

第一章

大麻非医疗使用合法化趋势分析

1. 在过去十年中,越来越多的国家推行了旨在允许为非医疗和非科学目的使用麻醉品特别是大麻并予以监管的政策。允许为医疗或科学目的以外目的而生产、制造和分销、交易、使用和持有麻醉品并予以监管,通常称为“合法化”,在某些情况下,称为“受监管市场”。国际麻醉品管制局(麻管局)在其2018年年度报告中对医疗使用大麻和大麻素的风险和益处予以特别关注。¹ 本章重点介绍大麻非医疗使用合法化的趋势。

2. 这种合法化在十年前始于美洲,现在正出现于欧洲和其他区域。虽然亚洲和非洲尚未受到如此广泛的影响,但南非和泰国最近的动态可能预示即将发生的变化。与全世界国家总数相比,正式将麻醉品使用合法化的国家数目仍然很少,但据了解,一些国家政府正在考虑在不久的将来走这条道路。

A. 大麻:各国和社会当前面临的挑战

3. 如何处理大麻和大麻相关物质、其日益增加的消费和供应以及相关的后果和问题,这是一个有争议的问题,近年来占国际药物管制讨论的大部分。

4. 大麻长期以来一直是世界上**使用最广泛的非法药物**。2020年约有2.09亿人使用大麻,占全

球人口的4%。² 在过去十年中,大麻种植呈上升趋势,使用大麻的人数增加了23%。大麻使用的流行程度因区域而有很大差异,北美洲、大洋洲和西非的流行程度最高。

5. **大麻的非法种植、生产、贩运和使用**影响到所有区域。大麻生产最初面向内部市场并集中在某些发展中国家,现在已转向一种更全球化的生产形式,几乎每个国家都有这种现象。³ 非法大麻生产的范围很广,而且无法准确估计,因为该物质在每个区域都有非法生产,种植情况是通过2010-2020年期间至少154个国家的直接指标(如种植或铲除植物或拆除生产场所的情况)或间接指标(如缉获植物的情况和有关所缉获大麻的来源的报告)来报告的。⁴ 如果将关于室内和室外大麻种植趋势的定性信息也包括在内,则国家和领土的数目将增加到190多个。2020年,大麻和大麻脂的缉获量分别增加至4,707吨和2,190吨(分别比2019年增加15%和29%)。

6. 开发了新的**生产方法**,并改进了提取和分离技术。2019年和2020年,越来越多的国家报告室

²《2022年世界毒品问题报告》,第三分册,《大麻和类阿片的毒品市场趋势》(联合国出版物,2022年)。

³Tom Decorte和Gary R.Potter,《全球大麻种植研究联盟:对大麻种植者的跨国在线调查》,《欧洲毒品和毒瘾监测中心深入见解丛刊》,第26卷(卢森堡,欧洲联盟出版署,2022年)。

⁴《2022年世界毒品问题报告》,第三分册。

¹E/INCB/2018/1,第一章。

内大麻种植有所增加,在全球范围内,室内大麻种植似乎超过了室外种植。⁵

7. 近年来,大麻产品中大麻的主要精神活性成分 δ -9-四氢大麻酚的平均含量稳步上升。在欧洲,2010年至2019年期间,大麻中 δ -9-四氢大麻酚含量提高了40%,大麻树脂中的含量增加了近两倍。⁶在美利坚合众国,大麻中 δ -9-四氢大麻酚的平均含量从1995年的3.96%上升到2018年的16.16%,大麻浓缩物中的平均含量从1995年的13.23%上升到2018年的60.95%。⁷出现了 δ -9-四氢大麻酚效力高的**新型大麻产品**,即食用剂、吸食产品和其他产品,在某些情况下,这些产品以吸引儿童和青少年的方式营销和包装。大麻在世界许多地方很容易获得,在一些区域,社会接受程度越来越高。这与人们对大麻使用风险的认识降低有关。

8. **合成大麻素**通常比天然大麻素效力大得多,被用作大麻的替代品。由于它们的短期和长期不良影响仍然不广为人知,使用合成大麻素可能会带来更高的风险和伤害。⁸

9. 非法市场上大麻产品的供应量和效力不断增加,构成越来越大的**健康风险**。对治疗大麻使用障碍的需求大幅增加。2000年至2018年,全球与大麻素依赖和戒断相关的入院人数是原来的八倍多。全球因大麻相关精神障碍入院人数是原来的四倍多。在非洲,大麻是大多数戒毒治疗需求的原因,比例远高于任何其他区域。

10. 越来越多的国家已批准将大麻用于医疗目的,并允许在其领土上种植和制造用于医疗目的的大麻和大麻相关物质。在某些情况下,可能是

⁵同上,第13页。

⁶Jakob Manthey等人,“欧洲大麻使用的公众健康监测:使用流行率、大麻效力和治疗率”,《柳叶刀-区域卫生-欧洲》,第10卷(2021年)。

⁷“大麻对加利福尼亚州的影响:2020年——与大麻相关的急诊室就诊和入院人数在医用和娱乐用大麻的法律通过后飙升”,《密苏里医学》,第118卷,第1期(2021年1月/2月)。

⁸Koby Cohen和Aviv M. Weinstein,“合成和非合成大麻素药物及其不良影响:从公共卫生角度的回顾”,《公共卫生前沿》,第6卷,文章第162号(2018年6月)。

由于方案的新颖性,这些方案的执行没有适当考虑《经1972年议定书修正的1961年麻醉品单一公约》中**规范为医疗目的种植大麻**的规定。麻管局与各国政府就统一本国领土上用于医疗和科学目的的大麻及大麻相关物质的种植、生产和制造、交易和消费情况的报告和监测标准进行了持续对话。

11. 与此同时,在许多地方,对于**为医疗目的使用大麻**存在误解。用于自我治疗的家庭种植大麻和家庭生产提取物制剂可能含有除草剂和(或)其他有毒物质。由于大麻素的数量未知,因此无法确定剂量。因此,家庭种植和生产用于自我治疗的大麻提取物可能是危险的。

12. 迅速扩大的**大麻产业**及其他商业利益力求取消对大麻使用的管制,以期获得商业利润。这推动了大麻使用的正常化和**平常化**,从而降低了人们对大麻消费相关危害的认识。

13. 与大规模非法生产和贩运有联系的犯罪组织也从大麻需求的扩大中获益。

14. 在国际药物管制体系内大麻和大麻相关物质的**分类问题**已在政治层面讨论了好几年。一些民间社会团体和一些国家政府呼吁调整大麻和大麻相关物质在国际药物管制公约下的列管,甚至完全从国际管制中除名,这实际上相当于大麻合法化,让每个国家自行决定适用的对于获取和使用的管制和限制措施。

15. 所有这些问题都被许多国家政府和国际社会视为重大挑战。许多国家政府不确定管制措施在本国是否继续有意义,发现难以执行有关政策,在有些情况下正在寻找替代解决办法,就是将大麻的非医疗使用合法化。

16. 这一趋势对国际社会来说是一个日益严峻的挑战,主要是对各项国际药物管制公约的缔约国的挑战,这些公约规定,以这些公约的规定为前提,任何类型的麻醉品使用都必须仅限于医疗和科学目的,任何违反公约规定的使用都应被视为“应受惩罚的罪行”。

B. 与大麻的使用和管制有关的政策和立法动态

17. 在过去几十年中, 药物管制政策发生了很大变化, 一般的药物如此, 大麻更是如此。毒品政策一度主要侧重于拦截和执法, 目的是减少毒品供应, 以防止毒品使用, 但在1980年代和1990年代, 各国开始认识到毒品使用和成瘾是一个**与健康有关**的问题。根据经修正的《1961年公约》第三十八条, 人们更加重视通过预防、治疗和康复**减少毒品需求**。在许多国家, 减少毒品需求方案辅之以减轻吸毒对健康和社会造成的不利后果的措施。

18. 与此同时, 一些国家改变了在起诉与个人非医疗使用国际管制药物有关的犯罪方面的政策: 越来越多的国家选择不将某些情况下的非医疗使用麻醉品定为刑事犯罪或不对这种行为进行惩罚。⁹ 虽然原则上禁止非医疗使用, 但它们通过立法行动(**“非刑罪化”**)将轻罪, 特别是持有少量供个人使用, 从**“刑事”**重新归类为**“非刑事”**, 并避免对这些轻罪进行惩罚, 以替代措施即教育、预防和治疗措施, 取代惩罚和定罪。这种做法最突出的例子是2001年在葡萄牙进行的改革。¹⁰ 另一些国家避免实行刑事制裁, 而是采取诸如扩大起诉裁量权、允许警方转处做法或**“容忍”**违法行为等机制(**“非刑罚化”**)。“非刑罚化”的概念经常被用作**“非刑罪化”**的同义词, 特别是在法语国家和西班牙语国家, 描述的是对刑事犯罪减少使用刑事制裁的情况, 这种情况不需要像非刑罪化那样修改法律。¹¹

⁹Peter Roudik 等人, 《麻醉品非刑罪化》(华盛顿特区, 国会法律图书馆, 2016年); 以及欧洲毒品和毒瘾监测中心, 《欧洲毒品法犯罪处罚概览》。可在 www.emcdda.europa.eu/ 查阅。

¹⁰ 欧洲毒品和毒瘾监测中心, 《毒品政策概况: 葡萄牙》(卢森堡, 欧洲联盟出版署, 2011年)。

¹¹E/INCB/2021/1, 第378段。

合法化、非刑罪化和非刑罚化: 定义^a

虽然各项公约本身没有界定“合法化”、“非刑罪化”或“非刑罚化”的概念, 但各国政府和其他利益攸关方在国际药物管制讨论中通常使用这些术语。

取消对个人吸毒和轻微毒品犯罪的刑事制裁的政策通常称为**“非刑罪化”**。这一概念是指通过立法行动将一项罪行从**“刑事”**重新归类为**“非刑事”**的过程。

