

I. EDITORIAL

DESPĂGUBIRILE RCA PENTRU VĂTĂMĂRI CORPORALE: DE LA REPARAȚIA INTEGRALĂ LA „ALGORITMUL” ASIGURĂTORILOR

CONCURENȚĂ, SUPRAVEGHERE, PROTECȚIA CONSUMATORULUI ȘI CONTROL PARLAMENTAR ÎN MATERIA VĂTĂMĂRILOR CORPORALE



Av. Cătălin Ionuț CRĂCIUNESCU

1. Teză de principiu: „algoritmul” nu este lege și nu poate substitui reparația integrală

Despăgubirea pentru vătămări corporale în RCA nu este un „beneficiu” negociabil și nici un produs financiar supus discountului. Ea este expresia juridică a reparației integrale a prejudiciului, consacrată în dreptul comun și consolidată, în materia RCA, prin Legea nr. 132/2017. Dar, în practică se observă o inversare a ordinii firești: oferta nu mai rezultă din probă, ci proba este împinsă să se conformeze ofertei.

Teză de principiu: procedura administrativă RCA nu poate fi transformată într-un mecanism de „normalizare” a suferinței prin sume globale, lipsite de traseu justificativ (punctaj traumatic, defalcare, algoritm de calcul, criterii de individualizare). Ceea ce nu este explicat nu poate fi combătut; iar ceea ce nu poate fi combătut devine, în fapt, impus.

Mecanismul de presiune procedurală (schemă logică a uzurii)

1) Notificare daună (obligație legală) → 2) Ofertă globală/nemotivată → 3) Refuz și solicitare de justificare →

4) Răspuns stereotip („politica noastră”, „practica instanțelor”, „mergeți la SAL-FIN/instanță”) → 5) Filtru de timp și incertitudine →

6) Rezultat: acceptarea forțată a sumei minime (epuizare, constrângere economică și emoțională).

2. Argument statistic: radiografia RCA în 2024 și poziția „variabilei umane” în sistem

Orice discuție serioasă despre conduita de piață trebuie ancorată în date. Raportările oficiale A.S.F. pentru anul 2024 oferă trei repere relevante: (i) dimensiunea segmentului RCA, (ii) gradul de concentrare, (iii) structura plăților - în special, masa financiară alocată vătămărilor corporale.

În 2024, primele brute subscrise RCA (societăți autorizate, sucursale și FoS) s-au situat la aproximativ 9,94 miliarde lei (+7% față de 2023), iar prima medie RCA anualizată s-a situat în jurul valorii de 1.271 lei (+10% față de 2023). Totodată, gradul de concentrare rămâne ridicat: primele 3 societăți cumulau aproximativ 56% din portofoliul RCA.

Din perspectiva despăgubirilor, în 2024 s-au plătit despăgubiri brute de 3.992 milioane lei pentru daune materiale (auto), **respectiv 771 milioane lei pentru vătămări corporale**, acestea din urmă fiind asociate unui număr de **11.229 dosare plătite**. În termeni de masă monetară, componenta „umană” reprezintă aproximativ **16%** din totalul plăților RCA (materiale + vătămări), diferența fiind absorbită de reparațiile auto.

Indicator (RCA, 2024)	Valoare	Observații
Prime brute subscrise RCA	≈ 9,94 mld. lei	Societăți + sucursale + FoS
Prima medie RCA anualizată	≈ 1.271 lei	+10% față de 2023
Concentrare piață (Top 3)	≈ 56%	Portofoliul RCA
Despăgubiri daune materiale	3.992 mil. lei	Auto/service
Despăgubiri vătămări corporale	771 mil. lei	≈ 16% din total plăți RCA
Dosare plătite vătămări	11.229	în 2024

Notă critică: această disproporție explică, fără retorică, de ce vătămarea corporală tinde să devină „variabila de ajustare” a profitabilității. Facturile de service au contrapărți contractuale și mecanisme de verificare; suferința victimei - nu. Într-o piață obligatorie, opacitatea și uniformizarea nu sunt „simple imperfecțiuni”, ci simptome de sistem.

