

위해감축 중독관리의 국제적 추세와 시사점

박 영 범

한성대학교 경제학과

최 재 옥

고려대학교 의과대학 환경의학연구소

I. 서론

알코올 중독을 근절할 수 없다면 알코올 중독으로 인한 피해를 줄이는 것이 합리적인 대안이라는 것에서 시작된 위해감축(harm reduction) 정책은 1980년대 HIV의 확산에 따라 마약 등 중독성이 강한 물질로 인한 건강 피해를 줄이기 위한 혁신적이고 새로운 치료 방식으로 주목받기 시작했다.¹⁾

현재 많은 나라에서 마약, 알코올뿐만 아니라 레크리에이션 약물(recreational drug)로²⁾ 분류되는 담배, 도박, 성(sex),³⁾ 비만,⁴⁾ 코케인 등 여러 분야에서 위해감축 정책이 근절(abstinence)정책의 대안으로 제시되고 시행되고 있다.

본 논문은 마약(약물), 알코올, 담배에서의 위해감축 중독관리 정책의 국제적 추세를 살펴보고 우리나라에 의료계에 주는 시사점을 찾고자 한다.

1. 위해감축 중독관리의 소개와 정의

위해감축 정책의 대상에 따라 위해감축의 정의 및 접근방식을 달리하고 있으나⁵⁾ 모든 위해감축 정책이 근절이 아니라 최소화내지 감축이 보다 효과적이며, 중독이나 남용으로 인한 위해는 개인뿐 아니라 사회, 환경적 요인으로 발생하며, 위해 발생자의 인권내지 사회권 존중이 존중되어야 한다는 것을 기반으로 하고 있다.

유럽의 대표적인 위해감축 NGO인 국제위해감축협회(Harm Reduction International)는 위해

1) "harm reduction"을 폐해감축으로 번역하여 사용하는 연구자들도 있으나 문옥륜·김공현 (2015)을 따라 위해감축으로 번역한다.
 2) 레크리에이션 약물에는 알코올, 대마초, 하시쉬, 니코틴, 카페인 등이 포함된다. 이중 헤로인, 코카인 등 UN의 '마취성약물에 관한 유일 협약(Single Convention on Narcotic Drugs(1961))'과 '정신활성화 물질에 관한 협약(Convention of Psychotropic Substances (1971))'에 의해 규제물질(controlled substances)로 규정한 약물의 소지, 소비 및 배포는 불법이다. 규제물질의 범위는 나라마다 다르다. 보다 자세한 논의는 https://en.wikipedia.org/wiki/Recreational_drug_use 참조.
 3) 원치 않는 임신을 줄이기 위한 성교육, 인신매매를 근절하지 위한 매춘 합법화, 성산업 종사자들의 HIV 확산을 막기 위한 프로그램 등을 포함한다. 자세한 논의는 Johnson, B.L. et al. (2011), Oringanje, C.M. et al (2016), Hilton, B.R. et al (2001) 참조.
 4) 자세한 논의는 Hawk, M.W. et al (2017) 참조.
 5) 캐나다의 브리티시컬럼비아 주의 '위해감축 전략과 위해감축 서비스'(Harm Reduction Strategies and Services, British Columbia, Canada), 미국의 로스앤젤레스 시(市)의 '정신질환을 가진 홈리스(노숙자)들을 위한 지역사회 모델'(Community Model for Homeless People with Mental Illness, Los Angeles, USA), 호주 연방 보건국(The Department of Health, Australian Government), 영국의 위해감축동맹위해감축동맹(United Kingdom Harm Reduction Alliance)의 위해감축에 대한 정의는 문옥륜·김공현 (2015) 참조.

감축을 “정신활성화약물의 합법적, 불법적 사용을 반드시 줄이지 않고 약물 사용의 부정적인 건강상, 사회적·경제적 결과를 줄이는 것을 주목적으로 하는 정책, 관행(practices) 및 프로그램”으로 정의하고 있다. 국제위해감축협회는 위해감축 정책의 기초로 위험과 위해를 특정하여 목표로 하여야 하며, 과학적 근거에 기반(evidence based)하고 비용 효과적이어야 하며[18], 법률 개정과 같은 획기적인 성과보다는 많은 사람들에게 도움을 줄 수 있는 조그만 변화를 중요시한다. 따라서, 중독자를 있는 그대로 받아들이고 그들이 누군가의 가족이라는 것을 이해하여 낙인화하지 않으며[19], 인권은 중독자를 포함한 누구에게 적용되어야 하며, 관리나 예방을 이유로 가해지는 결과적으로 위해를 증가시키는 관행(practices)을 반대하며, 정책 결정과 집행에 중독자를 포함한 모든 사람들이 참여하여야 한다고 주장한다.

