

AANBEVELING ZORGSCHADE

OKTOBER 2025



INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	3
2. DOELSTELLING VAN DE AANBEVELING ZORGSCHADE	3
3. GEBRUIKTE TERMINOLOGIE	4
4. PROCESBESCHRIJVING	7
5. BIJLAGE 1: Schema's bovengebruikelijke zorgbehoefte	10
6. BIJLAGE 2: Voorbeelden bij schema's bovengebruikelijke zorgbehoefte	11
FINANCIËLE PARAGRAAF	12

1. INLEIDING

De Aanbeveling Zorgschade 2025 is de opvolger van de Handreiking Zorgschade 2017.¹

De Handreiking Zorgschade is in 2017 tot stand gekomen als resultaat uit de consultaties naar aanleiding van het Conceptwetsvoorstel schadevergoeding zorg- en affectieschade uit 2014. Met het oog op de positie van de zorgbehoevende, heeft de letselschadebranche aangeboden tot een regeling te komen die recht doet aan de uitgangspunten en doelstellingen van dit wetsvoorstel. Het wetsvoorstel was bedoeld om de zorgbehoevende met een omvangrijke zorgbehoefte meer regie te geven over de organisatie van de zorg die hij door de schadeveroorzakende gebeurtenis nodig heeft.

De branche heeft de problematiek van zorgdossiers in beeld gebracht via expertmeetings, onder leiding van Siewert Lindenbergh², en de werkgroep Zorgschade. De uitkomsten zijn verwerkt in de Handreiking Zorgschade 2017, die de noodzaak voor een wettelijke regeling wegnam.

Aansluitend is in 2018 een start gemaakt met de Financiële Paragraaf die in 2020 aan de branche is voorgelegd. De branche gaf toen vooral feedback op de Handreiking Zorgschade 2017. Via de toenmalige Werkgroep Normering (nu Permanente Commissie Normering) en het Platformoverleg van De Letselschade Raad, is de Financiële Paragraaf uiteindelijk in 2022 in gebruik genomen als integraal onderdeel van de Handreiking Zorgschade.

Inmiddels heeft de branche ervaring opgedaan met de Handreiking Zorgschade inclusief de Financiële Paragraaf en is er feedback uit de branche gekomen. Hieruit is gebleken dat de handreiking op onderdelen aanpassing behoeft.

Daarom heeft een nieuwe werkgroep Zorgschade de handreiking geëvalueerd en gewijzigd. De werkgroep bestond ook deze keer uit een afvaardiging uit de branche. Daarnaast stond de stuurgroep Zorgschade die verantwoordelijk was voor het proces.

De werkgroep heeft de feedback uit de branche bestudeerd en heeft daarbij voortdurend het belang van de zorgbehoevende in ogenschouw genomen. Ook is rekening gehouden met de diverse belangen van betrokken partijen en deskundigen.

De werkgroep beoogt met de Aanbeveling Zorgschade de branche verbeterde handvatten te bieden om de zorgbehoevende te faciliteren in de regiefunctie en daarmee het proces van zorgschadedossiers te verbeteren.

Voor de Aanbeveling Zorgschade gelden toepassingscriteria. Mochten partijen dit wensen, en hierover overeenstemming hebben, dan kunnen zij de methodiek echter ook op andere dossiers met een zorgbehoefte toepassen.

2. DOELSTELLING VAN DE AANBEVELING ZORGSCHADE

De Aanbeveling Zorgschade is bedoeld om letselschadeslachtoffers met een blijvende en complexe en/of intensieve (bovengebruikelijke) zorgbehoefte te faciliteren in de zorgsituatie die past bij hun wensen en mogelijkheden.

Hiervoor biedt de Aanbeveling Zorgschade een procesbeschrijving met:

1. handvatten voor een concrete en objectieve beoordeling door een zorgschadedeskundige over de aard en omvang van de zorgbehoefte en voor het bepalen van het vereiste deskundigheidsniveau voor de uitvoering van de diverse zorgtaken;
2. een beoordelingskader voor het vaststellen van de aard en omvang van de bovengebruikelijke zorgbehoefte; en
3. handvatten om inzicht te krijgen in welke zorgregelingen ingezet kunnen worden.

1 Vanwege het hanteren van een eenduidige terminologie binnen De Letselschade Raad wordt niet langer de term handreiking gebruikt en hanteert De Letselschade Raad uitsluitend nog de termen aanbeveling en richtlijn: <https://deletselschaderaad.nl/richtlijnen/>. Derhalve wordt de Handreiking Zorgschade vanaf heden de Aanbeveling Zorgschade genoemd.

2 <https://www.eur.nl/people/siewert-lindenbergh>.

3. GEBRUIKTE TERMINOLOGIE

In dit hoofdstuk worden alle relevante termen beschreven die voorkomen in de Aanbeveling Zorgschade.

Zorgbehoefte:

De aard en omvang van de zorg die in een concrete situatie nodig is om in het dagelijks leven³ te kunnen functioneren. De zorgbehoefte wordt geduid in zorgfuncties: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en toezicht. Ook hulp bij het huishouden en/of zorg voor huisgenoten kan een onderdeel van de zorgbehoefte zijn.

In de praktijk komen ook regelmatig behoeften naar voren die hierbuiten vallen, zoals respijtzorg⁴, vervoersbehoefte⁵ of administratieve ondersteuning⁶. De zorgschadedeskundige kan dit desgewenst beschrijvend opnemen in de uiteindelijke rapportage.

De Aanbeveling Zorgschade gaat uit van een blijvende en complexe en/of intensieve (bovengebruikelijke) zorgbehoefte.

