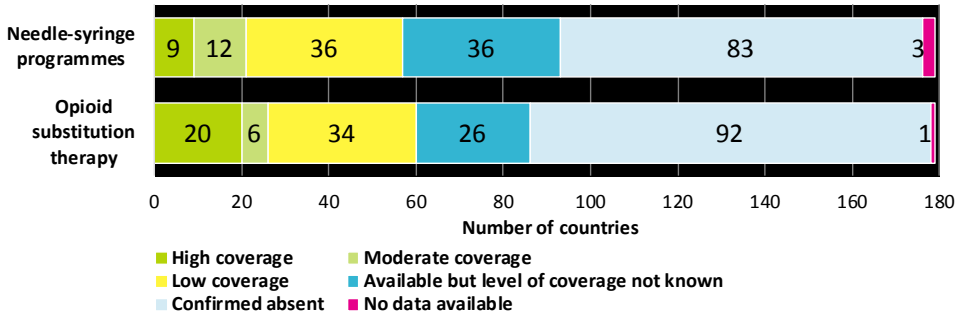
FIG. 5 | Coverage of core interventions to prevent the spread of HIV and HCV among people who inject drugs, by region, 2017



Source: Sarah Larney and others, "Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review", The Lancet Global Health, vol. 5, No. 12 (2017), pp. e1208 – e1220.

Notes: Regional grouping are those used by the authors. The level of coverage is classified as low, moderate or high according to the 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) (Geneva, WHO, 2012). In the present figure, for Australasia, information is available for only Australia and New Zealand. Regional coverage could not be determined for antiretroviral therapy because of the lack of data.

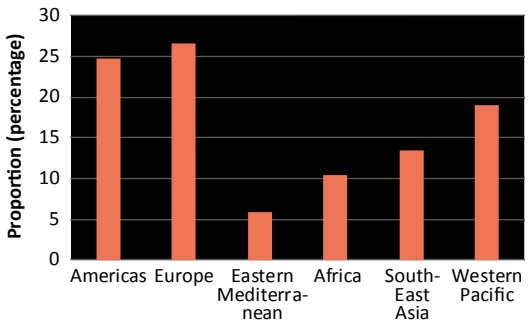
FIG. 6 Availability and coverage of needle and syringe programmes and opioid substitution therapy, by number of countries, 2017



Source: Sarah Larney and others, "Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and HCV among people who inject drugs: a systematic review", The Lancet Global Health, vol. 5, No. 12 (2017), pp. e1208 – e1220.

Notes: Countries included (179) are those for which there was evidence of injecting drug use, even if there was no estimate of the number of PWID. For needle and syringe programmes, the level of coverage is determined by the number of needle-syringes distributed per PWID per year, classified as follows: "low" is less than 100; "moderate" is 100 – 199; and "high" is 200 or more. For opioid substitution therapy, the level of coverage is determined by the number of opioid substitution therapy clients per 100 primary opioid injectors, classified as follows: "low" is less than 20; "moderate" is 20 – 39; and "high" is 40 or more.

FIG. 7 Regional proportions of deaths attributed to drug use disorders, 2015



Source: WHO, Global Health Estimates 2015, deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000 – 2015.

Note: Regions correspond to the classification used by WHO.

增加150%、男性增加79%的增长幅度。[35]除包括合成类阿片(主要是芬太尼)在内的那些毒品致死案例外，与使用海洛因、可卡因和甲基苯丙胺有关的死亡自2013年以来一直保持基本稳定。

加拿大不列颠哥伦比亚省的吸毒过量死亡人数在2017年达到了创纪录水平，延续了始于2012年的急剧上升趋势。这一增长在很大程度上与芬太尼及其类似物(单独或与其他毒品一起使用)有关，2012年只有4%的过量死亡病例检测到芬太尼及其类似物，而2017年则有81%的过量死亡病例中检测到了芬太尼及其类似物。2016年至2017年检测到芬太尼的吸毒过量死亡人数增加了73%。然而，2012至2017年期间，未检测到芬太尼的吸毒过量死亡人数基本上保持相当稳定。[36, 37]在其他国家，芬太尼仍然是一个小问题，但爱沙尼亚例外，该国芬太尼在类阿片的使用中已占主导地位达15年之久。

欧洲吸毒过量死亡人数连续第三年上升，2015年达到了有史以来的最高水平(有数据可查的最新年份)：死亡人数为8,441人。与类阿片有关的死亡是造成总体死亡人数上升的原因，2015年涉及类阿片(主要是海洛因)的死亡人数占吸毒过量死亡人数的79%。据报告，德国、立陶宛、荷兰、西班牙、瑞典和联合王国的吸毒过量死亡人数有所增加。[38]联合王国报告的吸毒过量死亡人数在欧洲最高，约占总人数的三分之一(31%)。[39]英格兰和威尔士[40]2016年登记的男女

35 美国行为健康统计和质量中心，《美国主要物质使用和精神健康指标》；2015年物质使用情况与健康调查结果，健康服务出版物编号：SMA16-4984，NSDUH系列H-51（2016年，马里兰州，罗克维尔）。

36 加拿大英属哥伦比亚验尸官服务处，"英属哥伦比亚2008年1月1日至2018年2月28日非法吸毒过量死亡"（不列颠哥伦比亚省伯纳比首席验尸官办公室，2018年4月5日）。

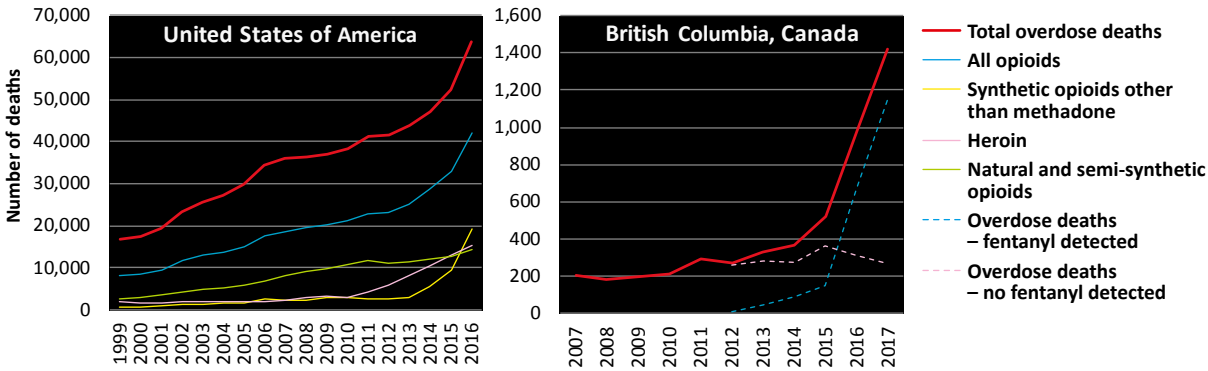
37 加拿大英属哥伦比亚验尸官服务处，"2012年1月1日至2017年12月31日发现涉及芬太尼的非法吸毒过量死亡"（不列颠哥伦比亚省伯纳比首席验尸官办公室，2018年1月31日）。

38 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《2017年欧洲毒品问题报告：趋势和动态》(2017年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

39 同上。

40 关于药物滥用致死的定义：要么是指一种其根本原因在于吸毒或吸毒成瘾所导致的死亡，要么是指一种其根本原因在于使用《1971年联合王国药物滥用法》控制的任何物质的毒品中毒所导致的死亡。

FIG. 8 | Overdose deaths from selected drugs in the United States and British Columbia, Canada



Source: For United States, see Holly Hedegaard, Margaret Warner and Arialdi M. Mini⊠o, "Drug overdose deaths in the United States, 1999 – 2016", NCHS Data Brief, No. 294 (December 2017). For British Columbia, Canada, see British Colombia Coroners' Service, "Illicit drug overdose deaths in B.C., January 1, 2008 – February 28, 2018" (Burnaby, British Columbia, Office of the Chief Coroner, 5 April 2018); and British Colombia Coroners' Service, "Fentanyl-detected illicit drug overdose deaths. January 1, 2012 – December 31, 2017" (Burnaby, British Columbia, Office of the Chief Coroner, 31 January 2018).

滥用药物死亡人数是自1993年开始记录以来最高的：达到了2,593人。药物滥用导致的死亡，主要是海洛因和/或吗啡造成的。[41]

自2011年以来，澳大利亚毒品导致的死亡(可直接归因于吸毒行为的死亡)大幅增加，2016年达到了有记录以来的最高水平：1,808人。这些死亡大多是由意外使用过量造成的(71%)，其次是自杀过量(23%)，其他原因如吸毒所致慢性并发症或意图不明的死亡占其余的6%。这些毒品导致的死亡主要与非医疗使用苯二氮卓类药物和羟考酮有关，这两种药物都是用来治疗焦虑和缓解疼痛的处方药。由于使用受控物质而造成的死亡也在增加，与兴奋剂(包括甲基苯丙胺和结晶性甲基苯丙胺)有关的死亡率自1999年以来增加了三倍。[42]

亲眼目睹或亲身体验吸毒过量如今已成普遍现象

非致命性吸毒过量比致命吸毒更常见，许多吸毒者都报告说他们亲身经历过非致命性吸毒过量。致命性吸毒过量只占所有吸毒过量的一小部分，估计为2%至4%。[43] 根据对文献进行的全球系统审查，相关研究[44]中的吸毒者几乎有一半(47%；范围：17%至68%)报告说，他们一生中至少经历过一次非致命性过量，几乎有六分之一的吸毒者(17%;范围：4%至38%)说他们在过去一年中亲身经历了非致命性过量。[45]

毒品使用过量的风险与毒品使用途径有关，注射吸毒过量的风险比吞咽、闻嗅或吸烟更高。[46] 使用某些毒品的组合会增加吸毒过量的风险，特别是海洛因与酒精和苯二氮杂类等抑制剂的结合使用。[47] 对于使用类阿片的吸毒者，在戒断一段时间后再开始使用，例如中断或停止治疗，或在从监狱获释后不久，会导致吸毒过量的风险增加，这与减少对类阿片的耐受性有关。[48, 49]

非致命性过量可使吸毒者产生严重的健康问题，如肌肉组织断裂、肾功能衰竭、心脏问题、癫痫发作、神经受损或认知障碍等。[50] 非致命性

41 联合王国国家统计局，"英格兰和威尔士与毒品中毒有关的死亡：2016年案例登记"，"统计公报"(2017年8月)。

42 澳大利亚统计局，"死亡原因，澳大利亚，2016年"，2017年9月27日，第3303.0号。可查阅：www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3303.0 。

43 Shane Darke，Richard P. Matick和Louisa Degenhardt，《非致命性海洛因过量与致命海洛因过量之间的比率》，《瘾癖》，第98卷, 第8期 (2003年), 第1169 – 1171页。

44 在43项单独研究中，有6项研究涉及任何物质的使用者，而绝大多数研究的对象是海洛因、"快克"和/或可卡因使用者(21项研究)，或注射吸毒者(16项研究)。

45 Silvia S. Martins 等人，"世界范围内非有意吸毒过量的流行和趋势：对相关文献的系统性审查"，《美国公共卫生杂志》，第105卷，第11期(2015年)，第e29至e49页。

46 M.Teresa Brugal等人，"与非致命性海洛因使用过量有关的因素：评估海洛因使用频率和途径的影响"，《瘾癖》，第97卷，第3期（2002年），第319-327页。

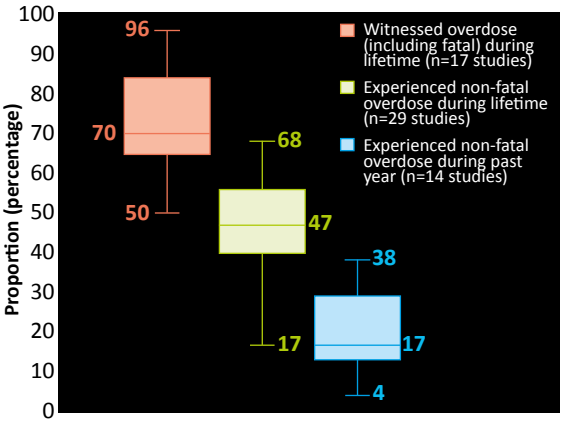
47 毒品和犯罪问题办公室和世卫组织，"类阿片使用过量：预防和减少类阿片过量死亡率"，讨论文件，毒品和犯罪问题办公室/世卫组织，2013年(2013年6月)。

48 世卫组织，《在刑事司法系统中防止使用过量死亡》(2014年，哥本哈根)。

49 John Strang等人，"住院类阿片解毒后耐受性的丧失和过量使用死亡率：后续研究"，《英国医学杂志》，第326卷，第7396期(2003年)，第959-960页。

50 Matthew Warner-Smith等人，"海洛因过量使用：原

FIG. 9 Proportion of drug users[a] who have witnessed an overdose (including fatal overdoses) or personally experienced a non-fatal overdose



Source: Silvia S. Martins and others, "Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature", American Journal of Public Health, vol. 105, No. 11 (2015), pp. e29 – e49.

Note: The numbers of studies included are shown in the legend. The shaded box depicts the middle 50 per cent of the data points (i.e., corresponding to the 25th and 75th percentiles) with the horizontal like within this box depicting the median value. The error bars are the minimum and maximum values.

[a] Of the 43 separate studies, 6 studies were among users of any substance, while the vast majority were among heroin, "crack" and/or cocaine users (21 studies), or among PWID (16 studies).

