

# **Beleidsnota over structurele discriminatie in hospitalisatie- en inkomensverzekeringen bij stoornissen in het gebruik van middelen**

Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie



Datum: 13 juni 2025

Auteurs: Manuel Morrens, Piet Snoeck, Ruben Willems, Maarten Van den Bossche, Peter Niemegeers, Peter Joostens, Kirsten Catthoor

## Inhoud

|                                                                                                                                                      |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1. VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING VERSUS AANVULLENDE PRIVÉVERZEKERINGEN .....</b>                                                                   | <b>2</b> |
| <b>2. DISCRIMINATIE IN VERZEKERINGSPOLISSEN MET BETREKKING TOT HULPVERLENING VOOR PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN .....</b>                               | <b>2</b> |
| <b>3. DISCRIMINATIE IN VERZEKERINGSPOLISSEN MET BETREKKING TOT STOORNISSEN IN HET GEBRUIK VAN MIDDELEN (MET INBEGRIIP VAN INTOXICATIES).....</b>     | <b>3</b> |
| 3.1. SITUERING VAN MIDDELENMISBRUIK ALS BEHANDELBARE PROBLEMATIEK .....                                                                              | 3        |
| 3.2. RISICO VAN EXCLUSIE VAN VERSLAVINGSZORG UIT VERZEKERINGSPAKKETTEN .....                                                                         | 4        |
| 3.3. DISCRIMINERENDE PRAKTIJKEN MET BETREKKING TOT STOORNISSEN IN HET GEBRUIK VAN MIDDELEN: HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN .....                        | 4        |
| 3.4. DISCRIMINERENDE PRAKTIJKEN MET BETREKKING TOT STOORNISSEN IN HET GEBRUIK VAN MIDDELEN: GEWAARBORGD INKOMEN OF INKOMSTENVERLIESVERZEKERING ..... | 5        |
| 3.5. DISCRIMINERENDE PRAKTIJKEN MET BETREKKING TOT STOORNISSEN IN HET GEBRUIK VAN MIDDELEN: REISVERZEKERINGEN .....                                  | 6        |
| <b>4. ANDERE DISCRIMINERENDE PRAKTIJKEN MET BETREKKING TOT GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMATIEK IN AANVULLENDE POLISSEN .....</b>                     | <b>6</b> |
| <b>5. DISCRIMINATIE EN REGELGEVING .....</b>                                                                                                         | <b>7</b> |
| <b>6. BELEIDSMATIGE AANBEVELING .....</b>                                                                                                            | <b>8</b> |
| <b>7. REFERENTIES .....</b>                                                                                                                          | <b>8</b> |

### **1. Verplichte ziekteverzekering versus aanvullende privéverzekeringen**

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) garandeert alle verzekerden toegang tot een basispakket aan gezondheidszorg, waarin ook de behandeling van psychiatrische stoornissen is opgenomen. Deze verplichte ziekteverzekering voorziet in terugbetaling van onder meer ambulante consultaties bij psychiaters en medicamenteuze behandelingen, binnen de geldende voorwaarden en conventietarieven. Ook hospitalisatie omwille van psychiatrische zorg wordt in principe terugbetaald via de verplichte verzekering.

Naast deze verplichte ziekteverzekering kunnen burgers zich bijkomend verzekeren via aanvullende of privéverzekeringen, zoals hospitalisatieverzekeringen, reisverzekeringen of verzekeringen voor gewaarborgd inkomen. Deze aanvullende verzekeringen bieden extra financiële bescherming, maar stellen vaak strengere voorwaarden, waarbij bepaalde psychiatrische aandoeningen of behandelingen uitgesloten worden of aanleiding geven tot een bijpremie.

### **2. Discriminatie in verzekeringspolissen met betrekking tot hulpverlening voor psychiatrische stoornissen**

Hoewel het achterliggende doel van verzekeringspakketten is om toegankelijke zorg te garanderen voor alle burgers, blijft er sprake van systematische discriminatie ten aanzien van psychiatrische aandoeningen, zeker in de aanvullende verzekeringspakketten.

