



White Paper Zorgfinanciering in beeld

Benchmark VSB financiering
ouderenvoorzieningen 2024-2025

Maart 2026



Inhoud



1	Inleiding	3
2	Bezetting	4
	2.1 Evolutie bezetting WZC incl. CVK	4
	2.2 Bezetting centra voor kortverblijf (CVK)	5
3	Zorggraad	6
	3.1 Evolutie van de zorggraad (WZC + CVK)	6
	3.2 Zorggraad per provincie	7
	3.3 Zorgmix WZC – Verdeling van zorgprofielen	8
	3.4 Bezetting, zorggraad en schaalgrootte	9
4	Personeelsinzet – zorgpersoneel	10
	4.1 Globale inzet verpleging + zorgkundigen	10
	4.2 Verpleegkundigen per 30 bewoners	11
	4.3 Zorgkundigen per 30 bewoners	12
	4.4 Reactivering per 30 bewoners	13
	4.5 Totale inzet VTE per 30 bewoners	14
	4.6 Gemiddelde anciënniteit	15
5	Boven normfinanciering (deel A2)	16
	5.1 Boven normfinanciering (% deel A2 incl. LMZ + BRC)	16
	5.2 Boven normpercentage per zorggraadgroep	17
	5.3 Vier boven normpercentages gecombineerd	18
6	Inzet van uitzendkrachten en zelfstandigen	19
	6.1 Aandeel voorzieningen	19
	6.2 Inzet in % van zorgpersoneel	20
7	Basistegemoetkoming voor Zorg (BTZ) – WZC	21
	7.1 BTZ 2026 per zorggraadgroep	21
	7.2 Resterende loonkost na deel A2 (per 30 bewoners)	22
8	Conclusies	23
9	Slotbeschouwing	24
	Contact	25



1. Inleiding

De Vlaamse ouderenzorg staat al jaren in het teken van toenemende complexiteit. Bewoners stromen later in, zorgnoden worden zwaarder en de maatschappelijke verwachtingen evolueren. In dat landschap vormt de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) een cruciale pijler, met de **Basistegemoetkoming voor Zorg (BTZ)** als een van de belangrijkste financieringsbronnen voor woonzorgcentra (WZC), centra voor kortverblijf (CVK) en centra voor dagverzorging (CDV).

Deze white paper biedt een gestructureerd overzicht van de belangrijkste indicatoren die de BTZ bepalen of beïnvloeden. We baseren ons op de meest recente **referentieperiode 2024-2025** (1 juli 2024 - 30 juni 2025) en werken met een uitgebreide set van **274 woonzorgcentra** (inclusief centra voor kortverblijf). De gegevens werden verzameld via de softwaretoepassing CareConnect Pro Fin binnen de PartnerPlan ProFin dienstverlening van Probis.

Het doel van deze publicatie is tweeledig:

> Positionering

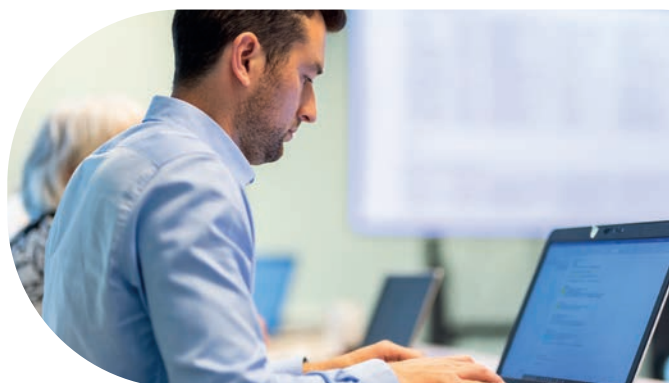
Het document biedt voorzieningen de mogelijkheid om zich te situeren binnen het Vlaamse zorglandschap. Door hun eigen cijfers te vergelijken met medianen, kwartielen en evoluties op langere termijn, krijgen organisaties een duidelijk beeld van hun plaats binnen de brede sector.

> Inzicht

De cijfers worden niet louter weergegeven, maar ook ingebed in de context van methodiek, rechtsvorm (publiek/privaat), zorgzwaarte, personeelsinzet en financieringsmechanismen. Hierdoor ontstaat een helder en volledig beeld van de elementen die de BTZ beïnvloeden.

De analyselogica in dit rapport blijft daarbij consistent:

- > We werken voornamelijk met **mediaanwaarden**, aangevuld met **kwartiel 1 en kwartiel 3** om de spreiding tussen voorzieningen aan te tonen.
- > Waar relevant, onderscheiden we **publieke** en **private** voorzieningen. Die laatste worden voornamelijk vertegenwoordigd door voorzieningen met een VZW-beheersstructuur.
- > Waar zinvol, analyseren we verschillen en verbanden op basis van **schaalgrootte, provincie, of zorggraad**.
- > De **evoluties** worden bekeken over meerdere referentieperiodes om trends en patronen zichtbaar te maken.





Deze white paper vormt daarmee een **toegankelijk maar gedetailleerd referentiedocument** voor bestuurders, directies, financieel verantwoordelijken en beleidsmedewerkers in de ouderenzorg. Het biedt een onderbouwde basis om keuzes te maken rond zorgorganisatie, personeelsinzet, financiële planning en beleidsstrategie.

In de volgende **hoofdstukken** gaan we systematisch in op:

- > bezetting, zorggraad en zorgmix
- > personeelsinzet (zorg en andere profielen) en anciënniteit
- > boven normfinanciering
- > inzet van uitzendkrachten en zelfstandigen
- > evolutie van de BTZ

Samen brengen deze elementen de financiering van de Vlaamse ouderenzorg helder in beeld.



2. Bezetting

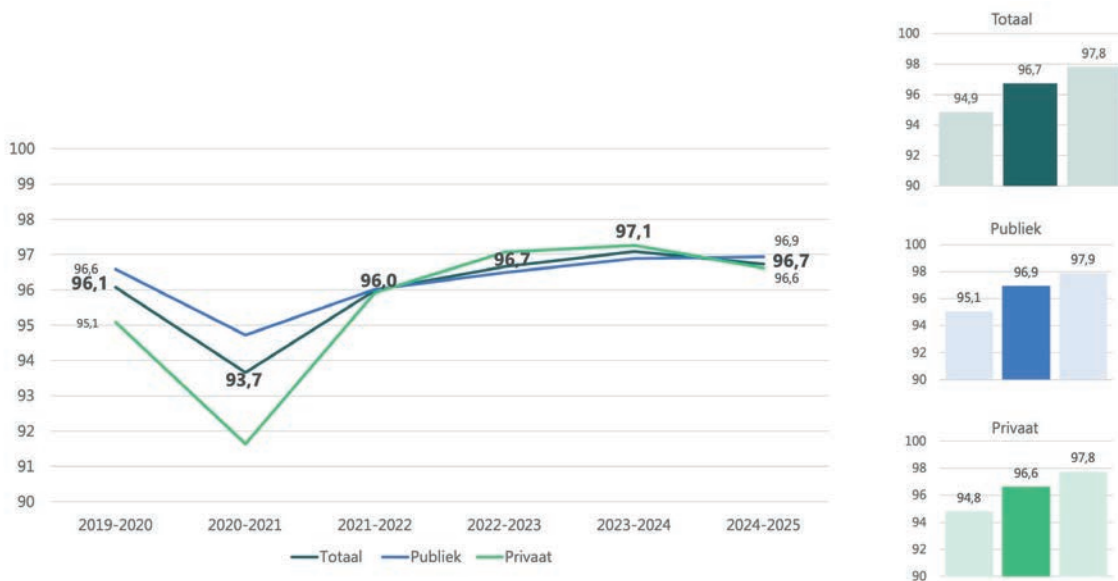
De bezettingsgraad is een eerste bepalende parameter binnen de financiering van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf. Ze vormt de basis voor de berekening van de financieringsnormen en beïnvloedt daarmee direct de inkomsten uit de Basistegemoetkoming voor Zorg (BTZ) en de dagprijs. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van zowel de recente cijfers (referentieperiode 2024-2025) als de evolutie van de bezettingsgraad over de voorbije jaren.

2.1 Evolutie bezetting WZC incl. CVK

De bezettingsgraad van woonzorgcentra, inclusief centra voor kortverblijf, blijft over de jaren heen relatief hoog, maar kent wel lichte schommelingen. De sterke daling tijdens de coronaperiode is zichtbaar in de tijdreeks, met name tijdens referentieperiode 2020-2021, toen de sector werd geconfronteerd met opnamestops en besmettingsuitbraken in een groot aantal voorzieningen.