- **Complexe zorg:** zorg die in alle opzichten onvermijdelijk is.
- **Blijvende zorg:** de zorg die naar huidig inzicht en verwachting permanent en dus niet van voorbijgaande aard is.
- **Intensieve zorg:** omvangrijke zorg in tijdsduur en/of frequentie.

Zorgfuncties:

Persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, toezicht en hulp bij het huishouden. De hieronder genoemde opsommingen binnen de zorgfuncties zijn niet limitatief.

Persoonlijke verzorging

De functie persoonlijke verzorging omvat de ondersteuning bij of het overnemen van activiteiten voor de persoonlijke verzorging. Het gaat bijvoorbeeld om wassen en aankleden, in en uit bed gaan, veranderen van houding, eten en drinken aanreiken of geven, hulp bij de toiletgang, aanreiken van medicatie, zorg voor haren, nagels en huid.

Verpleging

Verpleegkundige taken die worden uitgevoerd op medische indicatie van een arts. Hieronder vallen activiteiten zoals: controle op lichaamsfuncties, wondverzorging, ondersteuning bij uitscheiding, toedienen van medicatie, verpleegkundige begeleiding bij de uitvoering van zelfzorg en andere niet nader gespecificeerde verpleegkundige handelingen.

Begeleiding

Activiteiten die de zorgbehoevende ondersteunen bij de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen en het aanbrengen en behouden van structuur in de regie over het persoonlijk leven.

De functie begeleiding is gericht op het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de zorgbehoevende. Doel van de begeleiding is om ervoor te zorgen dat de zorgbehoevende in de eigen omgeving kan blijven wonen.

Toezicht

Activiteiten die zowel op geplande als op ongeplande momenten kunnen plaatsvinden, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen.

Toezicht is bedoeld om dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie vroegtijdig te signaleren, wat tijdig ingrijpen mogelijk maakt om escalatie van onveilige/

-
- 3 Het dagelijks leven is het patroon van gebruikelijke handelingen en bezigheden die in een bepaalde periode als voor de hand liggend beschouwd worden, gebeurtenissen of daden die geen bijzonder karakter hebben en volgens een min of meer regelmatig ritme terugkeren.
 - 4 Respijtzorg is het tijdelijk overdragen van zorg aan derden. Dit kunnen professionals zijn, maar ook informele zorgverleners die de zorg tijdelijk overnemen.
 - 5 Sec verplaatsen van A naar B zonder ondersteuning.
 - 6 Het gaat hier om ondersteuning die meer behelst dan de dagelijkse omgang met betaalmiddelen, post en het overzicht houden van de persoonlijke administratie.

gevaarlijke/ (levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties te voorkomen.

Hulp bij het huishouden

Huishoudelijke taken, zoals maaltijd bereiden (inclusief voorbereidende taken en het opruimen), boodschappen doen, zorgen voor en het organiseren van het huishouden, zoals bedden verschonen, sanitair schoonmaken, vloeren stofzuigen en/of dweilen, ramen zemen en zorg voor de kleding.

Ook de zorg voor huisgenoten valt hieronder, zoals zorg voor en opvang van (jonge) kinderen of partners.

Zorg(verlening):

In de praktijk zijn er verschillende soorten zorg, elk met hun eigen karakter, namelijk: gebruikelijke zorg en bovengebruikelijke zorg, mantelzorg, vrijwilligerszorg, informele zorg en professionele zorg.

Gebruikelijke zorg

Er is een onderscheid tussen gebruikelijke zorg bij kinderen en gebruikelijke zorg bij volwassenen. Het betreft zorg die op grond van de relatie in een concrete situatie passend is te achten. Bij het bepalen wat de omvang van gebruikelijke zorg is, wordt de situatie zonder de schadeveroorzakende gebeurtenis meegewogen.

Gebruikelijke zorg bij kinderen

Kinderen zijn vanaf de geboorte volledig afhankelijk van de zorg van hun ouders. Zij ontwikkelen zich in stapjes naar zelfstandige en zelfredzame volwassenen. De gebruikelijke zorg die ouders moeten bieden, verandert met deze ontwikkeling mee.

Een veilige woonomgeving staat synoniem voor gebruikelijke zorg. Dit betekent onder andere dat:

- de lichamelijke en sociale veiligheid van het kind is gewaarborgd, en
- er een bij de leeftijd van het kind passend opvoedkundig klimaat is, en
- dat de verzorging, begeleiding en stimulans die nodig is bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid wordt geboden.

Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die ouders geacht worden aan hun kinderen te bieden. Voor minderjarige kinderen (tot 18 jaar) geldt dat ouders hen behoren te verzorgen, op te voeden en toezicht te bieden. Jonge kinderen hebben meer zorg nodig van hun ouders dan oudere kinderen. Sommige handelingen vallen dus op jonge leeftijd nog onder gebruikelijke zorg, maar worden op latere leeftijd als bovengebruikelijke zorg gezien. Bij gebruikelijke zorg en letselschade wordt inzichtelijk gemaakt en meegewogen hoe de situatie zonder de schadeveroorzakende gebeurtenis was en zou zijn geweest.

Gebruikelijke zorg bij volwassenen

Dit is de normale, dagelijkse zorg die partners en volwassen kinderen geacht worden elkaar onderling te bieden omdat ze als leefeenheid een gezamenlijk huishouden voeren en daarom een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het functioneren van dat huishouden.

Denk hierbij aan de zorg die men gebruikelijk was te verlenen al voor de schadeveroorzakende gebeurtenis, zoals de was doen, de maaltijd bereiden, een kop koffie zetten, boodschappen doen, het ondersteunen bij het aankleden, het aantrekken van steunkousen, et cetera. Voor het bepalen van gebruikelijke zorg bij volwassenen na letselschade wordt inzichtelijk gemaakt en meegewogen hoe de taakverdeling in het huishouden zonder de schadeveroorzakende gebeurtenis was en zou zijn geweest.

