

Fraude in particuliere inboedelverzekeringen

(een onderzoek in opdracht van het Ministerie van Justitie)

Ger van Gils (BOA)
Peter van der Heijden (UU)
Olav Laudy (UU)
Utrecht, januari 2003

INHOUDSOPGAVE:

1. INLEIDING	1
1.1. Achtergrond	1
1.2. Doel en onderzoeksvragen	1
1.3. Probleemanalyse en onderzoeksopzet	2
1.4. Methode van onderzoek	3
Toelichting op de keuze voor de methode	4
2. EVALUATIE VAN HET ONDERZOEK	6
2.1. Uitvoering van het onderzoek	6
2.2. De steekproef van verzekeraars	7
Acceptatiebeleid	7
Schadeafhandeling	8
Preventie en opsporing van fraude	8
Aangifte bij Justitie	8
Marktaandeel van de tien verzekeraars	9
2.3. De steekproef van dossiers	9
2.4. Betrouwbaarheid van de schattingen	12
3. DE FRAUDESCHATTINGEN BEOORDEELD	14
4. SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	17
4.1. Doel en methode van het onderzoek	17
4.2. Uitvoering van het onderzoek	17
De steekproef van verzekeraars	18
De steekproef van dossiers	18
Betrouwbaarheid van de schattingen	18
4.3. Beoordeling van de schattingen	19
4.4. Conclusies en aanbevelingen	19

Bijlage: korte technische beschrijving van onderzoek verzekeringsfraude

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

De Interdepartementale Stuurgroep Fraude heeft een ambtelijke werkgroep opdracht gegeven om voor de nieuwe kabinetsperiode een richtinggevende notitie voor te bereiden over de aanpak van fraude. In de notitie zullen gemotiveerd voorstellen worden gedaan over activiteiten op de diverse deelterreinen om de aanpak van fraude ook voor de komende jaren te verstevigen en zeker te stellen. Om bouwstenen aan te dragen voor een gemotiveerde beslissing over welke beleidsvelden aandacht of meer en specifiekere aandacht moeten gaan krijgen, is (onder meer) een onderzoek naar de omvang van particuliere verzekeringsfraude gewenst. Particuliere verzekeringsfraude is een vorm van de zogenaamde >horizontale fraude=. Dit is fraude waarbij zowel fraudeur als benadeelde particuliere partijen zijn. Verzekeringsfraude kan een belangrijke maatschappelijke impact hebben, zowel als het gaat om de georganiseerde vormen van fraude waarmee per geval grote bedragen gemoeid zijn, als ook bij de eenvoudigere vormen die op kleinere bedragen betrekking hebben, maar betrekkelijk wijd verbreid zijn. Over het onderwerp horizontale fraude in het algemeen en particuliere verzekeringsfraude in het bijzonder bestaan weinig kwantitatieve gegevens. Er is onvoldoende inzicht in de omvang van de fraude. De mogelijke werklast voor politie en justitie inzake deze vorm van horizontale vorm is onbekend en omstreden.

1.2. Doel en onderzoeksvragen

Het voorgenomen onderzoek dient het >dark number= voor (een belangrijk deel) van de particuliere schadeverzekeringen aan het licht te brengen, om aldus uitsluitsel te bieden over de omvang van de mogelijke werklast. Het 'dark number' is het deel van de fraude dat niet wordt waargenomen in aangiften bij de politie of aanhoudingen door de politie. De belangstelling gaat vooral uit naar de omvang van fraude in termen van het aantal zaken, de bedragen die er mee zijn gemoeid en het aantal daders. Voor zover mogelijk dient daarbij een onderscheid te worden gemaakt naar totale aantallen en aantallen die direct relevant zijn voor de mogelijke werklast van politie en justitie. Dit betreft zaken die in principe tot een aangifte kunnen leiden.

De onderzoeksvragen voor het onderzoek luiden derhalve:

1. Hoe groot is de omvang van fraude in de particuliere schadeverzekeringen in Nederland in aantallen zaken, bedragen en aantallen daders?
2. Welk deel van die fraude is volgens de verzekeringsmaatschappijen te beschouwen als een mogelijke werklast voor politie en justitie?

Het onderzoek maakt gebruik van een administratief fraudeonderzoek van een aselechte steekproef van shadedossiers. Het onderzoek heeft tevens tot doel om deze methode van onderzoek uit te proberen en verder te ontwikkelen tot een volwassen methode om de omvang van fraude te onderzoeken en daarmee een bijdrage te leveren aan het arsenaal van (aantoonbaar) bruikbare methoden, die mogelijk als periodiek meetinstrument ingezet kunnen worden.

1.3. Probleemanalyse en onderzoeksopzet

Eerder is wel onderzoek verricht naar kenmerken van verzekeringsfraudeurs. Ook zijn er schattingen van particuliere verzekeringsfraude gebaseerd op schattingen van experts. De meest betrouwbare schattingen zijn ons inziens te verkrijgen door onderzoek bij afzonderlijke potentiële daders of van afzonderlijke schadegevallen. Er bestaat echter nog geen schatting van de omvang van fraude met particuliere verzekeringen gebaseerd op systematisch onderzoek van afzonderlijke schadegevallen. Het uit te voeren onderzoek dient in die lacune te voorzien.

De gekozen methode, administratief onderzoek van een aselechte steekproef van dossiers, is in de gegeven omstandigheden de meest geëigende om een schatting te verkrijgen van de omvang van fraude in verzekeringen. Enquêtes kunnen naar het oordeel van de verzekeringsmaatschappijen leiden tot verstoring van de relatie met de klanten. Zij zijn niet bereid om de benodigde bestanden met klantgegevens te leveren waaruit een steekproef voor een enquête getrokken zou kunnen worden.

Het is niet mogelijk om in het voorgestelde onderzoek alle schadeverzekeringen en alle vormen van fraude te betrekken. Schattingen op basis van steekproefonderzoek kunnen het beste worden gedaan voor vormen van verzekeringsfraude waaraan relatief veel mensen zich voor een betrekkelijk beperkt bedrag schuldig maken, zonder dat ze in georganiseerd verband proberen er een criminele broodwinning van te maken. De meer 'georganiseerde' vormen van verzekeringsfraude doen zich over het algemeen voor in betrekkelijk unieke gevallen op grond waarvan moeilijk schattingen zijn te doen. Anderzijds kunnen de vele 'kleine fraudes' van groot maatschappelijk belang zijn, bijvoorbeeld juist omdat zij door veel mensen worden begaan of verzekeringen te treffen met een belangrijke maatschappelijke functie.

Op grond van deze twee criteria van onderzoekbaarheid en maatschappelijk belang is in overleg met de verzekeringsmaatschappijen vastgesteld dat de volgende vormen van schadeverzekering in eerste instantie in aanmerking komen voor de voorgestelde methode van administratief onderzoek van een aselechte steekproef van dossiers:

1. Autoverzekeringen, hierbij schades tengevolge van: diefstal, aanrijding, brand
2. Verzekering voor wettelijke aansprakelijkheid van particulieren
3. Reisverzekeringen: diefstal, verlies, ongeval
4. Particuliere inboedelverzekering, hierbij inbraakschade, schade door diefstal, waterschade, brand- en schroeischaade

Uit deze verzekeringen is in overleg met vertegenwoordigers van verzekeringsmaatschappijen particuliere inboedelverzekering gekozen voor een eerste onderzoek. Inboedelverzekering staat in de verzekeringswereld bekend als een massaproduct met een goede (sociale en geografische) spreiding. Vrijwel elk Nederlands huishouden in elk deel van het land heeft er een. Het totaal aantal polissen particuliere inboedelverzekeringen bedraagt 6.500.000, vrijwel gelijk aan het aantal huishoudens.

Om de werklast van het onderzoek te spreiden en om een zo goed mogelijke afspiegeling van de markt voor inboedelverzekering te krijgen is besloten om tien maatschappijen te vragen aan het onderzoek deel te nemen en elk van hen een kleine steekproef uit hun administratie te laten onderzoeken. Door tussenkomst van het Verbond van Verzekeraars en vertegenwoordigers van twee grotere verzekeringsmaatschappijen die van aanvang aan het onderzoek begeleiden, is de vereiste medewerking van tien verzekeraars verkregen.

1.4. Methode van onderzoek

De schattingen worden gemaakt op basis van onderzoeken naar mogelijke fraude bij een steekproef van afzonderlijke zaken. De onderzoeken van de zaken zijn uitgevoerd door de verzekeringsmaatschappijen zelf. De uitkomsten van deze dossieronderzoeken zijn systematisch geregistreerd. De schattingen worden gedaan volgens de aanpak: wanneer in x% van de onderzochte gevallen en y% van het bedrag dat met deze gevallen is gemoeid, (een vermoeden van) fraude wordt geconstateerd, nemen we aan dat deze percentages gelden voor de betreffende verzekering in het algemeen. Verder is nagegaan of er geschikte gegevens zijn van het Verbond van Verzekeraars, het CBS of de verzekeringsmaatschappijen zelf om de geschatte landelijke percentages om te rekenen in betrouwbare schattingen voor absolute aantallen zaken en bedragen.