Na deze periode trad een herstel in, gevolgd door een stabilisatie vanaf referentieperiode 2023-2024. In 2024-2025 is opnieuw een lichte daling zichtbaar.

In onderstaande grafiek tonen we de evolutie op langere termijn als een lijngrafiek en de actuele cijfers van referentieperiode 2024-2025 als kolomgrafieken. Dezelfde weergave keert terug in de volgende hoofdstukken.



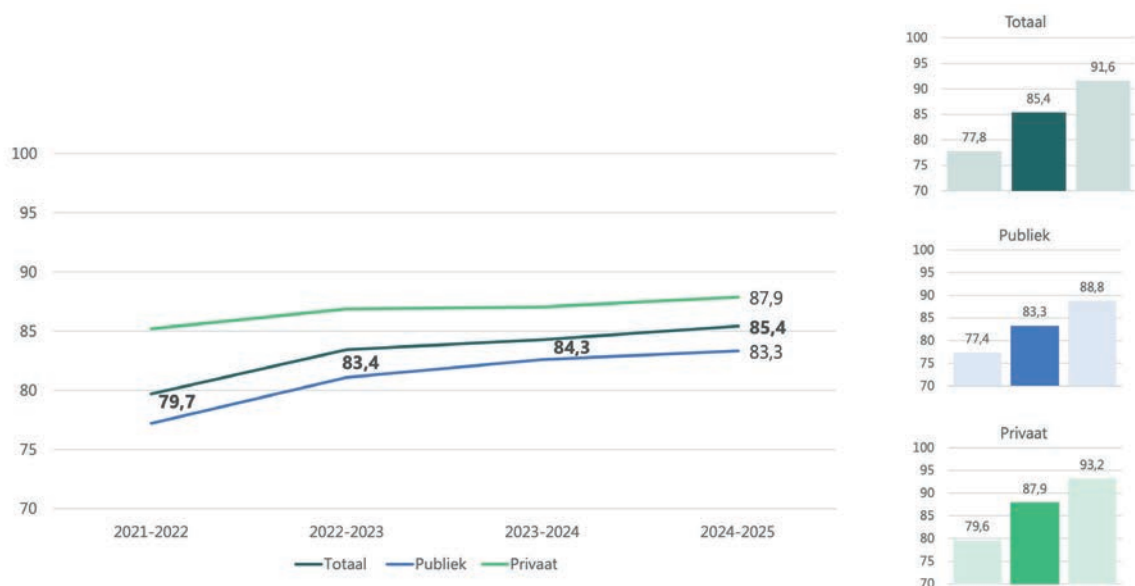
Afbeelding 1: evolutie bezettingsgraad WZC+CVK

De recente daling situeert zich vooral in de private sector, terwijl de publieke sector licht stijgt. Hoewel de verschillen relatief klein lijken, tonen de grafieken duidelijk dat dit toch een merkbare verschuiving is. De Y as in de evolutiegrafiek staat bewust ingezoomd om deze bewegingen duidelijk weer te geven.

Voor een WZC met gemiddelde capaciteit komt een daling van deze omvang neer op een impact van ongeveer 40.000 euro op jaarbasis, rekening houdend met zowel BTZ als dagprijs.

2.2 Bezetting centra voor kortverblijf (CVK)

Voor centra voor kortverblijf zien we een geleidelijke stijging van de bezetting over de recente referentieperiodes. Dit beeld verschilt van dat van de woonzorgcentra en komt in alle sectoren terug.



Afbeelding 2: evolutie bezettingsgraad CVK

De cijfers voor 2024-2025:

- > **Totaal:** 85,41% (toename van 1,13%)
- > **Publiek:** 83,35% (toename van 0,74%)
- > **Privaat:** 87,89% (toename van 0,86%)

Private voorzieningen behalen hierbij opnieuw hogere cijfers dan publieke voorzieningen. De stijging zet zich consistent voort in beide sectoren.



3. Zorggraad

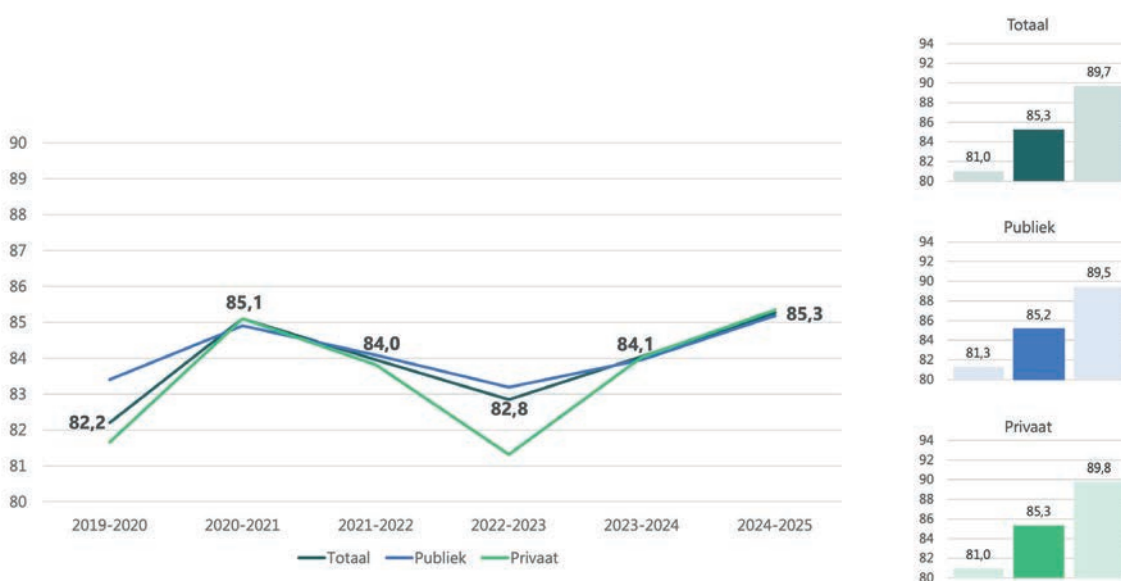
De zorggraad vormt, samen met de bezettingsgraad, een van de kernindicatoren binnen de VSB financiering. Ze geeft de verhouding weer van het aantal bewoners met een zwaar zorgprofiel (B, C, Cd of D) ten opzichte van het totale aantal bewoners. De zorggraad bepaalt rechtstreeks de financieringsnormen in deel A1 van de Basistegemoetkoming voor Zorg (BTZ). Hoe hoger de zorggraad, hoe hoger de berekende personeelsnormen en dus ook het financieringspotentieel, op voorwaarde dat voldoende gekwalificeerd personeel wordt ingezet.

Dit hoofdstuk beschrijft de evolutie van de zorggraad op langere termijn, de vergelijking tussen publieke en private voorzieningen, de verschillen tussen provincies, en de zorgprofielen die de zorggraad mee vormgeven.

3.1 Evolutie van de zorggraad (WZC + CVK)

Over meerdere referentieperiodes heen vertoont de zorggraad duidelijke variaties. Tijdens de coronaperiode nam de zorggraad fors toe. Nadien volgden twee opeenvolgende dalingen, waarna in de afgelopen twee referentieperiodes opnieuw een stijging merkbaar is.

De sectoren liggen daarbij nagenoeg gelijk. De mediane waarden in publiek en privaat verschillen slechts minimaal, en ook de kwartielen bevinden zich dicht bij elkaar. Daarmee tonen de cijfers een sterke convergentie tussen beide sectoren.



Afbeelding 3: evolutie zorggraad WZC+CVK

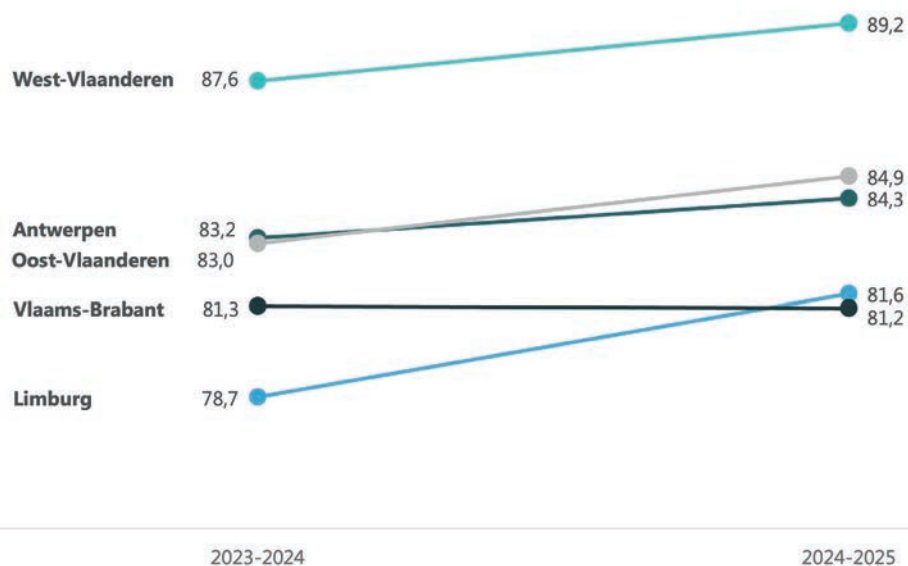
De evolutie tussen de twee meest recente periodes:

- > **Totaal:** 84,03% -> 85,27% (+1,24%)
- > **Publiek:** 83,95% -> 85,18% (+1,23%)
- > **Privaat:** 84,03% -> 85,34% (+1,31%)

Deze resultaten liggen opnieuw in de buurt van de waarden tijdens de coronajaren, waarin de zorggraad tijdelijk sterk was verhoogd.