Bovengebruikelijke zorg⁷:

De zorg die niet als gebruikelijk kan worden aangemerkt. Hier kan deels of volledig via (zorg)regelingen een indicatie mogelijk zijn.

Mantelzorg

Een mantelzorger biedt op basis van de sociale relatie vrijwillig zorg aan zorgbehoevende familieleden of vrienden. Dit kan verzorging zijn of hulp bij dagelijkse activiteiten.

7 In de Handreiking Zorgschade werd het begrip bovennormale zorg gebruikt. Dit begrip is in de Aanbeveling Zorgschade komen te vervallen. In de bijlage wordt het begrip bovengebruikelijke zorg schematisch toegelicht.

Vrijwilligerszorg

Zorg op vrijwillige basis aan de zorgbehoevende buiten het eigen sociaal netwerk, eventueel aanvullend op professionele zorg of ter ondersteuning van mantelzorg.

Informele zorg

Informele zorg wordt geboden door één of meerdere personen die een nauwe sociale relatie hebben met de zorgbehoevende en die bereid zijn om hem of haar langdurig zorg te verlenen.

Mocht de informeel zorgverlener wegvallen, dan wordt uitgegaan van vervanging van de (bovengebruikelijke) zorguren door professionele zorgverlening met dezelfde aard en omvang.

Professionele zorg

Professionele zorg wordt geboden door één of meerdere professionals die daarvoor zijn opgeleid en worden betaald. Deze zorgverlener dient bevoegd en bekwaam te zijn voor het uitvoeren van handelingen. Een professionele zorgverlener is werkzaam voor een zorgorganisatie of heeft een inschrijving bij de Kamer van Koophandel, een BIG-registratie of AGB-code. Een professionele zorgverlener die bij zijn partner of kind zorg verleent, is volgens de Aanbeveling een *informele* zorgverlener.

Zorgschade

De schade die een slachtoffer lijdt door een zorgbehoefte die hij heeft als gevolg van letsel, ontstaan door een schadeveroorzakende gebeurtenis.

Zorgschadedeskundige

De zorgschadedeskundige brengt de zorgbehoefte in kaart.

De zorgschadedeskundige moet aantoonbare ervaring hebben met dergelijke onderzoeken en met de letselschadepraktijk (bij voorkeur minimaal drie tot vijf jaar). Een zorgschadedeskundige stelt nimmer een diagnose. Medische informatie dient te allen tijden door (de medisch adviseurs van) partijen, dan wel met toestemming van de zorgbehoevende door de behandelsector/specialisten te worden aangeleverd.

Ergotherapeuten zijn bij voorkeur toegerust om de zorgbehoefte in kaart te brengen.

De ergotherapeut is een hbo-opgeleid paramedicus die beperkingen, participatieproblemen en de invloed van externe en persoonlijke factoren op het functioneren in het

dagelijks leven inzichtelijk kan maken door observatie en analyse van de (gediagnosticeerde) stoornissen. Oftewel, de diagnose wordt door de ergotherapeut vertaald naar stoornissen, beperkingen en dagelijks functioneren.

Dat gebeurt met de International Classification of Function, Disability and Health (ICF) als methodiek om het menselijk functioneren te beschrijven.

De bevindingen vormen het uitgangspunt voor de onderbouwing van de zorgbehoefte van de zorgbehoevende en zijn omgeving. Is er een discrepantie tussen de relatie van de componenten, dan kan dat aanleiding zijn om meer (para)medische informatie op te vragen en/of vragen te stellen aan een medisch adviseur, behandelend arts of paramedici.

Het betreffen niet enkel ergotherapeuten die toegerust zijn als zorgschadedeskundigen. In de branche zijn ook verpleegkundigen, arbeidsdeskundigen en andere disciplines als ervaren zorgschadedeskundigen werkzaam.

4. PROCESBESCHRIJVING

Inleiding

Een zorgschadedeskundige voert de stappen van onderstaand proces uit, na een gezamenlijke opdracht van partijen te hebben ontvangen. De zorgschadedeskundige heeft de opdracht de zorgbehoefte in kaart te brengen volgens de methodiek van de Aanbeveling Zorgschade.

Dit proces en de volgorde van de stappen zijn niet statisch. Zo kan bijvoorbeeld de inzet van hulpmiddelen al starten voordat vaststaat of een zorgbehoevende voldoet aan de criteria van de Aanbeveling Zorgschade, of voordat er al sprake is van bovengebruikelijke zorg door een (in)formeel zorgverlener.

Om de leesbaarheid te bevorderen, gebruiken we hierna soms hij/hem bij verwijzing naar de zorgschadedeskundige.

Stap 1. Beoordelen toepassingscriteria

De Aanbeveling Zorgschade is uitsluitend bedoeld voor en van toepassing op situaties waarin sprake is van een blijvende en complexe en/of intensieve zorgbehoefte.

De zorgschadedeskundige stelt vast of aan de toepassingscriteria is voldaan. Uitgangspunt hierbij is dat geheel of gedeeltelijk informele zorg wordt ingezet.

De zorgbehoevende is aangewezen op:

- permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel, of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid, om op relevante momenten hulp te bieden om ernstig nadeel te voorkomen.

Om te kunnen vaststellen of de situatie van de zorgbehoevende voldoet aan de criteria, kan overleg met onder andere de behandelende sector en/of met de medisch adviseurs van (letselschade)partijen noodzakelijk zijn. De zorgschadedeskundige neemt hiertoe het initiatief.

