

管理鴉片類藥物依賴與成癮之政策及法規



社團法人台灣成癮科學學會(TSAS)於 2010 年 9 月 26 日星期日，在台北喜來登酒店舉行的會議中，討論台灣管理鴉片類藥物依賴與成癮之政策及法規。本報告為本次會議報告事項及討論內容之紀錄。

開幕辭

社團法人台灣成癮科學學會(TSAS)理事長林式毅醫師以及國家衛生研究院(NHRI)何英剛醫師

社團法人台灣成癮科學學會(TSAS)自三年前開始舉辦年度會議。很榮幸地，TSAS 的每一次會議都能邀請到國際友人，分享世界其他國家現有管理鴉片類藥物依賴與成癮之政策及法規的資訊，做為台灣的參考模版。

台灣當前的美沙冬減害療法是一項非常好也非常重要的方法，且會持續與衛生部(MoH)、司法部(MoJ)和行政院社會部門合作。雖然如此，仍有許多可以改善的部分。

台灣有好幾個醫學中心，但只有少數幾個有成癮醫學專科，我們需要有更多醫療中心協助我國成功對抗成癮問題。

國家衛生研究院(NHRI)於兩年前開始與社團法人台灣成癮科學學會(TSAS)，一起為醫師們的成癮預防培訓而努力，至今，我們已訓練了 12 位醫師，即將開始的第二期還會有另外 15 位醫師接受訓練，我們希望在未來的三年中，能有 60 位醫師接受成癮科學的完整訓練。

將「毒品法庭」引進台灣

行政院衛生署草屯療養院王作仁醫師

藥物和酒精成癮者的復發率很高，若有完善的制度協助他們接受治療，將會比把罪犯關進監獄更有效。在這方面，台灣可效法其他國家現有的方式。

在台灣有三種減少毒品問題的不同方法

1. 減少毒品的供應－執法
2. 減少對毒品的需求－教育
3. 藥物治療

大多數的醫療機構都著重於藥物治療方面，但因毒品相關犯罪而被羈押的人數仍在上升，因此，此政策可能不如預期有效。

監禁於台灣監獄中的 60,000 位犯人中，約有 30,000 人為毒品成癮者，而且再犯的比例非常高（司法部的數據為 89.1%）。事實上於 2007 年，曾因監獄中的罪犯太多，而釋放了 25,000 位罪犯，但兩年後，有一大部分罪犯死於藥物過量，還有許多罪犯則因再犯而再度入獄。

監獄中發現的藥物「成癮」不只是指鴉片類藥物成癮。政府為了降低酒後駕駛的發生率，於 1999 年，將飲酒駕駛訂為犯罪行為，自此時開始，因酒後駕駛被定罪的罪犯逐漸增加。

隨後，因實施延緩起訴制度使初犯者較少遭到監禁－雖然不一定是因為貧困地區的人們無法繳納罰款而被羈押，但屢犯者的數量卻有增加的趨勢。

在台灣，我們還可以提出很多與應該用什麼方法管理毒癮有關的問題。我們也有社區治療的制度，但是我們是否應該將此制度發展得更好？我們是否應該繼續讓吸毒者留在獄中？

其中一個方法是設立「毒品法庭」。毒品法庭是受司法監督的法庭，專門辦理無暴力傾向的物質濫用案件。毒品法庭有一種特別的運作模式，即由司法、檢察、辯護律師、緩刑、執法、心理健康、社會服務和治療小組等，共同攜手努力協助罪犯戒毒，並成為一個有用的公民。毒品法庭不是最新的模式，在美國已有超過 20 年的歷史，至今，美國已有 200 多個毒品法庭，而且都已取得很好的成果。

在台灣，吸毒者在一年內的再犯率是介於百分之 64.7 至 80.1 之間，與美國毒品濫用者的新犯罪比率百分之 60 至 80 相當（通常是指與毒品有關的犯罪），但是美國從毒品法庭出來的再犯率，一年只有百分之 4 至 29。研究人員表示，這些數值的範圍會因不同的研究資金供應及資源限制而有差別，但這些結果已清楚表明，只要有足夠的資金和動機，就有可能將再犯率降到只有百分之四，而且建立一所藥物法院，不僅有利於吸毒者，他們的家庭和社會也同樣受益。