3.2 Zorggraad per provincie

Voor het tweede jaar op rij werd de zorggraad ook geanalyseerd op provinciaal niveau. De cijfers tonen duidelijke verschillen tussen de provincies:



Afbeelding 4: provinciale spreiding zorggraad WZC+CVK

De evolutie tussen de twee meest recente periodes:

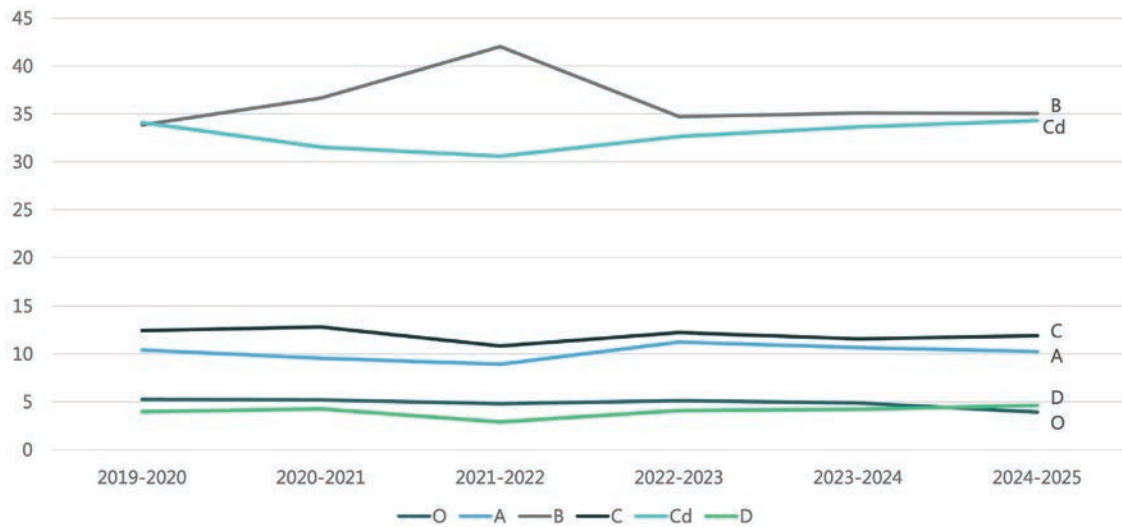
- > **West Vlaanderen** blijft de provincie met de hoogste mediane zorggraad: 89,24%.
- > **Oost Vlaanderen** volgt op korte afstand.
- > **Limburg** kent de grootste stijging: van 78,7% naar 81,6%.
- > **Vlaams Brabant** is de enige provincie waar een lichte daling wordt genoteerd (81,26% → 81,20%).

De spreiding per provincie maakt zichtbaar dat regionale factoren een rol spelen, al worden in dit rapport geen oorzaken daaraan gekoppeld. De cijfers illustreren wel dat de zorggraad niet uniform verdeeld is over Vlaanderen.

3.3 Zorgmix WZC – Verdeling van zorgprofielen

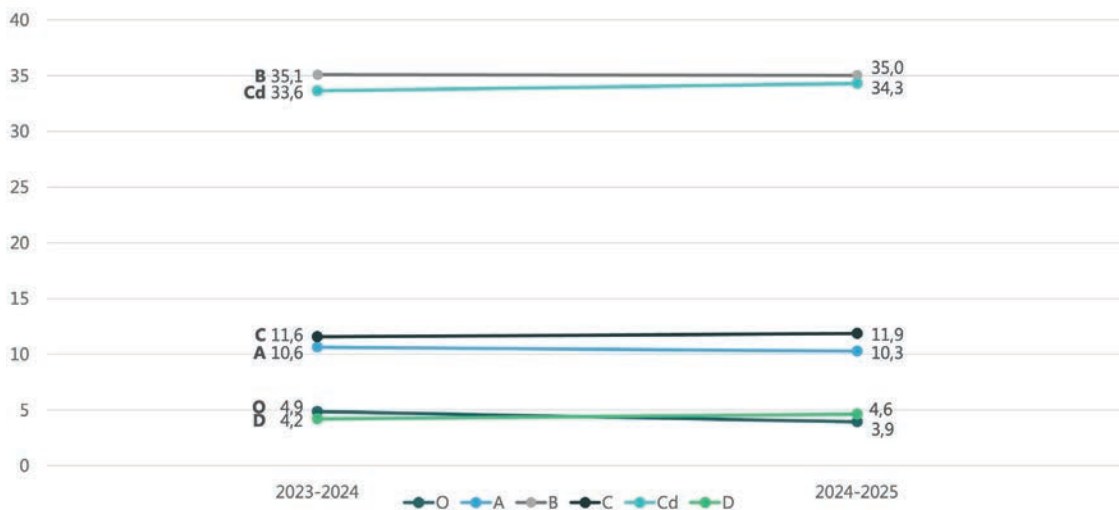
Om de evolutie van de zorggraad beter te begrijpen, wordt gekeken naar de onderliggende verdeling van de zorgprofielen (O, A, B, C, Cd, D). Deze zorgmix toont de verschuivingen binnen de afhankelijkheidscategorieën.

Op lange termijn blijven de meeste zorgprofielen relatief stabiel, met uitzondering van een duidelijke toename van B profielen in 2021-2022 en een gelijktijdige daling van alle andere categorieën dat jaar. In de jaren daarna stabiliseren de profielen opnieuw.



Afbeelding 5: evolutie zorgmix (verdeling zorgprofielen) WZC - langere termijn

De **recente cijfers** tonen een duidelijke stijging in de zware profielen Cd en D, een lichtere stijging in de categorie C, stabiliteit van de B-profielen en een daling in de lichte profielen O en A:



Afbeelding 6: evolutie zorgmix (verdeling zorgprofielen) WZC - korte termijn

De meest uitgesproken bewegingen zijn de toename van de Cd-profielen (+0,7%) en de daling van de O-profielen (-1%). Deze verschuivingen hebben een directe impact op de financieringsnormen, omdat de categorie Cd de hoogste zorgzwaarte vertegenwoordigt en bijgevolg een significant hogere personeelsinzet vereist. Het omgekeerde geldt voor categorie O.

3.4 Bezetting, zorggraad en schaalgrootte

Net als bij de bezettingsgraad blijven de verschillen qua zorggraad beperkt, maar ze tonen wel dat de zorggraad iets hoger ligt bij middelgrote voorzieningen.

Wanneer bezettingsgraad en zorggraad samen bekeken worden in functie van schaalgrootte, ontstaat een consistent beeld:

- > **Middelgrote voorzieningen** (61-100 woonegelegenheden) scoren zowel qua bezetting als zorggraad het hoogst.
- > **Kleine voorzieningen** (tot 60 woonegelegenheden) liggen voor beide parameters eerder op het niveau van de grote of zeer grote voorzieningen dan bij de middelgrote.
- > **Zeer grote voorzieningen** (> 150 woonegelegenheden) behalen iets lagere mediane waarden voor zowel bezetting als zorggraad, maar de verschillen blijven beperkt.



Afbeelding 7: schaalgrootte versus bezetting (links) en zorggraad (rechts)

De vastgestelde verbanden zijn aanwezig, maar niet sterk uitgesproken. De afwijkingen tussen de schaalgroepen liggen binnen een relatief kleine bandbreedte. Het gaat om een correlatie, geen uitgesproken breuklijn.