Stap 2. Inventariseren zorg: aard en omvang van de zorgbehoefte

De zorgschadedeskundige brengt eerst in beeld hoe de huidige zorgsituatie feitelijk is ingevuld.

Vervolgens brengt hij de zorgbehoefte in kaart, waarbij hij een onderverdeling maakt in de verschillende zorgfuncties:

- verpleging;
- persoonlijke verzorging;
- begeleiding;
- toezicht;
- huishoudelijke hulp.

De zorgschadedeskundige hanteert bij de beoordeling van de zorgbehoefte de daadwerkelijk benodigde tijd per zorgfunctie. Daarnaast brengt hij overige aspecten in kaart, zoals administratieve ondersteuning, vervoer, respijtzorg en dergelijke.

Per zorgfunctie maakt hij de aard en omvang per dag/week gedetailleerd inzichtelijk, waarbij hij rekening houdt met wisselende periodes, zoals schoolvakanties. De beschreven zorgfuncties kunnen niet gelijktijdig plaatsvinden.

De zorgschadedeskundige beschrijft ook:

- welke hulpmiddelen gebruikt (kunnen) worden, bijvoorbeeld tijdens de persoonlijke verzorging;
- of de zorg met een of twee zorgverleners wordt of kan worden verleend etcetera;
- de gebruikelijke zorg die een ouder/partner geacht wordt te bieden;
- de zorg die de zorgbehoevende wenst.

Ook in deze fase kan overleg wenselijk zijn met bijvoorbeeld de behandelende sector, medisch adviseurs van (letselschade)partijen en met ingeschakelde (professionele) zorgverleners. De zorgschadedeskundige neemt het initiatief hiertoe en voert de regie.

Stap 3. Inzet van aanpassingen, hulpmiddelen, voorzieningen en zorgregelingen

De zorgschadedeskundige doet onderzoek naar de noodzaak en mogelijkheden van aanpassingen aan de woning waar betrokkene woont of gaat wonen, de noodzakelijke en mogelijke inzet van hulpmiddelen en voorzieningen en/of de mogelijkheid om gebruik te maken van zorgregelingen.

Aanpassingen, hulpmiddelen en voorzieningen kunnen van invloed zijn op de aard en omvang van de zorgbehoefte en de zelfstandigheid van de zorgbehoevende.

Denk hierbij aan:

A. Wonen

Is de woning geschikt voor de zorgverlening of is deze geschikt te maken door aanpassingen? Onderdeel hiervan is het opstellen van een programma van eisen,⁸ rekening houdend met het Handboek voor toegankelijkheid⁹.

B. Verplaatsen

Hoe verplaatst de zorgbehoevende zich? Zijn er voorzieningen mogelijk voor het zelfstandig verplaatsen in en om de woning en welke eisen worden hieraan gesteld?

C. Vervoer

Welke vervoersbehoefte heeft de zorgbehoevende? Is zelfstandig rijden mogelijk? Welke eisen zijn er aan de vervoersvoorziening? Denk aan het meenemen van een handbike, maar ook aan een scootmobiel of een aangepaste fiets en dergelijke.

D. Hulpmiddelen en voorzieningen

Welke hulpmiddelen en voorzieningen zijn noodzakelijk voor de zorgverlening en het zelfstandig(er) functioneren van de zorgbehoevende? Denk hierbij aan een tillift, glijzeil of hulpmiddelen voor het huishouden of het uitvoeren van taken in de keuken en dergelijke.

E. (Zorg)regelingen in breedste zin

Inzicht in toepasselijke (zorg)regelingen, zoals een indicatie voor begeleiding (Wmo/Jeugdwet), intensieve kindzorg, Wlz-indicatie, Extra Kosten Thuis, meerzorg enzovoort.

Stap 4. Deskundigheid en de personele organisatie

Na stap 1 tot en met 3 volgt het vaststellen van de benodigde deskundigheid om de bovengebruikelijke zorgtaken verantwoord en bestendig/duurzaam uit te voeren.

Doorgaans is er sprake van een hybride vorm van zorgverlening: een deel gerealiseerd door professionals en een deel door informele zorgverleners.

De personele organisatie moet de volledige aard en omvang van de zorgbehoefte dekken.

In deze stap wordt duidelijk wat er nodig is om de bovengebruikelijke zorg in aard en omvang uit te voeren. De zorgschadedeskundige vermeldt ook bij de zorgtaken die informele zorgverleners gaan uitvoeren het deskundigheidsniveau. Bepaalde zorghandelingen zijn voorbehouden aan gespecialiseerde deskundigen. Soms kunnen niet-deskundigen worden getraind, waarna zij bevoegd zijn specifieke zorgtaken uit te voeren. Er zijn diverse zorgtaken die informele zorgverleners kunnen uitvoeren, na enige training of uitleg.

De zorgschadedeskundige voert het bezinningsgesprek. Dit houdt in dat hij met de informele zorgverlener(s) bespreekt wat de impact op termijn voor hen kan zijn wanneer ze een deel van de zorgverlening langdurig/blijvend op zich nemen. Ook de consequenties van de keuze voor inzet van een of meer informele zorgverleners komen aan bod. Idealiter is de zorgbehoevende hierbij aanwezig. Deze actie is niet strikt voorbehouden aan deze fase van het onderzoek. De zorgschadedeskundige zal ook in voorgaande stappen de informele zorgverleners informeren en wijzen op de gevolgen van de keuze om de zorg thuis te realiseren.