“非刑罚化”一词的使用频率较低。它还指取消对涉及受管制物质的某些行为的刑事制裁。与**“非刑罪化”**不同, **“非刑罚化”**的概念描述了这样一种情况, 即有关行为仍然是刑事犯罪, 但减少了对现有刑事制裁的使用, 因此与非刑罪化不同, 不需要修改法律。因此, 非刑罚化办法可包括采用诸如警方转处做法、有条件判刑和扩大检察裁量权等机制, 作为刑事起诉的替代办法。**“非刑罚化”**常常被认为是**“非刑罪化”**的同义词, 特别是在讲法语和西班牙语的国家, 然而, 麻管局认为这两个概念是不同的。

这些概念应区别于明确允许为非医疗和非科学用途供应和使用国际管制物质的政策和国家法律框架, 而不涉及对个人使用或持有特定物质的刑事、行政、民事或其他处罚。这通常被称为**“合法化”**, 或者在一些国家被称为**“受监管的市场”**。

^a 见麻管局2021年年度报告(E/INCB/2021/1), 第370-382段。

19. 在过去20年中, 世界各地越来越多的国家开始将大麻和大麻浸膏用于医疗目的, 许多国家对大麻的医疗使用进行了监管。因此, 全球大麻产量大幅增加, 2019年记录的产量为468.3吨, 2020年为650.8吨。¹² 经修正的《1961年公约》将大麻植物、大麻树脂与大麻浸膏和酞归类为高度成瘾和易被滥用的物质(附表一)。此外, 大麻植物和大麻树脂最初被认为特别容易被滥用并产生不良影响, 因此很少被使用(附表四)。2018年, 世卫组织对大麻和大麻相关物质进行了重点审议, 得出结论认为, 这些物质可能具有治疗价值。根据世卫组织的建议, 麻醉药品委员会于2020年12月决定, 将大麻和大麻树脂从经修正的《1961年公约》附表四中删除, 但将其保持在附表一。《1961年公约》(第二十八条)允许缔约国在

¹² 同上, 第148段。

某些条件下为医疗目的种植和使用大麻。¹³ 该《公约》要求国家许可并管制医用大麻的生产, 设立一个国家大麻机构, 提供医用大麻的国内需求估计数, 确保药用大麻素的使用要基于关于安全性和有效性的证据, 也要接受医学监督。就观察到的大麻具体管制措施而言, 这些医用大麻方案符合各项公约。然而, 在一些国家, “医用大麻方案”的运作没有采取各项公约或世卫组织就良好制造和良好处方准则建议的标准所要求的必要管制措施。¹⁴

20. 在过去10年中, 一些国家已正式**将大麻的非医疗使用合法化**。这一趋势最初在美洲确立, 现已蔓延到欧洲。在非洲和亚洲, 大多数国家政府目前未遵循这种做法。

21. 2013年, 乌拉圭成为第一个将非医疗使用大麻合法化的国家。¹⁵

22. 加拿大于2018年10月通过《大麻法》提供合法获取大麻的途径, 并对大麻的生产、持有、分销和销售进行监管。¹⁶

23. 2012年, 美国的两个州即科罗拉多州和华盛顿州在投票之后颁布了法律, 对大麻的非医疗使用进行监管。从1970年代开始, 一些国家放宽了大麻法律, 减轻或取消了对持有少量大麻的刑事处罚。从1990年代起, 美国许多州颁布了法律, 允许为医疗用途将非标准化大麻用于医疗适应症。¹⁷ 截至2022年11月1日, 19个州、哥伦比亚

特区和两个领土¹⁸通过了关于娱乐性使用大麻的法律。需要指出的是, 根据美国联邦法律,¹⁹ 大麻仍然是附表一物质, 这些物质被认为具有产生依赖性的很大可能性, 并且没有被接受的医疗用途, 因此持有和分销大麻是一项联邦犯罪。

24. 在墨西哥, 最高法院于2018年裁定, 禁止在墨西哥娱乐性使用大麻的法律违宪。²⁰ 法院认定, 成年人享有个人发展的基本权利, 这使他们能够在不受国家干涉的情况下决定自己的娱乐活动。2022年5月, 墨西哥最高法院裁定, 允许持有不超过5克大麻用于个人消费的《墨西哥一般卫生法》无效。最高法院指出, 对吸毒者的刑事起诉是对持有毒品的惩罚, 没有正当理由, 因为这种持有属于个人隐私范围。

25. 2015年, 牙买加修正了《危险药物法》, 取消了对个人使用和持有不超过57克大麻以及为宗教目的“按照拉斯塔法里教信仰举行圣礼”而持有任何数量大麻的刑事处罚。²¹

26. 在**欧洲**, 马耳他是第一个允许种植和持有少量大麻供个人使用的国家。2021年12月, 马耳他议会通过了一项关于大麻的法律,²² 允许18岁以上的人在家中种植大麻, 每户最多可种植4株。该法律的一些内容尚未实施。

27. 欧洲其他国家也采取了使大麻使用合法化的步骤和措施, 其中包括:

¹³麻管局在其2014年年度报告中专门用一分章, 论述根据《1961年公约》适用于为医疗目的使用大麻方案的管制措施(E/INCB/2014/1, 第218-227段)。

¹⁴E/INCB/2018/1, 第一章。

¹⁵2013年12月, 大麻监管法案签署成为法律(第19.172号法律), 使该国为非医疗目的的生产、分销、销售和消费大麻及其衍生物合法化。2014年5月, 该国政府发布了该法律的配套条例(2014年5月6日第120/014号法令)。

¹⁶加拿大, 一项关于大麻并修正《受管制药物和物质法》、《刑法》和其他法律的法律, 《加拿大法规》, 第16章(2018年), 也称为C-45号法案; 与C-46号法案相结合, 该法是《刑法修正法》(涉及与运输有关的罪行)并对其他法律作出相应修正, 《加拿大法规》, 第21章(2018年)。

¹⁷2022年, 37个州以及哥伦比亚特区、波多黎各、关岛和美属维尔京群岛都建立了这种“医用大麻制度”。见“各州娱乐用大麻法律”, 可在<https://marijuana.procon.org> 查阅。

¹⁸按时间顺序排列: 华盛顿州(2012年)、科罗拉多州(2012年)、阿拉斯加州(2014年)、俄勒冈州(2014年)、哥伦比亚特区(2015年)、加利福尼亚州(2016年)、内华达州(2016年)、缅因州(2016年)、马萨诸塞州(2016年)、密歇根州(2018年)、北马里亚纳群岛(2018年)、伊利诺伊州(2019年)、关岛(2019年)、蒙大拿州(2020年)、佛蒙特州(2020年)、亚利桑那州(2020年)、新泽西州(2020年)、新墨西哥州(2021年)、康涅狄格州(2021年)、纽约州(2021年)、弗吉尼亚州(2021年)和罗德岛州(2022年)。

¹⁹美国, 《受管制物质法》, 第91-513号公法(1970年10月27日)。

²⁰Peter Orsi, “墨西哥法院开创了合法、娱乐性大麻使用的先例”, 美联社新闻, 2018年11月1日。

²¹牙买加, 司法部编写的2015年《危险药物(修正案)法》概况介绍。

²²马耳他, 《负责任使用大麻管理局法》, 第241号法(2021年12月18日)。

(a) 2022年6月,卢森堡政府公布了一项法律草案的细节,该草案将允许成年人在家中种植最多四株大麻植物,用于“娱乐”目的。还将允许在家中进行非医疗消费;

(b) 在德国,政府于2022年10月介绍了一项法律的概要,该法律将对在特许商店为非医疗目的向成年人受控分销大麻的行为进行监管;

(c) 在意大利,根据2020年最高法院的一项判决,在家中种植极少量的大麻供个人使用并不构成犯罪。2021年,收集了签名,以在该国进行一次全民公投,从而将大麻和其他精神活性植物(如裸盖菇素)的个人种植合法化。2022年2月,宪法法院驳回了该提案,因为该提案的部分内容藐视国际法,违反多项国际义务;²³

(d) 在荷兰,正在进行一项“大麻实验”,允许生产娱乐用大麻,供有限数量的城市的“咖啡店”使用。这一试验可能导致采取措施,取代荷兰长期存在的“咖啡店”方案,该方案起源于1970年代,容忍在“咖啡店”出售和消费少量大麻。2022年7月,政府表示,它将无法按最初计划在2024年从受管制的“大麻实验”中得出结论,研究人员将无法在2024年之前准备他们的分析;

(e) 在瑞士,2020年修正了《联邦麻醉品和精神药物法》,允许开展出售大麻用于非医疗消费目的的试点项目。该项目于2022年在几个城市(如巴塞尔和苏黎世)启动。议会将修订立法,以期建立一个受监管的大麻市场,同时考虑到正在进行的非医用大麻使用试点项目的结果。

28. 在**其他洲**,也正在采取类似的举措。

29. 在南非,2018年宪法法院裁定,成年人可以在任何私人场所使用、持有和种植大麻供个人消费。1992年《毒品和毒品贩运法》的规定曾将任何形式的大麻种植、持有和消费定为刑事犯罪,但法院宣布这些规定违宪。任何非私下娱乐性

使用、持有或种植大麻的行为根据《毒品法》仍然属于犯罪行为。

30. 在泰国,2022年将大麻从新的《麻醉品法典》第5类下的分类中删除,并使其使用合法化,但 δ -9-四氢大麻酚²⁴含量超过0.2%的大麻浸膏除外。议会尚未对大麻生产和销售的确切监管框架作出澄清。