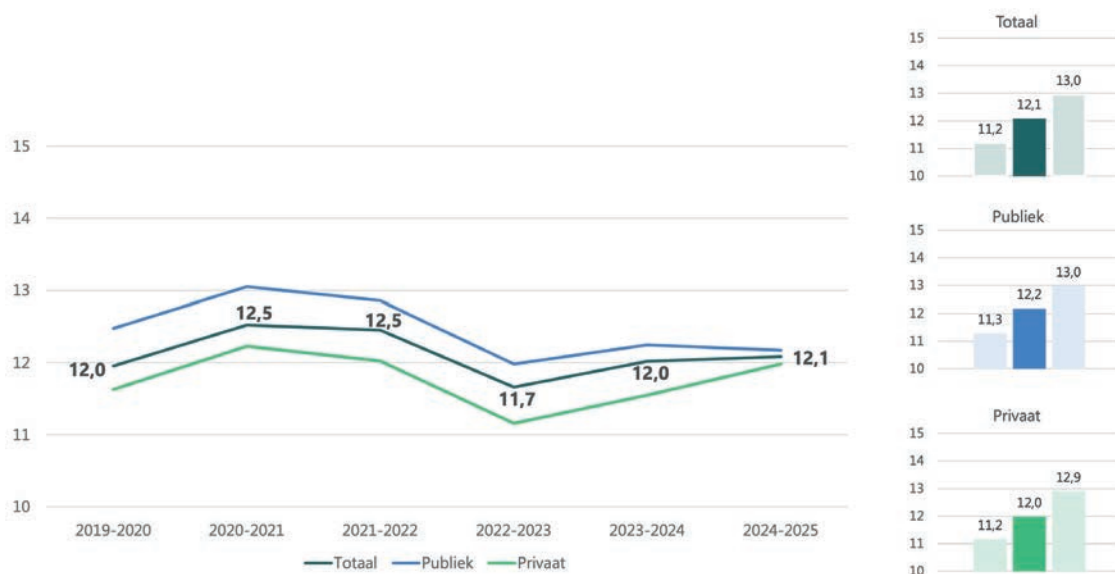
4. Personeelsinzet – zorgpersoneel

De bewonersgegevens (bezetting en zorggraad) vormen de basis voor de berekening van de financieringsnormen. In dit hoofdstuk kijken we eerst naar de effectieve globale inzet van het genormeerd zorgpersoneel (verpleging, zorgkundigen en reactivering) in voltijdse equivalenten (VTE) per 30 bewoners. Op die manier kunnen voorzieningen met verschillende schaalgroottes op een uniforme manier met elkaar vergeleken worden.

Let op: we geven in dit hoofdstuk een overzicht van de totale inzet van zorgpersoneel, los van financiering. De voltijds equivalenten bevatten op dit punt bijgevolg ook niet-gefinancierde profielen (bv. projectsourcing) en elders gefinancierde contracttypes (bv. maribelfinanciering).

4.1 Globale inzet verpleging + zorgkundigen

De gecombineerde inzet van verpleegkundigen en zorgkundigen per 30 bewoners vertoont over de voorbije referentieperiodes een eerder grillig verloop, met een daling in bepaalde jaren en een herstel in andere.



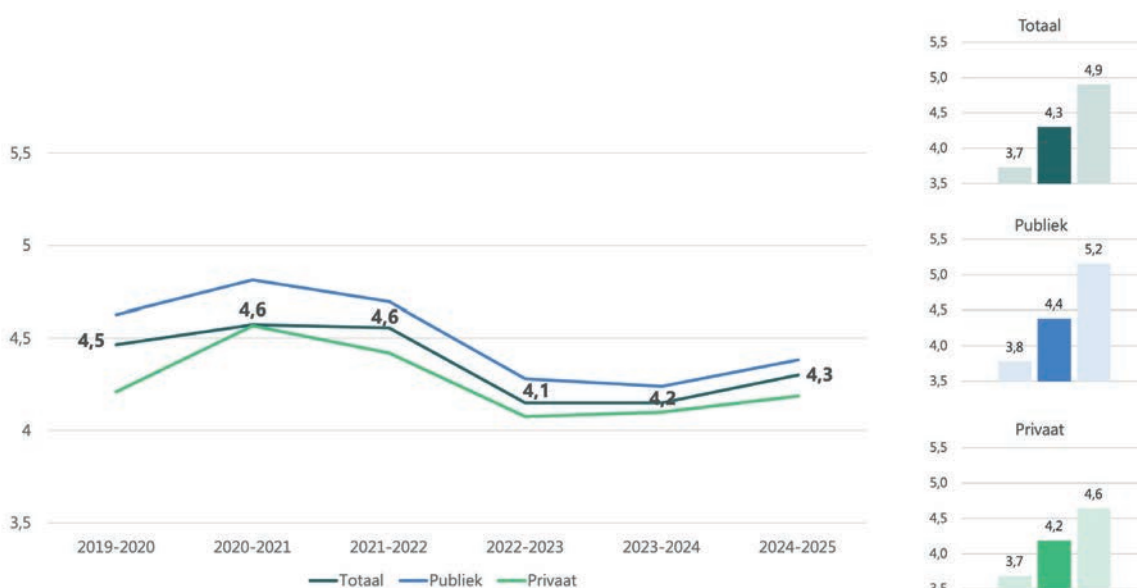
Afbeelding 8: evolutie VTE zorg (VP+ZK) per 30 bewoners

De huidige waarden zijn vergelijkbaar met de inzet in 2019-2020. De kloof tussen publieke en private voorzieningen is kleiner dan ooit: publieke voorzieningen zetten nog steeds iets meer zorgpersoneel in, maar de verschillen zijn beperkt. De herleiding naar VTE per 30 bewoners houdt rekening met de bezettingsgraad, die vooral tijdens de coronaperiode geïmpacteerd werd.

4.2 Verpleegkundigen per 30 bewoners

Wanneer de inzet van verpleegkundigen apart wordt bekeken, zien we:

- > **Totaal:** 4,30 VTE per 30 bewoners
- > **Publiek:** 4,38 VTE
- > **Privaat:** 4,19 VTE



Afbeelding 9: evolutie VTE verpleging per 30 bewoners

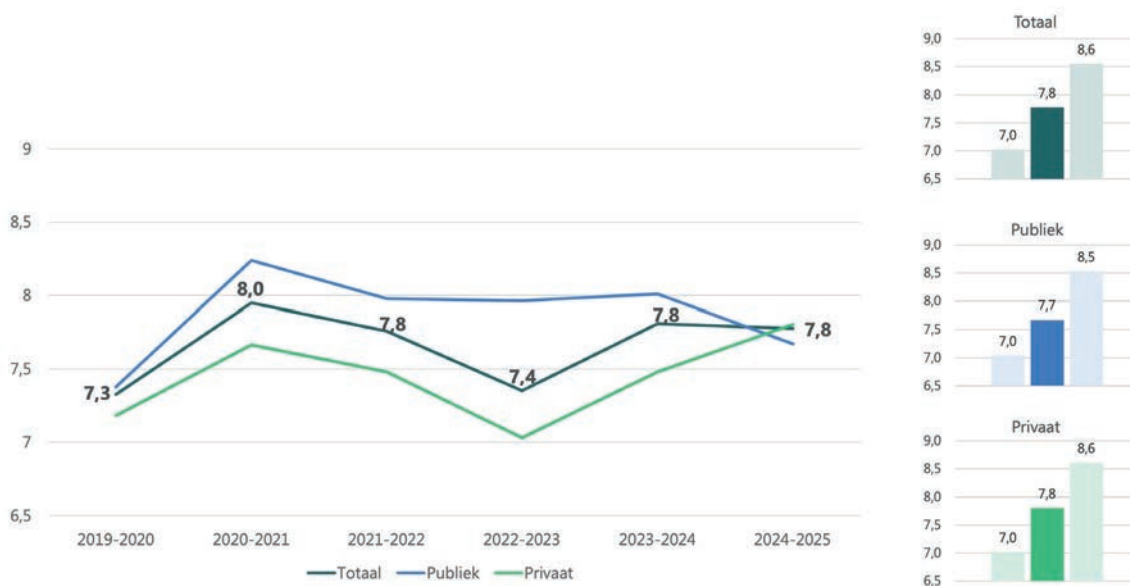
Op middellange termijn is een voorzichtige stijging zichtbaar. De toename van de verpleegkundige inzet wordt mee beïnvloed door de tijdelijke maatregel waarbij zelfstandige verpleegkundigen en verpleegkundige uitzendkrachten kunnen worden ingezet en gefinancierd (maatregel van 01/07/2022 tot 30/06/2026).



