



Zorgfraude kost miljarden en justitie en gemeenten blijven in gebreke bij de bestrijding ervan

Posted on 28 april 2026 by Calvin Schukkink

Miljarden euro's aan zorguitgaven verdwijnen ieder jaar in de zakken van criminelen. Zorgfraude is van alle tijden, maar krijgt pas sinds kort landelijke aandacht. Volgens het Openbaar Ministerie (OM) is zorgfraude zelfs zo dominant dat 10 procent van de zorguitgaven ieder jaar in handen van criminelen komt. Daarmee vangen zorgfraudeurs meer geld dan de ondergrondse cocaïnehandel. Maatregelen worden wel genomen, maar zijn volstrekt onvoldoende.

Zorgfraude in verschillende vormen

Zorgfraude – het opzettelijk en doelbewust tegen de regels in gebruik maken van zorggeld voor eigen of andermans voordeel – komt in Nederland op verschillende manieren voor. In een rapport uit 2014 onderscheidt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vijf categorieën van fraude in de zorg. De eerste is *spookzorg*: dat is zorg die niet geleverd, maar wel gedeclareerd is. De tweede is *onverzekerde zorg*: niet-

verzekerde zorg die als verzekerde zorg wordt gedeclareerd.

De derde categorie betreft *declaratie-overtredingen*: bijvoorbeeld het dubbel declareren van zorg, maar ook het zogeheten 'upcoding', waarbij zwaardere zorg wordt gedeclareerd terwijl er lichtere en goedkopere zorg gerechtvaardigd is. De vierde categorie is *fraude tegen of om de patiënt*: zoals patiënten laten bijbetalen voor verzekerde zorg of ziekenhuizen die verwijzvergoedingen betalen aan huisartsen die patiënten doorverwijzen. De laatste categorie is *ongepast gebruik*, zoals bijvoorbeeld meer zorg leveren dan noodzakelijk is of juist minder zorg leveren dan vergoed wordt.

De meest voorkomende fraude in de Nederlandse zorg is het declareren van meer uren zorg dan daadwerkelijk is geleverd of het declareren van zorg die überhaupt niet is geleverd. Ook komt het steeds vaker voor dat zorg wordt gedeclareerd voor een hoogopgeleide zorgmedewerker, terwijl die zorg geleverd is door een laagbetaalde medewerker of iemand die niet over de juiste diploma's of certificaten beschikt. Vooral kwetsbare ouderen – vaak met een persoonsgebonden budget (PGB) – lijken de dupe van zorgfraude.

Georganiseerde criminaliteit infiltreert de zorg

Die zorgfraude wordt steeds criminelier. Zo is de betrokkenheid van georganiseerde netwerken en ondermijnende criminaliteit met de jaren toegenomen. Kwaadwillenden kunnen relatief eenvoudig zorgbedrijven oprichten en kwetsbare mensen gebruiken om drugsgeld wit te wassen. Deze malafide zorgbedrijven factureren vanuit de PGB's bij bijvoorbeeld de gemeente of de Sociale Verzekeringsbank, en de zorg wordt via onderaannemers en uitzendbureaus cash afgerekend met verzorgers of cliënten. Via andere ondernemingen wordt de zorg weer 'wit' bij het zorgbedrijf gefactureerd.

Met name het PGB is zeer fraudegevoelig: de budgethouders beheren vaak hun eigen budget, en hebben daarmee veel ruimte en weinig controle op hoe ze hun geld besteden. Daarnaast zijn veel PGB-houders (ouderen, verstandelijk beperkten) kwetsbaar, en daardoor sterk gevoelig voor druk, misleiding en financiële uitbuiting. Personen met een hoog PGB – oplopend tot soms €200.000 per jaar – zijn aantrekkelijk voor criminelen in de zorg.

Ook andere regelingen worden regelmatig misbruikt om zorggeld te ontvangen: nog in maart dit jaar werd een man in Den Haag aangehouden op verdenking van het

onterecht ontvangen van 2 miljoen euro via de OVV-regeling (Regeling onverzekerbare vreemdelingen). 1,5 miljoen euro hiervan werd weggesluisd naar het buitenland, en dus niet besteed aan zorg.

Hoeveel zorggeld verdwijnt door fraude?

Hoeveel zorggeld door zorgfraude daadwerkelijk verdwijnt in de zakken van criminelen, is onduidelijk. Schattingen van de financiële schade lopen sterk uiteen. Een onderzoek uit de Verenigde Staten (Gee et al., 2011) schat de omvang van zorgfraude in westerse landen op 3 tot 15 procent van de uitgaven, met een gemiddelde van zo'n 7 procent. Het European Healthcare Fraud & Corruption Network (EHFC) schat het percentage aan fraude in het Nederlandse zorgsysteem op 3 tot 10 procent van de totale zorguitgaven. In 2013 werd de zorgfraude in Nederland door PWC geschat op 2,8 miljard euro – toen 3 procent van de zorguitgaven. De schatting van het OM dat er jaarlijks ruim 10 procent van het zorggeld verdwijnt door fraude is daarmee eerder een worstcasescenario dan een realistische (of lage) schatting.