过量与随后的致命性过量有关联，其风险会随着先前的非致命性过量的次数而增加。[51, 52]

及早认识到过量用药正在发生并随后采取干预措施往往是防止致命过量的关键所在。使用海洛因和/或可卡因或注射毒品的人中有很高比例(几乎四分之三)报告说，他们目睹了吸毒过量(包括那些被证明是致命的过量)。[53] 这意味着吸毒者实际上有机会干预和影响事件的结果，以及是否可证明是致命的过量，例如，在类阿片使用过量的情况下服用纳洛酮。过去20年来，一些国家实行了所谓的"把纳洛酮带回家"方案，向类阿片使用者和可能出现类阿片使用过量的其他人提供纳洛酮培训和过量管理教育以及把纳洛酮包带回家使用。通过作出得当反应，包括采用目睹吸毒过量的人使用纳洛酮等手段，类阿片使用过量是可逆的。[54, 55, 56, 57]

C. 毒品供应规模

毒品种植和生产

大麻仍然是全世界生产最广泛的毒品

大麻不仅是世界上消费最广泛的毒品，而且也仍然是生产最广泛的毒品。2010-2016年期间，所有区域的145个国家都直接或间接地向毒品和犯罪问题办公室报告了其国内大麻种植情况，所涉人口占全球总人口的94%，是报告罂粟种植的国家数目的两倍多。

罂粟和古柯树种植都有显著增长

2006年以来，全球罂粟种植总面积比前一年增长了约37%，到2017年达到近418,000公顷，比之前的面积翻了一番。这主要是由于阿富汗罂粟种植面积显著增加，[58] 该国占2017年全球鸦片产量的86%。然而，阿富汗罂粟种植增加的原因并不单一，因为有许多复杂的和地理上不同的因素会影响到农民种植罂粟的决定。政治不稳定、腐败以及缺乏政府控制和安全欠缺等一系列因素和事件等可能加剧了法治方面的挑战。由于阿富汗政府正在将重点转移到打击人口稠密地区的反政府分子上，因此可能致使农村人口更加脆弱。国际援助界参与的减少也可能阻碍了农村地区的社会经济发展机会。

相比之下，缅甸2017年的鸦片产量约占全球鸦

因和后果"，《瘾癖》，第96卷, 第8期 (2001年), 第1113 – 1125页。

51 Mark A. Stoové，Paul M.Dietze和Damien Jolley，"以往非致命性海洛因过量使用后的过量死亡：救护车出勤记录与死亡登记数据之间的联系"，《毒品与酒精评论》，第28卷, 第4期 (2009年), 第347 – 352页。

52 Alexander Caudarella等人，"非致命性过量使用作为注射吸毒者中随后致命过量使用的危险因素"，《毒品和酒精成瘾》，第162卷(2016年)，第51-55页。

53 Silvia S. Martins等人，"非有意药物过量的全球流行率和趋势：对相关文献的系统性审查"，《美国公共卫生杂志》，第105卷，第11期（2015年），第e29-e49页。

54 John Strang和Rebecca McDonald，"用带回家的纳洛酮预防类阿片使用过量死亡"，《卓识系列丛书》第20辑 (2016年，欧洲毒品和毒瘾监测中心，卢森堡)。

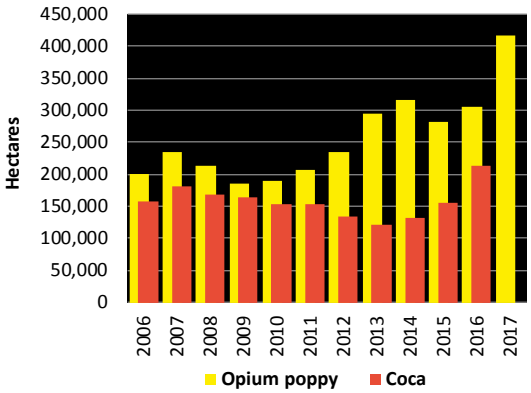
55 世卫组织，"类阿片使用过量的社区管理"(2014年，日内瓦)。

56 欧洲毒品和毒瘾监测中心，"预防致命过量使用：对把纳洛酮带回家方案的成效进行一项系统性审查"，欧洲毒品和毒瘾监测中心研究论文(2015年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)。

57 Alexander Y. Wallee等人，"类阿片使用过量率和在马萨诸塞州实行过量使用教育和纳洛酮鼻内给药：中断的时间序列分析"，《英国医学杂志》，第346卷(2013年)，第1-13页。

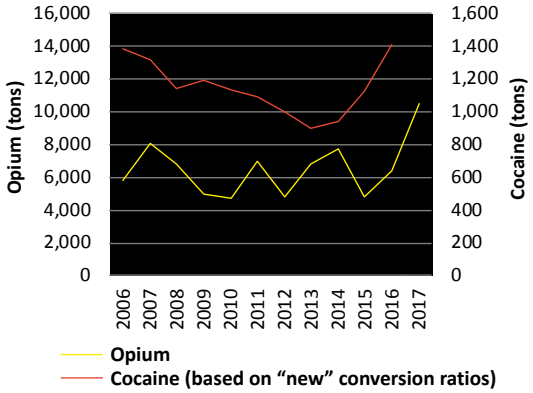
58 有关类阿片市场的详细讨论，见本报告第三分册。

FIG. 10 Total area under opium and coca cultivation, 2006 – 2017



Source: UNODC, coca and opium surveys in various countries; responses to the annual report questionnaire; and United States, Department of State, International Narcotics Control Strategy Report, various years.

FIG. 11 Global opium production and cocaine manufacture, 2006 – 2017



Source: UNODC coca and opium surveys in various countries; responses to the annual report questionnaire; and United States, Department of State, International Narcotics Control Strategy Report, various years.

Note: Cocaine manufacture is expressed in terms of a hypothetical manufacturing output level of 100 per cent pure cocaine; actual cocaine manufacturing output, unadjusted for purity, is significantly higher. (More information on the "new" versus the "old" conversion ratios can be found in the online methodology section of this report.)

片产量的5%，但罂粟种植和生产则有所减少。

全球古柯树种植面积约为罂粟种植总面积的一半，但2000-2013年期间下降了45%，2013-2016年期间增加了76%，达到213,000公顷。[59] 因此，古柯树种植已恢复到2001年报告的水平，仅略低于2000年的峰值(4%)。这一下降以及随后古柯产量的增加主要是由于哥伦比亚古柯树种植发生了变化。然而，2016年间，所有三个古柯生产国，多民族玻利维亚国、哥伦比亚和秘鲁的古柯树种植均有所增加，致使当年古柯树种植总面积增加了36%。

鸦片生产处于毒品和犯罪问题办公室开始监测以来的最高水平，可卡因制造处于有史以来的最高水平

据估计，2017年全球鸦片产量约为10,500吨，是毒品和犯罪问题办公室自21世纪初开始每年监测全球鸦片产量以来有案可查的最高水平。[60] 2016-2017年期间，全球鸦片产量[61]增加了65%(自2015年以来增加了120%)，比罂粟种植面积的相应增长要大得多。这主要是由于阿富汗的罂粟产量逐渐增加，从过去几年主要种植区报告的低水平开始恢复。

全球可卡因制造量在2005-2013年期间有所下降，[62] 在2013-2016年期间增长了56%。2016年可卡因潜在产量达到1,410吨(100%纯度)，这是估计的最高水平，比上一年全球可卡因制造量增加25%。据报告，2016年可卡因潜在制造量增长最大(34%)，哥伦比亚占全球总量的60%以上。

毒品缉获情况

毒品缉获量(按重量)或缉获案件数目可用于对毒品缉获的分布、规模和模式进行分析。不过，这两项指标都不是毒品贩运的直接指标，因为它们也反映了执法能力状况和优先事项排序。然而，如果一并考虑毒品缉获案件的数目和缉获数量的变化，并考虑到纯度调整后价格方面的变化，则有助于查明毒品供应的趋势和模式，以及执法活动和毒品贩运战略的变化。例如，澳大利亚最近的一项研究

59 有关古柯树种植方面的资料已从2016年开始提供。

60 根据20世纪前几十年文献中关于鸦片生产的估计数，直至20世纪30年代中期的鸦片产量要远远高于最近这些年的水平。(见毒品和犯罪问题办公室，《国际药物管制的一个世纪》，2009年)。然而，这些早先的估计是基于不同的方法计算出来的(如鸦片种植者缴纳税款和其他税款等)，与本报告中提出的相关数据不完全具有可比性，这些数据主要以遥感手段和产量调查为基础获得(详见本报告的在线方法学附件)。

61 为鸦片估计产量，罂粟种植面积乘以每个区域每公顷的鸦片产量。

62 1961年的《麻醉品单一公约》是指不作进一步加工的鸦片等物质的生产，以及需要实验室加工的可卡因等物质的生产。

表明，对于大多数毒品(特别是可卡因和苯丙胺类兴奋剂)而言，缉获次数和截获数量的增加主要反映了供应方面的变化：这些增加与随后的低水平贩运以及与毒品有关的逮捕和消费的增加(如急诊室就诊人数中所反映的那样)相契合，反之亦然。[63]

大麻仍然是全世界缉获量最大的毒品，其次是古柯和与可卡因有关的毒品

2016年大麻继续是全球范围内缉获数量最大的的毒品，其次是与古柯和与可卡因有关的毒品、类阿片、新型精神活性物质和苯丙胺类兴奋剂(主要是甲基苯丙胺)。

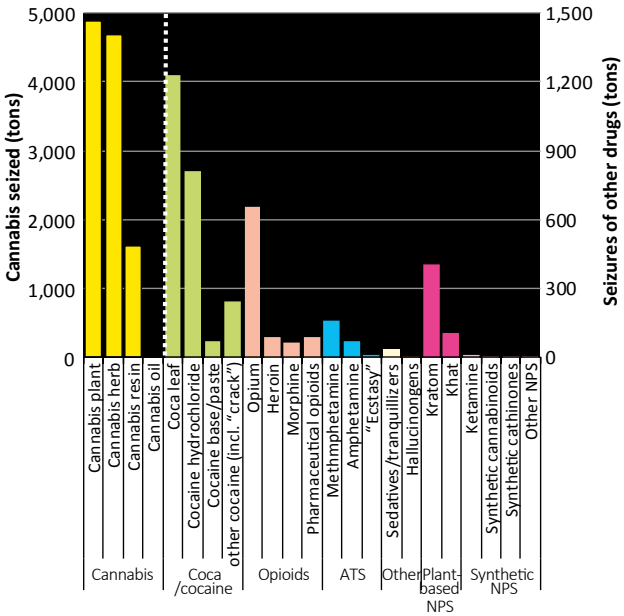
2016年全球缉获的类阿片数量最多的是鸦片。然而，以海洛因当量表示，[64] 所缉获的类阿片数量最多的是海洛因，其次是药物类阿片。后者中缉获量最大的是曲马朵，这是一种不受国际管制的类阿片，其次是可待因、羟考酮和芬太尼。芬太尼及其类似物的效力可能是吗啡的100至10,000倍，所以即使是小数量也能代表很大的剂量。因此，就剂量而言，芬太尼及其类似物估计占2016年缉获的类阿片的大多数。[65]

2016年缉获的植物性新型精神活性物质总量最大的是卡痛叶(千金藤)，它既具有类阿片性质，又具有类似兴奋剂的作用；植物新型精神活性物质总缉获量第二大的是兴奋剂阿拉伯茶。2016年缉获的镇痛剂和镇静剂总量中，最大一部分与甲喹酮有关，其次是苯并二氮杂卓，而巴比妥酸盐的缉获量仍然很小。2016年致幻剂缉获量中以迷幻剂为主。

缉获的苯丙胺类兴奋剂、可卡因、植物性新型精神活性物质和镇静剂的数量显著增加

尽管大麻继续在全球毒品缉获量中占据主导地位，但2016年缉获的大麻产品数量减少了16%。这反映出所缉获的大麻药草数量减少了22% (主要原因是非洲和美洲的缉获量减少到

FIG. 12 | Global quantities of drugs seized, 2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire data, providing information from 124 countries.

Note: Quantities seized have not been adjusted for purity or potency.