4.3 Zorgkundigen per 30 bewoners

Voor zorgkundigen bedraagt de mediane inzet in 2024–2025:

- > **Totaal:** 7,78 VTE per 30 bewoners
- > **Publiek:** 7,67 VTE
- > **Privaat:** 7,80 VTE



Afbeelding 10: evolutie VTE zorgkundigen per 30 bewoners

In vergelijking met de vorige referentieperiode:

- > daalt de mediane inzet in de **publieke** sector met 0,3 VTE per 30 bewoners,
- > stijgt de mediane inzet in de **private** sector met 0,3 VTE per 30 bewoners.

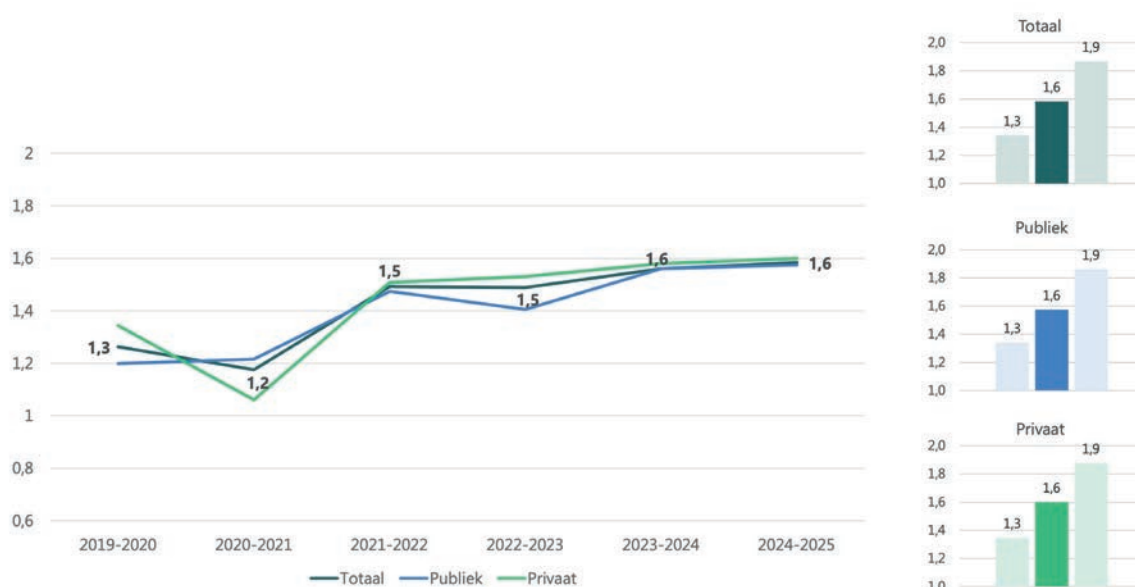
Beide sectoren eindigen echter op een vergelijkbare inzet per 30 bewoners.



4.4 Reactivering per 30 bewoners

De mediane inzet van reactiveringspersoneel bedraagt:

- > **Totaal:** 1,58 VTE per 30 bewoners
- > **Publiek:** 1,58 VTE
- > **Privaat:** 1,60 VTE



Afbeelding 11: evolutie VTE reactivering per 30 bewoners

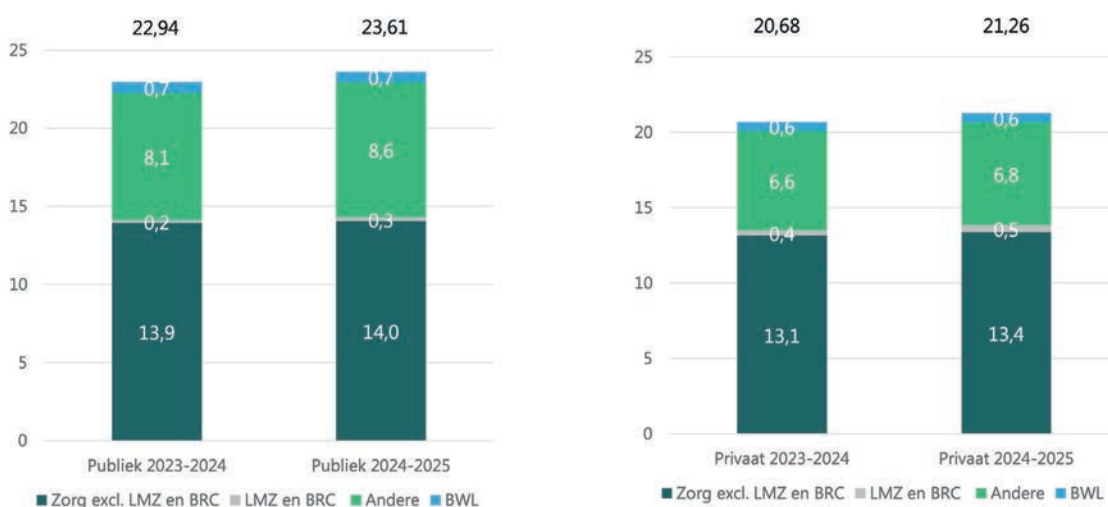
Op langere termijn zien we een tijdelijke daling in 2020-2021, gevolgd door een gestage stijging richting een stabiel niveau rond 1,6 VTE per 30 bewoners. De inzet in beide sectoren ligt zeer dicht bij elkaar.



4.5 Totale inzet VTE per 30 bewoners

Door aan de inzet van de zorgkwalificaties (verpleging, zorgkundigen, reactivering) ook de voltijds equivalenten van de logistiek medewerkers in de zorg, BelRAI coördinatoren (BRC), andere kwalificaties en begeleiders wonen en leven (BWL) toe te voegen, bekomt men een totaalbeeld van de personeelsinzet per 30 bewoners.

Voor 2023–2024 versus 2024–2025 levert dit volgend beeld op:



Afbeelding 12: totale gemiddelde personeelsinzet in VTE per 30 bewoners

Publieke sector:

- > Zorg (excl. LMZ en BRC): 13,93 → 14,04 VTE
- > LMZ en BRC: 0,18 → 0,25 VTE
- > Andere kwalificaties: 8,14 → 8,64 VTE
- > BWL: 0,69 → 0,68 VTE

Private sector:

- > Zorg (excl. LMZ en BRC): 13,14 → 13,37 VTE
- > LMZ en BRC: 0,36 → 0,46 VTE
- > Andere kwalificaties: 6,59 → 6,81 VTE
- > BWL: 0,59 → 0,63 VTE

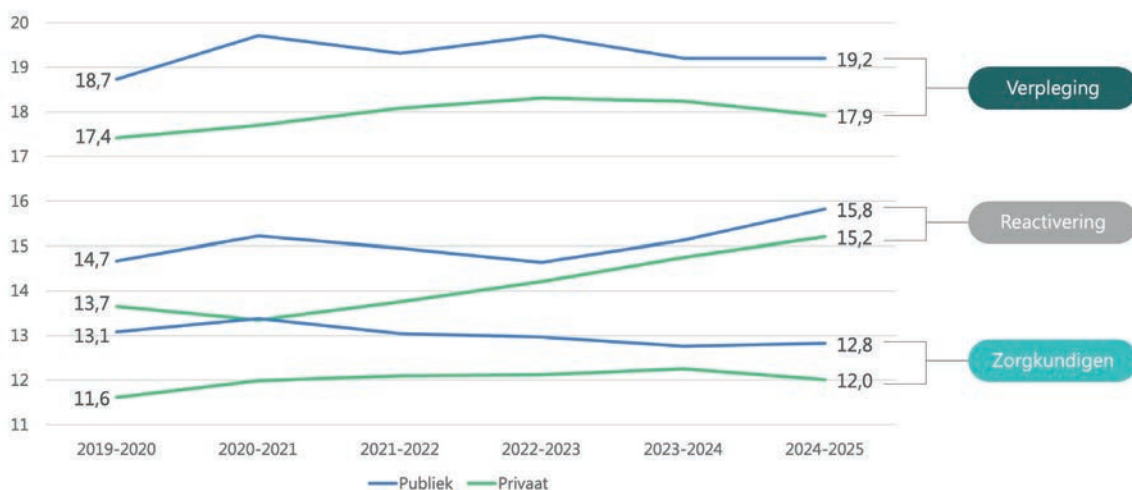
Hieruit blijkt dat:

- > de totale mediane personeelsinzet in beide sectoren stijgt,
- > publieke voorzieningen per 30 bewoners gemiddeld ongeveer 2,35 VTE meer inzetten dan private voorzieningen.

4.6 Gemiddelde anciënniteit

De hoogte van de financieringsbedragen in deel A1 en A2 per kwalificatie wordt mede bepaald door de gemiddelde anciënniteit van die personeelsgroep. De anciënniteit wordt vergeleken met vooraf bepaalde vorken. Boven of onder deze grenzen stijgt of daalt het gefinancierde bedrag per VTE voor de hele personeelsgroep.