FIGURA 2 - Structura despăgubirilor RCA (2024, reprezentare grafică sugerată)

Daune materiale: 3.992 mil. lei | Vătămări corporale: 771 mil. lei (≈ 16% din total plăți)

3. Consiliul Concurenței: de la dosarul individual la ipoteza de practici concertate

Într-o piață concentrată, convergența repetitivă a comportamentelor (oferte similare, metodologii similare, justificări similare) poate funcționa ca indicator de „alinieare funcțională”. Într-o asigurare obligatorie, unde consumatorul este captiv, riscul practic nu este doar economic, ci și social: plafonarea implicită a reparației pentru vătămări corporale.

Premisă: dacă, în urma unui control tematic, se constată practici de tip cartel (art. 5 din Legea concurenței nr. 21/1996) sau abuz de poziție dominantă (art. 6), efectul nu este un simplu incident administrativ, ci o distorsionare a pieței prin transformarea despăgubirii într-un „preț” fixat implicit.

Aici, analiza trebuie să meargă dincolo de tarifele RCA și să urmărească mecanismele de plafonare a costului de daună pe componenta umană:

(i) utilizarea convergentă a unor resurse de evaluare/reevaluare (inclusiv experți colaboratori),

(ii) existența unor algoritmi sau softuri de lichidare care produc rezultate similare,

(iii) stimulente economice (bonusuri, onorarii variabile) legate de „economia la dosar”.

Notă practică: antecedentul este relevant. În 2018, Consiliul Concurenței a sancționat nouă asigurători RCA și o asociație profesională pentru coordonarea comportamentelor pe piață în vederea majorării tarifelor RCA (Decizia nr. 63/20 noiembrie 2018). Chiar dacă evoluțiile ulterioare în instanță au nuanțat componenta asociativă, mesajul de fond rămâne: autoritatea de concurență a calificat piața RCA ca vulnerabilă la coordonare.

Concluzie preliminară (operativă): într-o piață în care primii 3 asigurători concentrează aproximativ 56% din portofoliu, un control tematic focalizat pe acest nucleu este nu doar eficient, ci și logic. Dacă practicile se confirmă la nivelul nucleului, efectul este sistemic; dacă nu se confirmă, ipoteza poate fi infirmată rapid, cu beneficii de clarificare pentru piață.

4. ASF: supravegherea de conduită, audit și igiena integrității

În mod tradițional, supravegherea ASF este percepută preponderent ca supraveghere prudențială. În materia vătămarilor corporale, însă, miza este supravegherea de conduită (market conduct): calitatea motivării ofertelor, transparența evaluării, corectitudinea circuitelor interne și absența conflictelor de interese.

4.1. Control de fond și audit. Un control eficient nu se limitează la „există/nu există ofertă”, ci verifică (i) dacă oferta este motivată (în sensul art. 21 din Legea nr. 132/2017), (ii) dacă există o defalcare verificabilă (punctaj pe leziune, criterii de

individualizare, valoarea punctului, formula), (iii) cine o emite efectiv și cu ce competență profesională, (iv) ce sisteme informatice/șabloane generează răspunsurile și dacă acestea produc, structural, opacitate.

4.2. **Integritate și incompatibilități.** În măsura în care există suspiciuni rezonabile privind relații personale/profesionale între persoane cu funcții de decizie sau control și industria supravegheată, instrumentul adecvat nu este retorica, ci igiena instituțională: actualizarea anuală, verificabilă, a declarațiilor de interese și instituirea unor mecanisme de recuzare/izolare funcțională în dosarele/controalele care privesc entități cu care există legături (rude, colaborări, interese).

4.3. **SAL-FIN: anonimizare și alocare automată.** Pentru a elimina suspiciunile de favoritism în soluționarea alternativă, este necesar un sistem informatic care să genereze, la înregistrarea cererii, o alocare automată, randomizată și anonimată a dosarului către conciliatori/structuri, astfel încât nicio intervenție umană să nu poată „selecta” traseul unei cereri. Egalitatea de tratament nu este un deziderat abstract; este o arhitectură de sistem.

5. Capturarea traumatologiei și dubla calitate: control metodologic și responsabilitate profesională

Un capitol distinct îl reprezintă „capturarea” evaluării traumatologice prin dubla calitate a unor colaboratori: medici care activează în sistemul public (INML/SML) și, concomitent, în calitate de consultanți ai asigurătorilor, în proceduri de reevaluare/validare a documentelor medicale.

Teza de principiu: standardul traumatologic nu poate fi dublu. Nu este acceptabil ca aceeași realitate clinică să fie evaluată după standardul legal în instituția publică, dar „relaxată” în etapa privată, prin tehnici de diminuare a punctajelor, a zilelor de îngrijiri medicale sau a relevanței sechelelor posttraumatice. Într-o asemenea ipoteză, problema nu mai este doar una de piață, ci una de integritate profesională și de uniformitate a actului medical.

De aceea, Ministerul Sănătății (prin structurile sale de control și prin coordonarea metodologică a medicinei legale) are un rol legitim să verifice dacă există un „dublu standard” în aplicarea protocoalelor/standardelor traumatologice atunci când aceiași medici – sau rețele profesionale din același corp – emit opinii în favoarea unor reevaluări care reduc standardul.

În termeni simpli: medicii nu se pot „autoevalua” pe ei înșiși și pe colegii lor într-un circuit închis, fără trasabilitate și fără garanții de imparțialitate.

6. ANPC: oferta nemotivată ca practică comercială incorectă

În pofida reflexului instituțional de a considera dosarul RCA exclusiv „tehnic”, dimensiunea de protecție a consumatorului este reală: persoana prejudiciată este

beneficiarul unui serviciu de asigurare obligatorie, iar dreptul la informare și transparență nu dispăre în fața unor formule standardizate.

În acest cadru, omisiunea informațiilor esențiale (punctaj traumatic defalcat, valoarea punctului, formula de calcul, criteriile de individualizare) poate fi calificată drept practică înșelătoare prin omisiune (Legea nr. 363/2007), iar comunicarea sistematică de răspunsuri nemotivate poate fi privită ca prestare neconformă a serviciului (O.G. nr. 21/1992).

Chiar dacă ANPC nu supraveghează prudențial piața asigurărilor, are competențe în materia informării corecte a consumatorului și a practicilor comerciale incorecte, inclusiv în zona modului de comunicare și a transparenței față de petenți.

7. Control parlamentar: Comisia pentru cercetarea abuzurilor, corupției și pentru petiții

Când fenomenul devine repetitiv într-o asigurare obligatorie, el depășește dosarul individual și capătă dimensiune de interes public. Controlul parlamentar nu este „ornament”, ci instrument de clarificare instituțională: audierea conducerii ASF privind eficiența supravegherii de conduită, solicitarea de date agregate privind oferta motivată/nemotivată, și identificarea eventualelor lacune de reglementare (inclusiv în zona conflictelor de interese și a trasabilității evaluărilor medicale).

8. Concluzii operative

8.1. Concluzie preliminară: într-o piață de tip oligopol, verificarea tematică a primilor trei asigurători - care concentrează circa 56% din portofoliu - este un prim pas logic pentru a stabili dacă practicile descrise sunt izolate sau sistemice. Dacă se confirmă, efectul este de piață; dacă nu se confirmă, piața câștigă o clarificare rapidă.

8.2. Pârghii de control și sancțiuni (în funcție de competență):

(i) Consiliul Concurenței - investigație pentru practici concertate/abuz (cu sancțiuni ce pot ajunge, în dreptul concurenței, până la 10% din cifra de afaceri),

(ii) ASF - control de fond, audit IT, sancționarea ofertelor nemotivate și a conduitelor de piață, (iii) Ministerul Sănătății/structurile medico-legale - control metodologic privind dubla calitate și aplicarea unitară a standardului traumatologic,

(iv) ANPC - sancționarea practicilor comerciale incorecte prin omisiune și a lipsei de transparență în comunicare,

(v) Parlament - control asupra supravegherii efective și inițiative de corecție legislativă.

8.3. Teza finală: într-o piață obligatorie, concentrarea, opacitatea și uniformizarea metodelor nu pot fi tratate ca „accidente administrative”. Ele descriu un model. Corecția acestui model presupune trecerea de la supravegherea banilor asigurătorului la supravegherea drepturilor petentului: motivare, trasabilitate, integritate și sancțiune efectivă.

Referințe selective

1. *Autoritatea de Supraveghere Financiară, „Evoluția pieței asigurărilor în anul 2024” (raport public).*
2. *Legea nr. 132/2017 privind asigurarea obligatorie de răspundere civilă auto.*
3. *Ordinul comun MS/ASF nr. 1/2293/2022 privind punctajul traumatic.*
4. *Legea concurenței nr. 21/1996 (art. 5 și 6).*
5. *Consiliul Concurenței, Decizia nr. 63/20.11.2018 (piața RCA).*
6. *Legea nr. 363/2007 și O.G. nr. 21/1992 (protecția consumatorilor).*