Met een zogenaamde 'bootstrap' hebben we vervolgens een betrouwbaarheidsinterval voor deze punt-schattingen berekend. Het voordeel van deze schatter is dat hij non-parametrisch is en dus geen zware veronderstellingen maakt ten aanzien van de verdeling van de data. De bijlage bevat een korte statistische toelichting op de methode van onderzoek en de steekproeftrekking.

Het onderzoek is uitgevoerd op een steekproef van 400 schadedossiers, 40 uit alle schadedossiers van het jaar 2001 van elk van de deelnemende verzekeringsmaatschappijen. De steekproef wordt getrokken uit alle schadedossiers over het volledige jaar om voor seizoensinvloeden te kunnen controleren.

Deskundige medewerkers van de verzekeringsmaatschappijen is gevraagd de dossieronderzoeken te verrichten en hun vermoedens van fraude te categoriseren in vijf kansen: de kans op fraude is (vrijwel) nul, 25%, 50%, 75% of 100%. Vervolgens wordt hen ook gevraagd te beoordelen of de zaak tot een aangifte bij de politie zou kunnen leiden. De helft van de steekproef, 20 van de 40 dossiers voor elke maatschappij, diende door twee beoordelaars te worden beoordeeld.

De beoordelaars hebben hun oordeel kunnen vormen aan de hand van kenmerken van de betrokken verzekerde en de zaak, door eventuele stukken in het dossier te analyseren en door informatie op te vragen uit de databank FISH. Een belangrijk deel van de verzekeringsmarkt meldt aan FISH. De informatie in FISH kan van belang zijn bij het sluiten van een nieuwe verzekering of het behandelen van een schadeclaim. Bij schade kan blijken dat er al meer soortgelijke schaden bij andere verzekeraars zijn geweest. Daarnaast maken de verzekeringsmaatschappijen gebruik van het Systeem Vertrouwelijke Mededelingen waarin gevallen worden gemeld waarin fraude is gebleken of bij het aangaan van een verzekering sprake is geweest van verzwijging van belangrijke gegevens, bijvoorbeeld over het schadeverleden. Verder bevat het beoordelingsformulier als geheugensteun een groot aantal fraude-indicatoren waarmee de verzekeringsmaatschappijen gewoonlijk werken.

De aanpak van het onderzoek sluit nauw aan bij de gebruikelijke administratieve afhandeling van schadedossiers. De verzekeringsmaatschappijen gebruiken vergelijkbare procedures als in dit onderzoek om vast te stellen of een claim terecht of onterecht is en of er mogelijk fraude in het spel is. Gespecialiseerde medewerkers beoordelen claims aan de hand van fraude-indicatoren. Bij een vermoeden van fraude wordt een kort administratief onderzoek uitgevoerd. In sociaal wetenschappelijk en medisch onderzoek is de betrouwbaarheid van subjectieve oordelen van onderzoekers in dit type onderzoek een punt van aandacht. Bij documentanalyse is het gebruikelijk onderzoekers als 'elkaars controle' te laten optreden. Het is van belang dat de oordelen van de beoordelaars betrouwbaar zijn, in de zin dat verschillende beoordelaars tot een zelfde oordeel komen. Men onderzoekt dit door verschillende (meestal twee) beoordelaars dezelfde casussen te laten beoordelen, en te zien of hun oordelen overeenkomen. Men kan dan zo de zgn. interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bepalen.¹

¹ Voor mee informatie zie bijvoorbeeld J. Cohen, (1960), A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and psychological measurement, 20, 37-46; R.G. Swanborn (1987), Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Boom: Meppel, pp. 182-185; R.J. Cook (1998). Kappa. In: P. Armitage and T Colton. Encyclopedia of biostatistics. New York: Wiley, pp. 2160-2168.)

Toelichting op de keuze voor de methode

In een eerder rapport hebben wij geconcludeerd dat er geen ‘koninklijke weg’ is om statistische informatie over fraude te achterhalen². Ons onderzoek naar methoden om de omvang van fraude te schatten heeft drie benaderingen of groepen van methoden opgeleverd die de gewenste informatie kunnen opleveren: enquêtes (met randomized response), gebruikmaking van bestaande registraties en administratieve controles. Er zijn geen bruikbare registraties beschikbaar. Een enquête onder verzekerden die een schadeclaim hebben ingediend en dus mogelijk hebben gefraudeerd, is in de gegeven omstandigheden geen alternatief. Daar zijn de volgende redenen voor te geven:

1. Om een betrouwbare schatting te verkrijgen van het aantal en de financiële omvang van fraudegevallen is het nodig personen te enquêteren die in een duidelijk begrensde periode, bijvoorbeeld het afgelopen jaar, een schadeclaim hebben ingediend. De verzekeringsmaatschappijen zijn niet bereid om het benodigde steekproefkader ter beschikking te stellen. Onze ervaringen met enquêtes naar regelovertreding bij de sociale zekerheid laat zien, dat het opbouwen van een voldoende groot steekproefkader een langdurig en kostbaar proces is.
2. De Interdepartementale Stuurgroep Fraude, een belangrijk initiator van dit onderzoek, heeft met nadruk aangegeven niet alleen gegevens te willen hebben over aantallen delicten, maar evenzeer over het bedrag dat met de delicten is gemoeid. In principe is het mogelijk om met behulp van randomized response gegevens te vragen over gefraudeerde bedragen, maar met de methoden daarvoor is nog geen enkele toegepaste veldwerkervaring opgedaan. Deze methoden dienen eerst door verdere ontwikkeling te worden geoptimaliseerd. Dit betekent wel dat er op dit moment nog geen methode beschikbaar is om in een enquête betrouwbare gegevens over gefraudeerde bedragen te verkrijgen. Met de door ons voorgestelde methode van administratieve controle kan dat wel.
3. Er bestaat niet alleen interesse in concrete cijfers over fraude, maar tevens in geschikte schattingmethodes voor fraude die in meerdere situaties kunnen worden gebruikt. In situaties waarin bruikbare bestaande registraties ontbreken en enquêtes niet mogelijk of niet opportuun zijn, is administratieve controle het beste alternatief. Het is daarom van belang om deze methode in deze situatie uit te proberen en verder te ontwikkelen en als volwassen methode toe te voegen aan het arsenaal van methoden om de omvang van fraude te onderzoeken.

Aselecte controles of audit-methoden bestaan uit een intensieve controle van een aselecte steekproef van subjecten, bijvoorbeeld belastingplichtigen, uitkeringsgerechtigden of verzekerden die een claim indienen. In feite wordt het reguliere opsporingsproces gecontroleerd ingezet voor het maken van schattingen³. Binnen het bestek van de controle kunnen nog verschillende observatie- of dataverzamelmethode worden gebruikt: de visuele inspectie, de administratieve controle van bescheiden en dossiers en vragen aan de subjecten. Het is bij de controles gebruikelijk dat de controleurs wordt gevraagd een (subjectief) oordeel te geven over de mate waarin zij gecontroleerden verdenken van overtreding (fraude). Een lichte vorm van de methode volstaat met een grondige controle van een steekproef van dossiers. De zwaardere variant omvat ook controles ter plekke. Fysieke controles ter plekke zijn intensief en indringend voor de doelgroep. Aselecte controles die verder gaan dan een administratief dossieronderzoek zijn voor particuliere bedrijven dan ook vrijwel uitgesloten. De kosten van volledige aselecte audits met zowel administratieve als fysieke controles ter plekke zijn doorgaans hoog. De uitvoeringskosten van alleen dossieronderzoek zijn daarentegen betrekkelijk bescheiden.

² G. J. L. M. Lensvelt-Mulders, G. H. C. van Gils, P. G. M. van der Heijden, Een overzicht van Schattingsmethoden voor de Omvang van Fraude, Utrecht, december 2000.

³ Monitoring van beleidsinstrumentele wetgeving, Ministerie van Justitie, Inspectie voor de Rechtshandhaving, p. 15; Naleving en handhaving van de beleidsinstrumentele wetgeving: de Precursorenwet, Bureau Veldkamp/Intomart, Amsterdam/ Hilversum, november 1997, p. 56.

Aselecte controle is een directe en pragmatische methode voor het onderzoeken van naleving en fraude. Omdat de methode dicht aansluit bij de werkwijze en opvattingen van de handhavinginstantie zijn er in beginsel weinig problemen te verwachten met definities van de cruciale begrippen. De handhavinginstantie bepaalt deze immers zelf. De methode biedt voordelen omdat zij relatief onafhankelijk is van de directe medewerking van de respondent: men krijgt weinig te maken met de onhebbelijkheden van respondenten die andere methoden parten spelen, zoals: non-respons, gebrekkige kennis, kort geheugen, sociaal wenselijke antwoorden. Dat betekent onder meer dat de vraag naar de (directe) financiële schade door fraude, per zaak en in totaal, het beste te beantwoorden is met aselecte controles.