미국의 대표적 위해감축 NGO인 위해감축연대(Harm Reduction Coalition)는 위해감축을 “약물 사용의 부정적 결과를 줄이는 것을 목표로 하는 일련의 실천적 전략과 아이디어”로 정의하고 위해감축은 특정한 개인과 지역사회들의 필요를 반영하는 정책이기 때문에 보편적 정의와 해결책은 규정할

수 없다고 주장한다. 위해감축연대는 위해감축을 약물사용자의 권리에 대한 믿음과 존중에 기반한 사회정의 운동이라고 보며 합법적이건 불법적이건 약물사용은 세상의 일부이고 약물 사용을 외면하거나 비판하기보다는 줄이는 것을 선택한다 등의 활동 기초로 제시하고 있다.

2. 위해감축정책에 대한 다양한 시각

약물없는미국재단(Drug Free America Foundation), 전략적약물정책국제테스크포스(International Task Force on Strategic Drug Policy), 약물반대세계포럼(World Forum Against Drugs), 약물예방캐나다네트워크(Drug Prevention Network of Canada) 등 많은 단체와 전문가들은 위해감축에 대해 부정적 입장이다.⁶⁾

위해감축정책이나 프로그램들이 위험하고 불법적인 행위들이 수용될 수 있다는 메시지를 사회에 주고 약물을 합법화하는 등의 위해감축 정책은 수요 및 공급 측면에서 위해를 근절시키고자 지금까지 수십 년에 걸친 노력들을 무력화시킨다는 것이다.

위해감축에 대한 오해와 진실이 <표1>에 정리되어 있다.

Ⅰ 표 1. 위해감축에 대한 오해와 진실 Ⅰ

오해	진실
<ul style="list-style-type: none"> • 위해감축은 근절정책을 반대하고 전통적 오용 및 과용치료와 배치됨 	<ul style="list-style-type: none"> • 위해감축은 근절정책과 배치되지 않으며 여러 가능한 대안의 하나임
<ul style="list-style-type: none"> • 위해감축은 약물사용을 권장함 	<ul style="list-style-type: none"> • 위해감축은 약물사용을 찬성하거나 반대하지 않음 • 위해감축은 당사자가 선택하지 않는 한 약물사용을 중단시키는 것을 목표로 하지 않음
<ul style="list-style-type: none"> • 위해감축은 위해행위를 허용하여 ‘무엇이든지 좋다는(anything goes)’ 태도를 유지하도록 함 	<ul style="list-style-type: none"> • 위해감축은 어떤 행위도 너그럽게 봐주거나 비난하지 않음. 대신에, 행위들의 결과를 평가하여 행위가 개인, 가족 그리고 지역사회에 미치는 위해를 줄이려고 노력함

출처: US National Health Care for the Homeless Council (2014)

6) World Federation Against Drug (2016), Nordt, C. and R, Stohler (2006), Drug Prevention Network Canada (2010) 참조.

II. 위해감축 중독관리의 국제적 현황

1. 약물(마약)중독 위해감축 소개와 평가

대표적인 약물 위해감축 정책들을 <표2>에 정리하였다. ‘주사바늘/주사기프로그램(Needle and Syringe Program: NSP)’은 같은 바늘 및 주사기를 여러 사람이 같이 사용함으로써 HIV나 C형 간염이 확산되는 것을 예방하기 위해 주사기 및 주사바늘을 저렴하게 혹은 무료로 제공하는 것이다.

‘타겟일차보건의료아웃렛(Targeted Primary Health Care Outlet)’은 약물사용자들이 통상적인 건강검진이나 치료에서 배제되는 것을 보완하기 위해 이들에게 약물 주입시 필요한 기구들을 제공하면서 동시에 기본적인 건강검진 및 치료를 제공하는 장소를 마련해 주고 있다.