成立毒品法庭並不容易，需要進行許多概念推廣。美國毒品法庭的推廣口號為「**毒品法庭就在每一位有需要的美國人身邊**」，美國人也知道，這不是大家都喜歡的政策，但是我們必須公開而誠實地看待這個問題。其實不只是監獄裡的罪犯需要它，家庭—特別是很多受到毒品摧殘的兒童同樣需要它；毒品成癮是一種疾病，需要接受治療。

毒品法庭是由受過專業訓練的法官負責，這些專業人士通常由醫生，帶領一個包含社會工作者、法律和醫療專業人士的團隊，共同在開始審理案件之前，先擬定一份包括醫療方面的康復計畫。毒品法庭審查小組每一週都會審查參與者的進度，參與者每一個月都必須參與法庭的狀態庭聽證會—定期和不定期接受尿檢是過程的一部分，法官有權制裁不遵守規定的參與者，輕判坐在陪審席或寫悔過書，或重判服刑一日或社區服務等的處罰。這些法官還可以終止參與者參加、在完成每一個階段後或在完成計畫時授與證書。

在台灣，我們有這樣的制度嗎？醫療支持的部分確實存在，但是要設立一個類似的法庭系統確實需要更長的時間。

建立此制度具有極大的成本效益，成立毒品法庭的成本不到將罪犯送進監獄之總成本的十分之一。一個完整的藥物法庭系統的費用，為每一位罪犯每年約 2,500 至 4,000 美元，相較於此，每一年監禁的費用約為每一位罪犯每年 20,000 至 50,000 美元之間。此外，以人數計算，每一間牢房的建設費用高達 80,000 元美金。

鑒於前述的成本效益，以及毒品對吸毒者、家庭和社會造成的影響，毒品法庭應該是社會各界願意支持的制度，因為此制度能有效保障公眾安全，並確保吸毒者能獲得充分的治療，但是制度的建立需要時間，因此就此提出了一系列建議：

短期 (1-2 年)

- 加強司法和醫療系統間的協調

中期 (3-5 年)

- 實施增強減少危害的政策
- 對海洛因成癮者／違法酒後駕駛者實行附條件緩刑及勒令治療
- 對於因海洛因成癮／酒後駕駛而入獄之犯人，實行附條件假釋及勒令治療

長期 (6-10 年之後)：

- 成立毒品治療法庭／受毒品影響之駕駛法庭系統

監獄中／強制戒毒後及治療中心的鴉片類藥物替代療法(ORT)

社團法人台灣成癮科學學會(TSAS)東連文醫師

鴉片類藥物替代療法(ORT)是治療毒品成癮者的一項非常重要的手段。由於台灣的許多吸毒者都被關在監獄中，因此如何在監獄系統中執行鴉片類藥物替代療法是一個極具關鍵性的挑戰，需要醫療與刑事司法系統之間密切合作。

對大多數依賴鴉片類藥物的毒品使用者而言，最常見的是海洛因，這是一個很嚴重的問題，因為海洛因是屬於第一類毒品，只要吸食就算犯罪，去年就發現有 25,000 人吸食海洛因，其中大部分人受到延期起訴，其他有 8,600 人遭到監禁，另外還有 6,000 位吸食者因吸食第一類毒品而被送入「戒毒」中心治療，此即表示總共有 14,000 位毒品成癮者，囚禁在刑事司法系統以及「戒毒」中心內。鴉片類藥物替代療法可協助這些吸食者，但是我們是否能提供美沙冬藥物給刑事司法系統內的罪犯呢？

鴉片類藥物替代療法在 2006 年美沙冬(methadone)上市時，引進台灣，現在有 12,000 人每天服用美沙冬—這些都是屬於醫療系統的病患，而不是刑事司法系統中罪犯。

既然在刑事司法系統中有這麼多海洛因吸食者，我們除了要思考如何以美沙冬（或其他鴉片類藥物替代療法協助吸食者外，還必須考慮提供美沙冬給囚犯之潛在困難等重要問題。

在刑事司法系統中使用美沙冬，具備醫療及管理的作用。

- 醫療方面：
 - 吸毒者在關進監獄之前，可能已在接受鴉片類藥物替代療法治療，而且此項治療必須持續下去。
 - 鴉片類藥物替代療法可協助有戒斷症狀的囚犯。
- 管理方面：
 - 鴉片類藥物替代療法可降低釋放後的再犯率。