Aselecte controles leveren over het algemeen minder gegevens op over sociale, economische en psychologische factoren die met fraude samenhangen dan enquêtes. Aselecte controles moeten volstaan met de kenmerken van de doelgroep die al geadmineistreerd zijn bij de belanghebbende organisatie. Niettemin is het mogelijk om met geadmineistreerde kenmerken van daders en zaken profielen op te stellen voor bijvoorbeeld (geautomatiseerde) detectie van mogelijke fraudegevallen. Aan deze toepassing wordt in dit onderzoek verder geen aandacht besteed.

De methode van aselecte audits wordt door een aantal instanties gebruikt om fraude en regelovertrading te onderzoeken. Een van de meer bekende voorbeelden van aselecte controleprogramma's is het Taxpayer Compliance Measurement Program (TCMP) van de Amerikaanse belastingdienst met steekproeven van circa 50.000 huishoudens. TCMP wordt gebruikt voor schattingen van de prevalentie en omvang van noncompliance en om gegevens te leveren om detectiemethoden te ontwikkelen. TCMP werd vanwege onvoldoende politieke steun niet meer uitgevoerd sinds 1988. Het Department of Health in Groot-Brittannië, meet fouten, corruptie en fraude in betalingen van de National Health Service (NHS) door middel van een nauwgezet onderzoek van een steekproef van circa 4000 declaratieformulieren. Het eveneens Engelse Department of Social Security voert sinds 1994 periodieke onderzoeken uit naar de omvang en aard van uitkeringsfraude in diverse regelingen, de zogenaamde 'Benefit Reviews'. De reeds uitgevoerde onderzoeken hebben betrekking op circa 85% van de jaarlijkse uitgaven voor de uitkeringen. In Nederland worden aselecte controles onder meer gebruikt in onderzoeken van het Expertisecentrum Rechtshandhaving van het Ministerie van Justitie, de Regionale Interdisciplinaire Fraudeteams (RIFs) en in een onderzoek naar fraude in de ziektewet (Ernst en Young, 2000) waarvoor 800 ziektekostendossiers uit 1998-1999 werden doorgespit op onrechtmatig gebruik van de verzekering bij het doorbetalen van salarissen van zieke werknemers.

2. Evaluatie van het onderzoek

Voor de evaluatie van het onderzoek maken wij gebruik van onze eigen ervaringen tijdens het onderzoek, van gegevens verzameld met een korte vragenlijst voor de deelnemers aan het onderzoek en tot slot van de resultaten van het onderzoek en van statistische controles op de onderzoekgegevens.

2.1. Uitvoering van het onderzoek

De voorbereidingen voor het onderzoek zijn in juni begonnen. Om de werklast van het onderzoek te spreiden en om een zo goed mogelijke afspiegeling van de markt voor inboedelverzekering te krijgen is besloten om tien maatschappijen te vragen aan het onderzoek deel te nemen en elk van hen een kleine steekproef uit hun administratie te laten onderzoeken. Het verkrijgen van medewerking van dit aantal maatschappijen werd binnen het tijdsbestek van het onderzoek haalbaar geacht. Wij hebben elf verzekeringsmaatschappijen gevraagd om medewerking. De reacties waren instemmend: men onderschrijft het nut en belang van het onderzoek. Tien maatschappijen besloten hun medewerking te verlenen aan het onderzoek. De elfde zag van deelname aan het onderzoek af omdat de verantwoordelijke fraudemedewerker in de onderzoeksperiode met pensioen ging en werd vervangen door een nieuwe medewerker.

Eind juni was duidelijk dat er voldoende deelnemers waren en kon daadwerkelijk een start worden gemaakt met het onderzoek.

Het onderzoek bestond uit de volgende stappen:

1. Steekproeftrekking
2. Beoordeling van de dossiers in de steekproef aan de hand van een beoordelingsformulier en per dossier een schatting van de kans dat er sprake is van fraude.
3. Na afloop van de beoordelingsronde een evaluatie van het onderzoek aan de hand van een korte vragenlijst
4. Het verzamelen van gegevens over premiebedrag, aantal polissen en schadebedrag voor particuliere inboedelverzekering per verzekeringsmaatschappij.

Om de steekproeftrekking, de dossieronderzoeken en de registratie zo uniform mogelijk te laten verlopen, zijn in overleg met de betrokken verzekeringsmaatschappijen duidelijke protocollen en instructies opgesteld. Bovendien hebben de onderzoekers gedurende het onderzoek contact onderhouden met de medewerkers van de verzekeringsmaatschappij en dezen geïnstrueerd en begeleid. Waar nodig zijn in overleg met de medewerkers van de verzekeringsmaatschappijen problemen bij de uitvoering van de onderzoeken opgelost en zijn protocol en instructies aangepast.

De protocollen hebben betrekking op de steekproeftrekking, de uit te voeren controles, het gebruik van fraude-indicatoren en de fraudeonderzoeken, het categoriseren van (vermoedens van) fraude en de registratie.

Gezien de korte geplande doorlooptijd van het onderzoek werd voor de meeste deelnemers volstaan met een schriftelijke en telefonische instructie en begeleiding. Niet bij alle maatschappijen was er een rechtstreeks contact tussen de onderzoekers en ontwikkelaars van het beoordelingsformulier aan de ene zijde en de medewerkers die de dossiers onderzochten aan de andere kant. Gezien de niet altijd consistente manier van invullen van het beoordelingsformulier is het aan te bevelen dat de onderzoekers bij een herhaling van het onderzoek de beoordelaars van dossiers persoonlijk instrueren en direct contact met hen onderhouden.

Aanvankelijk werd 19 augustus als opleverdatum voor de beoordelingsformulieren van de dossiers gesteld. Een aantal deelnemers aan het onderzoek leverde de gegevens aanmerkelijk later. Daaraan liggen verschillende bijzondere omstandigheden ten grondslag zoals ziekte van medewerkers en reor-

ganisaties, maar anderzijds wordt uit evaluatieformulieren en gesprekken met de medewerkers ook duidelijk dat het uitvoeren van het onderzoek een tamelijk grote inbreuk op de reguliere werkzaamheden kan betekenen. Eén van de maatschappijen heeft het totale tijdbeslag van het onderzoek opgegeven. Dat bedroeg 56 uren. Het verwerken van de dossiers is volgens de meeste medewerkers goed te doen. Het waren vooral de steekproeftrekking en het opvragen van gegevens over totaal premiebedrag, totaal schadebedrag en totaal aantal polissen die voor verschillende maatschappijen moeilijker te organiseren inspanningen van verschillende delen van de organisatie vroegen. Wanneer dit type onderzoek wordt herhaald, is het aan te bevelen de procedures voor de steekproeftrekking in bilateraal overleg met de verzekeringsmaatschappijen nog beter te vertalen naar de specifieke administratieve mogelijkheden van elke deelnemende maatschappij en daar in de planning van het onderzoek voldoende (doorloop)tijd voor te reserveren.

Een ander belangrijk probleem voor de deelnemende verzekeringsmaatschappijen vormde het (tijdig) beschikbaar hebben van een deskundige als tweede beoordelaar van de dossiers. Uiteindelijk slaagden twee maatschappijen daar niet in.

2.2. De steekproef van verzekeraars

De tien verzekeringsmaatschappijen die aan het onderzoek hebben deelgenomen zijn geselecteerd in overleg met de twee vertegenwoordigers van twee van de deelnemende maatschappijen die het onderzoek vanaf het begin als velddeskundige hebben begeleid. De groep verzekeraars bestaat uit zowel direct writers, een onderlinge verzekeringsmaatschappij, als verzekeringsmaatschappijen die met tussenpersonen werken. De laatste hebben alleen een steekproef getrokken uit de dossiers die zij zelf afhandelen en niet uit dat deel van hun portefeuille dat wordt beheerd door gevolmachtigden. Dit zijn vertegenwoordigers van verzekeringsmaatschappijen die gevolmachtigd zijn om, binnen een volmacht en instructie, voor rekening en risico van de maatschappijen nieuwe verzekeringen te accepteren en schade tot een bepaald bedrag zelfstandig af te handelen.

Er is de maatschappijen ook gevraagd kort hun beleid inzake acceptatie van verzekerden, afhandeling van schadedossiers en preventie en opsporing van fraude te beschrijven. Zeven van de tien maatschappijen hebben daar inmiddels aan voldaan. Deze verzekeringsmaatschappijen hebben alle een duidelijk en systematisch acceptatiebeleid gericht op het afvangen van slechte morele risico's en beleid om frauduleuze schadeclaims te onderkennen, zij het dat de aanpak en organisatie verschillen en zijn afgestemd op de specifieke kenmerken van de maatschappijen. In de navolgende paragrafen beschrijven wij kort deze vormen van beleid en enige verschillende aanpakken.

Acceptatiebeleid

De aanvragen voor een verzekering worden aan de hand van indicatoren, kennisregels of andere beslissingsregels of criteria beoordeeld. Zeven van de tien deelnemende verzekeraars melden inboedelschades aan FISH en betrekken gegevens uit dit informatiesysteem over schadeclaims. Het schadeverloop van een verzekerde in het verleden kan voor de nieuwe verzekeraar aanleiding zijn om de verzekering niet te accepteren. Bij een enkele maatschappij vindt de vergelijking met de acceptatiecriteria voor een deel geautomatiseerd plaats.

De criteria of beslissingsregels en de verdere afhandeling van (risicovolle) aanvragen verschillen per verzekeringsmaatschappij. Doorgaans maakt men daarbij onderscheid tussen wat bekend staat als een objectief, zuiver, statistisch of materieel risico en een moreel risico. Het materieel risico is het risico dat verbonden is aan de objectieve materiële omstandigheden van de verzekerde, bijvoorbeeld in het geval van een inbraakverzekering het deel van het land waar verzekerde woont. Het moreel risico is het risico dat samenhangt met attitude van de verzekerde. Wanneer deze slordig, onzorgvuldig en

roekeloos met zijn zaken omgaat en veiligheidsmaatregelen niet of slecht in acht neemt en wanneer deze zich in het algemeen weinig gelegen laat liggen aan de verplichtingen die voor hem uit de verzekeringsvoorwaarden voortvloeien, spreekt men van een slecht moreel risico.

Na een eerste vergelijking met de criteria en het inwinnen van informatie uit FISH, vindt verdere afhandeling van de polisaanvraag doorgaans door gespecialiseerde medewerkers en afdelingen plaats.

Schadeafhandeling

Het merendeel van de deelnemende verzekeringsmaatschappijen maakt gebruik van fraude-indicatoren bij de behandeling van schadegevallen. Het betreft het type indicatoren waarmee ook in het onderhavige onderzoek de dossiers zijn beoordeeld. In de meeste gevallen worden verdachte zaken verder afgehandeld door gespecialiseerde afdelingen of teams van de maatschappij. Deze kunnen bovendien nog externe bureaus, zoals expertisebureaus of onderzoekbureaus inschakelen voor het uitvoeren van expertise of technisch of tactisch onderzoek. Ook komt het voor dat voor schadebedragen boven een bepaald bedrag altijd een expertise en/ of een toedrachtonderzoek wordt verricht of schade beneden een bepaald bedrag zonder vragen worden uitbetaald. Eén van de maatschappijen geeft aan service voorop te stellen en te streven naar snelle uitkering, omdat schadeafhandeling het 'visitekaartje' is voor de klanten. Niettemin onderzoekt ook deze maatschappij claims op de vraag of mogelijk fraude in het spel is.

Preventie en opsporing van fraude

De preventie van fraude bestaat voor een belangrijk deel uit controle bij acceptatie en nader onderzoek bij indicaties voor fraude zoals boven beschreven.

De verzekeringsmaatschappijen kunnen beschikken over verschillende gegevensbronnen om administratief onderzoek te verrichten: FISH, het kadaster, bestanden van de Kamers van Koophandel en het Systeem Vertrouwelijke Mededelingen. In dit systeem worden gevallen gemeld van gebleken fraude of van verzwijging van belangrijke gegevens bij het aangaan van een verzekering.

Aangifte bij Justitie

Alle maatschappijen stellen 'in principe' altijd aangifte te doen van zaken van (vastgestelde) fraude. Veel maatschappijen geven aan daarbij ook te kijken naar de 'strafrechtelijke haalbaarheid' van een zaak. De strafrechtelijke haalbaarheid betekent niet alleen de vraag naar de bewijsbaarheid van de fraude, maar vooral ook de vraag of de Officier van Justitie wel daadwerkelijk vervolging zal instellen. Eén maatschappij geeft aan beneden een bepaald minimum bedrag geen aangifte te doen, de zogenaamde 'bagatelschaden'.

De steekproef is getrokken uit alle schadedossiers van de maatschappijen over het jaar 2001. Zaken waarin reeds fraude was geconstateerd zijn niet buiten de steekproef gehouden. Er is aan de beoordelaars gevraagd aan te geven of er in zaken met een kans op fraude groter dan of gelijk aan 50% naar hun mening van een strafbaar feit sprake is. Niet alle beoordelaars hebben zich aan het verzoek gehouden om strafbaarheid alleen aan te geven voor de zaken waarbij zij de kans op fraude groter dan of gelijk aan 50% inschatten. De resultaten zijn als volgt:

⇒ In totaal is er volgens de beoordelaars in 18 gevallen sprake van een strafbaar feit.

⇒ In 3 van die gevallen is ook reeds aangifte gedaan. Het betreft:

- één zaak waarbij in een onderzoek van de verzekeringsmaatschappij fraude is bewezen,
- één zaak waarin geen onderzoek is gedaan en
- één waarvan op het beoordelingsformulier niet is aangegeven of er een onderzoek door de verzekeringsmaatschappij heeft plaatsgevonden.

Onze conclusie is dat vrijwel alle strafbare feiten pas tijdens het hier gerapporteerde onderzoek zijn geconstateerd. De steekproef bevat geen zaken waarbij in een eerder onderzoek door de verzekeringsmaatschappij fraude werd ontdekt en vervolgens geen aangifte werd gedaan.

Als we ons beperken tot de zaken die zijn geregistreerd zoals in de instructie van het beoordelingsformulier gevraagd, krijgen we het volgende beeld:

- In 11 zaken (van de totaal 28 met een fraudekans groter of gelijk aan 50%), is volgens de beoordelaars sprake van een strafbaar feit,
- In 13 zaken (uit dezelfde groep) is er geen strafbaar feit.
- In 4 zaken is niet aangegeven of het gaat om een strafbaar feit.

De meeste maatschappijen, 6 stuks, geven bij een positieve schatting van de fraudekans consequent aan dat er naar hun oordeel een strafbaar feit in het geding is. Vier maatschappijen oordelen echter in zaken waarin verzekerde het schadebedrag heeft gemajoreerd ('overdreven'), dat er géén sprake is van een strafbaar feit. Blijkbaar bestaat er onder verzekeraars geen overeenstemming over wanneer fraude een strafbaar feit is. Ook een vergelijking van twee beoordelingen van een zelfde zaak maakt duidelijk dat bij een eventuele herhaling van dit type onderzoek verheldering van het begrip 'strafbaar' noodzakelijk zal zijn. In vijf zaken waarbij er naar de mening van de ene beoordelaar sprake is van een strafbaar feit, is de tweede beoordelaar van mening dat er geen strafbaar feit is gepleegd.

Marktaandeel van de tien verzekeraars

De Nederlandse markt van de particuliere inboedelverzekeringen bestaat volgens opgave van het Centrum voor Verzekeringsstatistiek uit 6.500.000 polissen. De tien verzekeringsmaatschappijen die het aan het onderzoek hebben deelgenomen hebben bijna 2.800.000 polissen afgesloten en maken gezamenlijk dus ruim 40% van de gehele markt uit. Dat betekent dat enige voorzichtigheid moet worden betracht bij het veralgemeniseren van de uitkomsten van dit onderzoek voor de gehele Nederlandse markt van particuliere inboedelverzekering. Bij een eventueel herhaald onderzoek verdient het de voorkeur om een groter deel van de markt te bestrijken.

2.3. De steekproef van dossiers

Er zijn drie maatschappijen die in hun evaluatie twijfels uiten over de steekproeftrekking. Voor een deel doen zij dat, omdat de medewerkers van deze maatschappijen een lagere kans op fraude in het onderzoek aantreffen, dan zij hadden verwacht. De medewerkers van één maatschappij vonden 'dat de steekproef in hoofdzaak zaken met een gering belang heeft opgeleverd. De vraag is of dat een representatieve weerspiegeling van de schadeportefeuille is.' Ook een andere beoordelaar denkt dat het aantal dossiers te gering is geweest om tot een resultaat te komen. Deze zorgen zijn gemakkelijk weg te nemen. De omvang van de steekproef als geheel, over alle tien maatschappijen, was ruim voldoende om het veronderstelde percentage fraudezaken aan te treffen. Het is natuurlijk daarbij niet uitgesloten dat de deelsteekproef van één of twee maatschappijen geen gevallen van fraude bevat. Uit de betrouwbaarheidsintervallen van de schattingen verderop in het rapport zal ook blijken dat de steekproefomvang voor dit onderzoek correct is.