Een belangrijke kentering hierin vormde de recente wijziging van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, zoals goedgekeurd op 21 april 2024. Deze wijziging heeft betrekking op de uitsluitingsgronden binnen de niet-verplichte ziekteverzekering met betrekking tot pogingen tot zelfdoding. Sinds de inwerkingtreding van deze wetswijziging in november 2024, is het

verzekeringsmaatschappijen niet langer toegestaan om een poging tot zelfdoding uit te sluiten van dekking in een ziektekostenverzekeringsovereenkomst. Evenmin mogen zij om die reden een bijpremie aanrekenen of de verzekering weigeren wanneer de verzekeringsnemer eerder een poging tot zelfdoding ondernam.

Ondanks deze belangrijke hervorming, die een duidelijke vooruitgang betekent voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen, blijven in verzekeringspolissen nog steeds diverse discriminerende bepalingen bestaan. Vooral stoornissen in het gebruik van middelen – waaronder intoxicaties – worden vaak expliciet uitgesloten of beperkt, maar ook psychiatrische zorgverlening in het algemeen wordt vaak beperkt. Mogelijks is dit het gevolg van het maatschappelijk nog steeds bestaande maar op geen bewijs rustende *morele model* dat de problematiek toewijst aan een gebrekkige wilskracht van het individu.

In wat volgt bieden we een overzicht van de nog bestaande discriminerende clausules in polisvoorwaarden met betrekking tot middelengebruik, alsook van andere uitsluitingen die betrekking hebben op psychiatrische aandoeningen.

### **3. Discriminatie in verzekeringspolissen met betrekking tot stoornissen in het gebruik van middelen (met inbegrip van intoxicaties)**

#### **3.1. Situering van middelenmisbruik als behandelbare problematiek**

Verslavingsproblematiek treft 8–10% van de Belgische volwassenen in de vorm van risicovol middelengebruik (Bonnewyn et al., 2007). Europese schattingen wijzen op een prevalentie van 5-9% voor een stoornis in middelengebruik (SUD), vooral alcohol, gevolgd door cannabis en opiaten (Trimbos, 2023; EMCDDA, 2024; Sciensano, 2022). Verslaving wordt erkend als een chronische, recidiverende aandoening, beïnvloed door neurobiologie en omgevingsfactoren, vergelijkbaar met somatische aandoeningen zoals diabetes (Koob & Volkow, 2016; McLellan et al., 2000). Bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) loopt de comorbiditeit op tot 50% (Hunt et al., 2018).

Verslavingsstoornissen zijn goed behandelbaar. Zowel medicatie (zoals naltrexon en methadon) als psychotherapie (zoals CGT en motiverende gespreksvoering) tonen effectiviteit aan in gebruiksreductie en levenskwaliteit (NICE, 2022; Dutra et al., 2008). Geïntegreerde modellen, zoals ACT met verslavingscomponent, zijn superieur aan gescheiden zorgvormen bij comorbiditeit (Drake et al., 2001). Een divers ambulant en residentieel zorgaanbod is beschikbaar waarbij de zorgdoelen afgestemd kunnen worden op de specifieke zorgvraag, gaande van *harm reduction* en preventie over vroeginterventie tot individuele en groepsgerichte behandelvormen vanuit een biopsychosociale en herstelgerichte benadering. Complexe zorgvragen, zoals bij comorbiditeit met (andere) psychiatrische aandoeningen, kunnen indicatief zijn voor een noodzakelijk langdurige residentiële geïntegreerde benadering (Mueser & Drake, 2007).

De totale maatschappelijke kost van middelengebruik in België bedroeg in 2014 ongeveer 4,6 miljard euro, waarvan alcoholgebruik 2,1 miljard vertegenwoordigde (Lievens et al., 2014). Deze kost omvat gezondheidszorg, justitie, arbeid en verkeersongevallen. Internationale studies tonen aan dat elke euro/dollar geïnvesteerd in verslavingszorg gemiddeld 4 tot 7 euro/dollar oplevert in besparingen op maatschappelijke kosten (Zorginstituut Nederland; NIDA, 2020).