了4,700吨)，而大麻树脂缉获量则增加了6%，达到1,600吨。

2016年全世界缉获的苯丙胺类兴奋剂数量增加了20%，达到247吨，创历史新高。2016年苯丙胺缉获量增加了35%，达到创纪录的70吨；“摇头丸”缉获量增加了37%，达到14吨；甲基苯丙胺缉获量增加了12%，达到158吨的创纪录高点。

与此相类似，全世界可卡因缉获总量 (包括古柯糊和可卡因碱基糊)也在2016年达到历史最高水平，超过了1,100吨，[66] 这比前一年增加了20%以上，与2012年相比增加了60%以上。这可能与近年来古柯叶种植和全球可卡因制造明显增加有关。

然而，据报告，2016年缉获的一种数量增长最快的特定毒品是植物性精神活性物质，主要原因是其中卡痛叶的缉获量增加了7倍，达到400多吨。相比之下，2016年缉获的合成新型精神活性物质数量显著下降了50%以上，比2012年下降了60%以上。这一下降最为明显的

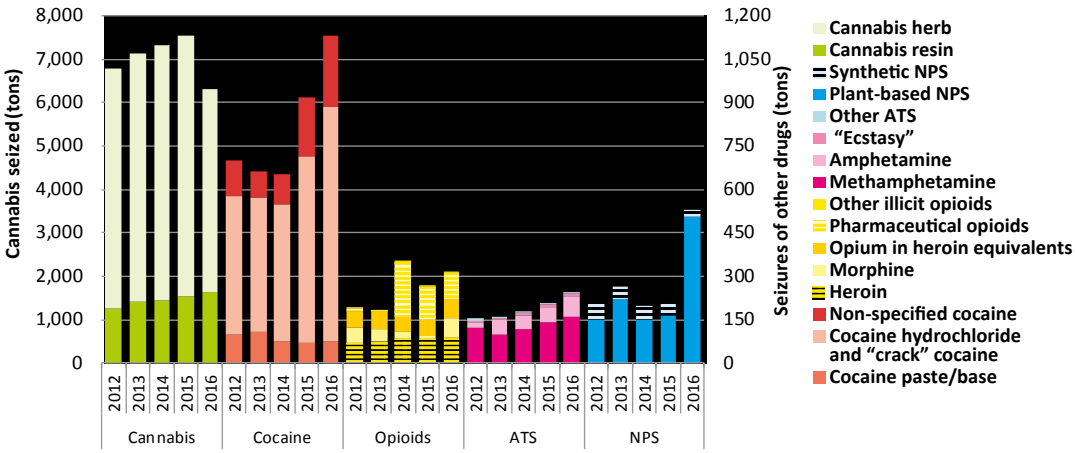
63 Wai-Yin Wan, Don Weatherburn, Grand Wardlaw,Vsailis Sarafidis和Grant Sara，“毒品缉获量是否预示着与毒品有关的急诊部门的报告数目或预示着因吸毒和拥有毒品而被捕的人数？”，《国际毒品政策杂志》，第27期(2016年)，第74-81页。

64 10公斤鸦片相当于1公斤海洛因。

65 关于以估计剂量表示的缉获量的详细计算方法，见本报告的在线方法学附件。

66 这一数字不能与可卡因制造的估计数量(1,410吨)相比较，因为所制造的可卡因估计纯度为100%，而缉获的可卡因并未按此种纯度进行相应调整。

FIG. 13 | Global quantities of selected drugs seized, 2012 – 2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Note: A rate of 10:1 was used to transform seizures of opium into seizures expressed in heroin equivalents.

是所缉获的苯甲胺素(-99%)和合成大麻素的数量，2012-2016年期间下降了87%。这主要与截获的“香料”类混合物(草药与合成大麻素混合)的数量显著下降有关。2012-2016年期间，所缉获的哌嗪类物质数量保持稳定，而合成卡西酮、色胺和氯胺酮以及苯环吡啶类物质的缉获量则有所增加。

2016年全世界缉获的类阿片数量增加了约13%，主要原因是所截获的阿片剂数量有所增加，这反映了鸦片生产以及吗啡和海洛因制造量的持续增长。据报告，2016年鸦片(658吨)和海洛因(91吨)的缉获量分别增加了12%和10%，而所截获的吗啡总量则增加了7倍，达到65吨。

虽然2016年全世界缉获的类阿片药物总量比2015年的很高水平下降了20%以上，但仍然是2012年缉获量的9倍。2012-2016年期间的增长主要是由于所截获的曲马朵以及氢考酮、羟考酮和芬太尼的数量出现大幅增加。

据报道，2016年截获的镇痛剂和镇静剂数量增加了7倍。这主要是由于所缉获的甲喹酮、苯二氮杂卓和γ-羟基丁酸(G水)数量显著增加。

2015-2016年全世界缉获的致幻剂数量减少了90%以上，从中期情况看，2012-2016年期间减少了75%，主要原因是北美洲的缉获量明显下降。然而，2016年缉获的迷幻剂原型数量增加了一倍多，这主要是因为欧洲和北美缉获的迷幻剂数量有所增加。

毒品缉获量下降可能反映出毒品贩运乃至执法战略的变化

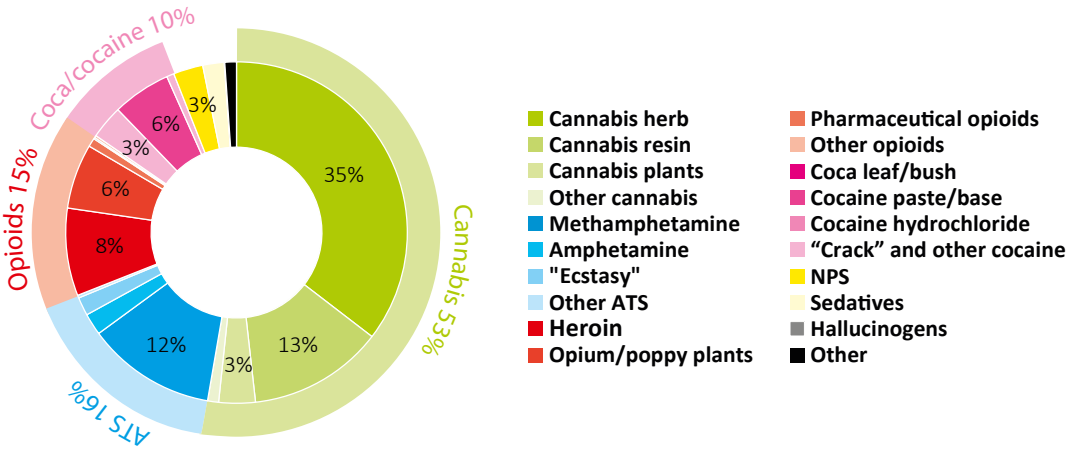
会员国2016年向毒品和犯罪问题办公室报告了250万起毒品缉获案件，而2015年为240万起(分别由69个国家和65个国家报告)。2015-2016年期间，所有毒品缉获案件中有一半以上是大麻(主要是大麻药草)，其次是苯丙胺类兴奋剂。

对每种毒品在缉获案件中所占份额的发展趋势进行分析的结果表明，过去十年间全球大麻缉获案件所占比例有所下降。相比之下，苯丙胺类兴奋剂(主要是甲基苯丙胺)、类阿片和新型精神活性物质缉获案件的比例在同一时期有所上升。对2005-2006年和2015-2016年两个时期报告缉获案件的71个国家的数据进行的分析结果证实了这种趋势。

要对毒品缉获案件数目和缉获数量的全球趋势进行比较具有挑战性，因为并非所有国家都会报告其所缉获的案件数量。考虑到2005-2006年和2015-2016年时期报告的缉获数目和缉获量的国家样本(71个国家)，可在此指出的是，2005-2006年至2015-2016年期间，毒品缉获案件总数增加了17%，而毒品缉获量则增加了3%。

毒品缉获案件的毒品平均数量从2005-2006年的大约6公斤减少到2015至2016年期间的5公斤。然而，71个报告的国家平均缉获量的总体下降掩盖了所截获的不同类型的毒品之间的差异。大麻药草、大麻树脂、可卡因、吗啡、“摇头丸”、植物性新型精神活性物质和合成的新型精神活性物质的平均缉获量从

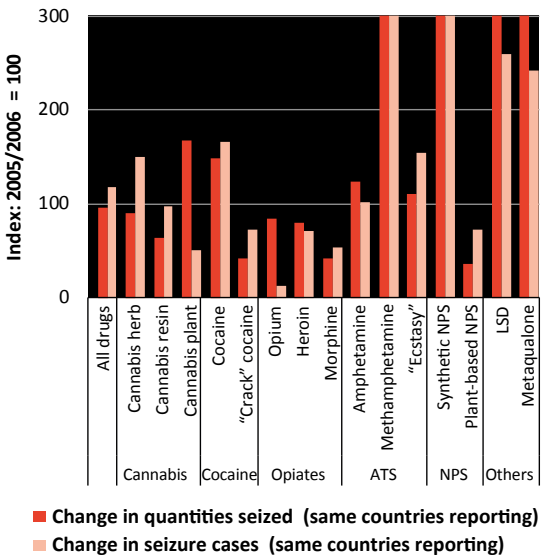
FIG. 15 | Distribution of global number of drug seizure cases, 2015 – 2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Note: The calculations are based on a breakdown of almost 5 million seizure cases reported to UNODC in the period 2015 – 2016 period. The data set includes 2.4 million seizures cases reported in 2015 and 2.5 million seizures cases in 2016. Seizure case information is based on information from 80 countries, including 65 countries reporting in 2015 and 69 countries reporting in 2016.

FIG. 14 | Changes in quantities of drugs seized and number of drug seizure cases from 2005 – 06 to 2015 – 16



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire

Note: Calculation based on data from 71 countries (index: 2005 – 2006 = 100).

2005-2006年到2015-2016年期间都有所下降，而大麻植物、鸦片、甲基苯丙胺、苯丙胺、迷幻剂和甲喹酮的个别缉获案件的平均数量则有所增加。

与缉获的毒品数量相比较，毒品缉获案件的数目有了更大增加，因此2005-2006年至2015-2016年期间缉获案件的毒品平均数量有所下降，这可能是执法战略和贩毒方式发生变化的结果。执法战略的变化可能包括以零售和微型贩运为针对目标，更多地强调不那么笨重的毒品类型。毒品贩运活动的变化则可能包括一种趋势，即采取越来越多的少量毒品运输——这是毒品贩运组织为减少被查获所造成的损失而采取的一项手法(包括使用毒骡和邮政/私人包裹服务，特别是通过暗网销售毒品等)。贩运较少数量的毒品或贩运纯度较高的物质的趋势也可能是每次缉获案件的缉获量下降的原因，但也可能是由于毒贩更多地利用社会供应网络分销毒品。此外，较小缉获案件的报道工作有所改进，也可能是导致个别缉获量的平均数量出现下降的原因。

然而，不同类型毒品的缉获案件平均重量的差异并不一定表明执法干预措施或贩毒者的作案方式发生了变化，因为不同毒品的纯度和效力彼此之间有着很大差异。

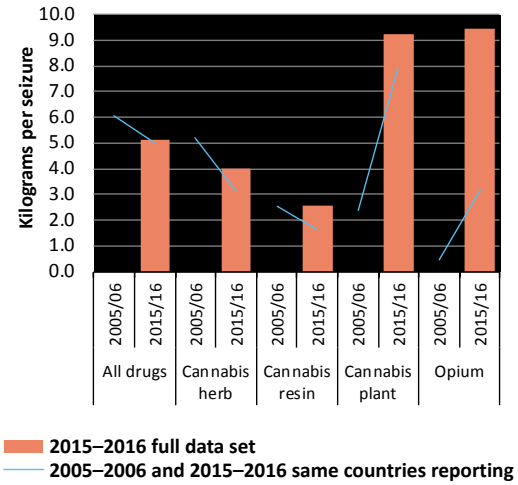
2015-2016年期间，所缉获的一些最大宗的毒品，如植物性新型精神活性物质(每例13公斤，主要是阿拉伯茶和苦杏仁的缉获量)、鸦片(9.5公斤)和大麻植物(9.2公斤)等，在缉获量中所占份额最大。

2015至2016年截获的可卡因平均缉获量(每案3.4公斤)远远大于苯丙胺类兴奋剂、合成新型

精神活性物质或海洛因的个别缉获量。这可能意味着可卡因比其他毒品更有可能大量贩运，例如在半潜器、船舶和集装箱中贩运。尽管在同样漫长和多样的贩运路线上被贩运到其主要消费市场，但海洛因缉获量(0.2公斤)的平均重量要比可卡因小得多。

2015-2016年期间报告的平均缉获量最小(不到10克)是迷幻剂、苯并二氮杂卓、“快克”可卡因和巴比妥酸盐。这可能反映了制造地点(迷幻剂、“快克”可卡因)之间或它们被转入非法渠道(苯并二氮杂卓和巴比妥酸盐)与其各自的消费市场之间的距离相对较短。

FIG. 16 Average size of drug seizures in 2015 – 2016 and trend in average size from the period 2005 – 2006 to the period 2015 – 2016, selected drugs



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.
Note: See online methodological annex for calculation details.

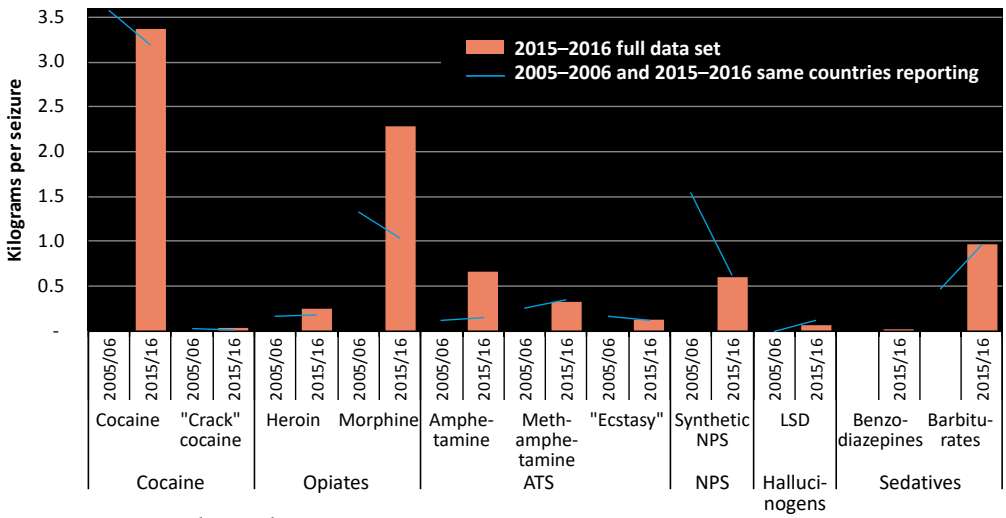
暗网毒品交易对执法部门构成了日益严峻的挑战

迄今为止，对暗网(包含那些只能使用特殊浏览器访问和获得信息的“深网”部分)的实证研究有限。下文概述了最近开展的一些研究(通常利用网络爬行搜索技术对各种暗网市场网站进行反复快照并进行分析)有助于更好地了解通过暗网购买毒品的趋势和模式。讨论中还借鉴了参与卧底活动的欧洲和北美警察专家的经验和深入了解，以期查明毒品销售者并查封那些暗网毒品销售平台。

暗网：毒品市场经营模式

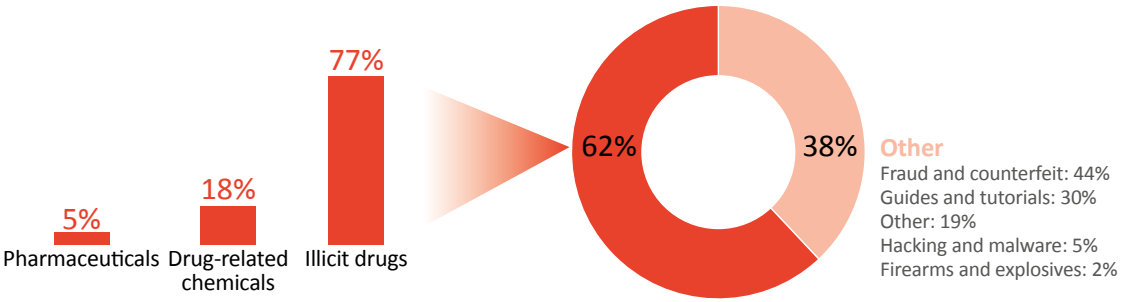
如今许多非法活动都利用暗网进行，包括毒品贩运。欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局针对暗网联合进行的一项研究发现，截至2017年8月止，全世界五大暗网市场的所有出售品目录中，有60%以上都与非法毒品销售有关，包括与毒品有关的化学品和

FIG. 17 Average size of drug seizures in 2015 – 2016 and trend in average size from the period 2005 – 2006 to the period 2015 – 2016, selected drugs



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.
Note: See online methodological annex for calculation details.