Volgens een andere maatschappij was de steekproef van 400 dossiers te klein om de diversiteit van de particuliere inboedelverzekering goed te vertegenwoordigen. De betreffende deelnemer aan het onderzoek geeft de volgende toelichting op deze stellingname. Inboedelverzekering bevat veel verschillende soorten schades die onder zeer verschillende omstandigheden optreden en ook door samenleving en verzekeraars zeer verschillend worden behandeld. Schaden beneden een bepaald minimum bedrag worden door veel maatschappijen doorgaans zonder nader onderzoek uitbetaald, aldus de toe-

lichting. Bij diefstal, inbraak of brand dient meestal de politie of brandweer te worden ingeschakeld, hetgeen een drempel voor fraude kan betekenen. Bij andere schaden, bijvoorbeeld schroei- of waterschade, ontbreekt die drempel. Deze heterogeniteit vormt geen probleem voor dit onderzoek. Het doel is het schatten van een gemiddelde kans op fraude over het geheel van schadevormen die onder de inboedelverzekering vallen. Wij schatten geen fraudekansen voor afzonderlijke schadevormen.

Op basis van gegevens uit de steekproef van dossiers kan ook een schatting worden gemaakt van het totale uitbetaalde bedrag op schadeclaims van de verschillende verzekeringsmaatschappijen. Om te controleren of een juiste steekproef is getrokken hebben wij het geschatte bedrag vergeleken met cijfers van de verzekeringsmaatschappijen over het werkelijke bedrag. De schattingen dienen ongeveer overeen te komen met de werkelijke bedragen. Cijfers over de werkelijk uitbetaalde bedragen zijn niet voorhanden, maar wel cijfers over de werkelijke schadebedragen voor inboedelverzekeringen van de verzekeringsmaatschappijen. De schattingen van de uitbetaalde bedragen dienen in elk geval lager te zijn dan de werkelijke schadebedragen. Verzekeringsmaatschappijen vergoeden immers niet alle schaden in zijn geheel. Tabel 1 geeft om redenen van vertrouwelijkheid alleen verhoudingscijfers tussen werkelijk schadebedrag en geschat uitbetaald bedrag weer.

Tabel 1: Verhoudingen schadebedrag volgens verzekeringsmaatschappijen en uitbetaald bedrag volgens schatting

	Schadebedrag 2001	Geschatte uitbetaalde som 2001	Schadebedrag binnen betrouwbaarheidsin- terval schatting uitbe- taalde som?	Onderzoekers controle over steekproef?
1.	1	0,5	Nee	Ja
2.	1	3,9	Nee	Nee
3.	1	10,6	Nee	Nee
4.	1	1,3	Ja	Twijfels
5.	1	1,2	Ja	Ja
6.	1	2,3	Ja	Twijfels
7.	1	0,6	Nee	Ja
8.	1	1,3	Ja	Ja
9.	1	1,4	Ja	Nee
10.	1	2,7	Ja	Ja
Totaal	1	2.6	Nee	

Bij 4 maatschappijen vallen de schadebedragen buiten de grenzen van het betrouwbaarheidsinterval van de schattingen van het uitbetaalde bedrag. In het geval van de maatschappijen 2 en 3 is er sprake

van een aanzienlijke overschatting. Dat betekent dat de steekproeven te veel zaken met een betrekkelijk hoog uitbetaald bedrag bevatten. In het geval van maatschappij 1 en 7 is er daarentegen sprake van een onderschatting en zijn eerder de zaken met beperktere schades oververtegenwoordigd. Het totaal van het door alle tien de verzekeringsmaatschappijen opgegeven schadebedrag ligt beneden de ondergrens van de schatting van het totaal uitgekeerde bedrag. Het geschatte totaal uitgekeerde bedrag is dus ook een overschatting.

De kwaliteit van de steekproeftrekking kan te maken hebben met een aantal zaken:

- Vanwege de korte geplande doorlooptijd van het onderzoek is beperkte tijd ingeruimd voor rechtstreeks persoonlijk overleg van de onderzoekers met medewerkers van de verzekeringsmaatschappijen. De administratie van schadedossiers verloopt bij elke verzekeraar weer anders. Bij de administraties van een aantal verzekeringsmaatschappijen bleek het niet eenvoudig om volgens de instructies van de onderzoekers een aselechte steekproef van schadedossiers voor particuliere inboedelverzekeringen te trekken. Dit komt omdat bijvoorbeeld geen opeenvolgende volgnummers worden afgegeven voor binnenkomende schadeclaims, maar een andere systematiek in gebruik is. Een aantal verzekeringsmaatschappijen heeft daarom uiteindelijk haar eigen systematiek van steekproeftrekking gevolgd. Mogelijk dat de steekproeftrekking daardoor niet aselekt is verlopen.
- Mogelijk is er tijdens de steekproef of het dossieronderzoek toch een selectie opgetreden doordat men te kleine zaken met een gering schadebedrag en geen of een geringe uitbetaling terzijde heeft gelegd. Dit verschijnsel is bekend uit de literatuur. De onderzoeken van het Expertisecentrum Rechtshandhaving van het Ministerie van Justitie laten zien, dat waar handhavinginstanties denken aselekt te werk te gaan, er toch vaak op een of andere manier selectie in het proces sluipt. In het kader van het onderzoek naar naleving van de bestrijdingsmiddelenwet werden ook aselechte monsternemingen bij landbouwbedrijven voorzien. De uitvoerende controleurs weken echter op basis van eigen inzicht af van de procedures, waardoor weer selectiviteit in de monsterneming sloop. Regelmatig werden geen monsters genomen, hoewel het betreffende bedrijf wel tot de steekproef behoorde.⁴
- Een andere mogelijkheid is dat er sprake is van bestandsvervuiling, bijvoorbeeld omdat dossiers van kleinere schaden minder goed worden gearhiveerd.

De resultaten maken duidelijk dat bij een eventuele herhaling van dit type onderzoek de onderzoekers de steekproef zelf moeten trekken uit (digitale) bestanden ter beschikking gesteld door de verzekeringsmaatschappijen of op zijn minst de steekproeftrekking op de voet moeten kunnen volgen.

⁴ G. Lensvelt, G. van Gils, P. van der Heijden, 2000, p. 31.

2.4. Betrouwbaarheid van de schattingen

De kernvraag voor het onderzoek, namelijk de vraag naar de kans op fraude voor elk dossier, werd op het beoordelingsformulier als volgt geformuleerd:

20. Hoe groot is volgens u de kans dat er in dit dossier sprake <u>zou kunnen zijn</u> van fraude?	<input type="checkbox"/> 0% (vrijwel geen van dit type zaken is naar mijn ervaring fraude) <input type="checkbox"/> 25% (gemiddeld genomen is bij benadering, naar mijn ervaring 1 op de 4 van dit type zaken fraude) <input type="checkbox"/> 50% (gemiddeld genomen is bij benadering, naar mijn ervaring de helft van dit type zaken fraude) <input type="checkbox"/> 75% (gemiddeld genomen is bij benadering, naar mijn ervaring 3 op de 4 van dit type zaken fraude) <input type="checkbox"/> 100% (gemiddeld genomen is bij benadering, naar mijn ervaring in dit type zaken altijd sprake van fraude)
---	---

Bij de voorbereidingen van het onderzoek bespeurde een aantal medewerkers aan het onderzoek een tegenspraak tussen de vraag naar de kans op fraude voor het onderhavige dossier enerzijds (de linkerkolom) en het beroep op ervaring met een bepaald type zaken anderzijds (rechterkolom).

De tegenspraak is opgelost door de volgende toelichting bij de betreffende vraag te geven:

“U wordt echter gevraagd om alle gegevens in het behandelde dossier mee te wegen en zo te komen tot een typering van de zaak. U maakt de typering op grond van alle kenmerken van de zaak die naar uw overtuiging relevant zijn voor de vraag of er fraude in het spel is. Het is dus mogelijk dat u een zaak beoordeelt waarbij bijvoorbeeld de schadetoedracht en nog andere algemene kenmerken aanleiding geven tot een vermoeden van fraude, maar waarbij weer andere kenmerken, bijvoorbeeld kenmerken van de verzekerde (leeftijd, claimgedrag in het verleden, inkomen, etc.) voor u reden zijn om voor dit specifieke dossier toch geen vermoeden van fraude te koesteren. Als u in het geval van dit voorbeeld alle relevante kenmerken meeweegt om tot een typering van de zaak te komen, schat u de kans op fraude voor deze zaak in op 0%, dat wil zeggen dat naar uw ervaring bij vrijwel geen van dit type zaken er sprake van fraude is.”

De medewerkers aan het onderzoek laten zich over het algemeen positief uit over de mogelijkheid om de schadeclaims te beoordelen en de gevraagde schattingen te maken. De medewerkers van alle acht deelnemende maatschappijen die een evaluatievragenlijst hebben ingevuld, waren het eens of helemaal eens met de stelling dat het naar eigen ervaring goed te doen was om op basis van de beschikbare informatie in het administratief onderzoek een realistische schatting te maken van de kans op fraude. Bovendien verwerpt men een negatieve stelling over het onderzoek. De medewerkers van zes maatschappijen waren het niet eens of helemaal niet eens met de stelling dat het aangeven van de kans op fraude meer gokken dan schatten zou zijn. Twee nemen hier een neutrale positie in en zij zijn het niet eens, noch oneens met deze stelling.

Dat wil niet zeggen dat het schatten van de kans op fraude eenvoudig werd gevonden. Medewerkers van drie van de verzekeringsmaatschappijen waren het (helemaal) eens met de stelling dat het zeer moeilijk was om onderscheid te maken tussen de verschillende categorieën fraudekansen (0%, 25%, 50%, 75%, 100%). Vier waren het oneens of helemaal oneens met deze stelling, en één is het er niet mee eens, noch mee oneens.

Dat neemt niet weg dat nog drie deelnemers aan het onderzoek van mening zijn dat de gebruikte schaal te grof was en preciezer schattingen mogelijk waren geweest. Twee van deze maatschappijen misten met name de categorie van 10%. Een van deze twee legt uit, dat de sprong van 0 naar 25 % te groot was, omdat boven de 25% kans op fraude meer onderzoek wordt gedaan om fraude te bewijzen, terwijl juist in de range 0-25% er vaak een "gevoel" is van fraude waaraan om allerlei redenen geen gevolg wordt gegeven, zeker als het om kleine schadebedragen gaat. De mening dat de schaal voor fraudekansen verfijnd kan worden, wordt echter niet algemeen gedeeld. Drie maatschappijen zijn het oneens met de stelling van deze strekking, waarvan twee helemaal oneens.

Voor het onderzoek is een brutosteekproef getrokken van 400 dossiers waarvan er 200 dubbel beoordeeld dienden te worden. De nettosteekproef 386 dossiers bedraagt. Over 129 dossiers zijn twee schattingen van de kans op fraude beschikbaar⁵.

Het aantal ontbrekende schattingen is dus beperkt tot circa 3% van het totaal aantal schattingen, zowel voor de eerste als voor de tweede schatting (respectievelijk 3 en 3,5%). Dit is een nieuwe aanwijzing dat het maken van de schattingen voor de medewerkers van de verzekeringsmaatschappijen een uitvoerbare taak is.

De volgende tabellen laten zien dat de zogenaamde 'interbeoordelaarsbetrouwbaarheid' betrekkelijk hoog is. Ook dit is een aanwijzing dat de betrouwbaarheid van de schattingen betrekkelijk groot is. In tabel 3 is te zien dat vrijwel alle oordelen van de twee beoordelaars op de diagonaal of er onmiddellijk naast liggen. Veel oordelen zijn gelijk en slechts 5 verschillen twee of meer klassen (zie ook tabel 2).

Tabel 2: interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Identiek	100
1 klasse verschil	24
2 klassen verschil	4
3 klassen verschil	1
4 klassen verschil	-
Totaal	129

Tabel 3: twee schattingen van fraudekans in dezelfde zaak vergeleken (n = 129)

Fraudekans 1	Fraudekans 2				
	0	25	50	75	100
0	74				
25	17	21			
50	4	7	4		
75	-	-	1	-	
100	-	1	-	-	-

⁵ In totaal is er bij het onderzoeksbureau informatie over 389 dossiers binnen gekomen. Voor 143 van deze dossiers is een tweede beoordelingsformulier ontvangen. De (eerste) beoordeling ontbreekt bij 12 dossiers. De tweede beoordeling vult echter in 9 zaken het ontbrekende eerste oordeel aan, zodat de nettosteekproef 386 dossiers bedraagt (389 – 12 + 9 = 386). De tweede beoordeling ontbreekt bij 5 van de tweemaal bekeken dossiers. Als gevolg zijn over 129 dossiers twee schattingen van de kans op fraude beschikbaar (143 – 5 – 9 tweede beoordelingen die de ontbrekende eerste vervangen).

3. De fraudeschattingen beoordeeld

Tabel 4 bevat de schattingen van de fraudekans, het aantal zaken, het aantal strafbare feiten en de bedragen gemoeid met de fraudes.

Tabel 4: schattingen gemiddelde fraudekans, aantal zaken, fraudebedragen

1	2	3	3	4	5	7	8
Verzekeraar	Schadegevallen 2001	Steekproef	Gemid- delde Kans op fraude	Aantal zaken fraude	Aantal strafzaken def. Ver- zekeraars	Aantal straf- zaken def. Onderzoekers	Totaal ten onrech- te uitgekeerd bedrag (€)
1.	30.500	41	0,01	186	0	0	341.637
2.	12.065	40	0,09	1.056	754	754	1.035.629
3.	26.290	32	0,08	2.054	0	1.026	762.615
4.	4.734	38	0,22	1.059	93	249	493.146
5.	4.700	41	0,21	1.003	0	287	788.167
6.	4.232	37	0,14	600	57	172	1.977.788
7.	39.000	39	0,09	3.500	0	0	7.271.875
8.	11.168	39	0,18	1.969	573	573	390.972
9.	31.601	39	0,20	6.381	912	912	3.850.663
10.	35.928	40	0,03	1010	449	449	2.065.748
	Som:	Som:	Gemid- delde:	Som:	Som:	Som:	Som:
	216.592	386	0,09	18.818	2.838	4.422	18.978.241
95% interval							
	Benedengrens		0,08	16.325	1.385	2.777	11.248.978
	Bovengrens		0,11	21.311	4.464	6.215	28.908.720

De tabel laat in de 2^e kolom het totaal aantal schadedossiers particuliere inboedelverzekering over het jaar 2001 per verzekeringsmaatschappij zien en in kolom 3 de netto-steekproeven uit die verzamelingen. Ten behoeve van een heldere verantwoording van de resultaten zijn ook de schattingen per verzekeringsmaatschappij weergegeven. Deze dienen echter niet als realistische schattingen per maatschappij te worden opgevat. De steekproefgrootte van het onderzoek is immers berekend met het oog op het doen van schattingen voor de tien maatschappijen gezamenlijk en niet voor elke maatschappij afzonderlijk. We bespreken nu eerst de schattingen en beoordelen vervolgens de kwaliteit van de schattingen.

Kolom 4 bevat de schattingen van de gemiddelde kans op fraude voor de 10 verzekeringsmaatschappijen, berekend op basis van de gegevens uit de dossieronderzoeken. Dit resulteert in een schatting van de gemiddelde kans op fraude in particuliere inboedelverzekeringen van de 10 verzekeringsmaatschappijen van 9%. Dat betekent dat over alle 10 verzekeringsmaatschappijen genomen gemiddeld bij één op de tien binnenkomende schadeclaims op een particuliere inboedelverzekering er sprake is van fraude. Met 95% zekerheid kan men stellen dat de gemiddelde kans op fraude voor die verzekeringsmaatschappijen tussen de 8 en 11% ligt.

Kolom 5 geeft de schatting van het aantal fraudezaken per verzekeringsmaatschappij over het jaar 2001. De som geeft de schatting voor het totale aantal fraudezaken bij particuliere inboedelverzekeringen voor de 10 verzekeraars gezamenlijk: bijna 19.000. Dit aantal ligt met 95% betrouwbaarheid tussen de 16.000 en ruim 21.000.

De kolommen 6 en 7 geven de schattingen van het aantal strafbare feiten voor particuliere inboedelverzekeringen over het jaar 2001, per verzekeringsmaatschappij en de som voor het totaal van de 10 verzekeringsmaatschappijen, opnieuw met 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Kolom 6 maakt voor de schatting gebruik van de informatie die de verzekeraars hebben verstrekt: het aantal zaken met een fraudekans van 50% of meer dat naar hun mening strafbaar is. Dit leidt tot een schatting van ruim 2.800 strafbare feiten. De schatting ligt met 95% zekerheid tussen bijna 1.400 en bijna 4.500. In kolom 7 is gekeken naar de zaken met een kans op fraude hoger dan of gelijk aan 50%. Dit zijn dus de zaken met een relatief hoge pakkans. De schatting bedraagt nu ruim 4.400 strafbare feiten en de schatting ligt met 95% zekerheid tussen de 3.000 en bijna 7.000 strafbare zaken. Het is van belang hierbij aan te tekenen dat het aantal strafbare feiten per jaar nog niet gelijk staat aan het aantal strafzaken en de werklust voor politie en justitie. Immers, zelfs voor zaken waar duidelijk fraude is gepleegd en een strafbaar feit in het geding is, kan er nog sprake zijn van een te zware bewijslast of een te gering benadelingbedrag om de zaak aan justitie voor te leggen. De werklust in de zin van kant-en-klare strafzaken verzekeringsfraude die aan politie en justitie worden geleverd kan met behulp van de gegevens in dit onderzoek niet worden geschat.

Kolom 8 tenslotte geeft schattingen van de in 2001 ten onrechte uitbetaalde bedragen per verzekeringsmaatschappij en voor de 10 verzekeringsmaatschappijen gezamenlijk. Het totale bedrag is bijna 19 miljoen euro en ligt met 95% zekerheid tussen de 11 en 29 miljoen.