31. 在全球范围内,越来越多的国家正在制定类似的法律框架,允许和监管为非医疗用途供应和使用大麻。

32. 由于对国际公约的解释和适用存在分歧,应对大麻问题的法规千差万别。世界上大多数国家仍然认为使用大麻是非法的,并继续致力于禁止为非医疗/科学目的生产和消费大麻。但是,越来越多的国家政府采取了新的战略,如将持有少量毒品、医疗使用大麻或大麻产品非刑罪化,不起诉轻微的大麻犯罪,以及最后,将非医疗目的使用大麻合法化。²⁵

合法化背后的理由

33. 大麻非医疗使用合法化首先是在那些以前实行“医用大麻”方案的管辖区推动的。其中一些“医用大麻”方案监管不力,药房被用来为非医疗使用创造事实上合法的大麻市场,大麻通过药房提供给任何符合用于定义“医用”的宽泛标准的人(科罗拉多州、俄勒冈州和华盛顿州)。²⁶这种做法引入了大麻是一种“友好”和“有用”的植物的概念,同时忽略了危害健康的科学证据,导致改变公众对大麻使用的看法,从而为进一步采取合法化措施奠定了基础。

34. 合法化的支持者提出了采取这一步骤的不同理由。他们都认为,目前的药物管制制度已经

²⁴Nishimura 和 Asahi, “《麻醉品法典》第5类下的麻醉品新分类”, 词汇学, 2022年3月3日。

²⁵见显示全球不同方法的当前状况(2022年)的地图。可在<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/countries-where-weed-is-illegal> 查阅。

²⁶E/INCB/2018/1, 第57段。

²³Max Daly, “意大利法官就技术性问题阻止的合法大麻公投”, 《世界新闻》, 2022年2月17日。

失败, 必须予以取代, 因为该制度不能有效地对付全球和国内的毒品问题。他们认为, 严格的禁止办法并没有阻止吸毒, 而且还产生了意想不到的后果, 并造成了附带问题。

35. 据已将娱乐用大麻合法化的国家政府称, 其法律的主要目标是防止年轻人获得大麻, 保护公众健康, 并减少非法活动。²⁷

36. 他们声称, 合法化将更好地保护公众健康, 并允许建立严格的产品安全和产品质量要求, 最大限度地减少污染物, 并避免高效力带来的伤害。他们还声称, 合法化将有助于预防措施, 使吸毒者更容易谈论与大麻有关的问题, 并寻求支持和治疗。通过将分销转向合法渠道, 他们的目的是限制供应, 减少青年人获得的途径和消费。

37. 一些倡导者认为, 消费可能有害的毒品是一项人权。他们声称国家不应该干涉他们所认为的公民自由。他们认为没有理由禁止大麻, 因为烟草和酒精是被允许的。在一些国家, 倡导者认为, 非医疗使用大麻根据文化或宗教传统是有理由的。

38. 此外, 支持者认为, 合法化将不再将吸毒定为刑事犯罪, 并减少对吸毒者, 特别是年轻人的污名化。合法化将防止某些执法和司法对策对包括妇女、少数群体和经济处境不利人口在内的弱势群体产生可能不成比例的影响, 并减少刑事司法系统内的不平等待遇。他们还提出, 合法化将避免不必要的监禁和过度拥挤的监狱, 减轻刑事司法系统的负担, 并将减少与禁止有关的费用, 以及调整执法资源的优先次序。这一论点没有考虑到, 删除这一类罪行并不能有效地解决许多国家刑事司法系统内与持续存在系统的制度性歧视有关的更大问题, 针对这些问题, 需要采取措施解决根本原因。

²⁷ 例如, 加拿大, 《大麻法》(C-45号法案), 与C-46号法案《刑法修正法》相结合; 以及乌拉圭, 第19.172号法律《管制大麻条例》, 《官方日志》, 2014年1月7日。

39. 已经允许或正在提议合法化的国家政府声称, 这将减少甚至消除非法毒品市场及相关犯罪和暴力, 建立一个安全的供应链, 并削弱犯罪组织。

40. 此外, 大多数国家政府希望在合法经济中创造大量税收和新的就业机会。这一点往往是由私人商业利益集团提出的, 这些利益集团有时与大公司有联系, 它们支持合法化, 预计在合法化之后, 这个新的、设想会有利可图的合法市场将带来利润。

C. 大麻非医疗使用合法化的不同模式

41. 上述各种理由转化为允许将大麻用于非医疗目的的不同合法化框架。在一些国家, 合法化是由政府发起的; 在另一些国家, 合法化是通过投票倡议实现的; 在其他国家, 合法化是通过法院裁决实现的。各国在法律监管方面采取了不同的做法, 特别是在购买大麻的资格、持有门槛、家庭种植和工业生产的条件和限制、产量限额、确保产品质量的规则、允许的分销渠道, 包括销售点的类型和数量、商业分区、对生产和销售的税收、广告和标志规则以及对大麻从种子到销售进行监测的跟踪系统等方面。

42. 不同的政策目标和条例组合在一起, 导致了一系列不同的合法化模式。在有关的实行合法化的国家中, 有的采用一种对整个国家具有普遍约束力的单一模式, 如乌拉圭; 有的采用一种由联邦法律确定的基本模式, 这种基本模式可由各联邦实体进行变通, 它们可以在其各自的管辖区内按需修改某些规则, 如加拿大; 有的则采用多种模式, 本国的每个州实施特定的法律解决办法, 如美国的各个管辖区。²⁸

43. 各类合法化之间的一个重要区别在于相应的监管框架内**国家的作用和控制的程度**, 既有国家在整个过程中发挥核心作用的严格监管模式,

²⁸ 关于加拿大、美国和乌拉圭的大麻法规的详细信息, 见《2022年世界毒品问题报告》第三分册中的汇总表, 表5-7, 第49-65页。

也有大力强调市场力量在创造和塑造新的合法经济部门方面的作用的宽松监管模式。在这些形式之间,也有各种各样的“混合”模式。

44. 监管最严格的模式是乌拉圭模式,该国整个大麻生产和分销链始终在国家控制之下,包括大麻及其衍生物的种植、生产、获取、营销、进口、出口和分销。所有这些活动都需要许可证:成年人购买或在家中种植大麻需要许可证,大麻俱乐部必须在大麻监管和管制研究所注册,²⁹公司需要有许可证才能生产和向药店供应大麻,药店需要有许可证才能销售大麻。

45. 加拿大的合法化模式受国家控制的程度较低:商业生产需要联邦加工许可证,但分销则是省和地区政府的责任。在大多数省份,零售许可证制度类似于管制酒类销售的制度。

46. 美国的模式种类最多,既有非常自由、控制较少的商业模式,也有严格监管的非营利模式。

47. 在所有合法化计划中,大麻仅限于成年人获得,禁止青少年获得。年龄限制在美国定为21岁,在乌拉圭和马耳他定为18岁,在加拿大的大多数省定为19岁。³⁰在所有实行合法化的国家,保护青年都被明确规定为一项主要目标。许多管辖区都制定了商业条例,以保护青年。例如,禁止可能吸引儿童的广告和包装,³¹包装必须是对儿童安全的,并显示所要求的警告标签。在一些国家,禁止精神活性大麻产品各种形式的直接和间接广告宣传、促销和赞助。³²通常不允许在公共场所或学校附近以及有儿童在场的其他地方使用大麻。加拿大对于让年轻人参与大麻相关活动和向年轻人分销或出售大麻的行为规定了新的罪行。

²⁹可在<https://www.ircca.gub.uy>查阅。

³⁰在加拿大,联邦《大麻法》将年龄限制定为18岁,但所有省份都将本省内可获得大麻的年龄提高到19岁,在魁北克为21岁。

³¹美国的例子有:新泽西州,大麻监管委员会,“娱乐性使用”,可在www.nj.gov/cannabis/adult-personal/查阅,以及缅因州,《大麻合法化法》,第7分章,可在<https://legislature.maine.gov/>查阅。

³²例如,乌拉圭,第19.172号法律。

48. 许多实行合法化的国家已作出重大努力,以加强**预防方案**,特别是针对青年和青少年的预防方案。在乌拉圭,国家综合卫生系统采取了着眼于教育、提高认识运动、预防有问题的大麻使用、咨询、指导和治疗等措施。在加拿大,实施了旨在提高公众对与使用大麻有关的健康风险的认识的方案。

49. 在实行合法化的国家中,规范大麻和大麻产品**生产和分销**的法律和监管框架大不相同。在乌拉圭,商业种植者必须得到国家的特别批准,才能生产和加工 δ -9-四氢大麻酚含量相对较低的标准化植物品种。有执照的药店从这些种植者那里获得该药物,并以专营方式出售给乌拉圭居民中登记在册的成年人。

50. 在加拿大,生产大麻产品以及对这些产品进行包装和贴标签都需要联邦加工许可证。至于大麻的销售和分销,各省和地区负责制定、实施、维护和执行自己的条例,包括关于零售店的数量和所有权、定价和税收的条例。各省的销售模式各不相同。大麻通过有执照的零售商(私营部门)、省零售店(公共部门)和互联网销售。一些省份在分销和零售两级建立了政府经营的垄断企业,另一些省份则同时拥有私营分销商和零售商。³³

51. 在马耳他,禁止在注册的大麻俱乐部之外零售。

52. 在美国,大多数实行合法化的州的法律允许有执照的营利性公司生产和零售大麻。³⁴在美国的一些州,商业活动可能被地方政府监管、限制甚至禁止。因此,在加利福尼亚州,大多数城市和县不允许零售大麻:在482个城市中,有80%的城市禁止商店出售娱乐用大麻。³⁵在马萨诸塞州,351个城市和城镇中有超过110个城