鴉片類藥物替代療法在某些國家的監獄中，是屬於強制措施，但是，此措施又牽扯到強迫囚犯服藥的倫理問題。

無論如何，已有人基於管理作用，建議應將鴉片類藥物替代療法應用於刑事司法系統中，此即表示監獄內的醫療系統必須與其他醫療機構具備一致的條件，目前正在進行兩個試驗性質的計畫，用以探討讓監獄中之累犯使用鴉片類藥物替代療法的影響力。此做法與外界的「戒毒」或康復中心類似，如果能縮短刑期長度，再利用鴉片類藥物替代療法減少再犯率，可能會是最有效的方法。

成本利益評估：比較美沙冬和舒倍生(Suboxone) 在台灣的成 本利益

利潔時製藥臨床與科學事務總監 Telea Herpin

鴉片類藥物替代療法的報銷，在所有國家中都是一個很重要的問題。在鴉片類藥物替代療法中，美沙冬是討論最多的藥物，事實上還有其他選擇，我們必須討論所有不同鴉片類藥物替代療法的治療方案，就如同在討論其他疾病治療，例如心血管疾病、慢性疾病的情況一樣，不同的治療方案在不同的人身上會產生不同的效果。

我們在考慮藥物的成本與利益時，必須先思考影響此疾病之整體花費成本的種種因素。成癮問題在台灣是被視為嚴重的健康和社會問題之一，而海洛因是最主要的濫用物質。

吸食海洛因最大的致疾或致死的原因，為愛滋病毒和丙型肝炎(HCV)，而靜脈注射(IV)吸毒者約佔愛滋病毒感染病例的百分之四十，其中有百分之六十八的靜脈吸毒者患有丙型肝炎病毒。毒品成癮已造成超過 25000 人死亡，且每年花費超過 1000 億美元。

海洛因成癮正在危害正值黃金工作時期的人們，襲擊社會中最具生產力的公民。根據目前的估計，海洛因成癮的社會成本約為 150 億美元至 200 億美元，其中有百分之四十與犯罪有關（監禁、警務、法律審判以及受害者的費用），另外的百分之十則與生產力喪失有關。

美沙冬和丁丙諾啡（舒倍生）可以降低發病率和死亡率，使海洛因吸食者更容易獲得治療，這是大家最關切的問題。

每治療一位海洛因吸食者，就可讓社會減少一個負擔，並可拯救一條性命以及為醫療系統節省一大筆開銷，其他的好處還包括家庭的團聚以及終止毒品在家庭內代代相傳。

鴉片類藥物替代療法包括美沙冬及舒倍生，具有以下作用：

- 降低犯罪率
- 降低 HIV 和 HCV 感染
- 降低用藥過量致死的發生率
- 大幅降低醫療保健的開銷

舒倍生是吸食者的治療藥物，連某些不願或無法接受美沙冬治療的吸食者，也同意嘗試看看。服用美沙冬是否會造成 QTC 延長，目前仍具有爭議性，因為此現象通常發生在治療愛滋病患者時，使用的美沙冬聯合抗逆轉錄病毒治療。

在澳洲，有一個相當大的成本效益分析研究，可協助政府決定哪一種鴉片類藥物替代療法比較適合毒品吸食者，這項評估觀察的項目進一步包含不同治療選項中，美沙冬及舒倍生藥物本身的直接成本。

許多具備國家醫療保健系統的國家，包括澳洲在內，皆因舒倍生的有效性、安全性，以及明確的成本效益，而同意給付舒倍生的費用。舒倍生藥物費用看似昂貴，但是當我們在計算美沙冬的藥物成本時，發現事實上其只佔總成本的三分之一，總成本還包括藥物的分配、用藥過量的風險、救護車服務以及住院費用。以總治療成本的角度來看，舒倍生比美沙冬更具有成本效益。

舒倍生獨特的特性為隔日服用，一星期服用三次，可自行服用，因此總治療成本較低，當發生舒倍生用藥過量時，亦較美沙冬安全。台灣目前有 11,000 位毒品吸食者正在接受治療，如果以美沙冬標準藥物過量率計算，每年會發生 815 件美沙冬 methadone 藥物過量事件。

舒倍生療法是屬於經濟型的介入治療，以下節省的都是累計成本。

每一位接受舒倍生治療的海洛因吸食者：

- 每人能為衛生部門節省 10,600 元新台幣
- 每人能為社會節省 170 萬元新台幣
- 每人可在治療 HCV 和 HIV 上節省 298,419 至 319,471 元新台幣
- 節省使用在美沙冬藥物過量的 8,600 元新台幣
- 降低藥物過量致死或非致命性藥物過量、降低 HIV 及 HCV 的發生率，以及減少監禁率
- 更多吸食者願意接受治療—目前的 75-100,000 海洛因吸食者中，有 11,000 位正在接受治療。