### 3.2. Risico van exclusie van verslavingszorg uit verzekeringspakketten

Het uitsluiten van verslavingszorg uit verzekeringspakketten ondermijnt zowel volksgezondheid als maatschappelijke efficiëntie. Verslaving is een chronische aandoening met sterke neurobiologische en psychosociale determinanten, geen moreel falen. Zonder verzekerde toegang tot behandeling worden mensen met middelenproblematiek aan hun lot overgelaten, wat leidt tot escalatie, crisissituaties en comorbiditeit. Dit resulteert in hogere kosten voor spoedzorg, justitie, sociale diensten en productiviteitsverlies. Uitsluiting leidt dus tot schijnbare besparing met reële maatschappelijke verliesposten. Bovendien worden stigma en de ongelijkheid in toegang tot zorg op deze manier enkel groter. Preventie, vroeginterventie en -behandeling zijn kosteneffectief én humaan. Het niet verzekeren van verslavingszorg is maatschappelijk laakbaar en kortzichtig.

### 3.3. Discriminerende praktijken met betrekking tot stoornissen in het gebruik van middelen: Hospitalisatieverzekeringen

Bij Belgische verzekeringsmakelaars is een problematiek met middelen (bijna) systematisch een uitsluitingscriterium voor een hospitalisatieverzekering:

- **DKV** (*DKV Hospi Essential, DKV Hospi Comfort, DKV Hospi Premium+*)
  - Uitsluiting van kosten die het gevolg zijn van het gebruik van drugs.
  - Uitsluiting van kosten ten gevolge van onder meer staat van dronkenschap, strafbare intoxicatie of soortgelijke toestand als gevolg van andere middelen dan alcohol, alcoholisme, toxicomanie of oneigenlijk gebruik van geneesmiddelen.
- **AG Insurance:**
  - Uitsluiting van de gevolgen van het gebruik of misbruik van alcohol of verdovende middelen.
- **AXA Belgium** (*Hospi & Assist +*)
  - “De verzekering biedt geen tussenkomst voor ziekten, aandoeningen of letsels veroorzaakt door dronkenschap, alcoholisme of gebruik van verdovende middelen of geneesmiddelen indien deze niet medisch werden voorgeschreven.”
- **Ethias** (*Hospi-quality, Hospi-quality+*)
  - Ziekten of ongevallen die overkomen:
    - In staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van verdovende middelen, narcotica, geneesmiddelen of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij u het bewijs kan leveren dat u uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen hebt gebruikt of hiertoe door een derde werd gedwongen
    - Ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen
    - Ontwenning, ongeacht of deze het gevolg is van het gebruik van alcohol, drugs, verdovende middelen of elke andere substantie waarvoor er een ontwenning is
- **CM** (*MediKo Plan*)
  - “Kosten die het gevolg zijn van een staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van de verzekerde of het zonder medisch voorschrift onder invloed staan van verdovende middelen, narcotica, hallucinogenen, andere drugs of geneesmiddelen, indien er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval een oorzakelijk verband bestaat.”

► Uitzondering: “wanneer bewezen wordt dat de verzekerde door onwetendheid drank of verdovende middelen gebruikte of er door een derde toe werd gedwongen.”

- **KBC**

- Een ziekte voortvloeiend uit een overmatig gebruik van alcoholhoudende dranken of van verdovings-, hallucinerende of andere geestverruimende of geestverminderende middelen, tenzij de verzekerde bewijst dat het gebruik van deze middelen medisch verantwoord was.

- **Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (VNZ)**

- “De verzekeraar keert de tegemoetkomingen, zoals omschreven in artikel 11, niet uit wanneer de gevraagde tegemoetkoming [...] het gevolg is van dronkenschap, alcoholisme of alcoholintoxicatie van de verzekerde, of van het misbruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs.”