³³《2022年世界毒品问题报告》。

³⁴佛蒙特州、康涅狄格州和哥伦比亚特区是例外,它们允许成年人在家中持有和种植大麻,但不允许将其商业化。

³⁵马萨诸塞州大麻管制委员会,市政分区跟踪器。

镇禁止大麻零售店。³⁶ 在新泽西州, 大约有 400 个城市 (70% 以上) 禁止在其管辖区内开设大麻企业。

53. 个人持有大麻的法律门槛差别很大。在加拿大, 所有省份该数量为 30 克干大麻 (或当量), 而在美国各州, 数量从 1 盎司 (28.5 克) 到 3 盎司不等, 而各种浓缩物的数量则是固定的。在乌拉圭, 个人每周最多可购买 10 克 (或每月 40 克)。在马耳他, 成年人最多可携带 7 克大麻。³⁷

54. 几乎所有合法化计划都允许一定限度内的家庭种植大麻。在乌拉圭, 个人可以获得许可, 每户种植最多 6 株雌性开花大麻植物供自己消费。家庭每年总产量不得超过 480 克。加拿大的《大麻法》允许每个家庭利用特许出售的种子或幼苗种植最多 4 株大麻植物供个人消费。³⁸ 马耳他允许每个家庭在家中种植最多 4 株植物, 只要它们不被公众看到。在美国, 大多数合法化州允许每人种植 6 株植物, 其中 3 株可以开花 (每户最多 12 株)。³⁹ 在许多管辖区, 种植必须在公众看不到的封闭区域内进行。

55. 在马耳他和乌拉圭, 法律允许组建生产者 and 消费者协会 (“大麻俱乐部”)。⁴⁰ 加拿大和美国各个实行合法化的州都没有关于大麻俱乐部的法律规定。

56. 一些实行合法化的国家对合法大麻产品的含量和质量进行监管。在乌拉圭, 药房出售的大麻的效力由政府确定, 政府只允许几个标准化的植物品种, 所有品种的效力都有限: δ -9-四氢大麻酚含量低于 10%。在美国的一些管辖区, 所有的娱乐性产品在销售前必须进行效力和安全性测试。对固体或液体形式的食用剂的使用

的监管差异很大, 从完全禁止到限制直到不限制。在加拿大, 可食用大麻产品和浓缩物直到 2019 年 10 月才可以合法销售。在美国, 食用剂被广泛允许, 但大多数的 δ -9-四氢大麻酚含量都有限。⁴¹

57. 除乌拉圭和马耳他外, 大多数实行合法化的国家都对娱乐用大麻和大麻产品的零售征税。这些税收在不同的管辖区之间有很大的差异。在美国, 税率从 3% 到 37% 不等。此外, 开办许可证也有成本, 可能会征收许可费。

58. 总之, 可以说, 将大麻非医疗使用合法化的管辖区有多少, 就有多少种模式。

D. 根据各项药物管制公约采取的不同政策方针

59. 必须从药物管制公约的法律角度, 以有区别的方式评价有关大麻管制的各种政策方针。

60. “非刑罪化”办法和“非刑罚化”办法可被视为与各项公约相一致, 只要这种办法尊重将药物的使用限于医疗和科学目的的义务, 并在公约规定的某些限度内。⁴² 三项药物管制公约承认将非医疗使用药物定为“应受惩罚的罪行”的条约义务的有限例外情况:

(a) 这些公约允许对个人吸毒适用替代性制裁, 而不是定罪和惩罚。与毒品有关的刑事犯罪, 包括那些涉及持有、购买或种植非法药物的犯罪, 如果是由吸毒者犯下的, 并不自动需要定罪和惩罚。所有三项公约⁴³都规定, 缔约方可酌情允许这些人接受治疗、教育、后续护理、康复和重新融入社会措施, 作为定罪和惩罚的替代办法。因此, 这些公约没有规定对犯有轻微罪行的吸毒者实施监禁的义务;

³⁶ 信息图, “你的城镇会允许新泽西州合法的大麻药房吗?”, 可在 <https://infogram.com/municipal-marijuana-laws-lhd12yxnppelw6k> 查阅。

³⁷ 马耳他, 《负责任使用大麻管理局法》, 第 241 号法。

³⁸ 在曼尼托巴省和魁北克省, 家庭种植是不允许的。

³⁹ 华盛顿州和新泽西州不允许家庭种植。

⁴⁰ 马耳他, 《负责任使用大麻管理局法》, 第 241 号法。

⁴¹ 在美国大多数实行合法化的州, 每份食品不得含有超过 5 或 10 毫克的四氢大麻酚。新墨西哥州和纽约州没有明确的限制。

⁴² E/INCB/2021/1, 第 370-382 段。

⁴³ 经修正的《1961 年公约》第三十六条第一款 (b) 项; 《1971 年公约》第二十二条第一款 (b) 项; 《1988 年公约》第 3 条第 4 款 (c) 项和 (d) 项。

(b) 此外,可以根据相称性原则而不对轻微案件进行惩罚。⁴⁴ 这些公约要求采取“适当”和相称的对策,区分与贩毒有关的犯罪和与为个人使用而持有毒品有关的犯罪,区分吸毒者所犯的犯罪和其他人所犯的犯罪。制裁必须考虑到罪行的相对严重性;⁴⁵

(c) 此外,经修正的《1961年公约》在起诉应受惩罚的犯罪方面给某种程度的酌处权留下了空间,因为第三十六条第四款规定,应“依缔约国的国内法”起诉犯罪。

61. 麻管局一贯解释说,在这些限度内,将个人使用和持有少量毒品非刑罪化或非刑罚化的措施符合国际药物管制公约的规定。

62. 相比之下,允许为非医疗目的供应和使用麻醉品并予以监管的合法化概念与药物管制公约规定的义务相矛盾。

63. 《经1972年议定书修正的1961年公约》、1971年《精神药物公约》和1988年《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约》对缔约国规定了下列义务:

(a) 根据《1961年公约》第四条(c)项和《1971年公约》第五条第二款,缔约国必须在不违背这些条约的规定的的前提下,将毒品的生产、制造、输出、输入、分销、贸易、使用和持有仅限于医疗和科学目的;

(b) 经修正的《1961年公约》第三十六条要求缔约国“以不违背缔约国本国宪法上的限制为限”,确保“使下列各项犯罪行为出于故意者悉受惩罚……:违反本公约规定的麻醉品的种植、生产、制造、提制、调制、持有、供给、兜售、分配、购买、贩卖……运输、输入及输出”;

(c) 根据《1988年公约》第3条第1款(a)项第(一)目,各缔约国有义务“采取可能必要的措施,将下

列行为确定为其国内法中的刑事犯罪……违反《1961年公约》……各项规定,生产、制造、提炼、配制、提供、兜售、分销、出售……进口或出口任何麻醉药品……”。

64. 由于上述所有合法化模式都明确允许大麻的非医疗使用,因此它们都不符合国际药物管制公约缔约国所承担的法律义务。

65. 各国政府使用不同的法律论据来证明合法化是正当的。一种观点认为,合法化可能符合各项公约,因为合法化追求的是各项公约的总体目标,即维护人类的健康和福祉,尊重人权原则,如若干国际人权文书所载的自由权、隐私权和个人自主权,这些人权文书优先于药物管制公约。

66. 对普遍人权和法治给予应有的尊重,是有效执行国际药物管制公约的关键。但是,国际药物管制公约与其他国际人权文书之间并无规范上的冲突。通过确保为医疗和科学目的供应和获取受管制物质以及防止药物滥用,这些公约旨在保护生命权和健康权。这三项公约作为特别法,更加具体地规定了在药物管制领域必须遵守人权的方式。这些公约反映了国际社会的观点,即在药物管制领域促进人权的最有效途径是将药物的使用限于医疗和科学目的。

67. 合法化的另一个法律理由是,药物管制公约提供了一定的灵活性,为允许超出经修正的《1961年公约》第四条(c)款和《1971年公约》第五条第二款所列用途使用受管制物质的条例提供了余地。在这方面,提到了经修正的《1961年公约》第三十六条第一款和《1988年公约》第3条第2款。这两项规定都载有保障条款,其中提到缔约国的国内宪法和立法。⁴⁶

68. 的确,这些保障条款的目的是考虑到每个缔约国的宪法和国内立法,并允许在公约所规定的

⁴⁴麻管局在其2007年年度报告(E/INCB/2007/1)中讨论了相称性原则。

⁴⁵《1988年公约》第3条第4款(a)项。

⁴⁶《1961年公约》第三十六条第一款(“以不违背缔约国本国宪法上的限制为限,……”)和《1988年公约》第3条第2款(“各缔约国应在不违背其宪法原则和法律制度基本概念的前提下,……”)。

具体情况下有一定的灵活性。⁴⁷ 然而, 必须指出, 经修正的《1961年公约》第四条(c)项和《1971年公约》第五条第二款都将药物的使用限于医疗和科学目的, 这两条都不受保障条款的约束。即使一缔约方在适用保障条款时, 其《宪法》排除了执行经修正的《1961年公约》第三十六条第一款或第二款或《1988年公约》第3条第2款所规定措施的义务,⁴⁸ 它仍必须遵守经修正的《1961年公约》第四条(c)项和《1971年公约》第五条第二款规定的义务。在没有保障条款的情况下, 这些公约没有提供允许非医疗持有、生产、销售和分销大麻并予以监管的任何灵活性。

69. 一些人认为, 最后手段原则允许将非医疗用途合法化。这一原则载于一些国家的宪法中, 规定刑事制裁应作为对付非法行为的最后手段。然而, 这一原则并不支持不履行将麻醉品使用限于医疗和科学目的的条约义务。