舒倍生在台灣也是一種治療選項，但是目前還未納入給付範圍內。疾病預防控制中心 CDC 有提供資金，讓 HIV 陽性病患接受鴉片類藥物替代療法，但僅限於美沙冬，而且不包括因注射毒品而感染愛滋病毒高風險的毒品吸食者。預防總是勝於治療。

若將所有的治療成本皆列入考量，美沙冬治療，每年將自台灣醫療系統中花費 9 億新台幣，相較之下，舒倍生的最高成本為 8.34 億元新台幣。

比較台灣與其他國家的報銷給付制度

社團法人台灣成癮科學學會(TSAS)理事長林式毅醫師

台灣在毒品成癮的治療上不能落後於其他國家，是一件很重要的事，因此我們需要一個良好的系統，支付成癮治療藥物以及鼓勵醫師治療吸食者。

監獄中必須由合格的醫療人員為吸食者提供治療，在英國，是由許多全科醫學的家庭醫師(GPs)前往監獄提供美沙冬門診，效果良好。

如果健保資金不足以因應治療，也許可利用煙草的徵收稅款協助吸毒者，而暫緩起訴制度中的其他資金，也可以用以協助吸毒者。根據法律規定，延期起訴所得之收入應使用於「慈善用途」，或許可將此範圍擴大至包含鴉片類藥物替代療法的治療，進而減少吸毒人數以及降低犯罪率。

馬來西亞的鴉片類藥物替代療法經驗

馬來西亞私人醫生協會聯盟(Federation of Private Medical Practitioners Association Malaysia)主席 Chow, Kim Weng 醫師

2001 年時，馬來西亞尚未有毒品成癮治療，至 2002 年，國家反毒機構向馬來西亞私人醫生協會聯盟(FPMPAM)求助。

「接受毒品成癮治療－與您的醫師聯絡」運動因此誕生，一切都因為大家對毒癮是一種慢性疾病，需要治療之概念的覺醒。

我們在這項運動中嘗試了許多項目，包括：

- 我們是關心病人的醫師項目
- 國家檔案系統
- 公眾教育宣導

我們是關心病人的醫師項目

我們是關心病人的醫師項目，是針對一般家庭醫師的全面性反毒訓練計畫，自 2001 起，有超過 600 位醫師參加過此項計畫，醫師們需要接受 8 小時的用藥及檔案登記相關培訓。

為了管理每一位醫師可以為吸毒者看診的數量，我們是依醫生們的經驗分類。普通科的醫師最多只能為 50 位成癮患者看診，直至累積較多的經驗後，再經過額外的培訓，看診人數就可多達 100 位成癮患者。這些醫師是屬於「反毒計畫」團隊的醫師群，此計畫還有精神科醫師在旁輔助，未來將能再增加病人的數量，最後，在設備齊全的專科院所中，醫師們可治療之病人數量將不再有限制，且無論是住院還是門診病例。為了能發展不同的學科以及診治更多的病人，醫師們必須先符合特殊條件，這些條件在設立項目前已輸入系統中。

國家檔案系統

國家檔案系統是一種紀錄病患所有醫療資訊的線上系統，此系統包括衛生部、馬來西亞戒毒服務以及馬來西亞私人醫生協會聯盟(FPMPAM)。醫師們只需要擁有一台電腦即可參與。

病患及醫師們可登入系統中查看線上紀錄，每一位使用者有不同的登入權限。

- 醫師們可調整病患的治療、更新病例紀錄、更新藥物劑量，最重要的是，他們可以每天追蹤給予病患的藥物劑量，也可以搜尋在此項目中的其他病患資料。
- 相關部門也能隨時登陸檢查系統，以監測每一位醫師做出的治療，並確保每一顆藥丸的數量正確。
- 病患只要在國內，就可以隨時利用此系統獲取他們需要的藥物，同時，系統也會替他們找尋最近的診所，即使不是他們平時接觸的醫師，仍可為他們提供治療。所有的過程都會進行紀錄，以避免有濫用系統的現象。