- **Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen (Hospiplan)**

- Hospitalisatie die het gevolg zijn van dronkenschap, alcoholisme of alcoholintoxicatie van de verzekerde, of van het misbruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs.

- **Helan Onafhankelijk Ziekenfonds**

- “Worden niet gedekt, de kosten van de hospitalisatie en de verzorging van een ziekte of een ongeval: 1) die zich voordoen op een ogenblik waarop de verzekeringsnemer zich onder de invloed van bedwelmende of verdovende middelen of van andere drugs bevond; 2) die het gevolg zijn van dronkenschap, alcoholisme of toxicomanie.

### 3.4. Discriminerende praktijken met betrekking tot stoornissen in het gebruik van middelen: Gewaarborgd Inkomen of inkomstenverliesverzekering

Ook in de context van gewaarborgd inkomen of inkomstenverliesverzekeringen zijn er regelmatig exclusieclausules te vinden voor stoornissen in het gebruik van middelen.

- **AXA Belgium (Income & Secure):** exclusie van ““Drugsverslaving, inclusief drankzucht en overmatig gebruik van geneesmiddelen.”
- **Vivium** sluit arbeidsongeschiktheid uit die ontstaat, bevorderd of verergerd wordt door misbruik van alcohol, verdovende middelen of geneesmiddelen, evenals verslaving of enige vorm van toxicomanie of alcoholisme.
- **DKV Belgium** vermeldt eveneens een algemene uitsluiting van arbeidsongeschiktheid gerelateerd aan chronisch middelenmisbruik, inclusief verslavingsproblematiek (“Intoxicatie, chronische of niet-accidentele toxicomanie”).
- **Ethias:** “Ziekten of ongevallen die de verzekerde overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld): 1) in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van doping, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, 2) ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen.”

Overigens is op te merken dat niet elke verzekeringsmakelaar helder is over de voorwaarden van gewaarborgd inkomen, mogelijks/wellicht bestaan er exclusieclausules bij andere maatschappijen.

### 3.5. Discriminerende praktijken met betrekking tot stoornissen in het gebruik van middelen: Reisverzekeringen

Ook reisverzekeringen sluiten meermalen terugbetaling of repatriëring in kader van middelenproblematiek uit.

- **DKV**
  - In geval van staat van dronkenschap, strafbare intoxicatie, alcoholisme, toxicomanie of andere soortgelijke toestand dat het gevolg is van andere producten dan alcoholische dranken, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestanden en de behoefte aan bijstand.
- **AG Insurance**
  - De nood aan bijstand die ontstaan is terwijl de verzekerde zich in staat van dronkenschap of strafbare alcoholintoxicatie bevond of in een gelijkaardige staat voortspruitend uit andere producten dan alcoholische dranken.
- **AXA Belgium**
  - “We komen niet tussen voor de verzekerde als die zich schuldig maakt aan een zware fout waardoor bijstand nodig is. Onder een zware fout verstaan we: 1) een verzekerde die zich in een toestand van alcoholintoxicatie van meer dan 0,8 promille alcohol in het bloed of in een toestand van dronkenschap bevindt op het moment van het schadegeval, en daardoor niet langer de volledige controle over zijn handelingen heeft; 2) een verzekerde die zich op het ogenblik van het schadegeval in een gelijkaardige toestand bevindt ten gevolge van het gebruik van drugs, geneesmiddelen of andere hallucinogene middelen, en daardoor niet langer de volledige controle over zijn handelingen heeft.”
- **Ethias**
  - Geen recht op terugbetaling of repatriëring bij de tussenkomsten voortvloeiend uit een zelfmoordpoging of het gebruik van verdovende middelen.
- **KBC**
  - Overmatig gebruik van alcohol, geneesmiddelen of verdovende middelen die niet door een geneesheer zijn voorgeschreven.
- **Allianz**
  - Overmatig gebruik van geneesmiddelen, gebruik van drugs, verdovende of opwekkende middelen, dronkenschap of alcoholisme.