FIG. 18 Importance of drugs and drug-related chemicals for the darknet (based on listings on the main darknet markets)



Source: EMCDDA and Europol, Drugs and the darknet, November 2017, p. 15.

Note: Based on active listings data from AlphaBay, Dream Market, Hansa, TradeRoute and Valhalla darknet marketplaces, spanning from the launch of each marketplace to 21 August 2017 (or market closure).

药品。[67] 仅毒品的非法销售一类就占所有此类目录的将近一半。

希望经由暗网购买毒品的人通常通过“洋葱路由器”获取毒品，以确保他们的真实身份不至暴露。使用专门的暗网浏览器，例如格拉姆斯浏览器等，使他们能够导航到他们想要的市场平台。在暗网市场上购买的产品通常用比特币等加密货币支付。[68] 然后比特币可用来购买其他商品和服务，也可兑换成不同的国家货币。在这些市场上购买的毒品通常由公共或私人邮政服务递送，[69] 包裹通常寄往匿名邮递信箱，特别是自动“邮包站”进行自助收取。

暗网对供应商和客户的主要优势是交易的匿名性，因为它不需要任何人身接触。暗网贩运还克服了供应商和客户必须在同一地点的挑战，并获得了供应商需要有维持标准毒品市场所需的临界数量。与传统的互联网交易一样，客户也会听取其他客户对销售产品质量和供应商可靠性的反馈并作出改进。暗网平台还保证所销售货物得到付款，通常使用代管账户系统，[70] 后者要求对所订购的货物立即付款，但同时又延迟付款的最终完成，直至客户实际收到所订购的货物为止。

67 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局，《毒品与暗网：执法、研究和政策前景》，联合出版物系列(2017年，卢森堡，欧洲联盟出版物办公室)，第15页。

68 自暗网毒品市场开始营运以来，比特币一直是最受欢迎的支付货币(Martin Horton-Eddison and Matteo Di Cristofaro，“加密毒品市场的严格干预措施和创新办法：代管办法”，政策简报第11号(2017年8月，联合王国斯旺西，全球药物政策观察站，斯旺西大学)，第4页。

69 世界海关组织，《2015年非法贸易报告》(2016年12月，布鲁塞尔)，第44页。

70 Horton-Edison和Di Cristofaro，“加密市场的严格干预措施和创新办法”，第3页。

暗网毒品交易平台高度波动且频繁消失不见

自2010年以来，暗网市场一直在不停运作，[71] 尽管只是自2011年2月“丝绸之路”交易平台启动(2013年10月被查封)以来，这些市场才真正开始发挥重要作用。它们由各种用作交易平台的网站组成，与那些用于购买合法货物和服务的公共万维网(“开放网络”)上的合法交易平台相类似。然而，许多暗网交易的非法性意味着，暗网与开放的万维网交易平台之间存在着显著差异。

其中的主要区别是使用一种专用货币——主要是比特币、代管账户，以及交易平台的迅速出现和消失，这些平台往往与非法商业做法直接相关。根据欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局对2011-2017年期间全球运营的103个暗网市场的详细调查分析结果，暗网市场平均活跃期为8个多月，其中最持久的市场平均运行时间不到4年，大多数市场的运行时间不超过一年。因此，暗网上的主要交易平台经常发生变化，从2011-2013年期间的“丝绸之路”交易平台，到2014年的“集市”和“演进”平台，2015-2016年的“阿尔法湾”、“核子”和“梦幻市场”，以及2017年以“阿尔法湾”为主的市场。自2017年7月阿尔法湾”解体以来，主要交易平台继而由“梦幻市场”和一些新兴市场所取代，诸如“瓦尔哈拉”、“丝绸之路3.1”、“暗网英雄联盟”、“苹果市场”、“狮子屋市场”、“贸易路线”、“华尔街市场”、“RS俱乐部市场”、“锡安市场”、“无限市场”、“蟒蛇”市场等。[72]

71 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局，《毒品与暗网》。

72 同上。

欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局还分析了2010-2017年7月底期间导致全球89个交易市场关闭的原因。他们发现，“退出骗局”是最常见的关闭原因(占35%)，即经营者突然关闭其网站并卷走用于便利交易的代管账户中的所有资金；其次是“自愿退出”(占27%)，即因执法行动而导致的关闭(占17%)；以及第三方黑客攻击（占12%)。[73]

尽管就2011-2017年期间在暗网上运营的网站数量而言,其中大部分交易平台的关闭并非是执法机构的功劳，但执法机构的确于2017年7月取得了一次巨大成功，当时最大的毒品交易平台“阿尔法湾”被美国、加拿大、泰国、荷兰、欧洲联盟执法合作局联合开展的“刺刀”行动的一部分所捣毁。[74] 2016年初时，在暗网上发现的38,000种销售品目录中，“阿尔法湾”网站占了其中近30%。[75] 一年之后，“阿尔法湾”网站上的非法毒品和化学品种类竟然达到了25万多种，此外还有10万多种被盗和欺诈性身份证件和连接装置、假冒货、恶意软件和其他计算机黑客工具、火器和欺诈性服务出售目录。“阿尔法湾”在其存在期间的用户超过200,000，供应商也达到40,000。[76] 2017年初时，即其被执法机构捣毁的前几个月，该网站的日销售金额超过60万欧元，高于一年前的每天约20万欧元，是2013年夏季“丝绸之路”网站创纪录销售额的两倍。[77] 在查封交易平台“汉萨”时，该交易平台当时是“暗网上的第三大犯罪市场，非法毒品和其他商品的交易量也同样很高。[78]

以往主要交易平台的倒闭并未在很长一段时间内对通过暗网进行的毒品贩运产生重大影响。欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局认为，“以查封暗网市场的形式进行的执法干预打乱了暗网市场，但整个暗网生态系统似乎相当有弹性，新市场通常会随后迅速建立”。[79] 有实例表明，供应商和用户都只是迁移到下一个最大的交易平台继续运营。[80] 欧洲联盟执法合作局对主要暗网毒品市场的销售目录进行的分析结果显示，在主要暗网毒品市场关闭后，相应的总体暗网活动数量随即随之下降。为此，在大部分交易平台被关闭后，那些幸存市场的价格也会随之相应上涨。然而，随着供应商和用户迁移到另一个暗网市场，其价格很快又会恢复到之前的水平。[81]

对暗网交易量的监测结果将会显示，2017年7月“阿尔法湾”和“汉萨”平台被查封是否会产生长期影响。事实上，在“汉萨”网站被捣毁之前，警方已连续运作多天，旨在了解该网站的运作情况并设法掌握关于客户和供应商的更多数据。

比特币的价值不受暗网市场关闭的影响。比特币市场上的投机性投资对比特币价值的影响远大于暗网市场的下跌。比特币仍然是暗网市场交易的主要交换手段，但用于非法药物交易的比特币数量似乎仍占所有比特币交易的有限部分。最近一项关于比特币洗钱问题的研究采用了一种新的法医分析工具，将公共区块链数据与比特币地址的专有数据集结合起来进行研究，其结果表明，2013-2016年期间，“非法比特币”主要与暗网市场上的交易有关(主要是2013年与“丝绸之路”、2014年和2015年与“集市”、以及2016年与“阿尔法湾”的交易)，但仅占以不同国家货币进行的所有交易的0.6%。然而，该研究的作者承认，这可能是一个下限估计，比特币洗钱的真实比例可能会更高。[82]

暗网毒品贩运的总体重要性仍然很有限

据欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局估计，2011年11月22日至2015年2月16日期间，16个主要暗网市场上的毒品销售总额为1.724亿欧元(欧洲联盟国家为7,900万欧元，其

73 同上。

74 欧洲联盟执法合作局，“全球协调行动沉重打击了犯罪暗网活动”，新闻稿，2017年7月20日。

75 Kruithof等人，“互联网为毒品交易提供了便利：对荷兰的规模、范围和作用的分析”，研究报告系列，文件编号：RR-1607-WODC(2016年，加州圣塔莫尼卡，兰德公司)。可查阅：www.rang.org/。

76 欧洲联盟执法合作局，“…沉重打击了犯罪暗网活动”。

77 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局，《毒品与暗网》，第42页。

78 欧洲联盟执法合作局，“…沉重打击了犯罪暗网活动”。

79 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局，《毒品与暗网》，第11页。

80 根据2015年11月18日至20日在奥地利巴德拉赫举行的关于欧洲联盟开展联合调查打击虚拟市场（暗网）贩毒的国际会议的调研结果。

81 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局，《毒品与暗网》，第62页。

82 Yaya J. FANUsie和Tom Robinson，“比特币洗钱：对非法流入数字货币服务的比特币的分析”，2018年1月12日。可 查阅：www.defenddemocracy.org/ 。

他国家为9,330万欧元)，[83] 相当于约2.22亿美元，即平均每年4,400万美元。欧洲最大的收入来自苯丙胺类兴奋剂(苯丙胺和“摇头丸”)的销售，其次是大麻和可卡因的销售，其中最大的收入来自德国(超过2,500万欧元)、联合王国(2,000万欧元)和荷兰(1,800万欧元)。[84]

随后对“阿尔法湾”贩毒交易的分析结果[85] 显示，2015-2017年期间，前一个网站实际产生的毒品销售量要比前四年大得多。2015-2017年期间的销售额估计为1.63亿欧元，包括2015年1月至2017年7月期间欧洲联盟国家的4,640万欧元和世界其他国家的1.166亿欧元(相当于平均每年6,500万欧元或7,300万美元)。然而，目前尚不清楚的是，2015-2017年期间经由“阿尔法湾”的交易量增加是否是因为暗网上的毒品交易总量急剧增加，抑或是以牺牲其他网站为代价的网站受欢迎程度的增加所致。

欧洲兰德公司于2016年进行的另一项研究估计，2016年初时，当时最大的八个暗网市场[86] 每月产生的涉毒收入可达1,400万至2,500万美元(相当于每年1.7亿至3亿美元)。这一数字远高于欧洲毒品和毒瘾监测中心/欧洲联盟执法合作局对2011-2015年期间的涉毒收入估计(每年4,400万美元)。这可能表明近年来暗网市场活动明显扩大。然而，根据欧洲兰德公司研究报告提供的估计数，全球暗网毒品市场在美国[87] 和欧洲联盟加在一起的年度毒品零售市场中所占比例不超过0.1%至0.2%。[88] 但需对此持审慎态度，因为欧洲兰德公司在其研究中使用的方法假定，所有买家只购买了欧洲兰德研究报告中特别提到的暗网市场上出售的数量，因而可能会低估了每次交易所涉及的数量，从而低估所估计的总收入金额。

欧洲兰德公司的研究还估计，2016年暗网涉毒收入最大的是在北美经营的毒品供应商(占全球收入的43%)，其中最显著的是那些在美国经营的毒品供应商(占全球收入的36%)，其次是在加拿大经营的毒品供应商(占全球收入的7%)，再次是在欧洲经营的毒品供应商(占全球收入的35%以上)，其中最显著的是那些在联合王国(占全球收入的16%)、德国(8%)和荷兰(8%)经营的毒品供应商。[89] 欧洲毒品和毒瘾监测中心/欧洲联盟执法合作局的研究还确定这三个国家为受暗网毒品贩运影响最大的欧洲国家，[90] 其他主要毒品供应商在澳大利亚（占全球总收入的11%），而另有3%的收入来自其他国家。对在各种暗网市场网站毒品供货目录旁边列出的电子邮件地址发现的供应商人数的分析(占所有毒品供应商的五分之一)也查明了亚洲的一些毒品供应商，其中最显著的是中国(占所有已查明电子邮件地址清单的9%)和印度(3%)以及阿富汗(1%)。[91]

研究表明近年来与毒品有关的暗网活动显著增多

执法部门提供的信息[92] 和关于毒品供求情况的研究表明，近年来暗网上的涉毒活动有所增加。[93] 欧洲兰德公司的研究发现，2013年10月至2017年1月期间，每月的涉毒交易量增长了2.6倍。[94] 欧洲反洗钱委员会针对暗网的研究结果显示，2016年年初至2017年初期间，通过“阿尔法湾”进行的暗网月销售量增长了两倍。[95] 迄今为止，尚未获得任何自2017年7月“阿尔法湾”和“汉萨”被查封后暗网销售演变方面的相关信息。

83 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局，《毒品与暗网》，第35页。

84 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局，《毒品与暗网》，第47页。

85 欧洲兰德公司利用一种网络爬行搜索技术于2014年12月22日在“阿尔法湾”确定了37,896项出售品目录；在19个加密市场上确定的出售品总数(大部分在几个月后，即2015年进行了调查)达到133,061项；见网上文章“互联网为毒品交易提供了便利”，可查阅：www.ram.org。

86 这些市场可能是2016年1月至2月的“阿尔法湾”、“核子”、“梦幻市场”、“加密市场”、“汉萨”、“蟒蛇”、“法国暗网”、“暗网英雄联盟”，当时约占所有销售品目录的80%。

87 据美国国家药物管制政策办公室估计，美国药品市场2010年约为1,090亿美元(范围：690亿至1,710亿美元)(Beau Kilmer等人，《美国用户2001至2010年期间在非法药物上花了多少钱？》，研究报告系列，文件编号：RR-534-ONDCP(2014年，加利福尼亚州圣莫尼卡，兰德公司)。

88 据欧洲毒品和毒瘾监测中心估计，2013年欧洲非法药物市场的零售价值约为243亿欧元(范围：210亿至310亿欧元)，相当 于每年320亿美元左右。

89 欧洲兰德公司，“互联网为毒品交易提供了便利”。.