臨床的數據也可以輸入此系統中，並可紀錄額外的資訊，如 HIV、調查研究項目等等。

這是一個十分完善的系統，每一位醫師在提出增加看診數量的申請時，都必須提交證據。從病人的角度來說，如果他們已不在此系統中即表示其已完成了治療，亦表示此系統不會遭到濫用，每一項藥物都會隨時紀錄。

此系統從 2006 年啟用，自現有的病患開始輸入系統以後，新紀錄的人數每年約增加百分之十，至今已有約 23,000 位吸食者從街上帶進醫院治療。這些病患大多數服用 Suboxone。

舒倍生－馬來西亞鴉片類藥物替代療法的選擇

在馬來西亞，舒倍生是最熱門的社區治療藥物。舒倍生一般藥量為 2 至 8 mg，且已針對其影響作用進行了研究，例如：

- 馬來西亞的第一個 HIV 病例發現於 1986 年，患病的數量至 2001/2002 年引進舒倍生後才停止增加。追蹤 2002 至 2010 的病例數發現確有降低的趨勢，舒倍生的確會影響 HIV 的普遍患病率。
- 相同的，此期間內的死亡率也有下降。

公共宣傳運動

馬來西亞的戒毒治療在 2001/2002 年以後已有改善，且直至現在亦仍在努力改進現況。2008 年，第二批公眾教育宣傳是由一間私人公司贊助，此教育宣傳方案包括發行貼紙、電視節目、廣播節目，且是以與毒癮有關的短片及精神科醫生談論他們的經驗的方式呈現。

未來，必須繼續加強毒癮是一種慢性疾病，需要被治療的概念，主要的目標為擴大治療規模。馬來西亞私人醫生協會聯盟(FPMPAM)希望在 2013 年時，全國能有 1,000 位左右的醫師，願意每人負責治療 50 至 100 位吸毒患者，且所有的努力都會繼續投向以社區為主的治療項目，因為他們的工作不僅對相關單位，對毒癮病患本身都極具效果。

會議討論

經過前半部的會議報告之後，茲此針對報告中的部分想法提出三項討論內容。以下是討論中列出的數項重點總結。



討論 1—非法毒品使用的除罪，以及如何針對鴉片類藥物替代療法建立司法與醫療系統間之合作

在台灣，於針對所有的毒品成癮進行整套治療方面，還有許多挑戰等著我們去解決，法律就是其中的一大挑戰。首先我們要討論非法藥品使用的除罪，以及司法與醫療系統之間如何進行合作，主要的討論方向為毒品法庭是否可行？這些法庭是否可以與醫療系統相互合作？

成立毒品法庭將是一大難題

許多與會者指出，成立正式的毒品法庭將是一大挑戰。成立毒品法庭需要司法部門的充分合作（DoJ0 將座落於司法系統內），但是：

- 司法部門普遍較為保守，除非可以提出一項極強的理論及論點，才能使這些特殊法庭獲得發展。
- 這些特殊法庭的發展需要有強大的社會共識，為能使這些特殊法庭順利發展，社會在與立法機關溝通之前，必須先支持除罪制度。
 - 許多人非常反對吸毒，會使這種討論實際凍結於立法院。
 - 台灣社會仍然有許多人不支持，如清潔注射器和針頭等減害方案或措施，因為他們認為此做法會鼓勵人們吸食毒品，所以我們必須先改變此類觀點。
 - 必須強調藥物成癮是一種疾病。
- 是否有可能在台灣成立與毒品法庭相近，但名稱不一樣的其他系統？如果司法機關不接受改變，是否可能會有一種不同的東西，可以達到類似的效果？毒品成癮者尿檢陽性即遭起訴，但是起訴者是否有可能強制毒品成癮者在上法庭之前接受治療，以改變判決？

使用現有的暫緩起訴制度

部分與會者認為，暫緩起訴制度是一項相當不錯的方式，尤其能對第二和第三類的罪犯產生極佳的效果，關鍵問題是毒品法庭和暫緩起訴的差別在哪裡？

- 罪犯應該接受治療，且法院可在在治療後給予較輕的刑責—這就是暫緩起訴。
- 主要目的為強調這些成癮者是病患，必須在醫療系統內進行治療。暫緩起訴制度加上毒品法庭等於建立了多重通道。
- 要改變立法院的法律及組織很難，但是暫緩起訴是現有系統，我們可以利用它將毒品吸食者帶入鴉片類藥物替代治療項目中。