De evolutie van de gemiddelde anciënniteit van verpleegkundigen, zorgkundigen en reactiveringspersoneel geeft volgend beeld:



Afbeelding 13: evolutie gemiddelde anciënniteit per kwalificatie

De anciënniteitsgrens voor maximale financiering ligt voor alle kwalificaties op 16 jaar. In de meeste voorzieningen is die maximale grens bereikt of overschreden in de kwalificatie verpleging. De zorgkundige equipe bereikte in een aanzienlijk aandeel voorzieningen intussen ook al de grens van 14 jaar.

De anciënniteit in de publieke sector ligt voor alle kwalificaties hoger dan in de private sector.

De evolutie over meerdere jaren toont lichte schommelingen, zonder uitgesproken trendbreuken, voornamelijk in de kwalificaties verpleging en zorgkundige. De anciënniteit van het reactiveringspersoneel toont een duidelijker stijging met meer convergentie tussen publieke en private voorzieningen, hetgeen we ook in de groep van de zorgkundigen zien.

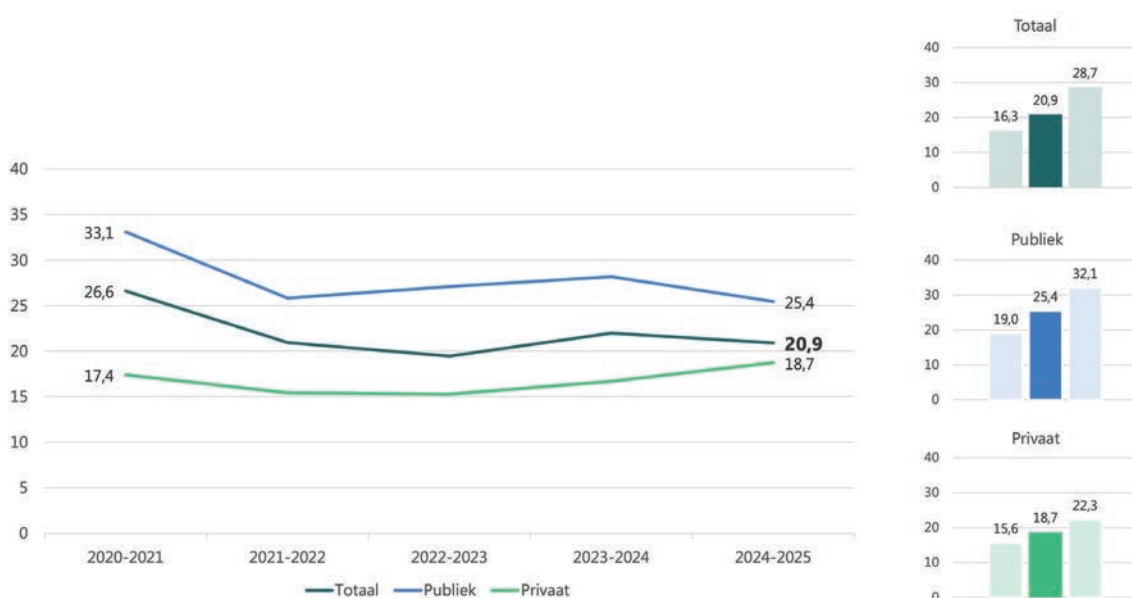


5. Boven normfinanciering (deel A2)

De boven normfinanciering in de BTZ (deel A2) wordt uitgedrukt als percentage van de reeds gefinancierde loonkost in deel A1. Maximaal 15,75% van de gefinancierde loonkost van het normpersoneel kan bijkomend vergoed worden in deel A2. In deze analyse worden ook logistiek medewerkers in de zorg (LMZ) en BelRAI coördinatoren (BRC) meegerekend, voor zover zij in aanmerking komen.

5.1 Boven normfinanciering (% deel A2 incl. LMZ + BRC)

Op langere termijn is een duidelijke daling zichtbaar ten opzichte van eerdere periodes (met name 2020-2021 en 2021-2022). Deze daling houdt verband met de verhoogde financieringsnormen die voortvloeiden uit het VIA 6 akkoord en de gelijkstelling van de ROB en RVT normen sinds 01/07/2021.



Afbeelding 14: evolutie boven-normfinanciering (% deel A2 inclusief LMZ en BRC)

Op kortere termijn:

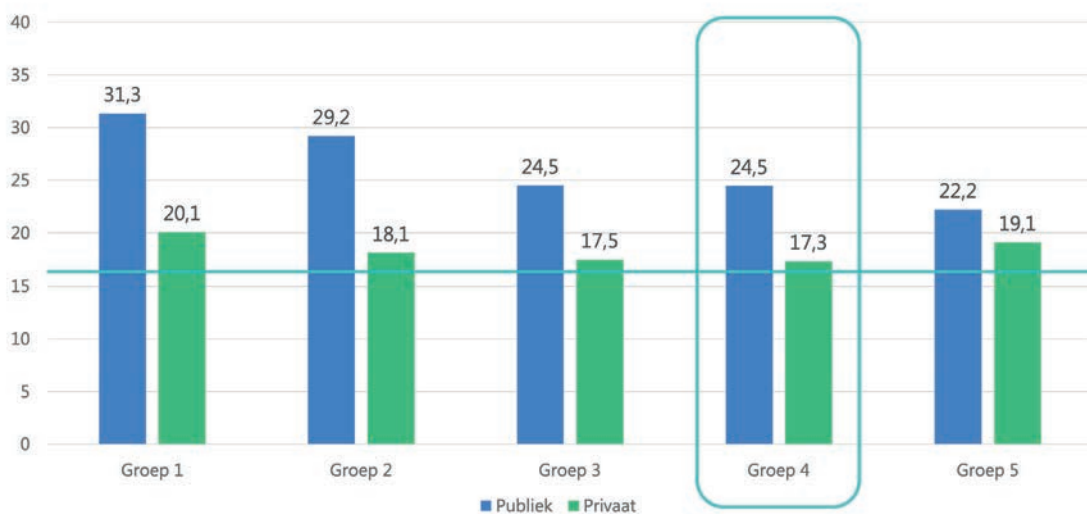
- > daalt het boven normpercentage in de publieke sector van 28,15% naar 25,44%,
- > stijgt het in de private sector van 16,67% naar 18,73%,
- > nemen de verschillen tussen beide sectoren af, al blijven de publieke voorzieningen hoger.

5.2 Boven normpercentage per zorggraadgroep

Om voorzieningen met een vergelijkbare zorggraad te vergelijken, maken we een indeling in vijf zorggraadgroepen:

Groep	Zorggraad	# Totaal	# Publiek	# Privaat
Groep 1	< 75 %	25	11	14
Groep 2	75-79,99%	36	22	14
Groep 3	80-84,99%	68	37	31
Groep 4	85-89,99%	82	45	37
Groep 5	>90%	63	32	31

Groep 4 is het meest representatief (meeste voorzieningen + zorggraad rond de algemene mediaan). De mediane boven normpercentages (incl. LMZ en BRC) 2024-2025 per zorggraadgroep:



Afbeelding 15: mediane boven-normpercentages (incl. LMZ/BRC) per zorggraadgroep

De waarden in zorggraadgroep 4 liggen net onder de algemene medianen:

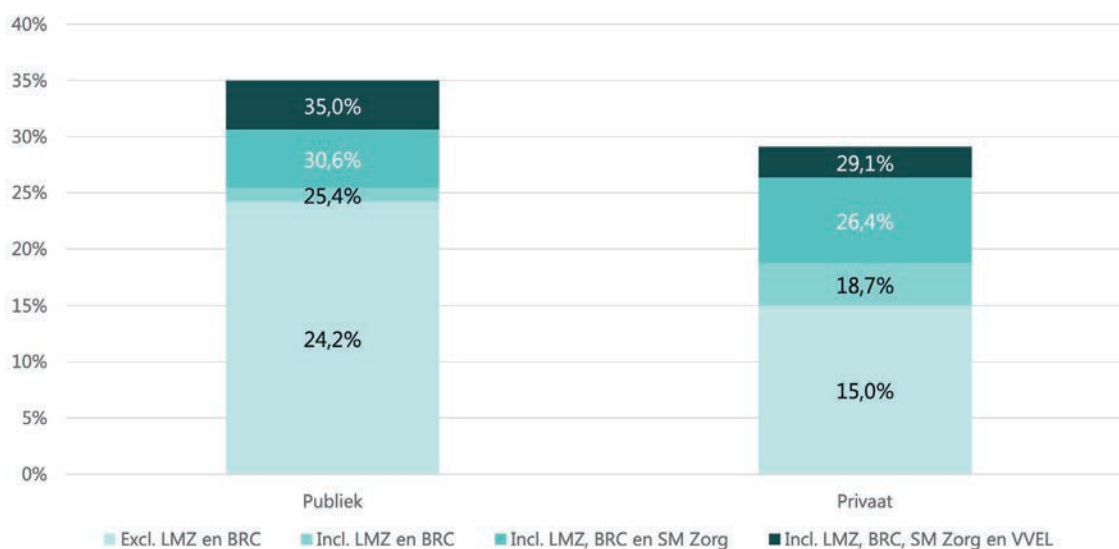
- > **Publiek:** 24,5% versus 25,4% algemeen
- > **Privaat:** 7,3% versus 18,7% algemeen

In de private sector ligt het boven normpercentage in groep 5 hoger dan in de drie voorafgaande groepen, terwijl dit effect in de publieke sector niet (meer) optreedt.