Als de zorgschadedeskundige al eerder in het proces constateert dat de informele zorgverleners de daadwerkelijk benodigde zorgtaken niet (duurzaam) kunnen bieden en/of de zorgsituatie niet realiseerbaar is, wordt dit besproken met de zorgverleners en betrokken partijen. De zorgschadedeskundige zal alternatieven voorstellen.

Stap 5. Conclusie zorgbehoefte

Stap 5 vat de bevindingen uit de stappen 1 tot en met 4 over de zorgbehoefte samen.

De zorgschadedeskundige rapporteert de bovengebruikelijke zorgbehoefte, voor zover deze nog niet anderszins is ingevuld, naar aard en omvang in uren/

8 Een programma van eisen bestaat uit de eisen of randvoorwaarden waaraan de woning moet voldoen. Denk hierbij aan deurbreedtes, rolstoel toe- en doorgankelijkheid, draaicirkels en bruikbaarheid van de diverse woonvertrekken.

9 Dit handboek belicht de ergonomische aspecten bij het programmeren, ontwerpen, bouwen en beheren van voor iedereen toegankelijke stedelijke inrichting, gebouwen en woningen.

minuten. Indien nodig stelt hij een herijkingsmoment van de zorgbehoefte voor.

Stap 6. Vervolg voor betrokken partijen

Het is vervolgens aan partijen om met gebruik van de Financiële Paragraaf, die integraal onderdeel uitmaakt van de Aanbeveling Zorgschade, de zorgschade vast te stellen.

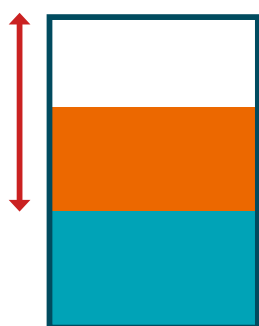
Bovengebruikelijke zorg

Het schema op de volgende pagina toont de mogelijke invulling van de zorgbehoefte, inclusief het gedeelte bovengebruikelijke zorg.

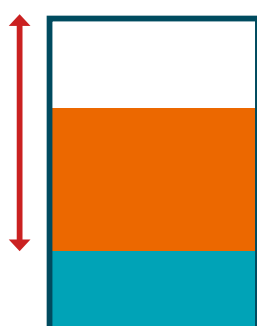
5. BIJLAGE 1: Schema's bovengebruikelijke zorgbehoefte

Bovengebruikelijke zorgbehoefte

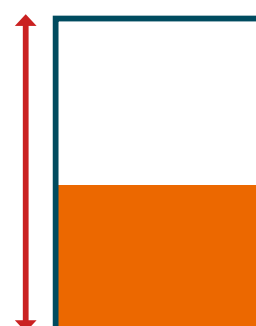
- Zorgbehoefte
- Gebruikelijke zorg
- Wet & regelgeving: indicatie
- Bovengebruikelijke zorgbehoefte



VOORBEELD
kind



VOORBEELD
volwassene
met partner



VOORBEELD
volwassene
alleenstaand

6. BIJLAGE 2: Voorbeelden bij schema's bovengebruikelijke zorgbehoefte

Ten behoeve van de leesbaarheid van voorgaande schema's zijn hieronder twee voorbeelden uitgewerkt. Deze zijn enkel ter illustratie. Ieder dossier staat op zichzelf en zal door de zorgschadedeskundige worden onderzocht.

Voorbeeld kind

8-jarig jongetje heeft ten gevolge van een ongeval een hoge partiële dwarslaesie (tetraplegisch: alle vier de ledematen zijn aangedaan: spastische verlamming) en is bekend met lichte NAH-problematiek. Hij volgt mytylonderwijs en heeft dagelijks intensieve zorg nodig: persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding. Hij is de middelste uit een gezin van drie kinderen en was voor het ongeval zelfredzaam conform zijn leeftijd.

Het jongetje kreeg na het ongeval eerst alleen begeleiding en zorg vanuit de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet. Een Wlz-indicatie was afgewezen omdat er vraagtekens waren of zijn huidig functioneren het eindstadium was, of dat hij toch nog leerbaar zou zijn. Het jongetje heeft op een gegeven moment een overstap gemaakt naar het tytylonderwijs. Uiteindelijk is er een Wlz-indicatie afgegeven. Daarmee wordt een deel van de bovengebruikelijke zorgbehoefte ingevuld, maar dit is niet toereikend. Voor het resterende deel moet een andere oplossing worden bedacht.

Stel dat dit 8-jarige jongetje voor het ongeval een pittige, ondernemende knul was die zelfstandiger was in zijn dagelijks functioneren in vergelijking met zijn leeftijdsgenoten, dan betekende dit dat de gebruikelijke zorg die ouders boden vóór het ongeval minder was dan gebruikelijk is voor kinderen van dezelfde leeftijd. Daardoor zal de bovengebruikelijke zorgbehoefte omvattender zijn dan voor de 8-jarige die voor het ongeval op een leeftijdsconform niveau functioneerde in het dagelijks leven.

Stel dat dit 8-jarige jongetje voor het ongeval bekend was met een autismespectrumstoornis, dan boden zijn ouders vóór het ongeval meer gebruikelijke zorg dan gemiddeld voor zijn leeftijd. De bovengebruikelijke zorgbehoefte zal dan kleiner zijn dan voor de 8-jarige, die voor het ongeval op een leeftijdsconform niveau functioneerde in het dagelijks leven.

Voorbeeld volwassene

40-jarige getrouwde man heeft ten gevolge van een motorongeval letsel opgelopen, te weten niet aangeboren hersenletsel. Betrokkene heeft bij alle dagelijkse handelingen begeleiding nodig. Hij heeft een Wmo-indicatie voor begeleiding. Betrokkene gaat enkele dagen naar de dagbesteding.