90 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局，《毒品与暗网》，第47页。

91 欧洲兰德公司，“互联网为毒品交易提供了便利”。

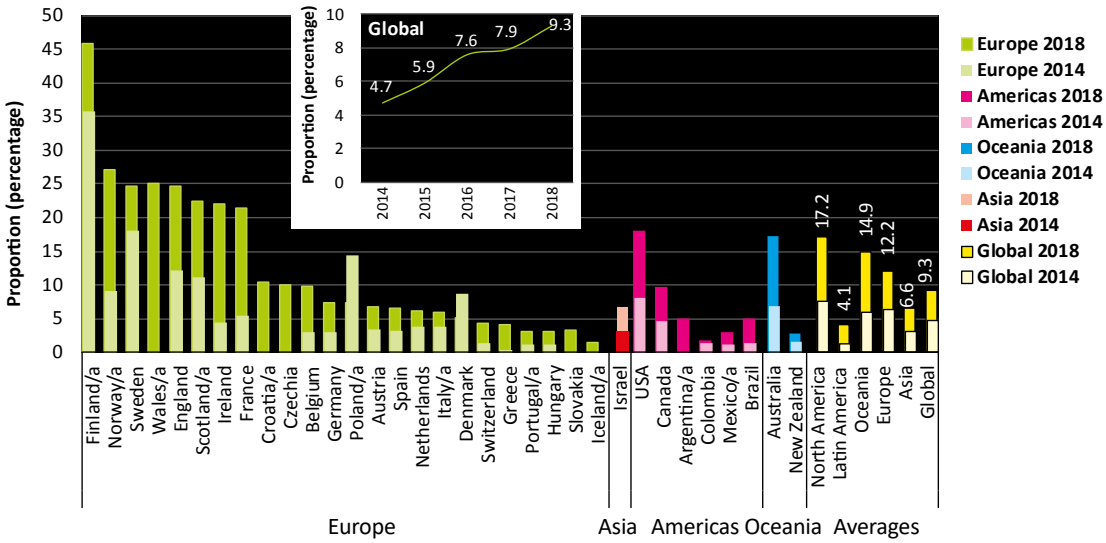
92 欧洲联盟执法合作局，2017年欧盟重大和有组织犯罪威胁评估报告：《欧洲联盟与有组织犯罪威胁评估-技术时代的犯罪(2017年，海牙),第11页。

93 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局，《毒品与暗网》，第10页。

94 欧洲兰德公司，“互联网为毒品交易提供了便利”。

95 欧洲毒品和毒瘾监测中心和欧洲联盟执法合作局，《毒品与暗网》，第43页。

FIG. 19 | Proportion of Internet users reporting to an online survey who used drugs in the past year and who purchased drugs via the darknet, 2014 and 2018 (annual prevalence)



Source: Global Drug Survey. Available at https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/results/GDS2017_key-findings-report_final.pdf.

Note: The proportions shown here are based on convenience samples of people who volunteered to participate in these surveys. The total number of persons answering darknet market-related questions was 53,5572 in 2018, all of whom also reported their past-year drug use.

[a] For the following countries no data for 2014 or 2018 were available, so data from the closest year were used instead: Finland (2016 and 2018); Norway (2016 and 2017); Wales (2017); Scotland (2015 and 2018); Croatia (2017); Greece (2017); Poland (2015 and 2018); Italy (2015 and 2018); Portugal (2014 and 2017); Iceland (2017); Argentina (2017); Mexico (2014 and 2017).

《全球毒品调查》系基于一项非具代表性的便利性抽样调查(不能据此对调查之外的吸毒者进行推断)，该调查对50多个国家(其中发达国家比发展中国家多)的约10万人进行了网上调查。调查结果发现，通过暗网购买毒品的互联网用户比例从2014年的4.7%上升到2018年1月份的9.3%，而且几乎所有国家都报告说出现了增长情况。2018年报告通过暗网购买毒品的互联网用户比例最高的是北美、大洋洲和欧洲。

调查中有一个关于“阿尔法湾”和“汉萨”被查封的后果的提问。对该提问的答复显示，自这两个暗网平台被取缔之后，15%的互联网用户使用暗网购买毒品的频率比以前降低了，9%的人已完全停止使用暗网购买毒品，但同时也有19%的互联网用户在使用暗网市场时会设法改进其操作安全装置以提高安全性。然而，大多数人(57%)不认为自己受到暗网市场关闭的影响。

Annual prevalence of the use of cannabis, opioids and opiates, by region and globally, 2016

Region or subregion	Cannabis						Opioids (opiates and prescription opioids)						Opiates					
	Number (thousands)			Prevalence (percentage)			Number (thousands)			Prevalence (percentage)			Number (thousands)			Prevalence (percentage)		
	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper
Africa	51,930	37,110	75,930	7.6	5.5	11.2	2,190	970	3,700	0.32	0.14	0.54	2,060	970	3,150	0.30	0.14	0.46
East Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
North Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Southern Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
West and Central Africa	34,260	28,520	42,420	13.2	11.0	16.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Americas	52,900	51,600	55,080	8.0	7.8	8.3	14,330	12,660	17,100	2.16	1.90	2.57	2,840	2,070	3,650	0.43	0.31	0.55
Caribbean	630	230	1,730	2.2	0.8	6.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Central America	820	410	1,320	2.8	1.4	4.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
North America	41,510	41,330	41,680	12.9	12.9	13.0	13,570	12,330	14,520	4.22	3.84	4.52	2,560	1,890	3,150	0.80	0.59	0.98
South America	9,940	9,630	10,340	3.5	3.4	3.6	580	250	2,160	0.20	0.09	0.76	240	150	330	0.08	0.05	0.12
Asia	56,610	47,750	71,180	1.9	1.6	2.4	13,590	9,390	19,340	0.46	0.32	0.65	11,230	7,740	15,650	0.38	0.26	0.53
Central Asia	1,480	440	2,440	2.6	0.8	4.2	540	480	590	0.93	0.83	1.03	520	460	580	0.90	0.80	1.00
East and South-East Asia	9,650	4,460	21,490	0.6	0.3	1.3	3,280	2,320	4,010	0.20	0.14	0.25	3,280	2,320	4,010	0.20	0.14	0.25
Near and Middle East/ South-West Asia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
South Asia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe	27,860	27,180	28,610	5.1	5.0	5.2	3,570	3,430	3,790	0.65	0.63	0.69	3,200	2,990	3,620	0.59	0.55	0.66
Eastern and South-Eastern Europe	5,490	5,120	5,830	2.4	2.3	2.6	1,750	1,670	1,840	0.78	0.74	0.81	1,500	1,430	1,590	0.67	0.63	0.70
Western and Central Europe	22,370	22,060	22,780	7.0	6.9	7.1	1,820	1,760	1,950	0.57	0.55	0.61	1,700	1,560	2,040	0.53	0.49	0.64
Oceania	2,850	2,130	3,250	11.0	8.3	12.6	580	550	610	2.24	2.13	2.37	40	40	70	0.16	0.14	0.28
Australia and New Zealand	2,070	2,070	2,070	11.0	11.0	11.0	560	550	570	2.95	2.90	2.99	35	35	41	0.18	0.18	0.22
Melanesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronesia	60	40	80	16.6	10.7	22.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polynesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GLOBAL ESTIMATE	192,150	165,760	234,060	3.9	3.4	4.8	34,260	27,010	44,540	0.70	0.55	0.91	19,380	13,800	26,150	0.40	0.28	0.53

Source: UNODC estimates based on annual report questionnaire data and other official sources.

Annual prevalence of the use of cocaine,[a] amphetamines[b] and "ecstasy", by region and globally, 2016

Region or subregion	Cocaine						Amphetamines and prescription stimulants						"Ecstasy"					
	Number (thousands)			Prevalence (percentage)			Number (thousands)			Prevalence (percentage)			Number (thousands)			Prevalence (percentage)		
	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper
Africa	3,180	920	5,720	0.47	0.13	0.84	5,980	1,910	10,420	0.88	0.28	1.53	1,410	450	2,420	0.21	0.07	0.36
East Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
North Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Southern Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
West and Central Africa	1,805	725	2,890	0.69	0.28	1.11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Americas	9,230	8,510	9,880	1.39	1.28	1.49	7,530	6,210	8,790	1.13	0.93	1.32	3,480	3,370	3,610	0.52	0.51	0.54
Caribbean	180	80	330	0.63	0.29	1.16	260	10	710	0.90	0.05	2.48	60	30	100	0.23	0.10	0.36
Central America	200	100	300	0.66	0.35	1.01	60	30	90	0.21	0.09	0.31	50	20	100	0.17	0.07	0.33
North America	6,140	5,990	6,280	1.91	1.86	1.95	6,500	5,540	7,240	2.02	1.72	2.25	2,860	2,860	2,860	0.89	0.89	0.89
South America	2,720	2,340	2,970	0.95	0.82	1.04	710	630	740	0.25	0.22	0.26	510	470	550	0.18	0.16	0.19
Asia	1,040	150	1,940	0.03	0.01	0.07	17,450	2,690	32,220	0.59	0.09	1.08	11,200	1,270	21,140	0.38	0.04	0.71
Central Asia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
East and South-East Asia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Near and Middle East/ South-West Asia	70	30	130	0.02	0.01	0.04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
South Asia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe	4,330	3,870	4,880	0.79	0.71	0.90	2,850	2,290	3,450	0.52	0.42	0.63	4,050	3,490	4,740	0.74	0.64	0.87
Eastern and South-Eastern Europe	620	290	1,000	0.28	0.13	0.44	720	400	1,060	0.32	0.18	0.47	1,330	840	1,840	0.59	0.37	0.82
Western and Central Europe	3,710	3,580	3,890	1.16	1.12	1.22	2,130	1,900	2,390	0.67	0.59	0.75	2,720	2,650	2,900	0.85	0.83	0.91
Oceania	430	420	430	1.65	1.61	1.65	350	320	360	1.34	1.24	1.38	420	400	420	1.64	1.56	1.65
Australia and New Zealand	420	420	420	2.19	2.19	2.19	250	250	250	1.34	1.34	1.34	410	400	420	2.17	2.12	2.23
Melanesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronesia	-	-	-	-	-	-	6	2	11	1.63	0.58	3.15	-	-	-	-	-	-
Polynesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GLOBAL ESTIMATE	18,200	13,870	22,850	0.37	0.28	0.47	34,160	13,420	55,240	0.70	0.27	1.13	20,570	8,990	32,340	0.42	0.18	0.66

Source: UNODC estimates based on annual report questionnaire data and other official sources.

[a] Cocaine includes cocaine salt, "crack" cocaine and other types such as coca paste, cocaine base, "basuco", "paco" and "merla". [b] Amphetamines include both amphetamine and methamphetamine.