70. 在联邦制国家中可能出现一个特殊问题, 即如果一个联邦实体违反公约实施合法化, 而联邦政府又无权强迫该联邦实体履行条约义务, 那么联邦政府是否要承担责任。麻管局注意到, 经修正的《1961年公约》第四条(a)项规定缔约国有义务“在其本国领土内实施及执行本公约的规定”。此外, 《维也纳条约法公约》第二十九条⁴⁹规定, “除条约表示不同意思, 或另经确定外, 条约对每一当事国之拘束力及于其全部领土”。一国不同级别之间的内部权力分配不能被援引为不履行条约的理由。⁵⁰ 《1961年麻醉品单一公约评注》解释说, 如果一个联邦国家因其联邦宪法没有授权而无法颁布所需的刑事立法, 是否可以免除该联邦国家在《公约》第三十六条第一款下的义务, 这个问题的答案应该是否定的。《评注》指出, 如果组成有关联邦国家的州或省拥有必要

的权力, 则联邦宪法没有授权并不免除一方采取必要措施的义务。⁵¹

71. 麻管局在其2009年年度报告中承认, “加入国际药物管制条约应导致缔约国采取国家战略和措施, 确保其完全符合这些条约。这些条约义务适用于每一缔约国的全部领土, 包括其联邦州和(或)省。”⁵²

72. 因此, 一个国家拥有联邦结构这一事实并不免除它已同意受约束的国际义务, 包括国际药物管制公约产生的义务。一国采用哪种组织方式以在其领土内履行条约义务属于国内法问题。联邦当局在大麻合法化各州的境内履行国际药物管制公约所载的义务仍然是一个内部问题。

E. 大麻合法化的影响

73. 评价合法化带来的变化是困难的。⁵³ 为了评估这些变化, 必须比较合法化实行前后的数据, 并比较来自实行合法化的管辖区和未实行合法化的管辖区的数据。然而, 简单的事前/事后设计并不一定证明法律、法律的实施和统计结果之间存在强有力的因果关系。有些增加可能是由报告或计量的变化或完全不同的因素造成的。例如, 如果大麻的使用不是非法的, 个人显然更愿意报告这种使用, 因此合法化后报告的使用率较高并不一定表明实际流行率有所增加。同样, 急诊和住院人数的增加可能是由于医生的认识提高了, 在政策改变之后, 医生更有可能通过尿液分析筛查或确认急性大麻中毒。

74. 合法化的影响在很大程度上取决于大麻合法化国家的具体情况, 即取决于该国合法化之前已有的状况, 如合法大麻市场的发展程度或是否存在一个庞大的非法市场以及以前的非法消费水平。这种影响还取决于各种合法化模式的具体规定及政治层面对这些规定的实施情况, 包

⁴⁷ 麻管局2021年年度报告解释了这些概念(E/INCB/2021/1, 第370-382段)。

⁴⁸ 《1961年麻醉品单一公约评注》(联合国出版物, 出售品编号: E.73.XI.1), 第36条; 《联合国禁止非法贩运麻醉药品和精神药物公约评注, 1998年》(联合国出版物, 出售品编号: E.98.XI.5), 第3条。

⁴⁹ 联合国, 《条约汇编》, 第1155卷, 第18232号。

⁵⁰ 《维也纳条约法公约》第二十七条。

⁵¹ 《1961年麻醉品单一公约评注》, 第429-430页。

⁵² E/INCB/2009/1, 第283段。

⁵³ 《2022年世界毒品问题报告》, 第三分册, 第30页。

括允许和限制的不同程度。因此,不能很容易地将一个国家合法化的后果与其他国家进行比较。成果措施也无法在其他国家复制。

75. 在许多国家,这些法律生效后的时间太短,无法提供有效数据和判断合法化的全部影响。不会在颁布或实施有关法律和法规之后立即出现后果。在娱乐用大麻法律通过15年或25年之后,行为方式的变化、市场的发展和私营企业的力量可能会导致不同的结果。⁵⁴

76. 用于评价的基准数据在各有关管辖区有很大不同。一些合法化国家建立了**监测和评价**合法化的结果和影响的机制。例如,乌拉圭为此制定了指标,特别是关于年轻人使用大麻以及关于有组织犯罪和贩毒的指标。乌拉圭毒品观察站定期开展研究并发表研究报告,通过估计物质使用的流行率和趋势,确定乌拉圭境内吸毒的规模,并探讨与消费有关的其他方面。⁵⁵然而,消费量和流行率的变化在多大程度上是由乌拉圭大麻合法化造成的,只有在今后几年才能看得清楚,届时将有更多信息,说明与公众健康和公共安全有关的措施的结果。⁵⁶

77. 加拿大政府制定了一套监测和监督活动,以评价《大麻法》和相关条例的成果。加拿大卫生部开展的加拿大大麻调查于2017年确立了基准数据,并每年对情况进行审查,以提供关于特定健康、社会和公共安全问题的信息。加拿大统计局每三个月为该调查收集一次数据,调查审查使用模式、大麻消费量和大麻市场,如大麻来源和定价,以及公共安全问题,如驾驶障碍。⁵⁷

⁵⁴Wayne Hall和Michael Lynskey,“评估娱乐性大麻使用合法化对公众健康的影响:美国的经验”,《世界精神病学》,第19卷,第2期(2020年6月),第179-186页。

⁵⁵乌拉圭,大麻监管和管制研究所,受管制大麻市场,“截至2021年12月31日监测受管制大麻市场的第13号报告”。可在<https://www.ircca.gub.uy/mercado-regulado-del-cannabis/>查阅。

⁵⁶Juan E. Fernández Romar和Evangelina Curbelo Arroqui,“乌拉圭的大麻正常化进程”,载于《毒品:主题、社会和文化》,Claudio Rojas Jara编(智利塔尔卡,Nueva Mirada Ediciones,2019年),第52页。

⁵⁷加拿大,“2021年加拿大大麻调查:摘要”。可在www.canada.ca/en/查阅。

78. 在美国,用于评估合法化影响的数据很少,因为许多管辖区一直在迅速采取行动,以将大麻的使用合法化,却没有建立足够的数据库来评价这些变化的影响。⁵⁸只有少数管辖区为监管和评价合法化的影响创造了条件。⁵⁹此外,美国各州采取了严格程度各不相同的不同规定。因此,分析必须主要集中在2018年之前第一批实施非医疗使用条例的管辖区。这些州已经有了可靠的数据和统计资料,而合法化较晚的州还没有可靠的经验和数据。

79. 关于合法化的影响的研究越来越多,但有时这些研究报告了截然相反的结果和结论。这些相互矛盾的结果往往是由所使用的数据和方法以及所考虑的实施日期和政策所导致的。有时,文献受到支持或反对合法化的倡导团体的影响。

80. 鉴于情况涉及多个方面并且比较复杂,几乎不可能就合法化的影响作出普遍性判断和结论。

合法化对大麻消费的影响

81. 大麻合法化最重要的潜在影响之一是使用可能增加,从而可能对个人和社会造成负面影响。对合法化的关切大多涉及可能对青年产生的影响。许多人担心,即使在法律上仅限于成年人获得,增加获得的机会可能会增加青少年的使用,从而对认知发展、教育成果或其他行为产生负面影响。⁶⁰

82. 在所有合法化管辖区,可以观察到普通人群中大麻使用的增加。其中大多数管辖区在合法化之前的大麻使用率就高于其他国家。例如,在美国,大麻使用合法化各州的普通人群中的流行率在合法化前后都大大高于美国的总体平均水

⁵⁸欧洲毒品和毒瘾监测中心,《监测和评价大麻政策的变化:来自美洲的深入见解》,技术报告(卢森堡,欧洲联盟出版署,2020年),第5页。

⁵⁹例如,科罗拉多州自2015年起通过法律要求卫生局每两年监测一次法律对健康的影响;华盛顿州要求华盛顿州公共政策研究所评价与健康和安全相关的政策和影响,以及经济影响等,自2015年起直至2032年。

⁶⁰E/INCB/2018/1,第一章。

平。最先将大麻合法化的10个州在大麻合法化之前的大麻使用率平均为15%，⁶¹ 而全国为11.5%。⁶² 然而，在合法化之后，合法化管辖区的流行率增长明显快于其他管辖区。

83. 2019年至2020年期间全国吸毒和健康情况调查显示，所有年龄组中，合法化州的流行率显著高于非合法化州。表1和表2比较了2020年之前大麻合法化的各州（11个州）和尚未大麻合法化（或仅在2020年或2021年才合法化）的各州，2019年和2020年不同年龄组过去一年和过去一个月的大麻使用情况。⁶³

表1 2019-2020年按年龄组分列的美国过去一年大麻使用估计数（百分比）

	所有 12岁及 以上	12-17岁	18-25岁	26岁 及以上
全美国平均数	17.73	11.66	34.98	15.76
尚未大麻合法化的各州的平均数（40个州）	16.46	11.33	34.11	14.28
已经大麻合法化的各州的平均数（11个州）	24.55	14.45	43.57	22.73

资料来源：物质滥用和精神卫生服务管理局，行为健康统计和质量中心，全国吸毒与健康情况调查，2019年和2020年第1和第4季度。

表2 2019-2020年按年龄组分列的美国过去一个月大麻使用估计数（百分比）

	所有 12岁及 以上	12-17岁	18-25岁	26岁 及以上
全美国平均数	11.66	6.63	23.02	10.48

⁶¹ 这些州是科罗拉多州（2012年大麻合法化）、华盛顿州（2012年）、俄勒冈州（2014年）、阿拉斯加州（2014年）、加利福尼亚州（2016年）、内华达州（2016年）、缅因州（2016年）、马萨诸塞州（2016年）、佛蒙特州（2018年）和密歇根州（2019年）。

⁶² Angela Dills 等人，“国家大麻合法化的影响：2021年更新”，《政策分析》，第908期（华盛顿特区，卡托研究所，2021年）。

⁶³ 美国，物质滥用和精神卫生服务管理局，“2019-2020年全国吸毒和健康情况调查：基于模型的流行率估计（50个州和哥伦比亚特区）”。可在 www.samhsa.gov/data/ 查阅。