Veilige haven voor criminelen

Hoe dan ook is zorgfraude een dure realiteit. Dat komt omdat de zorg – met name binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdzorg – om verschillende redenen een veilige haven is voor criminelen. Het begint al bij de cultuur van vertrouwen in de zorg waardoor misbruik makkelijker wordt: denk aan de indicatiestelling door verpleegkundigen zonder externe goedkeuring, het systeem van de PGB en de automatisering van het declaratiesysteem.

Daarnaast wordt gewezen op een gebrek aan controle, deskundigheid en capaciteit bij gemeenten, opsporingsdiensten (zoals de Opsporingsdienst van de Arbeidsinspectie) en het Openbaar Ministerie (OM) om fraude in beeld te krijgen en op tijd te herkennen. Gemeenten zijn sinds de decentralisaties van 2015 (mede-) verantwoordelijk voor de ouderenzorg en jeugdzorg, maar hebben geen of slechts een handvol toezichthouders om soms honderden zorgaanbieders te controleren. Ook is er weinig communicatie tussen gemeenten in het kader van zorgfraude, waardoor malafide praktijken bij verdenking van fraude gemakkelijk het bedrijf kunnen opdoeken om opnieuw te beginnen in een andere gemeente.

Maatregelen tegen zorgfraude

In 2025 is de nieuwe Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz) ingegaan, die het mogelijk maakt dat zorgverzekeraars en gemeenten elkaar makkelijker kunnen waarschuwen voor personen of bedrijven over wie een gerechtvaardigde overtuiging van zorgfraude bestaat. Vanaf 2027 worden extra financiële middelen beschikbaar gesteld voor de voorkoming, opsporing en bestraffing van zorgfraude, oplopend tot €50 miljoen per jaar vanaf 2030. Daarbovenop wordt in verschillende zorgregio's geëxperimenteerd met toepassing van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet Bibob) bij het onderzoeken van zorgaanbieders.

Toch laat de aanpak van fraude volgens gezondheidseconoom Wim Groot nog te wensen over, zo laat hij weten aan *Wynia's Week*. Dat heeft volgens hem grofweg twee oorzaken: 'De eerste is gebrek aan deskundigheid om fraude te herkennen. Vooral bij gemeenten zie je nog altijd dat er te weinig deskundigheid is om frauduleuze organisaties tijdig te herkennen. Het tweede is een gebrek aan aandacht. Bij de Arbeidsinspectie, maar vooral bij het OM is er te weinig aandacht en wordt er te weinig capaciteit vrijgemaakt voor het vervolgen van fraude.' Het OM vervolgt jaarlijks slechts een kleine twintig zorgfraude-zaken, terwijl er veel meer worden aangedragen door verzekeraars en gemeenten.

PGB aan banden leggen

Louter wetgeving en extra financiële middelen zullen wel wat betekenen, maar zijn niet voldoende. Volgens Wim Groot zijn er meer mogelijkheden om fraude in de zorg te voorkomen. Zo stelt hij voor om het fraudegevoelige PGB niet langer te gebruiken voor mensen die niet in staat zijn regie over hun PGB en zorg te houden, zoals dementerenden of anderszins kwetsbaren. In vergelijking met andere westerse landen met een soortgelijk persoonlijk budget-systeem is het PGB in Nederland erg breed toegankelijk en is er relatief weinig controle vooraf.

Daarnaast pleit Groot voor meer aandacht voor opsporing en vervolging van zorgfraude: 'Met name het OM zou er meer prioriteit aan moeten geven. We zien nu al dat de georganiseerde criminaliteit geïnfiltreerd is in de zorg en het kost veel moeite om dat weer ongedaan te maken.'

Criminaliteit in de zorg

De criminaliteit heeft zijn weg gevonden in de Nederlandse zorg. Zelfs volgens de meest gunstige schattingen gaan er jaarlijks miljoenen euro's aan zorggeld naar malafide zorgaanbieders in plaats van naar zorgbehoevenden, terwijl het op papier lijkt alsof deze zorg wel geleverd wordt. De vraag is of de maatregelen die genomen worden om zorgfraude aan te pakken soelaas bieden.

Wynia's Week brengt broodnodige, onafhankelijke berichtgeving: drie keer per week, **156 keer per jaar**, met artikelen en columns, video's en podcasts. Onze donateurs maken dat mogelijk. [Doet u \(weer\) mee?](#) Hartelijk dank!