Estimated number and prevalence (percentage) of people who inject drugs and those living with HIV among this group, by region, 2016

Region or subregion	People who inject drugs							HIV among people who inject drugs				
	Estimated number			Prevalence (%)			Data coverage of population aged 15 – 64 years	Estimated number			Prevalence (%) Best estimate	Data coverage of estimated number of people who inject drugs
	Low	Best	High	Low	Best	High		Low	Best	High		
Africa	390,000	730,000	2,310,000	0.06	0.11	0.34	57.6%	36,000	82,000	564,000	11.2	75.5%
America	1,860,000	2,400,000	3,300,000	0.28	0.36	0.50	85.2%	75,000	111,000	211,000	4.6	93.1%
North America	1,550,000	1,780,000	2,010,000	0.48	0.55	0.63	100%	62,000	71,000	81,000	4.0	100%
Latin America and the Caribbean	310,000	610,000	1,290,000	0.09	0.18	0.37	71.3%	14,000	39,000	129,000	6.4	73.2%
Asia	3,470,000	4,840,000	6,300,000	0.12	0.16	0.21	94.3%	388,000	581,000	861,000	12.0	95.3%
Central Asia and Transcaucasia	400,000	440,000	500,000	0.69	0.76	0.87	93.6%	28,000	33,000	42,000	7.5	93.6%
East and South-East Asia	2,210,000	3,200,000	4,190,000	0.14	0.20	0.26	95.1%	174,000	306,000	510,000	9.6	96.4%
South-West Asia	560,000	740,000	930,000	0.29	0.38	0.48	100%	160,000	212,000	267,000	28.8	100%
Near and Middle East	50,000	190,000	380,000	0.04	0.18	0.36	17.2%	400	800	7,300	0.4	55.8%
South Asia	270,000	280,000	300,000	0.03	0.03	0.03	99.9%	25,000	29,000	34,000	10.3	99.9%
Europe	2,440,000	2,520,000	2,660,000	0.45	0.47	0.49	99.9%	468,000	483,000	503,000	19.1	100%
Eastern and South-Eastern Europe	1,780,000	1,820,000	1,880,000	0.80	0.82	0.85	100%	402,000	409,000	416,000	22.4	100%
Western and Central Europe	650,000	700,000	780,000	0.20	0.22	0.24	99.9%	65,000	74,000	87,000	10.6	99.9%
Oceania	140,000	140,000	150,000	0.52	0.53	0.56	73.3%	1,300	1,600	1,700	1.2	73.3%
Global	8,300,000	10,630,000	14,710,000	0.17	0.22	0.30	88.4%	970,000	1,260,000	2,140,000	11.8	94.3%

Source: Responses to the annual report questionnaire; progress reports of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) on the global AIDS response (various years); the former Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use; published peer-reviewed articles; and government reports.

Note: Prevalence of people who inject drugs is the percentage of the population aged 15 – 64 years.

Opium/Heroin

Illicit cultivation of opium poppy, 2006 – 2017 (hectares)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
SOUTH-WEST ASIA												
Afghanistan (best estimate)	165,000	193,000	157,000	123,000	123,000	131,000	154,000	209,000	224,000	183,000	201,000	328,000
lower bound [a]				102,000	104,000	109,000	125,000	173,000	196,000	163,000	182,000	301,000
upper bound [a]				137,000	145,000	155,000	189,000	238,000	247,000	202,000	221,000	355,000
SOUTH-EAST ASIA												
Lao People's Democratic Republic [b] (best estimate)	2,500	1,500	1,600	1,900	3,000	4,100	6,800	3,900	6,200	5,700	..	..
lower bound [a]	2,040	1,230	710	1,100	1,900	2,500	3,100	1,900	3,500	3,900		
upper bound [a]	2,990	1,860	2,700	2,700	4,000	6,000	11,500	5,800	9,000	7,600		
Myanmar [b] (best estimate)	21,500	27,700	28,500	31,700	38,100	43,600	51,000	57,800	57,600	55,500	..	41,000 [c]
lower bound [a]	..	22,500	17,900	20,500	17,300	29,700	38,249	45,710	41,400	42,800		30,200
upper bound [a]	..	32,600	37,000	42,800	58,100	59,600	64,357	69,918	87,300	69,600		51,900
AMERICAS												
Colombia (best estimate)	1,023	715	394	356	341	338	313	298	387	595	462	..
Mexico [d, f] (best estimate)	5,000	6,900	15,000	19,500	14,000	12,000	10,500	11,000	17,000	26,100	..	..
lower bound [a]										21,800		
upper bound [a]										30,400		

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
OTHER												
Other countries [e]	5,977	5,885	10,509	9,479	12,221	16,462	12,282	13,293	11,522	10,597	103,839	49,000
TOTAL (best estimate)	201,000	235,700	213,003	185,935	190,662	207,500	234,895	295,291	316,709	281,492	305,301	418,000
lower bound				152,935	149,762	170,000	189,444	245,201	269,809	242,692	265,617	397,217 [f]
upper bound				211,835	233,662	249,400	287,952	338,309	372,209	320,792	346,017	497,717 [f]
TOTAL (best estimate rounded)	201,000	235,700	213,000	185,900	190,700	207,500	234,900	295,300	316,700	281,500	305,300	418,000 [f]

Source: Afghanistan, Lao People's Democratic Republic and Myanmar: national illicit crop monitoring system supported by the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Colombia: Government of Colombia. Mexico: up to 2014, estimates derived from surveys by the Government of the United States of America (international narcotics control strategy reports); for 2015, joint Mexico/UNODC project entitled "Monitoring of the illicit cultivation on Mexican territory".

Note: Figures in italics are preliminary and may be revised when updated information becomes available. Two dots indicate that data were unavailable. Information on estimation methodologies and definitions can be found in the online methodology section of the World Drug Report 2018.

[a] Bound of the statistically derived confidence interval.

[b] May include areas that were eradicated after the date of the area survey.

[c] Estimate for 2017 only covers the States of Shan and Kachin.

[d] Up to 2014, the estimates for Mexico are sourced from the Department of State of the United States. The Government of Mexico does not validate the estimates provided by the United States as they are not part of its official figures and it does not have information on the methodology used to calculate them. Estimates of opium poppy cultivation for the years 2016 and 2017, based on the Mexico/UNODC joint project entitled "Monitoring of the Illicit Cultivation on Mexican Territory",will soon become available.

[e] Includes countries with low levels of cultivation (less than 400 hectares in the latest year with available data) and countries with indirect evidence of illicit cultivation (eradication of opium poppy) but no direct measurement. See table "Cultivation of opium poppy and production of opium in other countries, and eradication of opium poppy, 2007-2017". In addition, for 2016 and 2017, best estimates for countries for which data are not available (Lao People's Democratic Republic, Mexico for 2016 and 2017, Myanmar for 2016 and Colombia for 2017) are included in this category.

Starting in 2008, a new methodology was introduced to estimate opium poppy cultivation and opium/heroin production in countries with no data on illicit cultivation of opium poppy. A detailed description of the estimation methodology is available in the online methodology section of the World Drug Report 2018.

[f] The figures for 2015, as published in the World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7), have been revised owing to a statistical adjustment processed by UNODC. These figures are based on the estimation period July 2014-June 2015.

Potential production of oven – dry opium, 2006 – 2017 (tons)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
SOUTH-WEST ASIA												
Afghanistan (best estimate)	5,300	7,400	5,900	4,000	3,600	5,800	3,700	5,500	6,400	3,300	4,800	9,000
lower bound [a]					3,000	4,800	2,800	4,500	5,100	2,700	4,000	8,000
upper bound [a]					4,200	6,800	4,200	6,500	7,800	3,900	5,600	10,000
SOUTH-EAST ASIA												
Lao People's Democratic Republic [b, f] (best estimate)	20	9	10	11	18	25	41	23	92	..	..	..
lower bound [g]	16	7	4	7	11	15	18	11	51	84		
upper bound [g]	24	11	16	16	24	36	69	35	133	176		
Myanmar [b] (best estimate)	315	460	410	330	580	610	690	870	670	647	..	550 [h]
lower bound				213	350	420	520	630	481	500		395
upper bound				445	820	830	870	1,100	916	820		706
AMERICAS												
Colombia (best estimate)	13	14	10	9	8	8	8	11	12	17	13	..
Mexico [c, e] (best estimate)	108	150	325	425	300	250	220	225	360	499	..	..
lower bound										279		
upper bound										693		

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
OTHER												
Other countries [d]	55	58	187	178	224	290	172	182	198	178	1,570	950
TOTAL (best estimate)	5,810	8,091	6,841	4,953	4,730	6,983	4,831	6,810	7,732	4,771	6,383	10,500
lower bound					3,894	5,783	3,738	5,558	6,202	3,758	5,107	9,002
upper bound					5,576	8,214	5,539	8,052	9,419	5,784	7,629	11,915
TOTAL (best estimate rounded)	5,810	8,090	6,840	4,950	4,730	6,980	4,830	6,810	7,730	4,770	6,380	10,500 [i]

Source: Afghanistan, Lao People's Democratic Republic and Myanmar: national illicit crop monitoring system supported by the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Colombia: National illicit crop monitoring system supported by UNODC. Since 2008, production was calculated based on updated regional yield figures and conversion ratios from the Department of State and the Drug Enforcement Administration of the United States of America. Mexico: up to 2014, estimates derived from surveys by the United States Government; for 2015, UNODC estimate.

Note: Figures in italics are preliminary and may be revised when updated information becomes available. Two dots indicate that data were unavailable. Information on estimation methodologies and definitions can be found in the online methodology section of the World Drug Report 2018.

[a] Bound of the statistically derived confidence interval.

[b] Based on cultivation figures which may include areas eradicated after the date of the area survey.

[c] Up to 2014, the estimates are sourced from the Department of State of the United States. The Government of Mexico does not validate the estimates provided by the United States as they are not part of its official figures and it does not have information on the methodology used to calculate them. Estimates of opium production for the years 2016 and 2017, based on the Mexico/UNODC joint project entitled "Monitoring of the Illicit Cultivation on Mexican Territory",will soon become available.

[d] Includes countries with low levels of cultivation (less than 400 hectares in the latest year with available data) and countries with indirect evidence of illicit cultivation (eradication of opium poppy) but no direct measurement. See table "Cultivation of opium poppy and production of opium in other countries, and eradication of opium poppy, 2007-2017".

In addition, for 2016 only, best estimates for countries for which data are not available (Lao People's Democratic Republic, Mexico and Myanmar) are included in this category.

Starting in 2008, a new methodology was introduced to estimate opium poppy cultivation and opium/heroin production in countries with no data on illicit cultivation of opium poppy. These estimates are higher than the previous figures but have a similar order of magnitude. A detailed description of the estimation methodology is available in the online methodology section of the World Drug Report 2017.

[e] The figures for 2015, as published in the World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7), have been revised owing to a statistical adjustment processed by UNODC. The Government of Mexico does not validate any opium production estimates. The production figures will be presented once yield data from the joint Mexico/UNODC project entitled "Monitoring of the illicit cultivation on Mexican territory" become available. Opium production estimated by UNODC for 2015 is based on: (a) the area under cultivation, established by the joint project of the Government of Mexico and UNODC; (b) yield data, based on yield studies conducted by the United States in Mexico over the period 2001-2003. The opium production figures shown for 2015 are preliminary and, for methodological reasons, are not comparable with the production figures over the period 1998-2014. As a result of the Mexico/UNODC joint project entitled "Monitoring of the Illicit Cultivation on Mexican Territory", poppy crop estimate figures for the years 2016 and 2017 will become available soon.

[f] Owing to the late timing of the monitoring activities in 2013, the survey may not have captured illicit cultivation in this year in its entirety.

[g] Bound of the statistically derived confidence interval, with the exception of 2015. The figures for 2015 represent independently derived upper and lower estimates; the midpoint was used for the calculation of the global total.

[h] Estimate for 2017 covers only the States of Shan and Kachir.

[i] Preliminary estimate

Cultivation of opium poppy and production of opium in other countries, and eradication of opium poppy, 2007 – 2017

	Indicator	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Guatemala	Cultivation (hectares)						220	310	640	260	310	
Guatemala	Production (tons)						4	6	14	6	6	
Pakistan	Cultivation (hectares)	1,701	1,909	1,779	1,721	362	382	493	217	372	130	
Pakistan	Production (tons)	43	48	44	43	9	9	12	5	9	3	
Thailand	Cultivation (hectares)	205	288	211	289	289	209	265			399	
Thailand	Production (tons)	3	5	3	5	6	3	4				
Afghanistan	Eradication (hectares)	19,047	5,480	5,351	2,316	3,810	9,672	7,348	2,692	3,760	355	750
Algeria	Eradication (plants)				868	340	204	2,721	7,470			
Algeria	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	7,675	7,761	962	87	34	20.4	272.1			106	
Argentina	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	5.8									0.2	
Armenia	Seizure poppy plants (in kg equivalents)								0.18	0.13	60	
Australia	Seizure poppy plants (in kg equivalents)										37	
Austria	Seizure poppy plants (in kg equivalents)		8.76	13.83		4.60	1.91	2.07	1.41		0.05	
Azerbaijan	Eradication (hectares)					2.26	0.21	0.40	0.45			
Azerbaijan	Eradication (plants)					201	2,628	34	284			

	Indicator	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bangladesh	Eradication (hectares)				8	22						
Bangladesh	Seizure poppy plants (in kg equivalents)			145,021								
Belarus	Eradication (hectares)				14	52	26				92	
Belarus	Seizure poppy plants (in kg equivalents)					59		81	51		94	
Canada	Eradication (hectares)				7	7						
Canada	Eradication (plants)				60,000	60,000						
Canada	Seizure poppy plants (in kg equivalents)				6600	9.3		7.3			85.9	
China	Eradication (hectares)										6	
Colombia	Eradication (hectares)	375	381	546	712	294	320	514	813	613	450	
Cyprus	Seizure poppy plants (in kg equivalents)									6		
Czechia	Seizure poppy plants (in kg equivalents)									40		
Ecuador	Eradication (plants)		74,555	115,580	257,306	44,200	4,025,800	2,554,865	2,023,385	183,573	1,207,147	
Ecuador	Seizure poppy plants (in kg equivalents)		7,456	11,558	12,865	2,210	185,490	75,765				
Egypt	Eradication (hectares)	89	121	98	222	1		3		98	105	
Egypt	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	161										
Georgia	Seizure poppy plants (in kg equivalents)								8			