5.3 Vier boven normpercentages gecombineerd

Naast de BTZ financiering (deel A1 en A2) ontvangen voorzieningen bijkomende middelen uit andere financieringsbronnen. In dit punt voegen we de voltijds equivalenten die gefinancierd werden via de federale maribel financiering en de eindeloopbaan financiering toe. Zo ontstaat een genuanceerder beeld dan wanneer enkel naar het strikte boven normpercentage in de BTZ gekeken wordt. Er worden vier varianten berekend:

1. **Zorgpersoneel** (excl. logistiek medewerkers in de zorg en/of BelRAI-coördinatoren)
2. Inclusief **LMZ en BRC**
3. Inclusief **sociale maribel zorg**
4. Inclusief **vervangers eindeloopbaan (VVEL)**



Afbeelding 16: 4 boven-normpercentages

De belangrijkste vaststelling is dat:

- > bij toevoeging van sociale maribel tewerkstellingen de verschillen in boven normpercentage tussen publieke en private voorzieningen kleiner worden,
- > bij verdere toevoeging van eindeloopbaanvervangers het verschil beperkt terug toeneemt.

Zo wordt duidelijk dat het pure BTZ boven normpercentage slechts één onderdeel is van het totale beeld van de personeelsinzet boven de norm.

6. Inzet van uitzendkrachten en zelfstandigen

Naast loontrekkend personeel kunnen voorzieningen gebruik maken van uitzendkrachten en zelfstandigen, onder meer in het kader van de tijdelijke flexibiliteitsmaatregelen inzake personeelsinzet.

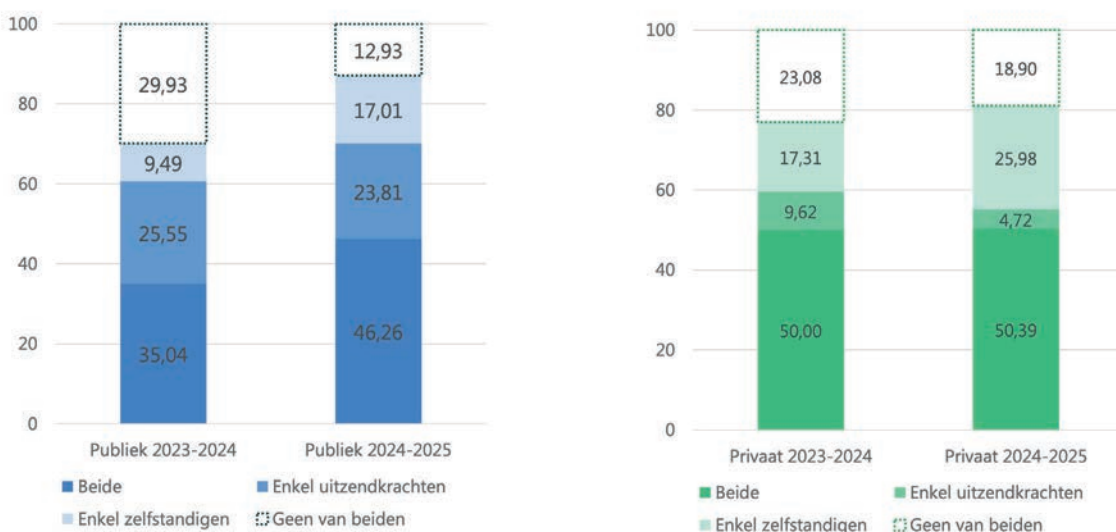
6.1 Aandeel voorzieningen

Uit de analyse blijkt dat 84% van alle voorzieningen uitzendkrachten en/of zelfstandigen inzet:

- > 48% zet **beide** profielen in
- > 15% zet **enkel uitzendkrachten** in
- > 21% zet **enkel zelfstandigen** in

In de publieke sector is het aandeel voorzieningen dat geen gebruik maakt van deze profielen sterk gedaald van 29,93% naar 12,93%.

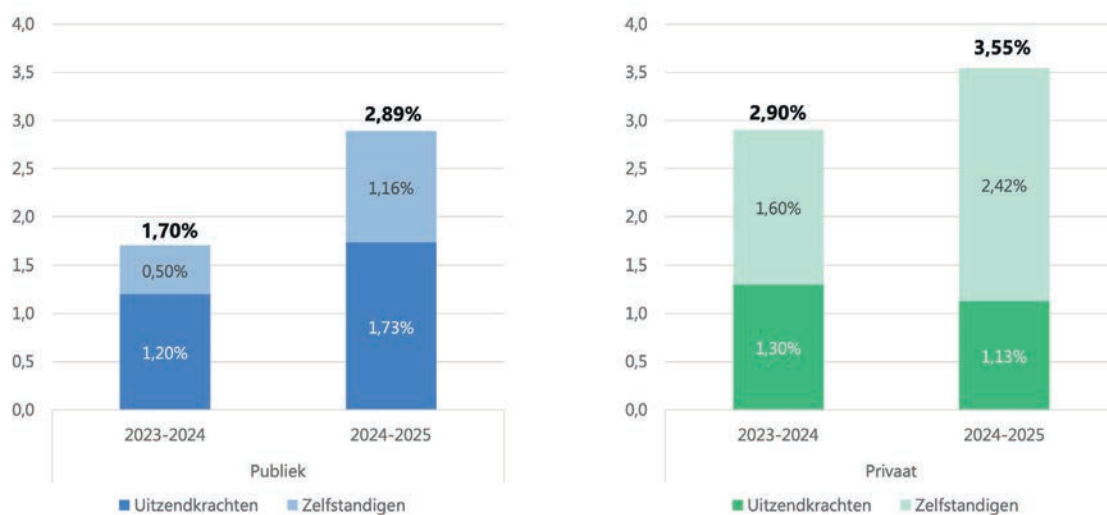
In de private sector is er eveneens een daling van het aantal voorzieningen zonder zelfstandigen/ uitzendkrachten, zij het wat minder uitgesproken.



Afbeelding 17: percentage voorzieningen met inzet uitzendkrachten en zelfstandigen

6.2 Inzet in % van zorgpersoneel

De inzet van uitzendkrachten en zelfstandigen werd uitgedrukt als percentage ten opzichte van de vaste zorgequipe (exclusief interim en zelfstandigen).



Afbeelding 18: percentage inzet uitzendkrachten en zelfstandigen t.o.v. vaste zorgequipe

In beide sectoren is sprake van een duidelijke stijging ten opzichte van de vorige referentieperiode, met een grotere bijdrage van zelfstandigen dan van uitzendkrachten.

Er werden geen duidelijke correlaties vastgesteld met schaalgrootte of totale zorginzet.



7. Basistegemoetkoming voor Zorg (BTZ) – WZC

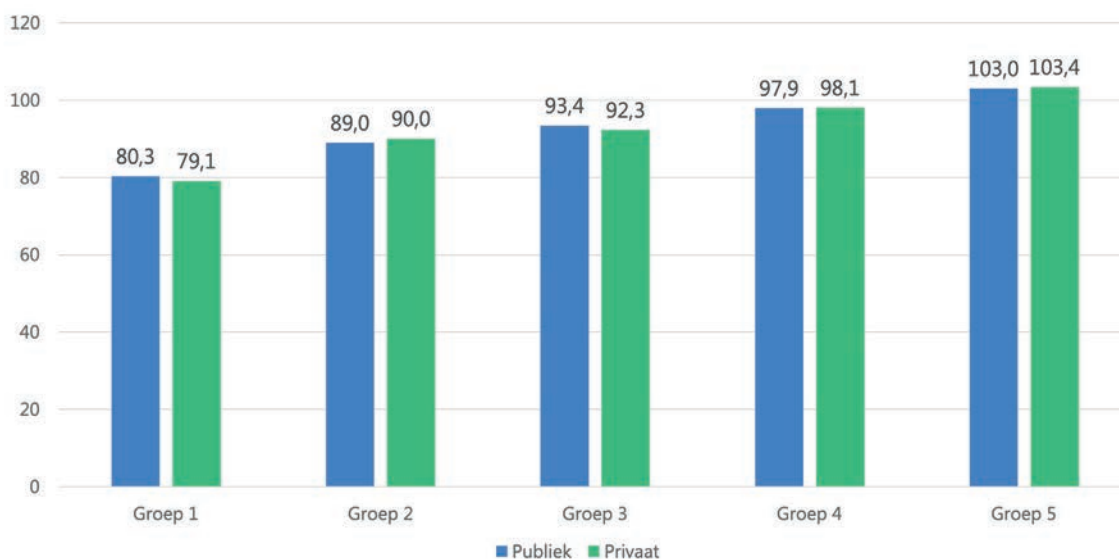
Na de bespreking van bezetting, zorggraad, personeelsinzet en boven-normfinanciering is het logisch om te kijken naar het resultaat van de BTZ berekeningen: het **BTZ bedrag per bewoner per dag**.