‘관리약물투여사이트(Supervised Injection Sites: SIS)’ 혹은 ‘약물사용실(Drug Consumption Room: DCR)’은 보다 위생적이고 관리가 되는 장소에서 사용자가 약물을 투여하게 함으로써 약물사용과 관련된 공공장소에서의 소란을 줄이고 약물사용자들에게 위생적인 환경을 제공하는 것

이다. 네덜란드가 SIS를 최초로 도입하였으며 룩셈부르크, 스페인, 노르웨이, 호주 등에서 운영되고 있다. 미국에서는 DCR이 불법이며 합법화시키는 움직임으로 인하여 논쟁거리이다. 합법화 여부와는 관계없이 보스턴 등 일부 지역에서는 유사한 서비스를 제공하고 있다.

‘오피오이드대체처방(Opioid Replacement Therapy: ORT)/Opioid Substitution Therapy: OST)’ 프로그램은 헤로인과 같은 불법약물 대신에 효과는 오래 지속되나 활성화 정도가 약한 메타돈과 같은 약물을 제공하여 사용자의 생활을 보다 안정화시키는 것이다. 미국, 호주, 캐나다, 스위스, 오스트리아, 슬로베니아, 독일 등에서 시행되고 있다. 날록손배포프로그램(Naloxone Distribution Program)은 WHO가 추천하는 프로그램으로 2014년부터 도입한 미국을 비롯하여, 영국, 호주, 중국, 러시아 등에서 시행되고 있다. 경찰이 응급처방을 위해 날록손을 소지하고 있거나 중독자의 가족이나 친지들에게 날록손을 배포하고 있다.

국제위해감축협회에 따르면 2016년 기준으로 보건 및 약물관련 정책에 위해감축을 명시적으로 언급한 국가는 90여개 이상이며[12], 유엔에이즈

표 2. 주요 약물(마약) 위해감축 활동 |

프로그램	내용
주사바늘/주사기 프로그램 (Needle and Syringe Program: NSP)	주사바늘 및 주사기를 여러 사람이 같이 사용함으로써 오는 위해를 줄임
타겟일차보건의료아웃렛 (Targeted Primary Health Care Outlet)	약물사용자들에게 기본적인 건강치료를 제공하는 장소를 제공
관리약물투여사이트(Supervised Injection Sites: SIS) 혹은 약물사용실 (Drug Consumption Room: DCR)	보다 위생적인 환경에서 관리 하에 약물을 투여하는 장소를 제공
오피오이드대체처방(Opioid Replacement Therapy: ORT)/ Opioid Substitution Therapy: OST) 프로그램	중독성이 약한 약물을 제공하여 사용자의 생활을 보다 안정화시킴
헤로인유지프로그램(Heroin Maintenance Program)	헤로인중독자에게 처방헤로인 제공
날록손배포프로그램(Naloxone Distribution 프로그램)	헤로인이나 아편의 효과를 줄이는 날록손을 처방

계획(UNAIDS), 세계보건기구(WHO), 유엔마약 범죄사무소(The United Nations Office on Drugs and Crime : UNODC), 국제마약통제단(International Narcotics Board : INCB) 등은 HIV의 예방, 치료 및 돌봄과 관련된 대안으로 ORT, NSP 등을 인정하고 있다[1].

약물 위해감축의 효과에 대한 여러 연구 결과에 따르면 위해감축 프로그램들이 HIV 및 C형 간염의 발생을 줄이고, 약물과용과 연관된 약물사용자의 사망과 공공장소에서의 투약 및 주사기 바늘 및 투약 장비의 재사용을 줄이는 효과가 있다. 또한, 약물사용자의 범죄를 줄이거나 고용을 늘리고, 안전한 투약에 대한 교육을 통해 중독 치료, 보건 및 사회서비스에 대한 사용자의 접근성을 강화시키는 효과가 있다.

NSP의 경우 HIV의 확산을 저지한다는 잠정적인 근거와 사용자의 약물 투여(injection) 빈도를 줄인다는 충분한 근거를 발견하였으며[28], HIV 발생빈도를 뉴욕시에서 70%, 뉴헤브에서 33%를 줄였다는 연구결과가 있다[17]. 18세 이하 청소년들에게 NSP 서비스를 제한하여 왔던 영국보건당국은 청소년들이 스테로이드 투여 시 주사기를 공유하는 것으로부터 발생하는 문제를 해결하기 위해 가이드 라인을 변경하였다[8].