Hij is in staat met aansturing zichzelf te wassen en aan te kleden en de maaltijd te nuttigen.

Voor het ongeval dronk het echtpaar gezamenlijk koffie, ontbeten ze samen en werden de maaltijden afwisselend door hen klaargemaakt. Het samen aan tafel zitten om de maaltijd te nuttigen en koffie te zetten, is tijdsbesteding die er reeds voor het ongeval was en gebruikelijk is. Nu wordt de betrokkene door zijn echtgenote aangestuurd tijdens de maaltijden omdat hij de handelingen vergeet en gestimuleerd moet worden om te eten. Dit kost meer tijd dan voorheen. Daarnaast biedt echtgenote, verspreid over de dag, begeleiding bij alledaagse activiteiten. Samen is dit de bovengebruikelijke zorgbehoefte te noemen. Een gedeelte van die tijd wordt vergoed vanuit de indicatie, maar dit is niet toereikend. Voor het resterende deel moet een andere oplossing worden bedacht.

Stel dat de 40-jarige man alleenstaand was, dan zou er geen sprake zijn van gebruikelijke zorg en zou de bovengebruikelijke zorgbehoefte omvangrijker zijn, in vergelijking met die van de 40-jarige getrouwde man die voor het motorongeval gewend was om samen met zijn partner activiteiten te doen.

**FINANCIËLE
PARAGRAAF**

AANBEVELING ZORGSCHADE

OKTOBER 2025

FINANCIËLE PARAGRAAF

Inleiding

De Financiële Paragraaf maakt integraal onderdeel uit van de Aanbeveling Zorgschade. Van de Financiële Paragraaf kan alleen gebruik worden gemaakt wanneer de Aanbeveling Zorgschade is toegepast voor het bepalen van de bovengebruikelijke zorgbehoefte.

De Financiële Paragraaf biedt handvatten om een “compensatie voor de bovengebruikelijke zorgbehoefte” vast te stellen. Hiermee wordt de zorgbehoevende in staat gesteld informele zorg in te kopen. De compensatie wordt gebaseerd op een per zorgfunctie gedifferentieerd bedrag voor begrote uren van de bovengebruikelijke zorgbehoefte voor de informele zorgverleners. Daarmee worden de meest voorkomende situaties ondervangen.

Informele netto zorgtarieven Financiële Paragraaf (prijspeil 1 januari 2025)¹

Verpleging (V)	€ 34,- per uur
Persoonlijke Verzorging (PV)	€ 19,- per uur
Begeleiding Individueel (BI)	€ 25,- per uur
Huishoudelijke Hulp (HH)	€ 12,- per uur
Toezicht (T)	€ 12,- per uur

Informeel zorgtarief

Bij het vaststellen van de tarieven is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij het *netto equivalent* van de in de Wlz-tariefstelling genoemde maximum bedragen. Deze Wlz-tarieven betreffen maximale bruto-tarieven voor professionele zorgverleners.

De functies zijn afzonderlijk financieel gewaardeerd. Omdat de zorgkosten in beginsel integraal onderdeel kunnen zijn van de schade van de zorgbehoevende, wordt de compensatie uitgekeerd aan de zorgbehoevende. Er kunnen echter casuïstische redenen zijn om hiervan af te wijken.

De tarieven van de Financiële Paragraaf zijn afgerond op hele euro's. Jaarlijks, per 1 januari, zullen de tarieven, indien nodig gezien de afronding op hele euro's, worden herzien

afhankelijk van de wijzigingen van de tarieven binnen de Wlz.

Let op! Indien de bovengebruikelijke zorgbehoefte door professionele zorgverleners wordt ingevuld, zijn de informele netto-zorgtarieven **niet** van toepassing.

Vaststellen compensatie bovengebruikelijke zorgbehoefte

De uiteindelijke compensatie wordt door partijen vastgesteld nadat de bovengebruikelijke zorgbehoefte in aard en omvang is vastgesteld door een zorgschadedeskundige. Een zorgschadedeskundige is géén partij en zal nooit de hoogte van de compensatie vaststellen. Dit is aan betrokken partijen en heeft betrekking op de schaderegeling, waar nimmer een rol is weggelegd voor een zorgschadedeskundige.

¹ De tarieven zijn per 1-1-2025 met 4,95 % verhoogd.

BIJLAGE I:

Toelichting totstandkoming tariefstelling

De zorgfuncties hebben een verschillende waardering, zoals dat ook geldt voor de financiële waardering voor de door professionele zorgverleners verrichte zorgtaken. Dat daarbij naar die tarievenstructuur voor de professionele zorgverleners is gekeken, ligt dan ook voor de hand. Er is aangehaakt bij het netto-equivalent van de uurtarieven voor de professionele zorgverleners. De praktijk leert dat vooralsnog slechts sporadisch informele zorgverleners over de aan hen door de zorgbehoevende uitgekeerde compensatie fiscaal belast worden. Daarmee ontvangen zij in feite datgene wat de professionele zorgverlener overhoudt.

De in de Financiële Paragraaf gehanteerde informele zorgtarieven betreffen, zoals beschreven, het netto equivalent van de Wlz-tarieven. Naast belastingheffing is tevens rekening gehouden met 30% werkgeverslasten.

Aan zorgverleners moet ten minste het wettelijk minimumloon (WML) worden betaald. Aan informele zorgverleners mag uit het pgb van de Wlz (per 1 januari 2025) maximaal € 25,65 *bruto* per uur worden betaald. Wanneer rekening wordt gehouden met belastingheffing en werkgeverslasten resulteert dit in € 12,- *netto* per uur (zonder loonheffingskorting).