- 在台灣，起訴者已習慣了暫緩起訴制度，我們還需要再改變嗎？少年法院就是此類協助罪犯返回正常生活的機構，他們在青少年犯罪後，協助他們改變行為以減輕判決，同樣地，我們也必須協助毒品吸食者接受治療，否則他們無法減輕判決。此目標將可透過特殊毒品法院，以及透過暫緩起訴達成。

在現有的制度中改變角色以及增強訓練

與會者同時也指出，應針對暫緩起訴過程中之檢察官、醫療服務、監護人，以及社區資源等現有資源問題進行討論。

- 目前檢察官扮演著一個相當尷尬的角色—檢察官不是法官。檢察官可以起訴罪犯，並要求進行強制治療，如果罪犯不配合，檢察官必須進入法庭讓法官處理此罪犯。當毒品法庭在審查此類案件時，對罪犯而言是屬於強制措施，如果不配合，法院就會強制執行，但是檢察官沒有這種權力。或許我們在每一個地區法院都需要有一位受過特別訓練的檢察官，以便可在未來毒品法庭成立以後，指派受過特別訓練的檢察官負責這些案件，將會更容易成功。
- 台灣的延緩起訴可以與治療一起進行，但檢察官仍會處於相當尷尬的位置，舉例來說，檢查官雖可在與二類毒品有關的部分案件中給予延緩起訴，但罪犯若無法繳納罰鍰，也只能起訴他們並送入監獄。
- 沒有毒品法庭，檢察官的角色很難改變。立法院應會被迫做出改變，以少年法庭為例。少年法庭是一個很特殊的法庭，檢察官具有裁定及起訴的角色，所以如果我們能嘗試建立一個如少年法庭般的毒品法庭，就簡單多了。台灣的少年法庭似乎較具有靈活性。
- 以社區為本的治療並未真的存在。可幫助成癮者走過整個治療過程的完整系統並不存在，但是這不是法院或檢察署的責任，檢察官只能延緩起訴，法官只能做出判決，而且法官通常是依檢察官的要求做出判決，因此我們必須建立出一套完整的治療系統。
- 如果需要改變這種司法體系，我們需要有更多的醫療專家參與。

推動強制戒毒

檢察官有權撤回指控，我們卻不能遊說司法系統執行強制戒毒？

專為因酒後駕駛而定罪之罪犯開設的教育課程確實存在，但是他們通常是被迫接受教育，這些酒精成癮者不是為了讓自己變得更好而聽課，反而只是為了混過時間。有一位曾被警察逮捕六次的犯人，甚至開玩笑地說，他應該獲得一張「高級會員卡」，因為他是這裡的常客，但是此項教育課程根本無法改善他的行為。我們也常在 ketamine 的吸食者身上看到同樣的行為，無論用什麼藥物或處罰，一定要有互補的醫療系統解決根本的問題。

馬來西亞未採用毒品法庭系統

馬來西亞沒有毒品法庭，但是有一個當局默許的平行系統。吸毒者可選擇接受醫療治療，但不應將接受醫療治療的罪犯從法律系統中移除，有時候說得比做得容易，因為警察仍然會拘捕吸毒者，此做法即會損傷病患對醫療治療的信心。以某種程度的強制力量迫使病患接受醫療治療是有效的，因為做法過於寬鬆，病患會將此制度視為玩笑，現在的問題是，醫療治療可以不在毒品法庭下進行嗎？

我們需要有更多的常識，舉例來說，如果馬來西亞的警察抓到一位 14-15 歲的小男孩吸毒，調查警員可使用兩種辦法處理這位小男孩。其中一種是利用現有的法律，將年輕小男孩歸類於毒品成癮者，並以康復法案將他起訴，根據法律，他必須在戒毒中心接受為期兩年的治療。當他獲得釋放時，已經與其他吸毒者共處兩年，當他回到街上，將擁有更多的人脈及管道可再次獲得毒品。另一種辦法是根據危險毒品法案將他分類為毒品持有者，在此階段中，他會被處以最高監禁或罰鍰，但是，由於他還是屬於青少年，在一定的條件下可回到父母或監護人身邊進行藥物治療。此辦法可讓他不需進入戒毒系統，並經過證實此方法可在早期讓孩子有更好的機會擺脫一輩子染上毒癮的人生。因此馬來西亞沒有毒品法庭，也沒有任何特殊的法律允許戒毒治療，但是這其中有部分漏洞及灰色地帶，可使柔性權利得到較好的發揮。