유럽약물·약물중독감시센터(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : EMCDD)에 따르면 DCR이 약물사용을 조장하거나, 치료를 늦게 받게 하거나, 지역약물시장의 문제를 악화시킨다는 우려를 지지하는 증거는 없다. 최종적인 결론을 내리기 위해서는 더 많은 연구가 필요하나 DCR이 적정히 관리되면 약물관련 사망을 줄일 수 있다는 것이 EMCDD의 잠정적인 결론이다 [16].

그러나 위해감축 정책들의 효과에 대한 긍정적인 평가와 함께 부정적인 평가도 상존하고 있다. DCR에 대해 비용대비 효과가 취약하다는 연구도 있다[15].

2. 알코올 중독 위해감축 현황과 평가

미국 국립알코올남용 및 중독연구소(The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: NIAAA)에 따르면 미국의 경우 폭음으로 인한 사망이 예방 가능한 사망원인 중 3번째이고 18세 이상 성인인구의 8.5%인 1,800만 명이 음주문제가 있으나 7.1%만이 지원을 받고 있다.

알코올 위해감축은 절주나 관리된 음주를 통해 위해감축을 줄이는 것을 목표로 하고 있다. 금주를 목표로 알코올중독자치료협회(Alcoholics Anonymous : AA)의 12단계(12 Steps of AA) 프로그램 등 기존의 금주 프로그램들이 대체적으로 효과가 없고 경우에 따라서는 폭음내지 과음을 증가시킬 수 있다는 경험으로 금주에 대한 대안으로 위해감축 프로그램이 활용되고 있다.

위해감축 활동이 기존의 금주 프로그램의 범위 내에서 이루어지는 것으로 이해될 수 있으며 음주 자체가 불법이 아니기 때문에 과도한 음주로 인한 개인, 친지, 지역사회에 대한 위협을 줄이고, 음주 운전 등 음주가 불법적인 행위로 발전하는 것을 예방하는 것이 주요활동이다.

음주허용 노숙자 쉼터에서는 입주하는 노숙자들에게 제한된 범위에서 알코올을 제공한다. ‘관리된 알코올(managed alcohol)’ 기조에서 1987년에 캐나다 토론토에서 시톤하우스(Seaton House)가 개관되고 소기의 성과를 거두자 다른 캐나다 및 미국 도시로 확산되었다.

캐나다의 경우 프로그램에 참여한 노숙자들은 평균 하루 46잔에서 8잔으로 음주량이 감소한 것으로 나타났다. 미국은 프로그램 시행으로 인한 첫해 4백만 달러의 예산이 절감되었고 기존 노숙자 관리 프로그램에 비해 참여자 1인당 월 2,500 달러(53%)의 예산 절감 효과가 있었다[29],[36],[22]. 음주 후 귀가를 도와주는 '심야보호귀가제도(Late night Patron Transport)', 안전한 음주행태를 권장하여 절주를 도와주는 '절주지원제도(Moderation Management: MM)' 등도 대표적 알코올 위해감축 활동이다.

날록손을 활용하여 알코올에 대한 의존도를 줄이는 프로그램도 있다[43].

3. 담배 위해감축(Tobacco Harm Reduction: THR) 현황과 평가

흡연은 사망의 주요 요인이다[23]. 연간 600만 명이 담배(tobacco)와 관련된 질병, 6초마다 1명이 흡연과 관련된(smoking-related) 질병으로 사망한다[26].

담배와 관련된 건강상의 위해를 근절시키려는 지속적인 정책에도 불구하고 대부분의 나라에서 기존 흡연 인구의 흡연율은 크게 줄지 않는 상황이 지속되고 있다. 그러나 성인인구의 흡연은 미래 건강보험 재정에 대한 위협요인이 되고 있다[20],[34].

예를 들어 영국의 경우 여러 정책적 노력에도 불구하고 기존 흡연자의 흡연율은 줄지 않았으나, 청소년의 흡연으로의 진입을 억제함으로써 전체 흡연율을 낮추었다[33]. 우리나라는 2015년 담배 값의 대폭적인 인상으로 흡연율이 떨어졌으나 2016년 흡연율은 다시 증가하였고, 2015년 담배값 인상은 청소년 및 경제적 취약계층의 흡연만을 억제시키는

효과가 있는 것으로 나타났다[2].