Het WML per 1 januari 2025 bedraagt € 14,06 *bruto* per uur. Dit komt neer op € 8,90 *netto* per uur (zonder loonheffingskorting).

De tarieven van de Financiële Paragraaf (het netto equivalent) zijn hiermee minimaal gelijk aan het WML en gelijkgesteld met het maximale informele netto zorgtarief van de Wlz.

Johanna Kruidhof

Komt de hoogte van de in dit kader aangehouden uurtarieven ter sprake, dan wordt voorts nogal eens gewezen op het arrest uit 1999 in de zaak van Johanna Kruidhof. Er wordt daarbij verondersteld dat de Hoge Raad de weg heeft opengezet naar vergoeding voor zorg en verpleging op basis van tarieven van een professionele zorgverlener.

De professionele tarieven vormen indachtig het arrest van de Hoge Raad de bovengrens. Kiest een informele zorgverlener er voor zijn beroep en daarmee zijn arbeidsinkomen op te geven voor zorg en verpleging,

Tarieven per 1 januari 2025

zorgfunctie	Wlz-bruto tarief *	Informeel netto zorgtarief	afgerond informeel zorgtarief
verpleging (V)	€ 69,05	€ 33,65	€ 34,-
persoonlijke verzorging (PV)	€ 38,22	€ 18,63	€ 19,-
begeleiding individueel (BI)	€ 50,73	€ 24,72	€ 25,-
huishoudelijke hulp (HH)	n.v.t.	€ 12-- **	€ 12,-
toezicht (T)	n.v.t.***	€ 12,- **	€ 12,-
* <i>bruto tarief (inclusief werkgeverslasten).</i> ** <i>cf. uurtarief Richtlijn Huishoudelijke Hulp Letselschade Raad</i> *** <i>De Wlz kent geen apart tarief voor toezicht. Dat is namelijk inherent aan VB (Verblijf)</i>			

De tarieven van de Financiële Paragraaf zijn afgerond op hele euro's. Jaarlijks, per 1 januari, zullen de tarieven worden herzien afhankelijk van de mate van de wijzigingen van de tarieven binnen de Wlz.

dan is het oorspronkelijke salaris een handvat voor de te vergoeden hoogte van de compensatie aan die informele zorgverlener. Mocht het oorspronkelijk verdiende salaris boven het niveau uitstijgen van wat een professionele zorgverlener zou kunnen verdienen, dan ligt de grens van hetgeen de informele zorgverlener in dat geval ten maximale gecompenseerd kan worden, bij dat verdienmodel van die professionele zorgverlener. De in de Financiële Paragraaf genoemde uurtarieven staan dus niet op gespannen voet met het onderhavige arrest. Immers deze netto-tarieven zijn een afgeleide van de bruto maximale tarieven van een professioneel zorgverlener. Voor zover er toch in een incidentele zaak sprake zou zijn van een discrepantie tussen de in de Financiële Paragraaf genoemde uurtarieven en de mogelijke aanspraak op een hogere compensatie, dan geldt voor die gevallen dat partijen kunnen en mogen afwijken van de Aanbeveling Zorgschade en/of de Financiële Paragraaf.

BIJLAGE II:

Fiscale aspecten

Mocht de compensatie van de informele zorgverlener voor de door hem/haar verstrekte invulling van de bovengebruikelijke zorgbehoefte belast worden, dan kan de conclusie zijn dat de Financiële Paragraaf behorende bij de Aanbeveling Zorgschade géén passende oplossing biedt. Partijen kunnen hierover in goed onderling overleg treden om een passende oplossing of tariefstelling met elkaar te bespreken.

Als er al een belastingaanslag volgt, wat in de praktijk geen usance is, dan is het de informele zorgverlener die daarmee geconfronteerd wordt en nooit de zorgbehoevende.

Onder omstandigheden echter kan de zorgbehoevende wel met dat fiscale aspect van een aanslag bij de informele zorgverlener te maken krijgen. Het zou namelijk een reden kunnen zijn voor die informele zorgverlener om, na een belastingaanslag, naar de toekomst toe die werkzaamheden niet langer te willen verrichten tegen de tussen zorgbehoevende en zorgverlener overeengekomen vergoeding.

Verzekeraars erkennen dat, mocht dit aspect zich onverhoopt voordoen, zij een taak hebben om gezamenlijk met alle betrokken partijen tot een oplossing te komen. Daarbij staat voorop dat de zorgbehoevende niet, als het ware, in de kou blijft staan.

Overleg belastingdienst

Omdat veel van de onderliggende uitgangspunten per zaak verschillen, valt er op voorhand geen eenduidige oplossing aan te dragen. Een aantal oplossingsrichtingen kan wel genoemd worden, maar zelfs die kunnen in aard, looptijd en bemensing (meerdere in eenzelfde periode werkzame en/of opeenvolgende informele zorgverleners komt regelmatig voor), als ook per zaak en/of per jaar tot wisselende oplossingen leiden. Bovendien voldoen lang niet alle oplossingen. Uit eerdere ervaring blijkt dat vooraf overleg plegen met de belastingdienst zeer tijdrovend kan zijn en soms meer vragen dan antwoorden oplevert. Daarbij komt dan nog willekeur van de verschillende regionale belastingkantoren. Het brengt dus niet op voorhand die helderheid die wordt beoogd. Integendeel, het kan er juist toe leiden dat een regeling hierop spaak loopt. De belastingdienst laat zich niet altijd op voorhand uit over incidentele gevallen. Dat betekent dat ook regelgeving op dit vlak vooralsnog niet aan de orde is. Daarbij speelt tevens een rol dat de diversiteit in eventueel “belastingplichtig zijn” ook een brede scope kent.