	所有 12岁及 以上	12-17岁	18-25岁	26岁 及以上
尚未大麻合法化的各州的平均数（40个州）	10.68	6.26	22.18	9.39
已经大麻合法化的各州的平均数（11个州）	16.93	8.86	30.01	15.81

资料来源：物质滥用和精神卫生服务管理局，行为健康统计和质量中心，全国吸毒与健康情况调查，2019年和2020年第1和第4季度。

84. 表1和表2显示，大麻合法化各州青少年大麻消费量明显高于尚未大麻合法化的各州，也高于美国全国的平均水平。

85. 在通过大麻合法化的法律之后自我报告流行率的变化方面，各项研究得出不一样的结果。所有研究都发现，整个成年人口中大麻使用增加的可能性高于年轻一代。关于青年人的消费，一些研究表明，青年人的使用流行率可能有所上升，而其他研究表明，在合法化之后，流行率没有变化，甚至可能有所下降。⁶⁴

86. 例如，在科罗拉多州和华盛顿州进行的调查发现，关于大麻合法化对青少年使用大麻的影响，有各种各样的证据。一些研究发现，在华盛顿州大麻合法化后，学生中大麻的使用有所增加，但科罗拉多州的青少年中大麻的使用有所减少。^{65,66,67,68} 在有合法化之后数据的六个州中，有四个州（阿拉斯加、科罗拉多、缅因和马萨诸塞）

⁶⁴ 欧洲毒品和毒瘾监测中心，《监测和评价大麻政策的变化》，第19页。

⁶⁵ Magdalena Cerdá 等人，“国家娱乐用大麻法律与青少年大麻使用协会”，《美国医学会杂志·儿科学》，第171卷，第2期（2017年2月），第142-149页。

⁶⁶ Maria Melchior 等人，“大麻政策自由化是否影响青少年和年轻人的使用程度？系统回顾和元分析”，《英国医学杂志开放获取期刊》，第9卷，第7期（2019年7月）。

⁶⁷ Mallie J. Paschall, Grisel García-Ramírez 和 Joel W. Grube J, “加利福尼亚州青少年娱乐性大麻合法化和使用：全州调查结果”，《酒精和毒品研究杂志》，第82卷，第1期（2021年1月），第103-111页。

⁶⁸ Rosanna Smart 和 Rosalie Liccardo Pacula, “大麻合法化对大麻使用、大麻使用障碍和其他物质使用的影响的早期证据：得自州政策评估的结果”，《美国药物和酒精滥用杂志》，第45卷，第6期（2019年10月），第644-663页。

据报告青少年在合法化之前几年的使用率有所下降,然后在合法化之后大致恢复到以前的使用率。⁶⁹ 在娱乐性使用合法化的前一年和后一年在华盛顿州进行的两次调查中,据报告青年人使用大麻的情况没有发生变化。

87. 加拿大的流行率长期居高不下,在预期宣布合法化的情况下,非法消费急剧增加。⁷⁰ 随着《大麻法》的颁布,涌向药房的人如此之多,以至于合法生产无法满足需求。加拿大人在头两周购买了价值4,300万加元的大麻,结果是有执照的生产商种植的大麻植物无法满足合法需求。⁷¹ 报告过去三个月使用大麻的流行率从2018年的14.0%上升到2019年的17.5%和2020年末的20.0%,女性、25岁及以上成年人以及部分省份上升尤为明显。20-24岁人群中过去三个月使用大麻的流行率几乎是总人口中流行率的两倍。⁷² 2021年,过去一年和过去一个月使用率首次出现下降迹象,过去一年使用率从27%降至25%(但每日使用率并未下降)(见表3和表4)。

表3 加拿大总人口中自我报告使用大麻的情况(百分比)

使用频率	2018年	2019年	2020年	2021年
	第4季度	第1季度	第4季度	
过去一年使用	22	25	27	25
过去三个月使用	15.4	17.5	20	无数据
过去30天使用	15	17	17	17

资料来源:加拿大统计局,过去三个月的大麻使用流行率(发布日期为2021年4月21日)(可在<https://www.statcan.gc.ca>上查阅)。加拿大,公共卫生信息库,“加拿大人(16岁以上)为非医疗目的使用大麻”(可在<https://health-infobase.canada.ca/cannabis/>)查阅)。

⁶⁹Dills等人,“国家大麻合法化的影响”。

⁷⁰滑铁卢大学,“在加拿大大麻合法化之前,青年使用大麻激增”,科学日报,2019年3月25日。

⁷¹加拿大新闻社,“加拿大人在大麻合法化后的头两周购买了价值4,300万美元的大麻”,加拿大广播公司新闻,2018年12月22日。

⁷²Michelle Rotermann,“回顾2020年,加拿大大麻使用和相关行为的变化”,《健康报告》,第31卷,第2期(2021年4月)。

表4 2018-2021年按年龄组分列的加拿大过去12个月使用大麻的情况(百分比)

年龄组	2018	2019	2020	2021
总体	22	25	27	25
16-19岁	36	44	44	37
20-24岁	44	51	52	49
25岁及以上	19	21	24	22

资料来源:加拿大,“2021年加拿大大麻调查:摘要”。可在www.canada.ca/en/查阅。

88. 加拿大没有关于所有18岁以下青少年使用大麻情况的可靠数据,因为16-19岁年龄组只包括这些青少年中的一部分。由于大麻法律改革的主要目标之一是保护未成年人,因此了解合法化之后青少年是否停止或减少了大麻消费至关重要。然而,16-19岁人群的统计数据显示流行率非常高,从2018年到2020年有所上升,仅在2021年下降,回落至2018年的水平。未来几年会提供证据,说明合法化是否可以明显减少青年人获得大麻的机会。⁷³

89. 在乌拉圭,由于第19.172号法律于2013年颁布之后实施非常缓慢,因此仍然难以评估合法化的影响。2022年,超过69,400人可以进入乌拉圭受监管的大麻市场,他们要么是持有在药店购买大麻许可证的已登记个人,要么是获准在家中种植大麻的个人,要么是有执照的大麻俱乐部的成员。这一数字约占过去一个月大麻使用者估计人数的三分之一,但在该国所有大麻使用者中所占比例相对较小。2020年公布的最新一项研究即第八次全国普通人群吸毒情况调查显示,从2014年(改革开始实施时)到2018年,普通人群过去一个月吸毒人数增加了30%以上,而同期过去一年使用大麻人数增加了50%以上。该法律生效后,年轻的大麻消费者人数也明显大幅

⁷³Rebecca J. Haines-Saah和Benedikt Fischer在“加拿大青年的大麻使用与合法化:三年来重新考虑恐惧、神话和事实”一文(《加拿大儿童和青少年精神病学杂志》,第30卷,第3期(2021年8月))中引用的数字不包括合法化生效后的时期(见加拿大“2018-2019年加拿大学生烟草、酒精和毒品调查结果摘要”。可在www.canada.ca/en/health-canada.html查阅)。

增加。一项针对13-17岁中学生的吸毒情况调查显示,2018年,近20%的青少年在过去一年使用过大麻,约11%的青少年在过去一个月使用过大麻。在这一总年龄组中,过去一年大麻使用流行率最高的是17岁的人(34.1%)。⁷⁴

合法化对公众健康的影响

90. 由于合法化为获得大麻提供了便利,因此可能会增加个人吸食大麻的频率和数量。这可能带来医疗和健康方面各种负面影响,从而增加急诊和入院治疗人数。⁷⁵

91. 在所有合法化管辖区,大麻非医疗使用合法化之后,与大麻有关的健康问题发生率都有所上升。以前在引入为医疗目的使用大麻之后曾经出现过上升的现象,目前的情况往往是在以前上升的基础上又有所上升。在合法化使人们能够获得更有害的大麻产品如食用剂的地方,可以观察到大麻对健康的总体危害急剧增加。

92. 例如,在科罗拉多州,大麻过量使用导致的急诊就诊和住院,包括大麻使用障碍和依赖的治疗,在合法化实施后大幅增加,但自2018年以来总体趋稳。增长率最高的是被诊断为精神分裂症或其他精神失常、自杀念头、故意自残或情绪障碍的人。⁷⁶ 在科罗拉多州,因接触大麻而打给毒物控制中心的电话继续上升,2020年共有318个电话,而2013年为125个,增加了154%。⁷⁷ 在加利福尼亚州,零售市场开放后,2016年至2019年,与任何大麻使用相关的急诊室就诊和入院人数增加了56%。⁷⁸

⁷⁴ 乌拉圭,乌拉圭毒品观察站,2020年第八次全国高中生吸毒情况调查。

⁷⁵ 世界卫生组织,《非医用大麻使用对健康和社会的影响》,2016年。

⁷⁶ Hall和Lynskey,“评估娱乐性大麻使用合法化对公众健康的影响”。

⁷⁷ 落基山高强度贩毒地区,《科罗拉多州大麻合法化:影响》,第8卷(2021年9月)。https://www.rmhidta.org/strategic。

⁷⁸ “大麻对加利福尼亚州的影响:2020年——与大麻相关的急诊室就诊和入院人数在医用和娱乐用大麻的法律通过后飙升”,《密苏里医学》,第118卷,第1期(2021年1月/2月)。

93. 在加拿大,据加拿大医院伤害报告和预防方案提供的数据,2015至2018年,大麻相关病例的平均年度增长率为30%。⁷⁹

94. 在乌拉圭,大约16%的大麻使用者表现出《国际疾病分类》第十次修订版所界定的不当使用迹象。在该国的治疗设施中,在这些设施寻求帮助的所有人中有7.8%(2017年)和8.9%(2018年)是因大麻问题寻求帮助。自合法化以来,大麻使用者对成瘾戒断援助的需求有所增加,但可卡因使用问题在乌拉圭的支持系统中属于更加严重的问题。