建立一個和美國一樣的系統，需要多年的時間以及挑戰司法。毒品法庭絕對有必要嗎？不一定—延緩起訴也是一種延後判決的有效利器，且隨時都可執行，不需要建立一個全新的系統。當然還是會有極端嚴重的吸毒者持續不斷地進出監獄，但是，這並不表示現有的系統不能著重於早期及中度的毒品成癮患者。

我們已討論這些問題多年，現在我們需要有人站出來發聲。也許我們應該起草一項決議，也許我們可以尋求部分同意本項目的立法機關支持，也許他們可以訂定出部分法律、為我們想一想如何將這種議題付諸實踐，並邀請各專業領域的專業人士共同擬定一份草案，我們也需要從社會獲得部分資源，還需要所有人從各個領域將他們努力地集合在一起。我們也必須開始行動將這些東西都加在一起，否則這永遠都是一項非常困難的行動。

討論 2：為監獄內的吸毒者提供治療的可能性和必要性

台灣已有兩間監獄正在實施試驗性的計畫，明年就能針對此計畫的結果進行討論。最後一次減刑的原因是死亡，但監獄內可能可提供成癮者美沙冬及潛在的舒倍生治療。

獄中提供鴉片類藥物替代療法的合理解釋

在監獄中進行治療為有必要之事，而且鴉片類藥物替代療法經過證實是一項可行的辦法。當罪犯離開監獄時的最佳目標是不再需要毒品，並帶著勞動力離開，才能回到具有工作能力的生活。

想要將鴉片類藥物替代療法引進監獄，必須向法官證明其具有絕對必要性。馬來西亞對 1970 年以來入獄的每一位成癮者進行紀錄獲取的資料表示，依 30 年的經驗證實再犯率大約為百分之九十，甚至入獄服刑九年或十年的犯人，在出獄後立刻又回到依賴毒品的生活。

證據清楚表示舊的系統不適用，我們需要一個新的系統，但是這需要改變一個想法。在舊體制中，社會是以監禁費用以及受毒品危害之罪犯的痛苦支付藥物費用。鴉片類藥物替代療法在許多層次上都是屬於比較經濟的選擇，但我們必須讓每一個人都能看到此項新方法的價值，才能進行必要的修改，這是一項艱難的戰鬥，但是馬來西亞的一般民眾，甚至政府部門都已經改變了原先的想法。

獄中提供鴉片類藥物替代療法的機制

我們希望監獄將毒品成癮者視為應該接受治療的病患，但是獄中很難取得醫療救治。

監獄系統中缺乏醫療資源，所以醫界必須為監獄提供醫療支持，但是這又形成了另一個問題，如果他們接受治療，將如何決定囚犯是否可以釋放出獄。若囚犯在治療後又再度犯案，就會有人質問為什麼當時會釋放這一位囚犯。囚犯是否會再度吸毒真的很難評估，可能是因為我們已有條件可假釋或保釋，而保釋委員會也可能已看到這位囚犯有遠離毒品的決心。

目前在美沙冬的使用方面沒有明確的規定。鴉片類藥物替代療法與其他治療方法不同，無論鴉片類藥物替代療法是用於醫療救治或刑事司法系統的管理，都必須負責。

獄中提供鴉片類藥物替代療法的考量

如果僅視為單純的醫療救治，就很容易完成—如果使用得當，美沙冬一點也不危險，但必須界定出醫療的基本需要，而且在獄中使用鴉片類替代藥物療法，目前尚未有明確的規定。

當病患持續接受鴉片類替代藥物療法或提供給吸毒者協助戒毒時的效果極佳，但是，這是否表示應該在罪犯第一次入獄時，即給予鴉片類替代藥物療法協助他們戒毒，然後再停藥？如果他們已吸食五至十年的毒品，不可能立刻就能戒掉，難道我們要治療他們五年，甚至十年嗎？政府願意負擔此項開銷嗎？

現在，是在囚犯出獄前三或六個月時提供鴉片類替代藥物療法，如果病患在獄中已一段很長的時間沒有接觸毒品，此方法還有效嗎？希望試驗的結果能協助我們更瞭解此問題的答案。

將鴉片類替代藥物療法引進監獄系統，是一項非常前衛，且許多已開發國家皆尚未具備的作法。此做法亦與道德問題有關，因為給予我們的公民毒藥是不合法的行為，而且許多證據顯示復發率很高，也表現出此作法沒有效果。