Alle bedragen in dit hoofdstuk zijn herleid naar **index 130,67 (02/2025)** om een correcte vergelijking te maken.

7.1 BTZ 2026 per zorggraadgroep

De indeling in zorggraadgroepen (zie hoofdstuk 10) wordt ook toegepast op de BTZ bedragen. Zoals verwacht, stijgt de BTZ naarmate de zorggraad toeneemt.

Medianen per zorggraadgroep (index 130,67):



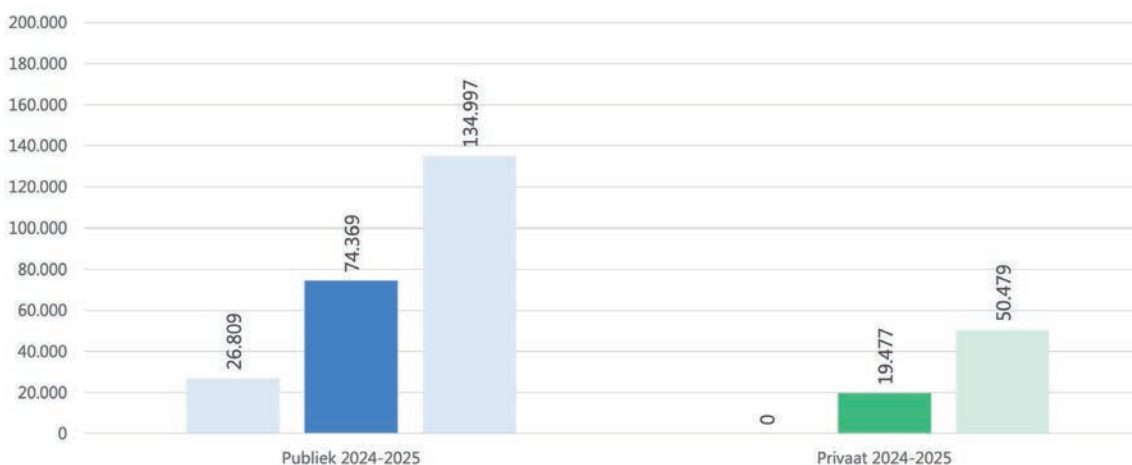
Afbeelding 19: mediane bedragen BTZ 2026 per zorggraadgroep

In sommige groepen ligt de mediaan hoger in de publieke sector, in andere in de private sector. De zorggraad is de belangrijkste verklarende factor voor het BTZ niveau; de rechtsvorm op zich is duidelijk niet doorslaggevend.



7.2 Resterende loonkost na deel A2 (per 30 bewoners)

Tot slot wordt gekeken naar de loonkost die overblijft na financiering van normpersoneel (deel A1) en boven normpersoneel (deel A2), uitgedrukt per 30 bewoners.



Afbeelding 20: resterende (niet-gefinancierde) loonkost 2026 per 30 bewoners

Minstens 25% van de private voorzieningen heeft geen resterende loonkost na financiering via de BTZ. In de publieke sector blijft er structureel meer loonkost over, zowel in mediaan als in spreiding.



8. Conclusies

Deze white paper heeft de belangrijkste indicatoren rond VSB financiering van Vlaamse ouderen-voorzieningen in beeld gebracht, met bijzondere aandacht voor de Basistegemoetkoming voor Zorg (BTZ). Op basis van de analyses kunnen volgende lijnen worden samengevat:

> **Bezetting**

De bezettingsgraad blijft hoog in WZC en CVK, met een lichte daling in 2024-2025, vooral in de private sector. In de centra voor kortverblijf is er een gestage stijging van de bezetting.

> **Zorggraad en zorgmix en**

De zorggraad stijgt opnieuw. Publieke en private voorzieningen zijn sterk naar elkaar toegegroeid qua mediane zorggraad en spreiding. De zorgmix toont een toename van de zwaardere profielen (Cd, D) en een daling in de lichte profielen (O, in mindere mate A).

> **Personeelsinzet**

De totale inzet van zorgpersoneel per 30 bewoners ligt in 2024-2025 op een niveau dat vergelijkbaar is met 2019-2020. Verpleegkundigen kenden de laatste jaren een lichte stijging in inzet. Zorgkundigen tonen een verschuiving tussen sectoren, maar komen uit op gelijkaardige niveaus. Reactiveringspersoneel blijft stabiel. Publieke voorzieningen zetten gemiddeld meer personeel in dan private, zowel in zorg als in ondersteunende kwalificaties.

> **Logistiek medewerker in de zorg en andere kwalificaties**

Het gebruik van LMZ is duidelijk toegenomen; meer dan de helft van de voorzieningen zet deze functie in. De inzet van andere kwalificaties (ondersteunende profielen) is eveneens gestegen, al worden deze cijfers mogelijk beïnvloed door de recent verplichte registratie in eCalcura.

> **Anciënniteit**

Voor alle zorgkwalificaties liggen de gemiddelde anciënniteiten hoog, met in veel gevallen reeds overschrijding van de hoogste financierbare schijven. Dit heeft een rechtstreekse impact op de loonkostfinanciering per kwalificatie.

> **Boven normfinanciering**

De publieke sector blijft hogere boven normpercentages noteren dan de private sector, zowel qua VTE als qua boven normfinanciering in deel A2. Dit verschil is echter kleiner geworden. De indeling per zorggraadgroep toont dat de boven normpercentages dalen naarmate de zorggraad stijgt, met enkele nuances in de hoogste zorggraadgroep.

> **Andere financieringsbronnen**

De inzet van sociale maribel verschilt duidelijk tussen publieke en private voorzieningen. Door maribel en eindloopbaanvervangning mee te nemen in de analyse, wordt het verschil in totale boven normpercentages kleiner.

> **Tijdelijke profielen**

Een ruime meerderheid van de voorzieningen zet uitzendkrachten en/of zelfstandigen in, met een groeiend aandeel en een groter gewicht van zelfstandigen dan van uitzendkrachten.

> **BTZ bedragen en resterende loonkost**

De BTZ bedragen zijn in beide sectoren gestegen. De verschillen tussen publieke en private voorzieningen zijn beperkt wanneer gecorrigeerd voor zorggraad. De resterende loonkost na BTZ financiering blijft echter hoger in de publieke sector.

9. Slotbeschouwing

Deze white paper biedt voorzieningen een gestructureerd kader om hun eigen cijfers te vergelijken met de sector, zich te positioneren en gericht verder te analyseren.

Door de combinatie van mediaanwaarden, kwartielen, sectorvergelijkingen en indeling in groepen (schaalgrootte, zorggraad) krijgt elke voorziening een referentie om de eigen werking en de eigen strategische, financiële en operationele keuzes verder te onderbouwen.





Colofon

Uitgever

Probis – Advies & Begeleiding voor Zorg en Publieke Organisaties
Februari 2026

Auteurs

Team Financiële dienstverlening - Probis
Gebaseerd op data uit CareConnect Pro Fin binnen de PartnerPlan
ProFin dienstverlening.

Gebruik

Deze whitepaper biedt sectorinzichten op basis van geaggregeerde gegevens. Ze vervangt geen juridisch, financieel of boekhoudkundig advies. Interpretatie en toepassing blijven de verantwoordelijkheid van de lezer.

Copyright

© 2026 Probis – Alle rechten voorbehouden.
Verspreiding is toegestaan mits duidelijke bronvermelding.



Contact

Probis
www.probis.be
contact@probis.be
T +32 014 58 58 00

Contact zorgfinanciering

partnerplan@probis.be