### 4. Andere discriminerende praktijken met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblematiek in aanvullende polissen

Daarnaast leggen veel hospitalisatieverzekeringen een beperking op aan de maximale duur van psychiatrische opnames waarvoor terugbetaling mogelijk is.

- Zo bieden **AXA** en **Ethias** hospitalisatieverzekeringen aan voor een totale maximale duur van 12 maanden, **Solidaris**, **KBC** en **AG Insurance** voor een totale maximale duur van 24 maanden. Dit is accumulatief over de opnames heen. **Helan onafhankelijk ziekenfonds** beperkt dit zelf tot twintig dagen per jaar.
- **CM (Hospitoplan)** beperkt de terugbetaling voor hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis, dienst intensieve psychiatrische aandoeningen en dienst psychogeriatrische aandoeningen tot 1500 euro per verzekerde en per kalenderjaar

- **Liberaal Mutualiteit (LMCare+)** betaalt alleen hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie of kinderneuropsychiatrie in een algemeen ziekenhuis terug, met een tegemoetkoming die is beperkt tot 800 euro per aangeslotene en per kalenderjaar, en helemaal niet als het doorgaat in een medisch-psychiatrisch centrum.
- **Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (VNZ) en Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen** beperken de tegemoetkoming voor hospitalisaties in een ziekenhuisdienst neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psychiatrie tot 25.000 euro per jaar. **VNZ** voorziet wel een *Hospiplus* polis zonder deze beperking.

Daarnaast zijn er ook andere indicaties in de context van psychiatrische opnames die geregeld als uitsluitingscriteria worden opgenomen:

Een andere indicatie die tot discriminatie leidt, is de uitsluiting van terugbetaling van kosten ten gevolge van gedwongen opnames in het kader van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, zoals onder meer het geval is bij **Solidaris**.

Ondanks de eerder vermelde wetwijziging van April 2024 leggen **Ethias** en **NN** beperkingen op voor schuldsaldoverzekeringen in geval van zelfmoord (Geen tussenkomst in geval van zelfmoord van de verzekerde tijdens het eerste jaar van het contract)

Daarnaast zijn er ook andere (subtielere) vormen van discriminatie. Sommige verzekeringsmaatschappijen hanteren bij geestelijke gezondheidsproblemen standaard een tweede beoordeling door een controlearts, vaak aangevuld met uitgebreide diagnostische evaluaties, zonder dat dit expliciet in de polisvoorwaarden wordt vermeld. Voor andere (niet-psychiatrische) aandoeningen zijn dergelijke systematische extra controles ons niet bekend. Dit suggereert het bestaan van verhoogde toetredingsdrempels die specifiek gericht zijn op personen met psychische aandoeningen, wat de toegang tot adequate zorg en erkenning van de problematiek aanzienlijk kan bemoeilijken.

## 5. Discriminatie en regelgeving

Op Europees niveau is het recht op non-discriminatie verankerd in artikel 21 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie. Dit artikel verbiedt discriminatie op diverse gronden, waaronder handicap en gezondheidstoestand. Hoewel dit een algemeen verbod op discriminatie inhoudt, zijn er geen specifieke bepalingen die zich richten op discriminatie in hospitalisatieverzekeringen met betrekking tot middelenmisbruik (Website Europese Unie Youth Europa).

Internationaal benadrukken de 'International Guidelines on Human Rights and Drug Policy' het belang van het recht op gezondheid voor mensen die drugs gebruiken. Deze richtlijnen, ondersteund door onder andere de Wereldgezondheidsorganisatie en het VN-ontwikkelingsprogramma, stellen dat staten passende maatregelen moeten nemen om onrechtmatige discriminatie in drugswetten, -beleid en -praktijken te voorkomen, te identificeren en te verhelpen, inclusief discriminatie op basis van drugsafhankelijkheid

In verschillende landen is er een verbod op discriminatie door hospitalisatieverzekeringssmaatschappijen met betrekking tot verslaving en zelfmoord, zoals in Nederland, Verenigde Staten en Finland.