Uit de beoordeling van de steekproeven is gebleken dat het geschatte totale uitgekeerde bedrag voor alle tien de maatschappijen een overschatting is. Om die reden concluderen wij dat de schattingen van de ten onrechte uitgekeerde bedragen een overschatting zijn.

De berekende betrouwbaarheidsintervallen voor de schattingen van de gemiddelde fraudekans, het aantal fraudezaken (kolommen 4 en 5) en voor de aantallen strafbare feiten (kolommen 7 en 8) zijn steeds betrekkelijk smal, hetgeen betekent dat dit type onderzoek met de gevonden fraudekansen in principe bruikbare uitspraken voor beleid oplevert. Met name de schatting van de gemiddelde fraudekans ziet er op het eerste gezicht plausibel uit. Een schatting van 9% is niet extreem laag of extreem hoog. Verder is er geen samenhang tussen schadebedragen en uitbetaalde bedragen en de geschatte kans op fraude. Er is dus geen aanwijzing dat de schattingen van de fraudekans worden beïnvloed door de oververtegenwoordiging van hoge uitbetalingen in de steekproef. Het blijft echter mogelijk dat de zaken met hogere bedragen andere kenmerken hebben waardoor er meer fraude in voorkomt. In dat geval zijn ook de geschatte aantallen voor gemiddelde fraudekans, aantallen zaken en aantallen strafbare feiten een overschatting. Het is daarom verstandig om ook ten aanzien van de schattingen van de gemiddelde fraudekans, het aantal fraudezaken en de aantallen strafbare feiten voorzichtigheid te betrachten.

In bijna 90% van de zaken met een positieve kans op fraude, is volgens de beoordelaar sprake van majoreren. Dat betekent dat een schadegeval heeft plaatsgevonden dat onder de polisvoorwaarden valt, maar dat een hogere schade wordt opgegeven dan werkelijk is geleden of in elk geval dan werkelijk door de polisvoorwaarden is gedekt. De rechtbank merkt in deze gevallen het gehele geclaimde en uitgekeerde bedrag aan als frauduleus. De beoordelaars is gevraagd in het geval van majoreren ook

een schatting te maken van het bedrag waarmee de schadeclaim ten onrechte is verhoogd. Dit is in het merendeel van de gevallen (60%) niet gebeurd. Als men in een eventueel nieuw dossieronderzoek naar verzekeringsfraude ook het bedrag in kaart wil brengen waarmee schadeclaims worden gemajoreerd, zal men meer aandacht moeten besteden aan het goed operationaliseren van het begrip 'majoreren' en aan de mogelijkheden om het gemajoreerde bedrag te schatten.

4. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

4.1. Doel en methode van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het aan het licht brengen van het ‘dark number’ van fraude bij particuliere schadeverzekeringen. Meer in het bijzonder heeft het onderzoek betrekking op de gemiddelde kans op fraude, de aantallen zaken per jaar, de mogelijke werklust voor politie en justitie en de financiële omvang van de fraude. Er is gebruik gemaakt van een administratief onderzoek van een aselechte steekproef van dossiers. Dit is gezien het ontbreken van een steekproefkader voor een enquête van mogelijke fraudeurs de meest geëigende methode. Een tweede doel van het onderzoek is het uitproberen en verder ontwikkelen van de onderzoeksmethode voor het schatten van de omvang van verzekeringsfraude.

In overleg met de verzekeringswereld is gekozen voor een onderzoek van particuliere inboedelverzekeringen. Dit een verzekering waarover bijna elk huishouden in Nederland beschikt. Onder de particuliere inboedelverzekering vallen onder meer schades tengevolge van inbraak, wateroverlast, kleine brand, vandalisme, ruitbreuk, etc. Andere schadeverzekeringen die in aanmerking komen voor dit type onderzoek zijn:

- Autoverzekeringen, hierbij schades tengevolge van: diefstal, aanrijding, brand
- Verzekering voor wettelijke aansprakelijkheid
- Reisverzekeringen: diefstal, verlies, ongeval

Fraude bij deze verzekeringsvormen leent zich in principe voor steekproefonderzoek. Het gaat om fraude waaraan betrekkelijk veel mensen zich voor een betrekkelijk beperkt bedrag schuldig maken, zonder dat ze in georganiseerd verband proberen er een criminele broodwinning van te maken. De meer ‘georganiseerde’ vormen van verzekeringsfraude doen zich over het algemeen voor in betrekkelijk unieke gevallen op grond waarvan moeilijk schattingen zijn te maken. Anderzijds zijn het vormen van fraude met een voldoende maatschappelijk belang, bijvoorbeeld omdat zij door veel mensen worden begaan of verzekeringen treffen met een belangrijke maatschappelijke functie.

4.2. Uitvoering van het onderzoek

Om de werklust van het onderzoek te spreiden en om een zo goed mogelijke afspiegeling van de markt voor inboedelverzekering te krijgen is besloten om tien maatschappijen te vragen aan het onderzoek deel te nemen en elk van hen een kleine steekproef uit hun administratie te laten onderzoeken. Tien van de elf benaderde maatschappijen besloten hun medewerking te verlenen aan het onderzoek. De reacties waren instemmend: de verzekeraars onderschrijven het nut en belang van het onderzoek.

Het onderzoek is uitgevoerd op een steekproef van 400 schadedossiers, 40 uit alle schadedossiers van het jaar 2001 van elk van de deelnemende verzekeringsmaatschappijen. Deskundige medewerkers van de verzekeringsmaatschappijen is gevraagd de dossieronderzoeken te verrichten en hun vermoedens van fraude te categoriseren in vijf kansen: een kans op fraude van (vrijwel) nul, van 25%, 50%, 75% of van 100%. De helft van de steekproef, 20 van de 40 dossiers voor elke maatschappij, diende door twee beoordelaars te worden beoordeeld. De beoordelaars hebben hun oordeel kunnen vormen aan de hand van kenmerken van de betrokken verzekerde en de zaak, door eventuele stukken in het dossier te analyseren en door informatie op te vragen uit de databank FISH. De aanpak van het onderzoek sluit nauw aan bij de gebruikelijke administratieve afhandeling van schadedossiers.

Om de steekproeftrekking, de dossieronderzoeken en de registratie zo uniform mogelijk te laten verlopen, zijn in overleg met de betrokken verzekeringsmaatschappijen protocollen en instructies opgesteld. Bovendien hebben de onderzoekers gedurende het onderzoek contact onderhouden met de medewerkers van de verzekeringsmaatschappij en dezen geïnstrueerd en begeleid. Gezien de korte geplande doorlooptijd van het onderzoek werd voor de meeste deelnemers volstaan met een schriftelijke en telefonische instructie en begeleiding.

De steekproef van verzekeraars

De groep van 10 verzekeringsmaatschappijen bestaat uit grote en kleinere marktpartijen en zij voeren alle een beleid op het voorkomen van fraude en afvangen van slechte risico's door een gestructureerde acceptatie van polissen, afhandeling van schadeclaims en onderzoek van verdachte gevallen. Verschillende organisatietypen als intermediair maatschappijen 'direct writers' en 'onderlingen' zijn vertegenwoordigd en er zijn geen aanwijzingen dat de steekproef van maatschappijen op belangrijke kenmerken eenzijdig is samengesteld.

De tien verzekeringsmaatschappijen die aan het onderzoek hebben deelgenomen bestrijken bijna de helft van de Nederlandse markt van particuliere inboedelverzekeringen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen daarom niet zonder meer worden veralgemeniseerd voor de gehele Nederlandse markt van particuliere inboedelverzekering. Bij een eventueel herhaald onderzoek verdient het de voorkeur om een groter deel van de markt te bestrijken of om de groep van deelnemende verzekeringsmaatschappijen óók aselekt te kiezen.

De steekproef van dossiers

De nettosteekproef van bruikbare beoordelingen van dossiers bedraagt 386 stuks. Over 129 dossiers zijn twee schattingen van de kans op fraude beschikbaar.

Uit een vergelijking van uitbetaalde bedragen geschat op basis van gegevens uit de dossiers en gegevens over het werkelijke schadebedrag verkregen van de verzekeraars, blijkt dat de steekproeven van twee maatschappijen te veel zaken bevatten met een betrekkelijk hoog uitbetaald bedrag. Bij deze twee maatschappijen is sprake van een aanzienlijke overschatting van het uitgekeerde bedrag. Dit geldt ook voor de schatting van het totaal uitgekeerde bedrag voor alle tien de maatschappijen.

De resultaten maken duidelijk dat bij een eventuele herhaling van het onderzoek de onderzoekers bij voorkeur de steekproef zelf moeten kunnen trekken.

Betrouwbaarheid van de schattingen

De medewerkenden aan het onderzoek laten zich over het algemeen positief uit over de mogelijkheid om de schadeclaims te beoordelen en de gevraagde schattingen te maken. Zij zijn van mening, dat het goed te doen was om op basis van de beschikbare informatie in het administratief onderzoek een realistische schatting te maken van de kans op fraude.

Het aantal dossiers waarvoor een schatting van de fraudekans ontbreekt is beperkt tot circa 3% van het totaal aantal schattingen, zowel voor de eerste als voor de tweede schatting (respectievelijk 3 en 3,5%). Dit is een aanwijzing dat het maken van de schattingen voor de medewerkers van de verzekeringsmaatschappijen een uitvoerbare taak is. Verder is ook de zogenaamde 'interbeoordelaarsbetrouwbaarheid' betrekkelijk hoog.

4.3. Beoordeling van de schattingen

De gemiddelde kans op fraude in particuliere inboedelverzekeringen van de 10 verzekeringsmaatschappijen is 9%. Dat betekent dat over alle 10 verzekeringsmaatschappijen genomen gemiddeld bij bijna één op de tien binnenkomende schadeclaims van een particuliere inboedelverzekering er sprake is van fraude. Met 95% zekerheid kan men stellen dat de gemiddelde kans op fraude voor die verzekeringsmaatschappijen tussen de 8 en 11% ligt.

Het totale geschatte aantal fraudezaken bij particuliere inboedelverzekeringen voor de 10 verzekeraars gezamenlijk bedraagt bijna 19.000. Dit aantal ligt met 95% betrouwbaarheid tussen de 16.000 en 21.000. Het totale geschatte aantal zaken dat naar de mening van de verzekeraars strafbaar is, bedraagt 2.800 zaken. De schatting ligt met 95% zekerheid tussen bijna 1.400 en ruim 4.400. Het totale bedrag dat in 2001 tengevolge van fraude ten onrechte werd uitgekeerd wordt geschat op bijna 19 miljoen euro en ligt met 95% zekerheid tussen de ruim 11 en bijna 29 miljoen. In bijna 90% van de zaken met een positieve kans op fraude is er volgens de beoordelaar sprake van majoreren.

Het geschatte totaal uitgekeerde bedrag voor de tien verzekeringsmaatschappijen is een overschatting gebleken. Men mag daarom aannemen dat de schatting van het ten onrechte uitgekeerde bedrag ook een overschatting is.

Het is verstandig om ook ten aanzien van de schattingen van de gemiddelde fraudekans, het aantal fraudezaken en het aantal strafbare feiten voorzichtigheid te betrachten. De berekende betrouwbaarheidsintervallen voor deze schattingen zijn steeds betrekkelijk smal, hetgeen betekent dat dit type onderzoek met de gevonden fraudekansen in principe bruikbare uitspraken voor beleid oplevert. Met name de schatting van de gemiddelde fraudekans ziet er op het eerste gezicht plausibel uit. Een schatting van 9% is niet extreem laag of extreem hoog. Verder is er geen samenhang tussen schadebedragen of uitbetaalde bedragen en de geschatte kans op fraude. Er is dus geen aanwijzing dat de schattingen van de fraudekans worden beïnvloedt door de oververtegenwoordiging van hoge uitbetalingen in de steekproef. Het blijft echter mogelijk dat de zaken met hogere bedragen andere kenmerken hebben waardoor er meer fraude in voorkomt. In dat geval zijn ook de geschatte aantallen voor gemiddelde fraudekans, aantallen zaken en aantallen strafbare feiten een overschatting.

Vanwege het gebleken belang van majoreren bij verzekeringsfraude zal in een eventueel nieuw dossieronderzoek naar verzekeringsfraude meer aandacht moeten worden besteed aan het goed operationaliseren van het begrip 'majoreren' en aan de mogelijkheden om het gemajoreerde bedrag te schatten.

4.4. Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de bevindingen van het onderzoek komen wij tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

- De verzekeringsmaatschappijen reageren instemmend op het initiatief voor het fraudeonderzoek en onderschrijven het belang en nut ervan.
- De maatschappijen die aan het onderzoek hebben deelgenomen, bestrijken ruim 40% van de markt voor particuliere inboedelverzekeringen. Er zijn geen aanwijzingen dat de groep van deelnemende verzekeringsmaatschappijen op belangrijke kenmerken eenzijdig is samengesteld. Wel verdient het de voorkeur om bij herhaling van dit type onderzoek een groter deel van de markt te bestrijken.
- Er zijn meerdere aanwijzingen voor een voldoende betrouwbaarheid van de schattingen. De dossieronderzoekers vonden het goed te doen was om op basis van de beschikbare informatie een realistische schatting te maken van de kans op fraude. Verder zijn er relatief weinig dossiers waarvoor een schatting ontbreekt en is de 'interbeoordelaarsbetrouwbaarheid' betrekkelijk hoog is.
- Het onderzoek levert schattingen op die er plausibel uit zien. Met name de schatting van de kans op fraude is niet extreem laag of extreem hoog. De meeste schattingen hebben ook betrekkelijk

smalle betrouwbaarheidsintervallen. Dat betekent dat dit type onderzoek met de gevonden fraudekansen en gebruikte steekproefaantallen in principe bruikbare uitspraken voor beleid oplevert.

- Het geschatte bedrag van de financiële benadeling tengevolge van fraude is een overschatting. Ook de schattingen van de gemiddelde fraudekans en de aantallen zaken per jaar dienen terughoudend te worden geïnterpreteerd.
- Een aantal begrippen, zoals de strafbaarheid van fraude, wordt op verschillende manieren geïnterpreteerd en een aantal gegevens wordt op verschillende manieren geregistreerd. Het verdient aanbeveling om bij een herhaling van dit type onderzoek de beoordelaars van de dossiers meer dan nu mogelijk was door de onderzoekers persoonlijk te laten instrueren en begeleiden.
- De overschatting van de financiële benadeling tengevolge van fraude is te wijten aan een oververtogenwoordiging van hoge uitbetalingen in de steekproeven van twee grotere maatschappijen.
- Bij een eventuele herhaling van het onderzoek moeten de onderzoekers de steekproef bij voorkeur zelf trekken uit bestanden geleverd door verzekeringsmaatschappijen.
- Als men in een eventueel nieuw dossieronderzoek naar verzekeringsfraude ook het bedrag in kaart wil brengen waarmee schadeclaims worden gemajoreerd, zal men meer aandacht moeten besteden aan het goed operationaliseren van het begrip ‘majoreren’ en aan de mogelijkheden om het gemajoreerde bedrag te schatten.

Onze eindconclusie is dat de toegepaste methode van aselect dossieronderzoek door deskundigen goed uitvoerbaar is en betrouwbare en plausibele schattingen oplevert die bruikbaar zijn voor beleid. De methode biedt daarom een bruikbaar alternatief in het geval een enquête niet goed uitvoerbaar is, bijvoorbeeld, zoals in dit geval, vanwege het ontbreken van een steekproefkader waaruit respondenten kunnen worden geworven. Anderzijds is duidelijk dat bij een herhaling van dit type onderzoek een directere aansturing, begeleiding en controle van het onderzoek en met name van de steekproeftrekking door de onderzoekers noodzakelijk is.

Bijlage: korte technische beschrijving van onderzoek verzekeringsfraude

Stel: populatie: $N = 2000$ per jaar over het jaar 2000, zodat alle schaden zijn uitbetaald en er gecorrigeerd kan worden voor eventuele seizoenseffecten

Steekproef: $n = 250$, beoordeeld door 5 personen, ieder 50, of een beoordelaar die er 250 doet, of een tussenvorm: $i = 1, \dots, n$

Elk dossier i wordt beoordeeld op de kans op fraude p_i : $p_i = 0$ of $p_i = .25$ of $p_i = .50$ of $p_i = .75$ of $p_i = 1$

Voor elk dossier i schadebedrag en de kans \times schadebedrag: $p_i f_i$

De totale schade tengevolge van fraude is dan:

$$250 \sum_{i=1} p_i f_i = F_n$$

Met een 'bootstrap' berekenen we vervolgens een betrouwbaarheidsinterval voor deze puntschatting. Het voordeel van deze schatter is dat hij non-parametrisch is en dus geen zware veronderstellingen maakt ten aanzien van de verdeling van de data.

De schatting wordt opgehoogd naar de totale populatie van $N = 2000$ door vermenigvuldiging met 8 ($N/n = 2000/250$):

$$F_N = 8 \times F_n$$

Dezelfde exercitie kan worden uitgevoerd voor het aantal zaken, het aantal daders en het aantal zaken relevant voor justitie en politie. Dit betreft zaken die in principe tot een aangifte kunnen leiden.

De steekproeftrekking kan als volgt verlopen:

Kies op registratienummer elk 8^e dossier

De berekening van het schadebedrag als elk dossier door K personen ($k = 1, \dots, K$) wordt beoordeeld: dan wordt de schatting van het schadebedrag voor dossier i : $p_{ik} f_i$

Bijvoorbeeld: bij twee beoordelaars met $p_{i1} = .5$ en $p_{i2} = 0$, en $f_i = 10.000$:

$$\frac{1}{2} (.5 \times 10.000 + 0 \times 10.000) = 2.500.$$