鴉片類替代藥物療法是一項可以改變行為的治療，只要我們把成癮看成一種疾病，就必須相信所有的毒品成癮都有權利接受治療，台灣應該具備此種觀念。隨著時間的流逝，民眾的想法將會改變，最後得到一個共識，病患也有權利決定治療過程應該持續多久。

選擇的治療方法

醫師們指出，美沙冬不適合每一個人，舉例來說，如果有一位罪犯已入獄超過九年，而且在此期間內完全沒有接觸毒品，但是此人是屬於「毒品成癮」者，在他出獄前三個月是否仍需接受美沙冬治療呢？

此外，美沙冬為第二類毒藥，嚴格來說，囚犯依然會違法服用，他們可能不願意接受此種監獄中必須的治療。舒倍生是美沙冬的另一項選擇，此藥物是屬於第三類毒藥—無論是監獄中或外界服用此項藥物都不屬於犯罪行為。

復發後給予持續性的治療

我們如何在囚犯復發後提供持續性的治療，以及誰應該負擔此項費用？我們是否應該為這些人提供長期照護？我們必須進行研究以瞭解人們出獄後在做什麼，以及為什麼復發率如此高，我們將會更進一步瞭解需要做出什麼決策。復發率不一定取決於身體方面的成癮，反而是與回到社會中找工作時遇到的問題有關，如果這是事實，我們必須在獄中建立一個計畫協助他們重返社會。

我們從已開發國家中學到的其中一件事，就是病患經常抱怨沒有一個完善的停止治療計畫。此觀點極為正確，治療之目的是為了穩定病患的生命，而治療時間的長短應取決於個人，但確有證據顯示，接受治療的時間越長，能得到更好的結果。我們應該在制定一項計畫時思考治療過程中的一些時期，以便在病患準備停止治療時，能提供支持性措施協助病患脫離治療。

討論 3：鴉片類藥物替代療法使用及利用可近性的延伸

擴大醫療保障制度

世界衛生組織將毒品成癮分類為慢性心理疾病，並由精神科醫師負責治療毒癮，但是受此疾病困擾的人數太多，僅依靠精神科醫師提供治療並不足夠。在台灣有大約有 100 間美沙冬 methadone 診所，治療約 10,000 位患者，而且還有很多人尚未加入此行列，所以我們應該改善醫療利用之可近性，以治療成癮的問題。

台灣的毒癮治療系統仍著重於精神方面的成癮，我們必須突破，舉例來說，戒菸是藉由一般全科醫師管理，並提供尼古丁貼片及口香糖，如果病患簽署合約，甚至可取得戒菸處方，因為醫療法規的改變使上述做法變成可能。我們是否可以開始與小城鎮的全科醫師或獄中醫師合作，讓他們可以處方美沙冬和舒倍生？

此外，吸毒者經常伴有其他身體疾病需要治療，所以應由精神科醫生與全科醫生及其他專科醫師共同治療所有的病患。

兩年前，醫療事務部僅允許精神科醫生處方美沙冬 methadon 的決定，受到挑戰，而導致此決定發生改變，現在不同科的醫師也能處方美沙冬 methadon，這也表示鴉片類藥物替代療法必須與醫學中的所有學科相互溝通。

改變治療報銷問題的思考模式

鴉片類替代藥物療法必須包含在健保系統中，但目前只有美沙冬 methadon 可在特殊情況下獲得給付，而在任何情況下提供舒倍生，病患都必須自行支付治療費用。也許我們可以向相關監管機構提出建議，提供全面或至少部分的預算給付舒倍生費用。

我們知道美沙冬 methadon 治療的費用非常高，因為病患不能帶回家自行服用—必須前往診所，醫師的處方費也相當昂貴，而且還不包括治療的其他花費。舒倍生的總成本極具可比較性，問題是我們該如何改變政府部門管理人員的想法，使他們能從群體的角度看事情以及支持舒倍生。

改變民眾的觀念以增進資金

目前我們還不瞭解，為什麼治療吸毒成癮被排除在全民健康保險範圍外，因此聯絡了衛生部的代表，希望他們能給我們一個解釋。

其中一個重要的阻礙可能是民眾的觀念，因為我們很難說服支付全民健保費的民眾，撥出一部分資金治療毒品成癮者。

###