담배 위해감축은 담배 흡연관련 사망은 니코틴보다는 타르 등 기타 위해물질에 의한 것이라는 사실에 기반하고 있다. 흡연과 니코틴 흡입을 완전히 근절하지 않고 흡연에 따른 위해를 줄이는 대안으로 금연을 할 수 없거나 원하지 않는 흡연자를 위해 니코틴은 허용하나 흡연에 따른 위해를 근절시키는 전략이다[30],[27],[28]. 미국공중보건협회(American Association of Public Health Physicians: AAPHP)는 2008년 위해감축 전략을 흡연과 관련된 사망을 줄이는 대안으로 인정하였다[6].

담배 위해감축을 비판하는 측은 위해감축은 금연 정책과 배치되는 정책이고 비흡연자를 흡연하도록 조장할 수 있다고 주장한다[37],[38],[9],[42]. 그러나 영국이나 프랑스의 조사 결과는 담배 위해감축은 흡연을 조장하기 보다는 흡연율을 떨어뜨린다는 것을 보여주고 있다[5],[31].

우리나라에서는 2007년 이철민·조희경(2007)에 의해 담배 위해감축 개념 등이 소개되었으나 최근에 들어 켈런형 전자담배가 대중적인 인기를 얻기까지는 주목을 받지 못하였다[3].

(1) 담배 위해감축과 정부 규제의 국제 현황

완전한 금연대신 담배의 위해를 줄이는 방법은 1) 흡연량을 줄이거나 2) 일시적으로 금연하거나 3) 위해물질을 줄인 담배 등 담배 대체재로 전환하는 것으로 분류할 수 있다.

담배 대체재는 니코틴 상품(전자담배(Electronic Cigarette, E-cigarette) 등), 연기 없는 담배(Smokeless Tobacco), 기존 담배와 전자담배의 혼합 형태인 켈런형 전자담배(Heat Not Burn: HNB) 등이 있다.

담배 대체재로 전환하는 위해감축 방식에 대해 나라별로 법적인 규제가 다르다. 예를 들어 우리나라에서 판매가 허용되는 전자담배는 일본에서는 허용되지 않는다. 담배세를 통한 정부의 세수 확보 필요성, 담배에 대한 인식, 담배 대체재의 대중성 등이 담배정책에 영향을 미치는 요인들이 나라별로 다르기 때문이다.

담배규제의 가장 특이한 점은 가장 위해가 높은 담배는 판매가 허용되나 위해가 적거나 적어도 같은 담배 대체재에 대한 판매가 허용되지 않는다는 것이다. EU의 경우 (스웨덴을 예외로 하면) 기존 담배의 판매는 허용하나 위해가 거의 없는 것으로 확인된 연기 없는 담배의 판매는 허용되지 않는다. 뉴질랜드 정부는 금연을 보조하는 수단으로 전자담배를 적극적으로 권장하고 있는데, 과거에는 전자담배의 판매를 허용하지 않았다.

영국왕립의학회(Royal College of Physicians) 등은 연기 없는 담배가 담배관련 사망을 줄일 수 있고 금연에도 도움이 된다는 연구결과를 도출하였다. 제품의 생산지에 따른 위해 감축효과가 차이가 있는 것으로 확인되었다[33],[31]. 영국 보건당국이 위탁하여 이루어진 한 연구는 여러 담배 대체물 중 스누스가 위해감축 효과가 크다는 점을 밝혔다[7].

영국은 전자담배 사용을 적극적으로 권장하는 나라중의 하나이다. 영국 보건청은 전자담배가 기존 담배에 비해 95% 덜 해롭다는 연구 결과를 발표를 하였는데, 정부는 니코틴 껌과 패치와 같은 맥락에서 전자담배의 사용을 권장하는 캠페인을 하고 있다. 영국에서 10월에 진행하는 전국적인 금연 캠페인인 스톱토버(Stoptober Campaign)에 전자담배 사용권장 내용이 2017년 포함되었다.

궐련형 전자담배의 경우 미국 FDA는 사용 허가 여부를 심의하고 있다.⁷⁾ 제조사가 제출한 독성 자료의 신뢰성에 대해서는 인정하였으나 제조사가 주장하는 정도의 위해감축 효과가 있다는 결론을 내기 위해서는 보다 많은 자료가 필요하다는 입장이다. 최근에 발표된 한국 식약처의 연구결과는 궐련형전자담배가 일반 담배보다 타르가 많이 배출되는 등 위해감축 효과를 강하게 부인하고 있다. 이에 제조사는 관련 정보 공개를 요청하였으나 수용되지 않아 행정소송이 진행 중이다[4].