Uiteraard kunnen partijen altijd besluiten om de belastingdienst te raadplegen in een specifieke casus.

Belastinggarantie

Het verstrekken van een belastinggarantie wordt wel als een mogelijke oplossing beschouwd. Echter, het gaat om een mogelijke belastingheffing bij de informele zorgverlener. In veel gevallen zal niet duidelijk zijn wie de informele zorgverlener is. Bij verschillende informele zorgverleners is dan ook vaak niet duidelijk wie de belastingaanslag verkrijgt, waardoor het risico ook niet altijd met een belastinggarantie kan worden afgedekt.

Doet de situatie zich voor, dat de zorg (blijvend) door één vaste informele zorgverlener wordt verleend en het niet in de rede ligt, dat er noch in die persoon van zorgverlener, noch voor wat betreft de vastgestelde bovengebruikelijke zorgbehoefte in de toekomst verandering komt en er toch naar een definitieve afwikkeling van de totale schade van een zorgbehoevende gestreefd wordt? Dan kan er wel een belastinggarantie worden verstrekt op naam van die informele zorgverlener en de zorgbehoevende, rekening houdend met het belastingrisico in verband met de verleende zorg. Hierbij wordt nogmaals opgemerkt dat een definitieve regeling niet vanzelfsprekend de juiste oplossing is bij schades waarop de Aanbeveling Zorgschade en de Financiële Paragraaf van toepassing kunnen zijn.

Gegarandeerde oplossingsrichtingen

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de gegarandeerde oplossingsrichtingen, waar partijen gebruik van kunnen maken:

- Het bijstaan van de informele zorgverlener bij het instellen van bezwaar tegen de aanslag. Naast een gezamenlijk optrekken van alle partijen, behelst dit tevens een garantie dat mogelijke kosten die met dit bezwaar gepaard gaan, door de verzekeraar zullen worden vergoed;
- Het bedrag van de als schadevergoeding aan de zorgbehoevende verstrekte compensatie alsnog herberekenen naar het maximale bruto-uurtarief, zoals opgenomen in de Wlz. Heeft naar die maatstaf de informele zorgverlener meer ontvangen dan het netto-equivalent, dan dient daaruit de belastingheffing voldaan te worden, met dien verstande dat het dan mogelijk nog resterende bedrag van die belastingheffing door de verzekeraar zal worden voldaan. Anders geformuleerd;

“het onder omstandigheden mee laten betalen door de informele zorgverlener aan de belastingheffing, maar maximaal tot een direct vanuit de Wlz af te leiden bovengrens”;

- Het bedrag van de als schadevergoeding aan de zorgbehoevende verstrekte compensatie alsnog herberekenen op basis van hetgeen daadwerkelijk in de periode waarover de belastingaanslag zich uitstrekt aan het inhuren van zorg is besteed. Blijkt vervolgens de schadevergoeding een hogere compensatie te bedragen dan aan zorg-inhuurkosten is besteed? Dan kan eerst uit dat overschot de belastingheffing worden voldaan, met dien verstande dat het dan mogelijk nog resterende bedrag van die belastingheffing door de verzekeraar zal worden voldaan;
- Het eenmalig voldoen door de verzekeraar van die aanslag, maar daar voor de toekomst dan andere afspraken aan verbinden, zoals:
 - een nadere afspraak over de aan te houden uurtarieven;
 - aansluiting zoeken bij het netto-equivalent van het bruto Wlz-uurtarief voor informele zorgverleners met de toezegging dat, mocht er een heffing volgen, die aanslag al dan niet na bezwaar alsnog door de verzekeraar zal worden voldaan;
 - het alsnog inschakelen van louter professionele zorgaanbieders.

Herijking zorgbehoefte

Ongetwijfeld zijn er meer oplossingen en / of tussenvormen van de hiervoor genoemde oplossingsrichtingen denkbaar. Hierbij wordt opgemerkt dat in de praktijk veelal de bovengebruikelijke zorgbehoefte door een zorgschadedeskundige wordt beoordeeld, waarna dit na enkele jaren doorgaans herijkt moet worden door dezelfde of een andere zorgschadedeskundige. De zorgbehoefte kan immers veranderen in de loop der jaren. In de praktijk zal er op het moment van die herijking inzicht zijn in de mogelijke fiscale gevolgen van de compensatie voor de bovengebruikelijke informele zorgbehoefte. Met of zonder Aanbeveling Zorgschade, Financiële Paragraaf of andere oplossingsrichtingen, blijft de basis dat de zorgbehoevende in zijn of haar bovengebruikelijke zorgbehoefte moet kunnen blijven voorzien.

Concrete schadevergoeding

Wel moeten partijen zich realiseren dat als fiscale aspecten een rol gaan spelen, dit tot extra druk op de relatie tussen

zorgbehoevende en informele zorgverlener kan leiden.

Dan wordt het onvermijdelijk om ook strikt “af te rekenen” op basis van de op de Financiële Paragraaf gebaseerde compensatie voor de diverse bovengebruikelijke uren in aard en omvang. Komt dat fiscale aspect alsnog richting de verzekeraar, dan vormt dit een aanleiding voor een verschuiving van abstracte naar concrete schadevergoeding voor de bovengebruikelijke uren in aard en omvang. Voor de zorgbehoevende betekent dit dat hij te allen tijde een nauwgezette administratie moet voeren. Daaruit moet blijken aan welke informele zorgverlener(s) er, voor welke taken en welke bedragen, compensatie voor verrichte informele zorg wordt verstrekt.

Oktober 2025