95. 在过去20年中,在大麻消费量增加的大多数国家,由于大麻使用变得无足轻重,人们对**风险的认识**有所下降。⁸⁰ 例如,在乌拉圭,自大麻合法化以来,13-17岁学生对大麻的风险意识有所下降,而对烟草的风险意识则急剧上升。^{81,82} 在美国大多数大麻合法化的州,人们对大麻危害的认识低于全国平均水平。据报道,与没有合法化的州相比,华盛顿州八年级和十年级学生对风险的认识显著下降。然而,华盛顿州的十二年级学生或科罗拉多州的任何年级的学生对风险的认识或使用情况没有显著差异。⁸³ 根据加拿大卫生部的数据,在加拿大,对风险的认识甚至有所提高,尤其是在经常使用大麻的人群中,2021年达到近90%,⁸⁴ 这可能是由于加拿大卫生部启动了教育公众和提高对大麻认识的方案,作为其物质使用和成瘾问题方案的一部分。

⁷⁹ André S. Champagne等人,“从高地监测:哨兵监测与大麻有关的伤害和中毒”,《加拿大的健康促进和慢性病预防》,第40卷,第5和第6期(2020年6月),第184-192页。

⁸⁰ 《2022年世界毒品问题报告》,第三分册,第34-35页。

⁸¹ Fernández Romar和Curbelo Arroqui,“乌拉圭的大麻正常化进程”,第52页。

⁸² Stefan Deter,“乌拉圭:国家的大麻——受监管的享受”,*Amerika21*,2018年8月13日。

⁸³ William C.Kerr等人,“2012年华盛顿州娱乐性大麻合法化后大麻使用的变化:合法化前对大麻使用的追溯评估是否更准确?”,《酒精和毒品研究杂志》,第79卷,第3期(2018年5月),第495-502页。

⁸⁴ 加拿大,公共卫生信息库,“加拿大人(16岁以上)为非医疗目的使用大麻情况”。

96. 合法化可能会改变对**其他药物**的态度,因为大麻的使用可能会取代其他精神活性物质或作为这些物质的补充。审查大麻合法化对使用其他物质或相关行为的影响的研究相对较少。⁸⁵ 美国州一级的估计数表明,大麻合法化与可卡因使用之间没有明确的关系。⁸⁶ 人们可能会质疑,如果消费者认为大麻是一种更安全的物质,大麻合法化是否会导致一些消费者从饮酒转向使用大麻。在美国,全国趋势数据显示大麻合法化与酒精使用之间没有明确的关系:在华盛顿州、马萨诸塞州、加利福尼亚州和俄勒冈州,酒精使用的增长超过了全国趋势,但在科罗拉多州、缅因州、阿拉斯加州和内华达州,酒精使用有所下降。⁸⁷

合法化对道路安全的影响

97. 在探究大麻合法化前后在大麻影响下驾驶的流行率以及大麻使用与车祸风险之间的关系的研究中,人们调查了大麻合法化对**道路交通**的影响。关于大麻合法化对交通事故影响的研究得出了不同的结论。研究人员分析了死亡分析报告系统⁸⁸中报告的华盛顿州、科罗拉多州和邻近各州每年机动车车祸致死人数的变化,发现这些州和非合法化州之间在涉及大麻检测呈阳性司机的致人死亡车祸次数方面没有统计学上的显著差异。⁸⁹ 在华盛顿州,2013年至2016年期间, δ -9-四氢大麻酚检测呈阳性的司机增加了28%,但在非合法化州,大麻相关、酒精相关和总体交通死亡率也出现了类似变化。最近的研究发现,有证据表明,在大麻药房开业后,华盛顿州

⁸⁵ 欧洲毒品和毒瘾监测中心,《监测和评价大麻政策的变化》,第30页。

⁸⁶ Dills等人,“国家大麻合法化的影响”。

⁸⁷ 美国,美国,物质滥用和精神卫生服务管理局,全国吸毒与健康调查。可在www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health 查阅。

⁸⁸ 欧洲毒品和毒瘾监测中心,《监测和评价大麻政策的变化》,第28页。

⁸⁹ Eric L. Sevigny,“医用大麻法律对涉及大麻的驾驶的影响”,《事故分析和预防》,第118卷,第57-65页,以及Jayson D. Aydelotte等人,“华盛顿州和科罗拉多州娱乐用大麻合法化后的车祸死亡率”,《美国公共卫生杂志》,第107卷,第8期(2017年8月),第1329-1331页。

和科罗拉多州的致人死亡车祸率有统计学上显著和更大幅度的增加。⁹⁰ 在科罗拉多州,2020年,所有交通死亡事故中大麻检测呈阳性的司机比例几乎是2013年的两倍。⁹¹ 在另一份报告中,作者比较了2012年至2016年科罗拉多州、华盛顿州和俄勒冈州与邻近的非合法化州(内布拉斯加州、犹他州、怀俄明州、蒙大拿州、爱达荷州和内华达州)的车险碰撞索赔率(不一定是死亡事故),发现实施合法化后碰撞索赔频率显著提高。在科罗拉多州大麻合法化后,因机动车事故和与大麻滥用有关的伤害而住院的人数有所增加。⁹²

98. 在加拿大,对证据的审查证实,严重大麻消费导致车祸风险少量至中等程度但仍然显而易见的增加。⁹³ 在加拿大大麻合法化之前和之后,在大麻影响下驾驶的趋势数据非常有限。在不列颠哥伦比亚省的全国自我报告调查和住院数据中观察到,大麻合法化之后在大麻影响下驾驶的人数有所增加。

合法化对非法大麻市场和经济的影响

99. 所有合法化国家的主要目标之一是消除**非法药物市场**和有关的有组织犯罪。但在该法律生效后的很长一段时间里,非法供应市场在所有合法化管辖区内持续存在,只是程度不同而已,从加拿大的大约40%到乌拉圭的接近50%和加利福尼亚州的75%不等。⁹⁴

⁹⁰ Tyler J. Lane和Wayne Hall,“已使娱乐性大麻销售合法化的美国各州及其相邻各州内的交通死亡事件”,《成瘾》,第114卷,第5期(2019年5月),第847-856页。

⁹¹ 落基山高强度贩毒地区,《科罗拉多州大麻合法化》。

⁹² Jonathan M. Davis等人,“科罗拉多州医用大麻合法化对公众健康的影响”,《美国预防医学杂志》,第50卷,第3期(2016年3月),第373-379页。Francesca N. Delling等人,“大麻合法化会改变医疗保健的使用吗?一项使用美国科罗拉多州医疗成本和利用项目的基于人群的研究”,《英国医学杂志公开获取期刊》,第9卷,第5期(2019年)。

⁹³ Mark Asbridge,“大麻致损驾驶”,《公共安全与大麻:自合法化以来的知识盘点——虚拟大麻政策研究专题讨论会报告》(渥太华,加拿大物质使用和成瘾问题中心,2022年)。

⁹⁴ 《2022年世界毒品问题报告》,第三分册,第32页。

100. 在乌拉圭, 尽管建立了一个受监管市场, 但对非法供应的需求仍然存在。⁹⁵ 不满法定年龄的年轻人不被允许购买合法大麻, 但仍在继续使用。不想登记的成年人和无法进入合法市场的游客在非法市场上购买大麻。据观察人士说, 外国人购买的大麻和乌拉圭人一样多。法律规定的种植和消费数量限制无法得到国家当局的有效检查。⁹⁶ 此外, 仍然从巴拉圭非法进口大量的大麻。⁹⁷

101. 在加拿大, 非法供应逐步减少, 但仍以较低水平存在。2019年, 不到四分之一的报告过去一年使用大麻的人认定合法店面是他们通常获取大麻的来源。2020年, 37%的人表示, 他们总是从合法或有许可证的来源获得大麻, 2021年这一比例增至53%。⁹⁸ 这表明合法的大麻供应正在占据越来越大的市场份额,⁹⁹ 但一个广泛的非法市场继续蓬勃发展。非法供应商在互联网平台上越来越活跃。¹⁰⁰ 非法市场的吸引力仍然很大, 因为因年龄而被排除在合法市场之外的个人可能会被迫在非法市场上获得产品。¹⁰¹ 此外, 大麻使用者可能会选择继续从非法市场采购大麻, 因为价格更低、品种更多、效力更高。年轻人在大麻消费者中所占比例大大高于在烟酒消费者中所占比例。

102. 在美国, 尽管合法化各州打算消除或减少非法大麻经济和相关的有组织犯罪, 但非法市场继续蓬勃发展。很难全面评估非法市场的规模, 因为它的所有活动都是“在地下进行的”, 不为人所

知。在科罗拉多州, 缉毒局已经确定, 老牌贩毒组织得以通过与大麻有关的非法活动赚取数百万美元。¹⁰²

103. 总的来说, 在所有合法化管辖区, 缺乏关于大麻合法化对有组织犯罪的影响的系统证据, 这使得难以得出结论和制定循证做法。^{103,104}

104. 合法化导致在合法化管辖区出现了一个新的合法大麻市场, 这一市场吸引了大公司的兴趣, 它们看到了增长潜力和投资机会。¹⁰⁵

105. 在加拿大, 《大麻法》为加拿大成为寻求在国际上做生意的大麻企业家和投资者的有利场所奠定了基础, 尽管该法规定了监管控制措施。¹⁰⁶ 如今, 加拿大的大麻公司已经将目光投向了世界各地正在兴起的医用和“成人”大麻市场。它们活跃在欧洲、亚洲和非洲, 特别是拉丁美洲, 并寻求征服这些市场。它们模仿烟草和酒精行业的营销战略, 以扩大大麻的消费, 并在商业考虑的驱使下创建一个数十亿美元的大麻企业帝国。