WHO는 전자담배가 위해 감축에서 일정 역할을 하는 것을 인정하지만 전자담배의 위해 가능성을 최소화하는 방식으로 규제되어야 하며, 궐련형 전자담배도 전자담배와 같이 기존의 담배 규제 틀 속에서 규제되어야 한다는 입장이다[32],[44].

III. 위해감축 중독관리 시사점 및 결론

위해감축은 근절대책 만으로는 중독성이 강한 알코올, 약물(마약) 등에 관련된 문제를 효과적으로 대응할 수 없다는 경험에 기초하여 도입되고 확산된 정책이다. 특히 수요/공급에 기반한 기존의 정책으로 HIV에 효과적으로 대응할 수 없다는 인식은 불법적 행위를 수용하고 포용하는 위해감축의 정책적 의학적 수용성이 높아지는 계기가 되었다.

마약, 알코올, 담배 등 분야별로 규제방식, 문화 등의 차이로 인하여 위해감축과 기존정책과의 충돌 정도, 수용성 등이 국가별로 상이하다. 특히 물질 사용에 대한 사회의 수용성 측면에서 보면 마약이 가장 부정적이고, 알코올이나 도박은 기본전환이나

7) US FDA (2018) 참조.

오락적 측면에서 관리된다면 오히려 긍정적일 수 있다는 평가도 있고, 담배는 소량일지라도 흡연자 뿐 만 아니라 사회에도 위해가 있다는 인식이 있다는 것이 차이가 난다.

사회 수용성이 가장 부정적인 약물(마약)의 경우, 최근 처방마약을 국가가 공급할 정도에 이르기까지 위해감축 접근방법을 받아들임으로써 획기적인 정책의 변화가 있었다. 마약 위해감축 분야는 합법, 불법 여부에 관계없이 사용자의 행위에 따른 위해를 줄이는 것이기 때문에 정부가 직접 나서기 보다는 NGO들이 (많은 부분 정부지원으로) 주도적인 역할을 하고 있다.

알코올은 알코올의 양을 줄여서 위해를 감축하는 것이기 때문에 기존의 금주정책의 틀 안에서 큰 저항이 없이 위해감축이 수용될 수 있었다.

우리나라도 마약, 알코올, 담배 등 중독성이 강한 물질에 대한 기존의 근절정책의 효과성을 재검토할 시점이다. 2015년 담배값 인상으로 잠시 하락하였던 흡연율은 하락세가 정제되어 있고 우리나라 마약사범은 30만 명(UN기준), 도박중독의 사회적 피해는 78조원으로 추정되고 있다. 주폭의 피해도 종종 사회문제가 되고 있다.

우리나라의 경우 분야별로 위해감축의 여건이 다르다. 약물(마약)문제는 서구에 비교하여 아직은 심각한 상태가 아니기 때문에 서구식의 위해감축 정책을 본격적으로 도입할 여건은 성숙되어 있지 않다. 그러나 마약중독자를 비난의 대상이 아니라 사회 구성원의 일원으로 대우하고 받아들이는 인식의 전환이 필요하다. 알코올은 정부 차원의 기본적인 대응체계도 갖추어져 있지 않다.

담배의 경우 기존의 금연정책과의 충돌이 예상되는 분야이다. 그러나 전자담배가 금연 보조제로 활용되는 외국의 예를 참고하여 혁신적 제품의 효용성을 인정하여야 한다. 미국, 영국, 뉴질랜드 정부의 담배정책 전환의 배경 및 이유 등을 우리나라 보건 정책 수립에 참고하여야 한다.

1인당 GNP가 3만 달러가 넘어 서고, 경제 규모가 세계 10권으로 발전한 현 단계에서 약물(마약) 등 중독성이 강한 물질에 대해 위해감축 정책을 도입한다는 것은 중독자를 포함한 모든 사람들의 인권이 보호받고 보장되어야 한다는 UN헌장의 취지에 부합하는 것이며 중독자의 인권과 사회권에 대한 보호를 확대한다는 의미가 있다. 중독자를 근절의 대상이 아니라 중독에 따른 자신, 가족, 사회에 대한 피해를 최소화하고 줄이는 방안을 모색하는 참여적이고 개방적인 성숙한 시민사회가 요구하는 정책방향이다.