	Indicator	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Greece	Eradication (plants)						192	60	144	145	624	
Guatemala	Eradication (hectares)	449	536	1,345	918	1,490	590	2,568	1,197	430	45	
Guatemala	Eradication (plants)										17,643,447	
Guatemala	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	24,153,765	27,880,441	69,228,416	54,612,442			10,935,532	864,150			
Hungary	Seizure poppy plants (in kg equivalents)						1,502	2,152				
India	Eradication (hectares)	8,000	624	2,420	3,052	5,746	1,332	865	1,636	3,461	2,875	
India	Seizure poppy plants (in kg equivalents)								3,770			
Iran (Islamic Republic of)	Eradication (hectares)				2.00		1	1	1		1	
Iran (Islamic Republic of)	Eradication (plants)						140,000	100,000	120,000		90,000	
Italy	Eradication (plants)				1,797	2,007	6,717					
Italy	Seizure poppy plants (in kg equivalents)						716	375	168	30	1,098	
Japan	Seizure poppy plants (in kg equivalents)		535	104	90	26	20	11				
Kazakhstan	Eradication (hectares)										0.2	
Kazakhstan	Eradication (plants)					1,692			2,254	19,510	15,515	
Kazakhstan	Seizure poppy plants (in kg equivalents)		68	127	105	90	30	2	8	298		

	Indicator	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kyrgyzstan	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	724	102	344	58	200	399	147	63	55		
Lao People's Democratic Republic	Eradication (hectares)	779	575	651	579	662	707	397		809		
Latvia	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	75	23	31		1	12	7	9	43		
Lebanon	Eradication (hectares)	8		21	14	4		6	1			
Lithuania	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	26	45	16								
Lithuania	Eradication (hectares)	2.40										
Mexico	Eradication (hectares)	11,046	13,095	14,753	15,491	16,389	15,726	14,662	21,644	25,960	22,437	
Mexico	Seizure poppy plants (in kg equivalents)		7,263	7,964	9,335	10,101	9,572	10,209	14,812	17,948	16,401	
Myanmar	Eradication (hectares)	3,662	4,820	4,087	8,267	7,058	23,718	12,288	15,188	13,450	7,561	3,533
Nepal	Eradication (hectares)		21	35								
Oman	Eradication (hectares)							6				
Pakistan	Eradication (hectares)	614	0	105	68	1,053	592	568	1,010	605	1,470	
Pakistan	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	6,880	81,675	25,550				4,650	5,976	4,576	1,023	
Peru	Eradication (hectares)	28	23	32	21							
Philippines	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	250										
Poland	Eradication (hectares)			9								
Poland	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	207										

	Indicator	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Portugal	Seizure poppy plants (in kg equivalents)					164		1.6	9.4			
Republic of Korea	Eradication (plants)							25,369				
Republic of Korea	Seizure poppy plants (in kg equivalents)				3,855					8,013	9,771	
Republic of Moldova	Eradication (plants)					32,413	11,255					
Republic of Moldova	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	95	79	26,075								
Russian Federation	Eradication (hectares)	2.5		3.3		1.4	0.6	0.9	1.1	0.6	0.8	
Russian Federation	Eradication (plants)								645			
Russian Federation	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	1,863	2,799	2,807	2,575	4,273	3,196	2,216	1,438	1,043	270	
Spain	Seizure poppy plants (in kg equivalents)				13		10	30	219		0.02	
State of Palestine	Seizure poppy plants (in kg equivalents)					4.2	5.8	1.2	17.8			
Tajikistan	Eradication (plants)					13	5,400	103				
Thailand	Eradication (hectares)	220	285	201	278	208	205	264			319	
Ukraine	Eradication (hectares)		28		436			39		48	164	
Ukraine	Eradication (plants)				1,185,118		474,000	22,800,000				
Ukraine	Seizure poppy plants (in kg equivalents)		164,000		4,162		7.4		384	930		
Uzbekistan	Eradication (hectares)					1.0		1.0	0.3	0.3	0.3	

	Indicator	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Uzbekistan	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	169	138	687	896	413	330	336	406	205	863	
Viet Nam	Eradication (hectares)	38	99	31		38	35	25	19	18		

Source: United Nations Office on Drugs and Crime annual report questionnaire, government reports, reports of regional bodies, and international narcotics control strategy reports of the United States of America.

Global manufacture of heroin from global illicit opium production, 2006 – 2017 (tons)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total potential opium production	5,810	8,091	6,841	4,953	4,730	6,983	4,831	6,810	7,723	4,771	6,383	10,500
Potential opium not processed into heroin	1,786	3,078	2,360	1,680	1,728	3,400	1,850	2,600	2,450	1,360	2,510	1,100-1,400
Potential opium processed into heroin	4,024	5,012	4,481	3,273	3,002	3,583	2,981	4,210	5,273	3,411	3,873	9,100-9,400
Total potential heroin manufacture *	553	686	600	427	383	467	377	555	542	327	408	700-1,050

Notes: The calculation shows the potential amount of heroin that could have been manufactured out of the opium produced in a given year; it does not take into account changes in opium inventories, which may also be used for the manufacture of heroin and which may be important. Afghanistan is the only country for which the proportion of potential opium production not converted into heroin within the country is estimated. For all other countries, for the purposes of this table, it is assumed that all opium produced is converted into heroin. If all of the opium produced in Afghanistan in 2016 had been converted into heroin, total potential heroin manfuacture would have amounted to 668 tons at the global level (510 tons in Afghanistan).

The amount of heroin produced in Afghanistan is calculated using two parameters that may change: (a) the distribution between opium that is not processed and opium processed into heroin; and (b) the conversion ratio into heroin. The first parameter is indirectly estimated, based on seizures of opium versus seizures of heroin and morphine reported by Afghanistan and neighbouring countries. For 2016, this calculation results in a proportion of 57 per cent of potential opium production in Afghanistan converted into heroin. For the second parameter, from 2005 to 2013, a conversion ratio of opium to morphine/heroin of 7:1 was used, based on interviews conducted with Afghan morphine/heroin "cooks", on an actual heroin production exercise conducted by two (illiterate) Afghan heroin "cooks", documented by the German Bundeskriminalamt in Afghanistan in 2003 (published in Bulletin on Narcotics, vol. LVII, Nos. 1 and 2, 2005, pp. 11-31) and United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) studies on the morphine content of Afghan opium (12.3 per cent over the period 2010-2012, down from 15 per cent over the period 2000-2003). From 2014 to 2016, a different approach to the conversion was adopted, reflecting updated information on morphine content and a different method for taking purity into account. The revised approach uses a ratio of 18.5 kg of opium for 1 kg of 100 per cent pure white heroin hydrochloride (see Afghanistan Opium Survey 2014, UNODC, November 2014); based on an estimated export quality of 51 per cent in 2016, this translates into a ratio of 9.5 kg (range: 9-10 kg) of opium for 1 kg of export-quality heroin (for 2016). For more details, see Afghanistan Opium Survey 2016 (UNODC, October 2016). For countries other than Afghanistan, a "traditional" conversion ratio of opium to heroin of 10:1 is used. The ratios will be adjusted when improved information becomes available. Figures in italics are preliminary and may be revised when updated information becomes available.

For 2017, new evidence has become available of higher purities of heroin produced in Afghanistan. Ranges in the reported figures reflect different purities and the upper and lower bounds of the 95% confidence interval around opium production estimates in Afghanistan in 2017. For more information, see the Afghanistan Opium Survey 2017 (UNODC, May 2018).

* Heroin manufacture estimated at export purity.

Coca/Cocaine

Global illicit cultivation of coca bush, 2006 – 2016 (hectares)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bolivia (Plurinational State of)	27,500	28,900	30,500	30,900	31,000	27,200	25,300	23,000	20,400	20,200	23,100
Colombia [a]	78,000	99,000	81,000	73,000	62,000	64,000	48,000	48,000	69,000	96,000	146,000
Peru [b]	51,400	53,700	56,100	59,900	61,200	64,400					
Peru [c]						62,500	60,400	49,800	42,900	40,300	43,900
Total	156,900	181,600	167,600	163,800	154,200	155,600 [d]	133,700	120,800	132,300	156,500	213,000

Source: Plurinational State of Bolivia: national illicit crop monitoring system supported by the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Colombia: national illicit crop monitoring system supported by UNODC. Peru: national illicit crop monitoring system supported by UNODC.

Note: Different area concepts and their effect on comparability were presented in the World Drug Report 2012 (United Nations publication, Sales No. E.12.XI.1, p. 41-42). Efforts to improve the comparability of estimates between countries continue; since 2011 the net area under coca bush cultivation on the reference date of 31 December was estimated for Peru, in addition to Colombia. The estimate presented for the Plurinational State of Bolivia represents the area under coca cultivation as interpreted on satellite imagery.

[a] Net area on 31 December.

[b] Figures represent the area under coca cultivation as interpreted on satellite imagery.

[c] Net area on 31 December, deducting fields eradicated after satellite imagery was taken.

[d] The global coca cultivation figure was calculated with the "area as interpreted on satellite imagery" for Peru.

Reported eradication of coca bush, 2007 – 2016

	Method of eradication	Unit	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bolivia (Plurinational State of)	manual	hectare	6,269	5,484	6,341	8,200	10,509	11,044	11,407	11,144	11,020	6,577
Colombia	manual	hectare	66,392	96,003	60,565	43,804	35,201	30,456	22,121	11,703	13,473	17,642
	spraying	hectare	153,134	133,496	104,772	101,940	103,302	100,549	47,052	55,532	37,199	0
Peru	manual	hectare	11,056	10,143	10,025	12,033	10,290	14,171	23,785	31,205	35,868	30,150
Ecuador	manual	hectare	12	12	6	3	14	..	..	..	..	
		plants	130,000	152,000	57,765	3,870	55,030	122,656	41,996	15,874	45,266	20,896

Source: UNODC annual report questionnaire and government reports.

Note: The totals for Bolivia (Plurinational State of) include voluntary and forced eradication. The totals for Peru include voluntary and forced eradication.Reported eradication refers to the sum of all areas eradicated in a year, including repeated eradication of the same fields. Two dots indicate that data are not available.

Potential manufacture of 100 per cent pure cocaine, 2006 – 2016 (tons)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bolivia (Plurinational state of)	94	104	113	..	..	..	..	..	..	..	..
Colombia	809	683	471	488	424	384	333	290	442	646	866
Peru	280	290	302	..	..	..	..	..	..	..	..
Total based on "old" conversion ratios [a]	1,183	1,077	886	920	862	815	738	662	746	937	1,198
Total based on "new" conversion ratios [a]	1,381	1,317	1,143	1,188	1,134	1,090	997	902	943	1,125	1,410

Source: Plurinational State of Bolivia: own calculations based on coca leaf yield surveys by the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (Yungas de La Paz) and scientific studies by the Drug Enforcement Administration of the United States of America (Chapare). Colombia: UNODC/Government of Colombia. Peru: own calculations based on coca leaf to cocaine conversion ratio from scientific studies by the Drug Enforcement Administration. Detailed information on the ongoing revision of conversion ratios and cocaine laboratory efficiency is available in the World Drug Report 2010 (United Nations publication, Sales No. E.10.XI.13), p. 249.

[a] Conversion of areas under coca cultivation into coca leaf and then into cocaine hydrochloride, taking yields, amounts of coca leaf used for licit purposes and cocaine laboratory efficiency into account.

Notes: Owing to a lack of updated conversion factors in Bolivia (Plurinational State of) and Peru, no final estimates of the level of cocaine production can be provided. With respect to data published in the World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7), the following amendments have been made: (a) data for Colombia (2005-2008) have been revised in order to ensure a consistent implementation of revisions to the methodology, affecting the way coca production is calculated, for the entire time series 2005-2015 (for details, see Colombia Coca Cultivation Survey Report 2014 (UNODC, 2015) and Colombia Survey of territories affected by illicit crops 2015, Annex 3 (UNODC 2016)); (b) totals for 2009-2012 based on "old" and "new" conversion ratios have been revised to rectify minor inaccuracies in data processing. Figures in italics are subject to revision. Two dots indicate that data are not available. Information on estimation methodologies and definitions can be found in the online methodology section of the World Drug Report 2018.

Cannabis

Cannabis cultivation, production and eradication, latest year available from the period 2011 – 2016

Year	Country	Product	Outdoors/ indoors	Area cultivated (ha)	Area eradicated (ha)	Harvestable area (ha)	Production (tons)	Plants eradicated	Sites eradicated
2012	Afghanistan	resin	outdoors	10,000			1,400		
2016	Albania	herb	outdoors					2,536,288	5,205
2014	Algeria	resin	outdoors					2,522	
2016	Armenia	herb	outdoors	0.50 [a]	0.50	0.00		757	20
2016	Australia	herb	indoors					31,266	408
2016	Australia	herb	outdoors					22,257	1,021
2015	Austria	herb	outdoors	3.00 [a]	3.00	0.00			
2014	Azerbaijan	herb	outdoors	17.50 [a]	17.50	0.00		14,889	195
2013	Azerbaijan	herb	outdoors	23.95 [a]	23.95	0.00	263.96	8,469	151
2015	Bahamas	herb	outdoors					17,270	
2011	Bangladesh	herb	outdoors					54,244	
2012	Bangladesh	herb	outdoors					39,848	
2013	Bangladesh	herb	outdoors					35,012	
2014	Bangladesh	herb	outdoors					35,988	
2015	Bangladesh	herb	outdoors					39,967	
2016	Bangladesh	herb	outdoors					47,104	
2017	Bangladesh	herb	outdoors					69,989	
2016	Belarus	herb	outdoors		123.80				1,945
2016	Belarus	herb	indoors						28
2015	Belgium	herb	indoors					345,518	1,164
2015	Belgium	herb	outdoors					4,885	93
2015	Belize	herb	outdoors					50,897	
2016	Bolivia (Plurinational State of)	herb	outdoors		14.60				35
2016	Bosnia and Herzegovina	herb	outdoors		1,680.00				
2016	Bosnia and Herzegovina	herb	indoors		39.00				
2014	Brazil	herb	outdoors		44.01			1,364,316	
2015	Bulgaria	herb	indoors					323	
2015	Bulgaria	herb	outdoors				37.77	9,488	

Year	Country	Product	Outdoors/ indoors	Area cultivated (ha)	Area eradicated (ha)	Harvestable area (ha)	Production (tons)	Plants eradicated	Sites eradicated
2016	Chile	herb	indoors					26,988	2,740
2016	Chile	herb	outdoors					58,950	264
2016	China	herb	outdoors		9.80			1,390,000	
2016	Colombia	herb	outdoors		135.00				
2016	Costa Rica	herb	outdoors		17.59			2,122,244	201
2016	Costa Rica	herb	indoors					678.00	5
2016	C⊠te d'Ivoire	herb	outdoors					5	
2016	Czechia	herb	indoors					53,549	229
2016	Czechia	herb	outdoors					4,111	
2014	Dominican Republic	herb	outdoors	6.00 [a]	6.00	0.00	0.21	111	8
2016	Ecuador	herb	outdoors					224	34
2015	Egypt	herb/resin	outdoors		140.00				
2016	El Salvador	herb	outdoors			1.00		227	25
2014	France	herb	outdoors					158,592	837
2015	Germany	herb	indoors					135,925	786
2015	Germany	herb	outdoors					9,136	127
2016	Greece	herb	indoors					16,554	
2016	Greece	herb	oudoors					39,151	
2016	Guatemala	herb	outdoors		9.00			3,138,298	427
2015	Guyana	herb	outdoors	20.00	9.40	10.60	1,000.00	419,700	19
2016	Honduras	herb	indoors					7	2
2016	Honduras	herb	oudoors					24,253	19
2016	China, Hong Kong SAR	herb	indoors					329	1
2016	Hungary	herb	indoors					5,000	3
2016	Hungary	herb	outdoors					2,000	20
2013	Iceland	herb	indoors					6,652	323
2016	India	herb	outdoors		3,414.74				
2016	Indonesia	herb	outdoors	482.00 [a]	482.00	0.00			
2016	Ireland	herb	indoors					7,273	
2014	Italy	herb	indoors					51,534	639
2014	Italy	herb	outdoors					70,125	1,134

Year	Country	Product	Outdoors/ indoors	Area cultivated (ha)	Area eradicated (ha)	Harvestable area (ha)	Production (tons)	Plants eradicated	Sites eradicated
2012	Jamaica	herb	outdoors					456	382
2016	Kazakhstan	herb	outdoors	18.00 [a]	18.00	0.00		170,000	202
2016	Kenya	herb	outdoors	12.00				8,747	46
2015	Kyrgyzstan	herb	outdoors	5,014.00		5,014.00			
2016	Latvia	herb	indoors					557	35
2016	Latvia	herb	outdoors					78	6
2015	Lebanon	herb	outdoors	3,500.00		3,500.00			
2016	Lithuania	herb	indoors						4
2015	Madagascar	herb	outdoors		11.00			21,325	
2013	Malta	herb	indoors					27	
2016	Mexico	herb	outdoors		5,478.42		6,574,104.0		38,432
2013	Mongolia	herb	outdoors	15,000.00	4,000.00	11,000.00		4,000	4,000
2016	Morocco	plant	outdoors	47,000.00	395.00	46,605.00			
2016	Morocco	herb	outdoors				35,652.83		
2016	Morocco	resin	outdoors				713.00		
2014	Myanmar	herb	outdoors	15.00	10.00	5.00			3
2016	Netherlands	herb	indoors					994,068	5,856
2016	New Zealand	herb	indoors					18,903	607
2016	New Zealand	herb	outdoors					104,725	
2014	Nicaragua	herb	outdoors		0.30		1,507.00	3,014	30
2016	Nigeria	herb	outdoors		718.78				65
2015	Norway	herb	indoors		0.04			4,000	30
2013	Panama	herb	indoors	0.50 [a]	0.50	0.00		37	2
2013	Panama	herb	outdoors	10.50 [a]	10.50	0.00		78,633	2
2016	Paraguay	plant	outdoors	1,298.50 [a]	1,298.50	0.00		5,656,266	4
2016	Paraguay	herb	outdoors				1,298.50		
2016	Paraguay	resin	outdoors				1.15		
2016	Peru	herb	outdoors		87.83			1,429,749	
2016	Philippines	herb	outdoors		8.67			24,635,153	337
2016	Poland	herb	indoors					146,755	1,403
2016	Poland	herb	indoors/ outdoors					4,585	219

Year	Country	Product	Outdoors/ indoors	Area cultivated (ha)	Area eradicated (ha)	Harvestable area (ha)	Production (tons)	Plants eradicated	Sites eradicated
2013	Republic of Korea	herb	outdoors					8,072	
2014	Republic of Moldova	herb	outdoors	100.00	59.00	41.00	10,000.00	200,548	
2014	Republic of Moldova	herb	indoors		41.00				
2016	Romania	herb	indoors					1,433	41
2016	Romania	herb	outdoors		6.99				42
2016	Russian Federation	herb	outdoors	7.61 [a]	7.61	0.00	68.64		1,143
2016	Russian Federation	herb	indoors		0.66				788
2015	Serbia	herb	outdoors				0.05		
2013	Sierra Leone	herb	outdoors	190.00		190.00		190	3
2016	Slovakia	herb	indoors					385	
2014	Slovenia	herb	indoors					9,223	118
2014	Slovenia	herb	outdoors					1,844	
2015	Spain	herb	indoors					244,772	108
2015	Spain	herb	outdoors					135,074	44
2014	Sudan	herb	outdoors	8.00 [a]	8.00	0.00	345.00		
2014	Swaziland	herb	outdoors	1,500.00	1,069.50	430.50		3,000,000	210
2014	Sweden	herb	indoors					10,000	56
2015	Sweden	herb	outdoors				182.00		
2016	Switzerland	herb	indoors					11,386	83
2012	Tajikistan	herb	outdoors					2,180,121	
2016	Thailand	herb	outdoors	1.00 [a]	1.00	0.00	7.50		1
2015	Trinidad and Tobago	herb	outdoors		0.31			375,925	58
2012	Uganda	herb	outdoors	150.00	88.00	62.00			5
2016	Ukraine	herb	outdoors	91.00 [a]	91.00	0.00			
2016	United States of America	herb	indoors					406,125	1,865
2016	United States of America	herb	outdoors					4,940,596	5,513
2016	Uruguay	herb	indoors					661	
2016	Uzbekistan	herb	outdoors	0.20 [a]	0.20	0.00			586
2015	Viet Nam	herb	oudoors		1.00				

Source: United Nations Office on Drugs and Crime annual report questionnaire, government reports and and international narcotics control strategy reports of the United States of America.

[a] Area identified by the authorities for eradication.

词汇表

苯丙胺类兴奋剂——由1971年《精神药物公约》列入国际管制的合成兴奋剂组成的一类物质，属于所谓的苯丙胺类物质，包括苯丙胺、甲基苯丙胺、甲卡西酮和“摇头丸”类物质（3,4-亚甲二氧基甲基苯丙胺及其类似物）。

苯丙胺——苯丙胺类兴奋剂，包括苯丙胺和甲基苯丙胺。

年度流行率——特定年龄段人群在过去一年至少使用过一种特定毒品的总人数除以该特定年龄组总人数得出的百分比数。

古柯糊（或古柯碱）——古柯树叶的提取物。对古柯糊提纯，可获得可卡因（碱和盐酸）。

“快克”可卡因——通过转化过程从盐酸可卡因获得并使之适于吸食的可卡因碱。

可卡因盐——盐酸可卡因。

吸毒——出于非医疗和非科学目的使用受控精神活性物质，另有说明者除外。

新型精神活性物质——纯药物或制剂形式的滥用物质，不受1961年《麻醉品单一公约》或《1971年公约》管制，但可能对公众健康构成威胁。此处的“新型”不一定是指新发明的物质，而是也指新近可以获得的物质。

阿片剂——类阿片的一个子类，由罂粟植物的各种衍生物组成，包括鸦片、吗啡和海洛因。

类阿片——对罂粟（鸦片剂）生物碱、其合成类似物（主要为处方类阿片或阿片类药物）以及在体内合成的各种化合物的通称。

问题吸毒者——高危毒品消费者，例如注射吸毒者、日常吸毒者和（或）按照美国精神病学会《精神障碍诊断和统计手册》（第五版）和世界卫生组织《国际疾病分类》（第十次修订本）所载临床标准被诊断为有吸毒疾患（有害使用物质或吸毒成瘾）的人。

患有吸毒疾患者——吸毒者的一个亚群体。患有吸毒疾患者需要得到治疗、保健和社会关怀以及康复护理。以有害方式使用物质和吸毒成瘾是吸毒疾患的两种特征。

有害使用物质——《疾病和有关健康问题国际统计分类》(第十次修订本)将其定义为有害于身心健康的使用模式。

依赖性——《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（第十次修订本）将依赖性定义为如下一组生理、行为和认知现象：使用某种或某类活性物质对特定的个人来说极大优先于其他曾经对其更为重要的行为。可将依赖综合症的主要特征概括描述为是对服用精神药物的(通常是强烈的、有时是压倒一切的)渴望。

物质或药物使用疾患（吸毒疾患）——美国精神病学协会的《精神疾病诊断和统计手册》(第五版)也将“物质或药物使用疾患”（吸毒疾患）列为因使用某种物质（吸毒）而导致的症状模式，尽管业已因使用该物质而遇到了问题。根据所确定的症状数量，物质使用（吸毒）疾患的程度可能从中度到严重不等。

预防吸毒和治疗吸毒疾患——“预防吸毒”的目的是防止或推迟开始吸毒和发展到罹患吸毒疾患。一旦罹患吸毒疾患，便需进行治疗、护理和康复。

区域分组

《世界毒品问题报告》采用了一系列区域和分区域名称。这些名称并非官方名称，具体界定如下：

- 东非：布隆迪、科摩罗、吉布提、厄立特里亚、埃塞俄比亚、肯尼亚、马达加斯加、毛里求斯、卢旺达、塞舌尔、索马里、乌干达、坦桑尼亚联合共和国
- 北非：阿尔及利亚、埃及、利比亚、摩洛哥、南苏丹、苏丹、突尼斯
- 南部非洲：安哥拉、博茨瓦纳、莱索托、马拉维、莫桑比克、纳米比亚、南非、斯威士兰、赞比亚、津巴布韦
- 西非和中非：贝宁、布基纳法索、佛得角、喀麦隆、中非共和国、乍得、刚果、科特迪瓦、刚果民主共和国、赤道几内亚、加蓬、冈比亚、加纳、几内亚、几内亚比绍、利比里亚、马里、毛里塔尼亚、尼日尔、尼日利亚、圣多美和普林西比、塞内加尔、塞拉利昂、多哥
- 加勒比：安提瓜和巴布达、巴哈马、巴巴多斯、百慕大、古巴、多米尼克、多米尼加共和国、格林纳达、海地、牙买加、圣基茨和尼维斯、圣卢西亚、圣文森特和格林纳丁斯、特立尼达和多巴哥
- 中美洲：伯利兹、哥斯达黎加、萨尔瓦多、危地马拉、洪都拉斯、尼加拉瓜、巴拿马
- 北美: 加拿大、墨西哥、美利坚合众国
- 南美洲：阿根廷、多民族玻利维亚国、巴西、智利、哥伦比亚、厄瓜多尔、圭亚那、巴拉圭、秘鲁、苏里南、乌拉圭、委内瑞拉玻利瓦尔共和国
- 中亚和外高加索：亚美尼亚、阿塞拜疆、格鲁吉亚、哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、塔吉克斯坦、土库曼斯坦、乌兹别克斯坦
- 东亚和东南亚：文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、中国、朝鲜民主主义人民共和国、印度尼西亚、日本、老挝人民民主共和国、马来西亚、蒙古、缅甸、菲律宾、大韩民国、新加坡、泰国、东帝汶、越南
- 西南亚：阿富汗、伊朗伊斯兰共和国、巴基斯坦
- 近东和中东：巴林、伊拉克、以色列、约旦、科威特、黎巴嫩、阿曼、卡塔尔、沙特阿拉伯、巴勒斯坦国、阿拉伯叙利亚共和国、阿拉伯联合酋长国、也门
- 南亚：孟加拉国、不丹、印度、马尔代夫、尼泊尔、斯里兰卡
- 东欧：白俄罗斯、摩尔多瓦共和国、俄罗斯联邦、乌克兰
- 东南欧：阿尔巴尼亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、保加利亚、克罗地亚、黑山、罗马尼亚、塞尔维亚、前南斯拉夫的马其顿共和国、土耳其
- 西欧和中欧：安道尔、奥地利、比利时、塞浦路斯、捷克共和国、丹麦、爱沙尼亚、芬兰、法国、德国、希腊、匈牙利、冰岛、爱尔兰、意大利、拉脱维亚、列支敦士登、立陶宛、卢森堡、马耳他、摩纳哥、荷兰、挪威、波兰、葡萄牙、圣马力诺、斯洛伐克、斯洛文尼亚、西班牙、瑞典、瑞士、大不列颠及北爱尔兰联合王国
- 大洋洲：澳大利亚、斐济、基里巴斯、马绍尔群岛、密克罗尼西亚联邦、瑙鲁、新西兰、帕劳、巴布亚新几内亚、萨摩亚、所罗门群岛、汤加、图瓦卢、瓦努阿图和小岛屿领土