106. 在美国, 很难评估州一级合法化的影响, 因为联邦法律禁止这类市场。此外, 这类市场的规模和范围在很大程度上取决于合法化管辖区的具体市场条例, 这些条例差别很大。¹⁰⁷ 各州和各市决定合法市场的条件, 即谁获得生产和销售大麻的许可证, 是否允许大型私营公司进入, 以及是否有“社会公平方案”。它们还可能决定药房的数量和密度以及税费的数额。由于美国的大

⁹⁵ Deter, “乌拉圭: 国家的大麻——受监管的享受。”

⁹⁶ Guillermo Garat, “乌拉圭监管大麻四年: 监测和评价方法”。(蒙得维的亚, 弗里德里希·艾伯特基金会乌拉圭, 2017年)。

⁹⁷ E/INCB/2018/1, 第547和第551段。

⁹⁸ 加拿大, 公共卫生信息库, “加拿大人(16岁以上)为非医疗目的使用大麻情况”。

⁹⁹ David Hammond, “非法大麻市场驱动因素分析”, 载于《公共安全与大麻: 评估合法化以来的知识》。

¹⁰⁰ David Décary-Héту, “加拿大的网上非法贸易: 娱乐性草本大麻合法化后三年”; 以及 Neil Boyd 和 Simon Fraser, “2018年加拿大大麻合法化: 审议对执法的影响”, 载于《公共安全与大麻: 评估合法化以来的知识》。

¹⁰¹ Roman Zwicky 等人, 《合法化时代的大麻研究: 议程上有什么》(渥太华, 加拿大物质使用和成瘾问题中心, 2021年)。

¹⁰² 落基山高密度贩毒区, 《科罗拉多州大麻合法化》; 以及 Sam Tabachnik, “黑市大麻种植涌现速度之快使得执法部门无法将其取缔。但合法化是原因吗?” 《丹佛邮报》, 2021年6月20日。

¹⁰³ 加拿大物质使用和成瘾问题中心, 《公共安全与大麻: 评估合法化以来的知识》(渥太华, 2022年)。

¹⁰⁴ Martin Bouchard 和 Simon Fraser, “关于加拿大大麻合法化以来有组织犯罪集团活动变化的知识综述”, 载于《公共安全与大麻: 评估合法化以来的知识》。

¹⁰⁵ 《2022年世界毒品问题报告》, 第三分册, 第32页。

¹⁰⁶ Dawn Marie Paley, “加拿大的大麻殖民主义, 走向自由”, 2019年10月8日。

¹⁰⁷ Hall 和 Lynskey, “评估娱乐性大麻使用合法化对公众健康的影响”。

多数管辖区已经将医用大麻或娱乐用大麻合法化,合法的大麻生产不再是小规模和秘密生产,而是美国增长最快的行业之一,尽管这种毒品根据联邦法律受到管制。例如,2016年科罗拉多州和2017年华盛顿州的大麻零售额分别超过10亿美元。2021年,合法大麻产业创造了250亿美元的销售额,比2020年增长43%。¹⁰⁸许多参与烟草和酒精供应的公司一直在进入大麻供应链,寻求垄断和扩大大麻市场,增加大麻使用者的人数和使用的规律性,以实现利润最大化。¹⁰⁹

107. 在乌拉圭,合法的大麻市场完全置于国家管制之下。所有能够获得合法大麻的消费者都进行了登记,生产商和供应商的数量是有限的,它们必须获得许可证,大麻的生产和消费量以及零售价格都由政府控制。因此,与其他合法化管辖区相比,乌拉圭的合法大麻市场受到很大限制。

108. 对于一些合法化管辖区来说,合法化的一个重要目标是产生**税款收入**。事实上,从合法化的大麻市场征收的税收逐年增加。¹¹⁰年收入从加拿大的15亿加元到加利福尼亚州的44亿美元不等。¹¹¹然而,**税收**比预期的要少,在所有合法化州,税收占各州预算的比例不到1%。¹¹²一些管辖区将部分收入用于预防吸毒和治疗吸毒病症。

109. 按重量对大麻零售征税的结果是,大麻生产商和零售商可能有动机增加每克产品的 δ -9-四氢大麻酚含量,以降低成本和增加利润。¹¹³

110. **结论**是,可用于评估合法化对社会和个人影响的证据有限。这种影响因不同的合法化模式而有很大差异。

¹⁰⁸ Will Yakowicz, “美国众议院通过联邦大麻合法化法案《MORE法案》”, 福布斯, 2022年4月1日。

¹⁰⁹ 同上。

¹¹⁰ 欧洲毒品和毒瘾监测中心,《监测和评价大麻政策的变化》,第19页。

¹¹¹ 《2022年世界毒品问题报告》。

¹¹² 大麻税收收入占州预算的百分比: 阿拉斯加州, 0.20%; 加利福尼亚州, 0.47%; 俄勒冈州, 0.13%; 华盛顿州, 0.33%; 科罗拉多州, 0.90%。

¹¹³ Hall和Lynskey, “评估娱乐性大麻使用合法化对公众健康的影响”。

111. 在各自管辖区内,合法化和统计上的变化之间的因果关系往往不清楚。然而,人们可以说,总体而言,合法化没有实现其支持者所追求的目标。可以看到,合法化并没有成功地克服合法化管辖区和世界范围内遇到的毒品问题。这些管辖区的大麻消费量仍然高于其他管辖区,而且使用流行率的增长速度明显快于非合法化管辖区,对健康造成了明显的后果。合法化未能阻止青年人消费大麻。非法市场已部分缩减,但在一些国家仍然存在并且蓬勃发展。有组织犯罪被不断扩大大麻产业广泛取代,该产业旨在通过增加销售来获利,而不考虑公众健康。

F. 结论

112. 将大麻的非医疗使用合法化不符合经修正的《1961年公约》所载的义务,即在不违反该《公约》规定的情况下,毒品的生产、制造、输出、输入和分配、贸易、使用及持有以专供医疗和科学上的用途为限。各项国际药物管制公约有一定程度的灵活性,特别是在刑法条款的定义方面,但这种灵活性并没有规定经修正的《1961年公约》第四条(c)项的限制可以有例外。

113. 虽然可以对各项公约的执行是否成功提出各种论点,但以公约为基础的制度提供了很大的灵活余地,使各国能够实现其在公约范围内追求的目标。各项公约的宗旨是保护青年、增进公众健康、避免不必要的刑事定罪以及限制非法市场和相关的有组织犯罪。

114. 各国政府可以更有效地利用各项公约所提供的灵活性,而不是将麻醉品的非医疗使用合法化。它们应当为保护公众健康和青年而制定更好的教育、预防和治疗方案。它们应通过有效的社会预防和执法来打击有组织犯罪。各国政府可选择三项公约规定的定罪和惩罚替代措施,以便避免或减少因刑事定罪和监禁而造成的污名化。它们还可以通过适用替代性制裁和相称性原则来减轻其刑事司法系统的负担。

115. 很难评估正在进行中的合法化举措对社会和个人的影响。在许多国家, 这些法律生效后的时间太短, 无法提供有效数据和判断合法化的全部影响。不会在颁布或实施有关法律和法规之后立即出现后果。在娱乐性大麻法律通过许多年之后, 行为方式的变化、市场的发展和私营企业的力量可能会导致不同的结果。合法化的影响在很大程度上取决于该国先前存在的条件、每个政府选择的一套法规以及执行和控制这些法规的方式。

116. 合法化对公众健康、公共安全和经济的影响难以衡量, 并因合法化模式的不同而不同。总之, 根据实施时间相对较短的情况, 可以观察到, 迄今为止, 合法化没有成功地处理最紧迫的问题, 如消费率上升、将吸毒者定为刑事犯罪、日益增长的非法市场和日益扩大的有组织犯罪。在大麻合法化的管辖区, 消费量仍然高于未合法化的管辖区, 而且流行率似乎比未合法化社区增长得更快, 对健康和社会造成了明显的后果。合法化未能阻止青年人消费大麻。非法市场已部分缩减, 但在一些国家仍然存在并且蓬勃发展。有组织犯罪被不断扩大的合法大麻产业部分取代, 该产业旨在通过增加销售来获利。总体而言, 人们可以确定, 合法化管辖区并没有达到它们通过合法化追求的目标。

117. 在所有国家, 包括那些已将大麻的非医疗使用合法化的国家, 政府应当支持采取措施, 通过包括公众教育和提高认识运动在内的有效预防措施, 使本国人民了解与吸毒有关的危害, 并解决人们对大麻使用造成的危害的认识不断下降的问题。

118. 合法化引起了对公众健康的关切, 特别是当大麻产品的广告以吸引儿童或吸引青年的方式宣传时。浓缩物和食物等大麻产品的高效力也引起了对公众健康的关切。

119. 在一些管辖区, 监管机构似乎更青睐能产生重要税收的商业零售模式, 而对于公众健康方面的影响关注不够。有时, 对大麻生产和销售的商业化进行监管的方式是创建将推动更高消费水平的以市场为基础的激励措施。

120. 应通过收集关于合法化对公众健康影响的数据认真监测合法化的短期和长期后果。

121. 允许为非医疗和非科学目的使用大麻的趋势日益增长, 对国际社会即各项国际药物管制公约缔约国构成了重大挑战, 特别是就签署国已签署和批准的经修正的《1961年公约》第四条(c)项规定的义务而言。条约必须遵守的原则也适用于药物管制条约领域。三项药物管制公约的签署国必须解决这一规定与合法化的趋势之间的明显紧张关系。

122. 麻管局的任务是协助各国政府执行各项国际药物管制公约, 并“便利各国采取有效行动以达到本公约的目的”(经修正的《1961年公约》第九条第五款)。麻管局将继续其与各国就下述事项正在进行的对话, 即确定如何通过采取以尊重人权和促进公众健康和福祉为基础的平衡和相称的方法, 在各项国际药物管制公约提供的灵活性的范围内推动这些公约的各项目标。