또한 위해감축은 중독자를 근절대상자가 아닌 환자로 보는 것이다 중독자에게 중독 물질을 ‘끊거나(quit) 혹은 죽거나(die) 하는 선택’ 대신에 ‘끊거나 줄이거나(reduce) 혹은 대체물로 전환하거나(switch)하는 선택’을 주는 측면에서 사회적 약자인 중독환자를 배려하는 정책이다.

끝으로 위해감축의 수용 여부는 사회의 문화, 관습 그리고 개인의 철학과도 연관이 되기 때문에 관련 논쟁이 감정적이고 사변적이 되기 쉽다. 정책 결정이 근거(evidence)에 기반하고 개방적이고 의료계와 관련 당사자들이 참여하여야 이와 같은 한계가 극복될 수 있다. 의료계의 활동이 활성화되어야 하는 이유이다.

 참고문헌

- [26] Pang, T. (2018) "Evidence-informed public health polices for harm reduction", 2nd Asian Harm Reduction Forum, held in Manila, November 15, 2018.
- [27] Phillips, C. (2009). "Debunking the claim that abstinence is usually healthier for smokers than switching to a low-risk alternative, and other observations about anti-tobacco-harm-reduction arguments". Harm Reduction Journal. 6: 29.
- [28] Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians (2007) "Harm reduction in nicotine addiction: Helping people who can't quit".
- [29] Podymow, T. et. al. (2006). "Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol". CMAJ. 174 (1): 45-9.
- [30] Rodu, B. and W. Godshall (2006). "Tobacco harm reduction: An alternative cessation strategy for inveterate smokers". Harm Reduction Journal. 3: 37.
- [31] Rodu, B and C. Phillips (2008). Switching to Smokeless Tobacco as a Smoking Cessation Method: Evidence from the 2000 National Health Interview Survey.
- [32] Rosa, A. (2018) "How to regulate alternative products in support of tobacco harm reduction", 2nd Asian Harm Reduction Form, held in Manila, Nov. 15, 2018.
- [33] Royal College of Physicians (2016) Nicotine without Smoke: Tobacco Harm Reduction. A Report by Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians.
- [34] Russell, M. (1976). "Low-tar medium-nicotine cigarettes: a new approach to safer smoking". British Medicine Journal. 1 (6023): 1430-3.
- [35] Stephen, W. (2017) "Comparing the cancer potencies of emissions from vapourised nicotine products including e-cigarettes with those of tobacco smoke", Tobacco Control, 4 August
- [36] SARPRP (2009) SARPRP Project: Housing First: Evaluation of Harm Reduction Housing for Chronic Public Inebriates.
- [37] Sumner, W (2005). "Permissive nicotine regulation as a complement to traditional tobacco control". BMC Public Health. 5: 18.
- [38] Tomar, S., B. Fox and H. Severson (2009). "Is smokeless tobacco use an appropriate public health strategy for reducing societal harm from cigarette smoking?". International Journal of Environment Research and Public Health. 6: 10-24.
- [39] US FDA (2018). US FDA Comprehensive Regulatory Plan for Tobacco and Nicotine-containing Products
- [40] US FDA (2018), Center for Tobacco Products (CTP), Tobacco Products Scientific Advisory Committee (TPSAC) meeting, January 24-25, 2018.
- [41] US National Health Care for the Homeless Council (2014) Harm Reduction: Preparing People for Change
- [42] Voigt, K (2015). "Smoking Norms and the Regulation of E-Cigarettes". American Journal of Public Health. 105 (10): 1967-72.
- [43] Volpicelli, J. (1992) "Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence". Archives of General Psychiatry. 49 (11): 876.
- [44] World Health Organization (2018) "Heated tobacco products (HTPs) information sheet".
- [45] World Federation Against Drug (2016) WFAD Declaration | World Federation Against Drugs.
- [46] World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control.
- [47] World Health Organization. WHO Guidelines for implementation of the WHO FCTC.

http://asiaharmreductionforum.com/pages/about_asia_harm_reduction_forum

https://en.wikipedia.org/wiki/Harm_reduction

<http://hams.cc/about/>

<https://quit.org.nz>

<https://www.awarenessdays.com/awareness-days-calendar/stoptober-2018/>

<http://www.drugpolicy.org/about-us#victories>

<https://www.healthlinkbc.ca/healthlinkbc-files/substance-use-harm-reduction>

<http://www.ncrg.org/>