In de Verenigde Staten is de 'Mental Health Parity and Addiction Equity Act' (MHPAEA) van 2008 van kracht. Deze wet vereist dat gezondheidsverzekeringen geen beperkingen opleggen aan geestelijke

gezondheidszorg en verslavingsbehandelingen die restrictiever zijn dan die voor andere medische zorg. Dit betekent dat behandelingen voor middelenmisbruik onder dezelfde voorwaarden moeten worden gedekt als andere medische behandelingen (Dexter, 2024).

In Finland verbiedt de 'Non-Discrimination Act' discriminatie op diverse gronden, waaronder handicap, wat ook geestelijke gezondheidsproblemen en verslavingen omvat.

## 6. Beleidsmatige aanbeveling

Op basis van bovenstaande gegevens kan rationeel geconcludeerd worden dat verslavingsstoornissen gekenmerkt worden door een hoge prevalentie, maar met een aantoonbare behandelbaarheid. Daarnaast is de maatschappelijke kost van verslavingsproblematiek aanzienlijk, terwijl bewezen is dat interventies substantiële baten opleveren, zowel op individueel als maatschappelijk vlak.

Gezien het *relapsing-remitting* karakter in sommige beloopsvormen kan een rantsoenering van de terugbetaalbare zorgperiodes klinisch contraproductief zijn. Bovendien is het vanuit een socio-economische invalshoek in het belang van de verzekeringssector om de drempel tot adequate zorg zo laag mogelijk te houden gezien de ontegensprekelijke directe en indirecte kost voor micro- en macro-omgeving.

Toch sluiten veel – zo niet de meeste – verzekeringsmakelaars in hun hospitalisatiepolissen de vergoeding voor zorgverlening bij middelenmisbruik expliciet uit. In tal van landen is dergelijke uitsluiting wettelijk verboden wegens haar discriminerend karakter. Ook in België is gelijkaardige wetgeving dringend noodzakelijk.

In ruimere zin kan ook de maximale duur van psychiatrische opnames waarvoor terugbetaling wordt toegestaan in verschillende hospitalisatieverzekeringspolissen ter discussie worden gesteld.

Tenslotte is het monitoren van nieuwe wetgeving aangewezen. In samenwerking met patiëntenorganisaties kan nagegaan worden of het werkveld alle aspecten van de nieuwe wetgeving rond suïcidediscriminatie in de praktijk heeft gebracht.

## 7. Referenties

- Anda, R. F., et al. (2006). *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 256(3), 174–186.
- Bonnewyn A, Bruffaerts R, Vilagut G, Almansa J, Demyttenaere K. Lifetime risk of mental disorders in the Belgian general population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2007;42:522–9.
- Bouwmeester, O., et al. (2021). *Kosten van middelengebruik in Nederland*. RIVM.
- Drake, R. E., & Mueser, K. T. (2000). *Psychiatric rehabilitation of severe mental illness and co-occurring substance use disorder*. Psychiatric Services, 51(4), 467–469.
- Drake, R. E., et al. (2001). *Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness*. Psychiatric Services, 52(4), 469–476.
- Dutra, L., et al. (2008). *A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders*. American Journal of Psychiatry, 165(2), 179–187.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); European Drug Report 2024

- Hunt, G. E., et al. (2018). *Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders*. Journal of Clinical Psychiatry, 79(2), 17r11746.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). *Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis*. The Lancet Psychiatry, 3(8), 760–773.
- Lievens, D., Vander Laenen, F., Putman, K., Pauwels, L., & Hardyns, W. (2014). *De sociale kost van alcohol, illegale drugs en psychoactieve medicatie in België (SOCOST-studie)*. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Mueser, K. T., & Drake, R. E. (2007). Comorbidity: What have we learned and where are we going? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(1), 64–69.
- McLellan, A. T., et al. (2000). *Addiction is a chronic disease*. JAMA, 284(13), 1689–1695.
- NICE (2022). *Drug misuse prevention: targeted interventions*. National Institute for Health and Care Excellence.
- Sciensano 2022. Het gebruik van drugs in België: De voornaamste resultaten uit Drug Vibes – De Belgische drugsbevraging
- Trimbos Instituut (2023). *Nationale Drug Monitor: Jaarbericht 2022*.
- Verhulst, B., et al. (2015). *Genetics of substance use*. Annual Review of Clinical Psychology, 11, 241–263.
- WHO (2021). *Global status report on alcohol and health*.
- <https://biblio.dkv.be/pdfbib.ashx?lang=nl&id=31175.pdf>
- <https://biblio.dkv.be/pdfbib.ashx?lang=nl&id=31174.pdf>
- <https://biblio.dkv.be/pdfbib.ashx?lang=nl&id=31173.pdf>
- <https://ag.be/particulieren/nl/verzekeringen/gezondheid/hospitalisatieverzekering-ag-care>
- <https://www.ethias.be/content/dam/B2C/general/pdf/general-conditions/av-hospi-quality-nl.pdf>
- [https://multimediafiles.kbcgroup.eu/ng/published/KBC/PDF/VERZEKERINGEN/hospitalisatie\\_vzk/kbc-hospitalisatieverzekering-algemene-voorwaarden.pdf](https://multimediafiles.kbcgroup.eu/ng/published/KBC/PDF/VERZEKERINGEN/hospitalisatie_vzk/kbc-hospitalisatieverzekering-algemene-voorwaarden.pdf)
- [https://cm-mc.bynder.com/m/1cca2dbb18d2b6f9/original/CM\\_verzekeringen\\_Algemene-voorwaarden\\_2025\\_spread.pdf](https://cm-mc.bynder.com/m/1cca2dbb18d2b6f9/original/CM_verzekeringen_Algemene-voorwaarden_2025_spread.pdf)
- <https://cdn.website.axa.be/nl-be/-/media/axa-documents/library-public/cg/2/0/0/8/8/30023f012020cg/Collectieve%20verzekeringsspolis%20Gezondheidszorg en%20HOSPI%20%E2%82%B0%20ASSIST%20+%20-%20Algemene%20voorwaarden%20-%2001%E2%80%A42020%20-%2020240918.pdf?rev=9f92a4e8f75c40e7a46e80c190e60d42>
- [https://youth.europa.eu/get-involved/your-rights-and-inclusion/right-non-discrimination\\_nl](https://youth.europa.eu/get-involved/your-rights-and-inclusion/right-non-discrimination_nl)
- <https://www.humanrights-drugpolicy.org>
- <https://www.verywellhealth.com/does-insurance-cover-therapy-5218524>
- [https://www.ethias.be/upload/pdf/nl/entreprises/av/AV%20GewaARBorgd%20Inkomen%202152-604-11\\_07.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ethias.be/upload/pdf/nl/entreprises/av/AV%20GewaARBorgd%20Inkomen%202152-604-11_07.pdf?utm_source=chatgpt.com)
- [https://biblio.dkv.be/pdfbib.ashx?lang=nl&id=35102.pdf&\\_ga=2.5261235.1281311344.1683527987-1672961598.1650974727&\\_gac=1.171230740.1680783602.EAlaIQobChMIh7jR456V\\_gIVzuR3Ch1zdw\\_NEAAiAAEgJ9IPD\\_BwE](https://biblio.dkv.be/pdfbib.ashx?lang=nl&id=35102.pdf&_ga=2.5261235.1281311344.1683527987-1672961598.1650974727&_gac=1.171230740.1680783602.EAlaIQobChMIh7jR456V_gIVzuR3Ch1zdw_NEAAiAAEgJ9IPD_BwE)
- [https://www.dkv.be/nl/je-gezondheid/gewaARBorgd-inkomen-premie?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.dkv.be/nl/je-gezondheid/gewaARBorgd-inkomen-premie?utm_source=chatgpt.com)
- Vlaams Patiëntenplatform 2025: hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten